

Hemorragia Digestiva Alta (Sangramiento Digestivo Alto). Comportamiento clínico en un grupo de pacientes.

Guillermo Toledo Sotomayor*, Noel Lorenzo Villalba**, Maria Elena Simancas Montoto**, Armando Díaz Navarro**, Alfredo Hierro González.**

RESUMEN

Contexto: El sangramiento digestivo alto, problema de salud de elevada frecuencia en todo el mundo y causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etáreos, reviste una gran importancia clínica y sanitaria, a pesar de los cambios que han existido en los últimos años en el conocimiento y manejo de esta patología. La mortalidad por la misma no ha variado sustancialmente, comportándose en nuestro país de forma similar al resto del mundo por lo que representa un relevante problema de salud.

Objetivo: Caracterizar clínicamente a los pacientes a los cuales se les realizó esofagogastroduodenoscopia por presentar sangramiento digestivo alto en nuestra muestra. **Diseño:** Estudio prospectivo – descriptivo en pacientes con sangramiento digestivo alto valorando edad, sexo, antecedentes patológicos personales, forma de presentación del sangrado y causas más frecuentes que conllevan al mismo. **Universo:** Constituido por todos los pacientes a los cuales se les realizó esofagogastroduodenoscopia por presentar sangramiento digestivo alto en los servicios de Gastroenterología de los hospitales clínicos quirúrgicos 10 de Octubre y Miguel Enríquez en el periodo comprendido entre abril-octubre de 2002. **Muestra:** Correspondió al total de pacientes que conforman el universo. **Resultados:** El sangramiento digestivo predominó en el sexo femenino (64,11%) y en el grupo de pacientes con edades de 60 años y más (48,32%). La causa más frecuente de hemorragia fue la úlcera duodenal (38,27%), siendo más frecuente la melena (50,7%). El estadio de Forrest que predominó en pacientes con úlcera fue el II c y un gran número de pacientes presentó antecedentes personales, predominando dentro de estos la ingestión de anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) en días previos al sangrado lo que representó un 39,13%, seguido de la ingestión de bebidas alcohólicas (23,44%). **Conclusiones:** La hemorragia digestiva alta es más frecuente en épocas tardías de la vida y se asocia frecuentemente a la ingestión previa de AINES y bebidas alcohólicas. Su causa fundamental es la úlcera duodenal y se presenta como melena en la gran mayoría de los casos.

INTRODUCCIÓN

El sangramiento digestivo alto (SDA) puede definirse como toda pérdida hemática de cuantía suficiente como para producir hematemesis o melena cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz, además de las que producidas en un órgano vecino, vierten su contenido al tracto digestivo por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) o en el tramo limitado por los dos puntos referidos.¹

Esta entidad es un problema frecuente en el mundo y es considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etáreos pero su incidencia es difícil de determinar a pesar de la gran cantidad de reportes que se encuentran en la literatura médica.¹

Estudios realizados informan que su incidencia global en los países occidentales varía de 50 a 150 por cada 100 000 habitantes y representa aproximadamente 50 hospitalizaciones por cada 100 000 pacientes internados, cifra que no refleja la realidad porque un 50% de las hemorragias se producen durante la hospitalización.^{2,3}

La mortalidad global del SDA oscila en la mayoría de las series entre 8 y 12%. A pesar de los avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento, la mortalidad por esta patología no ha variado sustancialmente en los últimos 30 años, lo que obedece a múltiples y diversas circunstancias, entre las que por solo citar algunas se encuentran el incremento de la edad en pacientes con SDA, y que los adelantos referidos han tenido poca repercusión en sangramientos por várices esofágicas y de origen desconocido, entre otras causas.⁴

La hemorragia digestiva alta se presenta como hematemesis y/o melena con diversos grados de alteración hemodinámica, dependiendo de su localización, velocidad y cuantía de la pérdida sanguínea.^{1,4}

Dependiendo de su magnitud los autores la clasifican en:

- Mínima.
- Pequeña.
- Mediana.
- Masiva.²

Por la terapia sustitutiva en:

- Compensable.
- Descompensable.
- Desangrantes.^{2,3}

** Instituto Superior de Ciencias Médicas La Habana. Facultad: 10 de Octubre. Cuba.

La magnitud de la hemorragia digestiva alta es difícil de calcular, sin embargo existen algunas aproximaciones que pueden ser útiles para la evaluación.^{4,5}

