

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE ORIGEN
NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA CARTAGENA DEL
MAR DURANTE EL AÑO 2016- 2017

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

AGRADECIMIENTOS

DIOS, gracias por darnos el don de la vida, y por llevarnos a través de tu amor por este hermoso camino que es la medicina, le agradecemos también a nuestros padres por el esfuerzo que realizan a diario para hacer cumplir nuestros sueños, a el Dr. Dagoberto Serpa y a la Dra. Luz Marina Padilla, por ser nuestras guías y ayudarnos cada vez que los necesitamos, a la Clínica CARTAGENA DEL MAR por dejarnos ingresar en su base de datos y por su colaboración, por ultimo GRACIAS COMPAÑEROS, porque sin ustedes, su comprensión, inteligencia y entendimiento no se hubiese podido culminar satisfactoriamente este proyecto.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION
2. PREGUNTA PROBLEMA
3. OBJETIVO GENERAL
4. OBJETIVOS ESPECIFICOS
5. JUSTIFICACION
6. ANTECEDENTES
7. MARCO LEGAL
8. MARCO TEORICO
9. MARCO CONCEPTUAL
10. MARCO METODOLOGICO
11. RESULTADOS
12. PRESUPUESTO
13. CRONOGRAMA
14. CONCLUSIÓN
15. DISCUSION
16. RECOMENDACIONES
17. BIBLIOGRAFIA
18. ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN

A través del paso del tiempo los seres humanos nos hemos sometido a un sin número de cambios adaptativos, cambios sociales y en nuestros hábitos diarios, lo cual ha desembocado en costumbres alimenticias deficientes, ya sea por presión social (ej: las ganas de encajar en el prototipo de cuerpo que dicta la sociedad), la falta de tiempo para comer de una manera adecuada debido a las largas jornadas de trabajo o académicas, la ingesta de alimentos que en altas cantidades que pueden ser perjudiciales para la salud, el consumo de alcohol, consumo de medicamentos, que logran alterar la mucosa gástrica, conllevando al incremento de la aparición de ciertos factores que predisponen a la presencia de hemorragia de vías digestivas altas.

Es así como esta patología se ha convertido en una problemática de interés a consecuencia de los costos que acarrea, ya que es una de las principales causas de práctica de exámenes endoscópicos y de procedimientos quirúrgicos, además de ser tediosa para los pacientes las manifestaciones atenuantes de sus actividades diarias.

Un gran porcentaje de pacientes padecen enfermedades cuyo tratamiento es el uso de los AINE, un medicamento que usado en cantidades puede alterar la mucosa gastrointestinal conllevando a una ulcera gástrica, siendo en las últimas décadas la principal etiología de la HDVA.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

Según las estadísticas las úlceras son el 50% las culpables de hemorragias de vías digestivas altas en adultos.

Lo cual nos llevó a indagar acerca de esta patología en la clínica Cartagena del mar, ubicada en la ciudad Cartagena de Indias, inspeccionando causas, complicaciones, prevalencia, morbilidad y mortalidad.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

2. PREGUNTA PROBLEMA

¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS
ALTAS DE ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017?

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

3. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es la prevalencia de hemorragias de vías digestivas altas de origen no variceal en adultos atendidos en la clínica Cartagena del mar durante el año 2016-2017

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Establecer el principal etiología asociado a HDVA no variceal
- ✓ Identificar sexo que prevalece en la HDVA de origen no variceal.
- ✓ Conocer el rango de edad más afectado
- ✓ conocer las principales complicaciones de la patología
- ✓ Identificar la cantidad de pacientes que ingresaron a UCI debido a complicaciones de esta patología
- ✓ Determinar la tasa de mortalidad.

5. JUSTIFICACION

Las hemorragias de vías digestivas altas representan una de las principales urgencias gastroenterológicas que existen en nuestro medio es por esto que hemos querido indagar e investigar a cerca de esta patología en el siguiente proyecto, el cual tiene como objetivo general determinar la prevalencia de hemorragias de vías digestivas altas de origen no variceal en adultos atendidos en la clínica Cartagena del mar durante el año 2016-2017, es importante identificar qué factores de riesgo nos están llevando a que esta enfermedad incremente, creando así un problema a nivel de salud.

6. ANTECEDENTES

1. Hemorragia de vías digestivas altas- Oscar Gutiérrez.
2. Guía de práctica clínica para el manejo de la hemorragia de vías digestivas altas aguda no varicosa 2014.
3. Caracterización de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas no varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia

7. MARCO LEGAL

Para llevar a cabo las investigaciones científicas en ciencias de la salud, es necesario 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"

La política de seguridad del paciente en Colombia, se encuentra dirigida por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y fue establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, el cual tiene como finalidad prevenir la presencia de situaciones que generen inseguridad en el paciente y la reducción de eventos adverso y de este modo garantizar la confiabilidad, seguridad y competitividad de las instituciones a nivel nacional e internacional.

8. MARCO TEORICO

La hemorragia digestiva alta se define por la existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz, la cual representa el 7-8% del total de urgencias atendidas y es la complicación del tracto gastrointestinal más frecuente. La mortalidad global de la HDA oscila entre el 4 y el 8% en cuanto a las de origen no varicoso.

La HDA se caracteriza por hematemesis o melenas, se definen como el vómito de contenido hemático, y la eliminación de heces negras, alquitranadas, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa, respectivamente. (1. F.J. Montero Pérez). La HVDA se divide en, hemorragia de origen variceal y no variceal. Las causas más comunes de HVDA no varicosa (de origen diferente al ocasionado por várices esófago gástricas por hipertensión portal) son, úlcera péptica gástrica o duodenal, lesiones agudas de la mucosa gástrica, esofagitis, neoplasias, lesiones vasculares o síndrome de Mallory Weiss.

- Enfermedad ulcera péptica: alteración de la integridad de la mucosa del estómago, el duodeno o ambas causada por inflamación local, que conduce a un defecto de la mucosa bien definido. Se debe con mayor frecuencia a *Helicobacter pylori* o fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Síndrome de Mallory-Weiss: una laceración longitudinal de la mucosa en el esófago distal y / o en el estómago proximal que generalmente resulta de arcadas.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

- Esofagitis: irritación e inflamación del esófago ocasionado principalmente por la presencia de reflujo gastroesofágico que a largo plazo ocasiona cambios en la mucosa esofágica lo cual conlleva a la aparición de sangrado.
- Las erosiones gástricas: son lesiones limitadas a la mucosa que no llegan a ocasionar usualmente hemorragias graves. Las causas más frecuentes de estas lesiones son la ingesta de AINE, alcohol, y situaciones de estrés en pacientes graves con insuficiencia respiratoria en ventilación mecánica, alteraciones importantes de la coagulación, shock séptico, quemaduras graves y traumatismos craneoencefálicos graves.

