



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA SUPERIOR DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS EN 2012

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al Título de Especialista en
Gastroenterología

Chuyamar D.J. Betancourt T.

Daniel Tepedino P.

Tutora: Hilda Pérez

Caracas, junio de 2015



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **BETANCOURT TORREALBA CHUYMAR DE JESUS** Cédula de Identidad N° V-14618400, bajo el título "**HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO EN 2012**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA-HUC**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 22 de Junio de 2015 a las 08:30 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en el Salón de Seminario de la Cátedra de Clínica Gastroenterológica Hospital Universitario de Caracas, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado cumplió con lo establecido en las normas para la presentación de trabajos especiales de grado, siendo un aporte importante con utilidad clínica para el manejo del paciente por parte del gastroenterólogo.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 22 días del mes de Junio del año 2015, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado la Profesora Hilda María Pérez Useche.

Cesar Edesio Louis Pérez
C.I.: 6.822.504
Hospital Universitario de Caracas

Jacinto Lara
C.I.: 3.519.167
Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"

Hilda María Pérez Useche C.I. 6.749.804
Hospital Universitario de Caracas
Tutora

oc.22/06/2015





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **TEPEDINO PELUSO DANIEL** Cédula de Identidad N° V-15646405, bajo el título **"HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO EN 2012"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA-HUC**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 22 de Junio de 2015 a las 08:30 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo en el Salón de Seminario de la Cátedra de Clínica Gastroenterológica Hospital Universitario de Caracas, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por el autor, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado cumplió con lo establecido en las normas para la presentación de trabajos especiales de grado, siendo un aporte importante con utilidad clínica para el manejo del paciente por parte del gastroenterólogo.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 22 días del mes de Junio del año 2015, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado la Profesora Hilda María Pérez Useche.

Cesar Edesio Louis Pérez
C.I.:6.822.504
Hospital Universitario de Caracas

Jacinto Lara
C.I.:3.519.167
Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"

Hilda María Pérez Useche C.I. 6.749.804
Hospital Universitario de Caracas
Tutora

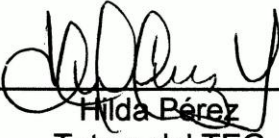
oc.22/06/2015



Caracas; 22 de junio de 2015

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR
PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO
EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL**

Yo, Hilda Pérez portadora de la Cédula de identidad N° 6749804, tutora del trabajo: Hallazgos endoscópicos en los pacientes con hemorragia digestiva superior del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario en 2012, realizado por los estudiantes Chuymar de Jesús Betancourt Torrealba y Daniel Tepedino Peluso, certifico que este trabajo es la versión definitiva. Se incluyeron las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.


Hilda Pérez
Tutora del TEG

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

Caracas 22 de junio de 2015

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE
LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS
DOCTORAL DE LA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**

Nosotros, **BETANCOURT TORREALBA CHUYMAR DE JESÚS Y TEPEDINO
PELUSO DANIEL**, autores del Trabajo Especial de Grado **“HALLAZGOS ENDOSCOPICOS
EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS EN 2012”**
*Presentado para optar al Título de **Especialista En Gastroenterología**. Autorizamos a la
Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de
los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de
investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42
(Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).*

Si Autorizamos (autorización plena).

Chuymar de Jesús Betancourt Torrealba
Autora
C.I. N° V-14618400
e-mail: chuymarbetancourt@hotmail.com
Móvil: 0414 8732424

Daniel Tepedino Peluso
Autor
C.I. N° V-15646405
e-mail: danieltepedino@hotmail.com
Móvil: 04127071462

En Caracas, a los 22 días del mes de Junio de 2015.



Hilda Pérez
Tutora



Saturnino Fernández
Director del curso



Neovis Ruíz
Coordinadora académica del curso

Hallazgos Endoscópicos en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas en 2012

Chuymar D.J. Betancourt T. C.I. 14.618.400. Sexo: Femenino. E-mail: Chuymarbetancourt@hotmail.com. Telf: 0414-8732424. Dirección: Urb. Los Palos Grandes, segunda transversal. Especialización en Gastroenterología-HUC.

Daniel Tepedino Peluso. C.I. 15.646.405. Sexo: Masculino. E-mail: danieltepedino@hotmail.com. Telf: 0412-7071462. Dirección: Av. Humbolt con Calle Baldo Urb. Bello Monte, Caracas. Especialización en Gastroenterología-HUC.

Tutora: **Hilda Pérez.** C.I.6749804. Sexo: femenino. E-mail: hilda_perezuseche@yahoo.es. Telf: 0414-1125520. Dirección: Urbanización Las Mercedes. Especialista en Gastroenterología.

RESUMEN

Objetivo: Describir los hallazgos endoscópicos en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior durante 2012. **Método:** Investigación no experimental, descriptiva y prospectiva. La muestra estuvo compuesta por 131 pacientes con signos o síntomas agudos de Hemorragia Digestiva Superior durante el primer semestre de 2012. Se emplearon medidas de tendencia central (media, moda y mediana) para las variables numéricas y de frecuencia (porcentajes, para las nominales). **Resultados:** Durante el primer semestre de 2012 se realizaron 2602 endoscopias, 1565 fueron superiores y 1037 inferiores. Se registraron 136 endoscopias cuya indicación fue Hemorragia Digestiva Superior. Las endoscopias fueron practicadas a 131 pacientes, 52,2% del sexo femenino. El 36,8% de las endoscopias se practicaron en personas de 60 o más años. El 48,9% de los pacientes no presentaban ninguna condición médica asociada. El 80,1% de los pacientes no recibían ninguna medicación. El hallazgo endoscópico más frecuente fue Enfermedad Ulcero péptica en 44,1%. En el 70,6% de los casos no se aplicó terapéutica endoscópica. **Discusión:** Los hallazgos observados se asemejan a los descritos en la literatura nacional e internacional, diferencias fueron observadas por una mayor frecuencia de neoplasias, mayor uso de coagulación con argón plasma y menor recidiva del sangrado. Esta Investigación extendió múltiples recomendaciones.

Palabras Clave: Hemorragia Digestiva Superior, Hematemesis, Melena, Hallazgos endoscópicos.

ABSTRACT

Endoscopic findings in patients with upper gastrointestinal bleeding in the Service of Gastroenterology at the Hospital Universitario de Caracas in 2012

Aim: To describe endoscopic findings in patients with acute upper gastrointestinal bleeding. **Method:** non-experimental, descriptive and prospective research. The sample consisted of 131 patients with signs or symptoms of upper gastrointestinal bleeding the first half of 2012. Mean, mode and median for numerical variables and percentages were used. **Results:** During the first half of 2012 were performed 2602 endoscopies, 1565 were upper and 1037 lower. A total of 136 endoscopies were made whose indication was upper digestive bleeding. Endoscopy was performed on 131 patients, 52.2% were female, 36.8% of endoscopies were performed in people of 60 year or older. 48.9 % of patients had no comorbidity. 80.1 % of patients received no medication. The most frequent endoscopic finding was Peptic Ulcer Disease (44.1%). In 70.6% of cases no endoscopic therapy was applied. **Discussion:** Study findings are similar to those described in the national and international literature, differences were observed by an increased frequency of neoplasms, increased use of argon plasma coagulation and low recurrence of bleeding. This research extended several recommendations.

Keywords: Upper Gastrointestinal Bleeding, Hematemesis, Melena, Endoscopic findings.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
MÉTODOS	19
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	25
REFERENCIAS	29
ANEXOS	32

INTRODUCCION

Planteamiento y delimitación del problema

En el mundo anualmente ocurren más de 100 millones de episodios de hemorragia digestiva, solo en Estados Unidos ocurren alrededor de 300 hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes/año. Aproximadamente 50% de los episodios tienen su origen en el tracto digestivo alto, 40% en el tracto bajo y 10% son de origen oscuro.⁽¹⁾

En ésta investigación se planteó estudiar ¿Cuáles fueron los hallazgos endoscópicos en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas en 2012?

Justificación e importancia

La incidencia anual de hemorragia digestiva a nivel mundial puede ser tan alta como 165 casos por 100.000 habitantes al año, la mortalidad asociada oscila entre 7 y 14%, ocurren más de 300.000 hospitalizaciones anualmente en estados unidos y se estima que se gastan 2,5 Billones de dólares/año. ⁽²⁻⁶⁾

Con una mortalidad superior al 10% la hemorragia digestiva es una entidad clínicamente relevante, aquellos pacientes que sobreviven un episodio tienen 15% de posibilidades de presentar un segundo episodio a pesar del tratamiento médico y endoscópico adecuado. Al respecto de la Enfermedad Ulcero Péptica, causa mas frecuente de hemorragia digestiva superior actualmente, se estableció que tiene un gran impacto económico; en Estados Unidos se estima que el costo del ausentismo laboral y la terapéutica médica y endoscópica asociada podría ascender a 5,65 billones por año. ⁽⁷⁾ Un estudio Holandés calculó que el costo de las complicaciones de la Enfermedad Ulcero Péptica: la hemorragia, perforación o la combinación de ambas fue para 2004 de € 12.000, € 19.000 y € 26.000 respectivamente.⁽⁸⁾ La frecuencia de hemorragia digestiva, la morbimortalidad y los costos asociados a la misma en otros países latinoamericanos están menos documentadas.

Ésta investigación pretende precisar el número de pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Caracas en 2012 con Hemorragia Digestiva Superior a fin de aportar datos actualizados sobre su frecuencia, los hallazgos endoscópicos, características demográficas de la población afectada en cuanto a edad y sexo,

incluyendo una descripción de las comorbilidades asociadas, así como el uso de anti-inflamatorios esteroideos y no. La información que se aportará mejorará el conocimiento que se tiene sobre Hemorragia Digestiva Superior en Caracas, Venezuela y Latinoamérica, colaborará con la optimización de los recursos humanos y materiales de los que se disponen en los Servicios de Gastroenterología, Servicios de Emergencia y Unidades de Endoscopia.

