

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POST GRADO**



TRABAJO DE POSGRADO

**“MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES QUE INGRESAN POR
SANGRAMIENTO DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR EN EL ÁREA DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN
EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE 2012 “**

PRESENTADO POR:

**MARÍA JOSÉ MADRID CASTILLO
EVELIN VARCELLI RUIZ RAMÍREZ**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
ESPECIALIDAD MÉDICA MEDICINA INTERNA**

**DOCENTE DIRECTOR:
DR. JORGE ALBERTO REYES ACOSTA**

SANTA ANA

**DICIEMBRE 2012
EL SALVADOR**

CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES



RECTOR
INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOBO

VICE-RECTORA ACADÉMICA
LICDA. Y MSD. ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

SECRETARIA GENERAL
DRA. ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA

FISCAL GENERAL
LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES



DECANO
LICENCIADO RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICE-DECANO
INGENIERO WILLIAM VIRGILIO ZAMORA GIRÓN

SECRETARIO
LICENCIADO VÍCTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DE UNIDAD DE POSGRADO
Med. MAURICIO ERNESTO GARCÍA EGUIZÁBAL

COORDINADOR GENERAL
DR. LUIS FERNANDO AVILÉS MURCIA

ÍNDICE

Introducción.....	i
Antecedentes Históricos.....	4-6
Justificación.....	7
Planteamiento del Problema	8
Objetivos	9
Marco teórico.....	10-23
Material y Diseño metodológico	24-27
Análisis y tabulación de datos	28-39
Conclusiones.....	40
Recomendaciones.....	41
Bibliografía	42-43
Anexos	44-47

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva Alta (HTDA) podemos definirla, como toda pérdida de sangre originada en el tracto digestivo superior, entre la región faringoesofágica y el ángulo de Treitz, de una intensidad suficiente como para que se manifieste por hematemesis y/o melenas¹ y es una emergencia médico quirúrgica frecuente que presenta una elevada morbimortalidad, constituyendo la principal urgencia en gastroenterología. Por esta razón para culminación de la especialidad en medicina interna hemos realizado este trabajo de investigación basado en esta patología la cual es observada con mucha frecuencia en esta área, como lo es el sangramiento de tubo digestivo superior, que según datos obtenidos de ESDOMED en el año 2011 hubo un total de consultas de 148 pacientes de los cuales el porcentaje de mortalidad en medicina interna fue de un 37% lo que demuestra que es bastante alto en este hospital. Según nuestra experiencia hemos observado que se vuelve sumamente difícil el manejo de estos pacientes debido a los pocos recursos disponibles tanto en la unidad de emergencia como en los servicios de internación, debido a que no se cuenta con un gastroscopio las 24 horas del día ni tampoco con personal entrenado para su utilización como instrumento diagnóstico y terapéutico. Es por ello que en este trabajo tratamos de reflejar la situación actual acerca de la morbimortalidad por esta patología y la falta de recursos disponibles en el manejo de ellos que es necesaria según la literatura establecida a nivel nacional e internacional como lo es el manejo médico, endoscópico y quirúrgico. Para el desarrollo de este estudio se realizó una revisión de los expedientes clínicos de estos pacientes aplicando la hoja protocolo para recolección de datos (anexo 1) a partir de la cual obtuvimos la información necesaria para exponer los diagnósticos gastroscópicos y los manejos que recibieron. Posteriormente analizamos si el abordaje de estos pacientes fue el más adecuado o no.

¹ Abella Martín, E: Apuntes sobre historia de la úlcera Gastroduodenal y

su tratamiento. **Rev.Cub.Med** (La Habana) 21(5):462-78,1982.

Esperamos que al final de este trabajo sean tomadas en cuenta nuestras recomendaciones con el fin de mejorar la atención brindada a este tipo de pacientes y mejorar así su pronóstico.

ANTECEDENTES

La hemorragia del tracto digestivo superior es motivo de hospitalización de unas 300 000 personas por año en Estados Unidos, con una mortalidad cercana a 10%.² En el Reino Unido se realizó un amplio estudio prospectivo³ con obtención de datos por métodos electrónicos en 208 hospitales llevado a cabo entre el 1 de mayo y el 30 de junio del 2007; su objetivo fue determinar la causa específica de muerte en 6750 pacientes consecutivos con hemorragia aguda del tracto digestivo superior. La mortalidad en este periodo de estudio fue de 10% (675 pacientes). En la opinión del médico tratante, el motivo de defunción se relacionó directamente con la hemorragia en 33.6% (227 pacientes).

Otro estudio encontrado, realizado en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”, en la revista de Gastroenterología del Perú 1980-2003 acerca de los factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva ,encontraron que el antecedente de consumo de alcohol estaba en el 35.10% de casos, en segundo lugar encontraron el antecedente de ingesta de AINES como un 23% de casos y el antecedente de úlcera péptica como factor de riesgo para incrementar la morbilidad estuvo presente en más de la mitad de los pacientes con hemorragia digestiva alta(HTDA).⁴

Además, se pudo determinar que el sexo masculino, antecedentes de ingesta de alcohol, úlcera péptica, hepatopatía crónica, así como las manifestaciones clínicas melena más hematemesis, lesiones endoscópicas como várices esófago-

² Adler DG, Leighton JA, Davila RE, et al. ASGE guideline: The role of endoscopy in acute no-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004; 60:497-504.

³ Jairath V, Logan RF, Hearnshaw S, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding – Why do patients die? Sesión de carteles presentada en DDW, 2010, mayo 1-5, New Orleans. LA, USA. W1038.

⁴ Milagros Basto Valencia¹; Gloria Vargas Cárdenas²; Pabel Angeles Chaparro³ Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” 1980-2003 ; *Revista de Gastroenterología del Perú* v.25 n.3 Lima; ISSN 1022-5129 *versión impres* ;<http://www.scielo.org.pe/scielo.php;jul-sept-2005>.

gástricas, son los factores de riesgo que incrementarían sangrado de mayor intensidad.

En la Unidad de Investigación Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Facultad de Medicina, Universidad Juárez de Durango también encontraron que en los sujetos mayores de 60 años, como consecuencia del incremento en la frecuencia de enfermedad concomitante y del consumo de diversos fármacos (entre ellos los antiinflamatorios no esteroideos, AINES), la aparición de úlcera gástrica y úlcera duodenal y sus complicaciones suele aumentar y solo el tabaquismo se asoció de manera independiente con la ocurrencia de hemorragia de tubo digestivo alto.⁵

Otro estudio realizado en el Hospital Clínico Quirúrgico Banes realizado en Enero 2007 a Diciembre 2008 Ciencias Holguín, publicado en su Revista trimestral, con respecto al sexo existió un predominio significativo del sexo masculino (62,35%), sobre el femenino (37,65%), además de que la úlcera péptica crónica gástrica y duodenal fue la entidad más frecuentemente encontrada e para un 38,82% de los casos, seguido de la gastritis aguda hemorrágicas con 23,53% de los casos.⁶

Buscamos datos recientes a nivel del centro hospitalario en quien realizamos nuestro estudio (Hospital San Juan de Dios de Santa Ana) se indagó a través de ESDOMED datos epidemiológicos acerca del diagnóstico de ingreso de sangramiento de tubo digestivo superior del año recién pasado 2011, obteniendo los siguientes datos: 171 ingresos por sangramiento de tubo digestivo superior, de los cuales 2 pertenecían a pediatría, 2 a bienestar magisterial y 19 a cirugía y 148 a medicina interna.

⁵ Heriberto Rodríguez-Hernández, Martha Rodríguez-Morán, José Luis González, Joel Omar Jáquez-Quintana, Elva Dalia Rodríguez-Acosta, Eduardo Sosa-Tinoco, Fernando Guerrero-Romero; Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad; Instituto Mexicano del Seguro Social Facultad de Medicina, Universidad Juárez de Durango; Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (2): 179-184.

⁶ Dr. Jorge Luis Pérez Jara, Dra. Lizandra Naranjo García, Dr. Antonio Ricardo García; Morbimortalidad por Sangrado Digestivo Alto. Hospital Clínico Quirúrgico. Banes. Enero 2007_Diciembre 2008; Hospital Clínico Quirúrgico de Banes. Holguín. Cuba; Revista trimestral, Año XVII, Enero-marzo, 2011.

De estos 148 pertenecientes atendidos por medicina interna, 55 pacientes fallecieron, 89 pacientes eran del sexo masculinos y 62 eran femeninos. Con respecto a la edad el rango de edad con mayor afluencia fue de 21-29 años con 82 pacientes y el resto mayores de 60 años. Se observa por lo tanto una mortalidad de aproximadamente el 37 % por este diagnóstico.

JUSTIFICACIÓN.

Desde hace mucho tiempo la hemorragia de tubo digestivo es un cuadro clínico que demanda una atención médica urgente, es además una situación muy frecuente que significa un paradigma y que involucra un tratamiento multidisciplinario.

Su importancia es mayor por la morbi-mortalidad. La mortalidad que reporta la literatura revisada es de 7 a 10%, aunque a fines del siglo XX era de 12%.⁴ Un cálculo de costo por la atención médica de cada caso fue de 3,180 dólares a 8,500 dólares, por episodio de HTDA.⁷

Basándonos en nuestra observación, como médicos residentes de Medicina Interna del hospital San Juan de Dios de Santa Ana, recibimos como uno de los motivos de consulta a pacientes con sangramiento de Tubo Digestivo Superior (STDS), patología que se asocia a mortalidad en nuestro hospital en algunos casos. Teniendo en cuenta que no se cuenta muchas veces con el apoyo de herramientas de trabajo para el manejo oportuno de esta patología nos motiva identificar que tan alto es el índice de mortalidad por este diagnóstico en nuestro departamento de medicina interna e indagar sobre cuáles son las debilidades con las que nos encontramos y el impacto que esto tiene, con el fin de mejorar el pronóstico de vida en los pacientes catalogados con este diagnóstico.

