

CAUSAS DE HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA ENTRE 1 DE
ABRIL DEL 2010 A 31 OCTUBRE DE 2010

SERGIO ALEJANDRO ALVAREZ
JUAN PABLO CASTAÑEDA ROJAS
JUAN MANUEL GÓMEZ CANO
MARCO ANTONIO MOTTA POLANIA

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

CAUSAS DE HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA ENTRE 1 DE
ABRIL DEL 2010 A 31 OCTUBRE DE 2010

SERGIO ALEJANDRO ALVAREZ
JUAN PABLO CASTAÑEDA ROJAS
JUAN MANUEL GOMEZ CANO
MARCO ANTONIO MOTTA POLANIA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico.

Asesores

GUSTAVO PORTELA HERRAN
Gastroenterólogo

VICTOR MOLANO
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, 12 de Enero de 2011

DEDICATORIA

"A Dios, que me permitió la luz para prepararme y cumplir la misión que me encomendó.

A mis padres Amanda y Edgar, por su amor y apoyo incondicional, mi triunfo es el de ustedes.

A mis hermanos Daniel, Ivan, Ana y Carlos por su lealtad y serenidad que me alientan a la vida.

A Patricia, por su adorable compañía en mi afán por alcanzar mi sueño, por su amor, comprensión y paciencia."

A mi segundo padre, Don Azarias Gómez Castaño (q.e.p.d.) quien siempre me motivó a seguir adelante y a quien prometí que terminaría mis estudios. Promesa cumplida.

JUAN MANUEL

"Agradezco a Dios por la esperanza que me mueve y el amor que me da felicidad.

A mis padres, Salomón y Cecilia por su amor, comprensión y paciencia, por todo lo que me han dado en esta vida, especialmente por sus sabios consejos y por estar a mi lado en los momentos difíciles.

A mi hermano, Salomón por su compañía y cariño que me impulsa cada día a salir adelante.

A mis abuelos por su apoyo.

MARCO ANTONIO

Dedico el presente trabajo de grado a los seres que más amo en este mundo: mi esposa, Diana Victoria y mis hijos Simón y Samuel, por ser la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depara un futuro mejor.

SERGIO ALEJANDRO

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos a:

A los docentes de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana.

Al Dr. Gustavo Portela Herran Gastroenterologo y al Dr. Victor Molano, Medico Internista, quienes nos dedicaron parte de su tiempo, nos asesoraron y orientaron para desarrollar y culminar con éxito el presente trabajo.

Al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva por su disponibilidad.

A todas aquellas personas que de manera indirecta estuvieron implicadas en la realización de esta investigación.

A todos los participantes mil gracias.....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1 ANTECEDENTES	17
2 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
3 JUSTIFICACIÓN	20
4 OBJETIVOS	22
4.1 OBJETIVO GENERAL	22
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
5 MARCO TEÓRICO	23
5.1 ÚLCERA PÉPTICA	24
5.2 DESGARROS DE MALLORY-WEISS	26
5.3 VARICES ESOFÁGICAS	26
5.4 GASTROPATÍA HEMORRÁGICA Y EROSIVA	27
5.5 OTRAS CAUSAS	28
5.6 HEMORRAGIAS DEL INTESTINO DELGADO	28
5.7 LESIONES DE DIEAULAFOY	29
6 METODOLOGÍA	30
6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	30
6.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO	30
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	30
6.3.1 Población	30
6.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
6.5 FUENTES DE INFORMACIÓN	31
6.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	31

		Pág.
6.7	PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	31
6.8	CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
7	RESULTADO Y ANALISIS	33
7.1	FRECUENCIA DE GÉNERO	33
8	DISCUSION	38
9	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
	BIBLIOGRAFIA	42
	ANEXOS	46

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Distribución por género de los pacientes.	50
Tabla 2.	Distribución por grupo etéreo de los pacientes.	50
Tabla 3.	Distribución por ocupación actual.	50
Tabla 4.	Distribución de pacientes por grupo sanguíneo.	51
Tabla 5.	Distribución de los pacientes por tacto rectal.	51
Tabla 6.	Distribución de los pacientes según procedencia.	51
Tabla 7.	Distribución de los pacientes a los cuales les realizaron transfusiones.	52
Tabla 8.	Distribución de los pacientes según su ocupación antigua.	52
Tabla 9.	Distribución de diversas patologías en HVDA.	52

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Distribución por género de los pacientes de la población estudiada.	33
Grafica 2. Distribución por grupo etario de los pacientes de la población estudiada.	33
Grafica 3. Distribución por ocupación actual.	34
Grafica 4. Distribución por grupo sanguíneo.	34
Grafica 5. Distribución por pacientes que requirieron tacto rectal.	35
Grafica 6. Distribución de pacientes por lugar de procedencia.	35
Grafica 7. Pacientes que requirieron transfusiones durante su estancia hospitalaria.	36
Grafica 8. Distribución de pacientes por ocupación antigua.	36
Grafica 9. Patologías más frecuentes según el reporte endoscópico.	37

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formulario recolección de datos costos tratamiento de hemorragia de vías digestivas altas H.U.H.M.P	47
Anexo B. Tablas complementarias	50

RESUMEN

INTRODUCCION: La hemorragia de vías digestivas altas es una patología considerada como la causa más frecuente en el servicio de gastroenterología. No hay registros en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (HUHMPN) de incidencia en género, su relación con trabajos tanto actuales como pasados, en la población etaria en que más prevalece y sobre todo el tipo de patología que la causa.

OBJETIVO: Identificar las causas gastroduodenales de hemorragia de vías digestivas altas en los pacientes que consulten al servicio de urgencias del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre 1 de abril del 2010 a 31 octubre de 2010.

MATERIALES Y METODOS: El tipo de estudio es retrospectivo puesto que se aplicó un instrumento para determinar las causas gastroduodenales de hemorragia de vías digestivas altas en los pacientes que habían consultado al servicio de urgencias del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre 1 de abril del 2010 a 31 octubre de 2010 según la información de la historia clínica.

RESULTADOS: Se examinaron las historias clínicas de 141 pacientes encontrados en el servicio de observación adultos del H.U.H.M.P en un periodo de 7 meses. El género masculino se ve más afectado por esta patología, presentado en nuestro estudio un 61% de los casos frente a un 39% de casos presentados en los hombres. Las personas que están cesantes con un porcentaje de 33% seguida de amas de casa y personas con oficios varios quienes presentaron un 19% cada uno. La ocupación antigua que más veces se encontró en los registros fue la de agricultor con un 40%, Seguido están las amas de casa con un 28%. El grupo de edad que más se ve afectado es el que se encuentra entre los 60 y 75 años con un porcentaje de 40%, seguido esta el grupo de edad entre 45 y 59 con un porcentaje de 25% y del grupo de mayores de 75 con un porcentaje de 20%.

CONCLUSIONES: En nuestro medio la causa más común de hemorragia de vías digestivas altas, es la ulcera gástrica tipo II. El grupo sanguíneo mas frecuente dentro de los pacientes afectados por esta patología es el grupo O+ con el 51,7%, seguido del B+ con el 36,1% y el A+ con el 12%. El rango de edad con mayor afectación se encuentra entre 60 y 75 años con un valor del 39,7%. El siguiente es de 45 y 59 años con un valor de 24,8%, mayores de 75 años con 19,8%, entre 30 y 44 años 7,8% y menores de 30 años 7,8%. El 61% de la población estudiada es

de género masculino contra un 39% femenino. Dentro de la población estudiada en el 100% de los pacientes no se uso la sonda nasogástrica.

Palabras Claves: Hemorragia, gastroduodenales, servicio de urgencias, ulcera gástrica tipo II.

SUMMARY

INTRODUCTION: The upper GI bleeding is a condition considered to be the most common cause in the Gastroenterology. There are no records at the University Hospital of Neiva Hernando Perdomo Moncaleano (HUHMPN) gender incidence, its relation to current and past work in the population in most prevalent age and especially the type of pathology that causes it.

To identify the causes of gastroduodenal upper GI bleeding in patients who consult the emergency department Moncaleano Hernando Perdomo university hospital between April 1, 2010 to October 31, 2010.

MATERIALS AND METHODS: The type of study is retrospective since it is an instrument applied to determine the causes of gastroduodenal upper GI bleeding in patients who had consulted the casualty department Moncaleano Hernando Perdomo university hospital between April 1, 2010 to October 31, 2010 according to information from medical records.

