



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

11209

42  
2ej

**FACULTAD DE MEDICINA**



**FACULTAD DE MEDICINA DE INVESTIGACION**

JUN. 14 1994  
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE HOSPITAL MEDICINA (MDMR)

**ESTUDIO PROTOCOLIZADO DEL PACIENTE CON  
HEMORRAGIA DEL APARATO DIGESTIVO INFERIOR**

**EN EL CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"**

*Cirugia general*

**P R E S E N T A:**

**DRA. FREYRE SOLORZANO JOSEFINA**

**ASESOR: DR. MANUEL CERON RODRIGUEZ**

**MEXICO, D. F. 1994**

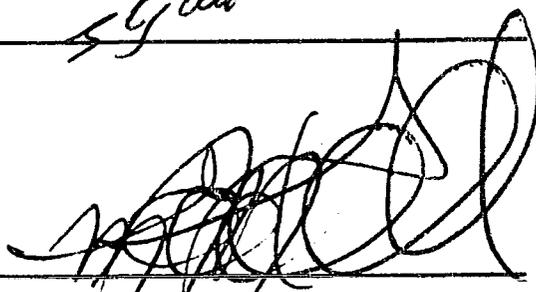
1995 FALLA DE ORIGEN

**TESIS SIN PAGINACION**

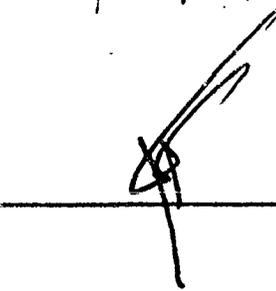
**COMPLETA LA INFORMACION**

# HOJA DE FIRMAS

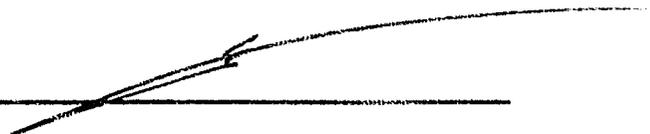
**DR. EDUARDO FERNANDEZ DEL VILLAR**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

*E. G. Villar*  


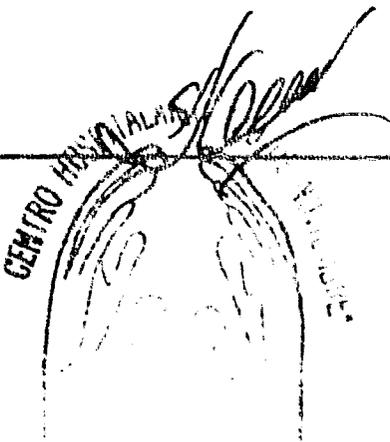
**DR. MANUEL CERON RODRIGUEZ**  
ASESOR DE TESIS



**DR. ROBERTO REYES MARQUEZ**  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA DE LA DIVISION DE CIRUGIA



**DR. ERASMO MARTINEZ CORDERO**  
JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACION



**DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ**  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

JEFATURA  
DE ENSEÑANZA

CON MI AGRADECIMIENTO POR TODAS SUS ENSEÑANZAS Y POR TEMPLARME  
PARA PODER REALIZAR UNO DE LOS GRANDES OBJETIVOS EN MI VIDA, A LOS  
MEDICOS ADSCRITOS DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE  
NOVIEMBRE".

POR TODA SU PACIENCIA, SU APOYO, COMPRESION Y AMOR, A MI ESPOSO.

POR SER UN INCENTIVO CONSTANTE PARA MI SUPERACION, A MIS HIJOS.

POR SU GRAN AMISTAD A TRAVES DE LOS AÑOS, DR. ISMAEL GONZALEZ.

POR SU CONFIANZA Y AYUDA, DR. GABRIEL DEL BARCO.

## **RESUMEN**

UNA PATOLOGIA QUE ACTUALMENTE PRESENTA IMPORTANTES BEMOLES AL CRITERIO Y DIAGNOSTICO DEL MEDICO, ES LA HEMORRAGIA DEL APARATO DIGESTIVO INFERIOR.

SE HA OBSERVADO EN NUESTRA UNIDAD, LA FALTA DE UN ESTUDIO PROTOCOLIZADO DE LOS PACIENTES CON ESTA ENTIDAD, LOS CUALES AL REMITIR EXPONTANEAMENTE SON EGRESADOS A SU DOMICILIO, Y SI PERSITE EL SANGRADO O ESTE ES DE UNA MAGNITUD QUE PONE EN PELIGRO SU VIDA EN OCASIONES NO SE LE APLICA EL TRATAMIENTO INDICADO, AUMENTADO LA TASA DE COMPLICACIONES Y MUERTE.

EN NUESTRA UNIDAD ES FACTIBLE LA APLICACION DE UNA RUTA CRITICA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, SIN EMBARGO, LA INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS EN OCASIONES NO SE ENCUENTRAN DISPONIBLES O SIMPLEMENTE NO SE UTILIZAN POR NO TENER EN MENTE UNA PROBABILIDAD DIAGNOSTICA PREVIA.

LA APLICACION DE UN ESTUDIO PROTOCOLIZADO NOS LLEVARA A DISMINUIR LAS TASAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL GRUPO DE PACIENTES QUE PRESENTEN HADI, MEJORANDO SU PRONOSTICO Y EVOLUCION.

**RESULTADOS.** SE ESTUDIARON 80 PACIENTES CON HADI EN UN PERIODO DE 5 AÑOS COMPRENDIO ENTRE 1989 A 1993, DONDE SE ENCONTRO QUE LAS PATOLOGIAS EN ORDEN DE FRECUENCIA FUERON LAS SIGUIENTES: ANGIODISPLASIAS EN 40%, HEMORROIDES Y FISURAS 21.6%, CANCER DE COLON 15%, DIVERTICULOS 10%, TRAUMATISMOS 8.3% Y OTRAS (CUCI, CROHN) EN UN 5%.

LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS APLICADOS FUERON: LABORATORIO DE RUTINA, RADIOLOGIA Y ENDOSCOPIA (SOLO EN 10 CASOS); A NINGUN PACIENTE SE LE REALIZO ARTERIOGRAFIA O GAMMAFRIA DE URGNECIA.

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO TANTO DE URGENCIA COMO PROGRAMADO FUE: HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA O DERECHA, COLECTOMIA TOTAL O RESECCIONES INTESTINALES. EL TIEMPO PROMEDIO ENTRE EL EPISODIO DE SANGRADO Y LA CIRUGIA DE URGENCIA FUE DE APROXIMADAMENTE 43 HORAS.

LA MORTALIDAD GENERAL FUE DEL 23.5%.

# INDICE

INTRODUCCION .....	4
JUSTIFICACION .....	8
OBJETIVOS .....	9
(Generales y específicos)	
MATERIAL Y METODOS .....	10
RESULTADOS .....	12
DISCUSION .....	16
CONCLUSIONES .....	18
GRAFICAS .....	19
BIBLIOGRAFIA .....	32

# INTRODUCCION

LA HEMORRAGIA DEL APARATO DIGESTIVO INFERIOR ( HADI ) ES UNA ENTIDAD QUE DEBE TOMARSE EN CUENTA COMO URGENCIA MEDICA, LA CUAL SI NO ES DIAGNOSTICADA Y ATENDIDA EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA, PUEDE PROPICIAR GRAVES COMPLICACIONES A LOS PACIENTES, INCLUSO LA MUERTE.

DESDE EL SIGLO XIX, JEAN CRUVELHIER REFIERE LA PRIMERA DESCRIPCION DE HEMORRAGIA DEL APARATO GASTROINTESTINAL, PERO NO ES SINÓ HASTA 1935 QUE MARRIOT SUGIERE ALTERNATIVAS DE MANEJO INICIAL CON REPOSICION DE LA VOLEMIA. EN ESE MISMO AÑO, GORDON SUBRAYA LA IMPORTANCIA DEL MANEJO QUIRURGICO, REPORTANDO UNA MORTALIDAD DEL 5.5% EN PACIENTES TRATADOS OPORTUNAMENTE Y DE 36% EN AQUELLOS OPERADOS TARDIAMENTE (28).

EN 1969 PALMER, CON EL ADVENIMIENTO DE LA ENDOSCOPIA, SEÑALA LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS EN ESTE GRUPO DE PACIENTES (30).

ACTUALMENTE LA HADI SE OBSERVA CADA VEZ CON MAYOR FRECUENCIA, PROVOCANDO UN VERDADERO PROBLEMA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA MISMA YA QUE SE PRESENTA COMO UNA ENTIDAD MULTIFACTORIAL, EN DONDE LOCALIZAR EL SITIO DE SANGRADO EXACTO ES MUY DIFICIL, A COMPARACION CON EL APARATO DIGESTIVO SUPERIOR.

LA ETIOLOGIAS PUEDEN VARIAR DESDE UNA SIMPLE PARASITOSIS INTESTINAL (AMIBIASIS) , HASTA EL CANCER COLORRECTAL, TENIENDO MANIFESTACIONES DE SANGRADO VARIANDO DE LEVES A SEVERAS, DONDE SE PUEDEN TRADUCIR EN MOLESTIAS ABDOMINALES VAGAS, HASTA HEMORRAGIAS SEVERAS QUE PUEDEN PONER EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE.

