



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO



PREVALENCIA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HGR 110 DEL IMSS

Tesis para obtener el grado de ***Especialidad*** en
MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA
DR. HEDSON LARIOS DÍAZ

Guadalajara, Jalisco, 2013



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO



***PREVALENCIA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HGR 110 DEL IMSS***

Tesis para obtener el grado de ***Especialidad*** en
MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA

DR. HEDSON LARIOS DÍAZ



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1303
H GRAL REGIONAL NUM 110, JALISCO

FECHA 20/02/2012

DR. RUBEN CAMACHO MIRAMONTES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PREVALENCIA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGR 110 DEL IMSS

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2012-1303-32 |

ATENTAMENTE

DR. GERMÁN GUILLERMO LÓPEZ GUILLÉN
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1303

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**AUTORIZACIONES DEL PROTOCOLO Í PREVALENCIA DE SANGRADO DE
TUBO DIGESTIVO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HGR 110Í**

No. de Registro. R- 2012-1303-32

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Dr. Rubén Camacho Miramontes

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGR No 110.

INVESTIGADOR ASOCIADO

Dr. en C. Enrique Rojas Campos

Investigador Asociado "B"

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades
Centro Medico Nacional de Occidente

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: por permitirme terminar mis estudios de posgrado.

A mi Esposa Carmen y a mi hija María Fernanda por ser el motor que me ayuda a seguir adelante y a mis Padres y Hermanos por su apoyo incondicional.

A el Dr. Ruben Camacho Miramontes por su amistad y disponibilidad su apoyo en la enseñanza de mi especialidad.

A la Dra. María Elena López Ortega por su apoyo en el préstamo de expedientes de los resultados de estudios de videopanendoscopia del hospital.

A la Dra. Ana Bertha Zavalza Gómez por su asesoría metodológica para la realización de mi trabajo de tesis.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| I. Resumen | 7 |
| II. Introducción | 9 |
| III. Marco Teórico | 10 |
| IV. Planteamiento del problema | 24 |
| V. Pregunta de investigación | 25 |
| VI. Justificación | 26 |
| VII. Objetivos | 27 |
| VIII. Material y métodos | 28 |
| a) Diseño de estudio | 28 |
| b) Universo de trabajo | 28 |
| c) Tamaño de muestra | 28 |
| d) Criterios de selección | 28 |
| e) Desarrollo del estudio | 28 |
| IX. Operacionalización de Variables | 29 |
| X. Análisis estadístico | 30 |
| XI. Aspectos éticos | 31 |
| XII. Recursos, financiamiento y factibilidad | 32 |
| XIII. Resultados | 33 |
| XIV. Discusión | 39 |
| XV. Conclusiones | 41 |
| XVI. Referencias Bibliográficas | 42 |
| XVII. Anexos | 47 |

I. RESUMEN

Introducción La hemorragia digestiva alta (HDA) y baja (HDB) que topográficamente se produce desde la boca o el esfínter esofágico superior al ángulo de treitz y del ángulo de treitz al ano respectivamente, es un síndrome potencialmente mortal que aparece como complicación de múltiples enfermedades digestivas y sistémicas, así como, de etiología variable de alta prevalencia en urgencias. Este constituye un reto diagnóstico y terapéutico para el médico que lo enfrenta; demanda del mismo una conducta expectante y agresiva y representa una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en los servicios de cirugía general.

Objetivo Determinar la prevalencia de sangrado de tubo digestivo en pacientes que acuden al servicio de urgencias del hospital general regional No. 110.

Materiales y métodos Estudio transversal descriptivo.

Resultados En un año encontramos 461 registros de pacientes con sangrado digestivo, con mediana de la edad 61 años (rango 18 a 103 años), un 54.9% (253 casos) eran mujeres. Sin embargo, el grupo de 60 a 69 (20.6%) fue más afectado y 337 (73.1%) eran de 50 o más años. en cuanto a la denominación, 151 (33.4%) eran trabajador en activo y 101 (21.9%) padres. Del total, 419 (91%) presentaron sangrado de tubo digestivo alto, 51% están adscritos a la UMF 48 y un 64% ingresaron a medicina interna. El promedio de días de estancia fue de 4 ± 3 días, mediana de 3 días y rango de 1 a 28 días, así mismo, 195 (42.3%) tuvieron de 2 a 5 días hospitalizados, 100 (21.7%) de 6 a 10 días, y solo 18 (3.9%) entre 11 y 28 días. La hipertensión arterial (78, 16.9%), la diabetes mellitus (75, 16.3%), la insuficiencia renal crónica (60, 13.0%) fueron las patologías asociadas con más frecuencia, así mismo, 32 (6.9%) desarrollaron neumonía, 21 casos (4.6%) septicemia y solo 4 casos (0.9%) derrame. Hubo 62 (13.4%) defunciones, de los que 33 (53.2%) eran mujeres; un 92% eran de 50 o más años y el 87% tenían alguna patología asociada.

Conclusiones La HTD es una causa frecuente de ingreso al hospital (tasa 49.2X1000 egresos). Un alto porcentaje tenían factores de riesgo conocido para HTD, comorbilidades prevalentes y eran dos terceras partes de 50 años o más.

I. ABSTRAC

Introduction gastrointestinal bleeding (UGB) and low (HDB) which occurs topographically from the mouth or the upper esophageal sphincter to Treitz ligament of Treitz and a year respectively, is a possibly fatal syndrome that occurs as a complication of many diseases digestive and systemic, and, of variable etiology high prevalence in the ED. This is a diagnostic and therapeutic challenge for the physician faces; demand for the watchful waiting, aggressive and represents one of the most common causes of morbidity and mortality in general surgery services.

Objective To determine the prevalence of gastrointestinal bleeding in patients presenting to the emergency department of the Regional General Hospital No. 110.

Materials and methods descriptive cross-sectional study.

Results In one year we found 461 records of patients with gastrointestinal bleeding, with median age 61 years (range 18-103 years), 54.9% (253 cases) were women. However, the group of 60-69 (20.6%) was more affected and 337 (73.1%) were 50 or more years. regarding the designation, 151 (33.4%) were gainfully employed and 101 (21.9%) parents. Of the total, 419 (91%) had upper gastrointestinal bleeding, 51% are assigned to the UMF 48 and 64% admitted to internal medicine. The average length of stay was 4 ± 3 days, median 3 days and range from 1 to 28 days, also, 195 (42.3%) had 2 to 5 days in the hospital, 100 (21.7%) of 6-10 days, and only 18 (3.9%) between 11 and 28 days. Hypertension (78, 16.9%), diabetes mellitus (75, 16.3%), chronic renal failure (60, 13.0%) were the most commonly associated diseases, likewise, 32 (6.9%) developed pneumonia, 21 cases (4.6%) septicemia and only 4 cases (0.9%) stroke. There were 62 (13.4%) deaths, of which 33 (53.2%) were women, 92% were 50 or more years and 87% had associated pathology.

Conclusions The HTD is a frequent cause of hospital admission (rate 49.2X1000 expenses). A high percentage had known risk factors for HTD, prevalent comorbidities and two-thirds were 50 or older.

II. INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva se define como la pérdida de sangre intestinal y es una de las complicaciones más graves del aparato digestivo por lo que constituye un reto diagnóstico y terapéutico para el médico que la enfrenta. Es una de las urgencias¹ médicas más frecuentes siendo responsable de unas 300000 hospitalizaciones. Su incidencia varía en los distintos países, pero oscila como promedio entre 50 y 140 por cada 100 000 habitantes².

La mortalidad oscila entre un 5 y un 20%, variando en función de diferentes factores, especialmente la cuantía del sangrado, su origen, la edad del paciente y otras patologías asociadas. La hemorragia digestiva, según se origine por encima o por debajo del ángulo de Treiz, se clasifica en hemorragia digestiva alta (HDA) o hemorragia digestiva baja (HDB). Por lo general la HDA tiene una forma de presentación y evolución clínica más severa que la HDB^{1,3}.

Se presenta con síntomas y signos fundamentales como hematemesis, melena o ambas, palidez cutánea mucosa, frialdad, sudoración, taquicardia, hipotensión, mareos, entre otros y es manifestación de una enfermedad que requiere ser diagnosticada, valorada y tratada³. Su causa más frecuente es la úlcera péptica y su edad de aparición ha aumentado en los últimos años, de tal forma, que actualmente más de 45% de los pacientes que sangran tienen más de 60 años^{1,4}.

La evaluación del paciente en sus períodos iniciales es muy importante y con un abordaje apropiado se puede mejorar la situación de forma adecuada, el retardo o las indecisiones en la conducta conducen a muchas complicaciones o incluso la muerte; sin embargo, la hemorragia digestiva alta es una emergencia médico quirúrgica que continúa teniendo una elevada mortalidad¹.

El avance en el manejo de la hemorragia de tubo digestivo ha disminuido notablemente la mortalidad, sin embargo, varios factores impiden valorar con precisión la verdadera frecuencia con que las distintas enfermedades son causas de HDA y en el hospital se desconoce cuál es la frecuencia y los resultados. Por lo que siendo una urgencia frecuente y grave en el hospital, el objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia y características clínicas de los afectados para contribuir de forma positiva al logro de una óptima asistencia.

