

11227
16

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL "LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS"

ISSSTE

HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES

HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL

"LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS"

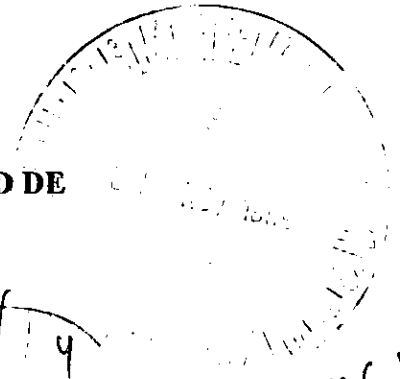
I.S.S.S.T.E.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA

DRA. ALICIA CISNEROS GOMEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA INTERNA



203461

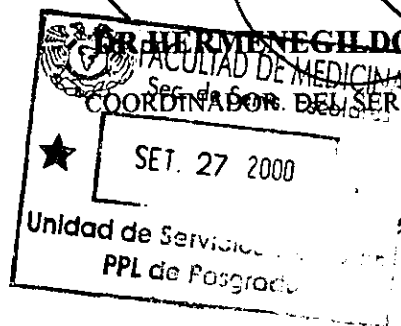
DR OSCAR TREJO SOLORZANO

COORDINADOR DE CAPACITACION DE
CAPACITACION Y DESARROLLO DE
DE INVESTIGACION

DRA GABRIELA SALAS PEREZ

PROF. TITULAR DEL CURSO
DE MEDICINA INTERNA

2000





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.

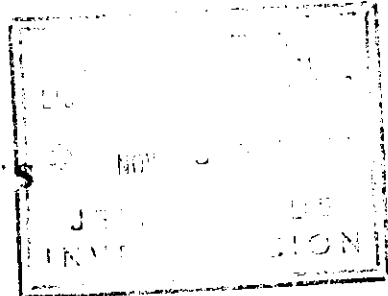
**HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL "LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS"
ISSSTE**

**INVESTIGADOR
DRA ALICIA CISNEROS GOMEZ**

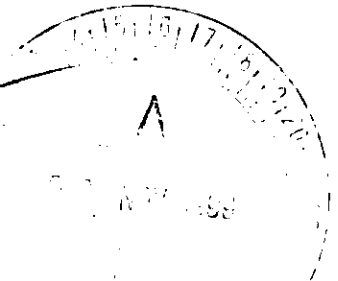
**DIRECCION 1321 COL FLORIDA
DELEGACION ALVARO OBREGON
MEXICO DF**


**DR ENRIQUE ELCERO PINEDA
ASESOR DE TESIS**


**M.C. HILDA RODRIGUEZ G.
JEFE DE INVESTIGACION**




**DR JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE CAPACITACION Y DESARROLLO**



INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	10
DISCUSION	11
CONCLUSIONES	12
GRAFICAS	13
TABLAS	17
BIBLIOGRAFIA	22

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las causas de hemorragia de tubo digestivo alto más frecuentes en el Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos.

DISEÑO: Se trata de un estudio observacional, prospectivo , descriptivo , abierto y transversal con un periodo de seguimiento de 01 de enero al 30 de septiembre de 1999.

LUGAR. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. I:S:S:S:T:E.

PACIENTES: Mayores de 16 años de edad que ingresaron con diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto.

INTERVENCION: Se efectuó panendoscopia alta , se analizó sexo,edad , tabaquismo, alcoholismo,nausea,vómito, hiporexia ,melena , vómitos en pozos de café, hematoquecia, ortostatismo, etiología , tratamiento.

MEDICION Y RESULTADOS: Se estudiaron 150 pacientes predominado el sexo masculino siendo los factores de riesgo más frecuente el alcoholismo.Los síntomas más frecuentes fueron la nausea, astenia y vómitos en pozos de café. Las causas etiológicas de sangrado más frecuente fueron pangastritis y várices esofágicas.Se realizó tratamiento con escleroterapia y ligadura de várices . Se egresaron por mejoría 138 y fallecieron 12 pacientes . Las causas de reingreso fueron por várices esofágicas y úlcera gástrica.