DENTRO DE TODAS LAS CAUSAS HASTA EL MOMENTO DILUCIDADAS, LAS OBSERVADAS CON MAYOR FRECUENCIA SON LAS BENIGNAS, TALES COMO HEMORROIDES Y FISURAS EN EL 65%, MIENTRAS QUE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS OCUPAN EL 21%; OTRAS MISCELANEAS ABARCAN LA COLITIS ULCERATIVA EN EL 2.3%, LA COLITIS POSTRADIACION 1.3%, COLITIS ISQUEMICA 1.8%, DIVERTICULOSIS 1.3% ETCETERA (REVISION DE 980 CASOS DE LA LITERATURA, 11,13)

LAS MALFORMACIONES VASCULARES COMPONEN UN RUBRO APARTE MUY IMPORTANTE EN LA ETIOLOGIA DE LA HADI, ULTIMAMENTE AUMENTADO SU FRECUENCIA ESTADISTICA (56).

DANDO UN LEVE ESBOZO DE LA ETIOLOGIAS ARRIBA MENCIONADAS, CON RESPECTO A LO QUE CONCIERNE A LOS DIVERTICULOS, ANTES CONSTITUIAN LA CAUSA MAS FRECUENTE DE HEMORRAGIA BAJA (COLON), SIN EMBARGO ACTUALMENTE QUEDA RELEGADA A SEGUNDO O TERCER TERMINO, DEBIDO A LA INTRODUCCION DE LA ANGIOGRAFIA Y LA ENDOSCOPIA, DEMOSTRANDO QUE NO TODO PACIENTE MAYOR DE 60 AÑOS CON HADI ES PORTADOR DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA.

LA ANGIODISPLASIA ES UN ECTASIA VASCULAR SUBMUCOSA Y FOCAL QUE APARECE CON EL ENVEJECIMIENTO (AUNQUE SE REPORTA FRECUENCIA CON INCREMENTO EN PACIENTES JOVENES), CON UNA INCIDENCIA DEL 25% AL 50%, CON SITUACION PREPONDERANTE EN TODO EL INTESTINO DELGADO Y COLON, PRESENTANDO LESIONES MULTIPLES EN LA MAYORIA DE LOS CASOS. UNA VEZ PRESENTADA LA HEMORRAGIA POR ESTA CAUSA, NO SUELE SER TAN VIGOROSA, DEBIDO A QUE ES VENOSA, RECUPERANDOSE LA ESTABILIDAD HEMODINAMICA MEDIANTE LA TRANSFUSION DE PAQUETES GLOBULARES, SIN CURSAR CON HIPOTENSION O ALTERACIONES METABOLICAS IMPORTANTES. SOLO SE REPORTA DE 6 A 60% DE CRISIS CON HEMORRAGIA SEVERA EN DIVERSAS PUBLICACIONES (12).

EL CANCER DE COLON ES UN ETIOLOGIA DE DIFICIL DIAGNOSTICO QUE EN ALGUNAS OCASIONES PROVOCA HEMORRAGIAS DE CONSIDERACION, AMERITANDO UN ESTUDIO COMPLETO Y PROFUNDO.

LA ENTEROPATIA INFLAMATORIA DEL INTESTINO DELGADO O COLON (CUCI, CROHN), PUEDE SANGRAR EN FORMA SEVERA Y AGUDA, PERO ES RARO. EN LA ENFERMEDAD DE CROHN EL 33% DE LOS PACIENTES REFIEREN SANGRE EN HECES, PERO CUADROS AGUDOS DE HEMORRAGIA EN MENOS DEL 10% DE LOS CASOS.

LA COLITIS ISQUEMICA ES UN TRASTORNO QUE PUEDE OCASIONAR DIARREA SANGUINOLENTA, PERO LA HEMORRAGIA PROFUSA ES RARA.

LA PRESENCIA DE ULCERAS DE COLON Y RECTO DE CUALQUIER CAUSA, PUEDEN OCASIONAR HEMORRAGIA AGUDA DE LA PORCION INFERIOR DEL APARATO DIGESTIVO, LO MISMO QUE LA PRESENCIA DE HEMORRODIES Y FISURAS LAS CUALES FACILMENTE SANGRAN POR AUMENTO DE PRESION O POR TRAUMATISMO.

OTRAS CAUSAS MISCELANEAS OBSERVADAS SON LA COLITIS POR RADIACION, LAS FISTULAS AORTICAS, LOS HEMANGIONAS DE COLON, LAS COLITIS POR USO DE ANTICOAGULANTES, VARICES RECTALES, ANASTOMOSIS POSTOPERATORIAS, O PACIENTES CON DEFICIENCIA INMUNITARIA QUE PRESENTAN ALTO RIESGO DE QUE SUS LESIONES EN LA MUCOSA PUEDAN SANGRAR.

UNA VEZ ESTABLECIDA LA HEMORRAGIA ES IMPORTANTE, PREVIO A LA BUSQUEDA DE LA ETIOLOGIA, EL ESTABLECER EL GRADO DE HEMORRAGIA ASI COMO EL METODO DIAGNOSTICO A UTILIZAR.

DE ACUERDO AL CUADRO CLINICO Y CON FINES DE DIFERENCIACION DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA, LA HEMORRAGIA BAJA PUEDE DIVIDIRSE EN DOS GRUPOS: 1 HEMORRAGIA AGUDA MASIVA: QUE PRESENTA UNA PERDIDA MAYOR DE 500 ML CADA 8 HORAS, ACOMPAÑADA DE HIPOVOLEMIA Y QUE PUEDE PONER EN PELIGRO LA VIDA REQUIRIENDO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE URGENCIA; Y 2 HEMORRAGIA NO MASIVA, ABARCANDO EN ESTE GRUPO A PACIENTES CON SANGRE OCULTA EN HECES, ANEMIA FERROPENICA, O EXPULSION DE INTERMITENTE DE SANGRE FRESCA, LO CUAL AMERITA UN ESTUDIO PROGRAMADO Y PROFUNDO YA QUE NO PONE EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE (9).

EL DIAGNOSTICO DE LA HADI HA SIDO ESTUDIADO EN LOS ULTIMOS AÑOS DEBIDO A LA DIFICULTAD EN LA DETERMINACION DEL SITIO DE SANGRADO, ASI COMO EL ESTABLECIMIENTO DE UN MANEJO ADECUADO Y OPORTUNO.

EL ARSENAL PARACLINICO CON EL QUE ACTUALMENTE SE CUENTA, ABARCA EXAMENES TALES COMO: A) DETERMINACION DE LA RELACION UREA/CREATININA EN SANGRE OCULTA EN HECES (52,89), B) ESTUDIOS ENDOSCOPICOS TALES COMO LA COLONOSCOPIA QUE TIENE TANTO COMO APLICACION DIAGNOSTICA COMO TERAPEUTICA EN LAS HEMORRAGIAS AGUDAS Y CRONICAS, ASI COMO DETERMINACION DE SITIOS DE SANGRADO; LA CONFIRMACION DE PATOLOGIA DE ORIGEN Y RECIENTEMENTE, CON EL ADVENIMIENTO DE LOS ESTUDIOS TRANSOPERATORIOS, SE HAN MEJORADO LAS ESPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN HEMORRAGIAS DE DIFICIL DIAGNOSTICO (25,84,75,15); C) ESTUDIOS CON MEDIO DE CONTRASTE COMO LOS ENEMAS BARITADOS CON DOBLE CONTRASTE; D) ANGIOGRAFIA SELECTIVA PROGRAMADA Y DE URGENCIA (80) Y E) MEDICINA NUCLEAR MEDIANTE EL USO DE ERITROCITOS MARCADOS CON TECNESIO 99 (35); ASI COMO OTRO TIPO DE ESTUDIOS MAS SOFISTICADOS QUE AUN SE ENCUENTRAN EN VIAS DE DESARROLLO.

A PESAR DE CONTAR CON ESTA AMPLIA GAMA DE MEDIOS DE APOYO PARA CLINICO, EL DIAGNOSTICO EXACTO Y LA LOCALIZACION DEL SITIO DE HEMORRAGIA SIGUEN SIENDO UN RETO PARA EL CIRUJANO.

EL MANEJO DE LA HADI DEPENDERA EN LA MAYORIA DE LOS CASOS DE LA ETIOLOGIA Y DE LA FORMA DE PRESENTACION DE CADA CASO, SIENDO DE PRIMERA INTENCION EL APOYO A NIVEL HEMODINAMICO DEL PACIENTE CON REPOSICION DEL A LA VOLEMIA, DETECCION DEL SITIO DE SANGRADO (SI ESTO ES POSIBLE) Y LA INTERVENCION QUIRURGICA OPORTUNA CUANDO ESTA SEA NECESARIA.

COMO SE HA REFERIDO ANTERIORMENTE, DEBIDO A LA PRESENCIA DE MULTIPLES FACTORES QUE COMPONEN ESTE PADECIMIENTO, SE DEBE TOMAR EN CUENTA LA ETIOLOGIA DE BASE PARA MEJORAR EL PRONOSTICO Y EVOLUCION DE CADA PACIENTE UNA VEZ INSTITUIDO EL TRATAMIENTO.

