UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Fundada en 1551
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POST GRADO

Caracterización topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva alta en el Hospital de EsSalud III de Puno

TESIS Para optar el Título de: ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

AUTOR
OBERTO SALOMÓN APAZA APAZA

LIMA - PERÚ 2003

. . 1

AGRADECIMIENTOS: . . 3

RESUMEN . 5

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN . . 7

CAPÍTULO II. OBJETIVOS . 9

2.1. OBJETIVO GENERAL . 9

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: . 9

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA . 11

CAPÍTULO IV. RESULTADOS . 17

CAPÍTULO V. DISCUSION Y COMENTARIOS . 25

CONCLUSIONES . . 29

RECOMENDACIONES: . . 31

BIBLIOGRAFIA . 33

ANEXOS . 37

TEXTO COMPLETO EPUB . . 39

DEDICATORIA A Omarcito, mi Hijo Para quien dedico todos mis esfuerzos y logros

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

AGRADECIMIENTOS:

A la Dra. Gloria Vargas Cárdenas, por su generosa cooperación en el desarrollo del presente trabajo

Al Dr. Víctor Hugo Calderón Arenas y en su persona a todo el Personal del Hospital de EsSalud III de Puno por las facilidades brindadas a mi persona durante el desarrollo de mi Residentado Médico

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

RESUMEN

OBJETIVOS: Caracterizar la hemorragia digestiva alta (HDA) según localización topográfica y etiológica determinada por Endoscopía digestiva alta, en el contexto de aspectos demográficos y socioculturales en el Hospital de EsSalud III de Puno.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo y retrospectivo de casos de HDA ocurridos durante los años 2000, 2001 y 2002, que fueron sometidos a estudio endoscópico hasta un máximo de 48 horas de iniciado el sangrado. Fueron excluidos los casos de HDA dudosos sin adecuado sustento clínico y/o carencia de informe endoscópico en historia clínica. Los datos obtenidos fueron procesados en el programa EpiInfo2002 para su análisis estadístico.

RESULTADOS: Se revisaron 132 casos. Fueron considerados para el análisis 110 casos que cumplieron con los criterios de selección. El total de casos correspondió a 80 pacientes, lo que implica que algunos pacientes presentaron más de un episodio de HDA durante el periodo de estudio.

La HDA ocurrió 88% en varones y 22% en mujeres. Fue mas frecuente en el grupo etáreo 40 – 49 años (37.3%), seguido del grupo > 70 años (19.1%), 50 – 59 años (18.2%)y 60 – 69 años (13.6%), en menor proporción otros grupos etáreos. Afectó predominantemente a los mayores de 40 años. Los pacientes fueron mayormente de los grupos ocupacionales “profesor” (23.8%) y “empleado” (23.8%), seguido de “su casa” (16.3%); en menor proporción, “estudiante” (8.8%), “ingeniero” (7.5%), “obrero” (7.5%) y otros grupos ocupacionales. La mayoría de pacientes fue de nivel de instrucción “superior universitaria” (56.3%), seguido de “secundaria” (18.8%), “primaria” (15%), “superior técnica” (7.5%) y “sin instrucción” (2.5%).Las patologías expresadas como antecedentes y/o coexistentes en los pacientes fueron: Enfermedad acidopéptica (38.8%), alcoholismo (31.3%), consumo de AINES (25%), enfermedades articulares (20%), antecedente de HDA (18.8%), infección por Helicobacter pylori (16.3%), hepatopatía crónica no viral (15%), poliglobulia (11.3%). Cardiopatías y neumopatías crónicas se encontró en baja proporción. Solo se encontró un paciente (1.3%) con antecedente de hepatitis viral .

La localización topográfica gástrica, esofágica y duodenal fue 47.27%, 25.45% y 24.5% respectivamente. En 2 casos (1.8%) no se logró determinar la localización.

La más frecuente causa de HDA fue la úlcera péptica (44.5%), con leve predominio de la ulcera duodenal (24.5%) sobre la gástrica (20%). En segundo lugar, el sangrado de várices esofágicas(25.5%), seguido de LAMG (20%), Síndrome de Mallory Weiss (5.5%), Angiodisplasia (1.8%), Enf. De Dieulafoy (0.9%). En dos casos (1.8%) no se determinó la lesión. Respecto a las lesiones ulceradas según la clasificación de Forres’t, la mayoría correspondió a IIa en 13 casos (26.5%), III 9 casos (18.3%), IIb 5 casos (10.2%), Ib 5 casos (10.2%)y Ia 3 casos (6.2%).

CONCLUSIONES: La HDA en el Hospital de EsSalud III de Puno se caracteriza: (a) demográficamente por: ser más frecuente en el sexo masculino, en mayores de 40 años, en los grupos ocupacionales “profesor”, “empleado” y “su casa” y por ser más frecuente en el nivel de instrucción “superior universitaria”; (b) En el contexto de antecedentes patogénicos y enfermedades coexistentes: la enfermedad acidopéptica, alcoholismo y consumo de AINES son las patologías mas comúnmente coexistentes con la HDA; (c) Según localización topográfica y etiológica por: ser más frecuente la localización topográfica gástrica, y, porque la etiología más

frecuente de HDA es la ulcera peptica - con ligera predominancia de la ulcera duodenal sobre la gástrica- , seguida del sangrado de várices esofágicas y lesiones agudas de mucosa gástrica. En menor proporción el síndrome de Mallory Weiss, Angiodisplasia y enfermedad de Dieulafoy.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) constituye motivo frecuente de consulta en la práctica médica general y gastroenterológica. Consiste en sangramiento originado en el tubo digestivo alto, entre el esófago y el ángulo de Treitz. (1)

La encuesta nacional de la Sociedad Americana de Endoscopía Gastrointestinal (ASGE) ha proporcionado la información más fidedigna acerca de las causas de HDA en los Estados Unidos. La encuesta de la ASGE se realizó prospectivamente. Durante un periodo de 18 meses, 277 endoscopistas suministraron datos de 2 225 pacientes con HDA. En dicha encuesta, topográficamente las lesiones gástricas predominaron sobre las duodenales y esofágicas (56%, 29% y 16% respectivamente). (2)

La Ulcera péptica gastroduodenal, las lesiones agudas de las mucosas gástrica o duodenal y la ruptura de várices esofágicas son la etiología de HDA más frecuentemente descritas en las publicaciones médicas. Las cifras que se informan dependen de la incidencia de las afecciones de base y la oportunidad del diagnóstico endoscópico. (2,3,4)

La HDA por las afecciones descritas se manifiesta clínicamente por hematemesis y melena independiente de la lesión de origen, diferenciándose solo por su magnitud, evidenciable a través de la presencia o ausencia de compromiso hemodinámico y magnitud del mismo.

