

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR"

(Estudio sobre la causa más frecuente de hemorragia
gastrointestinal superior diagnosticada por
gastroscopía en el Hospital
General San Juan de Dios)

FEDERICO FERNANDO CASTELLANOS BAIZA

INDICE

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. PROTOCOLO	5
A. Objetivos	7
B. Justificaciones del trabajo	8
C. Revisión del tema en general	9
D. Definición del problema	34
E. Hipótesis	35
F. Material sujeto a estudio	35
G. Métodos y procedimientos	36
H. Alcances y límites	37
I. Recopilación y tratamiento de resultados	38
J. Variables y comparación porcentual	39
III. PRESENTACION, TABULACION Y COMPARACION PORCENTUAL DE LOS DATOS OBTENIDOS	41
IV. GRAFICAS E INTERPRETACION DE LAS MISMAS	47
V. CONCLUSIONES	63
VI. RECOMENDACIONES	69
VII. SUMARIO	73
VIII. BIBLIOGRAFIA	77

Sabemos que la hemorragia gastrointestinal superior ocupa un lugar muy importante entre causas de muerte en nuestro medio, secundaria a patología gastrointestinal. Además, es uno de los estados patológicos más alarmantes para quien la padece, debido a lo impresionante de sus manifestaciones, y como tal, un paciente con este tipo de patología se debe individualizar su manejo y no tratarla como una enfermedad más.

Se encuentra gran variedad de etiologías que pueden ser la causa de hemorragia gastrointestinal superior, por lo que esta entidad plantea un verdadero problema diagnóstico. Antes, cuando el uso del gastroscopio era limitado, el diagnóstico en muchos casos se hacía sólo en la sala de autopsias. En la actualidad, gracias al uso adecuado de éste, el diagnóstico rápido y manejo del paciente con este tipo de patología ha mejorado considerablemente.

Puesto que esta afección se ha observado con mucha frecuencia en nuestros hospitales, creí conveniente realizar un trabajo relacionado con este tema y principalmente en investigar cuál entidad es la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior en nuestro medio, así como también hacer alusión en este trabajo, al uso del gastroscopio como material diagnóstico.

Aunque los libros y algunos trabajos refieren que la causa más frecuente de este tipo de patología es la úlcera péptica, observé que en el transcurso de mi práctica hospitalaria había una alta incidencia de esofagitis, várices esofágicas sangrantes y principalmente gastritis agudas hemorrágicas.

Escogí exprofesamente para este trabajo el Hospital General San Juan de Dios, ya que en él he realizado mis prácticas hospitalarias y sé que actualmente utilizan la gastroscopía como técnica diagnóstica en este tipo de patologías.

Además de las motivaciones anteriores que me indujeron a la realización de este trabajo, es el deseo de contribuir para que los casos de este tipo de patología sean bien manejados (especialmente haciendo el diagnóstico preciso con el gastroscopio) y mejorando de esta manera el pronóstico de estos pacientes.

II. PROTOCOLO

A) OBJETIVOS

Objetivos generales:

1. Obtener conocimiento de lo que es la hemorragia gastrointestinal superior, sus manifestaciones, su diagnóstico y manejo de los pacientes con este tipo de patología.

Objetivos específicos:

— Objetivos cognocitivos:

1. Que se conozca cuál es la etiología más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior en nuestro medio, al haber efectuado un estudio en el Hospital General San Juan de Dios sobre treinta y dos pacientes con hemorragia gastrointestinal superior, comprendido en los años 1977-1978, diagnosticados por gastroscopía.
2. Identificar qué sexo es más afectado en este tipo de patología, así como el grupo étnico.
3. Que se conozca la utilidad de la gastroscopía en la hemorragia gastrointestinal superior.
4. Que conozcan las diferentes manifestaciones clínicas, así como los diferentes métodos y procedimientos (como el uso de la gastroscopía) para confirmar el diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior.

— Objetivos psicomotores:

1. Que pongan en práctica los conocimientos adquiridos en este trabajo y así poder evaluar y manejar correctamente a los pacientes con problemas de hemorragia gastrointestinal superior.

2. Reconocer e interpretar los signos y síntomas de la hemorragia gastrointestinal superior, que requieren atención de urgencia e intensiva del paciente.

3. Que conozcan y pongan en práctica los diferentes métodos diagnósticos en este tipo de patología.

— **Objetivos afectivos:**

1. Estar conscientes de la magnitud del problema de hemorragia gastrointestinal superior en Guatemala.

2. Que motive al médico o estudiante a ampliar sus conocimientos impulsado por la importancia que tienen estas patologías en libros, folletos, revistas, etc., y sobre el manejo de este tipo de pacientes.

B) JUSTIFICACIONES DEL TRABAJO

1. La importancia de hacer una investigación sobre un tema que se maneja muy frecuentemente en nuestro medio.

2. El interés de saber cuál es la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior en nuestro medio, haciendo el diagnóstico preciso y no supuesto.

3. El hecho de basar el estudio en datos del Hospital General San Juan de Dios por ser este uno de los hospitales nacionales que más pacientes maneja y en él se hace el diagnóstico preciso con el uso del gastroscopio, así como por tener conocimiento de la papelería que se maneja con este tipo de pacientes para efectuar este trabajo.

4. Los pocos casos estudiados en este trabajo se debe a que son los únicos en los cuales fue hecho el diagnóstico preciso, ya que muchos pacientes que llegan en la noche a

la emergencia se les trata y hasta el día siguiente se les efectúa una gastroscopía, y ya no se les encuentra el lugar activo del sangrado.

5. Que luego de leer este trabajo podamos sacar conclusiones al respecto, para así formarnos una mejor idea de lo que es la hemorragia gastrointestinal superior, ya que es una patología que se ve frecuentemente en nuestro medio, y mismo tiempo ampliar nuestros conocimientos.

6. Se escogieron los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto de 1977, así como enero, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 1978, por ser los únicos meses que se han archivado los informes de gastroscopía en Hospital General San Juan de Dios. Los demás meses no se escribieron informes.

7. El trabajo, está limitado sólo a los departamentos de adultos, ya que en niños no se utiliza en el Hospital General San Juan de Dios el gastroscopio para diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior, puesto que no cuenta con gastroscopio pediátrico.

C) REVISION DEL TEMA EN GENERAL

Nota aclaratoria:

A continuación se encontrará una revisión de la etiología, patogenia, sintomatología, diagnóstico (uso del gastroscopio) tratamiento de hemorragia gastrointestinal superior, haciendo énfasis en las cuatro causas más frecuentes: úlcera péptica, varices esofágicas, gastritis y esofagitis. Las otras entidades ser mencionadas muy superficialmente. Si el lector quiere ampliar respecto a esta revisión, encontrará amplia bibliografía al fin de este trabajo.

Hemorragia gastrointestinal superior

Para comenzar, definiremos la hemorragia gastrointestinal superior como la hemorragia que tiene su origen en la parte alta del tracto gastrointestinal. Esta parte alta comprende del ángulo de Treitz hacia arriba (incluyendo las cuatro porciones del duodeno, estómago y esófago). (3, 7, 8, 18, 34)

Etiología de la hemorragia gastrointestinal superior

Se mencionan a tres entidades principales, las cuales constituyen la mayoría de las etiologías de hemorragia gastrointestinal superior; éstas son:

- 1) Úlcera péptica
- 2) Várices esofágicas
- 3) Gastritis (18)

Pero últimamente haciendo el diagnóstico por medio del gastroscopio se ha encontrado además de las anteriores, la esofagitis, como causa importante de hemorragia gastrointestinal superior, principalmente en nuestro medio. (7)

A continuación describiremos brevemente la etiología y patogenia de cada una de las cuatro causas anteriores, y de otras más.

1) Úlcera péptica -

La úlcera péptica probablemente sea la causa más común de hemorragia gastrointestinal superior. (3, 8, 18, 26, 40).

Se define a la úlcera péptica como una pérdida netamente circunscrita de tejido que puede incluir mucosa, sub-mucosa y capa muscular, en las zonas del tubo digestivo expuestas al jugo gástrico, el cual contiene ácido y pepsina.

Respecto a su patogénesis, de la úlcera gástrica tenemos factores defensivos y factores destructivos.

Entre los factores destructivos tenemos:

- HCl y pepsina
- Drogas ulcerógenas
- Psiconeurogénicos
- Tabaco
- Atrofia gástrica
- Reflujo duodenal
- Estasis antral

Entre los factores defensivos tenemos:

- Barrera mucosa
- Barrera de células epiteliales
- Irrigación sanguínea gástrica
- Regeneración celular
- Regulación homeostática de la secreción ácida

(Estos factores son los elementos destructores y defensivos actualmente postulados en la patogénesis de la úlcera gástrica. Otros factores, todavía desconocidos, pueden resultar aún más significativos). (37, 39)

En la úlcera duodenal, la explicación más aceptable es que es causada por un exceso absoluto o relativo de secreciones ácido-pépticas. (37).

Resumiendo, podemos decir que estas clases de úlceras pueden ser producidas por un exceso de secreción ácido-péptica, o por alteraciones en la barrera protectora de las células epiteliales.

Según estudios que se han efectuado, se ha encontrado

más frecuente la úlcera péptica a nivel del área pilórica y curvatura menor.

Respecto a su anatomía patológica se conocen úlceras agudas y crónicas. Difieren principalmente por la cantidad de tejido de granulación y fibroplasia. Las úlceras agudas con frecuencia son múltiples, mientras que las crónicas suelen ser únicas.

La profundidad de la úlcera varía desde erosiones superficiales, algunas de las cuales pueden estar en período de curación, hasta lesiones excavadas profundas, cuya base llega a la muscular.

Las úlceras agudas se extienden a la parte alta de la sub-mucosa.

Las úlceras sub-agudas afectan la mucosa, la sub-mucosa y en ocasiones la muscularis propia.

En la úlcera péptica crónica, la capa muscular puede estar substituida por tejido fibroso y los tejidos colindantes distorsionados por la cicatrización.

El cuadro histológico varía con la actividad, la cronicidad y la magnitud de la cicatrización. (3, 8, 14, 18, 33, 37)

Una de las principales complicaciones de esta clase de úlceras es la hemorragia. Suele depender de erosión de un vaso de gran calibre en la base de la lesión. Los vasos afectados en la úlcera gástrica son ramas de la coronaria estomáquica, la esplénica, la gastroepiploica derecha, la hepática o la arteria pilórica; en caso de úlcera duodenal, ramas de la pancreaticoduodenal superior o de la arteria gastroduodenal.

Las úlceras sangrantes suelen hallarse en la pared posterior,

las superficies anteriores del estómago no contienen vasos importantes. (8)

2) Hemorragia por várices esofágicas

La hemorragia por várices esofágicas o gástricas es una manifestación de la hipertensión portal, que en la mayoría de los casos es secundaria a cirrosis del hígado.

Esta cirrosis puede ser de cualquier origen. Por ejemplo: alcohólico, post necrótico, etc. Un pequeño grupo, pero importante, es secundario a una obstrucción extrahepática, como por ejemplo: trombosis de la vena porta, en la cual no hay cirrosis. No todos los pacientes con cirrosis van a sangrar de várices esofágicas, sino lo pueden hacer de gastritis crónica o úlcera péptica.

