



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Especialidad en Cirugía General y Laparoscópica
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y QUIRÚRGICA DE LOS
PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ATENDIDOS EN LA
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA EN EL PERÍODO
JUNIO DE 2020 A JUNIO 2022**

Autor:

Andrea Guerra Bolívar

CI: 19.321.788

Tutor: Dr. Alexis Riera

Valencia, marzo de 2023



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ATENDIDOS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA EN EL PERÍODO JUNIO DE 2020 A JUNIO 2022.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

GUERRA B., ANDREA M.
C.I. V – 19321788

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Alexis Riera C.I. 7495425, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **20/03/2023**

Prof. Marcos Guerra
C.I. 15.529.471
Fecha 20/03/23

TG:90-22

Prof. Alexis Riera
(Pdte)
C.I. 7495425
Fecha 20-3-2023

Prof. Ysnayu Hurtado
C.I. 11253777
Fecha 20/03/2023



TG-CS: 90-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ATENDIDOS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA EN EL PERÍODO JUNIO DE 2020 A JUNIO 2022." Presentado por el (la) ciudadano (a): **GUERRA B., ANDREA M.** titular de la cédula de identidad N° **V-19321788**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 20/03/23 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 20/03/23.

RESOLUCIÓN

Aprobado: 2 Fecha: 20/3/23. *Reprobado: _____ Fecha: _____.

Observación: Cambiar procedimiento y incluir
cambios en el A3 D por temas
de campo


Presidente del Jurado
Nombre: Alexander
C.I. 2495421


Miembro del Jurado
Nombre: Yolanda
C.I. 11353777


Miembro del Jurado
Nombre: WANCOS GUERRA
C.I. 15.529.021

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un Informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

RESUMEN

Las hemorragias digestivas son una causa de ingreso frecuente en las emergencias de los centros hospitalarios, ya que los pacientes en inestabilidad hemodinámica requieren de un abordaje multidisciplinario y oportuno, debiéndose actuar con rapidez y precisión, ya que el retardo en el diagnóstico y tratamiento es un factor de mal pronóstico; es por ello que en reconocimiento a la necesidad de la actuación oportuna y actualizada, se realiza este estudio con el objetivo de analizar las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes con hemorragia digestiva atendidos en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio 2022. El estudio fue de tipo descriptivo de diseño transversal retrospectivo, estudiándose el universo de los pacientes con diagnóstico de ingreso de hemorragia digestiva, procediéndose a recolectar los datos mediante la revisión documental de las historias clínicas utilizando una ficha de registro de datos, para su posterior análisis estadístico de tipo descriptivo. Se incluyeron 67 pacientes con hemorragias digestivas, de los cuales se registró una edad promedio de 60,81 años; el tipo de hemorragia digestiva más frecuente fue la rectorragia en un 29,85%, mayormente de primera aparición 71,64%; un 68,66% de los pacientes refirieron síntomas asociados; en 82,09% de los pacientes se evidenciaron signos característicos; de los métodos diagnósticos más utilizados se tiene la endoscopia en 37,31%; la hemoglobina registró un promedio de 8,1 gr/dl; las etiologías más frecuentes fueron la enfermedad diverticular y enfermedad hemorroidal con 10,45% cada uno; fueron intervenidos 14,93% de los pacientes, el hallazgo intraoperatorio más frecuente fue paquetes hemorroidales sangrantes un 30% y la técnica quirúrgica más utilizada fue la hemorroidectomía en el 30%.

Palabras clave: hemorragias digestivas, endoscopia, cirugía

ÍNDICE

| | |
|----------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| MATERIALES Y MÉTODOS..... | 12 |
| RESULTADOS..... | 14 |
| DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS..... | 21 |
| CONCLUSIÓN..... | 24 |
| REFERENCIAS..... | 26 |
| ANEXO A: FICHA DE REGISTRO | 29 |

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva (HD) es la pérdida de sangre proveniente del tubo digestivo, la cual puede ser evidente u oculta y las manifestaciones dependerán de la localización e intensidad del sangrado¹. La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como sangrado o punto sangrante entre el esfínter esofágico superior y el ángulo duodeno-yeyunal (o de treitz), mientras que la hemorragia digestiva baja (HDB) por otro lado, se define como hemorragia por debajo de este mismo punto de referencia².

De acuerdo a lo anterior pueden presentarse diversas manifestaciones, cuando la pérdida de sangre se presenta con el vómito se expresa como hematemesis, cuando las materias fecales son negras o alquitranadas, frecuentemente mal olientes, fruto de la degradación de la hemoglobina en hematina y la acción de la flora microbiana entérica, se denomina melena³; ambas manifestaciones clínicas son indicativas de HDA. A su vez cuando se evidencia una deposición con sangre pura, roja, con o sin coágulos, con o sin materia fecal, estamos bajo la presencia de una hematoquecia y si la sangre es rutilante, roja, no mezclada con materias fecales, es característica de una rectorragia⁴.

