



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE URGENCIAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES # 30

TITULO

**DESCRIPCION TOPOGRAFICA Y ETIOLOGICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA PROXIMAL EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES # 30 DEL IMSS EN MEXICALI BC DURANTE EL AÑO 2010**

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN

MEDICINA DE URGENCIAS

AUTOR

Dr. SIMON DE JESUS SANCHEZ VELARDE

HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES #30 IMSS MEXICALI B.C. 2009-2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TITULO

DESCRIPCION TOPOGRAFICA Y ETIOLOGICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA PROXIMAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES #30 DEL IMSS EN MEXICALI BC DURANTE EL AÑO 2010

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS

AUTOR

DR. SIMON DE JESUS SANCHEZ VELARDE

Dr. JESUS MARIO DUEÑAS MADRIGAL

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS

M.C. LOURDES YUSVISARET PALMER MORALES

ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS

D.C. MARIA YSABEL MARQUEZ MONTENEGRO

ASESOR ESTADISTICO

Dr. FRANCISCO MARIO MONTIEL LEY

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL Y ENDOSCOPISTA

Dr. CESAR N. MATEOS AHUMADA

COORDINADOR DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION EN SALUD HGE #30

DEDICATORIAS

A DIOS

. Por la vida

A MI ESPOSA E HIJOS

. Por su paciencia, amor y el apoyo que siempre han tenido para mí.

A MI MADRE

. Por sus bendiciones

A MIS ASESORES

Porque gracias a ellos fue posible este proyecto.

Dra. Yusvisaret Palmer Morales

Dr. Francisco Mario Montiel Ley

DC. María Ysabel Márquez Montenegro

A MIS MAESTROS DE LA ESPECIALIDAD (URGENCIAS HGE #30)

Gracias por el empeño, dedicación y paciencia para mi formación.

INDICE

1. Título	5
2. Introducción	5
3. Justificación	6
4. Planteamiento del problema.	6
5. Marco teórico.....	7
6. Objetivos.	13
6.1. Objetivo General.....	13
6.2. Objetivos Específicos.....	13
7. Material y métodos.	14
7.1. Diseño de estudio.....	14
7.2. Universo de trabajo.	14
7.3. Tamaño de muestra.	14
7.4. Lugar y fecha donde se realizo el estudio.	14
7.5. Criterios de inclusión.....	14
7.6 Criterios de exclusión.....	14
7.7. Criterios de eliminación.	15
7.8. Definición de variables.....	15
7.9. Análisis estadístico.....	15
7.10. Procedimiento.....	15
8. Consideraciones Éticas.	16
9. Organización.....	16
9.1. Recursos humanos.	16
9.2. Recursos materiales y presupuesto.	16
10. Resultados.....	17
12. Discusión.....	23
13. Conclusión.....	25
14. Bibliografía.....	26

1. Título.

Descripción topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva proximal en el Hospital General de Especialidades #30 del IMSS en Mexicali BC durante el año 2010.

2. Introducción

La hemorragia digestiva proximal, es aquella que se encuentra desde el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz, clínicamente se presenta como hematemesis y melena, su forma de presentación son conocidas como hemorragia varicial y no varicial, la hemorragia digestiva proximal es una patología frecuente y un problema de salud pública a nivel mundial, de acuerdo a su etiología varía su presentación en forma regional, en México no hay datos suficientes para obtener una estadística a nivel nacional, mas sin embargo existen estudios de diferentes hospitales; el objetivo en el presente estudio es describir la etiología y topografía de la hemorragia digestiva en el Hospital General de Especialidades #30 del IMSS de Mexicali durante el año 2010, dichos datos se obtuvieron de expedientes clínicos con reporte de ingreso hospitalario de hemorragia digestiva proximal y con reporte de estudio endoscópico realizado dentro de las primeras 48 horas posteriores a su ingreso, la información se obtuvo mediante un cuestionario y una ficha de trabajo, para realizar el manejo de los datos estadísticos.

3. Justificación

La hemorragia digestiva proximal representa un problema de salud pública a nivel mundial, en la actualidad sigue siendo un reto diagnóstico y terapéutico, el índice de mortalidad es elevado, en un 10% a nivel mundial. Sin embargo esta cifra puede incrementarse o disminuir dependiendo de la población en estudio y de los recursos disponibles en la unidad de atención al paciente. Estudios realizados en México por diferentes hospitales reportan tasas variables de mortalidad, por ejemplo el Hospital Español hace mención del 3%, Medica Sur del 3.7%, el Hospital General de México de 9% y el hospital Universitario de Nuevo León es el más alto del 14%. Por lo tanto considero que el presente proyecto, va aportar información muy valiosa para el conocimiento del comportamiento de la hemorragia digestiva proximal tanto en su frecuencia etiológica y topográfica en el Hospital General de Especialidades No. 30, para un diagnóstico y tratamiento oportuno que nos ayude a abatir la morbilidad y mortalidad.

Objeto de estudio: hemorragia digestiva proximal.

Unidad de observación: expedientes clínicos con diagnóstico de hemorragia digestiva proximal.

Unidad de análisis: los expedientes clínicos.

Nivel de análisis: explicativo y descriptivo.

4. Planteamiento del problema.

¿Cuál es la descripción topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva proximal en el hospital general de especialidades #30 del IMSS en Mexicali B.C. durante el año 2010?

5. Marco teórico.

La hemorragia digestiva puede presentarse en cualquier edad, desde el paciente recién nacido hasta el paciente anciano, se define como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. Es una de las urgencias médicas más frecuentes, según su localización por encima o debajo del ángulo de Treitz se clasifica en hemorragia digestiva proximal o distal respectivamente. Por lo general la hemorragia digestiva proximal tiene una presentación más severa con un alto índice de morbilidad y mortalidad en comparación de la hemorragia digestiva distal.¹

La hemorragia aguda es uno de los principales signos clínicos que pueden llegar a presentar un paciente con enfermedad de tubo digestivo, teniendo una alta frecuencia de hospitalización. En ocasiones puede presentarse como una hemorragia microscópica la cual tiene un diagnóstico complicado si no se busca de manera intencionada, otra forma de presentación y la más frecuente son las evacuaciones con sangre visible donde la mayoría de la veces se pone en riesgo la vida del paciente por sus alteraciones hemodinámicas². Más sin embargo aunque no exista hipotensión la hemorragia puede ocasionar hipo perfusión por lo tanto ocasiona un metabolismo anaeróbico con repercusión en el incremento de la morbilidad y mortalidad.³

La hemorragia digestiva proximal se clasifica como hemorragia varicial y hemorragia no varicial, y es aquella que se origina en una lesión situada entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz (formado por la cuarta porción duodenal y el yeyuno). Como en cualquier patología consta de una fase sindrómica sustentada en la historia clínica, la exploración clínica y los estudios complementarios, la base diagnóstica suele ser su presentación en forma de hematemesis y/o melena.⁴ la presencia de sangre en el vomito se denomina hematemesis la cual puede ser sangre fresca o sangre no reciente (pozos de café) esto depende del tiempo de exposición al ácido clorhídrico, la melena es una evacuación de color negro brillante alquitranadas de consistencia disminuida pegajosas fétidas, la cual se requiere de 100ml de sangre como mínimo y de un tiempo de exposición en trayecto intestinal de 8 hrs. Hematoquezia son las evacuaciones de color rojo brillante o color vino tinto y por lo general se originan en tubo digestivo distal, aunque cuando la hemorragia proximal es muy intensa puede llegar a presentarse. Para realizar un diagnóstico sindrómico es necesario diferenciarla con patologías las cuales puedan confundir o simular una hemorragia

digestiva proximal, la cual, al realizar una adecuada exploración e historia clínica, evitara un ingreso hospitalario innecesario.

