

Caracterización del sangramiento digestivo alto en el centro internacional de retinosis pigmentaria "Camilo Cienfuegos".

* MSc. Dr. Carlos Jesús Llapur Almaguer, ** MSc. Dr. Carlos Alberto Huergo López.

* Especialista de 1er Grado en Medicina Interna.

** Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria.

RESUMEN

El sangramiento digestivo alto es una urgencia médica importante. Estudios epidemiológicos muestran que constituye un problema de salud en la actualidad. Con el objetivo de caracterizarlo se realizó un estudio descriptivo transversal a 157 pacientes del Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos" en el período de tiempo comprendido entre octubre 2002 y septiembre 2009. Los mismos fueron determinados según edades, sexo, síntomas, diagnóstico endoscópico, clasificación de Forrest, localización del sangrado según órgano y parte de este. Se identificó la relación entre el sangrado y la infección por helicobacter pylori, consumo de AINEs, hábito de fumar, consumo de café y consumo de alcohol. Entre los principales resultados se encontró que fue más frecuente el sangrado en el sexo masculino con 52,2%, en las edades de 60 y más años con 36,3 %. El síntoma más frecuente fue la melena con 48,0 %, la úlcera hemorrágica el diagnóstico mayoritario con 38,9 %. La localización prevalente según órgano fue estómago con 65,6 % y la localización dentro del órgano el antro con 21,0 %. La clasificación de Forrest más frecuente fue Ib y IIc con 37,5 % y 34,2 % respectivamente. Se encontró una relación estadísticamente significativa $p=0,05$ entre el diagnóstico endoscópico y la infección por helicobacter pylori, consumo de AINES, y hábitos tóxicos como fumar, consumo de café y consumo de

alcohol.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta, úlcera sangrante, clasificación de Forrest, Helicobacter pylori.

ABSTRACT

Upper gastro intestinal bleeding is an important medical urgency. Epidemiological studies show that it constitutes a problem of health at the present time. With the objective of characterizing it, a cross descriptive study of 157 patients was carried out at the International Center of Pigmentary Retinosis "Camilo Cienfuegos" on the period among October 2002 and September 2009. Such studies were performed according to ages, sex, symptoms, endoscopic diagnosis, Forrest's classification and localization of the affected organ. It was identified the relationship between the gravity of the bleeding and the infection for helicobacter pylori, consumption of AINEs, habit of smoking and the consumption of coffee and alcohol. It was found that the bleeding was more frequent in the males (52,2%), and in those who were around the 60 year old (36,3%). The most frequent symptom was the melaena (48,0%), the most frequent diagnosis was the hemorrhagic ulcer (38,9%). According to the affected organ the most frequently affected of upper gastro intestinal bleeding was the stomach (65,6%) and inside the stomach the most affected region was the antrum (21,0%). The most frequent Forrest's classification found was Ib and IIc

(37,5% and 34,2% respectively). There was a relationship statistically significant ($p=0,05$) between the endoscopic diagnosis and the infection for helicobacter pylori, consumption of AINES, and toxic habits as smoking and consumption of coffee and alcohol.

Key Words: Upper gastro intestinal bleeding, Hemorrhagic ulcer, Forrest's classification, Helicobacter pylori.

INTRODUCCION

Así, se denomina sangramiento digestivo alto o hemorragia digestiva alta al estado por el cual el tracto digestivo sangra por encima del ángulo de Treitz o duodenoeyunal hasta la boca para algunos autores (1, 2) o hasta el esfínter esofágico superior para otros (3, 4). La primera acepción incluiría causas de origen gingival, lingual, faríngeas tanto de orofaringe como de hipofaringe, en la que casi todos coinciden en que serviría de diagnóstico diferencial de la hematemesis. En la segunda acepción se enfoca directamente el problema del sangrado digestivo alto en sus diferentes causas según el órgano que sangra y con independencia de la clasificación de las causas. Considerando sistémicas aquellas por trastornos en la coagulación, y locales focalizando la atención al sangramiento según el órgano del tubo digestivo implicado en el sangramiento digestivo alto: causas esofágicas, gástricas y duodenales. Asimismo también se subdividen en las de alta frecuencia y las de aparición infrecuente.

A su vez, para estas diferentes entidades nosológicas existen diferentes clasificaciones. Así tenemos que por ejemplo, para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) existen dos clasificaciones mundialmente aceptadas: la de Los Ángeles y la de Savary Miller, de utilidad

en todo el territorio nacional. (5) Para el sangrado por úlcera existen dos clasificaciones que tienen especial interés y popularidad.

No pocos han sido los estudios que han evaluado el efecto de tóxicos como el alcohol, tabaco y café, al punto de ser referido en libros de texto (9), y su incidencia en el SDA (5).

El tabaquismo es considerado un factor de riesgo frecuentemente asociado con el inicio y desarrollo de enfermedades (10). Es un factor de riesgo mayor de aterosclerosis (14) y es un carcinógeno tipo A responsable de procesos oncoproliferativos de labio, faringe, laringe, bronquio, pulmón, estómago, páncreas y vejiga (15, 16), disminuye el tono del esfínter esofágico inferior, fenómeno este que agrava o predispone a la ERGE. El alcoholismo constituye otro nocivo hábito en cuanto a salud general y gastroduodenal se refiere.

El SDA tiene una frecuencia de 60 por 100 000 habitantes (21). El advenimiento de los estudios endoscópicos ha resultado una herramienta que ha revolucionado los enfoques, manejos terapéuticos y agudeza y prontitud diagnóstica como nunca antes ocurrió.

Existen condiciones médicas que tienen contraindicaciones absolutas. Estas son:

1. Inestabilidad cardiopulmonar grave.
2. Postoperatorio reciente del tracto digestivo superior de menos de 7 días de evolución.
3. Insuficiencia respiratoria grave SpO_2 % menor de 90 o PO_2 menor de 55 %.
4. Perforación de víscera hueca.

También existen estados médicos de contraindicación relativa (23). Estos son:

1. Aneurisma de la aorta torácica.
2. Infarto miocárdico agudo.
3. Cirugía tóracoabdominal reciente.
4. La no cooperación del paciente.

Marco Teórico

Para su estudio se dividen las causas de SDA de acuerdo al órgano sangrante: esófago, estómago o duodeno.

En las causas esofágicas encontramos al divertículo de Zenker o faringoesofágico, cuyo mecanismo de producción es por pulsión por debilidad del ligamento de sujeción. Es infrecuente que sangre, sólo cuando está muy inflamado o cuando alberga un cuerpo extraño y de aristas afiladas como son las espinas de pescado o pedazos de hueso (24). Los otros divertículos muy rara vez sangran (26). El cáncer esofágico es una causa frecuente de SDA. Lo más frecuente es que sea carcinoma escamoso en los dos tercios superiores del esófago y adenocarcinoma en el tercio medio (16). Los angiomas esofágicos y las telangiectasias esofágicas constituyen una causa vascular de SDA.

En el siguiente grupo de causas esofágicas incluimos el síndrome de Mallory-Weiss, que es la rotura de la mucosa esofágica por vigorosas ondas antiperistálticas que no sincronizan adecuadamente (29). Generalmente es una causa autolimitada y de escasa cuantía de sangrado y en su profundidad no rebasa la submucosa. Se presenta después de eventos que provocan un aumento súbito de la presión abdominal, habitualmente por vómitos, y con menor frecuencia por náuseas, tos o convulsiones (32). El reflujo gastroesofágico puede ser un factor predisponente.