La HDA puede obedecer a diversas causas y la distribución de las lesiones varía de acuerdo a la población considerada. Aproximadamente el 15% se origina en el esófago, un 40% en el estómago y 45% en el duodeno. Las lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal son reportadas en algunas series como la etiología más frecuente; no obstante, si se consideran únicamente las hemorragias de carácter grave, la causa más común son las úlceras pépticas, que en conjunto representan el 40-50%. La úlcera duodenal es casi dos veces más frecuente que la gástrica; le siguen en frecuencia las lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal, la esofagitis, la gastropatía hipertensiva portal y las várices esofágicas. Otras etiologías representan alrededor del 5%: síndrome de Mallory Weiss,

angiodisplasias, cáncer gástrico, lesión de Dieulafoy, la ectasia vascular gástrica antral, fístula aortoentérica. Un porcentaje próximo al 10% no se reconoce la etiología⁵.

La enfermedad diverticular del colon, es la primera causa de la HDB⁶; después de los 65 años, el 80% de los pacientes con HDB es secundaria a la enfermedad diverticular del colon, en el cual el sangrado se auto limita y cesa espontáneamente. Las malformaciones arterio-venosas son la segunda causa de HDB e incluyen las ectasias vasculares, la angiodisplasia y los angiomas. La colitis puede ser la causa del sangrado en el 9%-21% de los casos. Las neoplasias del colon y el sangrado post-polipectomía representan el 11% a 14% de los casos. El 11% y 13% de los pacientes que consultan por HDB, el sangrado es de origen anal o rectal bajo, dentro de los cuales incluimos las hemorroides internas, la fisura anal, las varices rectales y el síndrome de la úlcera solitaria⁷.

A nivel global, en el mundo las HD causan más de 500.000 ingresos en centros hospitalarios cada año. La incidencia anual suele producirse entre los 50 y 150 casos por cada 100.000 habitantes. La principal hemorragia que suele darse son las altas con un 83%, en lo que respecta a las bajas corresponde con el 17%⁸.

Las hemorragias digestivas suelen ser unas de las principales urgencias atendidas en los hospitales, que en algunos casos constituye una emergencia médica, problema frecuente en el mundo, considerada como causa mayor de morbilidad en todos los grupos de edades, pero su mayor incidencia se reporta en los pacientes mayores de 60 años con enfermedades asociadas, por ser la edad un factor determinante de mal pronóstico en este tipo de paciente, cuando no se conduce adecuadamente. La morbilidad y mortalidad por HD se relacionan con ciertos factores de riesgo, como edad, enfermedades asociadas, antecedentes de alcoholismo, consumo de fármacos ulcerogénicos, magnitud de la hemorragia y resangrado⁹.

Durante varios años, la tasa de mortalidad de las HD fue del 5-14%; recientemente ha descendido al 2 % a nivel hospitalario, probablemente por los avances en el tratamiento médico y endoscópico. Las comorbilidades impactan en la mortalidad y solo el 20 % de estas tiene relación directa con la gravedad del sangrado¹⁰.

En cuanto a la conducta médica, es importante la administración inmediata de soluciones coloidales (Solución fisiológica o Ringer), así como de inhibidores de la bomba de protones, útil en hemorragias digestivas altas sobre todo por úlceras y otras que también se ven afectadas con pH bajos. El control evolutivo se efectúa valorando varios parámetros: monitoreo de la diuresis, controlar la presión venosa central sobre todo en pacientes con enfermedad cardiovascular, monitoreo de la función cardíaca y de la oxigenación periférica⁴.

Las transfusiones de sangre tienen ventajas y desventajas por lo que su indicación requiere un análisis clínico del caso, su evolución y de los análisis de laboratorio. En sujetos jóvenes puede mantenerse un hematocrito de 20 a 25% mientras en edad avanzada se requiere mantener el hematocrito más elevado (= ó >30%). No es recomendable transfusiones de sangre cuando la Hb es superior a 10g/dl, pero sí, cuando el valor es inferior a 7 g/dl⁴. El objetivo es lograr una buena perfusión periférica, una PVC entre 5-12 ml de agua, diuresis > 0,5 ml/kg/h (30 ml/h), presión arterial sistólica > 100 mmHg y frecuencia cardíaca < 100 latidos por minuto¹¹.

Hay consenso que primero debe encararse el tratamiento médico de la lesión sangrante y el quirúrgico queda reservado ante la imposibilidad o fracaso de medidas mínimas. La endoscopia no sólo es la base del diagnóstico sino también es de primera elección en el tratamiento¹².

Una cuarta parte de los pacientes continúan con hemorragia o resangran requiriendo tratamiento quirúrgico. No hay criterios absolutos a seguir, pero sí guías para indicar la cirugía teniendo en cuenta la magnitud de la hemorragia, su persistencia o el resangrado, la lesión causal, condiciones del paciente y los medios con que se cuenta. Entre los criterios para la indicación del tratamiento quirúrgico se encuentran: 1- Hemorragia activa que no puede ser detenida y requiere 4 unidades o más de sangre en 24 horas; 2- El fracaso de la endoscopia y/o embolización de detener una hemorragia activa; 3- El fracaso de un segundo intento por endoscopia de detener la hemorragia; 4- El resangrado en un paciente en que las medidas de tratamiento no fueron satisfactorias y que tiene una gran probabilidad del fracaso de un nuevo tratamiento médico⁴.