CONCLUSIONES: Las causas principales de sangrado de tubo digestivo alto son pangastritis y várices esofágicas.

PALABRAS CLAVES: ETIOLOGIA , HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO

SUMMARY

OBJETIVE.Review the etiology of the acute upper gastrointestinal tract bleeding in the Lic.Adolfo Lopez Mateos regional Hospital.

DESIGN.Data relating between 01 january to 30 september 1999 were collected prospective,open,descripted and transversal study.

PLACE.Lic.Adolfo Lopez Mateos Regioanl Hospital, I.S.S.S.T.E.

PATIENTS:Adults treated with acute upper gastrointestinal tract bleeding.

SUPERVISE.Previo medical illnes,risk factor clinical as nausea, vomiting,asteni, endoscopic and treatment werw collected and we also included in the analysis.

MEASUREMENT AND RESULT.Of 150 patients predominance sex male.

Risk factor illnes was documented as alcoholic.The clinical risk factor for bleeding were nausea and vomiting.The etiology of bleeding were gastrophaty and esophageal varices.

All patients were medical treatment,16 patients werw esclerotherapy and endoscopic variceal ligation.

The rates of mortality were en12 patients.Rebleeding were for esophageal varices

CONCLUSION. The etiology of bleeding were gastrophaty and esophageal varices.

WORD KEY. Upper gastrointestinal tract bleeding.

INTRODUCCION

El sangrado de tubo digestivo es un problema muy común en los Estados Unidos de Norteamérica, es responsable de un promedio de 300,000 hospitalizaciones por año, la mayoría de los casos se trata de tubo digestivo alto.

Aún a pesar de los avances en los últimos 20 años en farmacoterapia para úlceras y en la técnica endoscópica para hacer hemostasia, la mortalidad del sangrado de tubo digestivo permanece virtualmente igual en un rango del 5 al 10 % como resultado del aumento en el número de pacientes de edad avanzada(5).

Las manifestaciones clínicas de hemorragia digestiva depende de la extensión y la velocidad de la misma , así como la presencia de enfermedades concomitantes . Una pérdida de sangre inferior a 500 ml rara vez se acompaña de signos sistémicos; son excepcionales las hemorragias en el paciente anciano o anémico en las que las pérdidas de menores cantidades de sangre, pueden producir alteraciones hemodinámicas . Una hemorragia rápida de mayor volúmen, ocasiona disminución del retorno venoso, disminución del gasto cardíaco y aumento de las resistencias periféricas por vasoconstricción refleja. Una hipotensión ortostática mayor de 10 mmHg indica por lo general reducción del 20% del volumen sanguíneo. Son síntomas concomitantes los síncofes , mareos, estado nauseoso. Cuando la pérdida de sangre se aproxima al 40% del volumen sanguíneo, a menudo aparece choque, taquicardia e hipotensión así como piel fría y palidez generalizada (2).

Existen muchas causas de hemorragia de tubo digestivo alto sin embargo de acuerdo a su incidencia se reportan:

- 1) Gastropatía erosiva hemórragica: producida por medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos.
- 2) Úlcera duodenal.
- 3) Úlcera gástrica.
- 4) Síndrome de Mallory Weiss.
- 5) Varices o Gastropatía hipertensiva portal.
- 6) Malformaciones arterio-venosas (3).

El sangrado por úlcera péptica usualmente cede espontáneamente independientemente de la edad, sin embargo se ha observado que el rango de mortalidad se incrementa conforme a la edad, siendo menor del 10% en pacientes menores de 60 años y hasta el 35% mayores de 80 años (1). Por otra parte el riesgo de resangrados en pacientes mayores de 60 años con antecedentes previos de tratamiento médico por la misma causa, estado de choque al ingresarse a unidad hospitalaria, úlceras de gran tamaño y estigmas de sangrado recientes durante la endoscopia es mayor su posibilidad de muerte (1) (4).