El mejor método diagnóstico es la endoscopia precoz, que permite confirmar la presunción diagnóstica y además efectuar una intervención terapéutica. El esofagograma, el estudio con glóbulos rojos marcados y la angiografía tienen una menor sensibilidad diagnóstica. En la mayoría de los pacientes, el sangramiento

se detiene espontáneamente y aparte del apoyo hemodinámico, no se requiere de ninguna terapia adicional. Si en el momento del examen, se comprueba la presencia de un sangramiento activo, puede efectuarse una escleroterapia endoscópica o una electrocoagulación. Si el sangramiento es masivo e impide una visualización adecuada de la lesión, se puede inyectar epinefrina en el área que la rodea, para permitir la electrocoagulación (33). Ocasionalmente, en casos de no poderse controlar el sangramiento, es necesario efectuar un tratamiento quirúrgico. Con mucho, la causa esofágica más frecuente y temida de SDA, la constituyen las várices esofágicas (24). Estas a su vez tienen tres causas frecuentes: con mucho la más frecuente la cirrosis hepática (39), la segunda esclerosis portal con o sin degeneración cavernomatosa de la porta por canalización venosa umbilical prolongada en el recién nacido (40) y la tercera el síndrome de Budd-Chiari o trombosis de las venas suprahepáticas, que recarga por su extremo más proximal el sistema portal hepático y todas por gradiente de presión y anastomosis naturales veno-venoso descargan presión y activa nuevas rutas de desvío de flujo (41). La gradación de la severidad varicosa del plexo venoso esofágico inferior es aceptada la clasificación de Paquet en cuatro grados.

El cáncer esofágico también provoca SDA. Sin embargo, no es una sola variante histológica. Generalmente en los dos tercios superiores del esófago el tipo histológico más frecuente es carcinoma escamoso o epidermoide y el del tercio inferior es el adenocarcinoma.

La esofagitis cáustica como la esofagitis por radiación son dos causas infrecuentes.

Es la hernia hiatal, un diagnóstico muy frecuente en los estudios endoscópicos. Otras causas

esofágicas de SDA como la rotura esofágica o síndrome de Boerhaave y cuerpos extraños esofágicos, son infrecuentes.

Una infrecuente causa de SDA es la fístula de la rotura de un aneurisma disecante de la aorta torácica e incluso del aneurisma ateromatoso de la aorta (48).

Dentro de las causas más frecuentes y de SDA más cuantioso de origen gástrico tenemos: las úlceras, y su relación con una bacteria: *Helicobacter pylori* (HP) (tiene una mayor patogenicidad en el origen de la úlcera cuando tiene en sus componentes agresores tres armas: CagA, VacA y BabA), las gastritis hemorrágicas por AINEs o por HP, y el cáncer gástrico.

Conceptualmente se define la úlcera como la pérdida de continuidad de un tejido epitelial mucoso o cutáneo (49).

Existen dos entidades con nombres propios. En los quemados se denomina a estas úlceras de stress de Curling. Si la causa es por una gran injuria neurológica lleva el nombre del neurocirujano inglés: úlceras de Cushing.

Una de las lesiones más graves y peligrosas constituye un vaso arterial expuesto: la lesión de Dieulafoy (30). Se trata de la existencia de una arteria anómala tortuosa situada en la submucosa y que bruscamente se rompe en la mucosa gástrica, dando lugar a una hemorragia digestiva (HD) a menudo grave o recurrente.

No hay una úlcera, sino únicamente un vaso arterial. La localización más frecuente es en la parte alta y es muy difícil de visualizar (55). La gastritis hemorrágica es aquella en la que la extravasación de sangre submucosa se abre paso a la cavidad gástrica. Además de la ya mencionada y desarrollada por el *Helicobacter pylori* existen otras dos grandes causas: por el uso de los antiinflamatorios no esteroideos y

también de los esteroideos.

En la fisiopatología de la gastropatía por AINEs se invocan los mecanismos que pueden favorecer el SDA. Entre ellos se cuentan:

- * Inhiben la producción de tromboxano por las plaquetas. Inhiben la agregación plaquetaria. Aumentan el tiempo de sangrado. Inhiben la síntesis de prostaglandinas:
- * Reducen la renovación celular y reparación:
- * Aumentan la permeabilidad gastrointestinal.
- * Aumentan la acumulación de leucocitos.
- * Interactúan con la sintetasa del óxido nítrico.
- * Generan especies reactivas del oxígeno.

Como causas más infrecuentes están las derivadas de los efectos iatrogénicos derivados de la terapia anticancerosa: la quimioterapia y la radioterapia.

Por otra parte y en extremo raro, los bezoares causan sangrado: por fermentación y lesiones mecánicas sobre la mucosa. Cuando son de origen piloso se denominan tricobezoares, y si son de restos vegetales fitobezoares. Los derivados de piedras (litobezoares) y otros cuerpos extraños se observan muy frecuentemente en poblaciones carcelarias, en instituciones mentales y ocasionalmente en edades pediátricas (40).

El cáncer gástrico, al igual que el esofágico, en su rápido crecimiento sangra por invasión de vasos de tejidos vecinos, ulceraciones, necrosis intratumoral. El más frecuente de estos cánceres es el adenocarcinoma gástrico. La forma de crecimiento que más frecuentemente sangra es la vegetante o mamelonante.

Por último, las causas duodenales más frecuentes son las úlceras, fundamentalmente las bulbares, dentro de ellas las de cara anterior. Los tumores duodenales pasan por tener una variedad histológica que varía desde el adenocarcinoma, GIST, tumores neuroendocrinos,

etc (63). Las fístulas aortoentéricas desembocan generalmente en la tercera y cuarta porción del duodeno.

La hemobilia con sus diferentes causas traumáticas del hígado o de las vías biliares, incluidas las relacionadas con biopsias hepáticas, y el hemosuccuspancreaticus por hemorragia de los vasos peripancreáticos por rotura de aneurismas o pseudoaneurismas provocados por la digestión de enzimas pancreáticas por pancreatitis o pseudoquiste pancreático que desemboca en la cara posterior del estómago. La hemorragia pospapiotomía es poco frecuente, a pesar del gran número de colangiografías retrógradas endoscópicas que se realizan. Un caso excepcional lo es el divertículo de Meckel, dispuesto en el íleo con mucosa gástrica heterotópica, que al sangrar y a su vez estar en contacto con el ácido clorhídrico, la sangre expulsada por el ano es melena sin embargo no es un SDA (23, 34).

Naturalmente, todos los trastornos de coagulación producen sangramiento sistémico y también se pueden manifestar a nivel del tracto digestivo alto (54, 55).

En el caso de las úlceras sangrantes se utiliza internacionalmente y en Cuba la Clasificación de Forrest (3, 7, 8). En esta, contrario a lo más frecuente de las clasificaciones en las que el grado mayor es el de más severo trastorno, el grado III es que no sangra y el uno es más peligroso. Sus categorías son:

Ia. Hemorragia en chorro.

Ib. Hemorragia en babeo.

IIa. Vaso visible.

IIb. Coágulo adherido.

IIC. Hematina

III. No sangra.

Esta escala de Forrest tiene como valor agregado, de ahí su importancia, el incluir una predic-

ción de recidiva de sangrado como sigue: Ia:55 %. Ib: 55 % IIa: 43%. IIB: 22%. IIC: 7%. III: 2%. La clasificación pronóstica del SDA más comúnmente utilizada en las salas de urgencia, unidades de sangrado y de cuidados intensivos es la Escala de Rockall (7).

Otro enfoque integral del SDA lo constituye la evaluación de factores de sangrado en la urgencia prehospitalaria.

Escenario 1: Sangrado masivo y shock (agudo).

Escenario 2: Shock hipovolémico sin evidencia de sangrado GI (superagudo).

Escenario 3: Sangrado abundante y cambios hemodinámicos no shock (agudo).

Escenario 4: Sangrado abundante días atrás y hemodinámica OK

a) Con anemia o sin anemia.

Escenario 5: Sangrado moderado o ligero sin cambios hemodinámicos

a) Sin anemia (agudo). Con anemia (subagudo o persistente)

Para el estudio del cáncer esofágico y gástrico existe, además de la clasificación TNM, de manera general las lesiones pueden ser elevadas, planas o deprimidas, sangrantes o no (5, 30).

Justificación del estudio.

Conociendo la frecuencia con la que se expresan las causas de SDA, e indagando sobre los factores que inciden en la aparición y evolución de esas entidades, permitirá abordar de modo más objetivo e integral el manejo clínico y terapéutico del paciente con SDA.

Interrogantes del estudio:

¿Qué características tienen las causas del SDA en el servicio de endoscopia del CIRP- Camilo Cienfuegos de La Habana según variables biológicas como la edad y el sexo, variables clínicas como síntomas precedentes, diagnóstico endoscópico, localización de la lesión según órgano y

parte de este y clasificación de Forrest?

