

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**ULCERA PEPTICA SANGRANTE: PERFIL CLINICO
EPIDEMIOLOGICO Y TERAPEUTICO**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

IVA BENIGNA HERRERA PALOMINO

LIMA – PERÚ
2006

DEDICATORIAS

A mi Padre: Dios, y a los Padres que él me dió:
Benigna y Emilio

A mis hermanos: Julia, Haydee, Luis, Margarita,
Pablo y Rossana

A mi mejor amigo: José Manzanares, por ser como es,
por enseñarme y darme una verdadera amistad

A mis eternos amigos del colegio: Carmen, Oscar, Christian, Desire,
Erlym, Carlos, Clara, Italo y Paola

A los amigos que cultivé en la universidad: Pedro, Silvana,
Miriam, Luzmila, Joe, María Teresa y Josué

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Oscar Frisancho Velarde, asesor del presente trabajo, por su gran disponibilidad, su buen carácter, sus consejos, su orientación y todo el apoyo brindado.

Mi eterno agradecimiento Al Dr. Álvaro Chábes y Suárez, por su gran Humanidad, por sus valiosos consejos y enseñanzas, por el gran apoyo y ayuda brindada para la realización y culminación del presente trabajo.

A la Dra. María Villanueva Campos, un gran agradecimiento por su valioso apoyo, sus consejos y orientación.

Al Dr. Manuel García Rojas, por su exigencia y el apoyo brindado en la culminación del presente trabajo.

RESUMEN

Introducción: La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) por Úlcera Péptica constituye un problema de emergencia médica y quirúrgica que abarca una gran importancia clínica y sanitaria, a pesar de los cambios que han existido en los últimos años en el conocimiento y manejo de esta patología la tasa de mortalidad global es del 4.5% y la necesidad quirúrgica del 5.5%. La HDA representa el 83% de ingresos en la Unidad de Hemorragia Digestiva (UHD) del HNERM. La Úlcera Péptica Sangrante (UPS) es la causa más frecuente, siendo la Úlcera Duodenal (UD) la que predomina sobre la Gástrica (UG), 30 y 24% respectivamente. La UHD es una unidad especializada en el manejo de estos pacientes críticos, donde el 66% supera los 60 años y el 15% los 80 años.

Objetivo: Determinar el perfil clínico, epidemiológico, y terapéutico de los pacientes con diagnóstico endoscópico de Úlcera Péptica Sangrante en el HNERM.

Materiales y método: El presente trabajo es un estudio prospectivo-descriptivo realizado en la UHD del HNERM. Se consideraron 41 pacientes que ingresaron con cuadro de Hemorragia Digestiva Alta y diagnóstico endoscópico de Úlcera Péptica Sangrante, entre los meses de Junio del 2005 y Setiembre del 2006. Se evaluaron las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas del total de pacientes reportados.

Resultados: La Úlcera Péptica Sangrante predominó en el sexo masculino (85%) y en el grupo de pacientes con edades de 70 a 79 años (36.7%). La Úlcera Duodenal fue la causa más frecuente de sangrado por Úlcera Péptica, siendo más frecuente la melena (53.4%). Un gran número de pacientes presentó antecedentes personales, predominando dentro de estos

la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en días previos al sangrado (65%), seguido de la presencia de enfermedades concomitantes (61.7%). La UPS se presentó acompañado de dolor abdominal en el 55%, el tipo de dolor abdominal más frecuente fue el ardor (48.3%) y su localización predominante fue el epigastrio (84.8%). El estadios Forrest que predominaron fueron III y IIa, con el 27.8% respectivamente. El tratamiento combinado médico-endoscópico fue el más utilizado en los pacientes con UPS (70%), siendo la medicación antisecretora mayormente administrada, el omeprazol (81.7%) y el tratamiento endoscópico más empleado en nuestro estudio, la inyección de adrenalina 1/10 000 más electrocoagulación con probeta caliente (69%).

Conclusiones: La UPS es más frecuente en el sexo masculino y en épocas más tardías de la vida y se asocia frecuentemente a la ingesta previa de AINES. El síntoma digestivo más predominante en su presentación es el dolor abdominal tipo ardor y localizado en el epigastrio. Su causa fundamental es la Úlcera duodenal y se presenta como melena en la gran mayoría de casos. El tratamiento médico-endoscópico es la terapia más utilizada en el manejo y control del sangrado.

Summary :

Introduction: Upper gastrointestinal hemorrhage (UGH) due to peptic ulcer constitute a medical emergency medical problem and surgery that includes a great clinic and sanitary importance, despite all the substitution that have existed in the last years, in the cognizance and handling of this pathology, the global measure of mortality is 4.5 % and the surgery necessity of 5.5%. That had corresponded to 83% of the incomes in the Gastrointestinal Bleeding Unit (GBU) from “Edgardo Rebagliati Martins” National Hospital (ERMNH). Bleeding peptic ulcer (BPU) is the commonest cause, being the duodenum ulcer (DU) higher than gastric ulcer (GU), 30 and 24% concerning itself. The GBU is the unity specialized in the management of these critical patients, where the 66% are over 60 years old and the 15% 80 years old.

Objective : To determine the clinical, epidemiological and therapeutic profile in patients with diagnostic from endoscopies of bleeding peptic ulcer in the ERMNH.

Materials and Method: This is a prospective and descriptive study realized in the GBU of the ERMNH. Sixty patients admitted for upper gastrointestinal bleeding who presented endoscopic diagnostic of bleeding peptic ulcer between June 2005 and September 2006 were considered. Clinical, epidemiological and therapeutic features of patients reported were evaluated.

Results: Bleeding Peptic ulcer prevailed in the masculine genre (85%) and in the patients group with the ages from 70 to 79 years (36.7%). Duodenal ulcer was the commonest cause of bleeding due to peptic ulcer (48.3%). melena was the most frequent bleeding peptic ulcer presentation (53.4%). A great number of patients presented personal precedents, previous

nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) consume (65%) and presence of concomitant diseases (61.7%) were the most frequent.

Bleeding peptic ulcer has presented to keeping with the abdominal pain in the 55%, Burning was the most frequent type of the abdominal pain (48.3%) and the epigastrium was the predominant location (84.8%). The Forrest III and IIa were the most frequent classifications. The combined treatment medical-endoscopic was the most used in the patients with BPU (70%), The omeprazole (81.7%) was the antisecretory medication majoritary administrated and the injection of adrenaline 1/10 000 and electrocoagulation with heater probe was the most used endoscopic treatment (69%).

Conclusion : BPU is more frequent in the masculine genre and in more tardy ages of the life and its frequently associated to a previous ingest of NSAIDs. Burning was the most frequent type of the abdominal pain (48.3%) and the epigastrium was the predominant location. Melena was the most frequent bleeding peptic ulcer presentation. Duodenal ulcer was the commonest cause of bleeding due to peptic ulcer. The treatment medical-endoscopic was the most used therapy in the management and control of bleeding .

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
MARCO TEÓRICO.....	9
MATERIALES Y MÉTODO.....	23
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	69
CONCLUSIONES.....	83
LITERATURA CITADA.....	85

I. INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) por Úlcera Péptica (UP) constituye un problema de emergencia médica y quirúrgica por lo que requiere nuestra atención como médicos generales. La Úlcera Péptica Sangrante (UPS) es un problema de salud de elevada frecuencia y causa de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etáreos, reviste una gran importancia clínica y sanitaria, a pesar de los cambios que han existido en los últimos años en el conocimiento y manejo de esta patología (Toledo y col. (2004).

La HDA representa el 83% de ingresos en la Unidad de Hemorragia Digestiva (UHD) del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), con una mortalidad global del 4.5%, una necesidad quirúrgica del 5.5%, en una unidad especializada en el manejo de estos pacientes críticos, donde el 66% supera los 60 años y el 15% los 80 años, determinando una población de riesgo. La causa más frecuente de la HDA es la UPS con 54%. A predominio de la Úlcera Duodenal (UD) en el 30% sobre la Úlcera Gástrica (UG) en el 24% (Velásquez y col. (2001))

Cuando se hace referencia a una entidad como la Úlcera Péptica surge una reflexión inmediata: los médicos son los principales receptores de los pacientes que padecen esta enfermedad (De Lima y Rengifo (1996)).

Aunque con limitaciones metodológicas, se calcula que de un 15 a un 25% de los sujetos que acuden a sus consultas con síntomas dispépticos presentan una úlcera gastroduodenal. Esta circunstancia, unida al costo derivado del diagnóstico y tratamiento de esta entidad, viene a reforzar la necesidad de establecer un buen diagnóstico clínico y epidemiológico, que debe aplicarse desde la consulta médica, con el fin de identificar los factores

que pueden llevar al riesgo de que la enfermedad ulcerosa presente una de sus complicaciones más frecuentes como es el sangrado (Debognie (1999)).

En la enfermedad ulcerosa habitualmente existe una larga historia sintomatológica, pero en un grupo de estos pacientes la complicación constituye el primer síntoma de la enfermedad. Por otro lado, los pacientes que han desarrollado una complicación presentan mayor riesgo de presentar una recidiva así como de presentar otra complicación (Arbery y Arango (1998)).

Debido a la importancia y actualidad del tema refrendada por los cambios que se han suscitado en los últimos años, destacando de forma notoria entre ellos el incremento de la edad en los enfermos sangrantes, las posibles modificaciones en la frecuencia y distribución etiológica de las úlceras pépticas sangrantes debido al mayor consumo de AINES, la identificación de ciertos pronósticos clínicos y endoscópicos capaces de predecir con bastante exactitud la evolución y mortalidad de la hemorragia digestiva alta por úlcera péptica sangrante es que esta requiere un diagnóstico adecuado, manejo y tratamiento conjunto, oportuno y considerando que existen factores de riesgo que pueden agravar al paciente es que se decide realizar este estudio de Úlcera Péptica Sangrante enfocándolo desde el punto de vista, clínico, epidemiológico y terapéutico con el fin de brindar un aporte para su mejor conocimiento y posterior manejo.

El objetivo principal del presente trabajo fue:

Determinar el perfil clínico, epidemiológico y terapéutico en pacientes con Úlcera Péptica Sangrante del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el período comprendido entre junio del 2005 a setiembre del 2006.

II. ANTECEDENTES

2.1 INVESTIGACIONES HECHAS EN EL PERÚ

Con respecto al tema existen diversos estudios, muchos de ellos aislados, los cuales tratan sobre un perfil o características determinadas de la Úlcera Péptica Sangrante, la mayoría de los trabajos incluyen y estudian esta patología como una de las causas de la Hemorragia Digestiva Alta.

- Salvatierra y col. (2006) realizaron en Lima Metropolitana un estudio prospectivo, descriptivo y analítico que abarcó desde el 15 de enero del 2003 hasta el 31 de enero del 2004, reuniendo todos los casos de Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos, se evaluaron a 117 pacientes, de los cuales 63 (54%) consumían AINES, principalmente aspirina (60%), ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15.8%); el 31% consumieron simultáneamente más de un AINE. El 65% del grupo-AINES tenía más de 60 años. Las especialidades que más recetaron AINES fueron cardiología, medicina interna y reumatología; sin embargo 55.4% los consumieron sin prescripción médica. La úlcera gástrica fue más frecuente en el grupo-AINES 31 (49%) y la duodenal en el grupo no-AINES 32 (59%). La presentación clínica (en el grupo-AINES) con la presencia de síndrome ulceroso y hematemesis fue significativa. Se concluyó que la frecuencia de HDA no variceal asociada al uso de AINES es alta en Lima Metropolitana, especialmente en el adulto mayor, siendo la lesión más importante la úlcera péptica, principalmente la gástrica.

- Velásquez y col. (2001) efectuaron en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Edgardo Rebagliati Martins un estudio clínico, prospectivo y observacional, iniciado el 1ro. de Agosto del 2000 y terminado el 28 de febrero del 2001, cuyo objetivo fue evaluar el empleo de pantoprazol endovenoso por 72 horas y vía oral por 21 días en el tratamiento de la enfermedad ácido péptica complicada con hemorragia digestiva después del tratamiento endoscópico con inyección de epinefrina 1/10000, monoetanolamina al 2.5% y/o electrocoagulación con probeta caliente. De los 50 pacientes estudiados , 36 fueron varones y 14 mujeres, con un grupo etáreo del 54% que superó los 60 años y el 14% los 80 años, 33 úlceras duodenales sangrantes y 17 gástricas fueron tratados endoscópicamente con una hemostasia inicial del 98%, administrándose luego pantoprazol ev 40mg./día por 72 horas y 21 días por vía oral. La tasa de resangrado fue del 2% y el índice de cicatrización en el seguimiento a 21 días fue de 87.5%, pero 5 pacientes completaron otros 21 días de tratamiento (6ta semana) con un 94% de cicatrización. No hubo muertes ni cirugía en la serie reportada.
- Frisancho y col. (2001) llevaron a cabo un estudio prospectivo, con el objetivo de averiguar la frecuencia y las características de la hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de AINES en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Rebagliati Martins, durante el período del 1 de enero al 30 de junio del 2001. Se evaluaron 65 pacientes, de ellos 45 (69.2%) se asociaron a consumo de AINES previo al sangrado. En los 45 pacientes incluidos en el estudio, se observó mayor frecuencia en el sexo masculino (66.6%) y en el grupo etáreo entre los 60 a 70 años (35.5%). El 33.3% tenía antecedente de úlcera péptica; el 62.2% debutó con hematemesis y

melena, 48.4% refirió leve dolor epigástrico. El AINES más utilizado fue la aspirina 13 (28.8%). 31 pacientes (68.8%) consumieron un AINE, mientras que el 31.2% consumió más de 2 AINES. Las lesiones más frecuentes fueron úlcera duodenal (48.8%) y úlcera gástrica (31.3%). La localización más frecuente de la úlcera duodenal estuvo en el bulbo (59.1%), en la úlcera gástrica en cuerpo de cara posterior (50%) y antro cara anterior (50%). La terapia endoscópica más utilizada fue la combinada (adrenalina y probeta caliente) 37%, no requirieron tratamiento endoscópico el 44.6%. Al evaluar la clasificación de Forrest, se encontró Forrest Ila en 11 pacientes (24.4%), Forrest III en 9 (20%) y Forrest IIc en 7 (15.5%).

- Perez y Kianman (2000) reportan los resultados del tratamiento con inyección endoscópica utilizando adrenalina al 1/10000 en 58 pacientes con úlcera péptica sangrante del Hospital Víctor Lazarte Echegaray en Trujillo durante el año 2000, obteniéndose las siguientes conclusiones: La úlcera péptica tipo Forrest Ib y Ila han sido las lesiones con mayor terapia con inyección endoscópica, la terapia con inyección endoscópica es un procedimiento útil en el tratamiento de la hemorragia por úlcera péptica con alto riesgo de recurrencia de sangrado, habiéndose obtenido hemostasia endoscópica definitiva en el 100% de los casos, se disminuyó la mortalidad significativamente y en el orden económico-social (sangre transfundida, estancia hospitalaria e intervenciones quirúrgicas) se evidenciaron notables beneficios.

2.2 INVESTIGACIONES HECHAS EN EL EXTRANJERO

- En Cuba, Toledo y col. (2002), procedieron a realizar un estudio prospectivo-descriptivo caracterizando clínicamente a los pacientes a los cuales se les realizó esofagogastroduodenoscopia por presentar sangramiento digestivo alto en los servicios de Gastroenterología de los Hospitales clínicos quirúrgicos 10 de Octubre y Miguel Enríquez en el periodo comprendido entre abril-octubre del 2002. Se evaluaron a 209 pacientes predominando en ellos el sexo femenino (64.11%) y en el grupo de pacientes con edades de 60 años y más (48.32%). La causa más frecuente de hemorragia fue la úlcera duodenal (38.27%), siendo más frecuente la melena (50.7%). Un gran número de pacientes presentó antecedentes personales, predominado dentro de estos la ingestión de AINES en días previos al sangrado lo que representó un 39.13%, seguido de la ingestión de bebidas alcohólicas (23.44%). El estadio Forrest que predominó en los pacientes con úlcera péptica sangrante fue el IIc.

En España existen diversas publicaciones relacionados a la úlcera péptica sangrante:

- García y col. (2001) hicieron un estudio retrospectivo cuyo objetivo fue analizar la eficacia de la terapéutica endoscópica en enfermos con alto riesgo de persistencia o recidiva del sangrado por úlcera gástrica y determinar los factores asociados al fracaso de esta técnica. Se analizaron a 208 enfermos ingresados con sangrado activo o estigmas recientes de sangrado por úlcera gástrica en la Unidad Clínica de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba) entre enero de 1992 y diciembre del 2001. Los enfermos recibieron terapéutica endoscópica con inyección de adrenalina al 1/10000,

termocoagulación con sonda caliente o tratamiento combinado con ambos. La edad media fue de 65 ± 14 años y la mayoría eran varones (65%). La forma de presentación más frecuente fueron las deposiciones melénicas, en un 66% (128). La úlcera se situó en la porción alta del estómago (fundus, cuerpo o incisura) en 96 enfermos (46%). La lesión endoscópica más frecuente fue globalmente el Forrest II (150 enfermos). La hemostasia definitiva se logró tras la terapéutica inicial en 181 (87%) de los enfermos. La eficacia de una segunda terapia aumentó el porcentaje de hemostasia a un 91% de los casos. Un total de 16 enfermos (8%) requirió cirugía urgente. Las variables que se asociaron independientemente al fallo terapéutico inicial fueron: la repercusión hemodinámica en el momento del ingreso, la necesidad de transfusión de hemoderivados previos a la endoscopia, la localización alta de la úlcera gástrica y la terapéutica endoscópica no satisfactoria. En este estudio se llegó a la conclusión de que estas variables podrían identificar de forma temprana a un subgrupo de enfermos, lo que permitiría llevar a cabo una mayor vigilancia médico-quirúrgica, así como ofrecerles otras alternativas terapéuticas.

- Gisbert y col. (2000) llevaron a cabo un análisis retrospectivo de todos los episodios de HDA de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa (Madrid) desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2000. Se identificó a 156 pacientes, con una edad media de 61 años. La presentación más frecuente fue en forma de melena (79%). La lesión más frecuente fue la úlcera duodenal (52%), seguida de la úlcera gástrica (30%). La primera se localizó preferentemente en la cara anterior del bulbo (62%), mientras que la localización más habitual de la segunda fue el antro gástrico (45%). El 37% requirió transfusión de hemoderivados,

siendo de 3.7 el número medio de concentrados de hematíes transfundidos en ellos, la lesión endoscópica más frecuente fue globalmente el Forrest II (48.6%). El 46% tenía enfermedades asociadas y el 50% recibía gastroerosivos. La HDA evolucionó desfavorablemente en el 7% de los casos. En el análisis multivariante las variables que se asociaron a una evolución desfavorable fueron la edad, la presentación como hematemesis, una presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg, una frecuencia cardíaca ≥ 100 lat/min y una clasificación endoscópica de Forrest I.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 ÚLCERA PÉPTICA

3.1.1 GENERALIDADES:

La Úlcera se define como una pérdida de la integridad de la mucosa del estómago o del duodeno que produce un defecto local o excavación a causa de una inflamación activa. (Harrison 1998). Las Úlceras Pépticas producen defectos en la mucosa gastrointestinal que se extienden a través de la muscularis mucosae en relación a la actividad ácido péptica en el jugo gástrico, son usualmente acompañadas por inflamación localizada y difusa sobre la mucosa gastrointestinal (Zegarra (2000)).

El concepto de úlcera péptica en la actualidad va unido a dos aspectos etiológicos íntimamente relacionados, la infección por *Helicobacter pylori* y el consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), existiendo otros agentes etiológicos menos frecuentes (Huang y col. (2002)).

La Úlcera Péptica Sangrante es la causa más frecuente en el origen del sangrado digestivo alto, siendo la Úlcera Duodenal la que predomina sobre la Gástrica (Toledo y col. 2004)), esta complicación se presenta en aproximadamente 10-20% de los pacientes ulcerosos manifestándose habitualmente como hematemesis, melenas o hematoquecia, acompañadas o no de sintomatología vegetativa (sudoración, palidez, frialdad, etc) (De Lima y Rengifo (1996)). En algunos casos puede manifestarse como una anemia crónica, en más del 60% de los pacientes es posible constatar la ingesta previa de AINES o aspirina (Basto y col. (2005)).

Se ha observado que esta complicación se presenta en el 1% de los tomadores de AINES cada año (Bustamante y Ponce (2004)).

3.1.2 EPIDEMIOLOGÍA:

En los Estados Unidos se diagnostican 500.000 casos nuevos de Úlcera Péptica cada año, con 4 millones de recurrencias, una mortalidad del 2% y una prevalencia del 1,8% en ambos sexos (Farreras (1996)).

