

Caracterización de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas no varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia

Characterization of patients with non-varicose upper GI bleeding at a Level 3 Hospital in Cundinamarca, Colombia

Daysi Rivera H., MD,¹ Julián David Martínez M., MD,² José Rafael Tovar C., MD, PhD,³ Martín Alonso Garzón O., MD,¹ Natan Hormaza A., MD,¹ Jorge I. Lizarazo, MD,¹ Juan Carlos Marulanda G., MD,¹ Juan Carlos Molano V., MD,¹ Mario Humberto Rey Tovar, MD.¹

¹ Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario de La Samaritana. Bogotá, Colombia.

² Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Unidad de Gastroenterología. Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario de La Samaritana. Bogotá, Colombia.

³ Epidemiólogo, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

Fecha recibido: 25-02-13
Fecha aceptado: 27-08-13

Resumen

La hemorragia de vías digestivas altas (HVDA) es una emergencia habitual; su etiología más común es la úlcera péptica. La restauración del volumen intravascular y la presión arterial son la prioridad del manejo previo al identificar la causa del sangrado. La esofagogastroduodenoscopia (EGD) debe realizarse luego de la reanimación inicial, así como lograrse la estabilización hemodinámica, para identificar la causa del sangrado y dar el tratamiento necesario. Se realiza un estudio sobre el evento en un hospital de referencia de tercer nivel, en Cundinamarca, Colombia.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo; datos obtenidos de la historia clínica electrónica de pacientes adultos que consultaron por urgencias en el Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) por HVDA, diagnosticada por hematemesis, melenas, rectorragia o anemia, y a quienes se les realizó EGD durante el periodo abril de 2010-abril de 2011.

Resultados: Se atendió a 385 pacientes a lo largo del periodo de estudio; se excluyó a 100 de ellos, debido a hemorragia secundaria a várices esofágicas, historia clínica incompleta y hemorragia digestiva baja, para un total de 285 pacientes analizados. El 69,1% de los pacientes observados eran mayores de 60 años. El 73,3% presentaba hipertensión arterial. El 55,1% reportaba ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y de aspirina (ASA). El 19,6% reportaba episodios de sangrado previos. El 17,9% presentó inestabilidad hemodinámica. Por otra parte, 63 pacientes (22,1%) requirieron hemostasia endoscópica, y 32 (11,2%) presentaron resangrado. La mortalidad global reportada fue del 13,1%, del cual, a su vez, el 55,3% correspondía a hombres. La mortalidad atribuida al sangrado digestivo fue del 3,1%.

Conclusiones: La mayoría de la población atendida en el Hospital Universitario de La Samaritana (HUS) por HVDA son adultos mayores de 60 años. La úlcera péptica sigue siendo el diagnóstico más común asociado al uso de AINE y ASA. La mortalidad es comparable a la de las regencias internacionales.

Palabras clave

Hemorragia de vías digestivas altas, esofagogastroduodenoscopia, hemostasia, mortalidad.

INTRODUCCIÓN

Se define como hemorragia digestiva alta (HVDA) la que se origina en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz (1). Clínicamente se manifiesta en forma de hematemesis (vómitos de sangre fresca), melanemesis (vómitos “en pozo” o “cuncho de café”), melenas o ambas, y más raramente, como sangrado rectal o hematoquezia (2). La HVDA se

divide en hemorragia de origen varicoso y hemorragia de origen no varicoso. La causa más común de HVDA no varicosa (sangrado de origen diferente del ocasionado por várices esofago gástricas por hipertensión portal) es la úlcera péptica gástrica o duodenal, que representa alrededor del 70% de los casos; también se puede originar en lesiones agudas de la mucosa gástrica, esofagitis, neoplasias, lesiones vasculares o síndrome de Mallory Weiss (3). La HVDA no varicosa es

Abstract

Upper gastrointestinal tract bleeding is a common emergency whose most common etiology is a peptic ulcer. Restoration of intravascular volume and blood pressure management are priorities before identifying the cause of bleeding. After initial resuscitation and after hemodynamic stabilization has been achieved, an esophagogastroduodenoscopy (EGD) should be performed to identify the cause of bleeding and determine the treatment needed. This is a study performed at a third level referral hospital in Cundinamarca, Colombia.

Materials and Methods: This is a retrospective study of data from electronic medical records of adult patients admitted to the emergency room of the Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) because of upper gastrointestinal tract bleeding which had been diagnosed because of hematemesis, melena, rectal bleeding and/or anemia. Patients all underwent EGD between April 2010 and April 2011.

Results: 385 patients with upper gastrointestinal tract bleeding were seen during the study period, but 100 were excluded because of bleeding secondary esophageal varices, incomplete clinical histories and lower gastrointestinal bleeding. A total of 285 patients were included. 69.1 % were older than 60 years, 73.3 % had hypertension, 55.1 % reported use of inflammatory drugs (NSAIDs) and aspirin (ASA), 19.6 % reported previous bleeding episodes, and 17.9 % had hemodynamic instability. 63 patients (22.1 %) required endoscopic hemostasis, and 32 (11.2 %) experienced rebleeding. Overall mortality reported was 13.1 % of which 55.3 % were men. Mortality attributable to gastrointestinal bleeding was 3.1 %.