¿Qué relación existe entre el diagnóstico endoscópico y la infección por helicobacter pylori, consumo de AINEs, hábito de fumar, consumo de café y de alcohol?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Caracterizar el sangramiento digestivo alto, atendiendo a las variables biológicas, clínicas y de estilos de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la presencia de sangramiento digestivo alto según edades y sexo.
2. Describir el sangramiento según síntomas precedentes, diagnóstico, localización en órgano y parte de este y clasificación de Forrest.
3. Identificar la posible relación entre el diagnóstico, prueba del helicobacter pylori, consumo de AINES, hábito de fumar, consumo de café y consumo de alcohol.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a pacientes con sangramiento digestivo alto atendidos en el Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos" considerando el período de tiempo comprendido entre octubre 2002 y septiembre 2009.

Universo y muestra

El universo estuvo dado por los pacientes tributarios del proceder endoscópico, constituyendo un total de 2 500 esofagogastroduodenoscopias.

De ellas se tomaron para nuestro estudio las que presentaron sangramiento digestivo alto, para una muestra de 157 pacientes.

Aspectos legales y éticos

A todo paciente, antes de someterse al proceder endoscópico, le es explicado en qué consiste el mismo, su propósito, riesgos y beneficios. Cuyo consentimiento expresado por escrito es plasmado en la correspondiente historia clínica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes con esofagogastroduodenoscopia realizada.
2. Pacientes con algún signo endoscópico de sangramiento digestivo alto.

Criterios de exclusión

Aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión.

Operacionalización de las variables:

VARIABLES	Tipos	Escalas	Definición operacional
Edad	Cuantitativa continua	16-29 30-45 46-59 60 y más	Según referencia del paciente
Sexo	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	Según grupo biológico de pertenencia
Síntomas	Cualitativa nominal	Dispepsia Melena Hematemesis Melena/hematemesis Dolor No síntomas	Según interrogatorio al paciente previo al proceder endoscópico
Diagnóstico	Cualitativa nominal	Úlceras hemorrágicas gastritis hemorrágica gastritis/bulbitishemorrágica esofagitis hemorrágica gastritishemorrágica/várices esofagitis/gastritis hemorrágica váricesesofágicassangrantes síndrome Mallory-Weiss Cáncer gástrico sangrante	Según hallazgo de la endoscopia
Localización en órgano	Cualitativa nominal	estómago duodeno esófago	Según ubicación del sangramiento.

		bulbo posbulbar bulbar/postbulbar Antro/bulbo Antro/angularis/bulbar antroposbulbar Antro/bulbo/rodete Píloro/bulbo Cuerpo/pos bulbar	
Test de helicobacter	Cualitativa nominal	Positivo negativo	De acuerdo al resultado del test de ureasa
Consumo de AINES	Cualitativa nominal	Sí No	Según referencia del paciente
Hábito de fumar	Cualitativa nominal	Fuma No fuma	Según referencia del paciente
Consumo de café	Cualitativa nominal	Café No café	Según referencia del paciente
Consumo de alcohol	Cualitativa nominal	Sí No	Según referencia del paciente con siderando Sí al consumidor habitual una vez por semana o más.

Técnicas y procedimientos

Los procedimientos endoscópicos fueron realizados luego de examinar las órdenes de indicación de los mismos, donde se describen los datos clínicos, sintomatología, hallazgos al examen físico, antecedentes patológicos familiares y personales y hábitostóxicos. Fueron ejecutados por el mismo equipo de salud. Se utilizó un fibroscopio marca Fujinon de la serie económica FG 1Z japonés video asistido con una cámara Olympus OTV-S4 japonesa acoplada a una computadora con tarjeta de captura de video en la cual se fueron almacenando los videos, las fotos y los informes sobre soporte electrónico.

El proceder se realiza bajo sedación profunda con midazolánpropofol. Se utiliza el flumazenilo como antídoto de la benzodiacepina para una más rápida recuperación del paciente.

El registro de la información se realizó a través de la revisión de las órdenes de endoscopia (anexo

1) y de sus respectivos informes endoscópicos sobre soporte electrónico ya referidos. Se confeccionó una base de datos con los registros individuales en Excel. Para el procesamiento se empleó el SPSS versión 18.0 utilizando los números absolutos y porcentajes para resumir la información. Se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado de independencia con un nivel de significación de 0,05. La información de salida se presentó en tablas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

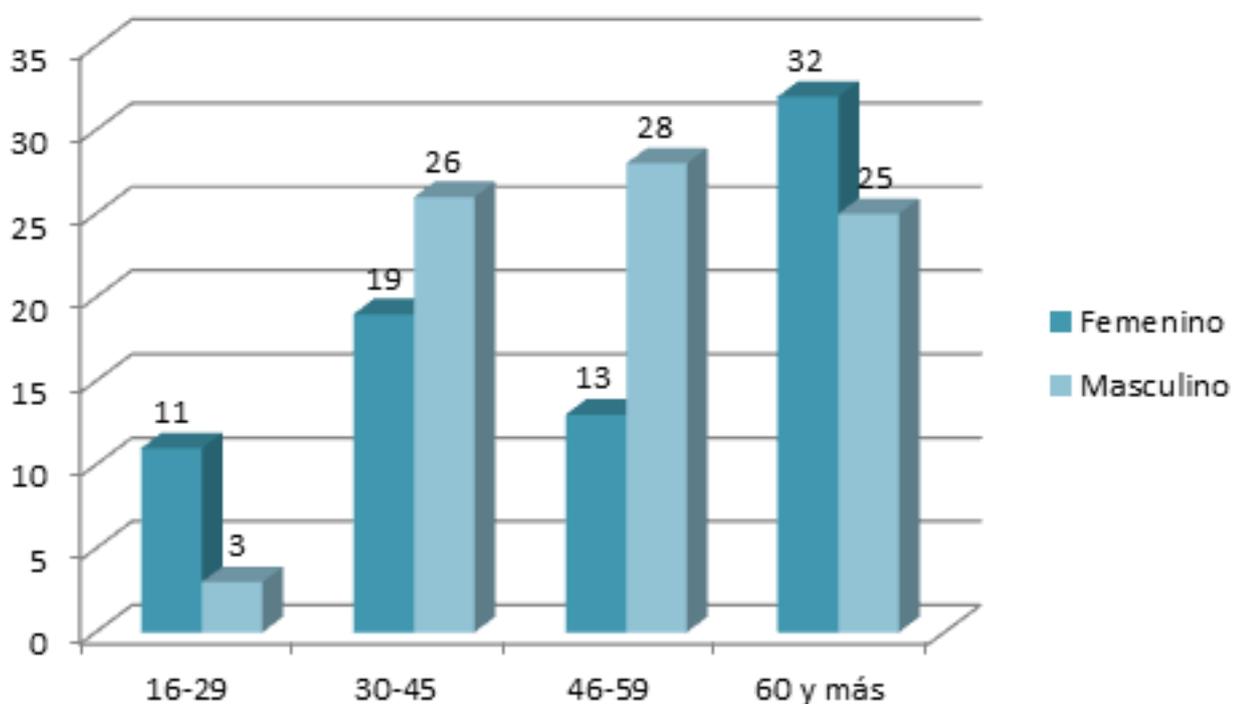


Gráfico 1 Distribución de pacientes según edades y sexo.

Se observa una distribución pareja entre sexos, resaltando que las mujeres con edades comprendidas entre 16 y 29 años, tuvieron SDA casi cuatro veces más frecuentemente que sus contemporáneos masculinos. El incremento después de los 60 años se expone en la siguiente tabla.

Estudio	Muestra	Número	Por ciento	Año de realización
Nuestro	157	57	36,3	2013
Rego	161	118	73,3	2006
Pozo	74	62	83,78	2010
Hierro	209	101	48,32	2003
Almeida	551	317	57,53	2011
Rodiles	144	82	56,9	2004
Salvatierra	117	96	82,05	2006
Crespo	365	110	33,64	2002
Total	1778	943	53,03	2002- 2013

Tabla A.

Se hace notorio resaltar que en casi todos los estudios reseñados la frecuencia de SDA después de los 60 años de edad se eleva como se puede observar en estos siete estudios.