Por lo que debemos recordar las siguientes consideraciones; la hemorragia de otro origen que ocasionan hematemesis o melena son, la epistaxis, la hemoptisis y las gingivorragias, la pseudo-hematemesis es ocasionada por la ingesta de recientes bebidas de cola, café, vino tinto y de ciertos alimentos como tomates, cerezas todas ellas pueden dar aspecto de pozos de café o sangre fresca.⁵

Considerada como un problema de salud pública a nivel mundial por su elevada morbilidad y mortalidad, su incidencia varia en distintos países pero en promedio se habla que tiene una presentación de 40 a 150 hemorragias digestivas proximales por cada 100 000 habitantes, las patologías que pueden ocasionar una hemorragia digestiva proximal son múltiples actualmente se dividen como hemorragia varicial y hemorragia no varicial.

Dentro de las causas variciales tenemos la ruptura del paquete varicial del esófago y estomago, además dentro de las no variciales podemos encontrar a las gastropatías erosivas inducidas por el alto consumo de agentes gastroerosivos secundaria a enfermedades crónico degenerativas, otros tipos de padecimientos son poco frecuentes pero son tan importantes por su modo de presentación aguda, las angiodisplasias y el síndrome de Mallory-Weiss. En México existen estudios regionales los cuales mencionan un predominio etiológico por ejemplo en el 2000 Roesch et al; concluyo que en la ciudad de Veracruz, las causas más frecuentes fueron las varices esofágicas con una presentación del 33.85%, seguida de gastritis erosivas representadas con el 31.12%, además de una afectación de rango de edad entre los 50 a 70 años.⁶ En el HGZ N°1 en IMSS en Durango la tasa anual de prevalencia reportada es de 46.6 casos de hemorragia digestiva proximal por cada 1000 egresos hospitalarios.⁷ En el 2003 Rodríguez et al; en el Hospital Regional en Durango del IMSS describieron una serie de factores asociados a la hemorragia digestiva proximal siendo la ingesta de AINES y el tabaquismo dentro de los principales factores asociados.⁸

En el siguiente cuadro se muestran las principales causas de hemorragia digestiva proximal en México las cuales se realizaron mediante una recopilación de datos de estudios realizados durante los años 1995 hasta el 2002 haciendo

mención de 3457 estudios endoscópicos donde fueron diagnosticados con hemorragia digestiva proximal concluyendo que las principales causas son:

Cuadro 1. Causas frecuentes en México.

Causas	Porcentaje
Gastropatías erosivas	34.68
Úlcera gástrica	24.06
Úlcera duodenal	18.09
Esofagitis péptica	05.46
Neoplasias	03.17
Mallory-Weiss	02.60
Duodenitis	02.44
No determinado	04.80

*Guías de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología. 2007 vol72No4

Hemorragia no varicial.

Las úlceras pépticas⁹ se presentan mayormente en sujetos mayores de 20 años y su complicación es la hemorragia digestiva proximal, la mortalidad varía de 2% al 17% y cuando se agregan enfermedades crónicas degenerativas puede aumentar hasta el 29.4%, el aumento de las frecuencias de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática e insuficiencia renal crónica se ven asociadas al desarrollo de úlcera péptica y sus complicaciones. Por otro lado los pacientes con *Helicobacter Pylori*¹⁰ se asocian a una recurrencia de úlcera péptica del 40% a 70% de los casos. Las úlceras se definen como una rotura de la superficie de la mucosa mayor de 5mm de tamaño, en el cual, en profundidad alcanza la mucosa.

Las úlceras duodenales se asientan sobre todo en la primera porción del duodeno (>95%), alrededor de 90% están localizadas en los primeros 3cm siguientes al píloro. Por lo común miden menor o igual a 1cm de diámetro, aunque a veces puede alcanzar 3 a 6 cm (úlcera gigante) están claramente delimitadas y su profundidad en ocasiones alcanza la muscularis propia. La base de las úlceras suelen estar formadas por necrosis eosinofílica con fibrosis circundante. Las úlceras duodenales malignas son extraordinariamente raras. Úlceras gástricas al contrario de lo que sucede con las úlceras duodenales las gástricas pueden ser malignas. Las úlceras gástricas se localizan generalmente distales a la unión entre el antro y la mucosa secretora ácida. Esta unión es variable, pero más a menudo la mucosa antral se extiende alrededor de dos tercios de la distancia de la curvatura menor y un tercio de la curvatura mayor.¹¹

La clasificación de Forrest un valor predictivo exclusivo de las úlceras la cual valora el riesgo de resangrado y nos da una descripción de la característica de las úlceras al momento de realizar el estudio endoscópico.¹²

Cuadro no. 2 clasificaciones de Forrest

Grado	Características	Porcentaje de reactivación de hemorragia sin tratamiento
Ia	En chorro	100
Ib	En capa	17-100
IIa	Vaso visible	8-81
IIb	Coagulo adherido	14-36
IIc	Lesión pigmentada	0-13
III	Sin estigmas	0-10

Guías de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología 2007.