Con este estudio pretendemos proponer medidas que se puedan implementar para mejorar la calidad de atención de estos pacientes desde su ingreso y durante su estancia hospitalaria.

⁷ Friedman LS, Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology Clin of N Am* 1993; 22: 717-721.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La hemorragia digestiva alta (HVDA) es un problema común cuya gravedad varía desde cuadros agudos que ponen en peligro la vida del paciente hasta la pérdida crónica de escasa cantidad de sangre que cursa con cuadros de anemia crónica. Aproximadamente el 80% de los casos tienen un curso benigno y no requieren una intervención terapéutica específica, el restante 20% se presenta con cuadros severos y es en este subgrupo en los que encontramos una alta tasa de mortalidad.⁸

Como médicos residentes de medicina interna del Hospital San Juan de Dios, hemos observado un grueso de pacientes con este diagnóstico, por lo que nos ha inquietado realizar un análisis acerca de la morbi-mortalidad de estos casos en nuestra población y dilucidar de qué manera se puede mejorar la atención y abordaje de ellos dependiendo de la causa desencadenante y de las condiciones actuales en lo que a insumos hospitalarios concierne.

El Hospital Nacional San Juan de Dios se encuentra ubicado en Final 13 Av. Sur No. 1 del departamento de Santa Ana. Es un hospital de referencia para los departamentos de la región occidental del país (Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate) e incluso atiende población procedente de la zona fronteriza de Guatemala; se estima que en la región occidental del país se concentra el 22.3% de la población, es decir 1.282,118 habitantes, de esto, al departamento de Santa Ana le corresponde el 9.1% de la población del país (523,655 habitantes).⁹ Cabe mencionar que el número de pacientes atendidos en el periodo de estudio en el área de medicina interna fue de 2627(según datos de ESDOMED) que consultaron por diferentes patologías.

Manejándose por lo tanto pacientes complicados por diversas patologías, una de ellas la ya antes mencionada y a la que el objeto de este estudio corresponde, evidenciándose que durante el abordaje de estos pacientes existe dificultad por la falta de insumos farmacéuticos o instrumentos de trabajo, reduciéndose así la eficacia en el manejo, por lo que incluso se ha observado el reingreso de estos pacientes en cortos períodos de tiempo llevándolos a un alto riesgo de fallecer por esta causa.

⁸ Hemorragia de vías digestivas altas; *Alberto Rodríguez Varón; Jefe Unidad de Gastroenterología, Pontificia Universidad Javeriana Hospital Universitario San Ignacio.*

⁹ *Censo de Población y Vivienda 2007*, dirección general de estadísticas y censos DIGESTYC, disponible en: http://www.digestyc.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=38&Itemid=202

OBJETIVOS

➤ **Objetivo General:**

Determinar la morbi-mortalidad de los pacientes que consultan por sangrado de tubo digestivo superior en la unidad de emergencia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a junio de 2012, en el área de Medicina Interna.

➤ **Objetivos Específicos:**

1. Analizar en que rango de edad, sexo y procedencia fue más frecuente el diagnóstico de STDS.
2. Determinar la mortalidad de los pacientes que consultaron por STDS y su relación según días de estancia hospitalaria.
3. Describir cuáles son los factores de riesgo asociados a sangrado de tubo digestivo superior, cuales estaban presentes en los pacientes que consultaron por esta patología y cual de ellos fue el mayormente relacionado con mortalidad.
4. Identificar el tiempo que transcurre entre el ingreso y la realización de gastroscopia y el porcentaje de cobertura con gastroscopias a los pacientes que consultaron por STDS.
5. Verificar cuales son los diagnósticos gastroscópicos más frecuentes, cuál es el más relacionado con mortalidad y que tipo de manejo recibieron.

MARCO TEÓRICO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La hemorragia digestiva puede manifestarse como una emisión de sangre brillante o alterada con los vómitos o con la deposición. Su versión aguda suele manifestarse con pérdida hemática franca, que puede reconocer fácilmente el paciente o el médico responsable.¹⁰

La hemorragia digestiva franca consiste en la emisión de sangre reciente o alterada con los vómitos o con las heces.

Hemorragia oculta se refiere a una prueba positiva de hemoglobina (guayacol en las heces) o anemia por deficiencia de hierro sin sangre visible en las heces.

Un paciente con STDS siempre debe considerarse como críticamente enfermo y sólo cuando se complete la evaluación clínica y para clínica básica y se determine la actividad del sangrado, la comorbilidad y el riesgo de resangrado se podrá definir la urgencia y el manejo más adecuado.

A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con hemorragia digestiva la mortalidad ha permanecido estable en los últimos años y oscila entre 8-10% lo que se explica por una mayor proporción de pacientes con STDS ancianos y con comorbilidad en los que la mortalidad asociada a esta entidad es muy alta.

La evaluación inicial del paciente que sangra se centra en la magnitud de la hemorragia, reflejada por las constantes vitales posturales, la frecuencia de la hematemesis o la melena y, en algunos casos, los resultados del lavado nasogástrico.

Los decrementos del hematócrito y la hemoglobina tardan en modificarse en la evolución clínica y pueden no resultar fiables para valorar la magnitud de la hemorragia aguda.

Esta evaluación inicial, completada bastante antes de que se haya identificado con exactitud el origen del sangrado, condiciona el tratamiento de sostén inmediato del paciente y ayuda a determinar el momento de realizar la endoscopia.

¹⁰ Corey Foter, MD; Neville F Mistry, MD; Parvin F Peddi, MD; Shiva K Sharma, MD. The Washington Manual of Medical Therapeutics 33rd edition, Department of Medicine, Washington University; Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

La magnitud de la hemorragia inicial es quizá el indicador más importante de endoscopia de urgencia, ya que una hemorragia inicial masiva incrementa las probabilidades de que sea persistente o recurrente.

Los pacientes con hipotensión en reposo, hematemesis repetidas, aspirados nasogástrico que no se aclaran después de lavados repetidos o que precisan transfusión de sangre son los candidatos para realizar una endoscopia de urgencia.¹¹

Además, los pacientes con cirrosis, coagulopatías o insuficiencia respiratoria o renal, y los de más de 70 años de edad, tienen más probabilidades de presentar resangrado significativo.

La endoscopia se debe llevar a cabo después de que el paciente esté estabilizado y se hayan aportado líquidos intravenosos o transfusiones en función de las necesidades. También se tratan las coagulopatías intensas o la trombocitopenia antes de llevar a cabo la endoscopia, ya que la corrección de estos trastornos puede conseguir la resolución de la hemorragia, y las técnicas disponibles de hemostasia endoscópica son limitadas en este tipo de pacientes.

Asimismo es necesario prestar atención a las alteraciones metabólicas. Se debe considerar la posibilidad de llevar a cabo una intubación traqueal para proteger la vía respiratoria antes de realizar una endoscopia superior en pacientes con hematemesis repetidas y en los que se sospechan varices esofágicas.

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

- Úlcera gastroduodenal
- Fármacos (AINES, Glucocorticoides, Alcohol, ACO)
- Quemaduras extensas
- Coagulopatías

1. ¹¹ Kasper, Hauser, Braunwald, Longo, Fauci, Jameson; Principios de Medicina Interna Harrison, 17° edición; año 2010.

- Insuficiencia respiratoria
- Cirrosis
- Sepsis
- Síndrome urémico – Insuficiencia renal
- Colonización por *Helicobacter pylori*
- Internación en unidades críticas (UTI)
- Episodios previos de hemorragia digestiva.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La hematemesis, los vómitos en poso de café y la aspiración de sangre o material similar a poso de café a través de una sonda nasogástrica indican una causa digestiva alta de la hemorragia.

Melena, heces negras y pegajosas con olor característico, habitualmente indica un origen digestivo alto aunque también la pueden producir la hemorragia de intestino delgado y de colon derecho.

Heces hemorrágicas (hematoquecia) dependiendo de la velocidad de la pérdida de sangre y del tránsito colónico puede causarlas la hemorragia del intestino delgado distal o del colon.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Color de las heces: la exploración directa de las heces expulsadas espontáneamente o de heces obtenidas durante un tacto rectal puede ofrecer datos de hemorragia.

Aspirado nasogástrico: la presencia de sangre reciente en un aspirado nasogástrico puede indicar una hemorragia digestiva alta activa que precisa una endoscopia urgente.

Volumen intravascular y estado hemodinámico: un aumento súbito de la frecuencia de pulso o disminución de la presión arterial puede ser un indicador temprano de hemorragia recurrente o activa.

Cambios hemodinámicos ortostáticos:(disminución de la PA sistólica >10mmHg, aumento de frecuencia del pulso >15 latidos por minuto). Si están presentes los cambios ortostáticos existe una pérdida del 10 al 20% del volumen circulatorio. La hipotensión con PAS <100mmHg o FC >100lpm indica un deterioro hemodinámico significativo que precisa la reposición urgente de volumen.