RESULTS: The medical records of 141 patients found in the adult service HUHMP observation over a period of 7 months. The male gender is most affected by this disease, presented in our study 61% of cases compared to 39% of cases presented in men. People who are unemployed at a rate of 33%, followed by housewives and people with various occupations who had a 19% each. Ancient occupation more often found in the records was a farmer with 40%, followed housewives are at 28%. The age group most affected is that found between 60 and 75 years with a rate of 40% followed this age group between 45 and 59 at a rate of 25% and over 75 group at a rate of 20%.

CONCLUSIONS: In our country the most common cause of upper GI bleeding, gastric ulcer is type II. The most common blood group in patients affected by this pathology is the group O + with 51.7%, followed by B + with 36.1% and A + with 12%. The age range most affected is between 60 and 75 years with a value of 39.7%. The following is from 45 to 59 years with a value of 24.8% over 75 years at 19.8%, between 30 and 44 years 7.8% and under 30 years 7.8%. 61% of the population studied was male vs 39% female. Within the study population in 100% of the patients did not use a nasogastric tube.

Keywords: bleeding, gastroduodenal, emergency service, type II gastric ulcer.

INTRODUCCIÓN

La población del departamento del Huila se ha visto afectada durante los últimos tiempos por un sin número de enfermedades las cuales han deteriorado sustancialmente la calidad de vida de la población, una de las patologías emergentes es la hemorragia de vías digestivas altas la cual se ha convertido en la primera causa de consulta en el servicio de urgencias para el departamento de gastroenterología del hospital universitario de Neiva.

La hemorragia de vías digestivas puede manifestarse de cinco formas. La hematemesis es el vómito de sangre roja o "en posos de café". La melena se caracteriza por heces malolientes y negras de aspecto similar al alquitrán. La hematoquezia es la evacuación de sangre de color rojo vivo o granate por el recto. Las pérdidas ocultas de sangre en el aparato digestivo pueden descubrirse con un análisis especial (p. ej., la prueba del guayaco) en ausencia de hemorragia manifiesta. A veces los pacientes presentan sólo síntomas de anemia o de pérdida de sangre, como mareo, síncope, angina de pecho o disnea.

Esta patología ha tomado gran relevancia en el diario vivir de los habitantes de nuestro departamento, convirtiéndose en una de las mayores causales de ausencias laborales y escolares. Es por ello que es de vital importancia determinar cuáles son las causas más comunes y los factores desencadenantes y asociados que puedan alterar la historia natural de la enfermedad y determinar que se presente como cuadro "benigno" con manifestaciones sistémicas leves o por el contrario se presente como un cuadro agresivo con presentación de cuadros clínicos que pongan en riesgo inminente la vida del paciente. También se observa con gran preocupación como la venta indiscriminada de algunos medicamentos "que ya no son de uso exclusivo de las farmacias si no de tiendas de barrio" han aumentado el número de pacientes víctimas de esta patología de manera considerable ya que son conocidos predisponentes a patologías relacionadas con la hemorragia de vías digestivas.

Hay un sin número de factores que se reseñan en la literatura mundial que pueden intervenir en el curso de la enfermedad, factores los cuales podrían cambiar para nuestra población, los cuales no han sido referenciados ni estudiados en la población que consulta a el servicio de urgencias, factores que de ser determinados podrían convertirse en planes de salud pública con el fin de disminuir uno de los motivos de consulta más común para el servicio de gastroenterología y no solo eso, podríamos contribuir a que las personas en edad

productiva se ausenten menos y tengan un desarrollo profesional adecuado y también a que las personas en edad mayor tengan una buena calidad de vida ya que son ellas las que sufren con mayor rigor y severidad las manifestaciones clínicas de esta patología.

1. ANTECEDENTES

El tema de las hemorragias digestivas altas constituye uno de los tópicos más estudiados desde el punto de vista de abordaje y avances en la terapéutica, los cuales han sido bastante útiles para disminuir las tasas de mortalidad debido a la implementación de protocolos y guías de manejo.

No obstante no se encuentran estudios de casos o análisis clínicos que traten de analizar el costo económico de la hemorragia de vías digestivas altas en Colombia. Sin embargo un estudio hecho en Estados Unidos donde nos informa acerca del impacto del problema en su población. Determino que en USA hay 400.000 episodios de HVDA el cual del 80 al 90 % de los que ingresan lo hacen por presentar un sangrado agudo.^[1]

Igualmente el estudio nos orienta hacia que la causa principal de sangrado gastrointestinal es la úlcera gástrica asociado al consumo de antiinflamatorios no esteroideos y que los pacientes con sangrado de úlcera péptica al año cuesta a las entidades prestadores de servicios de salud en estados unidos más de 2 billones de dólares al año. Sin haber encontrado literatura que nos ilustre acerca del costo real en nuestro medio del manejo de esta patología.

La hemorragia aguda de vías digestivas altas es una de las emergencias más frecuentes en los servicios de urgencias. Su mortalidad promedio es del 10%. La etiología más común continúa siendo la úlcera péptica, representando casi la mitad de los casos. La restauración del volumen intravascular y la estabilización de la presión arterial son la primera prioridad del manejo más que identificar la causa del sangrado. En un 70-80% de los casos el sangrado se detiene espontáneamente.

Según la experiencia del Dr. Fernando Sierra y sus colaboradores^[2], a nivel nacional un 70% de las úlceras duodenales se presenta en el hemicírculo anterior del bulbo duodenal, y el 30% restante en el hemicírculo posterior. Sin embargo, este mismo grupo reporta en la Fundación Santa Fe de Bogotá que las principales

^[1] LIM CH, Vani D, Shah SG, Everet t SM, Rembacken BJ. The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study. *Endoscopy* 2006;38:581-5.

^[2] SIERRA, Fernando. *Gastroenterología Colombiana. Rev Col Gastroenterol*, Sep./Aug. 2003, vol.18, no.3, p.134-145. ISSN 0120-9957.

causas de sangrado digestivo alto son la gastritis aguda hemorrágica, la úlcera péptica y el síndrome de Mallory-Weiss.

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta 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. Algunos de los casos tienen un curso benigno y no requieren una intervención terapéutica específica, en otros casos se presentan cuadros severos y es en este subgrupo en los que encontramos una alta tasa de mortalidad. Un paciente con hemorragia de vías digestivas altas 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 resangrado se podrá definir la urgencia y el manejo más adecuado.^[3]

El Hospital Universitario de Neiva es un centro hospitalario de tercer nivel líder en la región Surcolombiana en la prestación de servicios de salud especializados, de alta complejidad, formación del Talento Humano e investigación en salud. El cual sirve de referencia para los diferentes municipios que convergen a la ciudad de Neiva, además, de otros departamentos como son Putumayo, Sur del Tolima, Caquetá y parte del Cauca.

Por ser esta una empresa social del estado de tercer nivel, se realizan diariamente procedimientos para el diagnóstico, control y tratamiento de patologías asociadas a el sangrado de vías digestivas altas.

Por ello es necesario identificar factores de riesgo como lo son el género, la edad, ocupación, tipo de sangre. Para así implementar una adecuada prevención, diagnóstico y manejo.

De esta manera surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las causas gastroduodenales de hemorragia de vías digestivas altas, según el reporte endoscópico en los pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias y de observación adultos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva?

^[3] BORNMAN P.C., THEODOROU N., SHUTTLEWORTH R.D., et al. Importance of hypovolaemic shock and endoscopic signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration: a prospective evaluation. Br Med J 2002; 291:245-7.

3. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia gastrointestinal alta representa una de las principales causas morbi- mortalidad a nivel mundial, con una prevalencia de aproximadamente 160 casos por 100.000 habitantes por año, dentro de los cuales, la ulcera péptica abarca aproximadamente el 50 al 70% de ellos. No obstante, y a pesar de los avances en la terapéutica un número estimado del 10% de los pacientes fallece.

En el Hospital Universitario de Neiva, tenemos, según datos no publicados, unos 390 casos anuales de H.V.D.A (más de un caso diario en promedio); esto significa que es una de las principales causas de hospitalización por servicio de urgencias en nuestro medio. Su frecuencia y alta morbimortalidad ha despertado nuestro interés en el tema, en busca de establecer las principales características poblacionales de los grupos complicados con hemorragia de vías digestivas altas, sus factores desencadenantes más comunes, y en este sentido reconocer con claridad las poblaciones a riesgo en nuestro medio, además de identificar las causas de hemorragia de vías digestivas altas para su adecuado tratamiento.^[4]

Por lo enunciado anteriormente es que buscamos conocer y establecer las causas gastroduodenales de hemorragias de vías digestivas altas en nuestra institución y conocer cuál es la más frecuente de todas y tratar de valorar los antecedentes personales y familiares de estos pacientes, conocer los factores medioambientales que rodean a los mismos y analizar estos datos buscando una asociación entre ellos y determinar su morbilidad en los pacientes.

