

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR"
(Revisión de los casos en el Hospital,
Centro Médico)

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

Por

EMILIO AVILA LAU

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Septiembre de 1980.

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II REVISION DE ANTECEDENTES
- III REVISION DE LITERATURA
- IV OBJETIVOS
- V MATERIAL Y METODOS
- VI PRESENTACION DE RESULTADOS
- VII CONCLUSIONES
- VIII RECOMENDACIONES
- IX BIBLIOGRAFIA.

El paciente con Hemorragia Gastrointestinal Superior, representa un serio problema para el gastroenterólogo, el internista y el cirujano, — debido a que son varias las causas capaces de dar lugar a un mismo complejo sintomático, que puede llegar a poner en peligro la vida del paciente; por lo tanto el uso racional de los métodos diagnósticos y terapeúticos disponibles hará cambiar el pronóstico de estos pacientes.

La exploración del tracto gastrointestinal superior por medio de Serie Gastroduodenal, puede algunas veces demostrar la causa de la hemorragia, pero, algunas lesiones por su naturaleza y localización, pasan desapercibidas en el estudio radiológico.

La introducción de la endoscopía con fibra óptica desde 1957, ha mejorado notablemente las posibilidades diagnósticas y si a esto se le — agrega la introducción de los estudios Radiológicos con doble medio de contraste, el clínico cuenta en la actualidad con mejores ayudas diagnósticas.

El propósito del estudio es hacer una revisión de los casos de Hemorragia Gastrointestinal Superior que se presentaron en el Hospital Centro Médico durante los últimos cinco años, con el fin de evaluar el manejo y los resultados — obtenidos, y de esta forma contribuir en el conocimiento de este tipo de patología en nuestro medio, sugiriendo además, recomendaciones que — ayuden a mejorar el pronóstico y tratamiento de estos pacientes.

"REVISION DE ANTECEDENTES"

En Guatemala se han realizado varios estudios sobre el Tema a continuación se presentaran los más importante:

- 1.- En la tesis de graduación del Dr. Francisco Vásquez Blanco (1965), se revisan 73 - casos de Hemorragia Gastrointestinal superior en el Hospital Roosevelt, En esa época el principal método diagnóstico era la Serie Gastroduodenal, que fué efectuada en el 79% de los casos. La causa más frecuente de Hemorragia fue Ulcera péptica, en segundo término Carcinoma Gástrico y en tercero Gastritis Aguda Exógena. El total de Endoscopías en este grupo fue de 9; 3 esofagoscopías, 5 gastroscopías y una con ambos procedimientos; no especifica el tipo de endoscopio que se utilizó ni los hallazgos.
- 2.- El Dr. Julio I. Lemus Fernández (1967), - hace una revisión de las Indicaciones Quirúrgicas de 54 pacientes intervenidos en el Hospital Roosevelt, durante los años - de 1959 a 1966; encontrando como indicación principal: "Fallo en el Tratamiento Conservador" (55%). Como en el tratabo anterior el principal método diagnóstico fué la Serie Gastroduodenal - (67%); hubo error en el diagnóstico pre-operatorio en el 48% de los casos. La principal causa de hemorragia fue: Ulcera - Péptica (44%), seguido por varices Esofá-

gicas (29%). La mortalidad fué del 11%.

- 3.- En 1969 el Dr. Vicente A. Mazariegos Gue-rra, presentó un análisis de 220 casos de Hemorragia Gastrointestinal Superior, tra-tados en el Hospital Roosevelt, (1964-1968) La Serie Gastroduodenal se efectuó en el 74% de los casos, el hallazgo, principal fué Ulcera péptica, el segundo varices eso-fágicas. El 14% de los estudios fueron reportados como normales. El 20% (44) de los pacientes fueron Intervenidos, encon-trando error en el diagnóstico pre-operato-rios en 9 pacientes (20%). La mortalidad en esta serie fué de 18%.
- 4.- El Dr. Leslie Turton Yaggie, en su tesis - de Graduación (1973) analiza los primeros 50 casos de Esofagogastroduodenoscopía , - realizados en el Hospital Roosevelt con fi-broscopio. En este estudio la Endoscopía sirvio para diagnosticar en primer lugar - Carcinoma Gástrico, en segundo Hemorragia Gastrointestinal Superior, en 11 pacientes (22%). No especifica la causa de la hemo-rragia.
- 5.- Solamente existe un trabajo realizado en un hospital Departamental, es el del Dr. Otto R. Tello Aguilar, en Amatitlan (1978). Pre-senta 22 casos, de los cuales solamente a 8 se les efectuó serie Gastroduodenal (36%). Las principales causas de sangrado fueron Ulcera Péptica y Varices Esofágicas. Fue-ron intervenidos 8 pacientes (36%), El por-ccentaje de mortalidad fué de 31% (7ptes.).

6.- Otro estudio sobre endoscopía fué efectuado por el Dr. Juan Carlos García de la Riva (1979), consiste en una revisión de 802 procedimientos efectuados de 1972 a 1979, en los cuales, la principal indicación fué la Hemorragia Gastrointestinal superior, en 287 ptes. (35%); 188 (23%), consultaron por hematemesis y 99 (12%) por melena. El 91% de los estudios tuvieron valor diagnóstico, la principal causa etiológica fué la Gastritis erosiva (36%), seguido por el síndrome de Mallory-Weiss (20%) y úlcera péptica (16%). La explicación de estos hallazgos puede ser el alto grado de alcoholismo encontrado en este grupo de pacientes.

7.- La tesis de Graduación del Dr. César A. Castañeda, es uno de los últimos trabajos realizados sobre Hemorragia Gastrointestinal superior, en el se hace una correlación entre Endoscopía y Radiología; se revisan 30 casos tratados en el hospital Roosevelt (1978-1979), solamente al 46% (14 ptes.) se les realizaron ambos métodos diagnósticos, de estos, en 8 coincidieron los hallazgos radiológicos con los Endoscópicos (57%). Las causas que con mayor frecuencia se encontraron fueron:

- 1.- Gastritis Erosiva (39%).
- 2.- Varices Esofágicas (23%).
- 3.- Ulcera Péptica (13%).

El grado de mortalidad encontrado en este grupo fué de 23% (7 ptes.).

8.- El trabajo más reciente fué llevado a cabo por el Dr. Federico F. Castellanos Baiza (1980), en el se analizan 32 pacientes con Hemorragia Gastrointestinal superior en los que se realizó Endoscopía, (hospital San Juan de Dios), la causa más frecuente de Hemorragia diagnosticada por este método fué la Gastritis Aguda hemorrágica (28%), seguido por Ulcera Péptica (21%) y cáncer Gástrico (18%); otra causa importante fué la Esofagitis (15%). Las varices esofágicas que son hallazgos importante en otros estudios, se encontraron con poca frecuencia (3%).

De los estudios revisados que han sido efectuados en el Extranjero, la mayoría hacen comparaciones entre la efectividad del diagnóstico por Endoscopía y la Radiología con doble medio de contraste, los resultados a pesar de lo efectivo que ha resultado ser este último método diagnóstico, van a favor de la endoscopía con la cual se logra determinar la causa etiológica de hemorragia en porcentajes reportados entre el 90 y 95 %. (3,4,11,10).

Uno de los trabajos más interesantes es el efectuado por Eastwood en 1977, en donde presenta 6 estudios, 4 prospectivos y 2 retrospectivos, en ellos trata de demostrar que el pronóstico del paciente en cuanto a número de intervenciones quirúrgicas, mortalidad, No. de transfu-

siones utilizadas, etc, no cambia con la utili-
zación temprana de la Endoscopía. Esto quiere
decir que a pesar de tener un mejor diagnóstico
los resultados del tratamiento serán los mis-
mos que no teniéndolo; razonamiento difícil de
aceptar.

Se ha demostrado la eficacia de los bloqueadores de receptor H₂ para preve-
nir la úlceración de la mucosa gástrica produ-
cida por situaciones de alarma y aspirina tó-
pica. No se ha definido aún el mecanismo pre-
ciso. Se hallan en la actualidad en progreso
estudios para una definición adicional de la
eficacia de la Cimetidina en la hemorragia --
gastrointestinal alta de la gastritis erosiva
y de la insuficiencia hepática. (7,9).