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

Endoscopía:

La esofagogastroduodenoscopia: tiene una elevada exactitud diagnóstica, una buena capacidad terapéutica y una morbilidad baja. Es importante la reposición de volumen o transfusión de sangre antes de la endoscopia en pacientes hemodinamicamente inestables.

Los pacientes con hemorragia digestiva o riesgo de evolución desfavorable son los que más se benefician de una endoscopia urgente, mientras que los pacientes estables o con hemorragia mínima es factible realizar la endoscopia de forma programada.

La clasificación de forrest es utilizada en el reporte gastroscópico de la hemorragia digestiva alta por úlceras para determinar la actividad hemorrágica y el riesgo de resangrado.

GRADOS DE FORREST:

- I** Hemorragia a chorro
- Ila** Hemorragia babeante
- Ilb** Hemostasia reciente, coagulo rojo adherido
- III** Hemostasia quiescente, coagulo negro, mancha, fondo fibrinoso

TRATAMIENTO:

➤ MEDIDAS GENERALES:

- Reposición del volumen intravascular.
- Transfusión de concentrados de eritrocitos.

- Administración de oxígeno.
- Corrección de coagulopatía.
- Protección de vía aérea.
- Estratificación del riesgo.

Tabla 1. PUNTUACIÓN DE ROCKALL PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA¹²

	VARIABLES	PUNTOS
Puntuación De Rockall Clínica	EDAD	
	<60 AÑOS	0
	60-79 años	1
	>80 AÑOS	2
	SHOCK	
	FC>100 lpm	1
	PAS <100 lpm	2
	Enfermedades asociadas	2
	Arteriopatía coronaria, ICC, Otra enfermedad grave	
	IRC, Insuficiencia hepática, cáncer metastásico	3
Puntuación De Rockall Completa	Diagnóstico endoscópico	
	Ausencia de hallazgos, desgarro de Mallory Weiss	0
	Úlcera péptica, enfermedad erosiva, esofagitis	1
	Cáncer del tubo digestivo alto	
	Estigmas endoscópicos de hemorragia reciente	2
	Úlcera base limpia, mancha pigmentada plana	0
	Sangre en el tubo digestivo alto, hemorragia activa, Vaso visible, coágulo	2

¹² Corey Foter, MD; Neville F Mistry, MD; Parvin F Peddi, MD; Shiva K Sharma, MD. The Washington Manual of Medical Therapeutics 33rd edition, Department of Medicine, Washington University; Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

Estratificación del riesgo:

Se debe utilizar herramientas validadas para identificar a los pacientes que tienen mayor riesgo de evolución desfavorable. La puntuación de Rockall (v. tabla 1) tiene una puntuación clínica que se puede calcular rápidamente en la consulta inicial y una puntuación final completa al tener los hallazgos endoscópicos.

Una puntuación clínica de 0 o una completa de 2 indica un riesgo bajo de recurrencia de hemorragia y muerte.

➤ **MANEJO MÉDICO¹³:**

Hemorragia digestiva no varicosa:

Inhibidores de la bomba de protones por vía intravenosa u oral a dosis elevadas reducen la velocidad de hemorragia recurrente y la necesidad de cirugía en pacientes que esperan endoscopia y es mejor tratamiento que los antagonistas del receptor histaminico-2.

Hemorragia por várices:

Octreótido: este reduce de forma aguda la presión portal, controla la hemorragia por varices con pocos efectos adversos y mejora el rendimiento diagnóstico y el éxito terapéutico de una endoscopia posterior.

Vasopresina: fármaco alternativo que se usa raras veces por efectos cardiovasculares.

➤ **MANEJO ENDOSCÓPICO:**

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA: conviene realizarla en fase tempranas de la evolución hospitalaria (12 a 24 horas) cuando sea posible.

LIGADURA DE VARICES O COLOCACIÓN DE BANDAS ELÁSTICAS: es el tratamiento de elección de las varices esofágicas.

Considerar el ingreso a UCI y la entubación orotraqueal para la protección de la vía aérea cuando existe una hemorragia aguda.

¹³ Corey Foter, MD; Neville F Mistry, MD; Parvin F Peddi, MD; Shiva K Sharma, MD. The Washington Manual of Medical Therapeutics 33rd edition, Department of Medicine, Washington University; Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

La endoscopia ha demostrado una alta efectividad para diagnosticar el sitio y la causa del sangrado, confirmando que este procedimiento desplazó a la cirugía en el manejo y tratamiento de HTDA.¹⁴

➤ **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:**

CIRUGÍA DE DERIVACIÓN (Derivación portocava o esplenorrenal distal) en pacientes con buena reserva hepática si:

- 1) Se produce fracaso del tratamiento endoscópico o farmacológico.
- 2) El paciente no puede volver a las visitas de seguimiento.
- 3) El paciente posee un riesgo elevado de muerte por hemorragia recurrente por cardiopatía o dificultad para obtener hemoderivados.
- 4) Vive lejos de un centro medico

La hemorragia se puede controlar en el 95% de los casos, la tasa de mortalidad hospitalaria es elevada y la incidencia significativa de encefalopatía post operatoria.

MANEJO SEGÚN GUÍAS TERAPÉUTICAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DEL AÑO 2010¹⁵.

Según estas guías, para el paciente con sangramiento de tubo digestivo superior se describe el abordaje en emergencia de la siguiente manera:

Intubación orotraqueal si existe deterioro del nivel de conciencia o de depresión respiratoria.

Colocación de 2 vías venosas periféricas de calibre suficiente e iniciar perfusión de cristaloides y de coloides.

Colocar sonda nasogástrica.

Valorar colocación de sonda transuretral.

Clasificar al paciente como:

¹⁴ Cappel M, Friedel D. Acute non variceal upper gastrointestinal bleeding: Endoscopy diagnosis and therapy. *Med Clin of N Am* 2008; 92: 3.

¹⁵ Protocolo de Sangrado de Tubo Digestivo Superior; Guías Terapéuticas De Medicina Interna Del Hospital San Juan De Dios De Santa Ana Del Año 2010.

- Grupo A: Paciente sin hemorragia activa y estabilidad hemodinámica
- Grupo B: Paciente con hemorragia activa e inestabilidad hemodinámica
- Grupo C: Paciente con hemorragia masiva y shock hemorrágico

El paciente debe ser manejado según su clasificación de la siguiente manera:

- Grupo A: debe ingresar en sala general de observación y se hará endoscopia urgente.
- Grupo B: debe ingresar en UCI y se debe realizar endoscopia de emergencia.
- Grupo C: debe intervenir de inmediato y si es posible realizarse endoscopia de emergencia preoperatoria en el quirófano.

Tratamiento médico: antsecretorios a dosis intermitentes, sedación medidas anti estrés, transfusión de sangre y plasma fresco congelado si hay indicación.

Tratamiento hemostático: fármacos; endoscopia terapéutica; taponamiento; cirugía derivativa; shunt porto–cava intrahepático; trasplante de hígado.

Taponamiento esofágico siempre tras endoscopia o resangrado tras tratamiento endoscópico. Colocar sondas de Sengstaken Blakemore.

INDICACIONES¹⁶:

- Ingreso a UTI
- Signos vitales hasta estabilizar
- Nada por boca
- Vigilar estado hemodinámico
- Colocar sonda nasogástrica de doble lumen por 24h desde la última evidencia de sangrado activo.
- Lavado gástrico
- Manejo con líquidos cristaloides
- Evaluar transfusión sanguínea

¹⁶ Protocolo de Sangrado de Tubo Digestivo Superior; Guías Terapéuticas De Medicina Interna Del Hospital San Juan De Dios De Santa Ana Del Año 2010.

- Ranitidina en infusión de 24h
- Exámenes
- Endoscopía de urgencia

En las guías clínicas nacionales otorgadas por el Ministerio de salud de el país para el año 2012 no está contemplado el manejo para sangramiento de tubo digestivo superior.

DESCRIPCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESPECÍFICAS¹⁷

➤ ÚLCERA PÉPTICA

El aspecto endoscópico de las úlceras pépticas proporciona información pronóstica útil en los pacientes con hemorragia aguda. Cuando se observa un coágulo plaquetario que sobresale de la pared de un vaso en la base de una úlcera (el llamado coágulo centinela o vaso visible), existe 40% de probabilidades de que se produzca un resangrado importante de la úlcera.

Este dato con frecuencia indica un tratamiento endoscópico local para disminuir la tasa de resangrado.

Por el contrario, una úlcera de fondo claro se asocia con un riesgo bajo de resangrado (del 3al 5%); los pacientes con melenas y una úlcera duodenal de fondo claro son dados de alta del departamento de urgencias o la sala de endoscopias si son jóvenes, fiables y por lo demás sanos.

Otros datos que suponen un riesgo intermedio de resangrado son los siguientes: los coágulos planos rojos o púrpura en la base de las úlceras tienen 10% de riesgo, mientras que los coágulos grandes adherentes que cubren la base de la úlcera tienen riesgo de 20%.

En ocasiones es posible observar sangrado a chorro activo de una úlcera (con más de 90% de riesgo de hemorragia persistente).

¹⁷ Hemorragia de vías digestivas altas; *Alberto Rodríguez Varón; Jefe Unidad de Gastroenterología, Pontificia Universidad Javeriana Hospital Universitario San Ignacio.*

El paciente con un vaso visible o una hemorragia activa suele tratarse por vía endoscópica, con lo que disminuye el riesgo de resangrado a la mitad.

Las técnicas hemostáticas incluyen "coagulación coactiva" del vaso en la base de la úlcera utilizando un asa térmica que se comprime contra el lugar del sangrado, o la inyección de adrenalina o una sustancia esclerosante en el vaso y a su alrededor.

