

P. 1340
11/11/15

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA

**FRECUENCIA DE RESANGRADO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA. ESTADO MERIDA.
VENEZUELA. EN EL PERIODO COMPRENDIDO
ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.**

AUTOR: Dr. Marvin Yoseph Anteliz Bayona

TUTOR: Dr. Iván Rivas

ASESOR: Dra. Mariflor Vera

MÉRIDA, VENEZUELA, 2010.

C.C.Reconocimiento

**FRECUENCIA DE RESANGRADO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA. ESTADO MERIDA.
VENEZUELA. EN EL PERIODO COMPRENDIDO
ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MEDICO CIRUJANO
DR. MARVIN YOSEPH ANTELIZ BAYONA, C.E 88.283.575, ANTE EL
CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA
OBTENCIÓN DEL GRADO DE MEDICO INTERNISTA.**

C.C.Reconocimiento

AUTOR: Dr. Dr. Marvin Yoseph Anteliz Bayona
Médico Cirujano. Residente del Postgrado de Medicina Interna.
ULA - Mérida, Venezuela.

TUTOR: Dr. Iván Rivas
Profesor asistente de la facultad de Medicina Interna de la Universidad de los Andes.
Especialista en Medicina Interna y Gastroenterología.
Médico adjunto a la unidad de Medicina Interna del I.A.H.U.L.A.

ASESOR METODOLOGICO: Dra. Mariflor Vera
Especialista en Medicina Interna.
ULA - Mérida, Venezuela.

C.C.Reconocimiento

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO, a ti Padre eterno y misericordioso te dedico este logro, Tú que iluminas cada día de nuestra existencia. Tú mi Señor y redentor, recibe de mi todo el agradecimiento por tu amor y tú bondad, gracias por mi vida y la de mi familia.

A mi hija, María José, quien es la artífice de mi vida, mi muñeca, el mejor motivo para levantarse cada dia y seguir adelante, para ti este título amada hija, porque te esperé desde hace mucho tiempo y llegaste a iluminar nuestros días.

A Tatiana Pino Cadena, mi hermosa y amada esposa, compañera de ilusiones, quien es la cómplice de este sueño, quien con su ayuda y sus sabios consejos me fortaleció en los momentos más duros que tuve que soportar y hemos compartido esta aventura juntos desde el momento en que te conocí, ser una familia.

A mis padres, José Trinidad Anteliz Anteliz y Zoraida Bayona de Anteliz, quienes fueron desde el dia que nací mis protectores, guías y maestros, y me dieron las herramientas para alcanzar este sueño. Gracias papas por su amor y por sus consejos en momentos difíciles.

A mis hermanos, Winston, Robin, Melwin, Leidon, Walton, Progne y Olsen, con quienes compartí mis primeros años de vida, aprendimos de nuestros padres lo que hoy somos y quienes con sus consejos, sirvieron de soporte en este duro camino.

A cada uno de mis sobrinos, primos, tíos, cuñadas(o), ahijadas(o), y mis suegros, a quienes dedico también este logro.

A mi querida abuela María, quien partió a la presencia de DIOS y desde allí cuida cada día de nosotros.

Gracias,

Marvin Yoseph Anteliz Bayona

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Cristina Álvarez, por creer y confiar en mí, por darme su mano en un momento tan decisivo en mi vida, y por sus enseñanzas, las cuales son fundamento importante en la formación como internista.

Al Dr. Iván Rivas, quien más que un coordinador, fue un amigo quien supo ser guía en este camino tan duro, que es un postgrado. Gracias Dr. Iván, porque su ayuda en los momentos más difíciles de mi carrera permitieron que terminara con satisfacción esta meta.

Al Dr. Caltagirone, a la Dra. Magaly, al Dr. Angulo, quienes mostraron que por encima de ser profesores, fueron amigos sinceros.

A la Ilustre Casa de la Universidad de los Andes por permitirme la realización de este postgrado, con el que culmina un gran sueño de mi vida.

A todo el personal Académico, Técnico, Empleados y Servicio del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes por apoyo durante mi estadía en el mismo.

A todos los Profesores de Postgrado de Medicina Interna por todas las enseñanzas recibidas y sus secretos de la práctica que guiaron mi formación sin egoísmo alguno y con agrado.

A Todos mis Compañeros del Postgrado de todos los años y carreras, con quienes compartí momentos de alegría y tristeza.

Al personal de historias médicas, por su gentil ayuda en la consecución de las historias que facilitaron esta tesis.

A los pacientes que hicieron parte de este trabajo de investigación.

Índice de contenido

	pág.
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
LISTA DE TABLAS.....	10
LISTA DE GRÁFICOS.....	11
ABREVIATURAS.....	12
CAPITULO I	
INTRODUCCION.....	15
JUSTIFICACION.....	18
CAPÍTULO II	
ANTECEDENTES.....	19
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS.....	22
MARCO TEORICO.....	23
CAPITULO III	
MARCO METODOLÓGICO.....	30
Diseño del Estudio	30
Población.....	30
Muestra.....	30
Criterios de Inclusión/Exclusión.....	30
Instrumento.....	30
Recolección de datos.....	31
Instituciones que apoyan el estudio.....	31
SISTEMA DE VARIABLES.....	32
ANALISIS DE RESULTADOS.....	33

CAPITULO IV	
RESULTADOS.....	34
CAPITULO V	
DISCUSION.....	57
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	70

RESUMEN

AUTOR: Dr. Dr. Marvin Yoseph Anteliz Bayona

TUTOR: Dr. Iván Rivas

FECHA: SEPTIEMBRE DE 2010

La hemorragia digestiva alta no varicial es una entidad que se observa frecuentemente en los servicios de emergencias. En el presente estudio, se buscó determinar la frecuencia de resangrado digestivo alto no varicial y las condiciones predisponentes. Metodología: Estudio observacional, retrospectivo, de tipo descriptivo. Población: 400 historias clínicas de pacientes ingresados en la emergencia del Hospital Universitario de los Andes de Mérida, estado Mérida, Venezuela con sangrado digestivo alto no varicial entre enero del 2005 y diciembre del 2009. Resultados: 31 historias clínicas cumplieron los criterios de ingresos, 77,4% de los casos fueron del sexo masculino, con mayor resangrado en los grupos etarios por encima de la quinta década de la vida, con antecedentes de hipertensión, tabaquismo y consumo de aines, y aquellos que ingresaron con inestabilidad hemodinámica. La ulceración gástrica fue responsable de la mayor parte de los episodios de resangrado, y se encontró que las úlceras Forrest IIA fueron las más frecuentes. En cuanto al manejo terapéutico, los inhibidores de la bomba de protones fueron los medicamentos que más se utilizaron y en el manejo endoscópico, el método infiltrativo fue el más utilizado. Conclusiones: El resangrado digestivo alto es más visto en pacientes con hipertensión arterial, fumadores y consumidores crónicos de aines. El estado hemodinámico de ingreso y la clasificación Forrest inicial son elementos pronósticos para resangrado.

PALABRAS CLAVES: Resangrado no varicial, Forrest, inestabilidad hemodinámica.

ABSTRACT

AUTOR: Dr. Dr. Marvin Yoseph Anteliz Bayona

TUTOR: Dr. Iván Rivas

DATE: SEPTIEMBRE DE 2010

Upper gastrointestinal bleeding non varicial is an entity that is often seen in emergency services. In this study, we sought to determine the frequency of upper gastrointestinal rebleeding non varicial and the predisposing conditions. Methods: Observational study, retrospective, descriptive. Population: 400 medical records of patients admitted to the emergency Hospital Universitario de los Andes de Mérida, Mérida, Venezuela, with non varicial upper gastrointestinal bleeding between January 2005 and December 2009. Results: 31 medical records met the income criteria, 77,4% of case were male, with more rebleeding in age groups above the fifth decade of life, with a history of hypertension, smoking and consumption of NSAIDs, and those who were admitted with hemodynamic instability . Gastric ulcers were responsible for most episodes of rebleeding, and found Forrest IIA ulcers were the most frequent. As the therapeutic management inhibitors of proton pump were the most commonly used medications and the use of endoscopes, the infiltration method was used more. Conclusions: The upper gastrointestinal rebleeding is seen in patients with hypertension, smoking and chronic users of NSAIDs. The hemodynamic status of income and Forrest classification are elements initial forecast for rebleeding.

KEY WORDS: Rebleeding non varicial, Forrest, hemodynamic instability.

Lista de tablas

Tabla	pág.
1 – Antecedentes.....	19
2 – Valoración de las perdidas sanguíneas.....	31
3 – Clasificación de Forrest.....	34

Bdigital.ula.ve

Lista de gráficos

Grafico	pág.
1 – Distribución de historias clínicas en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	34
2 – Distribución de acuerdo al género en pacientes ingresado por resangrado digestivo superior no varicial en el I.A.H.U.L.A entre los años 2005 y 2009.....	35
3 – Frecuencia por grupo de edad en pacientes ingresados por resangrado digestivo superior no varicial en el I.A.H.U.L.A entre los años 2005 y 2009.....	36
4 – Antecedente de enfermedad ulcerosa en pacientes ingresados por resangrado digestivo superior no varicial en el I.A.H.U.L.A entre los años 2005 y 2009.....	37
5 – Antecedente de HDSNV en los 6 meses previos en pacientes ingresados por resangrado digestivo superior no varicial en el I.A.H.U.L.A entre los años 2005 y 2009.....	38
6 – Frecuencia de hipertensión arterial en pacientes ingresados por resangrado digestivo superior no varicial en el I.A.H.U.L.A entre los años 2005 y 2009.....	39
7 – Frecuencia de tabaquismo en pacientes ingresados por resangrado digestivo superior no varicial en el I.A.H.U.L.A entre los años 2005 y 2009.....	40
8- Frecuencia de consumo de alcohol en pacientes ingresados por resangrado digestivo superior no varicial en el I.A.H.U.L.A entre los años 2005 y 2009.....	41
9 - Frecuencia de consumo de AINES en pacientes ingresados por resangrado digestivo superior no varicial en el I.A.H.U.L.A entre los años 2005 y 2009.....	42

10 – Frecuencia de otras condiciones predisponentes en pacientes ingresados por resangrado digestivo superior no varicial en el I.A.H.U.L.A entre los años 2005 y 2009	43
11 – Presencia de inestabilidad hemodinámica en la valoración inicial en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	44
12 – Tiempo de realización de la primera endoscopia en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	45
13 – Hallazgos endoscópicos iniciales en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo no superior entre los años 2005 y 2009.....	46
14 – Clasificación de Forrest de la lesión ulcerosa en la endoscopia inicial en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	47
15 – Días de presentación del episodio de resangrado en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	48
16 – Criterios clínicos de resangrado en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo no superior entre los años 2005 y 2009.....	49
17 – Descenso de la hemoglobina en el episodio de resangrado en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	50

18 – Hallazgos endoscópicos en el episodio de resangrado en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo alto no varicial entre los años 2005 y 2009.....	51
19 – Clasificación de Forrest según los hallazgos endoscópicos en el episodio de resangrado en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	52
20 – Manejo médico del episodio de resangrado en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	53
21 – Manejo endoscópico del episodio de resangrado en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	54
22 – Necesidad de transfusión sanguínea en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	55
23 – Resolución del episodio de resangrado en pacientes ingresados en el I.A.H.U.L.A por resangrado digestivo superior no varicial entre los años 2005 y 2009.....	56

Abreviaturas

- 1- I.A.H.U.LA: Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.
- 2- H.D.S: Hemorragia digestiva superior.
- 3- H.D.S.N.V: Hemorragia digestiva superior no varicial.
- 4- AINES: Anti inflamatorios no esteroideos.

Bdigital.ulc.ve

Capítulo I

Introducción

La hemorragia digestiva superior (HDS) es una de las emergencias médicas más frecuentes.

En España, la tasa anual de ingresos por causa de esta enfermedad es de 65 a 83 pacientes por 100.000 habitantes/año¹. En Venezuela se ha estimado entre 50 a 100 pacientes por 100.000 habitantes/año¹, según los datos obtenidos por investigadores del Hospital Vargas de Caracas. En Estados Unidos, ocasiona unas 300.000 hospitalizaciones por año, con una mortalidad entre el 5 y el 10%².

La hemorragia digestiva superior se define como el sangrado que se origina proximal o por encima del ligamento de Treitz, a diferencia del sangrado digestivo inferior que se origina a partir de este sitio anatómico². Su forma de presentación clínica más frecuente es la hematemesis, que puede acompañarse de melena; la presencia de sangramiento rojo vinoso (hematoquexia) es menos frecuente. En los episodios en los cuales se presenta melenas sin hematemesis, se debe sospechar la presencia de sangrado distal al píloro, por lo que en estos pacientes, la hematemesis puede estar ausente².

La mortalidad estimada para la hemorragia no varicial está alrededor de 10 % y puede elevarse a 35 % en pacientes hospitalizados con otras patologías¹.

El mejor conocimiento de los factores pronósticos y el desarrollo de la endoscopia terapéutica, se ha traducido en un descenso en los casos de resangramento, uno de los principales determinantes en la mortalidad de estos pacientes³.

El resangrado es quizá uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta al momento de evaluar un paciente que consulta con HDS. La identificación temprana de la lesión y la clasificación endoscópica que se realiza de la misma, permite predecir la probabilidad que se presente un episodio resangrado. Sin embargo, es importante definir el estado hemodinámico del paciente en el momento de la presentación del nuevo episodio de sangrado. Establecer que el paciente presenta inestabilidad hemodinámica, indica que el cuadro de HDS es severo². En esta situación, se debe garantizar la expansión con líquidos y hemoderivados que garantice la estabilidad hemodinámica del paciente, y se debe practicar una endoscopia digestiva superior con el objetivo de limitar el foco sangrante³. Si después de practicar estas medidas, el paciente persiste con sangrado e inestable hemodinámicamente, es necesario llevar a mesa operatoria para el control del sangrado digestivo por medios quirúrgicos⁴.