Conclusions: The majority of patients served by the HUS with upper GI bleeding are adults over 60 years. Peptic ulcers remain the most common diagnosis associated with the use of NSAIDs and ASA. The mortality rate is comparable to international standards.

Keywords

Upper GI bleeding, esophagogastroduodenoscopy, hemostasis, mortality.

causa habitual de consulta por urgencias, con una incidencia anual de entre 50 y 150 casos por 100000 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 (1-3).

Los pacientes con HVDA ingresan al hospital en condiciones clínicas muy variables, que van desde la simple presencia de melenas, la cual requiere una pérdida sanguínea de entre 50-100 ml sin compromiso hemodinámico (4), hasta una condición grave con sangrado masivo y *shock* hipovolémico (definido como TA < 90/60 mm Hg y frecuencia cardíaca > 100 lat/min) que pone en riesgo la vida del paciente (5). La HVDA es la principal consulta de emergencia en la especialidad de gastroenterología y, a pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, la mortalidad se ha mantenido estacionaria entre el 5%-10% durante las últimas dos décadas, periodo en el cual se incluyen todos los pacientes con HVDA no varicosa sin diferenciar su etiología (6).

La esofagogastroduodenoscopia (EGD) es la piedra angular para el diagnóstico y el manejo de los pacientes, pues permite establecer, en la mayoría de los casos, la causa de la hemorragia, determinar la presencia o la ausencia de sangrado activo al momento de examen, predecir el resangrado, brindar múltiples opciones de tratamiento para detener el sangrado y prevenir su recurrencia (1).

Cuando los pacientes se presentan con HVDA es crucial definir factores con valor pronóstico (7): *La edad*, pues en

los pacientes mayores de 60 años se concentra una mayor incidencia de recidiva hemorrágica y una mayor mortalidad, que puede llegar hasta el 39%; *presencia de enfermedades asociadas*: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal, diabetes mellitus, alteraciones neurológicas, anticoagulación; *shock hipovolémico*: los pacientes que se presentan con inestabilidad hemodinámica a su ingreso tienen peor pronóstico.

El principal factor pronóstico de la mortalidad es la recidiva precoz de la hemorragia durante las primeras 72 horas, y la cual ocurre hasta en el 20% de los pacientes (8). Todo esto se debe, sobre todo, al envejecimiento progresivo de la población y al aumento de la proporción de pacientes de edad avanzada con enfermedades asociadas, ya que utilizan más AINE y ASA y son menos tolerantes a alteraciones hemodinámicas; por tal razón ellos representan un mayor desafío en el manejo (9).

El objetivo del presente estudio fue describir las características clínicas, las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, y los desenlaces clínicos de pacientes que se presentaron con HVDA al Hospital Universitario de La Samaritana (HUS), de Cundinamarca.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo, en el cual los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica de los pacientes mayores de 18 años que consul-

taron al servicio de urgencias del Hospital Universitario de La Samaritana (HUS) por HVDA, la cual fue diagnosticada en pacientes que se presentaron con hematemesis, melenas, rectorragia y anemia y fueron atendidos en el servicio de gastroenterología, y a quienes se les hizo EGD durante el período abril de 2010-abril de 2011. Se excluyó a los pacientes que se presentaron con hemorragia secundaria a várices esofagogástricas e historia clínica incompleta, así como a los pacientes que presentaron HVDA durante su estancia hospitalaria. El registro de HVDA fue establecido para obtener información demográfica, antecedentes médicos, características de las patologías causantes de sangrado, tratamiento endoscópico y quirúrgico (figura 1).