Con el fin único de reconocer las tasas de presentación, diagnóstico y tratamiento en el medio que nos rodea.

El estudio se realizara con el fin de conocer los registros a nivel local de esta patología y de poder proponer ideas que incluyan a la población del Huila, para que puedan llegar a disminuir las tasas de presentación y complicaciones que padecen los pacientes que consultan al servicio de urgencias del hospital universitario de Neiva.

^[4] ROCKALL T.A., LOGAN R.F.A., DEVLIN H.B. et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage Gut 2000;38:316.

Además nos marco una gran preocupación el saber que en este centro de referencia del surcolombiano no encontremos registros de esta patología.

4. OBJETIVOS

4. 1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas gastroduodenales de hemorragia de vías digestivas altas en los pacientes que consulten al servicio de urgencias del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre 1 de abril del 2010 a 31 octubre de 2010.

4. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar el grupo sanguíneo de mayor frecuencia en pacientes con hemorragias de vías digestivas altas.

Determinar las diferentes enfermedades co-morbidas en los pacientes.

Identificar la respuesta y complicaciones al tratamiento en las primeras 48 horas.

Determinar el rango de edad y género afectado por esta patología.

5. MARCO TEÓRICO

La hemorragia de vías digestivas altas es la emergencia mas frecuente en gastroenterología. Su incidencia es de 50 a 160 x 100.000 habitantes por año en el reino unido, en EE.UU. Causa 400.000 hospitalizaciones al año esta incidencia es más alta en zonas económicamente deprimida.

La mortalidad de hemorragias de vías digestivas altas asociada al sangrado de ulcera péptica es de 5 al 10% en EE.UU.

Por otra parte, la hemorragia digestiva representa el 40% de todas las causas de muerte por ulcera péptica, siendo considerada la complicación mas grave de la enfermedad.

La enfermedad ulcerosa péptica es la principal causa de la hemorragia aguda del tracto digestivo superior, siendo responsable del 50% de los casos admitidos en los servicios asistenciales.

De los 2.225 pacientes incluidos en el estudio ASGE (1981) en EE.UU.^[5], la úlcera péptica fue responsable del 47% de las hemorragias digestivas altas (úlceras duodenales 24%, úlceras gástricas 21% y úlceras recurrentes 2%). El comienzo del sangrado puede ocurrir a cualquier edad, pero generalmente afecta a los adultos entre 50 y 65 años.

En el 30 – 40 % de los casos existen antecedentes de hemorragia previa o de enfermedad ulcerosa. Lewis y colaboradores^[6], evaluando las causas de sangrado digestivo en pacientes hospitalizados, comprobaron que, a diferencia de lo indicado habitualmente en la literatura, la causa mas frecuente de hemorragia en estos pacientes es la ulcera duodenal, representando el 36% de todos los casos y el 49% de los casos de hemorragia digestiva alta en los q utilizo un método diagnostico. La ulcera gástrica, por su parte, solo represento el 10% de los casos.

^[5] LEWIS JD, Bilker WB, Brensinger C, Farrar JT, Strom BL. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. Am J Gastroenterol 2002;97:2540-9.

^[6] LEE SD, KEARNEY DJ. A randomized controlled trial of gastric lavage prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. J Clin Gastroenterol 2004; 38:861-5

Los estudios encaminados a determinar la causa de la hemorragia de vías digestivas son variados siendo la endoscopia digestiva la principal ayuda diagnóstica utilizada para tal fin, este paraclínico permite un amplio abordaje y conocimiento de la etiología de esta patología además ofrece la posibilidad del abordaje terapéutico de estos pacientes.

En nuestro medio la mayor causa de hemorragia de vías digestivas altas es la enfermedad ácido péptica bien sea úlcera gástrica o duodenal. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de la misma son la infección por *helicobacter pylori* y uso de antiinflamatorios no esteroideos, como factores precipitantes individuales y con efecto sinérgico entre ellos; aunque también debemos tener en cuenta otras causas no tan comunes pero que también puede presentarse como etiología de sangrado digestivo alto entre otras encontramos el síndrome de Mallory Weiss; carcinomas; angiomas, lesiones de Dieulafoy, hemobilia, fístula aorto entérica.

En Estados Unidos y en Europa, la incidencia anual de hospitalizaciones por pérdida oculta de sangre en las vías digestivas altas (upper GIB, UGIB) es cercana a 0.1%, con mortalidad entre 5 a 10%. No es frecuente que aquéllos mueran exangües; suelen fallecer por la descompensación de otras enfermedades subyacentes. En los pacientes menores de 60 años que no padecen neoplasias malignas ni insuficiencia funcional de ningún órgano, la mortalidad es <1%. Los tres factores clínicos independientes que señalan peligro de muerte en pacientes hospitalizados por hemorragia de vías digestivas altas son senectud, coexistencia de otras enfermedades y deterioro hemodinámico (taquicardia o hipotensión).

La úlcera péptica es la causa más frecuente de UGIB, ya que origina cerca de 50% de los casos. Los desgarros de Mallory-Weiss representan 5 a 15% de los casos. El porcentaje de pacientes que sangran a causa de las varices oscila entre 5 y 30, aproximadamente, según la población estudiada. Es frecuente que la gastropatía erosiva o hemorrágica [p. ej., causada por fármacos antiinflamatorios no esteroideos (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAID) o por alcohol] y la esofagitis erosiva produzcan UGIB leves, pero rara vez son importantes.

5.1 ÚLCERA PÉPTICA [7,8]

Además de las manifestaciones clínicas, las características de la úlcera en la endoscopia también son datos importantes para el pronóstico. Hasta 33% de los pacientes con hemorragias activas o con un vaso visible que no sangra volverá a sangrar y necesitará una intervención urgente si sigue un tratamiento conservador.

Estos pacientes mejoran claramente si se tratan por vía endoscópica con electrocoagulación bipolar, sondas de calor, o con inyecciones esclerosantes (p. ej., de alcohol absoluto, adrenalina al 1:10 000), con lo que disminuyen las hemorragias, la permanencia hospitalaria, las tasas de mortalidad y los costos. En cambio, en los pacientes con una úlcera de base limpia, la posibilidad de que repitan las hemorragias es casi nula. Si no hay otra razón para la hospitalización, estos pacientes deben ser dados de alta el mismo día de su ingreso en el hospital, una vez estabilizada su situación. Los pacientes en los que el fondo de la úlcera contiene sangre deben permanecer hospitalizados durante tres días, ya que la mayor parte de las hemorragias recidivantes se produce durante ese período.

Los estudios comparativos con asignación aleatoria han corroborado que el goteo intravenoso constante de dosis altas de omeprazol (administración intravenosa rápida de 80 mg y goteo a razón de 8 mg/h), utilizado para incrementar el pH intragástrico entre 6 y 7 y mejorar la estabilidad del coágulo, disminuye la persistencia de la hemorragia (aunque no el riesgo de muerte), incluso después de practicar endoscopia terapéutica apropiada en individuos con úlceras de alto riesgo (hemorragia activa, un vaso visible que no sangra y tal vez coágulo adherente). En Estados Unidos se utiliza la misma dosis de pantoprazol, el único inhibidor de la bomba de protones para administración intravenosa con que se cuenta, después de haber confirmado en el estudio endoscópico la presencia de una úlcera que plantea un riesgo alto.

Cerca de 33% de los pacientes con hemorragia ocasionada por úlcera vuelven a sangrar en un período de uno a dos años. La profilaxis de las nuevas hemorragias se dirige a los tres factores patogénicos principales de la úlcera: *Helicobacter pylori*, los NSAID y el ácido estomacal. Cuando se elimina *H. pylori* en los pacientes con úlceras hemorrágicas disminuyen extraordinariamente las recidivas de la hemorragia a <5%. Si un paciente que toma NSAID presenta una úlcera hemorrágica, hay que interrumpir su consumo, siempre que sea posible.