La HVDA no varicosa es causa habitual de consulta por urgencias, con una incidencia anual de entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes. Cerca del 30% de los casos de pacientes con úlceras pépticas sangrantes se presentan con hematemesis; el 20%, con melenas, y el 50%, con ambos signos.

Dentro de los factores de riesgo encontramos:

1. edad avanzada
2. sangrado gastrointestinal previo
3. enfermedad renal crónica
4. enfermedad cardiovascular subyacente
5. cirrosis e hipertensión portal
6. presencia de H pylori
7. uso de AINE y anti- plaquetarios. (2- RIVERA H)

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

La mortalidad por HVDA asociada a úlcera péptica ha estado disminuyendo en el pasar de los años a 2% y 6% (anteriormente de 10 a 20%). Sin embargo es complicado seguir mermando las cifras de estos porcentajes, debido al aumento del número de casos de hemorragias en pacientes mayores de 60 años, por el consumo de AINE. En general se considera que la mortalidad se ha mantenido en los últimos 50 años entre 6% y 10%. La HVDA es más frecuente en hombres que en mujeres (2:1), pero las mujeres predominan entre mayores de 60 años.

Las manifestaciones clínicas presentes en la hemorragia de vías digestivas altas a nivel general son consistentes en: Debilidad, mareos, lipotimias, confusión, obnubilación. Habrá también presencia de signos de hipovolemia tales como, síncope (casi siempre al ponerse de pie), palidez, sudoración, sensación de mareo, debilidad o sequedad de boca. (3 García)

La edad es uno de los factores más importantes en relación al pronóstico del paciente, En los pacientes mayores de 60 años, se observa una incidencia mayor de recidiva hemorrágica y mortalidad mayor (que puede llegar al 39%). Por el contrario, la mortalidad de los pacientes menores de 60 años y sin comorbilidad es inferior al 1% otros factores que ejercen vital importancia en este aspecto son, las comorbilidades que tiene el paciente ya que gran parte de la mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta puede atribuirse a la descompensación de enfermedades graves, como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, diabetes mellitus, alteraciones neurológicas y neoplasias, además el pronóstico es peor en los pacientes con hemorragia grave, manifestada a su inicio

**PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017**

con shock hipovolémico o por un valor de hemoglobina al ingreso inferior a 10 g/dl. El tipo de la lesión, la localización, el tamaño y los estigmas de sangrado son hallazgos endoscópicos que tienen un factor importante para el pronóstico del paciente. (4. CABALLÉ)

En cuanto a la hemorragia, existen unos parámetros que permiten evaluar la magnitud de la pérdida hemática ocasionada por esta patología.

| Gravedad | Signos y síntomas clínicos. |
|---------------------|--|
| HDA leve | <ul style="list-style-type: none"> • paciente asintomático, constantes normales, piel normocoloreada, templada y seca • Indica una pérdida de hasta un 10% de la volemia circulante |
| HDA moderada | <ul style="list-style-type: none"> • TA sistólica > 100 mmHg, FC < 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales positivos • Pérdida de un 10-25% de la volemia |
| HDA severa | <ul style="list-style-type: none"> • TA sistólica < 100 mmHg, FC 100-120 ppm, taquipnea, intensa vasoconstricción periférica (palidez intensa, frialdad, sudoración, etc.), inquietud o agitación, oliguria, signos posturales positivos • Pérdida del 25-35% de la volemia |

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

| | |
|-------------------|---|
| HDA masiva | <ul style="list-style-type: none">• Shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria• - Pérdida superior al 35% de la volemia |
|-------------------|---|

La endoscopia es eficaz en el diagnóstico y tratamiento de la mayoría de las etiologías de la hemorragia de vía digestiva alta, y se realiza una vez que la reanimación adecuada se ha logrado, la endoscopia temprana (24 horas), mejora el pronóstico del paciente y disminuye el tiempo de estancia hospitalaria y la necesidad de transfusiones, varios estudios han demostrado que los pacientes hemodinámicamente estables que son evaluados por endoscopia alta, en los cuales se encuentran estigmas de bajo riesgo de recidiva hemorrágica se pueden manejar de forma segura y pueden ser seguidos de manera ambulatoria.

Los scores pronósticos validados en base a la gravedad de la hemorragia, los hallazgos endoscopios y las comorbilidades del paciente, predicen la mortalidad y tienen utilidad clínica. Los avances en el diagnóstico y tratamiento, ya sea endoscopio o quirúrgico han mejorado el pronóstico y la evolución clínica de los pacientes con esta patología. La terapia endoscópica estándar en la actualidad consta fundamentalmente de dos métodos o dos terapias secuenciales: la terapia de inyección con adrenalina diluida en solución salina complementada con un segundo método, para configurar la "terapia dual": este segundo método complementario puede ser un método térmico (con sonda caliente o coagulación

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

multipolar) o un método mecánico con endoclips. Hay evidencia consistente de que esta terapia dual es superior a la monoterapia con adrenalina sola y esto fue ratificado recientemente por un meta-análisis de Cochrane reduciendo el resangrado de 18.5 a 10%, la cirugía de urgencia de 10.8 a 6.7% y la mortalidad de 4.7 a 2.5%. (Dra. Rebeca Winograd Lay)

Hace parte del manejo de esta patología, la utilización de inhibidores de bomba de protones (IBP) en dosis altas para elevar el pH gástrico por encima de 6 desde el ingreso y continuarlo después del tratamiento endoscópico, con el propósito de estabilizar el coágulo de fibrina al inhibir la activación del pepsinógeno a pepsina, favorecer la agregación plaquetaria, disminuir el riesgo de resangrado y acelerar la cicatrización. La administración del IBP pre-endoscopia ha demostrado que disminuye la necesidad de tratamiento endoscópico. Finalmente como parte del estándar actual del manejo de esta patología esta la investigación de Hp y su erradicación. Existe la escala de Glasgow Blatchford que es el sistema preendoscópico de más amplio uso en el presente, y también existe la escala de Rockall. En varios estudios se ha confirmado su valor y utilidad en la selección de pacientes que pueden ser tratados con seguridad y de forma ambulatoria sin necesidad de realizar una endoscopia precoz. La escala de Rockall preendoscópica utiliza los parámetros de la edad del paciente, el valor de la tensión arterial y la comorbilidad. De acuerdo con los hallazgos, se asignan una cantidad de puntos en una escala de 0 a 3. La suma total o índice de Rockall preendoscópico, con un valor de 0 a 7 puntos, permite la estratificación de los pacientes en dos grupos de riesgo: bajo, cuando el índice de Rockall tiene un valor de cero y alto, si supera esta cifra.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