Antecedentes

Cabal, Valdéz, Olazabal J, Olazabal R, Olazabal R y Perea D en 1986 evaluaron a 200 pacientes con hemorragia digestiva en el Hospital Central del Sur-IPSS de Arequipa; 180 (90%) varones y 20 (10%) mujeres. Las causas más frecuentes fueron: úlcera duodenal (40%), lesiones agudas de mucosa gástrica (28%), úlcera gástrica (8%) y várices esofágicas (6.6%). En 12 pacientes (6%) la causa no fue definida. El consumo de alcohol o de anti-inflamatorios estuvo frecuentemente asociado en los sujetos con lesiones agudas de mucosa gástrica 48/56. La recurrencia del sangrado se presentó en 61 pacientes, particularmente en los portadores de úlcera duodenal. El tratamiento médico fue eficaz en 164 (82%); 36 (18%) fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, de ellos solo 5 (2.5%) de urgencia. La mortalidad estuvo relacionada con el diagnóstico de várices esofágicas 5/8. ⁽⁹⁾

Mavares, Ramírez, Cifuentes, Voso, Monasterios, Hinestroza y Quirós realizaron un estudio prospectivo en 741 pacientes ingresados con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Superior entre abril de 1987 hasta mayo 1993 con el propósito de investigar los factores clínicos pronósticos de mortalidad. Identificaron por análisis univariante con valor predictivo para mortalidad. Utilizando el método de regresión múltiple se identificaron 7 variables (edad mayor de 50 años, hematemesis, frecuencia cardíaca mayor de 120 por minuto, transfusión de 3 o más unidades de concentrado globular, várices esofágicas, cirrosis hepática e insuficiencia renal crónica como enfermedad asociada) con valor predictivo independiente. ⁽¹⁰⁾

Añez, González, Pacheco y Canelón publicaron en 1990 un estudio donde incluyeron 197 pacientes con hemorragia digestiva superior, 161 hombres y 36 mujeres, con edad promedio de 48 años (rango 20-89). La endoscopia mostró una sensibilidad de 98,35%; especificidad 33,33%, valor predictivo positivo 94,71%; valor

predictivo negativo 62,50%, tasa falsos positivos 5,29% y tasa falsos negativos 37,50%. Las causas más frecuentes fueron: úlcus péptico, gastritis congestiva y ruptura de várices esofágicas, gastritis-duodenitis y esofagitis, pólipos, Cáncer y Desgarro de Mallory-Weiss. El 8,93% presentaron dos lesiones y el 0,57% tres o más lesiones sangrantes. El 5,38% de las úlceras fueron Forrest III. La mortalidad fue mayor en pacientes que recibieron el mayor volumen de sangre transfundida ($p < 0,05$). No se demostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0,05$) entre el tratamiento médico o quirúrgico. La tasa de mortalidad general sin Unidad de Cuidados Intensivos fue de 12,37%, en Úlcus Péptico 9,18%, "gastritis congestiva" 4,76%, ruptura de várices esofágicas 70%, y gastritis aguda 6,06%. ⁽¹¹⁾

En 1997 Morillo describió que tras evaluar 398 endoscopias digestivas superiores en pacientes que acudieron al Hospital Universitario de Caracas el 51,5% presento Úlceras Gástricas o Duodenales. De 57 pacientes con Úlceras Gástricas o Duodenales con vaso visible, 32 recibieron solo tratamiento médico con Omeprazol y 25 tratamiento endoscópico con esclerosis, demostrando que no existió diferencia entre la terapia de Úlceras Gástricas y Duodenales con Omeprazol oral y la terapia endoscópica con sustancias esclerosantes en términos de requerimiento transfusional, necesidad de cirugía, mortalidad o estancia intrahospitalaria. En la investigación 18 de 55 pacientes ingerían Anti-inflamatorios no esteroideos (32,7% empleaban Ácido Acetil-Salicílico). El 45,45% de los pacientes tenían hábito alcohólico. Morillo observó comorbilidades asociadas a la hemorragia digestiva en 35 pacientes: Hipertensión Arterial Sistémica (14,28%), Enfermedad Ulcero-péptica (8,57%), Hepatopatía (5,7%), Trastornos psiquiátricos, Insuficiencia Renal Crónica, Diabetes Mellitus tipo 2, Colagenopatía, Enfermedad Prostática, Artropatía y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (cada una 2,8%), entre otras. ⁽¹²⁾

Souk y Hitti en 1998 en el Hospital Universitario de Caracas describieron 66 casos de Hemorragia Digestiva Superior por Úlcera Gástrica o Duodenal, los hallazgos endoscópicos y el riesgo de resangrado. Emplearon la Escala de Baylor y agruparon a los pacientes según la misma en Alto y Bajo riesgo de resangrado. El 33,3 % de los pacientes pertenecía al grupo de alto riesgo y el 50% presento resangrado, ameritando dos o más gastroscopias. En el grupo de bajo riesgo 2,2% resangró, siendo

estadísticamente significativo. El resangrado fue más frecuente en pacientes mayores de 70 años (30%), no observaron correlación entre enfermedades asociadas y resangrado. En cuanto a los hallazgos endoscópicos en la gastroscopia las úlceras mostraban: fondo blanco (60,3%), coágulo adherido 13,3%, vaso visible 13,3%, sangrado activo (11,76%) y coagulo desprendible (1,47%). El 73,52% de las úlceras eran menores de 1 cm y 8,82% eran mayores de 2cm. El 63,23% de las los pacientes presentaron una úlcera, dos úlceras el 26,47% y el restante más de dos úlceras. En cuanto a la localización 55,8% de las úlceras se localizaron en Bulbo, 19,11% en Antro, en el Ángulo 13,23%, Cuerpo 4,41%, segunda porción duodenal 4,41%, Fundus 1,47% y Píloro 1,47%. El resangrado de las úlceras fue más frecuente en Fundus (100%), Ángulo (33,3%), segunda porción duodenal (33,3%) y Bulbo (27,8%).⁽¹³⁾

Salazar en 2000 en Hospital Universitario de Caracas le practicó ligadura endoscópica de Várices Esofágicas grado II y III a 55 pacientes con Hipertensión Portal sin tratamiento médico, con estigmas de sangrado reciente pero sin sangrado activo para el momento del estudio endoscópico. El 69,1% de los pacientes pertenecía al sexo masculino y tenían una edad promedio de 50,74 años (DS $\pm$ 12,43). El procedimiento fue exitoso en 52 pacientes (94,83%) y en 21 de 55 pacientes se observaron incidentalmente hallazgos endoscópicos que no eran la causa de la hemorragia digestiva superior. Se realizaron en total 139 endoscopias digestivas superiores, promediando $2,5 \pm 1,5$ endoscopias por paciente y en total empleo $8,07 \pm 5,53$ bandas elásticas por paciente. El puntaje del ChildPugh no aumentó el número de endoscopias ni de bandas elásticas empleadas, tampoco lo hizo el grado de las várices. La cantidad de cordones varicosos si aumentó significativamente la cantidad de sesiones endoscópicas pero no la cantidad de bandas por paciente.⁽¹⁴⁾

Salazar, González y Louis en 2002 publicaron un estudio que evaluó el control de la Hemorragia Digestiva Superior a través de la erradicación de las Várices Esofágicas mediante ligadura con banda elástica. Describieron 55 casos en el Hospital Universitario de Caracas, a los cuales se les realizó endoscopia digestiva superior con presencia de várices esofágicas sin sangrado activo y con estigma de sangrado reciente, siendo agrupados por la clasificación de Bhargava y según la clase de ChildPugh, grado de las várices, números de cordones además de ver las

complicaciones presentes. La mayor cantidad de pacientes según el ChildPugh, grado de las várices y números de cordones, requirieron entre 1 y 3 endoscopias. Ni la clase de ChildPugh, el grado de las várices aumento la cantidad de endoscopias o bandas por pacientes ($P > 0,05$), en cuanto a los grupos con 3 y 4 cordones si hubo significación estadística ($P < 0,05$) en el aumento de endoscopias, pero no de bandas. Las complicaciones observadas fueron dolor (49%), hemorragia (10,9%) y fiebre (7,2%).⁽¹⁵⁾

En 2011 una revisión sistemática sobre Enfermedad Ulcero Péptica a nivel mundial empleando PUBMED identificó 93 estudios. La incidencia anual de úlceras complicadas con sangrado fue de 19,4-57 por 100.000 habitantes, el porcentaje de recurrencia del sangrado al 7mo día fue 13,4%. Dentro de los factores de riesgo evaluados para hemorragia digestiva se encontraban uso de anti-inflamatorios no esteroideos y la infección por *Helicobacter pylori*, como factor protector el uso de inhibidores de la bomba de protones. La edad superior a los 50 años, el shock y el retraso del tratamiento se asociaron a aumento de la mortalidad.⁽¹⁶⁾

Marco Teórico

La incidencia de hemorragia digestiva superior se estima entre 48 y 134 casos por cada 100.000 adultos por año, por lo cual es considerada una entidad frecuente de consulta a los servicios de emergencia; reportando tasas de mortalidad que varían desde 5 a 14% en diferentes estudios.⁽¹⁷⁾

La hemorragia digestiva superior podemos definirla como toda pérdida de sangre originada en el tracto digestivo superior, entre la región faringoesofágica y ángulo de Treitz, de una intensidad suficiente como para que se manifieste por hematemesis y/o melena. También se incluyen aquellas hemorragias de los órganos vecinos, que drenan su sangrado al tubo digestivo, bien por orificios naturales, como en el caso de las hemorragias del árbol biliar o conductos pancreáticos, o bien por orificios patológicos, como en las fístulas aortodigestivas.