La endoscopia permite realizar el diagnóstico etiológico en más del 90% de los casos, identificar los pacientes con mayor riesgo de resangrado y aplicar terapia endoscópica en estos, así como también identificar pacientes de bajo riesgo de resangrado, en los se evitarían hospitalizaciones y medidas terapéuticas innecesarias⁴.

Identificar el sitio de sangrado y definir el mismo según la clasificación de Forrest, establecerá la probabilidad de que se presente un episodio de resangrado. Se correlaciona cada nivel de clasificación con una probabilidad de resangrado⁴.

La terapia hemostática brindada por la endoscopia terapéutica es el tratamiento de elección en pacientes con sangrado por ulceras pépticas de alto riesgo, en los que ha demostrado reducir el resangrado y mejorar la sobrevida en estos pacientes².

La hemostasia inicial puede ser alcanzada en el 90% de los pacientes, aunque el 20% de los casos experimentaran un cuadro de resangrado de importancia clínica.

Los predictores pre-endoscópicos más importantes para resangrado son la inestabilidad hemodinámica al ingreso y la presencia de comorbilidades².

Dentro de los predictores endoscópicos para resangrado se encuentran la presencia de sangrado activo en el momento de realizar la endoscopia, gran tamaño de la ulceración, localización de la ulceración en la curvatura menor del estómago y ulceración ubicada en la pared posterior del duodeno.

La hemorragia digestiva recurrente, definida como el episodio de resangrado que se presenta posterior a la realización de una endoscopia hemostática, es probablemente el predictor más importante de muerte en paciente con sangrado digestivo alto no varicial², acompañado de otros factores como la necesidad de transfusión, necesidad de cirugía de urgencia para el control del sangrado y el aumento en los días de hospitalización².

Identificar los pacientes con alta probabilidad de resangrado, es un componente fundamental en el manejo de la HVDSNV, optimizando el abordaje que se realiza en este tipo de pacientes².

Justificación

La hemorragia gastrointestinal alta representa un importante problema médico, que implica una elevada morbi-mortalidad en la población afectada. Identificar los factores de riesgo para que un paciente tenga un episodio de resangrado digestivo, permite optimizar el manejo inicial de un paciente que consulta con hemorragia digestiva alta. La endoscopia digestiva, es quizás el instrumento de más utilidad en el abordaje de esta patología en particular, ya que es diagnóstica y terapéutica, no dejando de lado, que permite de manera adicional brindar pronóstico, ofreciendo de acuerdo a los hallazgos endoscópicos, la probabilidad de que se presente resangrado. Y este aspecto en particular es el que se debe centrar la atención en el manejo de la hemorragia digestiva alta. Por lo tanto, la realización de estudios como este, permitirá definir cuáles fueron los factores de riesgo que facilitaron el episodio de resangrado y determinar cómo es el manejo de esta patología en nuestra emergencia.

Capítulo II

Antecedentes

Los estudios clínicos de pacientes con episodios de resangrado, se han orientado a identificar los factores de riesgo que favorecieron su presentación. A continuación se presentan los estudios más relevantes en cuanto a resangrado digestivo superior, que brindarán una visión más amplia acerca de esta patología, su diagnóstico y tratamiento.

TABLA 1. ANTECEDENTES.

AUTOR-AÑO TITULO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	CONCLUSION
Fein F, Et al, 2009. El pronóstico de pacientes quienes reciben terapia optima para sangrado gastrointestinal superior no varicial puede ser peor en la práctica diaria que en los estudios clínicos ⁵ .	Retrospectivo, desde el año 2003 al 2007.	140 pacientes, quienes consultaron con sangrado por úlceras benignas y con estigmas de sangrado reciente. El estudio evaluó el factor predictivo de resangrado y muerte en pacientes no seleccionados para estudios clínicos.	Entre los 140 incluidos pacientes, 45 (32%) resangraron y 30(%) de estos pacientes recibieron otra endoscopia hemostática, la cual fue efectiva en 20 casos. El factor más determinante en resangrado es la localización duodenal de la ulcerá. 27 pacientes (19%), fallecieron, siendo la falta del control del resangrado la causa más común. En pacientes no seleccionados, la mortalidad es más alta que la observada en estudios clínicos randomizados.

Rodríguez H, Et al Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009 ⁶ .	Estudio transversal comparativo.	345 pacientes con edades comprendidas entre 20 y 60 años, dividido en 2 grupos: el primer grupo con HDSNV y el otro grupo, el control sin episodio de HDSNV.	En pacientes con úlcera péptica, menores de 60 años, los antecedentes de hemorragia digestiva (43%), consumo de alcohol(31%) y tabaquismo(45%), se asocian a hemorragia digestiva alta. La hipertensión arterial(13%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica(18%) se asocian a mayor mortalidad.
Bajaj JS, Et al. Estudio prospectivo randomizado, comparando el efecto del pantoprazol oral versus intravenoso. 2007 ⁷ .	Estudio de tipo experimental.	25 pacientes divididos en 2 grupos: pantoprazol oral 80 mg BID por 3 días seguido de 40 mg BID vía oral por 30 días versus pantoprazol endovenoso 8 mg/h por 3 días seguido de 30 mg BID por vía oral por 30 días.	A los pacientes se les practico endoscopia antes de las 24 horas de ingreso. Dos pacientes del régimen endovenoso resangraron. Ningún paciente del régimen oral resangró ni tuvo compromiso del algún órgano. Se concluye que el régimen oral es seguro.
Rojas B, Et al. Hemorragia digestiva superior en el Hospital Vargas de Caracas 2007 ¹ .	Estudio descriptivo entre los años 2003 al 2007.	832 pacientes evaluados con hemorragia digestiva superior.	La ulcerá gástrica representó el 56.40% de todos los casos (229 pacientes). El 5.16% (43pacientes) presentó resangrado con Forrest I y de estos 3 pacientes fueron operados por resangrado.

Targownik LE, Et al. El rol de la endoscopia rápida para pacientes de alto riesgo con sangrado gastrointestinal superior no varicial. 2007 ⁸ .	Retrospectivo entre los años 1999 y 2004.	169 pacientes divididos en 2 grupos: un grupo (77 pacientes) con endoscopia antes de las 6 horas (endoscopia rápida) y otro grupo (92 pacientes) entre las 6 y 24 horas de ingreso (endos- copia temprana). Se evaluó resan- grado, cirugía para el control del san- grado, mortalidad hospitalaria o rein- greso antes de 30 días.	No se encontró diferencia alguna en cuanto a la presentación del resangrado, necesidad de cirugía para el control del resangrado, mortalidad hospitalaria entre prac- ticar la endoscopia antes de las 6 horas y entre las 6 y las 24 horas.
Trevisani L Et al. Tratamiento endos- copico de la hemorragia gas- trointestinal superior no vari- cial 2002 ⁹ .	Retrospectivo	66 hombres y 45 mujeres, que consultaron con HDSNV y se les practico endosco- pia digestiva.	38% de los pacientes presentan sangrado activo y 54% reciente. En el 89% de los casos la ulceración péptica fue más común. 34% de los pacientes resangraron, de los cuales hubo predominio en el sexo femenino ($p<0,05$), en quienes se demoró más de 24 horas la realización de la endoscopia ($p<0,01$) y con patología no ulcerosa ($p<0,05$). 7 pacientes fueron lle- vados a cirugía.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la frecuencia de resangrado en pacientes con hemorragia digestiva superior no varicial en pacientes que asistieron al Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes de Mérida, Mérida, Venezuela, entre enero del 2005 y diciembre del 2009.

Objetivos específicos

- 1- Describir la frecuencia de resangrado digestivo superior según genero, edad, condición predisponente.
- 2- Describir la frecuencia del consumo de AINES u otro medicamento como causa primordial del episodio de sangrado digestivo alto.
- 3- Determinar la presencia de inestabilidad hemodinámica al momento del ingreso del paciente.
- 4- Determinar el tiempo entre la llegada del paciente a la emergencia y la realización de la endoscopia digestiva superior y describir los hallazgos endoscópicos al ingreso del paciente con resangrado.
- 5- Describir la frecuencia de las lesiones según los hallazgos de la endoscopia inicial.
- 6- Determinar cuántos días después de la primera endoscopia se presento el episodio de resangrado.
- 7- Describir los hallazgos endoscópicos en el episodio de resangrado y determinar la clasificación de Forrest.
- 8- Describir el tratamiento utilizado en el paciente con resangrado digestivo superior no varicial.

Marco teórico

Definición y fisiopatología del resangrado digestivo alto

Se define como resangrado digestivo alto no varicial, a la presencia de un nuevo episodio de hematemesis y/o melenas, o hematoquexia, en un paciente que consulto por hemorragia digestiva alta, y cuyo origen no esté relacionado con varices esofágicas por hepatopatía y que esté asociado con el desarrollo de shock (pulso > 100, presión sistólica<100 mmHg), disminución en el valor de la presión venosa central (PVC) superior a los 6 cm H₂O sobre una medida previa normal, ó una reducción en la concentración de la hemoglobina >2 gr/dl en 24 horas y la cual debe ser confirmada por una nueva endoscopia¹⁰.

Para entender la fisiopatología del resangrado digestivo alto, hay que tener en cuenta ciertas definiciones, que permitirá el manejo del tema de manera integral, tales como:

Hemorragia digestiva alta: Es todo el sangrado que se origina proximal al ángulo de Treitz.

Hematemesis: Vomito con sangre roja, fresca.

Melanemesis: También conocido como en borra de café. La hemoglobina se digiere con los ácidos y las enzimas a nivel del estomago y la primera parte del intestino con lo que se vuelve como borra de café

Melena: Es el paso de heces negras, como producto del metabolismo intestinal que sufre la hemoglobina. Puede persistir hasta 8 días luego de detenerse el sangrado de acuerdo al peristaltismo de cada paciente.

Hematoquexia: Deposiciones con sangre roja asociado a tránsito intestinal rápido: puede ser debido a sangrado gastrointestinal superior como en el gastrointestinal inferior. Cuando

se presenta acompañado de hematemesis, generalmente el sangrado es más severo que los que se presentan únicamente con melenas.

Factores de riesgo para resangrado digestivo alto no varicial.

Entre las enfermedades consideradas como factores de riesgo para que se presente resangrado digestivo alto no varicial, tenemos enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes Mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, enfermedades neurológicas, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, y colagenopatías⁶.

El riesgo de cada paciente en concreto, depende de la combinación de las diferentes variables con valor pronóstico. Es evidente que un individuo joven sin enfermedades asociadas y con una úlcera limpia tiene un pronóstico excelente con una probabilidad de resangrado o mortalidad muy bajas. Contrariamente, un paciente anciano con varias enfermedades asociadas y una lesión con estigmas de hemorragia reciente, tiene un riesgo muy elevado de resangrado y aumento de la mortalidad⁶.

De igual modo, los hábitos del paciente también son considerados como factores de riesgo, y de estos, el alcohol es quizá el más gastrolesivo, por su efecto directo sobre la mucosa. El tabaco es un agente que está implicado en la úlcera péptica ocasionando reflujo biliopancreático. El uso de aspirina y otros AINES causan también, ulceras gástricas y duodenales y aumentan la probabilidad de complicaciones como la hemorragia y el resangrado, en pacientes con enfermedad ulcerosa de base⁶. Las complicaciones pueden ocurrir desde el inicio del tratamiento, pero es más frecuente durante el primer mes. El uso de corticosteroides no incrementa el riesgo de desarrollar úlcera péptica o hemorragia, sin embargo, si se asocian con AINES este riesgo se incrementa diez veces. El tratamiento con

anticoagulantes tipo warfarina incrementa el riesgo de hemorragia en pacientes con úlcera péptica y puede ser una manifestación en caso de intoxicación por este medicamento¹¹.

Aunque hoy en día la endoscopia es el instrumento más útil para determinar la probabilidad de resangrado digestivo alto, el pronóstico de una hemorragia digestiva aguda no va a depender únicamente de los hallazgos endoscópicos. Para seleccionar pacientes de alto riesgo, hay que valorar una serie de datos clínicos, que se asocian a un aumento en la morbilidad y la mortalidad.

Los factores pronósticos que son considerados como de importancia clínica son los siguientes:

a-Clínicos

Está bien establecido, que la valoración hemodinámica de ingreso, es un determinante importante del desenlace clínico que el paciente presente. Los predictores clínicos de alto riesgo de resangrado incluyen edad mayor a 65 años, comorbilidades, ulceras mayor a 1 cm, sangrado visible en la endoscopia digestiva superior, shock, requerimientos transfusionales, hematemesis, melenas y/o hematoquexia, hospitalización, sepsis y deterioro de la función renal con uremia¹².

El examen físico, especialmente los parámetros hemodinámicos permiten estimar la pérdida sanguínea. El hallazgo de hipotensión ortostática, infiere una perdida entre el 10 y 20% de la volemia. La hipotensión sugiere una pérdida hemática mayor al 20 % de la volemia. A continuación se expondrá en una tabla los hallazgos con más relevancia en la valoración clínica de ingreso de un paciente con hemorragia digestiva alta no varicial.

TABLA 2. VALORACION DE LAS PERDIDAS SANGUINEAS.

Variable	Leve	Moderada	Severa	Masiva
TAS (mmHg)	Normal	110-120	70-90	<70
FC	<90	90-110	110-140	>140
PVC (cmH ₂ O)	12-15	10-12	5-10	<5
RITMO DIURETICO	Normal	Disminuido	Oliguria	Anuria
ESTADO DE CONCIENCIA	Normal	Ansiedad	Confusión	Estupor
% DE SANGRADO	<15%	15-30%	30-40%	>40%
ML	<750	800-1500	1500-2000	2000

Laine et al ¹³.

