



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



TRABAJO DE INVESTIGACION

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ULCERA
PEPTICA CARACTERISTICAS CLINICAS Y
ENDOSCOPICAS

ENERO 2000 A DICIEMBRE 2003, I.G.B.J

AUTOR: DR. RENÉ AGUILERA CALLE

TUTOR: DR. EDMUNDO LAZO HOLKONS

FECHA: FEBRERO DE 2005

COCHABAMBA - BOLIVIA

INDICE

1.- Indice	1
2.- Resumen	2
3.- Introducción	2 - 5
4.- Planteamiento del Problema	5
5.- Justificación	5
6.- Marco teórico	6 - 18
7.- Objetivo genera	19
8.- Objetivos específicos	19
9.- Material y Métodos	20
10.- Resultados	21 - 26
11.- Discusión	26 - 28
12.- Conclusiones	28 - 29
13.- Recomendaciones	30
13.- Bibliografía	31
14.- Anexos	32 - 35

RESUMEN.-

Se hizo un estudio tipo descriptivo-retrospectivo para caracterizar clínicamente a los pacientes ingresados al servicio de medicina a los cuales se les realizó Endoscopia Digestiva por presentar sangrado digestivo alto en el Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés (IGBJ) durante el periodo comprendido entre enero del año 2000 y diciembre del año 2003. Se incluyeron 367 pacientes con Hemorragia digestiva alta por ulcera peptica clasificados dentro del estadio de Forrest En el sexo masculino 73%, en el sexo femenino 27%, Grupo etario de pacientes mas afectados con edades entre 56 y 65 años. El tipo de ulcera mas frecuente fue la ulcera duodenal con 186 pacientes (50.6%), como forma de presentación la combinación melena con hematemesis 216 (30,5%) fue la más común. En la clasificación de Forrest, el estadio mas frecuente es Vaso visible forrest IIa (27.7%); Entre los antecedentes personales patológicos, el más frecuente fue la ingesta de bebidas alcoholicas seguido de ingesta de AINES. El tiempo promedio de internación fue de 4 días. Requirieron de transfusión sanguínea 222 (60 %). El resangrado se evidencio en 25 pacientes, (6.8 %). Según el estadio de Forrest I a (12 %), I b (52 %), II a (12 %) II b (0%) IIc (24% %), III (0%). Observándose una mortalidad global del 2.7%, el 60 % correspondieron al estadio I b. Requirieron intervención quirúrgica 6 pacientes (1.6%), todos incluidos en el estadio I a. La forma de anemia leve se presento en 108 pacientes (29.4%), moderada 75 (20.4%), severa 59 (16%) y sin anemia al ingreso 125 (34%) . El tratamiento endoscopico con infiltración se practico en 192 (52.35), argon plasma ninguno, terapia combinada (infiltración mas argon plasma) 7, (1.9%), recibieron solo tratamiento medico 158 (43%).

INTRODUCCIÓN

La hemorragia del tubo digestivo alto se considera un problema de salud pública tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad.

Esta entidad es un problema frecuente en el mundo y es considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios, pero su incidencia es difícil de determinar, a pesar de la gran cantidad de reportes que se encuentran en la literatura médica. Se estima a nivel mundial que se presenta un caso por cada 20,000 habitantes. Estudios realizados informan que su incidencia global en los países occidentales varía de 50 a 150 por cada 100 000 habitantes y se presenta como causa de ingreso en aproximadamente 50 de cada 100 000 pacientes internados, Aceptándose que la hemorragia del tubo digestivo alto constituye 5% de los ingresos hospitalarios por urgencia

La mortalidad global por H.D.A. oscila, en la mayoría de las series, entre 8 y 12 %. Es más frecuente en el sexo masculino (2:1) y entre los 50 a 60 años. A pesar de los avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento, la mortalidad por esta afección no ha variado sustancialmente en los últimos 30 años.

La morbilidad y la mortalidad del paciente con H.D.A. se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, enfermedades asociadas, alcoholismo, coagulopatías, inmunosupresión, magnitud de la hemorragia, sangrado durante

la hospitalización, resangrado, origen de la hemorragia (sangrado arterial o venoso).

Las causas de H.D.A son varios. Pero en este caso se estudiara la presentación clínica de la ulcera peptica (las úlceras duodenal y gástrica) y la relacionaremos según la clasificación de forrest, Sabemos que su frecuencia ha ido en decremento en las tres últimas décadas, debido a que contamos en la actualidad con bloqueadores de los receptores H₂ de la histamina y los inhibidores de la bomba de protones, que son altamente efectivos en el control de estas enfermedades.

Afortunadamente la hemorragia suele ser leve en 80% de los casos, sin embargo en 20% restante es grave, los cuales requieren manejo hospitalario, multidisciplinario.