TENIENDO EN CONOCIMIENTO QUE LAS CAUSAS MAS FRECUENTES EN LA ACTUALIDAD SON LAS ANGIODISPLASIAS Y EL CANCER COLORRECTAL, EL TRATAMIENTO MAS ADECUADO ES EL ENDOSCOPICO CUANDO ES POSIBLE, O EL RESECTIVO, ASI COMO EL CASO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRONICAS DEL INTESTINO A PESAR DE EXISTIR TRATAMIENTO MEDICO A TRAVES DEL USO DE MEDICAMENTOS TALES COMO LA SULFADIAZINA, METOTREXATE Y OTROS, HABIENDO CASOS REFRACTARIOS A DICHO MANEJO Y CASOS AVANZADOS EN LOS CUALES EL TRATAMIENTO QUIRURGICO ES DEFINITIVO (18).

ES IMPORTANTE SUBRAYAR QUE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO SIN LA DETERMINACION EXACTA DEL SITIO DE SANGRADO, PROMUEVE MUTILACIONES INNECESARIAS PARA EL PACIENTE, QUE EN OCASIONES ALTERA LA EVOLUCION SATISFACTORIA DEL MISMO, OCASIONANDOLE COMPLICACIONES POSTERIORES TALES COMO SINDROMES DE MALA ABSORCION O DE INTESTINO CORTO ENTRE OTROS.

ES POR TODO LO ANTERIOR QUE LA PREOCUPACION POR DAR UN MEJOR PRONOSTICO EN PACIENTES CON HADI NOS LLEVA A LA NECESIDAD DE PROPONER UNA ESTRATEGIA DIAGNOSTICA OPORTUNA PARA EL ESTABLECIMIENTO A SU VEZ, DE UNA MANEJO DEFINITIVO Y ADECUADO.

## **JUSTIFICACION**

EXISTE EN NUESTRA UNIDAD UNA POBLACION CONSIDERABLE DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DEL APARATO DIGESTIVO INFERIOR, LOS CUALES PRESENTAN RESOLUCION ESPONTANEA O COMPLICACION DE SU PATOLOGIA, ESTO ULTIMO FAVORECIDO POR UN DIAGNOSTICO TARDIO Y/O UN MANEJO INADECUADO.

SE CARECE HASTA EL MOMENTO DE UN ESTUDIO SISTEMATIZADO Y SERIO ADECUADO A NUESTRA UNIDAD, QUE ANALICE LA CASUISTICA DE DICHA PATOLOGIA Y APORTE ALTERNATIVAS PARA LA RESOLUCION ADECUADA Y OPORTUNA PARA ESTE PROBLEMA, POR LO QUE SE REALIZA EL PRESENTE ESTUDIO.

## **OBJETIVOS GENERALES**

ANALIZAR LAS CAUSAS DE LA HEMORRAGIA DEL APARATO DIGESTIVO INFERIOR, ASI COMO EVALUAR EL MANEJO Y LA EVOLUCION EN CADA CASO.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. REVISAR LA CASUISTICA DE PACIENTES CON HADI MANEJADOS EN LA UNIDAD EN UN PERIODO DE 5 AÑOS (1988 - 1993)
2. ANALIZAR EL MANEJO PARA LA HADI QUE FAVOREZCAN MENOR ESTANCIA HOSPITALARIA, MENOR RIESGO DE COMPLICACION Y MUERTE.
3. DETERMINAR LOS RECURSOS MAS ACTUALES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CON QUE CUENTA NUESTRA UNIDAD COMPARATIVAMENTE CON LA REPORTADA EN LA LITERATURA.
4. DISEÑAR UNA RUTA CRITICA PARA EL MANEJO PROTOCOLIZADO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DEL APARATO DIGESTIVO INFERIOR.

# MATERIAL Y METODOS

## A) DISEÑO:

1. SE REALIZARA UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1988 A 1993 DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HADI MANEJADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL GASTROENTEROLOGIA Y URGENCIAS, ANALIZANDO SU EVOLUCION CLINICA.

2. SE SELECCIONARAN TODOS LOS PACIENTES QUE PRESENTEN HADI DOCUMENTADO.

3. SE ANALIZARAN LOS MEDIOS DIAGNOSTICOS Y EL MANEJO MEDICO O QUIRURGICO DE CADA CASO.

4. UNA VEZ DOCUMENTADA LA CASUISTICA DEL HOSPITAL, SE EFECUTARA UNA REVISION BIBLIOGRAFICA AMPLIA PARA DISEÑAR UNA RUTA CRITICA ACTUALIZADA Y ADAPTADA A LA INFRAESTRUCTURA Y NECESIDADES DE NUESTRA UNIDAD, CON EL FIN DE MEJORAR LOS MEDIOS QUE PERMITAN PROVEER UNA TABLA DE CRITERIOS PRONOSTICOS PARA LOS MISMOS.

## B) DEFINICION DE UNIVERSO:

PACIENTES QUE HAYAN INGRESADO A NUESTRA UNIDAD POR HADI EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL Y GASTROENTEROLOGIA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1989 A 1993.

## C) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS ENTRE 1989 Y 1993, EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL, GASTROENTEROLOGIA Y URGENCIAS.

## D) DEFINICION DE SUJETOS DE OBSERVACION:

PACIENTES QUE INGRESAN A LA UNIDAD CON DIAGNOSTICO DE HADI.

## E) CRITERIOS DE INCLUSION:

PACIENTES QUE INGRESAN CON HADI DE MODERADA A SEVERA.

## **F) CRITERIOS DE EXCLUSION:**

PACIENTES CON HADI DE ORIGEN PARASITARIO, TRAUMATICO O CON EPISODIOS AISLADOS Y/O LEVES, ASI COMO PORTADORES DE PATOLOGIA ANAL.

## **H) DEFINICION DE VARIABLES:**

VARIABLE DIRECTA: ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

VARIABLE INDIRECTA: HADI DE MODERADA Y SEVERA.

VARIABLE A ESTUDIAR:

1. DIAGNOSTICO MEDICO.
2. DIAGNOSTICO DE GABINETE Y LABAROTARIO.
3. TRATAMIENTO MEDICO.
4. TRATAMIENTO QUIRURGICO.
5. EVOLUCION CLINICA DE LOS PACIENTES, INDEPENDIEMENTE DEL TRATAMIENTO INSTITUIDO.
6. ESTUDIO HISPATOLOGICO DE PACIENTES QUE AMERITARON TRATAMIENTO QUIRURGICO.

## **I) PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS:**

ANALISIS ESTADISTICO CON DESVIACION STANDAR.

## **J) TIPO DE INVESTIGACION:**

ESTUDIO CLINICO RETROSPECTIVO Y ABIERTO.

## **K) RECURSOS MATERIALES:**

ARCHIVOS MEDICOS, RADIOLOGICOS Y ENDOSCOPICOS.

SE TOMO EN CUENTA LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA Y DE ACUERDO A LA INVESTIGACION DE MANEJO REALIZADA, SE DISEÑA UNA RUTA CRITICA PARA EL MANEJO PROTOCOLIZADO DEL PACIENTE CON HADI.

LOS RECURSOS UTILIZADOS FUERON ARCHIVOS CLINICOS, RADIOLOGICOS Y ENDOSCOPICOS.

## RESULTADOS

SE ESTUDIARON 60 PACIENTES QUE INGRESARON AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, URGENCIAS O GASTROENTEROLOGIA ENTRE 1988 Y 1993, CON DIAGNOSTICO DE HADI, DE LOS CUALES 38 FUERON DE SEXO MASCULINO 22 DE SEXO FEMENINO (FIGURA 1), CON UNA EDAD PROMEDIO DE 46 AÑOS +- 14 (FIGURA 2).

LA CAUSA DE HADI FUE EN ORDEN DE FRECUENCIA ANGIODISPLASIA EN 40%, HEMORROIDES Y FISURAS 21.6%, CANCER DE COLON 15%, DIVERTICULOS 10%, TRAUMATISMOS 8.3%, Y OTROS (CUCI, CROHN) 5%.

LOS PACIENTES FUERON MANEJADOS MEDICAMENTE EN 14 CASOS (23%) (FIGURA 4).

EL MANEJO FUE CON REPOSICION DE VOLUMEN, BLOQUEADORES H<sub>2</sub>, Y MEDIDAS CONSERVADORAS. SE REGISTRO UNA MORTALIDAD DE 28.5% ( 4 CASOS ), Y LOS 46 PACIENTES RESTANTES RECIBIERON MANEJO QUIRURGICO, DE URGENCIA 34 (56.8%) Y EN FORMA ELECTIVA 12 (20%) (FIGURA 4).

DE LOS 34 PACIENTES OPERADOS DE URGENCIA, SE ENCONTRÓ QUE LAS CAUSAS FUERON: ANGIODISPLASIA EN 22 PACIENTES (64.7%), DIVERTICULOS 4 PACIENTES (11.7%), HEMORROIDES Y FISURAS 6 PACIENTES (17.6%) Y CANCER DE COLON 2 PACIENTES (5.8%).

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS FUERON:

- HEMICOLECTOMIA DERECHA;
- HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA;
- COLECTOMIA TOTAL;
- RESECCIONES INTESTINALES.

