

Uso de medicamentos profilácticos para hemorragia digestiva en pacientes hospitalizados en la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali

Use of prophylactic drugs for digestive hemorrhages in hospitalized patients at the Rafael Uribe Uribe Clinic in Cali, Colombia

Álvaro Herrera Escandón, MD,¹ Mónica Bejarano Castro, MD, MSc, MACC.²

¹ Médico General. Universidad Libre seccional Cali. Cali, Colombia.

² Cirujana General. Clínica Rafael Uribe Uribe Cali. Magister en Epidemiología, docente Cirugía general, Universidad Libre seccional Cali. Miembro de la Asociación Colombiana de Cirugía. Cali, Colombia.

Fecha recibido: 19-05-09

Fecha aceptado: 14-10-09

Resumen

Introducción. El uso de medicación profiláctica para hemorragia digestiva constituye un desafío importante para el clínico, ya que de su buena utilización depende, en parte, la optimización del recurso y los mejores beneficios para los pacientes en riesgo.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio prospectivo descriptivo que incluyó 305 pacientes hospitalizados en la Clínica Rafael Uribe Uribe (Cali, Colombia), entre quienes se determinó el riesgo de hemorragia digestiva según los factores de riesgo descritos en la literatura, se identificó la indicación de medicación profiláctica y su utilización, y se evaluaron de signos de hemorragia digestiva.

Resultados. Los factores de riesgo para desarrollar hemorragia digestiva más frecuentes fueron uso concomitante, durante al menos un mes, de AINES o esteroides (27,5%) y coagulopatía (12,8%). El 53,8% de los pacientes tenía indicación de profilaxis porque cumplían alguno de los criterios de riesgo, y de ellos 74,4% efectivamente la recibió. Al restante 46,2% de los pacientes, que no tenían indicación de profilaxis, se administró medicación profiláctica en el 58,9% de los casos. Se encontraron 22 eventos hemorrágicos en el periodo de estudio y las variables asociadas estadísticamente fueron la coagulopatía (RR 3,89), la historia de hemorragia digestiva, úlcera péptica o gastritis por endoscopia (RR 3,09) y el ingreso por sangrado digestivo (RR 15,94), independiente del uso de la profilaxis para la misma.

Conclusión. Se recomienda entonces el uso de la profilaxis en los pacientes con factores de riesgo, que debe ser obligatoria en pacientes con factores múltiples, así como abstenerse de su uso en los pacientes sin indicación, porque esto aumenta los costos sin mayores beneficios.

Palabras clave

Hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, prevención de enfermedades, melenas, hematemesis.

Abstract

Introduction. The use of prophylactic drugs for gastrointestinal bleeding makes up a big challenge for the physician, because of the resource optimization and the better benefits for the patients depends on its adequate use.

Materials and methods. A prospective descriptive study was carried out including 305 patients hospitalized at Rafael Uribe Uribe Clinic (Cali, Colombia). We defined the gastrointestinal bleeding risk in each patient, identified the indication and use of prophylaxis, and searched for gastrointestinal hemorrhage signs.

Results. The most frequent risk factors for gastrointestinal bleeding were the concomitant use of NSAIDS or steroids for at least one month (27.5%) and coagulopathy (12.8%); 53.8% of patients had indication for prophylaxis, because they had at least one of the risk criteria, and among them, 74.4% received the medication. In the remaining 46.2% of patients (with no indication for prophylaxis), 58.9% of the patients were given medication. There were 22 episodes of bleeding in all groups, and the associated variables were coagulopathy (RR 3.89), history of upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer or gastritis by endoscopy (3.09) and upper gastrointestinal bleeding at admission (15.94), independently of the use of prophylactic drugs.

Conclusion. We recommend the administration of prophylactic medication in patients with risk factors, which should be mandatory in patients with multiple risk factors, and refrain from use in patients with no indications, because it raises the costs and has very low benefits to the patients.