Las antihistaminas clásicas (antagonis-
tas de receptor H₁) conocidas desde hace vari-
as décadas antagonizan en forma competitiva de la
acción de la histamina sobre el músculo liso
pero no ejercen efecto inhibitorio sobre la
secreción de ácido gástrico estimulada por la
histamina, la cimetidina es un antagonista --
competitivo específico de los receptores H₂ -
inhibe la secreción ácida estimulada por la
histamina, pentagastrina, cafeína, insulina -
comida ficticia y alimentos. (7,9)

La administración de Drogas y Alimentos
de EEUU ha señalado que la cimetidina es inocua
para uso a corto plazo (8 semanas). Se ha --
identificado efectos secundarios indeseables

en la terapia prolongada tales como: Ginecomas-
tia uni o bilateral, granulocitopenia, cierto
aumento de la creatinina sanguínea, pero no hay
evidencia de nefrotoxicidad, síndrome confusio-
nal, reducción del número de espermatozoides en
un 43%; todo lo anterior desaparece rápidamente
al suspender la droga según los informes actua-
les, pero aún se tienen poco estudios sobre --
estos problemas. (7,9).

REVISION DE LITERATURA
"HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR"

Se define como la hemorragia producida en el tracto gastrointestinal por arriba del ángulo de Trietz (Esófago, Estómago y Duodeno) (2, 5, 6, 12, 16, 17, 19, 20, 25)

Las formas principales de manifestación son Hematemesis y Melena. La sangre vomitada puede ser rojo brillante u oscuro como resultado de la conversión de la hematina por el ácido clorhídrico; el color negro de las heces es producido por acción del ácido gástrico-pépsina y el pigmento de porfirina (2, 20). En algunas ocasiones se puede presentar sangre roja en las heces, como sucede en hemorragias masivas por úlcera duodenal, esto se debe a aumento del peristaltismo producido por la sangre dentro de la luz intestinal.

Ocasionalmente el Shock y la muerte se producen después de hemorragia Gastrointestinal superior antes de que se vea externamente la sangre. (2, 21, 17)

Las causas pueden dividirse en:

- a) Enfermedad del tracto Alimentario.
- b) Enfermedades de órganos acompañantes.
- c) Enfermedades Sistémicas. (2).

ENFERMEDADES DEL TRACTO ALIMENTARIO:
hemorragia
varices
esofagitis
tumores
úlcera péptica

A nivel del esófago las principales causas de sangrado son: varices esofágicas, Síndrome de Mallory-Weis y esofagitis; otras menos frecuentes son: los tumores benignos y malignos y la úlcera péptica del esófago.

Las varices esofágicas son una manifestación de hipertensión portal, generalmente producida por Cirrosis Hepática; en un pequeño número de casos son producidas por obstrucción extrahepática (12).-

En los estudios efectuados en nuestro medio se encuentran porcentajes que van del 5 al 23% de los casos de HGIS, por varices esofágicas (5, 6, 10, 26), en el nuestro le correspondió el 5% -

Síndrome de Mallory-Weis es producido por violentos esfuerzos de náusea y vómitos que causan desgarros de la mucosa y submucosa del esófago distal y el cardias (2, 20). Se han encontrado principalmente en alcohólicos pero también se presentan en hiperemesis gravídica y otras causas que aumenten la presión intra abdominal, tales como convulsiones, trauma cerrado de abdomen, etc. (2, 20). El 60% de estos desgarros envuelven el cardias, el 15% el esófago distal y el 25% cruzan la unión esófago-gástrica (2). En uno de los estudios nacionales se le atribuye el 20% de las causas de sangrado (10), los reportes extranjeros le dan alrededor del 5% (4) y nosotros encontramos solamente un caso.

En la Esofagitis, la hemorragia masiva es una complicación poco frecuente algunos autores

refieren que la melena es más frecuente que la hematemesis en el sangrado por esta causa (20, 21). La esofagitis se debe a regurgitación - Gastro-esofágica, y es la causa más común de - HGIS en el embarazo (2).

En estómago y duodeno la úlcera péptica crónica, la úlcera péptica aguda y las gastritis erosivas son las causas más frecuentes de sangrado.

La úlcera péptica crónica (duodenal y gástrica) es la causa más frecuente de Hemorragia del tracto gastrointestinal alto (2, 16, 26). Puede manifestarse con melena, hematemesis o ambas.

En las úlceras gástricas es más frecuente la hematemesis que la melena sola (2), el hecho de que melena se presente con mayor frecuencia que hematemesis en enfermos ulcerosos probablemente esté relacionado con la mayor proporción existente de úlceras duodenales (22). En nuestro trabajo la melena fué la principal manifestación coincidiendo con el mayor número de úlceras duodenales encontradas.

Antes de la introducción de la endoscopia nuestro estudio reportaban porcentajes tan altos para úlceras pépticas como 78% (26), con la introducción de este método diagnóstico su frecuencia se ha reducido, encontrandola solamente en el 15 al 25% (10), para nosotros fué la principal causa de hemorragia (54%).

Las úlceras agudas del estómago son responsables de un gran número de casos de hematemesis

y melena, se localizan con mayor frecuencia en la curvatura menor del estómago (17, 20)

Cushing en 1932 describió la presencia de lesiones ulcerosas después de operaciones, o lesiones intracraneanas; Curling las encontró en pacientes con quemaduras extensas, pero también se pueden asociar con procesos infecciosos agudos tales como peritonitis, e infecciones respiratorias (22) y enfermedades malignas. Estas lesiones fueron causa de sangrado en el 5% de nuestros pacientes.

La Gastritis erosiva es probablemente la segunda causa de HGIS en Guatemala, (6, 10), el Dr. García de la Riva la reportó en el 40% de sus casos, nosotros la encontramos en el 29%.

La gastritis erosiva es un defecto circinscrito de la mucosa que no penetra la muscularis mucosae, consiste múltiples y pequeñas ulceraciones con sólo milímetros de diámetro, redondas o ovales, producidas por denudación del epitelio superficial y de gran parte de las glandulas. Son debidas principalmente a ingesta aguda de alcohol, y drogas tales como salicilatos y esteroides. Su primera manifestación clínica es la hemorragia y la endoscopia es el mejor método diagnóstico. (3, 4, 11, 17).

Otras causas de sangrado en estómago y duodeno son: Neoplasias malignas y benignas, hernia del Hiato Esofágico, Divertículos, traumatismo, cuerpos extraños, úlceras en boca anastomótica, prollapso de la mucosa gástrica en el duodeno o esófago y procesos infecciosos tales como sífilis y tuberculosis gástrica.

ENFERMEDAD DE ORGANOS ACOMPAÑANTES:

La sangre deglutida puede ser una razón para encontrar vómitos sanguinolentos en pacientes que han tenido epistaxis durante la noche, hemoptisis, hemorragias de boca y faringe o en casos raros de pacientes psicóticos que han tomado sangre (2,17). Problemas más serios pueden ser los producidos por ruptura de un aneurisma de aórtica que orada la pared del esófago, la hemobilia secundaria a traumatismo, aneurismas o tumores y las provenientes del pancreas como por ejemplo: tumores que oradan la pared del duodeno o el estómago, rupturas de aneurismas de la esplénica en los ducos pancreaticos, etc.

Las enfermedades sistémicas son causa muy rara de HGIS, entre ellas tenemos: El Síndrome de Peutz-Jeaghers, síndrome Carcinoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Pariarteritis Nodosa, Amiloidosis, Sarcoidosis, Mieloma multiple, Enfermedades isquémicas del intestino, Ketoacidosis diabética, etc.

Las discrasias sanguíneas pueden ser causa de sangrado del aparato Gastrointestinal, entre ellas tenemos: Hemofilia, Enfermedad de Von Willebrand, Trombastenia de Glazman, Purpuras, Leucemias, Policitemia, etc.

"DIAGNOSTICO"

Para llegar al diagnóstico etiológico y -- severidad de la hemorragia el clínico tiene que valerse como en toda enfermedad de la histotia, examen físico, estudios de laboratorios y métodos diagnósticos especiales.

HISTORIA:

Se debe indagar sobre los síntomas y tiempo de evolución de los mismos, las características de los vómitos y las heces orientarán sobre la localización del sangrado. Hay que tener una buena historia familiar buscando antecedentes de discrasias sanguíneas y de sangrado, además investigar sobre molestias gastro-intestinales previas, uso de drogas como salicilatos y esteroides e ingesta de alcohol u otros irritantes.

Los antecedentes de enfermedades hepáticas pépticas u otras que se relacionen con hemorragias, previamente diagnosticadas, son importantes. Molestias epigástricas, perdida de apetito y peso pueden orientar a un carcinoma.

EXAMEN FISICO:

Ciertas características pueden ser observadas rápidamente como son: Estado general, presión arterial, frecuencia cardiaca, piel fría y sudorosa.

