

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNAN – LEON



Tesis para optar al título de:

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON RESANGRADO TEMPRANO DEL TUBO DIGESTIVO
ALTO CUANDO HAN RECIBIDO TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO, PERÍODO ENERO 2011 –
OCTUBRE 2013. HEODRA – LEÓN.**

Autor:

Dra. Claudia Johana Roque Briones

Residente de Cirugía General

Tutor:

Dr. Javier Pastora Menbreño

Especialista en Cirugía General

Endoscopista

Asesor:

Dr. Francisco Tercero

MSc. en Salud Pública

León, 17 de febrero de 2014

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi hijo Danielito quien ha sido mi inspiración ya que me ha acompañado desde su concepción hasta este momento y es el porqué de mi vida.

A mi madre Ángela y abuelita Juana Hernández por su dirección, comprensión, apoyo y enseñarme a ser mejor cada día, ya que sin ellas no hubiera sido posible llegar hasta aquí.

A Daniel el amor de vida, mi amigo, mi compañero. Gracias por tu paciencia, comprensión y confianza ya que es debido a ello que he llegado a cumplir uno de mis grandes sueños.

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar siempre a mi lado, darme la fortaleza, sabiduría para aplicarla en beneficio de los pacientes y por haberme permitido seguir adelante para alcanzar una de las muchas metas de mi vida.

Dr. Javier Pastora por la oportunidad de realizar este estudio, por su apoyo incondicional, su enseñanza y amistad.

Dr. Francisco Tercero por su dedicación incondicional y ayuda durante todo el proceso de elaboración de este trabajo de investigación.

A los pacientes, piedra angular de este estudio.

A mis maestros que han sido indispensables para mi formación profesional y han sido mis guías.

A todo el personal que labora en el HEODRA por su ayuda y disposición durante mi aprendizaje.

RESUMEN

Objetivo general conocer la prevalencia de resangrado temprano del tubo digestivo alto de origen no varicoso cuando han recibido tratamiento endoscópico en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo comprendido de enero 2011 a octubre 2013. Diseño de estudio serie de casos. Material y métodos: ficha de recolección de datos; la población estudiada fueron los pacientes con diagnóstico de sangrado digestivo alto admitidos en el servicio de Medicina Interna de enero 2011 a octubre 2013, a los cuales se les realizó tratamiento endoscópico y re-sangraron. Los 19 pacientes que cumplieron con los criterios de selección fueron incluidos en el estudio y 2 de ellos resangraron.

Las variables a estudiar fueron edad, sexo, procedencia, co-morbilidades, etiología (clasificación Forrest), uso de medicamento y tratamiento empleado. La información se recolectó en una ficha de registro diseñada para el estudio y la información almacenada y procesada en el programa estadístico SPSS versión 10.04.

Resultados: de los 19 pacientes 2 re-sangraron entre las edades de 21 – 44 años y mayor de 70 años presentaron hematemesis, sin predilección de sexo y patologías asociadas como Leucemia y Cardiopatía y uso de warfarina y AINES del área urbana.

Estos pacientes que re-sangraron se encontraron en FORREST Ia y el tratamiento endoscópico previo a su resangrado fue con epinefrina y electrocoagulación bipolar.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVOS	5
MARCO TEORICO.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	18
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	20
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	22
CONCLUSIONES.....	24
RECOMENDACIONES	25
BIBLIOGRAFIA.....	26
ANEXO	29

INTRODUCCIÓN

Por décadas y centurias el sangrado de tubo digestivo alto (SDA) ha sido una emergencia médico-quirúrgica que demanda una atención médica urgente, es además una situación muy frecuente que significa un paradigma y que involucra un tratamiento multidisciplinario. La incidencia varía en forma regional, por ejemplo en EUA es de 50 a 150 por cien mil habitantes, en Holanda es de 47, en el Reino Unido es de 103 a 107.¹ No tenemos este registro en nuestro país. Se calcula que anualmente se internan de 300 mil a 350 mil pacientes en EUA.¹

Su importancia es mayor por la elevada morbi-mortalidad. A pesar de los avances actuales en relación a la conducta que se debe seguir, su incidencia aumenta cada vez más en todas las latitudes. La mortalidad que reporta la literatura revisada es de 7 a 10%, aunque a fines del siglo XX era de 12%.¹

La endoscopia representa la piedra angular en el diagnóstico desde 1960. Hacia los años 80 las publicaciones mencionaban un porcentaje de efectividad cercana al 100%, sin embargo esta cifra no impactaba en la supervivencia del paciente. En las siguientes décadas el avance tecnológico y el ingenio humano hizo posible que se fueran desarrollando procedimientos terapéuticos endoscópicos, enfocados a parar el sangrado y prevenir la recaída; simultáneamente se enfatizó un tratamiento médico urgente, vigoroso y multidisciplinario. Técnicas como láser, inyección de sustancias, electrocoagulación y sonda caliente comenzaron a utilizarse a partir de 1985 y para 1994, ya se habían superado las curvas de aprendizaje. Los signos endoscópicos que aportaban valores pronósticos se fueron reconociendo.¹

En la actualidad la endoscopia es el procedimiento para el diagnóstico y el tratamiento inmediato del sangrado, también para prevenir el re-sangrado, todo ello en conjunción con tratamiento médico intensivo.¹ Dado que la causa principal es la enfermedad ácido péptica se esperaría que tanto la incidencia como la

mortalidad vayan mejorando. El empleo de los bloqueadores de la bomba de protones, el redescubrimiento del *Helicobacter pylori*, la experiencia mundial en relación con los anti-inflamatorios no esteroideos y aspirina, el conocimiento de los factores de riesgo y la mejoría en la atención médica del paciente, deberían confirmar que efectivamente hay un futuro promisorio en el pronóstico y en la prevención del problema, sin embargo la literatura hasta el año 2000 no había referido tales avances, incluso se dijo que la incidencia de la úlcera había disminuido pero su mortalidad no.²

El enfoque de este estudio está dirigido para analizar principalmente la morbimortalidad y las variables clínicas de mayor connotación, según ocurre en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. Actualmente en la literatura se establece una separación de la hemorragia de tubo digestivo alto, en sangrado por varices asociado a hipertensión portal y enfermedad hepática crónica y sangrado por otras causas llamado no variceal.¹⁻² En este estudio solamente se incluyen casos por hemorragia no-variceal.