Según Regis y col. (1999) la HDA representa el 90% y la hemorragia digestiva baja el 10% de las hemorragias de la vía gastrointestinal. La primera se produce en un 45% en personas mayores de 60 años, con una relación varón/mujer de 2:1 y tiene una mortalidad que fluctúa entre el 5 y 10% en la hemorragia no variceal. En el Perú la incidencia es de 45-145 por 100 000 habitantes. Del total de casos de HDA, un 45% se producen por Úlcera Péptica. La mayor incidencia de la Úlcera gástrica ocurre en la sexta década de la vida, aproximadamente 10 años más que en la Úlcera Duodenal. Poco más del 50% de casos de la Úlcera Duodenal ocurre en el sexo masculino a diferencia del sexo femenino.

Velásquez y col. (1997) manifiestan que la edad de aparición de la UPS ha aumentado, en los últimos años, de tal forma que en la actualidad más de un 45% de los pacientes sangrantes tienen más de 60 años. Otros estudios indican que las necesidades de cirugía oscilan entre un 15 y un 30% y que la mortalidad asociada al sangramiento en sentido general es de un 10% aproximadamente. Índices más bajos de mortalidad han sido reportados para pacientes admitidos en hospitales que tiene un grupo especializado en el tratamiento de pacientes sangrantes, con especial interés y experiencia en el manejo de los mismos (Arbery Y Arango (1998)).

Las úlceras se producen un poco más a menudo en varones que en mujeres (1.3:1). Aunque las úlceras pueden producirse en cualquier grupo de edad, las Úlceras Duodenales se presentan más entre los 30 y 55 años de edad, mientras que las Úlceras Gástricas son más frecuentes entre los 55 y los 70 años. (Toledo y col. (2004))

La prevalencia de por vida es de 11 a 14% en varones y de 8 a 11% en las mujeres. (Zegarra (2000))

Según datos estadísticos correspondientes a los años 1980 en España la prevalencia de la enfermedad ulcerosa péptica se sitúa en torno al 10-15% de la población, es decir que el 10-15% de la población tendrá a lo largo de su vida una úlcera péptica. Esta prevalencia se incrementa en un 5% si se consideran únicamente los pacientes infectados por *H. pylori*. Además, la incidencia de esta enfermedad, es decir el número de casos nuevos anuales, es del 1% para la úlcera duodenal y entre el 0,3-0,4% para la úlcera gástrica. Se ha calculado la mortalidad por esta enfermedad en el 2-3/100.000 habitantes / año. Cuando se ajusta la mortalidad a la edad, la cifra es baja, excepto en los enfermos mayores de 65 años. En cuanto a edad y sexo, la prevalencia de por vida es de 11 a 14% en varones y de 8 a 11% en las mujeres (García y col. (2003))

La causa más frecuente de hemorragia digestiva alta es la Úlcera Péptica, la misma que esta influenciada por espacios geográficos y factores como:

- Genéticos: Herencia poli génica y heterogeneidad.
- Ambientales: Cigarrillo, AINES, café y alcohol.
- Endógenos: Secreción ácida y resistencia de la mucosa gástrica.
- Exógenos: Helicobacter Pylori.

Con estas evidencias se reafirma el carácter multifactorial de la Úlcera Péptica y su complicación más frecuente: la Hemorragia Digestiva Alta (De Lima y Rengifo (1996)).

Este incremento en la Úlcera Péptica Sangrante, más acusado como hemos mencionado en el caso de la úlcera gástrica, probablemente sea debido a la amplia utilización a nivel mundial de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y al aumento de la edad media de la población general. El subgrupo de pacientes en quienes la mortalidad continúa con poca modificación son los mayores de 60 años, y los que padecen enfermedades concomitantes (Arbery y Arango (1998)).

En un meta- análisis donde se recopilaron todos los estudios observacionales sobre la prevalencia de enfermedad péptica en adultos que consumen AINES, o la prevalencia de infección de H. pylori y consumo de AINES en pacientes con Úlcera Péptica Sangrante, se observó que la infección por H. pylori y el consumo de AINES aumentan la probabilidad de sangrado de la úlcera en 1,79 y 4,85 veces, respectivamente. Cuando los dos factores están presentes el riesgo de sangrado aumenta en 6,13 veces. Por otra parte podemos decir que en la bibliografía consultada se plantea que la administración simultánea de corticoides aumenta el riesgo ulceroso en 1,83 por ciento (Laine y Peterson (1994)).

3.1.3 ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA ÚLCERA PÉPTICA :

Las úlceras se definen como una pérdida de la superficie de la mucosa mayor de 5 mm de tamaño, que en profundidad alcanza la submucosa. (Harrison (1998)). si bien la mayoría tienen un diámetro inferior a los 2 cm. Pueden ser únicas o menos frecuentemente múltiples, en este último caso suelen relacionarse con la toma de fármacos (AINES). Su localización se

sitúa allí en donde existe secreción de ácido péptico y/o mucosa gástrica ectópica. Situándose en el caso de la úlcera gástrica en el límite entre la gastritis antral y la porción secretora del cuerpo. En el 90% de los casos se localizan bien en estómago o en duodeno, aunque en un 9% pueden localizarse en ambas (De Lima y Rengifo (1996))

La úlcera gástrica suele ser única redondeada u oval, aunque puede ser lineal y su diámetro es en general menor de 3 cm. Puede parecer en cualquier porción del estómago, pero en más de la mitad de los casos se localiza a lo largo de la curvatura menor, cerca de la incisura angular en la unión del cuerpo con el antro gástrico. La úlcera gástrica se asocia a úlcera duodenal en el 10% de los casos. La úlcera duodenal suele tener menos de 2 cm de diámetro y en más del 90% de los casos se localiza en el bulbo duodenal, con mayor frecuencia en la pared anterior (De Lima y Rengifo (1996)).

En algunos casos aparecen simultáneamente úlceras en las paredes anterior y posterior (Kissing ulcers). Las úlceras posbulbares se observan a menudo en los estados hipersecretorios. Cuando existe una infección asociada por *H. pylori* suele asociarse una gastritis crónica, que en el caso de la úlcera duodenal tiene predominio antral y no cursa con atrofia de la mucosa; y en el caso de la úlcera gástrica, acostumbra a tratarse de una pangastritis con focos de atrofia. Además, en los pacientes con úlcera duodenal suele existir a nivel del duodeno metaplasia gástrica, lo que favorece su sobreinfección por *H. pylori*. Por el contrario, en las úlceras secundarias a la ingesta de AINES no suele existir un cuadro inflamatorio de la pared gástrica, a no ser que se asocie también una infección por *H. Pylori*. (Farreras (1996), Huang y col. (2002)).

3.1.4 CUADRO CLÍNICO :

El síntoma clínico fundamental en la enfermedad ulcerosa péptica es el dolor abdominal (Farreras (1996), Harrison (1998)) que en las dos terceras partes de los pacientes se localiza en epigastrio, aunque también puede localizarse en hipogastrio, en hipocondrio derecho o izquierdo, pudiéndose irradiar a espalda y suele describirse como ardor, dolor corrosivo o sensación de hambre dolorosa (Farreras (1996)).

El dolor suele desencadenarse con la ingesta de ácido, grasas, especias, AINES, distensión gástrica y otros estímulos químicos. Habitualmente tiene un carácter urente, apareciendo a la hora o tres horas tras la ingesta y por la noche. El dolor suele aliviarse de modo característico con la ingesta de alimentos y los alcalinos, aunque en ocasiones no es así. Cursa por temporadas, habitualmente con periodicidad estacional con periodos intercríticos de alivio. No obstante, este cuadro clínico sólo se presenta en el 70% de las úlceras duodenales y en menos del 50% de las úlceras gástricas (Harrison (1998)).

Es importante conocer que en una parte de los pacientes curados puede persistir el dolor. Además del dolor, pueden presentarse otros síntomas como las náuseas y los vómitos, Existen una serie de síntomas que hacen sugerir la aparición de complicaciones, como son la presencia de hematemesis, melenas o hematoquecia acompañadas o no de sintomatología vegetativa (sudoración, palidez, frialdad, etc.) con diversos grados de alteración hemodinámica dependiendo de su localización, velocidad y cuantía de la pérdida sanguínea que son diagnósticos de un episodio de hemorragia digestiva; y un dolor abdominal que de modo repentino se incrementa haciéndose difuso por todo el abdomen, sugerente de una perforación. Se ha visto que la clínica puede debutar en forma de una

complicación (por ejemplo una hemorragia digestiva alta) en un paciente previamente asintomático. Este último hecho descrito es relativamente frecuente en las úlceras por ingesta de fármacos AINES (Farreras (1996), Harrison (1998), Quirk y Friedman (1999)).

La exploración física de la úlcera péptica complicada puede revelar dolor a la palpación profunda en el epigastrio. La evaluación clínica nos permite orientar el tratamiento en la admisión de estos pacientes. Los pacientes con alteraciones hemodinámicas severas deberán permanecer en la sala de emergencia ambulatoria para ser compensados hemodinámicamente. La edad del paciente es muy importante, pues generalmente los pacientes ancianos presentan enfermedades concomitantes, se encuentran desnutridos, con una alimentación inadecuada y una disminución de la velocidad de síntesis de proteínas, responden mal a una agresión metabólica y también tienen comprometida la respuesta inmunológica en virtud de una disminución de la eficiencia de la transcripción de genes específicos. Tienen mucha dificultad para compensar el estado de shock. Este estado aparece con mucha facilidad, pero es muy difícil compensarlo (Gisbert y col. (2002)).

Las características clínicas relacionadas con el episodio de sangrado, proporcionan una información pronóstica valiosa. La tasa de resangrado en úlcera péptica sangrante (UPS) varía en los diferentes estudios del 10 – 30%. Existen numerosos factores clínicos y de laboratorio que se han correlacionado con el riesgo de resangrado: edad avanzada , coagulopatía , inestabilidad hemodinámica, inicio del sangrado intrahemorragico, hematemesis repetitiva, hipertensión portal, enfermedad concomitante previa y anemia severa, pero el mejor predictor de resangrado en UPS son 2 variables seleccionadas como es la presencia de shock y la apariencia

endoscópica de la úlcera (Feu y col. (2003), García y col. (2003), Lau y col. (2000) Velásquez y col. (2001)).

3.1.5 DIAGNÓSTICO :

3.1.5.1 Evaluación de laboratorio

Los estudios de laboratorio deben incluir el conteo completo de las células sanguíneas, pruebas hepáticas, niveles de calcio séricos. El estudio del H. Pylori puede ser realizado por el estudio de la biopsia gástrica, serología sanguínea o por métodos no invasivos como el test de la ureasa (Zegarra (2000)).

3.1.5.2 Endoscopia.

La endoscopia en los casos de hemorragia digestiva alta es una técnica altamente sensible y relativamente fácil que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90 – 95%) con una morbilidad menor de 0,01% (Bjorkman (2000)). Se reconoce que tiene una sensibilidad del 98%, especificidad del 33%, con un 5% de falsos positivos y 37% de falsos negativos, también permite determinar la posibilidad de persistencia o recurrencia en los casos de úlceras sangrantes para lo cual puede ser útil la clasificación de Forrest (Toledo y col. (2004)).

3.1.5.2.1 Presencia de úlcera sangrante

Las Úlceras Gastroduodenales son la causa de sangrado digestivo alto más frecuentemente diagnosticada por endoscopia (Toledo y col. (2004), Zegarra (2000)). Esta complicación se da en un 15% de pacientes ulcerosos

Harrison (1998)) y según Feu y col. (2003) son los pacientes de edad avanzada los que presentan mayor susceptibilidad de sangrado.

Atendiendo al tipo de lesión observada endoscópicamente, Forrest y col. Establecieron la siguiente clasificación: Ia: Hemorragia a chorro, Ib: Hemorragia en sábana (Rezumamiento o escurrimiento), IIa: Lesión con vaso visible no sangrante, IIb: Lesión con coágulo adherido, IIc: Lesión con base negra (mancha plana), III: No signos de sangrado (Laine y Peterson (1994)), donde se habla de hemorragia activa en Ia y Ib, hemorragia reciente en IIa, IIb y IIc, y hemorragia inactiva en III (Velásquez y col. (2001)). Estas características endoscópicas de la hemorragia ulcerosa han probado ser predictores confiables de pronóstico clínico a corto plazo tales como el resangrado (Zegarra 2000)); así tenemos que las tasas de resangrado son 90-100% en sangrado activo (Ia), 20% cuando hay rezumamiento (Ib), 40-50% en el grupo (IIa), 20-30% con coágulo adherido (IIb), 10% en el grupo de (IIc) y 3% para el grupo (III), según la historia natural de la hemorragia (Velásquez (2001)).

3.1.6 TRATAMIENTO.

3.1.6.1 Médico

En la úlcera péptica sangrante hay entre un 80-85% de los pacientes, en el sangrado se detiene espontáneamente, sin ninguna intervención terapéutica. La meta terapéutica en estos pacientes es cicatrizar la úlcera e identificar el factor causante, AINES o *H.pylori*.

Diversos estudios *in vitro* indican que el ácido deteriora de forma importante los mecanismos hemostáticos y produce la digestión enzimática del coágulo. Cuando la úlcera lesiona un vaso sanguíneo las plaquetas se

adhieren a la membrana basal y liberan una serie de agentes que activan su agregación conduciendo a la agregación del trombo plaquetario. Este trombo primario dura unas horas, pero debe completarse con un coágulo de fibrina para ser completamente eficaz. Estas dos fases de la formación del coágulo se ven muy alteradas por el ácido gástrico. Este efecto parece deberse a la activación de pepsina más que a una acción directa del ácido sobre el coágulo. La actividad de la pepsina es máxima a un pH de 1.6, con un rango que va entre un pH de 1 de 4, de tal manera que la elevación del pH por encima de 4 suprime casi completamente su actividad lítica (Bustamante y Ponce (2004)).

Green y col. (1978) y Velásquez y col. (2001), afirman que tanto la coagulación como la agregación plaquetaria son altamente dependientes del pH y la hemostasia parece ser virtualmente imposible en pH menor de 5.4. Así el pH mayor de 4 es necesario para la prevención de la lisis del coágulo y el pH mayor de 6 es necesario para la hemostasia.

Desde el punto de vista farmacoterapéutico, se ha encontrado una relación entre reducción del ácido y mayor posibilidad del control de la hemorragia, habiéndose obtenido mejores resultados con los antagonistas de los receptores H₂ de la histamina y los inhibidores de bomba de protones. Entre estos últimos, el omeprazol fue el primero en aparecer y demostrar una actividad antisecretora superior a los antagonistas H₂ debido a que bloquea directamente la bomba de protones H⁺K⁺ATP y posee además capacidad protectora directa sobre las células epiteliales gástricas y las células del endotelio vascular humana agredida por los AINES (Regis y col. (1999)).

Los bloqueadores H₂ han sido ampliamente usados en los pacientes con hemorragia digestiva alta; sin embargo, un análisis de los estudios

publicados sobre estas drogas, mostró tendencias hacia reducciones en la tasa de resangrado sin llegar a detenerla, con la que se desarrolla tolerancia con una pérdida del control del pH en menos de 72 horas de una infusión continua (Velásquez y col. (2001)) por lo cual se llegó a la conclusión que la información no fue suficiente como para establecer la utilidad de dichos agentes farmacológicos, la investigación centró entonces su atención en el omeprazol, el más potente inhibidor de la secreción de ácido clorhídrico, debido a que puede reducir más de un 90% su secreción diaria (Regis y col. (1999)).

Feu y col. (2003) evaluaron la actividad antsecretoria de omeprazol IV (bolo 40 MG cada 8 a 12 horas, o infusión continua 3,3 mg/h) vs. ranitidina IV (bolo 50 MG cada 4 horas, o infusión de 12,5 mg/h) en pacientes con úlcera duodenal sangrante, y encontraron que todos los regímenes de omeprazol IV fueron superiores a la ranitidina para incrementar el pH durante 24 horas, así como para mantener un pH intragástrico por encima del rango proteolítico de la pepsina en los pacientes estudiados en esta serie reportada.

Según Regis y col. (1999) el omeprazol ha sido superior a la cimetidina y a la ranitidina en el tratamiento de la úlcera duodenal y la esofagitis, respecto al tiempo de curación y alivio del dolor.

En todo paciente que acude a emergencia por un sangrado gastrointestinal, se debe determinar su estado hemodinámico, la magnitud del sangrado y las condiciones médicas adyacentes que puedan complicar el pronóstico. Asimismo, debe lograrse la estabilidad hemodinámica y luego identificar la causa de la hemorragia para aplicar la terapéutica requerida. Es necesario monitorizar la diuresis, las funciones vitales, hemoglobina y hematócrito del paciente. La presencia de taquicardia y de hipotensión, requieren la administración inmediata de suero salino por vía IV y una

eventual transfusión sanguínea si el sangrado no es controlado (García y col. (2003), Gisbert y col. (2002)).

La adición de inhibidores de la bomba de protones, después del tratamiento endoscópico, disminuye aún más el riesgo de resangrado, como lo han demostrado recientes ensayos clínicos aleatorizados con omeprazol, 8 mg/hora, IV postratamiento endoscópico, durante los primeros tres días (Lau y col. (2000)

3.1.6.2 Endoscópico – Quirúrgico:

El uso de la endoscopia terapéutica para el control de la hemorragia digestiva alta como complicación de la úlcera péptica, ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud tan difícil, por lo que es muy importante identificar a los pacientes en quienes el sangrado continúa o reincide, ya que son candidatos para la terapia endoscópica de urgencia. Desde 1981 se considera la endoscopia como un método de tratamiento para determinadas lesiones superando los resultados de la medicación farmacológica (Cook y col. (1992), O' marubi y col. (2000)).

En los pacientes que continúan sangrando, el tratamiento endoscópico es el método de elección cuando tienen los estigmas endoscópicos que se asocian con resangrado . En dos recientes meta-análisis, se encontró que el tratamiento endoscópico disminuyó la mortalidad en 30-60% (Swain (1999)).

Hay distintas modalidades de tratamiento endoscópico como son; *los métodos térmicos*: Sonda multipolar, plasma de argón, sonda caliente, láser (Nd: YAG) y microondas; *la inyectoterapia*: con epinefrina, alcohol, etanolamina, polidocanol, trombina y fibrina y *los métodos mecánicos*:

Hemoclips, suturas, ligadura con bandas y endoloop (Savides y Jensen (2000)).

Según Lau y col. (2000) los métodos térmicos sellan el vaso sangrante y se pueden dividir en métodos de contacto y de no contacto. Las sondas térmicas de contacto incluyen la electrocoagulación multipolar y la sonda caliente. La electrocoagulación unipolar produce daño tisular impredecible y no es recomendable. Las sondas de contacto térmico utilizan el principio de "coagulación coaptiva" mediante la cual se ejerce una presión mecánica para comprimir las paredes del vaso y luego se aplica calor para sellar entre sí las paredes de ésta.

Los métodos térmicos más utilizados son la sonda caliente y la sonda de coagulación bi o multipolar. Tienen la ventaja de tener muy poco riesgo de producir quemaduras profundas y por lo tanto perforación, y además, según los expertos, de poder aplicar presión mecánica y coagulación tangencial (Cook y col. 1992)).

La terapia de inyección es el método más simple, barato y fácil de ejecutar. Para realizarlo sólo se necesita una aguja retráctil de esclerosis y la solución que se decida inyectar. Las soluciones más frecuentemente utilizadas han demostrado igual eficacia (alcohol absoluto, polidocanol, epinefrina 1:10.000 o 1:20.000 y solución salina normal). Comparados con placebos disminuyen significativamente las variables de desenlace usualmente estudiadas (Laine y Peterson (1994))

En la actualidad, se considera que la mejor opción es la terapia dual que combina la adrenalina con la terapia térmica (sonda caliente o coagulación bipolar). La aplicación inicial de adrenalina disminuye la severidad del sangrado, lo cual hace que la terapia térmica complementaria

se aplique con más exactitud en el vaso sangrante, ya que permite una mejor visualización del mismo. Varios ensayos han demostrado la superioridad de la terapia combinada con relación a las monoterapias, aunque en varios estudios la mortalidad fue similar en los grupos de monoterapia y terapia dual (Laine y Peterson (1994) Lau y col. (2000)).

Hui y col. (1991) y Male y col. (1999) han visto que la terapia endoscópica de inyectoterapia con adrenalina 1/10,000 y/o monoetanamina al 2.5%, probeta caliente y otros han demostrado ser una alternativa sumatoria en disminuir las tasas de resangrado, cirugía y morbimortalidad en los pacientes de alto riesgo . Sin embargo, los casos se deben individualizar con base en los estigmas de sangrado, ya que en algunos estudios las monoterapias con inyección o sondas térmicas dan resultados similares a los obtenidos al combinarlas en los pacientes con vasos visibles no sangrantes .