A continuación mencionaremos unas de las etiologías de la hipertensión portal:

I. Enfermedad obstructiva intrahepática

- a) Cirrosis portal (alcohólica, nutricional, de Laennec)
- b) Cirrosis postnecrótica
- c) Cirrosis biliar
- d) Formas insólitas de cirrosis y fibrosis (hemocromatosis, enfermedad de Wilson)
- e) Hepatitis alcohólica
- f) Neoplasia y granulomas
- g) Esquistosomiasis
- h) Enfermedad oclusiva venosa
- i) Fibrosis hepática congénita
- j) Esclerosis hepatportal

II. Enfermedad extrahepática

- a) Obstrucción de vena porta

1. Atresia o estenosis congénita
2. Trombosis por infección o traumatismo
3. Transformación cavernomatosa
4. Compresión extrínseca

b) Obstrucción de la vena hepática (corriente de salida)

1. Síndrome Budd-Chiari
2. Pericarditis constrictiva

c) Exceso de corriente sanguínea por vena porta

1. Fístula arteriovenosa entre arteria hepática y vena porta
2. Fístula arteriovenosa entre arteria esplénica y vena porta

III. Descompresión insuficiente por colaterales venosas

- a) Esofágicas
- b) Retroperitoneales
- c) Periumbilicales
- d) Hemorroidales (3, 8, 10, 18, 35)

En la hipertensión portal lo que ocurre es un aumento de tamaño en todas las conexiones venosas colaterales entre las circulaciones portal y general y esto hace que aparezcan varicocidades. Entre las ramas colaterales de mayor importancia están los vasos de la sub-mucosa de la zona inferior del esófago y la zona superior del estómago, los vasos periumbilicales y los de la pared abdominal anterior.

Casi siempre la rotura de várices esofágicas suele causar hemorragia masiva y se asocia con gran mortalidad. Sin embargo, el sangrado en algunos casos puede ser escaso y persistir durante

varios días, y sólo se diagnostica por guayaco en heces. (2, 3, 8, 12, 18, 28, 35).

3) Gastritis

La gastritis se define como una inflamación aguda o crónica de la mucosa gástrica. Esta es una enfermedad común y los síntomas son muy variables dependiendo si es una gastritis aguda, en la cual el paciente podría presentar anorexia, náuseas, vómitos, hemorragia aguda, etc., y en el caso de una gastritis crónica tenemos que por lo común es asintomática. (3, 13, 18).

— Gastritis aguda:

Se puede definir como "lesión aguda de la mucosa gástrica".

La causa principal de gastritis aguda es la ingestión excesiva de alcohol, pero puede ser secundaria a intoxicación por alimentos, drogas como salicilatos, las enfermedades agudas quemaduras y la uremia. (3, 8, 18, 37).

Respecto a su patología, la lesión característica tiene tres componentes: denudación del epitelio superficial, hemorragia en el cuello de las glándulas gástricas y hemorragia de la lámina propia. (8, 33)

— Gastritis crónica:

La podemos definir como una enfermedad inflamatoria crónica, asociada con pérdida variable de células de la mucosa gástrica y alteración de las funciones que ellas desempeñan. Por lo común es asintomática. Su significado clínico, por lo tanto, descansa en complicaciones, hemorragias, neoplasia y ser causa de mala nutrición. (8, 13, 18, 37).

Respecto a su etiología no hay ninguna que explique todos los casos de gastritis crónica.

Los cambios patológicos se dividen en tres clases, según las etapas de evolución:

1. Gastritis crónica superficial
2. Gastritis crónica atrófica
3. Atrofia gástrica

En la gastritis aguda, macroscópicamente (por gastroscopía) se observa una mucosa delgada con vasculatura sub-mucosal, fácil de reconocer. (13, 33, 37).

4) Esofagitis

Como su nombre lo indica, es una inflamación del esófago. Esta inflamación puede presentarse secundaria a: principalmente al reflujo gástrico, en donde se le da el nombre de esofagitis de reflujo. Esta entidad puede ocurrir cuando hay hernia del Hiato, en caso de vómitos repetidos; en casos de esfínter permeable por retraso de la invasión, después de intervenciones quirúrgicas, en las cuales se extirpan o se lesionan partes anatómicas que puedan dar relajación permanente del esfínter esofágico. En la esclerodermia, cuando el esfínter queda inmovilizado por inflamación. También tenemos como causa de esofagitis las secundarias a sondeo gástrico y al uso de sondas compresivas utilizadas en caso de várices esofágicas; en la ingestión de agentes corrosivos; en la uremia, en caso de inflamación del esófago por monilia, o en caso de las bacteremias con ataque ulterior del esófago. (3, 8, 18).

Respecto a su anatomía patológica tenemos que el aspecto macroscópico de la lesión varía según el agente etiológico, la duración del proceso y la gravedad de la exposición. Entre las complicaciones de la esofagitis tenemos la estenosis y la

hemorragia. (3, 8, 18, 33).

Otras entidades que pueden ser causa de hemorragia gastrointestinal superior:

Otras fuentes menos frecuentes de hemorragia gastrointestinal superior a nivel esofágico: está un Mallory-Weiss, que no es más que desgarros en la mucosa en la unión gastroesofágica secundaria a vómitos excesivos y consecutivos.

Así como hemorragias secundarias a traumas o divertículos. En el carcinoma de esófago encontramos también, aunque en muy pocos pacientes, hemorragia profusa, ya que es más frecuente el sangrado continuo y escaso. (1, 3, 8, 18).

Otra causa poco común de hemorragia gastrointestinal superior es la secundaria a úlcera a nivel esofágico.

— A nivel gástrico tenemos:

Los carcinomas del estómago, pero como dijimos anteriormente, en el carcinoma del esófago, la hemorragia profusa es muy rara, es más frecuente la hemorragia crónica.

Otras causas relativamente poco comunes de hemorragia gastrointestinal superior secundaria a problemas gástricos son: la hernia del Hiato, y los pólipos. (3, 8, 18, 34).

— A nivel duodenal:

Tenemos los tumores como linfomas, carcinomas, pólipos, divertículos duodenales y accidentes vasculares mesentéricos. (3, 8, 18, 34).

Entre las causas de sangrado extra gastrointestinal tenemos hemoptisis, epistaxis, y la ruptura de un aneurisma. Los

aneurismas seculares de la aorta arterioesclerótica se pueden romper hacia el intestino delgado, principalmente a nivel de la tercera porción del duodeno. Las hemorragias secundarias a esta patología son casi siempre mortales.

También se mencionan la hemobilia, el carcinoma pancreático ulcerado o el carcinoma de la ampolla. (3, 8, 18, 34)

Las enfermedades sanguíneas nos pueden causar también hemorragia gastrointestinal superior, entre ellas tenemos las leucemias y linfomas. En la leucemia ocurre por ulceración de la mucosa gástrica o del tracto gastrointestinal superior o asociada a púrpura trombocitopénica.

En el Hodgkin's se menciona que la hemorragia también es por ulceración. Otra causa es la hemofilia, así como estados trombocitopénicos, hipoprotobinemia y fibrinogenopenia. La policitemia, rubra vera, la cual se acompaña frecuentemente de úlceras pépticas, de donde puede estar sangrando el paciente pero puede ser también por trombosis de la vena mesentérica, o la porta. Otras son las vasculitis como la púrpura de Henoch Shönlein, que es una enfermedad de patogenia oscura, observada principalmente en los niños y caracterizada por una erupción hemorrágica subcutánea, asociada con trastornos gastrointestinales, tumefacción de las articulaciones y reumatismo, hemorragias de las mucosas y esplenomegalia sin trombopenia, (2, 3, 11, 34)

Se menciona también que puede haber hematemesis y melena en el caso de la anemia perniciosa, la cual se atribuye a pólipo gástrico, carcinoma u otra enfermedad, pero no a una gastritis atrófica per se. (3)

La enfermedad de von Willebrand's en donde hay un defecto en los capilares de la piel y las mucosas. También se menciona la enfermedad de Christmas como causa de hemorragia gastrointestinal superior, en donde hay deficiencia del factor IX,

que es el componente tromboplastínico del plasma. (3)

Entre las enfermedades de los vasos sanguíneos encontramos: las telangiectacias y los hemangiomas cavernosos que la presencia de éstos en la piel nos podrían hacer pensar que el probable origen del sangrado sean similares malformaciones gastrointestinales.

En el pseudo xanthoma elasticum (síndrome de Grönblad Strandberg), que es una elastorrexia sistematizada, en donde hay una afección en las fibras elásticas y colágenas y por ende ruptura de vasos afectados produciendo de esta manera hemorragias digestivas o de otros órganos. En la enfermedad de Rendu - Osler - Weber la hemorragia gastrointestinal superior se debe a las telangiectancias hereditarias hemorrágicas. (3, 34)

Entre las enfermedades sistémicas como causa de hemorragia gastrointestinal superior tenemos:

La periarteritis nodosa en donde puede haber una arteritis con infartación y ulceración del tracto gastrointestinal.

En la uremia, en donde hay ulceración de la mucosa gastrointestinal.

En la enfermedad de Peutz-Jeghers, en donde hay poliposis intestinal acompañada de pigmentaciones mucocutáneas en la boca; así como en la neurofibromatosis por la formación de neurofibromas múltiples.

El síndrome de Zollinger Ellison, que se caracteriza por una hipersecreción gástrica debida a una excesiva producción de gastrina, en el cual hay úlceras a nivel gastrointestinal. (3, 8, 11, 18, 34)

En la amyloidosis, en donde asociado a esta enfermedad se

encuentran ulceraciones de la mucosa y sub-mucosa gástrica, así como en la mucosa intestinal. (3)

En el mieloma múltiple puede dar hemorragia gastrointestinal superior secundaria a trombocitopenia. (3, 34)

Las infecciones como por ejemplo las bacteremias se asocian a sangrado gastrointestinal superior. (3, 8, 18, 34)

Otra causa son las fallas cardíacas, como se menciona la duodenitis hemorrágica, la cual puede acompañar al infarto agudo del miocardio. (3)

A continuación mostramos un cuadro que resume todas las causas de hemorragia gastrointestinal superior. (3, 8, 10, 18, 29, 34, 38)

Causas de hemorragia gastrointestinal superior

Esófago:

- Várices
- Síndrome de Mallory-Weiss
- Esofagitis
- Tumores (benignos o malignos)
- Ulceras
- Divertículos
- Trauma

Estómago:

- Ulceras
- Gastritis
- Tumores (benignos o malignos)
- Hernia del Hiato
- Toxinas
- Sangrados post-operatorios (cirugía gastrointestinal)

que es el componente tromboplastínico del plasma. (3)

Entre las enfermedades de los vasos sanguíneos encontramos: las telangiectacias y los hemangiomas cavernosos que la presencia de éstos en la piel nos podrían hacer pensar que el probable origen del sangrado sean similares malformaciones gastrointestinales.

En el pseudo xanthoma elasticum (síndrome de Grönblad Strandberg), que es una elastorrexis sistematizada, en donde hay una afección en las fibras elásticas y colágenas y por ende ruptura de vasos afectados produciendo de esta manera hemorragias digestivas o de otros órganos. En la enfermedad de Rendu - Osler - Weber la hemorragia gastrointestinal superior se debe a las telangiectancias hereditarias hemorrágicas. (3, 34)

Entre las enfermedades sistémicas como causa de hemorragia gastrointestinal superior tenemos:

La periarteritis nodosa en donde puede haber una arteritis con infartación y ulceración del tracto gastrointestinal.