La gastropatía erosiva hemórragica se encuentra en relación con la ingesta de alcohol o bien con el empleo de antiinflamatorios no esteroideos como el ácido acetil salicílico.

Otras causas que se reportan en pacientes traumatizados, con antecedentes de cirugías o enfermedades sistémicas graves (5).

El síndrome de Mallory Weiss es la laceración de la mucosa en el sitio de unión esofagogástrica, siendo diagnosticada cada vez más frecuente con el advenimiento de la esofagogastroduodenoscopia (6).

La gastropatía portal hipertensiva se caracteriza por la presencia de várices, cuya hemorragia se caracteriza por ser brusca y masiva, siendo poco frecuente la pérdida de sangre crónica(6). La presencia de várices esofágicas o gástricas suele ser secundaria a cirrosis, sin embargo cualquier proceso que cause hipertensión portal puede ocasionar hemorragia (7).

Otras lesiones que pueden causar sangrado de tubo digestivo alto son las lesiones esofágicas, patología oncológicas de estómago y duodeno (carcinoma gástrico, linfoma , leiomiomasarcoma), divertículos duodenales y yeyunales, ruptura de aneurismas aórticos arterioescleróticos e intestino delgado, las discrasias sanguíneas primarias, vasculitis y trastornos del tejido conectivo pueden ser otras causas de sangrado (6) (8).

El estudio del paciente con hemorragia de tubo digestivo alto dependerá de la localización del mismo, su extensión y la rapidez del sangrado, tomando además en cuenta que un 80 a 90% de los mismos se autolimitan de 24 a 48 horas (3); así como las características clínicas del mismo, como la hematemesis descrita como vómito de sangre, la melena como emisión de heces de color negro y aspecto de alquitrán por la presencia de sangre. La hematoquecia o evacuación de sangre roja por el recto, indicativa de sangrado proximal a partir de un foco distal al ligamento de Treitz tomando en cuenta que un sangrado proximal brusco puede producir hematoquecia por tránsito intestinal rápido de sangre (8).

El diagnóstico del sangrado puede realizarse con ayuda de diversas pruebas y procedimientos como son la determinación de hemoglobina, hematocrito, características

morfológicas de los hematíes, recuento leucocitario y plaquetario, tiempos de coagulación, otros estudios más especializados incluyen a la endoscopia, angiografía, centellografía y los procedimientos quirúrgicos (2).

No debe de olvidarse una buena historia clínica y exploración física completa.
(8).

El enfoque terapéutico debe ser individualizado a cada paciente y su patología de base, los tratamientos van desde la colocación de una sonda nasogástrica, el lavado gástrico y la realización de endoscopia posterior (8).

En años recientes un gran número de drogas han sido administradas en pacientes con hipertensión portal para prevenir resangrados a través de cambios en el calibre de los vasos intrahepáticos y portocolaterales, disminuyendo las resistencias vasculares y la presión de la porta (4).

La modulación de la viscosidad sanguínea por agentes hemorreológicos puede reducir la resistencia vascular y por ende la presión portal, tal es el caso del manejo con pentoxifilina (4).

Otros fármacos como la vasopresina, somatostatina o el propanolol disminuye la perfusión hepática y esplénica (4)

El tratamiento endoscópico presenta varias técnicas que ofrecen una terapia efectiva y de baja morbilidad para pacientes con sangrado alto discreto y localizado, la esclerosis endoscópica y la ligadura de las várices son tratamientos eficaces en caso de sangrado variceal. La escleroterapia puede hacerse con medicamentos como el sodio tetradecil sulfato morruato de sodio con complicaciones sólo en un 10 al 15 %.

La ligadura endoscópica de varices fué reportada por primera vez en 1986, con una hemostasia del 86% comparable a la escleroterapia (8). Sin embargo se ha reportado

en pacientes cirróticos con várices esofágicas disminución de su disponibilidad de oxígeno y por lo tanto disminución de la oxigenación tisular con incrementos del lactato arterial de forma transitoria, por lo cual el monitoreo de gases arteriales posterior a la ligadura de várices debe ser de importancia en el manejo (7).