El manejo de urgencia de la HDA con compromiso hemodinámico no depende de la lesión que la produce puesto que se dirige en todos los casos al control oportuno de la

hipovolemia. La terapia siguiente, que en algunos casos debe definirse en etapas precoces en la evolución del cuadro, depende de la etiología de base y por ende, debería ser orientada por la etiología de las afecciones que se complican frecuentemente con HDA.

Considerando lo anterior, resulta deseable disponer de adecuada información epidemiológica respecto a la etiología frecuente de la HDA en todo Nosocomio en el contexto de las características demográficas y poblacionales. Particularmente nos interesó conocer las características de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital de EsSalud III de Puno, centro de referencia importante en la región por contar con equipamiento y personal –médicos gastroenterólogos- adecuado para atender esta emergencia médica que representa una patología prevalente e importante en el contexto de los hábitos y costumbres socioculturales de la región, -por ejemplo, alcoholismo-. No hay estudios previos en la región, lo cual nos motivó a realizar el presente trabajo.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la Hemorragia Digestiva Alta (HDA) en el Hospital III de Puno según localización topográfica y etiología, en el contexto de caracteres demográficos socioculturales y enfermedades coexistentes.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.2.1. Caracterizar la HDA según edad.

2.2.2. Caracterizar la HDA según sexo.

2.2.3. Caracterizar la HDA según ocupación.

2.2.4. Caracterizar la HDA según nivel de instrucción.

2.2.5. Caracterizar la HDA en el contexto de antecedentes patogénicos y enfermedades coexistentes.

2.2.6. Caracterizar la HDA según localización topográfica de las lesiones

determinada por endoscopía alta.

2.2.7. Caracterizar la HDA según etiologías por tipos de lesiones determinadas por endoscopía alta.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio de serie de casos

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo, Retrospectivo, Observacional

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se revisaron 132 casos de HDA que se presentaron durante el periodo Enero 2 000 a Diciembre 2 002 en el Hospital de EsSalud III de Puno.

Fueron considerados para el análisis 110 de los 132 casos de HDA revisados, los cuales cumplieron con los criterios de selección. El total de casos seleccionados correspondió a 80 pacientes, lo que significa que algunos pacientes presentaron más de un episodio de HDA durante el periodo de estudio.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Fueron incluidos en el estudio:

Los casos de Hemorragia Digestiva Alta ocurridos durante los años 2000, 2001 y 2002 en el Hospital de EsSalud III de Puno.

Que contaron con informe de endoscopía alta realizada máximo hasta las 48 horas del episodio de HDA.

Historia clínica que contaba con datos de filiación y antecedentes requeridos para el estudio.

Casos en pacientes de todas las edades

Casos en pacientes de ambos sexos

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Fueron excluidos:

Casos de Hemorragia Digestiva Alta sin estudio e informe endoscópico consignado en la historia clínica.

Historias clínicas incompletas, con diagnóstico clínico de HDA sin adecuado sustento clínico.

3.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES PRINCIPALES:

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA DE LA HDA:

Agrupamos las lesiones causante de HDA en el tracto digestivo alto según su localización en:

Lesiones esofágicas: Sangrado de Várices esofágicas

Lesiones gástricas: Lesión aguda de mucosa gástrica (LAMG), úlcera gástrica, síndrome de Mallory Weiss, angiodisplasia y enfermedad de Dieulafoy

Lesiones duodenales: Ulcera duodenal

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL:

Sangrado del tracto digestivo alto debido a ruptura de várices.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL:

Sangrado del tracto digestivo alto cuyo origen excluye la patología variceal.

Para el caso de lesiones ulceradas se consignaron los estigmas de sangrado digestivo según Clasificación de Forrest.

Signos Endoscópicos de Forrest:

Forrest I.-	Sangrado Activo.
Ia.-	Sangrado en Chorro
Ib.-	Rezumado de Sangre
Forrest II.-	Sangrado reciente
IIa.-	Vaso visible
IIb.-	Coágulo adherente
IIc.-	Mancha hematínica
Forrest III.-	Sangrado pasado. Ulcera limpia

3.6. DEFINICIONES CONCEPTUALES:

Ulcera Gástrica: Ulcera péptica (lesiones crónicas, casi siempre solitarias, que

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

afectan a cualquier porción del aparato gastrointestinal expuesta a la acción agresiva de los jugos pépticos) de localización gástrica (36)

Ulcera Duodenal: Ulcera péptica de localización duodenal (36)

Lesión Aguda de Mucosa Gastrointestinal: Anteriormente incluidas en el concepto de gastritis hemorrágica, las definimos como erosiones agudas de la mucosa del tracto digestivo por ingesta de agentes gastrolesivos (*)

Várices: Venas tortuosas y dilatadas localizadas sobre todo en la submucosa del tracto digestivo alto, predominan generalmente a nivel de esófago distal y del estómago proximal y son secundarias a aumento de presión en el plexo venoso y concomitantemente en el sistema portal (*)

Síndrome de Mallory Weiss: Laceración mucosa del cardias gástrico o UEG inducida por náuseas y vómitos. Pueden ocurrir circunferencialmente, tienen una longitud de 3 – 20 mm y un anvho de 2 – 3 mm, a lo largo del eje longitudinal esofágico (19,37)

Enfermedad de Dieulafoy: Presencia de una arteria anómala de grueso calibre que atraviesa la submucosa del estómago y discurre en contacto con la submucosa (36)

Lesión neoplásica:Relativo a lesión confirmada por histología como causa de sangrado digestivo (*)

Diátesis Hemorrágica: Relativo a susceptibilidad patológica al sangrado, en relación con la génesis de HDA. (12)

Angiodisplasia: Anomalías vasculares de la mucosa y submucosa del tracto digestivo (36)

(*) Definiciones propuestas por el autor

3.7 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Lesiones con definición conceptual determinadas por endoscopía alta, según informe que encontrado en Historia clínica.