➤ **VÁRICES**

Dos estrategias complementarias guían el tratamiento de las várices sangrantes: el tratamiento local del vaso que sangra y el de la hipertensión portal subyacente.

Los tratamientos locales (como escleroterapia endoscópica, colocación de bandas por vía endoscópica y taponamiento con una sonda de Sengstaken-Blakemore) controlan eficazmente las hemorragias agudas en la mayoría de los pacientes, y siguen constituyendo el pilar del tratamiento de la fase aguda, aunque las técnicas que disminuyen las presiones portales (tratamiento farmacológico, derivaciones quirúrgicas o derivaciones intrahepáticas colocadas mediante radiología) también pueden ser importantes.

La ligadura endoscópica con bandas es la técnica endoscópica de elección para el tratamiento local de las varices esofágicas sangrantes. Primero se aspira una varice con un capuchón colocado en la punta del endoscopio, y del capuchón se transfiere una banda de goma a la varice, que queda ligada.

Las hemorragias agudas se pueden controlar con esta técnica en 90% de los pacientes y las complicaciones (como sepsis, úlcera esofágica sintomática o estenosis esofágica) son infrecuentes.

La esclerosis endoscópica es una técnica más antigua en la que se inyecta una solución esclerosantetrombógena en la varice sangrante o su proximidad. Esta técnica controla también las hemorragias agudas en la mayoría de los pacientes, pero tiene una tasa de complicaciones más alta.

Ambas se utilizan cuando las varices sangran activamente durante la endoscopia o, lo que es más habitual, cuando las varices son la única causa identificable de hemorragia aguda.

Después del tratamiento de la hemorragia aguda se puede realizar otro tratamiento endoscópico electivo con el objetivo de erradicar las varices esofágicas y evitar el resangrado meses o años después. Este tratamiento crónico tiene menos éxito y sólo previene el resangrado a largo plazo en casi 50% de los pacientes. Los tratamientos farmacológicos que disminuyen la presión portal tienen eficacia similar y se pueden combinar las dos modalidades.

Aunque hay estudios que muestran mayor beneficio de la ligadura en lograr la hemostasia en las primeras 72 horas, otros trabajos que incluyen pacientes con sangrado activo muestran que no hay diferencia en la eficacia cuando se compara con la escleroterapia.

El tratamiento agudo con Octreótido (50 mcg en bolo y 50 mcg/h en infusión por 2-5 días) combinado con el tratamiento endoscópico ha demostrado ser superior a la terapia individual.

Los TIPS constituyen una alternativa en casos de pacientes con sangrado persistente o várices fúndicas sin embargo, pueden favorecer el desarrollo de encefalopatía hepática y no hay claras diferencias en cuanto a mortalidad cuando se comparan con la terapia endoscópica.

Las varices gástricas son menos accesibles al tratamiento endoscópico y habitualmente se tratan con una técnica descompresiva portal (derivación portosistémica quirúrgica o bien derivación portosistémica transyugular radiológica). El tratamiento endoscópico de las varices gástricas suele reservarse para las que sangran activamente o para los pacientes con trombosis del sistema venoso portal.

➤ **DESGARRO DE MALLORY-WEISS**

Éste es un desgarro mucoso lineal que se produce cerca de la unión gastroesofágica o a través de ella y que frecuentemente se asocia con náuseas o vómitos.

Cuando el desgarro rompe una arteriola submucosa se puede producir una hemorragia aguda. La endoscopia es la mejor técnica diagnóstica, y un desgarro con sangrado activo es susceptible de tratamiento endoscópico mediante

coagulación compresiva utilizando un asa térmica o mediante inyección de adrenalina diluida.

Dado que los desgarros de Mallory-Weiss rara vez resangran, un coágulo centinela situado en la base del desgarro no suele requerir tratamiento endoscópico.

MANEJO DEL RESANGRADO¹⁸

Los factores que se ha encontrado que predicen el resangrado después de la terapia endoscópica inicial son la presencia de comorbilidad, *shock* al ingreso, tamaño de la úlcera (mayor de 2 cm) y localización de la úlcera (mayor en úlcera posterior del bulbo).

Pacientes con resangrado después de la terapia endoscópica inicial se pueden beneficiar de una segunda intervención, que logra una hemostasia definitiva hasta en el 50% de los casos, en los pacientes con úlcera postero inferior del bulbo cuya apariencia endoscópica sugiera compromiso de vaso arterial y pacientes que continúen con sangrado activo o presenten un resangrado inmediato (menos de 3 horas) después del tratamiento endoscópico inicial usualmente no responden a una segunda intervención endoscópica y la cirugía temprana siempre debe considerarse.

¹⁸ Hemorragia de vías digestivas altas; Alberto Rodríguez Varón; Jefe Unidad de Gastroenterología, Pontificia Universidad Javeriana Hospital Universitario San Ignacio.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, retrospectivo.

ÁREA DE ESTUDIO

Este trabajo fue realizado en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el área de Medicina Interna, de los pacientes que consultaron por STDS en el periodo comprendido entre enero a junio de 2012.

SUJETO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSO

Todo paciente que ingresó con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo superior en el área de medicina interna del Hospital san Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a junio de 2012, según los criterios de inclusión y exclusión.

Este estudio fue realizado con el universo de pacientes y no se obtuvo muestra debido a que se quiso trabajar con una mayor cantidad de pacientes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que consultaron con diagnóstico de STDS en el área de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes mayores de 12 años de edad
- Pacientes a quienes les fué o no realizada gastroscopía
- Paciente de diagnóstico de primera vez de STDS
- Disponibilidad de expediente clínico

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que presentan sangrado de tubo digestivo superior secundario a IRC, sepsis, coagulopatías.
- Pacientes que ingresaron como STDS, pero falleció por otra causa.
- Pacientes que ingresaron por otra causa y desarrollaron STDS durante su estancia hospitalaria.

VARIABLES

DEPENDIENTE

- Presencia de sangrado de tubo digestivo superior

INDEPENDIENTES

- Demográfica
- Morbi-Mortalidad
- Tratamiento

ASPECTOS ETICOS:

- Se aclara que la información de este estudio es confidencial y para fines académicos.
- No hubo necesidad de realizar consentimiento informado pues no hay contacto directo con pacientes para la realización de este estudio.

PLAN DE ANALISIS

- Se revisaron los censos de emergencia de medicina interna de enero a junio de 2012 y se realizó un listado de los expedientes con diagnóstico de STDS.
- Se procederá a solicitar los expedientes incluidos en dicho listado.
- Se revisara cada expediente y se le aplicara la hoja protocolo para la recolección de datos (anexo 1).
- La información se almacenó en una base de datos realizada a través del programa Microsoft Excel y posteriormente fue tabulada en dicho programa.

CRUCE DE VARIABLES

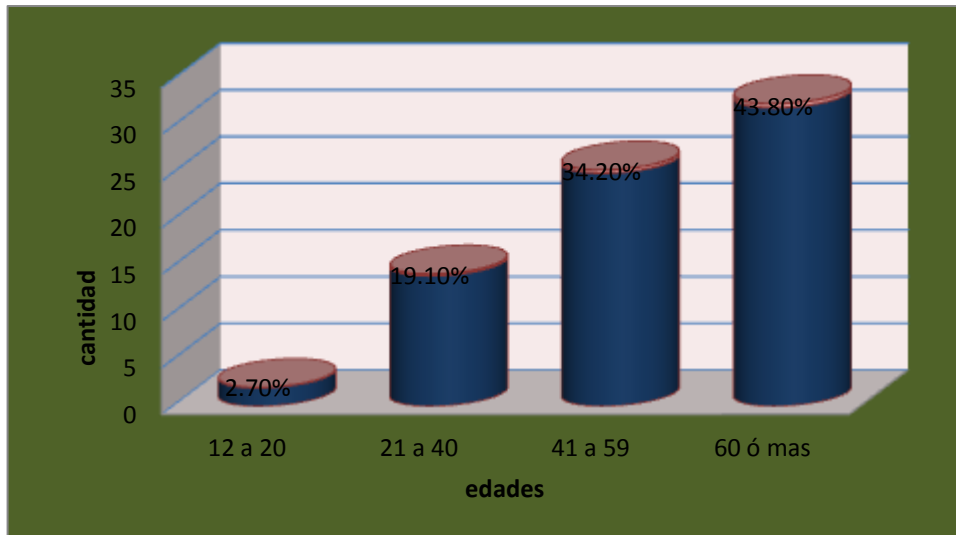
OBJETIVO.	VARIABLE.	VALORES.	INDICADORES.
Identificar que rango de edad, sexo y procedencia es más frecuente el diagnóstico de STDS.	Demográfica	Edad Se tomó en cuenta pacientes de 12 años en adelante Se delimitó el grupo etario de mayor incidencia	12 a 20 años 21 a 40 años 41 a 59 años > de 60 años
		Sexo Se analiza el sexo predominante	Masculino femenino
		Procedencia Se verificó la procedencia de mayor frecuencia	Urbano Rural
Identificar cuáles son los factores de riesgo asociados a sangrado de tubo digestivo superior y cuales estaban presentes en los pacientes que consultaron por esta patología.	Morbi-mortalidad	Se indagó el o los factores de riesgo presentes en los pacientes con STDS	Tabaquismo Alcoholismo AINES Esteroides Otros
Verificar cuales son los diagnósticos gastroscópicos más frecuentes y cuál es el más relacionado con mortalidad.		Se verificara los resultados diagnósticos de las endoscopias realizadas y su mortalidad	Úlcera gástrica Úlcera duodenal Varices Desgarros de Mallory Weiss Gastritis con sangrado Gastritis sin sangrado
Determinar el tiempo que transcurre entre el ingreso y la realización de gastroscopia.		Determinar el tiempo transcurrido con mayor frecuencia para la realización de gastroscopia	<24 horas 24-48 horas 48-72 horas >72 horas
Indagar cual es manejo recibido en el STDS y si este corresponde con el manejo indicado por las guías nacionales	Tratamiento	Investigar sobre el manejo que recibieron los pacientes que consultaron por STDS	Medico Endoscópico Quirúrgico

ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

Objetivo 1. Identificar en que rango de edad, sexo y procedencia fue más frecuente el diagnóstico de STDS.