Se han utilizado numerosos términos para describir y calibrar el grado de hemorragia digestiva aguda, bien si es masiva, si es franca, si es intensa, si es torrencial, etc, pero no se ha establecido ningún criterio uniforme, ya que existen muchas dificultades a la hora de valorar con precisión la intensidad del sangramiento, y también debido a que la intensidad puede variar de un momento a otro, por lo que la precisión debería ser dinámica. Esta dificultad tiene un interés más que académico por cuanto el conocimiento preciso de la intensidad de la hemorragia ayuda a determinar la necesidad de una transfusión sanguínea, la eficacia del tratamiento médico y la indicación de la cirugía de urgencia. En principio toda hemorragia digestiva franca debe considerarse como potencialmente grave y por tanto tributaria de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos intensos.⁵

Existen varios métodos clínicos para clasificar hemodinámicamente una hemorragia digestiva, uno de los más sencillos desde el punto de vista práctico es considerar la hemorragia en leve o grave:

Hemorragia leve: Es aquella en que la tensión arterial sistólica es superior a 100 mm de Hg, el pulso es menor de 100 latidos por minuto, el aspecto de la piel es normal y a pesar de levantarse y sentarse el enfermo, no hay cambios ni en la tensión arterial ni en el pulso.^{3,5}

Hemorragia grave: Es aquella en que la tensión arterial sistólica es menor de 100 mm de Hg y el pulso mayor de 100 latidos por minuto, acompañado de piel fría, pálida y sudorosa y cuando el ortostatismo produce cambios en la tensión arterial y el pulso.^{3,5}

La morbimortalidad del paciente con un SDA 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 varicial).⁶

La evolución del SDA y la mortalidad por el mismo están estrechamente relacionados con su etiología. En líneas generales se pueden diferenciar en tres grupos etiológicos con diferente significado pronóstico:

- **Grupo de bajo riesgo:** hemorragias digestivas consecutivas al síndrome de Mallory - Weiss, esofagitis, lesiones aguda de la mucosa gástrica (excluidas las úlceras de estrés) que tienen una escasa tasa de recidivas y una mortalidad mínima.
- **Grupo de riesgo medio:** constituido por el sangramiento consecutivo a úlcera péptica con una mortalidad relativamente baja a pesar de la elevada proporción de las hemorragias persistentes (25-30%), debido a la posibilidad de una actuación (endoscópica o quirúrgica).
- **Grupo de alto riesgo:** formado por las hemorragias de origen no filiado y por las consecutivas a várices esofágicas que presentan una mortalidad en torno al 30%.^{6,7}

El uso de la endoscopia terapéutica para el control de la hemorragia gastrointestinal ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud tan difícil, por lo que es

muy importante identificar a los pacientes en quienes el sangrado continúa o reincide, ya que son candidatos para la terapia endoscópica de urgencia.⁸ La endoscopia en casos de hemorragia digestiva alta es una técnica altamente sensible y relativamente fácil que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90 - 95%) con una morbilidad menor del 0,01%.⁶ Se reconoce que tiene una sensibilidad del 98%, especificidad del 33%, con un 5% de falsos positivos y 37% de falsos negativos. También permite determinar la posibilidad de persistencia o recurrencia en los casos de úlceras sangrantes para lo cual puede ser útil la clasificación de Forrest.^{8,9}

Desde 1981 se considera la endoscopia como un método de tratamiento para determinadas lesiones superando los resultados de la medicación farmacológica.⁸ Además de esto la exploración endoscópica se erige como el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre la continuidad o recidiva de la misma.

Atendiendo al tipo de lesión observada endoscópicamente Forrest y col. Establecieron la siguiente clasificación:

Tipo Ia- hemorragia a chorro.

Tipo Ib- hemorragia en sábana.

Tipo IIa- lesión con base negra.

Tipo IIb- lesión con coagulo.

Tipo IIc- lesión con vaso visible.