3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables Generales

VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
Edad	Edad cronológica en años	De razón:
	según Historia Clínica	< 19 años
		20 - 29 años
		30 -39 años
		40 - 49 años
		50 - 59 años
		60 - 69 años
		> 70 años
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Nominal:
Antecedentes y Enfermedades	Anterior diagnostico de HDA	Nominal
Coexistentes:	Alcoholismo	"
	Hepatitis Viral Crónica	"
	Hepatopatía Cónica no viral	"
	Enfermedad Acido Péptica	"
	Empleo de AINEs	"
	Empleo de Fármacos Gastrolesivos	"
	Infección por H pylori	"
	Cardiopatía Isquémica	"
	EPOC	"
	Poliglobulia	"
	Insuficiencia Renal Cónica	"
	Insuficiencia Cardiaca	"
	Otras enfermedades	"

Variables principales

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA
Localización Topográfica de la HDA	Lesión Esofágica	Nominal
	Lesión Gástrica	"
	Lesión Duodenal	"
HDA variceal	Várices Esofágica	Nominal
	Varices Gástricas	"
	Várices Gastroesofágicas	"
HDA no variceal	Lesion Aguda de Mucosa	Nominal
	Gastroduodenal	
	Ulcera Gástrica	"
	Ulcera Duodenal	"
	Síndrome de Mallory Weiss	"
	Enfermedad de Dieulafoy	"
	Lesión neoplásica	"
	Diátesis Hemorrágica	"
	Otras causas	"

HDA: Hemorragia Digestiva Alta

3.9 TECNICA Y METODO DE TRABAJO

Para el proceso de recolección de datos se listaron los casos de Hemorragia digestiva alta consignados en el Registro de Egresos del Servicio de Medicina del Hospital de EsSalud III de Puno según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10), luego obtuvieron los datos de interés para el estudio de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de selección en una ficha elaborada para el objeto (Anexo 1).

La ficha de recolección de datos consta de las siguientes partes:

1. Datos de filiación y generales: edad, sexo, ocupación, grado de instrucción, numero de historia clínica, autogenerado.

2. Antecedentes patológicos y enfermedades coexistentes

3. Localización topográfica y diagnóstico endoscópico de causa sangrado digestivo.

Se consideró un solo diagnóstico etiológico por episodio, el consignado como causa de HDA por el endoscopista.

3.10. ANALISIS DE DATOS

Terminada la recolección de datos se procedió al procesamiento de los mismos en el programa EpiInfo 2002 para su análisis estadístico.

Para el análisis estadístico se utilizaron medidas estadísticas descriptivas incluyendo

porcentajes, proporciones, promedios media aritmética y desviación estándar, según fuera pertinente. Además, análisis de variancia (ANVA) para valorar la diferencia estadística entre las medias de grupos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de HDA por sexos

	Pacientes con HDA		Casos de HDA	
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	19	23.8%	22	20.0%
Masculino	61	76.3%	88	80.0%
Total	80	100.0%	110	100.0%

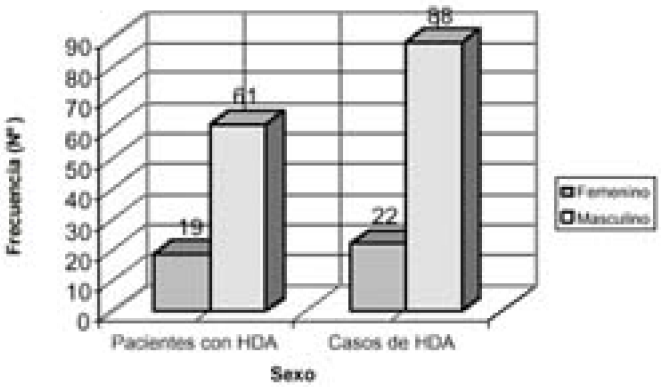

Grafico 1 . Frecuencia de HDA por sexos

Tabla 2. Frecuencia de HDA por grupos etáreos

	Pacientes con HDA		Casos de HDA	
Grupo etáreo	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<19 años	5	6.3	5	4.5
20 - 29 años	3	3.8	3	2.7
30 - 39 años	4	5.0	5	4.5
40 - 49 años	20	25.0	41	37.3
50 - 59 años	18	22.5	20	18.2
60 - 69 años	13	16.3	15	13.6
> 70 años	17	21.3	21	19.1
Total	80	100.0	110	100.0

Edad promedio	53.85 años	53.66 años
Md	53 años	51 años
Mo	45 años	46 años
Rango	17 – 92 años	17 – 92 años
SD	17.09	19.2

Realizando el ANVA encontramos que existe una diferencia altamente significativa ($p<0.01$) entre los siete grupos etáreos de la población de estudio y en la serie de casos

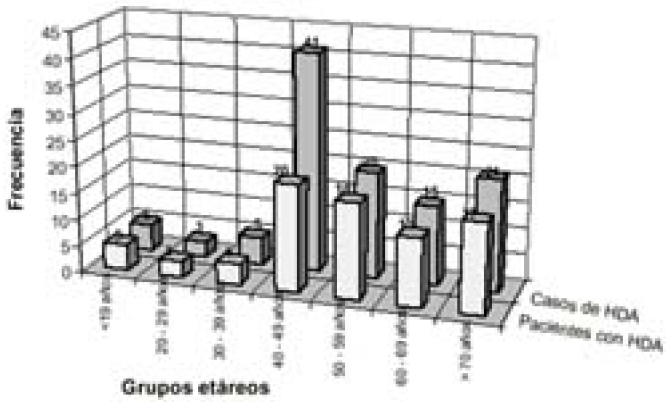

Grafico 2 Frecuencia de HDA por grupos etáreos

Tabla 3. Pacientes con HDA Frecuencia según ocupación

Ocupación	Frecuencia	%
Empleado	19	23.80
Profesor	19	23.80
Su casa	13	16.30
Estudiante	7	8.80
Ingeniero	6	7.50
Obrero	6	7.50
Otros	4	5.00
Comerciante	2	2.50
Personal de Salud	2	2.50
Agricultor	1	1.30
Chofer	1	1.30
Total	80	100.00