En la uremia, en donde hay ulceración de la mucosa gastrointestinal.

En la enfermedad de Peutz-Jeghers, en donde hay poliposis intestinal acompañada de pigmentaciones mucocutáneas en la boca; así como en la neurofibromatosis por la formación de neurofibromas múltiples.

El síndrome de Zollinger Ellison, que se caracteriza por una hipersecreción gástrica debida a una excesiva producción de gastrina, en el cual hay úlceras a nivel gastrointestinal. (3, 8, 11, 18, 34)

En la amyloidosis, en donde asociado a esta enfermedad se

encuentran ulceraciones de la mucosa y sub-mucosa gástrica, así como en la mucosa intestinal. (3)

En el mieloma múltiple puede dar hemorragia gastrointestinal superior secundaria a trombocitopenia. (3, 34)

Las infecciones como por ejemplo las bacteremias se asocian a sangrado gastrointestinal superior. (3, 8, 18, 34)

Otra causa son las fallas cardíacas, como se menciona la duodenitis hemorrágica, la cual puede acompañar al infarto agudo del miocardio. (3)

A continuación mostramos un cuadro que resume todas las causas de hemorragia gastrointestinal superior. (3, 8, 10, 18, 29, 34, 38)

Causas de hemorragia gastrointestinal superior

Esófago:

- Várices
- Síndrome de Mallory-Weiss
- Esofagitis
- Tumores (benignos o malignos)
- Ulceras
- Divertículos
- Trauma

Estómago:

- Ulceras
- Gastritis
- Tumores (benignos o malignos)
- Hernia del Hiato
- Toxinas
- Sangrados post-operatorios (cirugía gastrointestinal)

- Trauma

Duodeno:

- Ulcera
- Tumores (linfomas, carcinoma)
- Accidentes vasculares mesentéricos
- Divertículos duodenales
- Trauma

Sangrado extra gastrointestinal:

- Hemoptisis o epistaxis
- Hemobilia
- Ruptura de aneurisma
- Carcinoma pancreático ulcerado o carcinoma de la ampolla

Enfermedades de la sangre:

- Anemia perniciosa
- Enfermedad de von Willebrand's
- Enfermedad de Christmas
- Púrpura de Henoch-Shchönlein
- Policitemia rubra vera
- Leucemia y linfomas
- Hemofilia
- Púrpura trombocitopénica
- Hipoprotrombinemia
- Fibrinogenopenia

Enfermedades de vasos sanguíneos:

- Telangiectasias
- Pseudoxanthoma elasticum (síndrome de Grönblad - Strandberg)
- Telangiectasias hemorrágicas hereditarias (enfermedad de Rendu - Osler - Weber)

Enfermedades sistémicas:

- Uremia
- Enfermedad de Peutz - Jeghers
- Neuro fibromatosis
- Amyloidosis
- Mieloma múltiple
- Periarteritis nodosa
- Infecciones
- Síndrome de Zollinger Ellison
- Fallas cardíacas

Otras:

- Drogas anticoagulantes
- Biopsia endoscópica

Síntomas y signos de hemorragia gastrointestinal superior

La melena y la hematemesis son los principales síntomas y signos de hemorragia gastrointestinal superior. Se define melena como la expulsión de sangre alterada por el ano, sola o con heces; y la hematemesis como vómitos de sangre. El color de la sangre vomitada varía de rojo al negro según el tiempo que halla estado en el estómago, o sea que si al comenzar la hemorragia el paciente vomita, la sangre, será de color rojo, mientras que si está algún tiempo en el estómago, por acción del ácido cambia su color a negruzco.

La melena ocurre por separado o acompañando a la hematemesis. Se menciona que por lo menos debe haber unos 100 cc de sangrado para que haya melena; ésta puede persistir de 48 a 72 horas después de haber cesado la hemorragia. En la melena se encuentra la sangre de color oscuro por el contacto prolongado con el jugo gástrico. Sin embargo, si la hemorragia es profusa, la sangre se puede encontrar roja debido a que ésta produce un efecto laxante y aumenta como tal la motilidad del tracto gastrointestinal, y a esto se le da el nombre de

hematoquecia.

Las heces de color negro también pueden ser el resultado de la ingestión de hierro o bismuto, y no ser el resultado de una hemorragia gastrointestinal.

La náusea también acompaña frecuentemente a este tipo de patología.

Otro síntoma podría ser el dolor, aunque no siempre se presenta.

Los síntomas y signos como sudación, síncope, mareos, náusea, sed, piel fría y pálida, choque y taquicardia, depende de cuánto volumen sanguíneo ha perdido el paciente. (3, 8, 18, 29, 34, 38)

Diagnóstico de paciente con hemorragia gastrointestinal superior

Para hacer el diagnóstico de la etiología y severidad de la hemorragia gastrointestinal superior, se debe comenzar como en todas las enfermedades valiéndonos de la historia, antecedentes, exploración física, estudios de laboratorio y estudios complementarios.

- Historia y antecedentes:

Si el paciente puede referirnos historia, se indagará respecto a los síntomas (ya descritos anteriormente) para dirigirnos a pensar en algo más seguro, como sería que el paciente nos refiriera hematemesis, podemos asegurar que el origen del sangrado es a nivel del tracto gastrointestinal superior; además, se preguntará acerca de cuánta cantidad de sangre cree haber perdido (ya sea por melena o hematemesis) para darnos una idea de la severidad de la hemorragia. En general, el paciente que presenta hematemesis, la hemorragia gastrointestinal superior es

más profusa que en el paciente que sólo tiene melena. (3, 18)

Los antecedentes son de suma importancia, principalmente si ha tenido hemorragia gastrointestinal anterior, o si ha sido o está siendo tratado de alguna enfermedad de este sistema.

También, si no hay antecedentes de ingestión excesiva de alcohol, o de medicamentos como drogas anticuagulantes, aspirinas, y en particular, esteroides.

Un paciente inctérico y con historia de alcoholismo nos hace pensar en una hepatopatía crónica.

Otros antecedentes que no hay que olvidar son los familiares como por ejemplo: discrasias sanguíneas o de hemorragia gastrointestinal.

Nota: Si el paciente llega comatoso a la emergencia, se investigará la historia y antecedentes con parientes y amigos. (3, 8, 18, 34)

— Revisión por sistemas:

Se dirigirán principalmente preguntas respecto al sistema gastrointestinal: si ha tenido algún trastorno como por ejemplo dolor epigástrico, aliviado con la ingestión de alimentos, en donde podríamos sospechar una úlcera péptica, o si ha tenido varios episodios de vómitos continuos previos al sangrado, para pensar en un síndrome de Mallory-Weiss.

También no hay que dejar por un lado los otros sistemas, ya que también son importantes, como sería una pérdida de peso crónica, nos podría hacer pensar en un carcinoma.

— Examen físico:

Comenzar viendo al paciente, ya que si éste está comatoso podemos asumir que la pérdida de sangre ha sido grande. Se procederá a tomar los signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura oral, ya que principalmente la presión arterial y frecuencia cardíaca están alterados en la hemorragia gastrointestinal masiva. (3, 8, 18, 34).

También se puede efectuar el test de Tild. Este es para evaluar si están actuando adecuadamente los mecanismos compensatorios (en caso de que la hemorragia sea muy severa a estos mecanismos no les dará tiempo de actuar) y de esta manera impedir que el paciente entre en shock. Se hace de la siguiente forma:

Se toma la frecuencia cardíaca del paciente en decúbito dorsal, después se sienta al paciente a unos setenta y cinco grados por tres minutos y se toma de nuevo la frecuencia cardíaca; si ésta se encuentra aumentada en menos de veinticinco por minuto (en ausencia de síncope) indica una compensación de la pérdida sanguínea y que la hemorragia no es muy severa, pero si aumenta la frecuencia cardíaca más de treinta por minuto o el paciente presenta síncope, indica un inadecuado mecanismo compensador y que la hemorragia es muy severa y es indicación de transfusión.

Un test negativo no significa por fuerza que el paciente no está severamente enfermo, ya que él pudo haber perdido gran cantidad de volumen sanguíneo hace ya varias horas y los mecanismos de compensación ya estén actuando.

Este procedimiento puede producir shock en el paciente que no le ha dado tiempo de utilizar sus mecanismos de compensación como consecuencia de una pérdida rápida de gran volumen sanguíneo.

El test puede ser positivo en un paciente con hipotensión ortostática o después de la administración de morfina o barbitúricos, sin necesidad de haber perdido gran volumen sanguíneo. (3)

Se excluirá una fuente de sangrado no gastrointestinal como epistaxis, hemoptisis o lesiones bucales o faríngeas.

La inspección de la piel no revelará, en los casos de la enfermedad de Osler-Rendu-Weber, las características telangiectasias, la pigmentación localizada del síndrome de Peutz-Jeghers, los neurofibromas dérmicos de la neurofibromatosis. La presencia de áreas púrpuras en el lugar del manguito de tomar la presión arterial, sugiere el diagnóstico de discrasias sanguíneas.

A la palpación abdominal se revisará el epigastrio para descartar la presencia de masas que nos harían sospechar en un proceso maligno y después encontrar un ganglio de Virchow. Una hepatoesplenomegalia y estigmas periféricos de las hepatopatías crónicas, ascitis y edema, nos hacen pensar en hipertensión porta y como consecuencia várices esofágicas.

El dolor en región abdominal no acompaña frecuentemente a la hemorragia. (3, 8, 13, 34, 38, 39)

Datos de laboratorio:

Se sacará sangre al paciente para pedir hematología completa con v/s, ya que ésta nos puede mostrar muchas cosas como por ejemplo una hemoglobina y hematocrito bajo, que en estos casos es indicación de transfusión sanguínea, u observar alteraciones morfológicas de los eritrocitos como anemia microcítica hipocrómica que nos haría pensar en una pérdida crónica de sangre o una anemia normocítica normocrómica, que nos indicaría que la pérdida de sangre es aguda.

Saber también el número de plaquetas, así como pedir tiempo de protrombina y coagulación para descartar defectos de la coagulación sanguínea. Se sacará también compatibilidad por si hay necesidad de transfundir al paciente.

Pedir también química sanguínea ya que la sangre digerida es metabolizada en los intestinos y los cuerpos nitrogenados tienden a elevarse en estos casos.

Es útil tener también electrolitos en sangre, ya que en algunos casos pueden haber disturbios de éstos, como por ejemplo alcalosis hipoclorémica secundaria a los vómitos, así como también alteraciones en las concentraciones de sodio y potasio.

Si se piensa que la etiología del sangrado es secundaria a un problema hepático se pedirán además de los laboratorios anteriores, exámenes del funcionamiento hepático como proteínas, bilirrubinas, etc. (3, 8, 18, 34)

Estudios complementarios:

Para confirmar que el sitio del sangrado gastrointestinal es superior, podemos utilizar un método simple y sencillo que no es más que colocar una sonda nasogástrica y efectuar un lavado. Si en éste sale sangre, se demostrará que el sangrado gastrointestinal es del segmento superior, ya que si fuera por debajo del ángulo de Treitz, la sangre no regresaría hasta la cámara gástrica. (3, 8, 18, 34)

Otro método es una serie gastroduodenal, en la cual observaríamos várices esofágicas o alguna úlcera, en donde sólo podríamos sospechar que es el sitio del sangramiento y no asegurar que de allí es de donde sangra. (7, 18).