III. MARCO TEÓRICO

A) DEFINICIONES

Hemorragia Digestiva: Se considera la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano⁵. Es una afección más frecuente en el sexo masculino (2:1) y entre los 50 a 60 años. Anatómicamente se divide en^{6,7}:

Hemorragia Digestiva Alta (HDA): La hemorragia digestiva alta es la que se produce por una lesión situada por encima del ángulo de Treitz.

Hemorragia Digestiva Baja (HDB): Pérdida de sangre por el recto, cuyo origen se encuentra distal al ángulo de Treitz. Su magnitud puede variar desde el sangrado leve hasta la hemorragia exsanguinante.

Clasificación de la Hemorragia Digestiva Baja (HDB): La hemorragia digestiva baja se puede clasificar mediante el grado de compromiso hemodinámico que se tenga. Es así que se tiene la siguiente clasificación^{8,9}:

Aguda: Hemorragia de menos de 3 días de duración. Esta puede ser moderada o masiva.

a.- Hemorragia Digestiva Baja Moderada: Se clasifica así, cuando hay una compensación en la hemodinámica inicial, con restauración gradual del volumen y contenido plasmático, aunque pueda necesitar varios días antes de restaurar la homeostasis.

b.- Hemorragia Digestiva Baja Masiva: La presencia de taquipnea, taquicardia e hipotensión ortostática (descenso importante de la tensión arterial, que se produce cuando el individuo se pone de pie), nos indica su gravedad y se corresponde generalmente con una pérdida sanguínea superior al 15% del volumen total o a una velocidad superior a 100 ml/hr⁸.

Crónica: Pérdida de sangre continua (varios días o semanas) o intermitente.

a.- Hemorragia Digestiva Baja Oculta: Corresponde a las pérdidas digestivas que no modifican las características macroscópicas de las heces, por lo tanto se reconocen sólo por la positividad de los exámenes químicos de detección de sangre en heces (guayaco o de la bencidina).

Diferenciación entre HDA y HDB

La forma de presentación de la hemorragia nos va a orientar de manera importante sobre el origen alto o bajo de la hemorragia. Así, si estamos ante una lesión sangrante situada por encima del ángulo de Treiz (HDA) la hemorragia se exteriorizará fundamentalmente como un vómito de sangre roja, fresca (hematemesis), como un vómito negro de sangre en coágulos (vómitos en posos de café), o bien heces negras (melenas)⁴. Para que se formen melenas es necesario que la sangre permanezca al menos 10 horas en el tubo digestivo sufriendo la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon¹⁰.

La hemorragia originada por debajo del ángulo de Treiz (HDB) suele manifestarse como heces entremezcladas con sangre roja (hematoquezia) o como sangre roja aislada por el ano (rectorragia)⁴. Es rara la melena como forma de presentación de una HDB y si ocurre indica que el origen está en intestino delgado o colon proximal. Por el contrario la hematoquezia es una rara forma de presentación de HDA a no ser que el sangrado sea tan brusco que no da tiempo a la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon¹¹.

Las lesiones sangrantes a nivel de intestino delgado pueden manifestarse tanto en forma de melenas como hematoquezia.

B) ETIOLOGÍA

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL (HTP)

La HDA secundaria a lesiones sangrantes que a su vez son complicaciones de la presencia de HTP, suelen presentar mayor severidad y peor pronóstico. Los

pacientes con HDA y antecedentes o datos clínico-biológicos de hepatopatía deben ser evaluados y monitorizados con extrema precaución.

Las principales lesiones sangrantes de la HTP son¹²⁻¹⁴:

- *Varices esofagogástricas* se presentan en un 50% de los cirróticos de los cuales un 30% presentarán un episodio de sangrado en los dos primeros años después del diagnóstico². Tras un primer episodio el riesgo de resangrado aumenta hasta en un 70% a los dos años. Las varices gástricas pueden ser bien extensión de varices procedentes de esófago, bien ser varices localizadas a nivel de fundus (várices fúndicas). Pueden aparecer varices gástricas aisladas como complicación de una trombosis de la vena esplénica secundaria a pancreatitis o traumatismos principalmente.

- *Gastropatía de la HTP* por lo general este tipo de sangrado suele ser crónico y oculto pero también puede presentarse como hemorragia aguda.

- *Varices ectópicas* a nivel de intestino delgado y grueso.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL

Las principales causas de este tipo de hemorragias son¹⁵:

- *Úlcera péptica (UP)* es la causa más frecuente de HDA constituyendo el 50% de los casos². Es más frecuente el sangrado procedente de la úlcera duodenal que de la úlcera gástrica. Como factores etiológicos más importantes de la hemorragia secundaria a ulcus péptico se encuentran el *Helicobacter pylori* (HP)¹⁶ y la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) siendo este último el más importante.

El riesgo de una hemorragia digestiva por toma de AINES es dosis-dependiente y también se correlaciona con otros factores como son una edad mayor de 70 años, historia de UP y/o hemorragia digestiva y enfermedad cardíaca subyacente¹⁸.

- *Síndrome de Mallory-Weiss* se denomina así al desgarramiento a nivel de la unión gastroesofágica producido tras náuseas o vómitos intensos. Constituye entre un 5 y un 15% de los casos de HDA. Es característica la historia de náuseas y vómitos precediendo a la hematemesis en un paciente alcohólico. El sangrado es autolimitado en un 90% de los casos. El resangrado es poco frecuente².

- *Hernia de hiato* pueden llegar a ser causa de importantes sangrados crónicos a partir de lesiones erosivas lineales².

- *Esofagitis*: per sé es una causa rara de hemorragia aguda, aproximadamente un 2% del total. Cuando se produce suele ser secundaria a úlceras esofágicas (esofagitis grado IV).

OTRAS CAUSA DE MENOR FRECUENCIA Y/O IMPORTANCIA:

- *Gastropatía erosiva y hemorrágica* son hemorragias subepiteliales y erosiones que se originan fundamentalmente en situaciones de ingesta de AINES, alcohol y stress (cirugía mayor, quemaduras importantes). Por lo general no ocurren sangrados significativos a no ser que terminen desarrollando úlceras¹⁹.

- *Duodenitis* muy infrecuente.

- *Neoplasias* entre otros destacan carcinomas, linfomas, leiomiomas, leiomiomasarcomas, carcinoide y pólipos adenomatosos. Son más propensos a producir sangrados crónicos ocultos que grandes hemorragias⁴.

- *Hemobilia* se produce de forma secundaria a traumas, biopsia hepática, litiasis, etc. El paciente puede manifestar clínica de ictericia, cólico biliar y HDA.

- *Fístulas aorto-entéricas* Se clasifican en primarias, menos frecuentes y originadas a partir de un aneurisma aórtico. Y las secundarias más frecuentes y

que se originan principalmente a partir de prótesis aórticas (otra causa más rara son los cuerpos extraños). Comunican en el 75% con el duodeno. La forma de presentación es fundamentalmente melenas o hematemesis. Es característico de las fístulas aortoentéricas la *hemorragia heráldica* en la que un sangrado autolimitado precede a una hemorragia masiva con un intervalo de tiempo que varía de horas a incluso meses¹⁶⁻¹⁹.

- *Alteraciones vasculares*

Lesión de Dieulafoy: se denomina así a una arteria anormalmente grande que erosiona la mucosa rompiéndose hacia la luz. La hemorragia puede ser masiva o recurrente. Su identificación es difícil salvo cuando está sangrando activamente o presenta un coágulo adherido⁶.

Ectasias vasculares: Cabe destacar el hallazgo endoscópico denominado *estómago en sandía* consistente en ectasias vasculares gástricas localizadas a nivel antral que forman trazos lineales. Se da fundamentalmente en personas mayores, del sexo femenino y a veces en el contexto de una cirrosis, aunque esta no es un factor indispensable. También podemos encontrar ectasias vasculares secundarias, asociadas a enfermedades tales como pseudoxantoma elástico, Ehlers-Danlos y fallo renal¹⁰.

Angiodisplasias: o telangiectasias, son vasos dilatados a nivel de la mucosa y submucosa, generalmente múltiples, localizados preferentemente en colon derecho y que producen característicamente un sangrado autolimitado y crónico en el paciente anciano.

Enfermedad de Rendu-Osler-Weber: telangiectasia hemorrágica hereditaria con ectasia vascular y malformaciones arteriovenosas a nivel de tubo digestivo, cerebro, pulmones, piel y nariz. La principal manifestación de sangrado es la epistaxis^{7,9,14}.

Malformaciones arteriovenosas: estructuras vasculares dilatadas de pared fina, nodulares o sobre-elevadas, muy poco frecuentes en el tubo digestivo y de probable origen congénito²⁰.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

La etiología de la HDB es variada y corresponde a numerosas patologías de las cuales las más comunes son^{2,3,5}:

Patología Orifical

- *Hemorroides* Es la causa más frecuente de emisión de sangre por el recto, y puede significar del 2 al 9% de HDB. Consisten en el crecimiento de los plexos vasculares hemorroidales interno y externo, clasificándose según ello en hemorroides internas (se sitúan por encima de la línea pectínea y se hallan cubiertas por mucosa), hemorroides externas (se sitúan por debajo de la línea pectínea y están recubiertas por la piel de la región perianal) y hemorroides interoexternas o mixtas (como consecuencia de la existencia de anastomosis libres entre los dos plexos hemorroidales). Las hemorroides internas se dividen en hemorroides de primer grado, cuando sólo se introducen ligeramente en el canal anal, hemorroides de segundo grado, cuando se prolapsan a través del canal anal durante la defecación pero se reducen de forma espontánea, hemorroides de tercer grado, cuando el prolapso requiere reducción manual, y hemorroides de cuarto grado, cuando son irreducibles²¹.