Por lo tanto, aquellos pacientes que presenten un sangrado considerado como severo o masivo, presentaran lesiones significativamente más importantes, con hallazgos endoscópicos que revelan en la mayor parte de los casos, sangrados activos, que llevaron a que el paciente ingrese inestable hemodinámicamente. En este grupo de pacientes, es donde también se observa la mayor tasa de resangrado y una mortalidad más elevada ¹⁴.

b-Laboratorio

Después de realizar una adecuada valoración clínica, los estudios de laboratorio permitirán correlacionar los hallazgos al examen físico con la pérdida aproximada de sangre. Adicional a estos hallazgos, se verificará el funcionalismo renal, hepático, hematológico, que permitan descartar otras comorbilidades, que pueden alterar aún más el pronóstico de estos pacientes, ya que determinará que se realicen otras maniobras terapéuticas, que pueden interferir con el tratamiento de la hemorragia digestiva, y en cierto modo predisponer a que se presenten fenómenos de resangrado digestivo.

c-Endoscópicos

En el año de 1.974, Forrest realizó una clasificación que buscaba en dividir las úlceras en grupos según los estigmas de sangrado en el momento de la endoscopia¹⁵. En los casos de hemorragia activa, vaso visible o coágulo de sangre roja o escara negra la posibilidad de recidiva es muy importante y obliga a ser más intervencionista en lo que se refiere al tratamiento.

Desde el punto de vista endoscópico, tiene importancia el tamaño y la localización de la úlcera. Así, úlceras grandes (1 ó 2 cm.) tienen mayor riesgo de resangrado y muerte, incluso después del tratamiento endoscópico. También tienen peor pronóstico las úlceras situadas en la curvatura menor (adyacente a la arteria gástrica izquierda) y las situadas en la cara posterior del bulbo duodenal (adyacente a la arteria gastroduodenal), que implican mayor sangrado digestivo¹³. Sólo debería tratarse endoscópicamente aquellos pacientes con mayor riesgo de resangrar o de morir por su HDSNV. Son candidatos a revisión endoscópica, aquellos pacientes en los que se tiene la evidencia o la sospecha de que están haciendo una recidiva hemorrágica. Dos tratamientos endoscópicos que fallen, orientan al tratamiento quirúrgico. Es importante tener presente que en algunas situaciones la alternativa quirúrgica debe ser planteada tempranamente.

A continuación, se presenta la clasificación de Forrest, con los porcentajes correspondientes a la prevalencia de la entidad, el porcentaje de resangrado y cirugía y la mortalidad observada en esta condición clínica en particular.

TABLA 3. CLASIFICACION DE FORREST.

Hallazgos endoscópicos/ clasificación de Forrest	Prevalencia%	Resangrado%	Cirugía%	Mortalidad%
Hemorragia en chorro/Forrest IA	18%	80%	35%	11%
Hemorragia en babeo/Forrest IB	18%	55%	30%	10%
vase visible no sangrante/Forrest IIA	17%	43%	34%	10%
Coagulo adherido/Forrest IIB	17%	22%	10%	7%
Mancha plana/Forrest IIC	20%	10%	6%	3%
No evidencia de sangrado o base limpia de fibrina/Forrest III	32%	5%	1%	1%

Forrest et al.¹⁵.

Ahora bien, otro aspecto importante para que se presente resangrado digestivo alto, tiene que ver con la terapéutica aplicada al paciente que consulto en el contexto de una hemorragia digestiva alta no varicial. Es quizá, uno de los determinantes más importantes, que es un factor de riesgo independiente, y que no guarda relación con otros factores que predispongan al resangrado. Desde el advenimiento de nuevas modalidades de tratamiento, como los inhibidores de la bomba de protones, se ha observado una disminución considerable en la frecuencia del resangrado digestivo, y su uso combinado con la endoscopia digestiva, se ha traducido en mejores resultados clínicos¹⁵.

Se han desarrollado estudios que han explorado el uso de múltiples regímenes con diferentes dosis de antagonistas del receptor H₂ de histamina e inhibidores de la bomba de protones como monoterapia o en adicción a tratamiento endoscópico. Algunos estudios han

comparado tratamiento con bajas dosis versus altas dosis de inhibidores del receptor H₂ de histamina e inhibidores de la bomba de protones. Los resultados de estos estudios han sido controversiales, añadiendo a la controversia sobre el uso de terapia supresora de ácido en el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicial^{16,17}.

Sangrados de fuerte intensidad predicen los resultados clínicos y determina la influencia que puede tener el tratamiento farmacológico después de la endoscopia¹⁶.

Bdigital.ula.ve

Capítulo III

Marco metodológico

Diseño del estudio.

Se realizo un estudio observacional, retrospectivo, de tipo descriptivo.

Población y muestra.

La población de la presente investigación estuvo conformada por las historias de los pacientes que ingresaron al I.A.H.U.L.A. entre enero de 2005 y diciembre del 2009 con el diagnostico de hemorragia digestiva superior. Durante este periodo se ingresaron con este diagnostico 400 pacientes. La muestra estuvo contenida por 31 historias clínicas que cumplían con los criterios de ingreso para la realización del estudio.

Criterios de Inclusión:

- Inestabilidad hemodinámica.
- Descenso progresivo de la hemoglobina
- Un nuevo episodio de hematemesis y/o hematoquexia.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten hemorragia persistente.
- Pacientes con varices esofágicas.

Instrumento.

El instrumento consta de una ficha de recolección de datos (ver anexo), elaborada en base a los objetivos de la investigación, que contiene los datos personales, demográficos y clínicos que presenta cada paciente al momento de su ingreso y periodo de hospitalización en la institución.

Recolección de datos.

Se solicitó al Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del I.A.H.U.L.A., todas las historias de los pacientes que estuvieron hospitalizados entre enero del 2005 y diciembre del 2009 con el diagnóstico hemorragia digestiva superior. Se procedió a realizar la revisión de dichas historias clínicas para recolectar los datos demográficos, epidemiológicos y clínicos de dichos pacientes, los cuales fueron registrados en la ficha de recolección de datos elaborada para tal fin.

Los datos recolectados de cada historia clínica fueron tabulados y procesados en una base de datos digitalizados en el programa estadístico SPSS 18 ° edición.

Institución que apoya el estudio:

1-Universidad de los Andes.

3-Unidad de Postgrado de la Universidad de los Andes.

4-Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.

5-Unidad de Medicina interna del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.

6- Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del I.A.H.U.L.A.

SISTEMA DE VARIABLES

PRINCIPAL.

Hemorragia digestiva superior no varicial.

DEMOGRAFICAS.

Edad.

Sexo.

CLINICAS.

Condición predisponente.

Uso de medicamentos.

Estado hemodinámico de ingreso.

Hallazgos endoscópicos y clasificación de Forrest en el momento del ingreso y en el episodio de resangrado.

Tiempo de la realización de la endoscopia.

Criterios clínicos de resangrado.

Manejo del episodio de resangrado.

Requerimientos transfusionales.

Manejo quirúrgico del episodio de resangrado.

ANALISIS DE RESULTADOS

Con los datos obtenidos a través de la revisión de la historia clínica y registrados en la ficha de recolección de datos diseñada para tal fin (anexo 2). Se creó una base de datos, donde se tabularon, procesaron y se analizaron todos los datos a través del paquete de software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 18.0, para Microsoft Windows. Se aplicaron análisis descriptivos, haciendo uso de las medidas de tendencia central y de dispersión para cada una de las variables cualitativas (demográficas); las variables categóricas (clínicas), fueron analizadas mediante la comparación de frecuencias absolutas y acumuladas, las cuales fueron presentadas en tablas y gráficos.

Bdigital.ula.ve

Capítulo IV

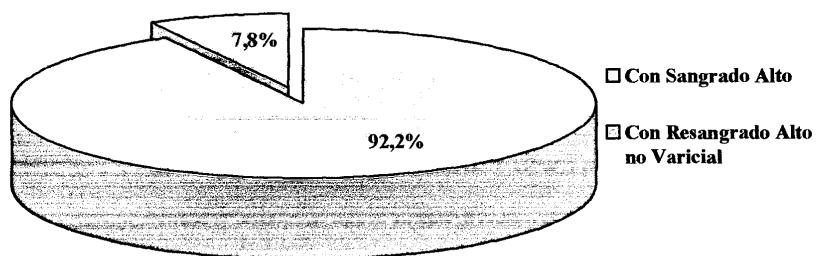
RESULTADOS

Se revisaron 400 historias clínicas de pacientes mayores de 18 años, quienes ingresaron al Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes de Mérida, con el diagnóstico de hemorragia digestiva superior, independiente de la etiología de la misma. De estas se revisaron las historias de los pacientes que además de tener sangrado digestivo, la causa no se relaciona con varices esofágicas secundarias a hipertensión portal. Una vez se realizaron estos pasos, se procedió a definir cuáles de estas historias clínicas cumplían con los criterios definidos en el presente trabajo de investigación, para así obtener la muestra sobre la cual se aplicaría el formato de recolección de datos diseñado para tal fin.

Se revisaron un total de 31 historias clínicas que se ajustaron a los criterios de resangrado alto no varicial, constituyéndose en la muestra del presente trabajo de investigación.

GRAFICO 1

PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES INGRESADOS EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA CON EL DIAGNOSTICO DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO Y CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO NO VARICIAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 AL 2009.

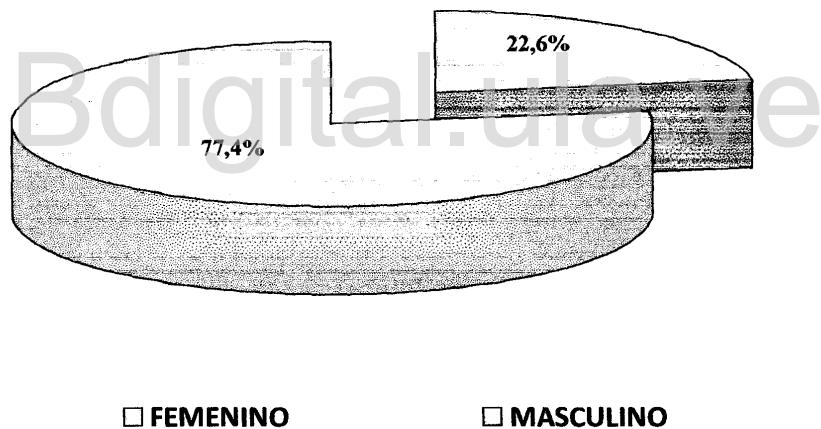


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

La distribución de acuerdo al género reveló que la mayoría de los casos se presentó en el sexo masculino, con 77,4%(24 pacientes) de los casos ingresados y de 22,6%(7 pacientes) para el sexo femenino.

GRAFICO 2

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL GENERO EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.

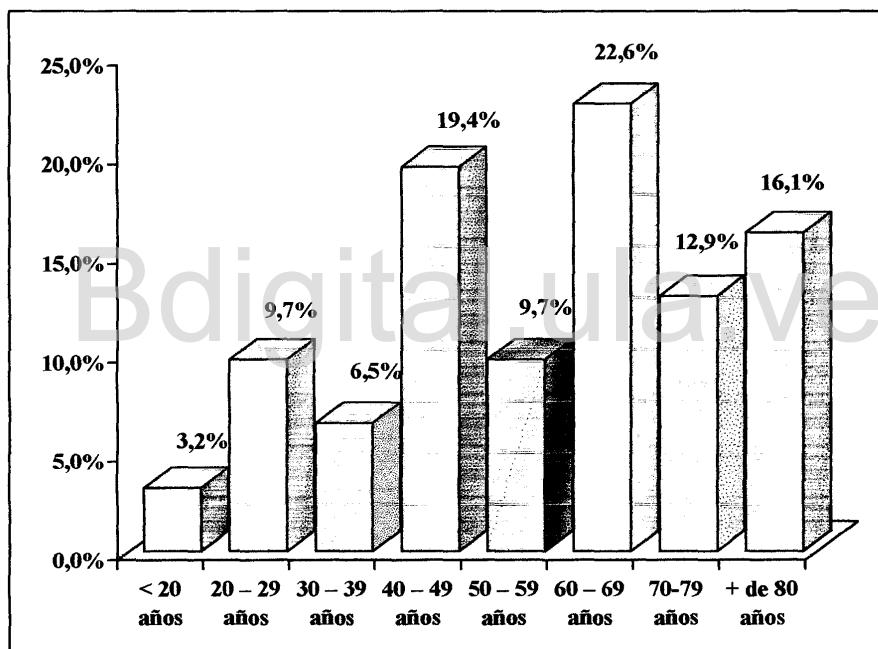


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Para efectos de correlacionar variables, se agrupó a los individuos de acuerdo a grupos etarios, observando que la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 87 años, estableciendo intervalos de 10 años que permitieran la agrupación de los pacientes en el presente estudio, lo cual se puede observar en el gráfico 4. Aquí se demuestra que los

decenios donde más se observó casos de resangrado se encuentran entre los 40 y 49 años de edad, con el 19,4% (6 pacientes) y entre los 60 y 69 años, con 22,6% (7 pacientes).

GRAFICO 3
FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.



