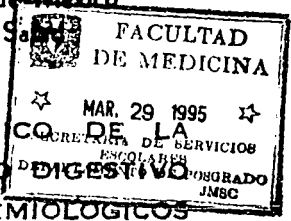




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11215
8
2E

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital General de México
Secretaría de Salud



DIAGNOSTICO ETIOLOGICO
HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO
ALTO Y ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA
MEDICO - QUIRURGICA

Presenta el:

DR. ^{JOSE} RUBEN GONZALEZ LANZAGORTA

ASESORA DE TESIS:

DRA. MA. ELENA ANZURES LOPEZ



MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN 1995



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 está 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.

**DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LA HEMORRAGIA DEL
TUBO DIGESTIVO ALTO Y ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS**



DRA. MARIA ELENA ANZURES LOPEZ

ASESORA DE TESIS



DR. DANIEL MURGUÍA DOMÍNGUEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

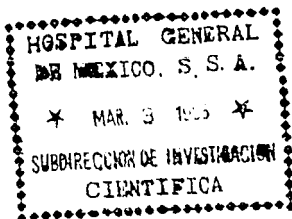
**DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LA HEMORRAGIA DEL
TUBO DIGESTIVO ALTO Y ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS**

**EL PRESENTE TRABAJO FUE REGISTRADO CON LA
CLAVE DIC/94/107/01/104 POR LA DIRECCION DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO**

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



DIRECCION DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION CIENTIFICA



DEDICATORIA

A mis padres:

**Sr. Rubén González Lima
y Sra. Guadalupe Lanzagortade González**

Por su ejemplo de

superación, de constancia, de ho-

nestidad y por su apoyo, sin el

cual no hubiera sido posible alcanzar

mis metas.

A mis hijos: Renato, Ivonne, Paty

porque su cariño me impulsa para continuar adelante, y por el tiempo que no he podido estar con ellos.

AGRADECIMIENTO

A mi maestra, la Dra. Maria Elena Anzures

López, por su dedicación a enseñarnos sus

conocimientos, su apoyo en todas nuestras

actividades hospitalarias, su guía al revisar

y corregir este trabajo y por su ejemplo de

trabajo y superación profesional.

INDICE

PAGINA

1. INTRODUCCION	1
2. MATERIALES Y METODOS	2
3. CRITERIOS DE INCLUSION	2
4. CRITERIOS DE EXCLUSION	3
5. CRITERIOS DE ELIMINACION	3
6. DIAGNOSTICO	3
7. CONTROLES EVOLUTIVOS	3
8. RESULTADOS	5
9. DISCUSION	28
10. BIBLIOGRAFIA	32
11. CEDULA DE CAPTACION	42

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LA HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO Y ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

INTRODUCCION.

La hemorragia del tubo digestivo alto (HTDA) es la emergencia más frecuente en la práctica de la Gastroenterología, por lo que de la identificación temprana de la causa, así como del conocimiento de los factores pronósticos se podrán establecer un diagnóstico oportuno y un tratamiento más específico, disminuyendo la morbimortalidad de esta entidad.

La HTDA tiene una incidencia en los países occidentales de 50 a 150 episodios por 100,000 habitantes/ año (1,2,3,4,5) y una mortalidad global que oscila entre el 8 y el 12 % (6,7,8,9,10,11,12,13,14,15.).

Swain (65) en una publicación sobre el tema cita las palabras de Hipócrates "La hemorragia que viene de una úlcera es una mala noticia" sin embargo, actualmente el pronóstico de los pacientes con esta patología ha mejorado gracias a los recursos diagnósticos y terapéuticos con que se cuenta.

En los últimos años han habido algunos cambios importantes en el conocimiento y manejo de la HTDA, especulándose sobre el impacto de los mismos sobre las tasas de mortalidad. Entre ellos hay que destacar el incremento de la edad de los enfermos sangrantes (4,7,16,18), las posibles modificaciones en la frecuencia y la distribución etiológica de las hemorragias debido al mayor consumo de antiinflamatorios no esteroideos (19,21), la identificación de

criterios pronósticos, clínicos y endoscópicos capaces de predecir con bastante exactitud la evolución y mortalidad de la hemorragia (7,12,14,22,) el desarrollo de la endoscopia terapéutica (23,26), los avances experimentados en el tratamiento de las hemorragias por hipertensión portal (27,29),y la atención de estos pacientes en unidades especiales defendida por algunos grupos (30,31).

El objetivo de este trabajo es conocer la etiología, identificar algunos aspectos epidemiológicos y determinar los datos clínicos, hemodinámicos y endoscópicos asociados con la HTDA, siguiendo un protocolo de investigación previamente definido en el cual se incluyeron 16 variables.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron en el presente estudio, pacientes con el diagnóstico de HTDA que ingresaron al servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, en el período comprendido entre el 1 de agosto de 1933 al 31 de julio de 1994, estos pacientes son enviados de los hospitales generales de zona, otros acuden espontáneamente al servicio de Admisión Continua del propio hospital.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Sólo se aceptó el diagnóstico de HTDA cuando la hematemesis o la melena se objetivaron directamente por el personal médico, fueron comprobadas por medio de aspiración gástrica o tacto rectal. Se incluyeron en el estudio solamente pacientes que se encontraran concientes, cooperadores y estables hemodinámicamente.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1) pacientes en los que después del estudio pertinente, se demostró que el origen del sangrado estaba situado por abajo del ángulo de Treitz, a pesar de cumplir con los criterios de inclusión. 2) Pacientes pertenecientes a otros servicios, diagnosticados en el servicio y que fueron remitidos a su hospital correspondiente para continuar con su manejo. 3) Casos que se presentaron y estuvieran en estado de coma. 4) Los que no cooperaron a su estudio. 5) Inestables hemodinámicamente.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Pacientes a los cuales no se pudo realizar estudio endoscópico en las primeras 12 hrs. de su ingreso.

DIAGNOSTICO:

El procedimiento diagnóstico seguido en la investigación de la etiología se hizo mediante la Panendoscopia, realizada dentro de las primeras 12 horas siguientes al ingreso, o de la manifestación de la hemorragia en el caso de enfermos previamente hospitalizados.

CONTROLES EVOLUTIVOS:

Se vigiló la presión arterial, pulso y diuresis, en períodos fijos de tiempo, cuyo intervalo estuvo definido por la situación hemodinámica inicial. La presión venosa central se monitorizó en los pacientes hemodinámicamente inestables. Los valores de hemoglobina y hematocrito se determinaron al ingreso, 12 horas después y cada 24 horas. Se anotaron las características y

cuantificación de los vómitos, aspirado gástrico y evacuaciones, con determinación extemporánea del hematocrito y de la hemoglobina cada vez que se produjo un nuevo episodio de hemorragia.

RECOPIACION DE LA INFORMACION:

De cada paciente se llenó una cédula de captación (se anexa formato), que recogía en forma retrospectiva 16 datos, que incluían edad, sexo, número de la hemorragia, antecedentes, manifestación de la hemorragia, situación hemodinámica, diagnóstico endoscópico, persistencia del sangrado, tratamiento quirúrgico y patologías asociadas.