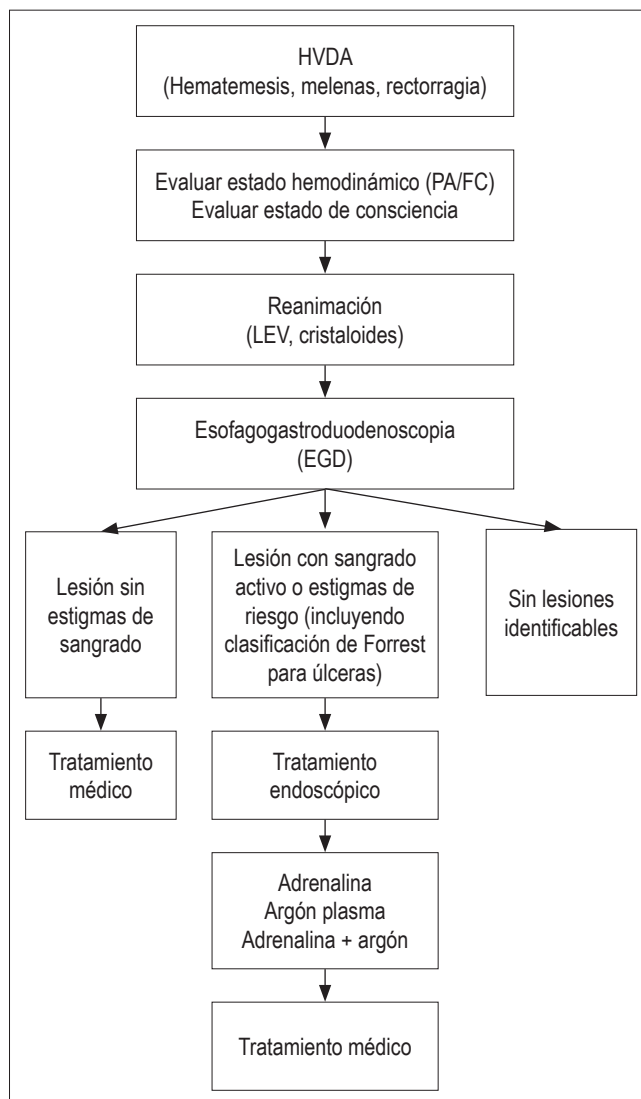


Figura 1. Algoritmo de manejo inicial

Las EGD fueron realizadas con el previo consentimiento informado por cada paciente o sus familiares; no se hizo

sedación, sino que se utilizó anestesia tópica. Los pacientes habían cumplido al menos seis horas de ayuno previo al examen, y los procedimientos fueron llevados a cabo por siete gastroenterólogos durante el período de estudio.

Se empleó un videoendoscopio Olympus GIF 0150 con procesador Exera II CV 180 (Japón). Para la hemostasia se utilizó solución de epinefrina (epinefrina 1% laboratorio Sandelson, Colombia) diluida en solución salina normal (SSN) al 1:10000 (se emplearon también agujas LVDI-23 Willson Cook [Estados Unidos], sonda caliente [*heat probe*], un equipo ERBE ICC 200 [Alemania], y un equipo de argón plasma Excell NHP 400/DA [Italia] para terapia con fotocoagulación).

Se determinó la presencia de resangrado, definida como un nuevo evento de hematemesis con sangre roja fresca o melenas con hipotensión o descenso del valor de hemoglobina $\geq 2\text{g/dl}$, posterior a la realización del procedimiento endoscópico inicial. Los hallazgos de la endoscopia y la terapéutica realizada (en caso de haber requerido hemostasia endoscópica) en cada paciente fue documentada mediante informe escrito por cada gastroenterólogo que la realizó.

El seguimiento de procedimientos hemostáticos fue documentado cuando los pacientes requirieron una segunda EGD debido a resangrado durante su estancia hospitalaria. Las definiciones de comorbilidades asociadas incluyeron: hipertensión arterial, nefropatía, neuropatía, y neumopatía. También se incluyó la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) comúnmente utilizados (ibuprofeno, diclofenac, naproxeno) y aspirina (ASA), así como el uso de anticoagulantes orales, inestabilidad hemodinámica, episodios previos de HVDA, necesidad de tratamiento endoscópico, requerimiento de transfusión sanguínea (la cual fue dividida en: pacientes que *no* requirieron; pacientes que requirieron menos de tres unidades de glóbulos rojos empacados [GRE], y pacientes que requirieron más de tres unidades de GRE).

La mortalidad documentada dentro de los 30 días posteriores al episodio de sangrado fue dividida así: a) muerte relacionada con HVDA (sangrado que no se pudo controlar de forma endoscópica, pacientes con *shock* hipovolémico refractario y que no tuvieran otro diagnóstico como causa principal de muerte en el certificado de defunción), y b) muerte no relacionada con el sangrado (pacientes que ingresaron a la unidad de urgencias debido a HVDA, pero presentaron descompensación de patología subyacente o complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria).

Análisis estadístico

Los datos se analizaron utilizando estadísticas descriptivas y tablas de contingencia. La descripción sociodemográfica

de los pacientes se hizo mediante distribuciones de frecuencia simples para variables categóricas, y medidas de tendencia central y de dispersión en el caso de las variables cuantitativas.

Para analizar la relación entre las variables clínicas con la causa de la hemorragia de vías digestivas altas los pacientes fueron agrupados según su edad, en menores de 60 años y de 60 años o mayores, y se llevó a cabo un análisis de asociación mediante pruebas χ^2 . Se asumió un valor de 0,05 como máximo error tipo I aceptable para evaluar las hipótesis estadísticas de asociación. El análisis de datos se realizó con la ayuda del programa estadístico SPSS versión 20 para Windows.

RESULTADOS

Se atendió a 385 pacientes; de ellos 100 fueron excluidos, pues presentaban hemorragia secundaria a várices esofágicas, historia clínica incompleta y hemorragia digestiva baja, para un total de 285 pacientes analizados. El 56,8% ($n = 162$) eran hombres; el 30,9%, menores de 60 años, y el 69,1%, mayores de 60 años.