Key words

Gastrointestinal Hemorrhage, Peptic ulcer, Disease prevention, Melena, Hematemesis.

INTRODUCCIÓN

La tasa anual de hospitalización por hemorragia digestiva alta en los Estados Unidos se estima alrededor de 160 por 100.000 habitantes, que se traduce en 400.000 hospitalizaciones por año; la vasta mayoría de estos episodios se debe a causas no variceales entre las que la úlcera péptica lidera en frecuencia (1). La hemorragia gastrointestinal se presenta en mayor porcentaje en pacientes de 60 a 80 años (68%), seguido de pacientes mayores de 80 años (27%); la mortalidad asociada oscila entre el 5% y 10%, lo cual tiene efecto sobre los costos médicos anuales que rondan los 2 billones de dólares (2).

El impacto social y económico de la hemorragia digestiva alta (HDA) en los pacientes hospitalizados adquiere vital importancia debido a la suma de factores que se conjugan para producirla. Entre estos, los factores de riesgo más importantes son la ventilación mecánica por más de 48 horas, coagulopatía, falla renal, hipoperfusión, uso de corticoesteroides a altas dosis, lesiones del sistema nervioso y quemaduras significantes (3).

Estudios recientes sobre la historia natural de esta enfermedad han documentado una baja incidencia de sangrado en pacientes sin factores de riesgo, sugiriendo que la profilaxis universal puede no necesitarse en estos pacientes (1), a pesar de que los inhibidores de bomba de protones están siendo ampliamente utilizados, incluyendo la terapia endovenosa para el tratamiento y la prevención del sangrado digestivo en pacientes de bajo riesgo (4).

El objetivo del estudio fue estimar la frecuencia de uso de los medicamentos profilácticos para la HDA en los pacientes hospitalizados en la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali (Colombia), comparándolo con la existencia de indicación para esta profilaxis y calcular el impacto económico del uso de los medicamentos profilácticos de hemorragia digestiva en estos pacientes hospitalizados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en el que se incluyeron los pacientes que ingresaron a la Clínica Rafael Uribe Uribe entre el 1° de noviembre y el 31 de diciembre de 2008 y permanecieron hospitalizados más de 24 horas en los servicios de Urgencias y Salas de hospitalización de medicina interna o quirúrgicas. Se excluyeron los pacientes menores de 18 años de edad, con sospecha o cáncer confirmado en cualquier ubicación, o historia de gastrectomía parcial o total.

Se diseñó un formulario (Anexo 1) teniendo en cuenta los factores de riesgo descritos en la literatura, que se aplicó a todos los pacientes después de 24 horas de su ingreso a la clínica. Se incluyeron las variables edad, género, diagnós-

tics y tratamientos. Se tuvo en cuenta la dosis diaria recibida por el paciente de cada medicamento, como los días durante los cuales recibió los medicamentos profilácticos, que incluían ranitidina, omeprazol o sucralfate. No se evaluó la vía de administración.

Se consideró que un paciente tenía indicación para profilaxis de HDA si durante el interrogatorio refería (o en la revisión de la historia clínica cumplía) alguno de los siguientes criterios: ventilación mecánica por más de 48 horas, coagulopatía (INR mayor de 1,5 ó recuento de plaquetas inferior a 50.000 plaq/mm³), falla renal (creatinina sérica mayor de 5 mg/dl), lesión cerebral o de médula espinal, quemadura mayor de 20% de la superficie corporal, hipoperfusión sistémica (definida como shock, sepsis, o disfunción orgánica), uso concomitante durante al menos un mes de consumo diario de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o esteroides (como hidrocortisona a una dosis mayor de 250 mg/día por 6 días y sus equivalentes), historia de hemorragia digestiva alta, úlcera péptica o gastritis por endoscopia y sangrado digestivo al ingreso a hospitalización.