JUSTIFICACIÓN

El re-sangrado del tubo digestivo alto es una patología que presenta una alta morbimortalidad, de inicio súbito con progresión fulminante, caracterizada por el sangrado digestivo originado en una zona proximal al ligamento de Treitz relacionado con enfermedad ulcero péptica y al aspecto real de la úlcera en la endoscopia. Afecta a todos los estratos socioeconómicos y se reparte por igual en el entorno urbano y rural. La tasa de mortalidad se aproxima al 5-12% esta no solo se relaciona con el grado de hemorragia, si no también lo que es más importante, con las enfermedades medicas asociadas y con edades de más de 60 años en donde prevalecen los estados de inmunosupresión, siendo una patología con pronóstico ensombrecedor cuando se precisa la cirugía, con una alta estancia hospitalaria y una mortalidad bastante significativa. Provoca una necesidad importante de investigación donde el objetivo fundamental es analizar el impacto que produce esta patología tanto para el paciente como para el personal médico y evaluar el resultado del tratamiento empleado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El re sangrado del tubo digestivo alto es una enfermedad con una alta morbi mortalidad especialmente entre los pacientes de 50 – 70 años que tienen factores predisponentes como alcoholismo crónico y fumadores. Es por ello que considero importante conocer ¿Cuál es nuestra experiencia clínica en el manejo y la morbi mortalidad que esta patología provoca en la población de estudio?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia del re sangrado temprano (48 horas) del tubo digestivo alto de origen no varicoso cuando han recibido tratamiento endoscópico en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo comprendido entre enero del 2011 al mes de octubre 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar las características socio-demográficas de los pacientes tratados por sangrado del tubo digestivo.
2. Conocer el protocolo usado en el tratamiento endoscópico en pacientes con sangrado del tubo digestivo alto.
3. Determinar la frecuencia y causas de los casos con re sangrado luego del manejo con tratamiento endoscópico.
4. Definir con exactitud la clasificación de FORREST a la que pertenece el sangrado ulceroso.

MARCO TEORICO

El sangrado digestivo alto (SDA) puede definirse como toda pérdida hemática de cuantía suficiente como para producir hematemesis o melena cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de TREITZ, además de las producidas en un órgano vecino, que vierten su contenido al tracto digestivo por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) en el tramo limitado por los 2 puntos referidos.¹

Se han utilizado numerosos términos para describir y calibrar el grado de hemorragia digestiva aguda, bien si es masiva, si es franca, si es intensa, si es torrencial, etc., pero no se ha establecido ningún criterio uniforme ya que existen muchas dificultades a la hora de valorar con precisión la intensidad del sangrado, y también porque la intensidad puede variar de un momento a otro, por lo que la precisión debería ser dinámica. En principio, toda hemorragia digestiva franca debe considerarse como potencialmente grave y por lo tanto, merecedora de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos intensos.¹

Se puede manifestar de varias formas:

Hematemesis: Vomitar sangre, traduce sangrado activo esofágico, estomacal o de la porción proximal del intestino delgado ángulo de Treitz. Aproximadamente el 50% de los SDA se presentan con hematemesis. Esta puede ser rojo brillante u oscura (en grumos de café) secundaria a la reducción, por el ácido clorhídrico, de la Hb a hemantina. El color del vómito o del material aspirado no puede ser usado para diferenciar un sangrado arterial de uno venoso.⁶

“Broza de café”: vómito color café, sugestivo de sangrado digestivo alto. Que está inactivo, de la misma procedencia que la hematemesis; es en broza de café porque ya la sangre fue expuesta a los ácidos y hubo en parte digestión. Esto es muy importante en el abordaje del paciente para saber qué tan rápido hay que atenderlo y qué tan grave es el sangrado.⁶

Melena: heces de color negras, alquitranadas, fétidas, es espeso, como aceite.² Signo de hemorragia de tubo digestivo alto, aparece cuando hay más de 1500 ml de sangre en el tracto gastrointestinal también se puede dar por deglutir sangre proveniente de cualquier parte, puede ser de epistaxis posterior, de alguna lesión o por trauma. El cambio de color se debe al efecto del jugo gástrico y de las bacterias intestinales.⁷

Para tener una evacuación melénica uno tiene que haber deglutido o perdido 100 ml de sangre, pero un solo episodio hemorrágico puede hacer que la persona tenga melena hasta por 10 días.⁷

La morbilidad y la mortalidad del paciente con SDA se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, enfermedades asociadas, alcoholismo, coagulopatía, inmunosupresión, magnitud de la hemorragia, sangrado durante la hospitalización, resangrado, origen de la hemorragia (sangrado arterial o venoso).²

La evolución del SDA y la mortalidad por el mismo están estrechamente relacionadas con su causa.²

El uso de la endoscopia terapéutica para el control de la hemorragia gastrointestinal ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud tan difícil.⁶ En casos de hemorragia digestiva alta es una técnica altamente sensible y relativamente fácil que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95 %) con una incidencia de complicaciones menor del 0,01%.^{5, 7} Se reconoce que tiene una sensibilidad del 98%, especificidad del 33%, con un 5% de falsos positivos y 37% de falsos negativos. También permite

determinar la posibilidad de persistencia o recurrencia en los casos de úlceras sangrantes para lo cual puede ser útil la clasificación de Forrest.³

La exploración endoscópica constituye el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva. Atendiendo al tipo de lesión observada endoscópicamente, *Forrest* y otros establecieron la clasificación siguiente: ³

- Tipo Ia - hemorragia a chorro.
- Tipo Ib- hemorragia en sábana.
- Tipo IIa- lesión con vaso visible.
- Tipo IIb- lesión con coágulo.
- Tipo IIc- lesión con base negra.
- Tipo III- no signos de sangrado.

La importancia y actualidad de este tema, refrendada por los cambios que se han suscitado en los últimos años en el conocimiento y tratamiento del SDA, destacando de forma notoria entre ellos el incremento en la edad de los enfermos sangrantes, las posibles modificaciones en la frecuencia y distribución etiológica de las hemorragias por el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), la identificación de ciertos factores pronósticos clínicos y endoscópicos capaces de predecir con bastante exactitud la evolución y mortalidad de la hemorragia, el desarrollo de la endoscopia terapéutica y la atención a estos enfermos en unidades especiales, así como la elevada incidencia que tiene es que nos motivamos a realizar la caracterización clínica de un grupo de pacientes con hemorragia digestiva alta, los grupos de edades y sexo en los cuales se presentó con mayor frecuencia, las causas más frecuentes, las principales formas de presentación de la hemorragia digestiva alta, los antecedentes patológicos personales que predominaron en los pacientes analizados en nuestro estudio y describir los estadios de Forrest, que con mayor frecuencia se observaron, en los pacientes con úlcera péptica.³

Esta entidad es un problema frecuente en el mundo y es considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios, pero su incidencia es difícil de determinar, a pesar de la gran cantidad de reportes que se encuentran en la literatura médica.⁴

La mortalidad global por SDA oscila, en la mayoría de las series, entre 8 y 12%. A pesar de los avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento, la mortalidad por esta afección no ha variado sustancialmente en los últimos 30 años.³ La hemorragia digestiva alta se presenta como hematemesis y/o melena con diversos grados de alteración hemodinámica, en dependencia de su localización, velocidad y cuantía de la pérdida sanguínea.⁴

La magnitud de la hemorragia es difícil de calcular, sin embargo, existen algunas aproximaciones que pueden ser útiles para la evaluación.^{5,6}

La tasa de mortalidad de hemorragia digestiva alta varía de 3,5 a 7 % en los Estados Unidos ^{1, 3, 4}. Un estudio británico llevado a cabo en 1993 en 74 hospitales que servían a una población de 15,5 millones de habitantes reportó una tasa de mortalidad de 14%⁶. La mayoría de muertes ocurrió en pacientes muy ancianos o que tenían severas enfermedades concurrentes (la mortalidad fue tres veces mayor en pacientes que ya estaban hospitalizados por otra razón cuando el sangrado comenzó). La mortalidad para pacientes menores de 60 años en ausencia de malignidad o falla orgánica al momento de presentación fue de sólo 0,6%. ^(3, 7). Entre las razones de mayor importancia por las cuales la tasa de mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta ha permanecido estable en aproximadamente 10% desde 1945, son la edad creciente de los pacientes que presentan la HDA y el subsecuente incremento de enfermedades comórbidas asociadas.⁷