EN LA EVALUACION PREOPERATORIA SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES DATOS:

**A) HEMATOLOGICOS:**

- HB PROMEDIO 9.5 GR/DL
- HTO PROMEDIO 30.12,
- TP PROMEDIO 80%
- PAQUETES TRANSFUNDIDOS PROMEDIO 3.

**B) HEMODINAMICOS:**

- TA PROMEDIO 100/70 MM/HG;
- FC PROMEDIO 87.6 POR MINUTO.

**C) ENDOSCOPIA**

( CUANDO FUE FACTIBLE: SE REALIZO EN 8 PACIENTES (23.5%), POR TANTO SE INTERVINO SIN DIAGNOSTICO EN 26 CASOS (76.4%) (CUADRO 3) (FIGURA 8).

**D) GRADO DE HEMORRAGIA:**

- 1) GRAVE EN 25 PACIENTES (73.5 %) (FIGURA 7).
- 2) MODERADA EN 11 PACIENTES (32.3%) (CUADRO 2).

**E) TIEMPO ENTRE EL PRIMER EPISODIO DE SANGRADO Y LA CIRUGIA:**

43 HORAS EN PROMEDIO.

**F) EL MANEJO MEDICO PREOPERATORIO**

SE ENFOCO A REPOSICION DE VOLEMIA, SONDA NASOGASTRICA Y BLOQUEADORES H2.

LA MORTALIDAD GENERAL FUE DEL 23.5%, DE ESTA EL 87.5% SE PRESENTO EN EL GRUPO DE HEMORRAGIA GRAVE.

LAS COMPLICACIONES POSOPERATORIOS EN 11 DE LOS PACIENTES QUE SOBREVIVIERON (32.5%), FUERON RESANGRADO Y SEPSIS ABDOMINAL.

EL PROMEDIO DE DIA CAMA EN LOS PACIENTES NO COMPLICADOS FUE DE 11.25 +- 3.2 Y EL DE LOS PACIENTES COMPLICADOS 19.25 +- 3.8.

LOS PACIENTES OPERADOS EN FORMA ELECTIVA FUERON LOS PORTADORES DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR EN 7, CANCER DE COLON EN 2, HEMORROIDES EN 1 Y ANGIODISPLACIA EN 2.

LOS PROCEDIMIENTOS PRACTICADOS FUERON: HEMICOLOCTOMIA IZQUIERDA O DERECHA, RESECCION ANTERIOR Y HEMORROIDECTOMIA CON FISUROCTOMIA.

LA VALORACION PREOPERATORIA APORTO LOS SIGUIENTES DATOS:

**A) HEMATOLOGICOS:**

- HB PROMEDIO 11.2,
- HTO PROMEDIO 34.6,
- PAQUETES TRANSFUNDIDOS PROMEDIO DE 2.

**B) HEMODINAMICOS:**

- TA PROMEDIO 130/80 MMHG,
- FC PROMEDIO 70 POR MINUTO.

**C) ENDOSCOPIA EN 10 CASOS**

- (83%)

**D) GRADO DE HEMORRAGIA:**

- MODERADA EN 4 CASOS Y LEVE EN 8 (CUADRO 2).

LAS COMPLICACIONES HALLADAS FUERON:

- RESANGRADO,
- COMPLICACION PULMONAR (CUADRO 6).

LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES NO COMPLICADOS FUE DE 30 +- 10 DIAS Y DE LOS PACIENTES COMPLICADOS 60+-15 DIAS.

LA MORTALIDAD DE ENFERMOS OPERADOS EN FORMA GLOBAL FUE DE 26%, CON UNA MORBILIDAD DE 34.7% ( FIGURA 10).

SE REALIZO CALCULO CON CHI CUADRADA OBTENIENDO UN RESULTADO DE 6.83 QUE TRADUCIDO A UN GRADO DE LIBERTAD ES IGUAL A  $P < 0.05$  O SEA QUE ESTADISTICAMENTE SI ES SIGNIFICATIVA LA EDAD EN LA MORTALIDAD.

LA MORTALIDAD RELACIONADA AL GRADO DE HEMORRAGIA (FIGURA 12), (CUADRO 7) VA EN RELACION DIRECTAMENTE PROPORCIONAL SIN EMBARGO, SE COMPARO POR MEDIO DE CHI CUADRADA OBTENIENDO VALORES DE 1.07 TRADUCIDO A UN GRADO DE LIBERTAD  $P > 0.05$  POR TANTO ESTADISTICAMENTE NO ES SIGNIFICATIVO.

SE VALORO Y COMPARO EL TIEMPO ENTRE EL EPISODIO DE SANGRADO Y CIRUGIA OBTENIENDO UNA MEDIA DE 39 HORAS MAS 16.9 EN LOS 34 PACIENTES OPERADOS DE URGENCIA, DE ELLOS (FIGURA 13) 10 PACIENTES SE OPERARON DESPUES DE 48 HORAS Y 24 ANTES, COMPARANDO ESTOS DATOS POR CHI CUADRADA SE ENCONTRO VALOR DE 10.6 TRADUCIDOS A UN GRADO DE LIBERTAD NOS DA  $P < 0.05$ .

TAMBIEN SE CALCULO CHI CUADRADA EN LOS PACIENTES DE ENDOSCOPIA DE URGENCIA. DE 34 PACIENTES SE LES PRACTICO A 8. DE LAS OCHO DEFUNCIONES 2 TENIAN ENDOSCOPIA Y 6 NO, EL VALOR OBTENIDO FUE DE 4.02 CON UNA  $P < 0.05$ .

ESTOS DOS ULTIMOS DATOS SOBRE PREOPERATORIAS Y LA FALTA DE DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO TIENEN VALOR ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

## **DISCUSION**

EL MANEJO DE LA HADI EN LA ACTUALIDAD DEBE SER MULTIDISCIPLINARIO Y OPORTUNO DEBIDO A QUE ESTA ENTIDAD ES MULTIFACTORIAL, POR LO TANTO EL TRATAMIENTO DEBE DIVIDIRSE EN DOS AREAS BASICAS.

1) MANEJO INICIAL GENERAL PARA ESTABILIZACION HEMODINAMICA DEL PACIENTE Y,

2) MANEJO DEPENDIENDO DE LA ETIOLOGIA DE SANGRADO.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS NOS MUESTRAN QUE LAS CAUSAS DE HEMORRAGIA EN ORDEN DE FRECUENCIA SON:

- ANGIODISPLASIAS;
- HEMORROIDES Y FISURAS
- CANCER DE COLON Y RECTO;
- ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO; Y
- TRAUMATISMOS ENTRE OTRAS.

SE OBSERVO QUE LOS PACIENTES ESTUDIADOS NO RECIBIERON UN MANEJO PROTOCOLIZADO DESDE SU INGRESO A LA UNIDAD HASTA SU MANEJO QUIRURGICO DEFINITIVO, ESTO REPERCUTIO EN FORMA IMPORTANTE, YA QUE LA MORTALIDAD SE VIO COMPROMETIDA.

DE LOS FACTORES QUE SE ESTUDIARON, SE VIO QUE LA DILACION EN EL DIAGNOSTICO FUE IMPORTANTE EN LA MORTALIDAD OBTENIDA Y TAMBIEN EN EL GRUPO DE MAYOR CANTIDAD DE COMPLICACIONES, ESTO FUE DESMOTRADO PUES SE OBTUVIERON VALORES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS, COMPARADO CON LO REPORTADO EN DIFERENTES SERIES.

LA SEVERIDAD DE LA HEMORRAGIA ES UNO DE LOS FACTORES MAS TRASCENDENTES, RELACIONADO INTIMAMENTE A LA APLICACION DE UN MANEJO TEMPRANO Y ADECUADO.

SE DEBE TOMAR EN CUENTA QUE LA HEMORRAGIA SEVERA DEPLETA LAS CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE LOS QUE A SU VEZ LLEGA A

COMPROMETER EL ESTADO HEMODINAMICO, LLEVANDO AL PACIENTE AL ESTADO DE CHOQUE FACILMENTE.

EL MANEJO QUIRURGICO DE LOS PACIENTES DEPENDIO TANTO DE LA SEVERIDAD DE LA HEMORRAGIA COMO DE LA ETIOLOGIA DE LA MISMA. NO ES MUY VALORABLE LA EVALUACION ENTRE LAS CIRUGIAS DE URGENCIA Y LAS ELECTIVAS, PUES LOS GRUPOS FUERON MUY HETEROGENEOS, ENCONTRANDO QUE LA CIRUGIA DE URGENCIA SE DIO PRINCIPALMENTE POR PERFORACION DE DIVERTICULO Y ANGIODISPLACIOS.

A PESAR QUE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE URGENCIA SE ENCONTRABAN EN CONDICIONES DE DESCOMPENSACION, LA MORTALIDAD NO FUE TAN IMPORTANTE COMPARADA CON LA DE LOS OPERADOS ELECTIVAMENTE.

ES EVIDENTE QUE EL MANEJO DEL PACIENTE CON HADI NO SOLO DEPENDE DEL MEDICO TRATANTE, SINO DE OTROS FACTORES COMO INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA Y DISPOSICION DE LA MISMA.