A cada uno de estos criterios se le asignó un valor de uno y se calculó la variable “riesgo” de HVD como la sumatoria de estos, siendo el puntaje mínimo de cero y el máximo posible de nueve.

Los pacientes incluidos en el estudio se siguieron diariamente y durante cada evaluación se les indagaba sobre síntomas y signos de sangrado digestivo intrahospitalario (como hematemesis, melenemesis o vómito en concho de café, melenas y hematoquexia). Después del egreso hospitalario del paciente, se realizó seguimiento por vía telefónica (hasta 10 días después) para evaluar la ocurrencia de HDA. A los pacientes que presentaron estos síntomas o signos se les solicitó una endoscopia digestiva alta para aclarar el diagnóstico y proceder al tratamiento más apropiado.

Se creó una base de datos en Epi Info 3.5.1 (versión agosto 2003) donde se ingresaron los datos de los pacientes y se analizaron con el programa Stata 8.2. Se calcularon frecuencias, mediana, desviación estándar, riesgo relativo (RR) e intervalos de confianza al 95% (IC). Se realizó regresión logística como análisis complementario.

RESULTADOS

Entre el 1° de noviembre y el 31 de diciembre de 2008 fueron incluidos en el estudio 305 pacientes que permanecieron hospitalizados más de 24 horas en los servicios de observación de urgencias y salas de hospitalización de medicina interna o quirúrgicas de la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali, Colombia. La mitad de los pacientes fueron hombres. La edad osciló entre 18 y 99 años, con un promedio de 66,3 años (desviación estándar de 14,97). En la

figura 1 se muestra que el grupo de edad más prevalente fue el de 60 a 79 años.

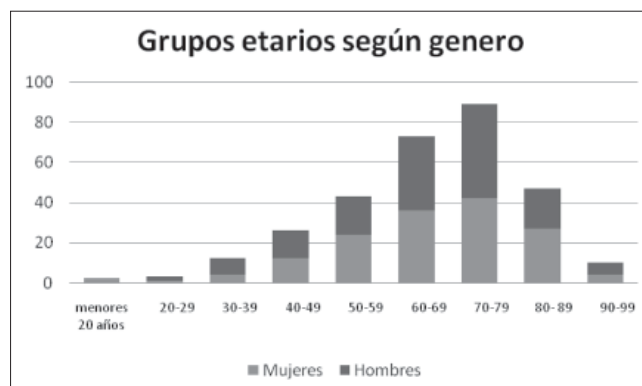


Figura 1. Frecuencia de pacientes en cada grupo etario según género. Clínica Rafael Uribe Uribe. Cali-Colombia. Noviembre-diciembre 2008.

Las causas de consulta más frecuentes fueron los eventos cerebrovasculares (9,2%) y la infección de vías urinarias (5,9%). Se encontró una alta prevalencia de enfermedades

asociadas en estos pacientes, entre las que se resaltan la hipertensión arterial (51,8%), la diabetes mellitus (35,8%) y los eventos cerebrovasculares (12,5%).

El 53,8% de los pacientes tenía indicación de profilaxis (denominados Grupo 1) porque cumplían alguno de los criterios de riesgo, y de ellos 74,4% efectivamente la recibió. Al restante 46,2% de los pacientes incluidos en el estudio, que no tenían indicación de profilaxis (denominados Grupo 2), se administró medicación profiláctica en el 58,9% de los casos.

Independientemente de la indicación de profilaxis, el 49,8% del total de los pacientes incluidos en el estudio se trataron con ranitidina (tabla 1), durante un tiempo promedio de 10 días (rango 1-54 días), y el 27,5% fue tratado con omeprazol, con un promedio de 10 días (rango 1-31 días).