Si es necesario continuar el uso de antiinflamatorios no esteroideos, el tratamiento inicial debe incluir un inhibidor de la bomba de protones. Más tarde se pasará de un NSAID no selectivo a otro que sea inhibidor específico de la ciclooxigenasa (COX-2) o se agregarán otros tratamientos para las vías digestivas. Los inhibidores de la bomba de protones y el misoprostol son agentes terapéuticos concurrentes eficaces, pero los inhibidores son los preferidos, porque requieren administración menos frecuente (una vez al día) y tienen menos efectos adversos (como la diarrea). Los sujetos con riesgo muy alto (p. ej., ancianos con una úlcera que ha sangrado antes) quizá deban recibir un inhibidor específico de COX-2 y un inhibidor de la bomba de protones. Los que presentan úlceras sangrantes no

causadas por H. pylori ni por NSAID deben seguir recibiendo por tiempo indefinido antisecretorios en dosis completas.^[9]

5.2 DESGARROS DE MALLORY-WEISS

Los datos clásicos en el interrogatorio consisten en vómito, arcadas o tos, seguidos de hematemesis, ante todo en los sujetos alcohólicos. La hemorragia debida a estos desgarrros, que suelen aparecer en la vertiente gástrica de la unión gastroesofágica, en 80 a 90% de los casos se cohíbe espontáneamente y recidiva sólo en 0 a 5%. El tratamiento endoscópico resulta eficaz durante la fase de hemorragia activa. En ciertos casos se requiere angiografía terapéutica con goteo endoarterial de vasopresina o embolización, y tratamiento quirúrgico con sobrehilado del desgarro.

5.3 VARICES ESOFÁGICAS

Los pacientes con hemorragia de varices tienen peor pronóstico que los que sangran por otras causas. El tratamiento endoscópico realizado en ese momento disminuye la repetición de las hemorragias, y las sesiones endoscópicas repetidas para suprimir las varices disminuyen en grado considerable la reaparición de la hemorragia y la mortalidad. La técnica más idónea es la ligadura endoscópica de las varices esofágicas, porque la hemorragia reaparece menos veces, la mortalidad disminuye, hay menos complicaciones locales, y se necesitan menos sesiones terapéuticas para erradicar las varices, que con la escleroterapia. El tratamiento inmediato con la administración intravenosa rápida de 50 g de octreótido, seguida de goteo intravenoso a razón de 50 g/h por 2 a 5 días, puede ayudar a cohibir la hemorragia aguda, y ha sustituido a la vasopresina como el agente terapéutico médico más indicado contra la hemorragia aguda por varices, en Estados Unidos. En otros países han mostrado eficacia también agentes, como la somatostatina y la terlipresina. A largo plazo, la administración de betabloqueadores no selectivos disminuye la hemorragia recidivante por varices esofágicas. Por lo regular se administran betabloqueadores, junto con el tratamiento endoscópico de largo plazo.

^[9] BARKUN A, SABBAAH S, ENNS R, et al. The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1238-46

Está indicado un criterio más enérgico cuando las hemorragias persisten o recidivan a pesar del tratamiento médico y endoscópico. La derivación portosistémica intrahepática a través de la vena yugular (transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS) disminuye las recidivas de la hemorragia con más eficacia que el tratamiento endoscópico, aunque es más frecuente la encefalopatía hepática, y tiene una mortalidad equiparable. En la mayoría de los pacientes a quienes se ha practicado TIPS aparece estenosis de la derivación al cabo de uno a dos años y deben someterse a una nueva manipulación instrumental. Por ello, la TIPS está especialmente indicada en los pacientes con hepatopatías graves y en los que se prevé un trasplante ulterior. Es probable que los sujetos con cirrosis más leves y bien compensados deban someterse a intervención de descompresión (p. ej., una derivación esplenorenal distal). La hipertensión porta también origina las hemorragias por varices gástricas, varices ectópicas situadas en el intestino delgado y el colon, y las de la gastropatía y la enterocolopatía hipertensivas.

5.4 GASTROPATÍA HEMORRÁGICA Y EROSIVA

La gastropatía o gastritis hemorrágica y erosiva es la denominación que se utiliza para designar a las hemorragias y erosiones subepiteliales que se identifican en la endoscopia. Se trata de lesiones de la mucosa y que por tanto no producen hemorragias importantes. Aparecen en varias situaciones clínicas, siendo las más importantes la ingestión de NSAID o de alcohol, y el estrés. Cerca de 50% de los pacientes que ingieren prolongadamente NSAID tiene erosiones (15 a 30% tienen úlceras), y 20% de los alcohólicos bebedores activos que tienen síntomas de UGIB presentan signos de hemorragia o de erosiones subepiteliales.

Las lesiones de la mucosa gástrica relacionadas con el estrés sólo aparecen en pacientes muy graves, como los que han sufrido traumatismos intensos, intervenciones de cirugía mayor, quemaduras de extensión superior a un tercio de la superficie corporal, enfermedades intracraneales graves o alguna otra enfermedad importante (dependencia de un ventilador mecánico, coagulopatías). Es probable que las hemorragias no sean importantes, salvo que existan úlceras. La mortalidad de estos pacientes es bastante alta, dada la gravedad de la enfermedad subyacente.

La incidencia de hemorragias en las úlceras o en las lesiones de la mucosa gástrica relacionadas con el estrés ha disminuido mucho en los últimos años, tal vez debido a los mejores cuidados prestados a los pacientes gravemente enfermos. La profilaxis farmacológica de las hemorragias puede estar indicada en esos pacientes de alto riesgo. Los mejores datos clínicos indican que el

tratamiento más indicado es la administración de antagonistas de los receptores H2 por vía intravenosa, aunque el sucralfato también es eficaz. El tratamiento profiláctico disminuye las hemorragias, pero no reduce la mortalidad.

5.5 OTRAS CAUSAS

Otras causas menos frecuentes de UGIB son la duodenitis erosiva, las neoplasias, las fístulas aortointestinales, las lesiones vasculares [como la telangiectasia hemorrágica hereditaria (de Osler-Weber-Rendu)] y las ectasias vasculares del antro gástrico ("estómago en sandía cortada"), la lesión de Dieulafoy (en la que un vaso anómalo de la mucosa sangra por un punto defectuoso de ésta), la gastropatía de prolapso (prolapso del estómago proximal en el esófago provocado por los esfuerzos del vómito, ante todo en los alcohólicos), y la hemobilia y la hemorragia del colédoco o del conducto pancreático.^[10]

5.6 HEMORRAGIAS DEL INTESTINO DELGADO

Los cuadros causantes de hemorragia del intestino delgado (hemorragias fuera del alcance del endoscopio estándar de vías altas) son difíciles de diagnosticar y explican la mayor parte de los casos de hemorragia digestiva de causa desconocida. Afortunadamente, las hemorragias del intestino delgado no son frecuentes. Las causas más comunes son las ectasias vasculares y los tumores (p. ej., adenocarcinoma, leiomioma, linfomas, pólipos benignos, tumores carcinoides, metástasis y lipomas). Otras causas menos frecuentes son la enfermedad de Crohn, las infecciones, la isquemia, la vasculitis, las varices, los divertículos, el divertículo de Meckel, los quistes de duplicación y la invaginación. Los NSAID inducen erosiones y úlceras en el intestino delgado y pueden ser una causa bastante frecuente de hemorragias digestivas duraderas, sin causa conocida.

El divertículo de Meckel es la causa más frecuente de GIB bajas (lower GIB, LGIB) de cuantía importante en los niños y su frecuencia disminuye con la edad. En los adultos menores de 40 a 50 años, los tumores del intestino delgado son los que más veces producen hemorragias de origen desconocido en las vías digestivas, mientras que en los pacientes mayores de 50 a 60 años la causa más común son las ectasias vasculares.

^[10] Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. N Engl J Med 1994;331:717-27

En lo posible, las ectasias vasculares deben tratarse por vía endoscópica. Se deben operar las ectasias vasculares localizadas en un único segmento del intestino delgado cuando ha sido ineficaz el tratamiento endoscópico. Se han utilizado compuestos de estrógeno-progesterona para tratar ectasias vasculares, pero en una investigación con estudio doble no se identificó beneficio en cuanto a evitar la hemorragia recidivante. Las lesiones aisladas, como tumores, divertículos o duplicaciones, suelen tratarse con ablación quirúrgica.

5.7 LESIONES DE DIEAULAFOY

La lesión de Dieulafoy es una anomalía vascular localizada generalmente en estómago proximal y consiste en la presencia de una arteria de gran calibre en la submucosa y ocasionalmente en la mucosa, aunque el diagnóstico definitivo es anatomopatológico, con la endoscopia se puede alcanzar una precisión elevada. Es una causa rara aunque potencialmente fatal de hemorragia gastrointestinal y responde a menos del 2% de episodios de hemorragia digestiva aguda. La lesión de Dieulafoy duodenal ha sido comunicada en un número reducido de casos y en algunos de ellos se ha precisado de tratamiento quirúrgico.

