

ETIOLOGIA, RIESGO DE RESANGRADO Y SEVERIDAD CLINICA DE LA
HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO ENTRE OCTUBRE
DEL 2008 Y MARZO DEL 2009

JOSE HADER BARRIOS
FABIÁN GUTIÉRREZ SALAZAR
ANGELINO VALENZUELA CUBILLOS

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA – HUILA
2011

ETIOLOGIA, RIESGO DE RESANGRADO Y SEVERIDAD CLINICA DE LA
HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO ENTRE OCTUBRE
DEL 2008 Y MARZO DEL 2009

JOSE HADER BARRIOS
FABIÁN GUTIÉRREZ SALAZAR
ANGELINO VALENZUELA CUBILLOS

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Medico

Asesor

DOLLY CASTRO BETANCOUTH
Magister en Salud Pública
Especialista en Epidemiología

LUIS FELIPE CARDENAS
Medico Internista

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA – HUILA
2011

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Enero del 2011

DEDICATORIA

A nuestras familias por su apoyo y paciencia.

A todas las personas quienes nos ayudaron a corregir y complementar el contenido de este trabajo, quienes han sido un gran apoyo.

ANGELINO
FABIÁN
JOSE HADER

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A Luís Felipe Cárdenas, profesor del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Surcolombiana, por haber creído plenamente en este proyecto de grado, y por su apoyo, acertados consejos y recomendaciones como asesor del mismo proyecto.

A la profesora Dolly Castro Betancourt, Especialista en Epidemiología, por acompañarnos en el proceso de presentación del proyecto de grado.

A los diferentes profesores de la Universidad Surcolombiana por su colaboración.

A todos mil gracias....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	17
2 DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	20
2.1 PREGUNTA INVESTIGACION	22
3 JUSTIFICACIÓN	23
4 OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVO GENERAL	24
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
5 MARCO TEORICO	25
5.1 HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS	25
5.2 ETIOLOGÍA	26
5.2.1 Ulcera peptica.	27
5.2.2 Varices gastroesofagicas	29
5.2.3 Síndrome de mallory weiss.	30
5.2.4 Erosiones.	31
5.3 DIAGNÓSTICO	31
5.4 GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO MEDICO	32
5.4.1 Reanimación	32
5.4.2 Papel de la inhibición de la secreción ácida gástrica	32
5.4.3 Transfusión sanguínea.	33
5.4.4 Tratamiento de lesiones específicas	33
5.5. CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN RELACIÓN CON LA GRAVEDAD	34
5.6 CUÁNDO REALIZAR LA ENDOSCOPIA?	34
5.6.1 Emergencia	34
5.6.2 Semi urgente	35
5.7 EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL SANGRADO	36

		Pág.
6	HIPOTESIS	39
7	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	40
8	DISEÑO METODOLÓGICO	43
8.1	TIPO DE ESTUDIO	43
8.2	UBICACIÓN DEL ESTUDIO	43
8.3	POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO	43
8.4	TECNICAS Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	44
8.4.1	Evaluación de las historias clínicas	44
8.4.2	Evaluación Rockall.	45
8.4.3	Escala Forrest	46
8.4.4	Análisis estadístico.	46
8.4.5	Instrumentos para la recolección de información.	46
8.4.6	Procesamiento de los datos.	47
8.4.7	Codificación y Tabulación	47
8.4.8	Fuentes de información	47
8.4.9	Plan de análisis de los resultados	47
8.5	CONSIDERACIONES ÉTICAS	47
9	RESULTADOS	49
10	DISCUSION	68
11	CONCLUSIONES	70
12	RECOMENDACIONES	72
	BIBLIOGRAFIA	73
	ANEXOS	76

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Gravedad de la HDA según criterios clínicos.	37
Tabla 2.	Gravedad de la HDA según origen de sangrado	38
Tabla 3.	Gravedad de la hda según hallazgos endoscópicos	38
Tabla 4.	Operacionalización de variables.	40

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Genero pacientes con diagnostico HVDA en el Hospital Universitario de Neiva	49
Grafica 2. Procedencia	50
Grafica 3. Raza	50
Grafica 4. Estrato socioeconómico	51
Grafica 5. Motivo de consulta	51
Grafica 6. Antecedentes	52
Grafica 7. Comorbilidades	52
Grafica 8. Edad	53
Grafica 9. Estado Hemodinámica	53
Grafica 10. Estigmas de sangrado reciente	54
Grafica 11. Clasificación Forrest	54
Grafica 12. Diagnostico Endoscopio	55
Grafica 13. Reporte patológico	55
Grafica 14. Uso AINES	56
Grafica 15. Clasificación ROCKALL	56
Grafica 16. Severidad	57
Grafica 17. Edad y clasificación ROCKALL	57
Grafica 18. Etiología vs ROCKALL	58

	Pág.
Grafica 19. Etiología vs FORREST	59
Grafica 20. Etiología vs SEVERIDAD	60
Grafica 21. Etiología vs uso de AINES	61
Grafica 22. Reporte patología y etiología	62
Grafica 23. Reporte patología y uso de AINES	62
Grafica 24. Reporte de patología y clasificación FORREST	63
Grafica 25. Reporte patología y estratificación ROCKALL	63
Grafica 26. Motivo de consulta vs SEVERIDAD	64
Grafica 27. Presencia de resangrado	65
Grafica 28. Frecuencia del resangrado	65
Grafica 29. Tratamiento instaurado a los pacientes	66
Grafica 30. Complicaciones presentadas posterior al sangrado	66
Grafica 31. Tiempo en reincorporarse a las actividades que venia realizando	67
Grafica 32. Pacientes recibiendo tratamiento en la actualidad	67

LISTA ANEXOS

		Pág.
Anexo A.	Formulario recolección datos HVDA	77
Anexo B.	Escala de riesgo re sangrado FORREST	78
Anexo C.	Escala de mortalidad, severidad y riesgo de resangrado ROCKALL	79
Anexo D.	Porcentaje de mortalidad según puntuación rockall	80
Anexo E.	Tablas	81

GLOSARIO

Hemorragia Gastrointestinal Masiva. Es aquella que ocurre en forma súbita, con pérdida mayor de un litro de sangre o en suficiente cantidad para producir hipovolemia.

Hipovolemia. Significa un déficit del volumen circulatorio que se manifiesta por taquicardia, hipotensión, presión venosa central baja y cambios posturales en la presión arterial y el pulso.

Hemorragia Gastrointestinal Baja. Es aquella que se origina en un lugar distal al ligamento de Treitz, cuyo manejo se describe en otra guía de esta serie.

Hematemesis. Vómito de sangre roja, viva.

Melanemesis. Vómito de sangre negra, alterada, con aspecto de “cuncho de café”.

Melena. Excreción de sangre negra por el recto.

Hematoquezia. Excreción de sangre roja, viva, por el recto.

Síndrome de Mallory-Weiss. Sangrado intraluminal que resulta de una laceración longitudinal de la mucosa y la submucosa del estómago y de la unión gastroesofágica, y rara vez del esófago distal, usualmente por distensión forzada por vómito o náusea. El color de la sangre excretada por vía rectal no es una clave definitiva para la identificación del lugar de origen de la hemorragia; es así como, el efecto catártico de una hemorragia masiva por una ulcera duodenal puede producir rapidez del tránsito intestinal y presentar hematoquezia con salida de coágulos frescos por el recto, siendo su origen en el tracto digestivo superior.²⁴

RESUMEN

La hemorragia de vías digestivas Altas, es una enfermedad que requiere una constante actualización de investigaciones y monitoreo que aborden la problemática de esta patología, pues la morbi- mortalidad asociada a la misma, se convierte en un factor alarmante.

La hemorragia de vías digestivas altas es una patología que se presenta frecuentemente en los servicios de urgencias a pesar de los grandes avances médicos, su mortalidad es cercana al 12% y se ve incrementada con el uso de medicamentos como los AINES (1 de cada 5 pacientes) y cumarínicos, la incidencia es superior al 1% y es mayor en los pacientes ancianos con comorbilidades, no siendo claro aún, si su alta incidencia está asociada al mayor uso de antiinflamatorios no esteroideos.

Nuestro trabajo consiste en un estudio observacional-descriptivo; series de casos. en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define el estudio, El lugar del estudio, fue el archivo central del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, en el cual se guardan las historias clínicas de todos los pacientes que ingresan al servicio, y también se utilizó la oficina de epidemiología del Hospital, la cual nos arrojó 152 historias clínicas con el diagnóstico presuntivo de hemorragia de Vías digestivas altas. Las cuales se le practicaron un análisis por medio de las escalas de Forrest y de Rockall.

Los resultados al igual que la mayoría de estudios realizados en el mundo, la mayor frecuencia de esta patología se da en el género masculino, en un 56 % a comparación con el género femenino. Es más frecuente en la tercera edad, presentándose en su mayoría en personas menores de 60 años y su principal etiología es la úlcera gástrica.

El principal síntoma que obligó al paciente a acudir al médico, es la epigastralgia con un 32%, seguido de hematemesis y melenas en un 20% y concuerda con estudios previos al nuestro. También se corroboró el factor predisponente que tiene el uso de aines y la presencia de la patología, demostrándose que un 20% de pacientes con Hemorragias de Vías Digestivas Altas, presentan el antecedente de consumo de aines

Según el estudio el 48% de los pacientes estudiados se clasificaron en la escala de Forrest en el estadio III, donde su riesgo de resangrado es el 2% en estudios nacionales e internacionales, pero, según nuestro estudio, el re sangrado se presentó en un 22 %. Otra conclusión muy importante que se encontró en nuestro estudio comparado con otros estudios es que en la literatura nacional e internacional nos muestra que el cáncer gástrico es causante del 1 al 3% de hemorragia de vías digestivas altas y en nuestro estudio se encontró que el cáncer gástrico es causante del 10 % de los casos de Hemorragias de Vías Digestivas Altas.

Palabras Claves. Hemorragia de Vías digestivas altas, Antiinflamatorios no esteroideos (AIENES), Cumarínicos, ulcera péptica, endoscopia vías digestivas, Escala Rockall, Escala Forrest.

ABSTRACT

The bleed of high digestive tract is a disease that requires a constant upgrade in investigations and monitoring for a good approach to the troubles in this pathology, because the morbid- mortality associated is a warning factor.

The bleed of high digestive tract is a pathology that frequently is seen in the emergency services, despite the great medical achievements, his mortality is near to 12% and it increase with the use of drugs like the non-steroidal anti-inflammatory (NAIDS) (1 of 5 patients) and cumarinicos, the incidence is higher than 1% and is more in old patients with comorbidities, is not clear yet if his high incidence is related with the great use of non-steroidal anti-inflammatory.

Our job consist in an observational-descriptive study, case series, in this study there's not intervention from the seeker, who only measure the variables from the study. The place of the study is the central file of the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital, that have the clinical histories from the patients who came to the services; the epidemiology office, give us information of 152 clinical histories with diagnosis of bleed of high digestive tract, an analysis with the Rockall and Forrest Scale was made to this histories.

The results were similar to many studies made in the world, the most frequently of this pathology is in male people, with a 56% compare with female. Is also most frequently in third age, been also frequently in people with less of 60 years old, and his principal cause is the gastric ulcer.

The main symptom was the epigastralgía with 32% of cases, follow by bleeding of high and low digest tract, with 20%, also was corroborated the risk factor of the use of NAIDS, cause 20% of the patients has this antecedent.

According the study 48% of studied patients was classified in Forrest score like state III, where the risk of bleeding is almost the 2% in national and international studies, but in our study the re bleeding was present in 22% of the cases. Another important conclusion was that in our study the gastric cancer because almost the 10% of the bleeding compare with the 3% of the world literature.

Keywords: Bled of high digestive tract, non-steroidal anti-inflammatory (NAIDS), cumarinicos, peptic ulcer, endoscopy of digest tract, Rockall Score, Forrest Score.

INTRODUCCION

La hemorragia de vías digestivas Altas, es una enfermedad que requiere una constante actualización de investigaciones y monitoreo que aborden la problemática de esta patología, pues la morbi- mortalidad asociada a la misma, se convierte en un factor alarmante.

El abordaje de la hemorragia gastrointestinal puede abarcar desde la forma masiva aguda, hasta las pérdidas sanguíneas crónicas e intermitentes; es por eso que se pretende por medio de este proyecto determinar la etiología más prevalente, el riesgo de re sangrado y la severidad de la hemorragia de vías digestivas altas, pues, como se ha demostrado por la cantidad de pacientes que ingresan al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, esta patología no es ajena a nuestro entorno, y resulta ser más frecuente y tener consecuencias más severas que las esperadas, por lo que es necesario ampliar el conocimiento y acceder a cifras concretas que sirvan de referencia para nuestra formación profesional y para el adecuado enfoque terapéutico de estos pacientes.

Es por esto, que se pretende a través de la revisión de historias clínicas, establecer las principales características poblacionales de los pacientes implicados, los factores de riesgo que favorecieron la aparición de esta patología y finalmente plantear estrategias terapéuticas que ayuden a la prevención eficaz y al control de la tasa de mortalidad en el departamento del Huila.

El documento consta inicialmente de un resumen sobre el estudio que se realizó, un marco teórico en el cual, se toma bibliografía nacional e internacional, por medio de la revista PUBMED, NEJM y el buscador Cochrane, donde se citan varias definiciones, tales como principales etiologías, epidemiología, principales manifestaciones, diagnóstico, tratamiento, se describe el estudio, se tabulan los resultados y se hacen las respectivas conclusiones con sus respectiva discusiones de los resultados obtenidos.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La hemorragia gastrointestinal aguda es un problema de salud que cuesta aproximadamente 2.5 billones por año en USA y también tiene unas elevadas tasas de costos ¹ a lo largo de toda la población mundial, siendo una de las causas mas comunes de hospitalización, con la endoscopia digestiva alta como el examen diagnostico y muchas veces de elección en tratamiento. ²

La mortalidad es cercana al 12% en los estudios publicados antes de 1997, desde entonces a disminuido pero no alcanza los niveles óptimos y además se ve mas asociado a compromiso por uso previo de AINES (1 de cada 5 pacientes) y cumarinicos, cuya incidencia normal se presenta en 1%, ³ y puede prevenirse con el uso de inhibidores de la bomba de protones⁴, siendo esta la primera elección en el manejo de esta complicación. La Hemorragia del tracto gastrointestinal alto (HTGIA) en niños menores de 2 años con antecedentes de ingesta de antipiréticos debe ser tomada en cuenta, aunque muchas veces poseen otra causa de base como desencadenante. ⁵

En una población en Nigeria, se evaluó la presentación clínica de esta patología, siendo la mayor correspondiente a la presencia de melenas como motivo de consulta, seguido por hematemesis y hematoquezia, además el mayor factor asociado fue el uso prolongado de AINES, cuyos efectos comprobados por un estudio realizado en Zaragoza⁶, incluyen esofagitis, ulcera péptica, complicaciones por hemorragia, anemia, perforación y muerte, a corto plazo de tratamiento en personas de edad avanzada.

¹ ESPINOZA RÍOS J, HUERTA-MERCADO Tenorio. Prospective validation of the Rockall Scoring System in patients with upper gastrointestinal bleeding in Cayetano Heredia Hospital Lima- Peru. 2009 Apr-Jun; 29 (2):111-7.

² SARWAR S, DILSHAD A. Predictive values of Rockall score for rebleeding and mortality in patients with variceal bleeding. 2007; 17(5):253-6.

³ THAM TC, JAMES C, KELLY M. Predicting outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage without endoscopy using the clinical Rockall Score. 2006 Nov; 82 (973):757-9.

⁴ CHURCH NI, DALLAL HJ, MASSON J, ET COL. Validity of the Rockall scoring system after endoscopic therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective cohort study. 2009 Nov 18: 110-115

⁵ LIM W et Al. Endoscopic treatment of dieulafoy lesions and risk factors for rebleeding. 2009 Dec; 24 (4):318-22

⁶ ESPINOZA RÍOS, Op cit 118

La mayor prevalencia se presenta en pacientes mayores de 66 años y de sexo masculino, quienes sufren de sangrados mas frecuentemente, mientras que los menores de 30 constituyen la minoría, y la hemorragia tiene un origen similar, el fondo gástrico o duodeno y aquellos pacientes con estrés (ventilación mecánica, catéteres, medios invasivos) presentan una tasa mayor de incidencia de esta patología.⁷

En cuanto a causas menos comunes, pero también a tener en cuenta se encuentran las lesiones de Dieulafoy, que son causas importantes de sangrado intestinal, siendo el uso de aines o anticoagulantes el mayor factor de riesgo para re sangrado después de terapia endoscópica.⁸ Otra causa la constituye en Síndrome de Mallory Weiss que está involucrado en aproximadamente 10% de las HTGIA, pero siendo de las etiologías más benignas, pues generalmente sana espontáneamente, a pesar de que necesita confirmación endoscópica. La incidencia de ulcera gástrica por H. Pylori se ha incrementado como etiología de la HTGIA, pues como lo comprobó un estudio realizado en Taipei los test rápidos de ureasa para detección de H. Pylori no son eficaces en el momento de hemorragia activa, por la presencia de sangre en la cavidad gástrica.⁹ Siendo difícil su detección como agente etiológico si no se cuenta con la posibilidad de biopsia, siendo diagnosticado de manera errónea como un diagnostico atribuible a otras etiologías.

En cuanto a la severidad, y el riesgo de re sangrado de esta patología, se han realizado varios estudios, tomando como referencia principalmente dos escalas, a escala Rockall usa criterios clínicos y endoscópicos para identificar pacientes con alto riesgo de re sangrado y mortalidad después de una HTGIA, reduciendo el uso de endoscopia en pacientes de bajo riesgo y siendo un muy buen indicador en hemorragia GI alta no varicosa. Con varios estudios que demuestran su eficacia, entre ellos uno realizado en el hospital Cayetano Heredia, en el 2007-2008 trataba de determinar la severidad mediante la escala de Rockall, y estratificarlos en riesgos de re sangrado, evidenciando que pacientes con Rockall 5 tienen un incremento en la mortalidad, lo que llevo a la conclusión de que la escala de Rockall es confiable para identificar pacientes con alto riesgo de mortalidad, pero no para predecir el re sangrado o la necesidad de transfusión en ese hospital^{10,11} Otro estudio de serie de casos, realizado en Lahore, mostro que para ese hospital

⁷ THAM TC, Op cit, p. 758

⁸ LIM W, Op cit, p.319

⁹ SARWAR, Op cit 254

¹⁰THAM, Op cit, p. 760

¹¹ LIM W, Op cit, p. 321

la escala Rockall predecía el riesgo de mortalidad y el re sangrado de las hemorragias causadas por varices y cirrosis. La otra escala es la de Forrest, en la que se logro determinar los riesgos de re sangrado de acuerdo a criterios endoscópicos, obteniendo que se relacionan con un puntaje Forrest I 6.5%, Forrest II 16.2% en una población de Polonia, aunque respecto al uso de estas dos escalas, continúan siendo pocos los estudios realizados¹², por lo que seria un buen camino a elegir en cuanto a la investigación para realizar disminución costo-efectiva en los protocolos de manejo de las HTGIA.

¹² Ibid. p. 322

2. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La Hemorragia digestiva alta es una emergencia médico-quirúrgica frecuente, que consiste en el sangrado del tubo digestivo, cuyo origen esta proximal al ángulo de treitz; en los países occidentales la incidencia de Hemorragia Digestiva alta es de 100 a 150 casos por 100,000 habitantes al año; cerca de 300.000 admisiones hospitalarias y una mortalidad del 10 al 14%; constituyendo la principal urgencia gastroenterológica.¹³

A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con hemorragia digestiva la mortalidad ha permanecido estable en los últimos años y todo esto explicado por una mayor proporción de pacientes con HVDA ancianos y con comorbilidad en los que la mortalidad asociada a esta entidad es muy alta.

Desde el punto de vista de su gravedad, la hemorragia gastrointestinal puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las pérdidas sanguíneas crónicas e intermitentes; manifestándose la hemorragia digestiva alta aguda de tres maneras: hematemesis, melena y hematoquezia; estas formas de presentación dependen de la magnitud del sangrado, evidenciado a través de manifestaciones clínicas del compromiso hemodinámico, por lo que se debe completar la evaluación clínica y paraclínica básica y determinar la actividad del sangrado, la comorbilidad y el riesgo de re sangrado para categorizar a los pacientes y definir la urgencia y el manejo más adecuado para cada uno de ellos.

La etiología de la hemorragia digestiva alta varía de acuerdo al grupo poblacional estudiado no obstante, la mayoría presenta como etiología: úlcera péptica, gastritis erosiva o Lesiones Agudas de la Mucosa Gástrica, várices esofágicas, esofagitis por reflujo, Síndrome de Mallory – Weiss, neoplasias, entre los más destacados.¹⁴

La intensidad y la frecuencia dependen de diversos factores de riesgo como la edad que incrementa el riesgo de re sangrado, el género, que se ha visto en una relación 2:1 mayor para los hombres¹⁵, la presencia de enfermedades concomitantes y el uso de fármacos gastrolesivos como los aines, que contribuyen

¹³ IAN M. GRALNEK, M.D. et Al. Management of Acute Bleeding from a Peptic Ulcer 33:45

¹⁴ Ibid, p. 42

¹⁵ VREEBURG EM ET AL. Validation of de Rockal Irisk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. Gut 1999;44:331

incrementando el número de muertes producidas. Asimismo, la presencia de 4 o más enfermedades concomitantes aumentan la mortalidad de la hemorragia digestiva que puede llegar al 70%, además, los pacientes hospitalizados por otras causas tienen un peor pronóstico cuando presentan una hemorragia digestiva por úlcera durante la hospitalización¹⁶. En diversos estudios previos se señala que las perforaciones ulcerosas son más frecuente en pacientes que tienen las siguientes características: edad mayor de 60 años, altas dosis de AINES por tiempo prolongado, tratamiento con corticoides y anticoagulantes; y con antecedente de enfermedad ulcerosa previa. La ingesta reciente de alcohol en grandes cantidades puede ocasionar gastritis erosiva y la ingesta crónica producir várices esófago-gástricas como expresión de cirrosis hepática e hipertensión portal¹⁷.