Tabla y grafico 1. DISTRIBUCIÓN POR EDADES

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
12 a 20	2	2.70%
21 a 40	14	19.10%
41 a 59	25	34.20%
60 ó mas	32	43.80%
total	73	100%

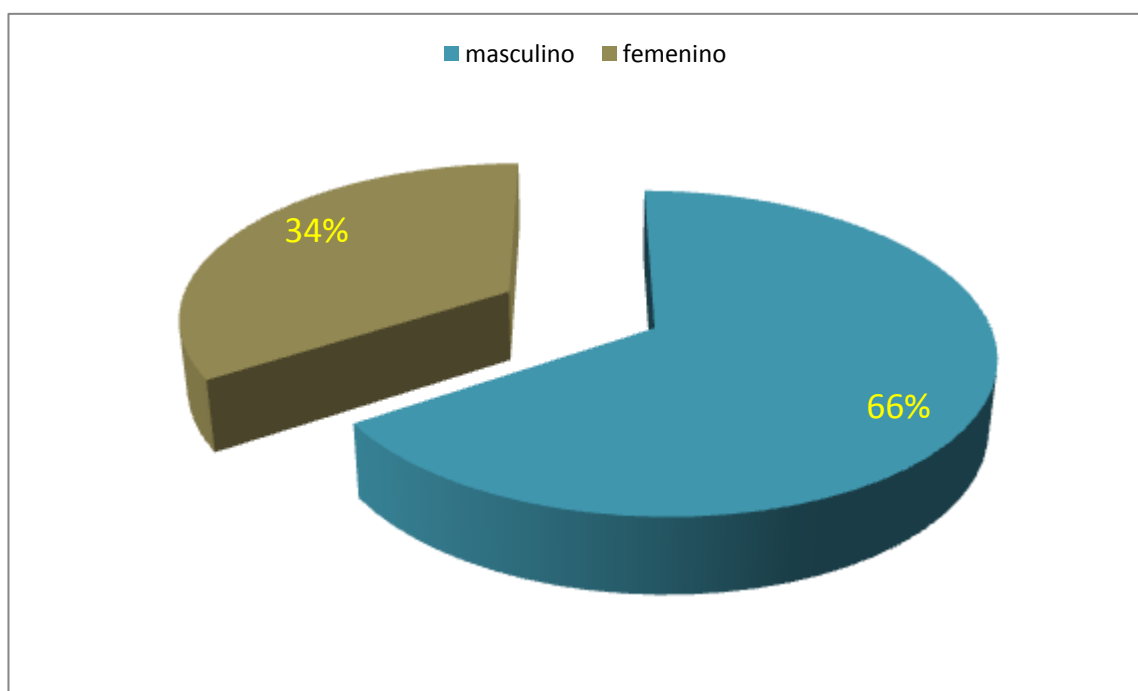


DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica anterior se expone la distribución por grupos etáreos. Se observó una mayor porcentaje de pacientes en el grupo de edades mayor de sesenta años, lo que conlleva a que este grupo sea mas susceptible a tener mayor morbilidad por tener enfermedades interrecurrentes. Ahora, si analizamos a la población entre los 20 y 60 años que es la económicamente activa suman 53 %, lo que impacta en la economía del país el tener estos pacientes enfermos y en el peor de los casos que fallezca.

Tabla y gráfico 2. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
masculino	48	65.70%
femenino	25	34.20%
total	73	100%

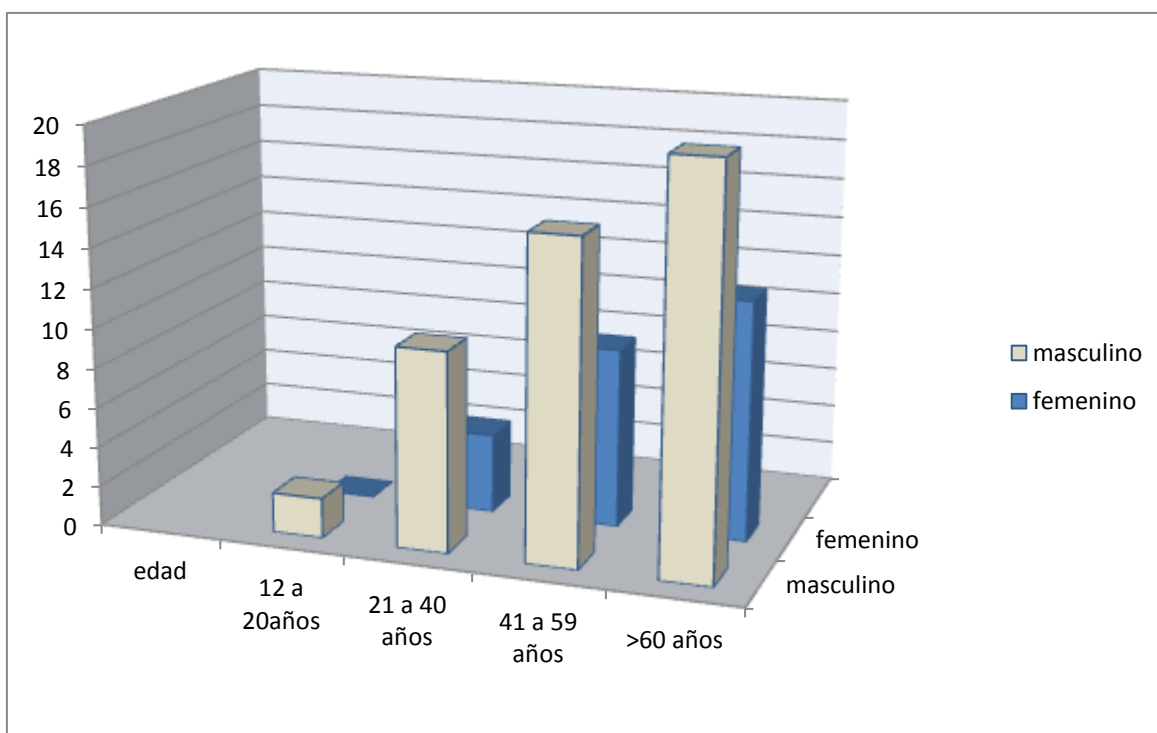


DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica anterior se expone la distribución por sexo. La mayoría de pacientes con este diagnóstico son hombres, que ocupan un 66% esto probablemente por ser estos los más propensos al alcoholismo y tabaquismo, lo que impacta la economía familiar ya que son la fuente ingresos. Observamos una relación de 2:1 lo que significa que por cada 2 hombres solo 1 mujer se presenta con esta patología.

Tabla y gráfico 3. DISTRIBUCIÓN DE SEXO POR EDADES

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	CANTIDAD
12 a 20años	2	0	2
21 a 40 años	10	4	14
41 a 59 años	16	9	25
>60 años	20	12	32
TOTAL	48	25	73

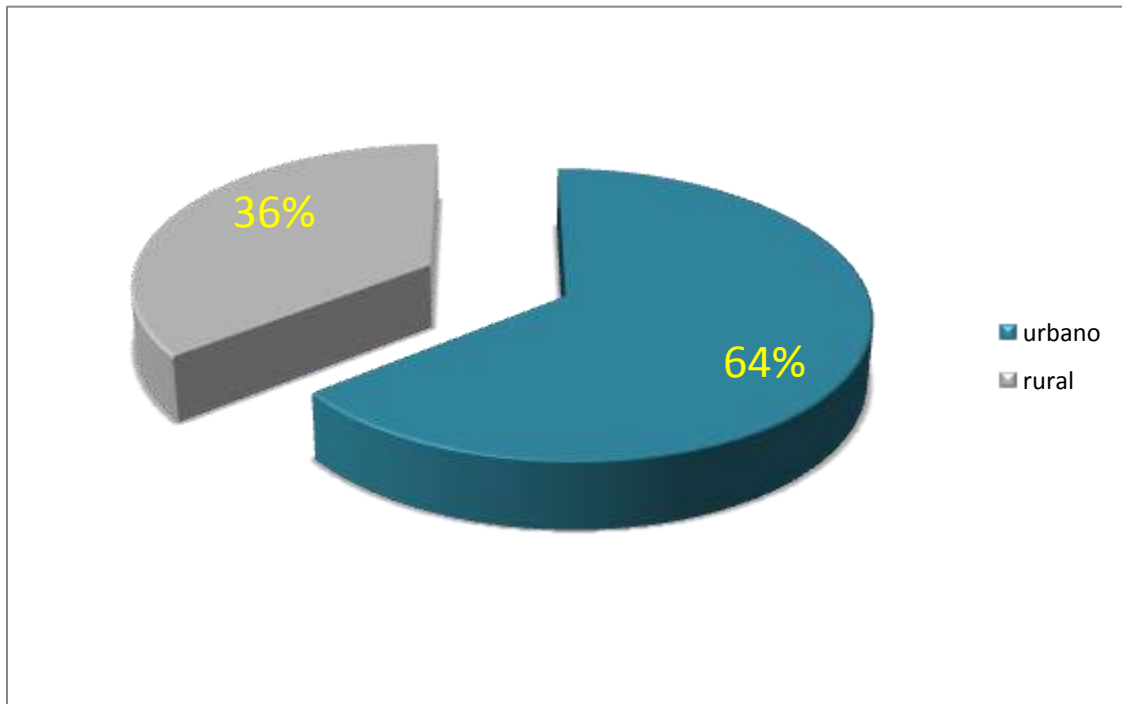


DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica anterior se expone la distribución de sexo por edad. El mayor porcentaje de pacientes que consultan por este diagnóstico son del sexo masculino en todos los rangos de edad .