Tipo III- no signos de sangrado.^{8,9}

Lo antes expuesto ha repercutido en la mejor evolución, incluyendo la reducción de las recidivas, los requerimientos transfusionales, la necesidad de intervenciones médico-quirúrgicas, así como la mortalidad.^{3,6,7,9}

Es debido a la importancia y actualidad de este tema, refrendada por los cambios que se han suscitado en los últimos años en el conocimiento y manejo del SDA, destacando de forma notoria entre ellos el incremento de la edad en los enfermos sangrantes, las posibles modificaciones en la frecuencia y distribución etiológica de las hemorragias debido al mayor consumo de AINES, la identificación de ciertos pronósticos clínicos y endoscópicos capaces de predecir con bastante exactitud la evolución y mortalidad de la hemorragia, el desarrollo de la endoscopia terapéutica en el SDA y la atención a estos enfermos en unidades especiales, así como la elevada incidencia que tiene en nuestro país esta patología que nos motivamos a realizar la caracterización clínica de un grupo de pacientes con hemorragia digestiva alta constituyendo este el propósito fundamental de nuestro estudio.

OBJETIVOS

General:

- 1- Determinar las características clínicas de los pacientes a los cuales se les realizó esofagogastroduodenoscopia por presentar un sangramiento digestivo alto en los hospitales clínicos quirúrgicos 10 de Octubre y Miguel Enríquez en el período comprendido entre abril de 2002 a octubre de ese mismo año.

Específicos:

- 1- Determinar los grupos de edades y sexo en los cuales se presentó con mayor frecuencia el sangramiento digestivo.
- 1- Determinar las causas de sangramiento digestivo alto más frecuentes en estos pacientes.
- 2- Precisar cuales fueron las principales formas de presentación de la hemorragia digestiva alta en el grupo de pacientes estudiados.
- 3- Describir los estadios de Forrest, que con mayor frecuencia se observaron, en los pacientes con úlceras pépticas.
- 4- Precisar los antecedentes patológicos personales que predominaron en los pacientes analizados en nuestro estudio.

METODO

Previa revisión del tema en la cual se incluyeron los artículos publicados en la misma línea de investigación se procedió a realizar un estudio del tipo prospectivo-descriptivo donde el universo del mismo estuvo constituido por todos los pacientes a los cuales se les realizó esofagogastroduodenoscopia por presentar sangramiento digestivo alto, en los servicios de Gastroenterología de los hospitales clínicos quirúrgicos 10 de Octubre y Miguel Enríquez en el período comprendido entre abril y octubre de 1999. La muestra estuvo conformada por 209 pacientes que constituyen el total de nuestro universo de estudio.

A los 209 pacientes que asistieron por sangramiento digestivo alto les fue realizada la esofagogastroduodenoscopia, precisándose en los mismos los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes personales, forma de presentación del sangrado, diagnóstico etiológico y topográfico por endoscopia, así como también en el caso de las úlceras pépticas, estas se agruparon según la clasificación de Forrest.

Edad: Se dividió en cuatro grupos, el primero con edades entre 15 y 24 años, seguido de otro grupo con edades comprendidas entre 30 a 44, un tercero que abarcó de 45 a 59 años y el último con 60 años o más.

Sexo: Fueron separados los sexos, interpretándose la incidencia de los mismos.

Antecedentes personales: Se analizaron los posibles antecedentes que presentaron los pacientes y que pudieran influir en la morbimortalidad, ellos fueron:

- Enfermedades generales o sistémicas: HTA, Diabetes Mellitus.
- Ingestión de AINES.
- Alcoholismo.
- Antecedentes de sangramiento previo.

Formas de presentación del sangrado: Quedaron definidas como formas de presentarse la hemorragia:

- melena
- hematemesis
- combinación de las dos anteriores.

Diagnóstico etiológico y topográfico: Se precisó

la etiología del sangramiento, así como su localización por esofagogastroduodenoscopia, quedando incluidas en este aspecto como etiologías más frecuentes a buscar:

- úlcera duodenal
- úlcera gástrica
- gastritis erosiva
- carcinoma ulcerado
- várices esofágicas

Se determinó la posible asociación con otras etiologías menos frecuentes como: aneurismas y fístulas aortentéricas, hemobilia, enfermedades pancreáticas, enfermedades del colágeno y trastornos de la coagulación.

Clasificación de la úlceras pépticas según Forrest: En el caso de las úlceras pépticas se agruparon según la clasificación de Forrest, atendiendo a su estado en el momento de la endoscopia en relación con el sangrado.

Los datos obtenidos se registraron en un modelo creado al efecto. A los resultados se le aplicó procesamiento estadístico simple, describiéndose las observaciones en números absolutos y porcentos, llevándose las mismas a tablas y gráficos para su mejor análisis, comprensión y discusión.