Esto podría estar en relación con el aumento del consumo, a edades avanzadas, de antiinflamatorios no esteroideos.

Síntomas

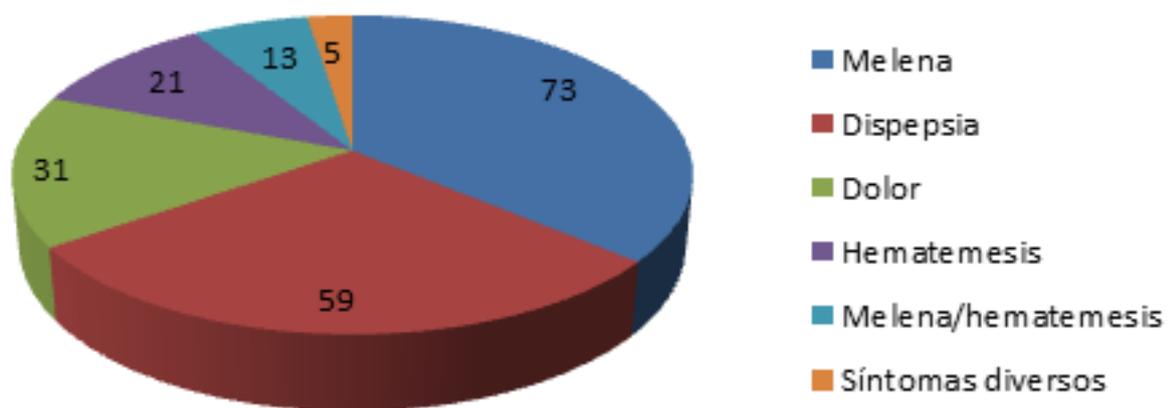


Gráfico 2. Distribución de pacientes según síntomas.

La melena fue la manifestación específica más frecuentemente encontrada, siendo la hematemesis tres veces menos frecuente y ambas manifestaciones fueron catorce veces menos frecuente que la melena y dos y media veces que la hematemesis. En ningún paciente estudiado hubo síndrome bicolor de Sueiras. Llama la atención que en 107 pacientes con síntomas directos de sangrado gastrointestinal ninguno tuviese compromiso hemodinámico referido o en el acto de realización endoscópica.

Estudio	Muestra	Melena	Porcentaje	Año de realización
Nuestro	157	73	48	2013
Pozo	74	46	62,16	2010
Palma (29)	20	7	35	2003
Espinoza (7)	163	65	39,88	2009
Rego	171	84	52,2	2006
Total	585	275	47	2003- 2013

Tabla B

La sensibilidad del síntoma directo es tan baja que constituye uno de los riesgos más notables pues "no avisa" con suficiente prontitud.

Diagnósticos

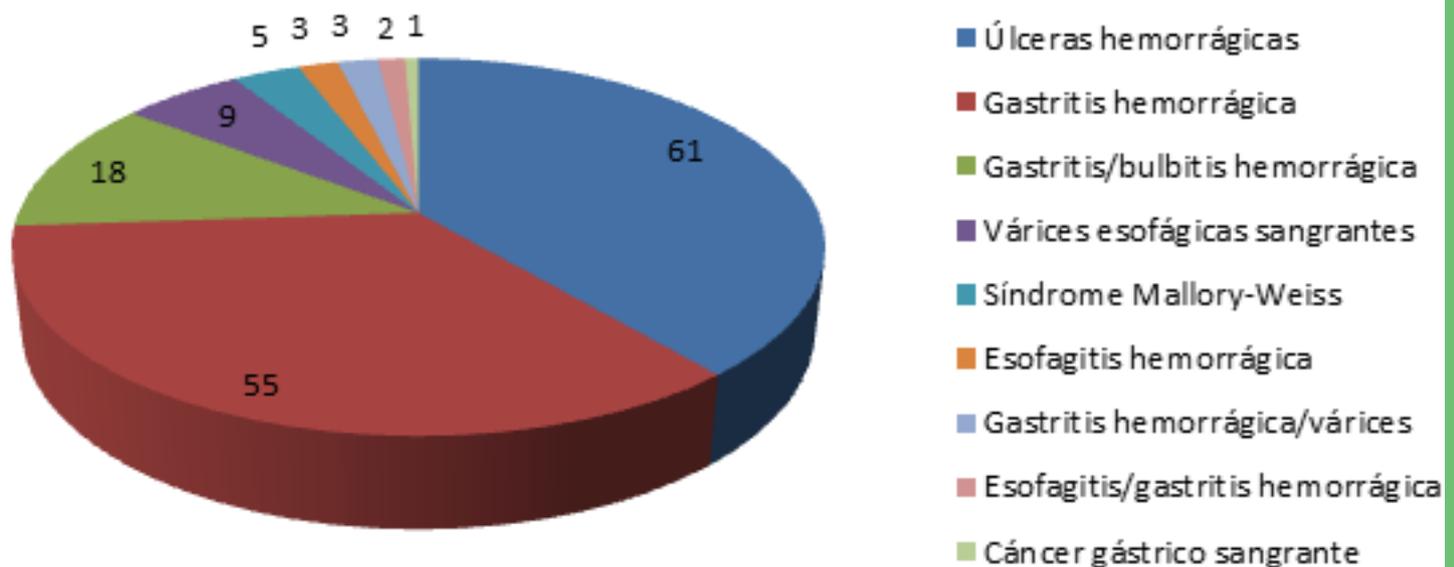


Gráfico 3 Diagnóstico endoscópico de los pacientes con SDA.

En esta tabla se observa que la úlcera hemorrágica fue el diagnóstico más frecuente con 38,9% seguido de gastritis hemorrágica 35,0%. En esta tabla no subdividimos las úlceras sangrantes en gástricas o duodenales.

Estudio	Muestra	Úlcera sangrante	Por ciento	Año de realización
Nuestro	157	61	38,9	2013
Palomino	662	404	61,02	1997
Crespo	365	180	49,31	2002
Espinoza (7)	163	90	52,21	2009
Pozo	74	24	32,43	2010
Marión	100	46	46	2012
Hierro	209	167	79,9	2003
Total	1730	972	56,18	1997- 2013

Tabla C.

La úlcera gastroduodenal sangrante fue la primera causa demostrable mediante endoscopia en todas las series de estudio que se muestran en la tabla C, llegando a constituir algo más de la mitad de los casos estudiados. La segunda causa más frecuente encontrada en nuestro estudio fue la gastritis hemorrágica, peligrosa entidad en la que afortunadamente no acontecieron cambios hemodinámicos dependientes del volumen de sangrado en los pacientes estudiados.

Menos frecuentemente pero no menos importante fue la asociación de gastritis y bulbitis hemorrágica.

Llama poderosamente la atención la muy baja frecuencia de várices esofágicas rotas o sangrantes que acudieron a nuestro servicio, hecho que seguramente esta dado por diversas circunstancias que ponemos a su consideración. La existencia de un servicio de endoscopia dentro de un hospital oftalmológico con un perfil verticalizado en el estudio y tratamiento de los enfermos con retinosis pigmentaria y más recientemente diversificados sus servicios oftalmológicos lo que incrementó notablemente los grupos etarios de más de 50 años, las comorbilidades asociadas. En segundo lugar la ausencia de cuerpo de guardia, de salas de internamiento de medicina interna, geriatría, quemados, cirugía general, terapias intensiva o intermedia, politrauma, lo que sesga el acceso de una amplia gama de pacientes al servicio de endoscopia.