Es necesario identificar los factores de riesgos asociados a hemorragia digestiva alta a fin de disminuir la mortalidad y las complicaciones que se presentan; conocer la magnitud de los problemas que se relacionan a ésta servirán de base para intervenciones más eficaces y oportunas, de allí, el objetivo de este estudio ha sido identificar los factores de riesgo que incrementan la morbi-mortalidad en los pacientes con hemorragia digestiva alta en este centro hospitalario.^{18, 19}

En cuanto al ámbito local, no se han realizado estudios claros sobre los factores de riesgo de re sangrado, la severidad de acuerdo al tipo de lesión o de comorbilidades y de las principales etiologías, por lo que resulta importante el análisis de este tipo de variables a nivel regional, para así mismo realizar acciones encaminadas al mejoramiento de los protocolos de atención en nuestros hospitales, ante la elevada presentación de casos, que para un solo año alcanzan cerca de 350 pacientes, de los cuales no hay una estadística sobre las complicaciones, recidivas o casos fatales posteriores a la intervención primaria.

¹⁶ LECLEIRE S, ANTONIETTI M. Mallory-Weiss syndrome: diagnosis and treatment. 2009 Sep; 76 (9):899-901.

¹⁷ KALYONCU D, URGANCI N, CETINKAYA F. Etiology of upper gastrointestinal bleeding in young children. 2009 Sep; 12 (3):240-4.

¹⁸ OLOKOBA AB, OLOKOBA LB, JIMOH A. Upper gastrointestinal tract bleeding in Ilorin, Nigeria--a report of 30 cases. 2009 Aug; 338 (2):96-106.

¹⁹ GROENEN MJ, KUIPERS EJ, HANSEN BE, OUWENDIJK RJ. Incidence of duodenal ulcers and gastric ulcers in a Western population: back to where it started. 2009 Sep; 23(9):604-8.

2.1 PREGUNTA INVESTIGACION

¿Esta relacionada la mortalidad y severidad de las hemorragias de vías digestivas altas con la etiología de las mismas y es factor de riesgo de re sangrado la presencia de comorbilidades y el tipo de lesión documentada por endoscopia digestiva?

3. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva alta (HVDA) es un problema común cuya gravedad varía desde cuadros agudos que ponen en peligro la vida del paciente hasta la pérdida crónica de escasa cantidad de sangre que cursa con cuadros de anemia crónica. Aproximadamente el 80% de los casos tienen un curso benigno y no requieren una intervención terapéutica específica, el restante 20% se presenta con cuadros severos y es en este subgrupo en los que encontramos una alta tasa de mortalidad²⁰.

Lo anterior nos demuestra que el índice de pacientes que son diagnosticados es significativa, además ante esta circunstancia se debe realizar una evaluación clínica básica que determine la actividad del sangrado, la comorbilidad y el riesgo de re sangrado para poder definir el tratamiento que se debe suministrar y poder brindar un adecuado manejo.

Son muchas las causas que generan hemorragia de vías digestiva altas, es por ello que se hace necesario investigarlas y llegar a conclusiones concisas.

“A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con hemorragia digestiva la mortalidad ha permanecido estable en los últimos años y oscila entre 8-10% lo que se explica por una mayor proporción de pacientes con HVDA ancianos y con comorbilidad en los que la mortalidad asociada a esta entidad es muy alta”²¹

Es por ello que se hace necesario no desconocer dicha problemática en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, donde se realiza este estudio para conocer la incidencia de nombrada enfermedad y empezar a crear un antecedente que delimite a la población involucrada, teniendo en cuenta la etiología, riesgo de re sangrado, severidad y prevalencia con la que se presenta dicha enfermedad en la institución.

²⁰ RODRIGUEZ BARON Alberto. Hemorragia de vías digestivas altas. <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0013%20Hemorragia.PDF>

²¹ Ibid, p. 6

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la etiología, el riesgo de re sangrado de la hemorragia de vías digestivas altas, por medio de los reportes de endoscopias y biopsias realizadas a los pacientes que ingresaron al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo comprendido entre octubre del 2008 y marzo del 2009 y la valoración de severidad mediante la aplicación de las escalas de Rockall y Forrest para riesgo de re sangrado.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los antecedentes de uso de antiinflamatorios no esteroideos de los pacientes que presentaron hemorragia de vías digestivas altas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo comprendido entre octubre del 2008 y octubre del 2009.
- Enumerar las características sociodemográficas, (edad, procedencia, género), ya que son factores de riesgo para la enfermedad.
- Establecer los diferentes sitios de lesión dentro del tracto digestivo ocurridos en los pacientes que presentaron algún tipo de hemorragia en el periodo comprendido entre octubre del 2008 y marzo del 2009 en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.
- Determinar la frecuencia de los diferentes tipos de lesiones reportadas en las endoscopias, para conocer la principal etiología de hemorragias de vías digestivas altas en el periodo comprendido entre octubre del 2008 y marzo del 2009 en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, para así ofrecer el tratamiento mas adecuado.
- Listar los parámetros hemodinámicos (TA, FC, FR) de los pacientes que asistieron a consulta en el periodo comprendido entre octubre del 2008 y octubre del 2009 en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo con cuadro clínico compatible con hemorragia de vías digestivas altas, ya que son parámetros predictores de severidad.

5. MARCO TEORICO

5.1 HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS

La hemorragia digestiva alta es la pérdida de sangre que tiene origen en los segmentos del tracto gastrointestinal proximales al ligamento de Treitz. La magnitud y severidad de la pérdida sanguínea oscila desde un grado bajo e intermitente que requiere pruebas para detectar sangre oculta en las heces y que sólo produce anemia ferropénica, hasta la hemorragia aguda y masiva que se presenta con hematemesis y shock hipovolémico y que pone en peligro la vida del paciente, cuadro que hace perentoria una evaluación clínica rápida pero sistemática y la instauración de tratamiento enérgico y bien conducido orientado a recuperar el estado hemodinámico.

La hemorragia digestiva alta (HVDA) es un problema común cuya gravedad varía desde cuadros agudos que ponen en peligro la vida del paciente hasta la pérdida crónica de escasa cantidad de sangre que cursa con cuadros de anemia crónica. Aproximadamente el 80% de los casos tienen un curso benigno y no requieren una intervención terapéutica específica, el restante 20% se presenta con cuadros severos y es en este subgrupo en los que encontramos una alta tasa de mortalidad.

Un paciente con HVDA siempre debe considerarse como críticamente enfermo y sólo cuando se complete la evaluación clínica y paraclínica básica y se determine la actividad del sangrado, la comorbilidad y el riesgo de re sangrado se podrá definir la urgencia y el manejo más adecuado.

A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con hemorragia digestiva la mortalidad ha permanecido estable en los últimos años y oscila entre 8-10% lo que se explica por una mayor proporción de pacientes con HVDA ancianos y con comorbilidad en los que la mortalidad asociada a esta entidad es muy alta.

El paciente con hemorragia del tracto digestivo alto requiere manejo interdisciplinario por el internista, el gastroenterólogo y el cirujano que atienden los servicios de urgencias, con apoyo del endoscopista y del radiólogo intervencionista.

Aunque han mejorado los avances de la tecnología y la farmacología, la tasa de mortalidad global por hemorragia digestiva alta no ha mejorado en las últimas cinco décadas, y se mantiene por encima de 10 %. Esta desalentadora realidad se explica por el aumento significativo en la edad de los pacientes que hoy ingresan a los servicios de urgencias con esta complicación; mientras en 1947 apenas el 2% de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda sobrepasaba los 70 años, actualmente la cuarta parte corresponde a personas mayores de 80 años.

La edad guarda una estrecha relación con la incidencia de enfermedades crónicas asociadas, que inevitablemente incrementan la mortalidad.

La edad, la comorbilidad, el shock, la concentración de la hemoglobina al ingreso, el tamaño de la úlcera causante del sangrado, los estigmas mayores de hemorragia reciente, los requerimientos de transfusiones sanguíneas, han sido identificados como los principales factores de predicción de riesgo de ulterior re sangrado y de mortalidad²²

ETIOLOGÍA

Las principales causas de hemorragia digestiva alta severa son:

Causa	%
Úlcera péptica	55
Várices gastroesofágicas	14
Angiomas	6
Síndrome de Mallory Weiss	6
Erosiones	4
Tumores	4
Úlcera de Dieulafoy	1
Otras	10

La úlcera péptica sigue siendo la causa más común de hemorragia no varicosa del tracto digestivo superior, y constituye más de la mitad de los casos²³.

²² LOZANO LOSADA , Abner . Urgencias en Medicina Interna, p. 426:443

²³ SIMÓN D. OVALLES R, RÍOS C Elizabeth. Departamento de Medicina Crítica, Hemorragia de vías digestivas altas Clínica San Pedro Claver, ISS. p. 30 -42.

5.2.1 Úlcera péptica. La úlcera péptica (UP) es la causa del 50% de los casos de hemorragia digestiva alta y en los EUA es responsable de 250.000 a 300.000 ingresos hospitalarios, con un costo de 2.5 billones de dólares anuales. La UP puede ocurrir hasta en el 10% de la población y el sangrado se presenta en 15-20% de los pacientes.

Los dos principales factores de riesgo para el desarrollo de UP son *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluso los salicílicos. La prevalencia de *H.pylori* en pacientes con UP sangrante es 15% a 20% menor que en pacientes sin sangrado y ambos grupos tienen igual producción de ácido, en contraste con los AINE, que son el factor de riesgo más importante de sangrado por UP. El ácido acetil salicílico, incluso a dosis antitrombóticas, aumenta siete veces el riesgo de hemorragia digestiva alta, en contraste con los esteroides que, administrados solos, no aumentan la hemorragia digestiva alta pero si se combinan con AINE, incrementan dos veces el riesgo de las complicaciones globales de aquéllos y diez veces el riesgo de hemorragia.

A pesar de la disminución de la incidencia de UP, se registra un aumento de la incidencia de hemorragia, probablemente por el uso más frecuente de los AINE.

A pesar de los avances significativos en el diagnóstico y en el tratamiento endoscópico y la mayor disponibilidad de unidades de cuidados intensivos, la mortalidad global continúa estable entre el 5-14% en la población general y el 20% para los mayores de 80 años de edad. Un factor que puede explicar esta aparente igualdad es que actualmente los pacientes con hemorragia digestiva alta son de mayor edad y con frecuencia tienen concomitantemente enfermedades serias que contribuyen a la morbimortalidad; la mayoría de las muertes no se deben a exanguinación sino a descompensación de las comorbilidades.

¿A quién tratar? En 80-85% de los pacientes, el sangrado se detiene espontáneamente, sin ninguna intervención terapéutica. La meta terapéutica en estos pacientes es cicatrizar la úlcera e identificar el factor causante, AINE o *H.pylori*.

En el 20% que continúa sangrando, el tratamiento endoscópico es el método de elección cuando tienen los estigmas endoscópicos que se asocian con resangrado. Este es el grupo de pacientes en el que se ha medido y demostrado el impacto del tratamiento endoscópico con la disminución del resangrado, necesidad de transfusiones, costos hospitalarios y necesidad de cirugía. En dos

recientes meta - análisis, se encontró que el tratamiento endoscópico disminuyó la mortalidad en 30-60%.

Por histología se han determinado algunas características de las arterias que han sido erosionadas por el ácido y la pepsina en la base de la úlcera y que son la fuente del sangrado. En la mayoría de los casos, estas arterias son del plexo submucoso con diámetro promedio de 0,7 mm. En el 25% de las úlceras duodenales (UD) fatales, el diámetro varía entre 1,5 a 3,4 mm y es mayor de 2 mm en el 30%. El tratamiento endoscópico es menos exitoso en estos vasos de mayor calibre, como ocurre en las úlceras duodenales posteriores y úlceras gástricas de la curvatura menor.

El vaso visible corresponde a un coágulo en un orificio lateral del vaso sangrante, el cual es una rama secundaria o terciaria.

Una de cada ocho personas en el mundo padece de úlcera péptica. Aumentado los casos en los momentos actuales, por que la vida moderna acarrea grandes angustias y stress, mas el uso indiscriminado de los AINES y la infección por Helicobacter Pylori que se ha incrementado en el 10% por cada década que pasa, juegan un papel importante en la patogénesis de la úlcera.

Con el advenimiento del tratamiento anti secretor, ya sea con los diversos inhibidores H₂ o con los de la bomba de protones y el uso de los antibióticos específicos para el H. Pylori como la Clarotrimicina, metronidazol y el bismuto, se pensó que se controlaría esta enfermedad totalmente.

Esto no ha sucedido, se siguen operando a los pacientes ulcerosos, especialmente por sus complicaciones.

Siendo una de sus mayores indicaciones quirúrgicas, el fracaso del tratamiento medicamentoso, pese a la afirmación de los clínicos gastroenterólogos quienes afirman que con el tratamiento bien llevado se cura esta afección.

Sin embargo, las úlceras pépticas sólo se desarrollan cuando se produce una alteración de los mecanismos defensivos de la barrera mucosa por factores agresivos exógenos. En ciertos casos, como en el síndrome de Zollinger Ellison, las úlceras se deben a la intensa hipersecreción ácida, es decir que el perfil

ulceroso sigue inalterado, por lo tanto se convierten en esclavos a un medicamento para casi toda su vida.

El tratamiento médico con los anti secretores, es para la úlcera; lo que es el braguero para la hernia.

Cuando el herniado se lo quita aparece nuevamente la protrusión, más aún a veces dando complicaciones, igual sucede con la úlcera.

Los pacientes que la padecen, por su misma personalidad ansiosa y temerosa no aceptan la intervención quirúrgica, hasta que se complican. Este problema está agravado por que se han descritos innumerables tratamientos que ninguno de ellos han sido definitivo y que actualmente trata de ser poco o nada invasivos²⁴.

5.2.2 Varices gastroesofágicas. La hemorragia digestiva alta por várices esofágicas es la cuota de mortalidad mas elevada de todas las hemorragias del tracto digestivo.

Las várices del esófago en la gran mayoría son producidas por Cirrosis Hepática, ocasionadas por hipertensión portal, algunas veces por trombosis de las venas esplénicas.

El sangrado digestivo por várices esofágicas en pacientes con hipertensión portal es relativamente frecuente, después de la gastritis erosiva y úlcera péptica, aunque por su magnitud se le considera la de mayor riesgo para la vida del paciente y una verdadera emergencia.

La llegada a la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes (UCIE) de un paciente con sangramiento por várices esofágicas es regularmente un hecho dramático, que obliga al personal de servicio a actuar con rapidez y precisión para evitar complicaciones más graves y un inminente desenlace fatal.

La hemorragia secundaria a hipertensión portal es producida por rotura de várices esofágicas y no es infrecuente, reportándose una mortalidad hasta de un 50% y un riesgo importante de resangrado en el futuro. En ocasiones el médico se siente

²⁴ LOZANO, Op cit, p. 440

incompetente para asumir una conducta efectiva y esto ha hecho que se ensayen diferentes terapéuticas con mayor o menor éxito.

Las varices esofágicas son frecuentes en la cirrosis hepática; los estudios endoscópicos revelan su presencia en el 50% de los casos en el momento del diagnóstico de cirrosis. Los pacientes sin varices en el examen inicial se hallan expuestos a desarrollarlas más adelante.

Entre los supervivientes al primer episodio hemorrágico, la recidiva es la regla: ésta ocurre en el 72% de los casos, y en la mayoría de ellos en los primeros 6 meses tras la hemorragia inicial. La mortalidad media de cada episodio de recidiva hemorrágica es del 30%. Globalmente, alrededor del 40% de los cirróticos fallecen como consecuencia directa o indirecta de la hemorragia por varices esofágicas.

El pronóstico en estos pacientes se deteriora cuando la hemorragia cursa en forma exanguinante, persiste o recidiva, ya que esto habitualmente profundiza el compromiso de la función hepáticas²⁵.

5.2.3 Síndrome de mallory weiss. La hemorragia por desgarros de la unión esófago-gástrica fue descrita en 1879 por Quincke, aunque su asociación con náuseas y vómitos, principalmente en relación con ingesta enólica previa, fue reportada por Mallory y Weiss en 1929.

Conocida desde entonces como síndrome de Mallory-Weiss (SMW), se considera la causa del 0,5 al 17% de los casos de hemorragia digestiva alta según las diferentes series. Aunque se puede presentar en personas de ambos sexos y de cualquier edad, es más frecuente en varones, con una edad media de 40 años. Además de en pacientes con antecedentes de ingesta enólica, se ha descrito en relación con la toma de antiinflamatorios no esteroideos y en otras situaciones.

Generalmente, la hemorragia en este síndrome es leve y auto limitada, pero se ha reportado un riesgo de resangrado de hasta el 7% y no está exenta de mortalidad.

El diagnóstico de SMW se basa en los hallazgos endoscópicos, los cuales pueden variar desde laceración limpia, a desgarros con hemostasia antigua o reciente, con

²⁵ MONTERO PÉREZ FJ: Manejo de la Hemorragia digestiva alta en urgencias. Emergencias 2002; 14: S19-S27

vaso visible o con sangrado activo. La endoscopia, además de ser el método diagnóstico de elección de las lesiones sangrantes, permite su tratamiento mediante diversas técnicas. Sin embargo, existe escasa información acerca del tratamiento endoscópico de este síndrome.

El objetivo de nuestra revisión ha sido estudiar la forma de presentación clínica, repercusión analítica y evolución de una serie de pacientes con SMW, divididos en dos grupos según hubiesen recibido o no tratamiento endoscópico²⁶.

5.2.4 Erosiones. Las erosiones y úlceras son pérdidas localizadas que ocurren en los revestimientos cutáneos y mucosos. La erosión es una pérdida superficial que en el caso de los epitelios estratificados llega hasta la capa basal, la que se mantiene intacta. En las mucosas con epitelio simple la lesión afecta la porción superficial del corion, como por ejemplo en la mucosa gástrica. La úlcera es una pérdida profunda de tejidos, que llega hasta las capas musculares de los órganos que lo constituyen. Es regularmente la continuación de una erosión.

Diversos factores locales y generales concurren para el desarrollo de estas lesiones. En líneas generales se trata de un desequilibrio metabólico entre las secreciones digestivas y los mecanismos protectores de la mucosa. El aumento de las secreciones de ácido clorhídrico y de pepsina, y la disminución de la secreción de mucus constituyen los principales elementos de aquel desequilibrio²⁷.

5.3 DIAGNÓSTICO

La anamnesis es de especial valor en la determinación de la causa, y debe incluir preguntas sobre episodios anteriores de hemorragia digestiva, diagnóstico previo de úlcera péptica, de várices, pólipos o enfermedad hepática; también sobre el uso de medicamentos como aspirina, anti-inflamatorios no esteroideos, terapia anticoagulante y abuso de alcohol. La aspirina y, especialmente los anti-inflamatorios no esteroideos, agentes notoriamente ulcero génicos, son frecuentemente prescritos en personas de edad avanzada que padecen artritis y enfermedades degenerativas. El examen físico debe buscar estigmas de enfermedad hepática crónica (ictericia, telangiectasias, ascitis, esplenomegalia).

²⁶ ROCKALL T.A., LOGAN R.F.A., DEVLIN H.B. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage 1996; 38:316.

²⁷ BARKUN A. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2003; 139:843-857

El tacto rectal y el aspirado del estómago al pasar una sonda nasogástrica pueden ser altamente sugestivos del origen de la hemorragia. Los exámenes de laboratorio deben incluir hemograma, hemoclasificación, perfil hepático, pruebas de coagulación, creatinina sérica, proteinemia y albuminemia. El seguimiento se hace mediante control del hematocrito, teniendo en mente que las primeras cifras pueden subestimar la severidad de la pérdida sanguínea por el fenómeno de hemoconcentración. El electrocardiograma es indispensable en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Las radiografías de vías digestivas altas con bario se mencionan solamente para censurarlas, porque además de baja sensibilidad y especificidad diagnóstica, inhabilitan por varios días la utilización de los demás métodos diagnósticos y terapéuticos, como la endoscopia, la radiología intervencionista y la gammagrafía.

Es muy importante diferenciar entre la hemorragia crónica que produce intensa palidez mucocutánea por anemia ferropénica microcítica e hipocrómica, pero sin repercusión hemodinámica significativa, y la pérdida aguda de sangre que conduce rápidamente a hipotensión, taquicardia y shock hipovolémico. Son dos situaciones diferentes en cuanto a los enfoques diagnósticos y terapéuticos²⁸.

5. 4 GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO MEDICO

5.4.1 Reanimación. Lograr la estabilidad hemodinámica debe ser el primer y más importante objetivo del manejo del paciente con HVDA y debe buscarse siempre antes de considerar la realización de otras intervenciones diagnósticas o terapéuticas, el sitio, tipo de reanimación y monitoreo será determinado por la severidad del sangrado y la presencia de comorbilidad asociada.

5.4.2 Papel de la inhibición de la secreción ácida gástrica. *In vitro* se sabe que el pH ácido altera la estabilidad y facilita la acción proteolítica de la pepsina sobre el coágulo, sin embargo múltiples trabajos usando antagonistas H2 no demostraron claro beneficio de la terapia anti secretora como medida para controlar el sangrado o prevenir resangrado. Posiblemente en muchos de estos trabajos el nivel de aumento del pH no fue suficiente para alcanzar el objetivo, porque estudios controlados recientes usando inhibidores de la bomba de protones en infusión endovenosa hasta alcanzar un pH mayor a 6 muestran una disminución en la probabilidad de resangrado aunque no es claro el beneficio en relación a la mortalidad.

²⁸ FEY CABALLE, TERES QUILES J. Hemorragia Gastrointestinal. Principios de medicina interna. Madrid: El sevier, 2004: 276 -282

5.4.3 Transfusión sanguínea. No hay una cifra límite para indicar el inicio de una transfusión y la decisión se debe basar en consideraciones como la presencia de inestabilidad hemodinámica persistente que sugiere que el volumen intravascular aun está disminuido y que la reposición causará una caída mayor de la hemoglobina, la posibilidad de resangrado, la cifra de hemoglobina a la que podría llegar el paciente en caso de presentar resangrado y por último la comorbilidad asociada que hace que el paciente tolere mal la anemia. Usualmente pacientes con hemoglobina < 8 cumplen alguno de los anteriores criterios y por lo tanto son candidatos a transfusión sanguínea²⁹

5.4.4 Tratamiento de lesiones específicas. El 80-90% de los sangrados secundarios a síndrome de Mallory Weiss cesa espontáneamente, el riesgo de resangrado oscila entre 0-5%. Los pacientes estables y sin sangrado activo en el momento de la EGD pueden recibir manejo ambulatorio.