La escala de Glasgow-Blatchford se desarrolló en el año 2000 a partir de un estudio con 1748 casos, para identificar aquellos pacientes que necesitan algún tipo de intervención o tienen riesgo de fallecer debido a la hemorragia. No incluye parámetros endoscópicos. También puede calcularse desde el momento de llegada del paciente. Utiliza una combinación de criterios clínicos y de laboratorio, ha sido ampliamente validada

Se consideran criterios de riesgo la presencia de los siguientes elementos: urea < 6,5 mmol/L, Hb > 139 g/L en hombres y > 120 en mujeres, TAS > 110 mmHg, FC < 100/min y la ausencia de melena, síncope, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

Tabla 2. Escala de Glasgow-Blatchford

| Parámetros al ingreso | Puntos |
|------------------------------------|--------|
| Urea (mmol/L) | |
| 6,5-8 | 2 |
| 8-10 | 3 |
| 10-25 | 4 |
| > 25 | 6 |
| Hemoglobina (g/L) hombres | |
| 120-130 | 1 |
| 100-120 | 3 |
| < 100 | 6 |
| Hemoglobina (g/L) mujer | |
| 100-120 | 1 |
| < 100 | 6 |
| Tensión arterial sistólica (mmHg) | |
| 100-109 | 1 |
| 90-99 | 2 |
| < 90 | 3 |
| Pulso \geq 100 lat/min | 1 |
| Comorbilidad/Historia clínica | |
| Presentación con melena | 1 |
| Presentación con síncope | 2 |
| Enfermedad hepática | 2 |
| Insuficiencia cardiaca | 2 |

Existe una desarrollada por *Romagnuolo* y otros que incluye la valoración de las cifras de la urea (no siempre disponibles) y la historia de síncope como forma de presentación clínica. Esta surge al identificar factores predictivos endoscópicos de alto riesgo, resangrado y mortalidad. Se conoce como escala de Blatchford abreviada.

Existen otros sistemas desarrollados en otros contextos, cuyo uso se limita fundamentalmente a experiencias locales o no han sido validados. Entre ellos, la puntuación de Cambridge, que utiliza 14 variables clínicas y de laboratorio. El método de las redes neuronales artificiales (Artificial Neuronal Networks) se basa

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

en el análisis de 20 variables a través de un programa informático, por lo que debe realizarse mediante un ordenador, lo que lo hace más complejo y menos atractivo. En el ámbito latinoamericano se destaca la escala UNAL, creada en la Universidad Nacional de Colombia. Este sistema incluye novedades como la evaluación del conteo total de leucocitos y la presencia de sangre en el aspirado por la sonda nasogástrica. Determina la necesidad de endoscopia urgente apoyado en esta ecuación matemática: Escala= 5 (sangre en la SNG) + 4 (Hb< 8) + 4 (lipotimia) + 2 (leucocitos> 1 200) + 2 (edad> 65 a) + 1 (inestabilidad hemodinámica)

Resultan menos conocidos la escala BLEED, de Kollef y otros que se usa para identificar los pacientes en riesgo de desarrollar complicaciones durante la estancia hospitalaria, y la de Strate, para evaluar la hemorragia grave y el riesgo de resangrado. Las siglas BLEED se refieren, en idioma inglés a: bleeding, low systolic blood pressure, elevated prothrombin time, erratic mental status, unstable comorbid disease. Provenzale también creó un sistema en relación con la predicción de la mortalidad. (Dra. Rebeca Winograd Lay)

Escalas pronosticas que si incluyen resultados de la endoscopia como escala de Forrest en esta los hallazgos endoscópicos permiten predecir un riesgo alto de recurrencia de la hemorragia son la presencia de un sangrado activo, de un vaso visible no sangrante o un coágulo adherente. Esto se reconoce desde la publicación

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

de la

Tabla 3. Clasificación de Forrest

| Grupo | Hallazgos endoscópicos | Riesgo de resangrado % |
|-------|---------------------------|------------------------|
| Ia | Hemorragia en chorro | 80-90 |
| Ib | Hemorragia babeante | 10-30 |
| IIa | Vaso visible no sangrante | 50-60 |
| IIb | Coágulo adherente | 25-35 |
| IIc | Mancha pigmentada | 0-8 |
| III | No estigmas | 0-12 |

escala. Forrest, en 1974. Este sistema es de una amplia utilización en todo el mundo

Al ser creado antes del desarrollo de la terapéutica endoscópica, se le reconocen dos limitaciones importantes. La primera está relacionada con el grupo Ib; el sistema considera la hemorragia babeante en una sola categoría. Sin embargo, esta forma de sangrado procedente de un vaso visible se asocia con un riesgo de recurrencia elevado, mientras el originado en las márgenes de una lesión ulcerosa, tiene un riesgo menor. La segunda limitación consiste en que no toma en cuenta el tamaño de la úlcera ni su localización. Se sabe que las úlceras de gran tamaño (> 2 cm) o aquellas localizadas en la cara posterior del bulbo duodenal, presentan una mayor probabilidad de recurrencia de hemorragia.

Los parámetros que incluye este sistema son considerados como los mejores predictores del curso clínico subsecuente del enfermo y determinan la necesidad de intervención endoscópica. Los sistemas de evaluación post endoscópica incluyen entre sus variables los estigmas hemorrágicos de la clasificación de Forrest.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

También existe la escala de rockall completa este es el sistema de más amplio uso en el mundo, fue desarrollado en Inglaterra por la Auditoría Nacional de la Hemorragia Gastrointestinal Aguda. Se publicó en 1996 y ha sido validado ampliamente. De todos los índices numéricos pronósticos es el más conocido y utilizado.

Se emplea en la predicción del resangrado y la mortalidad en pacientes con HDA, que se pueden clasificar en grupos de riesgo, tanto clínico como endoscópico. Permite tener un manejo más certero en estos casos, y justificar el seguimiento extrahospitalario en pacientes seleccionados, lo que ayuda a disminuir los gastos asociados a la hospitalización.

El índice se confeccionó a partir de los resultados de un estudio prospectivo con 4 200 pacientes, ingresados por hemorragia digestiva alta y se validó por los mismos autores en una serie de 1 600 pacientes, en los que se observó una buena correlación con la recidiva de la hemorragia y la mortalidad.