Tabla y gráfico 4. DISTRIBUCIÓN POR ÁREA GEOGRÁFICA

origen	cantidad	porcentaje
urbano	47	64.38%
rural	26	35.61%
total	73	100%



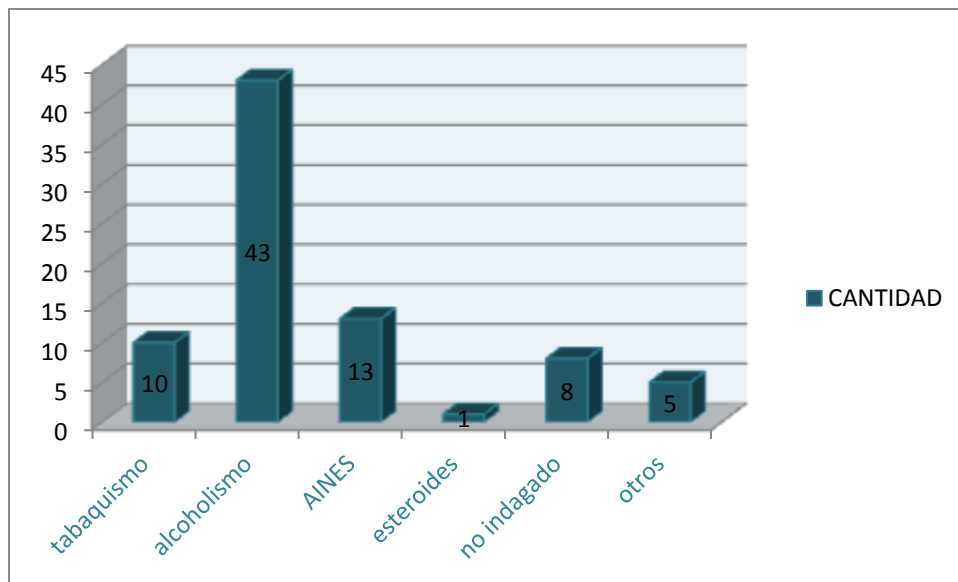
DISCUSIÓN

En la tabla y gráfico anterior se demuestra la distribución de pacientes por área geográfica. Se evidenció mayor consulta por pacientes del área urbana, que representó un 64.38%. Esto probablemente relacionado a que se encuentran más propensos a la adopción de vicios como el alcohol y tabaquismo por su estilo de vida influenciada por los medios de comunicación.

Objetivo 2. Identificar cuáles son los factores de riesgo asociados a sangrado de tubo digestivo superior y cuales estaban presentes en los pacientes que consultaron por esta patología.

Tabla y gráfico 5. FACTORES DE RIESGO

FACTOR DE RIESGO	CANTIDAD
Tabaquismo	10
Alcoholismo	43
Aines	13
Esteroides	1
No Indagado	8
Otros	5



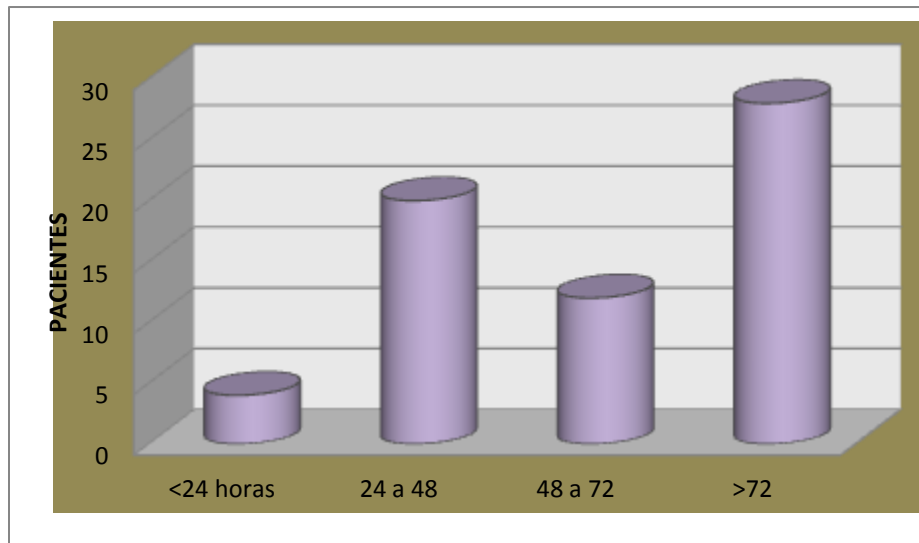
DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica anterior se presenta la distribución por factores de riesgo. En algunos pacientes se encontraban presentes 2 o más factores de riesgo pero aún así se encontró que en la mayoría de pacientes siempre se encontraba presente el alcoholismo. Sin embargo la ingesta de AINES ocupa un importante lugar correspondiendo a 13 pacientes del total de 73. Además el tabaquismo ocupó la tercera posición de frecuencia como factor de riesgo.

Objetivo 3. Determinar el tiempo que transcurre entre el ingreso y la realización de gastroscopia y el porcentaje de cobertura con gastroscopias a los pacientes que consultaron por STDS.

Tabla y gráfico 6. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y TOMA DE GASTROSCOPIA

TIEMPO PARA GASTROSCOPIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
<24 horas	4	6.25%
24 a 48	20	31.25%
48 a 72	12	18.70%
>72	28	43.75%
total	64	100%

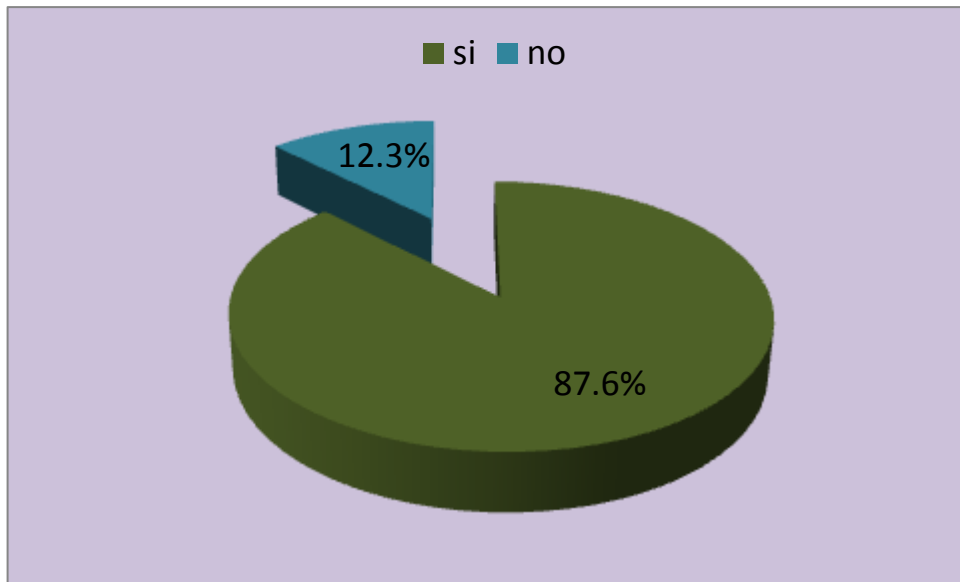


DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica anterior se muestra la distribución según el tiempo de realización de gastroscopia y la hora de ingreso. Según las guías de manejo internacionales como locales indican la toma de gastroscopia de urgencia en pacientes con este tipo de diagnóstico. Nuestro estudio demuestra que la mayoría de pacientes se les tomó gastroscopia después de 72 horas de su ingreso representados por un 43.75% y que a la menor parte de ellos (6.25%) se les realizó en menos de 24 horas como es debido y pertinente.