El diagnóstico de sangrado por várices esofágicas siempre debe considerarse en cualquier paciente con HVDA especialmente cuando ésta es severa, y usualmente con una buena evaluación clínica y paraclínica encontramos hallazgos que sugieren la presencia de enfermedad hepática crónica lo que permite prever la presencia de esta etiología, planear la terapia endoscópica más adecuada y evitar manipulaciones peligrosas como el lavado gástrico. La ligadura se ha convertido en la terapia de elección para control inicial del sangrado y para prevención de resangrado sin embargo, en casos de sangrado masivo puede ser técnicamente difícil siendo la escleroterapia la alternativa terapéutica más adecuada.

Aunque hay estudios que muestran mayor beneficio de la ligadura en lograr la hemostasis en las primeras 72 horas, otros trabajos que incluyen pacientes con sangrado activo muestran que no hay diferencia en la eficacia cuando se compara con la escleroterapia.

Los pacientes con úlceras de base limpia tienen una tasa de resangrado que se aproxima a cero y pueden recibir manejo ambulatorio.

Además de los estigmas de sangrado existen múltiples análisis multivariantes que muestran que variables clínicas como *shock*, presencia de hematemesis, edad

²⁹ FEY CABALLE, Op cit, p. 280

avanzada y comorbilidad son predictores independientes de mayor riesgo de re sangrado³⁰.

5.5 CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN RELACIÓN CON LA GRAVEDAD.

Se describen a continuación aquellos factores pronósticos clínicos y endoscópicos que tienen consecuencias sobre la gravedad de la hemorragia.

Factores clínicos con carácter pronóstico: Los parámetros clínicos que tienen valor predictivo con respecto al curso evolutivo y a la mortalidad de la HD son los siguientes:

Edad > 60 años. El hecho de que cada vez se alarga el tiempo de vida media hace que ingresen pacientes con edad más avanzada. El 73 % de la mortalidad por HDA la acumulan los pacientes mayores de 60 años.

Shock hipovolémico. La presencia de hipovolemia grave al ingreso del paciente está en correlación con una mayor mortalidad y recidiva hemorrágica.

Recidiva hemorrágica: la mortalidad está en relación directa con la propia recidiva. La enfermedad asociada grave (especialmente insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal y hepática) empeora el pronóstico de los pacientes³¹

5.6 ¿CUÁNDO REALIZAR LA ENDOSCOPIA?

La Sociedad Americana para Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) considera:

5.6.1 Emergencia: Cuando se realiza dentro de las primeras una a dos horas de presentación. Ésta se considera la práctica estándar en los pacientes con UP sangrante, tanto desde el punto de vista terapéutico como de clasificación de la urgencia (“triage”) para decidir el tratamiento intra o extra hospitalario.

³⁰ CUTLER JA, MENDELOFF AI. Upper gastrointestinal bleeding. Nature and magnitude of the problem in the U.S. *Dig Dis Sci.* 1981 Jul; 26 (7 Suppl):90S–96S

³¹ ROCKALL T, Op cit, p. 40

5.6.2 Semi urgente: Cuando se realiza dentro de las primeras 24 horas de la presentación y puede ser la indicación para sangrados leves que clínicamente no ameritan hospitalización.

Se considera que el procedimiento se debe realizar tan pronto como sea posible, cuando el estado hemodinámico mejora (a menos que el paciente esté sangrando en forma masiva y no responda a las medidas de reanimación) y en presencia de personal de apoyo adecuado.

Tratamiento endoscópico para el sangrado digestivo alto.

Térmico: Sonda de calor, electrocoagulación multipolar

Inyección: Adrenalina, esclerosantes (etanolamina, polidocanol), alcohol, pro coagulantes.

Mecánico: Bandas, clips, suturas

La intubación endotraqueal o naso traqueal, con o sin ventilación mecánica, se debe realizar antes de endoscopia de emergencia, shock por hematemesis severa, alteración de estado de conciencia y dificultad respiratoria³²

La EGD debe ser realizada con urgencia en los pacientes con sangrado masivo sugerido por la presencia de hipotensión, taquicardia, hipotensión ortostática, caída rápida de la hemoglobina y necesidad de transfusión y debe ser practicada cuando se controle la inestabilidad hemodinámica, si el paciente continúa sangrando masivamente sin respuesta a la reanimación debe realizarse bajo estricto monitoreo y soporte que incluye la intubación oro traqueal, indicada cuando hay deterioro importante del estado de conciencia o necesidad de sedación profunda y protección de la vía aérea. Los pacientes con severa inestabilidad hemodinámica tienen un riesgo de resangrado mayor (aunque se logre una estabilidad temporal) por lo que retardar la EGD disminuye la posibilidad de realizar terapia endoscópica que modifique ese riesgo de resangrado.

En pacientes estables y sin compromiso hemodinámico la posibilidad de necesitar terapia endoscópica es baja lo que permite diferir el procedimiento, sin embargo, si existe la disponibilidad la endoscopia temprana (12 hora) constituye una estrategia

³² CUTLER, Op cit, p. 91

Costo benéfica que permite la evaluación objetiva del paciente con HVDA leve o moderada, con el objeto de clasificar su riesgo de resangrado y determinar la posibilidad de manejo ambulatorio evitando hospitalizaciones innecesarias. Estudios norteamericanos demuestran que el tamizaje endoscópico (aun considerando que el costo de la EGD es mucho mayor que en nuestro medio) disminuye significativamente los costos del manejo de pacientes con HVDA y permite el manejo ambulatorio inicial de por lo menos el 46% de los pacientes sin que esta estrategia conlleve a aumento en la morbilidad ni mortalidad. Factores de riesgo para muerte después de la admisión hospitalaria.

- Edad avanzada
- Shock
- Comorbilidades (especialmente hepática, renal, cáncer)
- Diagnóstico (peor pronóstico para el cáncer)
- Hallazgos endoscópicos (sangrado activo de úlcera péptica, vaso visible no sangrante, várices grandes con manchas rojas)
- Resangrado (incrementa la mortalidad 10 veces)

La mortalidad es muy baja en menores de 40 años. Los pacientes hospitalizados por otra enfermedad grave que desarrollan hemorragia digestiva alta tienen un incremento de su mortalidad cercana al 30%³³.

5.7 EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL SANGRADO

Leve-Moderado. Pulso y PA normales, hemoglobina mayor de 10 g/dl, no comorbilidades y edad menor de 60 años. Esos pacientes son admitidos a salas generales, puede permitírseles ingerir líquidos. La frecuencia cardíaca (FC), PA y la diuresis se monitorizan horariamente. La endoscopia se realiza en forma electiva, incluso en pacientes de muy bajo riesgo puede darse salida sin su realización.

Severo. Edad mayor de 60 años, pulso mayor de 100 latidos por minuto, PA sistólica menor de 100 mm Hg, hemoglobina menor de 10 g/dl, comorbilidades. Debe colocarse una sonda vesical y monitorizar la diuresis cada hora, igualmente la FC y la PA. Si existe cardiopatía de base puede ser razonable la inserción de un

³³ BARKUN A. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2003; 139:843-857

catéter venoso central para monitoria de PVC. Una vez estabilizado hemodinámicamente debe ser llevado a endoscopia³⁴.

Tabla 1. Gravedad de la HDA según criterios clínicos.

GRAVEDAD SIGNOS CLÍNICOS		PÉRDIDA ESTIMADA DE VOLUMEN
Leve	Ninguno	< 500 (<15 %) cc
Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca < 100 • TA sistólica >100 mmHg • Frialdad de pies y manos • Estado de conciencia normal 	750-1250 (15-25 %) cc
Grave	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca 100-120 • TA sistólica 90-100 mmHg • Sudación, palidez, oliguria • Inquietud 	1250-1750 (25-30 %) cc
Masiva	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca > 120 • TA sistólica <80 mmHg • Frialdad intensa, palidez extrema, anuria • Estupor 	>1750 (>35 %) cc

Fuente .Tomado de INGRESO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) EN LA UCE, Dr. Valentín Lisa Cató et col. NOV 2005.

³⁴ CUTLER, Op cit, p. 93

Tabla 2. Gravedad de la HDA según origen de sangrado

GRAVEDAD	SIGNOS CLÍNICOS
Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Mallory-Weiss • Esofagitis • Lesiones agudas de la mucosa gástrica (gastroerosivos)
Riesgo medio	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica
Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> • HDA debida a hipertensión portal (gastropatía, varices esófago-gástricas) • Neoplasia • Malformaciones vasculares • Hemorragia de origen no filiado

Fuente: Tomado de INGRESO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) EN LA UCE, Dr. Valentín Lisa Cató et col. NOV 2005.

Tabla 3. Gravedad de la hda según hallazgos endoscopicos.

GRAVEDAD	SIGNOS CLÍNICOS
Alto riesgo (riesgo de recidiva o persistencia > 10%)	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia activa pulsátil • Hemorragia activa por rezumamiento • Vaso visible en la base de la úlcera • Coágulo reciente • Coágulo adherido a la base de la úlcera • Úlceras de gran tamaño • Úlceras localizadas en cara posterior de bulbo duodenal o en parte superior de curvatura menor gástrica
Bajo riesgo (riesgo de recidiva o persistencia < 10%)	<ul style="list-style-type: none"> • Restos hemáticos en la base de la úlcera • Úlcera con base limpia • Lesiones agudas de la mucosa gástrica • Duodenitis sin sangrado activo • Hemorragia por hernia de hiato • Síndrome de Mallory-Weiss • Esofagitis

Fuente: Tomado de INGRESO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) EN LA UCE, Dr. Valentín Lisa Cató et col. NOV 2005.

6. HIPOTESIS

En la hemorragia de vías digestivas altas, las escalas de Forrest y Rockall, son una herramienta muy importante para determinar el riesgo de resangrado, y la severidad clínica, respectivamente.

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Tabla 4. Operacionalizacion de variables.

VARIABLE	DEFINICION	SUBVARIABLE	CATEGORIA e INDICADOR	NIVEL DE MEDICION
<i>características socio demográficas de la población</i>	Son las principales características que tiene nuestra población, que los hace diferentes a otros.	Sexo: Edad: Procedencia Raza. Nivel socioeconómico	masculino/femenino No. Años: <60 años; 60 a 79; >80 Ciudad/municipio Mestizo; afro; indígena, caucásico Estratificación	NOMINAL CUANTITATIVA DISCRETA NOMINAL NOMINAL ORDINAL
<i>Etiología</i>	Son todas las causas, que nos reportan las biopsias, que se les hacen al ingreso o en el transcurso de la enfermedad.	Úlcera gástrica Gastritis Síndrome Mallory Weiss Duodenitis Cáncer Esofagitis Malformaciones vasculares Síndrome Zollinger Ellison	SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO	NOMINAL
<i>Comorbilidades</i>	Son todas aquellas enfermedades que acompañan el cuadro clínico, que puede ser causada por la etiología estudiada o puede ser la	ICC Insuficiencia hepática IRA Neoplasias Trastornos Respiratorios	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO	NOMINAL

	desencadenante			
Antecedentes	Son todos aquellos antecedentes del paciente que pueden predisponer al paciente a adquirir la enfermedad.	AINES Cumarinicos Sangrado previo Trastornos gastrointestinales	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO	NOMINAL
<i>Principales síntomas</i>	Evaluamos el motivo de consulta, para identificar el principal por el cual los pacientes ingresan	Dolor abdominal Hematoquezia Hematemesis Melena Diarrea	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO	NOMINAL
<i>Sitio de lesión</i>	Describimos el sitio de donde se encuentra la lesión, para observar el lugar que afecta mas frecuentemente	Esófago Cardias Cuerpo Antro duodeno	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO	NOMINAL
Parámetros hemodinámicos :	Son parámetros que se miden, para evaluar el riesgo de re sangrado de los pacientes, y estado hemodinámico del paciente	Tensión arterial FC FR	Sin shock(PAS>100 Hipotensión(PAS<100 FC< 100 FC>100 <30 >30	Ordinal
<i>Estigmas de sangrado reciente:</i>	<i>Es un indicador, que se puede evaluar solamente con la endoscopia y nos permite</i>	<i>Sin estigmas de sangrado</i> <i>Sangre fresca en estómago</i>	Si/NO Si/NO	NOMINAL

Riesgo de resangrado	son valores que medimos para clasificar y determinar el riesgo que corren de re sangrar los pacientes	Hemorragia arterial en chorro Hemorragia arterial en capa Vaso visible Coagulo centinela Lesión cubierta de hematina No estigmas de hemorragia	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO	NOMINAL
----------------------	---	---	--	---------

Estrategias para controlar variables de confusión. Para controlar las variables de confusión se han definido previamente cada una de las variables de estudio y operacionalizadas para evitar repetición o mala interpretación de ellas, así mismo se tratara de abarcar los diferentes factores independientes que pueden influir en la presentación de la patología a través de una caracterización epidemiológica de los participantes.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional-descriptivo; series de casos. Los estudios observacionales son un conjunto de estudios epidemiológicos en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define el estudio. Estos estudios describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud. El estudio descriptivo utilizado es el de Series de casos: Estos estudios describen la experiencia de un paciente o un grupo de pacientes con un diagnóstico similar. En estos estudios frecuentemente se describe una característica de una enfermedad o de un paciente, que sirven para generar nuevas hipótesis. Muchas veces documentan la presencia de nuevas enfermedades o efectos adversos y en este sentido sirven para mantener una vigilancia epidemiológica.

8.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO

El lugar del estudio fue el área de archivo, ubicada en el sótano de las instalaciones del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, ubicado en la Calle 9 Nro. 15-25. (Neiva- Huila), en el cual se guardan las historias clínicas de todos los pacientes que ingresan al servicio, y también se utilizará la oficina de epidemiología del Hospital, la cual es la encargada de arrojarlos la cantidad de historias con el diagnóstico presuntivo de hemorragia de Vías digestivas altas.

8.3 POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

La población son todas las historias clínicas de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia de vías digestivas altas, en el periodo de octubre de 2008 y marzo del 2009. Se seleccionaron 152 historias clínicas con estas condiciones arrojadas por el sistema informático del Hospital Universitario el día 4 de abril de 2009.

De las 152 historias seleccionadas inicialmente se excluyeron del estudio 41 historias, de las cuales 12 tenían diagnóstico específico topográfico de Hemorragia de vías digestivas bajas, 8 historias fueron excluidas por no contener información alguna acerca de Hemorragia de vías digestivas, 6 historias no contenían la información completa (reporte Endoscopias, historias no concluyentes, no reporte

patología, etc.) y 15 historias no se encontraban en el archivo de historial clínico del hospital, posteriormente 9 historias fueron excluidas por encontrarse fuera del periodo previsto dejando un total de 102 historias que cumplieron todos los parámetros propuestos para la selección sobre las que se inició el estudio.

Las historias clínicas sometidas al estudio debieron cumplir los siguientes criterios de inclusión: las historias seleccionadas inicialmente deben ser de pacientes con el diagnóstico de hemorragia de vías digestivas altas (código CIE 10 K922) y que el paciente haya consultado en el periodo comprendido entre octubre del 2008 a marzo del 2009.

En el estudio se incluirán por igual hombres y mujeres de cualquier grupo étnico, sin importar la procedencia, lo único importante es que ingresen al HUHMP, la muestra será representativa ya que tomaremos toda la población, a la que se le establezca el diagnóstico de hemorragia de vías digestivas altas, por medio de la endoscopia y biopsia. Se descartarán aquellas historias clínicas que reciban otro diagnóstico, por clínica, endoscopia o biopsia.

8.4 TECNICAS Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

8.4.1 Evaluación de las historias clínicas. Una vez aceptado el estudio por el comité de ética, se procedió a realizar la recolección de los datos clínicos y demográficos de la muestra a estudiar. Esta información fue obtenida mediante la revisión de las historias clínicas y el diligenciamiento de los datos en el formulario para dicha recolección.

En las historias clínicas se evaluaron variables epidemiológicas cualitativas, género, procedencia, y raza; cuantitativas como edad y estrato socioeconómico, con el fin de evaluar el comportamiento y las características de la hemorragia de vías digestivas altas en cada grupo poblacional.

Se revisaron los antecedentes de cada paciente consignado en las historias clínicas que pudieran estar relacionados con la lesión de la mucosa gástrica como hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo, hábitos alimenticios como consumo de comidas irritantes (condimentos, exceso de sal, picante, ácidos); así mismo, medicamentosos como AINES ya que en una gran cantidad de estudios han demostrado el daño de la mucosa gástrica asociado al uso de estos analgésicos además de anticoagulantes, usados en pacientes con necesidad de trombolisis (infarto agudo de miocardio, accidentes cerebro vasculares, trombosis venosas,

etc.) ya que aumentan el riesgo de sangrado por disminución de los factores de la coagulación y otras moléculas pro coagulantes favoreciendo la aparición de diátesis hemorrágicas. Además antecedentes de trastornos previos al episodio que indiquen cuadros crónicos que hayan podido evolucionar hasta hemorragia como úlceras gastroduodenales, gastropatías erosivas, neoplasias. Identificando antecedentes de trastornos gastrointestinales (dolor epigástrico, acidez, reflujo, etc.) o sangrados previos causado por cualquiera de las anomalías anteriormente expuestas.

En el estudio se ingresaron varias comorbilidades entre ellas, Insuficiencia Cardíaca, renal y hepática, relacionadas con la HVDA por la sobrecarga de volumen que se presenta y su contribución a la dilatación de varices previas que podrían elevarse sobre la mucosa esofágica y gástrica volviendo susceptibles a rupturas y posterior sangrado, además de colaborar al deterioro del estado hemodinámico de los pacientes por ser etiologías que son muy relacionadas con disminución del gasto cardíaco, aumento de la precarga congestión e hipotensión . También se incluyeron las alteraciones a nivel de las vías respiratorias y alteraciones hematológica que empeoran el pronóstico al incrementar las demandas metabólicas del paciente y contribuir a alteraciones en la homeostasia del mismo. Las neoplasias, principalmente el Ca gástrico, altamente relacionado en las causas de HVDA, con malignidad diseminada, que empeora el pronóstico e incrementa la tasa de re sangrados en los pacientes, fueron otras de las comorbilidades que se correlacionaron en el estudio.

8.4.2 Evaluación Rockall. La estratificación en grupos de bajo, intermedio y alto riesgo es fundamental en la HDA, ya que nos permite adecuar la estrategia terapéutica no escatimando recursos para aquellos pacientes de alto riesgo de re sangrado y por ende mortalidad y evitar gastos innecesarios en aquellos pacientes de bajo riesgo.

Para estimar el riesgo se utilizaron variables clínicas como la edad, la presencia de enfermedades asociadas, el estado hemodinámico del paciente y la recidiva precoz; como así también la endoscopía aporta valiosa información con valor pronóstico como ser el tipo de lesión hallada, y los signos de hemorragia activa o reciente (Forrest).

El índice numérico más utilizado para evaluar pronóstico es el índice de Rockall que estratifica la severidad y los grupos de riesgo en bajo o leve con un puntaje que oscila entre 0 y 1 puntos, intermedio o moderado entre 2 y 4 puntos, alto o severo entre 5 y 10 puntos.

8.4.3 Escala Forrest. El Pronóstico de re sangrado se realizo utilizando la clasificación de Forrest, ya que constituye el factor más importante de riesgo de re sangrado, influyendo en el pronóstico y determinando qué pacientes deben recibir tratamiento endoscópico. Así, la presencia de sangrado activo (en chorro o en sábana) o signos de sangrado reciente (vaso visible) presentan una elevada incidencia de re sangrado y, por tanto, una clara indicación de tratamiento endoscópico, situándose en el extremo opuesto la presencia de una úlcera con base limpia, que no precisará terapéutica endoscópica.

8.4.4 Análisis estadístico. Los datos se recolectaron a partir de las Historias clínicas proporcionadas por el Área de Archivo y Planeación del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, agrupadas en diez historias clínicas diarias para revisión, desde el 31 de octubre del 2009; la revisión se realizo de lunes a viernes en el área de archivo del HUHMP y se consignara la información en los formularios destinados para ello, previa documentación para la realización de los mismos.

El formato virtual de datos, análisis, graficas y tablas correspondientes a resultados se realizo por medio del programa Epi Info v. 3.6, correlacionando las variables epidemiológicas Edad, Genero, Raza, Procedencia con antecedentes de ingesta medicamentosa (aines, cumarinicos), trastornos gastrointestinales, y sangrado previo y con ciertas comorbilidades de importancia, que se relacionan con las alteraciones en la homeostasis y la hemostasia del paciente, como son insuficiencia cardiaca, renal, neoplasias, y alteraciones pulmonares. Además se analizaron los reportes endoscópicos y de patología, para determinar alteraciones a nivel de mucosa, que facilitarán un diagnostico topográfico, tratando de determinar la etiología de mayor incidencia a nivel regional.

8.4.5 Instrumentos para la recolección de información. La información fue recolectada por los investigadores, y el instrumento aplicado fue validado por el docente asesor del trabajo investigativo experto en el tema.

La recolección de la información está basada en el diseño de un formulario que permitió recolectar información acerca de los datos personales de cada uno de los participantes, antecedentes personales relevantes para el estudio, comorbilidades, examen físico en el momento que se presentó el evento y los reportes de endoscopia de los mismos.

Posteriormente se realizó seguimiento vía telefónica para añadir datos relevantes correspondientes a las recidivas, el tiempo de incapacidad y las complicaciones derivadas del proceso patológico a estudio.