Se observó que dentro del grupo de 197 individuos con edades mayores que 60 años, el 55,3% eran hombres. En este mismo grupo (pacientes mayores de 60 años) se documentó mayor uso de AINE y de ASA (69,5%). Los antecedentes más relevantes fueron: enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica) en el 73,3% de los casos, y uso de AINE y ASA, en el 55% ($n = 157$ pacientes); además: 109 pacientes utilizaban ASA debido a enfermedad cardiovascular o por antecedentes de enfermedad cerebrovascular previa, y de ellos 90 eran mayores de 60 años; 48 pacientes (30,5%) presentaban ingesta de AINE debido a dolor crónico, el 19,4% presentaba historia previa de HVDA, y tratamiento con anticoagulantes, el 8,4%. En este grupo de pacientes se documentó el uso de warfarina debido a antecedentes de trombosis venosa profunda o fibrilación auricular, y en los pacientes que presentaban un *International Normalized Ratio* (INR) mayor que 2,5 se hizo transfusión con plasma fresco congelado, previa a la realización de la EGD (tabla 1).

También antes de la EGD, todos los pacientes recibieron omeprazol (ampolla 40 mg Delta, Colombia) en bolo inicial 80 mg IV e infusión continua de 8 mg/h, al menos durante 48-72 horas, y al tolerar la vía oral este fue indicado a dosis de 20 mg c/12 horas.

El motivo de consulta que se presentó más a menudo fue la hematemesis, con el 52,6% de los casos, seguido de melenas (35,1%); el menor porcentaje correspondió a la rectorragia, con el 4,2%. Los pacientes que presentaron como manifestación inicial rectorragia fueron 12 (7 mujeres y 5 hombres), con una edad promedio de 71,9 años (DE

+/- 15,2); en 5 de dichos pacientes se documentó úlcera gástrica Forrest III, mientras que en el resto de pacientes se reportó úlcera duodenal Forrest III, y ninguno de ellos ameritó hemostasia endoscópica. Por otra parte, 51 pacientes (17,9%) se presentaron con signos de inestabilidad hemodinámica (43 pacientes > 60 años), y cuyo diagnóstico más común fue la úlcera gástrica (30,2%).

Tabla 1. Características clínicas sociodemográficas de la muestra de estudio.

Características principales de pacientes con HVDA no varicosa	
Número de pacientes	285
Edad en años μ (DE)	66,04 (+/- 19,3)
Género masculino	162 (56,8%)
Género femenino	123 (43,2%)
Enfermedad cardiovascular (HTA)	73,30%
Neuropatía	48 (16,8%)
Nefropatía	18 (6,3%)
Neuropatía	48 (16,8%)
Uso de AINE y de ASA	157 (55,1%)
Antecedente de HVDA	56 (19,6%)
Uso de anticoagulantes	24 (8,4%)

El diagnóstico endoscópico que se documentó más a menudo fue la úlcera péptica, en el 33% ($n = 94$ pacientes), del cual, a su vez, el 18,6 % correspondió a úlcera gástrica, y el 14,4%, a úlcera duodenal. El hallazgo endoscópico menos usual fue el síndrome de Mallory Weiss, en el 7,7%. El 16,6% (47 pacientes) presentaron otras causas más raras, dentro de las cuales el 29,8% (14 pacientes) correspondió a cáncer gástrico avanzado; en 8 pacientes (2,8%) no se documentó lesión alguna.

El 49,8% (142 pacientes) fueron transfundidos con hemoderivados, y de ellos, el 36,7% (52 pacientes) recibieron 3 o más unidades de glóbulos rojos empaquetados (UGRE). Del total de pacientes transfundidos (142 pacientes), 90 (63,3%), fueron transfundidos con menos de 3 UGRE, y de estos, 9 resangraron; de los 52 pacientes que recibieron más de 3 UGRE el 44% (23 pacientes) presentó resangrado durante su estancia hospitalaria, y no se observó resangrado en los pacientes que no fueron transfundidos (143). Del total de pacientes (285), 32 de ellos (11,2%) presentaron resangrado durante su estancia hospitalaria, y en ellos se hizo hemostasia endoscópica dual durante la segunda EGD (tabla 2).

De los 63 pacientes que requirieron hemostasia endoscópica (22,1%), 17 de ellos (19,3%) eran menores de 60 años, y 46 (23,3%), mayores de 60 años. El diagnóstico más habitual en estos pacientes fue la úlcera gástrica y duodenal (65%), y el menor porcentaje correspondió al cáncer gástrico y al cáncer de esófago (1,58% de cada uno de ellos) (tabla 3).

Tabla 2. Características clínicas de ingreso.