Enfermedad de Dieulafoy es una entidad clínico patológica de difícil confirmación diagnóstica, debido a que se presenta como una hemorragia digestiva la cual en su forma aguda tiene que tratarse de manera empírica con escleroterapia o electrocoagulación, sin permitir el estudio histológico de la lesión.¹³ Consiste en un vaso arterial submucoso de calibre persistente que puede erosionar la mucosa y romperse hacia la luz del tubo digestivo ocasionando hemorragia digestiva a partir de un defecto de la mucosa de mínimo tamaño, su localización más frecuente es el estomago alto, unos 6 cm distales a la unión esófago gástrica. El tratamiento endoscópico mediante la inyección de adrenalina y otras sustancias esclerosantes logran obtener una hemostasia inicial del 70%.¹⁴

Síndrome Mallory-Weiss consiste en la laceración del cardias la cual es más común como desgarro único, sin embargo múltiples desgarros pueden estar presentes, los cuales se presentan orientados al eje del estomago y pueden ubicarse en cualquier lugar de la circunferencia del cardias del lado gástrico y raramente se extiende al esófago; en profundidad lesiona mucosa y submucosa, raramente la capa muscular. Y cuando llega a serosa resulta en una perforación llamada "Síndrome Boerhaave". Esta laceración se produce generalmente por esfuerzos que súbitamente aumenta la presión intrabdominal (vómitos, tos, fuerza súbita, trauma abdominal, convulsiones y hasta el esfuerzo por defecar puede proceder al inicio del sangrado) lo que causa un atrapamiento del cardias contra el hiato rígido del diafragma y laceración de la mucosa.¹⁵

Angiodisplasias del tubo digestivo afortunadamente es una patología poco común y representa un porcentaje muy bajo del total de pacientes con sangrado gastrointestinal, de estos el 16% de las lesiones se encuentra en el intestino delgado. El sangrado por angiodisplasia generalmente es crónico y solo un 15% de los pacientes presenta sangrado arterial vigoroso, el abordaje diagnóstico es complicado.¹⁶

Hemorragia varicial.

El hígado recibe aproximadamente el 25% del gasto cardiaco; la circulación sanguínea de este órgano consiste en dos sistemas, arteria hepática y vena porta. El síndrome de hipertensión portal incluye dos fenómenos hemodinámicos principales a saber.

1.-obstrucción vascular secundaria al efecto mecánico de la fibrosis del parénquima hepático y a la presencia de miofibroblastos peri sinusoidales en los nódulos de regeneración.

2.- el aumento espontáneo del tono vascular y la exacerbación de la respuesta a sustancias vaso activas.¹⁷

Varices esofágicas y gástricas, el sangrado por estas entidades representa una de las complicaciones mortales para todo paciente con cirrosis hepática, y a menudo es la primera forma de descompensación de la enfermedad¹⁸, la aparición de varices incrementa la mortalidad a un año en un 3.4% y el sangrado hasta en un 57% dentro de los pacientes con cirrosis.¹⁹

Las varices esofágicas y gástricas son consecuencia de hipertensión portal, aunque en cualquier parte que existan varices por hipertensión portal pueden sangrar, el sitio más frecuente es la unión gastroesofágica, la presión portal normal medida por el gradiente de presión venosa hepática es menor de 5mmHg y por encima de este valor se reconoce la presencia de hipertensión portal.²⁰ Por encima de 10mmHg se define la hipertensión portal clínicamente significativa y aparecen las complicaciones tales como varices, ascitis, encefalopatía y por encima de 12mmhg se produce la ruptura de las varices.²¹

La endoscopia representa la piedra angular en el diagnostico desde 1960. Hacia los años 80's las publicaciones mencionaban 100% efectivo de diagnostico sin embargo solo era estadística diagnostica ya que el paciente seguía teniendo una mortalidad elevada, en la actualidad el avance tecnológico ha desarrollado procedimientos terapéuticos endoscópicos enfocados a parar el sangrado y prevenir la reincidencia, simultáneamente se ha dado énfasis en tratamientos médicos vigorosos.²² La endoscopia digestiva en su realización urgente cambia el curso de la hemorragia recurrente en pacientes de alto riesgo, reduciendo con ello la mortalidad con el tratamiento de las complicaciones potencialmente letales. Dentro de las ventajas de la endoscopia podemos puntualizar; que presenta una alta sensibilidad 92% y especificidad 95% como método diagnostico, mas sin embargo el estudio no es inocuo y tiene las siguientes desventajas: complicaciones por perforación el cual disminuye en manos expertas, empeoramiento del sangrado si la hemostasia no es obtenida, morbimortalidad aumentada asociada a enfermedades cardiorespiratorias, atribuidas a la sedación analgésica.²³ En la actualidad el uso de la capsula endoscópica es una modalidad de estudio que ha generado gran impacto en los últimos años, en el abordaje diagnostico de pacientes con hemorragia digestiva proximal²⁴. La ventaja principal de este método sobre los demás radica en que permite visualizar la totalidad del intestino delgado. La capsula endoscópica permite realizar un estudio mínimamente invasivo inocuo que no requiere sedación. Pero su uso, solo es diagnostico y no representa ventaja sobre la endoscopia convencional.²⁵

6. Objetivos.

6.1. Objetivo General.

Identificar la descripción topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva proximal en el Hospital General de Especialidades #30 del IMSS en Mexicali B.C. durante el año 2010.

6.2. Objetivos Específicos.

6.2.1. Conocer la frecuencia de la hemorragia digestiva proximal según grupo de edad.

6.2.2. Conocer la frecuencia de la hemorragia digestiva proximal según su género.

6.2.3. Conocer la frecuencia de la hemorragia digestiva proximal en relación a enfermedades concomitantes.

6.2.4. Conocer la frecuencia de la hemorragia digestiva proximal en relación a asociación con ingesta de fármacos gastroerosivos.

6.2.5. Conocer la frecuencia de la hemorragia digestiva proximal según su topografía descrita por estudio endoscópico.

6.2.6. Conocer la frecuencia de la hemorragia digestiva proximal según su etiología descrita por estudio endoscópico.

7. Material y métodos.

7.1. Diseño de estudio.

El presente estudio es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

7.2. Universo de trabajo.

Se revisaron los expedientes de pacientes con ingreso hospitalario que clínicamente presentaron hemorragia digestiva proximal durante el año 2010.

7.3. Tamaño de muestra.

Se obtuvieron 85 expedientes con diagnóstico de ingreso de hemorragia digestiva proximal durante el año 2010.

7.4. Lugar y fecha donde se realizó el estudio.

Hospital General de Especialidades #30 del IMSS en Mexicali BC durante el año 2010.

7.5. Criterios de inclusión.

- expedientes de pacientes con hemorragia digestiva proximal
- expedientes con estudio endoscópico dentro de primeras 48 horas de estancia intrahospitalaria.
- expedientes con primer ingreso en el año 2010.

7.6 Criterios de exclusión.

- expedientes sin estudio endoscópico
- expedientes con estudio endoscópico sin evidencia de sangrado o estudio endoscópico normal

7.7. Criterios de eliminación.

- expedientes con ingreso por hemorragia digestiva mayor de una ocasión en el año 2010.
- expedientes incompletos.

7.8. Definición de variables.

Variable dependiente: hemorragia digestiva proximal.

Es la expulsión de sangre, hacia el conducto digestivo debido a una lesión que rompe la continuidad de la mucosa y se localiza entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.

Variable independiente: edad, género, enfermedades concomitantes, ingesta de anti-inflamatorios no esteroideos (AINES, topografía y etiología).