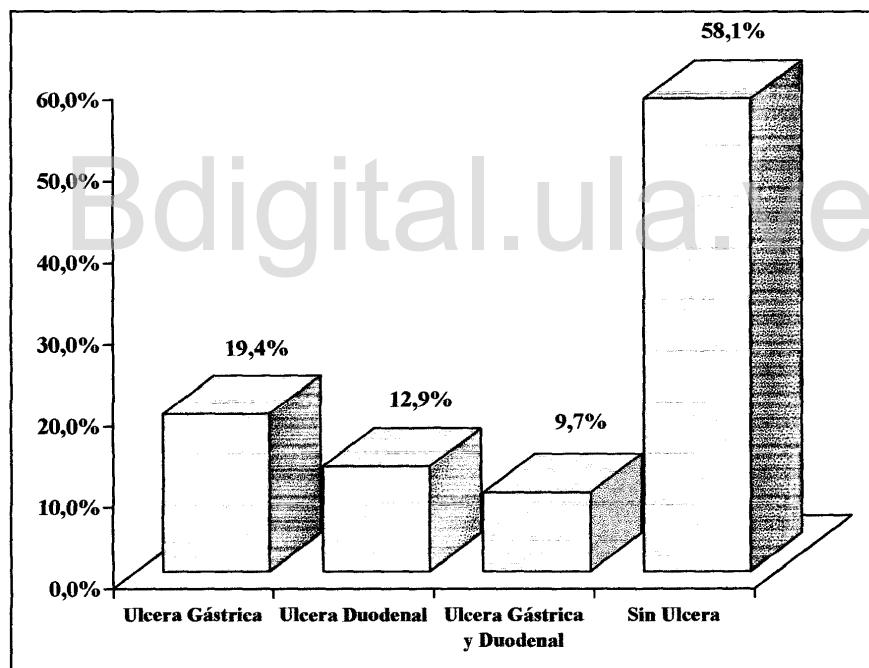
Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Al analizar las condiciones predisponentes, se pudo establecer la frecuencia de presentación de cada una de ellas, de tal modo que se definió que porcentaje de pacientes con resangrado digestivo alto no varicial, tenía como antecedente de importancia, alguna de estas patologías. En relación a la enfermedad ulcero-péptica, se observa que es más frecuente la

presentación de la ulceración gástrica, en un 19,4% de los casos (6 pacientes) con respecto a la duodenal, que ocupa el 12,9% de los casos (4 pacientes). En cuanto a la frecuencia de presentación de ambas lesiones en un mismo paciente, se encontró que el 9,7% de los casos (3 pacientes), cursaba con esta situación clínica en particular.

GRAFICO 4

ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD ULCEROSA EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MÉRIDA, ESTADO MÉRIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.



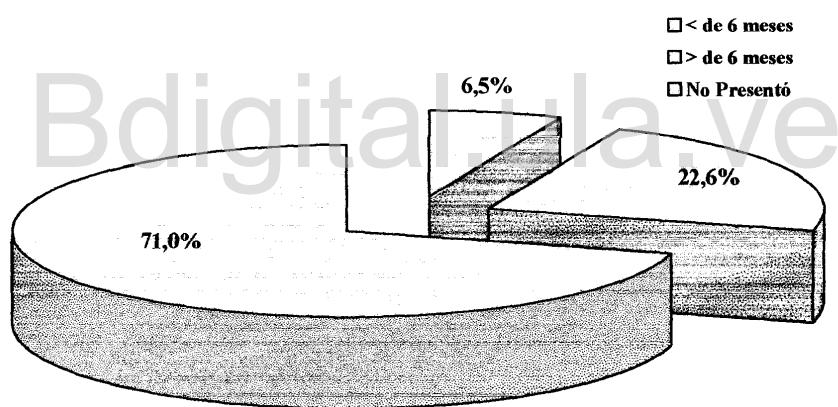
Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Al establecer el antecedente de hemorragia digestiva, se observa que la frecuencia de resangrado es de 6,5%(2 pacientes) en aquellos pacientes que tienen un episodio HDSNV

en los últimos de 6 meses, con respecto a los que la presentaron en un tiempo mayor a 6 meses, que es del 22,6%(7pacientes). Es de notar que el 71%(22 pacientes) de los casos, no tienen como condición predisponente, un episodio de hemorragia digestiva superior no varicial.

GRAFICO 5

ANTECEDENTE DE HDSNV EN LOS 6 MESES PREVIOS PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.

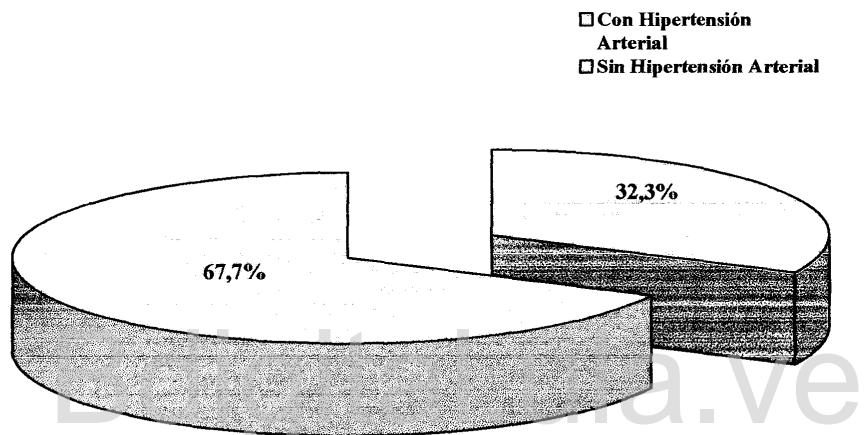


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

En el presente estudio se encontró que la frecuencia de presentación de hipertensión arterial se ubico en el 32,3% (10 pacientes), lo que es un dato llamativo, al ubicarse la frecuencia en estudios clínicos en el 14,2% de los casos⁶.

GRAFICO 6

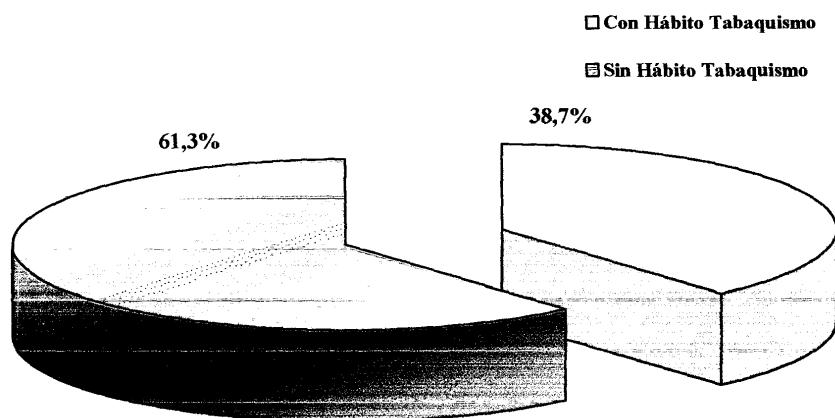
FRECUENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.



Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

En cuanto al tabaquismo, la frecuencia de presentación se encuentra muy cerca a la observada en otros estudios clínicos, con 38,7% de los casos (12 pacientes), con respecto a la encontrada en estudios clínicos, que se acerca al 42%⁷.

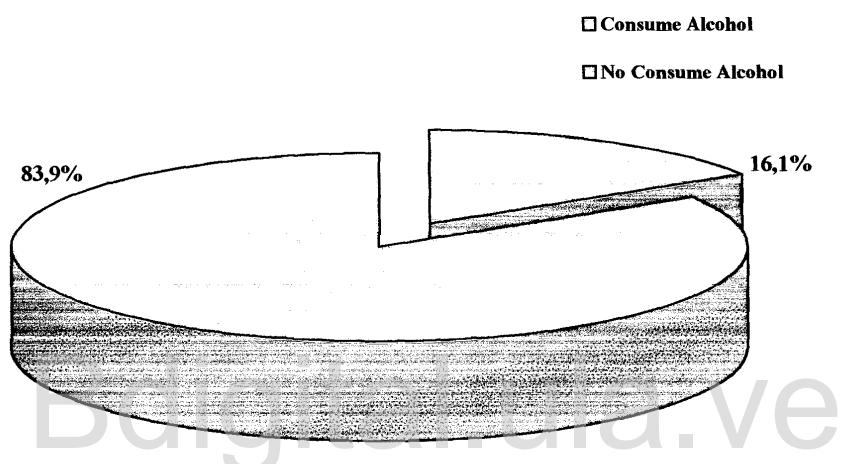
GRAFICO 7
**FRECUENCIA DE TABAQUISMO EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE
RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA
EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.**



Fuente: Historias Clínicas, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

El consumo de alcohol en la población estudiada, correspondió al 16,1% (5 pacientes) de los casos analizados, lo cual es muy inferior al promedio que reportan otros estudios clínicos (27,7%), como se observa en el siguiente gráfico.

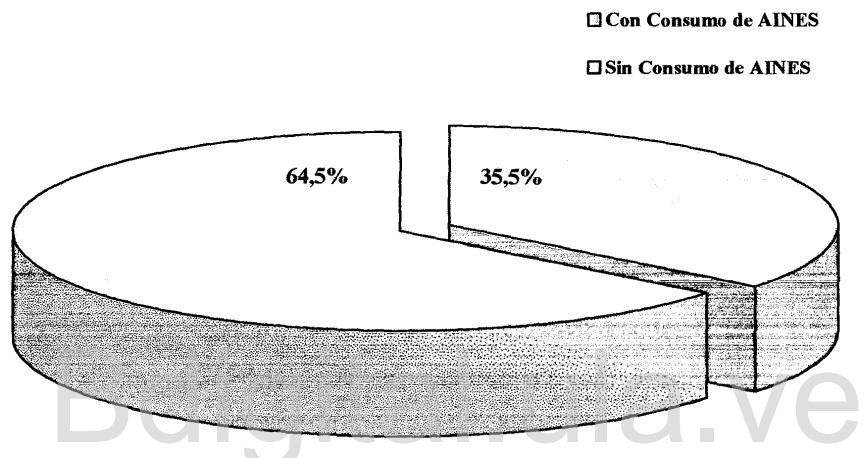
GRAFICO 8
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES INGRESADOS CON EL
DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO
AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA,
VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.**



Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Situación similar a la que se definió con el consumo de alcohol, sucedió a al analizar el consumo de AINES, arrojando el presente estudio una frecuencia de 32,3% (11 pacientes), lo cual es llamativo, puesto que ocupa un porcentaje bajo, a pesar de ser uno de los factores de riesgo más importantes para la génesis de HDSNV.

GRAFICO 9
FRECUENCIA DE CONSUMO DE AINES PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.

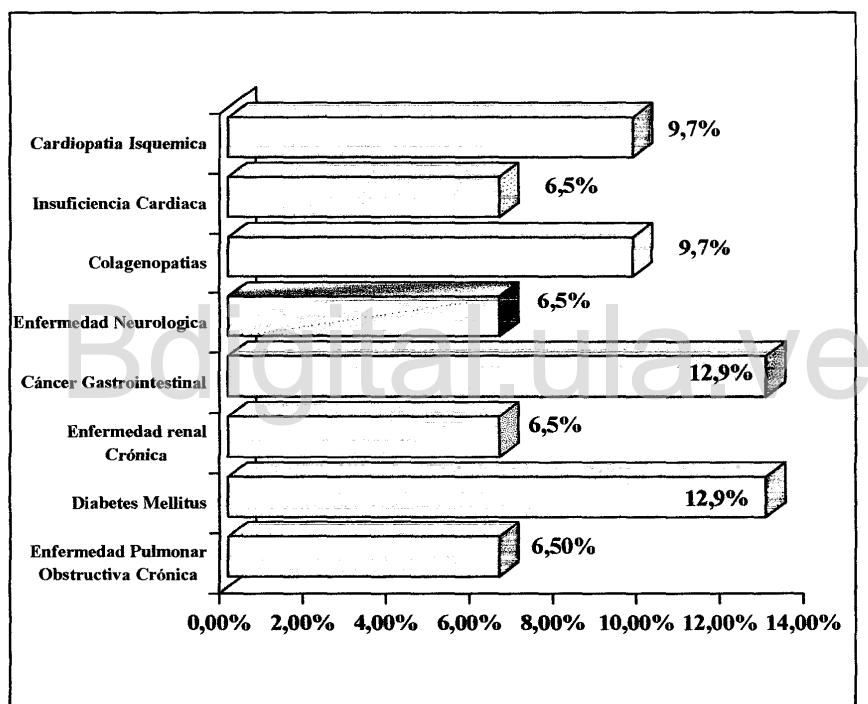


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Es llamativo que ningún paciente que se ingreso con el diagnostico de HDSNV, tenia historia de consumo de anticoagulantes.

Otras condiciones predisponentes, tales, historia de colagenopatía (9,7%), cardiopatía isquémica (9,7%), falla cardiaca (6,5%), enfermedades neurológicas (6,5%), e incluso, casos de cáncer gastrointestinal (12,9%), ocuparan un porcentaje bajo en el presente estudio.

GRAFICO 10
**FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE OTRAS CONDICIONES PREDISPONENTES EN
 PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO
 SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
 LOS ANDES DE MÉRIDA, ESTADO MÉRIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO
 ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.**

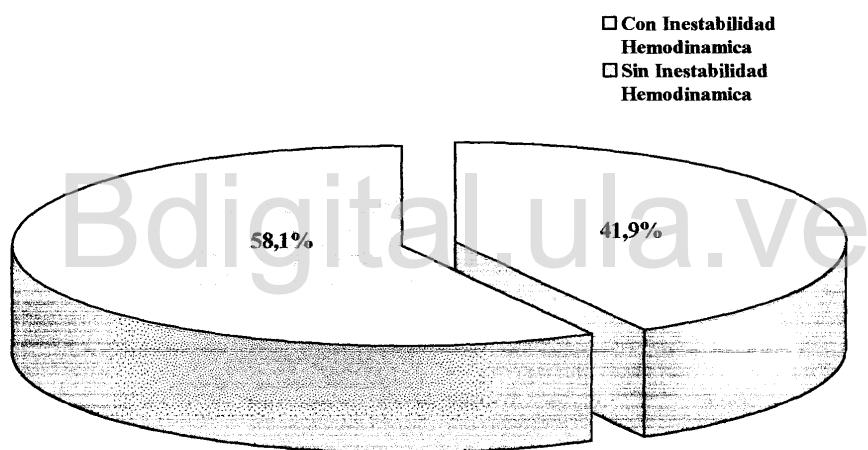


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Un factor determinante en el pronóstico de los pacientes es el estado hemodinámico del paciente al momento de ser ingreso en la emergencia, observando que alrededor del 41,9% de los casos (13 pacientes), presentaron inestabilidad hemodinámica, que amerito en estos

casos particulares, un manejo medico más agresivo, y que a la poste, represento que desarrollaran episodios de resangrado digestivo alto no varicial.