Presenta las siguientes variables clínicas: edad, situación hemodinámica, enfermedades asociadas, lesión responsable de la hemorragia y signos de hemorragia reciente. La puntuación final o índice de Rockall se obtiene de la suma de la puntuación otorgada a cada variable; su valor oscila entre 0 y 12. De acuerdo con la puntuación obtenida, se pueden clasificar los pacientes en tres grupos de riesgo:

- Riesgo bajo: puntuación ≤ 2 .

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

- Riesgo intermedio: puntuación de 3-5.
- Riesgo alto: puntuación de 6-12.

La ventaja principal de este índice es que permite diferenciar claramente a dos grupos de pacientes: unos de riesgo muy bajo, que presentan una incidencia de recidiva inferior al 5 % y una mortalidad del 0,1 %, para los cuales se sugiere el alta precoz y tratamiento ambulatorio; y por otro lado los de riesgo alto, que presentan una recidiva superior al 25 % y una mortalidad del 17 %, para los que se debe adecuar la asistencia para evitar complicaciones, pero siempre si se tiene en cuenta el inconveniente de que la escala se creó en una época en la que no se utilizaba de forma habitual la terapia endoscópica.

Para evitar infravalorar el riesgo de pacientes con hemorragia grave, fundamentalmente aquellos con lesiones de tipo vascular difíciles de diagnosticar por endoscopia, se tendrá en cuenta que pasarán de riesgo bajo a intermedio aquellos casos en los que la endoscopia no identifica ninguna lesión, pero se observa sangre fresca en el estómago, el hematocrito es $< 30\%$ o han presentado hipotensión (PA sistólica < 100 mmHg).

Se recomienda la utilización del índice de Rockall para estimar el riesgo de los pacientes al ingreso, debido a su facilidad de aplicación en la práctica diaria y a la buena correlación que ha demostrado en numerosos estudios con la recidiva hemorrágica y la mortalidad.

La escala de Baylor usa cinco variables que se deben recoger al ingreso: edad, presencia de enfermedades concomitantes, estado hemodinámico (estabilidad,

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

choque hipovolémico), tipo de lesión responsable de la hemorragia y presencia de signos de hemorragia reciente. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor es el riesgo de recidiva y de mortalidad. *Ondrejka* y otros realizaron una modificación al índice de Baylor y añadieron dos factores que consideraron de gran importancia en la recidiva de la hemorragia, la hemoglobina y el tamaño de la úlcera. El único factor que predice el resangrado es la comorbilidad. (Dra. Rebeca Winograd Lay)

En cuanto al tratamiento, el uso de medicamentos para detener la hemorragia activa y prevenir el resangrado se basa en mejorar la estabilidad del coágulo al disminuir el efecto fibrinolítico del medio ácido y reducir el flujo arterial por la acción de agentes como la vasopresina, la somatostatina y el octreótido. Las drogas supresoras de ácido (antagonistas de los receptores H2 e inhibidores de bomba protones) no están indicadas cuando se encuentran signos de sangrado activo en la endoscopia. Su uso está justificado en los pacientes con hemorragia ulcerosa en quienes se busca iniciar en forma precoz el proceso de cicatrización y prevenir recurrencias.

El tratamiento específico para hemorragia digestiva alta de origen no varicoso: endoscopia terapéutica la cual está indicada ante una lesión sangrante que presente hemorragia activa, un vaso visible o un coágulo rojo íntimamente adherido a la lesión. En cuanto a la cirugía cada caso debe ser individualizado, considerándose en los siguientes casos:

- ✓ Hemorragia masiva, shock refractario sin opción a tratamiento endoscópico.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

- ✓ Fracaso del segundo intento de endoscopia terapéutica para cohibir la hemorragia.
- ✓ Recidiva hemorrágica, una vez valorado un segundo intento de endoscopia terapéutica. (Calvo)

9. MARCO CONCEPTUAL

Hemorragias de vías digestivas altas: Es el sangrado que tiene origen en el tubo digestivo por encima del ángulo de Treitz, lo que incluye el esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado. Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis o melenas, aunque ocasionalmente puede presentarse en forma de rectorragia.

Hematemesis: vómito de sangre fresca, de coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros, procedentes del estómago o del tracto digestivo que indican la presencia de una hemorragia digestiva alta.

Melenas: Es la emisión de heces muy negras o con mal olor por el ano. Estas heces están formadas por sangre digerida por el estómago y los intestinos. La melena es signo de una hemorragia de vías digestivas altas.

Rectorragia: Es un tipo de hemorragia que consiste en la pérdida de sangre roja o fresca a través del ano, bien sola o asociada a las heces. El origen de este sangrado suele localizarse en el colon descendente y en el recto.

Úlcera péptica: Una úlcera es toda lesión de la piel o membrana mucosa con forma crateriforme y con escasa o nula tendencia a la cicatrización expuesta al ácido gástrico ocasionada principalmente por abuso de AINES o una infección por *helicobacter pylori*.

AINE: Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) tienen propiedades antiinflamatorias, pero también analgésicas y antipiréticas.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

Helicobacter pylori: Es una bacteria gram negativa, curva, espiriforme, muy móvil, esta infecta el epitelio gástrico humano, es causante de úlceras y algunos tipos de gastritis.

Venas esofágicas: Son venas anormalmente dilatadas que se encuentran en la parte final del esófago, por las que circula parte de la sangre que en condiciones normales debería pasar a través del hígado. Su dilatación es consecuencia de la dificultad que el hígado enfermo ofrece al paso de la sangre.

Síndrome de Mallory-Weiss: Es un trastorno en el cual una persona tiene un desgarro en la unión de su esófago y estómago. Esto por lo general es causado por graves vómitos asociados con el alcoholismo o la bulimia.

Angiodisplasia: es la malformación vascular donde existe un acúmulo anómalo de vasos dilatados, con la pared adelgazada y frágil que pueden romperse con relativa facilidad.

Hematoquecia: Es el paso de sangre roja a través del recto, la causa generalmente es el sangrado en el colon o en el recto.

Mortalidad: Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

Morbilidad: Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

Prevalencia: Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Endoscopia: Es una técnica diagnóstica, que consiste en la introducción de una cámara o lente dentro de un tubo o endoscopio a través de un orificio natural, una incisión quirúrgica o una lesión para la visualización de un órgano hueco o cavidad corporal.

Endoscopio: es un instrumento en forma de tubo, que puede ser rígido o semiflexible, y que contiene una luz y una óptica que permiten la visualización del interior de un órgano hueco o de una cavidad corporal.

Transfusiones sanguíneas: Es un procedimiento médico que consiste en hacer pasar sangre o alguno de sus derivados de un donante a un receptor para reponer el volumen sanguíneo, mejorar la hemoglobina y la capacidad de transporte de oxígeno y otras sustancias.