DE IGUAL MANERA LA ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA Y EN ALGUNOS CASOS TERAPEUTICA, ES VITAL PARA ACORTAR TIEMPOS QUIRURGICOS AL TENER UN DIAGNOSTICO PRECISO ANTES DE LA CIRUGIA. SE OBSERVO QUE EN CIRUGIA DE URGENCIA SOLO EL 23% DE LOS PACIENTES ( 8 CASOS ) TENIAN ESTE ESTUDIO.

POR ULTIMO, SE OBSERVO QUE LOS PACIENTES QUE TARDARON EN OPERARSE MAS DE 48 HORAS PRESENTARON MAS RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE.

## CONCLUSIONES

1. LA SEVERIDAD DE LA HEMORRAGIA POR LAS CONDICIONES DE URGENCIA Y DESCOMPENSACION BRUSCA DE LA HOMEOSTASIS DEL PACIENTE, AUMENTA EN FORMA IMPORTANTE LA MORBI MORTALIDAD EN ESTE GRUPO DE PACIENTES.

2. LA DILACION DE LA CIRUGIA POR MAS DE 48 HORAS DESPUES DEL PRIMER EPISODIO DE SANGRADO, AUMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE.

3. NO EXISTE UN MANEJO PROTOCOLIZADO DE URGENCIA PARA EL ESTUDIO DE ESTOS PACIENTES AUNADO A LA FALTA DE DISPOSICION DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA LO CUAL AUMENTA LA TASA DE MORTALIDAD Y MORBOLIDAD DE LOS MISMOS.

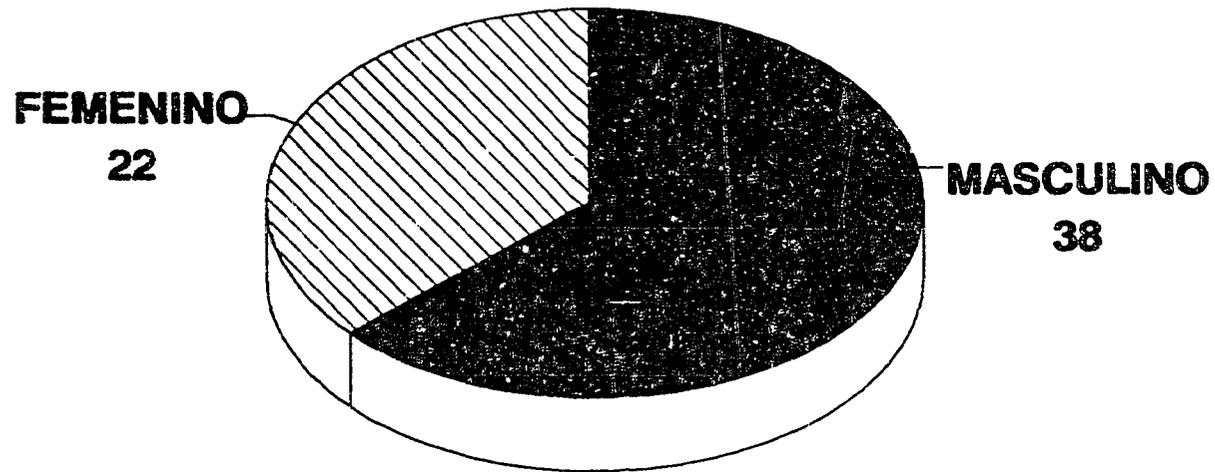
4. LA ETIOLOGIA DEL SANGRADO CON LLEVA AL MANEJO DEFINITIVO Y LA EVALUACION CLINICA DEPENDERA DE LA PATOLOGIA DE BASE.