Localización del órgano

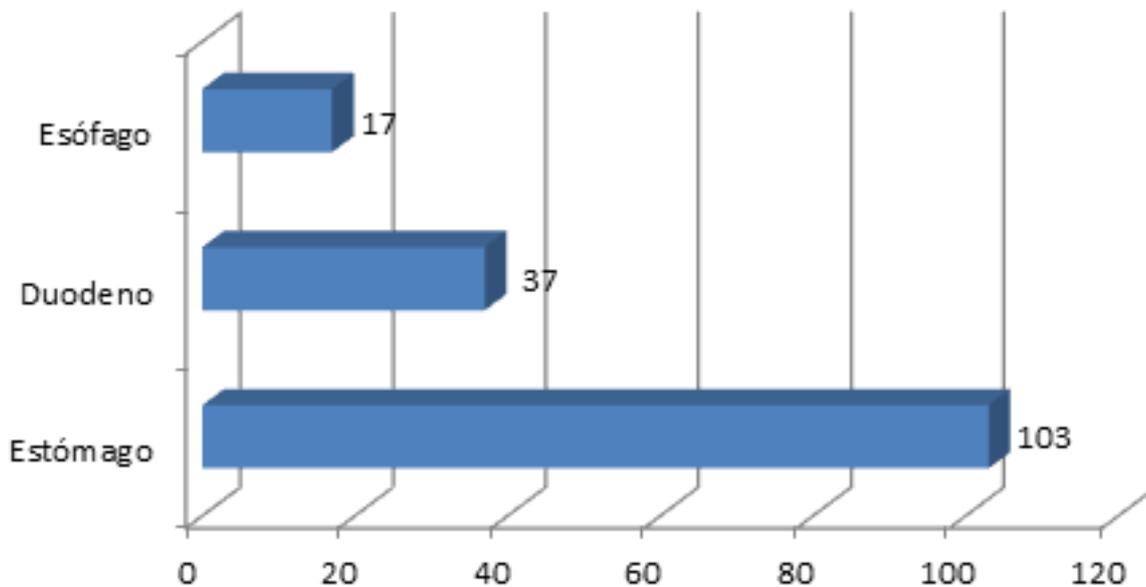


Gráfico 4 Distribución del sangrado digestivo alto según órgano afectado.

En esta tabla se muestra que el 65,6% de los sangrados se localizaban en el estómago, seguidos del duodeno con 23,6 %.

Estómago

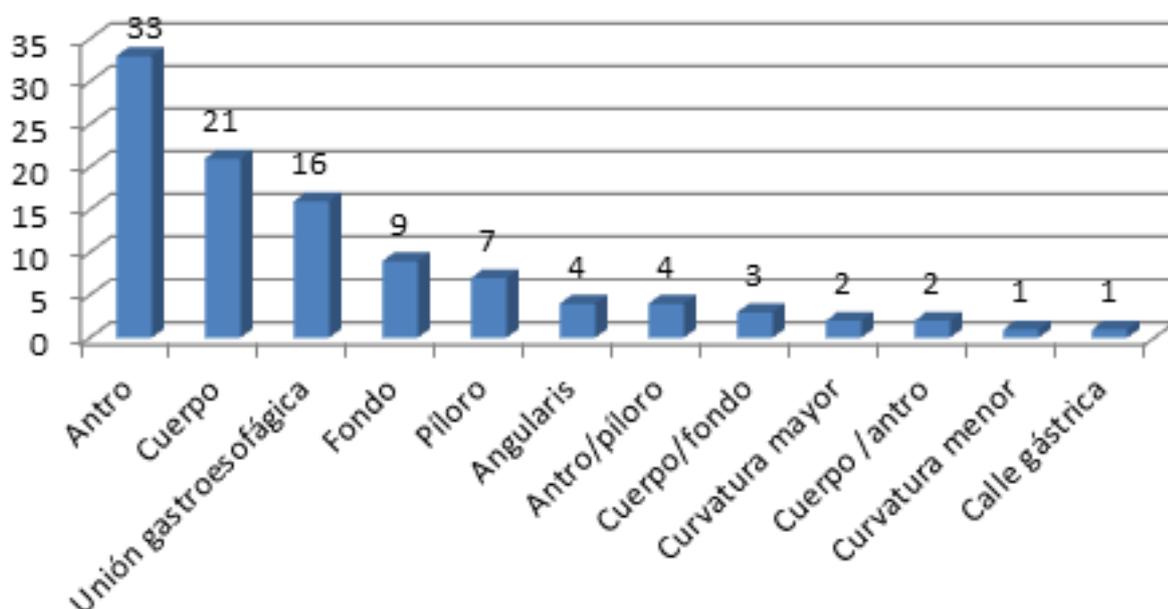
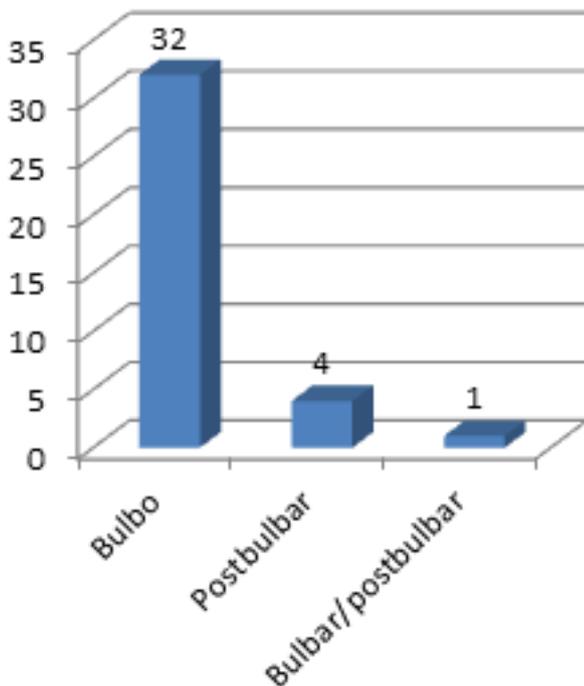
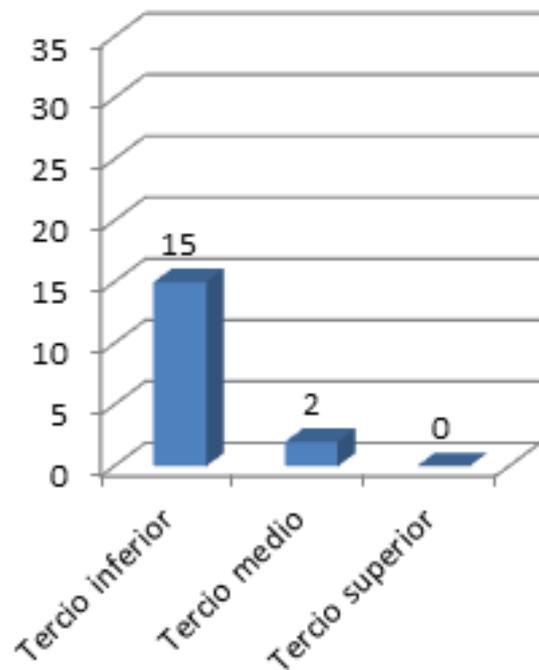


Gráfico 5 Distribución del sangrado digestivo alto según parte del órgano afectado.

Duodeno



Esófago



En este gráfico se observa que de la localización del sangrado en estómago el antro fue la más frecuente con 32,0%, seguido de sangramiento del cuerpo gástrico y de la unión gastroesofágica. En el duodeno fue el bulbo con 86,5% la zona más afectada. Todos los casos de várices esofágicas sangrantes fueron remitidos a tres centros especializados: CIMEQ, Hospital Hermanos Ameijeiras e Instituto de Gastroenterología, y no se pudo hacer seguimiento clínico. En todos los casos se pudo conocer que existían antecedentes patológicos personales de cirrosis hepática, de origen etílico y por virus C en 4 cada uno. En el otro paciente como evolución de una esteatohepatitis no alcohólica (NASH)