Gastroscofia —

Para comenzar, definiremos el instrumento que se usa para este examen, que es el endoscopio. Este es un término general para los instrumentos que se emplean para el examen visual de la superficie interna de una cavidad, víscera hueca o conducto y que se denomina según al órgano a que se aplican, como por ejemplo: broncoscopio, cistoscopio, "gastroscofia", etc. Ahora diremos que endoscopia es el examen o inspección directa de una cavidad o conducto del cuerpo por medio de instrumentos ópticos adecuados al lugar que va a ser objeto de inspección, que en nuestro caso sería la cavidad gástrica y se denominará "gastroscofia". Aunque más explícitamente se debería llamar esófago-gastro-duodenoscopia. (7, 11, 18)

Este se considera como el mejor método para diagnosticar la fuente de sangrado gastrointestinal superior, no sólo por lo rápido de hacerse, sino que también por lo inocuo del procedimiento.

Las gastroscofias han evolucionado sorprendentemente gracias a la introducción de las fibras de vidrio en la manufactura de equipo endoscópico, ya que en 1868 Kussmaul realizó la primera gastroscofia con un tubo rígido; después se utilizaron tubos semi rígidos, semi flexibles, hasta que actualmente son totalmente blandos y maleables. (7, 24, 30, 41)

Las ventajas del uso del gastroscofia son muchas, como por ejemplo:

- El procedimiento es relativamente fácil, efectuado por personas que tienen experiencia en su utilización.

- No hay necesidad de movilizar al paciente, ya que la gastroscofia se puede efectuar en la misma cama o camilla en que se encuentre el enfermo.

- La sedación se puede efectuar únicamente con valium IV (20 mg.) y anestesia local en la orofaringe como xilocaína en aerosol.

- Permite visualizar al esófago, estómago y duodeno en un solo tiempo, observando así el sitio exacto del sangrado, sin necesidad de gastar tiempo y dinero en exámenes que no son seguros para el diagnóstico, como sería tomar placas de rayos "X" (serie gastroduodenal), ya que si en ésta observamos una úlcera a nivel gástrico, no por fuerza ese tiene que ser el sitio del sangrado, puede estar localizado en otra región como por ejemplo en una serie gastroduodenal se observó una úlcera gástrica grande y el sitio del sangrado era una úlcera duodenal pequeña, la cual no se observó y se diagnóstico sólo por medio de gastroscofia.

Se ha experimentado últimamente con el gastroscofia el uso de la fotocoagulación en la mucosa gástrica, en las lesiones gástricas sangrantes, para evitar las intervenciones quirúrgicas. (31, 36)

Pero como todo procedimiento tiene sus desventajas, como por ejemplo:

- La adquisición del equipo es costoso.
- Se necesita una persona con experiencia para introducir el gastroscofia, e interpretar lo que se visualiza. (3, 7, 18, 24, 30)
- Así como en algunos casos nos puede dar problemas esofágicos, como por ejemplo esofagitis, y si hay un divertículo de Zenker, ruptura de éste.

Se puede utilizar también la angiografía como método más exacto de diagnóstico del sitio de la hemorragia, pero el uso de éste es más peligroso que los otros y aún está por determinarse su valor verdadero. (3, 18).

En pocos casos después de estudios radiográficos y endoscópicos no se encuentra el lugar exacto de la hemorragia, pero persiste un sangrado escaso, pero continuo en el tracto gastrointestinal superior; en estos casos se puede utilizar una cinta radioopaca por vía bucal, ya colocada se inyectan por vía intravenosa glóbulos rojos marcados con sustancias radioactivas, posteriormente se retira la cinta y se examina para localizar el sitio de fluorescencia o radioactividad. Esta prueba está sujeta a muchos errores de método y es de limitada utilidad clínica. (18)

Tratamiento inicial de la hemorragia gastrointestinal superior -

Hay dos clases principales de tratamiento: el médico y el quirúrgico. El manejo de estos pacientes se debe hacer en conjunto, o sea con un internista y un cirujano, ya que siempre primero se dará tratamiento médico, pero si el paciente no responde, una rápida decisión e intervención quirúrgica de un cirujano que ya conoce el caso y ha estado al tanto de la evolución, favorece el pronóstico operatorio. (3, 18, 34)

A continuación mencionaremos brevemente las medidas generales para el manejo médico de la hemorragia gastrointestinal superior.

I. Medidas urgentes

1. Tratamiento del shock -

Primero, colocar al paciente en decúbito dorsal.

El tratamiento del shock en este tipo de paciente demanda la infusión sanguínea para corregirlo. Se puede utilizar en un brazo la infusión de sangre y en el otro sol. salina, glucosa al 50/o o Hartman. Esto ayuda a mantener un volumen adecuado para irrigar las áreas vitales. Se puede también administrar drogas vasoconstrictoras en casos críticos de shock.

Si el paciente no se encuentra en estado de shock se prevenirá éste hidratándolo y manteniendo un buen balance electrolítico. (3, 18, 34)

2. Hipotermia local -

El uso del lavado gástrico con sonda nasogástrica, no sólo sirve para confirmar que el origen de la hemorragia es superior, sino que se ha demostrado que al utilizar agua fría para efectuar el lavado, se controló en muchos casos la hemorragia masiva de úlcera gástrica, duodenal, gastritis y otras condiciones. Además esa hipotermia protege al tejido contra la anoxia o sea que el uso del lavado gástrico ocupa un lugar muy importante en el manejo de la hemorragia gastrointestinal superior. (3, 18, 34)

3. Psicoterapia -

Durante el transcurso de la hemorragia se debe de tratar de tranquilizar al paciente, ya que como es de suponer, la hematemesis o melena afligen a cualquiera, y los pacientes se pueden volver excesivamente ansiosos y poco colaboradores. (3)

4. La sedación -

Es necesaria la individualización. El medicamento de elección son los barbitúricos, principalmente el fenobarbital, pero si el paciente se encuentra muy ansioso es mejor utilizar derivados de la morfina.

El uso de la morfina está avolido, ya que tiende a dar náuseas y vómitos. En caso de que el barbitúrico no es efectivo, se puede usar meperidina (Demerol). (3)

5. Uso de drogas -

El uso de drogas en el paciente con hemorragia

gastrointestinal superior dependerá de los síntomas y etiología de cada entidad. Si por ejemplo se presentara mucha náusea y vómitos en el paciente se pueden utilizar antieméticos del grupo de las fenotiazinas o antihistamínicos, los cuales han dado muy buenos resultados; así también el uso de medicamentos según la etiología de la hemorragia gastrointestinal superior como por ejemplo el uso de drogas anticolinérgicas en el caso de una úlcera duodenal. (Pero aún muchos autores consideran que los anticolinérgicos no son necesarios durante el período de emergencia). (3, 17, 18, 25) Ultimamente en gastritis, úlcera gástrica o duodenal, se ha usado la cimetidina, que es un bloqueador H_2 y así disminuir la secreción de ácido clorhídrico. (7)

II. Medidas menos urgentes

1. La dieta -

En la cual habría sido muy discutido años atrás a qué día se le podía dar ya alimentos por vía oral al paciente después de una hemorragia gastrointestinal superior. Actualmente se llegó a la conclusión de que se debe de iniciar la alimentación por vía oral en las primeras veinticuatro horas después de cesada la hemorragia. Sirve no sólo para hacer sentir bien al paciente, sino también para un adecuado balance fluido y electrolítico. (3)

2. El reposo en cama -

El reposo en cama estricto después de una hemorragia gastrointestinal masiva es de por lo menos tres días después de que ésta haya cesado. Posteriormente al paciente ya se le puede levantar, únicamente al sanitario, pero debe mantener reposo en cama más o menos durante dos semanas. Los ejercicios musculares en la cama ayudan a prevenir complicaciones vasculares y levantan la moral. (3, 18)

3. Cuidado de los intestinos

Jugos de frutas en las mañanas y leche ayudan a estabilizar

el tracto gastrointestinal. Pequeñas dosis de leche de magnesio pueden ser necesitadas durante la primera semana o diez días después de la hemorragia gastrointestinal. (3)

4. Tratamiento de la anemia -

Como en los casos de hemorragia gastrointestinal ocurre anemia (normocítica normocrómica) la eritropoyetina comienza a aumentar y por lo tanto a utilizar las reservas de hierro. Para ayudar a esta corrección se utiliza el sulfato ferroso. (3)

5. Vitaminas -

También se ha recomendado el uso de vitaminas, principalmente la vitamina C; pero en el caso de que el paciente no tolere los jugos de frutas se puede utilizar 200 mg., de ácido ascórbico disuelto en agua o en las comidas y si se comprueba que hay una deficiencia de esta vitamina, se puede utilizar la vía parenteral (500 ó 1,000 mgs. diarios); así como la utilización de vitamina K si hay una prolongación del tiempo de protrombina. (3)

III. Medidas específicas

Como su nombre lo indica son específicas para cada enfermedad como por ejemplo después de las medidas generales iniciales principales como es el tratamiento del shock, o si no se encuentra en shock se prevenirá, se efectuará lavado gástrico, psicoterapia y sedación, se procederá a diagnosticar la causa etiológica del sangrado, si por ejemplo este fuera úlcera péptica o gastritis, se recomienda además de lo anterior, la administración de leche o antiácidos (continuamente), como el hidróxido de aluminio o de magnesio, para disminuir así la acción del ácido clorhídrico en la región afectada. Al salir del cuadro agudo se seguirá con la terapia médica específica. (3, 8, 18, 37)

Y en el caso de la esofagitis hay que proteger al esófago del efecto irritante del reflujo gástrico y esto se logra además de dar antiácidos, colocando al paciente de tal manera que la misma gravedad impida el reflujo.

Esto sería en caso de que la etiología de la esofagitis fuera el reflujo, que es lo más frecuente, y si no fuera éste se dirigirá a tratar la causa específica. (3, 8, 18)

En caso de várices esofágicas sangrantes al persistir la hematemesis o hemorragia profusa es necesario hacer taponamiento esofágico con la sonda de Sengstaken - Blakemore o la sonda de Naclas. Aunque este método es muy peligroso, aún bajo las mejores condiciones, la hemorragia se controlará en la mayoría de los casos; posteriormente se tratará de corregir la hipertensión portal. (2, 3, 8, 18)

Así como en los casos anteriores se dirigirá la terapéutica específica a la etiología de cada enfermedad después de las medidas generales iniciales. (22, 23)

El tratamiento quirúrgico se dejará como dijimos anteriormente en los casos en que no se puede controlar el sitio del sangrado conservadoramente, o en los casos en los que la etiología del padecimiento no dan otra elección como por ejemplo la ruptura de un aneurisma sacular de la aorta. (3, 18)

D) DEFINICION DEL PROBLEMA

Hacer un estudio sobre la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior en el Hospital General San Juan de Dios basándonos únicamente en los pacientes en que fue efectuado el diagnóstico preciso del origen de la hemorragia por medio del uso de la gastroscopía, durante los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto de 1977 y enero, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 1978.

E) HIPOTESIS

En nuestro medio la gastritis aguda hemorrágica es la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior.