8.4.6 Procesamiento de los datos. Una vez obtenida la información de recolección de los datos estos, fueron procesados tanto de forma individual para determinar el cumplimiento de los criterios de inclusión, como de forma general, procediendo al registro de los datos, indicando la frecuencia con que se repite cada uno de ellos. Los datos obtenidos, se agruparán y distribuirán siendo así clasificados para posteriormente ser tabulados con el fin de codificarlos como indicadores porcentuales del recuento de los datos en cada una de las categorías a valorar. A partir de estos valores, los resultados obtenidos, serán analizados.

8.4.7 Codificación y Tabulación. Posterior a la recolección de los datos obtenidos, mediante el instrumento de trabajo, las variables fueron introducidas y almacenadas sistemáticamente en el programa Epi Info v 3.5.2, con el objetivo de agrupar, y transferir las variables estipuladas, en estadísticas epidemiológicas, útiles para el posterior análisis de la información.

8.4.8 Fuentes de información. La principal fuente de información para este estudio son los datos consignados en las historias clínicas del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo, y los registros del sistema de archivo correspondientes a números telefónicos, para el seguimiento de los pacientes.

8.4.9 Plan de análisis de los resultados. Una vez obtenida la información de recolección de los datos a partir de las variables a cuantifica, por medio del registro sistemático de los datos recolectados, realizando un análisis descriptivo, con variables expresadas en números y gráficas teniendo en cuenta las variables cuantitativas (continuas) y variables cualitativas (nominales). Se realizaron cruce de variables con el fin de determinar características comunes en el estudio.

8.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al ejecutar un proyecto de investigación se deben tener en cuenta diferentes consideraciones éticas como el principio de beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

Se incluyen todas las consideraciones éticas de la Resolución 8430 de 1993 la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, aplicando el Título II, el cual establece los aspectos éticos de la investigación en seres humano cuyo fin prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

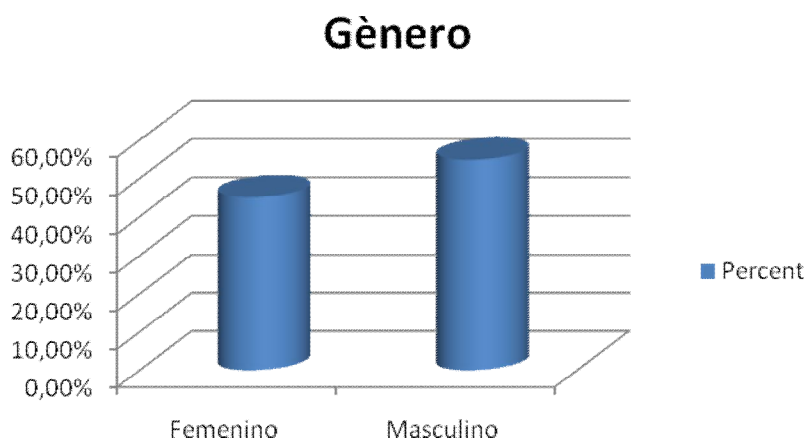
Así como los criterios expuestos en el Artículo 6. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, Artículo 8. Se le garantizará que la información recolectada no será divulgada para otros fines diferentes al académico-científico sin su previo consentimiento y se mantendrá en total confidencialidad. Queda expresamente la idea de que la presente investigación no generará beneficio monetario, ni algún incentivo más que el de poder aportar a un mayor conocimiento acerca de la problemática de prevalencia de las hemorragias de vías digestivas altas.

Ateniéndonos también al Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: esta investigación tiene un nivel de RIESGO MÍNIMO; ya que solo consisten en la recolección de información consignada en las historias clínicas de los pacientes que cumplen los criterios de inclusión.

9. RESULTADOS

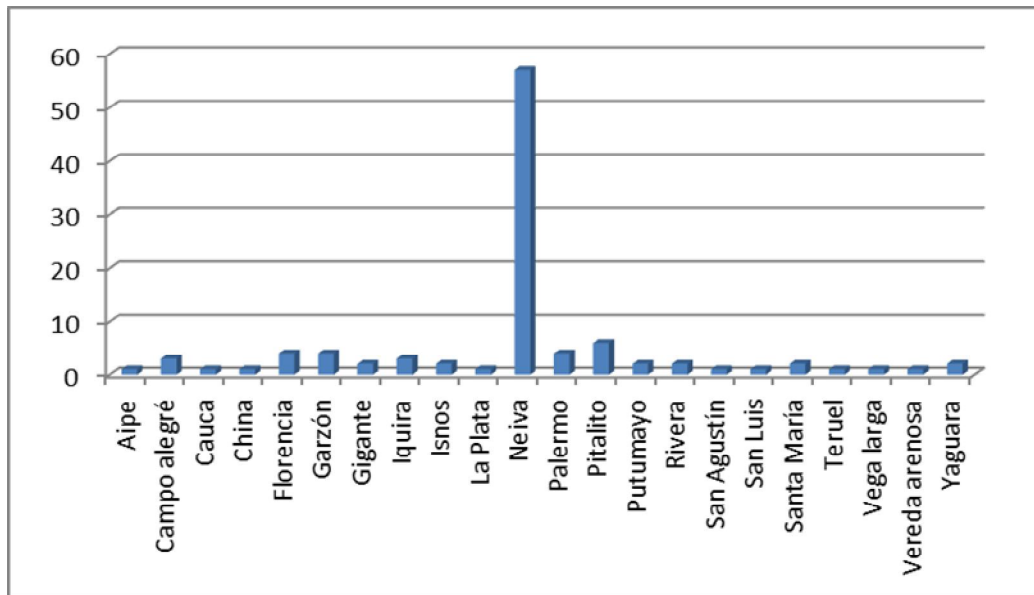
La población estudiada, fueron todas las historias clínicas de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia de vías digestivas altas, en el periodo de octubre de 2008 y marzo del 2009. Se seleccionaron 152 historias clínicas con estas condiciones arrojadas por el sistema informático del Hospital Universitario, de las 152 historias seleccionadas inicialmente se excluyeron del estudio 41 historias, de las cuales 12 tenían diagnóstico específico topográfico de Hemorragia de vías digestivas bajas, 8 historias fueron excluidas por no contener información alguna acerca de Hemorragia de vías digestivas, 6 historias no contenían la información completa (reporte Endoscopias, historias no concluyentes, no reporte patología, etc.) y 15 historias no se encontraban en el archivo de historial clínico del hospital, posteriormente 9 historias fueron excluidas por encontrarse fuera del periodo previsto dejando un total de 102 historias que cumplieron todos los parámetros propuestos para la selección sobre las que se inició el estudio.

Gráfica 1. Género pacientes con diagnóstico HVDA en el Hospital Universitario de Neiva



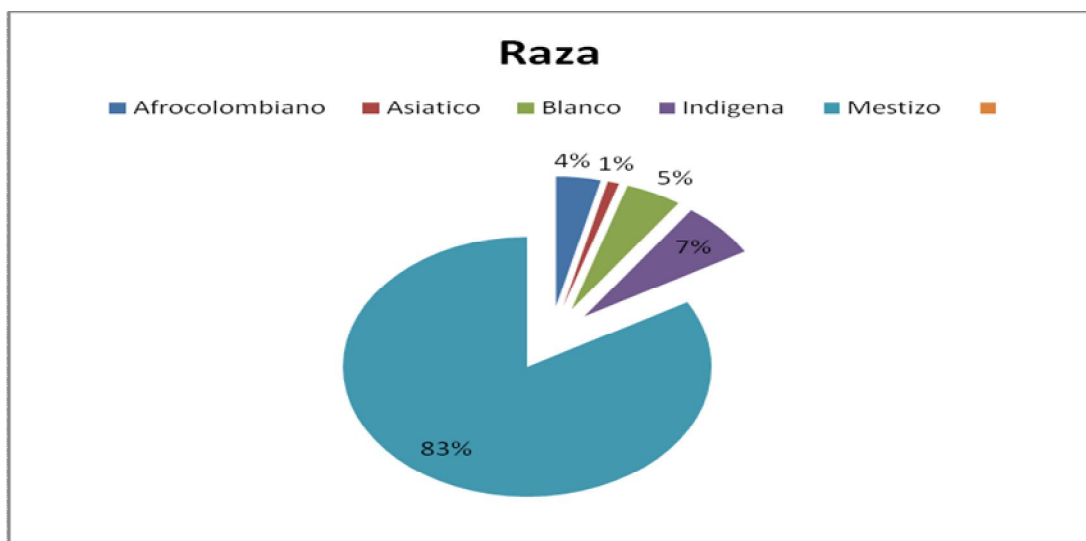
El 54.9 % de las historias analizadas, correspondían al género masculino, frente a un 45.1% del género femenino. Lo que nos indica una mayor incidencia de hemorragia de vías digestivas altas en el género masculino respecto al género femenino.

Gráfica 2. Procedencia



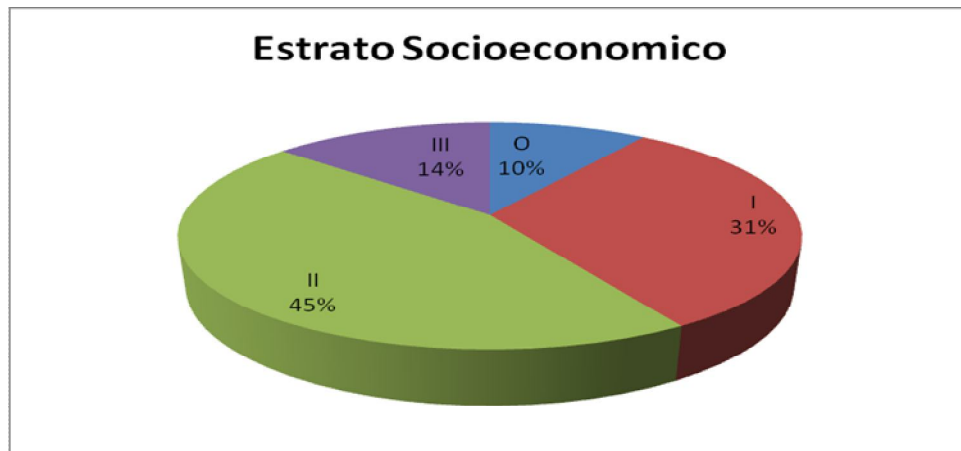
La mayor incidencia de HDVA se encuentra en los habitantes de Neiva con un 55.9%, seguida por los habitantes de Pitalito con un 6%, con respecto a las demás poblaciones del departamento del Huila, que consultan en el HUN, teniendo en cuenta la localización del mismo.

Gráfica 3. Raza



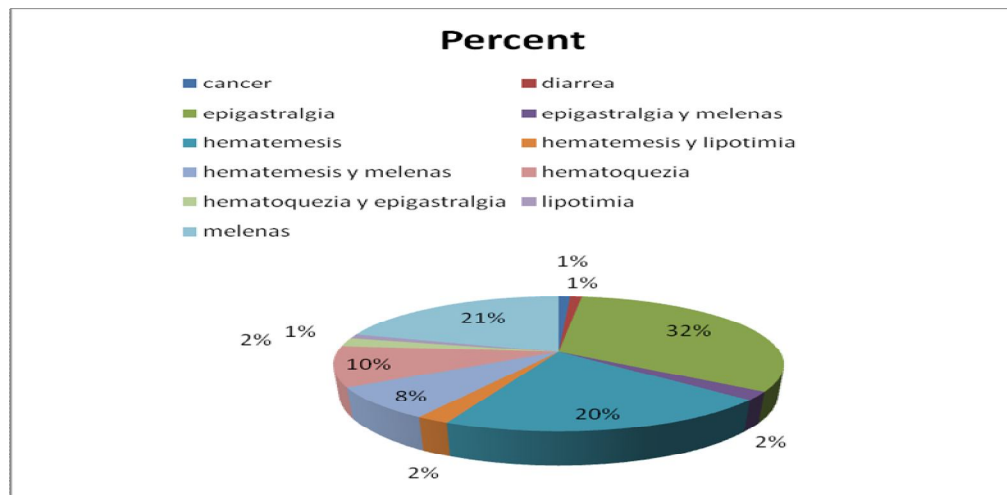
La grafica nos muestra que la mayor incidencia de raza en la poblacion en cuestion fue la mestiza con un 83%, que corresponde a la poblacion predominante en el sur colombiano.

Gráfica 4. Estrato socioeconómico



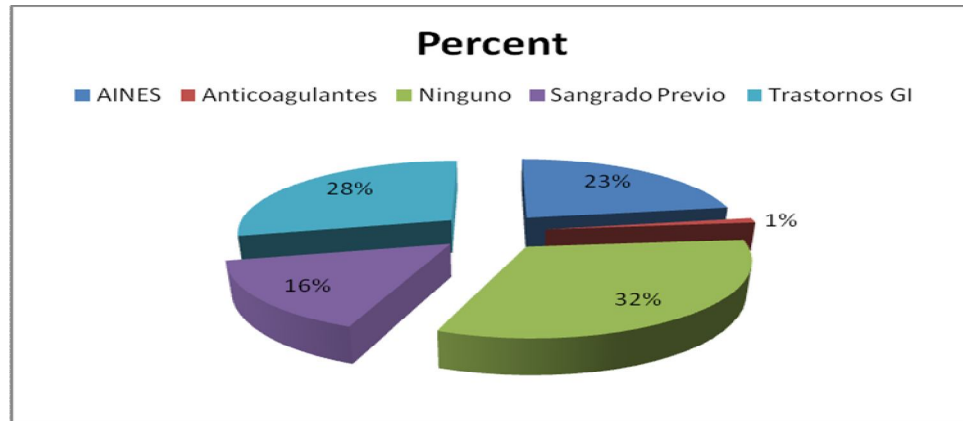
La grafica nos muestra que en el estudio, el estrato socioeconomico II fue el que mas consulto por HVDA con un 45%, y se evidencia q los estratos socioeconomicos mas bajos son los que predominan en la poblacion estudiada.

Gráfica 5. Motivo de consulta



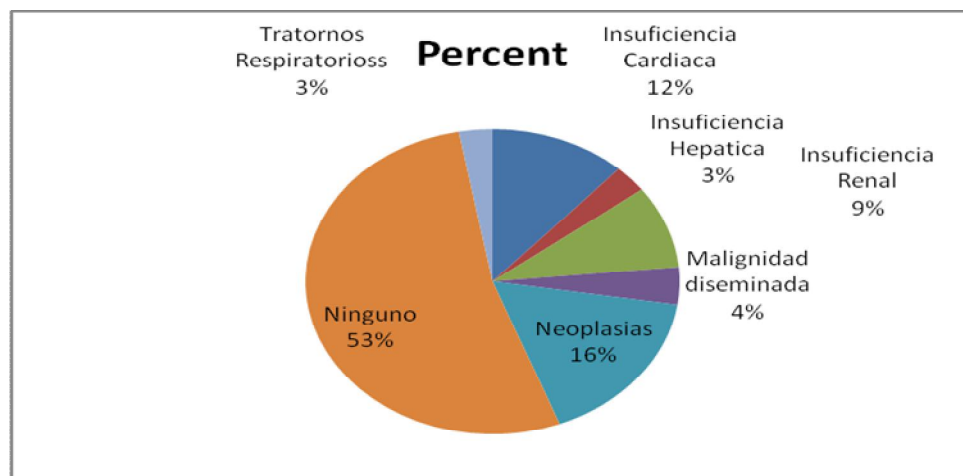
En esta grafica podemos ver que el mayor motivo de consulta fue la epigastralgia con un 32%, seguida de hematemesis y melenas 21%, acorde con los síntomas iniciales de gastritis y su posterior complicación, los sangrados del tracto gastrointestinal.

Gráfica 6. Antecedentes



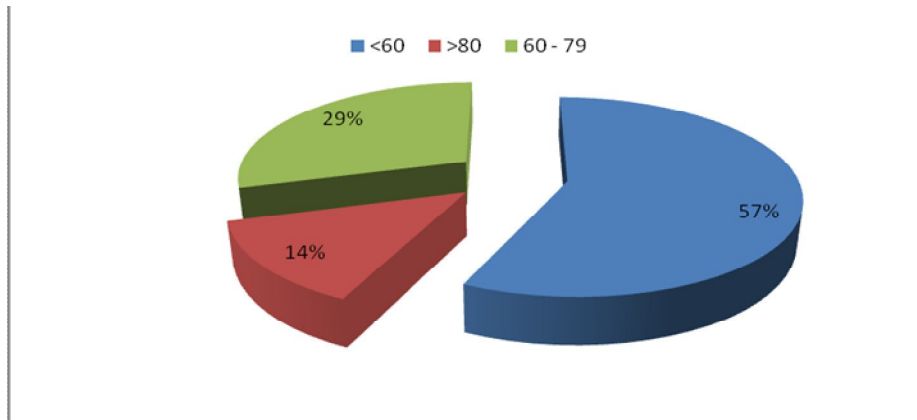
Los factores desencadenantes tuvieron una participación menor en la patología puesto que 32% de los pacientes no tenían antecedentes previos, sin embargo las cifras continúan con un 28% para trastornos gastrointestinales y un 23% para consumo de AINES. Teniendo en menor proporción el sangrado previo y el uso de anticoagulantes.

Gráfica 7. Comorbilidades



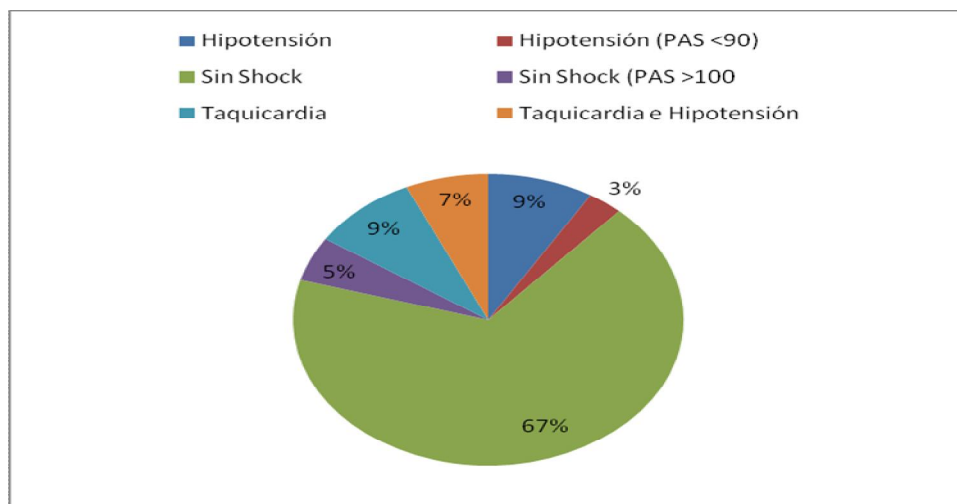
De las comorbilidades presentes, la mas frecuente fue la presencia de neoplasias con un 16%, estando con relación a las patologías más frecuentes por localización geografica y por grupo etareo.

Gráfica 8. Edad



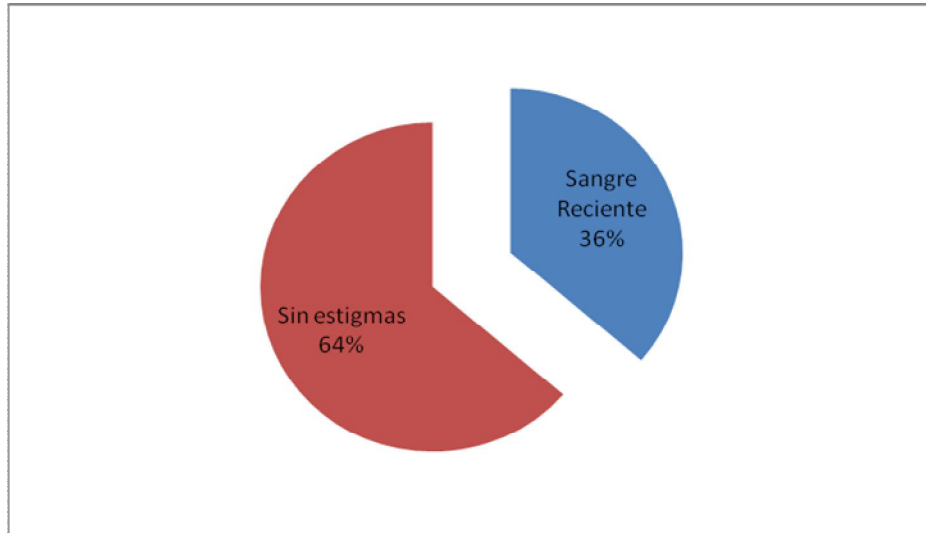
La edad de pacientes que predomino fue la de menores de 60 años con un 57%, indicando una mayor incidencia de HDVA en la poblacion joven.

Gráfica 9. Estado Hemodinámica



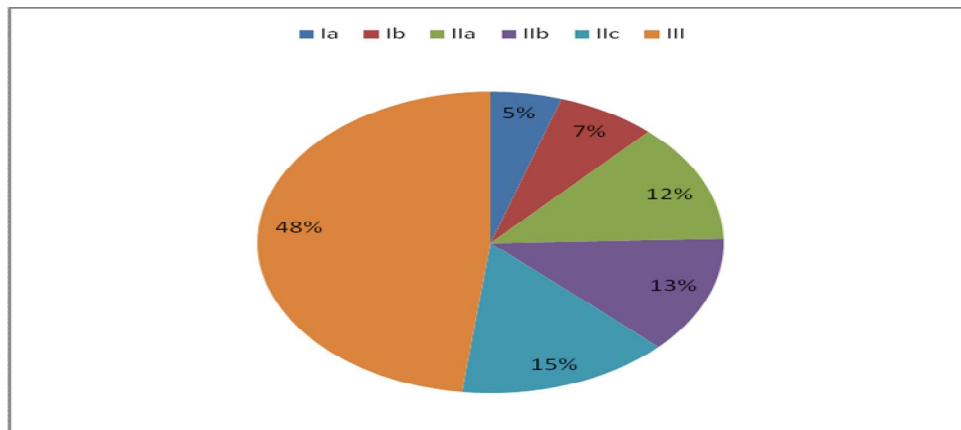
El 67% de los pacientes, se encontraban hemodinamicamente estables, frente a un porcentaje mas bajo que presentaba algun tipo de inestabilidad hemodinamica, asociada al tiempo de consulta y a variables como edad o presencia de comorbilidades.