Los pacientes que no responden o son resistentes a la intervención endoscópica deben ser intervenidos quirúrgicamente (Cook y col. (1992)).

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas son las basadas en una vagotomía con o sin una resección de parte del estómago, ya que estas técnicas han demostrado ser las más efectivas, pues disminuyen las recidivas, tienen una mortalidad menor y son poco frecuentes las complicaciones. En una úlcera duodenal se suele practicar una vagotomía supraselectiva ó proximal asociada a una piloroplastía. Por el contrario, ante una úlcera gástrica la técnica a emplear dependerá del tipo de úlcera, su localización, las posibilidades técnicas y el grado de certeza sobre la benignidad de la misma (Arbery y Arango (1998), Debognie (1999)).

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio:

El estudio es clásico fundamentalmente de tipo descriptivo y abarca una serie de casos prospectivos.

4.2 Área de estudio:

Se seleccionó como área de estudio a la Unidad de Hemorragia Digestiva del servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en donde se recibe a los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta por Úlcera Péptica Sangrante, dicho servicio cuenta con personal altamente calificado para el manejo de dicha patología, entre ellos médicos gastroenterólogos, endoscopistas, residentes de la especialidad, personal de enfermería y técnico.

4.3 Universo y muestra:

El presente estudio tuvo como universo a todos los pacientes con cuadro de Hemorragia Digestiva Alta y diagnóstico endoscópico de Úlcera Péptica Sangrante. Dicho universo constituyó nuestra muestra de estudio. Durante el período comprendido entre los meses de Junio del 2005 a Setiembre del 2006 se estudiaron 60 pacientes de ambos sexos que ingresaron a la UHD del HNERM por Úlcera Péptica Sangrante.

4.4 Criterio de Inclusión:

Se incluyó en el estudio a todos los pacientes hospitalizados en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins por presentar diagnóstico endoscópico de Úlcera Péptica Sangrante durante el periodo comprendido entre Junio del 2005 a Setiembre del 2006

4.5 Criterio de exclusión:

Se excluyó en este estudio a todos los pacientes de la Unidad de Hemorragia Digestiva del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que no presentaron diagnóstico endoscópico de Úlcera Péptica Sangrante durante el periodo comprendido entre Junio del 2005 a Setiembre 2006

4.6 Variables y su medición:

4.6.1 Identificar las variables principales.

- Perfil clínico
- Perfil epidemiológico
- Perfil terapéutico.

3.6.2 Definición conceptual de las variables principales

- **Perfil clínico de los pacientes con Úlcera Péptica Sangrante:**
Se entiende por perfil clínico de la úlcera péptica sangrante a los signos, síntomas, examen clínico que unido a los exámenes de laboratorio, de diagnóstico se complementan. Como se sabe uno

de los fines fundamentales de la clínica médica es el diagnóstico del que derivaran elementos importantes para el pronóstico y tratamiento.

- **Perfil epidemiológico de los pacientes con Úlcera Péptica Sangrante:** Son los factores biológicos (edad y sexo) y los factores que están relacionados con la aparición del problema (factores de riesgo), se tomó solo aquellos que han sido observados en los pacientes.
- **Perfil terapéutico de los pacientes con Úlcera Péptica Sangrante:** Se refiere al tipo de tratamiento que recibirán los pacientes, enfocando y determinando en el estudio la terapéutica farmacológica, endoscópica y quirúrgica.

4.7 Definición operacional y medición de las variables:

4.7.1 Perfil Clínico.

- **Dolor abdominal:** Se Determinó si el paciente con Úlcera Péptica Sangrante presentó este síntoma al ingreso (SI/No).
- **Tipo de dolor abdominal:** Se determinó si el dolor abdominal, fue de tipo ardor o cólico, o la ausencia de este.
- **Localización del dolor:** Precisar la localización predominante de dolor (epigastrio, mesogastrio o hipogastrio).
- **Formas de presentación del sangrado:** Quedó definido que la UPS se manifiesta como hematemesis, melena o la combinación de estas. Se define como hematemesis a los vómitos de sangre, está es de color rojo brillante o “sedimentos de café”. La melena se

caracteriza por heces negras, alquitranadas, lustrosas y muy fétidas.

- **Frecuencia cardiaca:** Se registró la frecuencia cardiaca de los pacientes al momento de su ingreso que fue indicado en el número latidos por minuto.
- **Presión arterial:** Se registró la presión arterial (PA) sistólica y diastólica de los pacientes al momento de su ingreso que fue indicado en el número de milímetros de mercurio, dándole una mayor importancia a la presión sistólica (<100 ó >100 lat/min).
- **Frecuencia respiratoria:** Se registró la frecuencia respiratoria (FR) de los pacientes al momento de su ingreso que fue indicado en el número de respiraciones por minuto.
- **Temperatura:** Se registró la temperatura de los pacientes al momento de su ingreso que fue indicado en el número de grados centígrados.
- **Shock:** Se analizó su presencia. Se consideró como shock la presencia de una presión arterial sistólica menor de 100 mm de Hg asociado a frecuencia de pulso mayor de 100 por minuto y signos de perfusión periférica (cianosis, frialdad distal, palidez y sudoración).
- **Compromiso de conciencia:** Se determinó si el estado de conciencia esta comprometido en los pacientes al momento de su ingreso (Si/No) así como la Escala de Glasgow.
- **Hemoglobina:** Se registró el valor de la hemoglobina obtenida de la muestra de sangre que se toma al momento del ingreso del paciente, dicho valor se indicó en el número de gramos por decilitros (g/dl).
- **Hematocrito:** Se registró el valor del hematocrito que se toma al momento del ingreso del paciente, dicho valor se indicó en el número de porcentaje que se presenta (%).

- **Grupo sanguíneo:** Se registró el grupo sanguíneo (O, A, B, AB) y el factor Rh: + ó - ,en los pacientes de estudio.
- **Hallazgo endoscópico:** Se determinó la localización de la úlcera péptica sangrante, tamaño, así también se las agrupó según la clasificación de Forrest, atendiendo a su estado en el momento de la endoscopia en relación con el sangrado. La úlcera péptica sangrante fue indicada según su localización es decir si esta es duodenal, gástrica o si existe la presencia de ambas, el tamaño de la úlcera sangrante fue indicado por categorías : de 5 a 10 mm, de 11 a 15 mm, de 16 a 20 mm y mayor de 20 mm, el estadio Forrest de las úlceras sangrantes fue indicado por categorías (Ia, Ib, IIa, IIb, IIc, III).

4.7.2 Perfil Epidemiológico.

- **Edad:** La edad fue medido en años, las cuales se dividió en grupos etarios (0 a 9 años, 10 a 19 años, 20 a 39 años, etc.) .
- **Sexo:** Fueron separados los sexos (femenino y masculino), interpretándose la incidencia de los mismos.
- **Antecedentes personales:** Se analizaron dentro de los antecedentes personales la presencia de ingesta de alcohol , café, o consumo de cigarrillos, además de esto fue importante para el estudio considerar el tipo de fármacos, si se consume uno o dos fármacos simultáneamente y la frecuencia de su ingesta (días); y se consideraron los siguientes fármacos: AINES, corticoides, anticoagulantes y otros.
- **Antecedente de úlcera péptica:** Se precisó si los pacientes han sido diagnosticados anteriormente por endoscopia de UP, (Si/No).
- **Antecedente de sangrado previo:** Se precisó si el paciente tuvo (Si/No) un sangrado anterior como complicación de la UP.

- **Antecedente de patología concomitante:** Se Señaló si el paciente además de la UPS presenta otras enfermedades dentro de estas se consideraron las siguientes: Hipertensión arterial (HAT), Diabetes Mellitus (DM), Insuficiencia renal crónica (IRC), Hepatopatía y otras enfermedades que se han mencionado.

4.7.3 Perfil terapéutico:

- **Tipos de Tratamientos de la UPS:** Se determinó el tipo de tratamiento administrado a los pacientes con UPS los cuales fueron el tratamiento individual (Tratamiento médico) y el tratamiento combinado (Tratamiento médico – endoscópico y tratamiento médico – endoscópico – quirúrgico).
- **Tratamiento Médico:** Interesó precisar si el paciente con UPS recibió este tratamiento, dentro del cual se consideró , la reposición de sangre con unidades de ésta, y la medicación farmacológica antisecretora(Anti - H₂, Bloqueadores de bomba de protones, y/ otros fármacos).
- **Tratamiento endoscópico:** Se mencionaron los métodos para este tratamiento y son : métodos térmicos (probeta caliente), inyectoterapia (adrenalina o monoetanolamina) y métodos mecánico (hemoclips) así también si se empleo la monoterapia o la terapia combinada y se indicó si el procedimiento endoscópico se volvió a repetir en los paciente con UPS.
- **Tratamiento quirúrgico:** Se determinó si el paciente recibió este tratamiento, además de especificar cuál fue el tratamiento quirúrgico que se le realizó.

4.8 Métodos e instrumentos utilizados:

Se obtuvo la información de encuestas elaboradas (ficha de recolección de datos) y dirigidas personalmente a los pacientes, esta incluye los siguientes datos desglosados en áreas : datos de filiación (edad y sexo), datos de la enfermedad actual (horas de inicio desde la primera manifestación clínica de HDA por UPS hasta el ingreso, síntomas digestivos como dolor abdominal, náuseas, otros síntomas dispépticos u síntomas acompañantes como diaforesis, palidez u otros, y la forma de presentación del sangrado como hematemesis, melena o ambas) antecedentes personales (ingesta de café, alcohol, tabaco, AINES, corticoides, anticoagulantes, aspirina u otros medicamentos, dosis y tiempo de tratamiento de estos, así como la fecha de la última dosis ingerida), antecedentes patológicos (antecedente de sangrado anterior , antecedente de haber presentado diagnóstico anterior de úlcera péptica y presencia de enfermedades concomitantes), el examen clínico que se realizó al paciente a su ingreso (presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), frecuencia cardiaca (FC), temperatura (T⁰), compromiso de conciencia), examen de laboratorio (hemoglobina (Hg), hematócrito (Hto), grupo sanguíneo y factor Rh y shock), diagnóstico endoscópico (lesión endoscópica objetivada, clasificación de Forrest de las lesiones pépticas y diámetro de la úlcera) y finalmente que tratamiento recibió el paciente, si fue médico, médico-endoscópico o médico-endoscópico- quirúrgico. Debemos de señalar que nuestro estudio recogió la medicación antisecretora que asociado o no a la terapéutica endoscópica o quirúrgica es el que se instaló en nuestros pacientes, este dependió de la pauta de actuación inicial desde el servicio de emergencia hasta ser admitido en la Unidad de Hemorragia Digestiva (UHD). Los diagnósticos endoscópicos los hicieron los médicos gastroenterólogos mediante procedimientos endoscópicos que se realizaron en el HNERM.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

A. FILIACIÓN:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Raza:

Nº H.C.:

Sala:

Cama:

Fecha de ingreso :

B. ENFERMEDAD ACTUAL. (Episodio Actual):

1. Tiempo de Enfermedad en horas (hasta ingreso a EMG):

Dolor (No) (Si) Tipo: Localización:

Intensidad: leve () mediano () intenso () intolerable ()

2. Forma de presentación del sangrado:

Hematemesis: (No) (Si) Melena: (No) (Si) Ambos: (No) (Si)

C. ANTECEDENTES:

1. Antecedentes personales:

Café : (No) (Si) Frecuencia: Cantidad:

Alcohol: (No) (Si) Frecuencia: Cantidad:

Tabaco : (No) (Si) Frecuencia: Cantidad:

Fármacos :

AINEs. : (No) (Si) Dosis diaria:

Corticoides : (No) (Si) Dosis diaria:

Anticoagulantes : (No) (Si) Dosis diaria:

Aspirina: (No) (Si) Dosis diaria:

Otros : (No) (Si) Dosis diaria:

Fecha de la última dosis ingerida:

G. TERAPÉUTICA:

1. Médico: (No) (Si)

Unidades de sangre: (No) (Si)

Anti-H₂:

Bloq. Bomba de protones

Otros:

Unidades:

Dosis:

Dosis:

2. Endoscópico: (Al ingreso) (No) (Si)

a. Métodos térmicos:

Sonda BI o Multipolar: ()

Plasma de Argón: ()

Microondas: ()

Probeta Caliente: ()

Láser (Nd: YAG): ()

b. Inyectoterapia:

Adrenalina: ()

Alcohol: ()

Monoetanolamina: ()

Polidocanol: ()

c. Métodos mecánicos:

Hemoclips: ()

Suturas: ()

Ligadura con bandas: ()

Endoloop: ()

d. Se repitió tratamiento endoscópico: (No) (Si)

Úlcera Duodenal ()

Úlcera gástrica ()

Procedimiento:

Escala de Forrest:

Escala de Forrest:

3. Quirúrgico: (No)

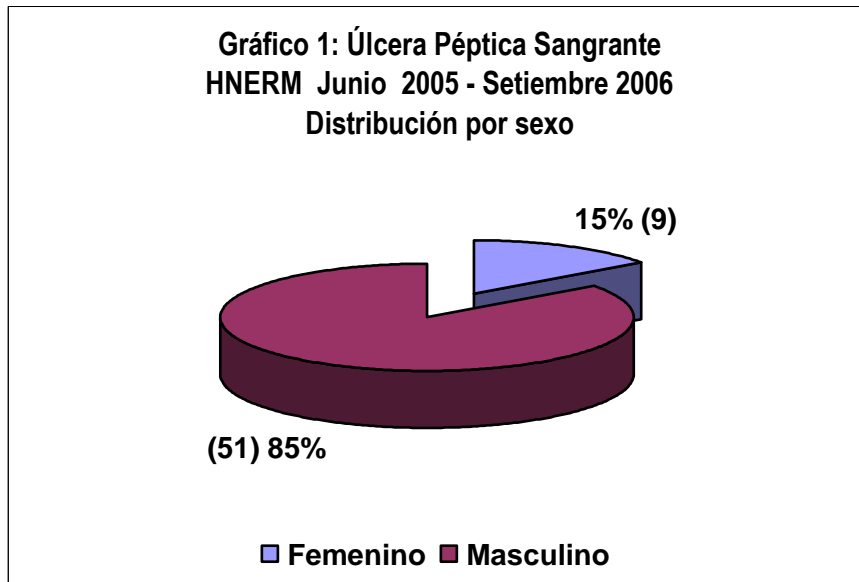
(Si) Especificar:

4.9 Procesamiento y análisis de los resultados:

Los datos que se encontraron fueron tabulados en forma manual, luego introducidos en una base de datos elaborado en el programa Excel. Para el análisis descriptivo se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12.0 y como procesador de texto el programa Microsoft Word 2000.

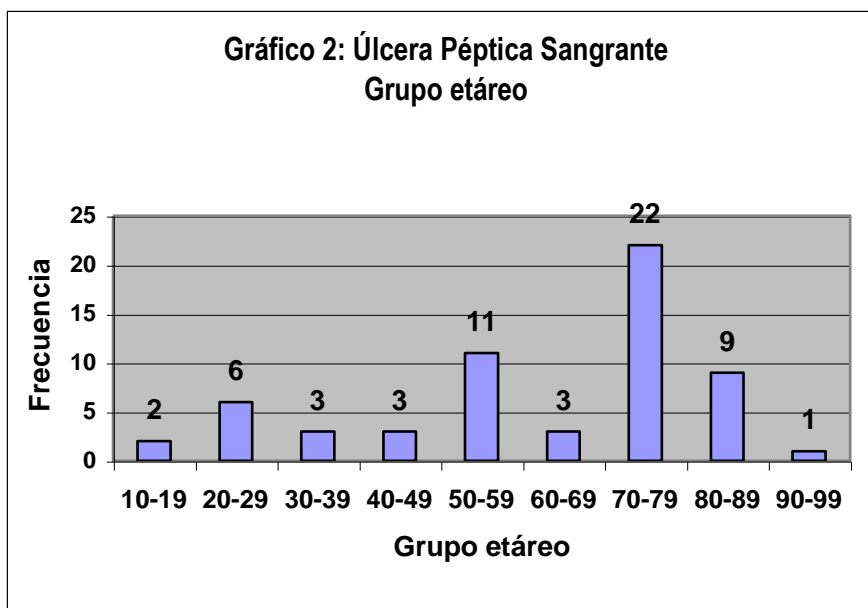
V. RESULTADOS

En la Unidad de Hemorragia Digestiva (UHD) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo de junio del 2005 a setiembre 2006 fueron estudiados un total de 60 pacientes con diagnóstico endoscópico de Úlcera Péptica Sangrante. En ellos prevaleció el sexo masculino con 51 pacientes lo que representa el 85% con respecto al sexo femenino que estuvo representado por 9 pacientes para un 15%. (Gráfico 1).



Sexo	Pacientes	Porcentaje
Femenino	9	15.0%
Masculino	51	85.0%
Total	60	100.0%

En cuanto a la distribución por edades se pudo observar que el mayor número de pacientes se enmarcó en el grupo de edades de 70 a 79 años con 22 pacientes lo que representa el 36.7%. Un 18.3% se enmarcó en el grupo de edades de 50 a 59 años (11 pacientes), seguido del grupo de 80 a 89 años con un 15% (9 pacientes). El resto de los grupos de edad se comportó con una proporción más o menos similar entre ellos mismos. En conjunto el 77% de los pacientes fueron mayores de 50 años (46 pacientes) (Gráfico 2).



Grupo Etario	Pacientes	Porcentaje
10-19	2	3.3%
20-29	6	10.0%
30-39	3	5.0%
40-49	3	5.0%
50-59	11	18.3%
60-69	3	5.0%
70-79	22	36.7%
80-89	9	15.0%
90-99	1	1.7%
Total	60	100.0%

El promedio de edad de presentación de las Úlceras Pépticas Sangrantes (UPS) fue de 57.6 años, siendo 53.7 años el promedio de edad en pacientes del sexo femenino y de 72.7 años el promedio de edad en pacientes del sexo masculino.

El promedio de edad de las lesiones pépticas sangrantes encontradas fue de 62.7 años para las úlceras duodenales , 64 años para las úlceras gástricas y para la presentación de ambas úlceras fue de 57 años.

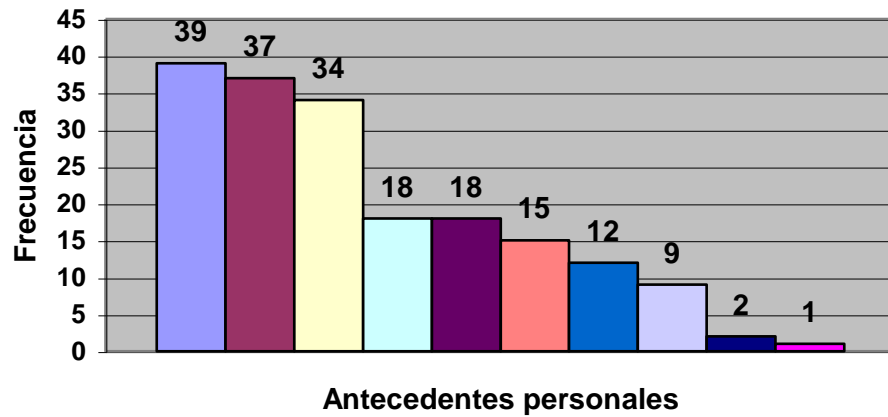
Un gran número de pacientes refirió antecedentes personales, así el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) ocupa el primer lugar, su consumo en días previos al episodio de sangrado estuvo presente en 39 pacientes (65.0%) (Gráfico 3).

El segundo lugar en cuanto a los antecedentes personales lo ocuparon las enfermedades concomitantes con un 61.7% (37 pacientes) (Gráfico 3).

En 18 pacientes (30%) se consignó el antecedente de haber presentado anteriormente Úlcera Péptica Sangrante , igual frecuencia se reportó en el antecedente de diagnóstico de Úlcera Péptica anterior (Gráfico 3).

