

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de ciencias médicas
UNAN- León**



Tema :

**Factores de riesgos asociados a Sangrado Digestivo Alto en
pacientes ingresados en el departamento de medicina interna
Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA – León)
Abril 1998 – Diciembre 2000**

Autores :

Maritza Gallardo Martínez
Silvio Escoto Castillo
Glenda Maria Franco García

Tutor:

Dr. Ricardo Cuadra
Especialista en medicina interna.

Asesor :

Dr. Juan Almendarez Peralta
Msc. Salud Pública

León, 30 de Octubre del 2001

181. 142
C.2

W
41
G163 f
2001



500000

DEDICATORIA

A Dios por el derecho a la vida y por su misericordia constante.

A nuestros padres por que con sus esfuerzos y sacrificios lograron nuestra formación apoyándonos en todos los años de estudios.

A nuestros maestros que con sus conocimientos y ejemplos han iluminado nuestro camino.



AGRADECIMIENTO

A nuestros maestros por habernos transmitido y alentado a adquirir nuevos conocimientos. En especial al Dr. Ricardo Cuadra y Dr. Juan Almendarez por su apoyo incondicional, tiempo dedicado y sobre todo por su paciencia y esmero para la elaboración de éste trabajo monográfico.

A los pacientes que de forma voluntaria y desinteresada decidieron participar en el estudio.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma hicieron posible la conclusión de éste estudio.

INDICE

	Página
Introducción	1
Antecedentes	2
Planteamiento del problema	4
Justificación	5
Objetivos	6
Hipótesis	7
Marco Teórico	8
Diseño Metodológico	21
Resultados	27
Discusión	30
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Bibliografía	35
Anexo	

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades gastrointestinales constituyen una gama de anormalidades que por su severidad y evolución natural ponen en riesgo la vida del paciente, dentro de éstas la hemorragia digestiva es una causa muy común (1). La hemorragia digestiva superior es un problema clínico frecuente en la atención médica de emergencia caracterizada principalmente por hematemesis y melena. Debe considerarse de consecuencias mortales hasta que no se demuestre lo contrario (1, 2, 3).

Su incidencia es alta y varía según las áreas geográficas entre 50 y 150 por 100,000 habitantes, con una proporción entre hombre y mujeres de 2:1. En Estados Unidos se producen anualmente 300,000 hospitalizaciones por ésta causa. En León Nicaragua (HEODRA) constituye el 4.1% de los ingresos totales al servicio de Medicina Interna (1, 2, 4).

A pesar de los avances diagnósticos como: la Endoscopia, Disposición de sistema de soporte, cirugía y cuidados intensivos; la tasa de mortalidad desde 1948 ha permanecido inalterada entre 5 - 20%; estos según reportes de series y se debe a que en un 25% el sangrado continua o recidiva y por la edad de los pacientes que la padecen (2, 3, 4). Los factores de riesgos que predisponen a un sangrado digestivo alto, son entre otros: edad del paciente, incidencia de enfermedades ulcero-pépticas, ingesta de alcohol, uso de fármacos (5).

Dada la gravedad de ésta enfermedad debe hacerse un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado para evitar la mortalidad.

ANTECEDENTES

El sangrado digestivo superior es un problema muy común en los centros hospitalarios de nuestro país. En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León en los últimos 2 años y 9 meses (1999, 2000, Enero – Septiembre del 2001) se han reportado un total de 369 casos, siendo mayor su incidencia en el período comprendido de Enero a Diciembre del 2000 con un total de 144 casos; según información obtenida de la dirección general de sistemas de información de dicho hospital.

A nivel internacional son numerosos los trabajos que se han publicado sobre hemorragia digestiva, entre los que se pueden mencionar:

En Managua Nicaragua 1986 se realizó un estudio sobre diagnóstico endoscópico de sangrado digestivo alto y las causas más frecuentes fueron: úlcera duodenal, gastritis combinadas, esofagitis distal, várices esofágicas (1).

En España 1990 se realizaron estudios sobre sangrado digestivo abordando aspectos clínicos de diagnósticos y tratamiento, donde la endoscopia permite establecer la magnitud de la hemorragia y en muchos casos predecir resangrados (2).

En Venezuela 1992 se realizó un estudio donde se demostró que la incidencia de hemorragia digestiva alta depende de varios factores: tipo de población, edad de los pacientes, incidencia de enfermedades ulcero-pépticas, hepatopatías por alcohol, uso de anti-inflamatorios no esteroideos y enfermedades asociadas (6).

En Venezuela 1993 se realizó un estudio prospectivo de 741 pacientes con hemorragia digestiva superior ingresados en Abril de 1987 a Mayo de 1993 donde la manifestación clínica más frecuente fue melena (88.4%), las causas más frecuentes fueron úlcera duodenal (35.9%), úlcera gástrica (32.4%), gastritis erosiva (10%), vórices esofágicas (5.1%)(7).

En León Abril 1998 se realizó un estudio descriptivo donde se encontró que los principales factores de riesgos fueron la ingesta de bebidas de cola y de licor (8).

En Nicaragua no se ha realizado ningún estudio analítico para detectar factores de riesgos asociados a sangrado digestivos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgos más frecuentes en pacientes con sangrado digestivo alto ingresados en el servicio de Medicina Interna del HEODRA (Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales) en el periodo comprendido de Abril de 1998 – Diciembre del 2000?

JUSTIFICACIÓN

Debido al desconocimiento de los principales factores de riesgos que ocasionan sangrado digestivo alto y a la alta frecuencia con que se presenta ésta enfermedad en nuestro servicio hospitalario, nos proponemos realizar éste estudio para brindar información sobre los principales factores asociados a hemorragia digestiva alta y que la información obtenida sea utilizada para establecer campañas educativas; en atención primaria y disminuir la incidencia de dicha enfermedad en la población con riesgo.