Hipovolemia: Es una disminución del volumen circulante de sangre u otros líquidos dentro del Sistema Cardiovascular, debido a múltiples factores como hemorragia, deshidratación, quemaduras, entre otros.

Síncope: El síncope, definido como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria, es un cuadro clínico muy prevalente.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

Teleangectasia: Son dilataciones de pequeños vasos sanguíneos en la superficie de la piel. Afectan más a mujeres, y suelen ser color rojizo o violeta.

Dieulafoy: Es una anomalía vascular localizada generalmente en es- tómago 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.

10. MARCO METODOLOGICO

En el transcurso y realización de la presente investigación se utilizó un enfoque metodológico basado en métodos y técnicas cuantitativas en su totalidad, a través de un estudio observacional descriptivo retrospectivo acerca de la prevalencia de vías digestivas altas de origen no variceal.

Para llevar a cabo la realización de esta investigación partiremos de una serie de casos clínicos adultos atendidos en la clínica Cartagena del mar, que tienen un diagnóstico similar, en los cuales se puede valorar la evolución de una enfermedad. Las series de casos clínicos son un tipo de diseño observacional basado en la identificación y descripción de un conjunto de casos que aparecen en un intervalo de tiempo, en este caso retrospectivo (año 2016- 2017). En cuanto a la recolección de información utilizamos como recurso la base de datos de la clínica general del caribe, donde los resultados serán planteados a través de gráficas y tablas con su respectivo análisis.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

11.RESULTADOS:

Se tomaron 109 pacientes iniciales con diagnostico a el ingreso de hemorragia de vías digestivas no especificada como muestra para el proyecto de los cuales se descartaron:

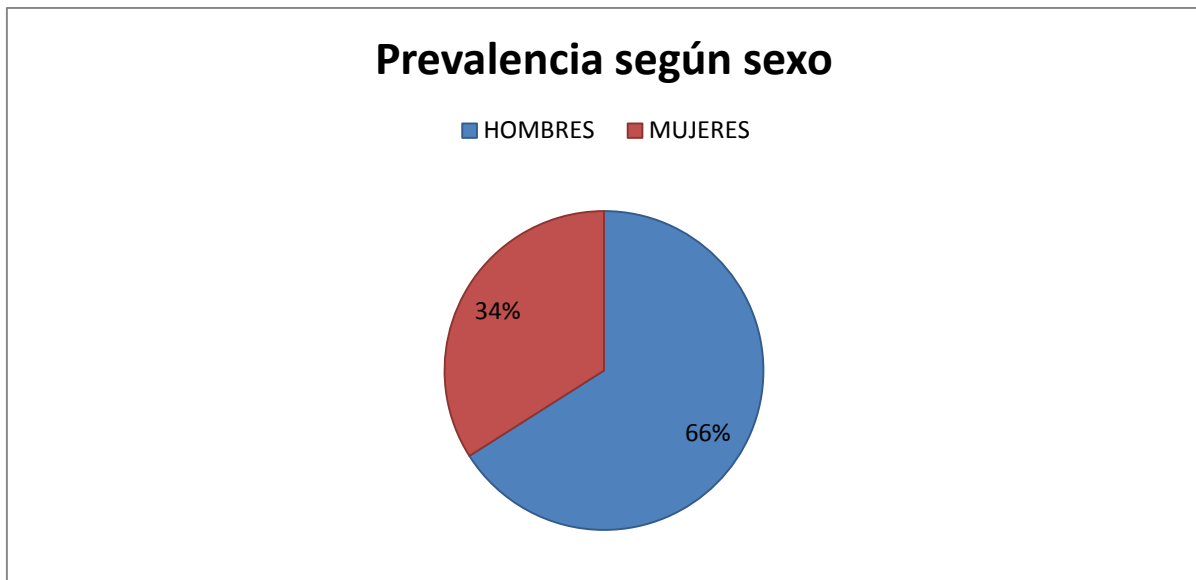
19 pacientes por ser menores de edad.

1paciente por ser de una nacionalidad diferente

23 pacientes porque tenían hemorragia de vías digestivas bajas

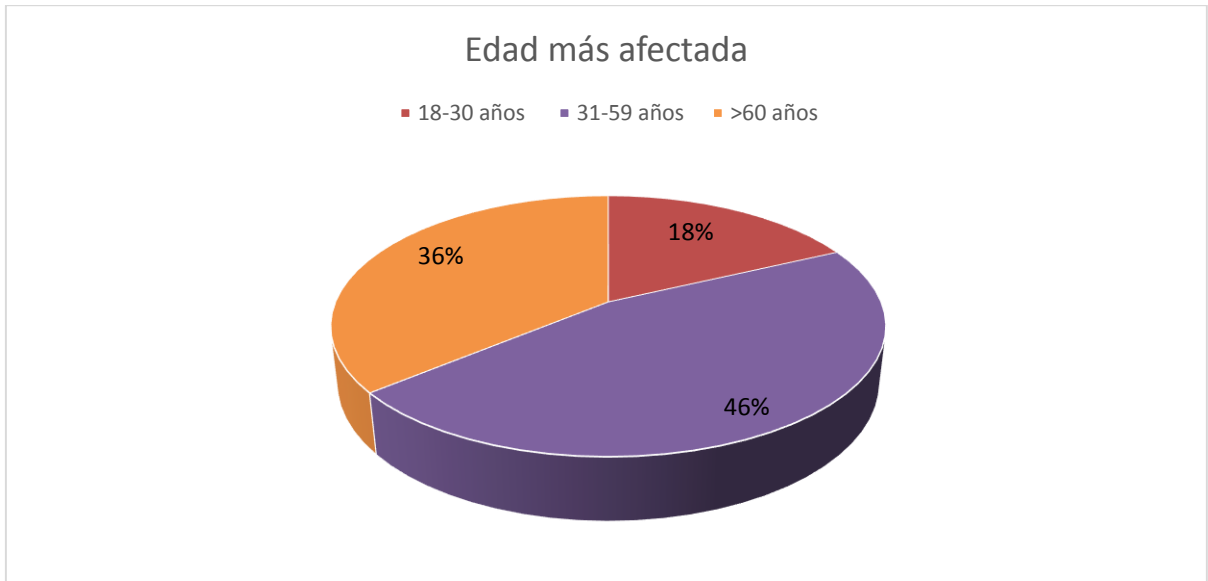
27 pacientes porque el origen de su hemorragia era variceal

Quedando un total de 50 pacientes para el estudio.