Ciertos cambios en la práctica clínica en los últimos 15 años revelan que la estancia hospitalaria ha decrecido significativamente y más del 90% de pacientes con HDA son sometidos a endoscopía dentro de las primeras 24 horas de

admisión. El 25% de estas endoscopías incluyen terapia hemostática endoscópica.⁸

Un importante cambio en el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa (especialmente la úlcera péptica) ha sido el uso de la endoscopia alta para determinar el riesgo de re sangrado mediante la clasificación de Forrest permitiendo el manejo ambulatorio de los pacientes con bajo riesgo con el consiguiente ahorro de costos.¹

La exploración endoscópica constituye el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva. A pesar del incremento del arsenal terapéutico del endoscopista y el radiólogo intervencionista, la piedra angular del manejo del paciente con hemorragia gastrointestinal sigue siendo la rápida determinación del estado hemodinámico e inicio de maniobras de resucitación si fuera necesario. Sólo entonces se podrá continuar con los siguientes pasos:⁸

Determinación de la fuente de la hemorragia.

- a. Detención del sangrado.
- b. Prevención de la recurrencia del sangrado.³

El sangrado digestivo puede tener tres tipos de evoluciones:

1. En la mayoría de los casos, es de tipo limitado, cesa espontáneamente, la hemodinamia es estable independientemente si se le dan o no medidas.
2. El persistente, que persiste con sangrado y se necesita transfundir al paciente para mantener la volemia.
3. El recidivante: que cedió y presenta una nueva hemorragia a las 12 horas, es el principal factor pronóstico de mortalidad, principalmente en várices.³

Clasificación: Evolutiva

Hemorragia aguda (menor de 3-4 días)

Hemorragia subaguda (entre 10 y 15 días)

Hemorragia crónica.

Cuantitativa

- Hemorragia ligera.
- Hemorragia moderada.
- Hemorragia severa.

Desde el punto de vista práctico, resulta de utilidad clasificar las SDA según cada caso. Deben tenerse en cuenta tres parámetros: porque ello orienta sobre la actuación más adecuada encada caso.²⁰

a. Criterios clínicos de gravedad. Según los hallazgos clínicos, puede estimarse la pérdida de volumen debido a la hemorragia, lo que la define como leve, moderada, grave o masiva.

b. Origen del sangrado. Según el punto sangrante, la HDA puede catalogarse como de alto, medio o bajo.

c. Signos endoscópicos de riesgo. La endoscopia digestiva es la exploración de elección para todos los casos de HDA. Debe realizarse dentro de las primeras 12 horas ya que, aparte de su valor diagnóstico y pronóstico, tiene también utilidad terapéutica, de forma que pueden ser tratadas localmente las lesiones detectadas. Según los hallazgos en la endoscopia, las HDA pueden clasificarse como de alto o bajo riesgo, atendiendo fundamentalmente al riesgo de persistencia o recidiva.⁵

Gravedad	Signos clínicos	Pérdida estimada de volumen
Leve	Ninguno	< 500 cc (<15 %)
Moderada	Frecuencia cardiaca < 100 TA sistólica >100 mmHg Frialdad de pies y manos Estado de conciencia normal	750-1250 cc (15-25 %)
Grave	Frecuencia cardiaca 100-120 TA sistólica 90-100 mmHg Sudación Palidez Oliguria Inquietud	1250-1750 cc (25-30 %)
Masiva	Frecuencia cardiaca > 120 TA sistólica <80 mmHg. Frialdad intensa Palidez extrema Anuria Estupor	>1750 cc (>35 %).

Causas mas frecuentes:

- Úlcera péptica gastroduodenal (50 – 60%).
- Erosiones gástricas y duodenales (20%).

Esofágicas

- Síndrome de Mallory-Weiss (5-15%).
- Esofagitis grado II-III reflujo G.E y H.H (5-10%).

Principales factores que predisponen:

- *Helicobacter pylori*, por su relación con la enfermedad ulcerosa.
- AINES (anti inflamatorios no esteroideos), la Aspirina.
- Comorbilidades: pacientes con enfermedad isquémica, pacientes delicados (pueden hacer úlceras de estrés).⁵

Síndrome de Mallory-Weiss:

Se refiere a desgarros lineales en la porción distal del esófago a nivel de la unión gastroesofágica, se presenta principalmente en adultos jóvenes. La característica que tiene es que son sujetos con antecedentes de que estuvieron ingiriendo licor.⁵

Toda persona con hemorragia gastrointestinal debe ser hospitalizada. El éxito del tratamiento de los pacientes con hemorragias masivas depende de la capacidad del internista para valorar su estado general, de la magnitud del sangrado, de las medidas de reanimación y del tratamiento intensivo.^{10, 12-14}

DIAGNÓSTICO

1). Historia clínica completa y exploración física:

Debe prestarse especial atención en registrar:

- Forma de presentación: hematemesis, melena.
- Tiempo de evolución del sangrado.
- Síntomas previos: dispepsia, pirosis, dolor abdominal, etc.
- Antecedentes personales: edad y enfermedades previas (diabetes, Insuficiencia cardiaca, renal o hepática, IAM, etc.).
- Antecedentes de tabaquismo u otras drogas de abuso.
- Antecedentes de ingesta de gastroerosivos (como AINE).
- Exploración general completa. Observación de las heces, con la realización de un tacto rectal.

- Colocación de sonda nasogastrica. En caso de sangrado importante permite el vaciamiento del estómago y controlar la actividad de la hemorragia. No usar si existe sospecha de varices esofágicas.⁸

2). Pruebas complementarias

1-B.H.C, Glicemia y Creatinina.

2-Tipo y Rh.

3-Tp, TpT, INR

Tratamiento:

1.- Estabilización

A todos los pacientes con SDA sospechada o confirmada se les colocará al menos una vía periférica de grueso calibre.

Una vez asegurado el acceso venoso, se comenzará la infusión de líquidos iv, inicialmente con suero fisiológico.

Una vez estabilizado el paciente se realizará la endoscopia, que proporciona el diagnóstico en la mayoría de los casos y permite el tratamiento local.

Dieta: NPO

Sueroterapia

Los pacientes que permanezcan a dieta absoluta, recibirán al menos 2500 ml de suero de solución salina en 24 horas (cristaloides o coloides).