RESULTADOS

En los Hospitales Clínicos – Quirúrgicos 10 de Octubre y Miguel Enríquez fueron endoscopiados un total de 209 pacientes que acudieron a los mismos con un sangramiento digestivo alto en el periodo de abril a octubre de 2002. En ellos prevaleció el sexo femenino con 134 pacientes lo que representa el 64,11%. (Ver Tabla I)

Con respecto a la distribución por edades vamos a ver que el mayor número de pacientes se enmarcó en el grupo de edades de 60 años y más, con 101 pacientes para un 48,32%. Comportándose el resto de los grupos de edad con una proporción más o menos similar entre ellos mismos. (Ver Tabla I)

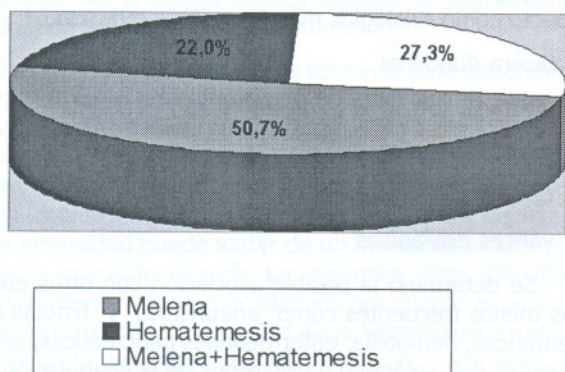
La úlcera duodenal fue la causa de sangramiento más frecuentemente diagnosticada por endoscopia, presentándose en 80 de los 209 pacientes lo que representa un 38,27%, observándose que en otros 23 pacientes (11%) ésta se combinó con úlcera gástrica. (Ver Tabla II)

En nuestros pacientes el sangramiento digestivo alto se presentó con mayor frecuencia en forma de melena, 106 pacientes acudieron con esta forma de presentación para un 50,7%, 46 tuvieron hematemesis (22,0%) y 57 la combinación de ambas (27,3 %).

La clasificación de Forrest para las úlceras atendiendo a los estigmas de sangramiento en el momento de la endoscopia, resultó especialmente útil para la valoración de la terapéutica y pronóstico de nuestros pacientes, observándose que la mayoría de los casos se encuentran en estadio II-C (30 pacientes), lo que representa el 29,9%.

Al analizar el gráfico III se puede observar que un gran número de pacientes refirieron antecedentes personales, así se pudo comprobar en nuestro estudio que un 39,13% (81 pacientes) estuvo ingiriendo anti-inflamatorios no esteroideos en días previos al episodio de sangrado y 49 pacientes (23,44%) refirieron la ingestión de bebidas

Gráfico I: Forma de presentación del sangramiento digestivo alto.



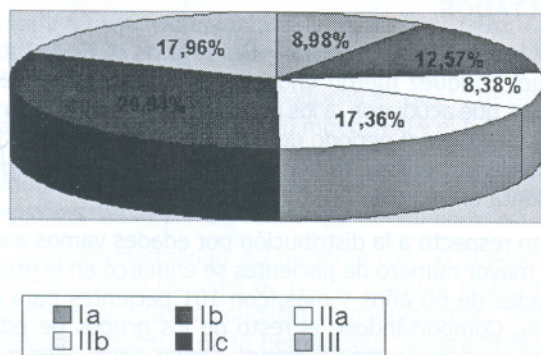
Fuente: Encuestas.

alcohólicas. Ambos factores de riesgo frecuentemente observados en todos los estudios publicados.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio del total de 209 pacientes a los que se les realizó esofagogastroduodenoscopia el mayor porcentaje (64,11%) correspondió al sexo femenino lo que se

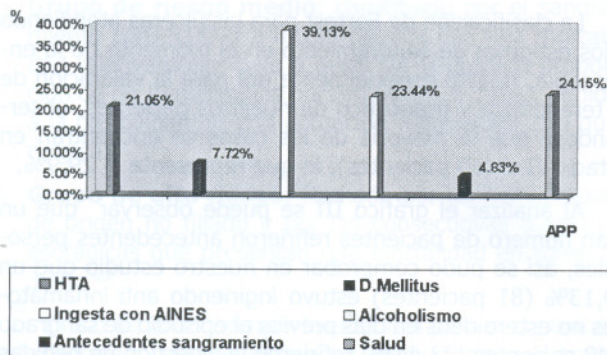
Gráfico II: Clasificación de las úlceras según Forrest.