7.9. Análisis estadístico.

Se realizaron estadísticas descriptivas, en las cuales se obtuvieron la media, moda porcentaje y OR que identificaron asociación.

7.10. Procedimiento.

Con la autorización del protocolo por el comité 201 de investigación del Hospital General de Especialidades #30, se acudió al archivo clínico del hospital donde se revisaron los expedientes de los pacientes del año 2010, considerando solo aquellos que fueron clasificados con el Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Proximal, se reviso exhaustivamente cada expediente, con el propósito de obtener los datos en estudio reportado, realizado por médicos endoscopistas de turnos matutino y vespertino adscritos al Hospital General de Especialidades No. 30, la información necesaria para realizar la presente investigación se capturo en una hoja de Excel de Microsoft office. Posteriormente se realizo un análisis estadístico descriptivo que permitió una mejor comprensión de los resultados obtenidos en esta investigación en la tabla de captura de datos, se analizaron y se realizo las estadísticas pertinentes, llevando a cabo el análisis del trabajo.

8. Consideraciones Éticas.

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989, así como el artículo 13 de la ley General de Salud en México.

Consentimiento informado, no se requiere debido a que fue una revisión de expedientes clínicos y la encuesta es manejada como anónima.

9. Organización.

9.1. Recursos humanos.

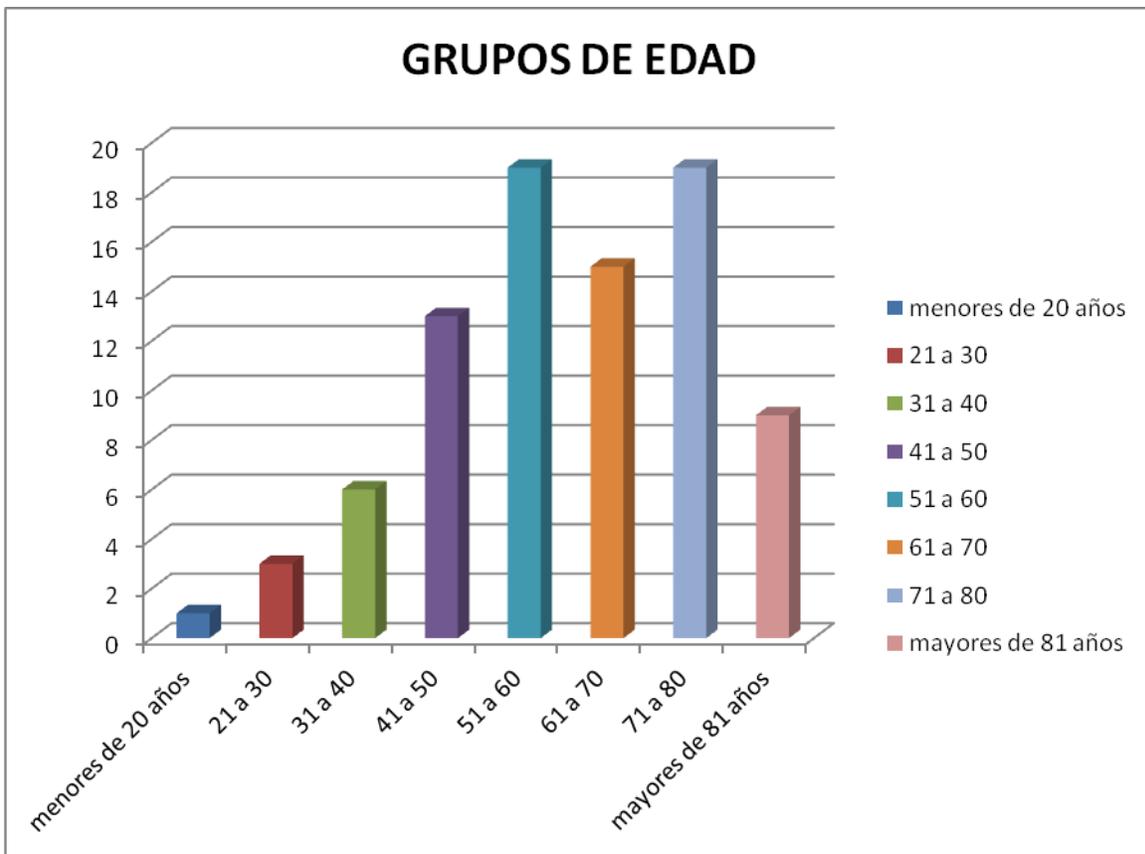
Un investigador, el cual previa autorización correspondiente, realizó la revisión de los expedientes clínicos de todo paciente que ingresó por hemorragia digestiva proximal en el Hospital General de Especialidades #30 (HGE), durante el año 2010.

9.2. Recursos materiales y presupuesto.

El presente estudio se realizó con recursos propios del investigador.

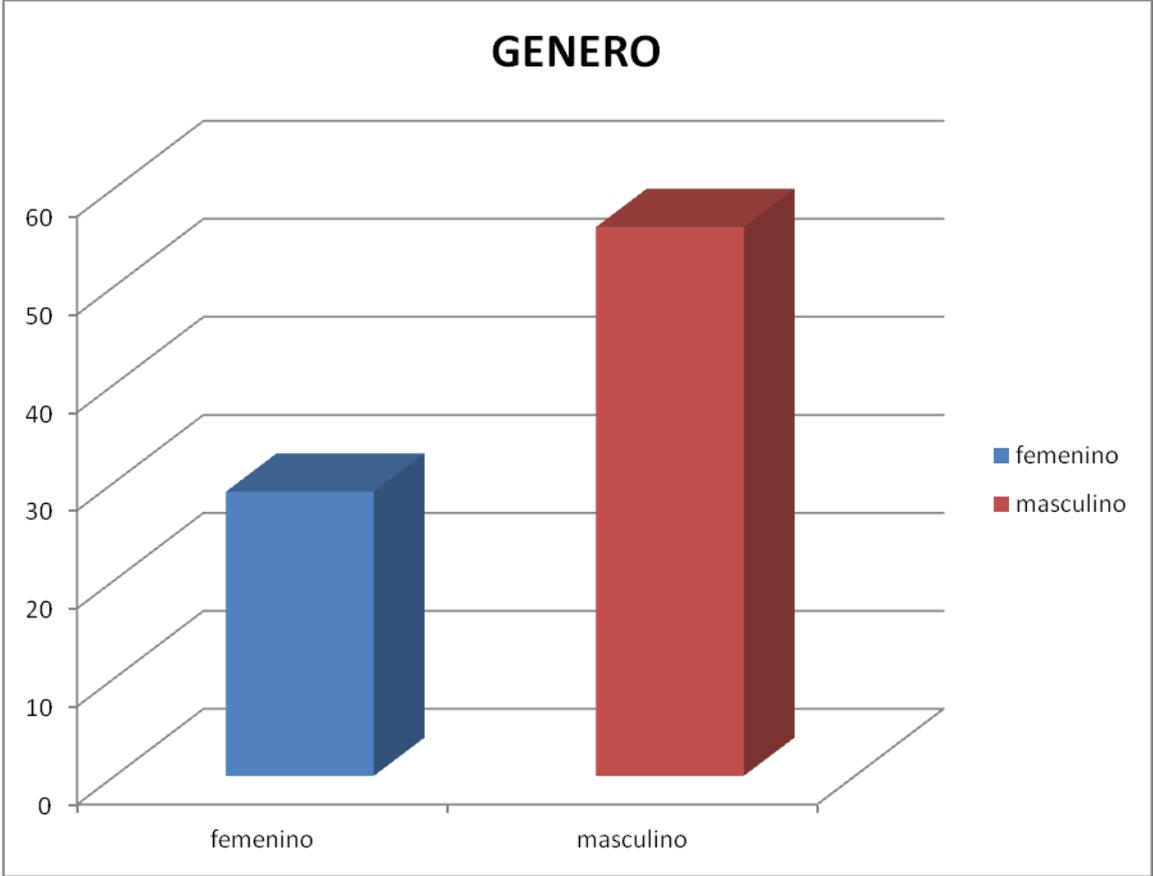
10. Resultados.