La presentación de la Hemorragia Digestiva Superior puede ser aguda o crónica dependiendo de la localización y causa de la misma. La melena es la manifestación clínica más frecuente de hemorragia digestiva superior aguda, consiste en la

presentación de heces de color negro, adherentes, brillantes y fétidas, su aspecto se debe a los cambios que ocurren a los componentes de la sangre proveniente de esófago, Estómago o Duodeno al exponerse a sustancias digestivas estomacales y duodenales, así como los efectos de la flora intestinal. Existe un término denominado pseudomelena, abarca los sangrados no digestivos (epistaxis, hemoptísis, sangrados odontológicos, entre otros) que son deglutidos con la misma presentación. Hematemesis es la expulsión involuntaria del contenido gástrico en forma de vomito o émesis que contenga sangre, puede contener restos frescos rojo escarlata, vinosos o coágulos (generalmente asociados a sangrados activos, de vasos arteriales o venosos con mayores flujos sanguíneos como los de várices esofágicas, hemorragias arteriales por úlceras localizadas en curvatura menor del estómago o cara posterior de Bulbo) o “en borra de café”, acuñado por su similitud a esta expulsión de coágulos diminutos y escasos. En pocas ocasiones una hemorragia digestiva superior puede manifestarse por la expulsión de sangre roja rutilante, sola o mezclada con las heces, o bien con aspecto vinosos o de coágulos, lo anterior se refiere a hemorragias severas y/o con tránsito intestinal acelerado. Los términos Enterorragia (sangrado Intestinal), Hematoquexia (expulsión de heces con sangre fresca, vinosa o coágulos mezclados con las heces) y Rectorragia (expulsión de sangre roja rutilante generalmente no mezclada con las heces) han sido utilizados, pero se encuentran más asociados a hemorragia digestiva originada en intestino medio (Enterorragia) o del tracto inferior (Hematoquexia y Rectorragia). La presentación clínica del sangrado orienta sobre el presunto origen del sangrado, pero es solo posterior a la realización de los estudios endoscópicos o aquellos no invasivos (Gammagrafía, Arteriografía mesentérica o Entero-TAC) que logra precisarse el sitio del sangrado.⁽¹⁸⁾ El sangrado crónico puede manifestarse como sangre oculta en heces y anemia o clínicamente como palidez cutánea mucosa, debilidad, mareos y astenia.⁽¹⁹⁾

Debido a una serie de connotaciones pronósticas y terapéuticas la hemorragia digestiva superior se divide clásicamente en dos grandes grupos: hemorragias digestiva superior varicosas que son secundarias a roturas de várices esofágicas y/o gástricas y por otra parte todas las demás causas de hemorragia digestiva superior no varicosas.⁽¹⁸⁾

En los pacientes con hemorragia digestiva superior no varicosa las etiologías más comunes son los siguientes: úlceras pépticas 35-50%, erosiones agudas gástricas/duodenales 8-15%, esofagitis 1-5%, Mallory-Weiss 7-15%, malformaciones vasculares 5-7%, y otras causas (tumores del tracto gastrointestinal superior, hemobilia, hemosuccus) 8-12%.⁽¹⁸⁾

El abordaje del paciente con hemorragia digestiva superior consiste en la evaluación inicial clínica, instalando medidas terapéuticas para la estabilidad hemodinámica, reanimación, manejo de complicaciones y determinar el tiempo ideal de la exploración endoscópica. Existen muchos sistemas de puntuación para la estatificación de riesgo de los pacientes con el fin de predecir los diversos resultados clínicos como la necesidad de hemostasia endoscópica, recidiva de la hemorragia después de la endoscopia, la seguridad de alta médica temprana y la mortalidad. La puntuación de Rockall es el sistema de estratificación de riesgo más ampliamente utilizado e incluye variables clínicas como la edad, el estado hemodinámico del paciente, y la comorbilidad, los hallazgos endoscópicos y los estigmas de hemorragia reciente; esta puntuación ha demostrado ser precisa en la predicción de la mortalidad, su debilidad es no predecir el re-sangrado. La puntuación de Blatchford, otra escala de puntuación, utiliza variables pre-endoscópicas, clínicas y de la laboratorio.⁽²⁰⁾

La endoscopia es una herramienta eficaz en el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica de las causas del sangrado digestivo superior, la endoscopia precoz es aquella realizada dentro de las primeras 24 horas tras el ingreso del paciente al área de emergencia, tiene como objetivo cambiar el curso de la enfermedad al realizar terapéutica, lo cual se ve reflejado en la disminución de transfusiones de hemoderivados, necesidad de cirugía, estancia hospitalaria y tasas de mortalidad.⁽²¹⁾ Las causas más frecuentes de Hemorragia Digestiva Superior, se describen a continuación:

Úlcera péptica

Se define como una solución de continuidad de la mucosa gastrointestinal que se extiende en profundidad, a través de la capa muscular de la mucosa y que permanece en función de la actividad ácido péptica. Las lesiones pueden localizarse en cualquier segmento del tubo digestivo expuesto al ácido y a la pepsina. La úlcera

péptica se produce como consecuencia de un desequilibrio entre factores defensivos y factores agresivos que actúan sobre la mucosa gástrica y duodenal.⁽¹⁸⁾ La hemorragia por úlcera péptica sigue siendo responsable de 28-59% de todos los episodios de sangrado digestivo superior. Recientes estimaciones epidemiológicas muestran las tasas de incidencia de hemorragia digestiva, alrededor de 60 por cada 100.000 habitantes.⁽²¹⁾

La infección por *Helicobacter pylori* y el consumo de medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) son las causas más comunes de úlcera péptica. A lo largo de la vida un 10-20% de los individuos infectados por *Helicobacter pylori* desarrollarán una úlcera péptica y poseen tres a cuatro veces más riesgo que aquellos no infectados por esta bacteria. Los individuos que ingieren AINE de forma prolongada tienen más de 10% de probabilidades de padecer úlcera péptica. Existe evidencia de que los pacientes infectados por *Helicobacter pylori* que emplean AINE tendrán mayor riesgo de desarrollar úlcera péptica que aquellos que lo consumen pero no están infectados, sugiriendo un probable efecto sinérgico entre ambos factores de riesgos.⁽²²⁾

La tasa de mortalidad de la enfermedad de úlcera péptica aumenta con la edad, por la presencia de comorbilidades y por la presentación de complicaciones como perforación.⁽²¹⁾

En 80% de los casos de hemorragia digestiva superior por úlcera péptica el sangrado es autolimitado, con un bajo riesgo de mortalidad para estos pacientes; el 20% restante, el sangrado es recurrente o persistente con una mortalidad que puede alcanzar hasta 30%. Detectar precozmente este grupo de alto riesgo para focalizar adecuadamente las medidas diagnósticas y terapéuticas, constituye el objetivo principal en esta patología.⁽²²⁾

Las principales características clínicas que permiten identificar a estos pacientes son la edad, condición basal y la magnitud de la hemorragia expresada en la condición hemodinámica y/o en la exteriorización de un alto volumen de sangrado (hematemesis, hematoquezia). En 1974, J.A.H. Forrest describió una clasificación que ha sido utilizada con mínimas modificaciones por más de 30 años basada en las diferentes características endoscópicas de úlceras pépticas gástricas y duodenales

con sangrado activo o reciente, las cuales se asocian a diferentes riesgos de sangrado recurrente o persistente.⁽²³⁾

El primer grupo, es Forrest I, incluye a las úlceras pépticas con sangrado activo, pulsátil (Forrest IA,) o sangrado en capa desde el lecho ulceroso (Forrest IB). El segundo grupo, Forrest II, incluye a úlceras sin sangrado activo al momento de su observación, pero con signos o estigmas de sangrado reciente en el lecho ulceroso; como el vaso visible (Forrest IIA,) que se describe como una protuberancia pigmentada de superficie lisa, de menos de 3 mm, la cual corresponde a un pequeño coágulo ubicado sobre el defecto de la pared del vaso que originó el sangrado y que proporciona una hemostasia inestable, el coágulo adherido (Forrest IIB,) definido como una lesión amorfa, roja, café o negra, de tamaño variable, en general mayor a 5 mm, adherida al lecho ulceroso y que no se desprende con aspiración o lavado del coágulo, señal de una hemostasia algo más avanzada, y finalmente la mácula plana (Forrest IIC,) la cual se describe como una mancha pigmentada plana, sin relieve evidente en el lecho de la úlcera. Las lesiones tipo Forrest III corresponden exclusivamente a las úlceras pépticas con fondo limpio fibrinoso, sin ningún tipo de protuberancia o cambio en coloración.⁽²³⁾

Signos endoscópicos de HDS no varicosa			Riesgo de recurrencia sin tratamiento	¿Se debe hacer terapéutica?
Hemorragia	activa		Aproximadamente 100%	Sí
arterial				
Vaso	visible	no	Hasta el 50%	Sí
sangrante				
(protuberancia				
pigmentada)				
Coagulo	adherido	no	30-35%	Sí
sangrante				
Fondo	de	úlceras	10-27%	Opcional
rezumando poca sangre				
Manchas planas			<8%	No
Úlcera con fondo limpio			<3%	No

Signos endoscópicos de una hemorragia digestiva superior no varicosa, riesgo de recurrencia sin tratamiento y recomendaciones de terapéutica endoscópica.⁽²³⁾

La hemostasia endoscópica es el tratamiento de primera línea para las úlceras con signos de hemorragias, inyección, termorregulación, y hemoclips pueden detener el sangrado con éxito en 85-90% de los casos. La infusión intravenosa con inhibidores de bombas de protones, acelera la reducción de los estigmas de hemorragias y reduce la necesidad de terapia endoscópica. A pesar de la terapia endoscópica y los inhibidores de bomba de protones (IBP) por vía intravenosa se producen, nuevas hemorragias de úlceras en aproximadamente 10-15% de los casos.⁽²⁰⁾

Un segundo intento endoscópico sigue siendo exitoso en tres cuartas partes de los pacientes con recidiva hemorrágica. El tamaño de la úlcera mayor de 2cm y la ubicación en la cara posterior duodenal son un signos endoscópicos predictivos de fracaso en la terapéutica endoscópica. La intervención angiografía con la infusión arterial transcatéter con agentes vasoconstrictores (vasopresina) o embolización con partículas ha demostrado ser tan eficaz como la cirugía para el tratamiento de la recidiva hemorrágica con fallo de la hemostasia endoscópica.⁽²⁰⁾