DEFINICIONES:

Ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINES): antecedente de estar tomando éstos, por lo menos 24 hrs. antes del cuadro de HTDA.

Ingesta de alcohol: antecedente de consumo crónico de alcohol, más de 80 gr. al día.

Hematemesis: vómito de contenido hemático, observado por el médico o el familiar del paciente.

Melena: evacuaciones de color negro, alquitranadas, referidas por el paciente o el familiar y corroboradas con tacto rectal por el médico.

Compromiso hemodinámico: manifestado por pulso filiforme mayor de 100 por minuto, presión arterial sistólica igual o menor de 80 mm de Hg., piel fría, húmeda y oliguria.

Hemorragia activa: observación por medio de la endoscopia la salida de sangre por alguna lesión.

Vaso visible: observación por medio de la endoscopia de vaso sanguíneo en una lesión ulcerosa, no sangrante en el momento de la endoscopia.

Persistencia del Sangrado: presencia de hematemesis, melena, hematoquezia o datos de descompensación hemodinámica a pesar del tratamiento.

Cirugía: casos que requirieron intervención quirúrgica, para tratar la causa de la hemorragia.

RESULTADOS:

Del 1 de agosto de 1993 al 31 de julio de 1994, se hospitalizaron 128 pacientes con cuadro de HTDA, en la tabla I se recogen las características generales de la serie y los antecedentes más significativos, y en la tabla II la forma clínica de manifestación inicial de la hemorragia, hematemesis y melena.

TABLA I

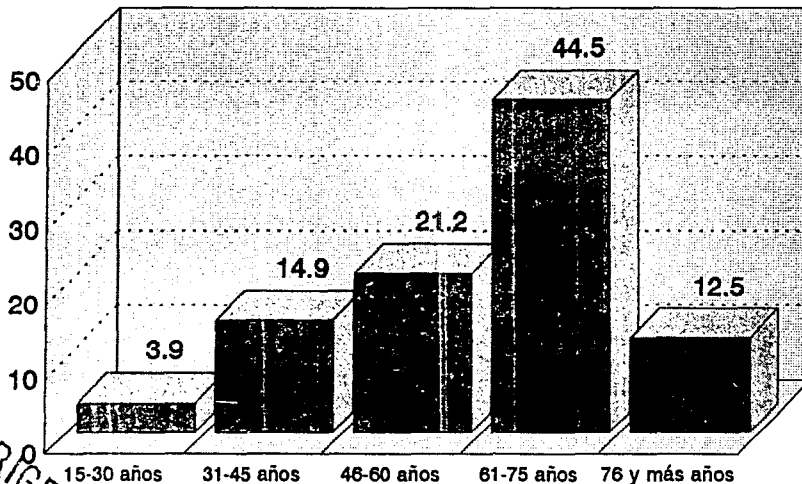
HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
ANTECEDENTES MAS SIGNIFICATIVOS		
ANTECEDENTES	CASOS	%
<i>MAYORES DE 65 AÑOS</i>	48	37.5
<i>SEXO MASCULINO</i>	65	50.7
<i>SEXO FEMENINO</i>	63	49.3
<i>INGESTION DE AINES</i>	21	16.4
<i>ALCOHOLISMO CRONICO</i>	43	33.5
<i>HEMORRAGIA PREVIA</i>	64	50.0

TOTAL DE CASOS: 128

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO

EDADES

PORCENTAJE



GRAFICA I

TOTAL DE CASOS: 128

FALLA DE ORIGEN

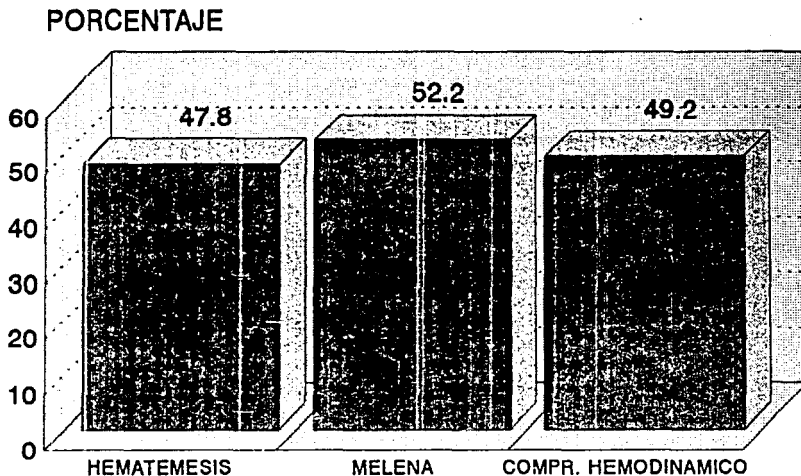
TABLA II

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
MANIFESTACION DE LA HEMORRAGIA Y COMPROMISO HEMODINAMICO AL INGRESO		
MANIFESTACION	CASOS	%
<i>HEMATEMESIS</i>	89	47.8
<i>MELENA</i>	97	52.2
<i>COMPROMISO HEMODINAMICO PREVIO</i>	63	49.2

TOTAL DE CASOS: 128

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO

MANIFESTACIONES DE LA HEMORRAGIA Y COMPROMISO HEMODINAMICO



GRAFICA II

FALLA DE ORIGEN

TOTAL DE CASOS: 128

La edad media fue de 58.9 años con un rango entre 18 y 84 años, el 37.5 % de los pacientes eran mayores de 65 años. Fueron masculinos 65 (50.7%) y femeninos 63 (49.3%). Tenían antecedentes de hemorragia previa en 50%. Antecedentes de ingestión de AINES, 21 pacientes (16.4%). Antecedentes de alcoholismo crónico 43 (33.5 %)

La distribución por grupos etáreos mostró que el mayor número de casos se encontraron dentro del grupo de 61 a 75 años (44.5%), y el grupo con menor número de casos fué el de 15 a 30 años con (3.9%) 4, 18, 19, tabla y gráfica III.

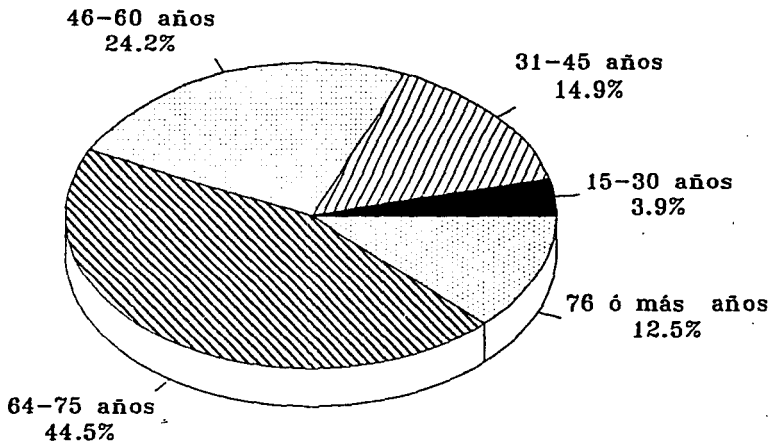
TABLA III

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS		
AÑOS	CASOS	%
<i>15 - 30</i>	<i>5</i>	<i>3.9</i>
<i>31 - 45</i>	<i>19</i>	<i>14.9</i>
<i>46 - 60</i>	<i>31</i>	<i>24.2</i>
<i>61 - 75</i>	<i>57</i>	<i>44.5</i>
<i>76 ó más</i>	<i>16</i>	<i>12.5</i>

TOTAL DE CASOS: 128

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS



GRAFICA III

FALLA DE ORIGEN

TOTAL DE CASOS: 128

Con respecto a las causas principales de la hemorragia 52 casos (40.6 %) correspondieron a várices esofágicas seguido por la úlcera duodenal con 22 casos (17.1%), El pólipa gástrico y la angiodisplasia se presentaron sólo en el 0.8 % cada uno, tabla y gráfica IV.