	< 60 años n = 88	≥ 60 años n = 197	P **
Hombres	53 (60%)	109 (55%)	NS
Mujeres	35 (40%)	88 (45%)	NS
Motivo de consulta			
Anemia	7 (7,95%)	16 (8,12%)	NS
Hematemesis	54 (61,36%)	96 (48,74%)	NS
Melenas	26 (29,55%)	74 (37,56%)	NS
Rectorragia	1 (1,14%)	11 (5,58%)	NS
Antecedentes			
Uso de AINE y de ASA	20 (22%)	137 (69%)	< 0,001
Anticoagulación	3 (3,4%)	21 (10,6%)	0,042
Neuropatía	8 (9,09%)	40 (20,3%)	0,019
Neumopatía	2 (2,27%)	46 (23,35%)	< 0,001
Nefropatía	2 (2,27%)	16 (8,12%)	NS
Enfermedad cardiovascular	26 (29,5%)	183 (92,89%)	< 0,001
HVDA previa	11 (12,5%)	45 (22,8%)	0,042
Diagnóstico endoscópico			
Úlcera gástrica	10 (11,35%)	43 (21,83%)	
Úlcera duodenal	15 (17,05%)	26 (13,20%)	
Gastritis erosiva	23 (26,13%)	44 (22,33%)	0,001
Esofagitis erosiva	12 (13,64%)	35 (17,77%)	
Mallory-Weiss	14 (15,91%)	8 (4,06%)	
Otros	9 (10,23%)	38 (19,29%)	
Sin evidencia de lesión	5 (5,69%)	3 (1,52%)	
Inestabilidad hemodinámica	8 (9,09%)	43 (21%)	0,01
Hemostasia endoscópica			
No	71 (80,68%)	151 (76,6%)	NS
Adrenalina	15 (17,05%)	41 (20,81%)	NS
Argón-plasma	1 (1,14%)	1 (0,51%)	NS
Adrenalina + Argón plasma o Sonda caliente	1 (1,14%)	4 (2,03%)	NS
Transfusiones			
No	55 (62,5%)	88 (44,7%)	0,006
< 3 UGRE*	25 (28,4%)	65 (33%)	
≥ 3 UGRE*	8 (9,1%)	44 (22,3%)	
Resangrado	10 (11,3%)	22 (11,17%)	NS
Muerte por HVDA	1 (1,14%)	8 (4,06%)	NS
Mortalidad por todas las causas	4 (4,55%)	34 (17,26%)	0,004

*GRE = glóbulos rojos empaquetados. ** NS = no significativo.

Al agrupar a los pacientes según su edad (tabla 2) se halló que los pacientes mayores de 60 años tenían mayor proporción de uso de AINE y de ASA, así como mayores comorbilidades asociadas y episodios previos de HVDA respecto a los menores de 60 años. Así mismo, en dichos pacientes

(> 60 años) el diagnóstico endoscópico más común fue la úlcera péptica (considerando úlcera gástrica y duodenal), en el 35,03%, mientras que en los menores de 60 años lo fue la gastritis erosiva, en el 31,82%.

Tabla 3. Pacientes que ameritaron hemostasia endoscópica.

	Adrenalina	Argón plasma	Terapia dual
Úlcera gástrica o duodenal			
Ia	-	-	-
Ib	5	-	3
IIa	15	-	-
IIb	18	-	-
IIc	1	-	-
III	1	-	-
Cáncer gástrico	-	-	1
Esofagitis	8	-	1
Cáncer de esófago	-	-	1
Mallory-Weiss	3	-	-
Ectasias vasculares	-	2	-
Papilomatosis	4	-	-

No se hallaron diferencias en la mortalidad por HVDA entre ambos grupos de edad: el 1,14% en los pacientes menores de 60 años, y el 4,06% en los mayores de 60 años ($p = 0,19$); sin embargo, al considerar la mortalidad por todas las causas esta fue mayor en los pacientes > 60 años, en el 17,26%, respecto al 4,55% en los pacientes < 60 años ($p = 0,004$). La mortalidad global reportada durante la estancia hospitalaria fue del 13,3%; de esta, el 3,1% correspondió a HVDA, y el restante 10,2%, a otras causas, tales como neumonía nosocomial asociada o falla multiorgánica entre otras.

Se observó asociación estadísticamente significativa entre la presencia de sangrado y la edad ($\chi^2 = 4,40$; $p = 0,036$) y el hecho de usar AINE ($\chi^2 = 7,261$; $p = 0,007$) (figuras 2 y 3).

Entre los 53 casos de úlcera gástrica reportados, el 66% eran hombres; además, el 81,1% eran personas mayores de 60 años, el 71,7% reportaron haber usado AINE y ASA, el 24,5% llegó al servicio de urgencias con inestabilidad hemodinámica, al 39,6% fue necesario practicarles hemostasia y el 66% requirió transfusión después de su ingreso. En este grupo de pacientes se presentaron 6 casos de fallecimiento, y de estos, 3 fueron por hemorragia debida a la úlcera gástrica, y los restantes 3, secundarios a hemorragia asociada a la descompensación de comorbilidades asociadas.