Esofagitis y úlceras esofágicas

Las causas de sangrado esofágico más comunes son la esofagitis por reflujo, las úlceras inducidas, la ingestión de cáusticos, tumores malignos primarios del esófago, tumores malignos que se extienden desde el mediastino, inducida por AINEs o esofagitis medicamentosas, trauma por sonda nasogástrica, y esofagitis por infecciones, como la cándida, herpes simple, citomegalovirus o el VIH.⁽²⁴⁾

Síndrome de Mallory-Weiss

Se define como los desgarros longitudinales de la mucosa en la unión gastroesofágica, cardias, o esófago distal; comúnmente hacia la cara posterior, que aparecen en un paciente con vómito. El síndrome se describió en pacientes alcohólicos que se provocaban el vómito para continuar bebiendo. Actualmente se habla de Síndrome de Mallory-Weiss siempre que una hemorragia digestiva superior es causada por desgarro de la unión esofagogástrica, secundario al vómito, independientemente de si el paciente es o no bebedor. El sangrado se detiene en 90% de los pacientes, la terapia endoscópica es necesaria cuando existen factores de

riesgos como diátesis hemorrágicas, evidencia de sangrado activo, tales como hematemesis e inestabilidad hemodinámica o presencia estigmas de sangrado recurrente. El tratamiento endoscópico con epinefrina y/o solución hipertónica han sido el tratamiento de elección.⁽²⁰⁾

Várices esofágicas y gástricas

Las várices esofágicas, gástricas y esofagogástricas causan 10 a 15% de las hemorragias digestivas superiores. Los sangrados variceales se caracterizan por producir hemorragias graves; por lo que están asociadas con una alta mortalidad. La hemorragia por várices esofágicas es la segunda causa más común de hemorragia digestiva superior severa después de las úlceras pépticas. El sangrado es una manifestación de la hipertensión portal que suele verse en enfermedad avanzada del hígado (cirrosis hepática por ejemplo) con un estimado de tasa de supervivencia a los cinco años de 50%. En ocasiones la endoscopia de emergencia visualiza el sangrado activo manifestado como un jet de sangre. Signos de sangrado reciente en una variz incluyen pezón blanco (White nipple), puntos rojos cerezas y coágulos adheridos.⁽²⁵⁾

Los avances en el tratamiento de esta entidad suponen un manejo multidisciplinario. La endoscopia es uno de los pilares básicos con un papel fundamental en el control del sangrado activo y en la profilaxis. Las técnicas endoscópicas para el control de la hemorragia es la inyección de sustancia en las várices con la finalidad de conseguir una fibroesclerosis; la ligadura endoscópica ha demostrado una eficacia similar y menos índice de complicaciones hoy en día; es de mencionar la utilización de Cianocrilato para el tratamiento de las várices gástricas.⁽¹⁸⁾

Malformaciones Vasculares

Las angiodisplasias representan alrededor de 2 a 5% de hemorragia digestiva superior no varicosa, se presentan con mayor frecuencia en el estómago, a veces en el duodeno, y rara vez en el esófago. Las angiodisplasias suelen ser múltiples y tienden a estar agrupadas; histológicamente, consisten en vasos tortuosos, dilatados, de paredes delgadas, revestidos por fibrosis o aterosclerosis. Es más frecuente en ancianos y está asociada con insuficiencia renal crónica, estenosis aórtica, síndrome de CREST (calcinosis, fenómeno de Raynaud, dismotilidad esofágica, esclerodactilia y telangiectasias). Endoscópicamente se observa una mácula densa de 2 a 8 mm de

ancho, de aspecto aracnoideo, de color rojizo intenso debido al alto contenido de oxígeno de los eritrocitos dentro de los vasos.⁽²⁴⁾

La lesión de Dieulafoy es una anomalía vascular localizada generalmente en estómago proximal y consiste en la presencia de una arteria de gran calibre en la submucosa y ocasionalmente en la mucosa, aunque el diagnóstico definitivo es anatomopatológico, con la endoscopia se puede alcanzar con precisión la lesión; es una causa rara aunque potencialmente fatal de hemorragia gastrointestinal y responde a menos de 2% de episodios de hemorragia digestiva aguda.⁽²⁵⁾

Fístulas aortoentéricas

La fístula primaria es una comunicación entre la aorta abdominal y la tercera porción del duodeno. La secundaria es posterior a la colocación de un injerto o Prótesis vascular. Se puede presentar con un leve sangrado seguido por una hemorragia masiva, es de alta mortalidad, son poco frecuentes; está asociado con la cirugía aórtica previa, aneurismas de la aorta, y la aterosclerosis severa. La mayoría de las fístulas aortoentéricas se producen a nivel del duodeno distal o el yeyuno, por lo que puede estar fuera del alcance de la endoscopia superior. La terapia endoscópica para la fístulas aortoentéricas a nivel de Yeyuno e Íleon puede realizarse con un Enteroscopio con fines de paliar el sangrado, sin embargo, debido al alto gasto hemático y mortalidad asociada (cercana al 100%) se prefiere la cirugía como tratamiento de elección.⁽²⁵⁾

Úlceras por Estrés

Se producen en el tracto gastrointestinal superior en los pacientes gravemente enfermos debido a una combinación de disminución de los factores de protección de la mucosa e isquemia de la mucosa. Por lo general ocurren en el estómago o el duodeno. Se produce en 1,5% de los pacientes ingresados en la UCI. Los pacientes con factores de riesgos como coagulopatía o la intubación mecánica durante más de 48 horas tienen un riesgo de sangrado clínicamente significativo de 3.7% en comparación con el 0,1% sin estos factores de riesgo.^(20,25)

Tumores

Una causa frecuente de hemorragia digestiva superior no varicosa, son los tumores en el tracto digestivo superior, benignos o malignos, primarios o metastásicos. La hemorragia asociada a tumores se presenta en aproximadamente 5% de los casos.

El Adenocarcinoma gástrico es el más frecuente de los tumores gástricos. El linfoma gástrico y el tumor del estroma gastrointestinal (GIST) corresponden al resto de los tumores. Las hemorragias producidas por los tumores benignos submucosos ulcerados suelen ser más graves, como algunos Leiomiomas que incluso pueden requerir cirugía urgente.⁽¹⁸⁾

Otras causas

La hemobilia o sangrado hepatobiliar debe considerarse en un paciente con patología del tracto biliar o del parénquima hepático, lesiones como consecuencias de procedimientos como la biopsia percutánea, colangiografía transparietohepática y la angioembolización. Otras causas incluyen ictericia obstructiva y cólico biliar complicado. Hemosuccus pancreaticus se refiere a la hemorragia del conducto pancreático, generalmente en el contexto de una pancreatitis aguda. También ocurren cuando una lesión pancreática como un pseudoquiste o un tumor erosiona a un vaso creando una comunicación entre el conducto pancreático y el vaso sanguíneo.⁽²⁰⁾

Tratamiento Endoscópico

El objetivo fundamental del tratamiento endoscópico es conseguir la hemostasia y prevenir la recidiva, pueden clasificarse en métodos de inyección, térmicos y métodos mecánicos.⁽²²⁾

Métodos de inyección:

La inyección de sustancias hemostáticas, como pueden ser: adrenalina, polidocanol, alcohol, suero salino o trombina, mediante un catéter-aguja en las lesiones sangrantes, es el procedimiento terapéutico más antiguo y el más difundido.⁽¹⁸⁾

La inyección de estas sustancias puede ocasionar compresión sobre el vaso, vasoconstricción y trombosis venosa o arterial. La técnica más utilizada es la inyección de adrenalina, alrededor del punto sangrante para conseguir una vasoconstricción inicial y facilitar la inyección del esclerosante elegido; generalmente se inyectan de 5 a 20 ml de adrenalina diluida al 1/10.000, de manera exclusiva o seguida de 3- 5 ml de sustancia esclerosante. Este tratamiento reduce de forma significativa la incidencia de recidiva, la necesidad de cirugía, la transfusión, y también disminuye la mortalidad.^{(18,}

20)

Métodos térmicos

Los métodos térmicos pueden dividirse en métodos de contacto, tales como la sonda de calor y la sonda mutipolar, y los métodos de no contacto como el neodimio:itrio-aluminio-granate (Nd:YAG) y la coagulación con plasma argón. Estas técnicas consiguen la coagulación tisular mediante la aplicación de calor.⁽²⁰⁾

La electrocoagulación monopolar se utiliza poco debido a la dificultad para controlar la profundidad de la coagulación, lo que puede dar lugar a complicaciones. Esta desventaja queda resuelta con la utilización de la electrocoagulación multipolar, que ocasiona una coagulación más superficial disminuyendo el riesgo de perforación. La termocoagulación se basa en la aplicación directa de calor sobre la lesión mediante una sonda térmica.⁽²²⁾

La eficacia de la termocoagulación es similar a la de la inyección en la incidencia de recidiva, la necesidad de tratamiento quirúrgico y la mortalidad. También se ha investigado su asociación con la inyección de adrenalina frente a la inyección de adrenalina sola, sin observar diferencias significativas entre ambas pautas de tratamiento.⁽²⁶⁾

Fotocoagulación con láser

Los diferentes estudios publicados han utilizado el láser de argón o el láser Nd-YAG para conseguir la coagulación tisular. La eficacia es elevada, con reducción de la recidiva, la cirugía y la mortalidad. No obstante, este tratamiento plantea importantes inconvenientes que limitan su utilización. Es necesaria una gran experiencia en su utilización para evitar el riesgo de complicaciones, como la perforación. Por otro lado, el equipamiento necesario tiene un costo elevado y sus características impiden que pueda ser trasladado. Por estos motivos, no se puede considerar una técnica de primera elección.⁽¹⁸⁾