Los factores de riesgo para desarrollar hemorragia digestiva hospitalaria más frecuentes fueron (tabla 2) uso concomitante durante al menos un mes de AINES o esteroides (27,5%) y coagulopatía (12,8%), pero los más usualmente asociados a hemorragia digestiva fueron coagulopatía (20,5%) e historia de hemorragia digestiva alta, úlcera pép-

Tabla 1. Frecuencia de uso de medicamentos para profilaxis de hemorragia digestiva alta y su relación con la indicación de profilaxis y la ocurrencia de sangrado digestivo durante el seguimiento de los pacientes. Clínica Rafael Uribe Uribe. Cali, Colombia. Noviembre-diciembre de 2008, n=305.

Medicamento profiláctico	Ranitidina	Omeprazol	Total
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Uso del medicamento entre el total de pacientes del estudio	152 (49,8%)	84 (27,5%)	
Uso del medicamento entre los pacientes <i>con indicación</i> de profilaxis	89 (54,3%)	45 (27,4%)	164 (53,8%)
Uso del medicamento entre los pacientes <i>sin indicación</i> de profilaxis	63 (44,7%)	39 (27,6%)	141 (46,2%)
Uso del medicamento entre los pacientes que <i>recibieron</i> profilaxis	134 (65,4%)	79 (38,5%)	205 (67,2%)
Indicación de profilaxis entre los pacientes que recibieron el medicamento	89 (54,3%)	45 (53,6%)	
Ocurrencia de sangrado digestivo entre los pacientes que recibieron el medicamento	13 (8,5%)	7 (8,3%)	22 (7,2%)

Tabla 2. Frecuencia de factores de riesgo para hemorragia digestiva y administración de profilaxis y su asociación con la ocurrencia de sangrado digestivo durante el seguimiento de los pacientes. Clínica Rafael Uribe Uribe. Cali, Colombia. Noviembre-diciembre de 2008, n=305.

Factores de riesgo	Hemorragia digestiva		Riesgo relativo		
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Valor	IC 95%	p
Ventilación mecánica	1 (0,3%)	0	0		0,78
Coagulopatía	39 (12,8%)	8 (20,5%)	3,89	1,74-8,68	0,0006
Falla renal	18 (5,9%)	3 (16,7%)	2,51	0,82-7,72	0,11
Lesión cerebral o medular	36 (11,8%)	1 (2,8%)	0,35	0,04-2,56	0,27
Quemadura	0				
Hipoperfusión	8 (2,6%)	1 (12,5%)	1,76	0,26-11,57	0,55
Uso de AINES o esteroides	84 (27,5%)	10 (11,9%)	2,19	0,98-4,88	0,05
Historia de úlcera péptica	33 (10,8%)	6 (18,2%)	3,09	1,30-7,34	0,0099
Ingreso con hemorragia	18 (5,9%)	11 (61,1%)	15,94	8,02-31,68	0,0000

tica o gastritis (18,2%). No se encontraron pacientes que presentaran quemaduras mayores al 20% de la superficie corporal, quizá por el tipo de pacientes que se hospitalizan en estas áreas de la clínica.

En el análisis bivariado se encontró que la coagulopatía, la historia de hemorragia digestiva, úlcera péptica o gastritis por endoscopia y el ingreso por sangrado digestivo fueron las variables asociadas estadísticamente a eventos hemorrágicos, independiente del uso de la profilaxis.

En el Grupo 1 (con indicación de profilaxis), el 12,2% de los pacientes (n=20) presentó manifestaciones hemorrágicas gastrointestinales altas variadas, en el que las melenas obtuvo la mayor prevalencia (7,9%), seguido de la hematemesis (4,9%) y melenemesis (1,2%). Por otro lado, entre los pacientes que no tenían indicación de profilaxis, solo el 1,4% presentó algún evento hemorrágico digestivo durante el seguimiento. Se realizó endoscopia digestiva alta a 18 pacientes con sangrado digestivo (81,8%) y se describieron úlcera duodenal (en 5 pacientes), úlcera gástrica (en 3 pacientes), gastritis (en 2 pacientes), várices esofágicas (en 2 pacientes) y síndrome Mallory Weiss (en 2 pacientes).