F) MATERIAL SUJETO A ESTUDIO

Se sometieron a estudio los pacientes encontrados con hemorragia gastrointestinal superior, en los cuales fue diagnosticado el sitio específico del sangrado, durante los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto de 1977 y enero, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 1978, en el Hospital General San Juan de Dios.

Los treinta y dos casos estudiados fueron obtenidos de los archivos del departamento de medicina y del departamento de estadística del Hospital General San Juan de Dios.

G) METODOS Y PROCEDIMIENTOS

Para el desarrollo de esta investigación se tomó como base el método científico en sus modalidades inductiva y deductiva, ya que se partió de una hipótesis formulada, y en base a ella se realizó el trabajo de campo con el propósito de aceptar o rechazar nuestra hipótesis.

Se utilizó también el método retrospectivo para la ejecución del estudio, puesto que consistió en la recopilación de datos ya existentes en el Hospital General San Juan de Dios, utilizando únicamente la papelería de los pacientes que se les efectuó el diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior por medio del uso del gastroscopio.

Los procedimientos para aceptar o rechazar la hipótesis fueron:

1. Definición del problema.
2. Planteamiento de la hipótesis.
3. Estudio y recopilación de datos de los informes e historias clínicas en los pacientes sujetos al estudio.
4. Tabulación de los datos anteriores.
5. Comparación porcentual para decir si la hipótesis es aceptada o rechazada.

H) ALCANCES Y LIMITES

Con el presente trabajo pretendo establecer una comparación porcentual entre todas las causas de hemorragia gastrointestinal superior encontradas en el Hospital General San Juan de Dios, en las que se utilizó el gastroscopio para el diagnóstico preciso, para saber cuál es la de mayor incidencia.

El estudio a realizar únicamente se refiere a un corto período de actividad hospitalaria (abril, mayo, junio, julio y agosto de 1977 y enero, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 1978). Sin embargo, el mismo nos dará un dato significativo. Al mismo tiempo considero que el resultado de este estudio se encuentra limitado por ciertos factores como son:

- a) Las distintas variaciones que pueden ocurrir a través de las diversas épocas del año, en relación con la patología en estudio.
- b) El número de sectores que tiene a su cargo el Hospital General San Juan de Dios, y ciertas anomalías en lo que se refiere a la documentación de los casos de la patología a estudio.

I) RECOPIACION Y TRATAMIENTO DE RESULTADOS

Con el objeto de recavar la información necesaria de los archivos del departamento de medicina y de los archivos del departamento de estadística del Hospital General San Juan de Dios se elaboró una ficha, la cual se muestra a continuación:

Ficha para la recopilación de datos

No. de caso	Causa de hemorragia gastrointestinal superior	Edad	Sexo	Mes	Complicaciones por el uso del gastroscopio
-------------	---	------	------	-----	--

Luego, en el manejo de resultados se hizo lo siguiente:

1. Al tener completos los datos en la ficha, se procedió a la tabulación total.
2. Se procedió a sacar el porcentaje de los resultados y las comparaciones pertinentes.
3. Con gráficas, se trató de demostrar más objetivamente los resultados obtenidos en la investigación. Para ello se utilizaron gráficas de barra, circulares y otras que se consideraron necesarias.
4. Se procedió a sacar las conclusiones pertinentes en relación a los resultados, así como las recomendaciones.

J) VARIABLES Y COMPARACION PORCENTUAL

Variables independientes:

1. Hemorragia gastrointestinal superior.

Variables dependientes:

1. Edad.
2. Lugar en dónde se recopilaron los datos.
3. Período de tiempo al cual fue limitado el estudio.

Comparación porcentual:

El estudio comparativo se llevó a cabo en relación a las entidades de hemorragia gastrointestinal superior, así como sexo y edad encontradas en el Hospital General San Juan de Dios, en el período de tiempo a que fue limitado el estudio.

II. RECOPILACION Y TRATAMIENTO DE RESULTADOS

Con el objeto de tener la información necesaria para el estudio de la enfermedad de la hemorragia gastrointestinal superior, se realizó un estudio de tipo descriptivo en el Hospital General de la ciudad de La Habana, en el período comprendido entre el 1 de enero de 1960 y el 31 de diciembre de 1961.

Ficha para la recopilación de datos:

No. de caso	Variables dependientes				Variables independientes			
	Edad	Sexo	Profesión	Estado civil	Antecedentes de enfermedad	Tratamiento	Resultado	Observaciones

1. Edad.
2. Lugar en donde se recogieron los datos.
3. Período de tiempo al cual fue limitado el estudio.

La información que se recogió se organizó de la siguiente manera:

1. Al ser un estudio de tipo descriptivo, se realizó un estudio comparativo de los datos obtenidos en el estudio con los datos obtenidos en el estudio de la hemorragia gastrointestinal superior, así como se comparó con los datos obtenidos en el estudio de la hemorragia gastrointestinal inferior.

2. Con gráficos se presentó el material obtenido. Para ello se utilizó el método de la media y la desviación estándar, así como se consideraron necesarias.

3. Se procedió a sacar las conclusiones pertinentes en relación a los resultados, así como las recomendaciones.

III. PRESENTACION, TABULACION Y COMPARACION PORCENTUAL DE LOS DATOS OBTENIDOS

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR EN RELACION A LA ETIOLOGIA Y AL SEXO

Causa de hemorragia gastro-intestinal superior	Sexo		Total	
	F	M	No.	o/o
Gastritis aguda hemorrágica	1	8	9	28.13
Úlcera péptica	4	3	7	21.86
Cáncer gástrico	3	3	6	18.75
Esofagitis	2	3	5	15.63
Várices esofágicas		1	1	3.13
Otra patología	1	3	4	12.5
Total	No. 11 o/o 34.38	21 65.62	32	100.0

Nota: Entre el grupo de otra patología como causa de hemorragia gastrointestinal superior se obtuvo un caso de divertículo ulcerado, un cáncer del esófago, una lesión gástrica yatrogénica (por uso de sonda nasogástrica) y una duodenitis.

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR EN RELACION
A LA ETIOLOGIA, SEXO Y GRUPO ETAREO

Edad	Gastritis A.H.		Úlcera péptica		Cáncer gástrico		Esofagitis		V. esofágicas		Otras patologías		Totales	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	No.	o/o
13 - 19		1											1	3.13
20 - 29			1										1	3.13
30 - 39		1	1								1		3	9.38
40 - 49	1	2		2				2		1			9	28.13
50 - 59		1			1	1							3	9.38
60 - 69		3	1	1	2	2	1	1			1	1	11	34.38
70 ...													4	12.50
Totales	1	8	4	3	3	3	2	3	1	1	1	3	32	100.0

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR
EN RELACION A LA ETIOLOGIA Y AL SEXO

Causa de hemorragia gastrointestinal superior	Sexo		Total	
	F	M	No.	o/o
Gastritis aguda hemorrágica	1	8	9	28.13
Úlcera péptica	4	3	7	21.86
Cáncer gástrico	3	3	6	18.75
Esofagitis	2	3	5	15.63
Várices esofágicas		1	1	3.13
Otra patología	1	3	4	12.5
Total	No. o/o	11 34.38	21 65.62	32 100.0

Nota: Entre el grupo de otra patología como causa de hemorragia gastrointestinal superior se obtuvo un caso de divertículo ulcerado, un cáncer del esófago, una lesión gástrica yatrogénica (por uso de sonda nasogástrica) y una duodenitis.

CUADRO No. 2

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR EN RELACION
A LA ETIOLOGIA, SEXO Y GRUPO ETAREO

	Gastritis A.H.		Úlcera péptica		Cáncer gástri- co		Esofa- gitis		V. eso- fágicas		Otras patolo- gías		Totales
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Edad													No. o/o
13 - 19		1											1 3.13
20 - 29			1										1 3.13
30 - 39		1	1								1		3 9.38
40 - 49	1	2		2			2			1	1		9 28.13
50 - 59		1			1	1							3 9.38
60 - 69		3	1		2	2	1				1		11 34.38
70 ...			1	1			1	1					4 12.50
Totales	1	8	4	3	3	3	2	3	1	1	3		32 100.0

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR EN RELACION
A LAS COMPLICACIONES POR EL USO DEL
GASTROSCOPIONo. de casos de
hemorragia gas-
trointestinal
superior diag-
nosticada por
gastroscopia

32

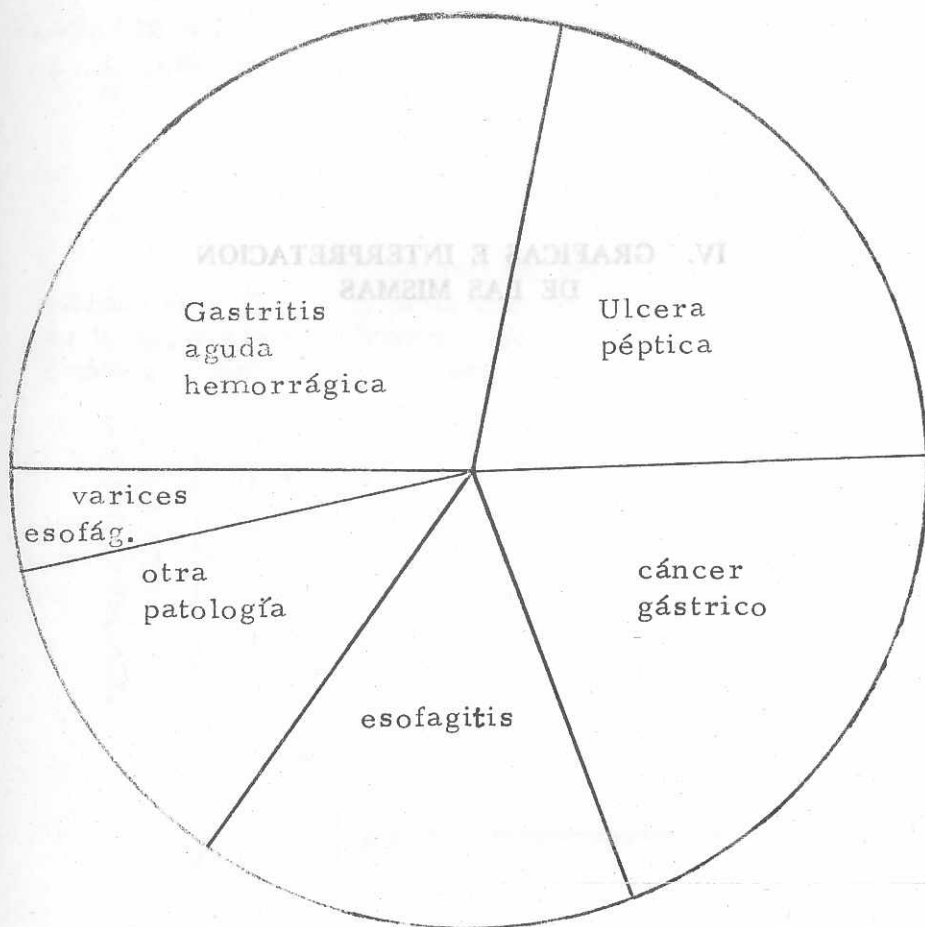
No. de complicacio-
nes secundarias al
uso del gastroscopio

0

Tipo de complica-
ciones por el uso
del gastroscopio

0

GRAFICA No. 1
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR EN
RELACION A LA ETIOLOGIA DE ESTA



INTERPRETACION DE LA GRAFICA No. 1

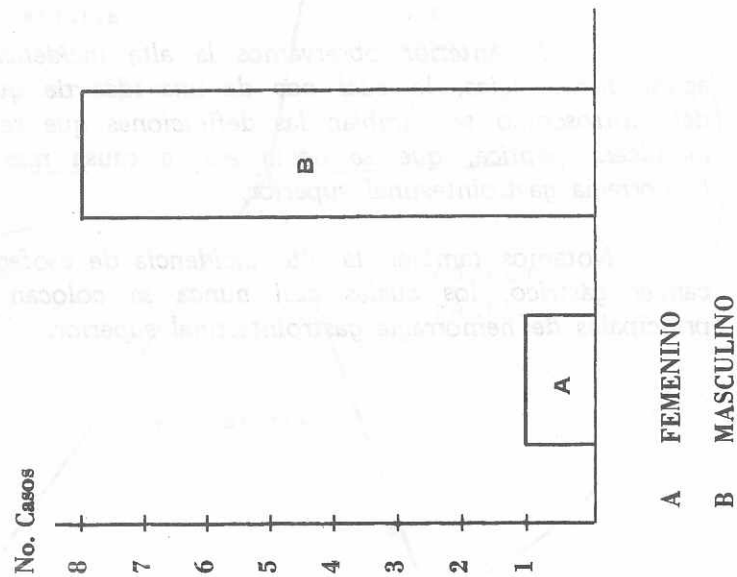
Comparación entre el número de casos de hemorragia gastrointestinal superior según la etiología de ésta.