Coagulación con gas Argón

Funciona mediante el uso de gas Argón ionizado para entregar al plasma energía térmica uniformemente distribuida a un campo de los tejidos adyacentes a la sonda. Se coagula el tejido a profundidad de 2- 3mm y puede utilizarse para tratar lesiones de la mucosa. Se usa ampliamente en lesiones sangrantes del tracto digestivo superior, se emplea como primera medida terapéutica de Angiodisplasia del tubo

digestivo, úlceras gástricas y duodenales con sangrado activo o vaso visible fresco, en la lesión de Dieulafoy, tumores, Síndrome de Mallory Weiss, Gastropatía Hipertensiva Portal y Gastropatía Ectásica Vascular Antral.⁽¹⁸⁾

Métodos Mecánicos

Los clip hemostáticos, actualmente, son muy fáciles de manejar y además son eficaces en tratamiento de hemorragia digestiva superior no varicosa. Algunos inconvenientes, como el costo relativamente elevado y la necesidad de una coordinación perfecta entre endoscopista y ayudante; pero cuando su liberación es adecuada, el cierre del vaso sanguíneo hará cesar la hemorragia.⁽²²⁾

Ligadura con Banda Elástica (liga)

La ligadura con banda elástica consiste en la aplicación de anillo con propiedades elásticas sobre el sitio de un sangrado activo que implique un vaso de mediano calibre, arterial o venoso. Para su aplicación se emplea un accesorio endoscópico sobrepuesto en la punta del endoscopio el cual tiene forma cilíndrica y puede contener hasta 10 bandas elásticas que son liberadas con un mecanismo alámbrico, el operador emplea succión para introducir el vaso o área con sangrado dentro de la cavidad cilíndrica que forma el accesorio en la punta del endoscopio y posteriormente activando el mecanismo de liberación se despliega la banda elástica que comprime hasta cesar el sangrado. La ligadura con banda elástica ha sido utilizada también en profilaxis de sangrado variceal, úlceras con sangrado arterial presente, Lesión de Dieulafoy e incluso en perforación de víscera hueca. Mecanismos similares son empleados para la ligadura Hemorroidal. ⁽²²⁾

Monoterapia y tratamiento combinado:

Estudios recientes reportan que la inyección endoscópica de adrenalina diluida por si sola es un tratamiento inferior, una segunda modalidad de tratamiento debe ser empleada en la mayoría de los casos. El enfoque de combinación ha demostrado reducir significativamente la recidiva del sangrado, necesidad de cirugía, empleo de hemoderivados, tiempo de estancia hospitalaria y mortalidad.⁽²⁷⁾

Objetivo General

- Describir los hallazgos endoscópicos en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior que consultaron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante el año 2012.

Objetivos Específicos

- Determinar frecuencia de los hallazgos endoscópicos en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior que consultaron el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante el año 2012 según edad y sexo.
- Precisar la existencia de condiciones médicas asociadas, empleo de anti-inflamatorios no esteroideos o uso esteroideos en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior que consultaron el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante el año 2012.
- Establecer el porcentaje de pacientes que mostraron uno, dos, tres o más de tres hallazgos endoscópicos en las endoscopias digestivas superiores realizadas en pacientes que consultaron por Hemorragia Digestiva Superior al Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante el año 2012
- Especificar el porcentaje de pacientes con Hemorragia Digestiva Superior del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante el año 2012 que ameritaron terapéutica endoscópica.
- Describir la terapéutica endoscópica empleada según los hallazgos endoscópicos en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante 2012.
- Señalar las terapias combinadas empleadas según los hallazgos endoscópicos en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante 2012.
- Resaltar los casos que ameritaron más de una endoscopia digestiva superior en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior que consultaron el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante el año 2012 para su diagnóstico o tratamiento.

MÉTODOS

Tipo de Estudio

Fue una investigación no experimental, descriptiva y prospectiva.

Población y muestra

La población estuvo constituida por los pacientes evaluados por el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas en Emergencia, Hospitalización, Interconsultas durante la hospitalización en otro Servicio de la institución, Consulta Externa y Consulta de Triage durante el primer semestre de 2012 y que ameritaron evaluación endoscópica de emergencia. La muestra estuvo compuesta por 131 pacientes que presentaron signos o síntomas de Hemorragia Digestiva Superior Aguda (hematemesis, melena o expulsión de sangre proveniente del tracto digestivo superior a través de sondas, drenes u ostomías) y que se les practicó endoscopia digestiva superior en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante el primer semestre del año 2012.

Criterios de inclusión

- Pacientes con síntomas clínicos de Hemorragia Digestiva Superior Aguda.
- Evaluación por el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas por Hemorragia Digestiva Superior en el año 2012.
- Edad mayor de 12 años.

Criterios de exclusión

- Diagnóstico incierto de Hemorragia Digestiva Superior Aguda.

Variables

- Edad: expresada en años.
- Sexo: masculino o femenino.
- Tipo de endoscopia: primera o sucesiva.
- Condición médica asociada: todas aquellas condiciones o enfermedades que padecía el paciente, médicas o quirúrgicas.
- Empleo de Anti-inflamatorios no esteroideos: consumo reciente (7 días previos a la endoscopia) de cualquier fármaco que inhiba la Enzima Ciclo-Oxigenasa de forma selectiva o no.

- Uso de esteroides: tratamiento reciente (7 días previos a la endoscopia) con cualquiera de las drogas esteroideas disponibles, oral o intravenosa.
- Diagnóstico(s) endoscópico(s): dado por la(s) lesión(es) observadas durante la Endoscopia Digestiva Superior que fueron consideradas la(s) causa(s) del sangrado digestivo o toda aquella evidenciada incidentalmente durante el estudio, incluso si no tiene relación con el evento hemorrágico.
- Terapéutica endoscópica: si se realizó o no alguna, determinar el método realizado: inyección, térmico o mecánico.

Procedimientos

Las Endoscopias Digestivas Superiores practicadas a los pacientes que consultaron por Hemorragia Digestiva fueron realizadas por médicos Gastroenterólogos (en ocasiones los Investigadores) o residentes del postgrado de Gastroenterología en formación, bajo la supervisión de médicos Gastroenterólogos pertenecientes al Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas.

Las Endoscopias Digestivas Superiores realizadas en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante el año 2012 fueron dictadas y posteriormente transcritas por dos secretarias, tras ser revisadas por el médico quien practicó el estudio se imprimen, firman, sellan, una copia queda archivada en la oficina de transcripción. Los datos correspondientes a edad, sexo y condiciones médicas asociadas fueron recolectados de las historia clínicas elaboradas detalladamente por el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas durante el año 2012 a los pacientes que consultaron por Hemorragia Digestiva. La información se tabuló en el formulario de recolección de datos (Anexo 1), posteriormente los datos fueron vaciados en una hoja electrónica de SPSS para su análisis estadístico, se elaboraron los cuadros y gráficos. Se discutieron los resultados y elaboraron las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Tratamiento estadístico

Se emplearon medidas de tendencia central (media, moda y mediana) para las variables numéricas y de frecuencia (porcentajes, para las nominales) para reportar la frecuencia de los hallazgos endoscópicos en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas

durante el año 2012. Por último, se establecieron las similitudes y diferencias de los hallazgos apreciados con los de otras poblaciones evaluadas en otros hospitales nacionales e internacionales. Un asesor estadístico supervisó los cálculos y demás procedimientos relacionados.

RESULTADOS

Durante el primer semestre de 2012 se realizaron 2602 endoscopias en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas, 1565 fueron superiores y 1037 inferiores. Se realizaron 136 endoscopias a pacientes con indicación de Hemorragia Digestiva Superior. Las endoscopias se le practicaron a 131 pacientes, 52,2% del sexo femenino (Gráfico 1), las edades oscilan desde 17 hasta 87 años (media 53,6; moda 52, mediana 54, desviación típica $\pm 18,131$ años). El 36,8% de las endoscopias se practicaron en personas de 60 o más años. (Gráfico 2)

Al determinar las condiciones médicas asociadas se observó que 48,9% de los pacientes no presentaban ninguna. En los 67 pacientes restantes se observó una o más condiciones, dentro de éstas la más frecuente fue la Hipertensión Arterial Sistémica (17,6%) seguida de Cirrosis Hepática y Cardiopatía Isquémica. Fueron observadas varias patologías crónicas, metabólicas, vasculares, renales y neoplasias, así como una Embarazada. (Tabla 1)

El 80,1% de los pacientes no recibían ninguna medicación, 18,4% recibían tratamiento con AINE y 1,5% esteroides. (Gráfico 3)

El número de hallazgos endoscópicos varió desde uno (52,9%) hasta ninguno (8,8%).

El hallazgo endoscópico más frecuente fue Enfermedad Ulcero Péptica en 44,1% de los casos, (Tabla 2) ubicándose más frecuentemente en estómago (25%). La ubicación más frecuente de las úlceras gástricas fue en Antro (74%), en las duodenales en Bulbo (51%). Las úlceras observadas fueron Forrest III en la mayoría de los casos (76,6% gástricas y 59,8% duodenal), seguido de las Forrest IIC. (Tabla 3). La Gastropatía erosiva (23,5%), Esofagitis (14,7%), Varices Esofágicas (13,2%) y Neoplasias Gastrointestinales (13,2%) fueron hallazgos frecuentes.