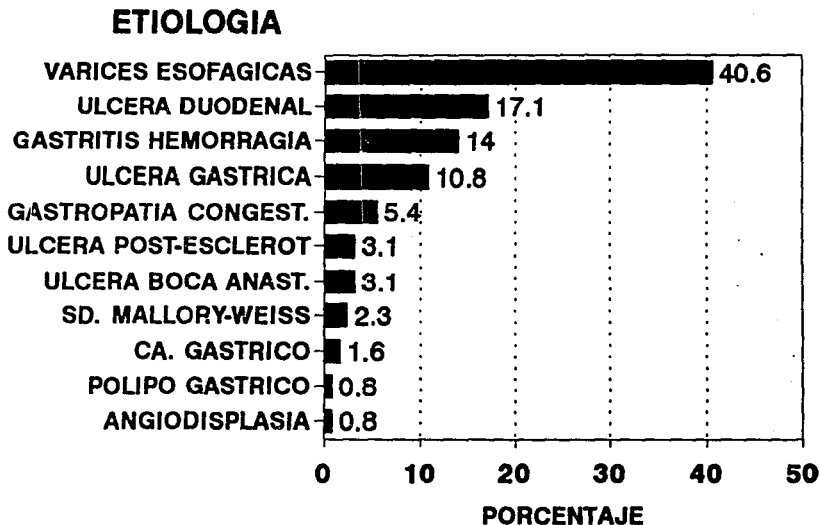
TABLA IV

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
ETIOLOGIA		
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO	CASOS	%
<i>VARICES ESOFAGICAS</i>	<i>52</i>	<i>40.6</i>
<i>ULCERA DUODENAL</i>	<i>22</i>	<i>17.1</i>
<i>GASTRITIS HEMORRAGICA</i>	<i>18</i>	<i>14.0</i>
<i>ULCERA GASTRICA</i>	<i>14</i>	<i>10.8</i>
<i>GASTROPATIA CONGESTIVA</i>	<i>7</i>	<i>5.4</i>
<i>ULCERA POST-ESCLEROTERAPIA</i>	<i>4</i>	<i>3.1</i>
<i>ULCERA DE BOCA ANASTOMOTICA</i>	<i>4</i>	<i>3.1</i>
<i>SINDROME DE MALLORY-WEISS</i>	<i>3</i>	<i>2.3</i>
<i>CANCER GASTRICO</i>	<i>2</i>	<i>1.6</i>
<i>POLIPO GASTRICO</i>	<i>1</i>	<i>0.8</i>
<i>ANGIODISPLASIA</i>	<i>1</i>	<i>0.8</i>

TOTAL DE CASOS: 128

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO

ETIOLOGIA



GRAFICA IV

TOTAL DE CASOS: 128

Se asociaron una o más enfermedades en 89 pacientes de los cuales las mas frecuentes fueron diabetes mellitus en 20 casos (15.6%), e hipertensión arterial 16 casos(12.5%),la entidad nosológica que menos casos tuvo fué la cardiopatía isquémica 4 casos (3.2%), y en 39 casos no hubo ninguna enfermedad asociada,

tabla y gráfica V.

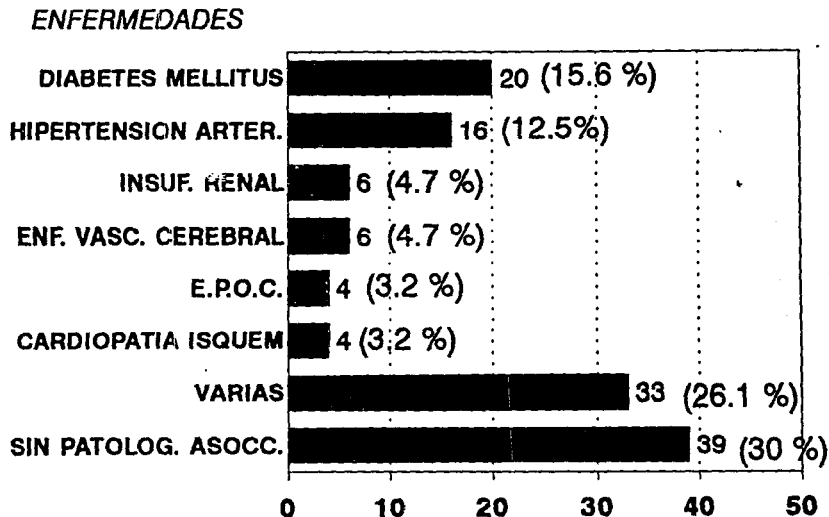
TABLA V

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
ENFERMEDADES ASOCIADAS		
ENFERMEDAD	CASOS	%
<i>DIABETES MELLITUS</i>	20	15.6
<i>HIPERTENSION ARTERIAL</i>	16	12.5
<i>INSUFICIENCIA RENAL</i>	6	4.7
<i>ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL</i>	6	4.7
<i>ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA</i>	4	3.2
<i>CARDIOPATIA ISQUEMICA</i>	4	3.2
<i>VARIAS</i>	33	26.1
<i>SIN PATOLOGIA ASOCIADA</i>	39	30.0

TOTAL DE CASOS: 128

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO

ENFERMEDADES ASOCIADAS



GRAFICA V FALLA DE ORIGEN

TOTAL DE CASOS: 128

En relación con el diagnóstico clínico de los pacientes con HTDA, se puede apreciar que la enfermedad acidopéptica, es la entidad clínica más frecuente, presentándose en 48 pacientes (42 %), le sigue en orden de frecuencia la cirrosis hepática por alcohol en 28 pacientes (20.9%) y las causas menos frecuentes fueron, trombosis de la porta, 3 casos (2.4%) y el síndrome de Mallory-Weiss (2.4%), tabla y grafica VI.