El 56.7% consume medicación habitual por enfermedades concomitantes (34 pacientes), el 20% tabaco (cigarrillo) (12 pacientes), el 15% ingestión de bebidas alcohólicas (9 pacientes), el 3.3% café (2 pacientes) y el 1.7% consume corticoides (1 paciente) (Gráfico 3)

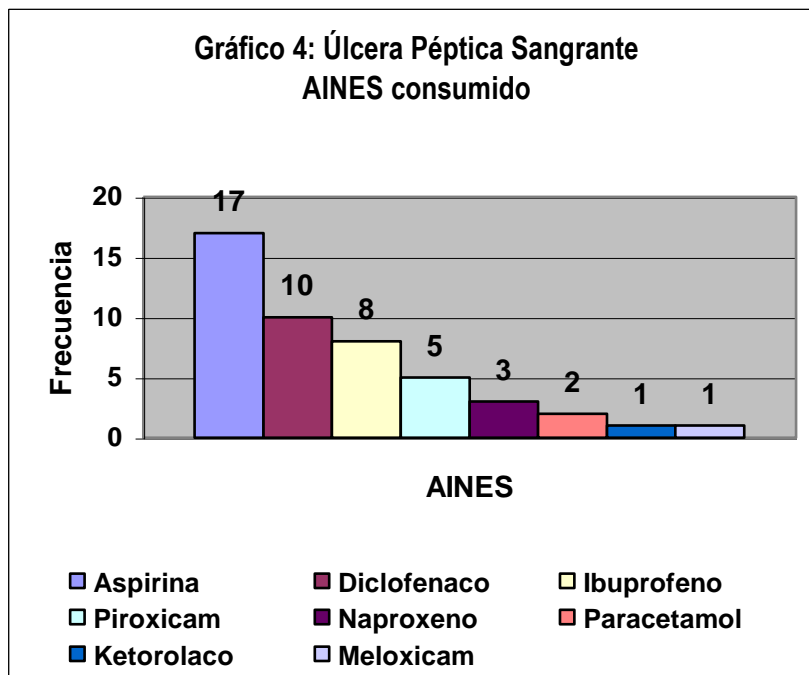
**Gráfico 3: Úlcera Péptica Sangrante
Antecedentes personales**



- Consumo de AINES
- Enfermedades concomitantes
- Consumo de otros medicamentos
- Úlcera Péptica Sangrante anterior
- Úlcera Péptica anterior
- Stress
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Consumo de café
- Consumo de corticoides

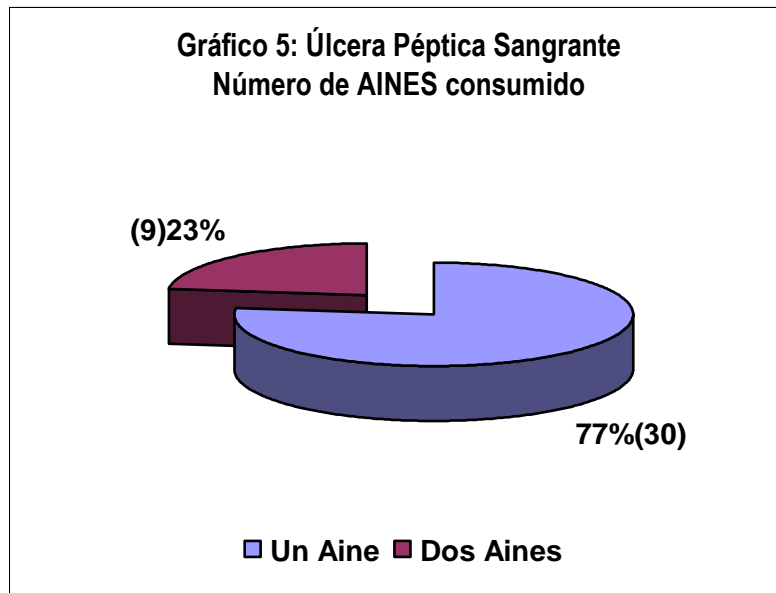
Antecedentes personales	Pacientes	Porcentaje
Consumo de AINES	39/60	65.0%
Enfermedades concomitantes	37/60	61.7%
Consumo de otros medicamentos	34/60	56.7%
Úlcera Péptica Sangrante anterior	18/60	30.0%
Úlcera Péptica anterior	18/60	30.0%
Stress	15/60	25.0%
Consumo de tabaco	12/60	20.0%
Consumo de alcohol	9/60	15.0%
Consumo de café	2/60	3.3%
Consumo de corticoides	1/60	1.7%
Consumo de anticoagulantes	0/60	0.0%

El AINE más usado fue la aspirina, 17 pacientes (43.6%) refirieron ingerir este medicamento, lo siguen frecuencia el diclofenaco con 10 pacientes (25.6%), el ibuprofeno fue consumido por 8 pacientes (20.5%), el piroxicam por 5 pacientes (12.8%) el naproxeno por 3 pacientes (7.7%), el paracetamol por 2 pacientes (5.1%) y el ketorolaco y meloxicam presentaron una frecuencia de 1 paciente (2.6%) respectivamente. (Gráfico 4).



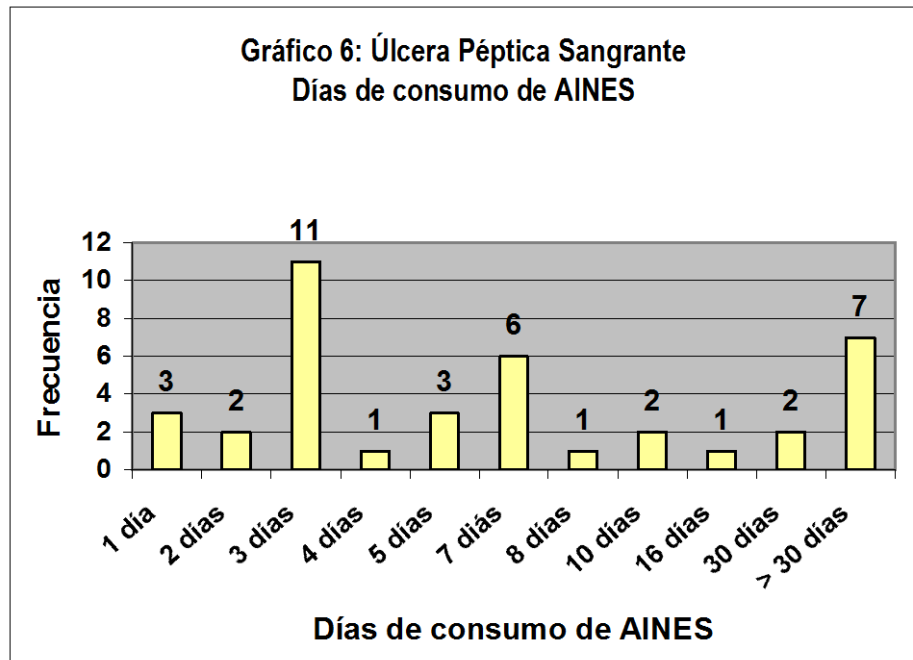
AINES consumido	Pacientes	Porcentaje
Aspirina	17/39	43.6%
Diclofenaco	10/39	25.6%
Ibuprofeno	8/39	20.5%
Piroxicam	5/39	12.8%
Naproxeno	3/39	7.7%
Paracetamol	2/39	5.1%
Ketorolaco	1/39	2.6%
Meloxicam	1/39	2.6%

Con respecto al número de AINES consumido, el 76.9% (30 pacientes) refirió haber ingerido un solo AINE mientras que el 23.1% (9 pacientes) dos AINES simultáneamente. (Gráfico 5).



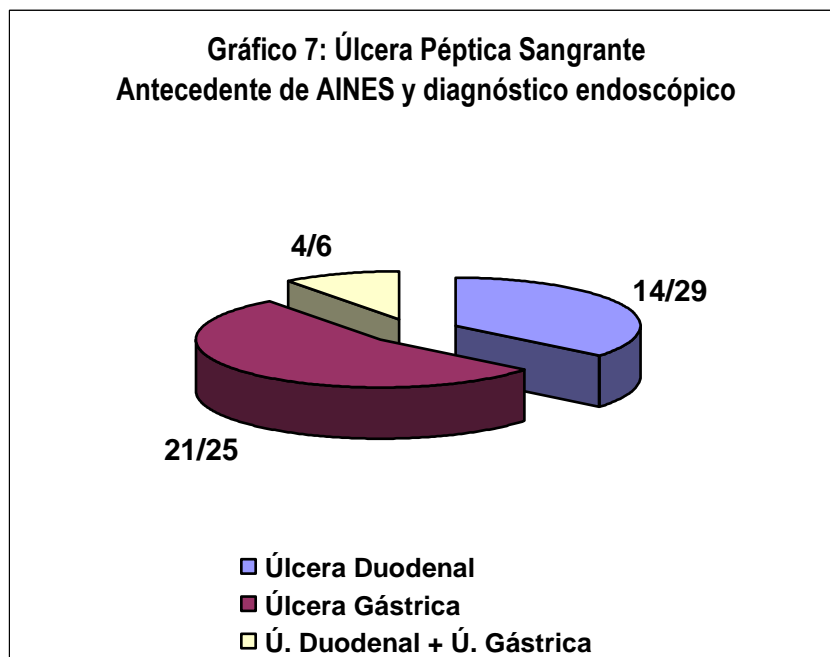
Aines	Pacientes	Porcentaje
Un Aine	30	76.9%
Dos Aines	9	23.1%
Total	39	100.0%

En cuanto al tiempo de consumo de AINES podemos mencionar que en nuestro estudio el 28.2% (11 pacientes) la consumieron por 3 días y el 17.9% (7 pacientes) por más de 30 días. (Gráfico 6).



Días de consumo de AINES	Pacientes	Porcentaje
1 día	3	7.7%
2 días	2	5.1%
3 días	11	28.2%
4 días	1	2.6%
5 días	3	7.7%
7 días	6	15.3%
8 días	1	2.6%
10 días	2	5.1%
16 días	1	2.6%
30 días	2	5.1%
> 30 días	7	17.9%
Total	39	100.0%

En cuanto al consumo de AINES y la presentación de la Úlcera Péptica Sangrante tenemos que 14 pacientes (48.3%) de los 29 que presentaron diagnóstico endoscópico de úlcera duodenal ingirieron AINES en días previos episodio de sangrado, así mismo, 21 (84%) de los 25 pacientes que presentaron úlcera gástrica consumieron AINES y 4 (66.7%) de los 6 pacientes que tuvieron la presentación de ambas úlceras también consumieron AINES en días previos al sangrado (Gráfico 7).



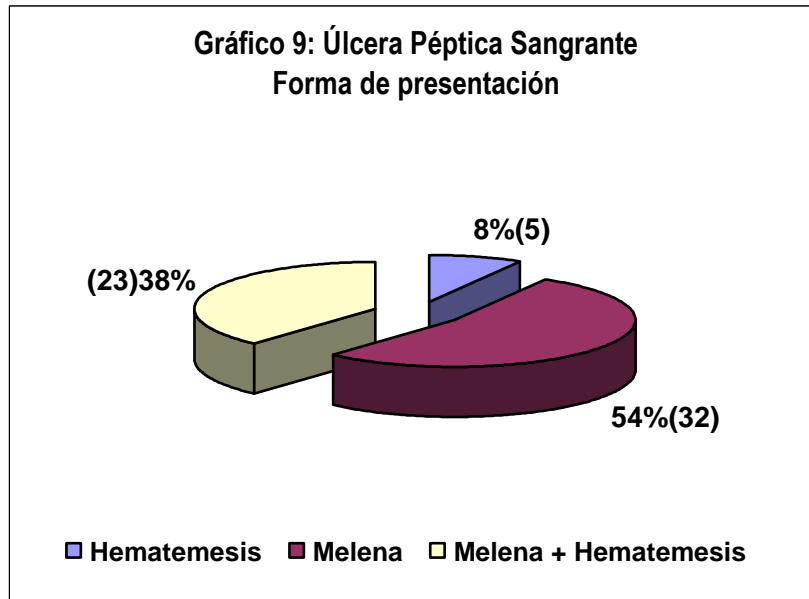
Antecedente de AINES	Pacientes	Porcentaje
Úlcera Duodenal	14/29	48.3%
Úlcera Gástrica	21/25	84.0%
Ú. Duodenal + Ú. Gástrica	4/6	66.7%
Total	39/60	65.0%

Con respecto las enfermedades concomitantes (61.7%), su distribución fue la siguiente: 21 pacientes con Hipertensión Arterial (35%), 8 pacientes con Diabetes Mellitus (13.3%), 5 pacientes con Artrosis (8.3%), 4 paciente con Gastritis (6.7%), 4 pacientes con Enfermedad Cardiovascular (6.7%), 2 pacientes con Anemia (3.3%), 2 pacientes con Litiasis Renal (3.3%), 2 pacientes con Parkinson (3.3%), 2 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (3.3%), 2 pacientes con Artritis Reumatoidea (3.3%), 2 pacientes con Hipotiroidismo (3.3%), 1 paciente con Dislipidemia (1.7%), 1 paciente con Cirrosis Hepática (1.7%) y 1 paciente con Neoplasia Pulmonar (1.7%). (Tabla 8).

Tabla 8: Antecedentes patológicos de los pacientes con Úlcera Péptica Sangrante.

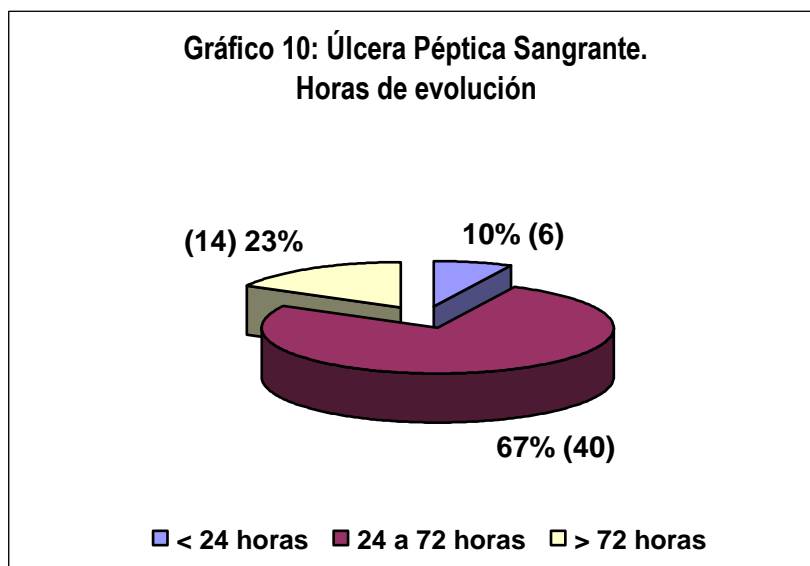
Enfermedades concomitantes	Pacientes	Porcentaje
Hipertensión Arterial	21/60	35.0%
Diabetes Mellitus	8/60	13.3%
Artrosis	5/60	8.3%
Gastritis	4/60	6.7%
Enfermedad Cardiovascular	4/60	6.7%
Litiasis Renal	2/60	3.3%
Parkinson	2/60	3.3%
Insuficiencia Renal Crónica	2/60	3.3%
Artritis Reumatoidea	2/60	3.3%
Anemia	2/60	3.3%
Hipotiroidismo	2/60	3.3%
Dislipidemia	1/60	1.7%
Cirrosis Hepática	1/60	1.7%
Neoplasia Pulmonar	1/60	1.7%

Las principales formas de presentación más frecuentes en los pacientes con hemorragia por Úlcera Péptica Sangrante fueron la melena con 32 pacientes (53.4%) y la combinación hematemesis-melena con 23 pacientes (38.3%) 5 paciente presentaron solo hematemesis (8.3%) (Gráfico 9).



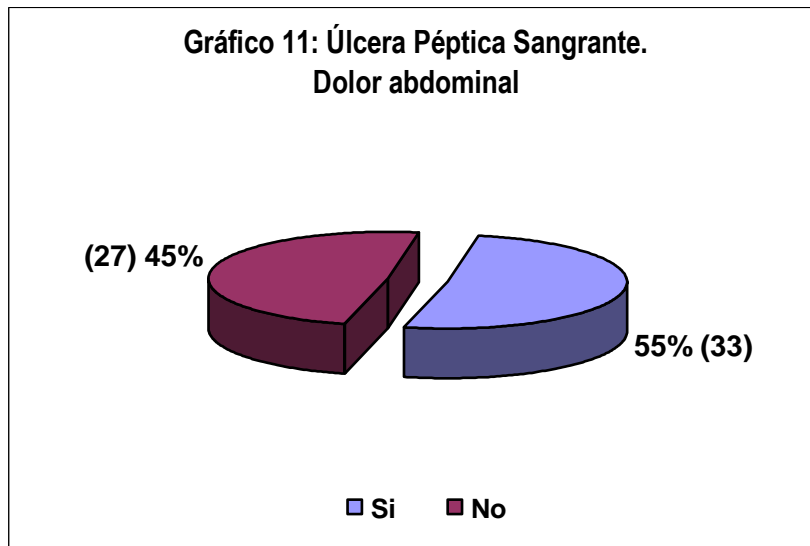
Forma de presentación	Pacientes	Porcentaje
Hematemesis	5	8.3%
Melena	32	53.4%
Melena + Hematemesis	23	38.3%
Total	60	100.0%

Con respecto a la clínica el resultado que se obtuvo en cuanto a las horas de inicio desde la primera manifestación de hemorragia digestiva por úlcera péptica sangrante al ingreso, fue el siguiente: El grupo de menos de 24 horas de evolución contó con el 10% (6 pacientes), el 66.7% (40 pacientes) se enmarcó en el grupo de 24 a 72 horas y el 23.3% (14 pacientes) en el grupo mayor de 72 horas de evolución (Gráfico 10).



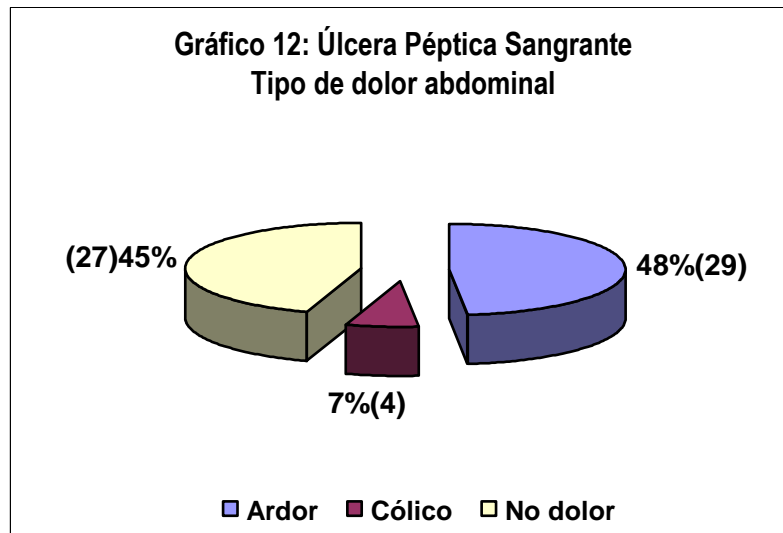
Horas de evolución de la UPS	Pacientes	Porcentaje
< 24 horas	6	10.0%
24 a 72 horas	40	66.7%
> 72 horas	14	23.3%
Total	60	100.0%

La Úlcera Péptica Sangrante en nuestros pacientes se presentó acompañado de dolor abdominal en el 55% (33 pacientes) (Gráfico 11).



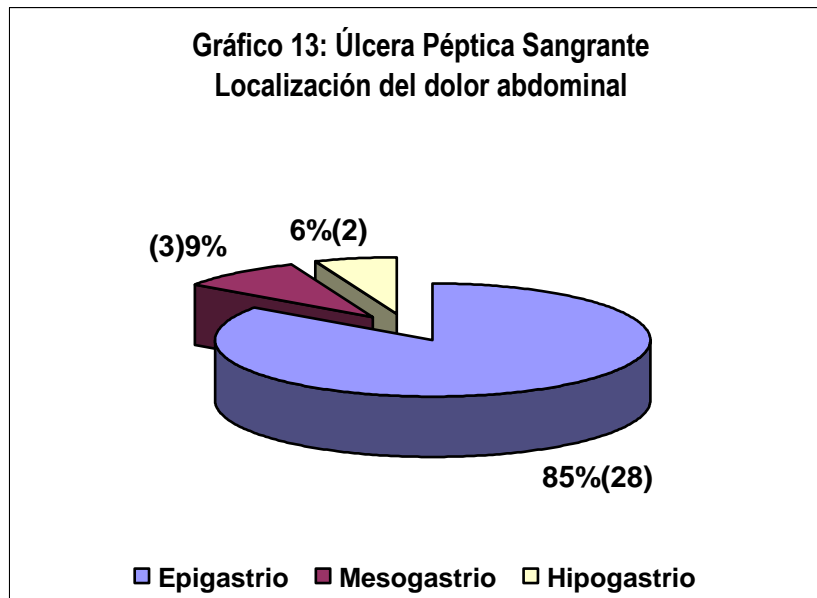
Dolor Abdominal	Pacientes	Porcentaje
Si	33	55.0%
No	27	45.0%
Total	60	100.0%

El dolor abdominal que se presentó con mayor frecuencia fue del tipo ardor , 29 pacientes acudieron con este tipo de dolor (48.3%) (Gráfico 12).



