

MED
+ 05/15
V 297 h.
2006

304.1 /
616
V4262

988

COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA
INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA BOLIVIANO JAPONES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
COCHABAMBA BOLIVIA



TRABAJO DE INVESTIGACION

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, INCIDENCIA, ETIOLOGIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MORBI-MORTALIDAD EN EL I.G.B.J. Cbba. ENERO 2003 A DICIEMBRE 2004

Dr. Edmundo Lazo Hollkons
GASTROENTEROLOGO
M.P. E-289
GASTROENTEROLOGICO BOLIVIANO JAPONES
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA

vs Bo

AUTOR: Dr. Grover Vargas Bazoalto

TUTOR: Dr. Edmundo Lazo H.

FECHA: Febrero de 2006

INDICE

1.- Índice	2
2.- Resumen	3
3.- Introducción	4
4.- Marco teórico	6
5.- Planteamiento del problema	22
6.- Justificación	22
7.- Objetivo general	22
8.- Objetivos específicos	22
9.- Material y Métodos	23
10.- Resultados	24
11.- Conclusiones	27
12.- Discusión	27
13.- Recomendaciones	29
13.- Bibliografía	30
14.- Anexos	31

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta (HDA) representa en nuestro medio una causa frecuente de hospitalización, siendo esta 1 de cada 9 pacientes constituyendo el 11% de los pacientes hospitalizados.

Se revisaron 408 pacientes ingresados con diagnóstico de HDA en el periodo comprendido de enero del 2003 a diciembre 2004, de los cuales 282 (69%) son de sexo masculino y 126 (31%) femenino. El grupo etareo más afectado son los pacientes de 61 a 70 años (20%) y en general los pacientes mayores de 40 años representan el 74%.

La etiología corresponde a úlcera péptica 44% repartidos en pacientes con úlcera gástrica 22% y con úlcera duodenal 22%; varices esofágicas 19%; desgarro de Mallory Weiss 6%; lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal (gastroduodenitis erosiva) 5%; lesión vascular de Dieulafoy 4%; cáncer gástrico 2%; otros 3%; sitio no precisado 17%.

El 54% de los pacientes acudieron por presentar hematemesis y melena (ambos). El tiempo de evolución del cuadro clínico fue menor a 24 horas en el 59% de los pacientes.

La gravedad se valoró de acuerdo a: signos de shock 9%, frecuencia cardíaca más de 100 latidos por minuto 37%, presión arterial sistólica menor a 100 28%, hemoglobina menor a 7 mg/dl 19%, sonda naso gástrica con débito activo 33%, creatinina mayor a 1,5 21%, el 58% requirió transfusión sanguínea siendo 44% menos de tres unidades y el 14% 4 o más unidades de sangre.

El tiempo de endoscopia inicial fue menor a 12 horas en el 59% y el resto diferido.

Se realizó endoscopia alta en el 90% de los pacientes, en el 50% la endoscopia fue diagnóstica y terapéutica y en el 40% solo diagnóstica. El método terapéutico más utilizado fue la infiltración con adrenalina en el 55%.

La mortalidad global corresponde al 14%. Del total de pacientes fallecidos el 23% se determinó como origen varicoso, el 17% no varicoso y el 60% de origen no

determinado cabe mencionar que de estos últimos el 91% presentaba hepatopatía alcohólica crónica.

INTRODUCCION

La hemorragia digestiva alta es una urgencia médica frecuente que deben atender los médicos siendo así que en los EEUU se presentan en forma anual alrededor de 300.000 hospitalizaciones –no teniendo cifras en nuestro medio-; otros estudios indican que la frecuencia de presentación es de 1 por cada 20.000 habitantes y representa como causa de ingreso de 50 por cada 100.000 pacientes internados y aceptándose que representan el 5% de los ingresos hospitalarios por urgencia.

La mortalidad global es variada siendo entre 8% a 12%. Es más frecuente en el sexo masculino (2-1), el grupo etareo más afectado se encuentra entre los 50 a 60 años. La etiología: no varicosa y la varicosa. Dentro de la no varicosa se tiene: la úlcera péptica representando en alrededor de 40 a 60 casos por cada 100.000 pacientes siendo la causa más frecuente de HDA y responsable del 50% de todos los casos, (siendo las úlceras duodenales el doble de las úlceras gástricas); las lesiones erosivas de la mucosa gástrica y duodenal que representan el 16% de los casos; los desgarros de Mallory Weiss representan 5% al 10%; cáncer gástrico 1% al 5%; lesiones vasculares de Dieulafoy 6%; sitio no precisado 5%. La hemorragia de origen varicoso 10 %.

El cálculo de la gravedad de la hemorragia es un factor pronóstico representado por: frecuencia cardíaca mayor a 100, PAS menos a 100, hemoglobina menor a 7, débito de sonda nasogástrica, antecedentes de patologías asociadas, diuresis, función renal y resangrado

Pronóstico de los pacientes desatara dado por múltiples criterios entre ellos: criterios clínicos: Edad mayor de 55 años, forma de presentación (shock al ingreso), enfermedades asociadas (insuficiencia cardíaca, renal, respiratoria, hepática), descenso de la cifra de hemoglobina por debajo de 7gr. /dl, unidades de sangre transfundidas, más de 5 en las primeras 24 horas, recidiva hemorrágica; y criterios endoscópicos: Signos de hemorragia (Grados de Forrest), localización de

la lesión: Cara posterior de bulbo duodenal, borde superior del bulbo. (Discurre la arteria pilórica), tamaño de la úlcera: mayor de 2 cm.

La mortalidad representa del 2% al 10% en las diferentes series y esta muy relacionada con la gravedad de la hemorragia, enfermedades concomitantes y el correcto tratamiento medico, endoscopico y quirúrgico, por lo tanto es evidente que el manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinario, solo de esta manera se obtendrá un nivel óptimo de tratamiento y disminuir la mortalidad; es importante mencionar que pese a los adelantos en cuanto a manejo multidisciplinario, implementación de unidades de sangrantes, mejoras en la terapéutica endoscopica y en general la elaboración de protocolos de manejo de pacientes sangrantes han contribuido a disminuir la mortalidad pero no en la magnitud esperada.