- *Fisura anal* Es un desgarro longitudinal de la piel que recubre la porción del canal anal distal a la línea pectínea. La forma aguda consiste en el desgarro superficial, mientras que la crónica se debe a un desgarro profundo y se caracteriza por la presencia de una úlcera (en cuyo fondo se observan las fibras blanquecinas transversales de la porción distal del esfínter anal interno) con un nódulo inflamatorio en su extremo distal (hemorroide centinela) y una papila hipertrofiada en su extremo proximal. Suele estar causada por un traumatismo del canal anal

producido durante la defecación forzada de heces duras de gran tamaño; en algunos casos la existencia de alteraciones del tono esfinteriano es también importante. La pérdida de elasticidad del canal anal por cicatrización consecutiva a intervenciones quirúrgicas previas o a la práctica de coito anal es un factor contribuyente. Una vez establecida la fisura anal, el espasmo secundario del esfínter anal interno constituye un factor de perpetuación. Otras causas de fisura anal son: esfuerzo defecatorio excesivo, enfermedad de Crohn, TBC, sífilis y carcinoma¹⁹⁻²¹.

Lesiones traumáticas³

- *Pólipos y Poliposis* Comprenden entre el 5 al 11% de las causas de HDB. Consisten en lesiones prominentes de la superficie de la mucosa rectal. Generalmente son únicos, aunque pueden ser numerosos y se localizan en la región rectosigmoidea especialmente en los últimos centímetros del recto. Se caracteriza por la eliminación indolora de pequeñas cantidades de sangre fresca, a veces con coágulos al final de la defecación. Según la superficie de fijación a la pared intestinal, los pólipos pueden ser pediculados o sésiles²².

- *Neoplasia Recto - Colónica* Son el desarrollo de células nuevas y anormales que pueden ser benignas o malignas. Las neoplasias son la causa de alrededor del 5% de todos los casos de hemorragia digestiva oculta, pero representan un porcentaje mucho más elevado si sólo se consideran los pacientes mayores de 60 años.

- *Diverticulosis Colónica* El 3 a 5% de los pacientes con diverticulosis colónica pueden presentar HDB, aunque en pacientes sobre los 60 años es la causa más común de HDB. Son herniaciones de la mucosa colónica a través, de la capa muscular submucosa y la causa del sangrado es la erosión de un vaso en el fondo del divertículo²¹.

- *Angiodisplasia o Ectasias Vasculares* La angiodisplasia consiste en la obstrucción de una vena de la mucosa intestinal, lo cual tiene por consecuencia el aumento de la presión intracapilar a raíz del aumento de volumen en el lumen de los vasos comprometidos, causando una distensión o dilatación de las paredes de venas y capilares hasta llegar a la ruptura de uno de ellos y provocar una hemorragia. Son vasos sanguíneos ectásicos (dilatados) vistos en la mucosa y submucosa del colon e íleon, suele localizarse en el colon derecho, generalmente en el ciego y opuestas a la válvula ileocecal²⁰⁻²².

Son lesiones degenerativas que aparecen después de los 60 años de edad y se asocian a otras enfermedades sistémicas, principalmente estenosis aórtica, enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica y cirrosis hepática. Endoscópicamente aparecen como lesiones planas rojizas de 2 a 10 milímetros. Son de forma variable (oval, redonda o estrellada), y tienen márgenes protruyentes y digitiformes. Son causa del 3 al 12% de los casos de HDB.

- *Fiebre Tifoidea* La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa de origen entérico caracterizada, fundamentalmente, por manifestaciones generales, como fiebre, obnubilación, molestias abdominales, esplenomegalia y leucopenia, con intensa desviación a la izquierda. Puede cursar con complicaciones graves, como enterorragia y perforación. Provocado por la bacteria *S. typhi*²¹.

Otras Causas

Divertículo de Meckel: Consiste en la persistencia del conducto vitelino intestinal y se localiza próximo a la válvula ileocecal que constituye la anomalía congénita intestinal más frecuente, con una incidencia del 1-3% en la población general. Es la causa más frecuente de HDB en niños y jóvenes, pero muy raro en adultos. Suele encontrarse a unos 80-90 cm de la válvula ileocecal y, aproximadamente en la mitad de los casos, la mucosa es de tipo intestinal (ileal); en la otra mitad, la mayoría de las veces es gástrica, lo que determina y explica algunas de sus consecuencias patológicas²¹.

- *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* La colitis ulcerosa corresponde del 2 al 8% de las causas del HDB y la enfermedad de Crohn menos del 2%. El concepto de enfermedad inflamatoria del intestino se aplica a dos entidades nosológicas (clasificación de las enfermedades), la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, y define una afectación inflamatoria crónica del tubo digestivo de etiología desconocida que evoluciona de modo recurrente con brotes y remisiones y puede presentar diversas complicaciones y manifestaciones extradigestivas^{1,3,5,21}.

En la colitis ulcerosa se afecta exclusivamente la mucosa del colon y del recto, que aparece friable y congestiva en forma difusa. En cambio, en la enfermedad de Crohn, también denominada enteritis regional o enteritis granulomatosa, el proceso inflamatorio engloba en profundidad la submucosa y las demás capas de la pared intestinal, se caracteriza por la presencia de granulomas no caseificantes, puede afectar cualquier tramo del tracto digestivo desde la boca hasta el ano, y su distribución es segmentaria, es decir, respeta zonas intermedias de intestino sano.

- *Colitis Isquémica* Representa del 3 al 9% de la HDB, produce isquemia en el intestino que puede llevar a la necrosis del colon por infarto. Es la enfermedad isquémica más frecuente del aparato digestivo y la afección cólica más frecuente del anciano. En la mayoría de los casos tiene un origen arteriosclerótico.

También puede ser secundaria a intervenciones quirúrgicas sobre la aorta, a cirugía colorrectal, a enfermedades hematológicas que cursan con hipercoagulabilidad, a amiloidosis (acumulación de una glucoproteína, amiloide), vasculitis y a situaciones de bajo gasto cardíaco. Puede afectarse cualquier zona del colon, pero las más vulnerables son el ángulo esplénico, el colon descendente y la unión rectosigmoide. Generalmente, las lesiones son difusas y segmentarias, con una longitud de unos 20 centímetros, aunque también pueden ser más pequeñas o afectar a todo el colon.

- *Enterocolitis infecciosa (bacilares, amebianas, etc)* Consiste en la inflamación de colon e intestino delgado; pueden causar rectorragia en asociación con un cuadro disentérico (inflamación del intestino). En raras ocasiones hay enterorragia importante debida a ulceraciones profundas ileocecales en pacientes con enteritis por *Campylobacter sp*, similares a las que se producen en la fiebre tifoidea. Las colitis por citomegalovirus en pacientes inmunodeprimidos pueden cursar también con hemorragia digestiva baja.

- *Enteritis actínica o por radiación* Debido a su proximidad a los órganos pélvicos, a su relativa inmovilidad y a su alta radiosensibilidad, el recto-sigma y el íleon se afectan en el 4-10% de las pacientes tratadas con radioterapia por tumores ginecológicos.

Trastornos de coagulación y tratamientos anticoagulantes²⁰⁻²¹

Tuberculosis intestinal Es una afección intestinal originada por micobacterias. Puede adquirirse en forma primaria por ingesta de leche de vaca contaminada por bacilos bovinos. El microorganismo origina un chancro en la mucosa intestinal y un ganglio satélite mesentérico que se calcifica. El chancro mucoso cierra sin dejar cicatriz.

Colitis pseudomembranosa Es una enfermedad diarreica que se da con frecuencia en pacientes hospitalizados que han recibido antibióticos, produciendo sobrecrecimiento de *Clostridium difficile*, microorganismo anaeróbico, formador de esporas y productor de toxinas.

- *Tumores colónicos* Representa del 2 al 26% de los casos de HDB, la causa del sangrado son las erosiones de la superficie luminal.

- *Duplicación Intestinal* Anomalía congénita consistente en la presencia de un quiste tubular o esférico unido íntimamente al borde mesentérico del intestino, pudiendo comunicar en ocasiones con la luz intestinal.

- *Intususcepción Intestinal* Invaginación del intestino sobre si mismo originando un cuadro de obstrucción intestinal.

C) HISTORIA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Ante un paciente con hemorragia digestiva alta se debe realizar una anamnesis concisa enfocada hacia una serie de datos que pueden ayudarnos a descubrir la etiología, gravedad e incluso pronóstico del sangrado. Valoraremos fundamentalmente^{1-4,23}

a) Historia de hemorragia digestiva previa.

b) Edad del paciente.

c) Enfermedades asociadas:

1) Enfermedad ulcerosa crónica o recidivante.