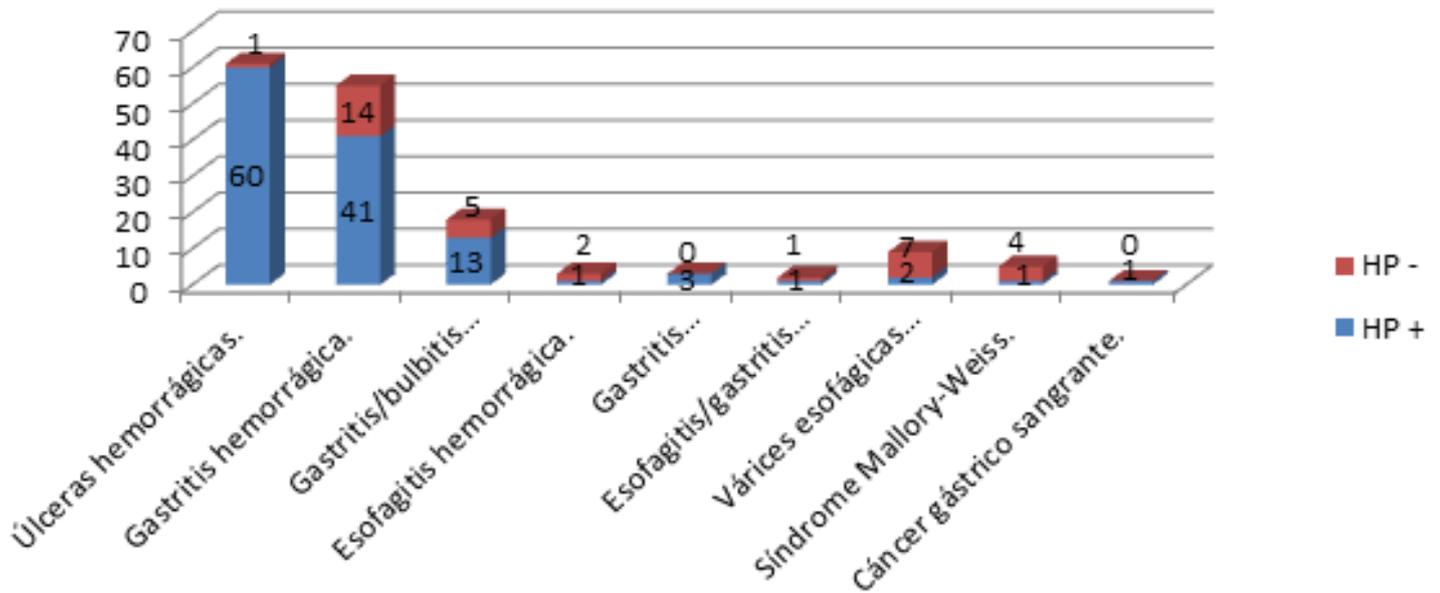


Gráfico 7 Distribución de pacientes según diagnóstico endoscópico y prueba del helicobacter pylori.
 $\chi^2 = 128,3$ $p = ,000$

En esta serie de SDA el 78,4% de los pacientes tenía infección por HP, independientemente de la causa del sangrado, lo que nos pareció realmente elevado. En esta tabla se observa que en el 98,4% de los pacientes con úlceras hemorrágicas dio positiva la prueba del helicobacter pylori.

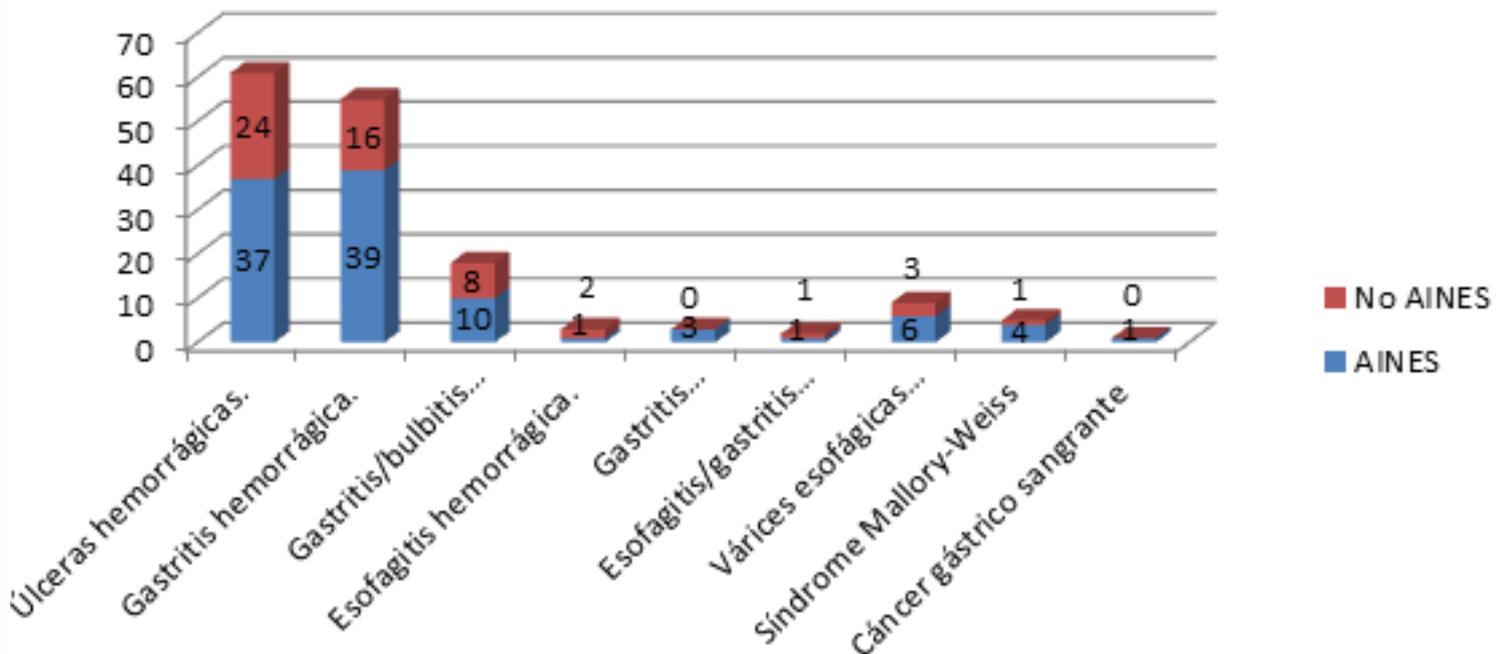


Gráfico 8. Distribución de pacientes según diagnóstico endoscópico y consumo de AINES.
 $\chi^2 = 135,6$ $p = 0,002$

El 65 % de los pacientes con SDA estudiados consumieron AINEs en días previos al estudio, independientemente de la causa del sangrado. El 66,6 % de los pacientes con vórices esofágicas rotas sangraran, los pacientes con vórices que desarrollaron gastritis hemorrágica todos eran consumidores de AINEs, cuando todas las guías modernas de prescripción reseñan la elevada frecuencia de SDA de los AINEs modernos (30). En esta tabla se observa que en el 60,7% de los pacientes con úlceras hemorrágicas consumían AINEs. Con un 98 % de infección por HP, de ellos con un 70 % al menos con CagA + y consumiendo AINEs desencadena sangrado al rebasar las posibilidades defensivas de la mucosa.

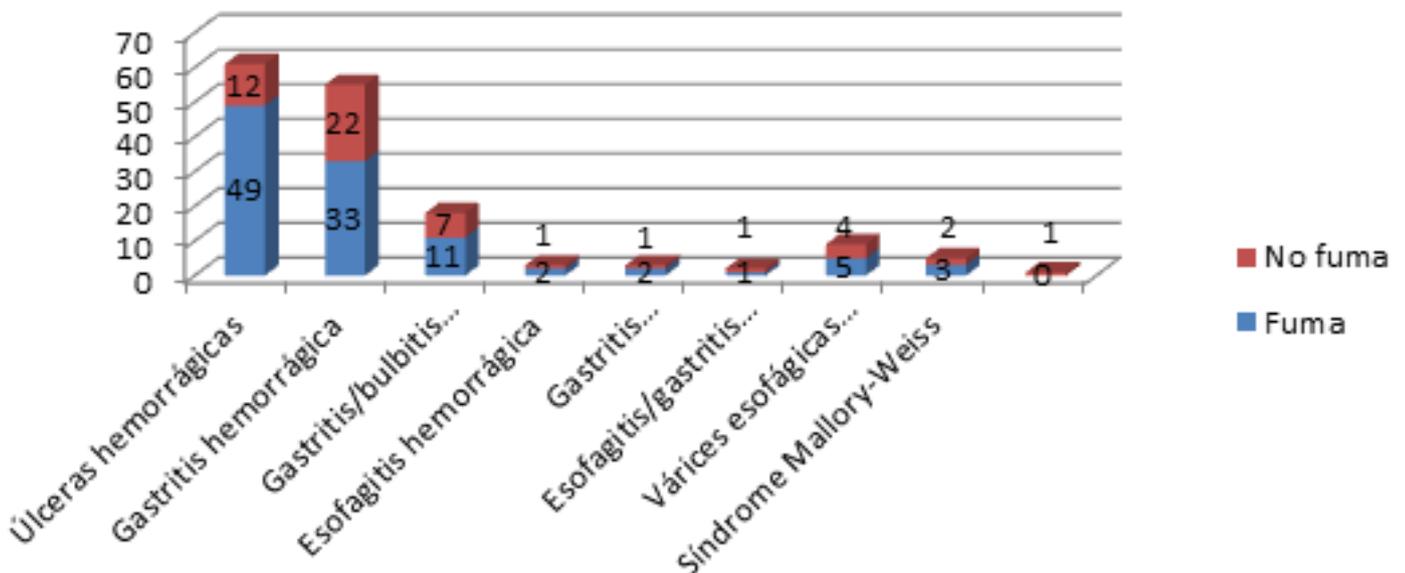


Gráfico 9 Distribución de pacientes según diagnóstico endoscópico y hábito de fumar.