TABLA VI

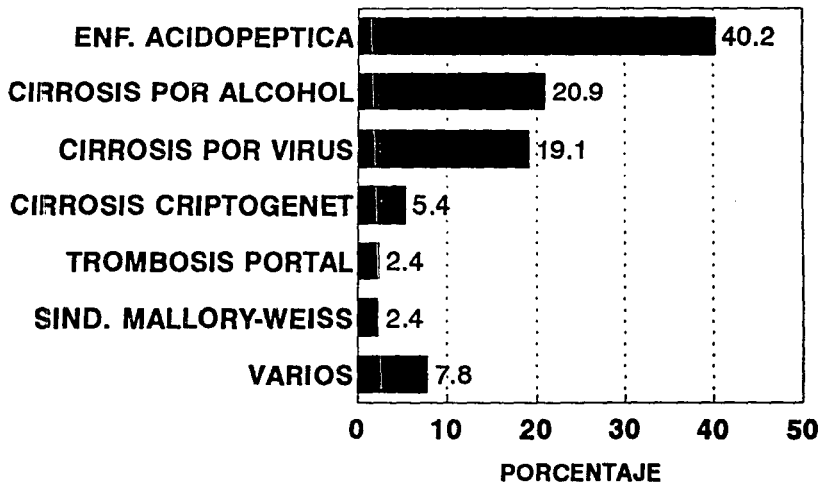
HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
DIAGNOSTICO CLINICO		
ENFERMEDAD	CASOS	%
<i>ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA</i>	48	42.0
<i>CIRROSIS HEPATICA POR ALCOHOL</i>	28	20.9
<i>CIRROSIS HEPATICA POR VIRUS</i>	26	19.1
<i>CIRROSIS CRIPTOGENETICA</i>	7	5.4
<i>TROMBOSIS DE LA PORTA</i>	3	2.4
<i>SINDROME DE MALLORY - WEISS</i>	3	2.4
<i>VARIOS</i>	10	7.8

TOTAL DE CASOS: 128

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO

DIAGNOSTICO CLINICO

DIAGNOSTICO CLINICO



GRAFICA VI

TOTAL DE CASOS: 128

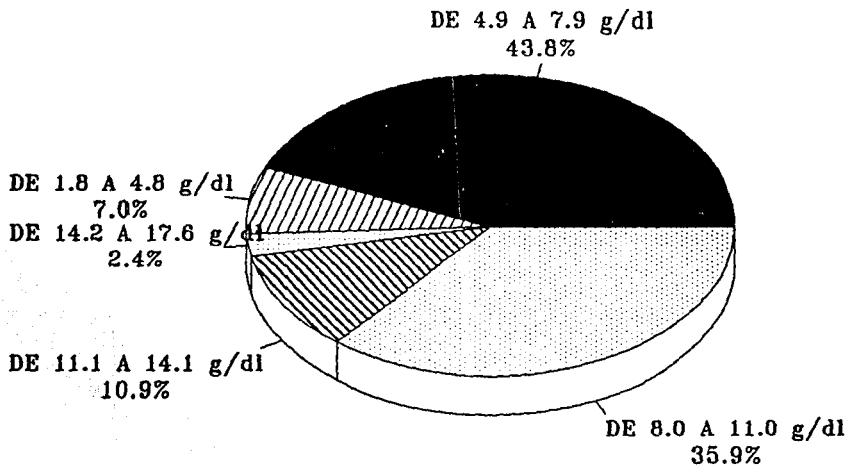
Al ingresar a el servicio los pacientes, se les realizó determinación de las cifras de hemoglobina encontrándose que entre 4.9 y 7.6 g/dl. estaba el mayor número de casos 56 (43.8 %), y solamente 3 casos (2.3%) estaban entre 14.2 y 17.6 g/dl. tabla y gráfica VII

TABLA VII

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
DETERMINACION DE HEMOGLOBINA AL INGRESO		
DETERMINACION DE HEMOGLOBINA (g/dl)	CASOS	%
<i>DE 1.8 A 4.8</i>	<i>9</i>	<i>7.0</i>
<i>DE 4.9 A 7.9</i>	<i>56</i>	<i>43.8</i>
<i>DE 8.0 A 11.0</i>	<i>46</i>	<i>35.9</i>
<i>DE 11.1 A 14.1</i>	<i>14</i>	<i>10.9</i>
<i>DE 14.2 A 17.6</i>	<i>3</i>	<i>2.4</i>

TOTAL DE CASOS: 128

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO DETERMINACION DE HEMOGLOBINAS AL INGRESO



GRAFICA VII

TOTAL DE CASOS: 128

Los estigmas endoscópicos de hemorragia se observaron con vaso visible en 15 pacientes (11.7%) y la hemorragia activa en 46 (35.9%) tabla y gráfica VIII.

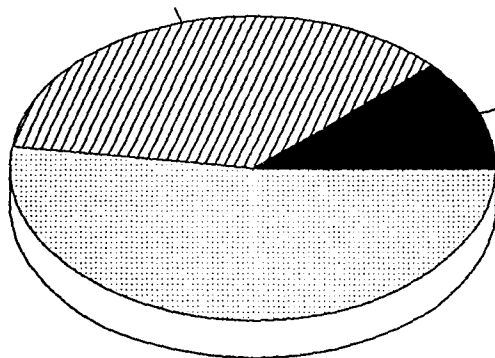
TABLA VIII

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
ESTIGMAS DE SANGRADO EN GENERAL DE LA HTDA		
ESTIGMAS	CASOS	%
<i>VASO VISIBLE</i>	<i>15</i>	<i>11.7</i>
<i>HEMORRAGIA ACTIVA</i>	<i>46</i>	<i>35.9</i>
<i>SIN SIGNOS</i>	<i>67</i>	<i>52.3</i>

TOTAL DE CASOS: 128

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO SIGNOS ENDOSCOPICOS

HEMORRAGIA ACTIVA 46
35.9%



VASO VISIBLE 15
11.7%

SIN SIGNOS 67
52.3%

GRAFICA VIII

TOTAL DE CASOS: 128

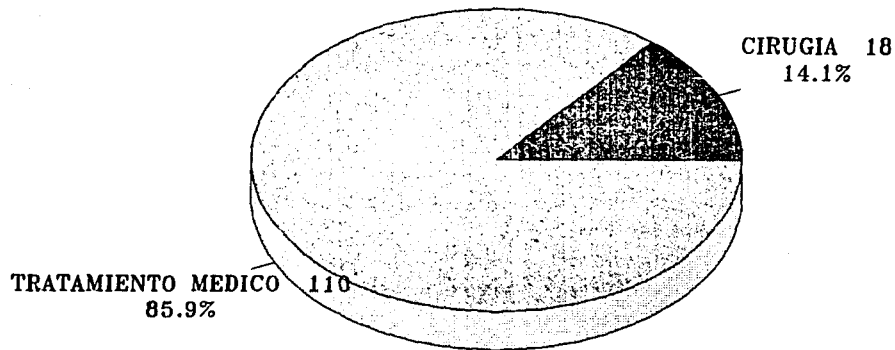
Hubo persistencia de la hemorragia en 33 pacientes 25.7 %, ameritando cirugía 18 pacientes (13.9%) se intervinieron de urgencia 11 pacientes y en forma electiva 7, tabla y gráfica IX.

