

# Hemorragia Digestiva Superior en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas

1984-1988

Dr. Francisco Mele V. \*\*

Dr. Leonardo Borregales G. \*

Dr. Alejandro Auro \*

Dr. Germán Vecchini \*

## RESUMEN

Se revisaron 55 pacientes que ingresaron al Hospital Privado Centro Médico de Caracas con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Superior cuyas edades estuvieron comprendidas entre 46 y 76 años, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron Melena, Hematemesis y Rectorragia. El estudio complementario más utilizado fue la Endoscopia diagnóstica en el 90% de los casos.

Se revisa el tratamiento administrado, que se apoyó en Cristaloides Coloides, Sangre Total, Concentrado Globular, Lavado Gástrico, Inhibidores H2 tipo Cimetidina, Ranitidina y Antiácidos.

## ABSTRACT

We reviewed 55 patients who is chief complaint on admissions at the "Hospital Privado Centro Médico de Caracas" with Upper Gastrointestinal Bleeding. The group was between 46-76 years of age. The clinical Syndrome was Hematemesis, Maelena y Rectal Bleeding.

The Diagnosis method more used was Endoscopy in 90% of the cases. The treatment rely on Cristalois Solutions, Coloids, Whole Blood, Pack Cells Gastric Lavage, H2 inhibitors, Cimatidine, Ranitidine, and Antiacids.

**Agradecimiento:** Queremos agradecer la colaboración de los Dres. Jon Barriola, José Francisco Plaz, por su ayuda y apoyo en la elaboración del trabajo, así como al personal del Servicio de Historias Médicas por su incansable ayuda en la realización de este estudio.

\*\* Médico de Postgrado. Curso Médico de Salud Pública. Hosp. José Ignacio Baldó (El Algodonal) Caracas.

\* Médicos Internos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Palabras Claves: Hemorragia. Digestivo.  
Gastroenterología. Aparato digestivo.

## INTRODUCCION

La Hemorragia Digestiva Superior es una entidad relativamente frecuente en la práctica clínica, por lo tanto el conocimiento amplio de las patologías que la producen y su manejo, deben ser no sólo de la inherencia del especialista, sino del Médico General, por lo que constituye siempre un tema de actualidad.

Por definición la Hemorragia Digestiva Superior (HDS) se considera aquella originada en cualquiera fuente proximal al Ligamento de Treitz y sus manifestaciones clínicas varían desde Hematemesis, Melena, hasta Shock. La utilización de herramientas como la Historia Clínica, antecedentes de enfermedad Ulcero Péptica, Pirosis, Epigastralgia pueden ser Claves en el Diagnóstico Inicial de la Patología; la Endoscopia Superior es el principal elemento de ayuda al Clínico para establecer el sitio del sangramiento y su eventual solución.

Por lo antes expuesto creemos conveniente realizar una revisión de esta Patología en el Centro Médico de Caracas, con la finalidad de orientar al Médico General sobre su manejo.

## MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes cuyo Diagnóstico fue Hemorragia Digestiva Superior, los cuales fueron atendidos en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas durante los años 1984-1988, se estudiaron 55 pacientes con dicho diagnóstico. Se tomaron como variables: Edad, Sexo, Manifestaciones clínicas, Diagnóstico de Admisión, Estudios realizados, tratamiento, promedio de estancia en el Hospital.

**Edad**

La edad promedio de aparición del primer episodio de HDS en la serie estudiada estuvo comprendida entre los años 46 y 76, en un 72.71% de los casos; con extremos de 15 y 80 años, hecho éste explicable por ser las edades donde se presentan con mayor frecuencia patología ulcerosa, gastroduodenal. Balint y cols. establecen edades similares por las series por ellos estudiadas.