2) Hepatopatía crónica con H T P incidiendo en si ha habido sangrados previos y la existencia conocida o no de varices. Es importante conocer además si el paciente ha padecido otras complicaciones (descompensación hidrópica, peritonitis bacteriana espontánea y/o encefalopatía) y en este caso, cómo fue tratado²⁴.

3) Insuficiencia renal crónica, por su mayor asociación a esofagitis, gastritis, duodenitis y angiodisplasia.

4) Situaciones que favorezcan la aparición de fístulas aorto-entéricas, tanto primarias a partir de aneurismas como secundarias tras prótesis aórticas o ingesta de cuerpos extraños.

5) Coagulopatías, tratamientos anticoagulantes o diatésis hemorrágicas.

d) Ingesta de gastroerosivos: alcohol, AINES o incluso cuerpos extraños.

e) Historia de vómitos: nos pueden hacer sospechar de desgarros en la unión gastroesofágica o mucosa esofágica. Especialmente en el contexto de un paciente con etilismo severo.

f) Situaciones asociadas al desarrollo de úlcera de estrés: quemaduras, traumatismos graves, cirugía cardiotorácica, sepsis, etc...

D) VALORACIÓN DEL PACIENTE Y ACTITUD EN URGENCIAS^{2,3,25,26}

En primer lugar ante la sospecha de hemorragia digestiva hay que valorar y estabilizar hemodinámicamente al paciente. Posteriormente se procederá a localizar el origen del sangrado con la intención de aplicar la terapéutica idónea.

a) Valoración hemodinámica El enfoque inicial ante un paciente con HDA debe combinar una evaluación de la intensidad del sangrado, basada en una breve anamnesis y exploración física, con el proceso de reanimación si éste fuera necesario¹. Debemos medir la tensión arterial (TA) y frecuencia cardíaca (FC) del paciente. Si no está hipotenso debe observarse los cambios de presión y pulso con los cambios ortostáticos.

A continuación se expone la clasificación de la gravedad de la hemorragia digestiva en base a la repercusión hemodinámica secundaria a la misma:

- Hemorragia leve: disminución de la volemia menor del 10%. Cursa de forma asintomática.

- Hemorragia moderada: pérdida del 10-25% de la volemia (500-1250 cc). Cursa con TAS mayor de 100 mmHg y la FC menor de 100 lpm. Se puede acompañar de vasoconstricción periférica.

- Hemorragia grave: disminución del 25-35% de la volemia (1250-1750 cc). Cursa con TAS menor de 100 mmHg y la FC entre 100 y 120 lpm. Se acompaña de vasoconstricción periférica evidente, inquietud, sed, sudoración y disminución de la diuresis.

- Hemorragia masiva: pérdida de 35-50% de la volemia (1750-2500 cc). TAS menor de 7 mmHg y FC mayor de 120 lpm con intensa vasoconstricción y shock hipovolémico.

b) Reposición de la volemia Algunas determinantes importantes en la reanimación del paciente son un acceso intravenoso adecuado, una valoración precisa de la pérdida hemática y una perfusión correcta de líquidos y productos sanguíneos.

Se deben canalizar dos vías periféricas de grueso calibre (mínimo 18F) en todos aquellos pacientes con HDA moderada-severa. Si esto no fuera posible, canalizar una gruesa en el brazo derecho ya que al paciente, durante la endoscopia, va a ser colocado en decúbito lateral izquierdo. La vía periférica es de elección para la transfusión de hemoderivados y expansores del plasma. La vía venosa central no ofrece ventajas e induce a retrasar la perfusión de volumen⁴, por lo que quedará restringida a aquellos pacientes con cardiopatía, nefropatía o con shock hipovolémico en los que se precisa la medición de la presión venosa central (PVC).

La reposición de la volemia se realiza con soluciones isotónicas tales como suero salino 0.9% o Ringer lactato. Los expansores plasmáticos tan solo se emplearan en caso de HDA masiva⁴. En estas situaciones hay que obtener las pruebas cruzadas previamente porque los expansores pueden artefactuarlas. Las plaquetas y el plasma fresco están indicados solo si existen trastornos severos de la coagulación. La cantidad de líquidos debe ser proporcional a la pérdida, que cuantificaremos como se refleja en el apartado anterior, mediante las cifras de TAS y FC. En casos de HTP debe tenerse en cuenta la hipotensión basal del paciente y que la elevación de la TA se correlaciona directamente con el incremento de la presión portal. Por esto es suficiente marcarse como objetivo una TAS de 100-110 mm Hg²⁷⁻²⁹.

c) Transfusión de hemoderivados Debe realizarse tan rápido como sea posible ante una hemorragia masiva o persistente. Es conveniente realizar la transfusión tras la realización de pruebas cruzadas. Pero si esto no es posible se transfundirá sangre total isogrupo⁴. En aquellos pacientes sin sangrado activo y con un hematocrito (HTO) superior al 25% se transfundirá en función de la tolerancia de la anemia por el enfermo. Es importante no trasfundir la sangre en una vía por la que entre suero glucosado ya que la glucosa favorece la lisis de los hematíes. Se

empleará plasma fresco congelado ante defectos graves de la coagulación o en pacientes politransfundidos así como plaquetas ante trombocitopenias inferiores a 50000 plaquetas/ milímetros cúbicos^{3,28}.

d) Otras medidas iniciales^{2,3,29}

- Monitorización venosa central: en pacientes con enfermedad cardiovascular en los que sea necesario aportar una gran cantidad de líquidos.
- Otras medidas: se llevará a cabo la intubación endotraqueal del paciente en aquellas situaciones de disminución del nivel de conciencia (encefalopatía, shock hipovolémico, sangrado masivo persistente) para evitar broncoaspiraciones⁴. La oxigenoterapia debe administrarse ante situaciones de shock, anemia grave o si el paciente lo precisa por alguna enfermedad de base. El sondaje urinario y medición de volumen de orina únicamente es necesario en pacientes con inestabilidad hemodinámica debiendo obtener una diuresis horaria mínima de 0,5 ml/Kg^{2,4}.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La HTD, cuyo pronóstico depende principalmente de las enfermedades concomitantes, es una de las principales causas de demanda de atención en hospitales de segundo nivel⁷.

La mortalidad en estos pacientes va del 5% hasta 40% según la presencia de factores de riesgo asociados de manera independiente con la mortalidad por HTD tales como, la edad avanzada y las enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, enfermedad pulmonar crónica, y diabetes mellitus tipo 2)⁷⁻⁹.

Las características de valor pronóstico relevantes de los pacientes con HTD son la presencia de comorbilidades, el sexo, el grupo de edad, así mismo, el antecedente de recurrencia del sangrado; sin embargo, no existe antecedente de las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los afectados a nivel nacional. Por lo que resulta interesante describir la prevalencia de STD con la finalidad de mejorar la atención oportuna de los pacientes y reducir la mortalidad.

El presente estudio tuvo el objetivo de establecer las bases para una detección oportuna de pacientes con STD en derechohabientes del Instituto Mexicano de Seguro Social, para diseñar estrategias específicas, rentables y viables en el Estado para prevenir las complicaciones y desenlace fatal.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia y características clínicas de los pacientes con hemorragia del tubo digestivo atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Regional No. 110?

VI. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva alta es la emergencia más frecuente en los servicios de urgencias. Se plantea que la incidencia anual es de 50 a 150 de cada 100 000 habitantes, causa 300 000 hospitalizaciones al año; y esta incidencia es más alta en zonas económicamente deprimidas.

Además, se presenta como causa de ingresos en aproximadamente 50 de cada 100 000 pacientes internados; cifra que no refleja la realidad, porque la mitad de las hemorragias se producen durante la hospitalización¹⁰.

En nuestro país no hay ningún estudio epidemiológico que nos pueda indicar cuál es la frecuencia de esta enfermedad, sin embargo es una de las urgencias más importantes del aparato digestivo y es una causa muy frecuente de internamiento en todos los hospitales del mundo. Es más común en los pacientes del sexo masculino y su frecuencia y gravedad son mayores en los pacientes ancianos o con otros padecimientos (co-morbilidad).

Por ello, el objetivo principal del estudio fue, determinar la prevalencia y características clínicas de los pacientes con sangrado de tubo digestivo atendidos en el servicio de urgencias del HGR No. 110.

En este estudio al determinar las características demográficas y desenlace fatal de los pacientes, así como, la presencia de comorbilidades en pacientes con hemorragia del tubo digestivo se tuvo el propósito de contribuir al desarrollo de estrategias de prevención que permitan la identificación temprana de individuos con riesgo de complicaciones.

VII. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia y características clínicas de pacientes con sangrado de tubo digestivo atendidos en urgencias del HGR No. 110.

Objetivos Específicos

1. Identificar la edad y género más afectado por sangrado de tubo digestivo.
2. Describir la prevalencia de comorbilidad en pacientes con sangrado de tubo digestivo.
3. Determinar la frecuencia de defunciones por sexo y grupos de edad.
4. Identificar la prevalencia de sangrado de tubo digestivo de acuerdo a la unidad de adscripción.
5. Comparar la presencia de comorbilidad en pacientes con sangrado de tubo digestivo por género y grupos de edad.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

a) **TIPO DE ESTUDIO:** Transversal descriptivo.

b) **UNIVERSO DE TRABAJO:** Derechohabientes, de ambos sexos quienes fueron atendidos en urgencias del HGR No. 110, por sangrado de tubo digestivo.

c) **TAMAÑO DE LA MUESTRA:** Muestreo por conveniencia. 100% de individuos atendidos durante el periodo de estudio que cumplieron los criterios de selección.

d) **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Sujetos de ambos sexos, \geq 18 años con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo, derechohabiente del IMSS.

-CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

1. Pacientes que no cuenten con información necesaria en expediente clínico.

e) **DESARROLLO DEL ESTUDIO** Primero se hizo una base de datos con todos los registros de pacientes que acudieron a urgencias del HGR No. 110, con sangrado de tubo digestivo durante el 1º de enero al 31 de diciembre de 2011. Posteriormente se revisaron datos de la historia clínica o expediente electrónico y se registraron variables como la edad, sexo, unidad de adscripción, días de estancia hospitalaria, motivo de egreso del hospital y presencia de comorbilidades.

IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis descriptivo de las variables de intervalo se da como media y desviación estándar y en aquellas distribuciones de variables cuantitativas se presenta también la mediana y el rango. Las variables nominales se expresan mediante porcentajes y tablas de frecuencias. El análisis inferencial se hizo mediante la prueba de t-Student para variables cuantitativas y la J^2 para las cualitativas con OR e intervalo de confianza al 95%. Todos los cálculos se realizaron con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 10.0; SPSS; Chicago, IL).

X. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición de variable | Tipo de variable | Estadística descriptiva | Estadística inferencial |
|-------------------------------|--|--|---|-------------------------|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento | Cuantitativa de intervalo | Promedio, desviación estándar o mediana | t-Student |
| Sexo | Condición que diferencia machos de hembras | Cualitativa nominal | Frecuencias y proporciones | J_i^2 |
| Unidad de adscripción | Unidad del IMSS a la que se encuentra adscrito el derechohabiente | Cualitativa ordinal | Frecuencias y proporciones | J_i^2 |
| Comorbilidades | Término médico, que se refiere a dos conceptos: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario consignados en el expediente | Cualitativa ordinal | Frecuencias y proporciones | J_i^2 |
| Días de estancia hospitalaria | Número de días desde que llega a urgencias un paciente hasta que sale del hospital por cualquier motivo | Cuantitativa discreta | Promedio, desviación estándar o mediana | t-Student |
| Motivo de egreso | Causa específica por la cual el paciente sale del hospital | Cualitativa dicotómica 1- Defunción 2- Mejoría | Frecuencias y proporciones | J_i^2 |

XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo del presente trabajo de investigación, atiende a los aspectos éticos que garantizan la privacidad, dignidad y bienestar del sujeto a investigación, ya que no conlleva riesgo alguno para el paciente de acuerdo al reglamento de la ley general en salud en materia de investigación para la salud, y de acuerdo al artículo 17 de éste mismo título, es considerado UNA INVESTIGACION SIN RIESGO (Categoría I), por ser una investigación en la que solo se manejan documentos con enfoque retrospectivo ya que no se hizo ninguna intervención. Por otra parte los procedimientos propuestos en la presente investigación, están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1875 enmendadas en 1989 y con los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación. El protocolo de investigación fue sometido a evaluación en el comité local de investigación y ética en investigación del Hospital General Regional No. 110, del IMSS y registrado con el número R-2012-1303-32.

XII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

Investigador, residente de tercer grado de la especialidad de urgencias y asesores.

RECURSOS MATERIALES

Expedientes, computadora, impresora, hojas de papel bond tamaño carta, lapiceros y hoja de recolección de datos.

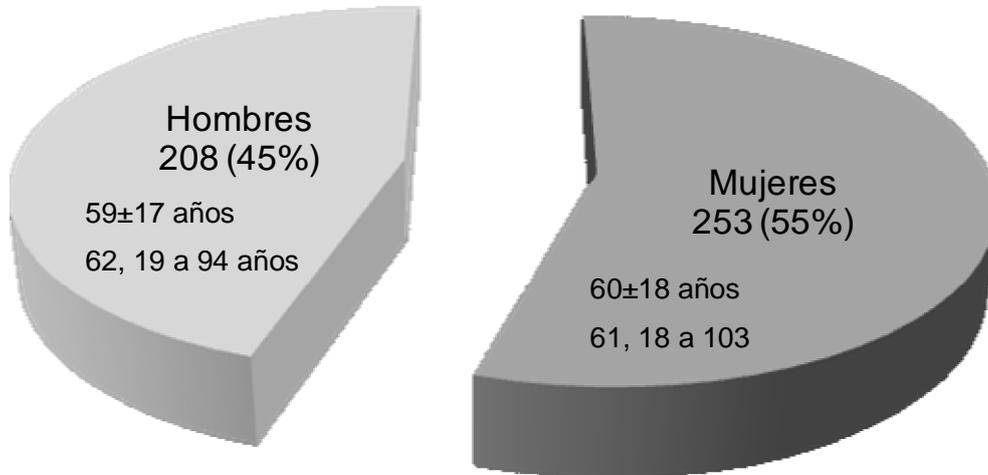
FINANCIAMIENTO

Fue cubierto por los investigadores participantes ya que no requirió financiamiento externo.

XIII. RESULTADOS

Durante el periodo de un año acudieron 461 pacientes con sangrado digestivo, de los cuales, la mediana de la edad fue 61 años con rango de 18 a 103 años y un 54.9% (253 casos) eran mujeres como muestra el gráfico 1.

Gráfico 1. Frecuencia de casos de HTD de acuerdo al sexo



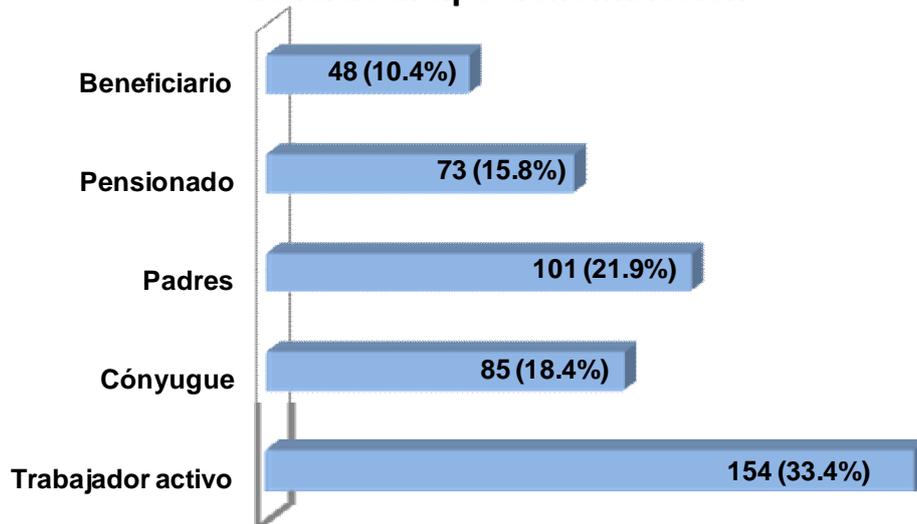
Cabe mencionar que el grupo de edad más afectado fue el de 60 a 69 (20.6%), sin embargo, 337 del total (73.1%) eran de 50 o más años (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Frecuencia de pacientes con sangrado gastrointestinal de acuerdo al sexo y grupos de edad

| Grupos de edad | Masculino | | Femenino | | Total | |
|----------------|--------------------|------|--------------------|------|-------------------|-------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| <30 | 12 | 5.8 | 18 | 7.1 | 30 | 6.5 |
| 30 a 39 | 22 | 10.6 | 18 | 7.1 | 40 | 8.7 |
| 40 a 49 | 24 | 11.5 | 30 | 11.9 | 54 | 11.7 |
| 50 a 59 | 36 | 17.3 | 53 | 20.9 | 89 | 19.3 |
| 60 a 69 | 51 | 24.5 | 44 | 17.4 | 95 | 20.6 |
| 70 a 79 | 37 | 17.8 | 51 | 20.2 | 88 | 19.1 |
| 80 y más | 26 | 12.5 | 39 | 15.4 | 65 | 14.1 |
| Total | 208 (45.1%) | | 253 (54.9%) | | 461 (100%) | |

Respecto a la denominación, 151 (33.4%) eran trabajador en activo y 101 (21.9%) padres como muestra el gráfico 2.

Gráfico 2. Distribución de casos con HTD de acuerdo al tipo denominación



Del total, 419 (91%) presentaron sangrado de tubo digestivo alto (gráfico 3).