En el 70,4% de los casos no se aplicó terapéutica endoscópica por no estar indicada, en el 17,8% se aplicó un método y en el 11,8% restante se empleó una combinación de dos métodos. La monoterapia más empleada fue la Ligadura de Várices Esofágicas con banda elástica (9,6%), fue aplicada a 13 pacientes que presentaron Várices esofágicas grado III con sangrado activo o estigmas de sangrado reciente. La segunda monoterapia fue a Coagulación con Argón Plasma (8,1%). La

terapia combinada más empleada fue la esclerosis con Adrenalina y Alcohol (8,9%). Dos casos requirieron tratamiento quirúrgico por falla a la terapéutica endoscópica (1,5%, un paciente con Cáncer Gástrico Avanzado y otro con un Tumor de Páncreas con extensión a duodeno). (Tabla 4 y Tabla 5)

Cinco pacientes requirieron una segunda exploración endoscópica debido a recurrencia del sangrado (3,7% de los casos), un paciente mostró falla a la terapéutica endoscópica:

- Paciente masculino presentó como hallazgo Cáncer Gástrico avanzado Borrmann III con sangrado en capas, se aplicó esclerosis con adrenalina y alcohol constatándose hemostasia. Presentó a los 4 días descenso de hemoglobina y melena, se realizó una segunda gastroscopia donde se aplicó inyección de adrenalina y alcohol, sin lograr control del sangrado, requirió cirugía de emergencia y evolucionó favorablemente, fue referido a Oncología médica (Adenocarcinoma Gástrico poco diferenciado, Carcinomatosis peritoneal y Ascitis Neoplásica).
- Paciente masculino presentó Tumor de Páncreas con extensión a duodeno y Metástasis Hepática. Gastroscopia inicial evidenció extensión duodenal pero sin sangrado para el momento de la endoscopia (no se administró terapéutica). El quinto día de evolución presentó melena y shock hipovolémico, la segunda gastroscopia mostró sangrado copioso y extenso en capas de la mucosa duodenal infiltrada (Bulbo y parte de la segunda porción duodenal) que no pudo ser controlado mediante esclerosis con adrenalina ni Coagulación con Argón Plasma. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de emergencia pero falleció en el postoperatorio inmediato. Los Hallazgos quirúrgicos fueron Plastrón tumoral que invadía la vasculatura regional, imposible de disecar y Carcinomatosis peritoneal (Adenocarcinoma de Páncreas).
- Un paciente presentó sangrado variceal por una Variz Esofágica grado III (según Barghava) con un pezón blanco y puntos rojos cereza que fue ligada con banda elástica y otra Variz esofágica Grado I sin signos de sangrado activo o reciente. A las 72 horas de recibir tratamiento con Somatostatina y haber

mostrado estabilidad hemodinámica presentó nueva hematemesis, segunda endoscopia se observó Banda Elástica in situ, Variz Esofágica Grado III con sangrado activo en jet y Gastropatía Hipertensiva Portal Leve, se aplicó ligadura con banda elástica sobre la variz sangrante, con evolución favorable.

- Una paciente de 31 años presentó Hematemesis en borra de café y Anemia normocítica normocrómica, así como Epigastralgia de larga data. Gastroscoopia reveló una Úlcera Gástrica en Antro Forrest IIa, se le aplicó exitosamente esclerosis con Adrenalina y Alcohol y otra Forrest III en Bulbo que no fue tratada por no estar indicado. A las 24 horas presentó descenso de 2 gr/dl de hemoglobina, se repitió la gastroscopia sin evidenciar sangrado activo o reciente (Úlcera Antral Forrest IIc y en Bulbo Forrest III).
- Un paciente diabético de 48 años en Hemodiálisis en plan de trasplante renal presentó melena y Anemia. Se realizó Gastroscoopia evidenciando Gastropatía Erosiva y Angiodisplasia Gástrica Aislada (Antral) a la cual se le aplicó Coagulación con Argón Plasma satisfactoriamente. El paciente persistió con melena y descenso de hemoglobina. A las 48 horas se realizó una segunda Gastroscoopia Evidenciando Gastropatía Erosiva y en la ubicación previa de la Angiodisplasia una Úlcera con fondo de fibrina de 3mm de diámetro. Se realizó colonoscopia observándose dos Angiodisplasias sin signos de sangrado activo en Ciego de 4 mm y 8 mm que fueron tratadas con Coagulación con Argón Plasma a satisfacción. Por no haber observado restos hemáticos provenientes de Íleon Terminal o alteraciones en la mucosa de Íleon o Colon se decidió conducta expectante, el paciente evolucionó favorablemente. (Gráfico 4)

A un total de 12 pacientes se les practicó adicionalmente Endoscopia Digestiva Inferior por hallazgos normales o no concluyentes para hemorragia digestiva superior en la endoscopia digestiva superior, de éstos, seis mostraron Colonoscopia normal, cuatro presentaron Divertículos en Colon sin estigmas de sangrado activo o reciente, un paciente presentó Angiodisplasias en Ciego (dos) y un caso presentó Colopatía Hipertensiva Portal. (Gráfico 5)

DISCUSIÓN

Durante el primer semestre de 2012 se observó que Hemorragia Digestiva Superior fue la indicación del 5,2% de todas las endoscopias digestivas y el 8,7% de las superiores, por lo que fueron relevantes. ⁽¹⁾

En cuanto a las características demográficas, condiciones médicas asociadas y medicación actual o reciente no hubo diferencias con las descritas en la literatura mundial. ^(2-6, 11-13)

Los hallazgos endoscópicos fueron discordantes a los publicados en América y Europa por las neoplasias gastroduodenales (13,3%) que resultaron ser más frecuentes que las reportadas y un caso de un cuerpo extraño esofágico como causa de hemorragia digestiva superior, causa infrecuentemente descrita. ^(1, 18)

Al analizar la terapéutica endoscópica empleada llama la atención que en 70,6% de los casos no fue requerida ninguna acción, sugiriendo la posibilidad de que el tratamiento médico administrado en la Emergencia del Hospital Universitario o en la Hospitalización del Servicio de Gastroenterología previo a la endoscopia fue beneficioso para los pacientes con úlceras y erosiones, mejorando su pronóstico, así mismo se asoció con causas menos severas de sangrado. ^(1, 3, 10)

La ligadura endoscópica con banda elástica y la coagulación con argón plasma fueron métodos muy usados en comparación a lo descrito en la literatura americana, lo anterior guarda relación con el número de pacientes atendidos con sangrado variceal, el hecho de que dicha sede sea un Hospital con Consulta de Hepatología y de formación de postgrado, así como la carencia de dichos métodos terapéuticos en otros centros de salud públicos adyacentes. ^(1, 14-15)

En el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas se emplean métodos combinados para el control del sangrado digestivo por úlceras gástricas, fue registrado el uso de Adrenalina y alcohol, y en conjunto con Coagulación por Argón Plasma según las recomendaciones actuales de la literatura americana. No se practicó inyección de Adrenalina como monoterapia. ^(2, 26-27)

Al evaluar la terapéutica empleada en endoscopias cuya indicación fue hemorragia digestiva superior se documentó el retiro de un cuerpo extraño esofágico (hueso) que dejó una laceración sangrante en el esófago que ameritó esclerosis con

Adrenalina y solución hipertónica, excepcionalmente un cuerpo extraño esofágico está asociado con hematemesis. (1, 18, 22, 28)

En concordancia con las pautas actuales de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas mostró menor tasa de mortalidad y recurrencia del sangrado que lo descrito en la literatura americana. (1, 2, 10, 17, 21)

Conclusiones

Esta investigación permitió conocer las características demográficas y endoscópicas de 131 pacientes que presentaron hemorragia digestiva superior durante el primer semestre de 2012 en el Hospital Universitario de Caracas. El sexo más frecuentemente implicado fue el femenino (52,2%), más de un tercio de los pacientes eran mayores de 60 años.

El 48,9% de los pacientes no presentaban ninguna condición médica asociada, la condición más frecuente fue la Hipertensión Arterial Sistémica (17,6%). El 80,1% de los pacientes no recibía ninguna medicación, 18,4% usaban AINE y 1,5% esteroides.

El número de hallazgos endoscópicos varió desde uno (52,9%) hasta ninguno (8,8%). El hallazgo endoscópico más frecuente fue Enfermedad Ulcero Péptica en 44,1% de los casos, (Tabla 2) ubicándose más frecuentemente en estómago (25%). La Gastropatía erosiva (23,5%), Esofagitis (14,7%), Várices Esofágicas (13,2%) y Neoplasias Gastrointestinales (13,2%) fueron hallazgos frecuentes.

En el 70,4% de los casos no se aplicó terapéutica endoscópica, en el 17,8% se aplicó un método y en el 11,8% restante se empleó una combinación de dos métodos. La monoterapia más empleada fue la Ligadura de Várices Esofágicas con banda elástica (9,6%) seguida por el uso de Argón Plasma (8,1%). La terapia combinada más empleada fue la esclerosis con Adrenalina y Alcohol (8,1%). Dos casos requirieron tratamiento quirúrgico por falla a la terapéutica endoscópica (Cáncer Gástrico Avanzado y Tumor de Páncreas con extensión duodenal).

Cinco pacientes requirieron una endoscopia sucesiva debido a recidiva o recurrencia del sangrado (3,7% de los casos), uno de los pacientes fue una falla a la terapéutica endoscópica.

Recomendaciones

Considerando que los hallazgos revelan que la enfermedad ulcero péptica es la patología más frecuentemente diagnosticada como causa de Hemorragia digestiva superior el entrenamiento del personal médico y paramédico debe centrarse en el manejo óptimo de esta patología.

Dado el alto número de sangrados variceales y casos que ameritaron Coagulación con argón plasma deben tomarse las precauciones para mantener los insumos y equipos necesarios para continuar brindando dichas terapéuticas.

Considerando el alto número de neoplasias diagnosticadas la inclusión de un oncólogo a las filas del servicio de Gastroenterología del hospital podría ser beneficioso, así como también el implementar jornadas de pesquisa de neoplasia gastrointestinal.

A pesar que la evaluación temprana de casos de hemorragia digestiva superior permite la rápida participación del gastroenterólogo y mejora el pronóstico de los pacientes, el Hospital Universitario de Caracas carece de un área de cuidados intermedios tanto en la emergencia como en la hospitalización de gastroenterología, su creación brindaría la oportunidad de garantizar la atención y cuidados óptimos a los pacientes de alto riesgo de muerte o sangrado.

Ha sido descrito universalmente el uso de escalas de riesgo para estratificar a los pacientes con hemorragia digestiva en el Hospital su uso no está estandarizado ni se ha hecho obligatorio, su empleo podría maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles y disminuir la morbimortalidad asociada.

En el Hospital Universitario de Caracas no existe un protocolo de trabajo en casos de hemorragia digestiva, la protocolización de esta y otras patologías harían más fluido y universal el diagnóstico y tratamiento de las patologías gastrointestinales.