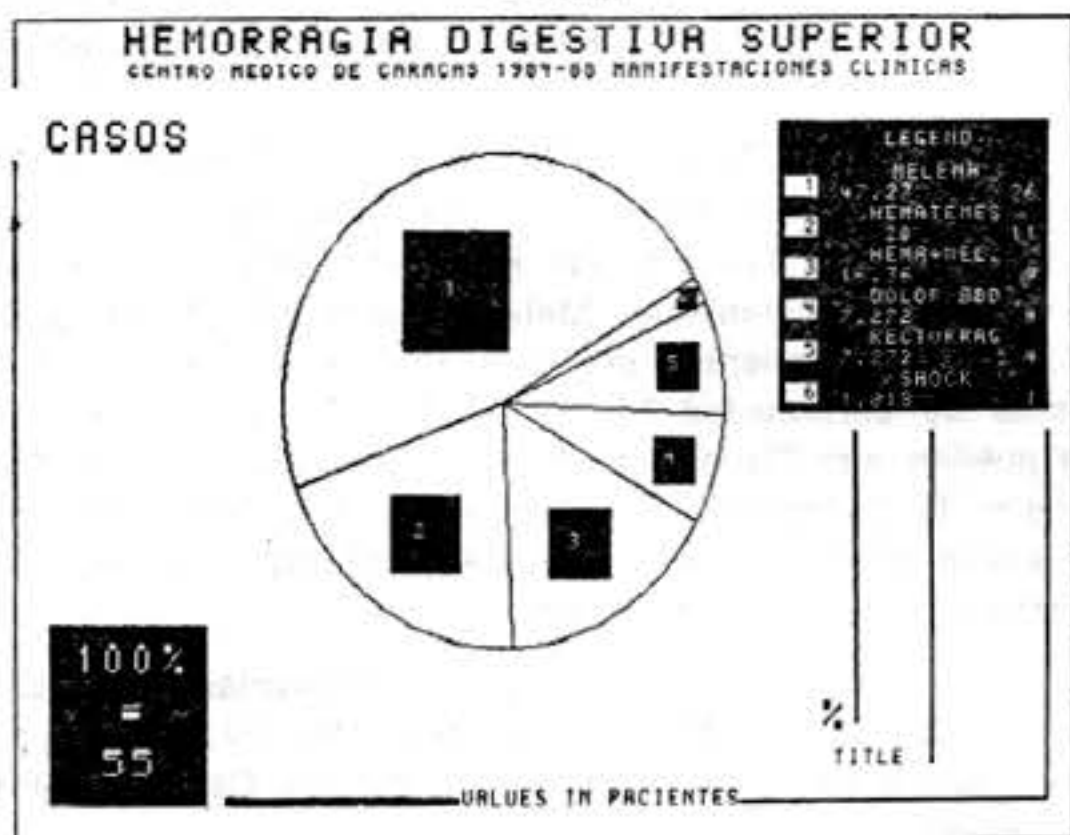
**Sexo**

Generalmente el sexo masculino es portador e nmayor cuantía de esta patología, efectivamente el 58.18% de los pacientes eran varones, sin embargo no encontramos literatura que pudiera comprobar el por qué de esta aseveración, probablemente se enfocan elementos como Modo de Vida, Actitud hacia la misma, Actividades desempeñadas, Dieta, Hábitos, etc.

**MANIFESTACIONES CLINICAS**

Las Manifestaciones Clínicas más frecuentes fueron Melena, Hematemesis, Rectorragia, Dolor Abdominal y Shock, de estas el 41.81% de los pacientes sólo consultaron a la Emergencia por Melena, el 20% por Hematemesis y el 16.35% presentaron ambas manifestaciones simultáneamente. Deducimos que la ausencia de Melena en presencia de Hematemesis no excluye la existencia de H.D.S. sino que probablemente la Hemorragia haya sido de corta duración. (Gráfico No. 1).

GRAFICO N° 1.