El total de expedientes registrados durante el año 2010 en el servicio de urgencias con diagnóstico clínico de hemorragia digestiva proximal correspondió a 85 pacientes. A todos les fue realizado estudio y diagnóstico endoscópico en el servicio de endoscopia del Hospital General de Especialidades #30, las edades de los pacientes estuvieron comprendidas desde los 17 hasta los 101 años, la media se situó en 61.88, en la grafica I, se pueden observar la distribución de las edades, encontrándose la mayor frecuencia entre las edades 51 a 80 años de edad.



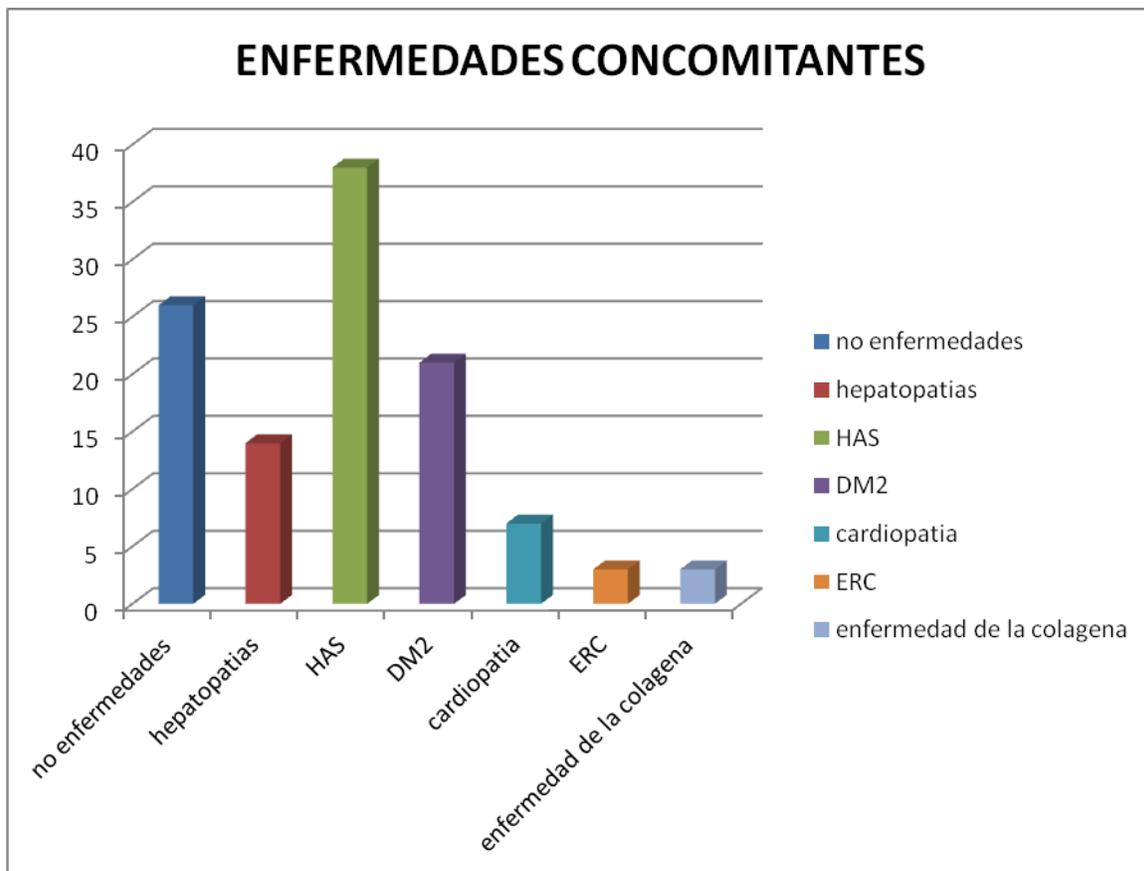
Grafica I edades de pacientes con hemorragia digestiva proximal.

Se puede observar en la grafica II, que con mayor frecuencia se presentaron los pacientes hombres con un 63.53% de frecuencia, y solo un 36.47% de mujeres.