Hemobilia

Se presenta una patología poco frecuente en la literatura, descrita de 1948 por Sandblom como una hemorragia del tubo digestivo alto y cuyo origen se encuentra en las vías biliares intra o extrahepáticas caracterizada por una triada de dolor cólico en el hipocondrio derecho, hematemesis con melena e ictericia.^[11]

^[11] Viviane A, Alan BN. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States. Value Health 2008;11:1-3.

6. METODOLOGÍA

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El tipo de estudio es retrospectivo puesto que se aplicó un instrumento para determinar las causas gastroduodenales de hemorragia de vías digestivas altas en los pacientes que habían consultado al servicio de urgencias del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre 1 de abril del 2010 a 31 octubre de 2010 según la información de la historia clínica.

Según el tiempo de recolección de datos es transversal; ya que el instrumento se aplicara en un solo momento durante el proceso de investigación. Según el nivel de conocimiento este estudio es de tipo descriptivo.

6.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO

El lugar donde se realiza la investigación es el área de urgencias y observación adultos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, el cual tiene el personal idóneo, las instalaciones adecuadas para el desarrollo adecuado del estudio.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.3.1 Población. Pacientes que asistieron al servicio de consulta externa gastroenterología, servicio de Urgencias de adultos, con diagnóstico presuntivo o confirmado de hemorragia de vías digestivas altas, en el período comprendido entre 1 de abril del 2010 a 31 octubre de 2010. Se tomó el total de 141 historias clínicas con el diagnostico propuesto, por lo tanto la muestra es igual a la población.

6.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se diseñó un formato tipo lista de chequeo destinado especialmente para recoger datos de las variables: nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento y procedencia, ocupación actual y anterior, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes

familiares, personales y tiempo de evolución, resultados de los exámenes de laboratorio, y reportes anatomopatológicos.

La lista chequeo fue revisada y evaluada por el Dr. Gustavo Portela Herran y el Dr. Victor Manuel Molano. La cual se puede observar en anexo A.

6.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información para la realización de la investigación son de tipo primarias, dado a que fue recolectada directamente del paciente o de su tutor, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

6.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

La recolección de información se llevo a cabo en los días comprendidos entre el 1 de abril y 31 de octubre del 2010, la recolección se realizo en las horas de la tarde, dicha información se recolectaba con la colaboración de médicos internos y enfermeras jefes, las cuales nos indicaban cuantos y cuales pacientes ingresaban a diario con el diagnostico de hemorragia de vías digestivas altas. Después de llenado el formato de datos, la información recolectada con las variables del estudio se archivo en la base de datos.

Posteriormente se revisaron los reportes de endoscopia con diagnostico de hemorragia de vías digestivas altas, para identificar la patología causal mas frecuente.

Una vez obtenida toda la información requerida, tanto clínica como de laboratorio, los datos fueron analizados aplicando EPI-INFO, técnicas estadísticas descriptivas, se elaboraron graficas con su respectivo análisis.

6.7 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La información se organizó en una hoja de cálculo de Excel, y se analizó la información en programa SPSS versión 15. Para obtener los resultados se aplicaron estadísticos descriptivos como distribución de frecuencias para las

variables categóricas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

6.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con respecto a las investigaciones científicas en ciencias de la salud, es fundamental tener en cuenta la dignidad y el respeto por el ser humano, por ello es necesaria la existencia de normas y leyes que rijan y regulen el desarrollo de este tipo de estudios. Para realizar este estudio se tendrán en cuenta las "normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud" regidos por la Resolución No. 008430 del 4 De Octubre De 1993 del ministerio de salud; y teniendo en cuenta los Aspectos Éticos De La Investigación En Seres Humanos (art. 5-16) donde "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar".

Por otra parte la presente investigación será un estudio sin riesgo ya que no que emplean técnicas invasivas, sino métodos de investigación retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

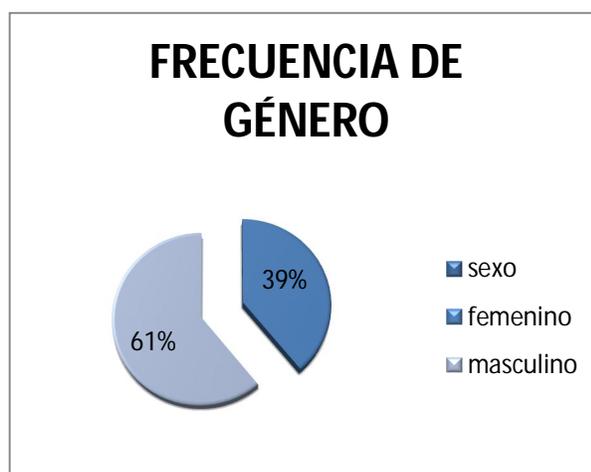
El consentimiento informado se hizo verbalmente con cada paciente, siendo excluidos quienes no autorizaban.

7. RESULTADO Y ANALISIS

En el periodo de estudio se recolectaron 141 pacientes, cuyos resultados son:

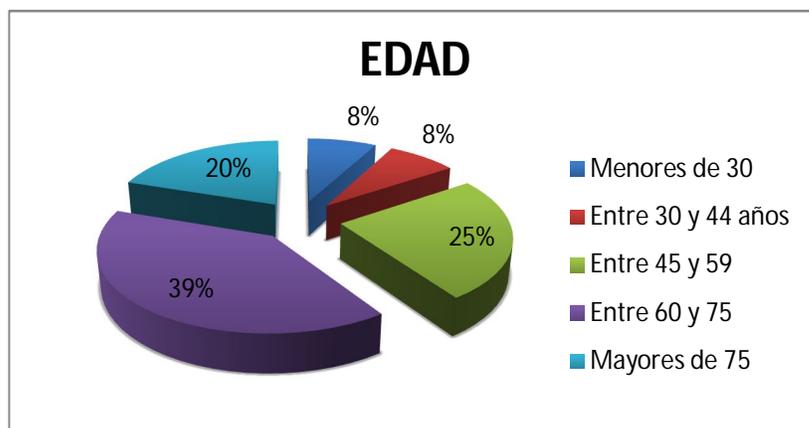
7.1 FRECUENCIA DE GÉNERO

Grafica 1. Distribución por género de los pacientes de la población estudiada.



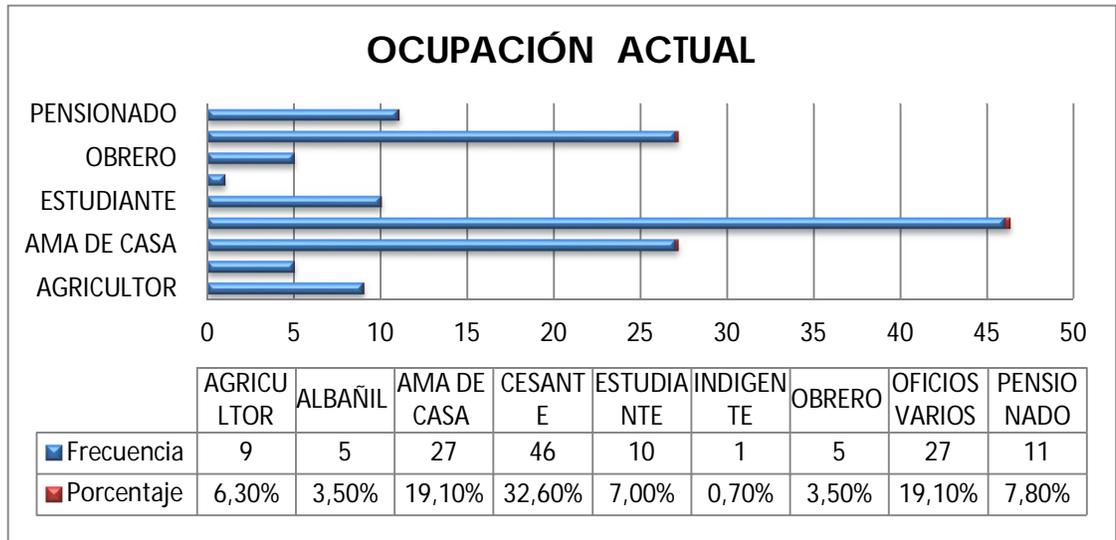
Se observó un predominio del género masculino frente al femenino en una relación de 2:1.

Grafica 2. Distribución por grupo etario de los pacientes de la población estudiada.