Otros tratamientos médicos descritos en caso de sangrado de tubo digestivo de origen obscuro, es el manejo de hormonas (pacientes con angiodisplasias,, enfermedad de Von Willebrand o la enfermedad de Osler Weber Rendu) a través de efectos sobre la coagulación, la microcirculación mesentérica y la integridad del endotelio vascular. (6).

Finalmente el tratamiento quirúrgico que incluye la realización de Shunts portosistémicos y desvascularizaciones esofagogastricas, así como transplante hepático, resultan buenas opciones para el manejo de sangrados secundarios a hipertensión portal (3).

Con el propósito de determinar la etiología de la hemorragia de tubo digestivo alto en pacientes ingresados en el hospital regional Lic. Adolfo López Mateos.

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó un estudio clínico prospectivo exploratorio en el Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos con un período de seguimiento del 01 de enero de 1999 al 30 de septiembre de 1999.

Se incluyeron pacientes mayores de 16 años que ingresaron con diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto y que se les realizaron panendoscopia de tubo digestivo alto.

Se excluyeron pacientes que se ingresaron procedentes de otra unidad hospitalaria con diagnóstico establecido.

No se eliminó ningún paciente. A todos los pacientes se les efectuó historia clínica, biometría hemática con aparato modelo Coulter JT, química sanguínea y electrolitos séricos con aparato modelo Synchron CX3 de Beckman, a los pacientes con hepatopatía crónica o aguda se les realizó pruebas de funcionamiento hepático con aparato modelo Synchron CX4, electrocardiograma modelo EK10, radiografía de tórax con aparato modelo RX29 y panendoscopia con equipo flexible y sumergible Q10 Olympus, así como los diversos tratamientos. Se analizó sexo, edad, agrupándose en tres grupos: a) de 29 a 39 años, b) 40-59 años y c) de más de 60 años de edad; antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, insuficiencia hepática crónica o aguda, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, síndrome ulceroso, cuadro clínico: astenia, adinamia, náusea, vómitos en pozos de café,

hematemesis, melena, hematoquecia, ortostatismo, tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

A los pacientes en estado de choque se revisó llenado capilar, piel marmorea y diaforesis. Pacientes que requirieron ingreso a unidad de cuidados intensivos, complicaciones, egreso por mejoría y mortalidad, tipo de tratamiento: médico, invasivo como escleroterapia o ligadura de várices y quirúrgico.

Se efectuaron medidas de tendencia central y dispersión porcentajes y proporciones, no requirieron significancia estadísticas.

RESULTADOS

Se estudiaron 150 pacientes, predominando el sexo masculino (Fig 1), el grupo más afectado resultó ser el B correspondiente a pacientes de 40 a 59 años de edad (tabla 1).

Los factores de riesgo más frecuentes fueron el alcoholismo y la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (fig 2).

Se encontró que la hepatopatía crónica se presentó en 54 pacientes, siendo la etiología más frecuente la alcoholica nutricional (fig 3).

El carcinoma gástrico se observó en dos casos.

Los síntomas más frecuentemente encontrados fueron: náusea, astenia, hiporexia, melena y vómitos en pozos de café (tabla 2),

Las causas etiológicas de sangrado más frecuentes fueron pangastritis en 68 casos y várices esofágicas 29 casos, siendo por grupos de edad en el grupo A, la causa principal la pangastritis, en el grupo B las várices esofágicas y en grupo C la pangastritis. El sexo masculino domino en los tres grupos (tabla 3).

Todos los pacientes recibieron tratamiento médico, siendo sometidos a escleroterapia 6 pacientes(4%), y 10 pacientes (6.6%) a ligadura de várices (tabla 4).

Predomino el egreso por mejoría en 138 pacientes (92%) con reporte de defunciones en 12 pacientes(8%), sin transferencias a unidad de cuidados intensivos (fig4).

Los reingresos por nuevos eventos de sangrado tuvieron como causa principal las várices esofágicas (tabla 5).

DISCUSION.

La hemorragia de tubo digestivo alto es una patología frecuente en nuestro medio hospitalario, siendo por ello importante identificarla a tiempo.