También se encontró asociación estadística para HDA con los pacientes que tenían indicación para recibir profilaxis (Grupo 1) con un riesgo relativo de 8,59 (IC 95%; 2,04-36,14; p=0,0003), pero no con los que recibieron profilaxis (RR 2,19; IC 95%; 0,76-6,31; p=0,12).

Para la variable "riesgo" se encontró un rango de cero a cinco puntos, con un promedio de 0,77 y una desviación estándar de 0,90 puntos. En la tabla 3 se presenta el número de factores de riesgo y la utilización de profilaxis o la ocurrencia de HDA, y se encuentra que mientras para los pacientes con un solo factor de riesgo la frecuencia de HDA fue de 7,3%, para aquellos con dos factores de riesgo fue de 19,0%. Aunque la frecuencia de HDA no mostró una tendencia ascendente, los pacientes con más de tres factores tuvieron una alta frecuencia de HDA (mayor a dos terceras partes de los pacientes).

Al realizar regresión logística, incluyendo solo las variables edad, sexo y riesgo se encontró significancia estadística únicamente para esta última, con un RR de 2,87 (IC 95%; 1,85-4,46; p=0,000). Cuando en la regresión logística se incluyeron solo los factores de riesgo con significancia estadística en el análisis bivariado (según la tabla 2), únicamente el ingreso por sangrado digestivo tuvo significancia estadística con un RR de 31,17 (IC 95%; 9,40-103,37; p=0,000).

Con información suministrada por el departamento de compras de la Clínica Rafael Uribe Uribe sobre el valor de medicamentos e insumos se calculó que, si se administrara en la misma proporción ranitidina (ampolla por 50 mg) endovenosa (cada 8 horas) durante 10 días (tiempo promedio estimado de uso del medicamentos en nuestro pacien-

tes), se aumentaría el costo de atención en \$217.000.00 por paciente (U\$ 100), y teniendo un promedio de egresos de 716 pacientes por mes en esas áreas de la clínica, correspondería a un incremento de \$ 390.000.000 (U\$ 180.000) al año, por la administración no justificada de medicamentos profilácticos solo a los pacientes hospitalizados en esas áreas de la institución.

Tabla 3. Relación entre el número de factores de riesgo, la administración de profilaxis y la ocurrencia de sangrado digestivo durante el seguimiento de los pacientes. Clínica Rafael Uribe Uribe. Cali, Colombia. Noviembre-diciembre de 2008, n=305.

Número de factores de riesgo detectados en los pacientes	Recibió profilaxis		Ocurrió sangrado digestivo			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
0	141	46,2	84	59,6	2	1,4
1	109	35,7	75	68,8	8	7,3
2	42	13,8	35	83,3	8	19,0
3	9	2,9	8	88,9	1	11,1
4	3	1,0	2	66,7	2	66,7
5	1	0,3	1	100	1	100
Total	305	100	205	67,2	22	7,2

DISCUSIÓN

Los antagonistas de los receptores 2 de histamina (anti-H2) son fármacos generalmente bien tolerados y seguros, con una tasa de efectos secundarios inferior al 4%, habitualmente leves y reversibles. Su comercialización supuso una revolución en enfermedades relacionadas con el ácido gástrico, en especial en la úlcera péptica, y se constituyen en los fármacos de elección para el tratamiento en fase aguda de la úlcera gástrica y duodenal, así como en tratamiento de mantenimiento (5, 6).

En el medio hospitalario estos medicamentos antisecretorios están indicados para tratar la hemorragia digestiva alta (HDA) y prevenir las úlceras de estrés (7). También se ha demostrado el beneficio del omeprazol endovenoso para los pacientes que ingresan con hemorragia digestiva (8), el cual disminuye tanto la tasa de cirugía como de resangrado (2).