Como podemos observar en la gráfica anterior, la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior fue la gastritis aguda hemorrágica, con un total de nueve casos, que constituyen un 28.13o/o; seguido de la úlcera péptica con siete casos, que equivalen a un 21.86o/o; el tercer lugar lo ocupó el cáncer gástrico con seis casos, que es el 18.75o/o; el cuarto lugar fue la esofagitis con cinco casos, que equivalen a un 15.63o/o; y las várices esofágicas sólo tuvieron un caso, lo que da un 3.13o/o.

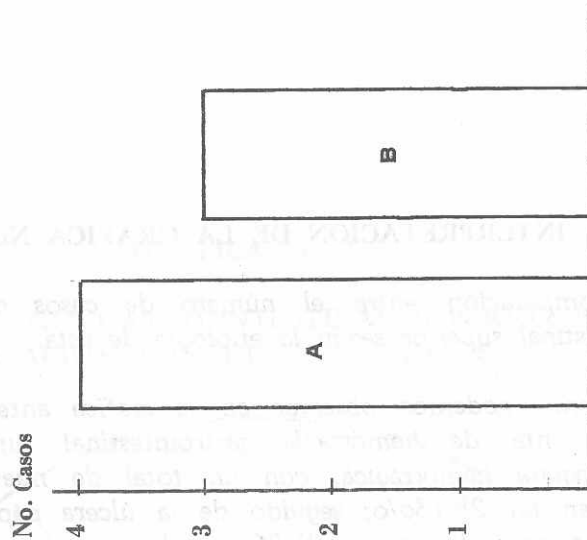
Por lo anterior observamos la alta incidencia de gastritis aguda hemorrágica, lo cual nos da una idea de que con el uso del gastroscopio se cambian las definiciones que se hacían sobre la úlcera péptica, que se decía era la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior.

Notamos también la alta incidencia de esofagitis, así como cáncer gástrico, los cuales casi nunca se colocan como causas principales de hemorragia gastrointestinal superior.

GRAFICA No. 2

a) GASTRITIS AGUDA
HEMORRAGICA

b) ULCERA PEPTICA



INTERPRETACION DE LA GRAFICA No. 2

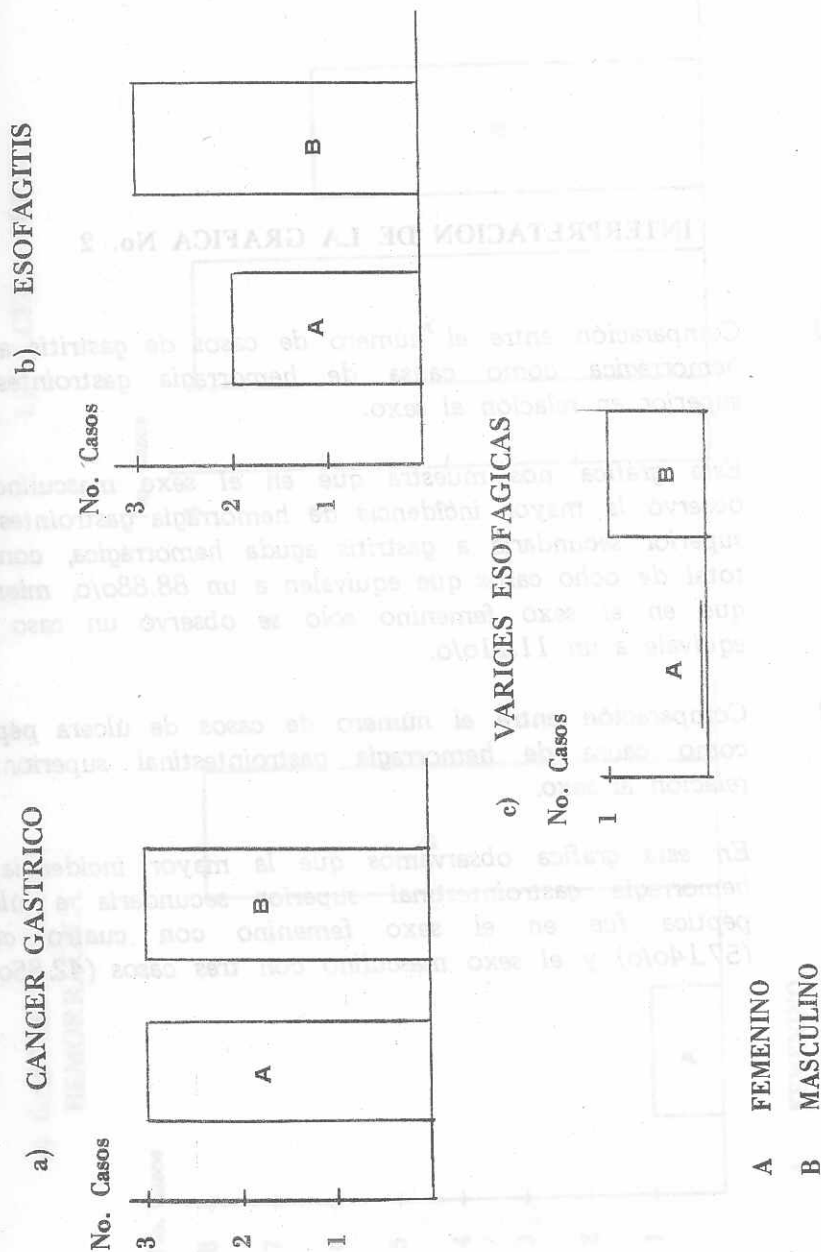
- a) Comparación entre el número de casos de gastritis aguda hemorrágica como causa de hemorragia gastrointestinal superior en relación al sexo.

Esta gráfica nos muestra que en el sexo masculino se observó la mayor incidencia de hemorragia gastrointestinal superior secundaria a gastritis aguda hemorrágica, con un total de ocho casos que equivalen a un 88.88o/o, mientras que en el sexo femenino sólo se observó un caso que equivale a un 11.11o/o.

- b) Comparación entre el número de casos de úlcera péptica como causa de hemorragia gastrointestinal superior en relación al sexo.

En esta gráfica observamos que la mayor incidencia de hemorragia gastrointestinal superior secundaria a úlcera péptica fue en el sexo femenino con cuatro casos (57.14o/o) y el sexo masculino con tres casos (42.85o/o).

GRAFICA No. 3



INTERPRETACION DE LA GRAFICA No. 3

- a) Comparación entre el número de casos de cáncer gástrico como causa de hemorragia gastrointestinal superior en relación al sexo.

Podemos observar en esta gráfica que la incidencia del cáncer gástrico como causa de hemorragia gastrointestinal superior fue igual en el sexo femenino con tres casos (50o/o), como en el masculino con tres casos (50o/o).

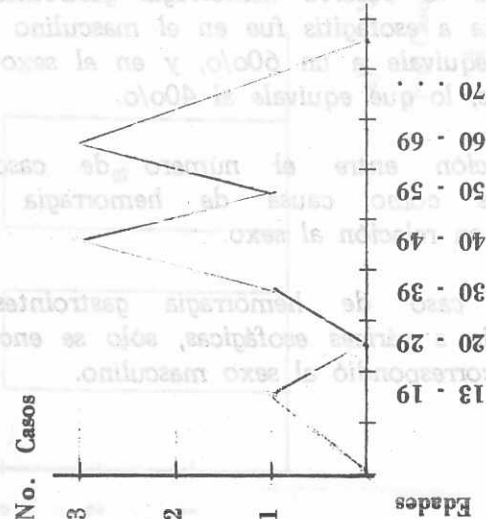
- b) Comparación entre el número de casos de esofagitis como causa de hemorragia gastrointestinal superior en relación al sexo.

Esta gráfica nos muestra que en el sexo que con más frecuencia se observó hemorragia gastrointestinal superior secundaria a esofagitis fue en el masculino con tres casos, lo que equivale a un 60o/o, y en el sexo femenino con dos casos, lo que equivale al 40o/o.

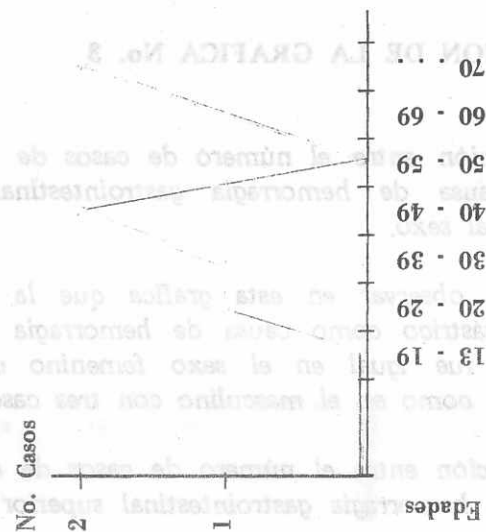
- c) Comparación entre el número de casos de vórices esofágicas como causa de hemorragia gastrointestinal superior en relación al sexo.

En el caso de hemorragia gastrointestinal superior secundaria a vórices esofágicas, sólo se encontró un caso, el cual correspondió al sexo masculino.

A) GASTRITIS AGUDA
HEMORRAGICA.



B) ULCERA PEPTICA



INTERPRETACION DE LA GRAFICA No. 4

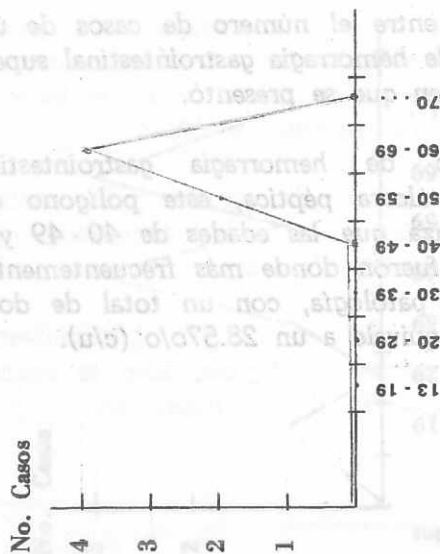
- a) Comparación entre el número de casos de gastritis aguda hemorrágica como causa de hemorragia gastrointestinal superior según el grupo etáreo en que se presentó.