$\chi^2 = 125,3$ $p = 0,001$

En nuestra serie de pacientes con SDA observamos que tenían hábito de fumar el 67,5 % independientemente de la causa de sangrado.

En esta tabla se observa que el 80,3% de los pacientes con úlceras hemorrágicas fumaban, el 60,6% de las gastritis hemorrágicas, 61,1% de las gastritis con bulbitis hemorrágicas, el 66,7% de las esofagitis hemorrágicas, el 66,7% de las gastritis hemorrágicas con vórices esofágicas, el 50% de las esofagitis con gastritis hemorrágicas, el 55,6% de las vórices esofágicas, el 60,0% del síndrome Mallory-Weiss. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas con lo que se demuestra la relación entre los diagnósticos y el hábito de fumar.

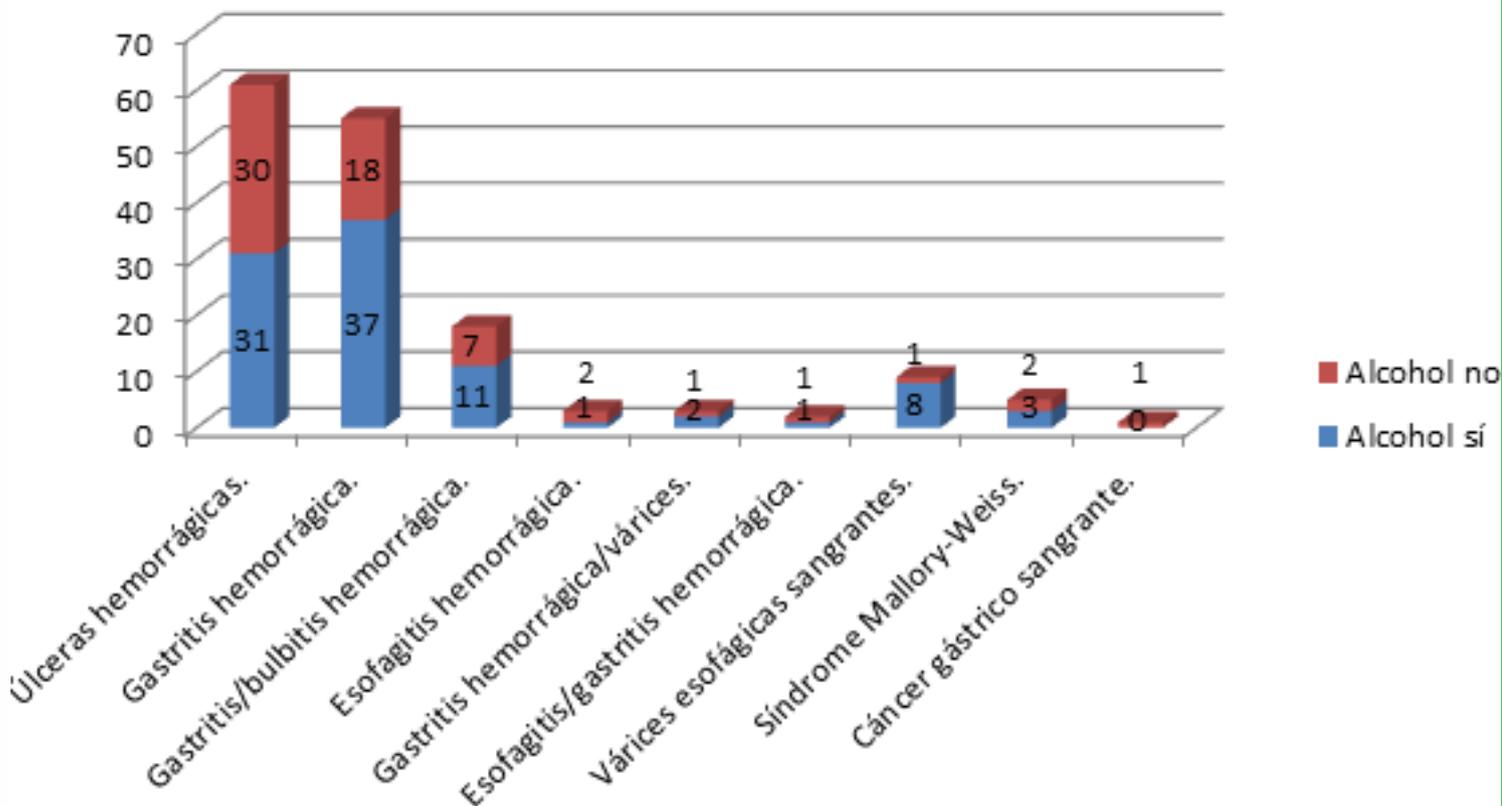


Gráfico 11. Distribución de pacientes según diagnóstico endoscópico y consumo de alcohol.

$\chi^2=121,9$ $p=0,001$

En nuestra serie de pacientes con SDA se observa que el consumo de alcohol se presentó en el 59,8 % independientemente de la causa del sangrado. Rego encuentra en su serie el 27,9 %, Hie-ro un 23,4 %, Rodiles un 37,6%, Rodríguez un 31,5 %. Por algún motivo desconocido la morbi-lidad oculta por alcoholismo es elevada. En esta tabla se observa que el 50,8 % de los pacientes con úlceras hemorrágicas consumían habitualmente alcohol, el 67,3 % de las gastritis hemorrá-gicas, el 61,1% de las gastritis con bulbitis hemorrágicas, el 33,3% de las esofagitis hemorrágicas, el 66,7% de las gastritis hemorrágicas con várices, el 50,0% de las esofagitis con gastritis hemo-rágicas, el 88,9% de las várices esofágicas, y el 60,0% del Síndrome de Mallory-Weiss.

CONCLUSIONES

Dentro de las características asociadas con el sangramiento digestivo alto (SDA) estudiado en el servicio de endoscopia del CIRP- Camilo Cienfuegos de La Habana según variables biológicas, se pudo conocer que el fue más frecuente en el sexo masculino y en las edades de 60 y más años. Los síntomas más frecuentes fueron melena y dispepsia, como diagnósticos predominaron úlcera hemorrágica y gastritis hemorrágica, el órgano más afectado fue el estómago seguido del duode-no, las partes más afectadas fueron el antro del estómago y el bulbo del duodeno, clasificación de Forrest sobresaliente la Ib y IIc.

Existe una relación entre el diagnóstico endoscópico y la infección por *helicobacter pylori*, consumo de AINEs, hábito de fumar, consumo de café y consumo de alcohol.