Gráfica 10. Estigmas de sangrado reciente



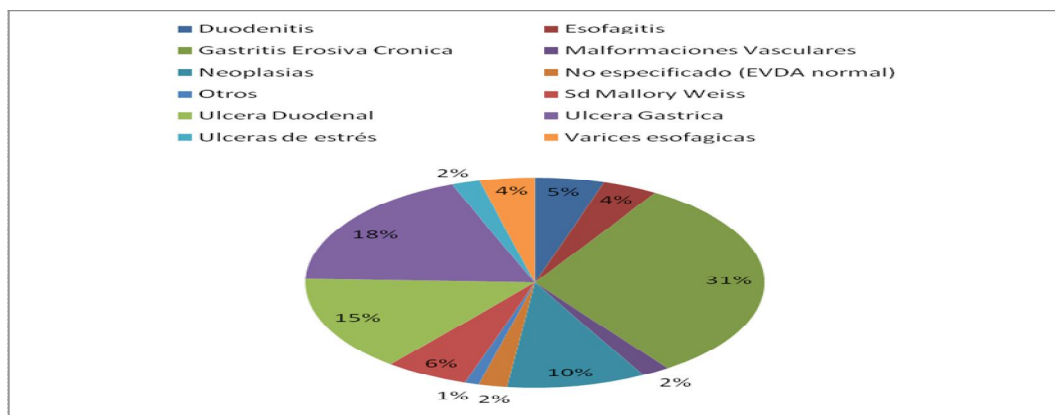
La grafica nos muestra que la mayoría de los pacientes no contaban con estigmas de sangrado en los reportes endoscópicos.

Gráfica 11. Clasificación Forrest



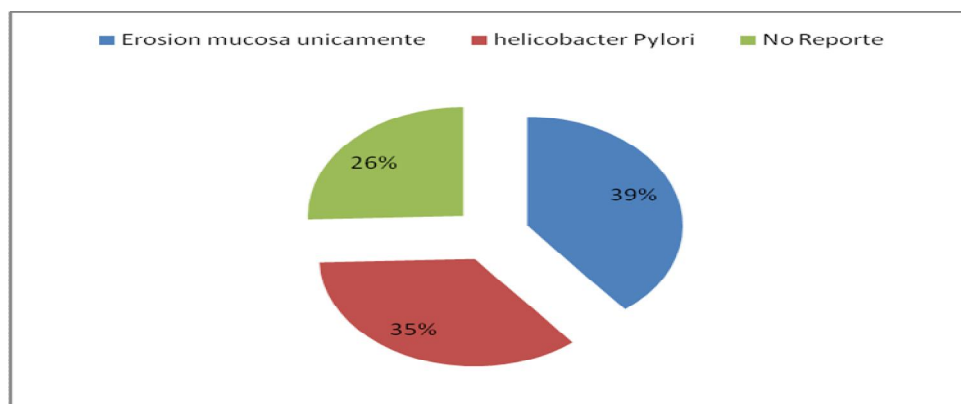
Según la clasificación forrest, el estadio III con un 48% fue el mayor diagnosticado en la población estudiada, lo cual nos predice que este grupo tiene un mínimo de riesgo de resangrado con un aproximado de 2% de riesgo, seguido del estadio IIc 15% con un riesgo de un 10% de resangrado, y en una menor proporción los otros estadios (Ia, Ib, IIa, IIb) con riesgo de 90, 50, 25 y 15 % respectivamente, no se pudo constatar si hubo o no resangrado en alguno de estos paciente ya que no había esta información en las historias clínicas

Gráfica 12. Diagnostico Endoscopico



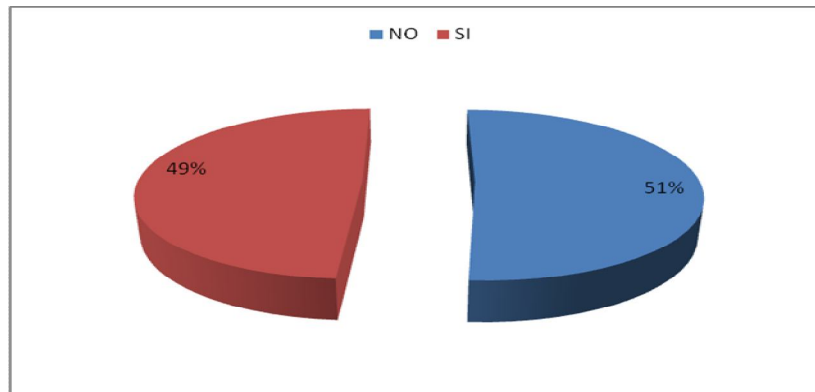
Según el diagnóstico endoscópico, la mayor prevalencia la tuvieron, la gastritis erosiva 31%, la úlcera gástrica y duodenal 18 y 15% respectivamente, frente a un 10% de neoplasias, y en menor proporción la esofagitis, varices esofágicas y demás.

Gráfica 13. Reporte patológico



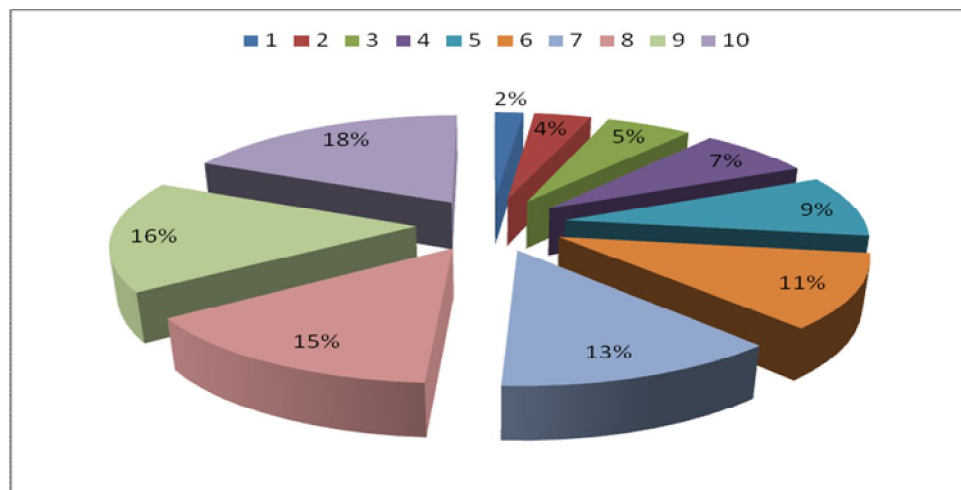
La grafica nos muestra que la mayor incidencia en el reporte patologico fue la de erosión de la mucosa con un 39%, seguido por una alta prevalencia de H. Pylori.

Gráfica 14. Uso AINES



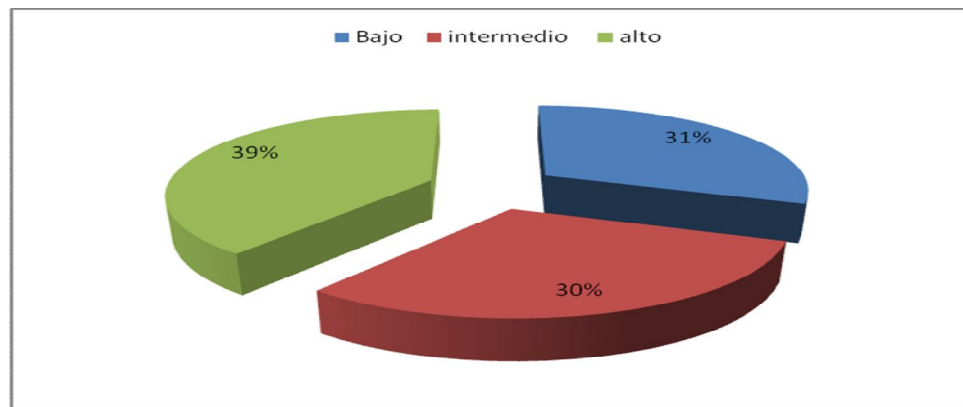
El uso de AINES estuvo asociado en un 49% con la hemorragia de vias digestivas altas, siendo casi la mitad de la poblacion estudiada.

Gráfica 15. Clasificación ROCKALL



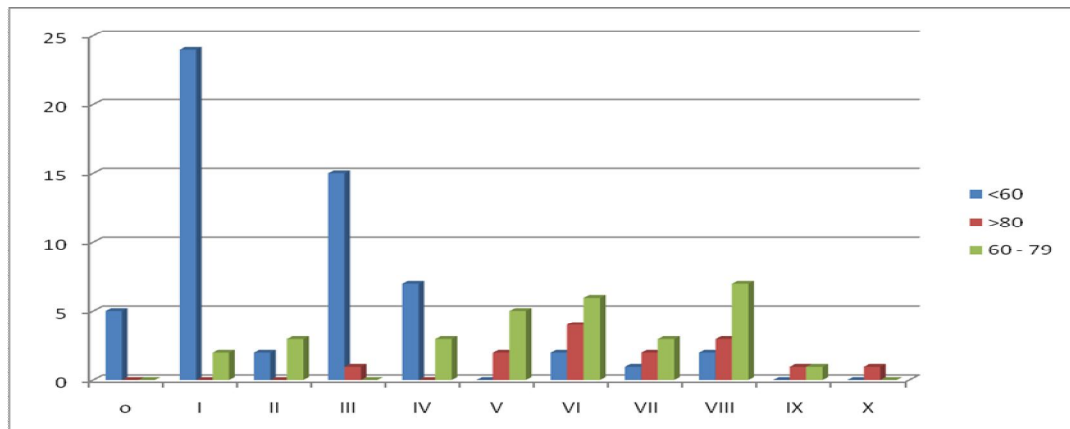
El estadio I de la clasificación rockall fue el de mayor incidencia de la muestra equivalente a un riesgo mínimo de presentar complicaciones y muerte, frente a los demás estadios con menor prevalencia siendo también alto el rockall 10 equivalente al mayor riesgo de presentar complicaciones y muerte, frecuente en pacientes de edad avanzada y diagnósticos neoplásicos.

Gráfica 16. Severidad



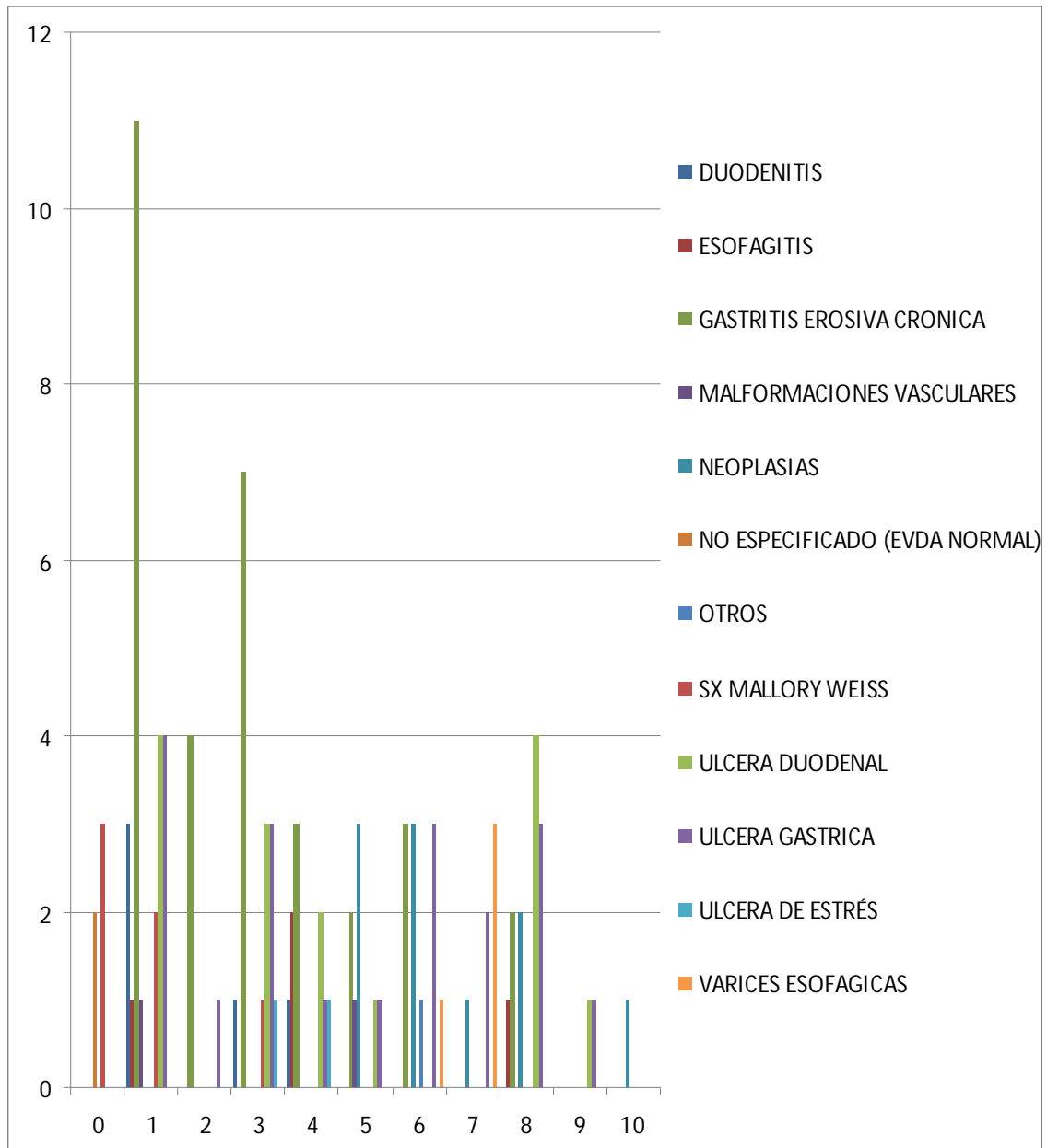
La mayor incidencia fue de severidad alta, evidenciando la importancia del tratamiento oportuno de esta patología.

Gráfica 17. Edad y clasificación ROCKALL



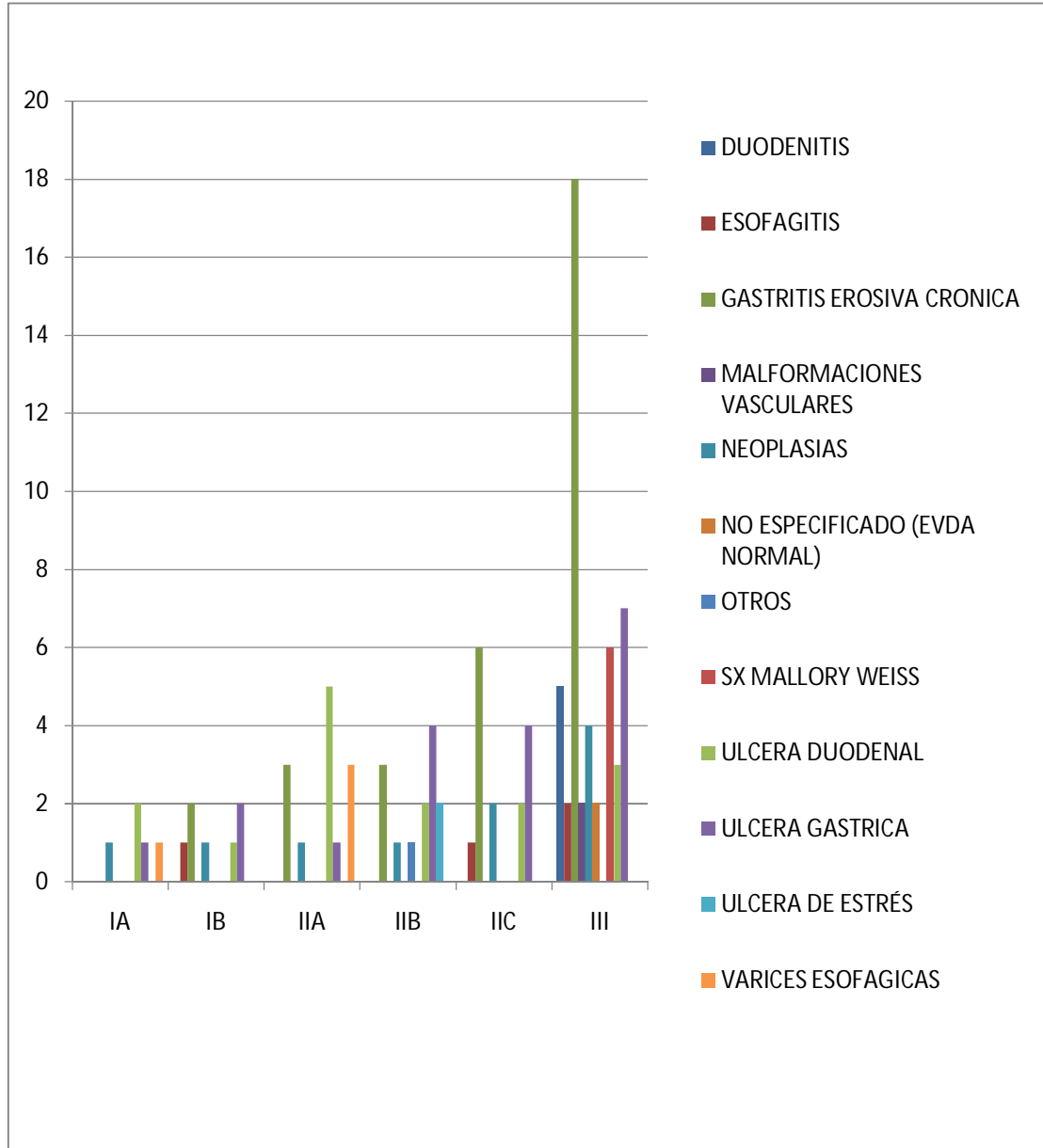
Nos podemos dar cuenta que las personas menores de 60 años, fue el grupo etáreo que presentaba con menos frecuencias otras patologías agravantes de la hemorragia de vías digestivas según la clasificación Rockall, frente a los otros grupos de mayor edad en donde había comorbilidades para dicha enfermedad.

Grafica 18. Etiología vs ROCKALL



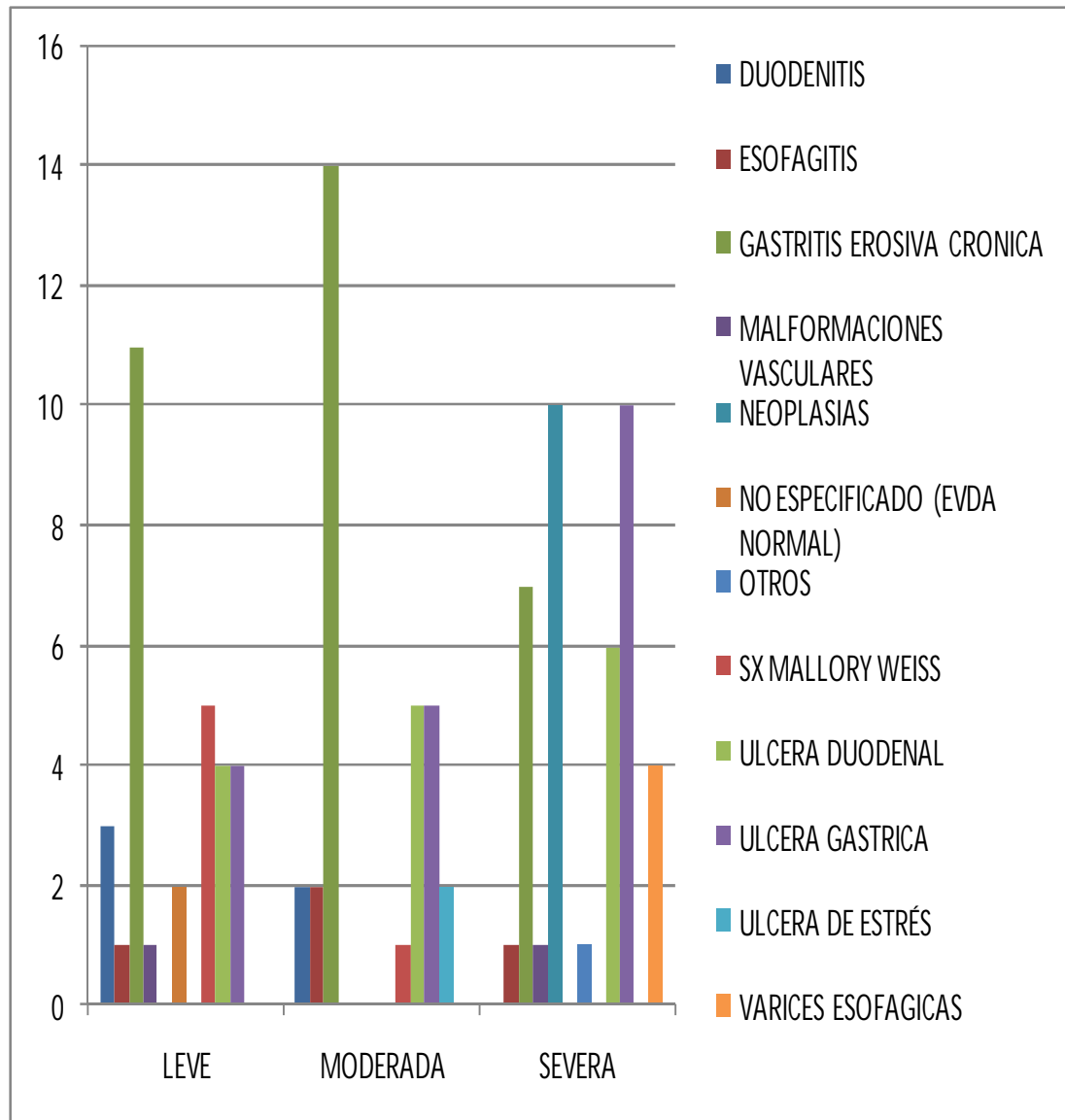
La gráfica nos muestra la alta incidencia de la gastritis erosiva en la clasificación 1, 2, 3 y 8 de Rockall frente a otras patologías que estuvieron presentes en todas las otras clasificaciones de Rockall.