ESTUDIO DE LOS NUEVE CASOS DE MUERTE POR HVDA

Entre los individuos que fallecieron, 9 (24%) correspondieron a casos cuya muerte tuvo como causa principal la

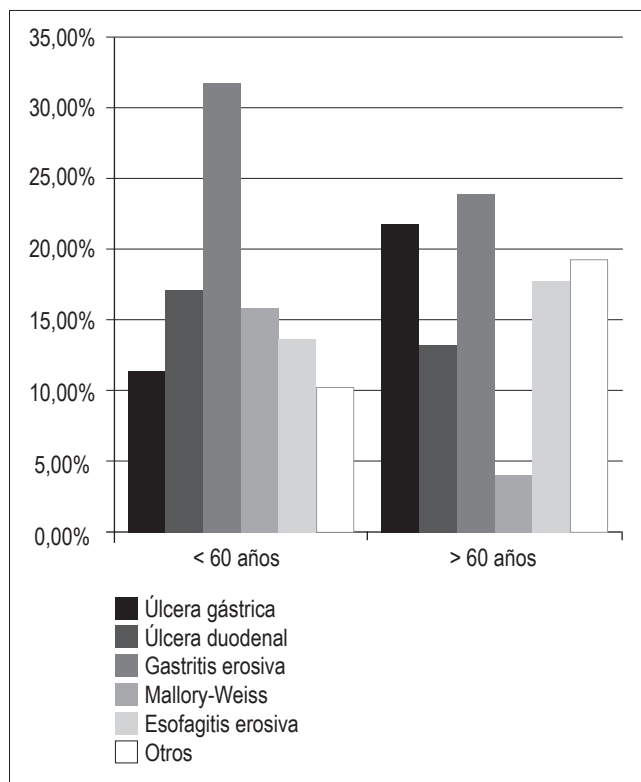


Figura 2. Diagnóstico endoscópico según grupo etario.

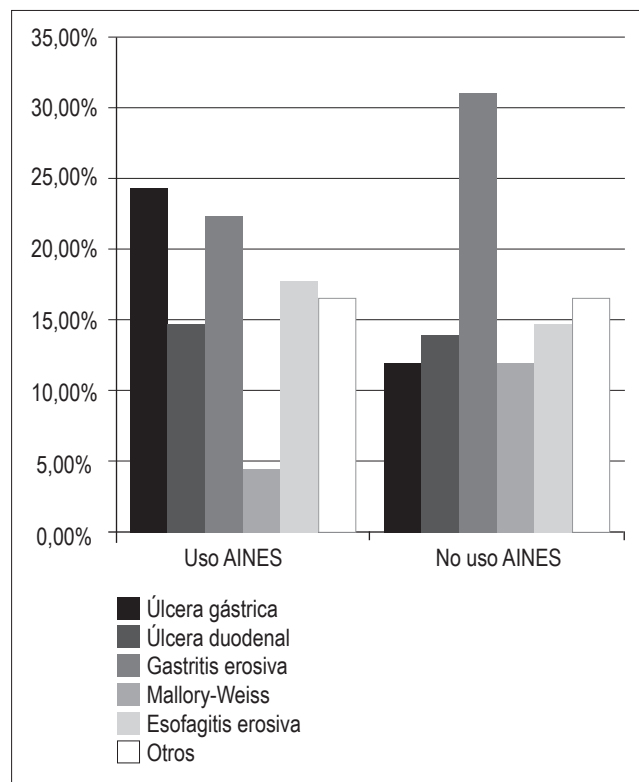


Figura 3. Diagnóstico endoscópico y uso de AINE y de ASA.

HVDA; 8 de ellos eran personas mayores de 60 años, y un paciente más requirió manejo quirúrgico de urgencia, debido a una úlcera duodenal perforada. Las restantes 29 personas fallecieron por causas relacionadas con la HVDA, en conjunto con otras complicaciones asociadas a su patología de base (tabla 4).

DISCUSIÓN

La HVDA es una causa habitual de consultas a la unidad de urgencias, y requiere manejo médico integral. El presente estudio, realizado en un hospital de referencia del departamento de Cundinamarca, mostró que la mayoría de los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología eran mayores de 60 años, lo cual se debe a que la institución es un hospital de referencia de tercer nivel, donde la mayoría de la población atendida son adultos mayores; además, consumían más a menudo AINE, ASA o anticoagulantes, y presentaban más de una comorbilidad asociada, lo cual, a su vez, concuerda con otros estudios reportados en la literatura (10-12). Llama la atención la ingesta de AINE y de ASA hasta en el 55% de los casos, pues los pacientes reportaban que la principal indicación de estos últimos era el diagnóstico de hipertensión arterial.

Tabla 4. Pacientes que fallecieron por HVDA.

		Número de pacientes
Sexo	Hombres	6
	Mujeres	3
Edad	< 60 años	1
	> 60 años	8
Diagnóstico endoscópico	Úlcera gástrica	3
	Úlcera duodenal	2
	Cáncer gástrico	3
	Esófagitis ulcerada	1
Resangrado	Sí	6
	No	3
Uso de AINE o de ASA	Sí	7
	No	2
Inestabilidad hemodinámica	Sí	5
	No	4
Hemostasia	Sí	6
	No	3
Hemorragia previa	Sí	1
	No	8
Intervención quirúrgica		1

El 19,6% de los pacientes reportaron al menos un episodio previo de HVDA a su ingreso, y otros 51 pacientes (17,9%) se presentaron con signos de inestabilidad hemodinámica, por lo cual se requirió estabilizarlos mediante la administración de líquidos intravenosos (LIV), para lograr un adecuado gasto urinario y mantener la presión arterial, las cuales son las metas que se buscan en el manejo inicial del paciente que se presenta con HVDA (11).