GRAFICO 11
PRESENCIA DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA EN LA VALORACIÓN INICIAL EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.

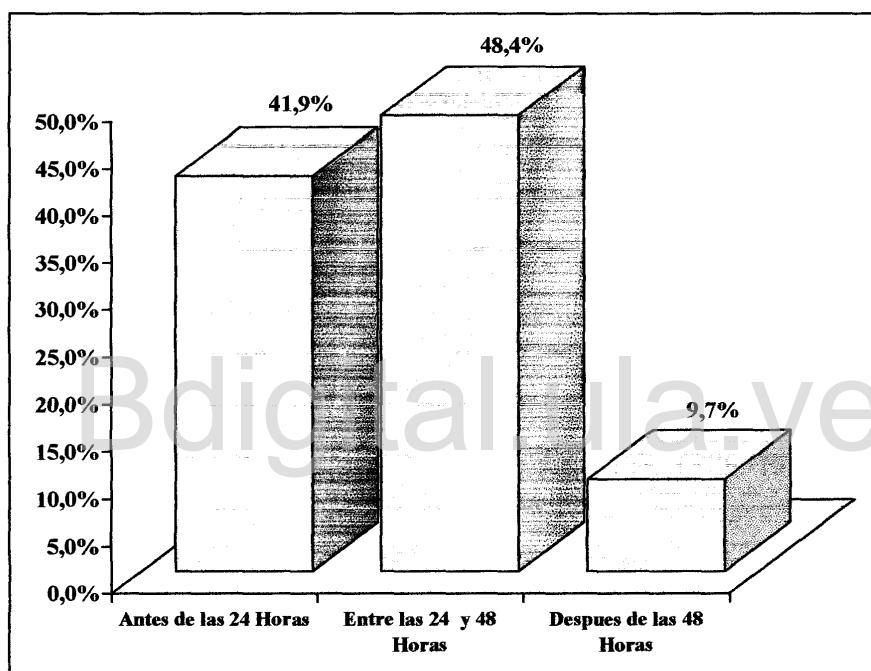


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Como consecuencia de lo explicado anteriormente, el tiempo de realización de la endoscopia inicial fue un determinante para la presentación de resangrado digestivo alto no varicial, encontrando que los pacientes que fueron llevados a endoscopia digestiva alta antes de las 24 horas, resangraron en un 41,9% (13 pacientes), aquellos a los que se les practico entre las 24 y 48 horas, se observo resangrado en el 48,4%(15 pacientes) y después de las 48 horas, sólo en el 9,7%(3 pacientes) de los casos del presente estudio.

GRAFICO 12

TIEMPO DE REALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA INICIAL EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.



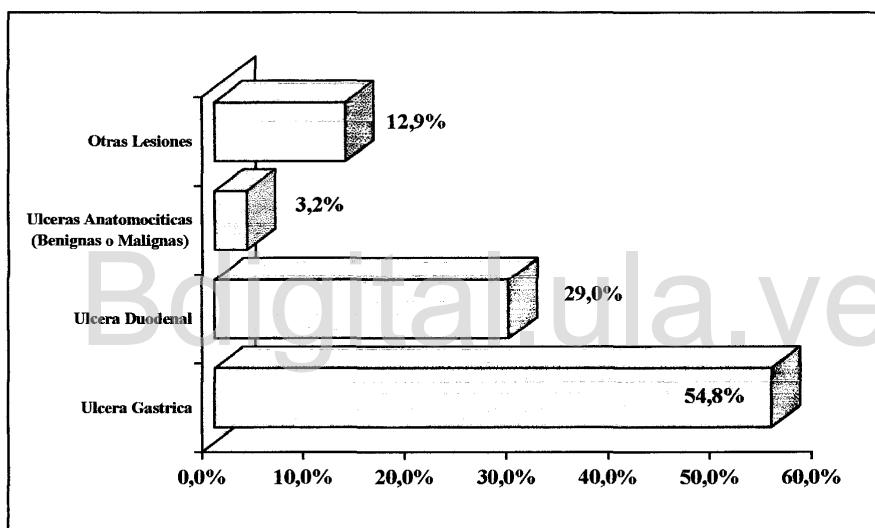
Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Al analizar los hallazgos endoscópicos al momento del ingreso en los pacientes que presentaron resangrado digestivo alto no varicial, la frecuencia de úlcera gástrica fue reportada en el 58%(18 pacientes) de los casos, en contraste con el 29%(9 pacientes) de los casos, donde el hallazgo endoscópico reveló úlcera duodenal Otras lesiones reportadas en el momento de realizar la endoscopia de ingreso, ocuparon el 9,7% (3 pacientes) de los casos, encontrando lesión de Dieulafoy en dos pacientes y en otro paciente, se describió un

linfoma gástrico (linfoma tipo MALT). Un paciente (que corresponde al 3,2% de los casos), presento sangrado a partir de una úlcera anastomotica, con el antecedente de una úlcera péptica perforada.

GRAFICO 13

**HALLAZGOS ENDOSCOPICOS INICIALES EN PACIENTES INGRESADOS CON EL
DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO
AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA,
VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.**

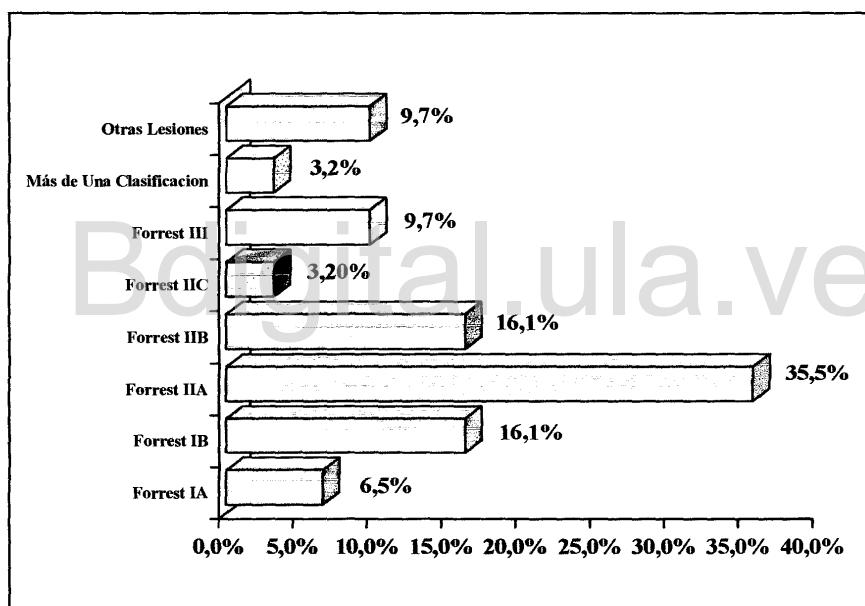


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Un factor determinante en la presentación del resangrado digestivo alto, es la determinación de la clasificación de Forrest sobre la lesión ulcerosa en el momento de realizar la endoscopia, que permite establecer el riesgo que tiene el paciente de desarrollar un episodio de resangrado. En el presente estudio, se determino que el 35,5% (11 pacientes) de los casos, cursaron con úlceras Forrest IIA. Otro grupo de pacientes presentaron úlceras Forrest IB, ocupando el 16,1% (5 pacientes), siendo observado el mismo porcentaje en pacientes con lesiones Forrest IIB. Es llamativo que el 9,7% (3 pacientes) de los casos, tienen

lesiones Forrest III. Es de recalcar que el 9,7% (3 pacientes), presentaron lesiones no ulcerosas, por lo que no se aplica la clasificación de Forrest a dichos hallazgos endoscópicos.

GRAFICO 14
CLASIFICACIÓN FORREST DE LA LESIÓN ULCEROSA SEGÚN LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS INICIALES EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MÉRIDA, ESTADO MÉRIDA, VENEZUELA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.

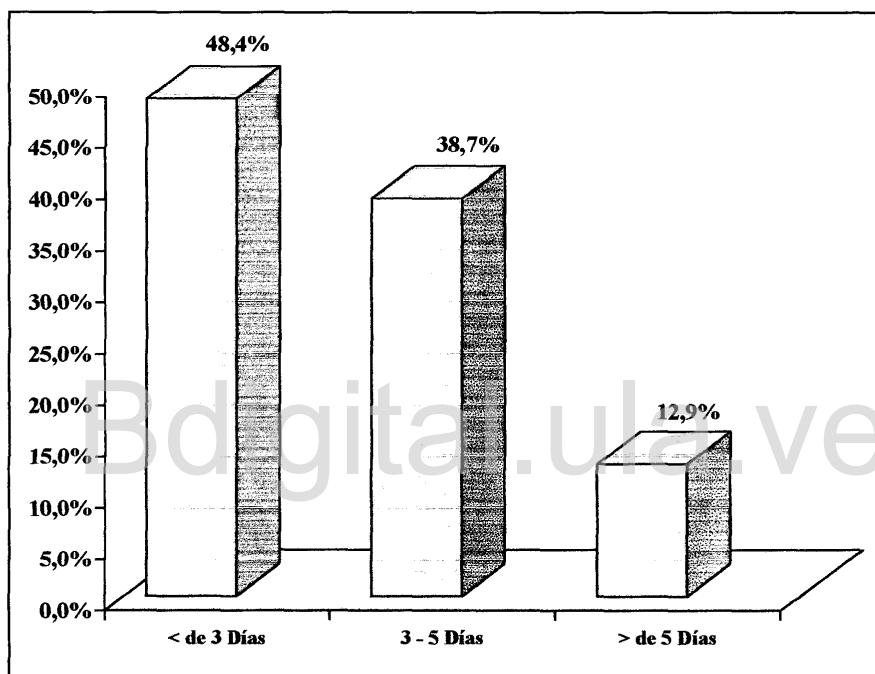


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Uno de los objetivos de este trabajo de investigación fue establecer el día en que el paciente presentaba el episodio de resangrado. Se encontró que la mayor cantidad de pacientes, se ubicaron entre el primero y segundo día (48,4% respectivamente), posterior a la realización de la primera endoscopia, permitiendo de este modo, considerar que las primeras 48 horas son las más críticas para que los pacientes incluidos en este trabajo resangraran.

GRAFICO 15

DÍA DE PRESENTACION DEL EPISODIO DE RESANGRADO EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIOD COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.

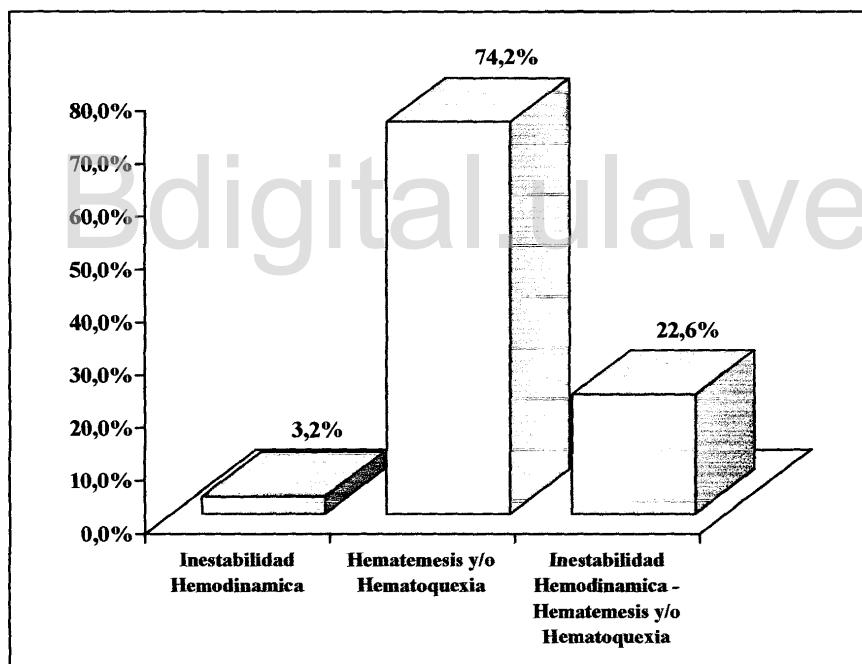


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Los criterios clínicos para considerar que un paciente presenta resangrado orientan al clínico sobre su presentación en un paciente que acude a la emergencia por una HDSNV y desarrolla esta complicación. La aproximación diagnostica será confirmada por el respectivo descenso de hemoglobina, que está acorde con la hemorragia activa y con los hallazgos endoscópicos en la segunda exploración. Al analizar por separado, se observa que solo el 3,2% (1 paciente) de los casos, el episodio de resangrado se presento únicamente con inestabilidad hemodinámica, mientras que el 74,2% (23 pacientes) de los casos, la

principal manifestación fue la presencia de hematemesis, melena o hematoquexia. Sin embargo, cuando se analizan los dos criterios en el mismo paciente, se determina que el 22,6% (7 pacientes) de los casos, presentan inestabilidad hemodinámica, acompañado de signos clínicos de sangrado.