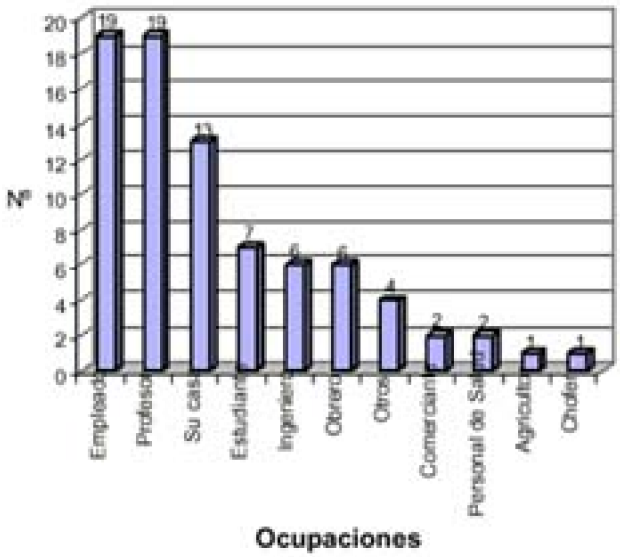

Gráfico 3. Frecuencia de HDA por Ocupaciones

Tabla 4. Distribución según nivel de instrucción

Nivel de Instrucción	Nº	%
Sin instrucción	2	2.5
Primaria	12	15.0
Secundaria	15	18.8
Superior técnica	6	7.5
Superior universitaria	45	56.3
Total	80	100.0

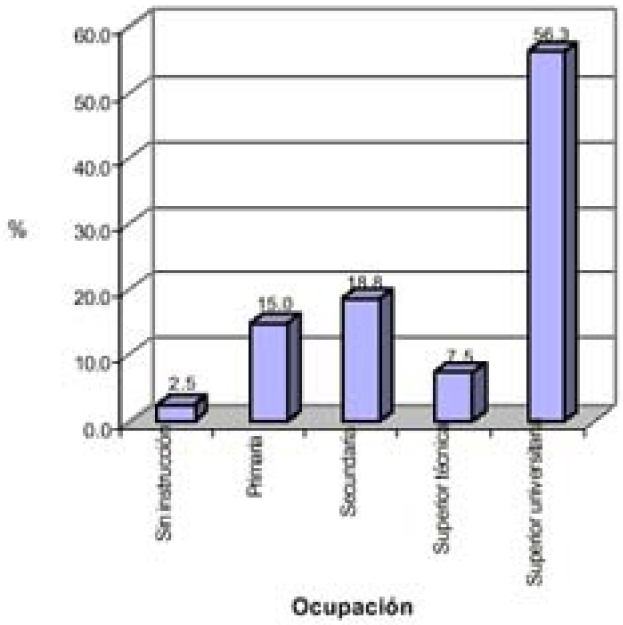

Gráfico 4 . Frecuencia de pacientes con HDA por nivel de instrucción

Tabla 5. Antecedentes patológicos y enfermedades coexistentes en pacientes con HDA

Patología	Frecuencia	%
Enfermedad acidopéptica	31	38.8
Alcoholismo	25	31.3
Consumo de AINES	20	25.0
Anterior HDA	15	18.8
Infección por H. Pylori	13	16.3
Hepatopatía crónica no viral	12	15.0
Poliglobulia	9	11.3
Osteoartrosis	8	10.0
Hipertensión portal	7	8.8
Artritis Reumatoidea	6	7.5
Consumo de Corticoides	2	2.5
Artritis gotosa	2	2.5
Insuficiencia Cardiaca Congestiva	2	2.5
Hepatitis viral	1	1.3
Cardiopatía isquémica	1	1.3
EPOC	1	1.3
EPID	1	1.3

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

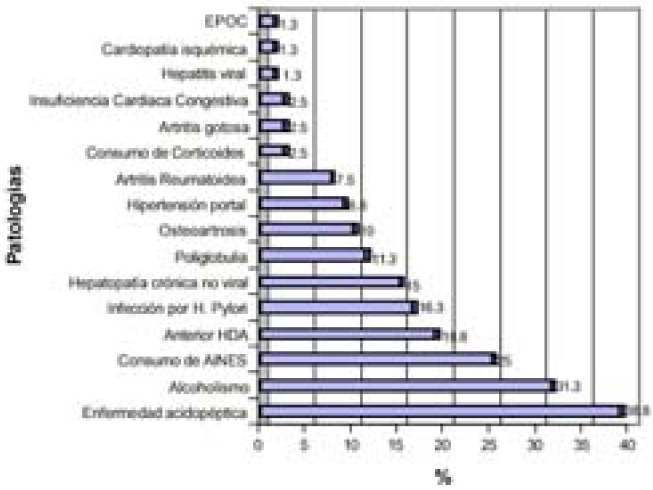

Gráfico 5 . Patologias como antecedentes y/o enfermedades coexistentes con HDA

Tabla 6. Localización topográfica de la HDA En el Hospital de EsSalud III de Puno 2000 - 2003.

	Frecuenc		%
Esofágica		28	25.45
Gástrica		52	47.27
Duodenal		27	24.5
No determinada		2	1.8
Total		110	100

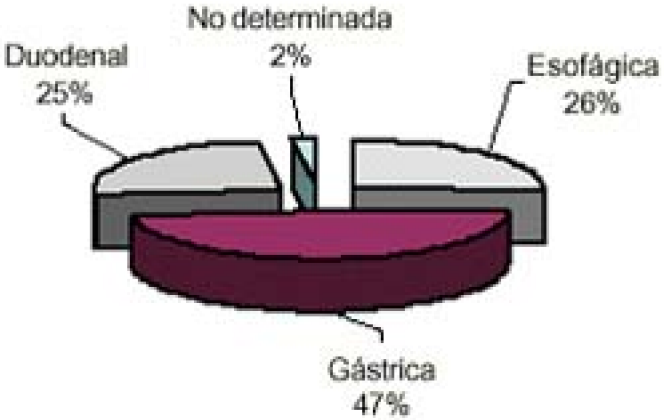

Grafico 6 . Localización topográfica de la HDA . Hospital III Puno Essalud 2000-2003

Tabla 7 . Causas de HDA determinadas por Endoscopía alta en el Hospital de EsSalud III de Puno 2000 – 2003

Diagnóstico endoscópico	Frecuencia	%
Sangrado de várices esofágicas	28	25.5
Ulcera duodenal	27	24.5
Ulcera gástrica	22	20
LAMG	22	20
Sínd Mallory Weiss	6	5.5
Enf. Dieulafoy	1	0.9
Angiodisplasia	2	1.8
No determinada	2	1.8
Total	110	100