OBJETIVOS

Objetivo General :

Determinar los factores de riesgos asociados al sangrado digestivo alto en los pacientes ingresados en el departamento de Medicina Interna de Abril 1998 – Diciembre 2000.

Objetivo Específicos :

1. Describir características socio-demográficas de los casos y los controles.
2. Evaluar la existencia de asociación entre los factores de riesgos estudiados y el sangrado digestivo alto.
3. Determinar la magnitud de asociación entre los factores de riesgos estudiados y el sangrado digestivo alto.

HIPÓTESIS

Las personas que ingieren fármacos anti-inflamatorios no esteroideos tienen dos veces más probabilidad de presentar sangrado digestivo alto, que los que no lo ingieren.

MARCO TEORICO

Definición:

El Sangrado Digestivo alto es la pérdida hemática macroscópica cuyo punto de origen se localiza próximo al ligamento de Treitz, este localizado entre esófago, estomago u duodeno (1).

Etiología:

1) ULCERA PÉPTICA:

Definición: Es una displasia benigna localizada en la mucosa de cualquier parte del aparato gastrointestinal expuesto a la digestión ácida y péptica, siendo más frecuente en el estómago y duodeno.

Fisiopatogenia: Se desconoce la etiología, pero se sabe que existe relación entre la producción aumentada de ácido clorhídrico y pepsina con la aparición de lesiones en la mucosa gástrica y duodenal.

Epidemiología: Tiene una frecuencia de 6 - 20% en individuos mayores de 50 años de edad, ocurre por igual en todos los grupos sociales y económicos, siendo de 3 a 5 veces más común en los hombres que en las mujeres.

Signos y síntomas: Dolor epigástrico que se alivia con las comidas, el uso de antiácidos y la inducción al vómito, el dolor despierta al paciente por las noches. Clínicamente hay remisiones, exacerbaciones del dolor, náuseas, vómitos, pérdida de peso, pirosis, regurgitación ácida y constipación, puede manifestarse la hemorragia gastrointestinal como hematemesis y melena con grados diferentes de Shok hipovolémico (2, 3, 4).

2) GASTRITIS:

Definición: Es un síndrome autolimitado agudo, causado por irritación de la mucosa gástrica debido al consumo de alcohol, venenos corrosivos, comidas muy condimentadas, agentes bacterianos o virales que provocan inflamación de la mucosa.

Epidemiología: Constituye la segunda causa más frecuente de sangrado digestivo alto. En un 20% es más frecuente encontrarla en pacientes de edad avanzada, teniendo un grado de mortalidad mayor del 60%.

Signos y síntomas: Dispepsia leve e inespecífica, presencia de sangre en el aspirado nasogástrico, hematemesis, melena, dolor epigástrico leve (2, 3, 4).

3) VÁRICES ESOFÁGICAS:

Definición: Son venas dilatadas encontradas en el extremo inferior del esófago.

Fislopatogenia: Son venas tortuosas o longitudinales que presentan un diámetro mayor del normal producto de la presencia de hipertensión portal, son de ubicación superficial, pueden ulcerarse y sangrar masivamente.

Epidemiología: Constituye la tercera causa de sangrado digestivo en un 15%, su frecuencia es mayor en pacientes con hipertensión portal secundaria a cirrosis hepática o por cualquier padecimiento que la produzca.

Signo y síntomas: Disfagia, hemorragia masiva representada por hematemesis indoloras, con o sin melena, taquicardia y shock hipovolémico (6,7).

4) SÍNDROME DE MALLORY WEISS:

Definición: Es un síndrome que se describe como lesión de la mucosa esófago-gástrica, asociado con hemorragia la cual irrita el mediastino provocando por consiguiente una mediastinitis.

Fisiopatogenia: Se debe generalmente a intensas arcadas y vómitos que provocan lesión de la mucosa y submucosa del cardias o del esófago.

Epidemiología: Representa el 5% de los casos de sangrado digestivo alto, es más frecuente en pacientes alcohólicos, pacientes con hernias del hiato o gastritis atrófica; un 60% afecta el cardias, un 15% esófago terminal y un 25% la unión gastroesofágica. La profundidad de las lesiones es variada (2, 3, 4, 5,6 ,7).

Signos y síntomas: Presencia de vómitos abundantes no hemorrágicos seguido de hematemesis, náuseas en algunas ocasiones. La hemorragia es profusa proveniente de las arterias submucosas.

5) ESOFAGITIS:

Definición: Es la inflamación de la mucosa esofágica.

Fisiopatogenia: La inflamación del esófago se da por regurgitación del contenido ácido gástrico el cual lesiona la mucosa del esófago.

Epidemiología: Es la forma clínica más frecuente.

Signos y síntomas: Presencia de hemorragia que puede ser intermitente o crónica, la melena es mucho más habitual que le hematemesis, hay dolor subesternal y regurgitación del jugo gástrico (8, 9).

6) HIPERTENSIÓN PORTAL:

Definición: Es el aumento de la presión en el sistema portal producto del flujo sanguíneo inadecuado.

Fisiopatogenia: Generalmente se da en pacientes con obstrucción de la luz de las venas porta siendo el caso la cirrosis hepática. La hipertensión es causada por el aumento de la resistencia del flujo sanguíneo portal.

Epidemiología: Constituye un 22% como causa de sangrado digestivo alto. Es más frecuente en pacientes con cirrosis hepática constituyendo el 60% de sangrado digestivo en éstos; está asociada a infecciones, pancreatitis y traumatismo abdominal.