5. EL MANEJO TEMPRANO DEL PACIENTE EN FORMA SISTEMATIZADA CONTRIBUYE A MEJORAR EL PRONOSTICO DEL MISMO.

6. EL MANEJO INTERDISCIPLINARIO ES OBLIGADO SI QUEREMOS DISMINUIR EL RIESGO DE MORTALIDAD EN ESTOS PACIENTES.

# H.A.D.I.

## SEXO



NUMERO DE PACIENTES

FIGURA 1

# H.A.D.I.

## FRECUENCIA POR EDADES

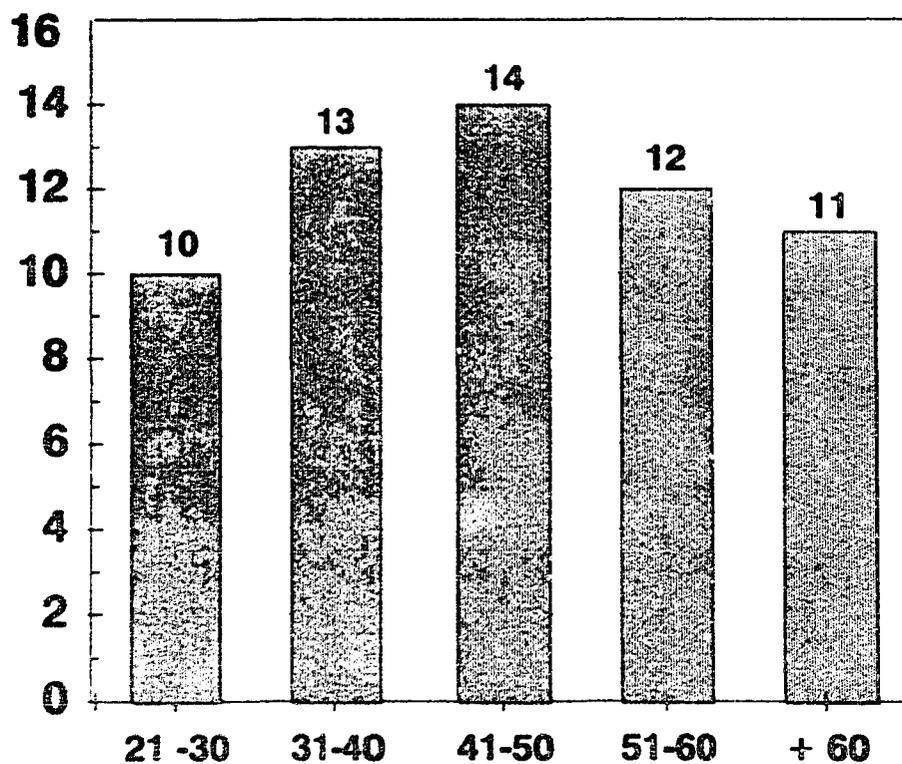


FIGURA 2

# H.A.D.I.

## ETIOLOGIA

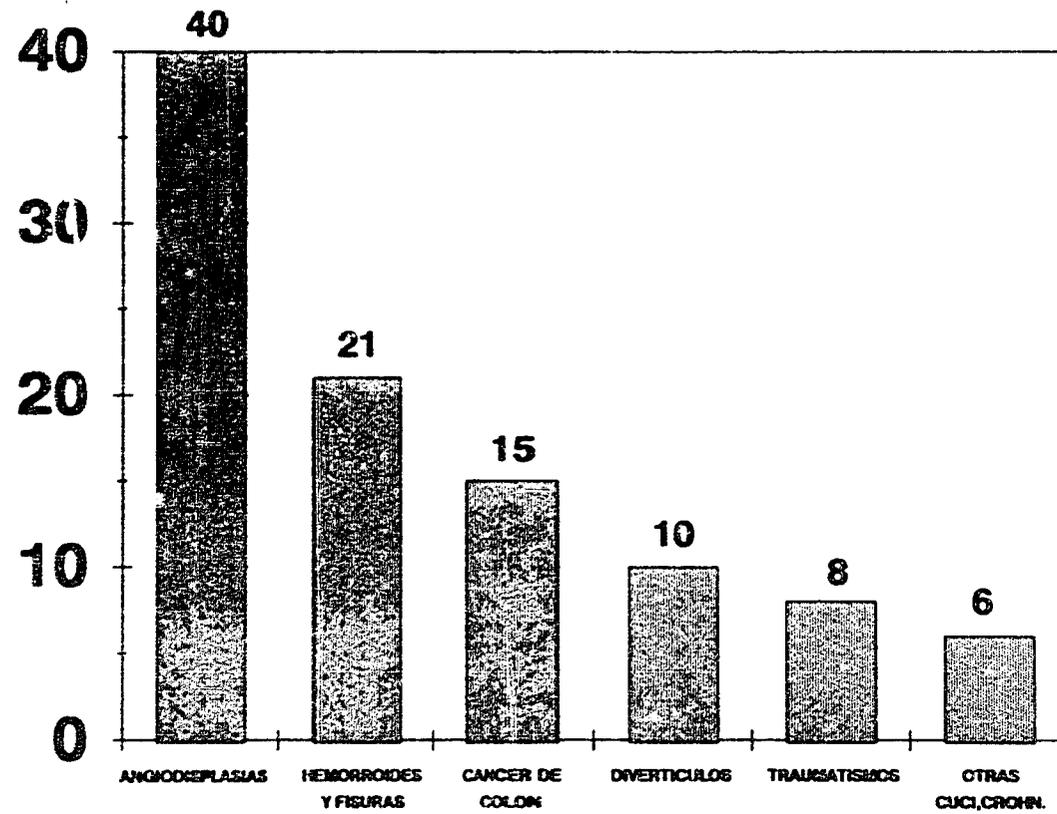


FIGURA 3

# H.A.D.I.

## TIPO DE TRATAMIENTO

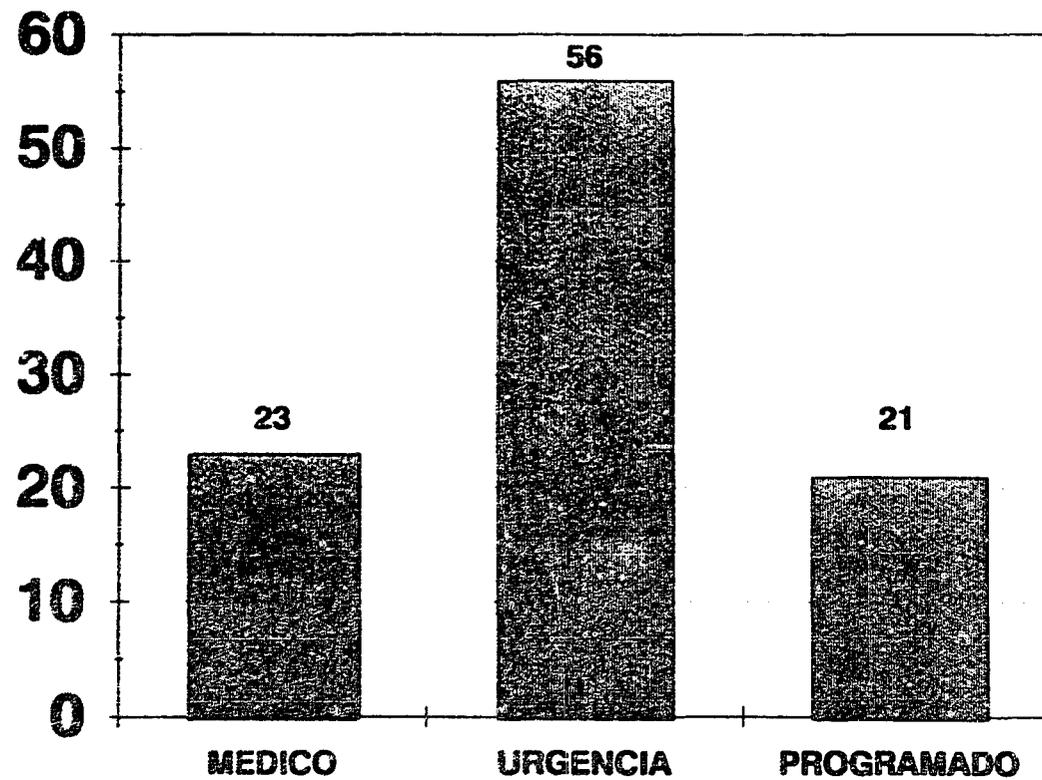


FIGURA 4

## MORTALIDAD %

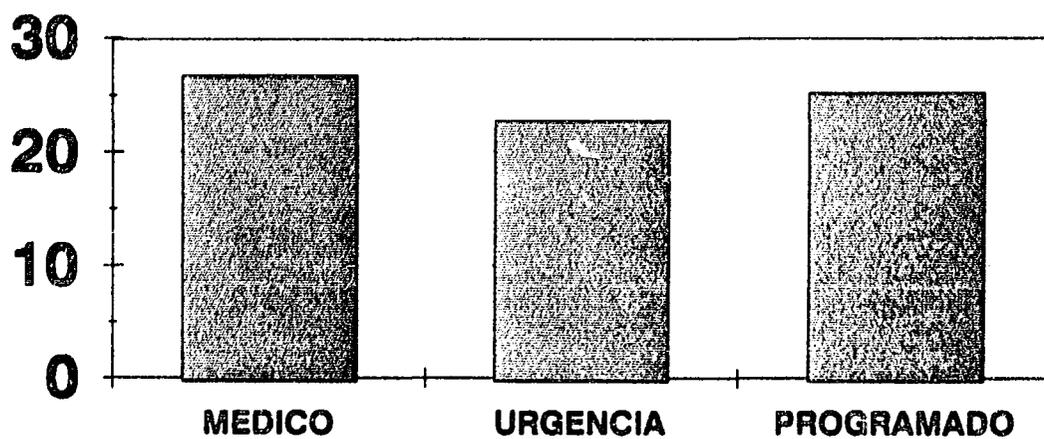


FIGURA 5