Para tener una idea de la severidad de la hemorragia en un paciente que aparentemente --

esta en condiciones estables en reposo, se pue de aplicar el Test de Tild, que consiste en -- evaluar la frecuencia cardiaca en decubito dor sal, luego sentar al paciente por tres minutos y tomar nuevamente la Fc., si esta aumenta más de 25 por minuto o se produce síncope, indica que la hemorragia es severa y el paciente se encuentra en un desequilibrio hemodinamico se río.

Hay que evaluar las vías aéreas, boca y garganta para descartar deglución de sangre el aliento a alcohol puede sugerir ingesta previa del mismo, también por este medio se puede sos pechar ingesta de corrosivos e irritantes.

A nivel abdominal el encontrar hipersensi bility y dolor en epigástrico puede hacer nos pensar en enfermedad péptica, cambios en la consistencia y tamaño del hígado y bazo, ascitis, angiomas en forma de araña y circulación colateral indican hipertensión portal. El car cinoma puede ser encontrado como masa abdominal o metástasis, así como ganglios linfáticos en región supraclavicular (Virchou) y/o axilas. La presencia de sangre en la luz intestinal pro duce aumento del peristaltismo. La evaluación cardiopulmonar es importante para detectar alteraciones que puedan complicar el cuadro, así como insuficiencia cardíaca.

La intubación esófago gástrica es parte también del examen físico y sirve para evaluar si hay sangre en el estómago o si la Hemorragia es más baja, puede indicar también la severidad de la misma.

LABORATORIOS:

Al momento del ingreso es importante tomar muestra de sangre para hemoglobina y hematocrito, grupo y Rh, compatibilidad, pruebas hepáticas y de coagulación.

El hematocrito debe ser monitorizado cada 6 horas por lo menos hasta que el paciente haya dejado de sangrar y su estado hemodinámico se encuentra en equilibrio.

"METODOS DIAGNOSTICOS"

Lo más importante es hacer diagnóstico de la causa exacta de la hemorragia, para esto se utilizan diferentes técnicas, entre las que se incluyen: Primero la intubación nasogástrica, con el objeto de verificar si existe sangre en el estómago y evaluar la severidad de la hemorragia; el lavado gástrico nos servirá para preparar la cavidad con intenciones de efectuar la endoscopía lo más pronto posible.

- a) El método más importante para el diagnóstico es la Esofagogastroduodenoscopía, - se han reportados estudios en los que se ha encontrado la causa de sangrado en el 90 a 95% de los casos (3,4,11, 10) en un trabajo realizado por el Dr. García de la Riva se logró el diagnóstico en el 91% de los pacientes, para nosotros la efectividad fué del 75%.

La endoscopía en las primeras 24 horas de ingresado el paciente, habiéndole estabilizado sus alteraciones hemodinámicas -- previamente.

Existen pocas contraindicaciones para el uso de la endoscopía, las más importante son: Shock hipovolemico severo, estados comatosos, insuficiencia cardiaca severa, Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica severa, oclusión coronaria aguda, aneurismas, ----- falta de cooperación del paciente y varices masivas, estas dos últimas son contraindicaciones relativas. Entre las complicaciones, que son raras,

encontramos en primer lugar: alergias y reacciones indesables a los medicamentos utilizados, neumonía por aspiración en pacientes que no ha vaciado bien el estómago y muy raramente perforaciones en -- hipofaringe, esófago, estómago o duodeno (10,2,17,20).

- b) El estudio radiológico del tracto gastrointestinal superior es considerado de valor para el diagnóstico del paciente con Hemorragia gastorintestinal superior; -- antes de 1970 era el principal método -- diagnóstico con que contaba el clínico, pero desde el ingreso de la endoscopía - su importancia a disminuido.

Habitualmente se ha utilizado la exploración con un sólo medio de contraste, en las comparaciones entre la exactitud de la endoscopía y los estudios radiológicos se ha demostrado la enorme ventaja que contiene el primer método (Errores Diagnósticos entre el 50 y 60% (3,4,13).

Las técnicas radiológicas han mejorado -- considerablemente en los últimos años, especialmente con la introducción de la serie gastroduodenal con doble medio de contraste, introducida por los japoneses; -- esta técnica ha demostrado ser muy exacta e inocua para detectar pequeñas lesiones superficiales de la mucosa. Utiliza sulfato de bario de densidad alta para cubrir la mucosa del estómago que se distiende -

con tabletas efervescentes. (3,17).

Se han reportado series tan altas como 83% de efectividad en el diagnóstico con doble medio de contraste (13), pero se explica que en estos estudios el radiólogo conocía el resultado en la endoscopía. En un estudio prospectivo se demostró el 68% de efectividad cuando no se saben los resultados de la endoscopía (3). Se comprobó además que los desgarros del síndrome de Mallory-Weiss son los que pasan de sapercividos más frecuentemente en este estudio.

Aunque la radiología del tracto gastrointestinal superior y la endoscopía son tipos de exploración complementarios y no competitivos, la endoscopía presenta claramente mayores ventajas en el paciente con hemorragia.

c) La angiografía celiaca selectiva puede prestar ayuda en el diagnóstico de ciertos pacientes con hemorragia gastrointestinal alta. Desde los primeros informes relativos al uso de angiografía viseral selectiva transfemoral, este método ha sido utilizado para localizar el vaso sangrante y por esta vía se realizan infusiones de vasopresina en dosis de 0.2 a 0.4 U.I. de vasopresina en 200 cc. de solución salina fisiológica en 15 minutos, si el arteriograma de control permite reconocer todavía una pérdida de

de sangre (arriba de 0.5 cc/minuto) la infusión puede prolongarse durante 12 horas. El cateter lleno de suero permanece en su sitio durante 1 o 2 días, de manera que pueda repetirse durante este período una nueva infusión si es necesaria, a esta dosis no se produce necrosis de la pared intestinal (1,22).

- d) **Esplenoportografía:** La visualización del sistema portal no es necesaria en el diagnóstico de urgencia de varices esofágicas en pacientes con cirrosis. Las técnicas para efectuar esplenoportografía son:
 - a) punción de la pulpa esplénica.
 - b) esplenoportografía arterial.
 - c) esplenoportografía trans-umbilical.
 - d) esplenoportografía hemorroidal.

En nuestros casos son practicadas únicamente en quienes se considera la posibilidad de operación derivativa electiva.

"OBJETIVOS"

GENERALES:

- 1.- Hacer un análisis de los pacientes que se presentaron con problemas de hemorragia Gastrointestinal Superior en el Hospital Centro Médico.
- 2.- Ampliar conocimientos en relación a la etiología, fisiopatología, -- diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Hemorragia Gastrointestinal Superior.

ESPECIFICOS:

- 1.- Conocer cual es la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior en el Hospital Centro Médico.
- 2.- Conocer el papel que desempeña la - Endoscopia en el manejo de los pacientes con HGIS.
- 3.- Comparar los resultados obtenidos en el manejo de los pacientes con HGIS con los reportados en otras series similares.

"MATERIAL Y METODOS"

Fuente de Información:

- 1.- Lugar: Se obtendrá la información en el -- Archivo de Registros Médicos del Hospital - Centro Médico.
- 2.- Localización de la Muestra: Los números de las Fichas clínicas de los pacientes con -- problemas de Hemorragia Gastrointestinal se obtendrán del informe Mensual de Egresos -- del Hospital Centro Médico, comprendidos del Primero de Enero de 1975 al 31 de Marzo de 1980.

Obtención de Datos:

- 1.- Se ha elaborado una ficha para la obtención de los datos que se utilizarán en la investigación y de la cual se adjunta una copia.

Material Humano:

Se contará con la colaboración de las siguientes personas:

- a) Dr. David Vela (asesor)
- b) Dr. Rodolfo MacDonald Kanter (Revisor)
- c) Grupo de Gastroenterólogos del Hospital Centro Médico:

- 1.- Dr. David Vela.
- 2.- Dr. César Passarelly
- 3.- Dr. Harold Von Ahn.

Otros:

- a) Tipos de Gastroscopios utilizados en el estudio.
- b) Material de Oficina en general.
- c) Imprenta.