El diagnóstico endoscópico que se documentó más a menudo durante la realización de las EGD fue la úlcera péptica (tanto gástrica como duodenal). Estos hallazgos no difieren de los reportados en el mundo entero, ya que la úlcera péptica se mantiene como la principal causa de HVDA de origen no varicoso; sin embargo, cabe mencionar que en el presente estudio la úlcera gástrica representó un mayor porcentaje (18,6%) respecto a la úlcera duodenal, pues en la mayoría de los casos esta última representa mayores porcentajes (1).

Anteriormente la úlcera péptica representaba hasta el 70% de las causas de HVDA; sin embargo, estudios recientes reportan una disminución importante en el porcentaje de casos de hemorragia debida a úlcera péptica. En el estudio *Analysis of the Clinical Outcomes Research Initiative* los autores reportaron que para la población estudiada entre diciembre de 1999 y julio de 2001 con EGD por hemorragia de vías digestivas altas solamente en el 20,6% de los casos se halló úlcera duodenal o gástrica como causa del sangrado (13). Llama la atención el alto porcentaje de esofagitis erosiva como causa del sangrado, ya que se la reportó hasta en el 16,5% del total de la población, y de estos, 35 pacientes eran mayores de 60 años, lo cual podría deberse a que el reflujo gastroesofágico es más común y severo en las personas ancianas. El cáncer gástrico también fue documentado en el 4,95% del total de la población, lo cual puede explicarse por el hecho de que es una patología habitual en la región andina de Colombia; especialmente, en el altiplano cundiboyacense, tal como fue reportado en un estudio previo realizado en el Hospital Universitario de La Samaritana (14).

El 49,8% de los pacientes fueron transfundidos; se observó una sobreutilización de este recurso, pues la transfusión sanguínea debe reservarse para los pacientes que ya han sido reanimados previamente administrándoseles LIV, y que, a pesar de esta, persisten hipotensos y sangran activamente (15): el riesgo de la transfusiones no indicadas conlleva una mayor morbimortalidad (16).

En el presente estudio llama la atención, por otra parte, cómo los pacientes que recibieron más de 3 UGRE presentaron más resangrado que quienes recibieron menos de 3 unidades ($p = 0,006$); sin embargo, eran parte del grupo de pacientes mayores de 60 años y con mayores comorbilidades asociadas.

El resangrado reportado en el mismo estudio fue menor que el reportado por la literatura: 11,2% vs. 20%, respectivamente, lo cual puede deberse a la reanimación energética realizada desde el sitio de remisión hasta cuando los pacientes llegan a este hospital; también, a la intervención endoscópica oportuna realizada durante las primeras horas posteriores a la estabilización hemodinámica y el manejo médico previo a la EGD. El 22,1% de los casos requirió hemostasia endoscópica con adrenalina o argón plasma, y de estos, 17 pacientes (53,1%) presentaron resangrado. Cabe mencionar que en los casos que ameritaron hemostasia endoscópica el 19,6% únicamente fue tratado con un método endoscópico (adrenalina), lo cual estuvo a criterio de cada gastroenterólogo durante la realización del procedimiento.

El objetivo fundamental del tratamiento endoscópico es conseguir la hemostasia y prevenir la recidiva, para así disminuir de forma notable el tratamiento quirúrgico y la mortalidad (17). En el presente estudio solo un paciente requirió manejo quirúrgico de urgencia, y fue debido a una úlcera duodenal perforada.

A lo largo de la última década la mortalidad reportada ha oscilado entre el 5% y el 10% (18). En el presente estudio fue del 3,1%, lo cual es atribuible a la energética reanimación hemodinámica inicial y a la pronta realización de la endoscopia.

Se observó asociación estadísticamente significativa entre la presencia de sangrado y la edad ($\chi^2 = 4,40$; $p = 0,036$) y el uso de AINE ($\chi^2 = 7,261$; $p = 0,007$), pues se demostró que a mayor edad los pacientes presentaban ingesta de múltiples fármacos; entre estos, AINE y ASA, los cuales han sido reportados en la literatura como potenciales agentes dañinos de la mucosa gástrica (19-22).

El presente estudio, mostró, por otra parte, que la mayoría de pacientes con HVDA de causa no varicosa que ingresan a la unidad de urgencias del HUS son adultos mayores, y que presentan múltiples factores de riesgo asociados, tales como comorbilidades (HTA, nefropatía, diabetes mellitus) e ingesta de múltiples fármacos (ASA y AINE), lo cual se ha asociado positivamente a episodios de HVDA (23-25), por lo cual el equipo a cargo de la presente investigación considera que el esfuerzo también debe enfocarse en el cuidado de sostén a los pacientes o a prevenir las complicaciones de otros sistemas (cardiovascular, renal, pulmonar), en vez de enfocarse únicamente en el sistema gastrointestinal (9).