Desde el contexto del tema en estudio, se citan diversos antecedentes relacionados. En primer lugar, se trae a colación, el estudio realizado por Moreira, Rodríguez, Manzano y cols. (2018) que lleva por título: Factores asociados a la mortalidad por sangrado digestivo alto variceal, que tuvo por objetivo: Estimar la carga de mortalidad y sus causas relacionadas con la enfermedad, así como los factores asociados según variables seleccionadas, encontrando que predominaron los pacientes masculinos, en las edades medias de la vida y con varios factores de riesgo asociados. La Clase B de Child-Pugh, así como las Clases de sangrado II y III fueron las más frecuentes. El diagnóstico fue eminentemente clínico. El tratamiento endoscópico se realizó en tres pacientes y la aplicación de la sonda de Sengstaken-Blakemore resultó infrecuente. Se operaron 7 enfermos, que representan 43,7% de los que fallecieron. La tasa de mortalidad osciló entre 22,2% en 2013 hasta 41% en 2016¹⁴.

Posteriormente Robles, Rodríguez y Solarana (2019) llevaron a cabo el estudio: Caracterización de pacientes atendidos por hemorragia digestiva alta, cuyo objetivo consistió en caracterizar los pacientes atendidos por hemorragia digestiva alta, obteniendo: la mayoría de los pacientes se registró entre los 62 y 72 años,

predominó el sexo masculino y el alcoholismo como antecedente personal, la mayoría correspondió a estables hemodinámicamente, la principal forma de presentación fue la melena en la úlcera péptica duodenal y el fundamental procedimiento realizado, la endoscopia urgente. El tratamiento médico resultó efectivo y el mayor número de intervenciones se efectuó entre las 7 y 24 horas. La técnica que con mayor frecuencia se practicó, transfixión del vaso sangrante con vagotomía y píloroplastia⁹.

Se menciona el aporte de Zamora y Maturana (2020), quienes desarrollaron un estudio titulado: Tratamiento quirúrgico de la hemorragia digestiva alta por enfermedad de Dieulafoy. Cuyo objetivo fue describir el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Dieulafoy como causa de hemorragia digestiva alta en el adulto. Posterior a la revisión del caso, concluyen: La enfermedad de Dieulafoy es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta, aunque potencialmente mortal, desafiante y que requiere de habilidad diagnóstica preoperatoria; la doble terapia endoscópica es la de elección, mediante la inyección y métodos mecánicos como grapas hemostáticas; cuando las anteriores técnicas no consiguen detener el sangrado, está indicado el tratamiento quirúrgico, siempre que sea posible, se debe practicar una resección gástrica limitada (gastrectomía tubular), incluyendo la zona sangrante localizada previamente mediante endoscopia o angiografía, para evitar grandes gastrectomías que añaden morbilidad al paciente con inestabilidad hemodinámica¹⁵.

En el mismo año, Rodríguez, Kuan, Ortiz y cols. (2020) presentaron el reporte de un caso titulado: Hemorragia digestiva masiva como manifestación de tumor mucinoso apendicular: Reporte de caso. A raíz del cual concluyeron en este caso específico, en el que el paciente tenía un estadio temprano, la realización de la hemicolectomía derecha fue el tratamiento definitivo para el paciente, teniendo en cuenta la presentación de sangrado digestivo del tumor, con sospecha de sangrado por angiectasia en íleon terminal, lo cual fue la indicación inicial del

procedimiento quirúrgico, en el que se obtiene un diagnóstico definitivo con el reporte de la patología¹⁶.

Más adelante Jorquera, Valiente, Vázquez y cols. (2021) llevaron a cabo una revisión bibliográfica, cuyo objetivo fue actualizar información de la hemorragia digestiva. Con el cual pudieron extraer que la HD se considera una emergencia sanitaria, constituye uno de los problemas más frecuentes que se dan en el mundo relacionado con la salud; se considera que se dan más casos a partir de los 60 años; a nivel global se producen más de 500.000 ingresos en centros hospitalarios cada año, la incidencia anual de la hemorragia digestiva suele producirse entre los 50 y 150 casos por cada 100.000 habitantes; en España resulta ser una incidencia de 47 casos por cada 100.000 habitantes por año, con una mortalidad del 5,5%⁸.

Recientemente, Martínez, Figueroa, Toro y cols. (2021) realizaron una revisión bibliográfica actualizada y expusieron su trabajo titulado: Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. El cual concluye que la HDA es una patología de alta morbilidad y mortalidad. La disminución de su incidencia a nivel mundial se puede explicar por los nuevos tratamientos tanto médicos como quirúrgicos, o por un mejor manejo con escalas validadas y en constante actualización. Por un lado, el manejo médico consta de IBP, vasoconstrictores, AINEs selectivos y otros fármacos que ayudan a contener la hemorragia. Por el otro, el manejo quirúrgico comprende múltiples procedimientos, siendo el gold standard la endoscopia digestiva alta para el manejo y tratamiento de una HDA¹².