METODOS:

- A) Tipo de la Investigación:
Retrospectivo, analizando la muestra ya definida.
- b) Manejo de Datos:
 - 1.- Análisis General de los datos obtenidos al Ingreso del pte. Con Hemorragia Gastrointestinal superior.
 - 2.- División de la muestra en tres grupos:
 - a) Ptes. Diagnósticados con Gastroscopia.
 - b) Ptes. Diagnosticados con Serie Gastro-duodenal.
 - c) Ptes. con otros métodos diagnosticos.
 - 3.- Análisis comparativo de los datos obtenidos en cada grupo, en forma de números, porcentajes y gráficas, con el fin de satisfacer los objetivos de la Investigación.

- 4.- Comparación de nuestro resultados con -- los obtenidos por autores nacionales y extranjeros sobre el tema.

"FICHA DE RECOLECCION DE DATOS"

Nombre: _____ No. de Ficha: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Principal Manifestación:

Hematemesis _____ Melena _____ Ambas _____

Hematoquezia _____:

Tiempo de Evolución Antes del Ingreso: _____

Antecedentes Médicos:

a) Enfermedad Péptica: _____

b) Enfermedad Hepática: _____

c) Hernia del Hiato y Esofagitis: _____

c) Ca Gastrico: _____

c) Otros: _____

Quirúrgicos: Del sistema GIS:

Alcoholismo: Agudo: _____, Crónico: _____

Anti-inflamatorios: ASA: _____

Indometacina _____ Esteroides: _____

Otros: _____

Estado Clínico de Ingreso:

Signos Vitales: a) Pulso: Mayor de 100x' _____
Entre 60 y 100x' _____
menos de 60x' _____

b) P/A: Hipotenso (abajo de 100/60) _____
Normotenso _____
Hipertenso (mas de 140/90) _____

c) Temperatura: Hipotermico _____
Normotermico _____
HIpertermico _____

Con Signos de Shock: _____ Sin signos de Shock: _____

Lavado Gastrico de Ingreso:

a) Positivo: _____

b) Negativo: _____

c) No efectuado: _____

Tacto Rectal de Ingreso:

a) Positivo: _____

b) Negativo: _____

c) No efectuado: _____

Laboratorio de Ingreso:

Hb _____ gHt _____ % GR: _____ x mm³

GB _____ x mm³ Plaquetas: _____

TP _____ " _____ % TPT: _____

Prueba Hepaticas:

Método Diagnóstico Utilizado inicialmente:

a) Tiempo después del Ingreso: _____

1.- Endoscopia: _____

2.- Serie Gastroduodenal: _____

3.- Arteriografía Celiaca Selectiva: _____

4.- Otros: _____

Hallazgos que expliquen la causa de la Hemorragia:

a) _____

b) _____

c) _____

d) Ninguno: _____

Uso de Métodos Complementarios: Si _____ No _____

Tipo: _____

Hallazgos: _____

TRATAMIENTO:

a) Médicos: _____

a) 1.- No. de Transfusiones: _____

2.- Lavado Gástrico con Agua Fría: _____

3.- Infusión de Vasopresores por:
SNG: _____ Tipo: _____

4.- Antiacidos: _____
Por SNG _____ o por Boca _____

5.- Tipo de soluciones IV: _____

6.- Cimetidina Dosis Vía _____

7.- Uso de Sonda Sengstake-Blakemoor: _____
o Sonda de Nacklas: _____

8.- Otros: _____

b) Quirúrgico: _____

1.- De urgencia: _____

2.- Electivo: _____

a) Indicaciones: _____

Tratamiento de las complicaciones: _____
Hallazgos Operatorios: _____

c) Técnica Operatoria: _____

a) Cirugía: _____

b) Mejorado: _____

c) Estabilizado: _____

d) Bases Confundidos: _____

Si _____ No _____

Auscultación: _____

Evolución de la Hemorragia:

- a) Ha cesado en las primera 6 horas: _____
12 H: _____ ; 24 H: _____
- b) Continua después de 24 horas: _____
- c) Hemorragia Recurrente: _____, Tiempo después

Laboratorio de Control: Hb Ht Cada 6 hrs.

Complicaciones:

Tratamiento de las Complicaciones:

Estado al Egreso:

- a) Curado: _____
b) Mejorado: _____
*c) Fallecido: _____
d) Egreso Contraindicado: _____

*Autopsia: Si _____ No _____

Hallazgos: _____

Tiempo de Estancia en el Hospital: _____

Observaciones:

TABLA No. 1

GRUPO ETARIOS

15 - 20 años	2	4%
21 - 30 "	6	13%
31 - 40 "	3	6%
41 - 50 "	6	13%
51 - 60 "	11	23%
61 - 70 "	6	13%
71 - 80 "	11	23%
81 - 90 "	2	4%
TOTALES	47	100%

En el presente cuadro se puede observar que el 63% de los pacientes estudiados se encontraban arriba de la 5ta. decada, siendo encontrados mayor número de casos en las decadas 5ta. y septima; el promedio de las edades de los pacientes fué de 55 años. Hallazgos similares fueron reportados por el Dr. Federico Castellanos en su Tesis de Graduación "Hemo. Gastroin. Sup" (2), que estudió pacientes del Hospital General. El Dr. Vasquez Blanco encontró mayor incidencia en la 3ra. decada; las otras Tesis sobre el tema -- coinciden con los hallazgos obtenidos.

TABLE No. 2

SEXO

MASCULINO	29	62%
FEMENINO	18	38%
TOTALES	47	100%

El 62% de los pacientes estudiados eran del sexo masculino, en todos los trabajos efectuados en nuestro medio se ha encontrado datos similares.

TABLA No. 3
OCUPACION

OCUPACION	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
COMERCIANTES	12	26%
AMAS DE CASA	12	26%
PROFESIONALES	7	15%
AGRICULTORES	5	11%
ESTUDIANTES	5	11%
INDUSTRIALES	4	9%
SIN OCUPACION	3	6%
TOTALES	47	100%

El grupo de los Comerciantes y las Amas de Casa, encabezan la tabla de ocupación de los pacientes estudiados. La razón de incluir este grupo es que se ha encontrado relación entre los problemas gastrointestinales con el tipo de actividad a que esta sometido el individuo. En un estudio realizado en pacientes del Hospital Roosevelt, por el Dr. Vasquez Blanco (1965) demuestra también que los comerciantes son las personas que sangran más frecuentemente en nuestro medio. El encontrar un gran número de Amas de Casa puede explicarse al recordar que es la principal ocupación de la mujer en Guatemala. En otros estudios se reportan a los obreros entre las ocupaciones principales relacionadas con HGIS, la razón de esta falta de coordinación, provablemente es debida a la diferencia existente en el estado Económico y ocupación de los pacientes de nuestro estudio con los estudiados por otros autores.

TABLA No. 4

MOTIVO DE CONSULTA

M. DE C.	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
MELENA UNICA	35	53%
MENTE.	22	47%
HEMATEMESIS Y		
MELENA	22	47%
TOTAL	47	100%

La principal manifestación de Hemorragia Gastro intestinal superior fué Melena como único hallazgo. En el 53% de los casos. La hematemesis se encontró menos frecuentemente. La manifestación principal encontrada por Autores Nacionales (1,3,4,5) es la Hematemesis como única manifestación.

TABLE No. 5
ANTECEDENTES MEDICOS

ANTECEDENTES	NO. DE CASOS	% en Rel. al total de Pacientes (47)
ENFERMEDAD PEPTICA	28	60%
a) Ulcera gastrica	4	
b) Ulcera duodenal	6	
HEMORRAGIA GASTRO INTESTINAL PREVIA	15	32%
ALCOHOLISMO AGUDO	9	19%
INGESTA DE ASPIRINA	5	11%
ENFERMEDAD HEPATICAS	4	8%
PROBLEMAS QUE PRODUSCAN STRESS	2	4%
PROBLEMAS DE COAGULACION	1	2%

En el 60% de los pacientes habia antecedentes de Enfermedad Péptica, de estos 10 pacientes tenian diagnosticada Ulcera péptica acti-va, El 32% de los casos ya habian tenido HGIS previamente, encontrán-dose relacionado en su mayoría con problemas de enfermedad péptica, ingestas de alcohol previo al ingreso fué otro antecedentes importante así como la ingesta de drogas como la Aspirina. Los problemas Hepa-ticos recientes se encontraron menos frecuentemente y de estos en la mitad de los pacientes habia diagnóstico de Cirrosis. Los pacientes

Los pacientes clasificados con problemas de Stress, uno tenia problema de Cancer de Recto con cirugía radical, el otro era un paciente con Traumatismo de Craneo.

Se encuentra relación notoria de los antecedentes médicos con la causas de hemorragias encontradas.