Fuente: Encuestas.

contraponen a lo reportado en la bibliografía consultada, donde se recoge que la incidencia de la Hemorragia digestiva alta es más frecuente en el varón con respecto a la mujer, con una proporción aproximada de 2/1. Este predominio se debe fundamentalmente a la mayor frecuencia en el hombre de sangramiento por úlcera péptica (sobre todo duodenal), várices esofágicas, síndrome de Mallory - Weiss y esofagitis.^{4,8,10} Esta diferencia constatada en nuestra mues-

Gráfico III: Antecedentes personales de los pacientes con SDA



Fuente: Encuestas

tra está probablemente relacionada con el hecho de que son las mujeres quienes constituyen en nuestro país el mayor grupo de pacientes consumidoras de AINES lo cual se sabe guarda una estrecha relación con la aparición de SDA, así como con su evolución desfavorable.

Al analizar la distribución por edades se comprobó que el mayor número de pacientes se enmarcaba en el grupo de 60 años y más lo que concuerda totalmente con la literatura revisada. Esto se comporta de igual manera en otros estudios realizados y en el mundo occidental de hoy, donde se ha demostrado un aumento en la frecuencia de aparición de SDA a medida que aumenta la edad, incremento superior al experimentado por la población en general.¹¹ En una revisión realizada por Allan y Dykes de 24 series europeas publicadas entre 1921 y 1973 el porcentaje de enfermos mayores de 60 años de edad con SDA varió desde 6-17% en el período de 1921 - 1936 al 40 - 48% en la etapa comprendida entre 1953 - 1973.³ Este incremento del número de sangrantes proporcional al aumento de la edad se ha venido acentuando considerablemente en años más recientes; de lo cual nuestro estudio es una muestra evidente pues el 48,32% (101 pacientes) tenían 60 años o más de edad.

Este incremento proporcional de la incidencia de SDA con respecto a la edad es considerado en todas las series revisadas como un factor de riesgo^{2,3,4,6,11,12,13} y está incluido en la mayoría de los sistemas de valoración pronóstica. La mortalidad en los enfermos con SDA mayores de 65 años se duplica con respecto a la que ocurre por debajo de esta edad y, en determinados grupos etiológicos como la úlcera péptica, la esofagitis o la hemorragia de origen desconocido, la mortalidad se acumula de forma casi exclusiva en los ancianos.^{10,14}

A pesar de que el SDA puede tener muchas causas, la gran mayoría de episodios de sangrado, se deben a un reducido tipo de lesiones. En la muestra por nosotros analizada la úlcera péptica fue la causa de sangramiento más frecuentemente diagnosticada por endoscopia y en particular la úlcera duodenal, presentándose en 80 pacientes (38,27%) y observándose que en otros 23 pacientes (11%) ésta se combinó con la úlcera gástrica. Este hallazgo sincroniza totalmente con la literatura en la cual se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de sangramiento digestivo alto, causando un 50% de los casos, y de estos los dos tercios corresponden a úlceras duodenales y el tercio restante a úlcera gástrica, pues la frecuencia global de sangrado por úlceras postbulbares o recurrentes en gastrectomizados es mínima, planteándose incluso que por encima de los 50 años de edad, la incidencia de hemorragia en la úlcera duodenal es 5 veces superior que en edades más tempranas.^{8,12,15,16}

Debemos destacar que este hecho no excluye otras causas de SDA, que aunque en menor proporción, son también parte importante de la etiología de esta entidad, por el número de pacientes que afectan, dentro de estas encontramos las várices esofágicas, lesiones agudas de la mucosa gástrica, esofagitis, síndrome de Mallory Weiss y el carcinoma ulcerado. Estas patologías fueron diagnosticadas endoscópicamente también en un número menor de pacientes en nuestra muestra.

La hemorragia del tubo digestivo alto suele producir signos y síntomas clínicos dramáticos que obligan al paciente a solicitar atención médica. En nuestros pacientes

el SDA se presentó con mayor frecuencia en forma de melena, acudiendo por este motivo al facultativo 106 pacientes para un 50,7% del total. Este aspecto concuerda con lo planteado en las series revisadas donde la melena aparece también en muchos estudios como la forma de presentación más frecuente, la cual suele advertir a los pacientes con SDA y se caracteriza por heces de color negro oscuro, líquidas, alquitranadas y de olor metálico. Esta forma de presentación, según los reportes bibliográficos revisados, constituye el motivo de consulta más frecuente del paciente con SDA. Ahora bien, debemos hacer la salvedad que la forma de presentación de la hemorragia va a depender básicamente de dos factores: el débito de la hemorragia y la localización en el tracto gastrointestinal de la lesión sangrante, variando entonces la incidencia de cada forma de presentación de acuerdo a estos factores y los distintos grupos etiológicos.^{4,7,10,13,14,16,17} Es por esto que no debemos descartar también otras formas de presentación como la hematemesis, de hecho en nuestro estudio 46 pacientes presentaron hematemesis y 57 pacientes presentaron la combinación de ambas formas de presentación.