Signos y síntomas: Presencia de hemorragia por várices gastroesofágicas, esplenomegalia con hiperesplenismo, ascitis, encefalopatía hepática aguda y crónica; se observan principalmente vasos colaterales en la pared abdominal generalmente son tortuosos y emanan radialmente del ombligo hacia el apéndice xifoides y los rebordes costales, siendo llamados en cabellera de medusa (8, 9).

FACTORES PREDISPONENTE A SANGRADO DIGESTIVO ALTO

EDAD: Con el envejecimiento se producen una serie de alteraciones en la mucosa gastroduodenal desde el punto de vista anatómico como fisiológico que de alguna forma favorecen al desarrollo de lesiones sangrantes de la mucosa; ejemplo: cambios entre los factores defensivos y protectores de la barrera de la mucosa gástrica (10).

ALCOHOL: El abuso de alcohol es la causa más común de gastritis aguda. El etanol altera la barrera de la mucosa gástrica aumentando la retrodifusión de hidrogeniones produciéndose en consecuencia aumento de las concentraciones de ácido clorhídrico.

FÁRMACOS: El uso de aspirina, AINES y corticoides inducen la formación de antimetabólitos los cuales provocan hemorragia alterando la mucosa gástrica y estimulando la secreción de ácido clorhídrico y pepsina, los cuales reducen la resistencia de la mucosa gástrica a los efectos nocivos a que ésta sometida, inhibiéndose la reparación de la mucosa e induciendo a la formación de úlceras (1, 2, 7).

TABACO; Se toma en consideración en la aparición de sangrado digestivo por los efectos nocivos provocados por la nicotina, la cual disminuye la presión del esfínter esofágico inferior e inhibe los neutralizadores normales del ácido en el duodeno (Bicarbonato pancreático) cuyo déficit está asociado con la aparición de úlcera duodenal.

ALIMENTOS CALIENTES: La ingesta de éstos se asocia a la presencia de esofagitis, debido a que causan daño local en la mucosa esofágica y gástrica desarrollando cambios atróficos.

CAFÉ: La ingesta de café se relaciona con la presencia de lesiones térmicas en la mucosa gastroesofágica. La cafeína es uno de los componentes que producen úlceras gástricas y duodenales, al estimular la secreción de ácido clorhídrico y pepsina los cuales actúan sobre las células parietales con efectos nocivos. Además aumenta la respuesta ácida de otros estimulantes como el tabaco y el alcohol. Estos efectos se logran con el consumo de 5 a 6 tasas de café al día (7).

BEBIDAS COLA: Por su contenido en cafeína se relaciona con las enfermedades ulcerosas por ser estimulante de la secreción de ácido clorhídrico y pepsina (7).

CIRROSIS HEPÁTICA: Es una entidad anatomopatológica que se acompaña de un conjunto de manifestaciones clínicas que se reflejan como alteración crónica e irreversible del parénquima hepático; consiste en fibrosis extensa asociada a la formación de nódulos de regeneración. La cirrosis alcohólica (Cirrosis de Laennec) es el tipo más frecuente causada por la ingesta crónica de alcohol.

ARTRITIS REUMATOIDEA: Es una enfermedad sistémica inflamatoria del tejido conectivo, de evolución crónica que se caracteriza por producir lesiones en las articulaciones y estructuras periarticulares.

SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES

La hematemesis o vómito en poso de café indica un origen gastrointestinal alto de la hemorragia, en general por encima del ligamento de Treitz. La hematemesis traduce a menudo una hemorragia activa del tracto gastrointestinal alto, habitualmente de origen arterial o procedente de una várice(11, 12).

La presentación de la hemorragia gastrointestinal puede ser aguda o crónica, dependiendo de la localización y causa de la misma.

La sintomatología estará en dependencia de la cantidad y evolución del sangrado digestivo, existiendo los siguientes tipos evolutivos:

AUTOLIMITADO: Cuando los aspirados gástricos han sido claros durante 12 o más horas, en presencia de estabilidad hemodinámica y sin necesidad de transfusión sanguínea .

MASIVO: Hemorragia activa con shock hipovolémico o cuando se requieren de transfusiones de más 300 cc de sangre por hora durante 6 horas (1800 cc) para mantener estable la hemodinamia.

RECIDIVANTE: Recurrencia de la hemorragia durante el mismo ingreso tras un período de al menos 12 horas de hemostasia (10).

Cuando la hemorragia es masiva puede llevar a shock, las hemorragias de menor intensidad pueden producir alteraciones ortostáticas del pulso y de la presión arterial.

Generalmente el paciente está hemodinamicamente inestable cuando:

1. Hay hipotensión en posición supina y taquicardia en reposo (Mayor de 11 latidos por minutos).
2. La presión diastólica ortostática desciende de 10 torr.
3. El pulso ortostático aumenta cuando menos 15 latidos por minutos.
4. Hay vasoconstricción periférica.
5. Hay agitación o disminución de la alerta mental (Sin otra causa evidente de alteración mental).
6. Hay oliguria (Menos de 30 ml de orina por hora) o anuria durante 2 ó 3 horas (13).

La pérdida crónica de sangre puede presentar signos y síntomas de: anemia, debilidad, fatigabilidad, palidez, dolor torácico y mareos. Los signos y síntomas de hipertensión portal son a veces evidentes.

La hemorragia gastrointestinal puede desencadenar una encefalopatía hepática (alteraciones del estado mental secundaria a insuficiencia hepática o a un síndrome hepatorenal) (13).

Además se pueden encontrar otro signos y síntomas como:

Fiebre: Un 80% o más de los pacientes tendrán fiebre después de la hematemesis y melena, generalmente aparece en 24 horas alcanzando cifras 37.7 a 38.3 °C. la fiebre puede relacionarse con el grado de hiperazoemia que acompaña a la melena.