## MORBILIDAD %

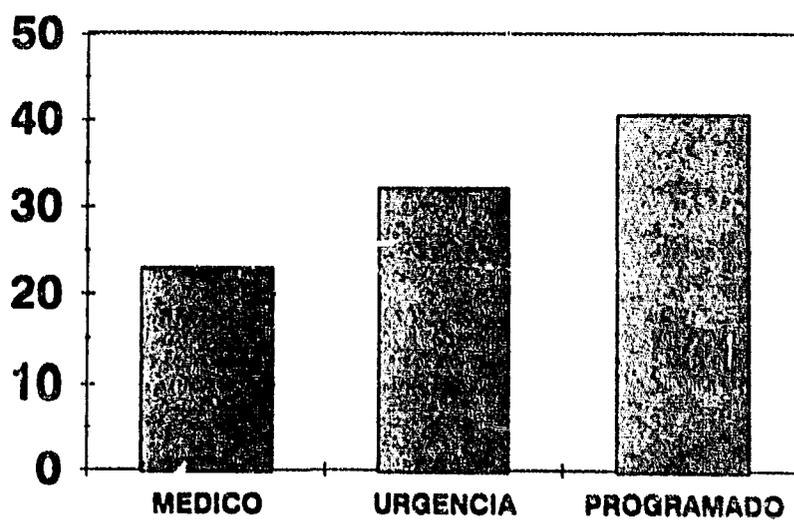


FIGURA 6

# GRADO DE HEMORRAGIA

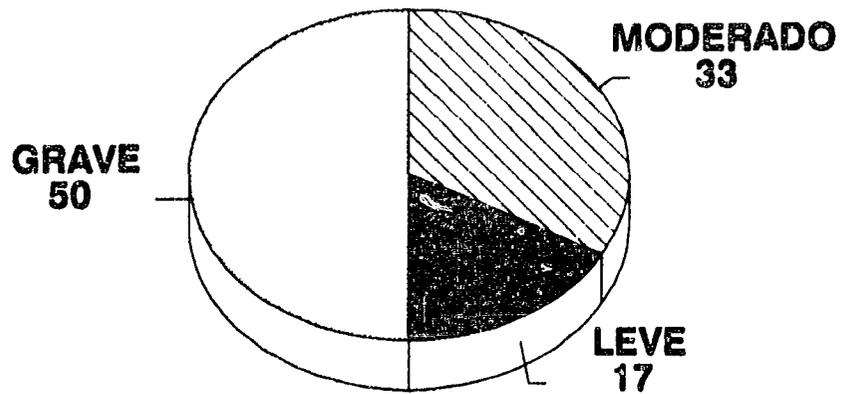


FIGURA 7

# ENDOSCOPIA

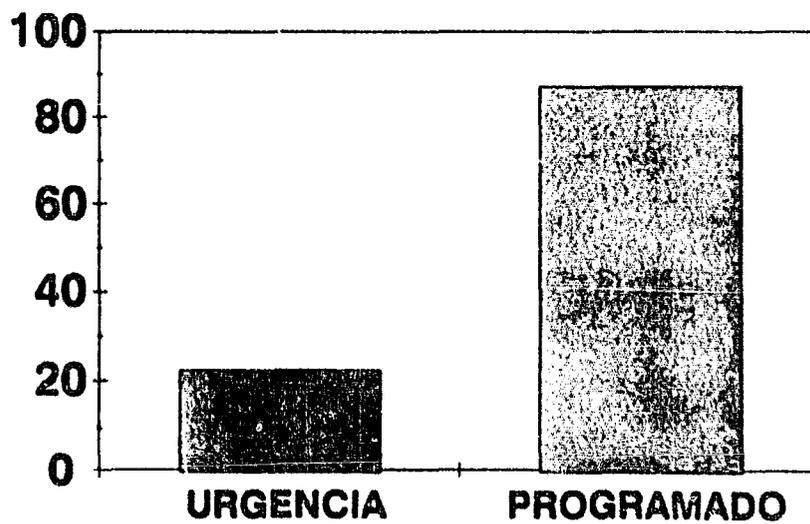


FIGURA 8

## EVOLUCION CLINICA %

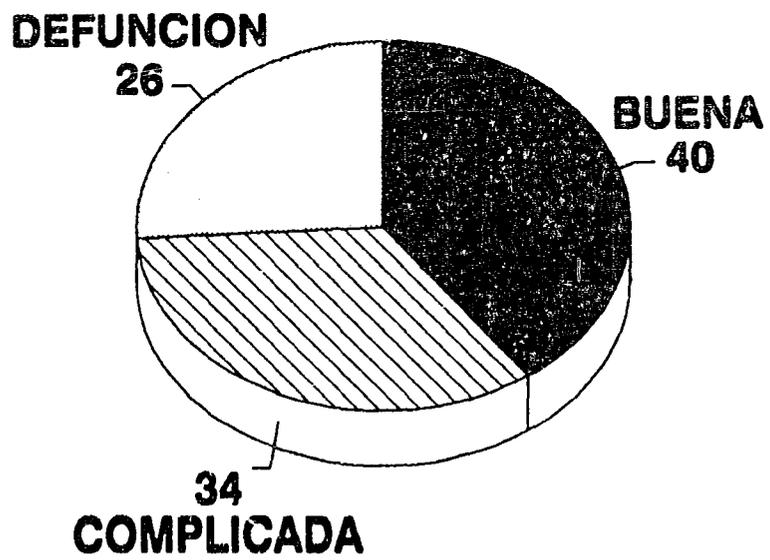


FIGURA 9

# H.A.D.I.

## MORTALIDAD POR EDAD

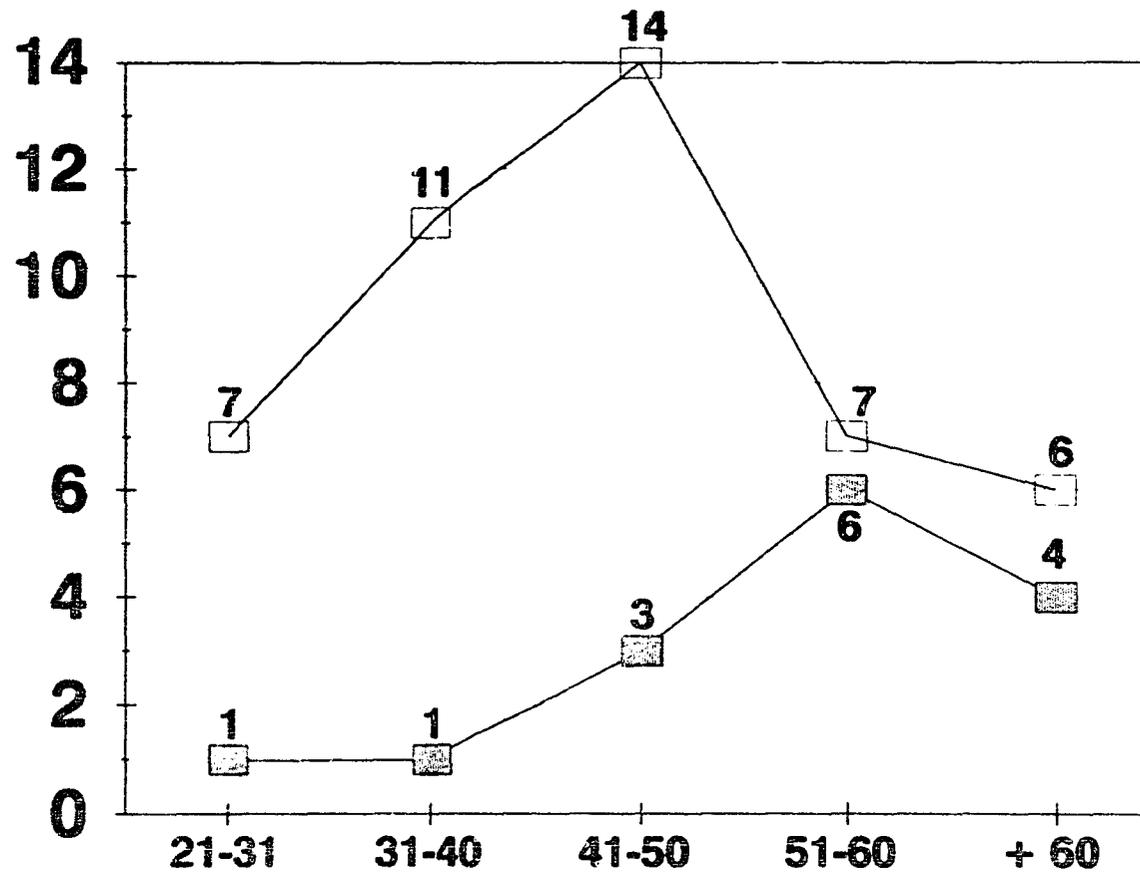


FIGURA 11

# H.A.D.I.

## MORTALIDAD POR EDAD

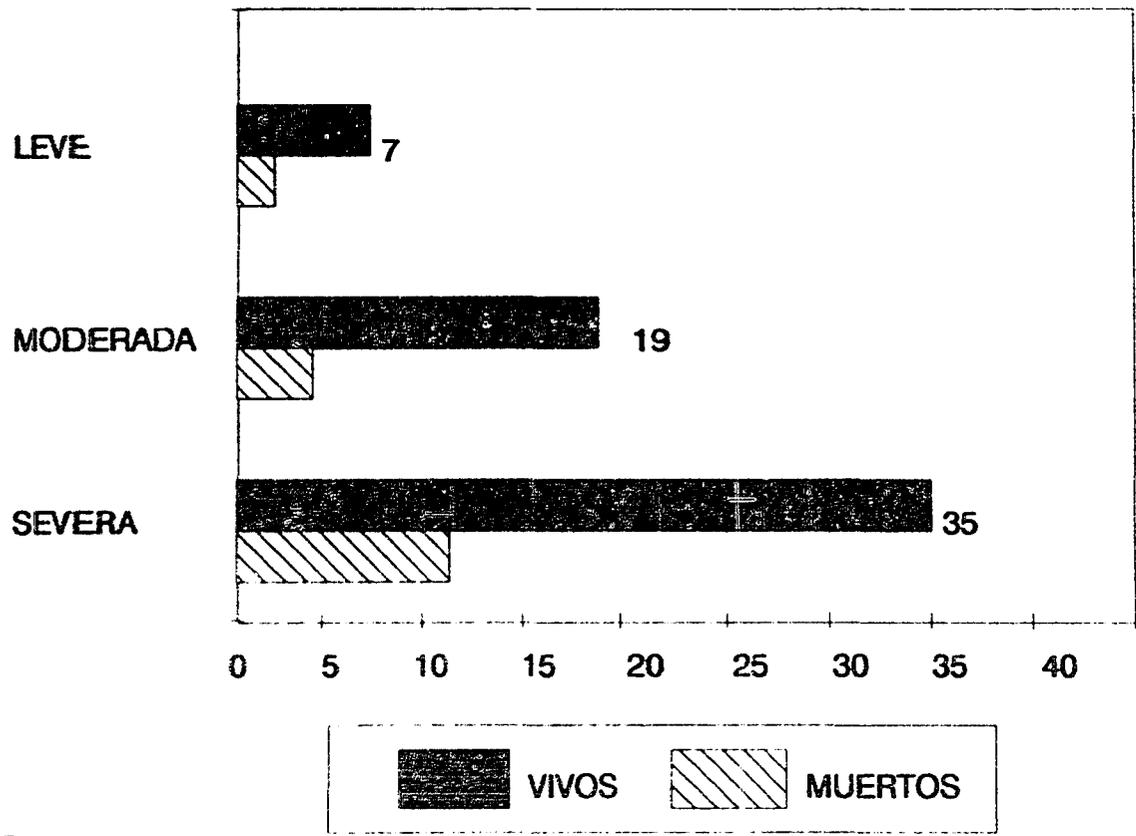


FIGURA 12

# H.A.D.I.

## MORTALIDAD POR DILACION DE CIRUGIA

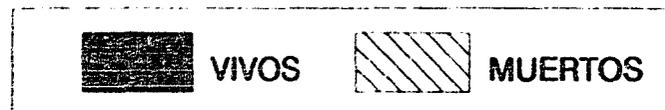
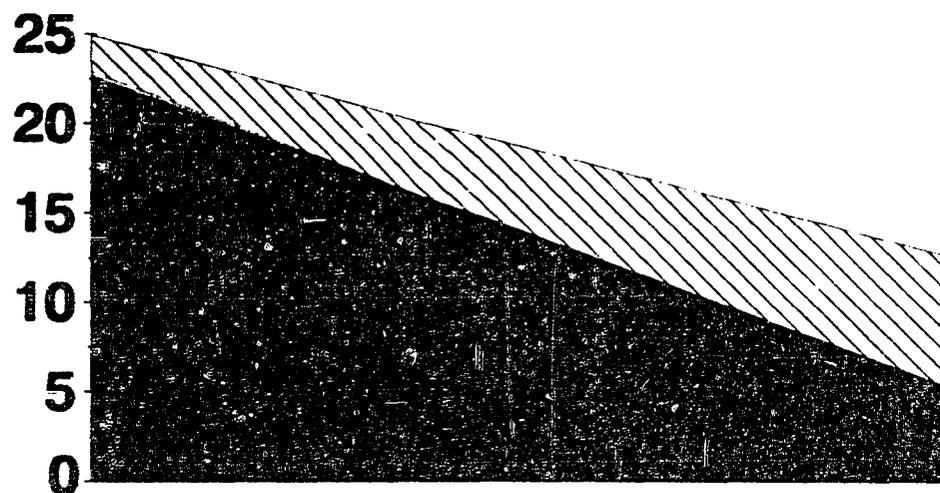