Tratamiento farmacológico

Las causas más frecuentes de SDA susceptibles de ingreso en la UCI son las debidas a úlceras gastroduodenal, esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss y lesiones agudas de la mucosa gástrica por gastroerosivos. En estos casos está indicado utilizar fármacos que disminuyan la secreción ácida del estómago. Se utilizarán, cuando sea posible por vía oral. En los pacientes que deban

Permanecer a dieta absoluta, se utilizará la vía endovenosa. Se usarán Inhibidores de la bomba de protones (omeprazol y similares).⁹

Los modernos antisecretores a dosis intermitentes, como la ranitidina o los inhibidores de la bomba de protones, especialmente el omeprazol (que ha sido el más estudiado), no han logrado disminuir el riesgo de recidiva hemorrágica, ni las necesidades de cirugía; sin embargo, es conocido que la secreción ácido-péptica, por digestión enzimática proteolítica disuelve el coágulo y promueve una recidiva. Según estudios recientes se recomienda el empleo de omeprazol o pantoprazol.^{10,12}

Con la aplicación de acciones activas sobre episodios de sangrado, a través de la endoscopia, se logra disminuir el índice de resangrado, la estadía hospitalaria, así como la necesidad de transfusiones e intervenciones quirúrgicas de urgencia.^{10, 11}

Las técnicas de hemostasia endoscópica tienen un papel primordial en el manejo de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto. Se dividen en^{11,12}:

1. Inyección de sustancias vasoconstrictoras o esclerosantes: Epinefrina, alcohol, etanolamina, cianoacrilato, polidocanol, trombina y fibrina.
2. Tratamiento con calor (electrocoagulación y sonda de calor): Sondas bipolares, coagulación con argón plasma y microondas.
3. Láser
4. Técnicas mecánicas: Hemoclips, sutura, ligadura con banda y endoloop.

Todas estas técnicas endoscópicas disminuyen la tasa de re sangrado, intervención quirúrgica y muerte hasta en 80% de los casos.

La terapia de inyección endoscópica (TIE), es un técnica útil para detener la hemorragia activa, disminuir significativamente la tasa de recurrencia hemorrágica, y es la modalidad terapéutica preferida en muchos centros por su bajo costo, requerimiento mínimo de equipo y fácil aplicación en situaciones de emergencia.

Diferentes estudios comparativos demuestran que la eficacia de esta técnica no está relacionada con los agentes usados (adrenalina, alcohol absoluto, cloruro de sodio al 0.9%, polidocanol, entre otros). Asimismo, otros reportan que la presencia de ciertas características clínicas como la hemorragia activa y choque en el 20 momento de la presentación, la localización y tamaño de la úlcera, y la presencia de enfermedades concomitantes, constituyen factores asociados que influyen la eficacia hemostásica del tratamiento endoscópico.^{13,14.}

La terapia por inyección para hemostasia es usada para sangrado por enfermedad ulcerosa péptica, Síndrome de Mallory-Weiss y lesiones de Dieulafoy, y por sangrado posterior a la polipectomía endoscópica, resección de mucosa endoscópica o esfinterotomía. El asistente de proyectos de la aguja, diseñada originalmente para la escleroterapia variceal, unos 5 mm más allá de la vaina de plástico, se inyecta la solución y proporciona una reacción sobre la resistencia durante la inyección. Ninguna resistencia sugiere la inyección fuera del objetivo. Múltiples inyecciones se aplican alrededor de una úlcera y directamente en el punto de sangrado o vaso visible dentro de la úlcera. Por otra parte, algunos endoscopista inicialmente objetivan el punto de sangrado.^{15, 16}

La epinefrina a una concentración de 1:10,000 es el agente de inyección de elección en los Estados Unidos. Es efectivo para hemostasia. La inyección de epinefrina induce hemostasia por vasoconstricción, tampona y agregación plaquetaria. La inyección de epinefrina se realiza en cuatro puntos equidistantes del vaso a una distancia de 1 a 2 mm del mismo y a cada punto de inyección se inyecta con 1-2cc de la dilución y con un volumen total que oscila entre 10-20ml.^{16,17}

Con esto se logra hemostasia en 95% de los casos, aunque puede ocurrir re sangrado en 15-20%. Largos volúmenes (> 12ml) son más efectivos que volúmenes pequeños, pero teóricamente estos pueden producir una enorme toxicidad cardiovascular, por los elevados niveles de epinefrina en el suero por más de 20 minutos después de la inyección. La epinefrina no es recomendada

como monoterapia porque cerca del 20% de los pacientes re sangran después de la inyección de epinefrina sola. Es utilizado frecuentemente para aclarar el campo endoscópico antes de terapias ablativas o mecánicas. Los factores de riesgo para el fracaso de esta terapia incluyen sangrado activo, úlceras largas, úlceras proximales gástricas, úlceras posteriores del bulbo duodenal, o coagulopatía significativa.¹⁸

La cirugía se reserva actualmente para aquellos pacientes que persistan con hemorragia a pesar de tratamiento endoscópico y médico adecuado, así como cuando exista recurrencia de la hemorragia. Las indicaciones para manejo quirúrgico son:

1. Hemorragia masiva
2. Fracaso de un segundo tratamiento endoscópico
3. Hemorragia arterial activa que no se controla con el tratamiento endoscópico.

Son contraindicaciones relativas: la intoxicación alcohólica aguda en un paciente no colaborador, la pérdida de sangre muy rápida que puede comprometer la capacidad de visualizar el recubrimiento mucoso del esófago, estómago y duodeno, o la dificultad al paso del endoscopio por alguna lesión obstructiva del esófago distal. Salvo estas excepciones, es posible realizarla de urgencia en 97 a 98% de los casos.^{4,5} Sin embargo, el mejor momento para hacerla debe ser definido clínicamente no solo para realizar un adecuado diagnóstico, sino también una acción terapéutica si está indicada.^{19,20}

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Serie de Casos

Área de estudio: el estudio se realizó en la sala de endoscopia de la consulta externa y servicio de medicina Interna localizado en el cuarto piso del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León.

Población de estudio. Todos los pacientes ingresados en el hospital con diagnostico de sangrado del tubo digestivo alto.

Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna con el diagnostico de sangrado y re sangrado del tubo digestivo alto y hayan recibido tratamiento endoscópico y hayan firmado el consentimiento de derecho de participación.

Fuente:

Primaria: Entrevista al momento del procedimiento endoscópico.

Secundaria: Revisión de expedientes clínicos

Instrumento: Se elaboró una ficha de recolección de datos.

Procedimiento: Entrevista al momento del procedimiento endoscópico. Y de los expedientes y en conjunto con el Residente del servicio de medicina, se investigó el manejo médico y/ o técnica empleada en el tratamiento endoscópico en pacientes con re sangrado del tubo digestivo en el periodo de Enero 2011 y octubre del 2013.

Plan de Análisis: Los datos obtenidos se procesaron en el programa SPSS versión 10.04 y los resultados se presentan en tablas.

Aspectos éticos

La dignidad del paciente y el derecho a su vida deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades de la investigación. El paciente será informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento sin exponerse a represalias. Después de asegurarse que el individuo ha comprendido la información se obtendrá el consentimiento informado y voluntario del paciente.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Concepto	Escala
Edad	Edad en años cumplido	30-39 40-49 50-59 60-69
Sexo	Se define por si mismo	Femenino Masculino
Escolaridad	Máximo grado académico	Analfabeto Prima Secundaria Universitario
Procedencia	Lugar de donde es originario.	Rural Urbano
Estado civil	Condición a la cual está sujeta la vida de Cada individuo	soltero casado
Presentación Clínica	presencia de sintomatología	a considerar expediente clínico
Factores predisponentes	coomorbilidad asociada	Diabetes mellitus HTA. Alcoholismo. Cardiopatía. Patología renal

Etiología.

Uso de medicamentos.

Tratamiento empleado

RESULTADOS

Durante un periodo de 3 años se realizaron 133 endoscopias altas y se estudió un total 19 pacientes con sangrado digestivo Alto, a quienes se les realizó tratamiento endoscópico en el servicio de endoscopia del Departamento de Cirugía General (Ver tabla 1-2).