DIAGNÓSTICO DEL SANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR

En la determinación del diagnóstico de sangrado digestivo alto agudo se toma en cuenta la presencia de los síntomas y signos anteriores, teniendo como primera medida la estabilización del paciente.

Es necesario ubicar el sitio y las características de la lesión sangrante, para esto la endoscopia es la que tiene mayor exactitud diagnóstica, por lo que se le considera como el método de primera elección.

Endoscopia digestiva superior: Es diagnóstica en un 95% de los casos, tiene buena sensibilidad y especificidad ya que localiza la hemorragia arterial como la venosa.

Es la técnica por excelencia en todo paciente hemodinamicamente estable o en pacientes inestable en quienes la sangre roja brillante proviene de arriba. No siempre es recomendable usar la endoscopia de urgencia en las primeras 2 horas posterior al ingreso, ya que la exploración puede verse dificultada por el exceso de sangre en el estómago, así como por la ansiedad y tensión del paciente, por lo que se recomienda realizarlas hasta las 18 horas posterior al ingreso.

La endoscopia cumple un papel muy importante ya que es un procedimiento que permite determinar el nivel del sangrado, evaluar la severidad del sangrado como diagnosticar la causa, predecir el pronóstico e identificar a los pacientes que pueden beneficiarse con este procedimiento como terapéutico o bien usar terapias más agresivas.

A través de la endoscopia se puede realizar hemostasia endoscópica o bien recomendar una cirugía de emergencia.

Seriado Gastroduodenal: Es diagnóstico en un 83% de los casos.

Angiografía: Se deben cumplir 3 criterios para ser utilizada:

1. Que exista hemorragia activa en el momento de inyectar el contraste.
2. Que la hemorragia sea por lo menos de 0.5 cc por minuto.
3. Que el material de contraste se inyecte en el vaso apropiado (14, 15, 16, 17).

TRATAMIENTO:

Los objetivos del tratamiento médico de la hemorragia digestiva alta consiste en sustituir la pérdida de sangre, controlar la hemorragia y prevenir su recidiva sin necesidad de cirugía.

Hay dos tratamientos, el empírico y el específico, el primero se realiza sin diagnóstico etiológico y el segundo con diagnóstico específico.

I. Medidas generales de tratamiento de sostén

1. Reposo en cama, aproximadamente 48 horas hasta que ceda la hemorragia.
2. Realizar hoja de flujo de: (Ingeridos y eliminados, presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, presencia de hematemesis y melena).
3. Poner sonda nasogástrica y sonda foley (1, 9, 13, 18, 19, 20).

II. Lavado gástrico

El lavado gástrico cumple con tres objetivos:

- a. Se evalúa la velocidad de sangrado.
- b. Se extraen coágulos .
- c. Se fomenta hemostasia.

El lavado se realiza con solución salina o agua corriente, luego se extrae el líquido por drenaje de gravedad, si la hemorragia no cede puede realizarse lavado del área (levophed 8mg. en 100 cc de solución salina) a través de sonda nasogástrica. Es un tratamiento local que consiste en provocar vasoconstricción para detener la hemorragia (11, 18, 20, 21, 22).

III. Reponer volumen

La cantidad de volúmen a transfundir depende de la magnitud de la hemorragia, lo cual está determinado por los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca) y como parámetro la frecuencia cardíaca mayor de 120 por minutos, presión sistólica menor de 100 mm Hg o caída postural de la presión arterial de 10 a 15 mm Hg, esto

revela pérdida sanguínea de 1000 cc o más. También se pueden valorar el hematócrito y la hemoglobina.

Las pérdidas sanguíneas se restituyen con solución salina, Hartman, albuminas o dextrán, a través de venoclisis hasta estabilizar la presión arterial. Se puede utilizar la transfusión sanguínea cuando hay sangre disponible y las pérdidas de ésta ha sido considerable, tomándose en cuenta el volúmen y la cantidad de sangre pérdida, existencia o no de hemorragia continua, respuesta clínica del paciente a ésta y la cronicidad de las pérdidas sanguíneas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se utilizan antiácidos como el hidróxido de aluminio, de magnesio y bloqueadores de receptores histamínicos para mantener al paciente con un Ph neutro; también se ha usado vasopresina ej. esofagitis, síndrome de Mallory Weiss. También se ha usado antifibrinolíticos como tranexámico que es un ácido que se utiliza para cicatrizar las úlceras, además se incluye en el tratamiento el misoprostol útil en la reparación del epitelio de la mucosa, entre otros fármacos que mejoran el flujo sanguíneo de la misma.

MÉTODOS TERAPÉUTICOS ENDOSCÓPICO

1. Requieren contacto con el tejido
 - a. Escleroterapia de las várices e inyección de aminas simpático miméticas.
 - b. Electrocoagulación.
 - c. Sonda Térmica.
 - d. Clips

2. No requieren contacto con el tejido.
 - a. Fotocoagulación con láser.
 - b. Electrohidrotermosonda.
 - c. Técnicas de pulverización endoscópica (23, 24, 25, 26).

MÉTODO TERAPÉUTICO RADIOLÓGICO

Se controla con vasopresina ocluyendo el vaso sangrante con diversos agentes como coágulo sanguíneo y émbolos sintéticos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Es de urgencia cuando:

1. Hay hemorragia exanguinante.
2. Paciente continua sangrando y requiere transfusión de 500 cc de sangre cada 8 horas.
3. Paciente que vuelve a sangrar en el hospital.

Indicaciones relativas:

1. Hemorragia por úlcera gástrica crónica.
2. Hemorragia por úlcera duodenal crónica.
3. Presencia de vaso viable por endoscopia.
4. Recurrencia de la hemorragia por úlcera duodenal crónica después de su detenimiento inicial, si el paciente es mayor de 50 años.
5. Hemorragia por cualquier causa que no sea várices esofágicas (1, 16, 27, 28).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio analítico caso control no pareado.