De acuerdo a las consideraciones antes descritas resulta la relevancia por parte del equipo quirúrgico lograr el adecuado manejo de los pacientes con estas patologías según los conocimientos generados por investigaciones previas, resaltando la

importancia del abordaje eficiente, basado en un diagnóstico precoz para así brindar el tratamiento médico o quirúrgico apropiado de forma oportuna. En ese sentido, según lo estudiado, donde se pone de manifiesto la relevancia del conocimiento, diagnóstico y manejo de las patologías de índole hemorrágico digestivo generan el interés en el abordaje de esta patología, planteándose el presente estudio.

Por todo lo anteriormente mencionado se establece como objetivo general del presente estudio: Analizar las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes con hemorragia digestiva atendidos por los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio 2022.

Objetivos específicos:

Calcular la incidencia de hemorragias digestivas en los pacientes atendidos en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio de 2022.

Describir las características epidemiológicas de los pacientes con hemorragias digestivas atendidos en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio 2022.

Identificar las manifestaciones clínicas y métodos diagnósticos empleados en los pacientes con hemorragias digestivas atendidos en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio 2022.

Conocer la etiología de las hemorragias digestivas en los pacientes atendidos en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio 2022.

Determinar las características quirúrgicas de los pacientes con hemorragias digestivas intervenidos por los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se fundamenta en un estudio de tipo descriptivo, con un diseño de investigación transversal retrospectivo.

La población estará representada por todos los pacientes atendidos en los servicios de cirugía de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", en el periodo de junio 2020 a junio 2022. La muestra será de tipo no probabilística deliberada conformada por aquellos pacientes atendidos en los servicios de cirugía de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" con diagnóstico de ingreso de hemorragia digestiva en el periodo de estudio.

Entre los criterios de inclusión se consideran: pacientes con historia clínica completa, pacientes con diagnóstico clínico de hemorragia digestiva presentada en el período de junio 2020 a junio 2022 y aquellos pacientes ingresados en los servicios de Cirugía de la Ciudad hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Como criterios de exclusión se consideran: pacientes con historia clínica incompleta o no disponible en los archivos del hospital, pacientes con hemorragias digestivas ingresados en otros servicios de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera".

Para la recolección de los datos se empleará la técnica de la revisión de las historias clínicas, como instrumento se utilizará una ficha de registro de datos, que medirá las variables planteadas en los objetivos definidos inicialmente (Ver Anexo A).

Al concluir la recolección de los datos serán vaciados en una tabla maestra en Microsoft®Excel para luego ser presentados y organizados a partir de las técnicas de la estadística descriptiva mediante tablas de distribución de frecuencias (absolutas y relativas) según lo planteado en los objetivos. A las variables cuantitativas se les calculará media o mediana, variabilidad, valor mínimo y

máximo. Todo se realizará mediante el procesador estadístico SPSS en su versión 18.

RESULTADOS

Calcular la incidencia de hemorragias digestivas en los pacientes atendidos en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio de 2022.

| | Población | Casos | Prevalencia (x100) |
|--------------|-----------|-------|--------------------|
| Jun-Dic 2020 | 765 | 22 | 2,88 |
| 2021 | 1482 | 30 | 2,02 |
| Ene-Jun 2022 | 555 | 15 | 2,70 |
| Total | 2802 | 67 | 7,60 |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Guerra; 2022)

Se incluyeron un total de 67 pacientes con hemorragias digestivas atendidos en los servicios de cirugía en el periodo comprendido entre junio de 2020 a junio de 2022.

Tabla N° 1: Características epidemiológicas de los pacientes con hemorragias digestivas atendidos en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio 2022.

| Edad (años) | F | % |
|-------------|----|-------|
| 20 – 35 | 7 | 10,45 |
| 36 – 50 | 12 | 17,91 |
| 51 – 65 | 18 | 26,87 |
| 66 – 80 | 19 | 28,36 |
| 81 – 95 | 10 | 14,93 |
| >95 | 1 | 1,49 |

| Sexo | F | % |
|--------------|-----------|------------|
| Masculino | 38 | 56,72 |
| Femenino | 29 | 43,28 |
| Total | 67 | 100 |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Guerra; 2022)

De los pacientes con diagnóstico de ingreso de hemorragia digestiva, se registró una edad promedio de 60,81 años, con una mediana de 65 años, una edad mínima de 23 años, una edad máxima de 99 años y un coeficiente de variación de 28% (serie homogénea entre sus datos). Fueron más frecuentes aquellos pacientes con edades comprendidas entre 66 a 80 años (28,36%= 19 casos) seguidos de aquellos con edades entre 51 a 65 años (26,87%= 18 casos). El sexo masculino fue el más frecuente (56,72%= 38 casos).