TABLA IX

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
PACIENTES CON HTDA QUE REQUIEREN INTERVENCION QUIRURGICA		
TRATAMIENTO	CASOS	%
<i>CIRUGIA ELECTIVA</i>	<i>7</i>	<i>5.4</i>
<i>CIRUGIA DE URGENCIA</i>	<i>11</i>	<i>8.5</i>
<i>TOTAL</i>	<i>18</i>	<i>13.9</i>

TOTAL DE CASOS: 128

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO TRATAMIENTO QUIRURGICO



FALLA DE ORIGEN

GRAFICA IX

TOTAL DE CASOS: 128

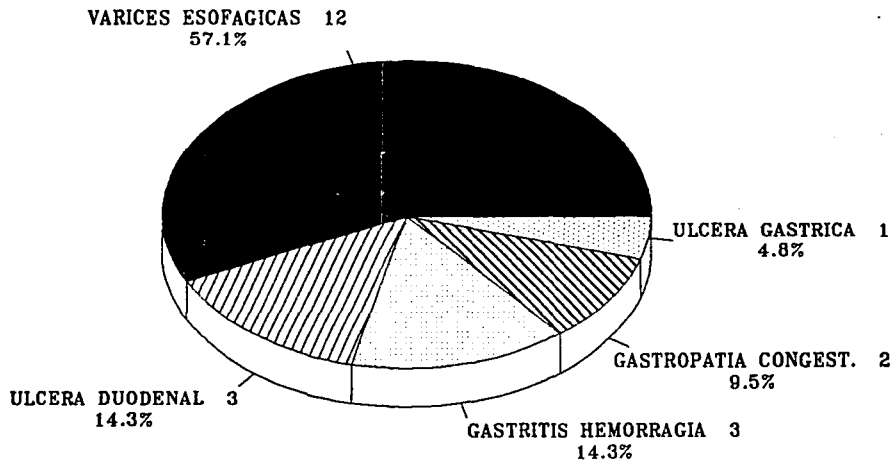
La mortalidad fué de 21 casos (16.4%) siendo la causa principal las v rices esofágicas con 12 casos (57 %), y la causa con más baja mortalidad fue la úlcera gástrica con 1 caso (4.7%), tabla y gráfica X.

TABLA X

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HTDA		
CAUSAS	CASOS	%
<i>VARICES GASTRICAS</i>	<i>12</i>	<i>57.0</i>
<i>ULCERA DUODENAL</i>	<i>3</i>	<i>14.4</i>
<i>GASTRITIS HEMORRAGICA</i>	<i>3</i>	<i>14.4</i>
<i>GASTROPATIA CONGESTIVA</i>	<i>2</i>	<i>9.5</i>
<i>ULCERA GASTRICA</i>	<i>1</i>	<i>4.7</i>

21 DEFUNCIONES

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO MORTALIDAD EN GENERAL



GRAFICA X

FALLA DE ORIGEN

21 DEFUNCIONES

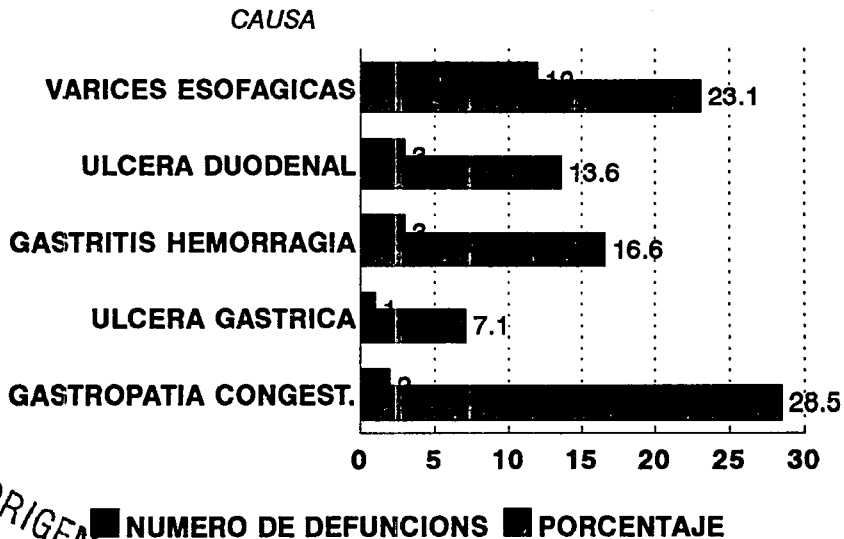
El índice de mortalidad por causa de la HTDA fué en primer lugar la gastropatía congestiva en 2 casos (28%) del total de 7 casos con esta patología, y con menor índice la úlcera gástrica 1 caso (7.1%) de un total de 14 casos, tabla y gráfica XI.

TABLA XI

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
PORCENTAJE DE MORTALIDAD POR CAUSA DE LA HTDA		
CAUSAS	CASOS	%
<i>VARICES ESOFAGICAS</i>	<i>12</i>	<i>23.1</i>
<i>ULCERA DUODENAL</i>	<i>3</i>	<i>13.6</i>
<i>GASTRITIS HEMORRAGICA</i>	<i>3</i>	<i>16.6</i>
<i>ULCERA GASTRICA</i>	<i>1</i>	<i>7.1</i>
<i>GASTROPATIA CONGESTIVA</i>	<i>2</i>	<i>28.5</i>

21 DEFUNCIONES

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO MORTALIDAD POR CAUSA



GRAFICA XI

21 DEFUNCIONES

FALLA DE ORIGEN

Distribución de la mortalidad por grupos etáreos: el mayor número fue en pacientes de más de 60 años (52.4%) en contraste con sólo el (9.5 %) de pacientes con edades entre 18 a 39 años, tabla y gráfica XII.

TABLA XII

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO		
MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON HTDA		
GRUPO DE EDAD	CASOS	%
<i>DE 18 A 39 AÑOS</i>	<i>2</i>	<i>9.5</i>
<i>DE 40 A 49 AÑOS</i>	<i>3</i>	<i>14.3</i>
<i>DE 50 A 59 AÑOS</i>	<i>5</i>	<i>23.8</i>
<i>DE MAS DE 60 AÑOS</i>	<i>11</i>	<i>52.4</i>

21 DEFUNCIONES

DISCUSION

La demanda asistencial por HTDA en el servicio fué de 28 % del total de ingresos, lo cual muestra que es la más frecuente de las emergencias en la práctica de la Gastroenterología.

En esta serie se aprecia que más de un tercio de los pacientes (37.5 %) tenían más de 65 años de edad, lo cuál es acorde con lo referido en la literatura respecto a la elevada proporción de HTDA en pacientes ancianos y a su incremento en los últimos años, la edad es considerada en todas las series como un factor de riesgo (6, 7, 9, 12, 13, 14, 18, 21, 34).

En la distribución por sexos se puede apreciar que no hubo un predominio en alguno de ellos, siendo prácticamente la mitad masculinos (50.7 %) y la mitad femeninos (49.3 %) 4,5,19.

El antecedente de hemorragia previa se encuentra en 64 pacientes (50%) lo cual muestra el alto porcentaje de episodios de HTDA en este tipo de pacientes y lo cual se correlaciona con el pronóstico desfavorable conforme aumenta el número de eventos (2, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 18,) hubo antecedente de ingesta reciente de AINES en un porcentaje de (16.4%) esto es un factor de riesgo para la HTDA según lo referido por varios autores (19,20,21).