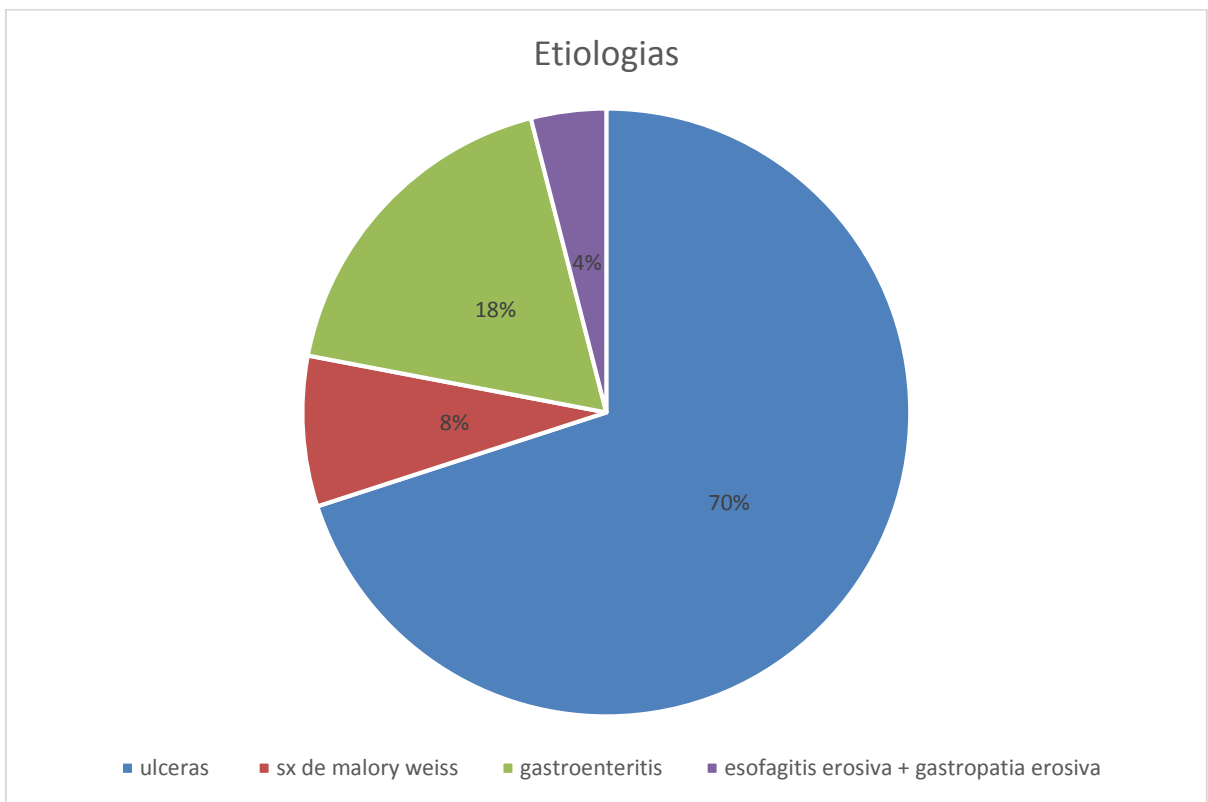


De los 50 pacientes estudiados el 66% de ellos fueron hombres y 34% mujeres, siendo entonces el sexo masculino el prevalente para la aparición de hemorragias de vías digestivas altas de origen no variceal.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

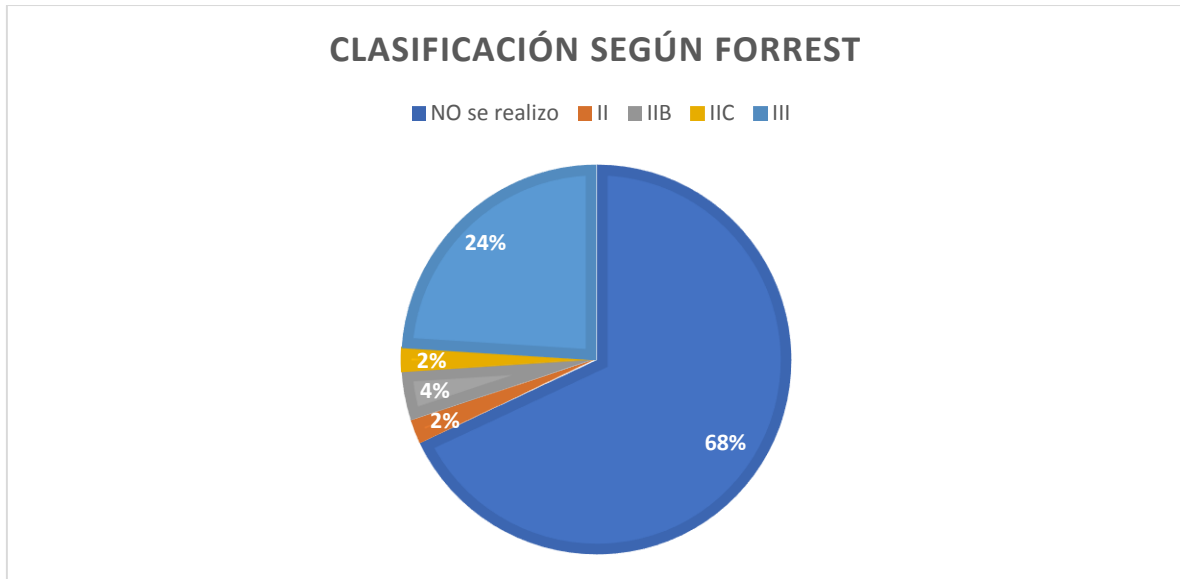


El rango de edad de 31 a 59 años presento el mayor número de casos de hemorragias de vías digestivas de origen no variceal con un porcentaje de 46%, seguido de los >60 años con un 36%.