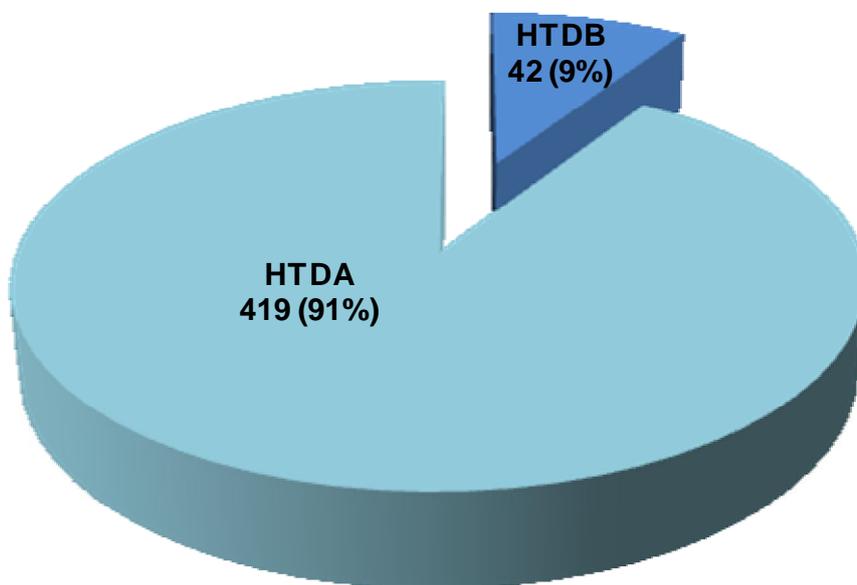
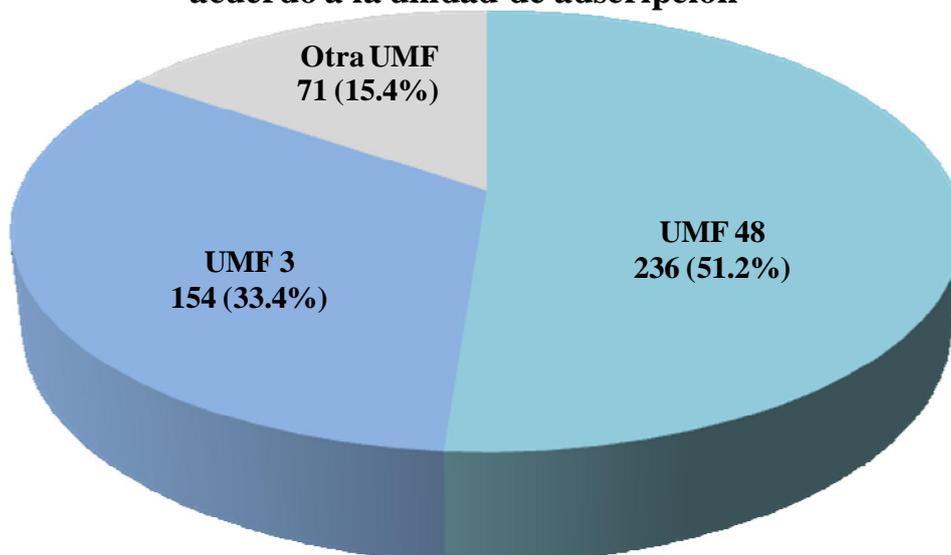


Gráfico 3. Frecuencia de casos de HTD según la clasificación anatómica

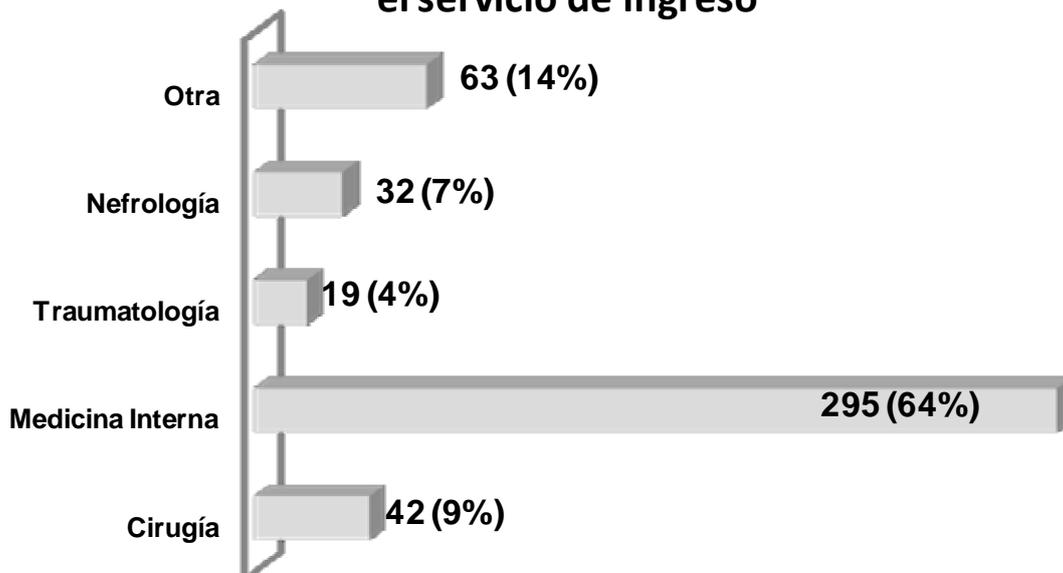
En relación a la unidad de medicina familiar de adscripción el 51% pertenecen a la UMF 48 como lo muestra el gráfico 4.

Gráfico 4. Distribución de casos de HTD de acuerdo a la unidad de adscripción

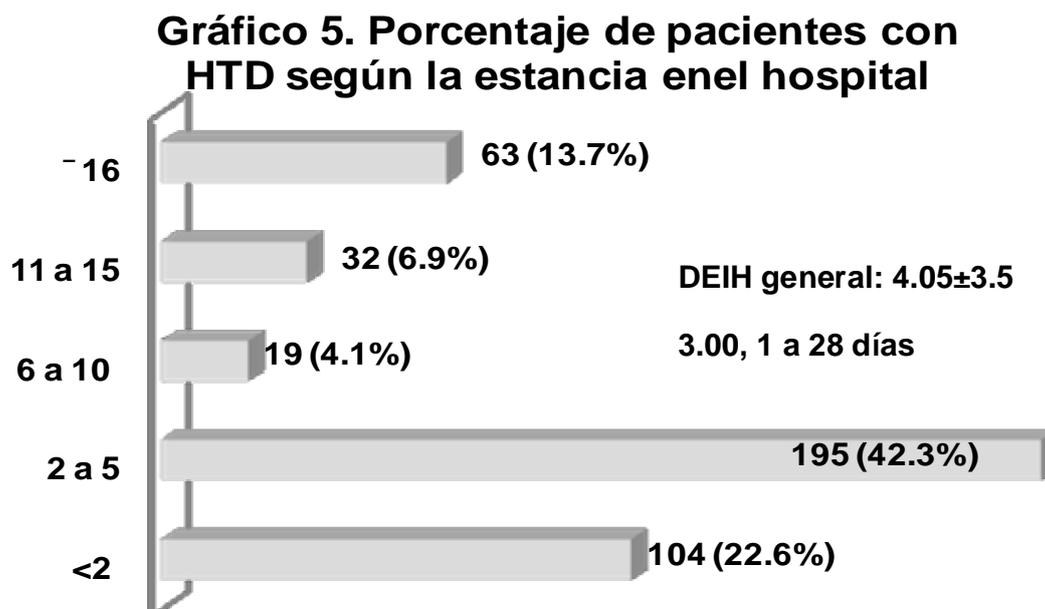


El servicio de ingreso de los pacientes con HTD fue medicina interna con más frecuencia como se puede observar en la gráfica número 5.

Gráfico 4. Porcentaje de pacientes con HTD según el servicio de ingreso



De los casos de HTD estudiados, el promedio de días de estancia fue de 4 ± 3 días, mediana de 3 días y rango de 1 a 28 días, así mismo, 195 (42.3%) tuvieron de 2 a 5 días hospitalizados, 100 (21.7%) de 6 a 10 días, y solo 18 (3.9%) permanecieron entre 11 y 28 días en el hospital como muestra el gráfico 5.



En relación a la presencia de patologías asociadas prevaleció en orden descendente la hipertensión arterial (78, 16.9%), la diabetes mellitus (75, 16.3%), insuficiencia renal crónica (60, 13.0%) como se observa en el cuadro 2.

| Cuadro 2. Porcentaje de casos de HTD según patologías asociadas y sexo | | | | | | |
|---|-----------|------|----------|------|-------|------|
| Comorbilidad | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Otro | 92 | 44.2 | 132 | 52.2 | 224 | 33.4 |
| Hipertensión arterial | 26 | 12.5 | 52 | 20.6 | 78 | 16.9 |
| Diabetes mellitus | 25 | 12.0 | 50 | 19.8 | 75 | 16.3 |
| Insuficiencia renal | 31 | 14.9 | 29 | 11.5 | 60 | 13.0 |
| Enfermedad pulmonar | 12 | 5.8 | 14 | 5.5 | 27 | 5.9 |
| Tumores malignos | 14 | 6.7 | 13 | 5.1 | 26 | 5.6 |
| Anemia | 13 | 6.2 | 12 | 4.7 | 25 | 5.4 |
| Accidente vascular cerebral y trauma | 9 | 4.3 | 15 | 6.0 | 24 | 2.6 |
| Insuficiencia cardíaca | 8 | 3.8 | 14 | 5.5 | 22 | 4.8 |
| Hernia | 12 | 5.8 | 8 | 3.2 | 20 | 4.3 |
| Cálculos | 6 | 2.9 | 12 | 4.7 | 18 | 3.9 |
| Enfermedad reumática | 3 | 1.4 | 10 | 4.0 | 13 | 2.8 |
| Fracturas o prolapso | 8 | 3.8 | 3 | 1.2 | 11 | 2.4 |