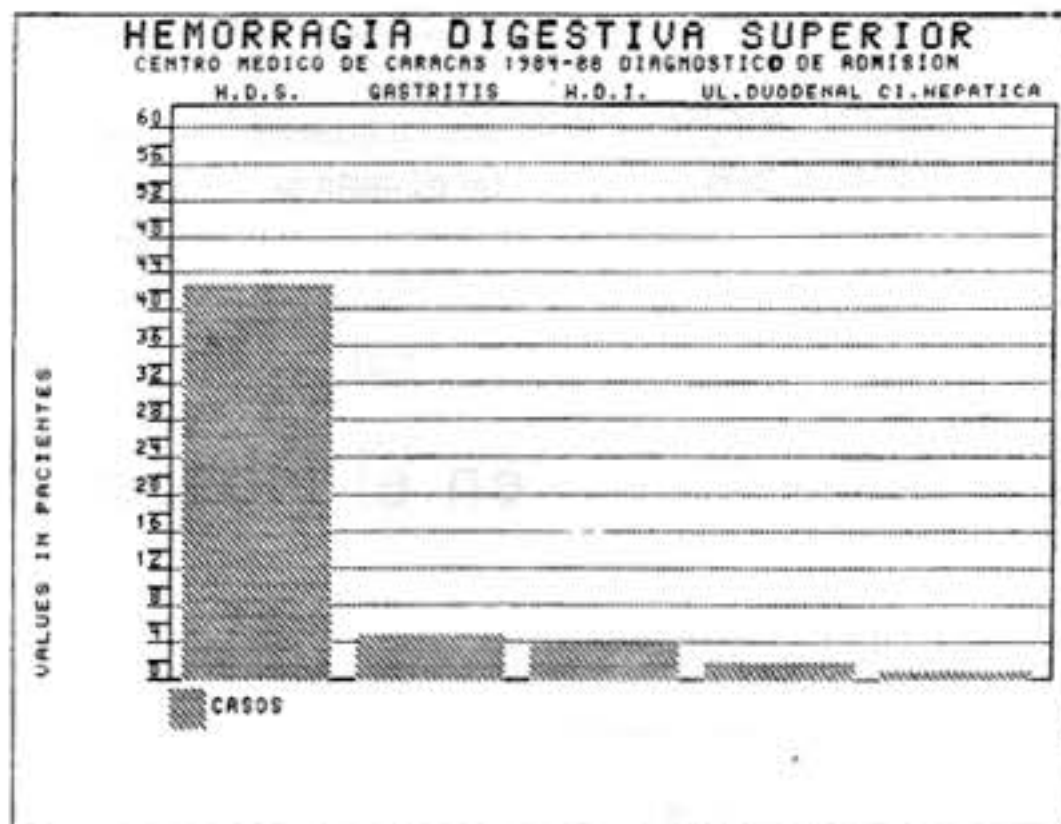


Fuente : Servicio de Historias Médicas Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

**DIAGNOSTICO DE ADMISION**

El 70.18% de los pacientes que ingresaron fueron diagnosticados como H.D.S. en forma genérica, 15.33% de los pacientes tenían historias de Gastritis Crónica, Úlcera gastroduodenal, Cirrosis hepática, de esto se deduce que es de gran utilidad establecer prontamente el sitio exacto de la Hemorragia. (Gráfico No. 2).

GRAFICO N° 2.



Fuente : Servicio de historias Médicas Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

**ESTUDIOS REALIZADOS**

El 89.09% de los pacientes se les realizó Endoscopia Superior aproximadamente entre 16 y 30 horas posterior a su ingreso, revelando que el 50.61% presentaban enfermedad gastroduodenal, 30.61% Úlcera gástrica 20% Úlcera duodenal, respectivamente. Un 28.57% presentaron Gastritis hemorrágica, 6.12% presentaron Várices Esofágicas por Cirrosis hepática, 4.08% se catalogaron como Síndrome de Mallory Weiss, 1.81% fueron reportados como normales.

Al 5.45% de los pacientes (3 pacientes), se les realizaron estudios de Estómago-Duodeno, reportados estos como normales.

El 7.27% de los pacientes fueron sometidos a Colonoscopia, y el 5.45% presentaron concomitantemente a la patología activa que originaba el Sangramiento también Divertículos (Gráfico No. 3).

**TRATAMIENTO**

El 92.74% de los pacientes fueron tratados Médicamente durante su hospitalización, el 5.46% fueron sometidos a diferentes Intervenciones quirúrgicas.

Entre el tratamiento Médico administrado estuvo: Hidratación con soluciones Fisiológicas, Ringer Lactato, Inhibidores de los receptores H2 tipo Cimetidina, Fármacos como Misoprostol, Ranitidina, Antiácidos, se mantuvo a los pacientes en Dieta de Protección Gastroduodenal, ocasionalmente se les realizó Lavado Gástrico con solución Fisiológica Helada.

El 7.26% de los pacientes fueron sometidos a Intervenciones Quirúrgicas tipo. Gastrectomía Parcial (3.63%), Rafia de Úlcera (3.63%).

La Cimetidina se administró en dosis de 400 mgrs promedio cada 6 horas, Ranitidina 150 mgrs cada 12 horas.

## HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR

Antiácidos fueron dosificados 15-30 cc, cada hora o dos horas las primeras 24-48 horas, luego cada 6 horas, el lavado Gástrico fue realizado en apenas 4 pacientes, y a todos se les suministró Dieta de Protección Gastroduodenal; Lácteos, Cítricos, Condimentos, Grasas, Café, Gaseosas, etc.

### COMENTARIOS

Se estudiaron 55 pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Superior por Clínica en el Centro Médico de Caracas, en el período comprendido entre 1984-1988.

Las edades estuvieron comprendidas entre 46 y 70 años en un 72.71% de los casos, se conoce por reportes publicados que el riesgo de muerte es proporcional a la edad del paciente, sin tener en cuenta el origen de la hemorragia. Es 6 veces mayor en personas de más de 60 años que en los menores de 40 años. (2,10).

Se conoce que la mortalidad general por H.D.S. se sitúa entre 8 y 10%, sin embargo esta tasa ocasionalmente aumenta hasta 25-50% cuando se habla de casos de Hemorragia Masiva (9).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: Melena 41.81%, Hematemesis 20% y Rectorragia 7.27%, el resto consultaron por la combinación de estos síntomas. Según Pingleton (8) la Hematemesis ocurre en 2/3 partes de los pacientes con H.D.S. Melena ocurre en 1/3 e indica que el sangramiento se origina en un punto por encima de la Válvula Ileocecal.