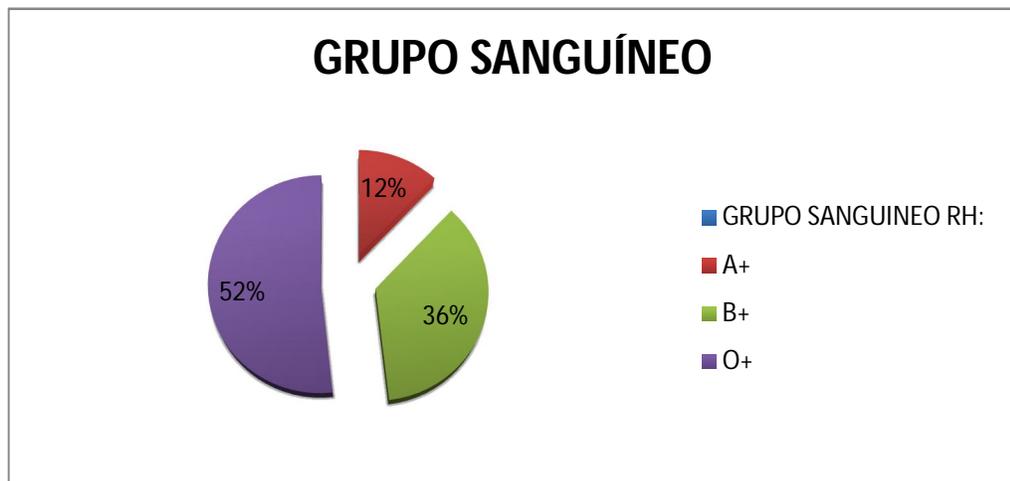
El grupo de edad que más se ve afectado es el que se encuentra entre los 60 y 75 años, seguido esta el grupo de edad entre 45 y 59 por último el grupo de mayores de 75.

Grafica 3. Distribución por ocupación actual.



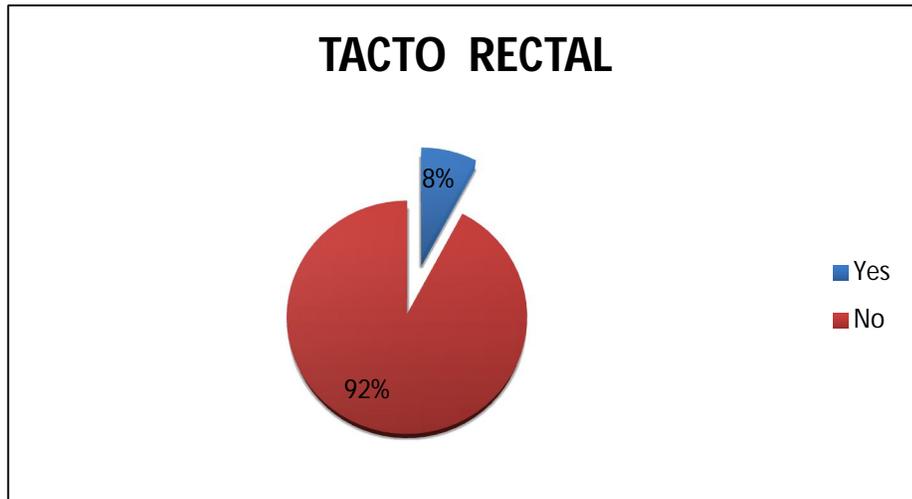
El mayor porcentaje de pacientes son los que se encuentran en situación cesante, seguida de amas de casa y personas con oficios varios quienes presentaron una igualdad en porcentaje.

Grafica 4. Distribución por grupo sanguíneo.



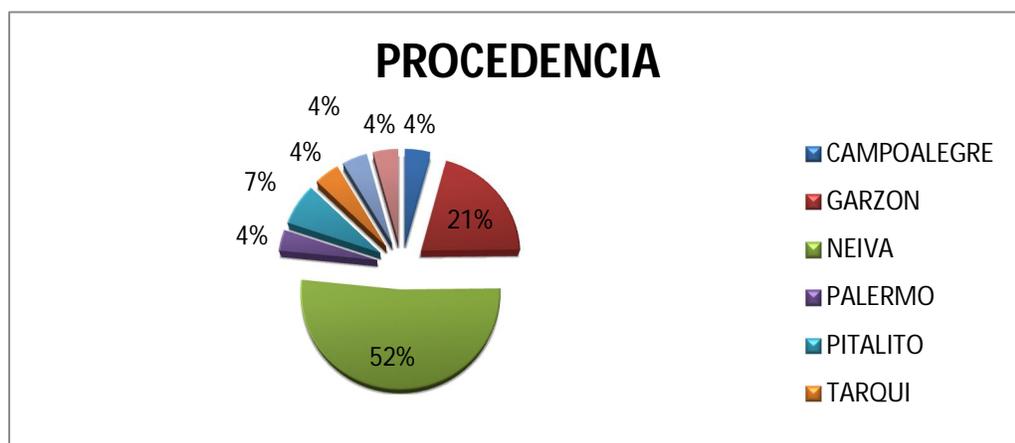
El grupo sanguíneo que más se encontró en los registros fue el O.

Grafica 5. Distribución por pacientes que requirieron tacto rectal.



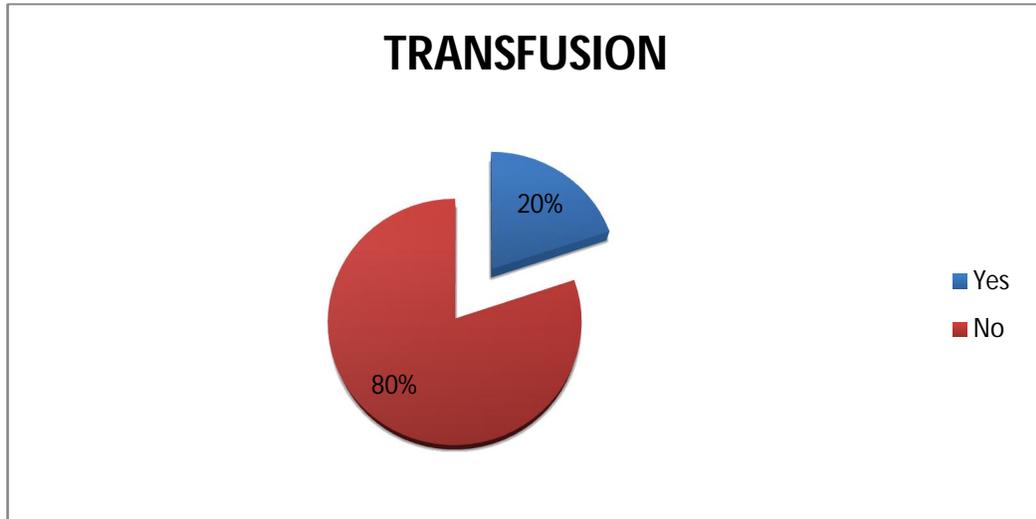
El número de pacientes que fueron sometidos a este examen fue muy reducido, teniendo en cuenta el predominio del género masculino en la población.

Grafico 6. Distribución de pacientes por lugar de procedencia.



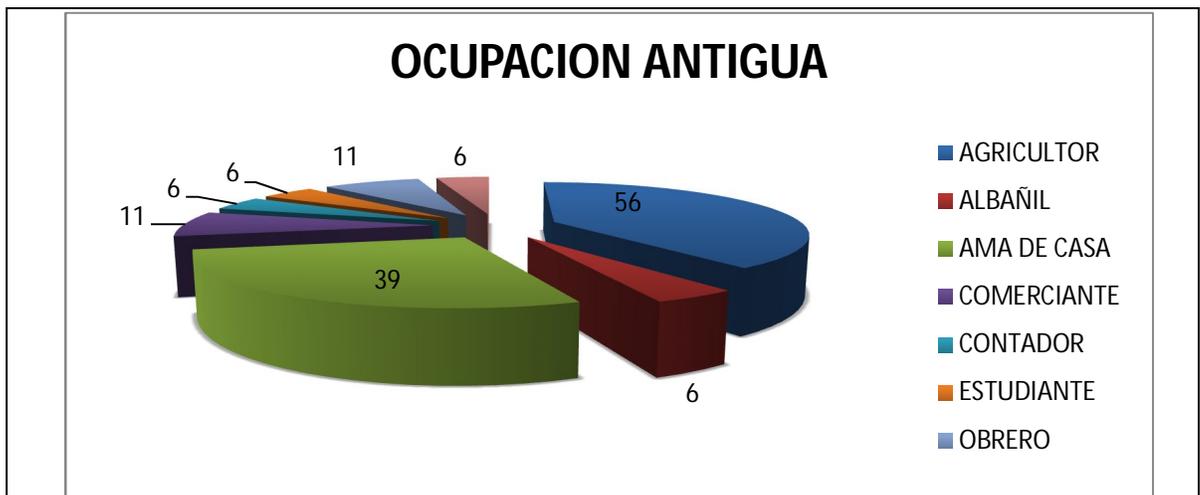
La gran mayoría de los pacientes proviene de centros de referencia cercanos con un 73% correspondiendo con los sitios de mayor flujo de pacientes.