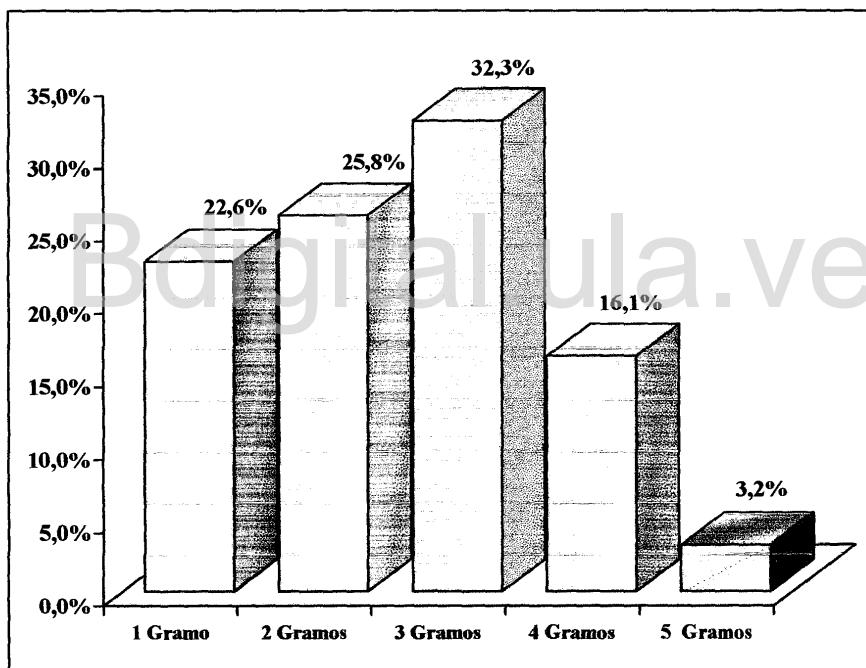
GRAFICO 16
CRITERIOS CLINICOS DE RESANGRADO EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.



Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud
En el momento que el paciente presenta el episodio de resangrado, se debe establecer el valor de la hemoglobina y de acuerdo al valor que se tenía previo estimar la severidad del sangrado. En el presente estudio, se observó que en el 32,3% (10 pacientes) de los casos, el

descenso de la hemoglobina estuvo alrededor de los 3 gr/dl, seguido por un descenso de la hemoglobina de 2 gr/dl, el cual fue observado en el 25,8% (8 pacientes) de los casos.

GRAFICO 17
DESCENSO DE LA HEMOGLOBINA EN GRAMOS EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.



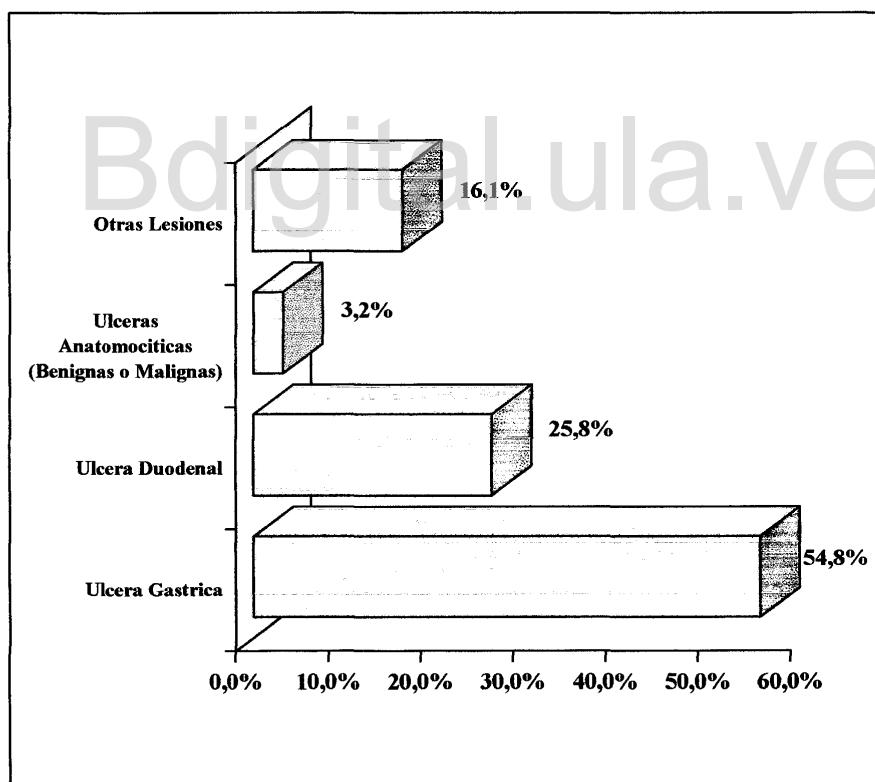
Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

En el episodio de resangrado, los hallazgos en la segunda endoscopia reportó úlcera gástrica, en el 58% (18 pacientes) de los casos. Un paciente presento resangrado a partir de

una lesión de Dieulafoy, que no se había manifestado en la endoscopia de ingreso, por lo que el total de pacientes que resangraron por ulceración duodenal se encontró en el 25,8% (8 pacientes) de los casos. El paciente que consultó por la úlcera anastomótica, presentó un nuevo episodio de sangrado digestivo, en relación con el antecedente de úlcera péptica perforada.

GRAFICO 18

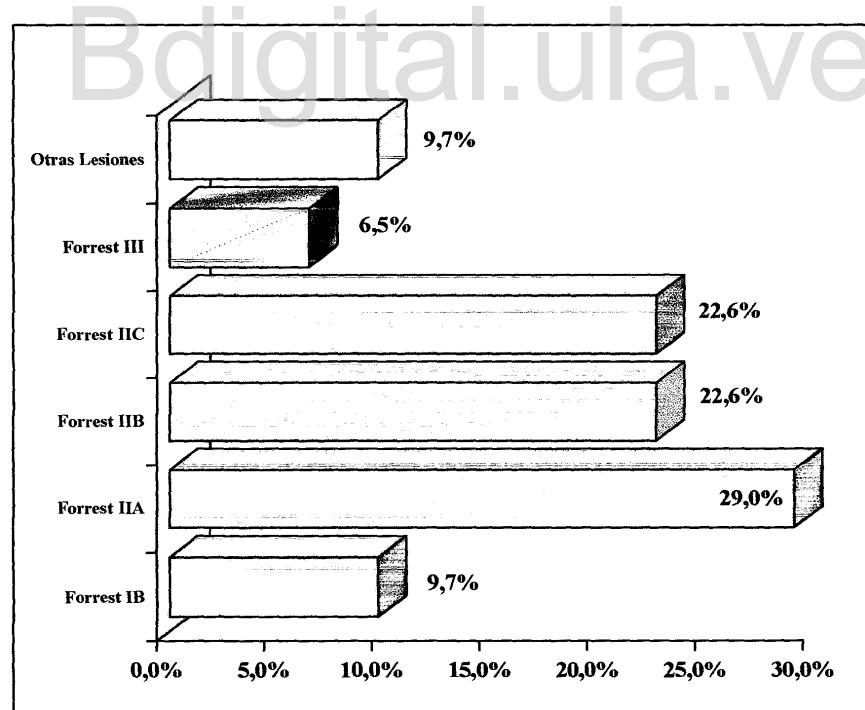
HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN EL EPISODIO DE RESANGRADO EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MÉRIDA, ESTADO MÉRIDA, VENEZUELA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.



Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

En cuanto a la clasificación Forrest del episodio de resangrado, se encuentra una distribución más homogénea de la población de estudio. Los pacientes cuya clasificación fue de Forrest IIA, se ubico en el 29% (9 pacientes), los pacientes con Forrest IIB y IIC representaron el 22,6 de los casos respectivamente (7 pacientes en cada una de ellas). No se presentaron casos de resangrado en pacientes cuyo Forrest de ingreso fue catalogado como Forrest IA.

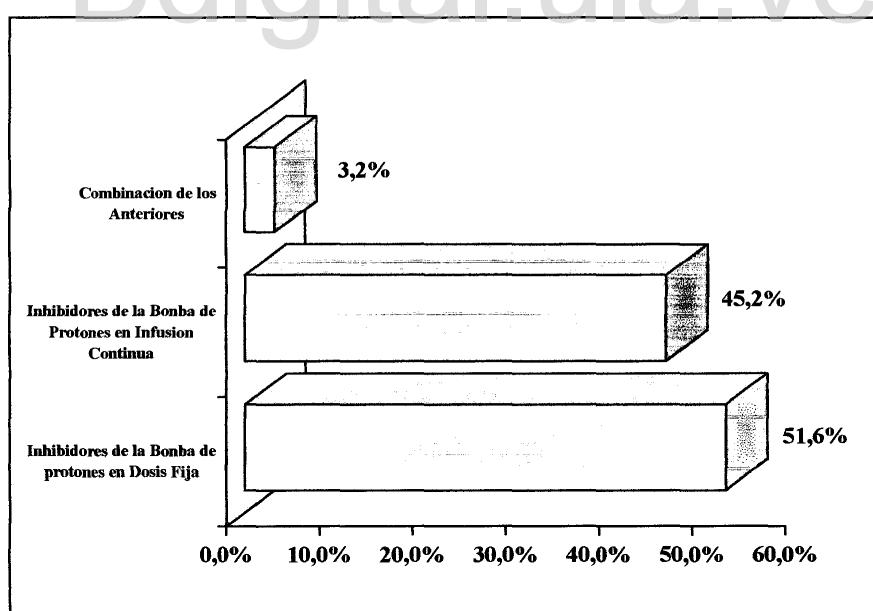
GRAFICO 19
CLASIFICACION DE FORREST SEGUN LOS HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN EL EPISODIO DE RESANGRADO EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.



Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Al establecer el manejo médico del episodio de resangrado, se determino que los inhibidores de la bomba de protones, constituyen los medicamentos de elección, y que está en relación con lo encontrado en la literatura revisada, donde la evidencia favorece el uso de esta familia de medicamentos. Ahora bien, en cuanto al modo de uso, se estableció que la administración en dosis fijas ocupó el 51,6% (16 pacientes) de los casos, mientras que el 45,2% (14 pacientes) se utilizaron en infusión continua, mientras que solo en el 3,2% (1 paciente) de los casos, se utilizó la combinación de ambos esquemas. No se encontró en el presente estudio el uso de antagonistas de los receptores H2.

GRAFICO 20
MANEJO MEDICO DEL EPISODIO DE RESANGRADO EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.

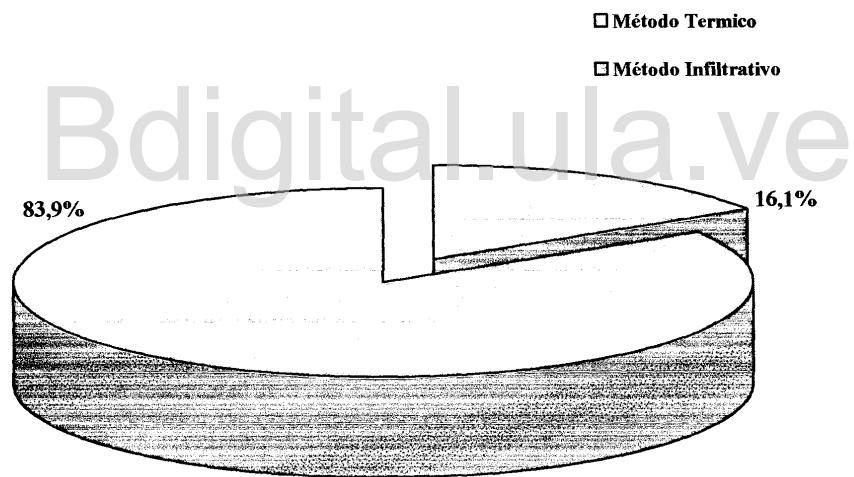


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

El manejo endoscópico realizado en el episodio de resangrado, el método infiltrativo fue utilizado en el 83,9% (26 pacientes) de los casos, mientras que el método térmico fue utilizado en el 16,1% (5 pacientes) de los casos, estableciendo que hubo preferencia de los métodos infiltrativos, con una amplia diferencia.

GRAFICO 21

MANEJO ENDOSCÓPICO DEL EPISODIO DE RESANGRADO EN PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE MÉRIDA, ESTADO MÉRIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009.

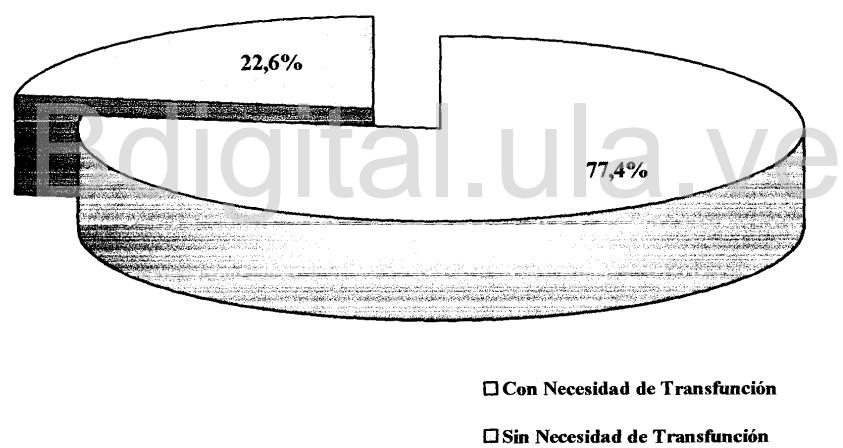


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Como consecuencia del episodio de resangrado, se encontró que el 77,4% (24 pacientes) de los casos requirieron transfusiones de hemoderivados para corregir la anemia, mientras que

en el 22,6% (7 pacientes) de los casos, no hubo necesidad de transfusión, y estuvo en relación con descensos de hemoglobina que no implicaron desarrollo de anemia aguda.