Este polígono de frecuencia nos demuestra que en las edades de 40 - 49 y de 60 - 69 años, fue donde más frecuentemente se observó hemorragia gastrointestinal superior secundaria a gastritis aguda hemorrágica, con un total de tres casos cada una, lo que equivale a un 33.33o/o (c/u).

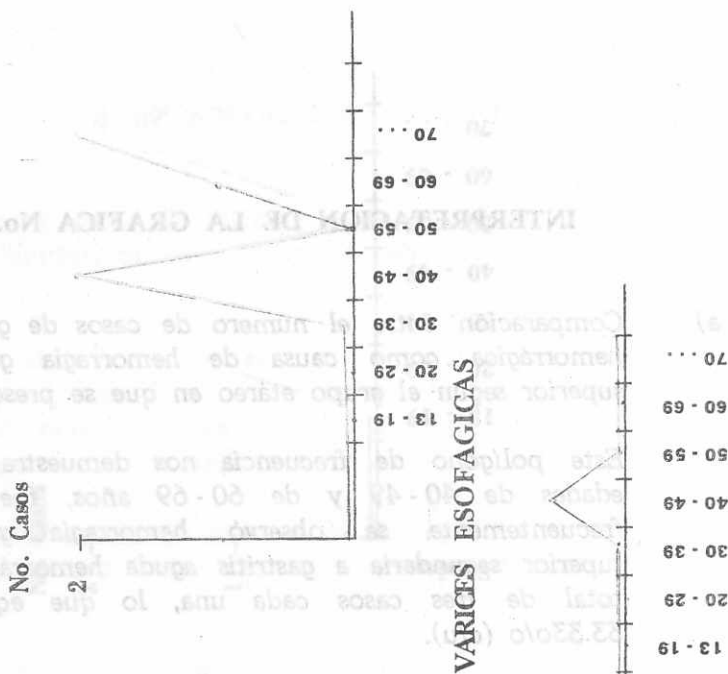
- b) Comparación entre el número de casos de úlcera péptica como causa de hemorragia gastrointestinal superior según el grupo etáreo en que se presentó.

En el caso de hemorragia gastrointestinal superior secundaria a úlcera péptica, este polígono de frecuencia nos esquematiza que las edades de 40 - 49 y de 70 años en adelante, fueron donde más frecuentemente se observó este tipo de patología, con un total de dos casos cada una, lo que equivale a un 28.57o/o (c/u).

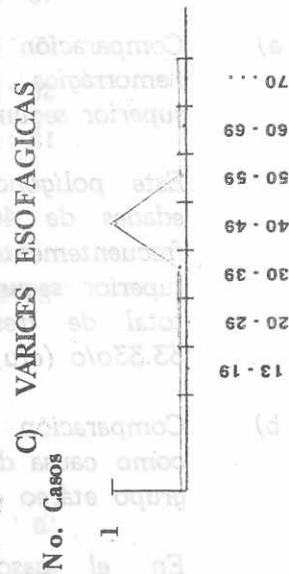
A) CANCER GASTRICO



B) ESOFAGITIS



C) VARICES ESOFAGICAS



INTERPRETACION DE LA GRAFICA No. 5

- a) Comparación entre el número de casos de cáncer gástrico como causa de hemorragia gastrointestinal superior según el grupo etáreo en que se presentó.

En esta gráfica podemos observar que entre las edades de 60 - 69 años fue donde más frecuentemente se observó el cáncer gástrico como causa de hemorragia gastrointestinal superior, con un total de cuatro casos, lo que equivale a un 66.67o/o.

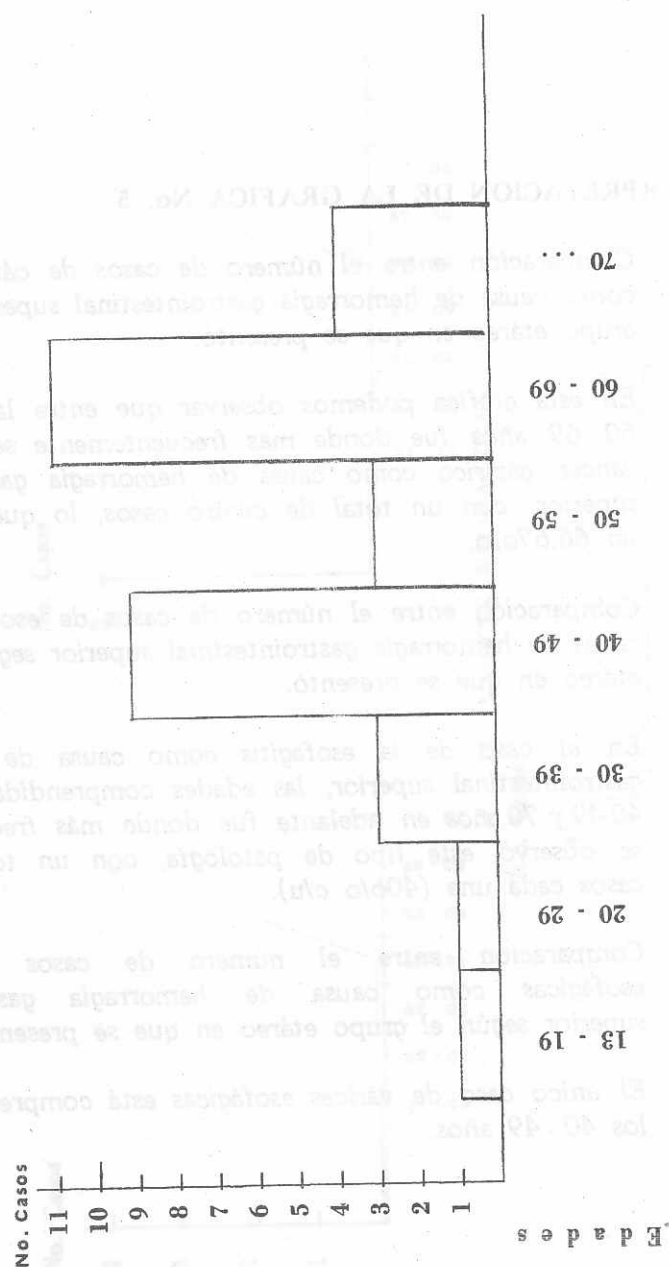
- b) Comparación entre el número de casos de esofagitis como causa de hemorragia gastrointestinal superior según el grupo etáreo en que se presentó.

En el caso de la esofagitis como causa de hemorragia gastrointestinal superior, las edades comprendidas entre 40-49 y 70 años en adelante fue donde más frecuentemente se observó este tipo de patología, con un total de dos casos cada una (40o/o c/u).

- c) Comparación entre el número de casos de várices esofágicas como causa de hemorragia gastrointestinal superior según el grupo etáreo en que se presentó.

El único caso de várices esofágicas está comprendido entre los 40 - 49 años.

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR EN
RELACION AL GRUPO ETAREO



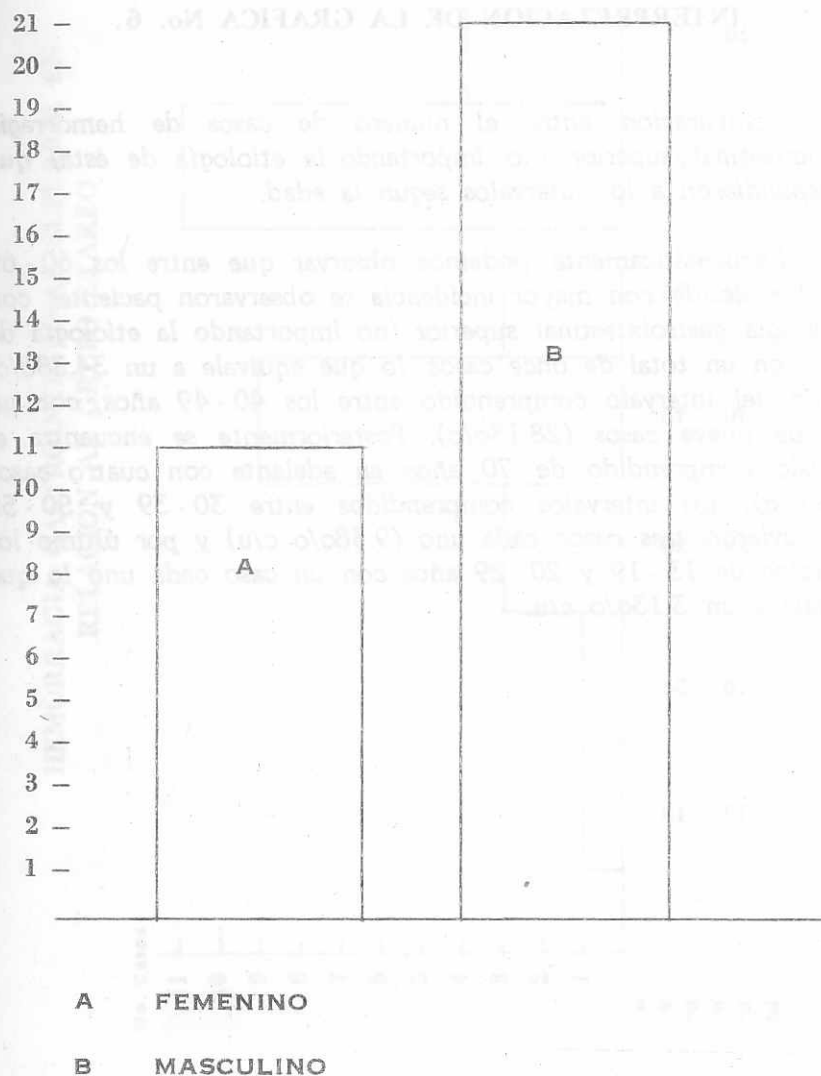
INTERPRETACION DE LA GRAFICA No. 6

Comparación entre el número de casos de hemorragia gastrointestinal superior (no importando la etiología de ésta) que correspondieron a los intervalos según la edad.

Esquemáticamente podemos observar que entre los 60-69 años fue donde con mayor incidencia se observaron pacientes con hemorragia gastrointestinal superior (no importando la etiología de ésta), con un total de once casos, lo que equivale a un 34.38o/o, seguido del intervalo comprendido entre los 40-49 años, con un total de nueve casos (28.13o/o). Posteriormente se encuentra el intervalo comprendido de 70 años en adelante con cuatro casos (12.5o/o); los intervalos comprendidos entre 30-39 y 50-59 años tuvieron tres casos cada uno (9.38o/o c/u) y por último los intervalos de 13-19 y 20-29 años con un caso cada uno lo que equivale a un 3.13o/o c/u.

GRAFICA No. 7

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR
EN RELACION AL SEXO



INTERPRETACION DE LA GRAFICA No. 7

Comparación entre el número de casos de hemorragia gastrointestinal superior (no importando la etiología de ésta) en relación al sexo.