TABLA NO. 6
ANTECEDENTES QUIRURGICOS

OPERACIONES POR		
ENFERMEDAD PEPTICA	3	6%
RESECCION DE RECTO-SIGMOID		
DE POR CA. DE RECTO	1	2%
PILOROMIOTOMIA	1	2%
TOTAL	5	10%

El 10% de los pacientes tuvieron antecedentes de Cirugía previa en el sistema Gastrointestinal; la principal causa de dichos procedimiento fué la Enfermedad Péptica.

Como se puede observar, también en los antecedentes quirúrgicos predominan los problemas de Enfermedad Péptica.

TABLA NO. 7
PROCEDIMIENTO EFECTUADO INICIALMENTE
PARA EVALUACION Y/O DIAGNOSTICO
DE LA HEMORRAGIA.

	NO. DE CASOS	RESULTADOS
LAVADO GASTRICO	28.60%	POSITIVO 26 93% NEGATIVO 2 7%

El lavado gástrico no fué efectuado rutinariamente en los pacientes, las indicaciones principales fueron:

- Pacientes que consultaban únicamente por Melena.
- Evaluación de la intensidad de la Hemorragia de pacientes con Hematemesis. Fue efectuado en el 60% de los pacientes, fue

positivo en el 93% de los casos.

El tacto rectal se utilizó con menos frecuencias, generalmente para verificar si las heces reportadas por el paciente eran Melénicas, o en algunas ocasiones, buscando la causa de un Shock Hipovolémico sin causa aparente.

TABLA No. 8

CLASIFICACION DEL GRADO DE SEVERIDAD

INTENSIDAD DE LA HEMORRAGIA

GRADO DE SEVERIDAD	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
HEMORRAGIA LEVE	9	19%
HEMORRAGIA MODERADA	23	49%
HEMORRAGIA SEVERA	15	32%
TOTAL	47	100%

Para la clasificación del grado de hemorragia se tomaron varios parametros, los principales son:

- Cambios de los signos vitales.
- Presencia o ausencia de signos de Shock.
- Estado General del paciente.
- Intensidad macroscopica de la Hematemesis Succión Gastrica y cantidad de Melena.
- Variación en los Niveles de Hemoglobina y Hematocrito.
- Número de Transfusiones utilizadas.

Los resultados encontrados fueron, hemorragia leve en el 19% hemorragia moderada en el 49% y severa en el 32%, la mayoría de los pacientes con hemorragia severa se encontraban en - franco estado de Shock hipovolemico.

TABLA No. 9
CONTROLES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO AL INGRESO

HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO
NORMAL	15
10-13 g.	32%
7-10 g.	38%
Menos de 7 g.	17%
TOTALES	100%
	18
	8
	6
	47
	15
	18
	8
	6
	47
	32%
	38%
	17%
	13%
	100%
	32%
	38%
	17%
	13%
	100%

Los niveles normales de Hemoglobina: En hombres 15 g. \pm 2; en mujeres, 14 g. \pm 2; los valores normales del Hematocrito Hombres 45% \pm 5, Mujeres 42% \pm 5.

Los controles al ingreso se encontraron entre límite normales en el 32% de los casos. El 38% tenían niveles por abajo de lo normal, pero aún aceptables. El 30 % restante tenía niveles notablemente bajos, de estos el 13% se encontraron con concentraciones peligrosas de menos de 7 g. de hemoglobina y 20% de Hematocrito.

CONTINUACION DE LA TABLA No. 9

El estado clínico de los pacientes y los hallazgos de laboratorio estaban en proporción a la gravedad de la hemorragia; todos los pacientes con niveles abajo de 10 g. de Hb. fueron transfundidos en las primeras horas de ingreso.

Se efectuaron controles de Hemoglobina - y Hematocrito cada 6 horas en el 90% de los casos hasta que los pacientes se estabilizaron

Pruebas de Coagulación fueron efectuadas en el 30% de los casos, (14 ptes), se obtuvieron resultados anormales en 5 pacientes, la mayoría de ellas con problemas hepáticos; coincidiendo con lo anterior los resultados de las pruebas hepáticas.

METODOS	DIAGNOSTICOS	EFFECTUADOS	PORCENTAJE
SERIE GASTRODUODENAL	NO. DE CASOS		
UNICAMENTE	27		57%
ESOFAGOGASTRODUODENOS	4		9%
COPIA UNICAMENTE			
SGD Y ESOFAGOGASTRO	15		32%
DUODENOSCOPIA			
SGD Y ARTERIOGRAMA			
CELIACO SELECTIVO	1		2%
TOTAL	47		100%

A los 47 pacientes se les efectuaron estudios diagnósticos, el método diagnóstico de elección fué la serie Gastroduodenal que fue practicada en 43 pacientes (91%), de estos el 57% no tuvieron otro método diagnóstico al 32% restante se les efectuó Esofagogastrroduodenoscopía.

En total se efectuaron 19 estudios endoscópicos (41%), sola-
mente 4 (9%) no tuvieron control radiológico.

TABLA No. 11

HALLAZGOS RADIOLOGICOS EN 43 ESTUDIOS
DE LA SERIE GASTRODUODENAL

HALLAZGOS	No. DE CASOS	Prs. en Rel. A/ 43Est.
ULCERA PEPTICA	27	63%
a) Ulcera Duodenal	17	
b) Ulcera Gástrica	10	
GASTRODUODENITIS	13	28%
HERNIA DEL HIATO	8	19%
VERICES ESOFAGICAS	2	5%
NEOPLASIA GAST. CA	2	5%
DIVERTICULO DUODE NAL	1	2%
ESTUDIO NORMALES	2	5%

El 91% de los casos fueron estudiados por serie Gastroduodenal; el hallazgo que se encontró con mayor frecuencia fué la úlcera péptica, esta fue reportada en el 63% de los estudios. Otra alteración producida por la enfermedad péptica fue la Gastroduodenitis, que se encontró en forma aislada en 8 estudios y combinada con otras anormalidades en 5 restantes.

La hernia del Hiato Esofágico fue el hallazgo que con mayor frecuencia se encontró asociado a otras alteraciones, la principal alteración con la que se encontró fue la Enfermedad Péptica.

Los estudios fueron realizados con el método convencional de SGD, no se utilizó - el doble medio de contraste; este método da

CONTINUACION DEL CUADRO No. 11

excelentes resultados en el estudio de la patología gastrointestinal, pero no el diagnóstico de la causa de hemorragia gastrointestinal tiene varios inconvenientes: primero, se puede encontrar varias anormalidades en el mismo estudio, que sean causas potenciales de sangrado; en nuestro trabajo se encontró que encontró un 30% de los estudios presentaban varias anormalidades. En segundo lugar no se puede asegurar que los hallazgos, de la SGD sean la causa de la hemorragia.

Por otro lado, utilizando este método - en forma complementaria con la endoscopía, se pueden obtener mejores resultados, pudiendo llegar al diagnóstico en casi el 100% de los casos.

TABLA No. 12

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN 19 ESTUDIOS DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

HALLAZGO	No. DE CASOS	PORCENTAJE EN REL. A 19 EST.
ULCERA PEPTICA	7	37%
a) Ulcera duodenal	4	
b) Ulcera Gástrica	3	
GASTRITIS EROSIVA	6	33%
ADENOCARCINOMA GASTRICO	1	5%
ESTUDIOS NO CONCLUYENTES	5	26%
OTROS HALLAZGOS QUE NO ERAN LA CAUSA DE LA HEMORRAGIA:		
-HERNIA DEL HIATO	5	26%
-GASTRODUODENITIS CRONICA	8	42%

En el 75% de los casos estudiados por endoscopia, se pudo demostrar la causa exacta de hemorragia; el 25% restante fueron diagnosticados en forma indirecta, utilizando SGD.

La causa principal de hemorragia encontrada fue la Ulcera péptica en el 37% de los casos; la segunda causa de sangrado fue la gastritis Erosiva, encontrada en el 33% de los casos.

Otros hallazgos importantes que no eran causa de la hemorragia son: La gastroduodenitis crónica, encontrada en el 42% de los estudios y la Hernia del Hiato en el 26%.