Grafica 19. Etiología vs FORREST



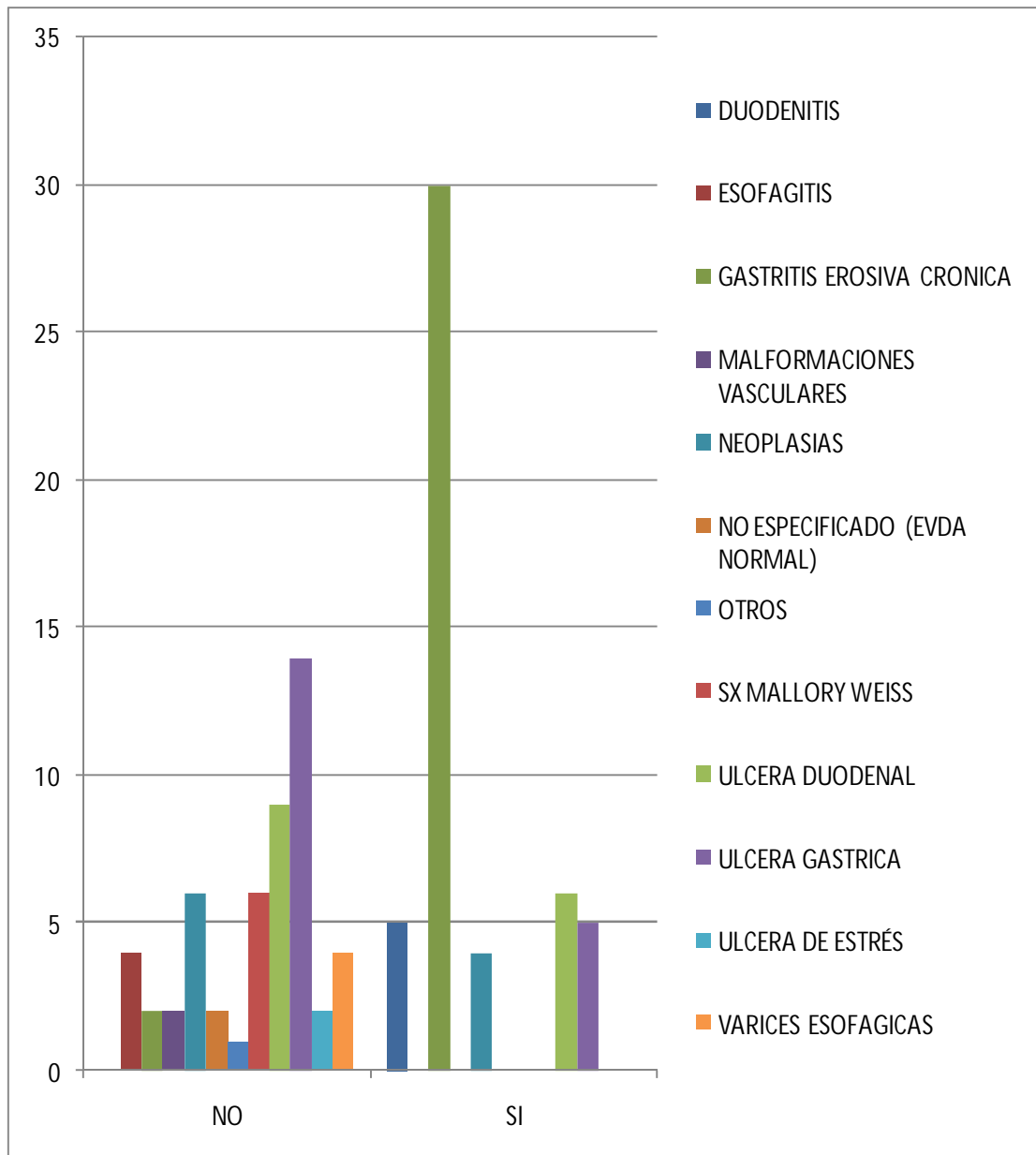
En el estadio III de la clasificación Forrest, la patología de mayor incidencia fue la gastritis erosiva, encontrándose también en otros estadios de la clasificación, frente a otras patologías de incidencia baja en las demás clasificaciones.

Grafica 20. Etiología vs SEVERIDAD



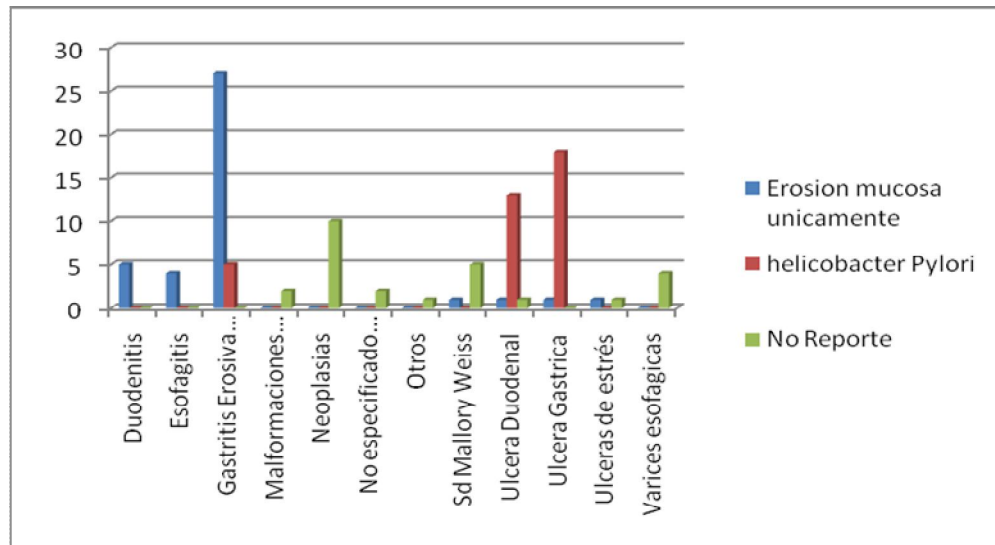
En los estadios de severidad leve y moderada, la gastritis erosiva fue la de mayor predominio junto con la ulcera gástrica y la neoplasia que dominaron en los estadio severo.

Grafica 21. Etiología vs uso de AINES



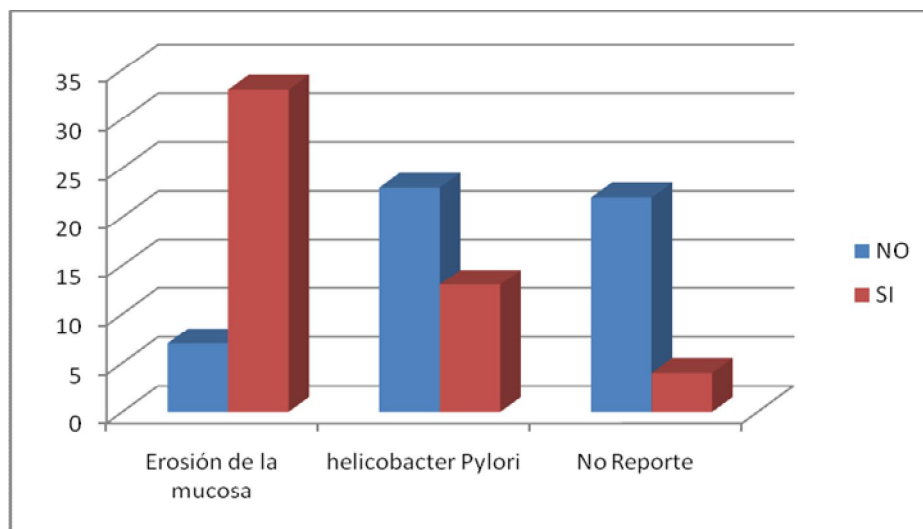
El uso de AINES tuvo la mayor participación en las diferentes etiologías gastrointestinales (siendo muy alta la participación en la ulcera gástrica erosiva), frente a los que los que no consumieron AINES

Grafica 22. Reporte patología y etiología



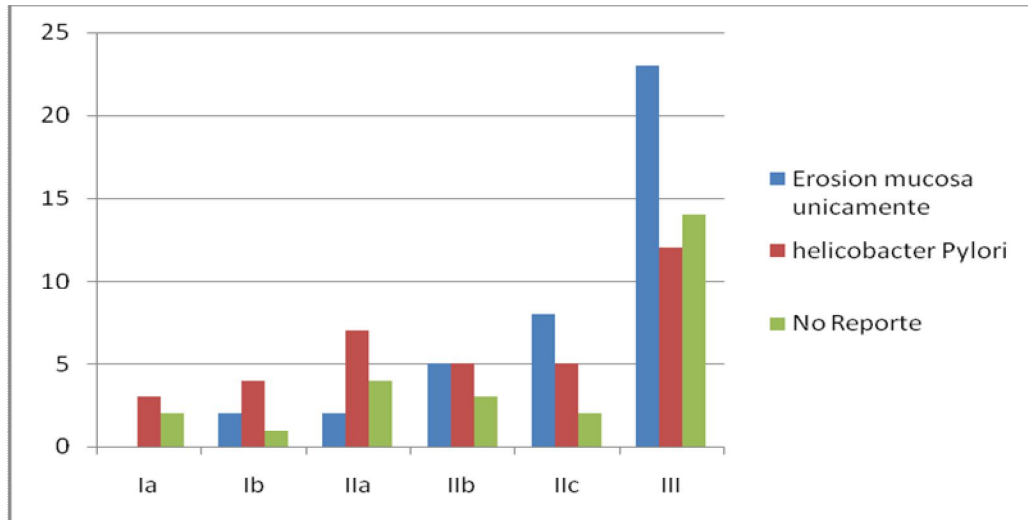
La grafica nos muestra que el helicobacter Pylori fue el mayor desencadenante para el diagnostico de ulcera gastrica y ulcera duodenal, y la erosión de la mucosa fue el desencadenante para la gastritis erosiva.

Grafica 23. Reporte patología y uso de AINES



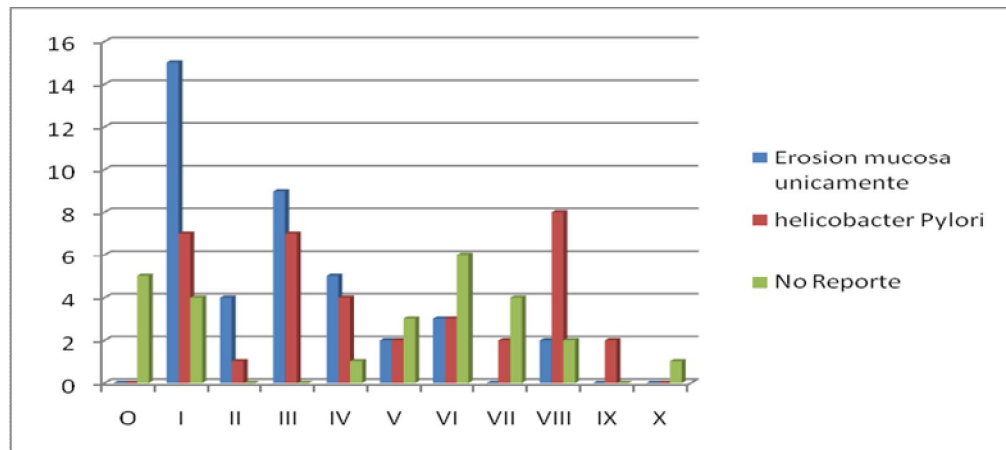
El uso de AINES tuvo la mayor incidencia de erosión de la mucosa gastrica frente a H. pylori.

Grafica 24. Reporte de patología y clasificación FORREST



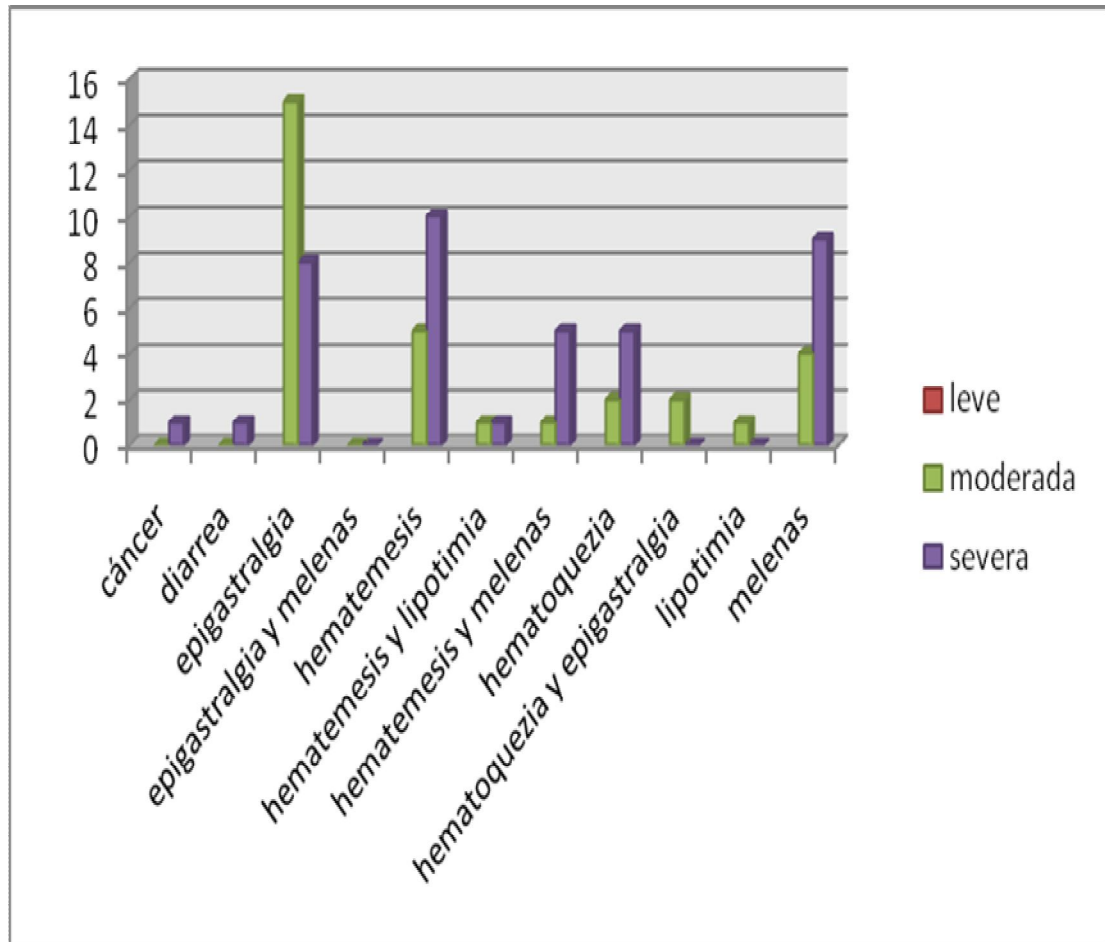
El estadio III de la clasificación de forrest, tuvo la mayor incidencia de patologias frente a las demás clasificaciones.

Grafica 25. Reporte patología y estratificación ROCKALL



Las patologias (erosión de la mucosa, H. pylori) fueron reportadas mayormente en la clasificacion 1 de rockall, frente a las demas estadios de la clasificación.

Grafica 26. Motivo de consulta vs SEVERIDAD



La grafica nos muestra que en la clasificacion moderada de las consultas, las de mayor incidencia fueron las epigastralgias, hematemesis y melenas y en la severa tuvo un predominio la hematemesis, las melenas y las epigastralgia, tambien se evidencia que en los casos leves no se consultaba por la sintomatologia caracteristica del cuadro.

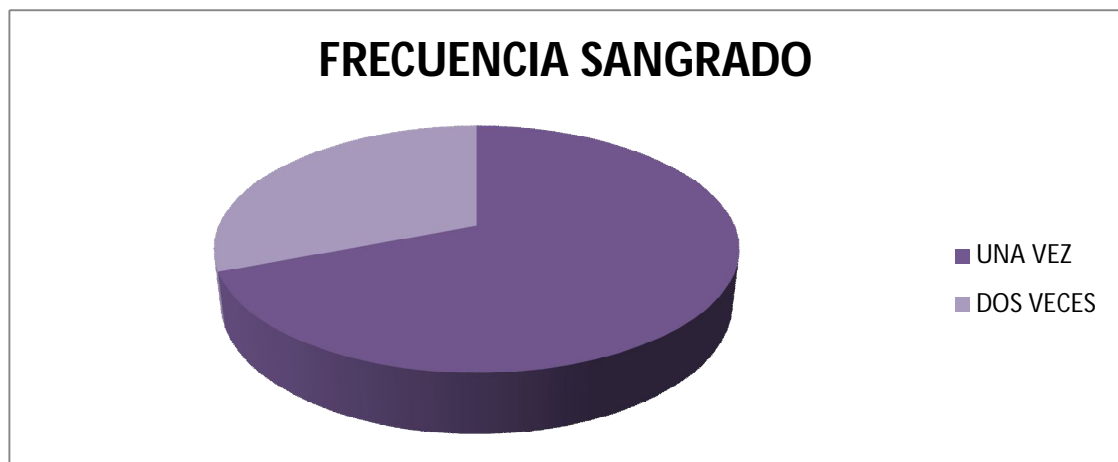
De la recolección de datos correspondientes a seguimiento se encontró respuesta en 67 pacientes, de los cuales 10 habían fallecido, y 35 no respondieron.

Grafica 27. Presencia de resangrado



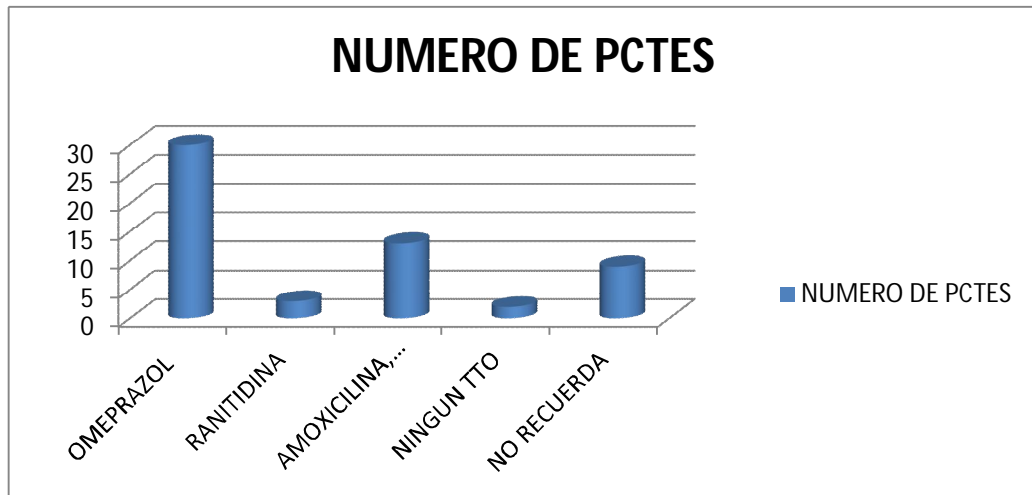
En la mayoría de los casos no se presentó re sangrado de origen en el tracto gastrointestinal.

Grafica 28. Frecuencia del resangrado



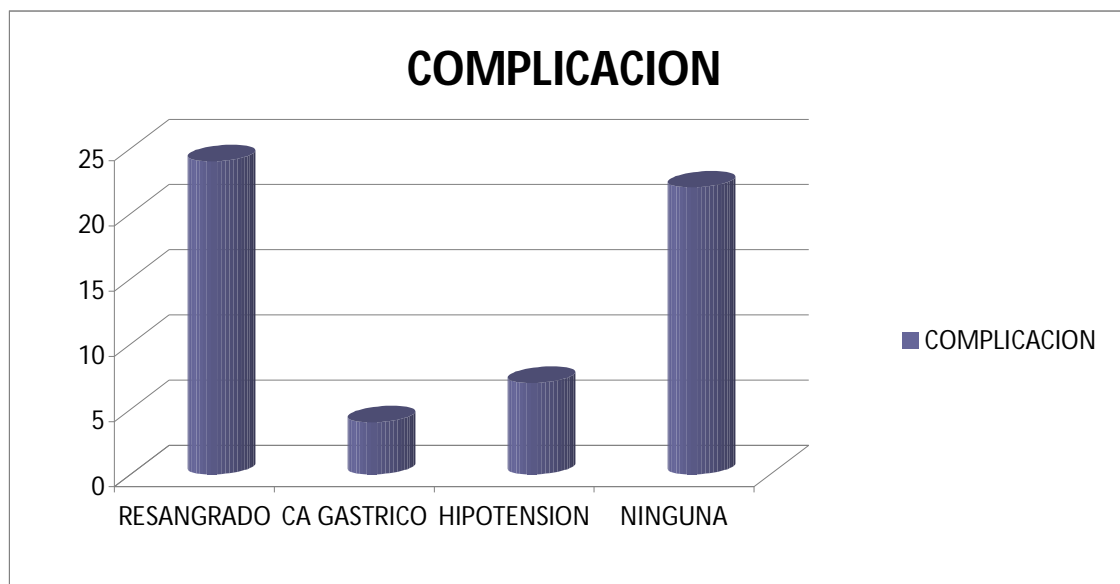
De los pacientes que presentaron re sangrado de origen en el tracto gastrointestinal la mayoría solo cursaron con un episodio de sangrado.