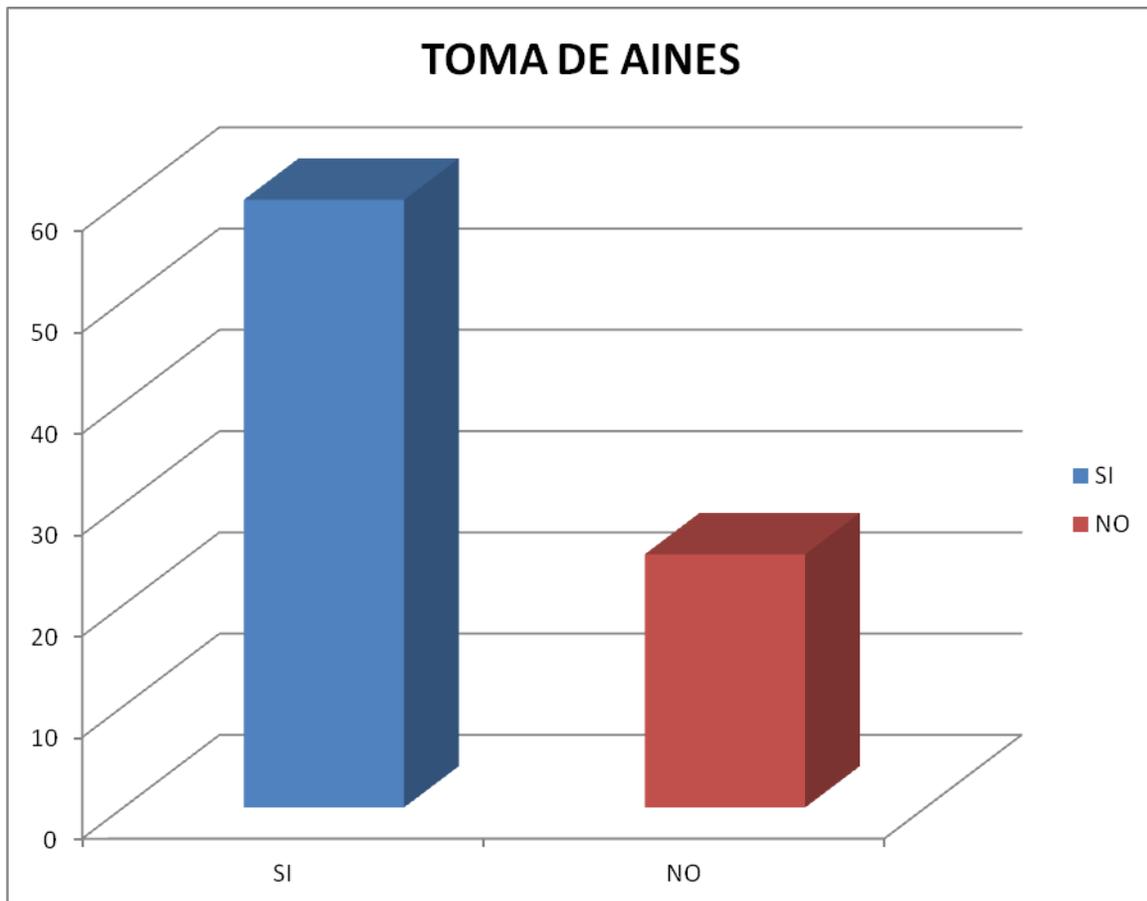
Grafica II hemorragia digestiva proximal por genero.

De acuerdo a los datos recabados, se encontró un OR 2.6 que muestra una frecuencia de hemorragia mayor en pacientes con enfermedades concomitantes que los que no tienen enfermedades.



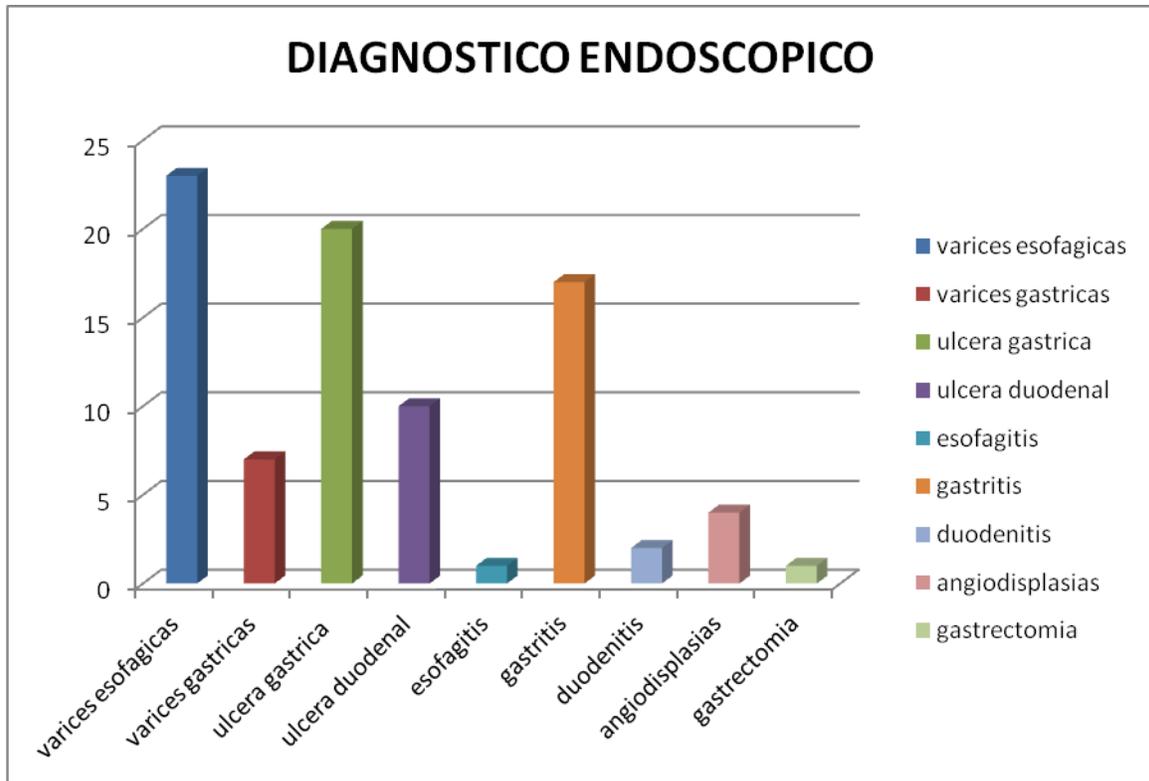
Grafica III hemorragia digestiva proximal en relación a enfermedades concomitantes.

Dentro de otros factores de riesgo investigados en el presente estudio se encuentra la ingesta crónica de fármacos gastroerosivos tales como anti-inflamatorios no esteroideos, donde resulto que el 70.59% de los pacientes toma anti-inflamatorios no esteroideos crónicamente, al realizar la asociación se obtuvo un OR 2.4 más frecuente la hemorragia en los pacientes que tomaron anti-inflamatorios no esteroideos que los que no los tomaron.