Tabla y gráfico 7. COBERTURA EN TOMA DE GASTROSCOPIAS

GASTROSCOPIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	64	87.60%
No	9	12.30%
Total	73	100%



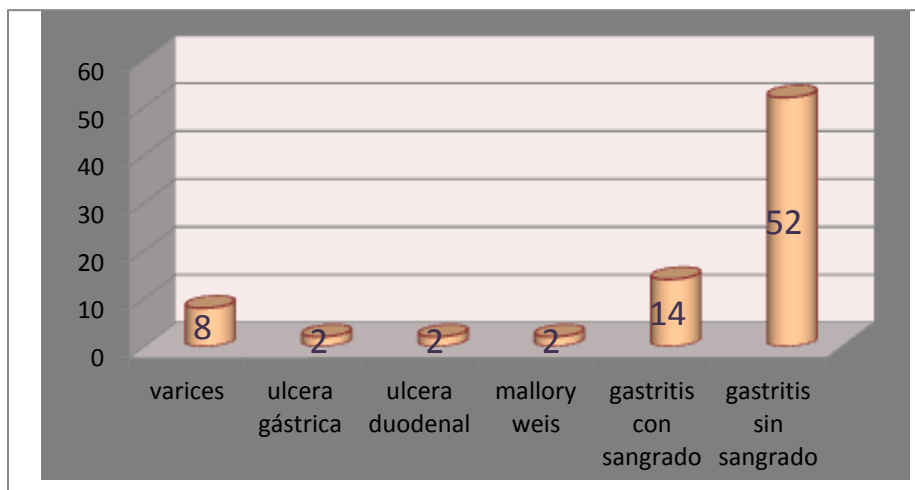
DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica anterior se observa la distribución de cobertura en lo que ha procedimiento de gastroscopia respecta. Se tiene una cobertura importante de pacientes a quienes se les tomó la gastroscopia respectiva pero hay un 12% de pacientes a los que no se les realizó y tuvieron como diagnostico de ingreso sangramiento de tubo digestivo y egresaron sin diagnóstico y por supuesto sin tratamiento adecuado.

Objetivo 4. Verificar cuales son los diagnósticos gastroscópicos más frecuentes y cuál es el más relacionado con mortalidad en el periodo comprendido de Enero a Junio de 2012, en el Departamento de Medicina Interna.

Tabla y gráfico 8. DIAGNÓSTICO GASTROSCÓPICO

DIAGNOSTICO	CANTIDAD
Varices	8
Úlcera Gástrica	2
Úlcera Duodenal	2
Desgarro De Mallory Weiss	2
Gastritis Con Sangrado	14
Gastritis Sin Sangrado	52

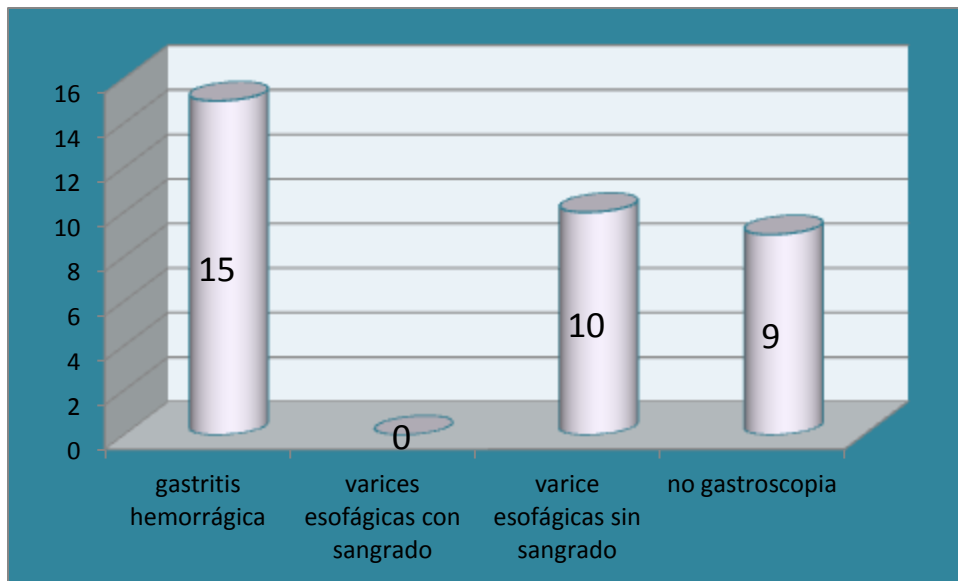


DISCUSION

En la tabla y gráfica anterior se muestra la distribución según el diagnóstico gastroscopico evidenciado. El reporte mas usual es gastritis pero sin evidencia de sangramiento (52 pacientes), probablemente por la tardanza en su realización. En los reportes en que se describe evidencia de sangrado no se dá ningún tipo de clasificación según grado de este. Además en varios reportes se evidenciaron varices esofágicas pero en ninguno de es estos se evidenció en ese momento sangramiento de ellas. Probablemente algunos de los pacientes que fallecieron antes de que se les pudiera la endoscopia tubo sangramiento por rotura de varices siendo estos cuadros mas aparatoso.

Tabla y gráfico 9. DIAGNÓSTICOS GASTROSCOPICOS RELACIONADOS CON MORTALIDAD

DIAGNÓSTICO	FALLECIDOS
Gastritis Hemorrágica	15
Varices Esofágicas Con Sangrado	0
Varice Esofágicas Sin Sangrado	10
No Gastroscopia	9



DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica anterior se muestra la distribución de pacientes fallecidos según diagnóstico gastroscópico. La mayoría de pacientes fallecidos se encontró como diagnóstico gastritis hemorrágica. Esto sin especificar ningún tipo de clasificación de severidad en su reporte y sin habersele realizado ningún tipo de manejo intervencionista. Otro de los hallazgos más frecuentes fueron varices esofágicas pero sin evidencia de sangrado a quienes tampoco se les realizó ningún tipo de manejo intervencionista. Una cifra importante de pacientes fallecidos no se les realizó gastroscopia ya que la mayoría no duró más de 24 horas con vida ya que no se cuenta con gastroscopia las 24 horas.

Objetivo 5. Determinar la mortalidad de los pacientes que consultaron por STDS y su relación según días de estancia hospitalaria.

Tabla y gráfico 10. CONDICIÓN DE EGRESO

CONDICIÓN DE EGRESO	# DE PACIENTES	PORCENTAJE
VIVOS	49	67.10%
FALLECIDOS	24	32.80%
TOTAL	73	100%

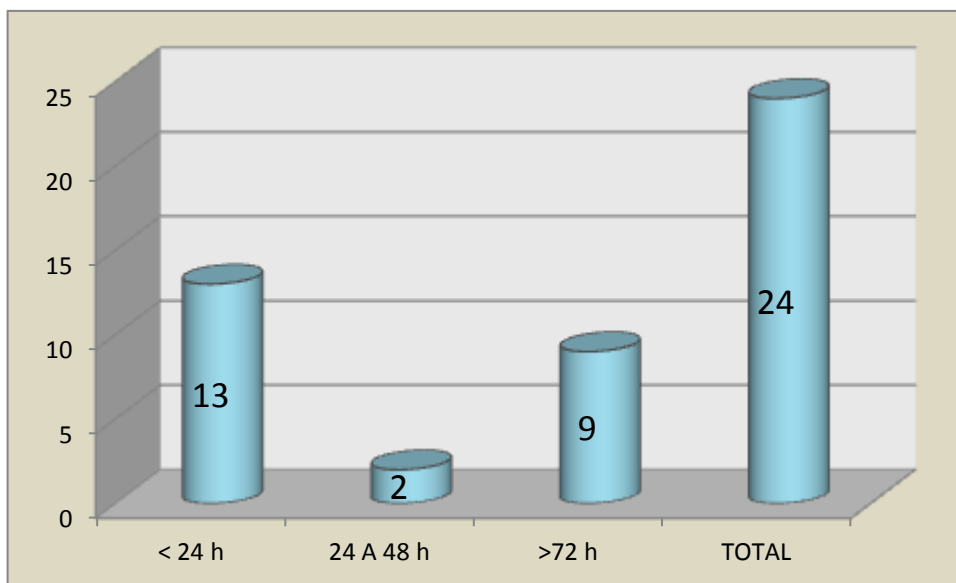


DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica anterior se presenta la distribución según condición de egreso. Según estos datos podemos establecer que de 73 pacientes que consultaron por esta patología fallecieron 24 pacientes con lo cual podemos obtener una **tasa de letalidad de 32.8 %**, lo cual es alta para esta patología. Además teniendo en cuenta que el número de pacientes atendidos en el periodo de estudio en el área de medicina interna fue de 2627 (según datos de ESDOMED) podemos obtener una **tasa de mortalidad específica de 9.1 por año por 1.000 pacientes**.

Tabla y gráfico 11. MORTALIDAD SEGÚN HORAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

MORTALIDAD SEGÚN DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
< 24 h	13	54.10%
24 A 48 h	2	8.30%
>72 h	9	37.50%
TOTAL	24	100%



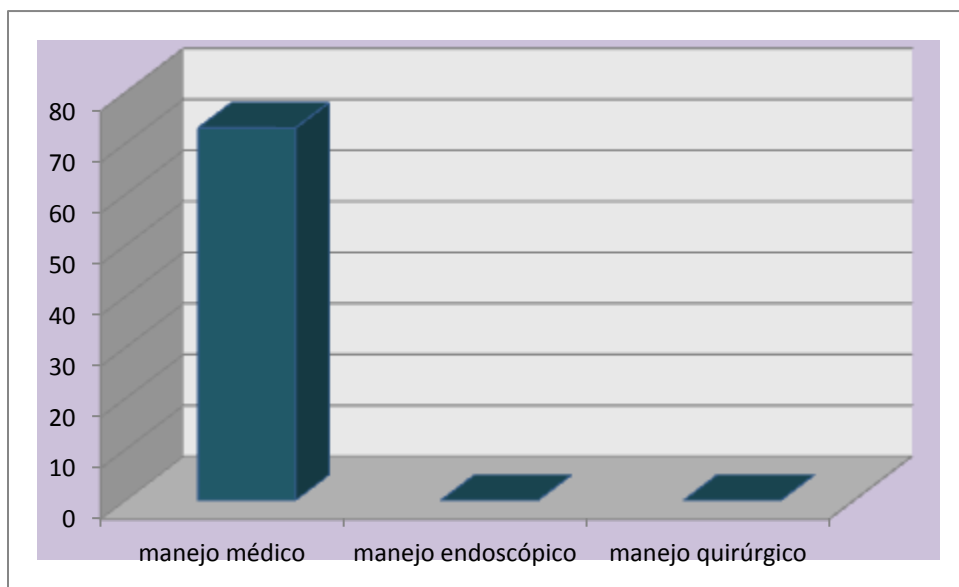
DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica anterior se muestra la distribución de pacientes fallecidos según el tiempo de estancia hospitalaria. La mayoría de pacientes fallecieron en menos de 24 horas de haber ingresado al hospital lo que refleja la falta de preparación para manejar este tipo de pacientes de urgencia. Aparentemente aunque se les haya realizado gastroscopia en algún momento de su ingreso sigue habiendo una cantidad de pacientes fallecidos probablemente por la falta del manejo intervencionista pertinente en algunos casos o la falta de un reporte gastroscópico más adecuado.