Grafico 7. Pacientes que requirieron transfusiones durante su estancia hospitalaria.



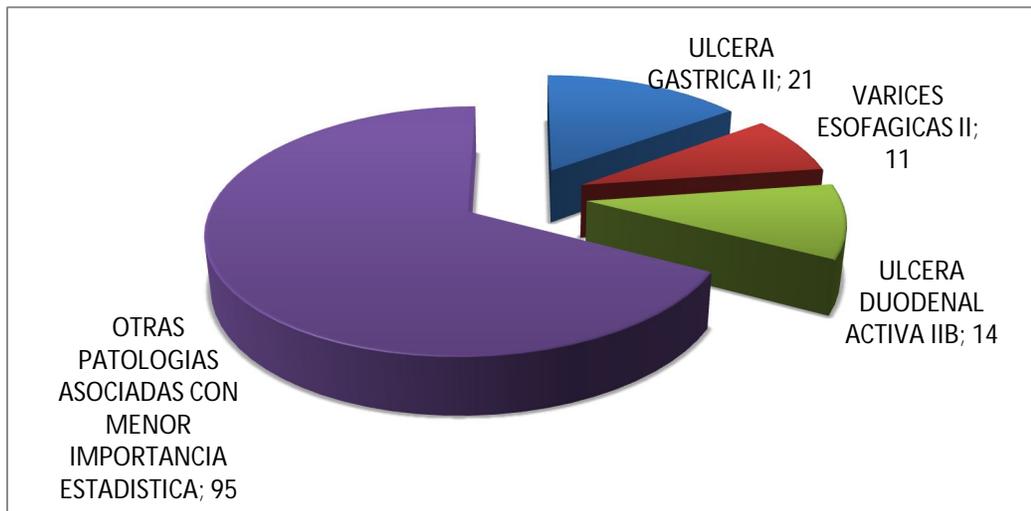
Los pacientes que requirieron ser transfundidos para completar su tratamiento se agrupan en una población considerablemente alta, lo que habla del deterioro con el que llegan estos pacientes.

Grafico 8. Distribución de pacientes por ocupación antigua.



El porcentaje que se halló en la tabla corresponde a la distribución sociocultural de la región y nos determina la población más predispuesta a padecer esta patología.

Grafica 9. Patologías más frecuentes según el reporte endoscópico.



La causas que más se presentan están agrupadas en patologías asociadas de menor importancia estadística en donde se encuentran entre otras ulcera gástrica tipo i, síndrome de mallory weiss, gastritis erosivas. Seguida de ulcera gástrica tipo ii y varices esofágicas.

8. DISCUSION

Indiscutiblemente vemos como la hemorragia de vías digestivas altas es un problema de salud que ha venido emergiendo y tomando una gran importancia, a nivel nacional y local convirtiéndose en una de las patologías más frecuentes y más severas que afecta la salud de la población, vemos como los casos de hemorragia de vías digestiva altas son cada vez más frecuentes y severos asociado a esto vemos como conservan un perfil muy similar al descrito en la literatura internacional y en los trabajos escritos y descritos del medio nacional y local, las causas, grupos etareos y ocupaciones son cada vez mas similares todo vinculado con el uso indiscriminado de medicamentos y sustancias predisponentes a esta patología.

En la actualidad vemos como las pautas hacia el cuidado de la aparición de una enfermedad tal como la hemorragia de vías digestivas altas está muy lejos de ser la ideal y el tratamiento de la misma se ha convertido en un verdadero dolor de cabeza para los responsables del servicio de gastroenterología de el Hospital Universitario de Neiva ya que los pacientes consultan de manera insistente buscando una mejoría inmediata, desafortunadamente cuando la mayoría de estos pacientes consultan se ven afrontados a procesos largos y muchas veces dolorosos durante la fase de su tratamiento, además los factores socioculturales que en muchas ocasiones son pasados por alto tienen gran influencia en la aparición y progreso de la hemorragia de vías digestivas altas factores socioculturales que son de gran variedad debido a la distribución sociodemográfica tan variada que existe en nuestro departamento y en general en nuestro país.

Vemos como en la gran mayoría de los casos el grupo sanguíneo más afectado fue el O grupo sanguíneo que predomina en la población que fue objeto de estudio, punto de alarma para añadir otra patología que puede llegar a necesitar del suministro de sangre y no solo en una o dos personas, sino en una población bastante importante, estamos preparados ante una eventual necesidad masiva? Estamos en condiciones de enfrentarnos a una emergencia mayúscula de este tipo, existe la debida cultura de donación de sangre en nuestra población, la cual garantice la existencia de productos sanguíneos para transfusión y poder garantizar la atención adecuada de estos pacientes, esa es una de las dudas que más nos preocupa con respecto a los resultados de el presente estudio.

Se reconoce que las causas de H.V.D.A. no son muy diferentes en nuestro medio, por el contrario mantienen las tendencias de lo que se ha reconocido a nivel nacional e internacional en la literatura que habla sobre el tema, a nivel nacional

se reseña que en nuestro medio la causa más importante de sangrado digestivo es la úlcera péptica y para los estudios de referencia son úlcera péptica y gastropatía erosiva respectivamente en nuestro estudio la causa más común se encuentra la úlcera péptica grado I y II y otros tipos de patologías menos comunes tales como la gastritis erosiva, las varices esofágicas, que según lo encontrado hace parte de las causas más común para nuestro medio, datos que concuerdan con la literatura internacional lo que nos lleva directamente a relacionar que al igual que en otros países el consumo indiscriminado de medicamentos tales como lo son los antiinflamatorios no esteroideos se ha convertido en el detonante de la aparición de este tipo de patología, vemos como los entes encargados de la regulación de este tipo de medicamentos en el país no tiene las medidas necesarias para evitar que estos medicamentos dejen las farmacias y se conviertan en productos ordinarios que se pueden encontrar en cualquier supermercado, o lo que es peor aun y que no está muy lejos de suceder es que se convierta en un producto más de la canasta familiar de los colombianos y en especial de los huilenses.

Vemos como esta patología poco a poco se podrá convertir en un problema de salud pública si no se adelantan estrategias en busca de mejorar la normatividad que rige la libre demanda y oferta de medicamentos como los AINES. Vemos como con el paso de los años se va volviendo más sensible la población adulta mayor de padecer esta enfermedad ya que la mayoría tienen un consumo de numerosos medicamentos lesivos a la mucosa gástrica convirtiéndose así la edad y el sedentarismo en factores predisponentes para el padecimiento de este tipo de patologías. Sumado a lo anterior las amas de casa ocupan un escaño importante entra la población más afectada, y más expuesta a el consumo de antiinflamatorios no esteroideos influenciado por factores socioculturales no descritos en el estudio.

Los tratamientos que requieren en muchas ocasiones el uso de antiinflamatorios no esteroideos ahonda mas el problema debido a que si le sumamos el consumo por automedicación que ya se viene observando desde edades muy tempranas en la población, predispone junto con patologías de base a que los pacientes preferiblemente en edades mayores que padecen enfermedades las cuales usan los AINES puedan padecer de forma mas severa, presente mas reingresos y se presente una tasa de mortalidad elevada, aunque estos últimos factores no se evaluaron en el presente estudio muy seguramente los datos reales no serán muy lejanos de las proyecciones que proponemos en el presente escrito.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se examinaron las historias clínicas de 141 pacientes encontrados en el servicio de observación adultos del H.U.H.M.P, y utilizando el programa EPI-INFO se realizó el análisis de las variables y aunque la población no es estadísticamente significativa se llegaron a las siguientes conclusiones.

Se determinó que en nuestro medio la causa más común de hemorragia de vías digestivas altas, es la úlcera gástrica tipo II.

Dentro de la población estudiada en el 100% de los pacientes no se usó la sonda nasogástrica.