Tabla N° 2: Manifestaciones clínicas y métodos diagnósticos empleados en los pacientes con hemorragias digestivas atendidos en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio 2022.

| Tipo de hemorragia digestiva | F | % |
|------------------------------|----|-------|
| Rectorragia | 20 | 29,85 |
| Hematoquecia | 14 | 20,90 |
| Hematemesis + melena | 13 | 19,40 |
| Hematemesis | 11 | 16,42 |
| Melena | 9 | 13,43 |
| Aparición | F | % |
| Primera aparición | 48 | 71,64 |
| Resangrado | 19 | 28,36 |

| Manifestación de síntomas | F | % |
|----------------------------------|-----------|------------|
| Si | 46 | 68,66 |
| No | 21 | 31,34 |
| Total | 67 | 100 |
| Tipo de síntoma (n=46) | F | % |
| Debilidad | 25 | 30,49 |
| Dolor abdominal | 21 | 25,61 |
| Astenia | 18 | 21,95 |
| Diaforesis | 9 | 10,98 |
| Hiporexia | 3 | 3,66 |
| Vómitos | 3 | 3,66 |
| Anorexia | 1 | 1,22 |
| Vértigo | 1 | 1,22 |
| Nauseas | 1 | 1,22 |
| Presencia de signos | F | % |
| Si | 55 | 82,09 |
| No | 12 | 17,91 |
| Total | 67 | 100 |
| Tipo de signo (n=55) | F | % |
| Palidez | 31 | 34,07 |
| Hipotensión | 22 | 24,18 |
| Taquicardia | 11 | 12,09 |
| Taquipnea | 8 | 8,79 |
| Pérdida de peso | 5 | 5,49 |
| Deshidratación | 3 | 3,30 |
| Bradipnea | 3 | 3,30 |
| Ictericia | 2 | 2,20 |
| Petequias | 2 | 2,20 |
| Fiebre | 1 | 1,10 |

| Diarrea | 1 | 1,10 | | |
|------------------------------|----|-------|-----------|-------|
| Bradycardia | 1 | 1,10 | | |
| Edema en MIs | 1 | 1,10 | | |
| Método diagnóstico | Si | | No | |
| | F | % | F | % |
| Endoscopia | 25 | 37,31 | 42 | 62,69 |
| Ecografía | 10 | 14,93 | 57 | 85,07 |
| TAC | 7 | 10,45 | 60 | 89,55 |
| Hemoglobina $\bar{X} \pm Es$ | | | 8,1 gr/Dl | |
| Hematocrito $\bar{X} \pm Es$ | | | 25,5 % | |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Guerra; 2022)

El tipo de hemorragia digestiva más frecuente fue la rectorragia (29,85%= 20 casos), seguida de la hematoquecia (20,9%= 14 casos). Mayormente de primera aparición (71,64%= 48 casos).

Un 68,66% de los pacientes manifestaron síntomas asociados (46 casos), siendo los más frecuentes: Debilidad (30,49%= 25 casos), dolor abdominal (25,61%= 21 casos), astenia (21,95%= 18 casos), diaforesis (10,98%= 9 casos), hiporexia (3,66%= 1 caso) y vómitos (3,66%= 3 casos). Entre los síntomas menos frecuentes: anorexia, vértigo y náuseas (1 caso c/u).

En 82,09% de los pacientes (55 casos) se evidenciaron signos caracterizados entre los más frecuentes: Palidez (34,07%= 31 casos), hipotensión (24,18%= 22 casos), taquicardia (12,09%= 11 casos), taquipnea (8,79%= 8 casos), pérdida de peso (5,49%= 5 casos), deshidratación y bradipnea (3,30%= 3 casos c/u), ictericia y petequias (2,20%= 2 casos). Entre los signos menos frecuentes: bradicardia, diarrea, edema en miembros inferiores y fiebre (1 caso cada uno).

De los métodos diagnósticos más utilizados entre los pacientes estudiados se tiene la endoscopia (37,31%= 25 casos) y la ecografía (14,93%= 10 casos).

La hemoglobina registró un promedio de 8,1 gr/dl, con una mediana de 7,6 gr/dl, un valor mínimo de 3,3 gr/dl, un valor máximo de 12,7 gr/dl y un coeficiente de variación de 27% (serie homogénea entre sus datos). Se registró un promedio de hematocrito de 25,5%, con una mediana de 24%, un valor mínimo de 11%, un valor máximo de 38,3% y un coeficiente de variación de 24% (serie homogénea entre sus datos).

Tabla N° 3: Etiología de las hemorragias digestivas en los pacientes atendidos en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio 2022.

| Etiología | F | % |
|--|-----------|------------|
| Enfermedad diverticular | 7 | 10,45 |
| Enfermedad hemorroidal | 7 | 10,45 |
| Úlcera gastroduodenal | 5 | 7,46 |
| Enfermedad ulcero péptica por uso de AINES | 4 | 5,97 |
| ADC gástrico | 3 | 4,48 |
| TU gástrico | 3 | 4,48 |
| Cirrosis hepática | 2 | 2,99 |
| TU duodenal | 2 | 2,99 |
| Gastritis crónica | 2 | 2,99 |
| LOE retroperitoneal | 1 | 1,49 |
| ADC de colon | 1 | 1,49 |
| TU pancreático | 1 | 1,49 |
| CA laríngeo | 1 | 1,49 |
| Prolapso rectal | 1 | 1,49 |
| Desconocida | 27 | 40,30 |
| Total | 67 | 100 |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Guerra; 2022)

Las etiologías más frecuentes fueron: Enfermedad diverticular y enfermedad hemorroidal con 7 casos cada uno (10,45% por entidad); seguidas de la úlcera gastroduodenal (7,46%= 5 casos), la enfermedad ulcero péptica por uso de AINES (5,97%= 4 casos), el ADC gástrico y TU gástrico, con 3 casos c/u (4,48% por entidad), cirrosis hepática, TU duodenal y gastritis crónica con 2 casos c/u (2,99% por entidad). Sin embargo de los pacientes que fueron estudiados en el 40,30% se desconoció la etiología.