Los registros de Endoscopia Digestiva deben digitalizarse para facilitar su uso, estudio y análisis, es una fuente casi infinita de información valiosa que es poco accesible y poco amigable para el usuario que busca realizar estudios en el área.

Debe promoverse la investigación e incentivar a los estudiantes de postgrado de gastroenterología a fin de aprovechar los recursos disponibles, realizar publicaciones científicas y describir más ampliamente los fenómenos de salud y enfermedad de la población venezolana.

Las descripciones realizadas en esta investigación aportan evidencia sobre grandes similitudes entre la muestra evaluada y la población nacional e internacional. Debe complementarse la información investigando causas de hemorragia digestiva inferior y media, así como incluir estadística analítica a fin de mejorar la información disponible.

REFERENCIAS

1. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, Sinclair P. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010; 152: 101-113.
2. Albeldawi M, Qadeer MA, Vargo JJ. Managing acute upper GI bleeding, preventing recurrences. *Cleve Clin J Med* 2010; 77: 131-142.
3. Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, Farrar JT, Strom BL. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2540-2549.
4. Viviane A, Alan BN. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States. *Value Health* 2008; 11: 1-3.
5. Pilkington KB, Wagstaff MJ, Greenwood JE. Prevention of gastrointestinal bleeding due to stress ulceration: a review of current literature. *Anaesth Intensive Care* 2012 Mar;40(2):253-9.
6. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, Battin LS, Furnia A, Amundson DE. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 568-573.
7. Sonnenberg A, Everhart JE: Health impact of peptic ulcer in the United States. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 614–620.
8. Leest H, van Dieten H, van Tulder M, Lems WF, Dijkmans BA, Boers M: Costs of treating bleeding and perforated peptic ulcers in the Netherlands. *J Rheumatol* 2004;31: 788–791.
9. Cabal JA, Valdez H, Olazabal J, Olazabal R, Olazabal R, Perea D. Hemorragia digestiva alta en Arequipa. *Rev. Gastroenterol Per* 1986;6(4):189-193.
10. Mavares J, Ramírez F, Cifuentes C, Voso J, Monasterios W, Hinestroza, H, Quiros, E. Factores clínicos pronósticos de mortalidad en hemorragia digestiva superior. *GEN*;47(4):199-203.
11. Añez, M, González H, Pacheco JL, Canelon, FM. El valor de la endoscopia de emergencia en hemorragia digestiva superior. *GEN* 1990;44(2):125-33.

12. Morillo ME. Estudio comparativo entre Omeprazol Oral y Esclerosis Endoscópica en Úlcera péptica con vaso visible no sangrante (Tesis). Caracas: Universidad Central de Venezuela; 1997.
13. Souk H, Hitti K. Eficacia de la Escala de Baylor para predecir Resangramiento en la Hemorragia Digestiva Superior por Úlcera Gástrica o Duodenal (Tesis). Caracas: Universidad Central de Venezuela; 1998.
14. Salazar P. Ligadura de Várices Esofágicas. Alcance del procedimiento (Tesis). Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2000.
15. Salazar P, González JC, Louis C. Ligaduras de Várices Esofágicas: Alcance del procedimiento. AVFT, jul. 2002, vol.21, no.2, p.190-194. ISSN 0798-0264.
16. Lau J, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden C, Metz D. Systematic Review of the epidemiology of Complicated Peptic Ulcer Disease: Incidence, Recurrence, Risk Factors and Mortality. Digestion 2011;84:102–113.
17. Jansen L, Leffers P, Hermans M, Stassen P, Masclee A, y Keulemans Y. Identification of patients with upper gastrointestinal bleeding who do not need immediate treatment. The journal of medicine 2011;69(9)sept.
18. Vásquez J.L, Endoscopia digestiva: diagnóstica y terapéutica, 1 ed. Madrid, España. 2009. Editorial panamericana. Sección 5 Cap.56. Pag 749-768.
19. Argente H, y Alvarez M. (2009). Semilogía médica: fisiopatología, semiotécnica y propedeútica. 1 ed. Buenos Aires. Argentina. Editorial Panamericana. Parte IX. Sección 4, 42-9. Pag 732-738.
20. Classen M, Tytgat G, y Lightdale C. (2012). Endoscopia Gastroenterologica. Segunda Edición. Stuttgart. Alemania. Editorial Amolca. Tomo 2. Cap VI. Sección 46. Pag 587-591.
21. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease. Volume 71, No. 4: 2010. [visitado 28 abril 2014] disponible por: www.giejournal.org.
22. Savides T, Jensen D. Gastrointestinal Bleeding. En: Feldman M, Friedman L, Brandt L, editors. Gastrointestinal and Liver Disease. 9 ed. Canada: Elsevier; p. 285-322.

23. Cortez P, Clasificación de Forrest. Clasificaciones en Gastroenterología. Gastroenterology 2010; 21(1): 59-62
24. Cappell M, Friedel D. Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Endoscopic Diagnosis and Therapy. Med Clin N Am 2008;92(3):511-50, vii-viii.
25. Talley N, Devault K, Y Fleischer D. (2010). Practical Gastroenterology and Hepatology: Esophagus and Stomach. 1 ed. Editorial Wiley Blackwell. UK. Parte 30. Pag 212-216
26. Chung SC, Lau JL, Sung JJ. Randomised comparison between adrenaline injection alone and adrenaline injection plus heaterprobe treatment for actively bleeding peptic ulcers. BMJ 1997; 314:1307-17.
27. Vergara M, Calvex X, Gisbert JP. Epinephrine injection versus epinephrine injection and a second endoscopic method in high risk bleeding ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2007; (2): CD 005 584.
28. Choichi Sugawa, Hiromi Ono, Mona Taleb, Charles E Lucas. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: A review. World J Gastrointest Endosc 2014 October 16; 6(10): 475-481.

ANEXOS

Anexo 1

Formulario de recolección de datos

Número de formulario				
Nombre				
Cédula de identidad				
Número de historia clínica				
Edad				
Sexo	Femenino		Masculino	
Endoscopia	Primera		Suscesiva	
Condiciones médicas asociadas	Si		No	
	Explique			
AINE	Si		No	
Esteroides	Si		No	
Diagnósticos Endoscópicos	1			
	2			
	3			
	4			
Terapia endoscópica	Si		No	
	Explique			

Tabla 1.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior.**Distribución de la muestra según condiciones médicas asociadas.**

Comorbilidades	N	%
Hipertensión Arterial Sistémica	23	17,6
Cirrosis hepática	14	10,7
Cardiopatía isquémica	8	6,1
Cáncer gástrico	6	4,6
Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis	6	4,6
Diabetes mellitus	6	4,6
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	4	3,1
Embarazo	2	1,5
Hiperémesis gravídica	2	1,5
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2	1,5
Cardiopatía hipertensiva	2	1,5
Hipertensión portal no cirrótica	2	1,5
Pancreatitis aguda	2	1,5
Post operatorio tardío de cirugía abdominal	2	1,5
Anemia	1	0,8
Artritis reumatoide	1	0,8
Cáncer de recto	1	0,8
Hepatocarcinoma	1	0,8
Encefalitis viral	1	0,8
Hospitalización en Cuidados Intensivos	1	0,8
Enfermedad Vascular Cerebral	1	0,8
Metástasis pulmonar de primario desconocido	1	0,8
Osteomielitis crónica	1	0,8
Pancreatitis aguda	1	0,8
Tumor de papila duodenal	1	0,8
Sin condición médica asociada	64	48,9

Tabla 2.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Distribución de la muestra según hallazgos endoscópicos.

Hallazgos endoscópicos	n	%
Úlcera gástrica	34	25,0
Gastropatía erosivas	32	23,5
Úlcera duodenal	26	19,1
Esofagitis	20	14,7
Varices esofágicas	18	13,2
Gastropatía hipertensiva portal	16	11,8
Duodenopatía erosiva	15	11,0
Cáncer gástrico	15	11,0
Gastropatía hemorrágica	10	7,4
Lesión de Mallory-Weiss	5	3,7
Angiodisplasia	5	3,7
Gastropatía congestiva	4	2,9
Tumor de duodeno	3	2,2
Várices Esofagogástricas tipo I	2	1,5
Cuerpo extraño Esofágico	1	0,7
Endoscopia normal	12	8,8

Tabla 3.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Distribución de la muestra según ubicación de la úlcera.

Úlceras	n	%
Gástricas		
Forrest III	36,0	42,9
Forrest IIC	5,0	6,0
Forrest IB	4,0	4,8
Forrest IIA	2,0	2,4
Duodenales		
Forrest III	22,0	26,2
Forrest IIC	7,0	8,3
Forrest IIB	5,0	6,0
Forrest IB	2,0	2,4
Forrest IA	1,0	1,2
Total	84	100,0

Tabla 4.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Distribución de la muestra según terapéutica endoscópica.

Terapéutica	N	%
Ninguna	95	70,4
Ligadura con banda elástica	13	9,6
Combinado: Inyección con adrenalina y alcohol	12	8,9
Argón plasma	11	8,1
Cirugía por Falla endoscópica	2	1,5
Combinado: Inyección con adrenalina y A. Plasma	2	1,5
Total	135*	100

*A un paciente se le retiró un cuerpo extraño esofágico, pero no

fué considerado terapéutica para hemorragia digestiva superior

Tabla 5.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Distribución de la muestra según hallazgo y terapéutica.

Hallazgo Endoscópico	Ligadura con Banda Elástica	Inyección con Adrenalina y Alcohol	Coagulación con Argón- Plasma	Inyección con Adrenalina y Coagulación con Argón- Plasma	Cirugía por falla a terapia endoscópica	Total
Várices Esofágicas Grado III	13					13
Cáncer Gástrico Avanzado Borrmann III			5		1	6
Úlcera Duodenal Forrest IIB		5				5
Angiodisplasia Gástrica			5			5
Úlcera Gástrica Forrest IB		4				4
Úlcera Gástrica Forrest IIA		1		1		2
Úlcera Duodenal Forrest IB		2				2
Úlcera Duodenal Forrest IA				1		1
Tumor de Páncreas con extensión duodenal					1	1
Cáncer Gástrico Avanzado Borrmann IV			1			1
Total	13	12	11	2	2	40

Gráfico 1.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Distribución de la muestra según sexo.