Es importante señalar que la mortalidad aumenta proporcionalmente con la cantidad de sangre perdida calculada (10), llegando a ser hasta del 30% en pacientes con sangramiento prolongado.

Entre los estudios complementarios para establecer Diagnóstico la herramienta fundamental fue la Endoscopia, realizada en 89.09% de los pacientes, y diagnóstica de cerca un 90% de la patología que originaba el Sangramiento. Se reportaron 30.61% de Úlcera gástrica, 20% de Úlcera Duodenal, Várices Esofágicas 6.12% S. de Mayory-Weiss 4.08%. Es de hacer notar que deben ser realizadas luego de la estabilización hemodinámica del paciente. Sin embargo existen casos donde es imperativo realizar endoscopia por ej. pacientes con Sangramiento Masivo con signos de Shock. Pacientes con Sangramientos recurrentes (5).

La realización de Colonoscopias queda a juicio del Especialista en virtud de la asociación de la Patología Gastrointestinal activa con otras enfermedades del Colon.

El 92.74% de los pacientes fueron tratados médicamente. 1.- Control periódico de tensión arterial, frecuencia cardíaca, PVC, vómitos y/o melena. 2.- Reemplazo de Sangre o Soluciones Cristaloides o Coloides, Solucel, Plasmanate, Sangre total o Concentrado Globular (3). Según Pingleton (8) se prefiere utilizar solución de Ringer-Lactato o Albúmina. En aquellos pacientes que después de administrar soluciones cristaloides siguen presentando fenómenos ortostáticos son candidatos para recibir Sangre Completa. El Lavado Gástrico de los pacientes estudiados sólo se realizó en 4 de ellos con agua helada, según Andrus (1), debe ser utilizada agua a temperatura ambiente como terapia inicial empírica para la H.D.S. aguda,

GRAFICO N° 3.



Fuente: Servicio de Historias Médicas Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

### PERIODO DE ESTANCIA

El promedio de Estancia fue de aproximadamente 5.76%, situándose el 45.45% de los pacientes entre 5 y 10 días de Hospitalización.

GRAFICO N° 4.



Fuente: Servicios de Historias Médicas del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

sin embargo Plingleton (8) señala que una Hemorragia Activa puede ser controlada con realizar solamente Lavado Gástrico.

Inhibidores H<sub>2</sub>. La Cimetidina se administró en dosis entre 200-400 mgr cada 6 horas VEV, recientemente se ha planteado la eficacia de la administración de Cimetidina en infusión continua para el tratamiento de la H.D.S. (6).

Otras drogas como Misoprostol fueron ocasionalmente utilizadas, sin encontrar diferencias significativas con respecto a la Cimetidina. El 3.63% de los pacientes fueron sometidos a Gastrectomías Sub-totales y un porcentaje igual fueron resueltos mediante rafia del lecho ulceroso.

En el presente estudio fallecieron 3 pacientes.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 Andrus, Ch.- The Effects of irrigant Temperature en upper Gastrointestinal Hemorrhage; a requiem for iced saline lavage, *The Am. J. of Gastroenterology*, 12, 1062-1063, 1987.
- 2 Ballint, J. A.; Sarfeh, I. J.- Gastrointestinal Bleeding. *New York, Gastroenterology*, 72, 737, 1977.
- 3 Baker, S.- Hemorragia Digestiva. *Revista Centro Médico de Caracas*, X, 85-88, 1971.
- 4 Donaldson, R.; Jones, S.; Millard, H.- Valoración en el Hospital de una Hemorragia Digestiva Superior. *Patient Care*, 6, 6-19, 1982.
- 5 Morgan, A. G.; McAdam, W.- Clinical Findings, early endoscopy and multivariate analysis in patients bleeding from upper gastrointestinal hemorrhage. 83, 41-45, Dec. 1987.
- 6 Ostro, M. J.; Russell, J. A.- Control of gastric Ph with Cimetidine; Bolus vs. Primed Infusions. *Gastroenterology*, 89:532-537, 1985.
- 7 Palmer, E. D.- The Vigorous Diagnostic Approach to upper gastrointestinal Hemorrhage a 23 year prospective study in 1400 cases. 207, 1477-1480, 1969.
- 8 Plingleton, S. R.- Recognition and management of upper gastrointestinal Hemorrhage. 83:41-45, Dec. 1987.
- 9 Shaffer, J. A.- Acute gastrointestinal Bleeding. *J. Int. Care Med.* 1:289-296, 1986.
- 10 Schiller, K. F.; Williams, D. G.- Haematemesis and Melena with special reference to factors influencing the outcome. *Brit. Med. J.* 2,7, 1970.
- 11 Steinheber, F.- Hemorragia del Aparato Digestiva Superior. *Tribuna Médica*, 1:1-7, 1979.