El uso de la endoscopia terapeutita juega un papel preponderante en el diagnóstico y control de la hemorragia digestiva gastrointestinal los recientes avances en el tratamiento endoscópico de la Hemorragia digestiva, así como el tratamiento erradicador de Helicobacter pylori , han mejorado notablemente el pronóstico de estos pacientes y ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud tan difícil, siendo una técnica altamente util y relativamente fácil que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95 %) con una incidencia de complicaciones menor del 0,01 %. Su alta sensibilidad de 95% y especificidad de 98%, ha desplazado a los demás procedimientos de diagnóstico, tales como la radiología con doble contraste o con medio de contraste diluido, la angiografía selectiva y el uso de radioisótopos, permitiendo además realizar maniobras terapéuticas simultáneas como son: la aplicación de ligas, escleroterapia y aplicación de argon plasma que son recursos de gran valor en el manejo de estos pacientes.

También permite determinar el pronostico de la lesión sangrante en los casos de úlceras sangrantes para lo cual puede ser útil la clasificación de Forrest. La exploración endoscópica constituye el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva. Atendiendo al tipo de lesión observada endoscópicamente, Forrest y otros establecieron la clasificación siguiente:

SANGRADO	FORREST	DESCRIPCION	PORCENTAJE
ACTIVO	I A	SANGRADO A CHORRO	90
	I B	SANGRADO RESUMANTE	50 – 80
RECIENTE	II A	VASO VISIBLE	50
	II B	COAGULO ADHERIDO	20 - 30
	II C	MANCHAS ROJAS O NEGRAS	5 – 10
NO SANGRADO	III	LESION SIN SIGNOS DE SANGRADO	1 – 2

Resangrado de Ulcera Peptica sin tratamiento endoscopico.

Hay consenso en que el tratamiento endoscópico está indicado en el sangrado arterial activo y en el vaso visible no sangrante y controversia en el coágulo adherente no sangrante y el escurrimiento. Hay notable variabilidad intra e interobservador sobre los estigmas endoscópicos, especialmente entre los endoscopistas de diferentes instituciones.

Las estigmas de hemorragia se hallan en un altísimo porcentaje si la endoscopia se realiza antes de las 12 horas.

Estigmas mayores:

Vaso sangrante visible.

Vaso no sangrante visible en el fondo de la úlcera.

Presencia de un pseudoaneurisma pulsátil en el fondo de la úlcera.

Estigma menores:

- Resumamiento de sangre en el fondo de la úlcera.

Mancha oscura (negra o roja en el fondo de la úlcera)

Coágulo adherido.

Lo antes expuesto ha repercutido en la mejor evolución, incluyendo la reducción de las recidivas, los requerimientos transfusionales, la necesidad de intervenciones quirúrgicas, así como la mortalidad.

La importancia y actualidad de este tema, refrendada por los cambios que se han suscitado en los últimos años en el conocimiento y tratamiento del H.D.A., destacando de forma notoria entre ellos el incremento en la edad de los enfermos sangrantes, las posibles modificaciones en la frecuencia y distribución etiológica de las hemorragias por el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), la identificación de ciertos factores pronósticos clínicos y endoscópicos capaces de predecir con bastante exactitud la evolución y mortalidad de la hemorragia, el desarrollo de la endoscopia terapéutica y la atención a estos enfermos en unidades especiales, así como la elevada incidencias es que nos motivamos a realizar y determinar las características clínicas de los pacientes a los cuales se les realizó Endoscopia digestiva alta por presentar hemorragia digestiva alta durante el periodo comprendido entre enero del año 2000 y diciembre del año 2003.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

La propuesta de este trabajo es evaluar las características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera péptica con el objeto de identificar y predecir cuáles son los pacientes con mayores posibilidades de presentar hemorragia recidivante, como una orientación para su mejor tratamiento, sea clínico, endoscópico o quirúrgico.

JUSTIFICACION.-

Hoy día, dado el costo económico de la hospitalización, y con el fin de reducir la estancia hospitalaria, se han identificado una serie de factores clínicos y endoscópicos, de este último la clasificación de Forrest, que permiten conocer qué pacientes son de riesgo elevado de recidiva y/o persistencia de la hemorragia ; así como identificar aquellos que son de bajo riesgo, que pudieran ser dados de alta desde el propio servicio de urgencias hospitalario o ser ingresados en una unidad de hospitalización durante el tiempo necesario hasta su recuperación. De esta manera contar con una referencia del comportamiento clínico de la hemorragia digestiva alta por úlcera péptica tomando en cuenta la clasificación de Forrest, en el servicio de medicina del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés de la ciudad de Cochabamba y desarrollar un protocolo para el mejor manejo y tratamiento de estos pacientes .