GRAFICO 22
**NECESIDAD DE TRANSFUSION EN EL EPISODIO DE RESANGRADO EN PACIENTES
INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO
VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE
MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS
AÑOS 2005 Y 2009.**

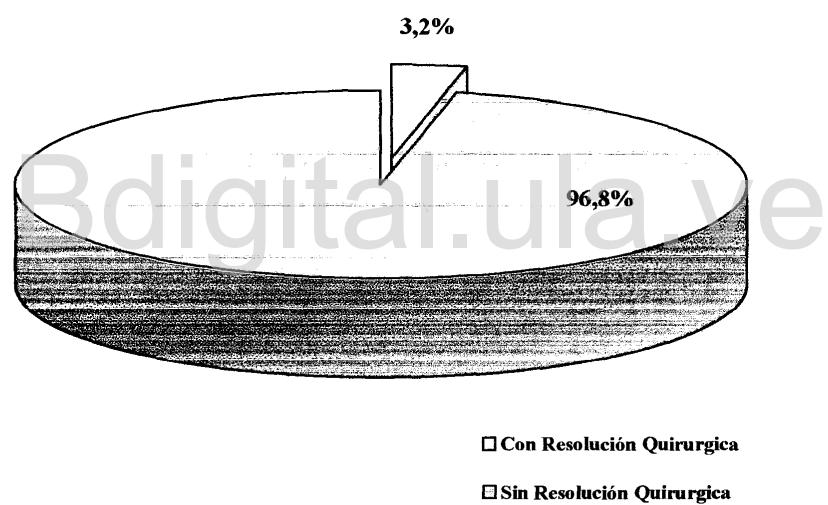


Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Sólo 1 paciente requirió intervención quirúrgica para el control del episodio de resangrado, con un importante porcentaje de la población estudiada que respondió al manejo médico.

GRAFICO 23

**RESOLUCION QUIRURGICA DEL EPISODIO DE RESANGRADO EN PACIENTES
INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE RESANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR NO
VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DE
MERIDA, ESTADO MERIDA, VENEZUELA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS
AÑOS 2005 Y 2009.**



Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Capítulo V

Discusión

La hemorragia digestiva es causa de un importante número de hospitalizaciones, generando repercusiones médicas de consideración en la población afectada.

El conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, permite comprender los mecanismos que facilitan que un individuo en particular presente una HDSNV. Se desprende de este análisis, que dependiendo la severidad del evento inicial, cabría esperar la posibilidad de que un paciente presente un episodio de resangrado, que a la postre, representaría un peor pronóstico. Por este motivo, es relevante identificar la situación demográfica de los individuos que consultaron por HDSNV y quienes tuvieron como complicación un episodio de resangrado digestivo superior no varicial.

Al revisar la estadística de pacientes que consultaron por HDSNV entre los años 2005 y 2009, se obtuvieron 400 historias clínicas, las cuales arrojaron la población del presente estudio. Estos 400 pacientes presentaron diferentes comorbilidades y factores de riesgo, que en algún momento podría haber facilitado que se presentara una nueva hemorragia digestiva, sin embargo, al aplicar los criterios de ingreso, sólo 31 pacientes cumplieron los criterios de ingreso. En esta muestra poblacional, que corresponde al 7,75% de la población, ubicamos la frecuencia de presentación de resangrado digestivo superior. Los demás pacientes, tuvieron diferentes características, tales como sangrado autolimitado, no necesidad de una segunda endoscopia, lesiones Forrest III, con egresos precoces, fallecimientos, por lo que fueron excluidos del presente estudio.

El sexo masculino fue el más afectado en el presente estudio de investigación, aportando el 77,4% de los casos, como se observa en diferentes trabajos, como los reportados por Francine Fain⁵.

Se presento una distribución bastante homogénea en cuanto a la edad, sin encontrar un intervalo en particular con una mayor afectación. Sin embargo, los decenios donde más se encontraron casos de resangrado se ubican entre los 40 y 49 años de edad, con el 19,4% y entre los 60 y 69 años, con 22,6% de los casos. Se encontró un caso a los 18 años de edad y un caso a los 87 años. Esto difiere un poco de las estadísticas reportadas en la literatura, donde el promedio se centra por encima de los 70 años de edad, y quizá este en relación a las diferencias en la pirámide poblacional de países Europeos y de Estados Unidos, donde la población mayor prima sobre la más joven, situación diferente a la de nuestro medio⁶.

Es llamativo el hecho de que la mayoría de los estudios centran a la úlcera duodenal como la lesión más frecuentemente encontrada como antecedente clínico⁶, lo que difiere de los resultados de este trabajo de investigación, donde se encuentra que la úlcera gástrica es mucho más frecuente que la úlcera duodenal, con un 19,4%vs 12,9% de los pacientes que ingresaron con este antecedentes. En este estudio se determinó que la úlcera gástrica ocupaba el mayor porcentaje como antecedente clínico, y fue corroborado en el momento de realizar la endoscopia de ingreso, donde al 58% de los casos se les diagnosticó úlcera gástrica como la lesión que explicaba la hemorragia digestiva, mientras que la úlcera duodenal ocupa el 29% de los casos. 3 pacientes presentaron hemorragia digestiva y resangraron por otras causas menos frecuentes, tales como la lesión de Dieulafoy y por un linfoma MALT.

Sin embargo, estudios venezolanos desarrollados en el Hospital Vargas de la Ciudad de Caracas, han revelado que la úlcera gástrica es más frecuente entre nuestra población, existiendo otros factores no definidos que expliquen esta diferencia con respecto a lo reportado en otros países¹.

El aumento en la frecuencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática, enfermedad renal crónica, se asocia al desarrollo de úlcera péptica y sus complicaciones.

Kubba¹⁹ y Friedman²⁰ informaron que la frecuencia de HDSNV secundaria a úlcera péptica aumentaba de manera importante en aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular (50 %), EPOC (27 %), enfermedades neurológicas (4.1 %), enfermedades renales (2 a 4 %) y enfermedades neoplásicas (3 %). Un hallazgo importante de este trabajo, es que aproximadamente el 32,3% de los pacientes que resangraron, tienen hipertensión arterial, y un 6,5% de falla cardiaca. La cardiopatía isquémica representó sólo el 9,7% de los casos con resangrado. Los resultados obtenidos también son similares en relación al antecedente de enfermedad renal crónica, con un 6,5%, enfermedades neurológicas en un 6,5% y con malignidades con un 12,9% de los casos para cáncer gastrointestinal y un 9,7% para otros canceres, de los cuales se reportaron 1 paciente con cáncer de próstata, 1 con un cáncer de vejiga con metástasis en pulmón y otro caso de un paciente con un linfoma no Hodgkin.

La frecuencia de consumo de alcohol y de tabaquismo oscila en el 16,1% y 38,7% respectivamente, lo que demuestra una alta tasa en la población estudiada, y cuyos resultados difieren muy poco de lo descrito en la literatura mundial⁶. El consumo de

AINES ocupó el 32,3% de la muestra analizada, con respecto al 47,4% reportada en el estudio de Rodríguez H⁶, lo cual revela que la ingesta de este tipo de medicamentos constituye un factor de riesgo importante y que se debe considerar al ingresar pacientes con HDSNV.

Un dato que se extrajo del presente estudio, es que ningún paciente que resangro, tenía como antecedente el consumo de anticoagulantes, pues siempre se ha considerado que estos medicamentos llevan implícito el riesgo de que un paciente presente un sangrado digestivo. Adicionalmente, ningún paciente hospitalizado y que recibió anticoagulación, presento episodio de resangrado digestivo.

El estado hemodinámico es un buen predictor acerca de la magnitud de la hemorragia digestiva. Encontramos que el 41,9% de los pacientes, ingresaron con inestabilidad hemodinámica, lo que es una cifra bastante representativa, implicando que en estos casos en particular, la posibilidad de resangrado digestivo es mayor y por lo tanto, son pacientes que requieren vigilancia más estricta. De esto se deriva que algunos pacientes sean llevados antes de las 24 horas de ingreso a endoscopia digestiva superior, y es así, que encontramos que al 41,9% de los casos, se le realizó la endoscopia de emergencia, porque la magnitud del sangrado implicaba un mal pronóstico sino se intervenía de manera precoz. Al resto de los pacientes se les practicó después de las 24 horas, y se debía a que su estado clínico era estable en el momento del ingreso. Algunos autores, como Díaz et al²¹, refieren que en casos severos de sangrado digestivo superior no varicial, se debe realizar endoscopia en las primeras 12 horas, para el control del episodio de sangrado y evitar complicaciones.

En los hallazgos endoscópicos iniciales, se pudo determinar que el 35,5% de los casos presentaban úlceras Forrest IIA, seguidas en frecuencia de presentación por úlceras Forrest IB y IIB con el 16,1% respectivamente.

También se quería establecer el día en que el paciente presentaba el cuadro de resangrado, después de haber sido sometido a una endoscopia digestiva superior considerada como terapéutica. Se estableció que el 45,2% de los pacientes resangraban entre el primer y segundo día, lo que permite inferir, que las primeras 48 horas son las más críticas en el manejo de los pacientes con HDSNV, y más, si estos pacientes ingresan con inestabilidad hemodinámica. Este tipo de pacientes, que exhiben mayor tasa de complicaciones, generalmente cumplen con los criterios propuestos en este trabajo para que se presente resangrado digestivo alto no varicial. El 74,2% de los pacientes que tuvieron un nuevo episodio de hemorragia digestiva, su manifestación principal fue hematemesis, melena o hematoquexia, seguido por inestabilidad hemodinámica en el 3,2% de los casos. Esto representa, que la mayoría de los pacientes con resangrado, presentan evidencia de nuevo sangrado digestivo, pero que en un solo caso, fue lo suficientemente fuerte como para que el paciente presentara un cuadro de inestabilidad hemodinámica.

Una de las variables que hace parte de los criterios de ingreso es el descenso de la hemoglobina en el episodio de resangrado. Es importante su determinación, ya que no sólo orientara sobre la magnitud del nuevo episodio de sangrado, sino sobre la cantidad de concentrado globular a transfundir para corregir el estado anémico. Se encontró en el presente estudio que el 32,3% de los pacientes registraron un descenso de hemoglobina de 3 gr/dl, siendo seguido por el 25,8% de los pacientes, quienes registraron un descenso de 2 gr/dl. Se determinó que el 77,4% de los pacientes requirieron de transfusión sanguínea.

Cumplido los criterios para considerar que se estaba frente a un episodio de resangrado, los pacientes fueron llevados a una segunda endoscopia, donde se evidencio la lesión sangrante. Allí se determino que 58% de los casos de resangrado eran consecuencia de una úlcera gástrica y un 25,8% de los casos por úlcera duodenal. Sin embargo, un paciente que había consultado en el contexto de una úlcera duodenal sangrante, en la reendoscopia se observo que presentaba una lesión de Dieulafoy.

Al definir la clasificación de Forrest en el episodio de resangrado, se encontró que el 29% de los casos presentaban Forrest IIA, en comparación con lo encontrado en el 35,5% de los casos en la primera endoscopia. Al revisar trabajos previos, un estudio realizado en el Hospital General de Oeste de Caracas²², la frecuencia de sangrado Forrest IIA estuvo alrededor del 21%, lo que indica que en el presente trabajo de investigación, se observo una frecuencia más elevada que lo reportado. Fue seguido con el mismo porcentaje (22,6%) por lesiones Forrest IIB y IIC, y 9,7% por Forrest IB. No se registro ningún caso con Forrest IA.

Como se debatió en el marco teórico, la evidencia a favor del uso de inhibidores de la bomba de protones es lo suficientemente convincente, como para determinar que son los medicamentos de elección en el manejo de la HDSNV, lo que se sustenta en que la mayoría de los pacientes que no resangraron, fueron manejados con este tipo de medicamentos. Sin embargo, en el presente trabajo de investigación se determino que existieron dos regímenes de aplicación. Se utilizo de manera fija en el 51,6% de los pacientes, y en infusión continua en el 45,2%. Es de aclarar, que una vez cedia el episodio de sangrado, el régimen de infusión era reemplazado por uno de dosis fijas. Concomitante a este aspecto, también se determino como era el manejo endoscópico del resangrado, encontrando que se utilizaron

dos métodos: térmicos e infiltrativos. Se determinó la frecuencia de cada uno y se pudo establecer que el 83% de los pacientes fue sometido a métodos infiltrativos, mientras que el 17% de los pacientes recibió métodos térmicos. Esto explica las bondades de los métodos infiltrativos y su baja tasa de recaída. Solo 1 paciente fue llevado a mesa operatoria como consecuencia de un sangrado digestivo que no respondió a manejo médico.

Algo relevante de este trabajo de investigación, es que ningún paciente falleció como consecuencia del resangrado digestivo.

Bdigital.ula.ve

Capítulo VI

Conclusiones

- 1- La HDSNV es una patología que observa frecuentemente con un total de 400 pacientes que consultaron a la emergencia del Hospital Universitario de los Andes entre los años 2005 y 2009.
- 2- Se presentaron 31 casos de resangrado entre los 400 pacientes que asistieron con HDSNV.
- 3- El sexo masculino fue el más afectado con respecto al sexo femenino.
- 4- Se pudo determinar en cada uno de los anteriores casos, la presencia de factores de riesgos, que facilitaron que los pacientes resangraran con más frecuencia que otros con HDSNV, sin condiciones predisponentes.
- 5- Se estableció que la enfermedad ulceropéptica está presente en una cantidad importante de pacientes ingresados con HDSNV.
- 6- Se pudo concluir que dentro de las comorbilidades, las que tuvieron más relevancia por su frecuencia fueron enfermedad ulcerosa, hipertensión arterial, tabaquismo, consumo de AINES.
- 7- La inestabilidad hemodinámica fue un determinante para que el paciente se complicara con un resangrado, siendo observado en un 41,9% de los casos.