TABLA No. 13
CAUSAS DE HEMORRAGIA DEMOSTRADAS POR ENDOSCOPIA Y/O CIRUGIA

CAUSA DE LA HEMORRAGIA	No. DE CASOS	
ULCERA PEPTICA	13	30%
a) Ulcera duodenal	9	
b) Ulcera Gástrica	4	
ULCERAS AGUDAS DEL ESTOMAGO	7	16%
ADENOCARCINOMA GASTRICO	1	2%
SINDROME DE MALLORY-WEISS	1	2%
LEIOMIOMA DE YEYUNO	1	2%
VARICES ESOFAGICAS	1	2%
TOTAL	24	56%

En el 56% de los casos se pudo comprobar la causa exacta de la hemorragia, esto se logró por medio endoscópico, quirúrgico y de arteriografía Celiaca Selectiva; el 44% de los pacientes restantes fueron diagnosticados únicamente por Serie Gastro Duodenal, pero los hallazgos de dichos estudios no fueron comprobados como la causa exacta de la hemorragia.

De los 24 pacientes en quienes se logró demostrar la causa de sangrado, 18 (75%); fueron sometidos a Serie Gastroduodenal; haciendo una correlación entre las causas demostradas de hemorragia y los hallazgos radiológicos encontramos:

CONTINUACION DEL CUADRO No. 13

- a) Coincidio el hallazgo radiológico con la causa demostrada de hemorragia en el 61% de los casos (11 estudios)
- b) No coincidieron los hallazgos radiológicos con la causa demostrada de sangrado en el 39% (7 Est.)

Las causa de hemorragia que mayormente pasaron inadvertidas en los estudios de SGD, fueron las producidas por defecto superficial de la mucosa gastrointestinal, tales como las úlceras agudas del estómago y las gastritis erosivas.

Los defectos profundos de la mucosa y los hiperplásicos si fueron detectados. El otro problema encontrado se debió a que algunos de los hallazgos de SGD, no eran la causa de la hemorragia.

TABLA No. 14

TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO POR LOS PACIENTES

TRATAMIENTO	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
MEDICO	34	73%
QUIRURGICO	13	27%
a) de Urgencia	10	21%
b) Electivo	3	6%
TOTALES	47	100%

El 73% de los pacientes recibieron tratamiento médico, únicamente; el 27% restantes necesitaron intervención quirúrgica; de las operaciones efectuadas, el 21% fueron de Urgencia, el resto electivas.

Transfusiones sanguíneas fueron utilizadas en el 65% de los casos (30 ptes.) se utilizaron desde 1 hasta 20 transfusiones, con un promedio de 5.5 unidades por paciente.

El lavado gástrico con agua helada fue utilizado en el 56% de los pacientes (26 ptes); en 10 de estos pacientes se utilizó levarterol con solución salina por Sonda Nasogástrica.

En el 65% de los pacientes se utilizaron antiacidos y en el 29% cimetidina.

Se logró controlar la hemorragia con tratamiento médico en el 79% de los casos como se demuestra arriba, el 6% de estos fueron intervenidos posteriormente en forma electiva.

TABLA No. 15

INDICACIONES DE TRATAMIENTO QUIRURGICO

INDICACIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Hemorragia Severa que no sede a tratamiento médico	9	69%
Hemorragia Recidivante	2	15%
Carcinoma Gastrico	1	8%
Ulcera Gastrica Gigante	1	8%
TOTAL	13	100%

La indicación principal de intervención quirúrgica fue la hemorragia severa que no cedía a tratamiento médico, esta se encontró en el 69% de los casos. 15% fue efectuada por presentarse hemorragia recidivante, el resto de las indicaciones fueron específicas en pacientes con diagnóstico previo y en forma electiva.

En un estudio realizado por el Dr. J. I. Lemus Fernández 1967, reporta que la principal indicación de cirugía fue la hemorragia persistente y masiva en el 55% de los casos, dato que coincide con el encontrado en nuestro estudio.

TABLA No. 16

HALLAZGOS OPERATORIOS

Prs. en Relación a los 13 ptes.

HALLAZGOS	No. DE CASOS	
ULCERA PEPTICA	7	54%
SANGRANTE		
a) Ulcera Duodenal	6	
b) Ulcera Gástrica	1	
ULCERAS AGUDAS DEL ESTOMAGO	1	
CARCINOMA GASTRICO	1	
SINDROME DE MALLORY-WEISS	1	
LEIOMIOMA DE YEYUNO SANGRANTE	1	
VARICES ESOFAGICAS E. HIPERTENSION PORTAL.	1	
NINGUN HALLAZGO QUE EXPLIQUE LA HEMORRAGIA.	1	
TOTAL	43	

El hallazgo principal en las intervenciones quirúrgicas fué la úlcera péptica, que fue encontrada en el 54% de los casos, esto coincide con los hallazgos reportados por autores nacionales, las otras causas de hemorragia fueron encontradas en forma aislada por lo que no tiene significado estadístico.

TABLA No. 17

TECNICA OPERATORIA

TECNICA	No. de Casos	PORCENTAJE
GASTRECTOMIA PARCIAL	4	30%
GASTRECTOMIA TOTAL	1	
SEUTURA DE ULCERA GASTRICA O DUODENAL CON VAGOTOMIA		
PILOROPLASTIA	4	30%
DERIVACION ESPLENO RENAL	1	
SEUTURA DE DESGARRO CARDIO ESOFAJICOS	1	
RESECCION DE LEIOMIOMA DE YEYUNO	1	
GASTROTOMIA CON VAGOTOMIA Y PILOPLASTIA	1	
TOTAL	13	

Teniendo en cuenta que la mayoría de las lesiones fueron encontradas en duodeno y estómago, y la patología predominante en estas áreas fueron las úlceras pépticas, los procedimientos quirúrgicos predominantes fueron orientados a tratar estos problemas, encontrados que la técnica efectuada con mayor frecuencia en el tratamiento de la úlcera péptica, fue el Cierre primario con hemostasis del vaso sanguíneo más vagotomía y piloroplastia, efectuado en 4 de los 7 pacientes con este problema los otros 3 casos fueron resueltos con ---

CONTINUACION DE LA TABLA No. 17

Gastrectomía parcial y gastroyeyunostomía. También se le efectuó gastrectomía total a un paciente con úlceras de Stess.

TABLA No. 18

	NUMERO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES	
SIN COMPLICACIONES	31	66%
CON COMPLICACIONES	16	34%
TOTAL	47	100%

El 34% de los pacientes presentaron alguna complicación; de estos el 24% se presentaron en pacientes no quirúrgicos y el resto (10%) en pacientes operados.

Las complicaciones se encuentran enumeradas en el cuadro siguiente:

TABLA No. 19
TIPO DE COMPLICACIONES

COMPLICACION		
INSUFICIENCIA CARDIACA		
DESCOMPENSADA	5	
NEUMONIA	2	
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	2	
REACCION TRANSFUSIONAL	2	
INFARTO DE MIOCARDIO	2	
HEMORRAGIA POST-OPERATORIA	2	
INSUFICIENCIA RENAL	1	
INFECCION URINARIA	1	
TOTAL		
en 16 ptes.	17	complicaciones

Causas de Hemorragia Gastrointestinal
Superior Diagnósticas en este estudio

-54-

CONTINUACION DE LA TABLA No. 19

+ (un paciente presento 2 complicaciones)

Los pacientes arriba de 60 años presentaron el mayor número de complicaciones. El problema que con más frecuencia complico a los pacientes fué la insuficiencia cardiaca descompensada en 5 casos, todos estaban tratados - previamente por este problema.

De los intervenidos quirúrgicamente, 2 continuaron sangrando, uno fue reintervenido encontrando úlceras de Stress, por lo que se efectuó una gástrrectomía total, el otro cedio a - tratamiento médico.

Las infecciones de herida operatoria se presentaron en dos casos, los cuales fueron tratados con drenaje, curación diaria y antibioticoterapia específica.

Dos pacientes presentaron Infarto agudo de miocardio, uno fallecio por fibrilación Ventricular.

Una paciente presentó varias complicaciones, insuficiencia cardiaca y neumonia, fallecio a consecuencia de insuficiencia respiratoria -- aguda.