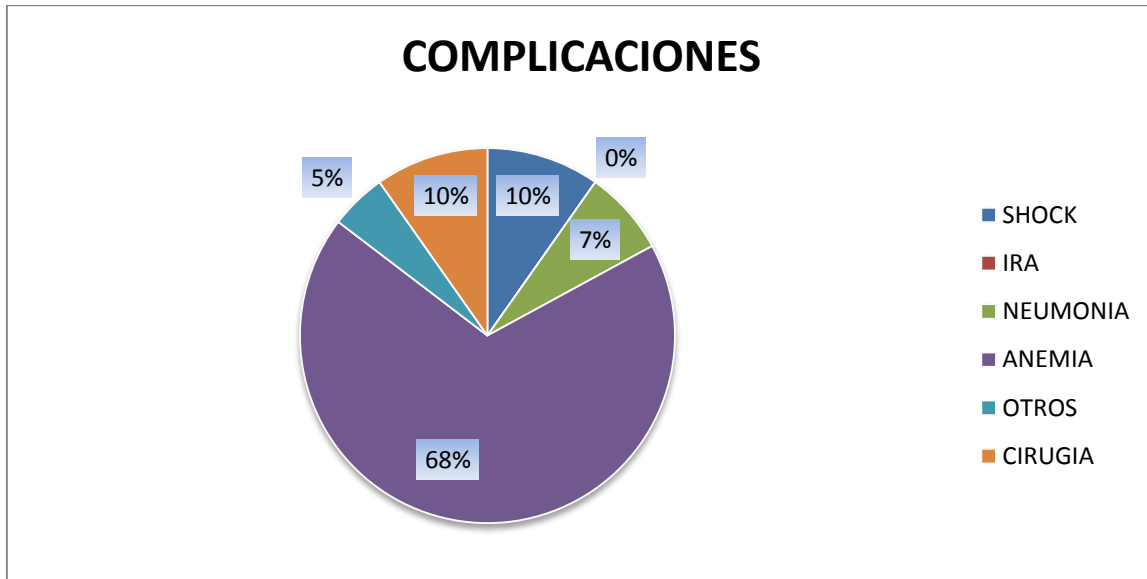
PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

Las úlceras fueron las principales etiologías asociadas a la aparición de hemorragia de vías digestivas altas con un porcentaje 70%, la gastroenteritis ocupó un segundo con un 18%, el tercer lugar se lo lleva el síndrome de Mallory Weiss con un 8% y por último la esofagitis erosiva asociada a gastropatías erosiva con un 4%

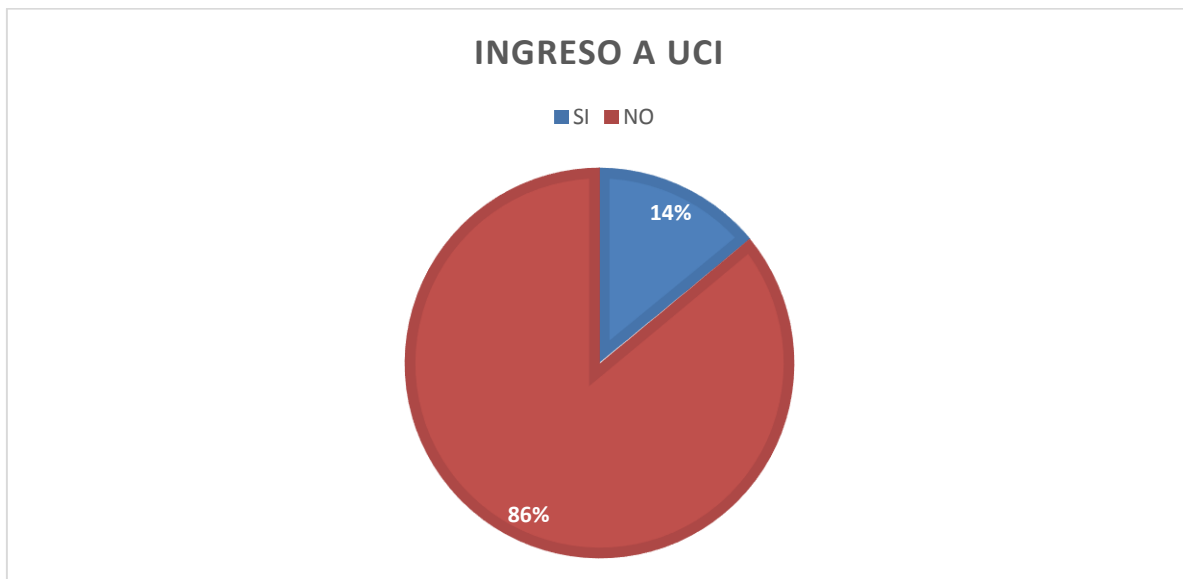


Se observó que en la mayoría de los casos no se realizaron endoscopias dando un porcentaje de 68%, las endoscopías que se realizaron el 24% se clasificaron según Forrest, III

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

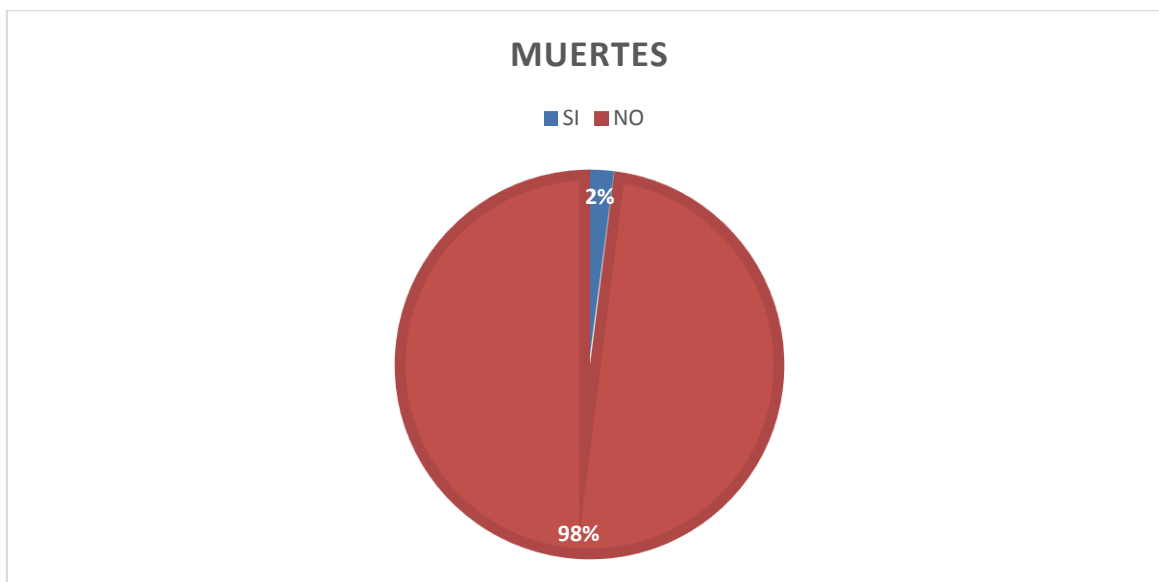


La principal complicación encontrada en este estudio fue la anemia con un porcentaje del 68% de los casos.