Área de Estudio:

Fué realizado en la ciudad de León ubicado en el occidente del país, que tiene una población aproximada de 336,000 habitantes.

Este departamento cuenta con un Hospital Escuela: Oscar Danilo Rosales (HEODRA), está ubicado en el centro de la ciudad donde se brinda atención médica en las especialidades de: Medicina Interna, Gineco-obstetricia, cirugía, Pediatría, Radiología y Ortopedia.

Los pacientes que aceptaron participar en el estudio, estuvieron ingresados en el departamento de medicina interna; ubicado en el cuarto piso del HEODRA constando con 14 médicos especialistas, 12 médicos residentes, 9 médicos internos, personal de enfermería y 42 camas de hospitalización.

Población de estudio:

Se estudiaron a todos los pacientes seleccionados de manera no aleatoria, que ingresaron al departamento de Medicina Interna y que cumplieron los criterios de inclusión de caso y control, seleccionando por cada caso dos controles.

Criterios de inclusión:**Casos:**

1. Se diagnosticó sangrado digestivo alto en aquellos pacientes que presentaron hematemesis y/o melena.
2. Pacientes mayores de 12 años de edad.
3. Que ingresaron al departamento de Medicina Interna en el período de estudio con su primer episodio de sangrado digestivo alto.
4. Que no estuvieron en estado agónico o en la etapa terminal de la enfermedad.
5. Que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Control:

1. Pacientes que se hospitalizaron por otros diagnósticos diferentes a sangrado digestivo alto y que nunca presentaron hematemesis y/o melena.
2. Que ingresaron en los servicios de Medicina Interna y Ortopedia durante el período de estudio.
3. Que fueron buscados inmediatamente después de encontrar un caso, no estando en estado agónico ni en etapa terminal de su enfermedad.
4. Mayores de 12 años de edad.
5. Que no padecían ninguna enfermedad gastrointestinal.
6. Que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Fuente:

Primaria; ya que se entrevistaron directamente a los pacientes.

Instrumento:

Se elaboró un formulario estandarizado conteniendo preguntas abiertas y cerradas elaboradas por los autores, al cual se le realizó una prueba piloto con 10 casos y 10 controles. Después de hacer las correcciones necesarias se procedió a recolectar la información.

Procedimiento:

Se recolectó la información de todos los pacientes que ingresaron y que reunieron los criterios de inclusión. Se realizó una entrevista utilizando un formulario previamente elaborado. La información fue recolectada por una persona previamente entrenada para el llenado de dicho formulario.

Aspectos éticos:

Se solicitó el consentimiento de los pacientes para ser incluidos en el estudio, a los cuales se les brindó información sobre la finalidad del mismo y se les garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos.

Variables del estudio:

1. Edad
2. Sexo
3. Enfermedad asociada (Cirrosis hepática y artritis reumatoidea)
4. Ingesta de fármacos (AINES)
5. Ingesta de alimentos calientes
6. Ingesta de bebidas de cola
7. Ingesta de licor
8. Ingesta de café
9. Tabaquismo

Plan de Análisis

La información obtenida fue procesada por computadora utilizando Epi-info versión 6.04. Para el análisis se comparó grupo de casos y grupo de control, utilizando distribución de frecuencia (Porcentaje).

Para determinar el riesgo de asociación se calculó el O.R (Razón de Monomios) y para estimar la significancia estadística se utilizó el L.I del I.C (Límite Inferior del Intervalo de Confianza) al 95%, se calculó la fracción atribuible y fracción prevenible presentándose los resultados en tablas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	ESCALA O VALORES
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Menor o igual a 40 años Mayor de 40 años
Sexo	Características físicas que distinguen al hombre de la mujer	Masculino Femenino
Enfermedades Asociadas	Son las diferentes entidades nosológicas que se asocian a la aparición de sangrado digestivo alto	Cirrosis Artritis Reumatoidea
Ingesta de AINES	Drogas o medicamentos a que son sometidos los pacientes y que pueden provocar hemorragia digestiva superior por causar daños en la mucosa	SI _____ NO _____
Ingesta de alimentos calientes	Consumo de nutrientes a una temperatura mayor de lo normal	SI _____ NO _____

S
C
I
E
N
C
I
A



Ingesta de bebidas de cola	Sustancia que contiene cafeína, estimulante de la secreción HCL y Pepsina	SI _____ NO _____
Ingesta de licor	Es el consumo de liquido orgánico (Aguardiente rectificado)	SI _____ NO _____
Ingesta de café	Es el consumo de una sustancia que contiene cafeína	SI _____ NO _____
Tabaquismo	Hábito de fumar o mascar las hojas de una planta llamada nicotina tabacum que contiene nicotina.	SI _____ NO _____

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 216 pacientes ingresados a los Departamento de Medicina Interna y Ortopedia, de los cuales 72 pacientes correspondían a los casos (33.33%) y 144 fueron controles (66.66%).

Del total de los casos 10 presentaron Cirrosis Hepática (13.88%) y de los controles solamente 2 (1.38%).

La presencia de Artritis reumatoidea fue de 9 casos (12.5%) y de 4 controles (2.77%).

Al compararse los casos y los controles, encontramos que 20 casos (27.5%) y 16 controles (11.1%) ingirieron fármacos anti-inflamatorios no esteroideos en alguna etapa de su vida. Además 44 casos (61.1%) y 49 controles (34%) habían ingerido café.