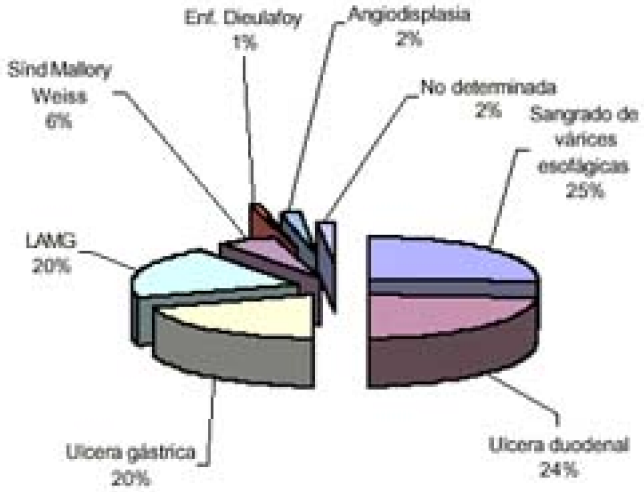

Gráfico 7 . Etiología de la HDA . Hospital III Puno 2000-2002

Tabla 8 . Lesiones ulceradas según clasificación de Forres't

Forres't	Frecuenc	%
Ia	3	6.12
Ib	5	10.20
Iia	13	26.50
Iib	5	10.20
Iic	0	0.00
III	9	18.30
Indeterminado	14	28.60
	49	100.00

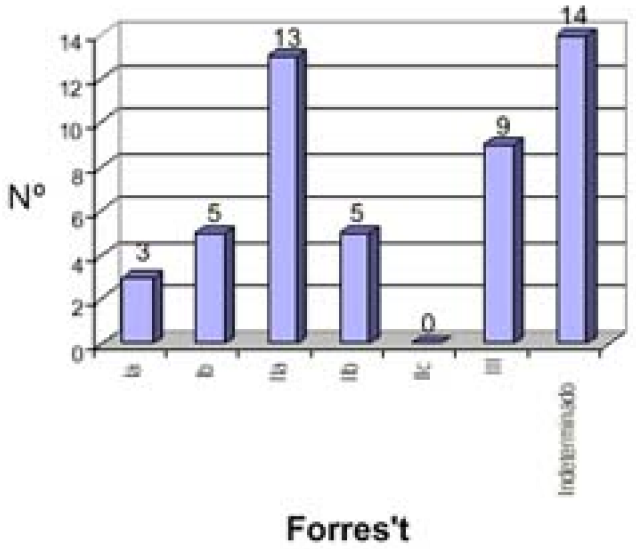

Gráfico 8 . Lesiones ulceras según clasificaciones de Forrest

Nuestros resultados fueron los siguientes:

1. La frecuencia de casos de HDA fue de 88% en el sexo masculino y 22% en el sexo femenino (tabla 1 y gráfico 1).

2. Los casos de HDA fue mas frecuente en el grupo etáreo 40 – 49 años (37.3%), seguido del grupo > 70 años (19.1%),50 – 59 años (18.2%)y 60 – 69 años (13.6%). En menor proporción otros grupos etáreos (tabla 2 y gráfico 2). Afectó predominantemente a los mayores de 40 años ya que la suma de las frecuencias superan ampliamente a los menores de 39 años (78 y 12 pacientes, 107 y 13 casos respectivamente). Realizando el análisis de varianza (ANVA) encontramos una diferencia altamente significativa entre las siete grupos etáreos implicados con respecto a la edad de ocurrencia de la HDA.

3. Los pacientes de nuestra población de estudio fueron mayormente de los grupos ocupacionales “profesor” (23.8%) y “empleado” (23.8%), seguido de “su casa” (16.3%). En menor proporción “estudiante” (8.8%), “ingeniero” (7.5%), “obrero” (7.5%). Otros grupos ocupacionales en menor proporción (tabla 3 y gráfico 3).

4. Respecto al nivel de instrucción, la mayoría de pacientes fue de nivel “Superior Universitaria” (56.3%), seguido de “secundaria” (18.8%), “primaria” (15%), “superior técnica” (7.5%) y “sin instrucción” (2.5%) (tabla 4 y gráfico 4).

5. Las patologías expresadas como antecedentes y/o coexistentes en los pacientes con HDA, en orden de frecuencia fueron: Enfermedad acidopéptica (38.8%), alcoholismo (31.3%), consumo de AINES (25%), enfermedades articulares (artritis reumatoidea, osteoartrosis, y artritis gotosa) en conjunto (20%), antecedente de HDA (18.8%), infección por Helicobacter pylori (16.3%), hepatopatía crónica no viral –incluye la hepatopatía alcohólica- (15%), poliglobulia (11.3%). Cardiopatías y neumopatías crónicas se encontró en baja proporción. Solo se encontró un paciente (1.3%) con antecedente de hepatitis viral (tabla 5 y gráfico 5).

6. La localización topográfica más frecuente fue la gástrica (47.27%), seguida de

esofágica (25.45%) y duodeno (24.5%). En 2 casos (1.8%) no se logró determinar la localización de la lesión causante de HDA (tabla 6 y gráfico 6).

7. La más frecuente causa de HDA fue la úlcera péptica (44.5%), con leve predominio de la ulcera duodenal (24.5%) sobre la gástrica (20%). En segundo lugar, el sangrado de várices esofágicas(25.5%), seguido de LAMG (20%), Síndrome de Mallory Weiss (5.5%), Angiodisplasia (1.8%), Enf. De Dieulafoy (0.9%). En dos casos (1.8%) no se determinó la lesión (tabla 7 y gráfico 7).

8. Respecto a las lesiones ulceradas según la clasificación de Forres't, en 14 casos (28.6%) no se informó la clase de lesión. De las informadas, la mayoría correspondió a IIa en 13 casos (26.5%), III 9 casos (18.3%), IIb 5 casos (10.2%), Ib 5 casos (10.2%)y Ia 3 casos (6.2%) (tabla 8 y gráfico 8).