2 de ellos re sangraron entre las edades de 21-44 y mayores de 70 años, sin predilección por sexo, con escolaridad entre primaria y universitaria del área urbana (ver tabla ,3,4,5).

Se evidenció que la Hematemesis es la presentación clínica que predominó y patologías asociadas como la leucemia y cardiopatía con uso crónico de AINES para ambos y warfarina. (Ver Tabla 6, 7, 8)

Los hallazgos endoscópicos más frecuentes encontrados en los pacientes que re-sangraron según la clasificación Forrest fue el Ia. (Ver Tabla 9).

El tratamiento endoscópico previo en pacientes que re-sangraron se encontró que el manejo de inyección con Epinefrina y electrocoagulación bipolar fue el que predominó en un 42.1% (Ver Tabla 10)

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En nuestra serie personal hemos encontrado gran concordancia con los datos etiopatogénicos, clínicos y terapéuticos de los trabajos revisados.

La mayoría de los pacientes fueron ingresados al servicio de medicina interna y una vez examinados, valorados se solicitó su manejo endoscópico.

En la casuística, se realizaron endoscopias por vía oral a 133 de los cuales a 19 se les realizó tratamiento endoscópico. El promedio de edad en el que re-sangraron nuestros pacientes fue entre la segunda y séptima década de la vida sin predilección de sexo. Los pacientes que re-sangraron tenían comorbilidades como leucemia y cardiopatía asociada a la ingesta crónica de AINES y warfarina.

En cuanto a la clasificación de Forrest se señala que en 6 pacientes 31.6% ocurrió en forma de chorro (F-1a), 8 pacientes (42.1%) presentaron sangrado en forma de babeo (F-1b) y 5 pacientes (26.3%) presentaron Forrest (IIa) en los cuales se tomaron las medidas de urgencia para su estabilización hemodinámica.

Conviene aclarar, y en este trabajo se demuestra, que a pesar del esfuerzo que realiza el Departamento de Cirugía en la instalación de equipos endoscópicos y recursos tecnológicos de avanzada, en el servicio de endoscopia y la capacitación del personal en estas técnicas, no ha sido suficiente para garantizar este servicio las 24 horas del día.

La exploración endoscópica precoz en los pacientes con SDA con fines diagnósticos y terapéuticos puede contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por este importante problema de salud.^{6,10,11}

Se considera que la primera variante de tratamiento, en la que se suspende la vía oral desde el momento del ingreso, constituye la mejor opción, pues pone en reposo la mucosa gástrica, para luego del segundo o tercer día comenzar con la dieta , por lo que la evolución de la enfermedad es más lenta. Las hemorragias digestivas altas son auto limitadas en 80 a 85 % de los pacientes, el resto necesita una restitución intensa y mantenida, de líquidos y algún tipo de intervención, ya sea o endoscópica o quirúrgica .^{12, 13}

CONCLUSIONES

En nuestro hospital el Sangrado Digestivo Alto es una patología frecuente, manejada multidisciplinariamente.

La mayoría de los pacientes que acuden son del sexo masculino y con respecto a los que re-sangraron no hubo predilección por el sexo .

Los pacientes que re-sangraron se ubicaron en la clasificación FORREST Ia.

El tratamiento endoscópico previo que se utilizó fue Epinefrina con coagulación bipolar.

RECOMENDACIONES

Nuestro trabajo es fruto de un esfuerzo mutuo del servicio de endoscopia del Departamento de cirugía general con el Departamento de Medicina Interna y Unidad de Cuidados Intensivos por lo que recomendamos que siempre el manejo sea multidisciplinario.

Esperamos que este sea solo un inicio para fomentar la investigación de dicha patología en nuestro Hospital y continuar profundizando en el conocimiento y manejo con el objetivo de brindar una mejor atención al paciente con sangrado digestivo alto.

Garantizar la realización de endoscopia durante las 24 horas en el Hospital sobre todo en los casos graves.

Realizar actividades educativas a los pacientes sobre los factores de riesgo de SDA con énfasis en atención primaria.

Diseñar estrategias por parte del MINSA Central que garanticen el equipamiento completo del servicio de endoscopia para realizar todo tipo de tratamiento endoscópico y no depender de las donaciones de brigadas extranjeras que hasta hora es por quienes se realizan las endoscopias.

BIBLIOGRAFIA

1. Escleroterapia en hemorragia digestiva alta no varicosa. “Estrategias clínicas en digestivo. Protocolos. hemorragia digestiva alta no varicosa”. www.procers.com/digest .Estelmsarpm – 2004.
2. Harrison medicina interna, 16 edic. Madrid MC Graw Hill interamericana 2006. Vol.1.Kasper, Braunwald. Fauci. Hauster. Longo. Jameson. Gastroenterología, pág. 267-270.
3. Servicio de gastroenterología, clínica puerto hierro, Universidad Autónoma, Madrid.2005.
4. Karen SambranaHemorragia del tubo digestivo alto, experiencia en el hospital de julio a septiembre del 2008.
5. Romilio Iglesias R. Hemorragia del tubo digestivo alto, revista cubana de medicina interna y emergencia del 2002.
6. Hierro González A, Jiménez Sánchez N. Sangramiento digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. ISCM-Hosp. Clínico Quirúrgico de 10 de Octubre. Revista Cubana Med V 42(4).C. Habana. Julio –Agosto 2003.pag 19-53.
7. Perez H.(2009) Hemorragia digestiva alta. Pag 52—60.
8. Normas de atención de urgencias.madrid 2005.314-321.
9. Roled Martínez F, Lopez Mayedo F .Hemorragia Digestiva Alta comportamiento clínico epidemiológico. Hosp. Militar Clínico Quirúrgico Docente “Octavio de la Concepción y de la Pedraja” . Archivo médico de Camagüey 2004, 8(6) ISSN 1025-0255.

10. SLEISENGER Y FRODTMAN, Gastrointestinal and liver disease, Ed 9 Philadelphia, Saunders, 2010.
11. Zuidema, George D inflammatory Bowel Disease. Surgery of the alimentary tract. 15va edición. Vol. No 4. Editorial Saunders Company. Michigan 2001. 35 - 112.
12. KISHORE M, SMITH R. Cameron lesions: unusual cause of gastrointestinal bleeding and anemia. Digestion 2008; 77: 114 – 221.
13. Piura, J Introducción a la metodología de la investigación. 2 edición No 1. Publicaciones científicas de la escuela de salud pública. Managua Nicaragua. 1995. 3-90.
14. Sábiston Tratado de Cirugía, Edición 17, Tomo II, Capítulo 44.
15. Feina F., Webera A., Kocha S., Festoua N., Dupont-Gossarda A.C., et al The prognosis of patients having received optimal therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding might be worse in daily practice than in randomized clinical trials. European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2010, 22:361–367.
16. Martins N.B. and Wassef W. Upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterology 2006, 22:612–619.
17. Barkun A, Bardou M, Marshall J.K. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding Ann Intern Med. 2010;152:101-113.
18. Lin P., Chang C., Hsu P., et al. The efficacy and safety of proton pump inhibitors vs histamine-2 receptor antagonists for stress ulcer bleeding prophylaxis among critical care patients: A meta-analysis. Crit Care Med 2010 Vol. 38, No. 4.