Tabla N° 4: Características quirúrgicas de los pacientes con hemorragias digestivas intervenidos por los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el período comprendido entre junio de 2020 a junio 2022.

| Hallazgos quirúrgicos principales (n=10) | F | % |
|---|----------|----------|
| Paquetes hemorroidales sangrantes | 3 | 30 |
| TU gástrico infiltrante a duodeno | 2 | 20 |
| TU de antro pilórico | 2 | 20 |
| TU en 3ª porción del duodeno | 1 | 10 |
| Múltiples divertículos en todo el colon | 1 | 10 |
| TU pancreático infiltrante a estómago | 1 | 10 |
| Técnica quirúrgica (n=10) | F | % |
| Hemorroidectomía | 3 | 30 |
| Yeyunostomía | 2 | 20 |
| Gastrectomía subtotal + gastroenteroanastomosis | 2 | 20 |
| Gastroenteroanastomosis | 1 | 10 |
| Colectomía total + ileosigmoide anastomosis | 1 | 10 |
| Toma de biopsia | 1 | 10 |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Guerra; 2022)

Fueron intervenidos 10 pacientes en la institución en el período de estudio del total que cursaron con hemorragia digestiva (14,93%). El hallazgo intraoperatorio más

frecuente fue paquetes hemorroidales sangrantes (30%= 3 casos), seguido de TU gástrico infiltrante a duodeno y TU de antro pilórico con 2 casos cada uno (20% por entidad). Las técnicas quirúrgicas más utilizadas fueron la hemorroidectomía (30%= 3 casos), seguido de la yeyunostomía y la gastrectomía subtotal + gastroenteroanastomosis con la misma proporción (20%= 2 casos cada una).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Las hemorragias digestivas son un motivo frecuente de ingreso en las emergencias hospitalarias, en la revisión de los casos de pacientes atendidos en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", al analizar la distribución por grupo de edades de los pacientes con hemorragia digestiva, observamos que el mayor número se registró en el conjunto de 66 a 80 años, resultados que coinciden con los descritos por Robles, Rodríguez y Solarana (2019)⁹, Rodríguez, Kuan, Ortiz y cols (2020)¹⁶ y Matinez, Figueroa y Toro (2021)¹², ya que el incremento de la edad es considerada en varias de las investigaciones revisadas como un factor de riesgo y está incluida en la mayoría de los sistemas de valoración pronóstico, predominio que pudiera estar fundamentado porque después de los 60 años de edad existe un efecto acumulativo de muchos años de algunos factores de riesgos y coinciden simultáneamente con algunas de las enfermedades asociadas a la producción de la HD, que obran negativamente en los mecanismos de homeostasis y disminuyen la resistencia a la hemorragia, por presentar los pacientes de mayor edad los vasos sanguíneos ateroscleróticos.¹⁷

Se pudo identificar que estos pacientes predominantemente son del género masculino, tal como se sostiene en las revisiones bibliográficas, entre estas el estudio de Moreira, Rodríguez, Manzano y cols (2018)¹⁴ así como el de Robles, Rodríguez, Solarana y cols (2019)⁹, esta asociación posiblemente guarde relación por su mayor exposición a los hábitos tóxicos relacionados con este síndrome¹⁸, como lo es el tabaquismo y el hábito enólico, antecedentes influyentes en la patología en estudio¹⁴.

Referente al motivo de consulta de los pacientes en estudio en su mayoría acudieron por hemorragia digestiva baja, expresada predominantemente en

rectorragia, existiendo discrepancia a lo expuesto por Jorquera, Valiente, Vázquez y cols. (2021) los cuales reflejan que la principal hemorragia que suele darse son las altas con un 83%, en lo que respecta a las bajas corresponde con el 17%⁸.

En cuanto a las características clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva, la debilidad, dolor abdominal y astenia resultaron los síntomas más frecuentes manifestados por los pacientes sujetos de estudio, en coincidencia con las publicaciones de Matinez, Figueroa y Toro (2021); quienes también coinciden en la presencia de signos clínicos como la palidez, hipotensión y taquicardia que se presentaron principalmente en nuestra población. Es importante la consideración de estos datos clínicos, pues brindan información acerca de la severidad del sangrado¹².