RECOMENDACIONES

Profundizar en el estudio del tema con el diseño adecuado de una investigación que permita determinar la intensidad de la asociación entre el sangramiento digestivo alto y los factores asociados como hábito de fumar, consumo de café y consumo de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Ackerman A.B. Dermatología. Editorial Marbán, 2010 r: 9.
- 2-Álvarez G. Temas de Guardia Médica. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2010: 261-5.
- 3-Muñoz B, Sampol G, García J. D. Cliniguía 2011: actualización de diagnóstico y terapéutica. Madrid: Eviscience Publicaciones; 2011: 221-7.
- 4-Cossio P, Fustinoni O, Rospide P. Semiología Médica Fisiopatológica. 7ed. Buenos Aires: CTM Servicios bibliográficos; 2008: 545.
- 5-Hernández Garcés H.R. Manual de Endoscopia digestiva superior diagnóstica. Editorial de Ciencias Médicas. 2008: 103- 12.
- 6-Pastor AJ. Manual de consulta rápida de urgencias. 3ed. Barcelona: NAAXPOT.S.L.U; 2010: 117-9.
- 7-Espinoza Ríos J., Huerta Mercado T., Lindo Rioce M., García Encinas C. et al. Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima- Perú. Rev. Gastroenterol. Perú; 2009; 29- 2: 111- 7.
- 8-García Morlesquín C., Jiménez Jaen M. La hemorragia digestiva alta. Protocolo de atención urgente. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz: hemorragia_digestiva_alta.pdf; 2011: 23.
- 9-Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Médica. 11 ed. Filadelfia: Elsevier Saunders; 2006: 781- 90.
- 10-Crapo JD, Karlinsky J, Glassroth J, King TE Jr. Baum's Neumología. 7 ed. Madrid: Marbán; 2004: 1214-5.
- 11-Mertín A, Rodríguez T, Rubio C, Revert C, Mardisson A. Efectos tóxicos del tabaco. Rev Toxicol 2004; 21:64-71.
- 12-Cosen JN, de Cosen RH, Harper I. Tabaquismo; problemas éticos 2002. Consenso sobre contaminación del aire y tabaquismo. [Artículo en línea]. Revista de la asociación Médica Argentina 2002;(3). <http://www.amamed.org.ar/publicaciones-revistas1.asp?idrevista=92>.
- 13-OPS. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington; 2000.
- 14-Netter FH. Medicina Interna. Barcelona: Masson; 2005: 688.
- 15- Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL. Harrison's Manual of Medicine, 17 ed. New York: McGraw Hill; 2008: 259-63.
- 16-Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE. Oncología Clínica. España: Elsevier; 2005: 1787-863.
- 17-Dvorkin MA, Cardinali DP, Lermoli RH. Best & Taylor. Bases fisiológicas de la práctica médica. 14 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2010: 593-607.
- 18-Study says alcohol abuse could lead to poor oral health. Dent Today; 22(6): 32, 2003 Jun.
- 19-Bischof G, Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U. Medical care requested by smokers and at-risk alcohol consumers: results of a representative population survey. Gesundheitswesen; 66(2): 114-20, 2004 Feb.

- 20-Aguilar N. Manual de Terapéutica Médica. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.p. 182- 7, 190-93.
- 21-Prieto JM, Yuste JR. La Clínica y el Laboratorio. 21 ed. México: Elsevier Masson; 2010: 291-304.
- 22-Ruiz J, Torres R, Martínez MA. Cirugía Endoscópica. Fundamentos y aplicaciones. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000: 155- 7.
- 23-Martínez Porras JL, Callejas Panero JL. Hemorragia digestiva alta. Etiología y procedimientos diagnósticos. Emergencias 2005; 17: 550- 4.
- 24-Pardo G, García A. Temas de Cirugía. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011: 669- 91.
- 25-Feigenbaum H, Armstrong WF, Feigenbaum RT. Ecocardiografía. Editorial Médica Panamericana; 200: 740-3.
- 26-Mitchell R.N, Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Compendio de Robbins y Cotran Patología Estructural y Funcional. 7ed. Filadelfia: Elsevier Saunders; 2007: 464.
- 27-Haines DE. Anatomy. An Atlas of Structures, Sections and Systems. 6ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004: 122-124.
- 28-Ryan S, McNichols M, Eustace S. Anatomía para el diagnóstico diferencial. Madrid: Marbán; 2008: 154-61.
- 29-Palma R., Rivas A. Síndrome de Mallory-Weiss. Rev. Med. Hondur Vol 50- 2003: 1 Vol50-3- 2003- 7.pdf
- 30-Wilcox CM, Muñoz- Navas M, Sung JJY. Atlas de endoscopia gastrointestinal. 2ed. Filadelfia: Elsevier Saunders; 2008: 119-78.
- 31-Surós Batlló A, Surós Batlló J. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. 8ed. Madrid: Marbán; 2004: 407-37.
- 32-Rodríguez A. La historia clínica completa. 6ed. México: CliniData. ScyMed; 2005 : 35-7.
- 33-Jiménez AA, Rodríguez CA. Manual de técnicas quirúrgicas. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008: 100- 8.
- 34-Rodríguez JL, Arévalo J, Azaña JM. Diagnóstico y tratamiento médico. Madrid: Marbán; 2011: 685- 95.
- 35-Morón FJ. Farmacología Clínica. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2010: 101.
- 36-Sanguinetti C., Ameerigeiras B., Ardaiz M.C., Assensa Parisi B.R., y colaboradores. Síndromes en Medicina Interna. Córdoba, Argentina: Corpus 2008: 81-3.
- 37-Soussan M. Imagerie Medicale. Paris: Editins Vernazobres- Greco; 2009.p. 81-3.
- Agur AMR, Lee MJ. Grants Atlas of Anatomy. 10 ed. Filadelfia: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999: 112-4, 130- 4.
- 38-KasperDL, Braunwald E, Fauci A. Harrison principios de Medicina Interna. 16 ed. New York: Mc Graw Hill; 2005: 267- 70.
- 39-Ortiz Giraldo B., Uribe Macías J.E., Jaramillo Gómez J. Pediatría hospitalaria: aspectos claves 1era Edición CIB (Corporación para Investigaciones Biológicas) 2013: 380.1.
- 40-Shiavone C, Romano M. Manuale Italiano di Ecografia Internística. Roma: Antonio Delfino Editore; 2007: 253- 62.
- 41-Valls O. Imagenología de Urgencia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2012: 334-9 (t1).
- 42-Snell RS. Clinical Anatomy by Systems. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006: 718- 37.
- 43-Herold G., Diehl V., Erdmann E., Gross R., Junginger Th y colaboradores. Medicina Interna. 2ed. Albrecht Graf Von Perponcher; 2005: 407- 12.
- 44-Monleón L. Sospecha diagnóstica en Medici-

- na. Madrid: Marbán; 2009: 39- 41.
- Gurney JW, Winer Muram HT. Serie Radiología Clínica. Los 100 diagnósticos principales de tórax. España: Elsevier; 2011: 169- 72.
- 45-Gorlin RJ, Toriello HV, Cohen MM. Hereditary Hearing Loss and its Syndromes. Oxford: Oxford Monographs on Medical Genetics No. 28; 1995: 296.
- 46-Sailer C, Wasner S. Differential Diagnosis pocket. Börm Bruckmeier Publishing. 2ed. 2002: 152.
- 47-Dox IG, Melloni BJ, Eisner GM, Melloni JL. El Gran Harper Collins Ilustrado Diccionario Médico. Madrid: Marbán; 2001: 1094.
- 48-Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. Microbiología Médica. 6ed. Filadelfia: Elsevier Mosby; 2009: 325- 32.
- 49-Lumbreras G, Marín MT, Méndez Cabeza J. Manual de consulta rápida en atención primaria: gastroenterología. Barcelona: Ars XXI; 2006: 87- 91.
- 50-Micheli F, Nogués MA, Ascopané JJ. Tratado de Neurología Clínica. México: Editorial Médica Panamericana; 2002: 456.
- 51-Ropper AH, Brown RH. Principios de Neurología de Adams y Víctor. 8ed. New York: McGraw Hill; 2005: 182, 329.
- 52-Tsementzis SA. Diagnóstico diferencial en neurología y neurocirugía. Manual para el clínico. Madrid: Ediciones Harcourt, Elsevier Science. 2002: 167.
- 53-Bartolomei S, Aranalde G, Keller L. Manual de Medicina Interna. Cálculos, scores y abordajes. 2ed. Córdoba, Argentina: Corpus; 2010: 207-25.
- 54-Dotevall G.N., Stockbrugger R W. Gastritis PMS (Postgraduate Medical Services). Boehringer Ingelheim International GmbH 1982: 15- 20.
- 55-Suárez E, Suárez F, Suárez S. Manual de Farmacología Médica. Córdoba, Argentina: Corpus; 2012:187-95.