Grafica 29. Tratamiento instaurado a los pacientes



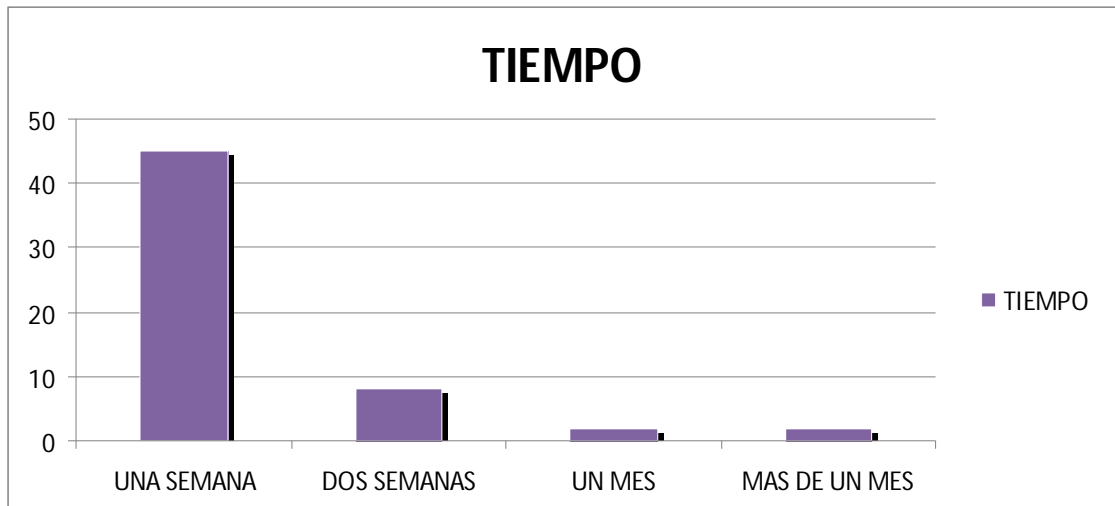
El principal tratamiento empleado fue a base de inhibidores de la bomba de protones, seguido por terapia de erradicación para helicobacter pylori.

Grafica 30. Complicación presentada posterior al sangrado



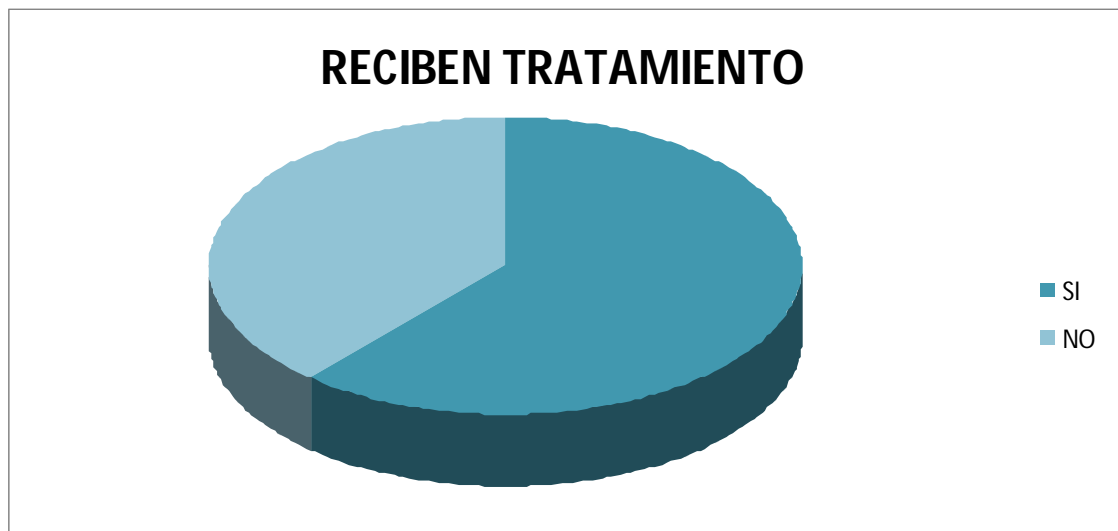
La principal complicación presente en el grupo de pacientes fue el re sangrado, aunque la distribución fue equitativa entre la presencia o no de complicaciones posterior al sangrado inicial.

Grafica 31. Tiempo en reincorporarse a las actividades que venia realizando



La mayoría de los pacientes pudo reincorporarse a las actividades que realizaba previamente en aproximadamente una semana, sin presentarse una elevada incidencia de duración hospitalaria en este grupo de pacientes.

Grafica 32. Pacientes recibiendo tratamiento en la actualidad



Cerca del 61% de los pacientes reciben tratamiento para su patología de base en la actualidad, siendo el principal la terapia con medicamentos inhibidores de la bomba de protones.

10. DISCUSION

En nuestro estudio realizado en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, sobre Hemorragias de Vías Digestivas Altas, se evidenció al igual que la mayoría de estudios realizados en el mundo, tales como contreras, Veloso y cols, Espinoza y cols,^{35 36} la mayor frecuencia de esta patología se da en el género masculino, en un 56 % a comparación con el género femenino. Es más frecuente en la tercera edad, presentándose en su mayoría en personas menores de 60 años y su principal etiología es la ulcera péptica.

Con respecto a las manifestaciones clínicas, el principal síntoma que obligó al paciente a acudir al médico, es la epigastralgia con un 32%, seguido de hematemesis y melenas en un 20% cada uno, y al compararlo con otros estudios, como el del doctor Conrado RC y cols, en Argentina y Olokoba AB y cols. en Nigeria³⁷, se diferencia de estos trabajos ya que el principal motivo de consulta fue la hematemesis y la presencia de melenas en un porcentaje de 49 y 34% respectivamente y la epigastralgia en solo un 4%. También se corroboró el factor predisponente que tiene el uso de aines y la presencia de la patología, demostrándose que un 20% de pacientes con Hemorragias de Vías Digestivas Altas, presentan el antecedente de consumo de aines.

El sistema de Score de Rockall es un buen predictor de mortalidad en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, en algunos estudios como el realizado en Perú, por Espinoza y cols^{38, 39} sin embargo en nuestro estudio no fue significativo para determinar la mortalidad debido a que los pacientes con Rockall alto no han muerto por dicha patología.

³⁵ CONTRERAS, German, VELOSO María. Presentación clínica de la hemorragia de vía digestiva alta. Presentación de caso.2008

³⁶ ESPINOZA J y cols. Validación del Score de Rockall en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta. Lima-Perú.2006

³⁷ OLOKOBA AB, OLOKOBA LB, JIMOH A. Upper gastrointestinal tract bleeding in Ilorin, Nigeria--a report of 30 cases. 2009 Aug; 338 (2):96-106.

³⁸ ESPINOZA RÍOS J, HUERTA-MERCADO Tenorio. Prospective validation of the Rockall Scoring System in patients with upper gastrointestinal bleeding in Cayetano Heredia Hospital Lima- Peru. 2009 Apr-Jun; 29 (2):111-7.

³⁹ ROCKALL TA, LOGAN RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Br Med J 1995;311:222-6.

La escala de Forrest es un instrumento utilizado en algunos estudios para determinar el riesgo de resangrado, y consiste en sangrado arterial en chorro tipo Ia, con riesgo de resangrado del 100%; sangrado arterial en capa tipo Ib, con un riesgo de resangrado del 55%; vaso visible tipo IIa, riesgo de resangrado del 43%; coagulo centinela IIb, riesgo de resangrado de 22%; lesión cubierta con hematina tipo IIc, riesgo de resangrado del 10% y por ultimo lesión con base de fibrina tipo III, con riesgo de resangrado del 5%⁴⁰

Según el estudio realizado en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, el 48% de los pacientes estudiados se clasificaron en la escala de Forrest en el estadio III, donde su riesgo de resangrado es el 2%⁴¹ en estudios nacionales e internacionales⁴², pero, según nuestro estudio, el re sangrado se presentó en un 22 %.

Otra conclusión muy importante que se encontró en nuestro estudio comparado con otros, de la revista de gastroenterología latinoamericana, hecho por Barrientos Carlos y cols⁴³, nos muestra que el cáncer gástrico es causante del 1 al 3% de hemorragia de vías digestivas altas y en nuestro estudio se encontró que el cáncer gástrico es causante del 10 % de los casos de Hemorragias de Vías Digestivas Altas.

Al igual que la mayoría de los estudios, el principal tratamiento recomendado para estos pacientes que padecen dicha enfermedad, son los inhibidores de la bomba de protones, como el omeprazol, lansoprazol y fueron los más formulados a nuestros pacientes.⁴⁴

⁴⁰ Forrest JAH, Finlayson NDC, Shearman DJC. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974;2:394-7.

⁴¹ GOMEZ ZULETA Y Cols. Escala "UNAL" de predicción para identificar pacientes con hemorragia digestiva alta que necesitan endoscopia urgente Acta Médica Colombiana, vol. 31, núm. 4, octubre-diciembre, 2006, pp. 389-399 Asociación Colombiana de Medicina Interna

⁴² Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Gastroenterol Hepatol 2003;26:70-85.

⁴³ BARRIENTOS Carlos. Upper G.I. Bleeding Due To Digestive Neoplasias, Gastr Latinoam 2006; Vol 17, Nº 2: 146-149

⁴⁴ A national clinical guideline. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. isbn 978 1 905813 37 7 published september 2008

11. CONCLUSIONES

El género masculino fue el más encontrado en el estudio (54.9%) con una ligera preponderancia sobre el femenino (45.1%) con una ligera preponderancia en el grupo de edad menores de 60 años con 56.9%, en donde la mayoría eran mestizos con el 83 %, el sitio de procedencia principal fue Neiva con 55.9% y el estrato socioeconómico más común fue II con 45%.

El principal motivo de consulta fue epigastralgia con 32.4%, en cuanto a los antecedentes el mayor porcentaje dentro del grupo fue Ninguno – niega, con el 32.4%, y la comorbilidad más común fue Ninguno con el 52.9%.

En el grupo estudiado se pudo establecer que los parámetros hemodinámicos (Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria) se encontraron dentro de los parámetros normales (67.6%).

Dentro de los hallazgos encontrados en la endoscopia de vías digestivas altas con HVDA se puede concluir que el reporte principal correspondió a Gastritis Erosiva Crónica con 31.4%, seguido por la úlcera gástrica 18.6% y la úlcera duodenal con 14.7%, además la endoscopia también arrojó que el 48% presentaron lesiones limpias sin sangre (Forrest III), por tanto su riesgo de re sangrado es menor del 2%.

En el grupo estudiado la mayoría de pacientes obtuvo un puntaje Rockall de 1 con un 25.5%, correspondiente a riesgo bajo de mortalidad y una severidad leve. También se observó que el índice de Rockall era directamente proporcional a la edad, siendo que un Rockall igual a cero fue exclusivo para personas menores de 60 años, y un Rockall igual a 10 solo se encontró en personas mayores de 80 años. Los diagnósticos más asociados a incremento en la severidad fueron las Neoplasias y las Varices Esofágicas.

La principal complicación presente en el grupo de pacientes fue el re sangrado, aunque la distribución fue equitativa entre la presencia o no de complicaciones posterior al sangrado inicial.

El reporte de patología señaló que en la mayoría de los pacientes (39.2%) se presentó en la biopsia erosiones en la mucosa gástrica sin descripción rastros de H. Pylori.

El diagnóstico principal de Gastritis Erosiva Crónica, tiene una elevada relación con el uso previo de AINES, y antecedentes como trastornos gastrointestinales y sangrado previo, además de verse asociado con bajo riesgo de mortalidad, ya que se evidencio un Rockall menor de 3, además de presentar el menor riesgo de re sangrado según la escala de Forrest.

Las úlceras tanto gástrica como duodenal se vieron asociadas a una mayor prevalencia de H Pylori.

Cerca del 61% de los pacientes reciben tratamiento para su patología de base en la actualidad, siendo el principal la terapia con medicamentos inhibidores de la bomba de protones.

La mayoría de los pacientes pudo reincorporarse a las actividades que realizaba previamente en aproximadamente una semana, sin presentarse una elevada incidencia de duración hospitalaria en este grupo de pacientes.

12. RECOMENDACIONES

Con el fin de intervenir en el desarrollo de la historia natural de la enfermedad de los participantes en este estudio se precisó dar las siguientes recomendaciones:

Brindar educación al paciente que es portador de lesiones con riesgo de sangrado digestivo alto, acerca de los diferentes factores desencadenantes, principalmente el consumo de aines, con especial énfasis en los grupos etareos jóvenes.

Reforzar la educación preventiva y multidisciplinaria que esté a favor del paciente con participación interactiva del personal de salud, paciente, entorno familiar, y social.

Racionalizar el uso de los AINES.

Realizar campañas de detección precoz de H. pylori, para la pronta erradicación, por su factor desencadenante de sangrado gastrointestinal.

Realización de endoscopia anual en la población con algún factor de riesgo.

Desarrollar campañas de educación en alimentación balanceada, saludable y a horas.

BIBLIOGRAFIA

ALI T, HARTY R. Stress-induced ulcer bleeding in critically ill patients. 2008; 55 (4):17-21.

BARKUN A. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003; 139:843-857

BJELOVIĆ M, SABLJAK P, STOJAKOV D. Treatment of gastrointestinal hemorrhage manifestation induced by nonsteroidal anti-inflammatory agents. 2009 Feb;43(2):133-9.

CULAFIĆ D, MATEJIĆ O, RUDIĆ J. Gastro-duodenal ulcers with perforation caused by short-term acetylsalicylic acid ingestion: case report. 2009 May; 46 (3):250-8.

CUTLER JA, MENDELOFF AI. Upper gastrointestinal bleeding. Nature and magnitude of the problem in the U.S. *Dig Dis Sci*. 1981 Jul; 26 (7 Suppl):90S–96S

CHURCH NI, DALLAL HJ, MASSON J, ET COL. Validity of the Rockall scoring system after endoscopic therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective cohort study. 2009 Nov 18: 110-115

ESPIÑOZA RÍOS J, HUERTA-MERCADO Tenorio. Prospective validation of the Rockall Scoring System in patients with upper gastrointestinal bleeding in Cayetano Heredia Hospital Lima- Peru. 2009 Apr-Jun; 29 (2):111-7.

FEY CABALLE, TERES QUILES J. Hemorragia Gastrointestinal. Principios de medicina interna. Madrid: El sevier, 2004: 276 -282

GLEESON F, CLARKE E, LENNON J, MACMATHUNA R, CROWE J. Outcome of accident and emergency room triaged patients with low risk non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. . *Epub*, 2006 Apr; 63 (4):606-12.

GROENEN MJ, KUIPERS EJ, HANSEN BE, OUWENDIJK RJ. Incidence of duodenal ulcers and gastric ulcers in a Western population: back to where it started. 2009 Sep; 23(9):604-8.

Ibid., p. 45

KALYONCU D, URGANCI N, CETINKAYA F. Etiology of upper gastrointestinal bleeding in young children. 2009 Sep; 12 (3):240-4.

KIMURA A, IWAMOTO T. Acute massive gastrointestinal bleeding in the elderly. 2009 Jun 5; 9:41.

KIM JW. NSAID-induced gastroenteropathy. 2008 Sep; 52 (3):134-41.

LANAS A. Nonsteroidal antiinflammatory drugs and cyclooxygenase inhibition in the gastrointestinal tract: a trip from peptic ulcer to colon cancer. 2009 May;26(155):435-9

LECLEIRE S, ANTONIETTI M. Mallory-Weiss syndrome: diagnosis and treatment. 2009 Sep; 76 (9):899-901.

LIM W et Al. Endoscopic treatment of dieulafoy lesions and risk factors for rebleeding. 2009 Dec; 24 (4):318-22.

LOSANO LOZADA Abner. Urgencias en Medicina Interna. 1ª. Edic. Neiva Huila

MONTERO PÉREZ FJ: Manejo de la Hemorragia digestiva alta en urgencias. Emergencias 2002; 14: S19-S27.

MÜLLER T, BARKUN AN, MARTEL M. Non-variceal upper GI bleeding in patients already hospitalized for another condition. 2009 Jan-Mar; 10 (1):36-44.

OLOKOBA AB, OLOKOBA LB, JIMOH A. Upper gastrointestinal tract bleeding in Ilorin, Nigeria--a report of 30 cases. 2009 Aug; 338 (2):96-106.

ROCKALL T.A., LOGAN R.F.A., DEVLIN H.B. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage 1996; 38:316.

SARWAR S, DILSHAD A. Predictive values of Rockall score for rebleeding and mortality in patients with variceal bleeding. 2007; 17(5):253-6.

SCHALEKAMP T et Al. Effect of oral antiplatelet agents on major bleeding in users of coumarins. 2008 Dec; 100 (6):1076-83.

SIERADZKA-PATYKIEWICZ L, GRYS I, NOWAK A. Endoscopic methods of non variceal upper gastrointestinal bleeding haemostasis--retrospective analysis. 2009 May-Jun; 137 (5-6):282-4.

SIMÓN D. OVALLES R, ELIZABETH RÍOS C. Departamento de Medicina Crítica, Hemorragia de vías digestivas altas Clínica San Pedro Claver, ISS. p. 30 -42.

STRAUBE S, TRAMÈR MR, MOORE RA, DERRY S, MCQUAY HJ. Mortality with upper gastrointestinal bleeding and perforation: effects of time and NSAID use. 2009 Jun; 38 (2):245-65.

TANG JH, LIU NJ, CHENG HT, LEE CS. Endoscopic diagnosis of Helicobacter pylori infection by rapid urease test in bleeding peptic ulcers: a prospective case-control study. 2009 Feb; 104 (2):330-9. Epub 2009 Jan 13.

THAM TC, JAMES C, KELLY M. Predicting outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage without endoscopy using the clinical Rockall Score. 2006 Nov; 82 (973):757-9.

WÓJTOWICZ J, WOJTUŃ S, GIL J. Non-variceal bleeding from the upper gastrointestinal tract. 2009 May; 26 (155):403-6.

ANEXOS

Anexo A. Formulario recolección datos HVDA

1. DATOS PERSONALES:

No. HC: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Procedencia: _____ Raza: _____
Fecha de Ingreso: ____/____/____ Estrato socioeconómico: _____
Motivo de consulta: _____

2. ANTECEDENTES:

AINES: _____
Anticoagulantes: _____
Trastornos gastrointestinales: _____
Sangrado previo _____
Ninguno _____

3. COMORBILIDADES:

Insuficiencia Cardíaca _____
Insuficiencia Renal _____
Insuficiencia Hepática _____
Malignidad diseminada _____
Neumonía _____
Neoplasia _____
Malignidad hematológica _____

4. EXAMEN:

- Edad: _____
<60 _____
60 a 79 _____
>80 _____
Estado circulatorio:
Sin shock (PAS>100, FC<100) _____
Taquicardia (FC>100, TAS > 100) _____
Hipotensión (TAS <100) _____
F.R. _____
Signos de malignidad
(adenopatías, hepatomegalia, etc) _____
- Estigmas de sangrado reciente:
Sin estigmas. Hematina _____
Sangre fresca en estómago _____

5. ENDOSCOPIA:

- Clasificación Forrest: Ia _____ Ib _____
IIa _____ IIb _____ IIc _____
III _____
- Diagnostico: _____

Anexo B. Escala de riesgo re sangrado FORREST

Clasificación de Forrest:	Tipo de lesión:	Riesgo de recurrencia de hemorragia si no es tratado:
IA	Hemorragia arterial en chorro	100%
IB	Hemorragia arterial en capa	55% (17-100%)
IIA	Vaso visible	43% (8-81%)
IIB	Coágulo centinela	22% (14-36%)
IIC	Lesión cubierta de hematina	10% (0-13%)
III	No estigmas de hemorragia	5% (0-10%)

La escala Rockall fue desarrollada en Inglaterra por la Auditoria Nacional de la Hemorragia Gastrointestinal Aguda, tomando los parámetros de edad, choque, diagnóstico a la endoscopia, comorbilidad y estigmas mayores de hemorragia reciente, esta escala tiene utilidad en la predicción de mortalidad y resangrado en cierta medida.