Un amplio estudio efectuado por la Sociedad Americana de Endoscopia digestiva considera que la causa más frecuente de SDA es la úlcera péptica.¹⁸ Varios estudios han demostrado que la historia natural de la úlcera péptica con hemorragia digestiva viene definida fundamentalmente por los hallazgos endoscópicos, por esto, la exploración endoscópica se erige como el procedimiento de elección para valorar los signos directos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre la continuidad o recidiva de la misma.^{16,17,18,19}

Atendiendo a este motivo es que decidimos tener en cuenta en nuestro estudio la clasificación de Forrest para las úlceras, en correspondencia a los estigmas de sangramiento en el momento de la endoscopia, lo cual resultó especialmente útil para el manejo y evolución de nuestros pacientes, de forma tal que podemos comprobar que la mayoría de los casos se encontraban en el estadio II-C (vaso visible), con 30 pacientes, para un 29,9%. Esto no nos separa de otros estudios realizados al respecto, donde la mayor parte de los pacientes con úlcera, al enmarcarse en esta clasificación de Forrest, se encuentran en los estadios del grupo II, variando en proporción del IIa al IIIc. Esto es un índice de alerta pues según lo descrito en la literatura en el estadio II la incidencia de resangrado es superior al 50% por lo que hay que ser estricto desde el punto de vista terapéutico, pues el riesgo de resangrado es un parámetro importante que va a delimitar la situación real de la hemorragia digestiva.²⁰ Cabe señalar que en estudios similares a escala internacional se reporta que la frecuencia con que se reporta vaso visible durante la endoscopia se sitúa en torno al 50%, como habíamos mencionado, dependiendo esta incidencia de la precocidad de la misma.²⁰ El riesgo de recidiva hemorrágica oscila en estos pacientes entre el 30 - 50% y con una mortalidad del 3 - 14%.^{21,22,23} Nuestro estudio no es una excepción de este hecho anteriormente planteado, lo cual constituye un motivo de alerta para el personal médico que se encuentra en su práctica diaria frente a pacientes con estas características.

Del total de pacientes estudiados un gran número de pacientes refirió antecedentes personales, predominando el uso de AINES en 39,13% de los pacientes (81 pacien-

tes) y la ingestión de bebidas alcohólicas en 49 pacientes (¿3,44%). Ambos factores de riesgo son muy frecuentemente observados en numerosos estudios publicados.

En cuanto al consumo de AINES podemos hacer referencia al incremento del uso de los mismos en nuestra población, lo cual repercute desfavorablemente en los pacientes con úlcera péptica e incluso aquellos que no la presentan pues el uso diario de AINES aumenta considerablemente el riesgo de enfermedad ulcerosa, lo que se atribuye a la supresión de la síntesis de prostaglandinas, así como a su interferencia con la producción de mucus y la alteración a nivel de la barrera citoprotectora, entre otros factores. Además de lo anteriormente dicho podemos decir que en la bibliografía consultada se plantea que cerca del 40% de los pacientes con SDA y perforación como complicación por una úlcera informan haber usado AINES. En estudios controlados se pone de manifiesto que la ingestión de 1g/diario de aspirina produce un aumento de 9 a 10 veces la hospitalización por úlcera péptica. Este riesgo se inicia durante los primeros días después de indicado el uso de AINES, y aunque es mayor durante los tres primeros meses, persiste a lo largo de varios años.^{24,25} Como se puede ver nuestro estudio muestra cifras similares ya que 39,13% de los pacientes con sangramiento consumían algún AINEs, lo cual no se aparta mucho de estadísticas a nivel internacional.