Para establecer el diagnóstico etiológico se emplean distintas técnicas, según la presentación clínica, la endoscopia es el método más comúnmente utilizado, ya que como coincide Zamora y Maturana (2020)¹⁵, las tasas informadas de éxito con la endoscopia superan el 90%¹⁹. Robles, Rodríguez, Solarana y cols (2019) demuestran como la endoscopia de urgencia, en las primeras 24 horas de la presentación clínica, permite emplear la terapéutica medicamentosa uniforme e intervenciones quirúrgicas oportunas, aplicando un actuar directo sobre la causa que originó la hemorragia digestiva.⁹

Referente a la etiología de la hemorragia digestiva en los pacientes estudiados en los servicios de Cirugía de la institución, predominó la enfermedad diverticular y la hemorroidal, las cuales son las causas más comunes de hemorragia de vías digestivas bajas, cifras similares recogidas por Rodríguez, Kuan, Ortiz y cols (2020)¹⁶, los cuales también resaltan que hasta un 23% de los pacientes con

hemorragias digestivas son dados de alta sin diagnóstico²⁰, cifra sobrepasada en el presente estudio.

Como se registró en los pacientes estudiados, más del 40% cursó con diagnósticos de resolución quirúrgica, sin embargo solo fueron intervenidos la tercera parte de los mismos durante el periodo en estudio, lo cual puede deberse al retardo en el diagnóstico causal de la hemorragia, los prolongados tiempos de espera por turno quirúrgico, difícil acceso a los requerimientos materiales para la realización del mismo, aunado a la precariedad económica de la población que acude al centro público, lo cual repercute en el abordaje eficiente y curativo del paciente.

Es por ello que persisten controversias referentes al diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento quirúrgico por diversas razones como lo establecen Moreira, Rodríguez, Manzano y cols (2018) en su estudio, entre las que sobresalen la necesidad de una unidad de banco de sangre en los hospitales, la disponibilidad de la endoscopia digestiva a tiempo completo para cubrir todas las demandas diagnósticas y terapéuticas, así como la de un equipo multidisciplinario a fin de brindar una atención médica y/o quirúrgica integradora a estos pacientes¹⁴, y que de ameritar intervención quirúrgica, la misma sea realizada de forma programada durante la estancia del paciente, para así reducir las tasas de reingresos por resangrado, en lo cual hace hincapié Fernández (2020), al expresar que la recidiva hemorrágica se correlaciona directamente con la mortalidad²¹, previniendo de esta forma las complicaciones y la muerte.

CONCLUSIÓN

Se incluyeron un total de 67 pacientes con hemorragias digestivas atendidos en los servicios de cirugía en el periodo comprendido entre junio de 2020 a junio de 2022.

De los pacientes con diagnóstico de ingreso de hemorragia digestiva, se registró una edad promedio de 60,81 años, fueron más frecuentes aquellos pacientes con edades comprendidas entre los 66 y 80 años (28,36%). El sexo masculino fue el más frecuente en un 56,72%.

El tipo de hemorragia digestiva más frecuente fue la rectorragia en un 29,85%, mayormente de primera aparición en el 71,64%. Un 68,66% de los pacientes refirieron síntomas asociados, siendo los más frecuentes: Debilidad en un 30,49%, dolor abdominal un 25,61% y astenia en un 21,95%. En 82,09% de los pacientes se evidenciaron signos caracterizados entre los más frecuentes: Palidez un 34,07%, hipotensión en 24,18% y taquicardia en 12,09%, entre los signos más representativos. De los métodos diagnósticos más utilizados entre los pacientes estudiados se tiene la endoscopia en 37,31%. La hemoglobina registró un promedio de 8,1 gr/dl. Se registró un promedio de hematocrito de 25,50%.

Las etiologías más frecuentes fueron: Enfermedad diverticular y enfermedad hemorroidal con 10,45% cada una, seguidas de la úlcera gastroduodenal en 7,46%, la enfermedad ulcero-péptica por uso de AINES en 5,97%, el ADC gástrico y TU gástrico, con 4,48% por cada entidad, cirrosis hepática, TU duodenal y gastritis crónica con 2,99% respectivamente. Sin embargo de los pacientes que fueron estudiados en el 40,30% se desconoció la etiología, ya que los mismo egresaron sin un diagnostico establecido.

Fueron intervenidos 14,93% de los pacientes en la institución en el período de estudio del total que cursaron con hemorragia digestiva. El hallazgo intraoperatorio más frecuente fue paquetes hemorroidales sangrantes en un 30%, seguido de TU gástrico infiltrante a duodeno y TU de antro pilórico con 20% respectivamente. Las técnicas quirúrgicas más utilizadas fueron la hemorroidectomía en el 30%, seguido de la yeyunostomía y la gastrectomía subtotal + gastroenteroanastomosis con la misma proporción, 20% cada una.