De acuerdo a reportes de la literatura, la gastropatía erosiva hemorrágica constituye la primera causa de sangrado de tubo digestivo alto, siendo en nuestro estudio comprobada.

Sin embargo, encontramos que las várices esofágicas, constituyeron la segunda causa a diferencia de los reportes de la literatura en donde son más frecuentes las etiologías ulcerosas. Esto podría explicarse debido a que el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos es un hospital de concentración y en una de las clínicas asignadas por regionalización, la clínica de medicina familiar de Xochimilco, el alcoholismo es un problema epidemiológico y sus complicaciones son frecuentes, lo cual podría sesgar los resultados.

El diagnóstico de la hemorragia digestiva alta, se encuentra ligada de forma estrecha con la valoración clínica, confirmada con la panendoscopia alta, la cual en algunos casos es útil como terapéutica a través de la escleroterapia o ligadura de paquetes varicosos. La mortalidad del 8% fue similar a lo reportado por otros autores. Queda sin aclaración aún el papel de los medicamentos para prevenir los sangrados en pacientes con factores de riesgo, así como enfatizar que el uso de la sonda nasogástrica no constituye parte del tratamiento debido a su efecto de remoción de coágulos, aumento de reflujo y broncoaspiración así como esofagitis péptica.

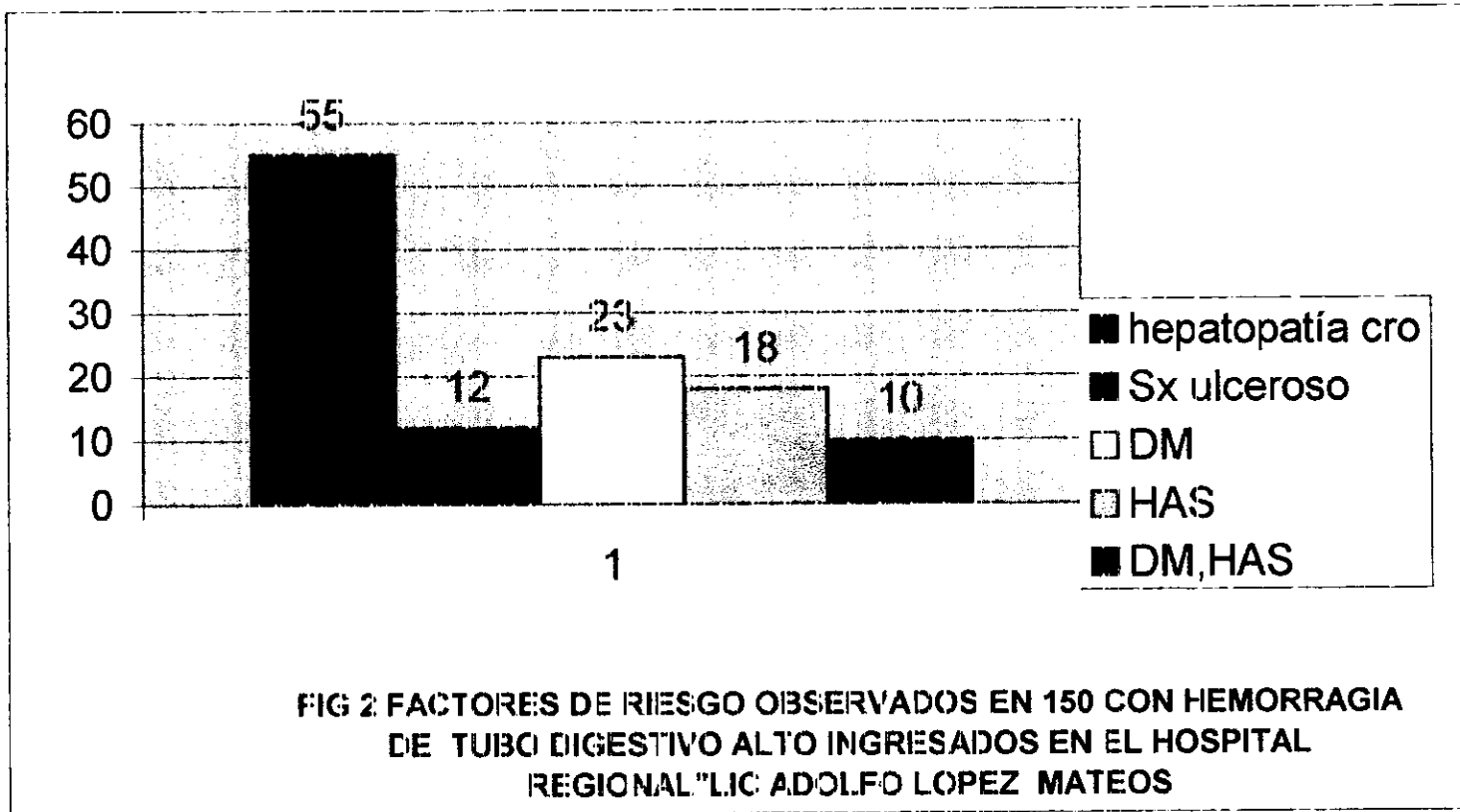
CONCLUSIONES

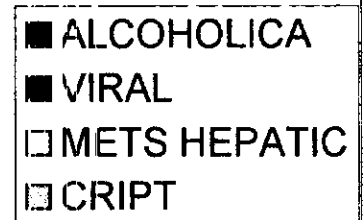
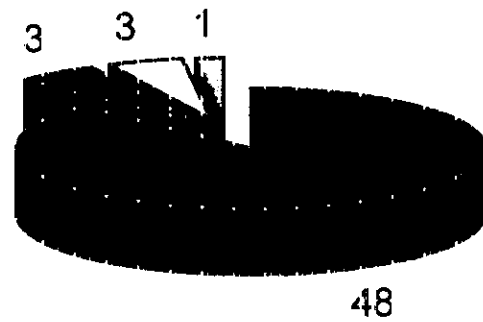
- 1. LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO SON GASTRITIS Y VARICES ESOFAGICAS.**
- 2. EL TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA FUE DE 13.33%**
- 3. LA MORTALIDAD FUE DE 8%.**



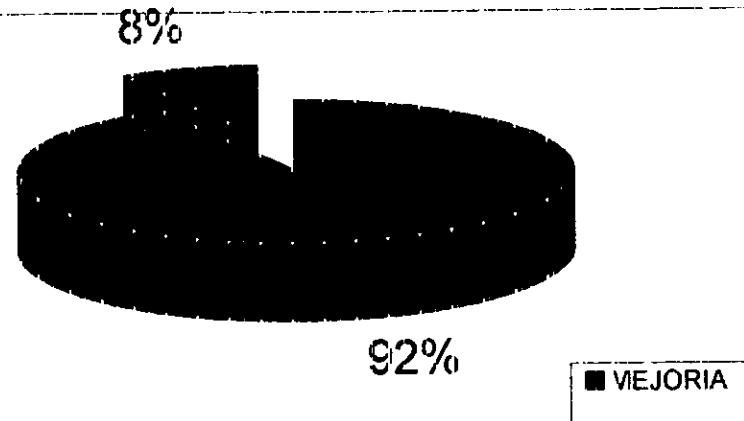
■ Masc
■ Fem

FIG 1 DISTRIBUCION POR SEXO DE 150 PACIENTES PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO INGRESADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL 01 DE ENERO A 30 DE SEPTIEMBRE DE 1999





**FIG. 3 ETIOLOGIA DE CIRROSIS HEPATICA EN 150 PACIENTES CON HTDA
INGRESADOS H.R.L.A.L.M. DEL 01 DE ENERO AL 30 DE SEPT 1999**



**FIG 4 DISTRIBUCION DE ACUERDO A EGRESOS DE
150 PACIENTES CON HTDA INGRESADOS EN EL
H.R.L.A.L.M. DE 01 DE ENE AL 30 DE SEPT DE 1999**

TABLA 1 DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DE 150 PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS" EN PEDIODO DEL 01 DE ENERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1999.