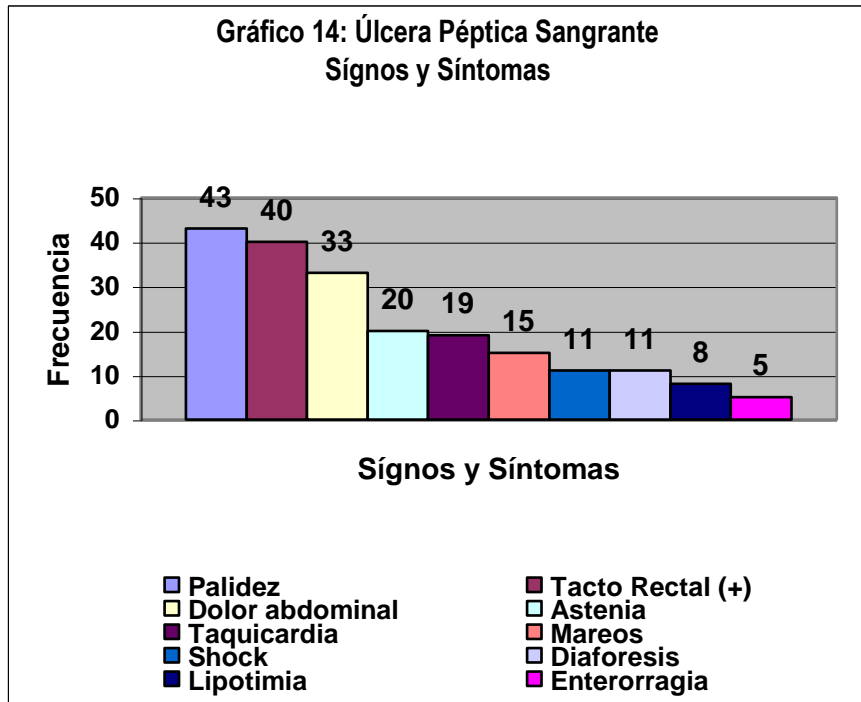
Tipo de dolor abdominal	Pacientes	Porcentaje
Ardor	29	48.3%
Cólico	4	6.7%
No dolor	27	45.0%
Total	60	100.0%

La localización predominante del dolor fue el epigastrio con un 84.8% (28 pacientes) (Gráfico 13).



Localización de dolor abdominal	Pacientes	Porcentaje
Epigastrio	28	84.8%
Mesogastrio	3	9.1%
Hipogastrio	2	6.1%
Total	33	100.0%

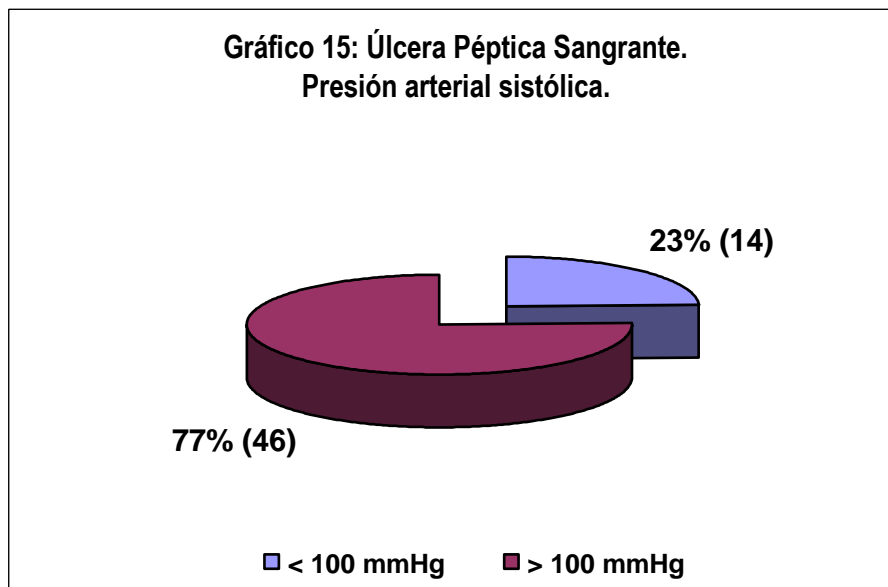
Otros signos y síntomas que se presentaron fueron palidez en 71.7%, astenia 33.3%, mareos 25%, shock 18.3%, diaforesis 18.3%, lipotimia 13.3%, y enterorragia 8.3%. Al examen físico el 66.7% presentó tacto rectal positivo y taquicardia 31.7%, (Gráfico 14).



Signos y síntomas	Pacientes	Porcentaje
Palidez	43/60	71.7%
Tacto Rectal (+)	40/60	66.7%
Dolor abdominal	33/60	55.0%
Astenia	20/60	33.3%
Taquicardia	19/60	31.7%
Mareos	15/60	25.0%
Shock	11/60	18.3%
Diaforesis	11/60	18.3%
Lipotimia	8/60	13.3%

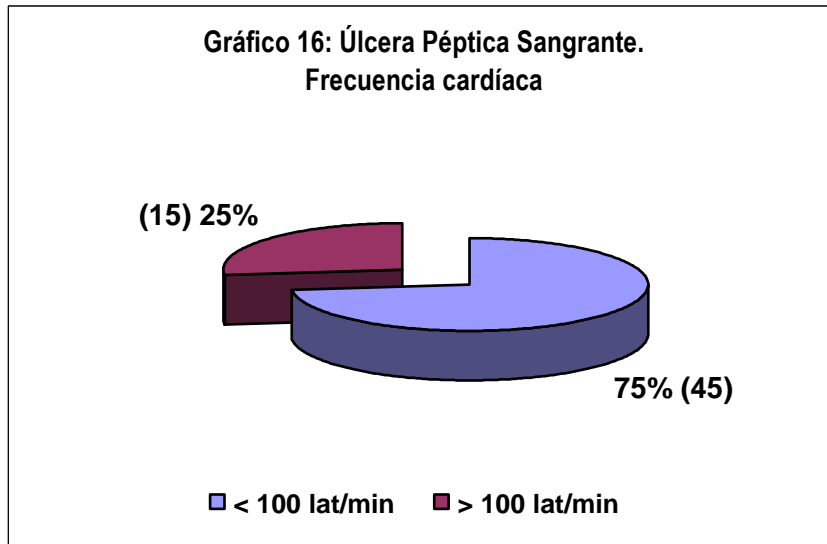
Enterorragia	5/60	8.3%
--------------	------	------

Con relación a la presión arterial sistólica (PAS) en los pacientes, tenemos que el 23.3% (14 pacientes) presentaron PAS < 100 mmHg y el 76.7% (46 pacientes) PAS > 100 mmHg. (Gráfico 15).



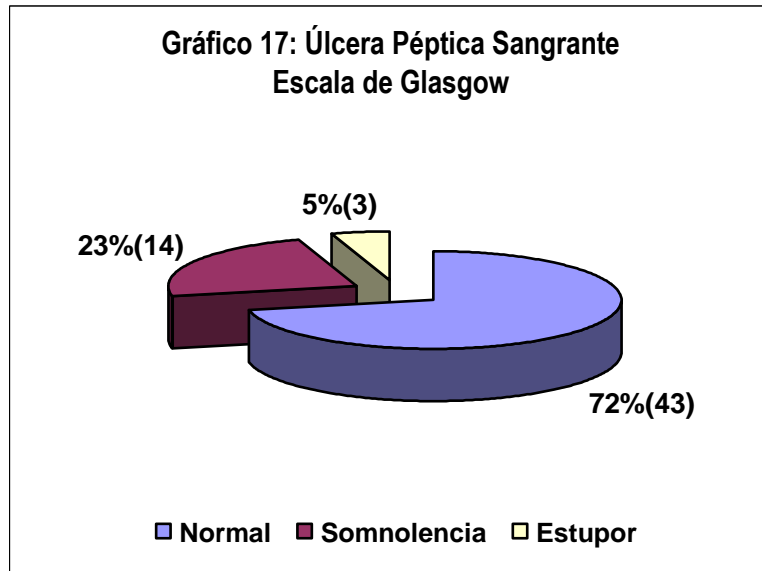
Presión arterial sistólica	Pacientes	Porcentaje
< 100 mmHg	14	23.3%
> 100 mmHg	46	76,7%
Total	60	100.0%

En nuestro estudio el 25% de los pacientes presentaron una frecuencia cardiaca > 100 latidos por minutos y el 75% una frecuencia cardiaca < 100 latidos por minutos. (Gráfico 16).



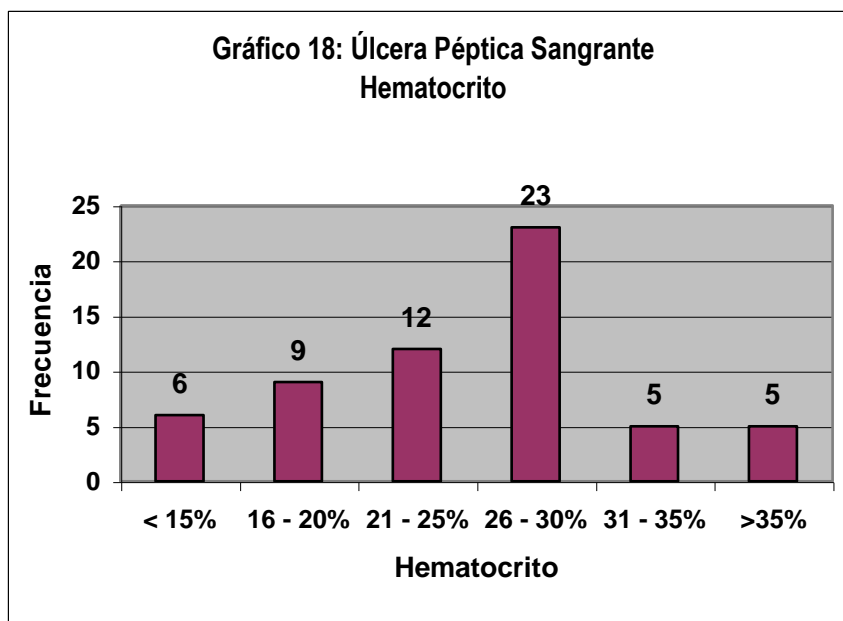
Frecuencia cardiaca	Pacientes	Porcentaje
< 100 lat/min	45	75.0%
> 100 lat/min	15	25.0%
Total	60	100.0%

Los pacientes que presentaron una escala de Glasgow de 15 (normal) fueron el 71.7%, Glasgow de 13 a 15 (somnolencia) 23.3% y Glasgow de 10 a 12 (estupor) 5% (Gráfico 17).



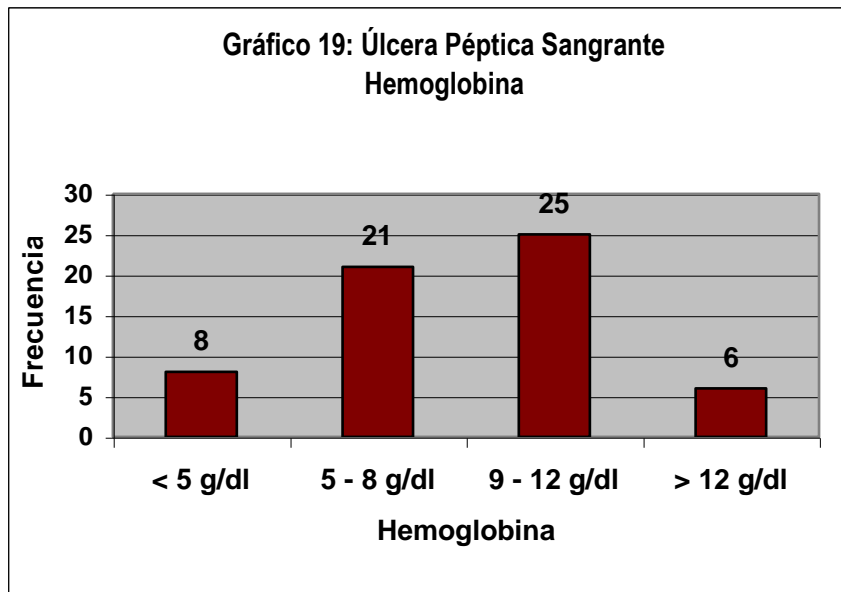
Glasgow	Pacientes	Porcentaje
Normal	43	71.7%
Somnolencia	14	23.3%
Estupor	3	5.0%
Total	60	100.0%

En los 41 pacientes el nivel del hematocrito de ingreso se distribuyó como sigue: Menor de 15%, en 6 pacientes (10%), entre 15 y 20%, en 9 pacientes (15%), entre 21 a 25%, en 12 pacientes (20%), entre 26 a 30%, en 23 pacientes (38.4%), entre 31 a 35%, en 5 pacientes (8.3%) y mayor de 35%, en 5 pacientes (8.3%) (Gráfico 18). El promedio del nivel del hematocrito fue de 25.2%.



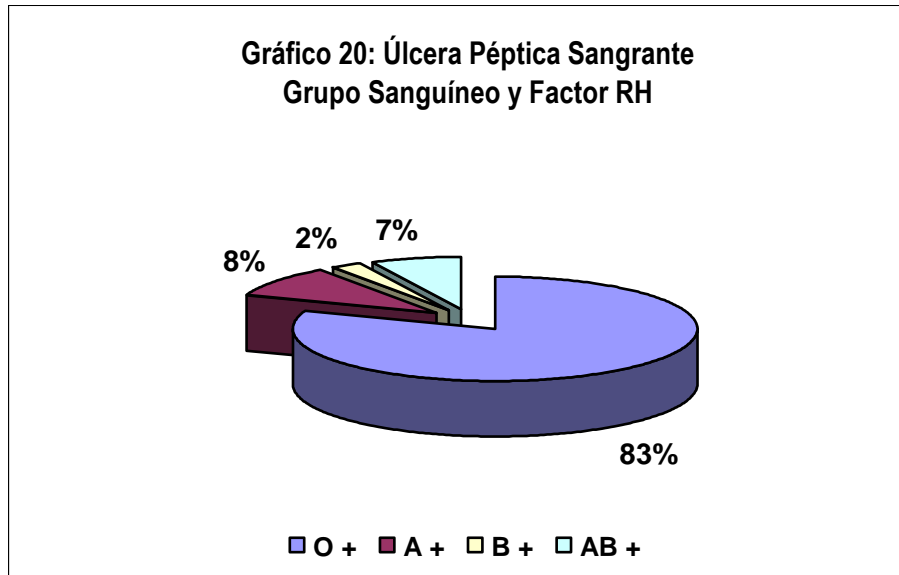
Hematocrito	Pacientes	Porcentaje
Menor 15%	6	10.0%
15 - 20%	9	15.0%
21 - 25%	12	20.0%
26 - 30%	23	38.4%
31 - 35%	5	8.3%
Mayor 35%	5	8.3%
Total	60	100.0%

Respecto a los niveles de hemoglobina tenemos que 8 pacientes (13.3%) presentaron hemoglobina menor de 5 g/dl, 21 pacientes (35%) entre 5 a 8 g/dl, 25 pacientes (41.7%) entre 9 a 12 g/dl y 6 pacientes (10%) presentaron hemoglobina mayor de 12 g/dl (Gráfico 19). El promedio del nivel de la hemoglobina fue de 8.4 g/dl.



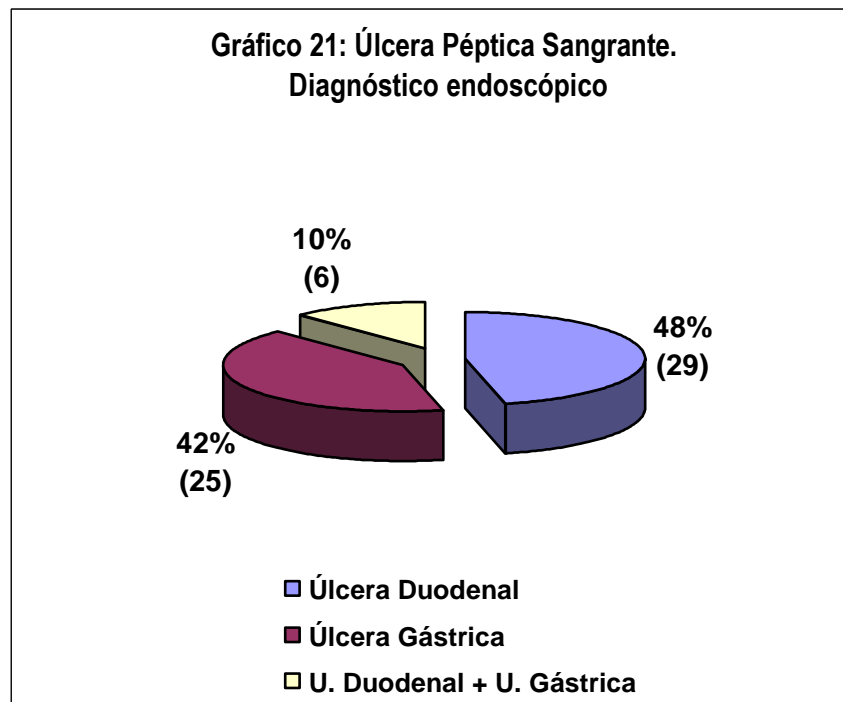
Hemoglobina	Pacientes	Porcentaje
Menor 5 g/dl	8	13.3%
5 - 8 g/dl	21	35.0%
9 - 12 g/dl	25	41.7%
Mayor 12 g/dl	6	10.0%
Total	60	100.0%

El grupo sanguíneo y factor RH que predominó en nuestros pacientes fue el O+, con un 83.3% (50 pacientes) (Gráfico 20).



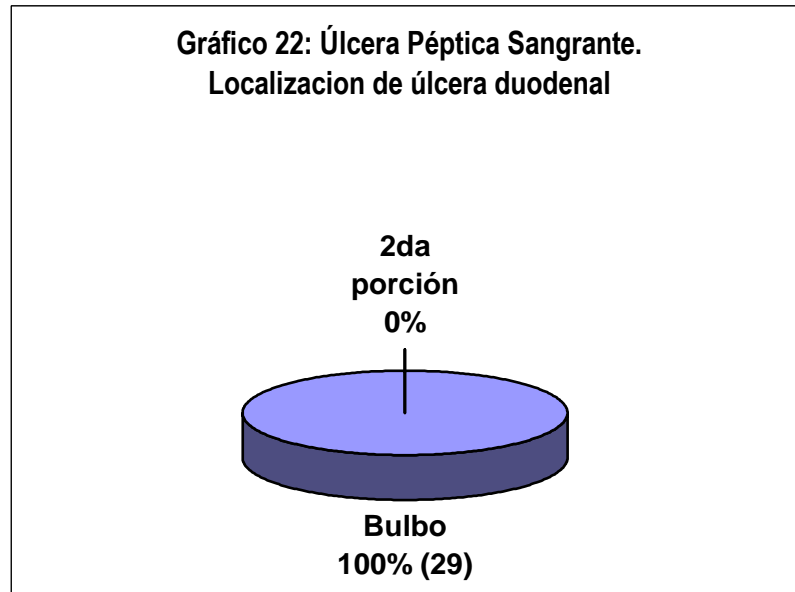
Grupo Sanguíneo y Factor RH	Pacientes	Porcentaje
O +	50	83.3%
A +	5	8.3%
B +	1	1.7%
AB +	4	6.7%
Total	60	100.0%

De la serie reportada la lesión péptica sangrante frecuentemente diagnosticada por endoscopia fue la úlcera duodenal correspondiendo a 29 pacientes (48.3%) sobre la úlcera gástrica que presentó 25 pacientes (41.7%), observándose que en otros 6 pacientes ésta última se combinó con úlcera duodenal (10%) (Gráfico 21).



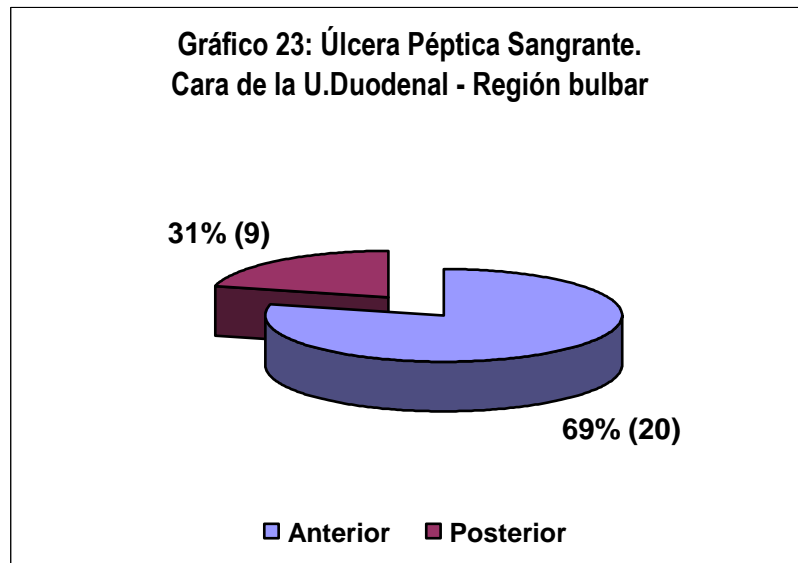
Úlcera Péptica Sangrante	Pacientes	Porcentaje
Úlcera Duodenal	29	48.3%
Úlcera Gástrica	25	41.7%
U. Duodenal + U. Gástrica	6	10.0%
Total	60	100.0%

El total de las úlceras duodenales (29 pacientes) (100%) se localizaron en el bulbo (Gráfico 22).