REFERENCIAS

1. Ansari, P., Generalidades sobre la hemorragia digestiva. Hospital Hofstra Northwell-Lenox Hill, Nueva York. EEUU (2019). Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-gastrointestinales/hemorragia-digestiva/generalidades-sobre-la-hemorragia-digestiva>
2. González N, Pimentel F. Crovari F. Capítulo 23: Hemorragia digestiva baja. Manual de patología quirúrgica. Primera edición. Ediciones UC. Universidad de Chile. Chile (2015). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Yny_nGwS15qJ:sintesis.med.uchile.cl/index.php/component/content/article/101-manual-de-urgencias/1873-hemorragia-digestiva-alta-y-baja?Itemid%3D101&hl=es-419&gl=ve&strip=0&vwsr=0
3. Ebert R., Stead E., Gibson J. Reponse of normal subjets to acute blood loss. Archivos internos de medicina, Unidad de Radioisótopos, Hospital de Veteranos, Nueva York, EEUU. (2020). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1804546/pdf/bullnyacadmed00415-0030.pdf>
4. Galindo, F. Hemorragia digestiva. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva, Capítulo I-126, pág. 1-19. Argentina (2019). Disponible en: www.sacd.org.ar
5. Ures, A., Lapiedra D. Hemorragia digestiva alta. Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la República. Uruguay (2018). Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Hemorragia_digestiva_alta_CQFM.pdf
6. Miño, G., Soriano, A., González, A. y cols. Hemorragia digestiva baja grave. Rev And Patol Digest, (2016). Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=020981&pid=S1816-8949201500010000200005&lng=en
7. Baker, R., Senagore, A. La colectomía abdominal ofrece un manejo seguro para el sangrado gastrointestinal inferior masivo. Am J. Surg (2014). Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492015000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Jorquera, S., Valiente, R., Vázquez, S y cols. Hemorragia digestiva: Revisión bibliográfica. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XVI. Número 6. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, España. (2021). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hemorragia-digestiva-alta-revision-bibliografica/>
9. Robles, Y., Rodríguez, Y. y Solarana, J. Caracterización de pacientes atendidos por hemorragia digestiva alta. Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México. (2019). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2019/ccm193i.pdf>
10. Otero, W., Hemorragia digestiva alta no varicosa: ¿Cuál es la evidencia en 2018?. Revista colombiana de Gastroenterología. Suplemento 1. Volumen 33 - Número 2 (2018). Disponible en: <https://www.gastrocol.com/file/Revista/Suplemento1-Vol33n2-GuiaUrgenciasGastro.pdf>
11. Cuartas, Y., Martínez, L. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. Revista apoyada por los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. Antioquia. Colombia (2020). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v33n3/0121-0319-muis-33-03-9.pdf>
12. Martínez, G., Figueroa, P., Toro, J. y cols. Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Revista de cirugía, Vol. 73, Num. 6. Sociedad de Cirujanos de Chile (2021). Disponible en: <https://revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/1132>
13. Burgos, J. Hemorragia digestiva baja: Manejo en urgencias. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay (2016). Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492015000100002
14. Moreira, O., Rodríguez, Z., Manzano E. y cols. Factores asociados a la mortalidad por sangrado digestivo alto variceal. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba - Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora". Santiago de Cuba, Cuba. (2018). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2018/hcm186h.pdf>

15. Zamora, J., Maturana V. Tratamiento quirúrgico de la hemorragia digestiva alta por enfermedad de Dieulafoy. Servicio de Emergencias Sanitarias, Alicante, España (2020). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822020000100113
16. Rodríguez, N., Kuan, H., Ortiz D. y cols. Hemorragia digestiva masiva como manifestación de tumor mucinoso apendicular: Reporte de caso. Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia (2020) disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2020/ce204f.pdf>
17. Kurien M., Lobo A. Acute upper gastrointestinal bleeding. Clin Med, Londres (2015). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4953237/>
18. Siau K., Chapman W., Sharma N. y cols. Management of acute upper GI bleeding: an update. JR Coll Physicians Edinb (2017). Disponible en: https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/jrcpe_47_3_bhala.pdf
19. Dirweesh A., Chikezie A., Khan M. y cols. Postural syncope and constipation: An unusual presentation of a duodenal Dieulafoy's lesion. Case Rep Gastrointest Med (2017). Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2017/6983434>.
20. Oakland K., Chadwick G., East J. y cols. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: Guidelines from the British Society of Gastroenterology. Gran Bretaña (2019). Disponible en: <https://gut.bmj.com/content/gutjnl/68/5/776.full.pdf>
21. Fernández V. Protocolo de manejo de las hemorragias digestivas altas. Revista Área Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España (2020). Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/hemorragias.htm

ANEXO A

FICHA DE REGISTRO

| HISTORIA | | FECHA | |
|--|--------------|----------------------------------|------------|
| Características epidemiológicas | | | |
| Edad | | Sexo | |
| Características clínicas | | | |
| Tipo de sangrado | Hematemesis | Aparición | Primera |
| | Melena | | Resangrado |
| | Rectorragia | | |
| | Hematoquecia | | |
| Síntomas manifestados | | Signos clínicos al examen físico | |
| | | | |
| | | | |
| Valores de laboratorio | Hemoglobina | Método diagnóstico empleado | Ecografía |
| | Hematocrito | | Tomografía |
| | | | Endoscopia |
| Diagnostico etiológico | | | |
| Características quirúrgicas | | | |
| Hallazgos quirúrgicos | | Técnicas quirúrgicas empleadas | |
| | | | |
| | | | |