La ingesta crónica de alcohol se presentó en 43 pacientes (33.5%) siendo un porcentaje alto y que se correlaciona con la alta incidencia de pacientes con várices esofágicas, secundarias a la hipertensión portal por cirrosis hepática de etiología alcohólica 1, 2, 3, 4.

La mortalidad en los enfermos menores de 60 años fué de 7 % frente a 8.5 % en los mayores de 60 años. La edad es considerada en todas las series como un factor de riesgo (1, 6, 7, 9, 12,

13, 14, 18, 21,34,) y está incluida en la mayoría de los sistemas de valoración pronóstica (12, 24, 35,).

Aunque la HTDA puede tener muchas causas, la gran mayoría de los episodios de sangrado, se deben a un reducido número de lesiones, las vórices esofagogástricas, la úlcera péptica, las gastritis, la gastropatía congestiva y el síndrome de Mallory-Weiss son el origen del 80 al 90 % de las hemorragias (6, 9, 12, 13, 14, 15, 42, 45, 46, 47, 48, 65). En nuestra serie las vórices esofágicas fueron la causa principal de HTDA, representando el 40.6% de los casos, esto en relación con el alto número de pacientes con hipertensión portal secundaria a cirrosis hepática que son atendidos en el servicio, por lo que difiere de otras series (26, 41, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73,) y coincide con otros trabajos publicados (66). Por orden de frecuencia siguieron las hemorragias debido a úlcera duodenal, gastritis hemorrágica úlcera gástrica y gastropatía congestiva.

En otras series se reporta una mayor frecuencia de la úlcera gástrica, sobre la úlcera duodenal, sin embargo, en nuestro medio la úlcera más frecuente es la duodenal, lo que también se observa es que la proporción entre úlcera gástrica y duodenal ha aumentado a expensas de la primera, la hemorragia es la principal y más frecuente complicación de la úlcera péptica y primordialmente de la gástrica, esto ha sido explicado por influencia de factores dietéticos, mayor consumo de AINES, (advenimiento de los bloqueadores H2) y la utilización más frecuente de la endoscopia en relación con la radiología en los últimos años (73, 74). Lo que asegura un diagnóstico más preciso.

La otra causa de HTDA frecuente es la gastritis hemorrágica, la cual en esta serie se encontró en tercer lugar como causa de sangrado, en otras series revisadas ocupa el primer lugar esta entidad,(75, 76,). Estando relacionado con la ingesta de AINES y el consumo de bebidas alcohólicas, es muy frecuente que estos pacientes reciban los AINES como tratamiento para otros padecimientos con los que cursan (21, 52). El cuarto lugar lo ocupó en algunas

series (19,74) la úlcera gástrica, la cual ha aumentado su frecuencia en forma significativa, con respecto a la duodenal. Aunque en nuestros casos no fue así en conjunto las cuatro causas anteriores son responsables de la mayoría de los casos de HTDA, el resto está causado por otras entidades poco frecuentes, sin embargo es muy importante identificar la causa ya que de ésto dependerá una terapéutica oportuna y adecuada, reduciendo las cifras de mortalidad, generadas por este padecimiento.

La endoscopia precoz fué el procedimiento diagnóstico de elección, tiene además, la ventaja adicional de aportar información pronóstica y la posibilidad de poder actuar terapéuticamente para cohibir la hemorragia o prevenir su recidiva.

Un antecedente de valor pronóstico es la presencia de enfermedades graves asociadas, en un alto porcentaje de nuestros pacientes tenían una o más patologías asociadas. En general son las enfermedades crónicas y descompensadas y entre ellas las cardíacas, respiratorias y hepáticas, las que condicionan una mayor mortalidad (13,14,22).

Los diagnósticos clínicos en esta serie fueron en primer lugar la cirrosis hepática, como causa de hipertensión portal y várices esofágicas, el segundo lugar fué por enfermedad ácido-péptica que abarca la úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis y esofagitis, en tercer lugar la trombosis de la porta con desarrollo secundario de várices esofágicas, junto con ésta se encuentra el síndrome de Mallory-Weiss como una complicación del vómito persistente (36, 37).

Otro antecedente que tiene un valor pronóstico importante es la cifra de hemoglobina, la cual permite evaluar la importancia de la hemorragia, asociándose las cifras bajas a inestabilidad hemodinámica que ocasiona aumento de la mortalidad, en esta serie alrededor del 50% de los pacientes, presentaron cifras menores de 8 g/dl.(38, 39).

Durante la endoscopia se observó vaso visible en 11.7 % de las hemorragias debidas a úlcera péptica y hemorragia activa en el 35.9 % del total de pacientes, lo cual muestra una alta frecuencia, lo cual influye en el pronóstico y la mortalidad (26, 41, 56, 58, 61) y el riesgo de recidiva oscila entre un 30 y 60 % (26, 27, 61,).

Los pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico por persistencia de la hemorragia fueron 21 casos (13.9%) lo cual está acorde con respecto a lo encontrado en otras series (26, 68) correspondiendo a cirugía de urgencia el mayor número casos 11, contra 7 de la cirugía electiva.

La mortalidad fué de 16.4 % asociandose con la etiología y se pueden diferenciar tres grupos con valor pronóstico distinto.

Un primer grupo constituido por HTDA de bajo riesgo debidas al síndrome de Mallory-Weiss y la esofagitis, un segundo grupo de hemorragias de riesgo medio que está formado por aquellas causadas por la úlcera péptica y la gastritis, las cuales a pesar de la elevada proporción de hemorragia persistente, tienen una mortalidad relativamente baja, debido a que sobre ellas se puede actuar eficazmente mediante endoscopia o cirugía. Finalmente, un tercer grupo de sangrantes de alto riesgo constituido por las hemorragias debidas a várices esofágicas y a gastropatía congestiva (1, 13, 53).

En la distribución de la mortalidad por grupos etáreos, se aprecia que conforme aumenta la edad, aumenta la mortalidad, lo cual está considerada en todas las series como un factor de riesgo (1, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 18, 21, 34,) y está incluida en la mayoría de los sistemas de valoración pronóstica (12, 24, 35).

Se puede concluir lo siguiente: 1) la HTDA es una entidad frecuente en la práctica de la medicina, con una alta prevalencia en edades avanzadas de la vida. 2) La endoscopia precoz permite establecer el diagnóstico etiológico en un alto porcentaje de los enfermos y propor-

cióna información pronóstica de gran valor. 3) Las causas principales de HTDA fueron las várices esofágicas, la úlcera péptica y las lesiones agudas de la mucosa gástrica y 4) la evolución de la hemorragia y su mortalidad se asocian con una serie de datos clínicos, hemodinámicos y endoscópicos que permiten seleccionar a los pacientes de mayor riesgo y así tener una vigilancia más estrecha con actuación terapéutica más específica.