El beneficio de ser fármacos seguros y de gran utilidad en el tratamiento de diversas entidades clínicas o su profilaxis tiende a promover un uso indiscriminado y excesivo, que puede acarrear complicaciones y aumento en los costos de la atención (9). En el presente estudio se encontró que a casi el 60% de los pacientes que no cumplían ningún criterio para recibir profilaxis de HDA, efectivamente se les administró.

La barrera mucoide producida por las células gástricas en un paciente que recibe alimentos vía oral es un factor pro-

tector del epitelio gástrico, por lo que no deben producirse erosiones en la mucosa (5, 10). En estudios extranjeros, Cook, et al, en 1994 (3) encontraron que los pacientes que no tenían indicación para profilaxis de hemorragia digestiva y que recibieron medicación profiláctica, el 0,4% de ellos presentó episodios de sangrado, en tanto que en nuestra población de pacientes sin indicación se presentaron 2 episodios de sangrado digestivo (1,4%), y ambos recibían algún medicamento profiláctico. Esta situación aumenta la discusión sobre la utilidad de estos medicamentos en los pacientes que no requieren profilaxis y el beneficio para prevenir la hemorragia en pacientes sin factores de riesgo.

Entre los pacientes con factores de riesgo de HDA (53,8%), al 74,4% se le administró profilaxis, y se dejó sin tratamiento a una cuarta parte de los pacientes con riesgo de evento hemorrágico.

El factor de riesgo más común en nuestro estudio fue el consumo de AINES, que no se incluyó dentro de los factores de riesgo de los estudios de Cook. Sin embargo, García y cols (1998) (11) realizaron un estudio en el que identificaron 1.505 pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva, y se estableció que el riesgo relativo (RR) de hemorragia digestiva por consumo de AINES fue de 4,4 (IC 95%; 3,7-5,3), así como que el uso de terapia antiplaquetaria con ácido acetil salicílico (ASA) con dosis entre 100-500 mg día al menos por un mes, tenía aproximadamente 11 veces más riesgo para hemorragia digestiva que la población no expuesta al medicamento. Además, Ichiyangui (2006) (1, 12) describió una relación entre el tiempo de consumo de AINES y la ocurrencia de hemorragia digestiva, con una frecuencia de 50% a los 30 días de tratamiento.

Entre todos los pacientes del presente estudio se presentó un 7,2% de manifestaciones de sangrado gastrointestinal importante (n=22), en contraste con los estudios de Cook, et al, quienes reportaron eventos en el 1,4% de los pacientes. En ellos, los factores de riesgo más importantes para desarrollar HDA fueron la falla respiratoria con ventilación mecánica por más de 48 horas (OR 25,5) y la coagulopatía (OR 9,5) (3). En nuestro estudio, el ingreso por sangrado digestivo (RR 15,94), la coagulopatía (RR 3,89) y la historia de úlcera péptica o gastritis por endoscopia o antecedente de HDA (RR 3,09) fueron los factores de riesgo estadísticamente significantes.

Publicaciones recientes nos permiten inferir que los pacientes que ingresan por hemorragia gastrointestinal tienen indicación para el uso de profilaxis (estudios con Nivel de evidencia IB), demostrando que disminuyen la tasa de resangrado y la necesidad de cirugía (2). En los pacientes con consumo crónico de AINES, ASA y esteroides (como hidrocortisona a 250 mg o equivalentes) (11, 13) durante períodos entre 7 y 30 días, para manejo del dolor o antiagregación plaquetaria, se recomienda la profilaxis tras

su admisión intrahospitalaria, por tener una alta relación de hemorragia digestiva (Nivel de evidencia IB) (11, 17). Nuestro estudio encontró casos aislados de hemorragia digestiva en este tipo de pacientes pero el número no fue estadísticamente significativo para validar este criterio.