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO V. DISCUSION Y COMENTARIOS

En el presente estudio hacemos una descripción local de las características de la hemorragia digestiva alta (HDA) en el Hospital de EsSalud III de Puno, ubicada en la ciudad del mismo nombre a una altitud de 3 827 msnm, a orillas del lago Titicaca.

Caracterizamos la HDA según aspectos demográficos en la población de Puno con base en los datos de filiación de los pacientes incluidos en nuestro estudio. La mayoría de pacientes así como el mayor número de casos correspondió a varones. Nuestros hallazgos son similares a los descritos en Lima por, Bustinza (8)en el Hospital central FAP de Lima, Saldarriaga (9) en el Hospital 2 de Mayo y Medina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión; también parecidos a lo descrito en ciudades de altura, por ejemplo, Villanueva (10) en Huaraz, Carvallo (6) en Cochabamba, Berríos (11) en la Oroya y Paucar (12) en Cusco.

Encontramos predominancia de casos en mayores de 40 años, más aún en el grupo etáreo 40 – 49 años (37.3%), con edad promedio 53 años. Hay cierta similitud de hallazgos en Lima por Medina (7) (45 – 59 años)y Saldarriaga (9) (edad promedio 50 años), Carvallo (6) en Cochabamba (51 – 60años), Paucar (12) en el Cusco (edad promedio 50 años), pero difiere con Berrios (11) en la Oroya (30 – 39 años).

En nuestra serie llama a la atención encontrar ocurrencia de mayor número casos de HDA en grupos ocupacionales “profesor” y “empleado”, a la par de nivel de instrucción “superior universitaria”.

Respecto a patologías expresadas como antecedentes o enfermedades coexistentes para su caracterización, en nuestro estudio encontramos una considerable coexistencia de enfermedad acidopéptica (38.8%) que obviamente se correspondería a probabilidad de complicación con HDA. En segundo lugar llama a la atención que los pacientes admitieron como hábito nocivo el "alcoholismo" (31.3%), que en muchos casos probablemente sea el desencadenante de HDA dada su capacidad gastrolesiva, dato que merece meditación por todo el entorno asistencial y político. Seguidamente, el consumo de AINES y enfermedades articulares parecen ir a la par para predisponer a los pacientes a eventos de HDA, lo cual es lógico suponer y ha sido mencionado en otros estudios, como el de Manrique (21). La infección por H pylori coexiste en 16.3% de los pacientes, lo cual ha de tener particular importancia en la génesis de la enfermedad ulcerosa péptica, según lo ya conocido de su potencial patogénico (33-36), en nuestra serie todos los casos de infección por H pylori (+) fueron determinados por estudio histopatologico realizado en pacientes que portaron enfermedad no variceal ulcerosa, según consta en las historias clínicas, realizadas indistintamente con anterioridad o posterioridad al episodio de HDA, no todos los pacientes fueron biopsiados con la intensión de determinar la infección por lo que nos limitamos a describir ese hallazgo. Al igual que Berrios (11) encontramos presencia de Poliglobulia en nuestros pacientes, patología común en ciudades de altura. Las cardiopatías y neumopatías crónicas fueron encontrados en bajo porcentaje, no es lo predominante y difiere de lo descrito por Bustinza (8) en Lima.

Sobre la localización topográfica de las lesiones, en nuestra serie predominó la localización gástrica (47.27%), seguida de esofágica y duodenal. Acerca de la predominancia de la localización gástrica, concordamos con los resultados de la encuesta de la ASGE (2) y Saldarriaga (9) en el Hospital Nacional 2 de Mayo. Sin embargo, en nuestra serie el segundo lugar lo ocupó las lesiones esofágicas a diferencia de los estudios referidos en que bajo los mismos criterios de clasificación topográfica, describen en segundo lugar a la localización duodenal. Este resultado, consideramos es influenciado por una importante casuística de la patología variceal

La etiología más frecuente de HDA en nuestro estudio fue la úlcera peptica conclusión igual a la mayoría de publicaciones, extranjeras como la ASGE (sociedad americana de endoscopía gastrointestinal)(2), Sierra (14) en colombia, Carvallo (6) en Cochabamba-Bolivia; y publicaciones nacionales como Medina (7), Bustinza (8), incluso en ciudades de altura por Villanueva (10), Berrios (11) y Paucar (12). No coincidimos con la intensión de Berrios (11) en informar que a partir de los 3 500 msnm a más predomina la úlcera gástrica (Puno: 3 827 msnm); en nuestra serie predominó la úlcera duodenal.

La mayoría de estudios, incluido la ASGE (2), Bustinza (8) y Saldarriaga (9)en Lima; Berrios (11) en la Oroya y Paucar (12) en el Cusco, han reportado en segundo lugar a las erosiones de mucosa. Nosotros encontramos en segundo orden al sangrado por várices esofágicas seguido por las erosiones de mucosa gástrica. Podríamos suponer que en nuestro estudio se complementan la coexistencia de alcoholismo, hepatopatía crónica e hipertensión portal que encontramos en alto porcentaje.

Similarmente a otros estudios, otras lesiones se encuentran en baja proporción, entre ellas síndrome de Mallory Weiss, enfermedad de Dieulafoy y angiodisplasias.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Las lesiones ulceradas según la clasificación de Forres't descritas fueron en orden de frecuencia IIa, III, IIb, Ib y Ia. Difiere de lo informado por Manrique (21) en el HNERM en que predominó el Forres't I seguido de III; y Medina (7) en que predominó la clase III. Entre otras explicaciones, podría tener relevancia la prontitud del examen endoscópico para determinar los estigmas de sangrado digestivo.

Al igual que Sierra (14), opinamos que la causa de sangrado depende de la población, del centro hospitalario y sus recursos; además, como Sugawa y Teres (3,4), dependen de la incidencia de las afecciones de base y la oportunidad del diagnóstico endoscópico.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CONCLUSIONES

La Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital de EsSalud III de Puno se caracteriza:

Demográficamente por:

1. Ser más frecuente en el sexo masculino

2. Predomina en mayores de 40 años

3. Los grupos ocupacionales “profesor”, “empleado” y “su casa” son los más afectados

4. Es más frecuente en el nivel de instrucción “superior universitaria”

En el contexto de antecedentes patogénicos y enfermedades coexistentes por:

5. La enfermedad acidopéptica, alcoholismo y consumo de AINES son las patologías mas comúnmente coexistentes con la HDA

Según localización topográfica y etiológica por:

6. Ser más frecuente la localización topográfica gástrica

7. La etiología más frecuente de HDA es la ulcera peptica - con ligera predominancia de la ulcera duodenal sobre la gástrica- , seguida del sangrado de várices esofágicas y lesiones agudas de mucosa gástrica. En menor proporción el síndrome de Mallory Weiss, Angiodisplasia y enfermedad de Dieulafoy.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

RECOMENDACIONES:

A los médicos del Hospital de EsSalud III de Puno:

1. Educar al paciente portador de lesiones con riesgo de sangrado digestivo alto acerca de eventos desencadenantes, particularmente alcoholismo y consumo de AINES, ya que en nuestro estudio encontramos una considerable coexistencia.