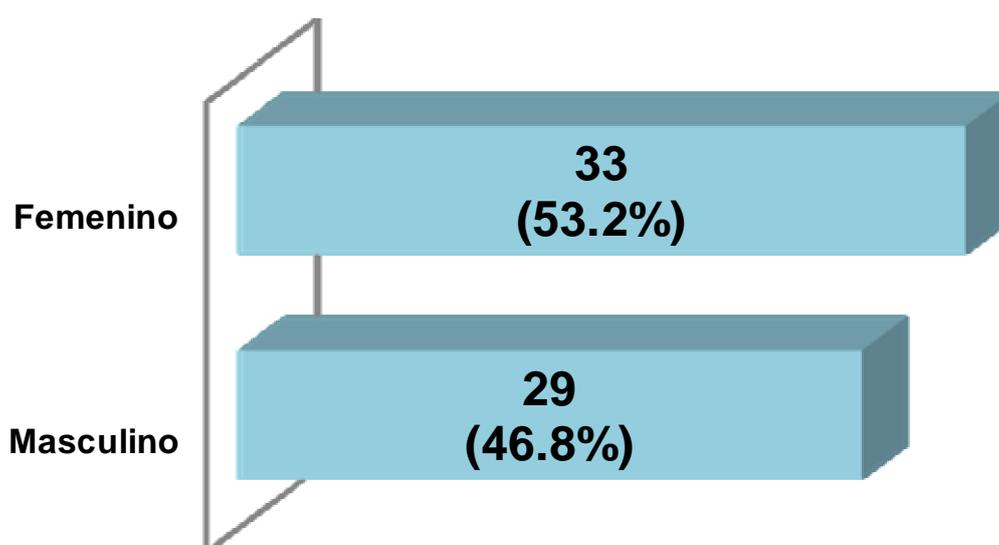
Dentro de las complicaciones observamos que 32 (6.9%) desarrollaron neumonía, 21 casos (4.6%) septicemia y solo 4 casos (0.9%) tuvieron derrame como se observa en el cuadro 3.

Cuadro 3. Porcentaje de pacientes con HTD según el grupo de edad

| Complicación | <50 | | ≥50 | | OR (IC 95%) | Total | |
|--------------------|-------------|-----|-------------|-----|-------------------|-------|-----|
| | No. | % | No. | % | | No. | % |
| Neumonía | 4 | 3.2 | 28 | 8.3 | 2.7 (0.93 - 7.9) | 32 | 6.9 |
| Septicemia | 2 | 1.6 | 19 | 5.6 | 3.6 (0.84 - 15.9) | 21 | 4.6 |
| Infección urinaria | 2 | 1.6 | 15 | 4.5 | 2.8 (0.64 - 12.6) | 17 | 3.7 |
| Celulitis | 0 | 0.0 | 5 | 1.5 | | 5 | 1.1 |
| Derrame | 0 | 0.0 | 4 | 1.2 | | 4 | 0.9 |
| Total | 124 (26.9%) | | 337 (73.1%) | | | | |

Del total de los casos estudiados, fallecieron 62 (13.4%), de los que 33 (53.2%) eran mujeres como se observa en el gráfico 6.

Gráfico 6. Frecuencia de defunciones en pacientes con HTD de acuerdo al sexo



De igual manera, el 92% de los fallecidos eran de 50 o más años de edad con una probabilidad de 4.8 veces más (IC95% 1.9 . 12.4) como se observa en el gráfico 7, y también, el 87% tenían alguna patología asociada (p N.S.).

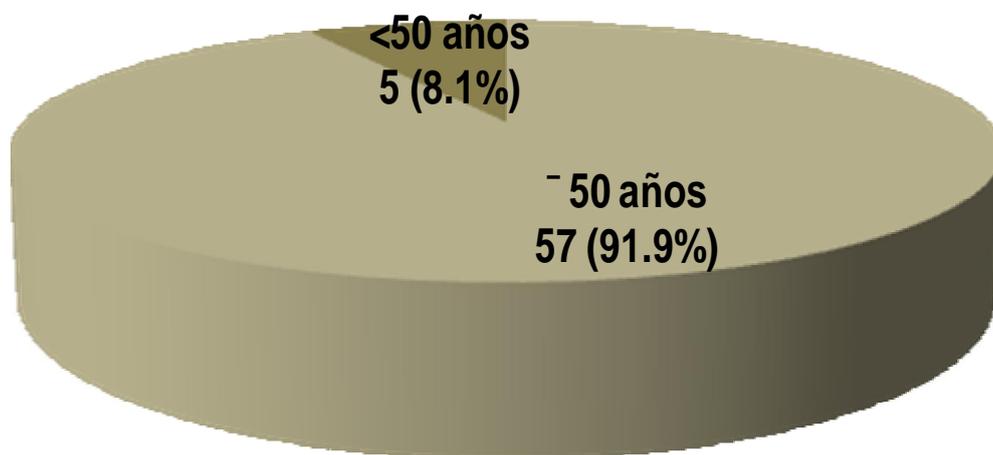


Gráfico 7. Frecuencia de defunciones en pacientes con HTD de acuerdo al grupos de edad

XIV. DISCUSIÓN

El sangrado de tubo digestivo es una de las emergencias más comunes asociadas a problemas del sistema digestivo, con alta morbilidad y mortalidad^{30,31}. La incidencia se reporta entre 60 - 70% entre los masculinos³¹⁻³³. En esta serie contrario a la literatura, el 73% de los pacientes eran mujeres.

Muchos estudios han demostrado la relación entre el uso de analgésicos no esteroideos y aspirina con la hemorragia gastrointestinal³⁴⁻³⁹, así como el uso de estos contra la edad avanzada y patologías asociadas en los cuales las complicaciones se duplican⁴⁰. Nosotros, observamos que un 73% de los casos eran de 50 años o más; 386 casos del total (84%) refirieron alguna comorbilidad dentro de las que destacan la hipertensión, la diabetes y la insuficiencia renal, es decir, más de dos terceras partes de los pacientes estudiados fueron clasificados como de alto riesgo tanto de resangrado como probabilidad de morir. Además, casi una tercera parte de los casos (28%) tuvieron antecedentes de uso frecuente de no esteroideos y/o aspirina, similar al reportado por Fiore et al.,³¹ y bajo comparado con estudios recientes quienes refieren una frecuencia de 40-65%^{33,40} y del 52% actual.

Recientemente, en especial la elevada incidencia de enfermedad cardiaca isquémica y el uso consecuente de ciertos fármacos antiinflamatorios han incrementado la frecuencia de HTD³³. Diferente a lo observado en esta serie donde solo 2% de los casos tenían antecedente de isquemia cardiaca, pero un 3% también tenían enfermedades reumáticas que requieren uso crónico de antiinflamatorios.

Alrededor del mundo varios estudios refieren diferentes porcentajes de mortalidad asociados a HTD³³, algunas series reportan un porcentaje del 10% al 15%^{33,41-44}, Rockall et al., en un estudio de 74 hospitales en Inglaterra reportaron una mortalidad entre 0% y 29%⁴⁵. Otro estudio de Thomopoulos et al., reportan mortalidad de 3% y 5%, y un porcentaje menor en quienes eran menores de 60

años de edad sin enfermedades coexistentes³³. En esta serie la mortalidad fue del 13.4% con 62 casos, de los cuales, 29 (46.8%) eran varones y 33 (53.2%) mujeres, además, 57 (91.9%) tenían 50 o más años ($p < 0.01$) y el 87.1% (54 casos) presentaban alguna patología asociada.

En este estudio, la mediana de días de hospitalización fue de 3 en un rango de 1 a 28 días, sin embargo, un 42% fueron hospitalizados durante 2 a 5 días y el 23% un día de estancia, cabe mencionar que a pesar de su corta estancia un 51.6% con 32 casos tuvieron alguna complicación entre las cuales, prevalece la neumonía, la septicemia y la infección urinaria con $p < 0.001$, es decir, quienes tienen complicaciones durante en su estancia en el hospital tienen un OR de 9.3 (IC 95% 5.1 . 16.9) veces más posibilidad de morir que los que no se complican.

XV. CONCLUSIONES

La HTD es una causa frecuente de ingreso al hospital con una tasa de 49.2 por 1000 egresos en nuestro estudio.

Un alto porcentaje de pacientes tenían antecedentes de factores de riesgo conocido para HTD, comorbilidades prevalentes y eran dos terceras partes de 50 años o más.

En este estudio a diferencia de la literatura internacional reportamos una alta frecuencia de mujeres afectadas comparadas con los hombres con una relación 1.3 mujeres por cada hombre.

La HTD afecta a un 33% de hombres y mujeres con denominación trabajador activo es decir con alta frecuencia es causa de ausencia laboral y afectación de la economía en sus ingresos.

En el Hospital General Regional No. 110, el 64% de los casos de HTD son ingresados a medicina interna en parte por la alta prevalencia de HTDA en un 91% de los casos y por la alta frecuencia de comórbidos y pacientes de la tercera edad en su mayoría.