19. Kim B., Kyung Park M., Kim S., et al. Comparison of Scoring Systems for the Prediction of Outcomes in Patients with No variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: A Prospective. StudyDig Dis Sci (2009) 54:2523–2529
20. Cappell M., Friedel D., Acute No variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Endoscopic Diagnosis and Therapy. Med Clin N Am 2008, 92: 511-550.

ANEXO

Consentimiento informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por-----

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es-----

Me han indicado también que tendré que responder preguntas a una entrevista, lo cual tomara aproximadamente-----minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los desde estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a----- al teléfono-----.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información de este estudio cuando este haya concluido. Para esto puedo contactar a----- al teléfono-----.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

(En letras de imprenta)

FICHA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN – LEON

FACULTADA DE CIENCIAS MEDICAS.

SERVICIO DE CIRUGIA

Ficha de recolección de datos en pacientes con sangrado y resangrado del tubo Digestivo alto con manejo endoscópico previo.

Ficha #-----, Fecha-----.

De Expediente.-----.

Sexo-----, Edad-----.

Procedencia----- Escolaridad.-----

N° de procedimiento-----

Antecedentes Personales Patológicos.

Antecedentes de Uso de Medicamentos en su casa.

AINES----- ASA-----OTROS-----

El Tratamiento fue hace.-----.

¿A qué tipo de riesgo se sitúa el Paciente?

¿El tratamiento se realizo en las primeras 24 horas iniciado el sangrado?

Si----- No-----

¿A que nivel era la lesión?

Clasificación de la lesión.

¿Se encontró coagulo?

Si----- No-----.

¿Cómo se Realizo la Hemostasia? (Técnica- Método).

- EPINEFRINA
- SONDA CALIENTE.

TABLA 1:

PACIENTES CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO NO VARICOSO A QUIENES SE LES REALIZO ENDOSCOPIA

POBLACION DE ESTUDIO	PACIENTES CON EDOSCOPIA		PACIENTES CON TRATAMIENTOS ENDOSCOPICO		PACIENTES CON RESANGRADOS	
	#	%	#	%	#	%
	133.0	100.0	19.0	100.0	2.0	10.5
Total	133.0	100.0	19.0	100.0	2.0	10.5

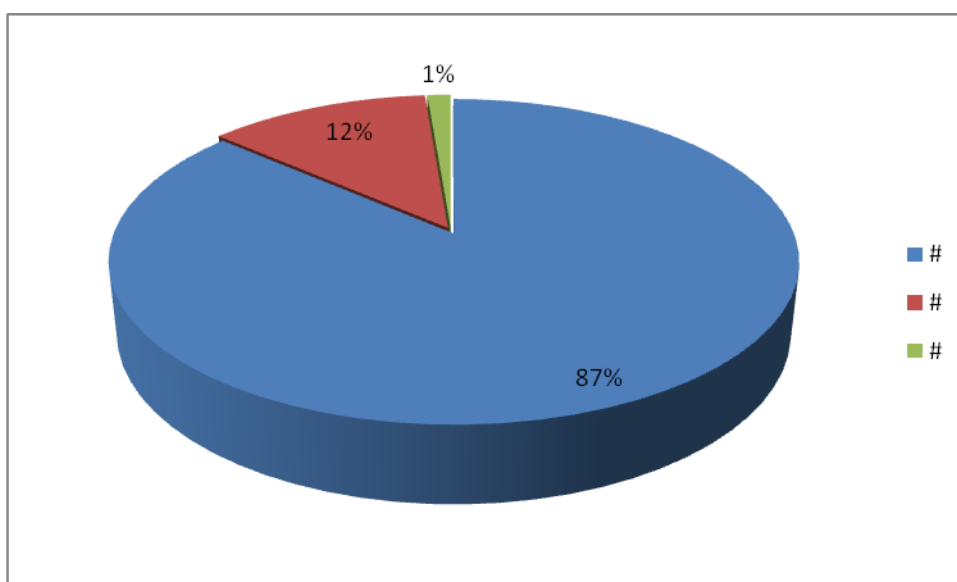
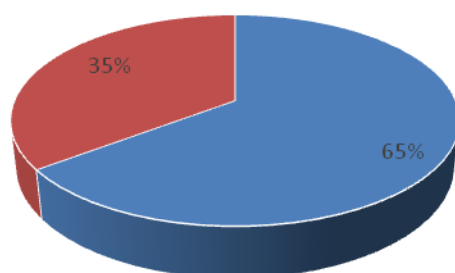


TABLA 2: Datos sociodemográficos Sexo

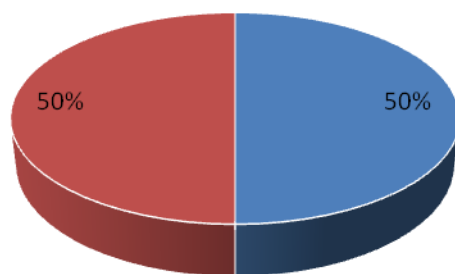
Sexo	Con Sangrado	%	Con Resangrado	%	TOTAL #	Total %
Masculino	11.0	57.9	1.0	5.3	12.0	63.2
Femenino	6.0	31.6	1.0	5.3	7.0	36.8
TOTAL	17.0	89.5	2.0	10.5	19.0	100.0

Datos Sociodemograficos de
Sexo con Sangrado



■ Masculino ■ Femenino

Datos Sociodemograficos de
Sexo Con Resangrado

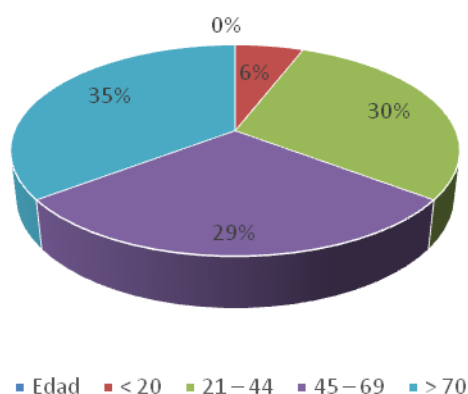


■ Masculino ■ Femenino

TABLA 3: Datos Sociodemográficos de Edad

Edad	Con Sangrado		Con Resangrado		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 20	1.0	5.3	0.0	0.0	1.0	5.3
21 – 44	5.0	26.3	1.0	5.3	6.0	31.6
45 – 69	5.0	26.3	0.0	0.0	5.0	26.3
> 70	6.0	31.6	1.0	5.3	7.0	36.8
TOTAL	17.0	89.5	2.0	10.5	19.0	100.0