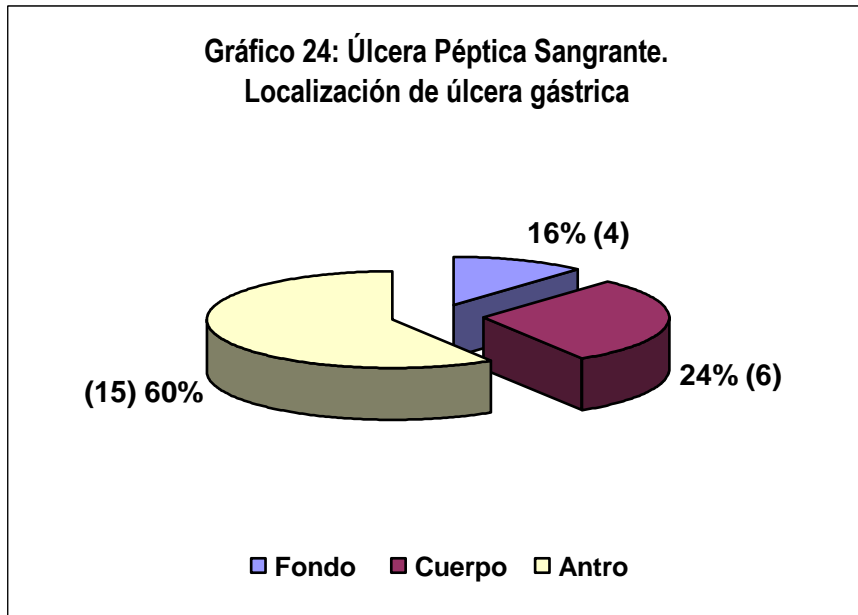
Localización	Úlcera Duodenal	Porcentaje
Bulbo	29	100.0%
2da porción	0	0.0%
Total	29	100.0%

El 69% del total de las úlceras duodenales bulbares se localizaron preferentemente en la cara anterior (20 pacientes) y el 31% se localizó en la cara posterior (9 pacientes) (Gráfico 23).



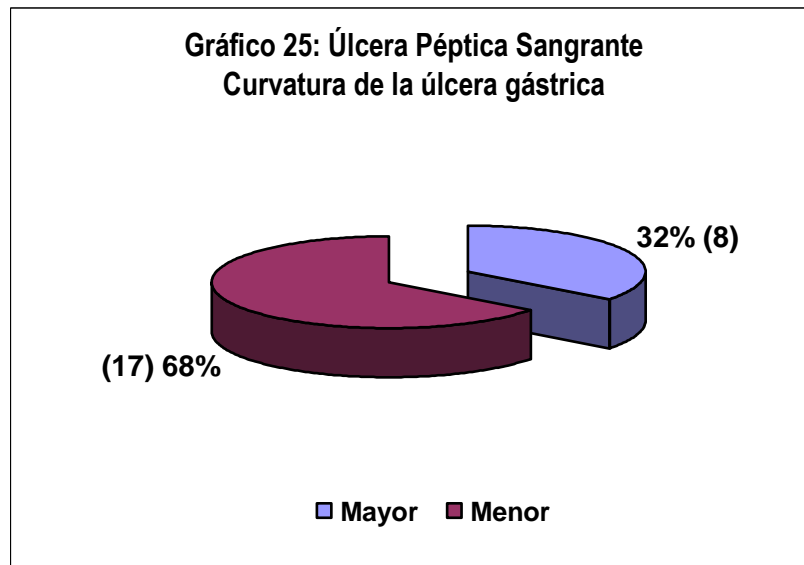
Cara	U. Duodenal / Bulbo	Porcentaje
Anterior	20	69.0%
Posterior	9	31.0%
Total	29	100.0%

En cuanto a las úlceras gástricas, se observó que su localización predominante fue el antro gástrico con un 60 % (15 pacientes), un 24% (6 pacientes) se localizó en el cuerpo, mientras que el 16% (4 pacientes) se localizó en el fondo gástrico (Gráfico 24).



Localización	Úlcera Gástrica	Porcentaje
Fondo	4	16.0%
Cuerpo	6	24.0%
Antro	15	60.0%
Total	25	100.0%

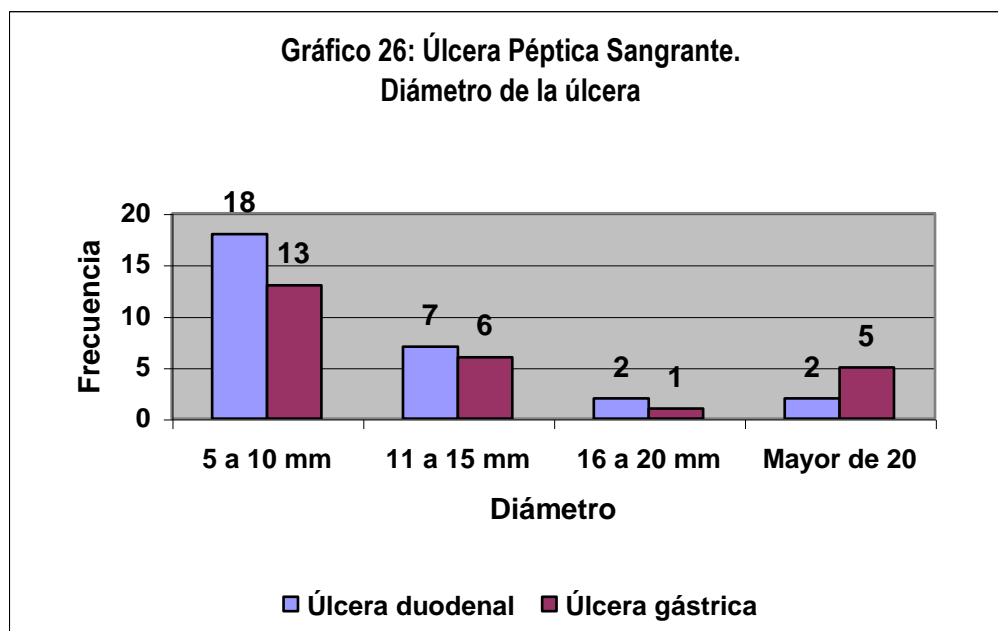
Se observó que el 68% del total de úlceras gástricas se localizó en la curvatura menor (17 pacientes) y el 32% se localizó en la curvatura mayor (8 pacientes) (Gráfico 25).



Curvatura	U. Gástrica	Porcentaje
Mayor	8	32.0%
Menor	17	68.0%
Total	25	100.0%

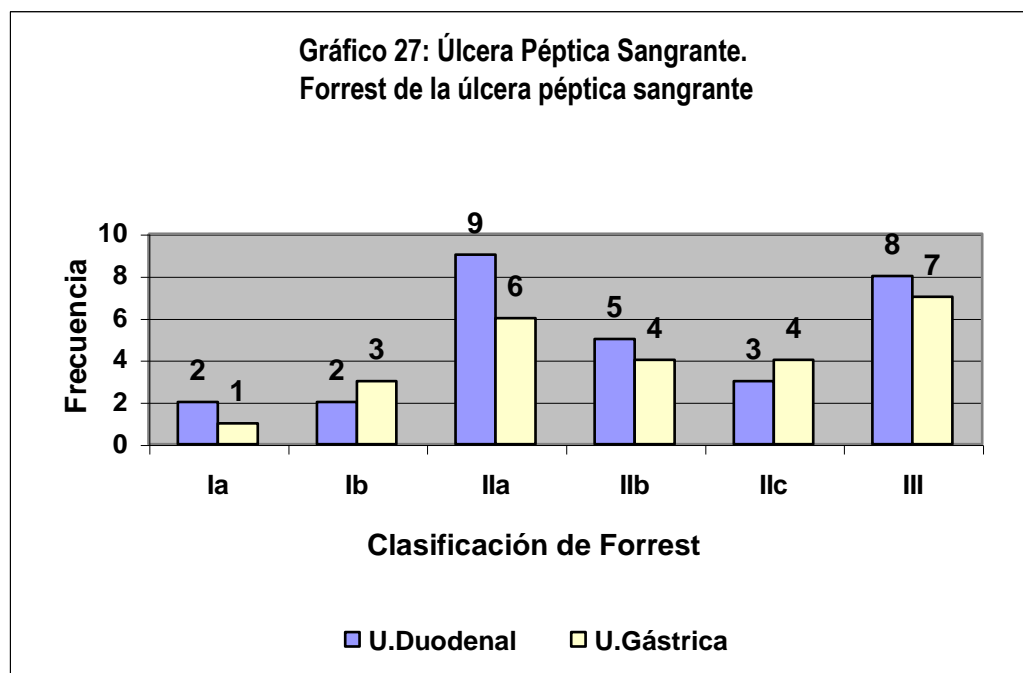
El tamaño de las Úlceras Pépticas Sangrantes fue globalmente el siguiente: 31 pacientes presentaron un diámetro de 5 a 10 mm, 13 pacientes de 11 a 15 mm, 3 paciente de 16 a 20 mm, y en 7 pacientes el diámetro fue mayor de 20 mm. (Gráfico 26).

El promedio del tamaño para las úlceras duodenales fue de 9.9 mm y para las úlceras gástricas de 14 mm.



Diámetro	Úlcera duodenal	Úlcera gástrica	Total
5 a 10 mm	18	13	31
11 a 15 mm	7	6	13
16 a 20 mm	2	1	3
Mayor de 20	2	5	7
Total	29	25	54

Se evaluaron los estigmas de hemorragia de la Úlcera Péptica en el momento de la endoscopia según la clasificación de Forrest, observándose que la distribución de la frecuencia de las lesiones fue la siguiente: Forrest Ia, 5.5% (3 pacientes), Forrest Ib, 9.2% (5 pacientes), Forrest Ila, 27.8% (15 pacientes), Forrest Ilb, 16.7% (9 pacientes), Forrest Ilc, 13% (7 pacientes) y Forrest III, 27.8% (15 pacientes), siendo ésta última clasificación y el Forrest Ila donde se encuentran la mayoría de casos (Gráfico 27).



Forrest	U. Duodenal	Porcentaje U. Duodenal	U. Gástrica	Porcentaje U. Gástrica	Total	Porcentaje Total
Ia	2	66.7%	1	33.7%	3	5.5%
Ib	2	40.0%	3	60.0%	5	9.2%
Ila	9	60.0%	6	40.0%	15	27.8%
Ilb	5	55.6%	4	44.4%	9	16.7%

IIC	3	42.9%	4	57.1%	7	13.0%
III	8	53.3%	7	46.7%	15	27.8%
Total	29	53.7%	25	46.3%	54	100.0%

En la presentación de ambas úlceras sangrantes (6 pacientes presentaron úlcera duodenal y úlcera gástrica simultáneamente) el 100% de las úlceras duodenales (6 úlceras) se localizaron en el bulbo y el 83.3% de las úlceras gástricas (5 úlceras) se localizaron en el antro. El 83.3% de las úlceras duodenales bulbares (5 úlceras) se localizaron en la cara anterior mientras que el 66.7% de las úlceras gástricas (4 úlceras) se localizaron en la curvatura mayor. El 66.7% de las úlceras duodenales (4 úlceras) presentaron un diámetro de 5 a 10mm, el 16.7% (1 úlcera) de 11 a 15mm y el 16.7% (1 úlcera) de 16 a 20 mm; en el caso de las úlceras gástricas el 66.7% (4 úlceras) presentaron un diámetro de 5 a 10 mm y el 33.3% (2 úlceras) de 11 a 15 mm. Los estadios Forrest que predominaron en general fueron el III, con 5 úlceras, seguido del IIa y IIC, con 3 úlceras respectivamente (Tabla 28).

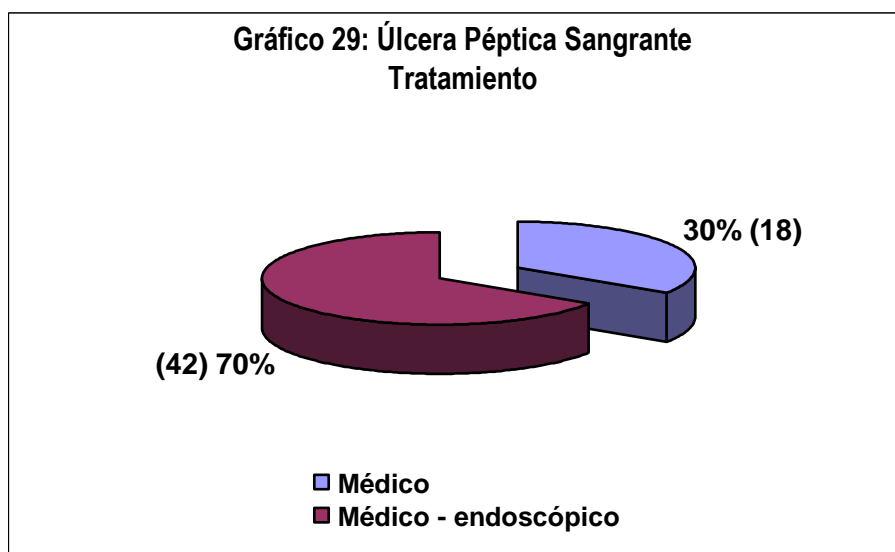
Tabla 28: Características endoscópicas de las Úlceras Pépticas sangrantes en pacientes con Úlcera Duodenal y Úlcera Gástrica.

Pacientes con U. Duodenal + U. Gástrica (N = 6)			
Características endoscópicas			
U. Duodenal (n = 6)		U. Gástrica (n = 6)	
Localización	n (%)	Localización	n (%)
Bulbo	6 (100)	Fondo	1 (16.7)
2da porción	0 (0.0)	Cuerpo	0 (0.0)
		Antro	5 (83.3)
Cara	n (%)	Curvatura	n (%)
Anterior	5 (83.3)	Mayor	4 (66.7)
Posterior	1 (16.7)	Menor	2 (33.3)
Diámetro	n (%)	Diámetro	n (%)
5 a 10 mm	4 (66.7)	5 a 10 mm	4 (66.7)
11 a 15 mm	1 (16.7)	11 a 15 mm	2 (33.3)
16 a 20 mm	1 (16.7)	16 a 20 mm	0 (0.0)
> 20 mm	0 (0.0)	> 20 mm	0 (0.0)
Forrest	n (%)	Forrest	n (%)
Ia	1 (16.7)	Ia	0 (0)

Ila	0 (0.0)	Ila	3 (50.0)
Ilc	2 (33.3)	Ilc	1 (16.7)
III	3 (50.0)	III	2 (33.3)

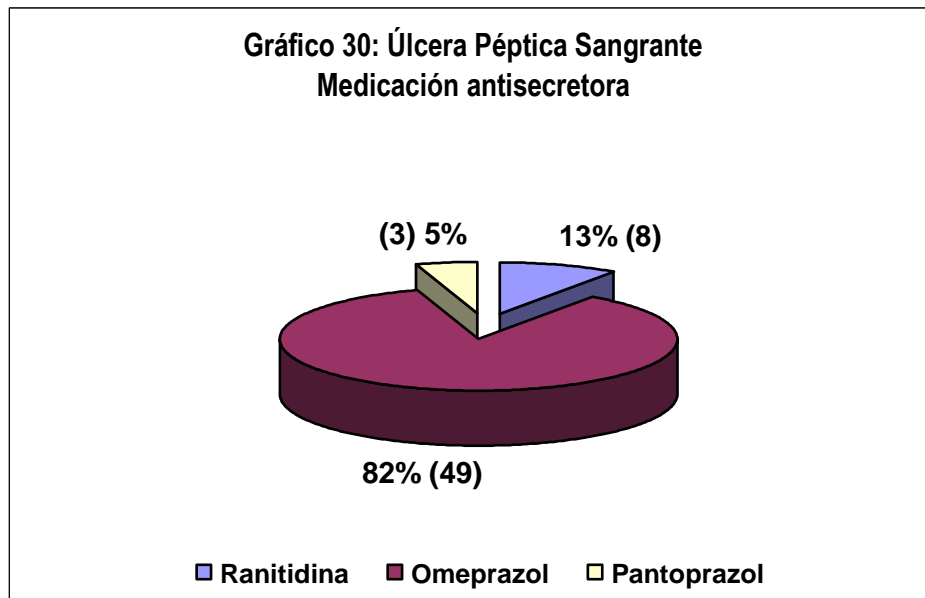
El tipo de tratamiento administrado a los pacientes con UPS fue el tratamiento individual (Tratamiento médico) y el tratamiento combinado (Tratamiento médico – endoscópico y tratamiento médico – endoscópico – quirúrgico).

El tratamiento médico fue administrado solo a 18 pacientes (30%), 42 pacientes (70%) recibieron tratamiento médico – endoscópico y ningún paciente recibió tratamiento médico – endoscópico – quirúrgico. (Gráfico 29).



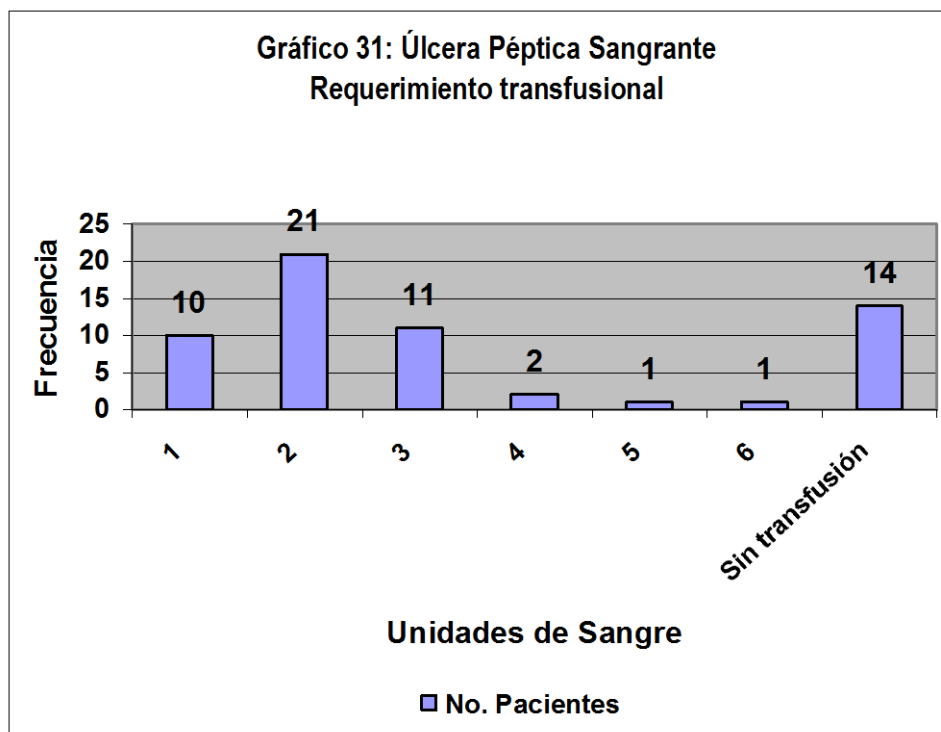
Tratamiento	Pacientes	Porcentaje
Médico	18	30.0%
Médico - endoscópico	42	70.0%
Médico - endoscópico - quirúrgico	0	0.0%
Total	60	100.0%

En la UHD la medicación antisecretora que más se utilizó fue el omeprazol, 49 pacientes (81.7%) recibieron esta medicación, 8 pacientes (13.3%) recibieron ranitidina y 3 pacientes (5%) pantoprazol. (Gráfico 30).



Medicación antisecretora	Pacientes	Porcentaje
Ranitidina	8	13.3%
Omeprazol	49	81.7%
Pantoprazol	3	5.0%
Total	60	100.0%

En cuanto al requerimiento transfusional, se observó que 46 pacientes (76.7%) necesitaron transfusión de paquete globular en un rango de 1 a 6 unidades mientras que 14 pacientes (23.3%) no requirieron transfusión de paquete globular (Gráfico 31).