FIGURA 13

## VALORACION PREOPERATORIA EN 46 PACIENTES CON HADI

	URG. $\bar{X} \pm S$	PROG. $\bar{X} \pm S$	UNIDAD DE MEDIDA
<b>HEMATOLOGICOS:</b>			
HB	9.5 $\pm$ 1.5	11.2 $\pm$ 1.7	GR./DL
HTO	30.1 $\pm$ 6.5	34.6 $\pm$ 5.8	-
TP	80 $\pm$ 10	90 $\pm$ 10	%
TRANSFUSIONES	3 $\pm$ 2	1 $\pm$ 2	PAQUETES GLOBALES
<b>HEMODYNAMICOS:</b>			
FC	87 $\pm$ 20	70 $\pm$ 15	X MIN.
TA	110/70 $\pm$ 20	130/80 $\pm$ 20	MM. HG.
<b>MEDICOS:</b>			
T. PRE O.	43 $\pm$ 14	-	HORAS
T QX	3 $\pm$ 1.5	7 $\pm$ 2.1	HORAS
<b>GRADO DE HEMORRAGIA:</b>			
GRAVE	23 (7)	0	
MODERADA	11 (1)	4 (1)	
SEVERA	0	8 (1)	

CUADRO 2

## MORBILIDAD POSOPERATORIA EN 46 PACIENTES DE HADI

COMPLICADO	NO x	URG.	PROG.	TOTAL
RESANGRADO	2	4	2	8
SEPSIS	-	3	2	5
OBSTRUCCION INTESTINAL	-	1	-	1
NEUMOLOGICAS	1	2	1	4
TOTAL	3	11	5	19

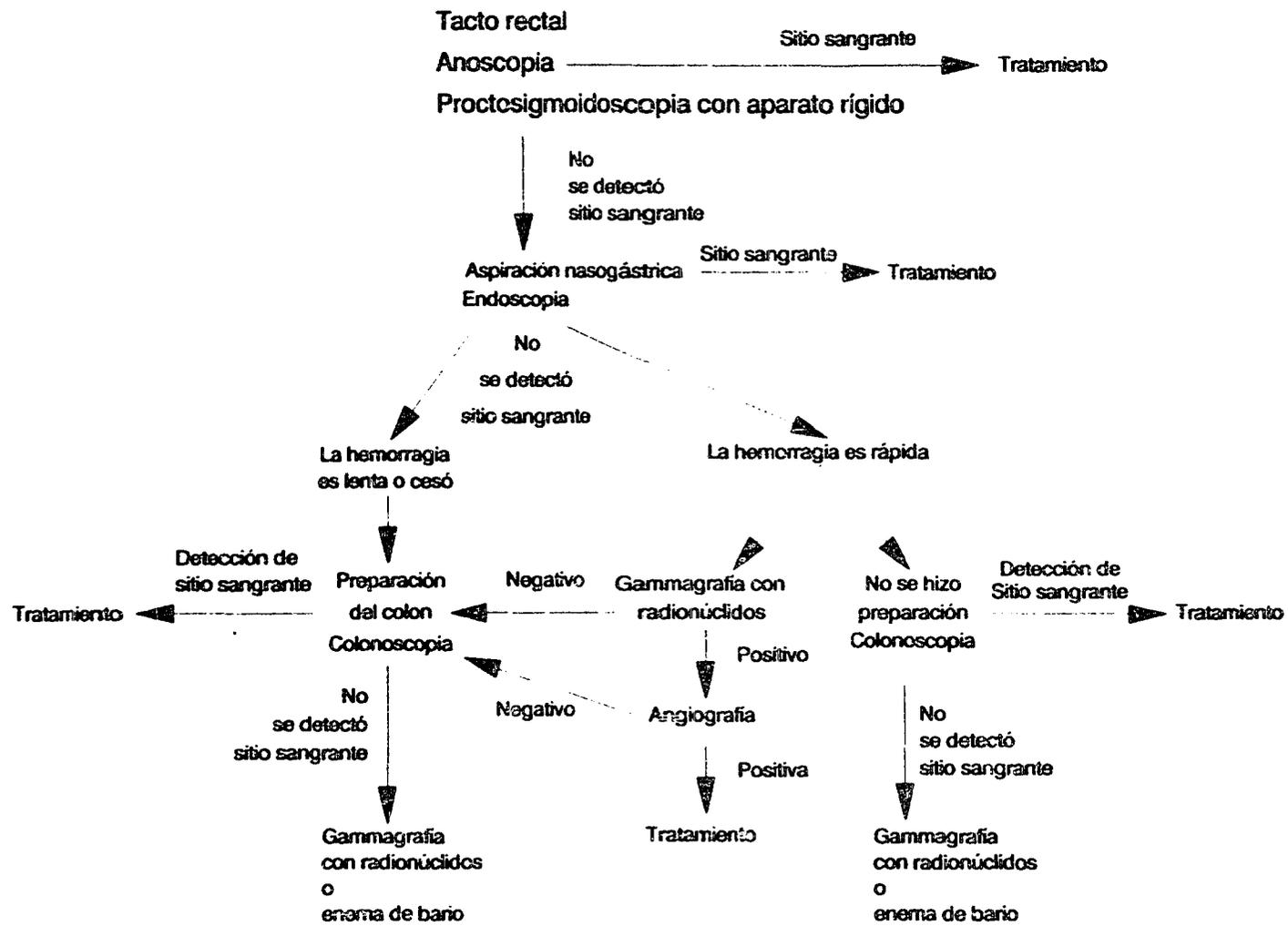
LA MORBILIDAD RADICA PRINCIPALMENTE EN EL RESANGRADO

**CUADRO 6**

**GRADO DE HEMORRAGIA EN  
46 PACIENTES DE HADI**

GRADO	DEFUNCIONES	VIVOS		TOTAL
		COMPLICADOS	NO COMPLICADOS	
GRAVE	7	6	10	23
MODERADA	3	4	8	15
SEVERA	1	16	19	8
	11	16	19	46

**CUADRO 7**



## BIBLIOGRAFIA

1. ALLISON DJ. : ANGIOGRAPHY IN GASTROINTESTINAL BLEEDING. LANCET 2:30, 1982.
2. BEDOGNI G.: EMERGENCY COLONOSCOPY IN ACUTE COLORECTAL BLEEDING. COLO-PROCTOLOGY 9:215, 1987.
3. BOLEY SJ.: VASCULAR EXTASIAS OF THE COLON. DIG. DIS. SC. (SUPPL): 268-428, 1986.
4. BRANDT LJ.: THE ROLE OF COLONOSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF LOWER INTESTINAL BLEEDING. GASTROENTEROL 19 (SUPPL 102): 61, 1984.
5. CLOUSE, RE.: ANGIODYSPLASIA AS A CAUSE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING, ARCH INTER MED., 1986, 145: 458-461.
6. COLACHIO TA.: IMPACT OF MODERN DIANOSTIC METHODS ON THE MANAGEMENT OF ACTIVE RECTAL BLEEDING: TEN YEAR EXPERIENCE, AM J SURG 143: 607, 1982.
7. EITAN A: ANGIODYSPLACIA OF THE COLON AS A CAUSE OF MASSIVE RECTAL BLEEDING. SURG. 5:220, 1988.
8. FLICKINGER EG: INTRAOPERATIVE VIDEO PANENDOSCOPY FOR DIANOSING SITES OF CHRONIC INTESTINAL BLEEDING. AM J SURG 157:137, 1989.
9. FORDE KA: COLONOSCOPY FOR LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING, SURGICAL ENDOSCOPY, CHICAGO, YEAR BOOK MEDICAL PUBLISHERSS, 1985, P 261.
10. GORDON, TAYLOR: PRESENT POSITION OF SURGERY IN THE TREATMENT OF BLEEDING ULCERS, BR J SURG 33, 336, 1946.

11. JARAMILLO E: COMPARISON BETWEEN DOUBLE-CONTRAST BARIUM ENEMA AND COLONOSCOPY TO INVESTIGATE LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING, GASTROINTEST-RADIOL, 1992, 17, 1, P 81-3.
12. JACOBSON AF: PRONOSTIC SIGNIFICANCE OF LATE IMAGING RESULT IN TECHNETIUM 99m RED BLOOD CELL GASTROINTESTINAL BLEEDING STUDIES WITH EARLY NEGATIVE IMAGES, MEDICINE, 1992, FEB, 33, P 202-7.
13. OLSEN LH: STOOLS CONTAINING ALTERED BLOOD-PLASMA UREA: CREATININE RATIO AS A SIMPLE TEST FOR THE SOURCE OF BLEEDING, BR J SURG, 78 (1), 71-73, 1991.
14. PALMER, THE VIGOROUS DIAGNOSTIC APPROACH TO GASTROINTESTINAL HEMORRAGY, JAMA, 207, 1377, 1969.
15. RHEE JC. THE CAUSES Y MANAGEMENT OF LOWER GI BLEEDING: A STUDY BASED ON CLINICAL OBSERVATIONS, GASTROENTEROL 1991, JUL, 26, SUPPL 3, P 101-6.
16. SIGLER LUIS: ANGIODISPLASIAS DEL APARATO DIGESTIVO, REVISTA DE LA ASOCIACION MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA, CURSO DE URGENCIAS GASTROENTEROLOGICAS, DIC. 1991, P 61-3.