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
29-39 años	10	3	13
40-59 años	49	27	76
60 años y más	42	19	61

TABLA 2 PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTES EN 150 PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO INGRESADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL 01 DE ENERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1999

SIGNOS Y SINTOMAS	CASOS	PORCENTAJE
NAUSEA	150	100
ASTENIA	150	100
HIPOREXIA	150	100
MELENA	89	59.33
VOMITOS EN POZOS DE CAFÉ	52	34.66
HEMATEMESIS	42	28.00
ORTOSTATISMO	8	5.33
ESTADO DE CHOQUE	6	4.00
HEMATOQUECIA	4	2.6

TABLA 3. DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD , SEXO Y ETIOLOGIA EN 150 PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS" EN PERIODO DEL 01 DE ENERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1999

GRUPO DE EDAD	CAUSAS DE SANGRADO	SEXO MASC	SEXO FEM	TOTAL
A: 29-39 a	PANGASTRITIS	3	2	9
	GASTRODUODENITIS	7	1	4
B: 40-59 a	VARICES G IV	14	0	14
	PANGASTRITIS	11	17	28
	ESOFAGITIS	4	6	10
	ULCERA GASTRICA	8	2	10
	VARICES E. G III	7	2	9
	VARICES E. G II	3	0	3
	CANCER GASTRICO	2	0	2
C: 60 años y más	PANGASTRITIS	21	10	31
	GASTRITIS ATROFICA	16	9	25
	VARICES E. G III	3	0	3
	RENDU.W.O.	2	0	2
TOTAL		101	49	150

TABLA 4. TRATAMIENTO ESTABLECIDO EN 150 PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS" EN PERIODO DEL 01 DE ENERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1999.

TRATAMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
MEDICO	150	100 %
LIGADURA DE VARICES	10	6.66 %
ESCLEROTERAPIA	6	4 %
QUIRURGICO	4	2.66 %

TABLA 5. CAUSAS DE REINGRESO HOSPITALARIO EN 150 PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS" EN PERIODO DEL 01 DE ENERO DE 1999 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1999

CAUSAS	REINGRESO
VARICES ESOFAGICAS GRADO III-IV	7
ULCERA GASTRICA	3

BIBLIOGRAFIA

1. Chow .L.W.C.Getschatch P, Poon R.TP.et.al.Risk factors for rebleeding and death from peptic ulcer in the very elderly.Bristish Journal of Surgery 1998,85,121-124.
2. Jossalyn T.E,Slie.Zarneger Lousha,Siegel Michael E,et.al.Techneium 99m Labeled red blood cell scans in the Investigation of gatrointestinal Bleeding.Dis Colon rectum.July 1996.39.7.750-753.
3. Layton F. Rikkers. MD. The Changing Spectrum of treatmente for variceal bleeding.Annals of surgery 1998.228.4,536-546.
4. Eleftheriadis e, MD.Kotzampassi,K.MD. Koufogiannis D.Modulation of intravariceal `pressure with pentoxifiline:a possible New Approach en the Treatmente of portal hypertension.The American Journal of gastroenterology,1998.93.12.2431-2435.
5. Granleck IM. Jensen DM. Gornbein J.et.al.Clinical and Economic Outcomes of individuales with severe peptic ulcer hemorrhage and nonbleeding visible trials.The American journal of gastroenterology.1998.93.11,2047-2055.
6. Barkin JS. RossBS.eta.al. medical Yherapy for Chronic gastrointestinal Bleeding of obscure origin.The American Journal of gastronerology.1998.93.8, 11250-1254.
7. Iida T.Shijo H.Yokoyama m: et.al. Effects of endoscopic variceal ligation on oxigen transport and the arterial lactate levels in patients with cirrhosis. The American Journal of gastroenterology.1998. 93.8.1340-1345.
- 8.Fauci AS, Braunwald E.Isselbacher KJ. Harrison, principios de medicina interna. Edit Interamericana,14 Edic. México 1998.