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodiles Martínez F, Javier López Mayedo F. Hemorragia Digestiva Alta. Comportamiento Clínico-Epidemiológico. Arch Méd Camagüey 2004;8:6. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/931.htm> [consulta 11 de enero 2011]
2. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc 1990;36:8-13.
3. Koelz HR, Arn M. New epidemiology of acute gastrointestinal hemorrhage. Chirug 2006;77:103-110.
4. Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E, Pizarro MA, Trigo C. Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 1999-2005. Rev Esp Enferm Dig 2007;99(5): 275-279.
5. Dursun M, Yilmaz S, Yukselen V, Canoruc F, Tuzeu A. Analysis of 1242 cases with upper gastrointestinal system bleeding in Sotheastern Turkey: a different etiologic spectrum. Hepato-gastroenterology 2005;52:1456-458.
6. Diaz C, et al. Hemorragia Digestiva. En: Acedo, Barrios, Díaz, Orche, Sanz, ed. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre, 4ª ed. Madrid: Editado por MSD; 1998 (reeditado 2000), pp. 473-485.
7. Koelz HR, Arn M. New epidemiology of acute gastrointestinal hemorrhage. Chirug 2006;77:103-110.
8. Dursun M, Yilmaz S, Yukselen V, Canoruc F, Tuzeu A. Analysis of 1242 cases with upper gastrointestinal system bleeding in Sotheastern Turkey: a different etiologic spectrum. Hepatogastroenterology 2005;52:1456-1458.
9. Esrailian E, Gralnek IM. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: epidemiology and diagnosis. Gastroenterol Clin N Am 2005;34:589-605.
10. Di Fiore F, Leclaire S, Merle V, Herve S, Duhamel C, Dupan JL, et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study. Eur J Gastroenterol Hepatol 2005;6:641-647.

11. Pérez-Cuadrado E, Mas P, Hallal H, Shanabo J, Muñoz E, Ortega I, et al. Enteroscopia de doble balón: estudio descriptivo de 50 exploraciones. *Rev Esp Enferm Dig* 2006;98:73-81.
12. Henneman PL. Hemorragia digestiva. En: Mark JA, Hockbeger RS, Walls RM. *Rosen Medicina de Urgencias. Conceptos y práctica clínica*. 5ª ed. Madrid: Elsevier Science, 2003. pp:194-192.
13. Hay JA, Maldonado L, Weingarten SR, Ellrodt AG. Prospective evaluation of a clinical guideline recommending hospital length of stay in upper gastrointestinal hemorrhage. *JAMA* 1997;278:2151-2156.
14. Jaramillo Esteban JL, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Gálvez C, Berlango A, Martínez de la Iglesia J. Hemorragia digestiva alta: diagnóstico sindrómico en el Servicio de Urgencias de un hospital. *Med Clin (Barc)* 1997;109:696-701.
15. Almela P, Benages A, Peiró S, Grau F, Mínguez M, Peña A et al. Seguridad del control ambulatorio de la hemorragia digestiva alta no relacionada con la hipertensión portal. *Med Clin (Barc)* 2000;114 (Supl 2):68-73.
16. Gisbert JP, Boixeda D, Aller R, De la Serna C, Sanz E, Martín de Argila C, et al. *Helicobacter pylori* y hemorragia digestiva por úlcera duodenal: prevalencia de la infección, eficacia de las tres terapias triples y papel de la erradicación en la prevención de la recidiva hemorrágica. *Med Clin (Barc)* 1999;112:161-165.
17. Dennis MJ, et al. Hemorragia digestiva. Trastornos de la circulación gastrointestinal. Digestive Disease Self-Education Program. The Gastrointestinal American Association. 2000.
18. Laine L. Hemorragia digestiva aguda y crónica. En: Sleisenger and Fordtran, dir. *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*, 6ª ed, vol II. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, SA; 2000. 215-238.
19. Hawkey CJ, et al. Risk of ulcer bleeding in patients infected with *Helicobacter pylori* taking non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Gut* 2000;46(3):310-311.

20. Abdo Francis Juan Miguel. Hemorragia de tubo digestivo de origen desconocido. Un reto diagnóstico y terapéutico. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2001;64(4):234-239.
21. Abdo JM. Tratamiento de la hemorragia no variceal del tubo digestivo. *Rev Gastroenterol de Mex* 1998;63(4 supl 1):38-44.
22. Serna J. Gammagrafía para detección de sangrado de tubo digestivo. Hemorragia gastrointestinal. Diagnóstico y tratamiento. México: JGH Editores, 1999: pp. 171-174.
23. Farrell JJ, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in older people. *Gastroenterol Clin North Am* 2000;29(1):1-36.
24. Bobadilla J, Vargas-Vorácková F, Gómez A, Villalobos JJ. Frecuencia de la úlcera péptica en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Estudio de localización, factores asociados y tendencias temporales. *Rev Gastroenterol Mex* 1996;61(1):31-35.
25. Depolo A, Dobrila-Dintinjana R, Uravi M, Grbas H, Rubini M. Upper gastrointestinal bleeding: review of our ten years results. *Zentralbl Chir* 2001;126(10):772-776.
26. Salazar-Mendoza R. Hemorragia gastrointestinal. Diagnostico y Tratamiento. Ed. JGH 1999.
27. Abrales JG, et al. Current management of portal hypertension. *J Hepatol* 2003; 38:554-568.
28. Baradaran R, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol* 2004;99(4):619-622.
29. Barkun A, et al. High-dose intravenous proton pump inhibition following endoscopic therapy in the acute management of patients with bleeding peptic ulcers in the USA and Canada: a cost-effectiveness analysis. *Ailment Pharmacol Ther* 2004;19(5):591-600.
30. Palmer K. Management of haematemesis and melaena. *Postgrad Med J* 2004;80:399-404.

31. Fiore FD, Leclerie S, Merle V et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal hemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17:641-647.
32. Courtney AE, Mitchell RMS, Rocke L, Johnston BT. Proposed risk stratification in upper gastrointestinal hemorrhage: Is hospitalization essential? *Emerg Med J* 2004;21:39-40.
33. Thomopoulos KC, Vagenas KA, Vagianos CE et al. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:177-182.
34. Chassaignon C, Letoumelin P, Peteron D, Group HD 2000. Upper gastrointestinal hemorrhage in Emergency Departments in France: causes and management. *European J Emerg Med* 2003;10:290-295.
35. Hernandez-Díaz S, García Rodríguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation. *Arch Intern Med* 2000;160:2093-2099.
36. Henry D, Lim LLY, García Rodríguez AG et al. variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis. *BMJ* 1996;312:1563-1566.
37. Kaufman DW, Kelly JP, Sheehan JE et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use in relation to major upper gastrointestinal bleeding. *Clin Pharmacol Ther* 1993;53:485-494.
38. Lanas A, Bajador E, Serrano P et al. nitrovasodilators, low-dose aspirin, other nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and risk of upper gastrointestinal bleeding. *N Eng J Med* 2000;343:834-839.
39. Savage RL, Moller PW, Ballantyne CL, Wells JE. Variation in the risk of peptic ulcer complications with nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy. *Arthr Rheum* 1993;36:84-90.
40. Theocharis GJ, Thomopoulos KC, Sakellaropoulos G, Katsakoulis E, Nikolopoulou V. Changing trends in the epidemiology and clinical outcome of acute

upper gastrointestinal bleeding in a defined geographical area in Greece. *J Clin Gastroenterol* 2008;42:128-133.

41. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal bleeding in the UK. *Br Med J* 1995;311:222-226.

42. Vreeburg EM, Snel P, de Bruijne JW, Bartelsman JF, Rauws EA, Tytgat GN. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area: incidence, diagnosis, and clinical outcome. *Am J Gastroenterol* 1997;92:236-243.

43. van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EA et al. acute upper GI bleeding: Dis anything change?. *Am J Gastroenterol* 2003;98:1494-1499.

44. Lanas A, Perea-Aisa MA, Feu F et al. A nationwide study of mortality associated with hospital admission due to severe gastrointestinal events and those associated with nonsteroidal anti-inflammatory drug use. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1685-1693.

45. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Variation in the outcome after acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Lancet* 1995;346:346-350.

XVII. ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| | 2011 | | | | | | | 2012 |
|-----------------------------------|-----------------|-------|------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------------|
| | Enero- Marzo | Abril | Mayo | Junio- Julio | Agosto- Septiembre | Octubre- Noviembre | Diciembre | Enero - Febrero |
| Búsqueda de información | | | | | | | | |
| Elaboración del proyecto | | | | | | | | |
| Revisión y presentación en comité | | | | | | | | |
| Recolección de la información | | | | | | | | |
| Análisis de resultados | | | | | | | | |
| Redacción del artículo | | | | | | | | |

ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS PERSONALES

Nombre-----Edad-----Sexo-----

Fecha de ingreso: ----- Fecha de egreso: ----- DEIH -----

UMF adscripción----- Servicio de ingreso: -----

| Comorbilidades: | Si | No |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus tipo 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatopatías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarto aguda al miocardio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumoraciones malignas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades inmunológicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enf. infecciosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia renal crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Motivo de egreso hospitalario: Mejoría Defunción 3er nivel

Comentarios-----