Anexo C. Escala de mortalidad, severidad y riesgo de resangrado ROCKALL

Edad:

- · <60 años 0
- · 60-79 1
- · >80 2

Hemodinámica:

- · TAS >100 mmHg y FC <100 lpm 0
- · TAS >100 mmHg y FC >100 lpm 1
- · TAS <100 mmHg 2

Enfermedades asociadas:

- · No enfd asociadas 0
- · Insuf. cardíaca, enfd coronaria, otras enfd.graves 2
- · Insuf renal, Insuf.hepática, neopl. diseminada 3

Diagnóstico endoscópico:

- No lesiones identificables, no estigmas de hemorragia reciente, Mallory Weis 0
- Resto de diagnósticos 1
- Neoplasia digestiva alta 2

Estigmas de hemorragia reciente:

- No estigmas, marchas oscuras sobre la lesión 0
- Sangre fresca, coágulo adherido, vaso visible 2

ANALISIS:

Riesgo bajo <2

Riesgo medio 3-4




Riesgo alto >5

Anexo D. Porcentaje de mortalidad según puntuación rockall

Puntuación antes de la endoscopia	Mortalidad (%)
0	0.2
1	2.4
2	5.6
3	11.0
4	24.6
5	39.6
6	48.9
7	50.0

Anexo E. Tablas
















Tabla género

Genero	Frequency	Percent	Cum Percent	
Femenino	46	45,1%	45,1%	
Masculino	56	54,9%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

95% Conf Limits

Femenino	35,2%	55,3%
Masculino	44,7%	64,8%

Tabla procedencia

Procedencia	Frequency	Percent	Cum Percent	
Aipe	1	1,0%	1,0%	
Campo alegré	3	2,9%	3,9%	
Cauca	1	1,0%	4,9%	
China	1	1,0%	5,9%	
Florenia	4	3,9%	9,8%	
Garzón	4	3,9%	13,7%	
Gigante	2	2,0%	15,7%	
Iquira	3	2,9%	18,6%	
Isnos	2	2,0%	20,6%	
La Plata	1	1,0%	21,6%	
Neiva	57	55,9%	77,5%	
Palermo	4	3,9%	81,4%	
Pitalito	6	5,9%	87,3%	
Putumayo	2	2,0%	89,2%	
Rivera	2	2,0%	91,2%	















San Agustín	1	1,0%	92,2%	
San Luis	1	1,0%	93,1%	
Santa María	2	2,0%	95,1%	
Teruel	1	1,0%	96,1%	
Vega larga	1	1,0%	97,1%	
Vereda arenosa	1	1,0%	98,0%	
Yaguara	2	2,0%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

Tabla raza

Raza	Frequency	Percent	Cum Percent	
Afrocolombiano	4	3,9%	3,9%	
Asiático	1	1,0%	4,9%	
Blanco	5	4,9%	9,8%	
Indígena	7	6,9%	16,7%	
Mestizo	85	83,3%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

95% Conf Limits

Afrocolombiano	1,1%	9,7%
Asiático	0,0%	5,3%
Blanco	1,6%	11,1%
Indígena	2,8%	13,6%
Mestizo	74,7%	90,0%

Tabla estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico	Frequency	Percent	Cum Percent	
0	10	9,8%	9,8%	
1	32	31,4%	41,2%	
2	46	45,1%	86,3%	
3	14	13,7%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

95% Conf Limits

0	4,8%	17,3%
1	22,5%	41,3%
2	35,2%	55,3%
3	7,7%	22,0%

Tabla motivo de consulta

Motivo de consulta	Frequency	Percent	Cum Percent	
Cancer	1	1,0%	1,0%	
Diarrea	1	1,0%	2,0%	
Eigastralgia	33	32,4%	34,3%	
Epigastralgia y melenas	2	2,0%	36,3%	
Hematemesis	21	20,6%	56,9%	
Hematemesis y lipotimia	2	2,0%	58,8%	
Hematemesis y melenas	8	7,8%	66,7%	
Hematoquezia	10	9,8%	76,5%	
Hematoquezia y Epigastralgia	2	2,0%	78,4%	
Lipotimia	1	1,0%	79,4%	
Melenas	21	20,6%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

95% Conf Limits

Cancer	0,0%	5,3%
Diarrea	0,0%	5,3%
Epigastralgia	23,4%	42,3%
Epigastralgia y melenas	0,2%	6,9%
Hematemesis	13,2%	29,7%
Hematemesis y lipotimia	0,2%	6,9%
Hematemesis y melenas	3,4%	14,9%
Hematoquezia	4,8%	17,3%
Hematoquezia y epigastralgia	0,2%	6,9%
Lipotimia	0,0%	5,3%
Melenas	13,2%	29,7%

TABLA COMORBILIDADES

Comorbilidades	Frequency	Percent	Cum Percent	
Insuficiencia Cardiaca	12	11,8%	11,8%	
Insuficiencia Hepatica	3	2,9%	14,7%	
Insuficiencia Renal	9	8,8%	23,5%	
Malignidad diseminada	4	3,9%	27,5%	
Neoplasias	17	16,7%	44,1%	
Ninguno	54	52,9%	97,1%	
Tratornos Respiratorioss	3	2,9%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

95% Conf Limits

Insuficiencia Cardiaca	6,2%	19,6%
Insuficiencia Hepatica	0,6%	8,4%
Insuficiencia Renal	4,1%	16,1%
Malignidad diseminada	1,1%	9,7%

Neoplasias	10,0%	25,3%
Ninguno	42,8%	62,9%
Tratarnos Respiratorioss	0,6%	8,4%

Tabla edad

Edad	Frequency	Percent	Cum Percent	
<60	58	56,9%	56,9%	
>80	14	13,7%	70,6%	
60 - 79	30	29,4%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

95% Conf Limits

<60	46,7%	66,6%
>80	7,7%	22,0%
60 - 79	20,8%	39,3%

Tabla estado hemodinámica




Estado Hemodinamico	Frequency	Percent	Cum Percent	
Hipotensión	9	8,8%	8,8%	
Hipotensión (PAS <90)	3	2,9%	11,8%	
Sin Shock	69	67,6%	79,4%	
Sin Shock (PAS >100)	5	4,9%	84,3%	
Taquicardia	9	8,8%	93,1%	
Taquicardia e Hipotensión	7	6,9%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

95% Conf Limits

Hipotensión	4,1%	16,1%
-------------	------	-------

Hipotensión (PAS <90)	0,6%	8,4%
Sin Shock	57,7%	76,6%
Sin Shock (PAS >100)	1,6%	11,1%
Taquicardia	4,1%	16,1%
Taquicardia e Hipotensión	2,8%	13,6%

Tabla estigmas de sangrado reciente








Estigmas de sangrado reciente:	Frequency	Percent	Cum Percent	
Sangre Reciente	37	36,3%	36,3%	
Sin estigmas	65	63,7%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

95% Conf Limits

Sangre Reciente 27,0% 46,4%

Sin estigmas 53,6% 73,0%

TABLA CLASIFICACION FORREST

Clasificación Forrest	Frequency	Percent	Cum Percent	
Ia	5	4,9%	4,9%	
Ib	7	6,9%	11,8%	
IIa	13	12,7%	24,5%	
IIb	13	12,7%	37,3%	
IIc	15	14,7%	52,0%	
III	49	48,0%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

95% Conf Limits

Ia


	1,6%	11,1%
Ib	2,8%	13,6%
Ila	7,0%	20,8%
Ilb	7,0%	20,8%
Ilc	8,5%	23,1%
III	38,0%	58,2%

Tabla diagnostico endoscopico

Diagnostico Endoscópico	Frequency	Percent	Cum Percent	
Duodenitis	5	4,9%	4,9%	
Esofagitis	4	3,9%	8,8%	
Gastritis Erosiva Crónica	32	31,4%	40,2%	
Malformaciones Vasculares	2	2,0%	42,2%	
Neoplasias	10	9,8%	52,0%	
No especificado (EVDA normal)	2	2,0%	53,9%	
Otros	1	1,0%	54,9%	
Síndrome Mallory Weiss	6	5,9%	60,8%	
Úlcera Duodenal	15	14,7%	75,5%	
Úlcera Gástrica	19	18,6%	94,1%	
Úlceras de estrés	2	2,0%	96,1%	
Varices esofágicas	4	3,9%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

Tabla reporte patologico

Reporte Patológico	Frequency	Percent	Cum Percent	
Erosión mucosa únicamente	40	39,2%	39,2%	
helicobacter Pylori	36	35,3%	74,5%	
No Reporte	26	25,5%	100,0%	

Total	102	100,0%	100,0%	
--------------	-----	--------	--------	---

95% Conf Limits

<i>Erosión únicamente</i>	<i>mucosa</i>	29,7%	49,4%
<i>helicobacter Pylori</i>		26,1%	45,4%
<i>No Reporte</i>		17,4%	35,1%

Tabla uso AINES




Uso AINES	Frequency	Percent	Cum Percent	
NO	52	51,0%	51,0%	
SI	50	49,0%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

TABLA CLASIFICACION ROCKALL

















Clasificación Rockall	Frequency	Percent	Cum Percent	
0	5	4,9%	4,9%	
1	26	25,5%	30,4%	
2	5	4,9%	35,3%	
3	16	15,7%	51,0%	
4	10	9,8%	60,8%	
5	7	6,9%	67,6%	
6	12	11,8%	79,4%	
7	6	5,9%	85,3%	
8	12	11,8%	97,1%	
9	2	2,0%	99,0%	
10	1	1,0%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

Tabla severidad

Severidad	Frequency	Percent	Cum Percent	
-----------	-----------	---------	-------------	--

Bajo	31	30,4%	30,4%	
intermedio	31	30,4%	60,8%	
alto	40	39,2%	100,0%	
Total	102	100,0%	100,0%	

95% Conf Limits

leve 21,7% 40,3%

moderada 21,7% 40,3%

severa 29,7% 49,4%

Tabla etiologia vs clasificacion ROCKALL

CLASIFICACIÓN ROCKALL												
Diagnostico Endoscópico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Duodenitis	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5
Row %	0.0	60.0	0.0	20.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %	0.0	11.5	0.0	6.3	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.9
Esofagitis	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	4
Row %	0.0	25.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	100.0
Col %	0.0	3.8	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	3.9
Gastritis Erosiva Cronica	0	11	4	7	3	2	3	0	2	0	0	32
Row %	0.0	34.4	12.5	21.9	9.4	6.3	9.4	0.0	6.3	0.0	0.0	100.0
Col %	0.0	42.3	80.0	43.8	30.0	28.6	25.0	0.0	16.7	0.0	0.0	31.4
Malformaciones Vasculares	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Row %	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %	0.0	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Neoplasias	0	0	0	0	0	3	3	1	2	0	1	10
Row %	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	30.0	30.0	10.0	20.0	0.0	10.0	100.0
Col %	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	42.9	25.0	16.7	16.7	0.0	100.0	9.8
No especificado (EVDA normal)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Row %	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Otros	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Row %	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
Sd Mallory Weiss	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Row %	50.0	33.3	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %	60.0	7.7	0.0	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9
Ulcera Duodenal	0	4	0	3	2	1	0	0	4	1	0	15
Row %	0.0	26.7	0.0	20.0	13.3	6.7	0.0	0.0	26.7	6.7	0.0	100.0
Col %	0.0	15.4	0.0	18.8	20.0	14.3	0.0	0.0	33.3	50.0	0.0	14.7

Úlcera	Gástrica	0	4	1	3	1	1	3	2	3	1	0	19
Row	%	0.0	21.1	5.3	15.8	5.3	5.3	15.8	10.5	15.8	5.3	0.0	100.0
Col %		0.0	15.4	20.0	18.8	10.0	14.3	25.0	33.3	25.0	50.0	0.0	18.6
Úlceras	de	estrés	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Row	%		0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %			0.0	0.0	0.0	6.3	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Varices	esofágicas	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	4
Row	%		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	75.0	0.0	0.0	100.0
Col %			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	50.0	0.0	0.0	3.9
TOTAL		5	26	5	16	10	7	12	6	12	2	1	102
Row	%	4.9	25.5	4.9	15.7	9.8	6.9	11.8	5.9	11.8	2.0	1.0	100.0
Col %		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Chi cuadrado 186.32

P: 0.00001

Tabla etiología vs clasificación FORREST

CLASIFICACION FORREST							
Diagnostico Endoscópico	la	lb	Ila	Ilb	Ilc	III	TOTAL
Duodenitis	0	0	0	0	0	5	5
Row	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.2
Esofagitis	0	1	0	0	1	2	4
Row	%	0.0	25.0	0.0	0.0	25.0	50.0
Col %		0.0	14.3	0.0	0.0	6.7	4.1
Gastritis Erosiva Crónica	0	2	3	3	6	18	32
Row	%	0.0	6.3	9.4	9.4	18.8	56.3
Col %		0.0	28.6	23.1	23.1	40.0	36.7
Malformaciones Vasculares	0	0	0	0	0	2	2
Row	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1
Neoplasias	1	1	1	1	2	4	10
Row	%	10.0	10.0	10.0	10.0	20.0	40.0
Col %		20.0	14.3	7.7	7.7	13.3	8.2
No especificado (EVDA normal)	0	0	0	0	0	2	2
Row	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1
Otros	0	0	0	1	0	0	1
Row	%	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Col %		0.0	0.0	0.0	7.7	0.0	1.0
Sd Mallory Weiss	0	0	0	0	0	6	6
Row	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.2
Úlcera Duodenal	2	1	5	2	2	3	15
Row	%	13.3	6.7	33.3	13.3	13.3	20.0
Col %		40.0	14.3	38.5	15.4	13.3	6.1

Úlcera	Gástrica	1	2	1	4	4	7	19
Row	%	5.3	10.5	5.3	21.1	21.1	36.8	100.0
Col %		20.0	28.6	7.7	30.8	26.7	14.3	18.6
Úlceras	de	estrés	0	0	0	2	0	2
Row	%	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
Col %		0.0	0.0	0.0	15.4	0.0	0.0	2.0
Varices	esofágicas	1	0	3	0	0	0	4
Row	%	25.0	0.0	75.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Col %		20.0	0.0	23.1	0.0	0.0	0.0	3.9
TOTAL		5	7	13	13	15	49	102
Row	%	4.9	6.9	12.7	12.7	14.7	48.0	100.0
Col %		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Chi cuadrado 75.91

P: 0.032

TABLA ETIOLOGIA VS SEVERIDAD

SEVERIDAD					
Diagnostico Endoscópico	leve	moderada	severa	TOTAL	
Duodenitis	3	2	0	5	
Row	%	60.0	40.0	0.0	100.0
Col %		9.7	6.5	0.0	4.9
Esofagitis	1	2	1	4	
Row	%	25.0	50.0	25.0	100.0
Col %		3.2	6.5	2.5	3.9
Gastritis Erosiva Crónica	11	14	7	32	
Row	%	34.4	43.8	21.9	100.0
Col %		35.5	45.2	17.5	31.4
Malformaciones Vasculares	1	0	1	2	
Row	%	50.0	0.0	50.0	100.0
Col %		3.2	0.0	2.5	2.0
Neoplasias	0	0	10	10	
Row	%	0.0	0.0	100.0	100.0
Col %		0.0	0.0	25.0	9.8
No especificado (EVDA normal)	2	0	0	2	
Row	%	100.0	0.0	0.0	100.0
Col %		6.5	0.0	0.0	2.0
Otros	0	0	1	1	
Row	%	0.0	0.0	100.0	100.0
Col %		0.0	0.0	2.5	1.0
Sd Mallory Weiss	5	1	0	6	
Row	%	83.3	16.7	0.0	100.0
Col %		16.1	3.2	0.0	5.9
Úlcera Duodenal	4	5	6	15	
Row	%	26.7	33.3	40.0	100.0
Col %		12.9	16.1	15.0	14.7

Úlcera	Gástrica	4	5	10	19	
Row	%	21.1	26.3	52.6	100.0	
Col %		12.9	16.1	25.0	18.6	
Úlceras	de	estrés	0	2	0	2
Row	%	0.0	100.0	0.0	100.0	
Col %		0.0	6.5	0.0	2.0	
Varices	esofágicas	0	0	4	4	
Row	%	0.0	0.0	100.0	100.0	
Col %		0.0	0.0	10.0	3.9	
TOTAL		31	31	40	102	
Row	%	30.4	30.4	39.2	100.0	
Col %		100.0	100.0	100.0	100.0	

Chi cuadrado 52.02

P: 0.0003

TABLA ETIOLOGIA VS AINES

USO AINES			
Diagnostico Endoscópico	NO	SI	TOTAL
Duodenitis	0	5	5
Row	%	0.0	100.0
Col %		0.0	10.0
Esofagitis	4	0	4
Row	%	100.0	0.0
Col %		7.7	0.0
Gastritis Erosiva Crónica	2	30	32
Row	%	6.3	93.8
Col %		3.8	60.0
Malformaciones Vasculares	2	0	2
Row	%	100.0	0.0
Col %		3.8	0.0
Neoplasias	6	4	10
Row	%	60.0	40.0
Col %		11.5	8.0
No especificado (EVDA normal)	2	0	2
Row	%	100.0	0.0
Col %		3.8	0.0
Otros	1	0	1
Row	%	100.0	0.0
Col %		1.9	0.0
Sd Mallory Weiss	6	0	6
Row	%	100.0	0.0
Col %		11.5	0.0

Úlcera Duodenal	9	6	15
Row %	60.0	40.0	100.0
Col %	17.3	12.0	14.7
Úlcera Gástrica	14	5	19
Row %	73.7	26.3	100.0
Col %	26.9	10.0	18.6
Úlceras de estrés	2	0	2
Row %	100.0	0.0	100.0
Col %	3.8	0.0	2.0
Varices esofágicas	4	0	4
Row %	100.0	0.0	100.0
Col %	7.7	0.0	3.9
TOTAL	52	50	102
Row %	51.0	49.0	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0

Chi cuadrado 55.74

P: 0.00001

Tabla reporte patología y etiología

Reporte Patológico	Duodenitis	Esofagitis	Gastritis Erosiva Crónica	Malformaciones Vasculares	Neoplasias	especificado (EVDA)	Otros	Sd Mallory Weiss	Úlcera Duodenal	Úlcera Gástrica	Úlceras de estrés	Varices esofágicas	TOTAL
Erosión mucosa únicamente	5	4	27	0	0	0	0	1	1	1	1	0	40
Row %	12,5	10	67,5	0	0	0	0	2,5	2,5	2,5	2,5	0	100
Col %	100	100	84,4	0	0	0	0	16,7	6,7	5,3	50	0	39,2
Helicobacter Pylori	0	0	5	0	0	0	0	0	13	18	0	0	36
Row %	0	0	13,9	0	0	0	0	0	36,1	50	0	0	100
Col %	0	0	15,6	0	0	0	0	0	86,7	94,7	0	0	35,3
No Reporte	0	0	0	2	10	2	1	5	1	0	1	4	26
Row %	0	0	0	7,7	38,5	7,7	3,8	19,2	3,8	0	3,8	15,4	100
Col %	0	0	0	100	100	100	100	83,3	6,7	0	50	100	25,5
TOTAL	5	4	32	2	10	2	1	6	15	19	2	4	102
Row %	4,9	3,9	31,4	2	9,8	2	1	5,9	14,7	18,6	2	3,9	100
Col %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Chi-squared

Probability

156,6056

0,0002

TABLA REPORTE PATOLOGIA Y USO DE AINES

USO AINES			
Reporte Patológico	NO	SI	TOTAL
Erosión de la mucosa	7	33	40
Row %	17,5	82,5	100,0
Col %	13,5	66,0	39,2
Helicobacter Pylori	23	13	36
Row %	63,9	36,1	100,0
Col %	44,2	26,0	35,3
No Reporte	22	4	26
Row %	84,6	15,4	100,0
Col %	42,3	8,0	25,5
TOTAL	52	50	102
Row %	51,0	49,0	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

Chi-squared Probability

32,1124 0,0001

TABLA REPORTE PATOLOGIA Y CLASIFICACION FORREST

Reporte Patológico	Ia	Ib	Ila	Ilb	Ilc	III	TOTAL
Erosión mucosa únicamente	0	2	2	5	8	23	40
Row %	0	5	5	12,5	20	57,5	100
Col %	0	28,6	15,4	38,5	53,3	46,9	39,2
Helicobacter Pylori	3	4	7	5	5	12	36
Row %	8,3	11,1	19,4	13,9	13,9	33,3	100
Col %	60	57,1	53,8	38,5	33,3	24,5	35,3
No Reporte	2	1	4	3	2	14	26
Row %	7,7	3,8	15,4	11,5	7,7	53,8	100
Col %	40	14,3	30,8	23,1	13,3	28,6	25,5
TOTAL	5	7	13	13	15	49	102
Row %	4,9	6,9	12,7	12,7	14,7	48	100

Col %	100	100	100	100	100	100	100	100
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Chi-squared **Probability**
12,2901 0,2661

TABLA REPORTE DE PATOLOGIA Y ESTRATIFICACION ROCKALL

Reporte Patológico	O	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	TOTAL
Erosión únicamente mucosa	0	15	4	9	5	2	3	0	2	0	0	40
Row %	0	37,5	10	22,5	12,5	5	7,5	0	5	0	0	100
Col %	0	57,7	80	56,3	50	28,6	25	0	16,7	0	0	39,2
Helicobacter Pylori	0	7	1	7	4	2	3	2	8	2	0	36
Row %	0	19,4	2,8	19,4	11,1	5,6	8,3	5,6	22,2	5,6	0	100
Col %	0	26,9	20	43,8	40	28,6	25	33,3	66,7	100	0	35,3
No Reporte	5	4	0	0	1	3	6	4	2	0	1	26
Row %	19,2	15,4	0	0	3,8	11,5	23,1	15,4	7,7	0	3,8	100
Col %	100	15,4	0	0	10	42,9	50	66,7	16,7	0	100	25,5
TOTAL	5	26	5	16	10	7	12	6	12	2	1	102
Row %	4,9	25,5	4,9	15,7	9,8	6,9	11,8	5,9	11,8	2	1	100
Col %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Chi-squared **Probability**
52,1863 0,0001

TABLA MOTIVO DE CONSULTA VS SEVERIDAD

SEVERIDAD					
Motivo de consulta		leve	moderada	severa	TOTAL
cáncer		0	0	1	1
Row	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Col %		0,0	0,0	2,5	1,0
diarrea		0	0	1	1
Row	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Col %		0,0	0,0	2,5	1,0
epigastralgia		10	15	8	33
Row	%	30,3	45,5	24,2	100,0

Col %	32,3	48,4	20,0	32,4
epigastralgia y melenas	2	0	0	2
Row %	100,0	0,0	0,0	100,0
Col %	6,5	0,0	0,0	2,0
hematemesis	6	5	10	21
Row %	28,6	23,8	47,6	100,0
Col %	19,4	16,1	25,0	20,6
hematemesis y lipotimia	0	1	1	2
Row %	0,0	50,0	50,0	100,0
Col %	0,0	3,2	2,5	2,0
hematemesis y melenas	2	1	5	8
Row %	25,0	12,5	62,5	100,0
Col %	6,5	3,2	12,5	7,8
hematoquezia	3	2	5	10
Row %	30,0	20,0	50,0	100,0
Col %	9,7	6,5	12,5	9,8
hematoquezia y epigastralgia	0	2	0	2
Row %	0,0	100,0	0,0	100,0
Col %	0,0	6,5	0,0	2,0
lipotimia	0	1	0	1
Row %	0,0	100,0	0,0	100,0
Col %	0,0	3,2	0,0	1,0
melenas	8	4	9	21
Row %	38,1	19,0	42,9	100,0
Col %	25,8	12,9	22,5	20,6
TOTAL	31	31	40	102
Row %	30,4	30,4	39,2	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi Squared Probability
24.5703 0.2184

TABLA PRESENCIA DE SANGRADO GASTROINTESTINAL

SI	NO
13	44

FRECUENCIA DE SANGRADO

UNA OCASIÓN	DOS OCASIONES
9	4

TABLA TRATAMIENTO INSTAURADO A LOS PACIENTES

TIPO DE TRATAMIENTO	NUMERO DE PACIENTES
OMEPRAZOL	30
RANITIDINA	3
AMOXICILINA, OMEPRAZOL, CLARITROMICINA	13
NINGUN TIPO DE TTO	2
NO RECUERDA	9

TABLA COMPLICACIONES PRESENTADAS POSTERIOR AL SANGRADO

COMPLICACIONES	NUMERO DE PACIENTES
RESANGRADO	24
CANCER GASTRICO	4
HIPOENSION, DESMAYO	7
NINGUNA	22

TABLA TIEMPO QUE DEMORO EN REINCORPORARSE A LAS ACTIVIDADES

UNA SEMANA	DOS SEMANAS	UN MES	MAS DE UN MES
45	8	2	2

TABLA PACIENTES RECIBIENDO TRATAMIENTO EN LA ACTUALIDAD

RECIBE TRATAMIENTO EN LA ACTUALIDAD	NUMERO DE PACIENTES
SI	35
NO	22