Datos Sociodemograficos de Edad con Sangrado



Datos Sociodemograficos de Edad con Resangrado

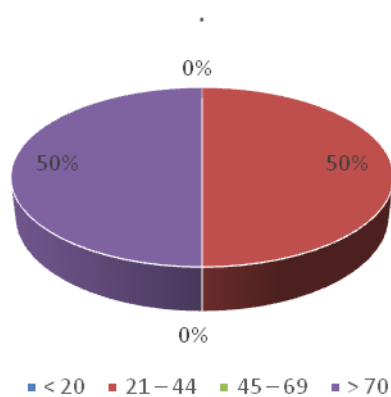
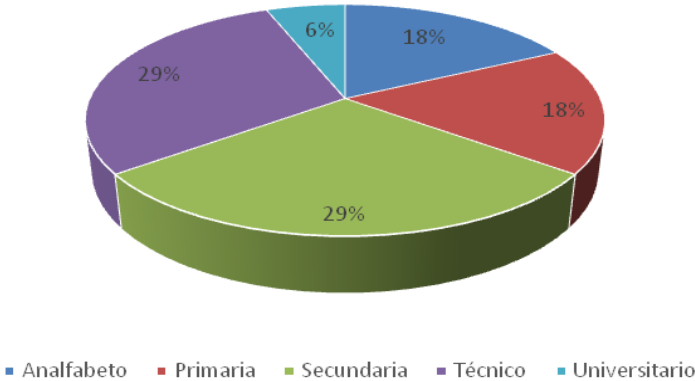


TABLA 4: Datos Sociodemográficos de Escolaridad

ESCOLARIDAD	Con Sangrado	% Con Sangrados	Con Resangrado	% Con Resangrados	Totales Números	Totales %
Analfabeto	3	15.8		0.0	3	15.8
Primaria	3	15.8	1	5.3	4	21.1
Secundaria	5	26.3		0.0	5	26.3
Técnico	5	26.3		0.0	5	26.3
Universitario	1	5.3	1	5.3	2	10.5
Total	17	89.47	2	10.53	19.00	100.00

Datos Sociodemograficos de
Escolaridad Sin Resangrado



Datos Sociodemograficos de
Escolaridad Con Resangrado

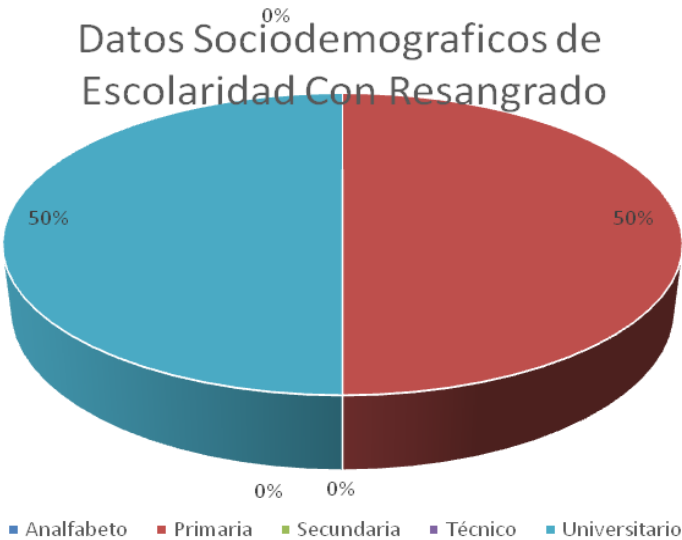
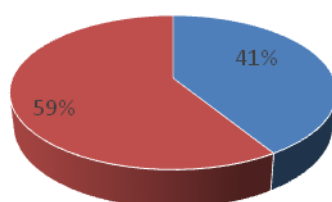


TABLA 5: Datos Sociodemográficos de Procedencia

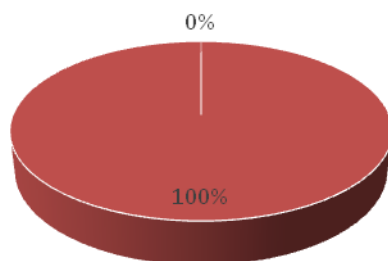
PROCEDENCIA	Con Sangrado		Con Resangrado		Totales	
	#	%	#	%	#	%
RURAL	7.0	36.8		0.0	7.0	36.8
URBANO	10.0	52.6	2.0	10.5	12.0	63.2
Total	17.0	89.5	2.0	10.5	19.0	100.0

Datos Sociodemograficos de
Procedencia con Sangrado



■ RURAL ■ URBANO

Datos Sociodemograficos de
Procedencia con Resangrado

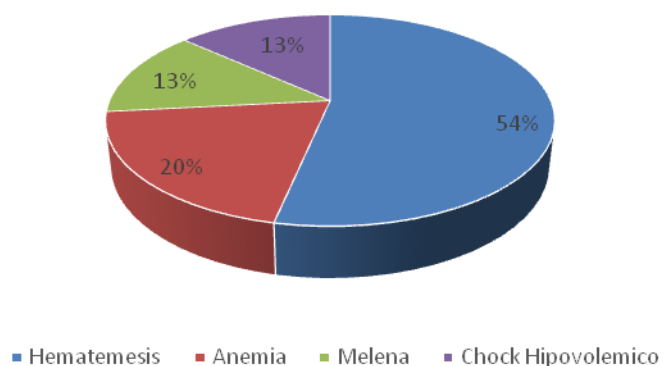


■ RURAL ■ URBANO

TABLA 6. Presentacion Clínica

	Con Sangrado		Con Resangrado		TOTAL	
Presentación Clínica	No.	%	No.	%	No.	%
Hematemesis	8.0	42.1	2.0	10.5	10.0	52.6
Anemia	3.0	15.8	1.0	5.3	4.0	21.1
Melena	2.0	10.5	0.0	0.0	2.0	10.5
Chock Hipovolemico	2.0	10.5	1.0	5.3	3.0	15.8
Total	15.0	78.9	4.0	21.1	19.0	100.0

Presentacion Clinica con Pacientes con Sangrados



Presentacion Clinica con Pacientes con Resangrados

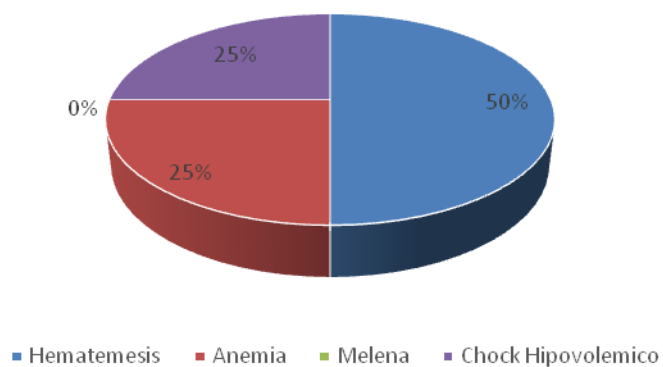
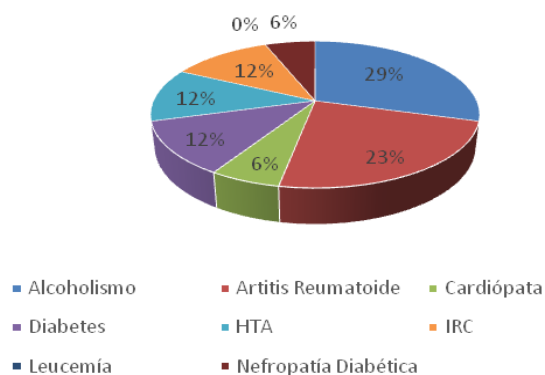


TABLA: 7 Enfermedades asociadas en pacientes con resangrado digestivo alto.