- 8- Se demostró que el 90,3% de los pacientes fueron llevados antes de las 48 horas de ingreso a endoscopia digestiva alta, como consecuencia de sangrados más severos, y es considerado como un factor de riesgo para resangrado.
- 9- La úlcera gástrica fue el hallazgo más frecuente en el momento de realizar la endoscopia de ingreso, siendo descrita en un 58% de los casos.
- 10-Forrest IIA fue el hallazgo endoscópico más común en la segunda endoscopia, con el 29% de los casos, con una frecuencia superior a lo reportado en la literatura.
- 11- El uso de inhibidores de la bomba de protones representa la terapia de elección en el manejo del sangrado digestivo alto no variceal y en el resangrado.
- 12-Un hallazgo interesante en el presente trabajo, es que el uso de métodos infiltrativos es el más utilizado en nuestra institución, con un 83% de los casos.
- 13-La resolución quirúrgica del episodio de resangrado sólo fue observado en un solo paciente, lo que significa que el manejo médico y endoscópico son eficaces en el control del resangrado digestivo.

Recomendaciones

- 1 – Establecer en el momento que ingrese un paciente con HDSNV, la presencia de cómorbilidades, que puedan determinar que un paciente tiene más riesgo de complicaciones como el resangrado.
- 2 – Establecer los factores de riesgo que determinan que un paciente presente una HDSNV para identificar los pacientes que puedan presentar un episodio de resangrado digestivo.
- 3 – Optimizar el tiempo entre la llegada del paciente al servicio de emergencia y la realización de la endoscopia digestiva superior, para definir de manera precoz el Forrest de la lesión sangrante, para establecer el riesgo de resangrado.
- 4 – A todo paciente que presente descompensación hemodinámica en el contexto de una HDSNV, aplicarle los criterios de resangrado, para establecer su presencia y facilitar el abordaje diagnóstico y terapéutico.

Referencias bibliográficas

- 1- Rojas B, Landaeta J, Rodríguez M, et al. Hemorragia Digestiva Superior en el Hospital Vargas de Caracas. Gen (online) Mar. 2007, vol. 61(1): 30-34.
- 2- Elmunzer B, Young M, Inadomi M, et al. Systematic Review of the Predictors of Hemorrhage After Endoscopic Hemostatic Therapy for Bleeding Peptic Ulcers. American Journal of Gastroenterology. 2008; 103: 2625-2632.
- 3- Mitchell S, Friedel D. Initial Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: From Initial Evaluation up to Gastrointestinal Endoscopy. Med Clin N Am 2008; 92: 491-509.
- 4- Rockall TA, et al. Selection of Patients for Early Discharge or Outpatient Care After Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage. Lancet. 1996; 347:1138-40.
- 5- Fein F, Weber A, Koch S, et al. The Prognosis of Patients Having Received Optimal Therapy for Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding Might be Worse in Daily Practice than in Randomized Clinical Trials. European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2010; 22: 361-367.
- 6- Rodríguez H, Rodríguez M, González M, et al. Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia de Tubo Digestivo Alto y su Mortalidad. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguros Sociales 2009; 47(2): 179-184.
- 7- Bajaj JS, Dua KS, Hamson K, Presberg. Prospective, Randomized Trial Comparing Effect of Oral versus Intravenous Pantoprazole on Rebleeding After Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: a pilot study. Dig Dis Sci. 2007 Sep; 52(9):2190-4.

- 8- Targownik LE, Murthy S, Keyvani L, Leeson S. The Role of Rapid Endoscopy for High-risk Patients With Acute Non-variceal Gastrointestinal Bleeding. Canadian Journal of Gastroenterology. 2007 Jul; 21(7): 425-9.
- 9- Trevisani L, Chiamenti CM, Gaudenzi P, et al. Endoscopic Treatment of Upper Gastrointestinal Non-variceal Bleeding. Minerva Med. 2002 abril; 93(2):129-34.
- 10- Ruiz del Arbol L. Y cols. Pautas de protocolización clínica en la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Rev Esp Enf Digest 1.996; (88) 11 : 785-798
- 11- Peter DJ, Doughtery JM. Evaluation of the patients with gastrointestinal bleeding: an evidence based approach. Emerg Med Clin North Am 1999; 17(1): 239-61.
- 12- Silverstein FG, Gilbert DA, Tedesco FJ. The national age survey on upper gastrointestinal bleeding. Clinical diagnostic factor. Gastrointest Endosc 1994; 27: 80 -93.
- 13- Laine L. Gastrointestinal bleeding. In: Braunwald E, Fauci A, Kasper D, eds. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001:252.
- 14- Rivkin, Kirill, et al. Treatment of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. American Journal of Health-System Pharmacy. June 1, 2005. 62(11):1159-1170.
- 15- Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet. 1974; 2: 394-7.
- 16- Messmann H, Schaller P, Andus T et al. Effect of programmed endoscopic follow-up examinations on the rebleeding rate of gastric or duodenal peptic ulcers treated by injection therapy: a prospective randomized controlled trial. Endoscopy. 1998; 30:583-9.

- 17-Khuroo MS, Yattoo GN, Javid G. A comparison of omeprazole and placebo for bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med.* 1997; 336: 1054-8.
- 18-Lanas A, Artal a, Blas JM et al. Effect of parenteral omeprazole and ranitidine on gastric pH and the outcome of bleeding ulcer. *J Clin Gastroenterol* 1995; 21: 103-6.
- 19-Kubba AK, Choudari C, Rajgopal C, Ghosh S, Palmer KR. Reduced long-term survival following major peptic ulcer haemorrhage. *Br J Surg* 1997; 84:265-268.
- 20-Friedman LS, Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22(4):717-721.
- 21-Diaz C, et al. Hemorragia digestiva. En: Acedo, Barrios, Diaz, Orche, Sanz, ed. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre; 1998 (reeditado 2000). 473-485.
- 22-Naddaf, R, Folkmanas, W, Requena, T. Incidencia de hemorragia digestiva superior no variceal en el Hospital General del Oeste durante los años 2002-2006. *Gen*, jun. 2008, vol.62, no.2, p.114-115

Bdigital.ula.ve

ANEXOS

**FRECUENCIA DE RESANGRADO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
SUPERIOR NO VARICIAL EN EL INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
LOS ANDES DE MERIDA, ESTADO MERIDA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS
AÑOS 2005 Y 2009.
ESTUDIO DESCRIPTIVO**

DÍA	MES	AÑO

Fecha de ingreso

Historia clínica

--	--	--	--	--	--

Cédula de Identidad

V						
---	--	--	--	--	--	--

E

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

IDENTIFICACIÓN

Apellido(s) _____ **Nombre(s)** _____

Dirección: _____

1. Género.

- 1.1 Masculino
1.2 Femenino

	1
	2

2. Edad al momento de la hospitalización.
(años cumplidos)

--	--

CONDICION PREDISPONENTE

3. Enfermedad ulcerosa.

- 3.1 Gástrica.
3.2 Duodenal.
3.3 Gástrica y duodenal.
3.4 No hay lesión ulcerosa.

	1
	2
	3
	4

4. Antecedente de episodio de hemorragia digestiva alta.

- 4.1 Menor a 6 meses.
4.2 Mayor a 6 meses.
4.3 Sin antecedente de hemorragia.

	1
	2
	3

5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

- 5.1 Si.
5.2 No.

	1
	2

6. Diabetes Mellitus.

- 6.1 Si.
6.2 No.

	1
	2

7. Enfermedad renal crónica.

- 7.1 Si.
7.2 No.

	1
	2

8. Cáncer gastrointestinal.

8.1 Si.

8.2 No.

	1
	2

9. Otro tipo de cáncer.

9.1 Si.

9.2 No.

	1
	2

Cuál _____

10. Enfermedades neurológicas.

10.1 Si.

10.2 No.

	1
	2

11. Colagenopatías.

11.1 Si.

11.2 No

	1
	2

12. Hipertensión arterial.

12.1 Si.

12.2 No.

	1
	2

13. Insuficiencia Cardíaca.

13.1 Si.

13.2 No.

	1
	2

14. Cardiopatía isquémica.

14.1 Si.

14.2 No.

	1
	2

15. Tabaquismo.

15.1 Si.

15.2 No.

	1
	2

16. Alcohol.

16.1 Si.

16.2 No.

	1
	2

CONDICION PREDISPONENTE\

USO DE MEDICAMENTOS

17. Consumo de AINES.

17.1 Si.

17.2 No.

	1
	2

18. Consumo de esteroides.

18.1 Si.

18.2 No.

	1
	2

19. Consumo anticoagulantes.

19.1 Si.

19.2 No.

	1
	2

20. Consumo de otro medicamento.

20.1 Si.

20.2 No.

	1
	2

Cuál _____

ESTADO HEMODINAMICO AL MOMENTO DEL INGRESO

21. Hay inestabilidad hemodinámica al ingreso.

21.1 Si.

21.2 No.

	1
	2

TIEMPO DE REALIZACION DE LA ENDOSCOPIA DE INGRESO

22. Antes de las 24 horas de ingreso.

22.1 Si.

22.2 No.

	1
	2

23. Entre las 24 y 48 horas de ingreso.

23.1 Si.

23.2 No.

	1
	2

24. Después de las 48 horas de ingreso.

24.1 Si.

24.2 No.

	1
	2

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS INICIALES EN PACIENTES CON RESANGRADO

25. Ulcera gástrica.

25.1 Si.

25.2 No.

	1
	2

26. Ulcera duodenal.

26.1 Si.

26.2 No.

	1
	2

27. Ulcera esofágica.

27.1 Si.

27.2 No.

	1
	2

28. Gastritis hemorrágica.

27.1 Si.

27.2 No.

	1
	2

29. Síndrome de Mallory Weiss.

28.1 Si.

28.2 No.

	1
	2

30. Angiodisplasia.

29.1 Si.

29.2 No.

	1
	2

31. Neoplasia gastrointestinal alta.

30.1 Si.

30.2 No.

	1
	2

32. Ulceras anastomoticas (benignas o malignas).

31.1 Si.

	1
	2

33. Otras lesiones.

Cuál o cuáles _____

34. Clasificación de Forrest (En caso de lesión ulcerosa)

34.1 Forrest IA.

34.2 Forrest IB.

34.3 Forrest IIA.

	1
	2
	3

- 34.4 Forrest IIB
 34.5 Forrest IIC
 34.6 Forrest III
 34.7 Más de una clasificación.
 34.7 No aplica la clasificación de Forrest.

	4
	5
	6
	7
	8

TIEMPO DE PRESENTACION DEL EPISODIO DE RESANGRADO
 35. Días después de la primera endoscopia en el que se observa resangrado.

--	--

CRITERIOS CLINICOS DE RESANGRADO

36. Inestabilidad hemodinámica.
 36.1 Si.
 36.2 No.
 37. Hematemesis y/o hematòquexia., melena
 37.1 Si.
 37.2 No.

	1
	2

38. Descenso de la hemoglobina (en gramos/dl).

--	--

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN EL EPISODIO RESANGRADO

39. Ulcera gástrica.
 39.1 Si.
 39.2 No.
 40. Ulcera duodenal.
 40.1 Si.
 40.2 No.
 41. Ulcera esofágica.
 41.1 Si.
 41.2 No.
 42. Gastritis hemorrágica.
 42 .1 Si.
 42.2 No.
 43. Síndrome de Mallory Weiss.
 43.1 Si.
 43.2 No.
 44. Angiodisplasia.
 44.1 Si.
 44.2 No.
 45. Neoplasia gastrointestinal alta.
 45.1 Si.
 45.2 No.
 46. Ulceras anastomóticas (benignas o malignas).
 46.1 Si.
 46.2 No.
 47. Otras

	1
	2

	1
	2

	1
	2

	1
	2

	1
	2

	1
	2

	1
	2

	1
	2

48. CLASIFICACION DE FORREST EN EL RESANGRADO

- 48.1 Forrest IA.
 48.2 Forrest IB.
 48.3 Forrest IIA.
 48.4 Forrest IIB
 48.5 Forrest IIC
 48.6 Forrest III

	1
	2
	3
	4
	5
	6

48.7 Más de una clasificación.

48.8 No aplica la clasificación de Forrest.

	7
	8

MANEJO DEL EPISODIO DE RESANGRADO

49. Manejo médico

- 49.1 Inhibidores de la bomba de protones en bolo.
- 49.2 Inhibidores de la bomba de protones en infusión continua.
- 49.3 Inhibidores de la bomba de protones por vía oral.
- 49.4 Bloqueadores H2.
- 49.5 Octreotide y medicamentos afines (somatostatina).
- 49.6 Combinación de los anteriores,

	1
.	2
	3
	4
	5
	6

50. Manejo endoscópico.

- 50.1 Métodos térmicos.
- 50.2 Métodos infiltrativos.
- 50.3 Métodos mecánicos.
- 50.4 Utilización de clips

	1
	2
	3
	4

REQUERIMIENTOS TRANSFUSIONALES

51. Se requirió de transfusión sanguínea.

- 51.1 Si.

	1
	2

- 51.2 No.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL EPISODIO DE RESANGRADO

52. Resolución quirúrgica del episodio de resangrado.

- 52.1 Si.

	1
	2

- 52.2 No.

Bdigital.ula.ve