- 1 - Ulcera Duodenal
 - 2 - Ulcera Gástrica
 - 3 - 1 y 2 Ulcera Péptica (54%)
 - 3- Gastritis Erosiva (29 %)
 - 4- Varices Esofágicas (5%)
 - 5- Síndrome de Mallory-Weiss
 - 6- Carcinoma Gástrico
 - 7- Divertículo Duodenal
 - 8- Leioma de Yeyuno
 - 9- Hernia del Hiato (17%)
- (No es causa de hemorragia)

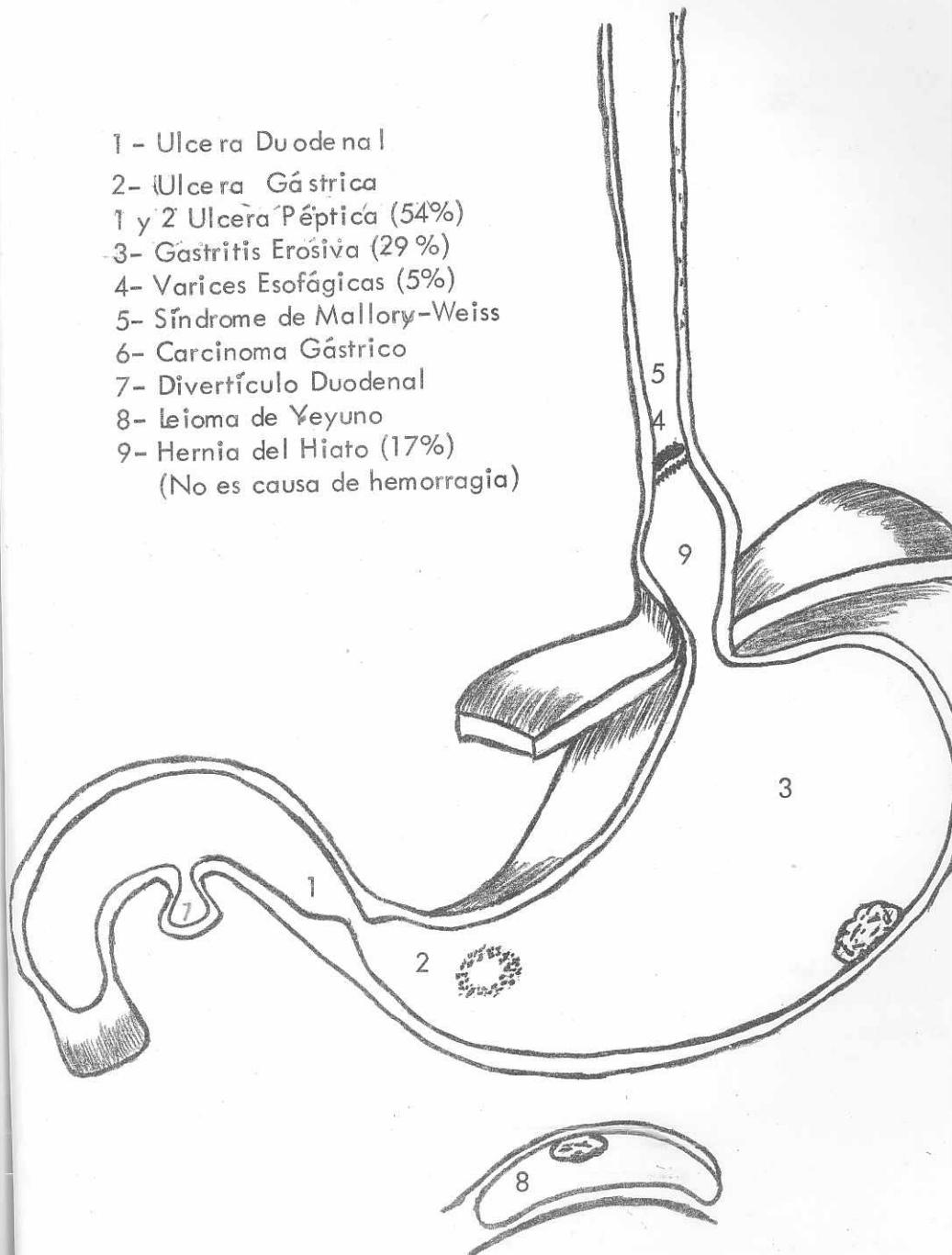


TABLA No. 20

ESTADO AL EGRESO

	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
BUENAS CONDICIONES	40	85%
FALLECIDOS	6	13%
TRASLADO A OTRO CENTRO		
HOSPITALARIO	1	2%
TOTAL	47	100%

Consideramos que los resultados obtenidos fueron satisfactorios, en Vista que el 85% de los pacientes egresaron mejorados o talmente curados. Se encontró un índice de mortalidad del 13%, la mayoría de los pacientes se encontraban por arriba de los 60 años, 2 fueron sometidos a tratamiento quirúrgico y el resto sólo recibieron tratamiento médico.

"CONCLUSIONES"

- 1.- La hemorragia gastrointestinal superior representa en nuestro medio una entidad importante, constituyendo una urgencia médico-quirúrgica.
- 2.- La mayoría de los pacientes se encontraron entre la cuarta y la sexta década y el sexo predominante fué el masculino.
- 3.- La principal manifestación de Hemorragia Gastrointestinal Superior fué Melena.
- 4.- El 60% de los pacientes tenían antecedentes de enfermedad péptica comprobada y el 32% habían sangrado previamente.
- 5.- Otros antecedentes importante fueron: Ingesta de alcohol (19%), drogas como salicilatos o esteroides (11%) y enfermedad hepática (8%).
- 6.- La mayoría de las hemorragias fueron catalogadas como moderadas (49%); Hemorragias severas con signos de Shock -- Hipovolemico se encontraron en el 32%.
- 7.- El lavado gástrico de ingreso fué efectuado en el 60% de los pacientes, con resultados positivos en el 93% de los casos.
- 8.- Los niveles de Hemoglobina y Hematocrito al ingreso fueron menores que lo nor

- 9.- mál en el 68% de los pacientes y controladas cada 6 horas se efectuaron al 90% de los casos.
- 10.- El método diagnóstico de elección fué la serie Gastroduodenal (93%); esofagogastrroduodenoscopía solamente se efectuó a 41%.
- 11.- Las principales causas de hemorragia demostradas por Endoscopía y Cirugía fueron Ulcera Péptica (54%) y Gastritis Erosiva (29%).
- 12.- La endoscopía y la Radiología son dos métodos diagnósticos complementarios y no competitivos en el estudio de los pacientes con hemorragia Gastrointestinal Superior.
- 13.- El 79% de las hemorragias fueron controladas con tratamiento médico, el resto necesitó intervención quirúrgica de Urgencia (21%).
- 14.- La principal indicación quirúrgica fué: Hemorragia Severa y Continua que no cedía a tratamiento médico (69%), seguida por Hemorragia recidivante (15%).
- 15.- La técnica operatoria efectuada con mayor frecuencia para el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica sangrante fué el

Cierre primario con Vagotomía y Piloro-plastía (57%).

15.- El 85% de los pacientes fueron egresados Mejorados o Curados, y la mortalidad fué solamente del 13%.

"RECOMENDACIONES"

- 1.- CONDUCTA A SEGUIR EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR:
 - a) Efectuar Historia y Examen Físico - cuidadoso y rápido.
 - b) Tratar el Shock hipovolémico o provocarlo y tomar muestras de sangre para el laboratorio:
 - 1.- Canalizar vena periférica con Angiocath No. 16 o 18 dependiendo del estado general del paciente, colocar Cateter de presión Venosa Central por venopunción con Cateter del tipo Cavafix o Bard en la vena Cefálica, o directamente en la vena subclavicular o yugular con un cateter específico.
 - 2.- Tomar muestras para laboratorio en la misma venopunción:
 - a) Hemoglobina y Hematocrito
 - b) Compatibilidad, grupo y Rh
 - c) Pruebas de Coagulación
 - d) Pruebas Hepáticas.
 - 3.- Iniciar Solución Hartman de preferencia, o Solución Salina, plasma o substituto del plasma

(plasmanate o Dextrán), a la velocidad que sea necesaria para mantener estables los signos vitales; iniciar trasfusiones de sangre completa a velocidad y cantidad adecuada para mantener por lo menos un Hematocrito de 30%.

c) Colocar Sonda Nasogástrica para verificar si la hemorragia es del tracto superior y evaluar la severidad de la misma; se iniciará lavado con agua fría si es necesario.

d) Monitorización del paciente:

1.- Signos vitales cada 15 minutos

2.- Control de presión Venosa Central cada 15 o 60 minutos.

3.- Control estricto de Ingesta y Excreta, para esto colocar una Sonda de Foley No. 16 o 18.

4.- Controles de Hemoglobina y Hematócrito cada 6 horas.

5.- Monitoraje Cardíaco Externo, en particularmente en pacientes por encima de los 45 años.

e) Medicamentos:

1.- Cimetidina: Iniciar desde el ingreso del paciente a dosis

de 300 mg. por vía Endovenosa cada hora, por goteo intermitente en solución salina o dextrosa, en forma recta o en goteo continuo a razón 2 mg./kg/hora; las dosis no deben ceder los 2,400 mg. al día.