Al categorizar la edad según los grupos etáreos se encontró que de los 216 pacientes, 72 eran menores o igual a 40 años; de los cuales 14 fueron casos (19.4%) y 58 eran controles (40.2%). Los restantes (144 pacientes) eran mayores de 40 años, siendo 58 casos (80.5%) y 86 controles (59.7%).

De todos los pacientes solo 86 confirmaron ingerir alimentos calientes, con una distribución de 37 casos (51.38%) y 49 controles (34%). 63 casos (87.5%) y 114 controles (79.16%) refirieron haber ingerido bebidas colas.

La mayoría de los pacientes pertenecían al sexo masculino para un total de 115, 42 eran casos (58.3%) y 73 pertenecían a los controles (50.69%). El sexo femenino estaba representado por 30 casos (41.66%) y 71 controles (49.3%).

Menos de la mitad de los pacientes reportaron haber consumido licor, encontrándose sólo 25 casos (34.7%) y 46 controles (31.94%); siendo relevante que es dos veces más frecuente el consumo de licor en los controles. De igual forma ocurre con el fumado, en donde menos de la mitad de los pacientes tenían el hábito de fumar; 19 casos (26.38%) y 39 controles (27%). (CUADRO 1)

En los casos se encontró 2 o más factores predisponentes siendo, los más importantes: la cirrosis hepática, artritis reumatoidea y la ingesta de Antinflamatorios no esteroideos; los cuales presentaron asociación y significancia estadística.

Para determinar la existencia de asociación, se calculó el O.R (Razón de Monomios) y para valorar la significancia estadística se utilizó el I.C 95% (Límite Inferior del Intervalo de Confianza al 95%); encontrándose para la cirrosis un O.R (11.45%), I.C 95% (2.44 – 53.81), F.A (91.3%).

Se estimó para artritis reumatoidea un O.R (5.0), I.C 95% (1.48 – 16.85), F.A (80%), para la ingesta de Antinflamatorio no esteroideos un O.R (3.08), I.C 95% (1.48 – 6.40), F.A (67.5%). En la ingestión de Café se determinó un O.R (3.05), I.C 95% (1.70 – 5.47), F.A (67.2%).

Según la edad en pacientes mayores de 40 años el O.R fue de (2.79), I.C 95% (1.43 – 5.47), F.A (64.2%).

En los pacientes que ingerían alimentos calientes el O.R fue de (2.05), I.C 95% (1.15 – 3.65) y F.A (51.2%); y en los que ingerían bebidas de colas el O.R fue (1.84), I.C 95% (0.82 – 4.12), F.A de (45.7%).

El sexo masculino obtuvo un O.R (1.36), I.C 95% (0.77 – 2.41), F.A (26.6%). Tomando en cuenta el número de pacientes que consumían licor el O.R fue (1.3), I.C 95% (0.62 – 2.06), F.A (11.8%) y para aquellos con el hábito de fumar se estimó un O.R (0.97), I.C 95% (0.51 – 1.83) y F.P (3.5%). (CUADRO 2).

DISCUSIÓN

Aún a pesar de los avances en los últimos 20 años en farmacoterapia y técnicas endoscopia, el sangrado digestivo alto es una causa relativamente frecuente de consulta en los servicios de emergencias.

La mortalidad por ésta patología permanece virtualmente igual, en un rango de 5 a 10% como resultado del aumento del número de pacientes expuesto a más de dos factores de riesgos (28).

Los factores que influyen en la aparición de sangrado digestivo alto, han sido motivo de investigación por lo que teóricamente la literatura médica; ha asociada la ingesta de ciertas sustancia como factores productores de lesiones en la mucosa del esófago, estómago y duodeno.

Considerando que la presencia de éstos factores con otras patologías agregadas , aumenta el riesgo de provocar sangrado digestivo alto (1,2,29).

Se incluyó en nuestro estudio como factores de riesgo, la presencia de cirrosis hepática, artritis reumatoidea, ingesta de fármacos (antiinflamatorio no esteroideo), bebidas de colas, café, consumo de alcohol, tabáco y como factores no modificables el sexo y la edad.

Una vez procesados y analizados los datos, se encontró que la presencia de cirrosis hepática tiene una fuerte asociación con la aparición de sangrado digestivo alto; alcanzando significancia estadística, aunque con baja precisión; lo cual corresponde con la literatura, donde se expone que los pacientes con cirrosis hepática presentan en la mayoría de los casos

hipertensión portal la cual desencadena hemorragias bruscas y masivas debido a rupturas de várices esofágicas (7,30).

De igual forma encontramos buena asociación y significancia estadística entre sangrado digestivo alto y la presencia de artritis reumatoidea; pero con baja precisión. Según datos bibliográficos los pacientes con artritis reumatoidea, ingieren esteroides por tiempo indefinido dicho medicamento disminuyen la producción del bicarbonato pancreático y por ende su concentración a nivel gástrico y duodenal; aumentando el riesgo de presentar úlceras gastro-duodenales (1,15). Este efecto se ve potenciado con la ingestión de anti-inflamatorios no esteroideos, lo cuales presentaron en nuestro estudio asociación y significancia estadística; pero baja precisión.

De forma general la ingesta prolongada de anti-inflamatorios no esteroideos, pueden provocar hemorragias por alterar la mucosa gástrica: al disminuir la resistencia de la misma a la acción ácido péptica, inhibiendo la mitosis y la regeneración de las células epiteliales (14).

También se identificaron como factores de riesgos la ingesta de alimentos calientes, café y la edad (mayores de 40 años), los cuales alcanzaron significancia estadística y buena asociación.

Además se logró determinar que el sangrado digestivo alto, constituye un problema médico principalmente en la población del sexo masculino teniendo en nuestro estudio dicha variable asociación, buena precisión pero no significancia estadística (28).