La enfermedad renal crónica, las quemaduras extensas, la historia de gastritis, la injuria cerebral y medular y los estados de hipoperfusión sistémica hacen parte de los factores de riesgo que en la literatura no han mostrado tener asociación estadísticamente significativa con hemorragia gastrointestinal (3). En este estudio, la frecuencia de esas entidades como factores de riesgo no fue alta y no se pudo observar diferencias en la ocurrencia de HDA.

Se ha descrito en publicaciones previas que el 65% de las instituciones consultadas tiene un medicamento predilecto, de estos los más populares fueron los anti-H2 (71%), seguidos de sucralfate (25%), omeprazol (3%) y antiácidos (1%) (14), que es un comportamiento similar al encontrado en nuestro estudio, donde prima el uso de ranitidina.

Uno de los trabajos pioneros en el tema (del año 1991) concluyó que tanto los antiácidos como los anti-H2 son efectivos en disminuir la incidencia del sangrado, pero que los últimos son mejores que los antiácidos, y estos mejores que el sucralfate (15). Geus y Lamers por el contrario, recomiendan para la profilaxis el omeprazol, pero admiten la eficacia de la ranitidina en dosis de 50 mg venosa cada ocho horas para prevenir el sangrado; luego de varias comparaciones concluyen que para la profilaxis del sangrado digestivo alto, los anti-H2 son mejores que el sucralfate y que los inhibidores de bomba de protones tienen un efecto más sostenido y mayor que los anti-H2 (4).

En el texto de Cook, et al (3), se sugiere útil la profilaxis (con nivel de evidencia IA) en pacientes con falla respiratoria o coagulopatía y el medicamento recomendado es ranitidina, con una reducción del sangrado con profilaxis del 50%. El American College of Physicians sostiene que con la profilaxis el índice de sangrado baja del 20 al 4% (10). Un metanálisis realizado en el año 1996, donde se incluyeron 269 trabajos sobre profilaxis de sangrado digestivo (16) concluye que el uso de los anti-H2 disminuye la incidencia del sangrado y la magnitud, con mejores resultados que los antiácidos o el sucralfate, pero con mayor incidencia de neumonía.

Consideramos que por falta de una norma clara sobre las indicaciones para la prevención del sangrado digestivo alto en los pacientes hospitalizados, en la CRUU el uso no controlado de medicación profiláctica sin indicación clara ha llevado a que se eleven los costos de la atención. Está demostrado que aquellas instituciones ajustadas rigurosamente a las guías de manejo disminuyen en un 17% la HDA, con respecto a los que no lo hacen, además de que bajan los costos sin aumentar los riesgos de sangrado y de morbilidad global (10, 17).

ANEXO 1

ESTUDIO DE USO DE MEDICAMENTOS PROFILÁCTICOS EN HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA RAFAEL URIBE

Ficha de ingreso

Fecha _____ Sala _____ Cama _____
 Nombre _____ Edad _____
 Ingreso _____ Días de hospitalización _____ Teléfono _____
 Diagnóstico _____

Tratamiento farmacológico _____

Ranitidina SI NO Fecha de inicio _____
 Omeprazol SI NO Fecha de inicio _____
 Sucralfate SI NO Fecha de inicio _____
 ¿Cuántas dosis ha recibido? _____

Indicación de profilaxis

	SI	NO		SI	NO
Ventilación mecánica > 48 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso concomitante de NSAIDS o esteroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coagulopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historia de UPGI ó úlcera péptica ó gastritis por endoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falla renal creatinina > 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado digestivo al ingreso de la hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión cerebral o espinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemadura importante >20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoperfusión sistémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupo cohorte		Uso de medicamento	
Paciente sin indicación de profilaxis	<input type="checkbox"/>	Recibió medicamento profiláctico	<input type="checkbox"/>
Paciente con indicación de profilaxis	<input type="checkbox"/>	No recibió medicamento profiláctico	<input type="checkbox"/>