Se encontró que el grupo sanguíneo más frecuente dentro de los pacientes afectados por esta patología es el grupo O+ con el 51,7%, seguido del B+ con el 36,1% y el A+ con el 12%.

Determinamos que el rango de edad con mayor afectación se encuentra entre 60 y 75 años con un valor del 39,7%. El siguiente es de 45 y 59 años con un valor de 24,8%, mayores de 75 años con 19,8%, entre 30 y 44 años 7,8% y menores de 30 años 7,8%.

Encontramos que el 61% de la población estudiada es de género masculino contra un 39% femenino.

19,8% de los pacientes estudiados requirieron terapia transfusional en las primeras 48 de este 20%, el 60% requirió transfusión debido a cifras bajas de hemoglobina y el 40 % restante fue debido a diferentes causas. 80% de la población transfundida pertenece al género femenino.

Dentro del estudio encontramos que en la evaluación inicial las enfermedades comorbidas más comunes son, la hta, la diabetes mellitus, epoc y varices esofágicas en su orden.

Ninguno de los pacientes falleció.

Los medicamentos de mayor uso en el periodo previo a la llegada son en su orden: asa, antihipertensivos, antidiabeticos orales y b2 agonistas.

BIBLIOGRAFIA

A RANDOMIZED, controlled, double-blind trial. Am J Gastroenterol 2006;101:1211-5.

ADLER DG, Leighton JA, Davila RE, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. Gastrointest Endosc 2004;60:497-504. [Erratum, Gastrointest Endosc 2005; 61:356.]

ALJEBREEN AM, Fallone CA, Barkun AN. Nasogastric aspirate predicts high-risk endoscopic lesions in patients with acute upper-GI bleeding. Gastrointest Endosc 2004;59:172-8.

BARADARIAN R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. Am J Gastroenterol 2004;99:619-22.

BARKUN A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2003;139:843-57.

BARKUN A, Sabbah S, Enns R, et al. The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting. Am J Gastroenterol 2004;99:1238-46.

BLATCHFORD O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. Gut 2002;51:Suppl 4:iv1-iv6.

CARBONELL N, Pauwels A, Serfaty L, Boelle PY, Becquemont L, Poupon R. Erythromycin Consensus conference: therapeutic endoscopy and bleeding ulcers. JAMA 1989; 262:1369-72.

COOK DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992; 102:139-48.

CORLEY DA, Stefan AM, Wolf M, Cook EF, Lee TH. Early indicators of prognosis in upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1998;93:336-40.

DAS A, Wong RC. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. *Gastrointest Endosc* 2004;60:85-93.

For upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000;356:1318-21. Forrest JA,

FINLAYSON ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974;2:394-7.

FREEMAN ML, Cass OW, Peine CJ, Onstad GR. The non-bleeding visible vessel versus the sentinel clot: natural history and risk of rebleeding. *Gastrointest Endosc* 1993;39:359-66.

HÉBERT PC, Wells G, Blajchman MA, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. *N Engl J Med* 1999;340: 409-17. [Erratum, *N Engl J Med* 1999;340: 1056.]

INFUSION PRIOR TO ENDOSCOPY FOR ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING:

Jensen DM, Kovacs TO, Jutabha R, et al. Randomized trial of medical or endoscopic therapy to prevent recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots. *Gastroenterology* 2002;123:407-13.

LAINÉ L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994;331:717-27.

Lassen A, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:945-53.

LAU JY, CHUNG SC, LEUNG JW, LO KK, YUNG MY, LI AK. The evolution of stigmata of hemorrhage in bleeding peptic ulcers. *Gastrointest Endosc* 1997;46:33-6.

LEE SD, Kearney DJ. A randomized controlled trial of gastric lavage prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:861-5.

LEWIS JD, Bilker WB, Brensinger C, Farrar JT, Strom BL. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2540-9.

LIM CH, Vani D, Shah SG, Everett SM, Rembacken BJ. The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study. *Endoscopy* 2006;38:581-5.

Ohmann C, Imhof M, Ruppert C, et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:914-20.

ROCKALL TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996;38:316-21.

ROMAGNUOLO J, Barkun AN, Enns R, Armstrong D, Gregor J. Simple clinical predictors may obviate urgent endoscopy in selected patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Arch Intern Med* 2007;167:265-70.

SPIEGEL BM, Vakil NB, Ofman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review. *Arch Intern Med* 2001;161:1393-404.

TARGOWNIK LE, Nabalamba A. Trends in management and outcomes of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: 1993-2003. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:1459-66. [Erratum, *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:403.]

ulcers: a sequential endoscopic study. *Endoscopy* 1998;30:513-8.

VIVIANE A, Alan BN. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States. *Value Health* 2008;11: 1-3.

WONG RC. Endoscopic Doppler US probe for acute peptic ulcer hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004;60:804-12.

ANEXOS

Anexo A. Formulario recolección de datos costos tratamiento de hemorragia de vías digestivas altas H.U.H.M.P

FECHA:		EDAD:	
NOMBRE:			
N. DE HISTORIA CLÍNICA:			
RESIDENCIA:			
ESTADO CIVIL:			
OCUPACIÓN ACTUAL:			
OCUPACIÓN ANTIGUA:			
RELIGIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCION:			
<i>ANTECEDENTES PERSONALES:</i>			
Quirúrgicos:			
Transfusionales:			
Tóxicos:			
Alérgicos:			
Ginecoobstetricos:			
Farmacológicos:			
Patológicos:			
Radiológicos:			
Hospitalarios:			

Sexuales:	
Traumáticos:	
<i>ANTECEDENTES FAMILIARES</i>	
ANAMNESIS:	
EXAMEN FISICO AL INGRESO:	
LABORATORIO:	
ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS:	
OTROS EXAMENES:	
TRATAMIENTO MEDICO EN URGENCIAS:	

TRATAMIENTO EN UCI:	
TRATAMIENTO QUIRURGICO:	
COMPLICACIONES:	
REINGRESO:	

Anexo B. Tablas complementarias

Tabla 1. Distribución por género de los pacientes.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	
FEMENINO	55	39%	
MASCULINO	86	61%	
Total	141	100%	

Tabla 2. Distribución por grupo etáreo de los pacientes.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	
Menores de 30	11	8%	
Entre 30 y 44 años	11	8%	
Entre 45 y 59	35	25%	
Entre 60 y 75	56	40%	
Mayores de 75	28	20%	
Total	141	100,0%	

Tabla 3. Distribución por ocupación actual.

OCUPACION ACTUAL	Frecuencia	Porcentaje	
AGRICULTOR	9	6%	
ALBAÑIL	5	4%	
AMA DE CASA	27	19%	
CESANTE	46	33%	
ESTUDIANTE	10	7%	
INDIGENTE	1	0,7%	
OBRERO	5	4%	
OFICIOS VARIOS	27	19%	
PENSIONADO	11	8%	
Total	141	100%	

Tabla 4. Distribución de pacientes por grupo sanguíneo.

GRUPO SANGUINEO RH	Frecuencia	Porcentaje	
A+	17	12%	
B+	51	36%	
O+	73	52%	
Total	141	100,0%	

Tabla 5. Distribución de los pacientes por tacto rectal.

TACTO RECTAL	Frecuencia	Porcentaje	
Yes	11	8%	
No	130	92%	
Total	141	100%	

Tabla 6. Distribución de los pacientes según procedencia.

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	
CAMPOALEGRE	6	4%	
GARZON	29	21%	
NEIVA	73	52%	
PALERMO	5	4%	
PITALITO	10	7%	
TARQUI	6	4%	
TIMANA	6	4%	
YAGUARA	6	4%	
Total	141	100%	

Tabla 7. Distribución de los pacientes a los cuales les realizaron transfusiones.

TRANSFUSION	Frecuencia	Porcentaje	
Yes	28	20%	
No	113	80%	
Total	141	100%	

Tabla 8. Distribución de los pacientes según su ocupación antigua.

OCUPACION ANTIGUA:	Frecuencia	Porcentaje	
AGRICULTOR	56	40%	
ALBAÑIL	6	4%	
AMA DE CASA	39	28%	
COMERCIANTE	11	8%	
CONTADOR	6	4%	
ESTUDIANTE	6	4%	
OBRERO	11	8%	
SECRETARIA	6	4%	
Total	141	100,0%	

Tabla 9. Distribución de diversas patologías en HVDA.

DX	Freq
ULCERA GASTRICA II	21
VARICES ESOFAGICAS II	11
ULCERA DUODENAL ACTIVA IIB	14
OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS CON MENOR IMPORTANCIA ESTADISTICA	95
TOTAL	141