BIBLIOGRAFIA

1. Schiller KFR, Truelove SC and Williams DG. Haematemesis and meleaena, with special reference to factors influencing the outcome. Br. Med J 1970; 2: 7-14.
2. Johnston ST, Jones FN, Kyle J et al. Epidemiology and course of gastrointestinal haemorrhage in north-east Scotland. Br Med J 1973; 3: 655-660.
3. Cutler JA and Mendeloff AJ. Upper gastrointestinal bleeding. Nature and magnitude of the problem in the U.S. Dig. Sci 1981; 26: 90-96.
4. Allan RN. Hemorragia digestiva. Historia, epidemiología y mortalidad. En: Dykes PW y Keighley MRB (Eds.). Hemorragia digestiva. Diagnóstico y tratamiento. ED. Doyma. Barcelona 1983; 3-18.
5. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc 1990; 36: 58-513
6. Himall HS, Watson WW, Jones CW et al. The management of upper gastrointestinal haemorrhage: a multiparametric computer analysis. Ann Surg 1974; 179: 489-494.

7. Allan R y Dykes P. A study of the factors influencing mortality rates from gastrointestinal haemorrhage. *Q J Med* 1976;45: 533-550.
8. Dronfield MW, Atkinson My Langman MJS. Effect of operation policies on mortality from bleeding peptic ulcer. *Lancet* 1979; I: 1126-1128.
9. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ et al . The national ASGE on upper gastrointestinal bleeding.1. Study design and baseline data . *Gastrointestinal Endosc* 1981; 27: 73-79.
10. Morris DL, Hawker PC, Brearley S et al. Optimal timing of operation for bleeding peptic ulcer: prospective randomized trial. *Br Med J* 1984; 288: 1277-1280.
11. Rofe SB, Dugan JM, Smith ER et al. Conservative treatment of gastrointestinal haemorrhage. *GUT* 1985; 26: 481-484.
12. Classon AE, Malleod DAD y Elton RA. Clinical factors in the prediction of further haemorrhage or mortality in acute upper gastrointestinal haemorrhage. *BR. J Surg* 1986; 73: 985-987.
13. Dombal FT, Clarke JR, Clamps SE et al. Prognosis factors in upper GI Bleeding. *Endoscopy* 1986; 18 (suppl.2): 6-10.
14. Pimpl W,Boeckl O, Waclawicked HW et al. Estimation of the mortality rate of patients with severe gastroduodenal hemorrhage with the aid of a new screening system.*Endoscopy* 1987; 19: 101-106.

15. Morgan AG, Clamp SE, OMGE International upper gastrointestinal bleeding survey 1978-1986. *Scand J Gastroenterol* 1988; 23 (suppl.) 144:51-58.
16. Schiller KFR y Cotton PB. Acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Clin Gastroenterol* 1978; 7:595.
17. Grime RT. Gastroduodenal Haemorrhage. *Am R Col Surg Eng* 1979; 61: 123-129.
18. Antler AS, Pitchumoni CS, Thomas E et al. Gastrointestinal bleeding in the elderly morbidity, mortality and cause *Ann Surg* 1981; 142: 271-273.
19. Langman MJS. Ulcer complications and nonsteroidal antiinflammatory drugs *Ann J Med* 1988; 84 (suppl 2A p. 15-19.
20. Duhamel C, Czernichow P, Dechelotte P et al. Hemorragies digestives hautes sons anti-inflammatoires. *Gastroenterol Clin Biol* 1989; 13: 239-244.
21. Carson JL, Strom BL, Soper KA et al . The association of no esteroideal anti-inflammatory drugs with upper gastrointestinal tract bleeding . *Arch Inter Med* 1987; 147: 85-88.
22. Clamp SE, Morgan AG, Kotwal MR et al. Use of a multinational survey to provide clinical guidelines for upper gastrointestinal bleeding in developing countries. *Scand J Gastroenterol* 1988; 23 (suppl. 144): 63-66.

23. Miño Fugarolas G, Jaramillo Esteban JL. La endoscopia en la hemorragia digestiva alta: En Chantar Cy Rodes J (Eds.) I Curso de Actualización en Gastroenterología y Hepatología. JR Prous editores. Barcelona 1988.
24. Salmón RR y Jong M. Endoscopic haemostasis of the upper gastrointestinal tract. Clinics in Gastroenterology 1986; 15: 321-331.
25. Fleischer D. Therapy for gastrointestinal bleeding . En Waye J. Geenen J y Fleischer D (eds.) . Techniques in therapeutic endoscopy. Gower Medical Publishing New York 1987; 1-21.
26. Debongnie JC. Endoscopie et pronostic de l hemorragie du tractus digestive superieur. Gastroenterol Clin Biol 1989;13: 890-898.
27. Reunión de Consensus. Les traitements de urgences des hemorragies digestives hautes de l hypertension portales de la cirrhose. Gastroenterol Clin Biol 1990; 14 (1 bis) : 5B-66B.
28. Grozman RJ, Bosh J, Lebec D, Burroughs y Anderson JM. Treatment of variceal bleeding. En Rodés J y Arroyo V (Eds.). Therapy in Liver disease. Ed. Doyma S.A. Barcelona 1992: 85-128.
29. Hayes PC y Bouchier JAD. Portal Hypertensión : Management of oesophagel bleeding. Gastroenterology International 19990; 3: 37- 39.

30. Jaramillo JL, Poyato A, Gálvez C y Miño G. Las unidades de hemorragias digestivas. Encuesta nacional. Rev. Esp. Enf Digest 1991; 4: 239-245.
31. Hunt PS, Francis JK, Hannsky J et al. Reduction in mortality from upper gastrointestinal haemorrhage. Med. J. 1983; 2:552-555.
32. Dombal FT, Morgan AG, Staniland JR y Ohmann C. Hemorragia digestiva. Características clínicas. Analisis con computadora. En Dyles PW y Keighley MRB (Eds). Hemorragia Digestiva. Diagnóstico y tratamiento. Ed. Doyma. Barcelona 1983.
33. Memorias del Servicio de Aparato Digestivo del hospital Reina Sofia de Córdoba (años 1983-1988).
34. Mc Guires HH y Horsley JS. Emergency operations for gastric and duodenal ulcers in high risk patients. Am Surg 1986; 203: 551-557.
35. Bordley DR, Mushlin AI, Dolan JG et al. Early clinical signs identify low risk patients with acute upper gastrointestinal haemorrhage. JAMA 1985; 253: 3282-3285.
36. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ et al. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. II Clinical pronostic factors. Gastrointestinal Endoscopy 1981; 27: 80-93.
37. Saperas E, Pequé JM Pérez-Ayuso R y cols. Evolución y factores pronósticos de la úlcera sangrante con vaso visible. Med Clin (Barc) 1988; 20806-809.