Existen limitantes en el presente trabajo; entre ellas, el hecho de que el estudio fue descriptivo-retrospectivo, lo cual puede conllevar sesgos de selección. Como la elección del tratamiento endoscópico estuvo a criterio del gastroenterólogo que realizó cada EGD, los datos obtenidos no permiten hacer un análisis significativo acerca del impacto que uno o dos métodos hemostáticos tienen en el riesgo de

resangrado; para evaluar de forma definitiva dicha asociación deberían realizarse estudios prospectivos en la institución. Debido a la sobretransfusión sanguínea (más de tres UGRE) en la unidad de urgencias al ingreso del paciente, el equipo a cargo de este trabajo considera que debe llegarse a un criterio unificado para determinar qué pacientes ameritan ser transfundidos, y quiénes no.

CONCLUSIONES

En el presente estudio la población atendida en el HUS por HVDA corresponde a adultos mayores de 60 años, con más de una comorbilidad asociada. La úlcera péptica (tanto gástrica como duodenal) sigue siendo el diagnóstico más común, y se lo ha asociado al uso de AINE y de ASA, tal como ha sido reportado en la literatura mundial, excepto por el diagnóstico de cáncer gástrico, que puede tener alta prevalencia, debido a la zona andina, como ya se mencionó. El manejo médico y endoscópico aplicado presentó tasas de éxito similares a las reportadas en la literatura, pues la reanimación inicial es indispensable en el manejo de todo paciente que se presenta con HVDA. La mortalidad documentada se ha mantenido dentro de lo reportado a lo largo de las últimas dos décadas.

REFERENCIAS

- Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med*. 1994;331:717-27.
- Albeldawi M, Qadeer MA, Vargo JJ. Managing acute upper GI bleeding, preventing recurrences. *Cleve Clin J Med*. 2010;77:131-42.
- Roberts-Thomson IC, Teo E. The changing face of non-variceal, upper gastrointestinal hemorrhage. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007;22:1-3.
- Gómez M, Pineda L, Ibáñez M, et al. Escala "UNAL" de predicción para identificar pacientes con hemorragia digestiva alta que necesitan endoscopia urgente. *Acta Méd Colomb*. 2006;31:389-99.
- Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc*. 1999;50:755-61.
- González-González JA, Vázquez-Elizondo G, García-Compean D, et al. Predictors of in-hospital mortality in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Rev Esp Enferm Dig*. 2011;103:196-203.
- Herrlinger K. [Classification and management of upper gastrointestinal bleeding]. *Internist (Berl)*. 2010;51:1145-56.
- Llach J, Bordas JM, Salmerón JM, et al. A prospective randomized trial of heater probe thermocoagulation versus injection therapy in peptic ulcer hemorrhage. *Gastrointest Endosc*. 1996;43:117-20.
- Sung JJ, Tsoi KK, Ma TK, et al. Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10,428 cases. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:84-9.
- Ferguson CB, Mitchell RM. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Ulster Med J*. 2006;75:32-9.
- Feu F, Brullet E, Calvet X, et al. [Guidelines for the diagnosis and treatment of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding]. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:70-85.
- Kataoka M, Kawai T, Yagi K, et al. Clinical evaluation of emergency endoscopic hemostasis with bipolar forceps in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Endosc*. 2010;22:151-5.
- Boonpongmanee S, Fleischer DE, Pezzullo JC, et al. The frequency of peptic ulcer as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. *Gastrointest Endosc*. 2004;59:788-94.
- Martínez JD, Garzón MA, Lizarazo JJ, et al. Características de los pacientes con cáncer gástrico del departamento de Cundinamarca, remitidos al Hospital Universitario de la Samaritana entre los años 2004 y 2009. *Rev Col Gastroenterol*. 2010;25:344-8.
- Palmer K. Acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br Med Bull*. 2007;83:307-24.
- Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 2013;368:11-21.
- Celinski K, Cichoz-Lach H, Madro A, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding--guidelines on management. *J Physiol Pharmacol*. 2008; 59(Suppl 2):215-29.
- van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2008;22:209-24.
- Bor S, Dagli U, Sarer B, et al. A retrospective study demonstrating properties of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Turkey. *Turk J Gastroenterol*. 2011;22:249-54.
- de MG, Catalano F, Festini M, et al. [Esophageal non-variceal hemorrhage: a clinical and epidemiological study]. *G Chir*. 2002;23:199-204.
- Kovacs TO, Jensen DM. The short-term medical management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Drugs*. 2008;68:2105-11.
- Pongprasobchai S, Nimitvilai S, Chasawat J, et al. Upper gastrointestinal bleeding etiology score for predicting variceal and non-variceal bleeding. *World J Gastroenterol*. 2009;15:1099-104.
- Crooks CJ, West J, Card TR. Upper gastrointestinal haemorrhage and deprivation: a nationwide cohort study of health inequality in hospital admissions. *Gut*. 2011;61:514-20.
- Halland M, Young M, Fitzgerald MN, et al. Characteristics and outcomes of upper gastrointestinal hemorrhage in a tertiary referral hospital. *Dig Dis Sci*. 2010;55:3430-5.
- Moreno P, Jaurrieta E, Aranda H, et al. Efficacy and safety of an early discharge protocol in low-risk patients with upper gastrointestinal bleeding. *Am J Med*. 1998;105:176-81.