Al hacer referencia al alcoholismo debemos plantear que numerosos autores refieren su notable importancia como factor de riesgo en la hemorragia digestiva alta sobre todo los pacientes portadores de úlcera péptica, por la gran destrucción de la barrera citoprotectora y la consecuente erosión de la mucosa sobre todo a nivel gástrico, trayendo esto consigo un incremento en la frecuencia de sangrado.²⁶ En nuestro estudio este factor se comportó de la misma manera pues 49 pacientes con SDA en nuestra muestra eran alcohólicos lo que tal vez pueda haber influido en la aparición del sangramiento.

Hasta aquí, lo antes expuesto constituye una importante evidencia de la relevancia que tiene el SDA dentro de las patologías más frecuentes en nuestro medio, por lo que se hace muy necesario la profundización en los conocimientos relacionados con el diagnóstico, manejo y tratamiento de los pacientes portadores de esta entidad.

CONCLUSIONES

- 1- El sangramiento digestivo alto predominó en el sexo femenino y en el grupo de pacientes con 60 años y más.
- 2- La úlcera duodenal fue la causa de sangramiento digestivo alto más frecuente.
- 3- La forma de presentación más relevante fue la melena.
- 4- El estadio de Forrest que con mayor frecuencia se observó fue el estadio II-C.
- 5- La ingestión de AINES y bebidas alcohólicas fueron los antecedentes que con mayor frecuencia refirieron nuestros pacientes.

RECOMENDACIONES

- 1- Continuar profundizando en el conocimiento de este tema con el objetivo de brindar una mejor atención al paciente con SDA, para con ello lograr una disminución de la morbimortalidad por esta patología.

- 2- Realizar endoscopia precoz a todos los pacientes que acudan al cuerpo de guardia con SDA con fines diagnósticos y terapéuticos, evaluando de este modo la magnitud del sangramiento, posibilidad de recidivas y aplicación de un adecuado tratamiento endoscópico si este se requiere.
- 3- Preconizar un uso más racional de los AINEs, sobre todo en pacientes ancianos para evitar la influencia negativa que tienen estos fármacos en la aparición de hemorragias digestivas altas, así como la repercusión desfavorable que traen en el pronóstico de pacientes ya sangrantes.

Tabla I: Distribución por edad y sexo de los pacientes con SDA.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No. Pacientes	%
	No. Pacientes	%	No. Pacientes	%	No. Pacientes	%
15 - 29	19	65,51	10	34,48	29	13,87
30 - 44	30	71,40	12	28,57	42	20,09
45 - 59	19	51,35	18	48,64	37	17,70
60 y más	66	65,34	35	16,74	101	48,32
Total	134	64,11	75	35,88	209	100

Tabla II: Diagnóstico endoscópico de los pacientes con SDA.

Patología	No. de casos	%
Úlcera duodenal	80	38,27
Úlcera gástrica	42	20,09
Gastritis erosiva	33	15,78
Úlcera duodenal y gástrica	23	11,00
Úlcera duodenal + gastroduodenitis erosiva	22	10,52
Carcinoma ulcerado	6	2,87
Várices esofágicas	3	1,43
Total	209	100