ENFERMEDADES ASOCIADAS	Con Sangrado		Con Sangrado		TOTALES	
	#	%	#	%	#	%
Alcoholismo	5.0	26.3		0.0	5.0	26.3
Artritis Reumatoide	4.0	21.1		0.0	4.0	21.1
Cardiópata	1.0	5.3	1.0	5.3	2.0	10.5
Diabetes	2.0	10.5		0.0	2.0	10.5
HTA	2.0	10.5		0.0	2.0	10.5
IRC	2.0	10.5		0.0	2.0	10.5
Leucemia	0.0	0.0	1.0	5.3	1.0	5.3
Nefropatía Diabética	1.0	5.3		0.0	1.0	5.3
Total	17.0	89.5	2.0	10.5	19.0	100.0

Enfermedades Asociadas con Sangrado Digestivo Alto



Enfermedades Asociadas con Resangrado Digestivo Alto

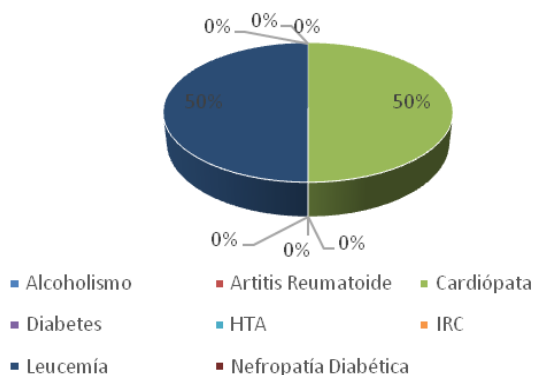
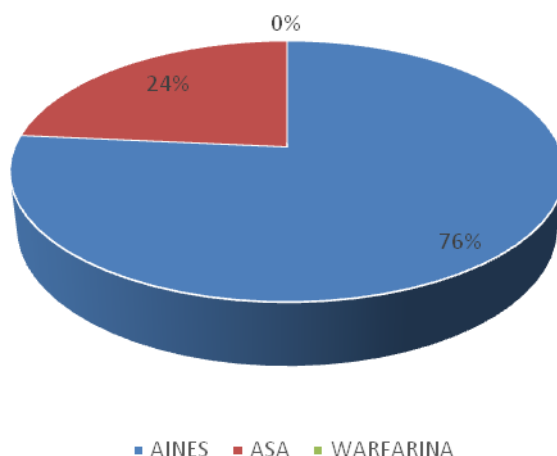


TABLA:8 Uso de Medicamentos Asociados a Resangrado digestivo alto

USO DE MEDICAMENTOS	Con Sangrado		Con Resangrado		Totales	
	#	%	#	%	#	%
AINES	13.0	68.4	1.0	5.3	14.0	73.7
ASA	4.0	21.1	0.0	0.0	4.0	21.1
WARFARINA	0.0	0.0	1.0	5.3	1.0	5.3
Total	17.0	89.5	2.0	10.5	19.0	100.0

Uso de Medicamentos Asociados a Sangrado



Uso de Medicamentos Asociados a Resangrado

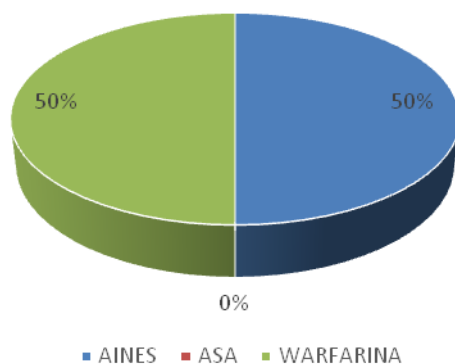
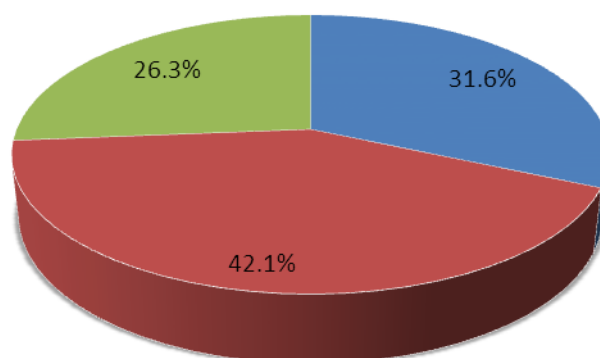


TABLA 9. Pronostico de Resangrado digestivo alto.

	Con Sangrado		Con Resangrado		TOTAL	
Clasificación de Forrest	No.	%	No.	%	No.	%
I. a	4.0	21.1	2.0	10.5	6.0	31.6
I. b	8.0	42.1	0.0	0.0	8.0	42.1
II. a	5.0	26.3	0.0	0.0	5.0	26.3
II. b	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
II. c	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
III	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TOTAL	17.0	89.5	2.0	10.5	19.0	100.0

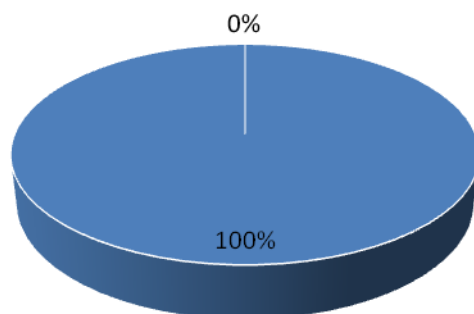
Clasificacion Forrest



■ I. a ■ I. b ■ II. a

Clasificacion Forrest

con resangrado.

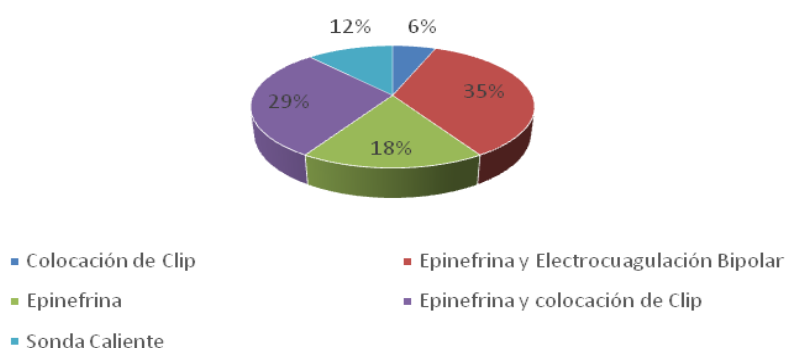


■ I. a ■ I. b ■ II. a

TABLA N°10: TATAMIENTO ENDOSCOPICO UTILIZADO EN PACIENTES CON SANGRADO Y RESANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, HEODRA 2011-2013.

	Con Sangrado		Con Resangrado		Totales	
TRATAMIENTO ENDOSCOPICO	#	%	#	%	#	%
Colocación de Clip	1.0	5.3		0.0	1.0	5.3
Epinefrina y Electrocuagulación Bipolar	6.0	31.6	2.0	10.5	8.0	42.1
Epinefrina	3.0	15.8		0.0	3.0	15.8
Epinefrina y colocación de Clip	5.0	26.3		0.0	5.0	26.3
Sonda Caliente	2.0	10.5		0.0	2.0	10.5
Total	17.0	89.5	2.0	10.5	19.0	100.0

TATAMIENTO ENDOSCOPICO UTILIZADO EN PACIENTES CON SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, HEODRA 2011-2013.



TATAMIENTO ENDOSCOPICO UTILIZADO EN PACIENTES CON RESANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, HEODRA 2011-2013.