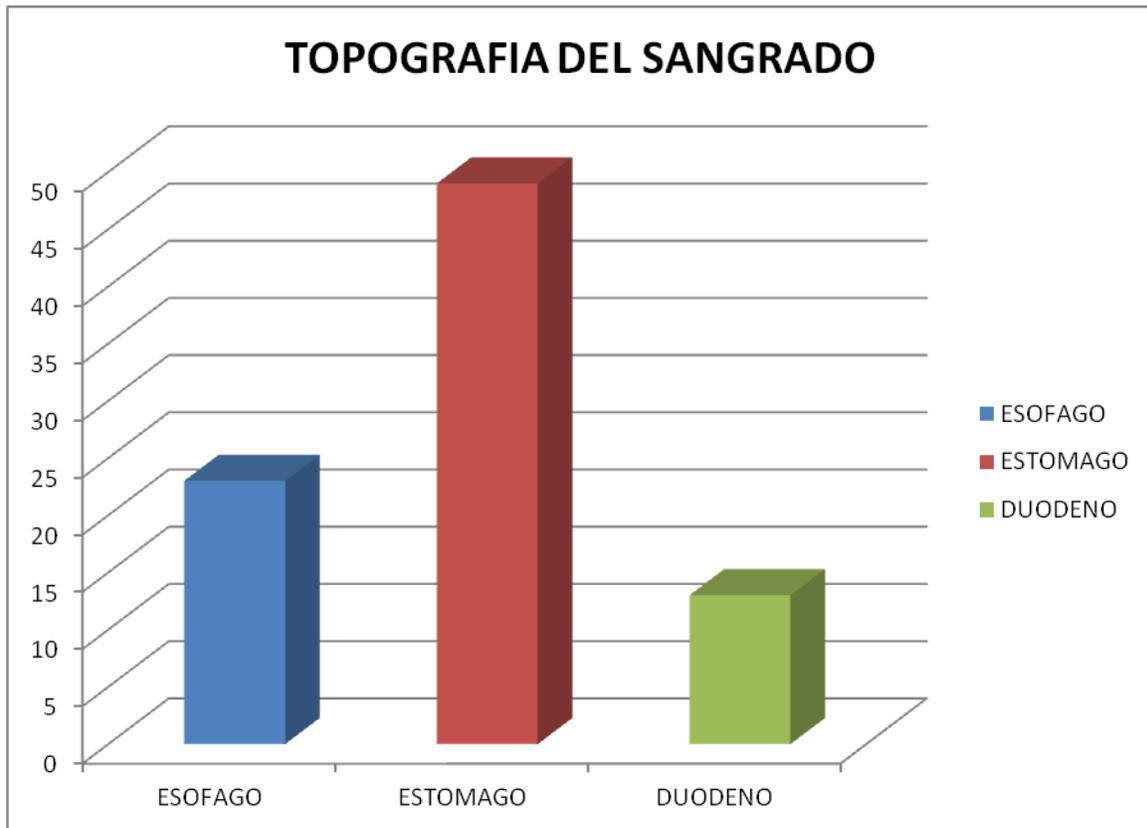
Grafica IV hemorragia digestiva proximal relacionada con la ingesta crónica de anti-inflamatorios no esteroideos.

Resultados del estudio endoscópico para determinar la etiología de la hemorragia digestiva proximal presentando la siguiente frecuencia, varices esofágicas (27.05%), varices gástricas (8.23%), ulcera gástrica (23.52%), ulcera duodenal (11.76%), esofagitis (1.17%), gastritis (20%), duodenitis (2.35%), angiodisplasia (4.7%), gastrectomía (1.17%) lo que logra establecer que es más frecuente la hemorragia por varices y úlceras.



Grafica V resultado de estudio endoscópico diagnostico etiológico.

La topografía del sangrado de los 85 pacientes descrita por estudio endoscópico en la cual se obtuvo los siguientes resultados: hemorragia en esófago (27.05%), hemorragia en estomago (57.64%), hemorragia en duodeno (15.29%). Siendo la mayor frecuencia de hemorragia, el estomago.



Grafica VI topografía de la hemorragia digestiva proximal

12. Discusión.

La finalidad del presente estudio fue obtener la frecuencia etiológica y topográfica de la hemorragia digestiva proximal en el hospital general de especialidades #30 de Mexicali durante el año 2010

Nuestro estudio consta de 85 expedientes de pacientes, con diagnóstico clínico de ingreso de hemorragia digestiva proximal, a los cuales se les realizó estudio endoscópico, para determinar el factor etiológico y describir la topografía de la hemorragia.

En el hospital general de especialidades #30 de Mexicali se presenta la hemorragia digestiva proximal en edades que van desde los 17 años hasta un máximo de 101 años, teniendo como moda los 80 años, los grupos de edad con mayor frecuencia de hemorragia, fueron de los 51 a 60 años y de los 71 a los 80 años. En cuanto al género hubo predominio de hombres con 56 casos por 29 casos de mujeres, situación que diferencia del estudio realizado en marzo 2003 a febrero 2004 en hospital Medica Sur (México DF) ya que ellos reportan diferencia mínima con 52 casos de hombres por 50 de mujeres.

Hay factores predisponentes ligados al incremento de la hemorragia en donde están presentes las enfermedades crónico-degenerativas, en el estudio realizado en el Hospital General de Especialidades #30 de Mexicali, la hipertensión arterial es la que más frecuencia de hemorragia presentó, seguida de la diabetes mellitus. Los AINES que es causa frecuente de hemorragia y en nuestro estudio estuvo presente en la mayoría de los pacientes; Rodríguez Hernández H. et al, en el estudio realizado en IMSS HR1 de Durango encontró que los factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva proximal estuvieron presentes, el consumo de alcohol y hepatopatías, hipertensión arterial tabaquismo y consumo de anti-inflamatorios no esteroideos, situación que no difiere mucho de nuestro estudio.

Las etiologías con mayor frecuencia en nuestro estudio fue la hemorragia por varices y la hemorragia por úlceras con igual número de casos, del estudio realizado en la ciudad de Veracruz en varios hospitales durante los años 1996 al 2000 encontraron una frecuencia mayor de hemorragia por varices esofágicas 33% y hemorragias por úlceras tan solo del 16.98%.

Topográficamente se establece que el estómago es la parte que presenta mayor frecuencia de hemorragia seguida del esófago y el duodeno resultado de nuestro estudio en el Hospital General de Especialidades #30 de Mexicali, en la ciudad de

Veracruz en un estudio realizado en varios hospitales durante los años 1996 al 2000 encontraron que el sitio de mayor sangrado fue el esófago seguido del estomago y duodeno respectivamente.

La hemorragia digestiva proximal se deberá sospechar siempre en pacientes con algún dato de inestabilidad hemodinámica, (palidez de tegumentos fatiga taquicardia disnea hipotensión y el antecedente de uso de AINES) pensar en una examen simple no invasivo para detectar hemorragia digestiva es la búsqueda de sangre oculta en heces.

El estándar de oro para el diagnostico de sangrado de tubo digestivo es la panendoscopía o endoscopía alta El estudio endoscópico realizado en fases tempranas es de suma importancia para todo paciente con hemorragia, realizarlo a tiempo cambia el factor pronostico y de sobrevida de los pacientes por su acción terapéutica en la mayoría de los casos.

13. Conclusión.

EL saber cuáles son las causas más comunes de hemorragia digestiva proximal que se presentaron durante la investigación en el Hospital General de Especialidades #30 de Mexicali se concluye que es la hemorragia varicial, hemorragia por úlceras, y gastritis erosiva siendo el estómago la causa más común de localización de sangrado, nos ayudara en un futuro, para realizar prevención de este tipo de sangrado, ya que en los pacientes que ingieren AINES, son los que presentan gastritis erosivas hemorrágicas que evolucionan a úlceras, deberán manejarse de manera profiláctica con inhibidores de la bomba de protones, antiácidos o protectores de la mucosa gástrica como el sucralfato o derivados de misoprostol.