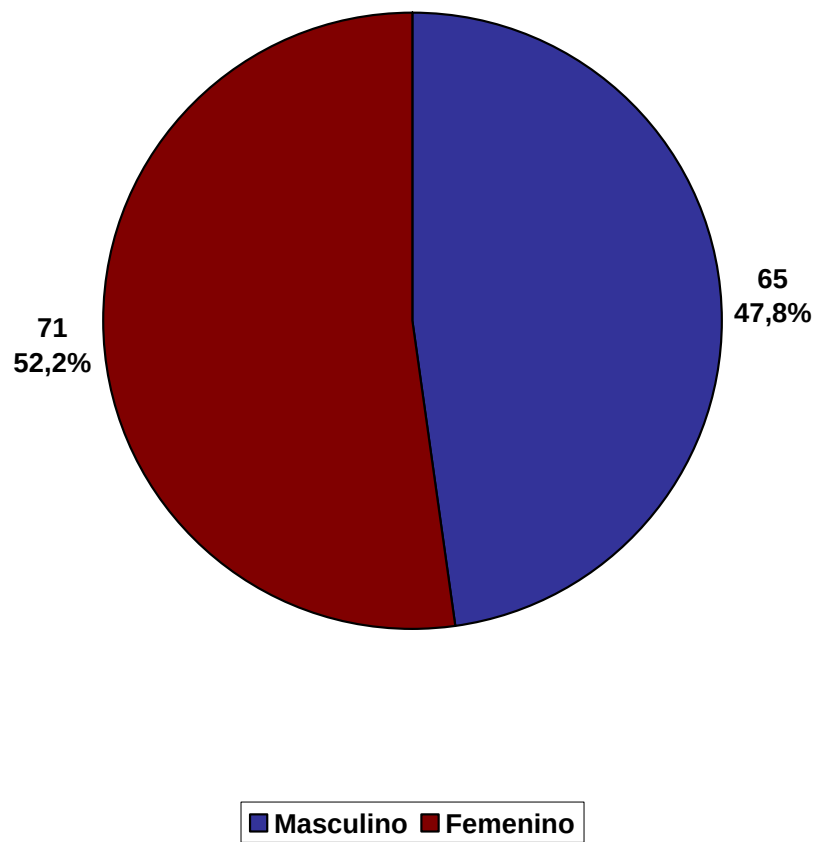


Gráfico 2.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Distribución de la muestra según edad.

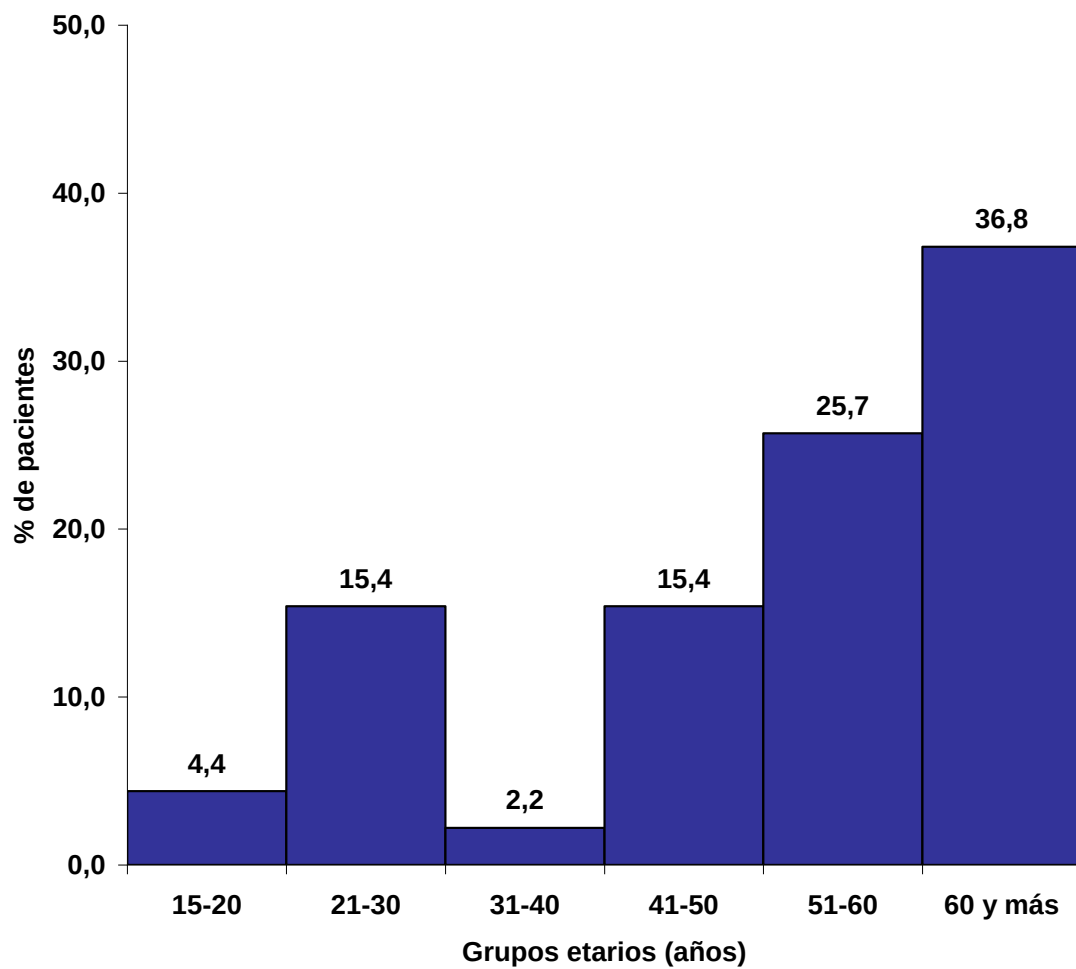


Gráfico 3.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Distribución de la muestra según medicación actual o reciente del paciente

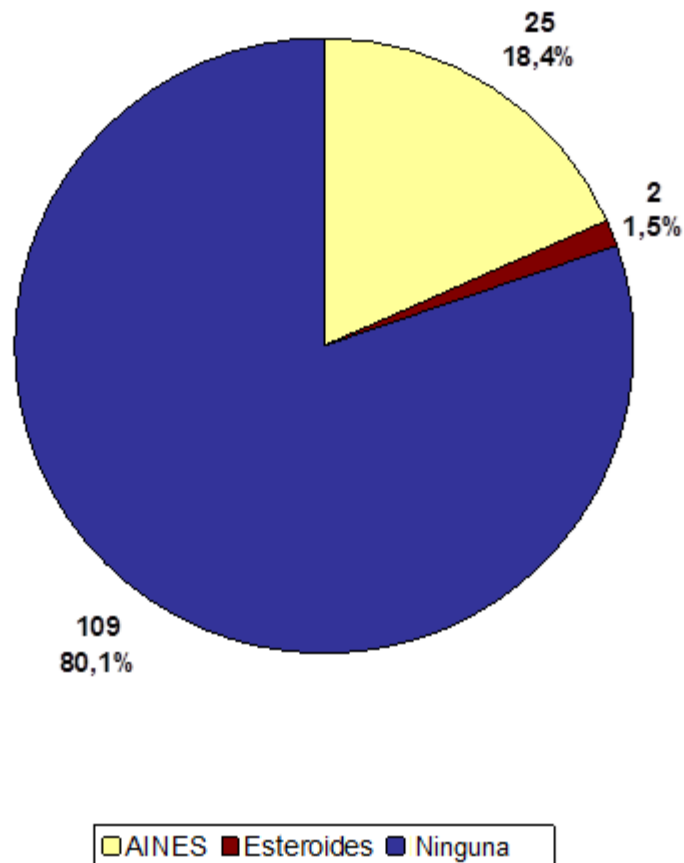


Gráfico 4.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Distribución de la muestra según casos que ameritaron más de una endoscopia digestiva superior.

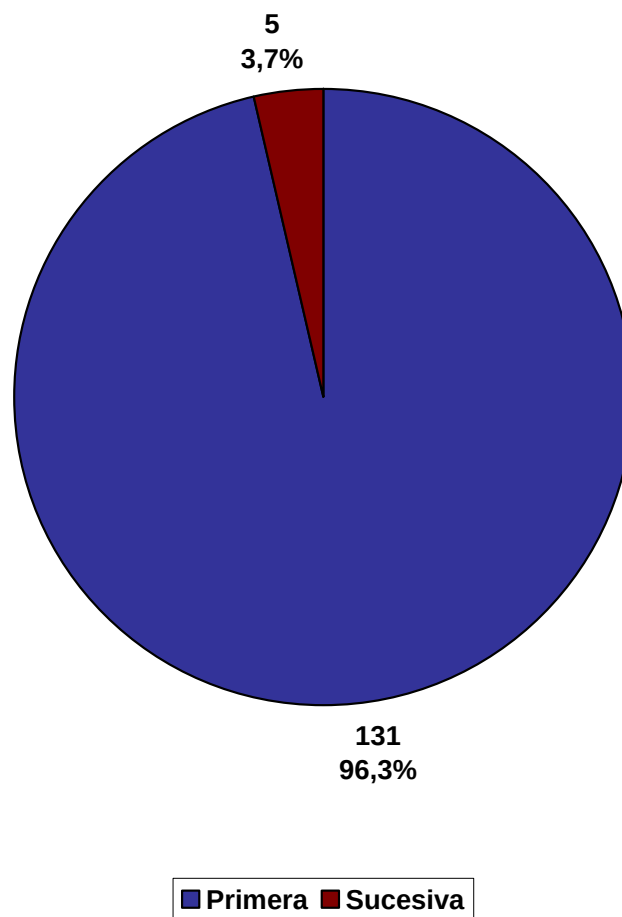


Gráfico 5.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Distribución de la muestra según número de hallazgos endoscópicos.