Objetivo 6. Indagar cual es manejo recibido en el STDS y si este corresponde con el manejo indicado por las guías nacionales

Tabla y gráfico 13. TIPO DE MANEJO REALIZADO

MANEJO	# PACIENTES
Manejo Médico	73
Manejo Endoscópico	0
Manejo Quirúrgico	0



DISCUSIÓN

En la tabla y gráfico anterior se expone la distribución de pacientes según el manejo realizado. Como se puede apreciar la totalidad de pacientes recibió solo manejo médico a pesar de que el diagnóstico gastroscópico más frecuente fue gastritis hemorrágica y varices esofágicas, lo que deja en evidencia la falta de recursos para el manejo de este tipo de pacientes en lo que a intervencionismo respecta. Probablemente esta sea una de las condicionantes más importantes para el alto porcentaje de mortalidad por este diagnóstico.

CONCLUSIONES

- La mayor incidencia de pacientes con diagnóstico de tubo digestivo superior se da en pacientes del sexo masculino y mayores de 60 años de edad.
- La mayoría de pacientes que presenta dicho diagnóstico son del área urbana debido probablemente a que este grupo de personas están mas expuestas o propensas a adquirir vicios como alcohol y tabaco que son los factores de riesgo mas relacionados en desarrollar este cuadro.
- En el periodo estudiado se atendieron 73 pacientes con diagnóstico de los cuales 24 fallecieron obteniéndose una tasa de letalidad de 32.8 y una tasa de mortalidad especifica de 9.1.
- No se cuenta con gastroscopio en la unidad de emergencia disponible las 24 horas del día por lo que muchos pacientes fallecen en menos de 24 h de ingreso sin diagnóstico etiológico y sin ningún otro tipo de intervención curativa
- La mayoría de pacientes recibe evaluación endoscópica después de 72 horas del diagnóstico de ingreso lo que retarda el diagnóstico etiológico y por lo tanto el manejo oportuno.
- La totalidad de pacientes a los que se le realiza gastroscopia en donde se evidencia varices esofágicas no se les brinda ningún tipo de manejo intervencionista durante su procedimiento ni tampoco durante toda su estancia hospitalaria.
- El reporte gastroscópico que se realiza en estos pacientes no detalla ningún tipo de clasificación según los hallazgos encontrados, lo que ayudaría a estadificar el grado de severidad, el manejo pertinente y el pronóstico del paciente. Además de que no se cuenta con ninguna de las alternativas curativas endoscópicas.
- Los pacientes alcohólicos son los más propensos a desarrollar este tipo de patologías de forma tan severas que provocan la muerte del paciente no así en los pacientes con este mismo diagnóstico pero secundarias a otros factores de riesgo.

RECOMENDACIONES

- Crear una unidad para atención del paciente con sangramiento de tubo digestivo superior que cuente con endoscopio y personal capacitado para su manejo como lo es por ejemplo en realización de cerclaje o escleroterapia, habilitado las 24 horas del día.
- Que la institución facilite a la unidad endoscópica los materiales e insumos necesarios para la practicar los tres tipos de intervenciones endoscópicas: térmicas, de inyección y mecánicas.
- Formar y entrenar a médicos Residentes para la realización de endoscopia de emergencia y el respectivo tratamiento endoscópico.
- Teniendo esta herramienta diagnóstica también podría dar la pauta para que sean indicadas intervenciones quirúrgicas en los pacientes que así lo ameriten como por ejemplo simpatectomías, derivaciones porto –cava o hasta gastrectomías.
- Crear una guía de manejo a nivel nacional para pacientes con este diagnóstico y aportar a nivel institucional las herramientas para poder aplicarlas.
- Todo médico que practique endoscopias en esta institución debe apegarse a las clasificaciones internacionales (por Ej. Forrest) para la descripción de sus hallazgos endoscópicos, de esa manera facilita el manejo y pronóstico del paciente.
- Continuar con los esfuerzos acerca de la educación a la población en general acerca de los daños provocados tanto por el alcohol como del tabaquismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Abella Martín, E: Apuntes sobre historia de la úlcera Gastroduodenal y su tratamiento. **Rev.Cub.Med** (La Habana) 21(5):462-78,1982.
2. Adler DG, Leighton JA, Davila RE, et al. ASGE guideline: The role of endoscopy in acute no-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004; 60:497-504.
3. Jairath V, Logan RF, Hearnshaw S, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding – Why do patients die? Sesión de carteles presentada en DDW, 2010, mayo 1-5, New Orleans. LA, USA. W1038.
4. Juan Ramón Cruz Alonso, Jorge Luís Anaya González, Luís Enrique Pampín Camejo, Dora Pérez Blanco, Ileana Lopategui Cabezas; Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital «Enrique Cabrera»; *Revista Cubana de Cirugía*; **versión On-line** ISSN 1561-2945 ; Cir v.47 n.4 Ciudad de la Habana ;<http://scielo.sld.cu/scielo.php>; sep.-dic. 2008.
5. Heriberto Rodríguez-Hernández, Martha Rodríguez-Morán, José Luis González, Joel Omar Jáquez-Quintana, Elva Dalia Rodríguez-Acosta, Eduardo Sosa-Tinoco, Fernando Guerrero-Romero ; Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad; Instituto Mexicano del Seguro Social Facultad de Medicina, Universidad Juárez de Durango; *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009; 47 (2): 179-184 .
6. Dr. Jorge Luis Pérez Jara, Dra. Lizandra Naranjo García, Dr. Antonio Ricardo García; Morbimortalidad por Sangrado Digestivo Alto. Hospital Clínico Quirúrgico. Banes. Enero 2007_Diciembre 2008; Hospital Clínico Quirúrgico de Banes. Holguín. Cuba; *Revista trimestral*, Año XVII, Enero-marzo, 2011.

7. Friedman LS, Martín P. The problem of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology Clin of N Am* 1993; 22: 717-721.
8. Hemorragia de vías digestivas altas; *Alberto Rodríguez Varón; Jefe Unidad de Gastroenterología, Pontificia Universidad Javeriana Hospital Universitario San Ignacio.*
9. Cappel M, Friedel D. Acute non variceal upper gastrointestinal bleeding: Endoscopy diagnosis and therapy. *Med Clin of N Am* 2008; 92: 3.
10. Corey Foter, MD; Neville F Mistry, MD; Parvin F Peddi, MD; Shiva K Sharma, MD. The Washington Manual of Medical Therapeutics 33^o edition, Department of Medicine, Washington University; Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
11. Kasper, Hauser, Braunwald, Longo, Fauci, Jameson; Principios de Medicina Interna Harrison , 17^o edición; año 2010.
12. Departamento de Medicina Interna del Hospital San Juan De Dios De Santa Ana; Protocolo de Sangrado de Tubo Digestivo Superior; Guías Terapéuticas De Medicina Interna Del Hospital San Juan De Dios De Santa Ana Del Año 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 HERRAMIENTA DE TRABAJO

HOJA PROTOCOLO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS					
EXPEDIENTE	EDAD	SEXO		ORIGEN	
		M	F	U	R
FECHA Y HORA DE INGRESO					
FECHA Y HORA DE GASTROSCOPIA					
TIEMPO ENTRE INGRESO Y GASTROSCOPIA					
DIAGNOSTICO GASTROSCOPICO					
DIAGNOSTICOS CONCOMITANTES					
MANEJO MEDICO ESPECIFICO					
MANEJO QUIRURGICO					
FACTORES DE RIESGO					
CONDICION DE EGRESO					
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA					

ANEXO 2. PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	COSTE POR UNIDAD	CANTIDAD	COSTE TOTAL
PAPELERIA:			
Papel Bond T. carta	Resma: \$ 5.00	2	\$ 10.00
Cartucho de tinta negra	\$ 25.00	1	\$25.00
Cartucho tinta color	\$35.00	1	\$35.00
fotocopias	\$0.03	500	\$15.00
Anillado de informes	\$2.00	7	\$14.00
TOTAL			\$ 99.00

ANEXO 3. CRONOGRAMA

	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiem bre	octubre	noviembre	diciembre
Presentación de protocolo	*****										
Recopilación de datos		**	***	**	**	**	**	****	***		
Tabulación de datos									***		
Análisis de datos									***		
elaboración de trabajo final									****		
Entrega de trabajo final										****	
Presentación de trabajo final										****	
Defensa y exposicion											***