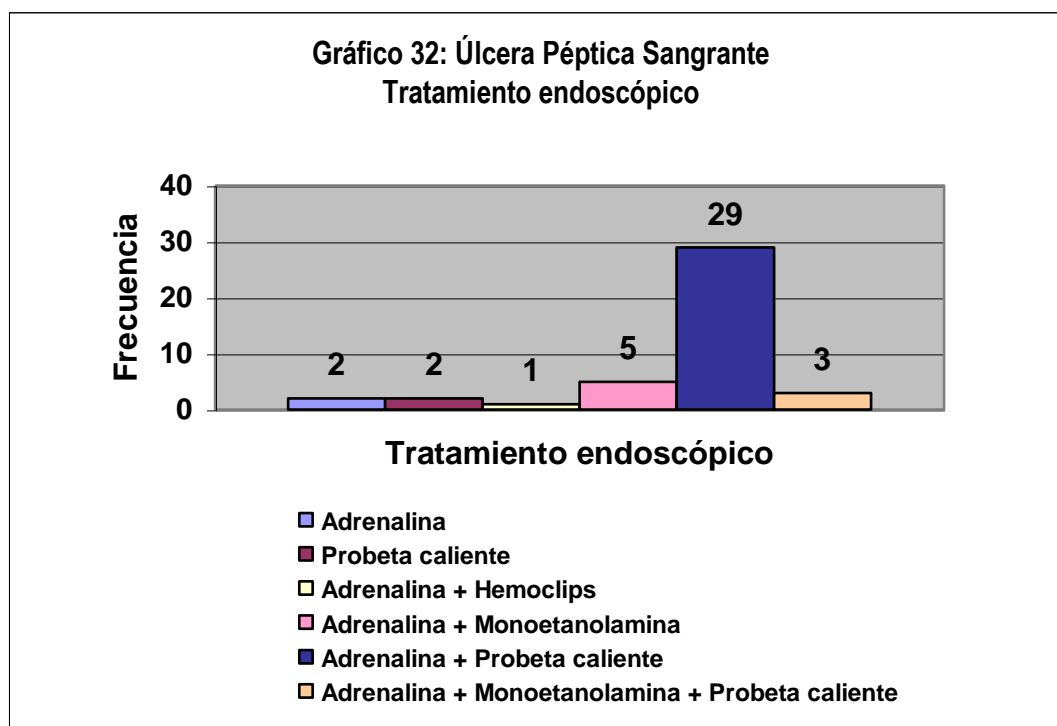


<i>Paquete Globular</i>	Pacientes	Porcentaje
1	10	16.7%
2	21	35.0%
3	11	18.3%
4	2	3.3%
5	1	1.7%

6	1	1.7%
Sin transfusión	14	23.3%
Total	60	100.0%

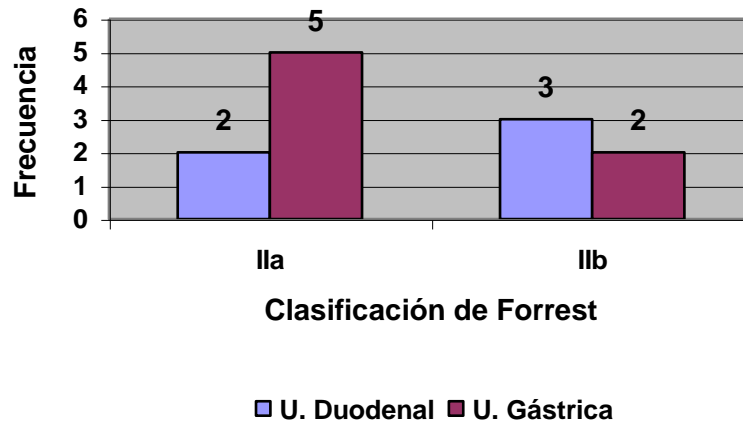
En 42 pacientes (70%) se utilizó el tratamiento médico – endoscópico, los tipos de terapia endoscópica que se utilizaron en éste tratamiento fueron la monoterapia y la terapia endoscópica combinada. (Gráfico 29)

Los procedimientos endoscópicos que se administraron en la monoterapia son: Inyección de adrenalina al 1/10 000, en 2 paciente (4.8%) y electrocoagulación con probeta caliente, 2 paciente (4.8%). En la terapia combinada se administró: Inyección de adrenalina más colocación de hemoclips, en 1 paciente (2.4%), inyección de adrenalina más monoetanolamina al 2.5%, 5 pacientes (11.9%), inyección de adrenalina y monoetanolamina más electrocoagulación con probeta caliente, 3 pacientes (7.1%) e inyección de adrenalina más electrocoagulación con probeta caliente, 29 pacientes (69%), siendo éste último el tratamiento endoscópico más utilizado en los pacientes con UPS. (Gráfico 32)



La hemostasia endoscópica definitiva se logró tras la terapéutica inicial en 30 pacientes de los 42 que fueron sometidos a tratamiento endoscópico. Un total de 12 pacientes (28.5%) fueron sometidos a una segunda endoscopia terapéutica por la presencia de resangrado consiguiéndose la hemostasia permanente en todos ellos. Ningún paciente requirió cirugía. Las lesiones en los pacientes que presentaron resangrado identificadas por endoscopia, según la clasificación de Forrest fueron: Forrest IIa, 7 pacientes (58.3%) y Forrest IIb, 5 pacientes (41.7%) (Gráfico 33).

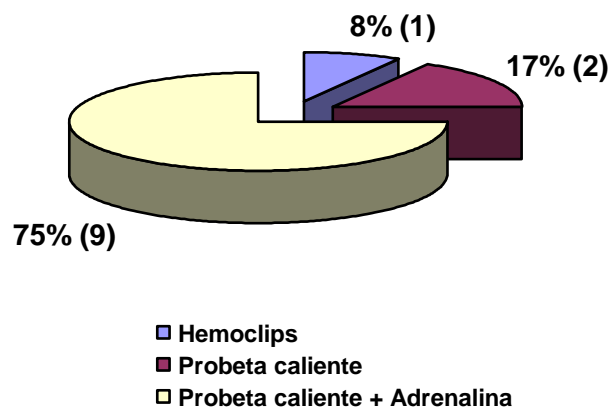
Gráfico 33: Úlcera Péptica Sangrante
Forrest de la úlcera sangrante recidivante o persistente



Clasificación de Forrest	U. Duodenal	U. Gástrica	Total	Porcentaje
IIa	2	5	7	58.3%
IIb	3	2	5	41.7%
Total	5	7	12	100.0%

La inyección de adrenalina al 1/10 000 más aplicación de probeta caliente fue el tratamiento endoscópico más utilizado en la segunda endoscopia terapéutica, 9 pacientes (75%) utilizaron éste tratamiento (Gráfico 34).

**Gráfico 34: Úlcera Péptica Sangrante
Segundo tratamiento endoscópico**



Segunda endoscopia terapéutica	Pacientes	Porcentaje
Hemoclips	1	8.3%
Probeta caliente	2	16.7%
Probeta caliente + Adrenalina	9	75.0%
Total	12	100.0%

V. DISCUSIÓN

Un total de 60 pacientes con HDA por Úlcera Péptica con estigmas endoscópicos de sangrado fueron admitidos a la UHD del Hospital “Edgardo Rebagliati Martins” (Eesalud). Se estudio las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes y se observó en la muestra estudiada

una mayor frecuencia de Úlcera Péptica Sangrante en pacientes del sexo masculino lo que coincide en general con las descritas previamente en la bibliografía. (Velásquez y col. (2001), Toledo y col. (2004), Basto y col. (2005), Salvatierra y col. (2005).)

Al analizar la distribución por edades se halló que el mayor número de pacientes se enmarco en el grupo de 70 a 79 años (36.7%) y en conjunto la mayor frecuencia (77%) ocurrió en pacientes mayores de 50 años; y se ha visto que estos resultados guardan relación con lo descrito por otros autores.(León y col. (1997), Zegarra (2000), Gisbert y col. (2002), Montero y del Campo. (2003), Basto y col. (2005).)

Esto se comporta de igual manera en otros estudios realizados y en el mundo occidental de hoy, donde se ha demostrado un aumento en la frecuencia de aparición de la Úlcera Péptica Sangrante a medida que aumenta su edad, incremento superior al experimentado por la población en general. (Montero y del Campo (2003)).

El incremento de la edad en los pacientes con UPS se ha venido acentuando considerablemente en años más recientes y nuestro estudio es una muestra evidente pues el 77% de nuestros pacientes presentan una edad mayor de 50 años. De este modo la edad se constituye una variable que influye en la presentación de la UPS. Este incremento proporcional de la incidencia de esta entidad con respecto a la edad es considerado en muchas series como un factor de riesgo. (Gisbert y col. (2002), Montero y col. (2003)

Parece lógico deducir que una edad avanzada se asocie con un peor pronóstico, como ha ocurrido en muchos estudios, si bien es cierto que algunos autores no han podido identificar este factor como un predictor independiente de mala evolución. Estas circunstancias se explican

probablemente por el hecho de que conforme avanzan los años, el sujeto se encuentra expuesto a un mayor número de factores de riesgo relacionados con la UPS, tanto en lo que respecta a factores exógenos (alcohol, tabaco, fármacos como AINES) como en lo que atañe a factores propios del envejecimiento humano (Gisbert y col. (2002).

En el presente estudio se encontró 29 (48.3%) casos de úlcera duodenal, 25 (41.7%) casos de úlcera gástrica y 6 (10%) casos donde se observó la presencia de ambas. Siendo la úlcera duodenal la causa de sangrado más frecuentemente diagnosticada por endoscopia y este hallazgo sincroniza totalmente con la literatura y muchos estudios. (Paucar y col. (1996), Velásquez y col. (2001), Gisbert y col. (2002)).

En algunas revisiones reportan que la coexistencia de ambas úlceras se encuentran en aproximadamente 11%, en un estudio realizado en Lima entre el 2003 y 2004 por Salvatierra y col. (2005) se halló una frecuencia del 9%, en nuestro estudio el 10% presenta ambas lesiones.

La literatura refiere que la úlcera duodenal se presenta con mayor frecuencia en promedio dos décadas más temprano que la úlcera gástrica, siendo su pico de incidencia a los 45 años (Farreras (1996)), en nuestro estudio se identificó que no existe diferencia entre el promedio de presentación de la edad de la úlcera gástrica (64 años) y duodenal (62.7 años).

Según León y col. (1997) la edad de aparición para las úlceras pépticas sangrantes ha aumentado, en los últimos años de tal forma que en la actualidad más de un 45% de los pacientes sangrantes tienen más de 60 años y nuestro estudio es una muestra de ello.

Entre las manifestaciones clínicas; la melena fue la forma más usual del sangrado (53.4%), le sigue la asociación hematemesis-melena (38.3%), en tanto que la hematemesis como manifestación aislada se presentó sólo en el 8.3% de los casos. Estos hallazgos se reportan en la mayoría de trabajos realizados sobre el tema y en muchas series revisadas (Toledo y col. (2004)).

La melena suele advertir a los pacientes con Úlcera Péptica Sangrante y esta presentación constituye el motivo de consulta más frecuente del paciente (Paucar y col. (1997), Velásquez y col. (2001), Gisbert y col. (2002), Olivares (1984), Toledo y col (2004)).

El sangrado por Úlcera Péptica en nuestros pacientes fue precedido de dolor abdominal en el 55% (33 pacientes). El dolor abdominal tipo ardor fue el que se presentó con mayor frecuencia , 29 pacientes acudieron con este tipo de dolor (48.3%), la localización predominante fue el epigastrio con un 84.8% (28 pacientes).

Los principales hallazgos del examen físico fueron: palidez (71.7%), melena al tacto rectal (66.7%), taquicardia (31.7%) y solo el 18.3% presentó shock, lo que indica que el sangrado no fue tan masivo en la mayoría de pacientes.

Se constató anemia moderada en el 58.4% (hematocrito entre 21 a 30%) y anemia severa en el 25% de pacientes (hematocrito menor de 20%).

Del total de pacientes estudiados un gran numero refirió antecedentes personales, predominando el uso de AINES en el 65% de los pacientes y las enfermedades concomitantes en el 61.7%.

En cuanto al consumo de AINES podemos hacer referencia al incremento del uso de los mismos en nuestra población, lo cual repercute desfavorablemente en los pacientes con Úlcera Péptica e incluso en aquellos que no la presentan pues el uso diario de AINES aumenta considerablemente el riesgo de enfermedad ulcerosa, lo que se atribuye a la supresión de la síntesis de prostaglandinas, así como a su interferencia a nivel de la barrera citoprotectora, entre otros factores. (Toledo y col. (2004)).

En un estudio realizado en 1997, en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Rebagliati (Lima), Manrique encontró que el 37% de las hemorragias digestivas altas no variceales estuvieron relacionadas con AINES; estudios posteriores en la misma unidad han demostrado un incremento de la incidencia anual (Salvatierra y col. (2005)).

Rodríguez y col. (2002), afirman que un 25% de los pacientes que consumen crónicamente AINES sufren síntomas gastrointestinales persistentes, de ellos un 70% tendrán lesiones endoscópicas clínicamente poco importantes y autolimitadas como petequias, equimosis o erosiones y un 30% tendrán lesiones más graves como úlceras gástricas (más frecuentes) o duodenales. Así entre un 10 – 30% de los consumidores crónicos de AINES sufren de úlcera crónica gástroduodenal y posiblemente entre un 1-3% tendrán una complicación grave como hemorragia o perforación.

Según Salvatierra y col. (2005) los AINES han incrementado la morbimortalidad en las poblaciones de todos los grupos etáreos, particularmente en la personas mayores de 60 años.

Como se puede ver en nuestros pacientes el 65% (39 pacientes) consumen algún AINES, esta cifra es alta y supera el rango de 10 a 40 % reportada en otros trabajos (Rodríguez y col (2002), Salvatierra y col. (2005)).

Existen varios estudios que muestran cifras similares a las encontradas en nuestro trabajo, entre los que podemos citar los realizados en el Perú por Velásquez y col. (2005) y Salvatierra y col. (2005).

En nuestra experiencia con respecto a la localización de la UPS y al grupo de pacientes que consumió AINES, hemos encontrado más úlceras gástricas sangrantes en el grupo de AINES (84%), este hallazgo coincide con lo encontrado por otros autores como Velásquez y col. (2001) y Salvatierra y col. (2005).

El AINE más usado fue la aspirina (43.6%) y como se puede ver esta cifra no se aparta mucho de las estadísticas a nivel nacional e internacional (Toledo y col. (2004), Salvatierra y col. (2005) españoles). Otros AINES que se consumieron fueron diclofenaco (25.6%), ibuprofeno (20.5%), piroxicam (12.8%), naproxeno (7.7%), paracetamol (5.1%) ketorolaco y meloxicam (2.6% cada uno).

Estudios de metaanálisis han confirmado que existen grandes diferencias entre los distintos AINES, respecto al riesgo de desarrollar una complicación ulcerosa, así el piroxicam tiene un riesgo de complicaciones (odds ratio) de 11.1 (IC del 95%: 6.2-20.2), el diclofenaco 3.9 (IC del 95%: 2.3-6.5), el ácido acetilsalicílico 2.8 (IC del 95%: 1.7-4.8) y el ibuprofeno de 1.8 (IC: al 95%: 1.9-2.8) (Huang y col. (2002)).

En el trabajo realizado por Salvatierra y col. (2005), se menciona que el riesgo que tiene una persona no consumidora de ASA, para presentar un proceso de hemorragia digestiva es de 1 en 100000, pero cuando se consume ASA, este riesgo aumenta 2 a 3 veces.

Es importante señalar que del total de pacientes (39 pacientes) que consumieron AINES, si bien la mayoría refirió haber ingerido solo uno (30 pacientes), 9 pacientes consumieron simultáneamente dos AINES.

Se considera que la asociación de varios AINES tiene un efecto sumatorio y ya se conoce que esto aumenta el riesgo de HDA (Rodríguez y col. (2002)). En estudios controlados se pone de manifiesto que la ingesta de 1gr/diario de aspirina produce un aumento de 9 a 10 veces la hospitalización por Úlcera Péptica. Este riesgo se inicia durante los primeros días después de indicado el uso de AINES, y aunque es mayor durante los tres primeros meses a pesar de los cuidados necesarios, persiste a lo largo de varios años. (Toledo y col. (2004)),

En nuestro trabajo 7 consumidores de AINES (17.9%) manifestaron haberlo ingerido por más de 1 mes, 2 por 30 días, 1 por 16 días y 27 pacientes lo hicieron en una frecuencia que va entre 1 y 10 días.

Además de la edad y duración del tratamiento con AINES se conocen algunos factores que sumados al consumo de estos pueden aumentar el riesgo de desarrollar una hemorragia por úlcera, entre los principales podemos mencionar la edad mayor de 65 años, tabaquismo, alcoholismo, consumo de corticoides o anticoagulantes e historia previa de úlcera y haber sufrido hemorragia digestiva (Huang y col. (2002), Rodríguez y col. (2002)); referente a esto último podemos señalar que en el presente trabajo se evidenció que 18 pacientes (30%) presentaron antecedente úlcera péptica e igual frecuencia se reportó en los pacientes que presentaron hemorragia por esta patología, así también debemos señalar que una paciente con enfermedad reumatoidea consume como parte de su tratamiento AINES y corticoides crónicamente y como se sabe los corticoides cuando se emplean con AINES, el riesgo de úlcera y sus complicaciones es mucho mayor que si

se emplean solos, sobre todo en la población más avanzada.(Rodríguez y col. (2002)).

En el segundo lugar en cuanto a los antecedentes personales encontramos a las enfermedades concomitantes con un 61.7%. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus han sido las patologías más frecuentemente encontradas. Estos hallazgos han sido frecuentes también en otros estudios como los de Gisbert y col. (2002) y Basco y col. (2005).

Se ha visto que muchos trabajos han evidenciado una mayor duración del ingreso y un mayor índice de morbimortalidad en el subgrupo de mayor edad con enfermedades concomitantes asociadas, lo cual puede ser debido a una descompensación de la enfermedad consecuencia del episodio hemorrágico. (Branicki y Coleman (1990), Arbery y Arango (1998), Basco y col. (2005))

Desde su descripción por Forrest *et al.*, hace casi tres décadas, los signos endoscópicos de hemorragia activa o reciente para la úlcera péptica se utilizan en el tratamiento de la hemorragia digestiva alta por cuanto su presencia comporta una importante información pronóstica, ya que permiten cuantificar el riesgo de recidiva hemorrágica y, por tanto, la evolución del paciente; además permiten una descripción uniforme de las lesiones sangrantes y, por otra parte sentar la indicación de su abordaje terapéutico endoscópico (Montero y del Campo (2003), atendiendo a este motivo es que decidimos tener en cuenta en nuestro estudio los estigmas endoscópicos de la Úlcera Péptica Sangrante según la clasificación de Forrest, de forma tal que podemos comprobar que la mayoría de casos se encontraban en el estadio III y estadio IIa, ambos estadios presentaron 15 pacientes respectivamente (33.3%), le siguieron el estadio IIb con 9 pacientes (16.7%) y el estadio IIc con 7 pacientes (13.0%), aunque si analizamos, en la

distribución de las lesiones detalladas globalmente se puede apreciar que la mayor parte de los casos se encuentran clasificados dentro del grupo Forrest II con 31 pacientes para un 57.5%. No podemos dejar de mencionar que en la presentación de ambas úlceras (6 úlceras duodenales y 6 úlceras gástricas), el estadio que predominó en ellas fue el Forrest III, con 5 úlceras (41.7%).

Sin embargo la mayor frecuencia de Forrest III encontrada en nuestro estudio se ve también reportada en otros estudios como el realizado por Zegarra (2000), entre el período comprendido entre 1998-2000 en el Hospital Daniel Alcides Carrión. La literatura reporta situaciones variables al respecto, siempre una menor frecuencia para los pacientes con Forrest I (17%) y mayor frecuencia para los Forrest II (45-60%) y III (25-37%), otros reportan mayor incidencia de los Forrest III (Zegarra (2000)).

Cabe señalar que el riesgo de recidiva del sangrado en el Forrest II oscila entre el 40 y 50% y con una mortalidad del 3-14%, nuestro estudio no es una excepción de este hecho planteado, lo cual constituye un motivo de alerta para el personal médico que se encuentra en su práctica diaria frente a pacientes con estas características. Finalmente la probabilidad de recidiva de la hemorragia de las lesiones Forrest III es mínima, oscila entre 3-5% en casi todos los estudios, e incluso del 0% en muchos de ellos (Paucar y col. (1996), Gisbert y col. (2002), Zegarra (2000)), incluido el nuestro.