2. Educar al paciente portador de patología digestiva ulcerosa y variceal para evitar los factores desencadenantes de HDA, particularmente en mayores de 40 años , no obstante nivel de instrucción superior, particularmente “profesores” y “empleados” portadores de lesiones potencialmente sangrantes.

3. Reforzar la educación preventiva multidisciplinaria a favor del paciente con participación interactiva del personal de salud, paciente, entorno familiar y social.

A la Gerencia Departamental Puno de EsSalud:

4. Capacitar al personal médico y paramédico de los centros asistenciales con una visión acerca de la atención integral del paciente en riesgo de presentar HDA.

A la dirección del Hospital de EsSalud III de Puno:

5. Continuar impulsando los estudios de investigación clínica y epidemiológica, asimismo facilitar la difusión de sus resultados.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

BIBLIOGRAFIA

Llorens P. Actitudes y definiciones en la hemorragia digestiva alta. Series clínicas 1992; 9 (1): 229-263.

Silverstein. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding: I Study design and baseline data. Gastrointest Endosc 1981;27:73.

Sugawa C, Steffes CP, Nakamura R y col. Upper GI bleeding in an urban hospital: etiology, recurrence and prognosis. Ann Surg 1990;212:521-6.

Teres J., Valenzuela J. Hemorragia digestiva alta y baja. En: Valenzuela J. Rodés J.: Gastroenterología y Hepatología. Santiago: Mediterráneo, 1996: 55-66.

Zaltman Cyrla, De Souza Heitorn Siffert, Castro Maria Elizabeth, y col. Upper Gastrointestinal Bleeding in a Brazilian Hospital: a retrospective study of endoscopic records. Arq. Gastroenterol. Vol.39 no.2 Sao Paulo Apr./june 2002.

Carvallo, Osvaldo; Ledo G., Juan Carlos. Hemorragia digestiva alta / Upper tract digestive hemorrhage. Cochabamba; s.n; nov. 1987. 23 p. (Lilacs)

Medina Portugal Jesús G. Hemorragia Digestiva Alta: Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscopicas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión - Callao. Tesis: Presentada en Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina para obtención del grado de Bachiller. Arequipa; s.n; 17 abr. 1997. 85 p. ilus. (Lilacs)

Bustinza Salas, Gustavo F. Hemorragia digestiva alta en el Hospital Central FAP 1994 - 1996. Tesis: Presentada en Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de

Medicina para obtención del grado de Bachiller. Arequipa; UNSA; jul. 1996. 88 p. ilus.

Saldarriaga Infante, María; Gallegos Catachura Jimmy; Cabrera Solórzano, Marco; y col. Etiología y Topología por Endoscopía Alta de la Hemorragia Digestiva Alta. Hospital Nacional Dos de Mayo. Libro de Resúmenes - XII Congreso Nacional de Medicina Interna, 2002, pg 35.

Villanueva Palacios, Javita; López de Guimaraes, Douglas; Avila Polo, Francisco. Hemorragia digestiva alta en los andes peruanos: reporte de 115 casos observados en Huaraz / Upper gastrointestinal bleeding in peruvian highlanders: Report of 115 cases from Huaraz. Rev. gastroenterol. Perú;16(2):99-104, mayo-ago. 1996. (Lilacs)

Berrios, Jorge; Sedano, Oscar; Calle, Elizabeth; Montero, Freddy; Manrique, José; Hinostroza, Emilio. Hemorragia Digestiva Alta en los habitantes de las grandes alturas del Perú / Gastrointestinal Hemorrhage in peruvians highlanders. Rev. gastroenterol. Perú;16(1):13-8, ene.-abr. 1996

Paucar S H, Cossio VE, Lizarraga R J. Upper gastrointestinal bleeding in cuzco: two years experience.Rev Gastroenterol Peru. 1996 Sep-Dec;16(3):203-7. (Pub Med – Medline)

Farreras-Rozman. Medicina Interna, 14ª. Edición. Ediciones Hartcourt 2000, 1 (7): 311-315

Sierra, F; Hernández, B; Botero, R. Hemorragia de vías digestivas altas, incidencia en 20.000 endoscopias. Fuente: Rev. colomb. gastroenterol;9(4):175-85, oct.-dic. 1994. (Lilacs)

Gomes, Guilherme F; Pisani, Júlio C; Macedo, Evaldo D; y col. Hemorragia Digestiva Alta Näo Varicosa: Estudo prospectivo dos fatores prognósticos / Non-varicose upper gastrointestinal hemorrhage: prospective study of prognostic factors. GED gastroenterol. endosc. dig;19(4):147-150, jul.-ago. 2000 (Lilacs)

Collaguazu, Pablo M. Cacuango; Andreollo, Nelson Adami; Lopes, y col. A importância da endoscopia terapêutica na hemorragia aguda por úlcera péptica: estudo retrospectivo em hospital universitário / The importance of therapeutic endoscopy in the hemostasis of bleeding peptic ulcers: retrospective study in the university hospital GED gastroenterol. endosc. dig;12(2):41-6, abr.-jun. 1993. (Lilacs)

Gostout CJ; Wang KK; Ahlquist DA; Clain JE; Hughes RW; y col. Acute gastrointestinal bleeding. Experience of a specialized management team. J Clin Gastroenterol; 14(3):260-7, 1992 Apr (Lilacs).

Ferreira, Lincoln Eduardo Villela Vieira de Castro. Gastropatia hipertensiva portal / Portal hypertensive gastrophaty. HU rev;24(1):31-46, jan.-abr. 1998 (Lilacs)

Ichiyanagui Rodríguez Carlos. Hemorragia digestiva alta por patología no ulcerosa no variceal. Enfermedades del Aparato Digestivo 2002;5(4):21-24.