Solo el 14% de los casos ingresaron a UCI

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017



La mortalidad de las personas que padecieron la patología fue del 2%

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

12.PRESUPUESTO

RECURSOS FISICOS:

| DETALLE | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|----------------|-----------------|---------------------------|--------------------|
| Lápiz | 2 | 400 | 800 |
| Lapicero | 5 | 700 | 3.500 |
| Borrador | 1 | 300 | 300 |
| Memoria | 1 | 40.000 | 40.000 |
| Copias | 50 | 150 | 7.500 |
| Carpeta | 4 | 1.500 | 6.000 |
| Resma de papel | 1 | 8.000 | 8.000 |
| Grapas | 1 | 4.000 | 4.000 |
| Pegante | 1 | 2.000 | 2.000 |
| Empastada | 1 | 30.000 | 30.000 |
| CD | 2 | 2.500 | 5.000 |
| | | SUBTOTAL | 107.100 |

RECURSOS VARIOS:

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

| DETALLE | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|-------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|
| Transporte | 80 | 8.000 | 640.000 |
| Servicio de internet | 5 | 2000 | 10.000 |
| Impresvistos | 1 | 5000 | 5.000 |
| | | SUBTOTAL | 655.000 |

| |
|--------------------------|
| PRESUPUESTO FINAL |
| \$ 82.100 |

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

13. CRONOGRAMA

| MESES 2017 | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | AGOSTO | SEP | OCT | NOV |
|--|-------|-------|------|-------|--------|-----|-----|-----|
| ACTIVIDADES | | | | | | | | |
| LLUVIA DE IDEAS | X | | | | | | | |
| ELECCIÓN DE TITULO DEL PROYECTO | | X | | | | | | |
| ELABORACION DE OBJETIVOS ESPECIFICOS | | X | | | | | | |
| FINALIZACION DEL ANTEPROYECTO | | | X | | | | | |

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

| MESES 2018 | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | AGOSTO | SEP | OCT | NOV |
|-------------------------------|-------|-------|------|-------|--------|-----|-----|-----|
| ACTIVIDADES | | | | | | | | |
| Visita al hospital | X | | | | | | | |
| Recolección de datos | | | X | | | | | |
| Analisis de resultados | | | X | | | | | |
| Elaboración final del estudio | | | X | | | | | |

14. CONCLUSIÓN

Las hemorragias de vías digestivas altas de origen no variceal en la clínica Cartagena del Mar son una patología que se presenta de manera mínima, solo se recolectaron 50 casos confirmados en los dos años que se realizó el estudio, la principal etiología involucrada fueron las úlceras, sin embargo también se presentaron otras de importancia como el síndrome de Mallory Weiss, la esofagitis y la gastropatía erosiva, los hombres se encuentran afectados con mayor significancia que las mujeres, en cuanto a las endoscopias la mayoría de pacientes a los cuales se le envió, se fueron a sus casas con la endoscopia pendiente gracias a la mejoría de los síntomas se ordenó tratamiento extrahospitalario por lo cual muchas de las historias clínicas no tenían reporte endoscópico ni la utilización de escala de Forrest, en aquellos a los que se les hizo el procedimiento arrojaron un puntaje de III en la escala de Forrest, y solo el 10% terminaron en cirugía, la tasa de mortalidad fue mínima con un 2% de mortalidad frente a un 98% de sobrevida.

15. DISCUSION

Con respecto a los resultados hallados en el anterior estudio, se evidencio que tiene mucha relación la epidemiologia a nivel mundial y a nivel de la clínica Cartagena del Mar, con una mayor prevalencia en hombres que en mujeres y siendo la ulcera péptica la causa más común, siendo la anemia la mayor complicación en los pacientes estudiados. Con la diferencia en que pacientes de 60 años en adelante no fueron el grupo etario más prevalente como lo mencionaba la bibliografía, sino el grupo de 31 a 59 años, seguido de los mayores de 60. Esto nos da a pensar que está relacionado con los estilos de vida del paciente, el estrés, los hábitos alimenticios, y el consumo de alcohol son las causas más frecuentes encontradas en este rango de edades.

16. RECOMENDACIONES

Se recomienda revisar nuestros resultados a la luz de una cohorte mayor de pacientes con hemorragia de vías digestivas de origen no variceal, idealmente multicéntrica de tal manera que se pueda evidenciar un mejor resultado debido a que se sesgo mucho la población, lo cual nos proporcionó resultados poco esperados y poco confiables, por parte del personal médico de la clínica Cartagena del mar recomendamos una mejor elaboración de historias clínicas, proporcionando diagnósticos más concretos, y con mejor redacción en los sucesos sobre la patología del paciente, por otro lado se les recomienda la realización de endoscopia dentro de la unidad médica para tener más certeza en la afección que padece cada paciente.

17. BIBLIOGRAFIA:

1. F.J. Montero Pérez, A. González Galilea, L. Jiménez Murillo, C. Gálvez Calderón. Medicina de urgencias y emergencias. Hemorragia digestivas altas
2. RIVERA H, Daysi et al. Caracterización de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas no varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia.
3. García, Julio Ponce. Tratamiento de las enfermedades gastrointestinales
4. CABALLÉ, FAUST FEU. Epidemiología, factores pronósticos y causas de hemorragia digestiva alta no varicosa.
5. Dra. Rebeca Winograd Lay, DrC. Mirtha Infante Velázquez, Dra. Yanel Guisado Reyes, Dr. Omar Angulo Pérez, Dr. Iván González Barea, Dr. Eduardo Williams Guerra. Escalas de predicción en el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa.
6. Calvo, María del Mar Pérez. Hemorragia digestiva alta no varicosa.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DE
ORIGEN NO VARICEAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
CARTAGENA DEL MAR DURANTE EL AÑO 2016-2017

18.ANEXOS

| | | | | |
|---|--|--------------------|--|--------------------|
| Paciente N° | | | | |
| EDAD: | | | | |
| 18 – 30 años | | 31– 60 años | | >60 años |
| Sexo: M_____ F_____ | | | | |
| ETIOLOGIA: | | | | |
| Ulcera péptica | | | | |
| Ulcera duodenal | | | | |
| Neoplasias | | | | |
| Síndrome Mallory-Weiss | | | | |
| Otros | | | | |
| ESCALA DE FORREST: | | | | |
| COMPLICACIONES: SI___ NO___ | | | | |
| Perforación de la ulcera | | | | |
| Shock hipovolémico | | | | |
| Insuficiencia Renal Aguda | | | | |
| Neumonía por aspiración | | | | |
| Anemia | | | | |
| Otros | | | | |
| INTERVENCIÓN QUIRURGICA: SI___ NO___ CUAL_____ | | | | |
| INGRESO A UCI: SI___ NO___ | | | | |
| MUERTE: SI___ NO___ | | | | |