Se determinó los tipos de tratamiento administrados en la UPS, donde se observa que el tratamiento combinado (Tratamiento médico-endoscópico) fue el más utilizado en los pacientes con UPS (70%).

Se recogió el tipo de tratamiento médico antisecretor que asociado o no a la terapia endoscópica fue el que se utilizó, observándose que la medicación antisecretora más utilizada fue el omeprazol (81.7%).

En el 80-85% de los pacientes, el sangrado por UPS se detiene espontáneamente, sin ninguna intervención terapéutica (Gisbert y col. (2002)). La meta terapéutica en estos pacientes es cicatrizar la úlcera e identificar el factor causante (De Lima y Rengifo (1996)). Uno de los primeros inhibidores de la bomba de protones (IBP) en aparecer fue el omeprazol y ha demostrado una actividad antisecretora superior a los antagonistas H_2 debido a que bloquea directamente a la bomba de protones H^+K^+ATP de las células parietales mediante una unión covalente e irreversible produciendo la inhibición de la secreción gástrica (Bustamante y Ponce (2004)).

Diversos estudios *in vitro* indican que el ácido deteriora de forma importante los mecanismos hemostáticos y produce digestión enzimática del coágulo de fibrina. Estas dos fases de la formación del coágulo se ven muy alteradas por el ácido gástrico. (Green y col. (1978)).

La disminución del tiempo de lisis del coágulo parece deberse a la activación de la pepsina más que a una acción directa del ácido sobre el coágulo (Bustamante y Ponce (2004)).

Se ha demostrado también que tanto la coagulación como la agregación plaquetaria son altamente dependiente del pH y la hemostasia parece ser virtualmente imposible a un pH menor de 5.4. Así el pH mayor de 4 es necesario para la prevención de la lisis del coágulo y del moco gástrico y un pH mayor de 6 es necesario para la hemostasia (Velásquez y col. (2001)).

El omeprazol es considerado norma de oro en el tratamiento a corto plazo de la úlcera péptica. (Regis y col. (1999)).

En el estudio realizado por Lau y col. (2000) la dosificación de un bolo de omeprazol de 80 MG seguido de una perfusión continua a 8mg/h fue capaz de aumentar el pH gástrico a más de 6 en 20 minutos y mantenerlo así durante más del 80% por un período de 24 horas.

Regis y col. (1999) realizaron un estudio en el Hospital Central de la Policía Nacional, donde encontraron que los pacientes que recibieron omeprazol tuvieron una recidiva del sangrado en un 4% en comparación con los pacientes que recibieron ranitidina de los cuales un 23% continuó sangrando.

La Ranitidina, un antagonista H_2 ha sido el segundo medicamento antisecretor utilizado en nuestro estudio, aunque con poca frecuencia (13.3%). Este medicamento ha sido ampliamente utilizado en los pacientes con hemorragia digestiva alta, sin embargo un análisis de los estudios publicados sobre estas drogas, mostró tendencias hacia reducciones en la tasa de resangrado sin llegar a detenerla, por lo cual se llegó a la conclusión que la información no fue suficiente como para establecer la utilidad de dichos agentes farmacológicos (Laine y Peterson (1994)). Otros estudios adicionales con ranitidina no han sido capaces de justificar el empleo de dichas drogas en UPS, con el agravante que se desarrolla tolerancia con una pérdida de control del pH en menos de 72 horas de infusión continua (Velásquez y col. (2001)).

Un tercer medicamento antisecretor utilizado en nuestro estudio, es un IBP, que pertenece a la familia de los benzimidazoles sustituidos; el pantoprazol (5%) que ha demostrado ser superior a la ranitidina en el tratamiento de la úlcera duodenal y de la úlcera gástrica y que a diferencia de otros IBP, tiene la ventaja de no interactuar con las funciones metabólicas del sistema enzimático P450 del Hígado (Velásquez y col. (2001)). Una dosis

diaria de 40 MG de pantoprazol por la mañana muestra un perfil adecuado de inhibición de la acidez diurna y nocturna y es superior al perfil de inhibición de la ranitidina y el omeprazol. En un estudio clínico, realizado por Velásquez y col. (2001) en la UHD del Hospital Rebagliati Martins, se obtuvo resultados satisfactorios con el uso de pantoprazol en la UPS en una dosis EV de 40 mg/día por 72 horas y continuando 21 días por vía oral, aunque la serie reportada fue pequeña, se obtuvo una hemostasia inicial del 98%. La tasa de resangrado fue del 2% y el índice de cicatrización en el seguimiento a 21 días fue del 87.5% de cicatrización tanto para la úlcera duodenal como para la úlcera gástrica, y cero de mortalidad al igual que la necesidad quirúrgica para detener el sangrado.

Dentro de la terapia médica, el tratamiento de sustitución fue administrado al 76.7% de los pacientes. De los pacientes que requirieron transfusión sanguínea, el 35% requirieron 2 paquetes globulares, el 18.3%, 3 paquetes globulares, el 16.7% 1 paquete globular, el 3.3% , 4 paquetes globulares, el 1.7%, 5 paquetes globulares y en el 1.7% se transfundió 6 paquetes globulares, tales hallazgos probablemente estén en relación a las pérdidas sanguíneas en los pacientes lo cual se refleja en el gran porcentaje de pacientes que presentan anemia (83.4%)

Como se mencionó anteriormente el tratamiento médico-endoscópico (tratamiento combinado) (70%) fue el más utilizado para tratar a los pacientes con UPS.

En cuanto al tratamiento endoscópico como monoterapia, su objetivo fundamental es conseguir la hemostasia y prevenir la recidiva, tal como lo demuestra un metaanálisis realizado por Cook y col. (1992), las diferentes técnicas endoscópicas hemostáticas son altamente eficaces; consiguen reducir la incidencia de recidiva hemorrágica de las lesiones de alto riesgo

hasta el 15-20% y así, disminuye de forma notable la necesidad de tratamiento quirúrgico (inferior al 5%) y la mortalidad.

Una de las monoterapias endoscópicas de inyección asociada al tratamiento médico antisecretor que se utilizó en nuestro estudio fue la adrenalina al 1/10 000 (4.8%), esta solución es frecuentemente utilizada, ya que es una técnica útil para detener la hemorragia activa, disminuir significativamente la tasa de recurrencia hemorrágica y es la modalidad terapéutica preferida en muchos centros por su bajo costo, requerimiento mínimo de equipo y fácil aplicación en situaciones de emergencia (Díaz y col. (1997)).

En un estudio clínico realizado por Díaz y col. (1997), en el Hospital Rebagliati Martins, se utilizó la combinación de Ranitidina a razón de 300 MG vía endovenosa en 24 horas y terapia de inyección endoscópica de adrenalina al 1/10 000 en pacientes con sangrado activo o vaso visible, y se observó que la tasa de hemostasia definitiva fue de 77,5% (93/120 pacientes).

Otra monoterapia térmica endoscópica utilizada en nuestro estudio fue la sonda caliente (4.8%) este tiene la ventaja de tener muy poco riesgo de producir quemaduras profundas y por lo tanto perforación, y además, según los expertos, de poder aplicar presión mecánica y coagulación tangencial. En un estudio realizado por Feu y col. (2003) se demuestra que la eficacia de este método es similar a la de la inyección en la incidencia de recidiva.

Los expertos consideran que la adrenalina no se debe utilizar como única terapia endoscópica para la úlcera sangrante, ya que su beneficio inicial se debe en gran parte a la vasoconstricción con disminución e, incluso, detención transitoria del sangrado sin producir obliteración permanente del vaso, manteniendo teóricamente el riesgo de resangrado (Lau y col. (2000));

por lo tanto, se considera necesario adicionar una segunda modalidad bien sea térmica o esclerosante (Savides y Jenssen (2000)). En la actualidad, se considera que la mejor opción es la terapia dual que combina la adrenalina con la terapia térmica (sonda caliente o coagulación bipolar) y según Cook y col. (1992) varios ensayos han demostrado la superioridad de la terapia endoscópica combinada con relación a las monoterapias.

En nuestro grupo estudiado la terapia combinada con adrenalina 1/10.000 y aplicación de probeta caliente ha sido la terapia endoscópica más utilizada. 29 de los 42 pacientes en quienes se utilizó el tratamiento médico-endoscópico la recibieron (69%).

Según Sung y col. (2003) y Bustamante y Ponce (2004) la adición de inhibidores de la bomba de protones, después del tratamiento endoscópico, disminuye aún más el riesgo de resangrado.

En nuestro trabajo la experiencia de usar omeprazol más terapia endoscópica también fue aplicada. Sobre el tema en general hay varios trabajos donde se obtienen resultados muy satisfactorios, así en el trabajo de Lau y col. (2000), el resangrado se produjo en el 6.7% de los pacientes que recibieron omeprazol comparado con el 22.5% de los que recibieron placebo postratamiento endoscópico. En otro estudio realizado por Sung y col. (2003) se concluyó que la combinación de terapia endoscópica y infusión de omeprazol es superior a solo la infusión de omeprazol en la prevención de la recurrencia de hemorragia de úlceras con vaso visible no sangrante y en coágulo adherido.

Finalmente, no podemos dejar de mencionar que la única complicación ocurrida fue el resangrado, la cual se presentó en 12 pacientes (28.6%),

consiguiendo la hemostasia permanente en todos ellos después de una segunda endoscopia terapéutica.

La eficacia de una segunda terapia aumentó el porcentaje de hemostasia a un 100% de los casos, ya que ningún paciente requirió cirugía urgente. A pesar de los buenos resultados obtenidos en la terapéutica endoscópica inicial, la realización de una segunda endoscopia siguiendo el protocolo de actuación de la UHD del Hospital Rebagliati Martins, con retratamiento endoscópico según los estigmas endoscópicos encontrados, consiguió aumentar la hemostasia definitiva al 100% en estos enfermos. Estudios clínicos demuestran que esta opción terapéutica en el resangrado o persistencia del sangrado por Úlcera Péptica, después del fracaso del tratamiento inicial, disminuye la tasa de cirugía urgente, sin aumentar el riesgo de muerte y con menos complicaciones (García y col. (2003)).

Todo lo expuesto anteriormente constituye una importante evidencia de la relevancia de la Úlcera Péptica Sangrante como patología importante en nuestro medio. Hay que señalar que a pesar de haber un claro avance en su manejo no quirúrgico gracias al desarrollo de técnicas endoscópicas seguras y eficientes, se hace muy necesario la profundización en los conocimientos relacionados con el diagnóstico, manejo y tratamiento de los pacientes que presentan esta entidad.

VI. CONCLUSIONES

1. La Úlcera Péptica Sangrante, en el grupo estudiado de pacientes de la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Edgardo Rebagliati

Martins, fue más frecuente en el sexo masculino (85%) y en el grupo de pacientes con edades de 70 a 79 años (36.7%).

2. La Úlcera Duodenal fue la causa más frecuente de sangrado en la Úlcera Péptica (48.3%)
3. Las principales formas de presentación del sangrado por Úlcera Péptica fueron la melena (53.4%) y la combinación hematemesis-melena (38.3%).
4. La Úlcera Péptica Sangrante se presentó acompañado de dolor abdominal en el 55% de pacientes, el tipo de dolor que predominó fue del tipo ardor (48.3%) y la localización predominante del dolor fue el epigastrio (84.8%).
5. La ingesta de AINES (65%) y las enfermedades concomitantes (61.7%) como la Hipertensión Arterial (35%) y Diabetes Mellitus (13.3%) fueron los antecedentes personales que con mayor frecuencia refirieron nuestros pacientes.
6. El AINE mayormente involucrado fue la aspirina (43.6%) encontrándose que el 23.1% de los pacientes consumió simultáneamente dos AINES.
7. Los estadios Forrest que con mayor frecuencia se observaron en nuestro estudio fueron el III y IIa, ambos con el 27.8% respectivamente. En la presentación de ambas úlceras el estadio Forrest que predominó fue el III (41.6%).

8. El tipo de tratamiento más utilizado en los pacientes con Úlcera Péptica Sangrante fue el tratamiento médico-endoscópico (tratamiento combinado) (70%).
9. Dentro del tratamiento médico, el omeprazol fue el medicamento antisecretores mayormente administrado a nuestros pacientes (81.7%).
10. La inyección de adrenalina al 1/10 000 más aplicación de probeta caliente fue el tratamiento endoscópico más utilizado, el 69% de los pacientes lo recibieron.
11. El tratamiento administrado en la Úlcera Péptica Sangrante, fue en nuestra experiencia excelente, ya que ningún paciente requirió de cirugía de emergencia para controlar la hemorragia, la mortalidad fue cero, siendo la única complicación el resangrado el cual cedió después de una segunda endoscopia terapéutica.

LITERATURA CITADA

Arbery. J., J. Arango. 1998. Proporción de resangrado y letalidad temprana después de inyección endoscópica en hemorragia por úlcera duodenal o gástrica. Colombia Med. 29: 14-17.

Basto, M., G. Vargas, P. Angeles. 2005. Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza 1980-2003. Rev. Gastroenterol. Perú, 25:259-267.

Bjorkman D. 2000. Bleeding Ulcers: Endoscopic Assessment and management 2000. Endoscopy in the New Milenium. Annual postgraduate course. ASGE, 3-7.

Branicki. F.J., S. Coleman . 1990. Bleeding peptic ulcer: a prospective evaluation of risk factors for rebleeding and mortality. World. J . Surg. 14: 262-270

Buffoli. F., M. Graffeo, F. Nicosia. 2001. Peptic ulcer bleeding: comparison of two haemostatic procedures. Am. J. Gastroenterol, 96: 89-94.

Bustamante. M., J. Ponce. 2004. Tratamiento antisecretor de la hemorragia digestiva por úlcera péptica: una aproximación a la evidencia disponible. Rev. Clin. Esp. 204(3): 161-168.

Cook. D.J., G. Guyatt, B. Salena. 1992. Endoscopy therapy for acute nonvariceal upper gastrontestinal hemorrhages metaanalysis. Gastroenterology. 102: 139-48.

Díaz. F., C. Contardo, R. Román, E. Vasco, M. Dávalos, H. Velásquez, C. Soriano, H. Espejo. 1997. Tratamiento con inyección endoscópica de la úlcera péptica sangrante. Rev. Gastroenterol. Perú. Vol. 17(1): 15-21.

De Boer W., G. Tytgat. 2000. Regular review treatment of Helicobacter pylori infection. BMJ. 320: 31-34.

De Lima. E., A. Rengifo. 1996. Gastroenterología y Hepatología. De Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva. Bogotá, 271-278

Debognie, J.C. 1999. Endoscopic et pronostic de l'hemorragie der tractus digestive superieur. Gastroenterol Clin Biol. 3: 37-39

Farreras. P. 1996. Medicina Interna. Tomo-I. 13^a. Ed. Ediciones DOYMA. Barcelona. 93-106.

Feu. F., E. Brullet, X. Calvet, J. Fernández-Llamazares, J. Guardiola, P. Moreno, A. Panades, J. Saló, E. Saperas, C. Villanueva y R. Planas. 2003. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Gastroenterol. Hepatol. 26(2): 70-85.

García, M.V., P. López, A. González, C. Gálvez, A. Naranjo, M.D. Sánchez-Tembleque, A. Hervás y J.F. de Dios Vega. 2003. Factores asociados al fracaso de la terapéutica endoscópica en la hemorragia digestiva por úlcera gástrica. Gastroenterol. Hepatol. 26(4): 227-233

Gisbert, J., I. Llorca, J. Cantero, J. M. Pajares. 2002. Estudio de los factores pronósticos clínicos y endoscópicos en los pacientes con hemorragia digestiva de origen gastroduodenal. Med. Clin. Barcelona. 118(13): 481-486.

Green. F., M. Kaplan, L. Curtis, P. Levine. 1978. Effect of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation. *Gastroenterology*. 74: 38-43

Griffiths, W., S. Newman, I. Welsh, 1995. The visible vessel as an indicator of uncontrolled or recurrent gastrointestinal hemorrhage. *N. Eng. J. Med.* 300: 1411-1413

Harrison. 1998. Principles of internal medicine. 14th edition. Vol. 2. International Edition. 1650-1661.

Huang. J.Q., S. Sridhar, R. Hunt. 2002. Role of helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. *Lancet*. 359: 14-22.

Hui. W., M. Ng, A. Lok. 1991. A randomized comparative study of laser photocoagulation, heater probe, and bipolar electrocoagulation in the treatment of actively bleeding ulcers. *Gastrointest. Endosc.* 7:299-304.

Laine. L., W. Peterson . 1994. Bleeding peptic ulcer. *N. Engl. J. Med.* 331: 717-727.

Lau J., J. Sung, K. Lee. 2000. Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcer. *N. Engl. J. Med.* 343: 310-316.

[León](#). F., J. Ruiz, A. Palomino, R. Torres, A. Fernández, M. A., Martínez. 1997. Tratamiento endoscópico del sangramiento alto por úlcera péptica. *Rev. Gastroenterol. Perú*, 17(1): 22-27.

Male G., H. Lin, C. Perng, F. Lee. 1999. A prospective randomized trial comparing injection of epineprine alone, bipolar electrocoagulation alone and the combination of injection of epineprine with bipolar electrocoagulation for the arrest of peptic ulcer bleeding. *Gastrointest. Endosc.* 49: A452.

Montero, J., P. Del Campo. 2003. Predicción clínica de los signos endoscópicos de hemorragia digestiva alta o activa o reciente. *Med. Clin. Barcelona*, 120(16): 601-607

O' marubi. S., D. Clinch. 2000. Peptic ulcer disease in the elderly – is the bias against endoscopy in the elderly ?. *Irish Medical Journal.* 93(5): 152-155.

Olivares, D.A. 1984. Hemorragia Digestiva Alta: Aspectos Clínicos y hallazgos endoscópicos en 60 casos en el servicio del Medicina Interna del Hospital Cayetano Heredia. Tesis para obtener la especialidad en Gastroenterología. UNCH.

Paucar. H., E. Cossio, J. Lizárraga. 1996. Hemorragia digestiva alta en Cuzco. Experiencia de 2 años. *Rev. Gastroenterol. Perú.* 16(3): 10-14

Quirk. D., L. Friedman. 1999. Approach to gastrointestinal problems in the elderly. *Textbook of Gastroenterology.* Third Edition. USA: 1015-1033.

Regis R., A. Bisso, S. Rebaza. 1999. Omeprazol IV vs. Ranitidina IV, para el control de la Hemorragia Digestiva Alta en una Sala de Emergencia. *Rev. Gastroenterol. Perú.* 19 (4): 21- 25

Rodríguez. C., M. García, F. Tato, C. Duran, A. Figueiras, I. Sastre, E. Donato, J. Tarragó, M. Velasco. 2002. Fármacos en la profilaxis de la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. *Med. Integral.* 39(8): 365-368.

Salvatierra, G., L. de la Cruz, M. Paulino, V. Vidal, C. Rivera, A. Cano, O. Frisancho. 2005. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de los antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev. Gastroenterol. PERÚ*, 26: 13-20.

Savides. T.J, D. Jensen. 2000. Therapeutic endoscopy for nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology. Clin. North. Am.* 29: 465-487.

Sung. J., F. Chan, J. Lau, M. Yung, W. Leung, J. Wu, E. Ng , S. Chung. 2003. The effect of endoscopic therapy in patients receiving omeprazole for bleeding ulcers with non-bleeding visible vessels or adherent clots. A randomized comparison. *Ann. Intern. Med.* 139: 237-243.

Swaim. M., 1999. GI emergencies: Rapid Therapeutic responses for older patients. *Geriatrics*.

Swain. C.P., A. Kalabakas, A. Grandison.1990. Size and pathology of vessel and ulcer in patients with fatal bleeding from duodenal ulcer. *Gastroenterology.* 98:A133.

Toledo. G., N. Villalba, M. Simancas, A. Díaz, A. Hierro. 2004. Hemorragia digestiva alta (Sangramiento Digestivo Alto). Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. *Enfermedades del Aparato Digestivo.* 7(2): 13-19.

Velásquez. H., E. Ruiz, C. Contardo, E. Vesco, R. Roman, C. Ichiyanagui, A. Gómez, Z. Cervera, M. Dávalos. 2001. Efecto del Pantoprazol en la evolución de la úlcera péptica sangrante post endoscopia terapéutica: Unidad de Hemorragia Digestiva-Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Enfermedades del Aparato Digestivo;* 4(1): 5-10.

Villanueva. C., J. Balanzo. 1995. Omeprazole versus ranitidine as adjunct therapy to endoscopic injection in actively bleeding ulcers: a prospective and randomized study. *Endoscopy*. 27: 308-312.

Zegarra. N. 2000. Relación de la edad con la localización, presencia de sangrado y diámetro de la úlcera péptica en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 1998- 2000. Tesis para el título de especialidad en Gastroenterología. UMSM.