Arce Sonco, Glenda. Factores de Riesgo en pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica. Tesis: Presentada en Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina para obtención del grado de Bachiller. Arequipa; s.n; 3 Sept. 1997.52 p. Ilus.(Lilacs)

Manrique Tejada Pedro F. Hemorragia Digestiva Alta asociada al uso de AINEs en la Unidad de Hemorragia Digestiva del HNERM no debida a várices sangrantes. Tesis: Presentada en Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina para

obtención del grado de Especialidad en Gastroenterología. Arequipa; s.n; 9 oct. 1998. 55 p. (Lilacs)

Rockall TA, Logan RF, Devlin HB. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Br. Med J 1995;311:222-6.

Park KG, Steele RJ, Mollison J Prediction of recurrent bleeding after endoscópico haemo stasismin non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. Br J Surg 1994;81:1465-8.

Loperfido S, Monica F, Maifreni L, Paccagnella y col., Bleeding peptic ulcer occurring in hospitalized patients: análisis of predictive and risk factors and comparison with out-of-hospital onset of hemorrhage. Dig Dis Sci 1994;39:698-705

Chojkier M, Laine L, Conn HO, y col., Predictors of outcome in massive upper gastrointestinal hemorrhage. J Clin Gastroenterol 1986;8:16-22.

Katschinsky B, Logan R, Davies J, Faulkner G, Pearson J,. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. Dig Dis Sci 1994; 39:706-12.

Yavorski RT; Wong RK; Maydonovitch C; Battin LS; Furnia A.Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. Am J Gastroenterol; 90(4):568-73, 1995 Apr.

Ichiyanagui Rodríguez, Carlos. Hemorragia digestiva alta por patología no ulcerosa no variceal. Enfermedades del aparato digestivo; 5(4):21-24. 2002 Octubre - Diciembre.

Manzoni G, Catalano F, Festini M, Lombardo F, Kind R, y col. Esophageal non-variceal hemorrhage: a clinical and epidemiological study [Article in Italian] G Chir. 2002. May;23(5):199-204 (Pub Med)

Gupta. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. New England Journal of Medicine 1987;316(26):1652

Forrest JAH, Finlayson NDC, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet, 1974;2:394-7.

Mondardini A, Barletti C, Rocca G y col. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding and Forrest's classification: diagnostic agreement between endoscopists from the same area. Endoscopy 1998;508-12

Villacís, Patricia; Jiménez, Pablo; Argotti, Marco. Helicobacter pylori y sangrado digestivo en pacientes críticos / Digestive Helicobacter pylori and bled in critical patients. Metro cienc;11(1):29-30, abr. 2002 (Lilacs)

Vega, A. E; Mattana, C. M; Gómez, P; Majul, R; Centorbi. Diagnóstico de infección por Helicobacter pylori en pacientes dispépticos de la Ciudad de San Luis, Argentina, utilizando métodos invasivos / Helicobacter pylori infection diagnosis in dyspeptic patients from the City of San Luis, Argentina, using invasive methods.Rev. argent. microbiol;32(2):104-108, abr.-jun. 2000 (Lilacs)

Fuenmayor, B; Cavazza, M; Beltrán de Luengo, H; Gallegos, B; Inciarte, A. Infección por Helicobacter pylori en pacientes con patología gastrointestinal benigna / Infection by Helycobacter pylori in patients with benign gastrointestinal patology. Rev. Soc. Venez. Microbiol;22(1):27-31, ene.-jun. 2002 (Lilacs)

Díaz, Sandro; Deleones, Jacqueline; Arcia, Rosa; Soto, Eloisa de; Reyes, Rómulo. Incidencia de helicobacter pylori en pacientes sintomáticos de vías digestivas /

Incidence of helicobacter pylory in patients symptomatic pathways digestive. Rev. Soc. Méd.-Quir. Hosp. Emerg. Pérez de León;32(1):47-51, jun. 2001. (Lilacs)

Cotran, Vkumar y T. Collins. Robbins. Pathologic Basis of Disease. McGwaw-Hill-Interamericana de España, S.A.U. 2000 (18): 823-827

Weiss S, Mallory GK: Lesions of cardiac orifice of the stomach produced vomiting. JAMA 98:1353,1932

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

ANEXOS

1 :Ficha de Recolección de Datos

CARACTERIZACION TOPOGRAFICA Y ETIOLOGICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
EN EL HOSPITAL DE ESSALUD III DE PUNO

Fecha de hospitalización: ____/____/_____

Nombre:- _____ Autogenerado:- _____ HC :- _____

Edad: <15 ☐ 15-29 ☐ 30-44 ☐ 45-64 65 > ☐

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Ocupación: _____

Instrucción: Analf ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐

ANTECEDENTES/ENFERMEDADES COEXISTENTES :

- ☐ Anterior diagnóstico de HDA
- ☐ Alcoholismo
- ☐ Hepatitis Viral
- ☐ Hepatopatía crónica no viral:
- ☐ Hipertensión Portal
- ☐ Enfermedad acidopéptica
- ☐ Empleo de AINES
- ☐ Infección por H. Pylori
- ☐ Empleo de Corticoides u otros fármacos gastrolesivos
- ☐ Cardiopatía Isquémica
- ☐ Insuficiencia Cardiaca
- ☐ EPOC
- ☐ Poliglobulia
- ☐ Insuficiencia Renal Crónica
- ☐ Otros: _____

UBICACION TOPOGRAFICA DE LA HDA:

☐ Esófago ☐ Estómago ☐ Duodeno

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO:

- ☐ HDA VARICEAL ☐ Esofágica ☐ Gástrica
- ☐ HDA NO VARICEAL ☐ Esofágica ☐ Gástrica ☐ Duodenal
  - ☐ Lesión aguda de mucosa
  - ☐ S. Mallory Weiss
  - ☐ Angiodisplasia
  - ☐ Enf. Dieulafoy
  - ☐ LESION ULCERADA FORREST: Ia Ib IIa IIb IIc III
    - ☐ Estomago
    - ☐ Duodeno
- ☐ OTRAS LESIONES _____

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

TEXTO COMPLETO EPUB

Descargar texto completo en formato EPUB en la dirección:

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/apaza_ao/epub/apaza_ao.epub