Dicha prevención debe ser manejada en pacientes ambulatorios por parte de los médicos de primer contacto de atención como es el servicio de medicina familiar y hacer hincapié para que todo paciente hospitalizado, con patología quirúrgica o no quirúrgica deberá también manejarse profilácticamente, con inhibidores de la bomba de protones en su estancia hospitalaria para disminuir la incidencia de hemorragia digestiva proximal.

En cuanto a la hemorragia varicial concluyo, debe promoverse una mayor educación a la población en los efectos secundarios por el uso del alcohol y la relación de este, con la hepatopatía y el síndrome de hipertensión portal, así como la esteatosis hepática a hígado graso en pacientes con obesidad, ya que en etapas avanzadas de síndrome metabólico pueden ocasionar varices y por consiguiente hemorragia varicial.

Es importante instruir al paciente en cuanto a una buena alimentación, y hacerlo participe y responsable de que ciertos tipos de alimentos o bebidas no se deberán consumir ya que son irritativos para la mucosa digestiva y pueden provocar enfermedades fatales.

14. Bibliografía.

1. Yoza Yoshidaira M. Tratamiento de la hemorragia digestiva según los niveles de atención. *Acta med peruana* 2006; 23(2):180-183.
2. Gómez Herrera W. Manejo inicial del sangrado digestivo. *Rev Med de Costa Rica y Centroamérica* 2008; 65:341-350.
3. Ríos Reyna JL, Ramírez Arias JL, Hemorragia digestiva no varicial manejo radiológico. *Act Med Gpo Ángeles* 2010; 8:12-24.
4. Acosta González D, Rodríguez Fernández Z, Fong Estrada J A, Pagés Gómez O. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. *MEDISAN* 2009; 13(2):25-30.
5. Montero Pérez F J. Claves diagnosticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en urgencias. *Emergencias* 2005;17: S40-S49
6. Roesch Dietlen F, García Rodríguez V, Rueda Torres G, Guzmán Terrones M T, Palmeros Sarmiento J L, Morfín Ríos L, et al. Frecuencia y causas de hemorragia del tubo digestivo alto en la ciudad de Veracruz. *Cir Ciruj* 2002; 70:3-7.
7. De la Mora Levy J G, Tamayo de la Cuesta J L, Castañeda del Rio A G, García Mendoza R, Oleata Elizalde R, et al. Guía clínica de diagnostico y tratamiento de la hemorragia no varicial del tubo digestivo proximal definición, epidemiología, etiología, fisiopatología. *Rev Gastroenterol Mex* 2007; 72:393-398.
8. Rodríguez Hernández H, Rodríguez Moran M, González J L, Jaquez Quintana J O, Rodríguez Acosta E D, Sosa Tinoco E, et al. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009; 47(2):179-184.
9. Zepeda Gómez S. Hemorragia de tubo digestivo alto no varicial. *Rev gastroenterol Mex* 2010; 75:31-34.
10. Montalvo Jave EE, Montalvo Arenas CE, Ortega León LH, Peña Sánchez J, Valdez Rodríguez A, et al. *Helicobacter pylori*, patología gástrica y cirugía, descubrimiento que mereció el premio nobel en medicina 2005. *Cir Gral* 2009; 31(2):115-124.

11. John del valle. Parte XII. Enfermedades de las vías gastrointestinales> sección 1.enfermedades del aparato digestivo. > capitulo 274. Ulcera péptica y trastornos relacionados> Harrison edición 16 editorial McGraw Hill interamericana 2006.
12. Brito Lugo P et al. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia no varicial del tubo digestivo proximal. Diagnóstico. Rev Gastroenterol Mex 2007; 72:399-400.
13. Villegas P, Lozano C, Yaquich P. Enfermedad de dieulafoy duodenal: a propósito de un caso. Rev Esp Patol 2010;43(1):33-34
14. Ibáñez A, Castro E, Fernández E, Baltar R, Vázquez S, Ulla J L, et al. Aspectos clínicos y tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva por lesión de dieulafoy. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99(9):505-509.
15. Contardo Zambrano, Romero C, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por varices. Acta med peruana 2006; 23(3):162-173.
16. Sánchez Pérez MA, Moreno Paquentin E, Muñoz Juárez M, Luque de León E, Chaparro González JM, Torreblanca Marín MA. Angiodisplasia yeyunal como causa de sangrado de origen desconocido. Cir Ciruj 2008;76:261-264
17. Velazco Díaz V, Vázquez Delgado I, Castellanos JL, Gutiérrez Luna R, Gómez Alanís V, Hernández Hernández J, et al. Consenso Nacional del Manejo Integral de Hipertensión Portal Hemorrágica en Urgencias. Rev Mex de Méd Urg 2002; 1: 12-23
18. Rodríguez Hernández H, Jacobo Karam JS, Castañón Santillán MC, Arámbula Chávez M, Martínez Aguilar G. Supervivencia de pacientes con cirrosis hepática en el hospital general regional del IMSS, Durango. Gac Méd Méx 2002; 138:325-330.
19. Ortega Quiroz R J, Reyes Romero A, Guevara Casallas L G. ¿Es la terapia farmacológica la mejor decisión para la prevención primaria de la hemorragia varicial en pacientes con cirrosis hepática? Rev Col Gastroenterol 2010; 25 (1): 57-61.
20. Reyes Dorantes AA. Manejo endoscópico del sangrado varicial, Rev Gastroenterol Mex 2005; 70: 50-55.
21. Velásquez Chamocho H. Hemorragia digestiva por varices esófago-gástricas. acta med peruana 2006; 23(3):156-161.

22. Maldonado Urías M, Almeda Valdez P, Lizardi Zervera J, Moran Consuelo M A, García Corona C. Hemorragia de tubo digestivo alto experiencia en el Hospital Medica Sur. Rev Inv Med Sur 2008; 15: 176-184.
23. Machuca M T, Fernández D L, Gómez M N, Bordón K B. La endoscopia en la hemorragia digestiva alta. Rev Posg Cated Med 2008; 180:24-26.
24. Matas JL, Asteinza M, Loscos JM, Fernandez S, Ramirez Armegol JA, Diaz Rubio M. Rendimiento diagnostico y seguridad de la capsula endoscópica. Rev Esp Enferm Dig 2006; 98(9):666-673.
25. Cifuentes RH, Espinoza Rosas P, Jiménez Ureta PS, Waller González LA, Castañeda Ortiz RA. Uso de la capsula endoscópica en niños con sangrado de tubo digestivo de origen desconocido. Acta Pediatr Méx 2010;31(2):55-59