BIBLIOGRAFIA

- Farreras Valentí, P: Medicina Interna. Tomo-I. 13ª Ed. Ediciones DOYMA. Barcelona, pp. 822-41, 1996.
- Miño Fugarolas, G. y Jaramillo, J.L.: Epidemiología, etiología y clínica de la HDA. En Miño, G., Jaramillo, J.L. (Eds.). Hemorragias digestivas altas. *Gastrum* 9: 15-25, Jarpayo Editores, Madrid 1997.
- Allan, R. and Dykes, P.: «A study of the Factors influencing mortality rates from Gastrointestinal hemorrhage». *QJ Med*, 1986; 45:533 - 550.
- Morgan A.G. and Clamp, S.E.: «O.M.G.E. International upper gastrointestinal bleeding survey 1978-1996». *Scand J Gastroenterol*, 1998; 36 (suppl.210): 51-58.
- Holman RA, Davis M, Gough KR and col.: Value of centralised approach in the management of haematemesis and melena: Experience in a district general hospital. *GUT* 1999, 31, 504-8.
- Debognie, J.C.: «Endoscopic et pronostic de l'hemorragie der tractus digestive superieur». *Gastroenterol Clin Biol*; 1999; 3:37-39.
- Petterson, W, S.: Gastrointestinal bleeding. In «Gastrointestinal disease». Sleisenger, M.H. and Fordtran, J.S. (eds). W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1997.
- Harrison. Principles of internal medicine. 14th edition. Vol. 2. International Edition. 1998: 1650-61.
- Griffiths, W.J., Newman, S. G., Welsh, I.D.: The visible vessel as an indicator of uncontrolled or recurrent gastrointestinal hemorrhage. *N. Eng J Med*. 1995; 300,1411-3
- Dykes, P.W. and Hawker, P.C.: «Gastrointestinal tract hemorrhage». In textbook of gastroenterology. Bouchier, J.A.D., Allan, R.N., Hodgson, H.I.F. and Keighley, M.R.B. (eds). Bailliere Tindal. London 1996.
- Allan, R.N.: Hemorragia digestiva. Historia, epidemiología y mortalidad. En Dykes P.W. y Kerghey M.R.B. (eds). «Hemorragia digestiva». Ed. DOYMA. Barcelona. 1993.
- Antler, A.S.; Pitchumoni, C.S.; Thomas, E. et al: «Gastrointestinal bleeding in the elderly morbidity, mortality and cause». *Am. J Surg Eng*; 1998; 61: 123.
- Schiller, K.F.R.; Truelove, S.C. and Williams, D. G. et al: «Haematemesis and melaena with special referente to factor influencing the outcome». *Br. Med J*. 1998; 2: 7-14.
- Bordley, D.R.; Mushlin, A.I.; Dolan, J.G. et al.: «Early clinical signs identify low risk patines with ocute upper gastrointestinal haemorrhage». *JAMA*, 1997; 253: 2882-85.
- Rockey DC, Cello JP.: «Evaluation of the gastrointestinal tract in the patients with iron-deficiency anemia. *N. Engl J. Med*.1999; 329: 1691.

16- Domschke, W.; Lederer, P. and Luz, G.: «The value emergency endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: Review and analysis of 2014 cases». Endoscopy, 1998; 15: 126-131.

17- Cecil Loeb. Tratado de Medicina Interna. 20th edición. Vol.I Mc Graw-Hill interamericana.1998; 95:734-8.

18- Silverstein FG., Gilbert DA., Tedesco FJ. and col. The national adge survey on upper gastrointestinal bleeding. Clinical diagnostic factor.Gastrointest. Endosc. 1994; 27:80-93.

19- Peterson WL., Barnett CC., Smith HJ., and col.: Routine early endoscopy in upper gastrointestinal tract bleeding. A randomised controlled trial. N. Eng. J Med. 1994; 504:925-29.

20- Swain CP., Storey D., Bown S., and col. Nature of bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcer. Gastroenterology. 1996; 90:595-608.

21- Miño Fugarolas, G. y Jaramillo Esteban, J.: Endoscopia en la hemorragia digestiva alta. En Chantar, C. y Rodes, J (eds). Curso de actualización en gastroenterología y hepatología. J.R. Prous editores. Barcelona. 1996.

22- Wara, P.: Endoscopy prediction of major rebleeding. A prospective study of stigmata of haemorrhage in bleeding ulcer. Gastroenterology, 1994; 88:1209-1214.

23- Stirey, D.W.; Brown, S.G.; Swain, C. P et al.: Endoscopic prediction of recurrent bleeding in peptic ulcer. N. Eng J. Med. 1997; 405: 915-6.

24- Graham, D.Y.: The relationship between non steroidal anti-inflammatory drugs use and peptic ulcer disease. Gastroenterol Clin North Am. 1996; 29: 171.

25- Soll, A.H.: Gastric, duodenal, stress and non steroidal anti-inflammatory ulcer. In Sleisenger, Fordtran J. (eds.): Gastrointestinal diseases. 5th Ed. Philadelphia, W B.Saunders. 1999; p.580.

26- Northfield, T.C.: Factors predisposing to recurrent haemorrhage after acute gastrointestinal bleeding. Br Med J, 1999; 1:26-38.

Encuesta:

I - Datos generales:

Nombre del paciente: _____
 Edad: ____ Sexo: ____ Raza: _____
 No. de Historia Clínica: _____ Sala: _____
 Cama: _____

II – Diagnóstico etiológico y topográfico (Comprobado por endoscopia):

III - Forma de presentación del sangramiento:

- Melena.
- Hematemesis.
- Enterorragia.

IV – En caso de úlcera péptica, clasificación de Forrest (Comprobado por endoscopia):

- Ia
- Ib
- IIa
- IIb
- IIc
- III

V – Antecedentes personales:

- HTA
- Ingestión de AINEs.
- Alcoholismo
- Diabetes Mellitus
- Sangamiento previo.