En esta gráfica podemos observar que en el sexo donde con más incidencia se observó hemorragia gastrointestinal superior (no importando la etiología de ésta) fue en el masculino con un total de veintiun casos que equivale a un 65.62o/o, mientras que en el sexo femenino sólo se obtuvieron once casos (34.38o/o).

1. La hipótesis es aceptada, ya que al concluir el trabajo se observó que la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior en nuestro medio es la gastritis aguda hemorrágica.
2. Observamos que haciendo el diagnóstico preciso del lugar de la hemorragia gastrointestinal superior por medio del gastroscopio, se cambian los postulados que decían que probablemente la úlcera péptica era la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior.
3. El sexo más afectado en relación a gastritis aguda hemorrágica, como causa de hemorragia gastrointestinal superior fue el masculino.
4. Las edades comprendidas entre 40 - 49 y 60 - 69 años fue donde más frecuentemente se observó hemorragia gastrointestinal superior secundaria a gastritis aguda hemorrágica.
5. La úlcera péptica sigue ocupando un lugar muy importante como causa de hemorragia gastrointestinal superior diagnosticada por gastroscopía (el segundo lugar).
6. El sexo más afectado en relación a la úlcera péptica como causa de hemorragia gastrointestinal superior fue el femenino.
7. Las edades comprendidas entre 40 - 49 y 70 años en adelante fue donde más frecuentemente se observó hemorragia gastrointestinal superior secundaria a úlcera péptica.
8. El cáncer gástrico como causa de hemorragia gastrointestinal superior ocupó un lugar muy importante (el tercero).

9. La incidencia del cáncer gástrico como causa de hemorragia gastrointestinal superior fue igual en ambos sexos.
10. Las edades comprendidas entre 60 - 69 años fue donde más frecuentemente se observó el cáncer gástrico como causa de hemorragia gastrointestinal superior.
11. La esofagitis que antes no se mencionaba como causa importante de hemorragia gastrointestinal superior, haciendo el diagnóstico preciso por medio de la gastroscopía, ocupó el cuarto lugar.
12. El sexo masculino fue donde más frecuentemente se observó hemorragia gastrointestinal superior secundaria a esofagitis.
13. Las edades comprendidas entre 40 - 49 y 70 años en adelante fue donde más frecuentemente se observó hemorragia gastrointestinal superior secundaria a esofagitis.
14. La incidencia de várices esofágicas como causa de hemorragia gastrointestinal superior fue bastante baja en relación a las otras cuatro patologías (gastritis aguda hemorrágica, úlcera péptica, cáncer gástrico y esofagitis).
15. Las edades comprendidas entre los 60 - 69 años fue donde con más frecuencia se observó hemorragia gastrointestinal superior, no importando la etiología de ésta.
16. En el sexo masculino fue donde con mayor incidencia se observó hemorragia gastrointestinal superior (no importando la etiología de ésta).
17. El uso del gastroscopio es el método más rápido, inocuo y seguro para diagnosticar el sitio exacto de la hemorragia

gastrointestinal superior, ya que en los treinta y dos casos revisados se hizo el diagnóstico exacto y no hubo ninguna complicación por el uso de éste.

1. Que los médicos y estudiantes traten de documentarse más al respecto de hemorragia gastrointestinal superior, ya que presenta en nuestro medio una incidencia importante, constituyendo además una de las urgencias médicas que exigen los mejores cuidados posibles.
2. Mantener estos casos, desde su ingreso al hospital, en forma combinada por los departamentos de medicina y cirugía.
3. Que a todo paciente con hemorragia gastrointestinal superior se le efectúe gastroscopía, para diagnosticar el sitio exacto del sangrado, y mejorar de esta manera el pronóstico.
4. Que todos los hospitales nacionales deberían contar con un gastroscopio, y en el caso de los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, por ser los hospitales que más pacientes manejan, deberían contar con más de un gastroscopio, dado el caso en que se arruine alguno, se podrá utilizar el otro; para que así no suceda lo que ya ocurrió en los hospitales antes mencionados, que al arruinarse dicho instrumento y mandarlo a reparar se tardan muchos meses, en los cuales dichos hospitales se han quedado sin esta gran ayuda diagnóstica.
5. Que en los informes de las gastroscopías se mencione correctamente el nombre del paciente, así como el número de historia clínica, para facilitar futuros estudios.

Se revisaron treinta y dos casos de hemorragia gastrointestinal superior, en los cuales se hizo el diagnóstico exacto del sitio del sangrado por medio de gastroscopía en el Hospital General San Juan de Dios, con el fin de identificar cuál es la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior en nuestro medio.

Se concluyó que la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior en nuestro medio es la gastritis aguda hemorrágica y que el mejor método para diagnosticar el sitio específico del sangrado es por medio del gastroscopio, ya que en los treinta y dos casos revisados, además de hacer el diagnóstico exacto, no hubo ninguna complicación por el uso de éste.

También se pudo comprobar en esta revisión, datos generales de la hemorragia gastrointestinal superior que se han encontrado en otras series reportados, y son descritos por la literatura médica.

1. Alfonzo, Antonio; Anderson, Luis E.; Arcía Romero, Francisco; Sarria H., Carlos y Zerpa Morales, J. R. "Neoplasia del Esófago". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International, Inc. 31 de enero de 1972.
2. Bauer, Joel J.; Berardi, Romeo S.; Kark, Allan E. y Kreel, Isadore. "Várices Esofágicas Sangrantes". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International, Inc. Septiembre de 1975.
3. Bockus, Henry L. *Gastroenterology*. W. B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A. Segunda edición 1964.
4. Bonnevie, O. "Causes of Death in Duodenal and Gastric Ulcer". *Gastroenterology*. The Williams and Wilkins Company, Baltimores, U.S.A. Noviembre de 1977.
5. Bowie, E. J. Walter. "El Paciente con Tendencia a Sangrar". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International, Inc. 26 de julio de 1971.
6. Casalta, Virgilio; Matos Villalobos, Marcos y Yanes Lecuna, Eduardo. "Consideraciones sobre el Esófago-GastroscoPIO Lopresti". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International, Inc. 4 de octubre de 1971.
7. Castellanos Baiza, Hugo Leonel. Jefe de la unidad de gastroenterología del Hospital General San Juan de Dios. Comunicación personal.
8. Cecil-Loeb. *Tratado de Medicina Interna*. Editorial Interamericana, S.A. de C.V., México. Novena Edición 1977.
9. Colcher, Henry. "Endoscopic Procedures in the Diagnosis of

Gastrointestinal Cancer". *Current Concepts in Gastroenterology*. Professional Communications Associates, Chicago, Illinois, U.S.A. Diciembre de 1976.

10. Davis-Christopher. *Tratado de Patología Quirúrgica*. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., México, Décima edición 1974.

11. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Salvat Editores, S.A., Barcelona, España. Undécima edición 1976.

12. Elias, Hans y Kent, Geoffrey. *Cirrosis Hepática*. Boehringer Sohn, Ingelheim am Rhein, Alemania. 1974.

13. Englert, Edwin, Jr. "Gastritis Crónica". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International, Inc. Agosto de 1977.

14. *Excerpta Médica. Gastroenterology*. Editorial Board. 1978.

15. Fierst, Sidney M. "Carcinoma Gástrico: Guía Diagnóstica". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International, Inc. Agosto de 1977.

16. Galvis Ordóñez, Hernando; Lozano, Jesus Ma.; Negret L., Mario y Ramírez S., Antonio. "Carcinoma Gástrico". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International, Inc. 27 de septiembre de 1971.

17. Gilman, Alfred y Goodman, Louis S. *Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. Editorial Interamericana, S.A. de C.V., México. Cuarta edición 1974.

18. Harrison, T.R. *Medicina Interna*. La Prensa Médica Mexicana, México. Cuarta edición 1973.

19. Haubrich, William S. "Úlcera Gástrica". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International, Inc. Septiembre de 1977.

20. Holvey, David N. *El Manual Merck*. Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, New Jersey, U.S.A. 1974.

21. Huth, Edward J. *Annals of Internal Medicine*. Volumen 77. Número 5. The American College of Physicians, Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A. Noviembre de 1972.

22. Jorran, Paul H., Jr. "Elective Operations for Duodenal Ulcer". *The New England Journal of Medicine*. The Massachusetts Medical Society. 25 de febrero de 1971.

23. Kennedy, Terence; Kelly, Malcolm y George, Douglas. "Vagotomy for Gastric Ulcer". *British Medical Journal*. Mayo de 1972.

24. Lilly, James O. "Examen Endoscópico de Lesiones Gástricas". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International, Inc. Agosto de 1975.

25. Litter, Manuel. *Compendio de Farmacología*. Editorial Ateneo, Buenos Aires. Novena reimpresión 1976.

26. Mazariegos Guerra, Vicente Antonio. *Tesis sobre Hemorragia Gastrointestinal Superior*. 1970.

27. McGuigan, James E. y Trundean, Walter L. "Serum Gastric Levels and Rates of Gastric Hydrochloric Acid Secretion". *The New England Journal of Medicine*. The Massachusetts Medical Society. 28 de diciembre de 1972.

28. Pande, Narayan V.; Resnich; Yee; Ecfardt and Shurb

- "Cirrhotic Portal Hypertension: Morbidity of Continued Alcoholism". *Gastroenterology*. The Williams & Wilkins Company, Baltimore, U.S.A. Enero 1978.
29. Pedro-Pons, A., *Patología y Clínica Médicas*. Tomo I. Salvat Editores, S.A. Madrid, España. Tercera edición 1962.
 30. Peñalosa Rosas, Arcio. "Endoscopia y Endobiopsia Gástricas". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International Inc. Junio de 1972.
 31. Photocoagulation. *South African Medical Journal*. 20 de agosto de 1977.
 32. Quiroz Gutiérrez, Fernando. *Tratado de Anatomía Humana*. Editorial Porrua, S.A., México. Cuarta edición 1962.
 33. Robbins, Stanley L. *Tratado de Patología con Aplicación Clínica*. Editorial Interamericana, S.A., México. Tercera edición 1968.
 34. Ross, John R. "Obscure Gastrointestinal Hemorrhage". *The Medical Clinics of North America*. Volumen 53. Número 2. W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A. 1969.
 35. Sherlock, Sheila. *Diseases of the Liver and Biliary System*. F.A. Davis Company, Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A. Cuarta edición, 1968.
 36. Silverstein, F.E.; Protell; Gularsik; Auth; Deltenre; Dennis; Piercey y Rubin. "Endoscopic Laser Treatment." *Gastroenterology*. The Williams & Wilkins Company, Baltimore, U.S.A. Febrero de 1978.
 37. Spiro, Howard M. *La Ulcera Péptica*. William H. Rorer, Inc.

Fort Washington, Pennsylvania, U.S.A. 1977.

38. Steinheber, Francis U. "Hemorragia del Aparato Digestivo Superior". *Tribuna Médica*. Ediciones Lerner International Inc. Septiembre de 1979.
39. Surós, J. *Semiología Médica y Técnica Exploratoria*. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España. Reimpresión quinta edición revisada 1975.
40. Vázquez Blanco, Francisco Rolando. *Tesis sobre Hemorragia Gastrointestinal Superior*. 1965.
41. Waye, Jerome D. *Endoscopic Interpretation*. The American Society for Gastrointestinal endoscopy, postgraduate course. Las Vegas, Nevada, U.S.A. 1978.