La ingesta de bebida de cola y alcohol como factores de riesgos presentaron asociación pero no fueron estadísticamente significativos; cabe señalar que la ingesta de alcohol obtuvo buena precisión.

Aparentemente el hábito de fumar en los pacientes representa una medida de protección, no alcanzó significancia estadística pero si buena precisión esto concuerda con la literatura donde como único factor no representa un riesgo para el sangrado digestivo, pero si al asociarse con otros factores de riesgos ya que la cafeína predispone a la aparición de úlcera gástrica y duodenal por ser estimulante moderadamente potente de la secreción ácido-péptica que actúa sobre las células parietales. Además tiene la propiedad de aumentar la respuesta ácida del tabaco y del alcohol (2,3,4,7,14,15).

CONCLUSIONES

1. Mediante el estudio realizado se logró comprobar la hipótesis planteada, en donde los pacientes que ingieren fármacos anti-inflamatorios no esteroideos tienen dos veces más la probabilidad de presentar sangrado digestivo alto; en relación a los pacientes que no lo ingieren.
2. De los factores de riesgos estudiados concluimos que: la presencia de cirrosis hepática, artritis reumatoidea, pacientes mayores de 40 años de edad, la ingestión de alimentos calientes y café fueron los que alcanzaron significancia estadística aunque algunos de ellos con baja precisión; lo cual se atribuye probablemente al tamaño de la muestra.
3. El sexo masculino, la ingesta de bebidas colas y el consumo de alcohol son factores de riesgos, que presentan asociación con el sangrado digestivo alto; pero sin significancia estadística.
4. Se determinó que los pacientes fumadores no tienen riesgo de padecer de sangrado digestivo alto.
5. La presencia de dos o más factores de riesgos en un mismo paciente, aumenta la probabilidad de aparición de sangrado digestivo alto.

RECOMENDACIONES

1. Realizar campañas de educación en atención primaria a la población en riesgo, con el objetivo de disminuir el consumo de alcohol, la ingestión de alimentos calientes, café y bebidas colas para evitar los efectos dañinos que estos provocan a la salud.
2. Evitar el consumo de fármacos (anti-inflamatorios no esteroideos), que provoquen alteraciones de la mucosa gástrica y en caso de ser necesarios su uso; añadir un medicamento protector de la mucosa (antagonista H₂).
3. Recomendamos realizar otro estudio con una muestra mayor, para comprobar la asociación de los factores de riesgos que no alcanzaron significancia estadística.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Allan. E. Read. Gastroenterología básica y enfermedades hepáticas. 1ra edición. Tomo I. pp 188-199. Manual Moderno 1985.
2. S. ANA, P.L. Carlos, D. María, et al; Hemorragia digestiva superior en pacientes mayores de 60 años, GEN, Revista de la sociedad Venezolana de gastroenterología, vol, 47 No. 2 abril – junio 1993, P. 53 – 56.
3. M.C Alfredo, B.G. Luis, RM Munir, Endoscopia digestiva superior alteraciones gasométricas, GEN, Revista de la sociedad Venezolana de gastroenterología, vol. 47, No. 3 de julio- Septiembre, 1993, P. 117-122.
4. R. Fidel, C. Calixto, María José; et al hemorragia digestiva superior análisis prospectivo de 741 casos, GEN, Revista de la sociedad Venezolana de gastroenterología, vol. 47, No. 3 julio – Septiembre 1993, P. 139 – 144.
5. P. Ramón. O. Renato, U. Gloria et al; Gastropatía Portal: Correlación endoscópica-histológica, GEN Revista de la sociedad Venezolana de gastroenterología vol. 48. No.1 enero – marzo, 1994, P. 7 – 9.
6. Esclerosis de várices esofágicas, GEN, Revista de la sociedad Venezolana de gastroenterología, vol. 43, No.1 enero- marzo, 1989, P. 61 – 67.
7. H. Humberto Q. Edgard, M. Wilmer, et al Escleroterapia con etanol al 75% en el control de la hemorragia por enfermedad ulcero-péptica, GEN Revista de la sociedad Venezolana de gastroenterología. vol.48 No.1 enero – marzo, 1994, P. 1 –6.
8. A. Salvador, G. Hector, et al El valor de la endoscopia de emergencia en hemorragia digestiva superior; GEN Revista de la sociedad Venezolana de gastroenterología, vol.44 No.2 abril – junio, 1990, P. 125 – 133.

9. Cañardo. J.R. Hemorragia Digestiva alta en el anciano. Medicina integral. 1996; 5 (5)175-181.
- 10.M. José, R. Fidel. Calixto et. al. Factores clínicos pronósticos de mortalidad en hemorragia digestiva superior; Gen, revista de la sociedad venezolana de gastroenterología, vol. 47, Nº 4 Octubre-Diciembre pp. 199-203.
- 11.A. S. Carlos P. O Eduardo, et al Hemorragia del tubo digestivo alto, manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias; 3ra edición, interamericana, México D.F. 1996 pp. 176-190.
- 12.US. Lawrnce. Hipertensión portal, diagnóstico y tratamiento quirúrgico. 1999.
- 13.T.O David, Hemorragia gastrointestinal, Medicina de urgencias interamericana, México D.F, 3ra edición, 1992. pp. 177-180.
- ✓ 14.Bockus. H.L Gastroenterología. 3ra edición. Tomo I. pp. 807-902. Salvat editores, S.A, Barcelona España 1983.
- 15.Dr. Howard. M Spirol. Gastroenterología clínica. 2da edición, pp. 226-229; 251-256. Nueva editorial interamericana 1980.
- 16.Dykes Keghley, P.M Hemorragia digestiva. Ediciones Doynes. S. A pp 3 – 54, Edición Española, Barcelona España 1983.
- 17.Kravis T.C. Warner, Urgencias Médicas pp 294.
- 18.Mortalidad en pacientes con hematemesis y melena, British Medical Journal, vol. Nº 1, 1979. pp. 1238-1240.
- 19.B. Cuenca, J.M Portillo, A.P Sola. Hemorragia digestiva, manual de diagnóstico y terapéutica médica. 2da edición. Madnel 1990. pp 223-235.
- 20.P.G Ramsey, E.B Larson. Hemorragia digestiva manual de terapéutica médica, interamericana, 2da edición México D.F 1995. pp 361-365.
- 21.C. Villanueva, J. Balanzó. La esclerosis de várices esofágica, Medicina integral vol B. Nº 7. Abril 1996. pp 345-352.