38. Morgan AG, McAdam WAF, Walmsley GL et al. Clinical findings, early endoscopy and multivariate analysis in patients bleeding from upper gastrointestinal tract. *Br Med J* 1971; 1: 26-28-
39. Hunt PS. Bleeding gastroduodenal ulcers: selection of patients for surgery. *World J Surg* 1987; 11: 289.
40. Borrmann PC, Theodorou NH, Shuttleworth RD et al. Importance of hypovolemic shock and endoscopic signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration: A prospective evaluation. *Br Med J* 1985; 291: 245-247.
41. Jaramillo Esteban JL y Miño Fugarolas G. Hemorragia por úlcera péptica: ¿ hay criterios para un tratamiento más lógico? *Med Clin (Barc.)* 1988;90: 817-819.
42. Hunt PS, Hansky J, y Korman MG. Mortality in patients with haematemesis and melaena: a prospective study. *Br Med J* 1979;1: 1238-1240.
43. Chang F, Drake JE, Farkes GS. Massive gastrointestinal hemorrhage in the elderly. *Am J Surg* 1977 134: 721-723.
44. Kang IY y Piper DW. Improvement in mortality rates in bleeding peptic ulcer disease. *Med J* 1980; 1: 213.
45. Cotton PB, Rosenberg MT, Walrampl et al. Early endoscopic of esophagus, stomach and duodenal bulb in patients with haematemesis and melaena. *Br Med J* 1973; 2: 505-509.

46. Dragadi AE, Ruiz RA y Weingarten ZG. Influence of emergency endoscopy on the management and outcome of patients with upper gastrointestinal haemorrhage. *Am. J. Gastroenterol* 1979;72: 403-415.

47. Milicua JM, Hernández Ranz F, Boixeda D et al: Endoscopia precoz en la hemorragia digestiva alta: Análisis de 722 casos. *Gastroenterol Hepatol* 1989; 3: 205-211.

48. Sugawa CH. Endoscopic diagnosis and treatment of upper gastrointestinal bleeding. *Surg Clin Nort Am* 1989;69: 1167-1183.

49. Duggan JM. Ten year follow-up of gastrointestinal hemorrhage patients. *N J Med* 1986; 16: 33-37.

50. Vellacott KD, Dronfield MW, Atkinson M y Langman MJS. Comparison of surgical and medical management of bleeding peptic ulcers. *Br Med. J.* 1982; 284:548-550.

51. Jaramillo JL, DE la Mata M, Ibañez C et al. Outcome of acute upper gastrointestinal of unknown cause. 7th International meeting on Emergency in Gastroenterology. Bologna, 1989.

52. Sarfeh JJ, Tabak C, Eugene J y Juler GL. Clinical significance of erosive gastritis in patients with alcoholic liver disease and upper gastrointestinal hemorrhage. *Am Surg* 1981; 194: 149-153.

53. Petterson WS. Gastrointestinal Bleeding. In *Gastrointestinal Disease*. Sleisenger MH y Fordtran JS (ed.). WB Saunders Co. Philadelphia 1989; 397-427.

54. Dykes PW y Hawker PC. Gastrointestinal tract haemorrhage. In: Textbook of Gastroenterology. Bouchier JAD, Allan RN, Hodgson HIF y Keigley Mrb (ed.). Bailliere Tindall. London 1984; 283-28
55. Swain C.P. Kirkham JS, Salmón PR et al . Controlled trial of Nd-YAG laser photocoagulation in bleeding peptic ulcer. Lancet 1986; I: 1113-1116.
56. Papp JP. Endoscopic treatment of gastrointestinal bleeding electrocoagulation. En: Sivak MV (ed.). Gastroenterologic endoscopy. WB Saunders Co. Philadelphia 1987; 143-147.
57. Brearley S, Morris DL, Hawker PC, Dykes PW, y Keygley MRS. Prediction of mortality at endoscopy in bleeding peptic ulcer disease. Endoscopy 1985;17:173-174.
58. Wara P. Endoscopic prediction of major rebleeding ulcer. Gastroenterology 1985; 88: 1209-1214.
59. Fuster F, Piqué JM, Teres J et al. Predictive clinical factors of visible vessels in bleeding peptic ulcers. Endoscopy 1987; 19: 11-13.
60. Griffiths WJ, Neumann SG, y Welsh ID. The visible vessel as an indicator of uncontrolled or recurrent gastrointestinal haemorrhage. N England J med 1979; 300: 1411-1413.
61. Swain CP, Storey DW, Bown SG et al. Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. Gastroenterology 1986; 90: 595-608.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

62. Storey DW, Brown SG, Swain CP, et al. Endoscopic prediction of recurrent bleeding in peptic ulcer. *N Eng J Med* 1981; 305: 915-916.
63. Foster DN, Miloszewski KJA, Losowsky MS. Stigmata of recent haemorrhage in diagnosis and prognosis of upper gastrointestinal bleeding. *Br Med J* 1978; 1173-1177.
64. Domschke W, Lederer P y Lux G. The value emergency endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: Review and analysis of 2,014 cases. *Endoscopy* 1983; 15: 126-131.
65. Swain CP. Nature of the bleeding point in massively bleeding in peptic ulcers. *Gut* 1982; 23: A 888-889.
66. Corral MA, Rivera RHH. Diagnóstico endoscópico de la hemorragia del tubo digestivo, en el servicio de urgencias del Hospital General de México. *Rev. Med. Hosp. Gral.* (43) (12) 1980; 490-492.
67. Cordova JA, Mendoza A. Hemorragia del tubo digestivo alto aspectos clínicos y endoscópicos en 78 enfermos. *Rev. de Gast. de México*, Vol 55 . 4. 1190, pag. 365.
68. Gómez Maganda, ST. Hemorragia Gastrointestinal alta. Visión panorámica de treinta años. *Rev. de Gast. de Mex.* vol 55. 4. 1990, pag. 366.
69. Gutiérrez R. Diagnóstico endoscópico de la hemorragia del tubo digestivo proximal. *Endoscopia*. año 1, vol 1, 4. Jul-sep.1990, pag. 141.
70. Rodríguez GA. Hemorragia digestiva proximal: su etiología en pacientes sometidos a estudio endoscópico en nuestra unidad de endoscopia. Vol . V, num. 3, jul-sep. 1994. pag. 112.

71. Ramírez Flores DJ. Causas de sangrado de tubo digestivo alto en el servicio de endoscopia del Hospital General Dr. "Fernando Quiroz" ISSSTE de junio de 1990 a junio de 1994. Endoscopia vol. V num. 3 jul-sep 1994. pag. 112.

72. Alcaraz HG. Principales causas de sangrado de tubo digestivo alto en un hospital de urgencias. Endoscopia, vol V, num 3 jul - sep 1994. pag. 113.

73. Sugawa C, et al. Upper GI bleeding in an urban hospital. Etiology, recurrence and prognosis. Ann Surg. 1990, oct, 212 (4) 521-526.

74. Villalobos PJ. Epidemiología de la úlcera péptica en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" Rev de Gast de Mex vol 55 num 2 abr-jun 1990 pags. 55-60.

75. García JJ, Marañón SM. Hemorragia del tubo digestivo alto. Un protocolo de manejo. Rev. de Gast de México vol 51 num 4 1986. pag. 348.

76. Santamaría GJ. Datos pronósticos de la hemorragia del tubo digestivo alto. Rev de Gast de Mex vol 51 num 4 1986 pag. 349.