Signos clínicos de sangrado digestivo

Melenas Hematemesis No signos clínicos

¿Se realizó estudio endoscópico? SI NO

Informe: _____

Tiempo de aparición de sangrado digestivo posterior al ingreso _____

Fecha de finalización del seguimiento

1 día a 1 semana 1 semana a un mes 1 a 2 meses

Causa de finalización

Terminación de hospitalización Terminación del estudio Evidencia de sangrado digestivo

Se evidenció sangrado digestivo durante el seguimiento SI NO

Responsable _____

Agradecimientos

Los autores queremos agradecer la colaboración de los doctores Álvaro José Muriel R. y Paola Andrea Rodríguez O, por su labor en la evaluación diaria de los pacientes y la recolección de los datos.

REFERENCIAS

1. Ichiyanagui CE. Epidemiología de la hemorragia digestiva. *Acta Med Per* 2006; 23(3).
2. Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding form a peptic ulcer. *N Engl J Med* 2008; 359: 928-37.
3. Cook D, Fuller H, Guyat G, Marshall J, Leaja D, Hall R, Winton T, et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Canadian Critical care trials group. *N Engl J Med* 1994; 330: 377-381.
4. Geus WP. Are there indications for intravenous inhibitions in the prevention and treatment of upper gastrointestinal bleeding? *Scand J Gastroenterol* 2000; 232: 10-20.
5. Cash BD. Evidence-based medicine as it applies to acid suppression in the hospitalized patients. *Crit Care Med* 2002; 30 (6 suppl): S373-378.
6. Metz CA, Livingston DH, Smith JS, Larson GM, Wilson TH. For the Ranitidine Head Injury Study Group: Impact of multiple risk factors and ranitidine prophylaxis on the development of stress-related upper gastrointestinal bleeding: a prospective, multicenter, double-blind randomized trial. *Crit Care Med* 1993; 21: 1844-9.
7. Ruiz Santana S, Ruiz Santana AJ, Manzano JL. Úlceras de estrés: Fisiopatología, profilaxis y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 549-555.
8. Lau JYW, Sung JJY, Lee KKC, Yung MBN, Simon KH, Wong MB, et al. Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *N Engl J Med* 2000; 343: 310-6.
9. Betancourth J. Profilaxis para sangrado digestivo. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2004
10. Peterson W. Estómago y duodeno. En MKSAP: Programa de actualización en gastroenterología y hepatología. American College of Physicians. 2ª edición; 1997. p. 58-59.
11. García LA, Cattaruzzi C, Troncon MG, Agostinis L. Risk of hospitalization for upper gastrointestinal tract bleeding associated with Ketorolac, other Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, Calcium Antagonists, and other anti-hypertensive drugs. *Arch Intern Med*. 1998; 158: 33-39.
12. Cook D, Guyat G, Marshal J, Leasa D, Fuller H, Hall R, Peters S, et al. A comparison of Sucralfate and Ranitidine for the prevention of upper gastrointestinal bleeding in patients requiring mechanical ventilation. *N Engl J Med* 1998; 338: 791-7.
13. Lai K, Lam S, Chu K, Wong B, Hui W, Hu W, et al. Lansoprazole for the prevention of recurrence of ulcer complications from long term low dose aspirin use. *N Engl J Med* 2002; 346: 2033-2038.
14. American society of health- system Pharmacist. ASHP therapeutic guidelines on stress ulcer prophylaxis. *Am J Health Syst Pharm* 1999; 56: 347-379.
15. Tyba M. Prophylaxis of stress ulcer bleeding. A meta-analysis. *J Clin Gastroenterol* 1991; 13(2 Suppl): 544-555.
16. Cook D, Reeve B, Guyat G, Heyland D, Griffith L, Buckingham L, Tyba M. Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients. Resolving discordant meta-analyses. *JAMA* 1996; 275: 308-314.
17. Mustafa G, Sing RF, Matthews B, Pratt B, Norton H, Heniford B. The economic benefit of practice guidelines for stress ulcer prophylaxis. *Am Surg* 2002; 168: 146-150.