22. D. Moreno S; Hemorragia digestiva alta aguda, diagnóstico y tratamiento, medicina integral vol 16. N° 6. Octubre 1990. pp 223-235.
23. Terapia endoscópica para úlcera sangrante. Gastroenterology 1992 marzo, vol 102, N° 3, pp 1083-1084.
24. Escleroterapia profiláctica. Gastroenterology 1992 Junio. Vol 102, N° 6, pp 2187-2188.
25. Esclerosis de Várices esofágicas. Gen: Revista de la sociedad venezolana de gastroenterología, Enero-Marzo 1989, vol 45, N° 3, pp 265-267.
26. Fotocoagulación con láser en el tratamiento de las úlceras agudas sangrantes. The New England Journal of medicine Junio/25, 1987. vol 316. N° 26. pp 1618-1621;
27. [www.spache.com.mx/acordeon/materea/anatomia/sangrado digestivo.htm](http://www.spache.com.mx/acordeon/materea/anatomia/sangrado_digestivo.htm).
28. [www. Medicos. Sa cr/general/actamed/n4/sangrado.htm](http://www.Medicos.Sa.cr/general/actamed/n4/sangrado.htm).
29. Sabiston D.C tratado de patología quirúrgica. 11va edición. Tomo I pp. 887-980. Nueva editorial interamericana. 1982.
30. J. Halabe. El internista. Medicina interna para internista. Editorial interamericana, 1997. México. 1ra edición. pp 547-555.

ANEXOS

Formulario de recolección de la información

Título

**Factores de riesgos asociados a sangrado digestivo alto en pacientes
Ingresados en el departamento de Medicina Interna del HEODRA.**

León Abril 1998 – Diciembre del 2000

N° de Ficha. _____

Nombre: _____ **Edad:** _____

Sexo: **Masculino:** _____ **Femenino:** _____

1. Ha tomado en los últimos 6 meses algún medicamento:

SI _____ NO _____ Cual _____

2. Ha ingerido usted alimentos calientes en los últimos 6 meses:

SI _____ NO _____

3. Ha tomado bebidas cola en los últimos 6 meses:

SI _____ NO _____ Cual _____

4. Ha ingerido usted alcohol en los últimos 6 meses:

SI _____ NO _____ Cual _____

5. Ha fumado en los últimos 6 meses:

SI _____ NO _____

6. Ha tomado usted café en los últimos 6 meses:

SI _____ NO _____

7. Enfermedades asociadas:

Padece de:

Cirrosis hepática

SI _____

NO _____

Artritis

SI _____

NO _____

Fecha de llenado de ficha: _____ **Firma de encuestador:** _____

CUADRO 1. Características de los pacientes estudiados, casos de sangrado digestivo alto y controles egresados de Medicina Interna, HEODRA. Abril 1998 – Diciembre 2000

Variable		Casos		Controles	
		Nº	%	Nº	%
Cirrosis Hepática	SI	10	13.88	2	1.38
	NO	62	86.1	142	98.6
Artritis Reumatoidea	SI	9	12.5	4	2.77
	NO	63	87.5	140	97.2
Ingesta de AINES	SI	20	27.5	16	11.1
	NO	52	72.2	128	88.8
Ingesta de Café	SI	44	61.1	49	34
	NO	28	38.8	95	65.97
Edad	<= 40 años	14	19.4	58	40.2
	> 40 años	58	80.5	86	59.7
Ingesta de Alimentos Calientes	SI	37	51.38	49	34
	NO	35	48.6	95	65.97
Ingesta de bebidas colas	SI	63	87.5	114	79.16
	NO	9	12.5	30	20.8
Sexo	Masculino	42	58.3	73	50.69
	Femenino	30	41.66	71	49.3
Ingesta de Licor	SI	25	34.7	46	31.94
	NO	47	65.2	98	68
Fumado	SI	19	26.38	39	27
	NO	53	73.6	105	72.9



CUADRO 2. Características de los pacientes estudiados, casos de sangrado digestivo alto y controles egresados de Medicina Interna, HEODRA. Abril 1998 – Diciembre 2000

Variable	O.R	I.C 95%	F.A	F.P
Cirrosis Hepática	11.45	2.44 – 53.81	91.3	-
Artritis Reumatoidea	5	1.48 – 16.85	80	-
Ingesta de AINES	3.08	1.48 – 6.40	67.5	-
Ingesta de Café	3.05	1.70 – 5.47	67.2	-
Edad > 40 años	2.79	1.43 – 5.47	64.2	-
Ingesta de Alimentos Calientes	2.05	1.15 – 3.65	51.2	-
Ingesta de bebidas colas	1.84	0.82 – 4.12	45.7	-
Sexo Masculino	1.36	0.77 – 2.41	26.6	-
Ingesta de Licor	1.13	0.62 – 2.06	11.8	-
Fumado	0.97	0.51 – 1.83	-	3.5

Fuente: Primaria

F.A (Fracción Atribuible)

I.C (Intervalo de Confianza)

O.R (Odd Ratio)

F.P (Fracción Prevenible)