2.- Antiácidos: Se inicia cuando se controlado la hemorragia, en dosis cada 2 o 3 horas, por vía oral o infusión continua por SNG.

3.- Vasopresores por Sonda Nasogástrica: Se puede utilizar levarterenol en solución salina por sonda nasogástrica en pacientes en quienes no cede la hemorragia con lavado gástrico agua fría.

f) Métodos Diagnósticos:

Una vez estabilizado el paciente más importante es buscar la causa la hemorragia, ésta puede ser muy sugestiva por los hallazgos de la historia clínica.

1.- Esofágo-gastro-duodenoscopía: es el principal y primer método diagnóstico que debe ser efectuado, durante las primeras 6 a 24 horas de ingreso el paciente.

2.- Serie Gastro Duodenal o Gastrointestinal: Se efectuará posteriormente

forma complementaria a la endoscopía. Si se encuentra disponible el estudio con doble medio de contraste, este deberá ser utilizado.

3.- Arteriografía Celiaca Selectiva, - manometría Esplénica, etc.

g) Otros Medicamentos:

Laxantes Enemas para facilitar las evacuaciones Intestinales, Antibióticos para eleminar la flora productora de Amonio, por ejm. Aminocidina o Sulfaguanidina.

h) Cuando se sospechan Varices Esofágicas - Sangrantes:

1.- Control Directo del Sitio de la Hemorragia:

a) Taponamiento Directo: Con Sonda de Sangstaken-Blaquemore o Sonda de Linto-Nacklas.

b) Hipotermia Local, con sonda especial de balón gástrico y cue~~ll~~lo esofágico, por el que circula líquido frío en forma continua.

c) Inyección bajo visión directa de solución esclerosante en los sangrantes.

2.- Control Indirecto, reduciendo la presión Portal:

a) Vasopressin Reduciendo el flujo plácnico por vasoconstricción; se puede utilizar dósis de 20 ui. e 100 cc de d/5% por vía endovenosa en 10-20 minutos; esto produce censos hasta del 40% de la presión portal en 15 minutos.

b) Infusión arterial selectiva de 0.4 ui., de vasopresina en 200 cc de solución salina fisiológica, infusión puede continuarse durante 12 horas y el cateter debe permanecer en su sitio por 1 o 2 días, debe exigir control de Ingesta Excreta por el efecto antidiurético de este medicamento.

PRINCIPALES INDICACIONES DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE URGENCIA:

- 1.- Cualquier paciente a cualquier edad, con hemorragia masiva e incontrolable con tratamiento médico.
- 2.- Despues de reponer las pérdidas iniciales de sangre, se necesiten más de 2000 cc de sangre completa para mantener la estabilidad hemodinámica en 24 horas.
- 3.- Hemorragias que duren más de 24 horas en paciente mayores de 50 años, o que continúen más de 48 horas en pacientes más jóvenes.
- 4.- Hemorragia recidivante después de 24 o 48 horas de haber cedido.
- 5.- Penetración o perforación de una úlcera acompañando a la hemorragia.
- 6.- En pacientes con varices esofágicas, además de las anteriores:
 - a) Continuación de la hemorragia después de 12 horas de taponamiento directo.
 - b) Hemorragia después de 12 horas de hipotermia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Best, E.G.; Teaford, A.K.; Rader F.H., *angiografía en la Hemorragia Gástrointestinal Recurrente Crónica, Estudio de 9 años*, Clínicas Quirúrgicas de Norte América 5/ 1979.
- 2.- Bogoch, A.; Bockus, *Gastroenterology*, 32, Volume 1, Third Edition, 1974.
- 3.- Cello J.P.; Thoeni, R.F. "Hemorragia Gastrointestinal", Comparación de Resultados entre la radiología gastrointestinal alta con contraste y la endoscopía. JAMA en Centroamérica, Vol 3, No. 5, V/80.
- 4.- Carrillo, Nelson; "Diagnóstico Inmediato de la Hemorragia Digestiva Superior", GENEVI/76.
- 5.- Castellanos, César Augusto; "Hemorragia Gástrointestinal: Correlación Endoscópico-lógica de las lesiones agudas del tracto gastrointestinal superior", Hospital Roosevelt 1979. Tesis (Médico y Cirujano) USAC.
- 6.- Castellanos Baiza, Federico Fernando; "Hemorragia Gastrointestinal Superior", (Estudio sobre la causa más frecuente de la hemorragia gastrointestinal superior diagnosticada por gastroscopía en el Hospital "General Juan de Dios"), Tesis, 1980. USAC. (Médico Cirujano).

- 7.- Dyck, Walter; Cimetidina en el tratamiento de la enfermedad úlcera péptica. Clínica Quirúrgicas de Norte América, - Vol. 5/1979.
- 8.- Eastwood, G.L.; "Does Early Endoscopy - Benefit the patient with Active Upper - Gastrointestinal Bleeding", Gastroenterology, Vo 72, No. 4, IV/ 77.
- 9.- Englert, E., Jr. Freston, J.W., Graham, D. Y.; Cimetidine, antacid and Hospitalization in the treatment of benign gastric úlcera. A Multicenter double blind study. Gastroenterology, Vol 74, 1978.
- 10.- García de la Riva, Juan Carlos; "Endoscopia Gastrointestinal Superior Como -- Medio Dagnóstico - Revisión de una Serie de 1972-1979, Tesis USAC (médico y Cirujano), 1979.
- 11.- Katón, R.M., Smith, F.N. ; "Panendoscopy en the early diagnosis of Acute Gastrointestinal Bleeding", Gastroenterology, 1973.
- 12.- LaMont, J. Thomas; Harrison's Principles of Internal Medicine, 9 th. Edition --- (1980), Cap. 304
- 13.- Laufer, I.; "Assessment of the accuracy of double contrast gastroduodenal radio~~logy~~", Gastroenterology, Vol. 71, 1976.

- 14.- Litter, Manual. Compendio de Farmacos 9 Reimpresión, 1976.
- 15.- Lemus Fernandez, Julio Isaac; "Manejo de las Hemorragias Gastrointestinales", Tesis, USAC (médico y Cirujano), 1967. Hospital Roosevelt.
- 16.- Mazariegos Guerra, Vicente A.; "Hemorragias Gastrointestinal Superior" (Análisis de los casos atendidos en la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos del Hospital Roosevelt 1963-68), 1970, Tesis, USAC (Médico y Cirujano).
- 17.- McGraw-Hill, Harrison's Principles of Internal Medicine, 9th. Edition, Cap: 38
- 18.- Nudel, "A Prospective, Randomised Study of Endoscopy and Radiology in acute Upper Gastrointestinal Tract Bleeding", Lancet VI/77.
- 19.- Sabiston, David Christopher; Tratado de Cirugía Quirúrgica de Davis-Christopher, 10th Edition.
- 20.- Schwartz; Principles of Surgery Thirteenth Edition. "Upper Gastrointestinal Tract Bleeding", Cap. 24 (1979).
- 21.- Suros, J.; Semiología Médica y Técnica, 1975.

ajustar los nombres completos a máquina. El interesado deberá poner su nombre en
Vecindad.

22.- Tello Aguilar, Otto Rolando; "Hemorragia Gastrointestinal Superior, su diagnóstico y Tratamiento Médico-Quirúrgico" (Revisión de 5 años en el Hospital Nacional de Amatitlan) 1978, Tesis (Médico y Cirujano).

23.- Turton Yaggie, Leslie "Revisión de las primeras 50 Gastroduodenoscopias Realizadas en el Hospital Roosevelt," -- 1973, Tesis (Médico y Cirujano).

24.- Thompson-Costrini; Manual of Therapeutic, 22 Edition Cap. 12.

25.- Vela Mena, David; Jefe del Departamento de Gastroenterología del Hospital Roosevelt, Comunicación Personal.

26.- Vásquez Blanco, Francisco Rolando; "Hemorragia Gastrointestinal Superior" (Revisión de Casos del Hospital Roosevelt). Tesis, 1965, USAC (Médico y Cirujano).

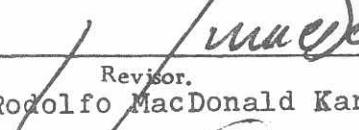
27.- Zemón y Falkestein; "Endoscopy for Acute Gastrointestinal Bleeding", Lancet -- 17/IX/77.

Br. Emilio Avila Lau


David Vela Mena

Asesor.

Dr.


Revisor.

Dr. Rodolfo MacDonald Kar


Director de Fase III

Dr.


Secretario


Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano.