

ARTÍCULO ORIGINAL

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS UTILIZANDO LA ESCALA "UNAL" EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO COMPARATIVO.

Andrés Fernando Fuentes¹, Jhonatan Sebastian Galvis¹, Ricardo Javier Gómez¹, Jorge Omar Pabon² ✉

1. Grupo de investigación en Epidemiología y Salud Pública. Departamento de Medicina. Universidad de Pamplona.
2. Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Erasmo Meoz.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es clasificar y analizar estadísticamente a los pacientes con diagnóstico clínico de hemorragia de vías digestivas altas que acuden al servicio de urgencia del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM) utilizando la escala UNAL, entre 20 de agosto y 20 de noviembre del 2014. Este es un estudio observacional de tipo transversal donde se recolectaron los datos de manera prospectiva en una cohorte de pacientes con diagnóstico clínico de HVDA que ingresaron al servicio de urgencias del HUEM. El análisis de los resultados, permite determinar el hallazgo de 41 pacientes con el diagnóstico clínico de hemorragia de vías digestivas altas de los cuales 12 de los pacientes (29,3%) tenían una edad de >65 años y 26 pacientes (63,4%) eran de sexo masculino. La escala UNAL si discrimina satisfactoriamente los pacientes que necesitan una esofagogastroduodenoscopia urgente de aquellos que no, porque permite identificar la mayoría de pacientes que presentan un sangrado activo sin olvidarnos nunca de la clínica del mismo.

Palabras claves: hemorragia gastrointestinal, endoscopia del sistema digestivo, hematemesis y melena.

CLASSIFICATION OF PATIENTS WITH CLINICAL DIAGNOSIS OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT BLEEDING USING THE "UNAL" SCALE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT of ERASMO MEOZ HOSPITAL AND COMPARATIVE STATISTICAL ANALYSIS.

SUMMARY

The objective of this research is to classify and statistically analyze patients with clinical diagnosis of (UGIB) upper gastrointestinal tract bleeding that have been sent for emergency checkups at the Erasmo Meoz University Hospital (HUEM) using the UNAL scale, between August 20th and November 20th, 2014. This is an observational cross-sectional study in which data was prospectively collected in a cohort of patients with a clinical diagnosis of (UGIB) that was admitted to the emergency department of HUEM. The analysis of the results determines the finding that of the 41 patients with the clinical diagnosis of Upper Gastrointestinal Tract Bleeding which of 12 patients (29.3%) were aged > 65 years and 26 Patients (63.4%) were male. The UNAL Scale successfully discriminates patients who urgently need an Esophagogastroduodenoscopy and those who do not, because it can identify the most patients with active bleeding without ever forgetting about the clinic itself.

KEYWORDS: Gastrointestinal Hemorrhage, Endoscopy of the Digestive System, Melena.

✉ Correspondencia: Jorge Omar Pabón. Departamento de Medicina. Dirección: Calle 6BN 12E-23, Los Acacios, Cúcuta, Colombia. Teléfono: (7) 5893938, correo electrónico: jorgepabonl@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La hemorragia de vías digestiva alta (HVDA) se define como el sangrado procedente desde el esófago hasta el ligamento de Treitz. Es la emergencia de gastroenterología más común en todo el mundo y es de alto impacto en la población por la elevada morbimortalidad causada por el aumento de consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y la alta prevalencia de *Helicobacter pylori* representan las principales causas de hemorragias por úlcera péptica (1). En la revista mundial de gastroenterología se presentan la HVDA como una urgencia con una mortalidad del 6%-13% con una tasa de incidencia de 48 a 160 casos por 100.000 habitantes, con reporte consistentes de mayor incidencia entre los hombres y las personas mayores; las estrategias de gestión han cambiado drásticamente en las últimas décadas debido a la introducción de la terapia de supresión de ácido (antagonistas de los receptores de la histamina-2 y especialmente los inhibidores de la bomba de protones) y la terapia endoscópica la cual se ha convertido en el pilar para el diagnóstico y tratamiento de la HVDA, y se recomienda realizarse dentro de 24 horas de la presentación (2).

En la actualidad se tiene una escala numérica "Escala UNAL" la cual es simple y fácil de memorizar, construida con parámetros clínicos y de laboratorios disponibles en cualquier hospital, puede identificar pacientes con HVDA y sangrado activo, que ameritan una EVDA urgente, así como los pacientes que no necesitan ese procedimiento de manera inmediata (3).

Para un mejor entendimiento y fines académicos se procede a la definición de las causas, síntomas y resultados endoscópicos en HVDA. Dentro del grupo de causas se encontró la úlcera péptica que es el defecto de la mucosa gastrointestinal que se extiende a

través de la *muco-laris mucosae* y que persiste como consecuencia de la actividad acida del jugo gástrico (4). El uso de aspirina, de AINEs y la infección por *Helicobacter pylori* predisponen a que se presente úlcera péptica sangrante que es la causa más común de HVDA (2).

Otras causas son las varices esofágicas y el síndrome de Mallory-Weiss; las primeras se definen como vasos colaterales porto sistémicos, es decir canales vasculares que unen la circulación venosa porta y la sistémica (5).

Dentro de los síntomas característicos de las hemorragias de vías digestivas altas se encuentra: a) Hematemesis o vómito de sangre. Puede ser en forma de sangre fresca rutilante (6); B) Melena. Es la salida de sangre por el ano, en forma de una deposición de color negro brillante, pastoso y maloliente. Suele indicar un origen alto de la hemorragia y se debe a la transformación de la hemoglobina en hematina en el tracto gastrointestinal (6); C) Manifestaciones de hipovolemia o anemia. Algunos pacientes pueden presentar hipotensión ortostática, lipotimia, shock hipovolémico, disnea o angina, antes de que se haya producido la exteriorización de sangre por el tubo digestivo (6); D) Melanemesis o vómito de sangre similar al «poso de café». En forma de restos hemáticos oscuros, lo que indica habitualmente que la hemorragia ha cesado o que su débito es muy bajo (6); F) Hematoquecia. Es la emisión de sangre por el ano en forma de sangre fresca rutilante o de sangre rojo vinoso oscuro, que acompaña a la deposición o se presenta de forma aislada (6).

Existen escalas como la clasificación de Forrest que es de gran utilidad para determinar la actividad hemorrágica y el riesgo de resangrado a diferencia de la escala UNAL elaborada por Gómez et al. (3) que es utilizada para discriminar el grupo de pacientes que

requieren una endoscopia digestiva alta urgente antes de las 12 horas o aquellos que el procedimiento se puede diferir para hacerlo dentro de las primeras 24 horas. Se realizó un estudio observacional analítico, de tipo transversal en el que se tomó la información de manera prospectiva en una cohorte de pacientes seleccionados en forma consecutiva que ingresaron al servicio de urgencias de un hospital colombiano de tercer nivel desde enero de 2004 hasta agosto de 2005 utilizando estos datos para realizar la validación interna de la escala y una segunda cohorte o muestra independiente tomada de septiembre del 2005 a junio del 2006 para la validación externa de la escala que había sido previamente establecida.

Cuando se realizó el análisis multivariado, seis factores (lipotimia, inestabilidad hemodinámica, hemoglobina menor de 8, leucocitos mayores de 12.000, sangre en el aspirado nasogástrico y edad > 65 años), todos fáciles de identificar al ingreso del paciente en urgencias, fueron asociados con el riesgo de sangrado activo durante la EVDA urgente temprana. Con base en estos seis factores se construyó la siguiente escala que se puede expresar como una fórmula matemática así: Escala "UNAL" de sangrado = 5 x (sangre en la SNG) + 4 x (hemoglobina < 8) + 4 x (lipotimia) + 2 x (leucocitos > 12.000) + 2 x (edad > 65 años) + 1 x (inestabilidad hemodinámica). Con un máximo puntaje = 18 y un mínimo puntaje = 0. Para propósitos del cálculo matemático la presencia de cada uno de los factores es igual a uno y su ausencia es igual a cero. A través de la construcción de la curva ROC se encontró que el punto de corte donde se hace máxima la sensibilidad y especificidad de esta escala es siete, de tal forma que la escala es menor a siete puntos significa que el paciente no tiene sangrado activo y por lo tanto no necesita una EVDA urgente, pero si tiene siete o más puntos si la requiere.

Realizando una revisión sistemática se encontró una serie de artículos, dentro de los cuales se observó la importancia del estudio realizado por Daysi Rivera H. MD y colaboradores titulado "Caracterización de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas no varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia" se observaron que la gran mayoría de los pacientes eran mayores de 60 años de los cuales el 74% presentaba hipertensión portal y el 55% reportaba ingesta de AINES y Aspirina que tenían asociado el diagnóstico de úlcera péptica; en este estudio realizado en un hospital de igual complejidad que el HUEM reportaron una tasa de mortalidad global del 13,11% con una mortalidad atribuida al sangrado digestivo del 3% que es comparable a la de las regencias internacionales (7).

Desde el punto de vista de Hemorragia de vías digestivas en el paciente anticoagulado, estudio realizado por los médicos Alberto Rodríguez Varón, Edward A. Caceres-Mendez (8), plantean el sangrado digestivo como un problema médico frecuente y a pesar de los progresos en su diagnóstico y manejo, continúa teniendo importantes cifras de morbilidad y mortalidad.

Desde un ámbito internacional se encontró un estudio realizado en México por Manrique et al. (9), quienes compararon la eficacia de la escala de Blatchford en relación al sistema de Rockall para predecir riesgo de mortalidad y resangrado.

En una revisión del Acta Médica Peruana 23 el Dr. Carlos Enrique Ichiyanagui Rodríguez et al (10), mencionan que hace algunos años una gran organización de cuidados de la Salud en los EE.UU estimó la incidencia anual de ésta en 20 hospitalizaciones por 100 000 / habitantes. La tasa de HVDA se incrementa en pacientes que consumen aspirina y AINEs, y el riesgo parece estar relacionado con la dosis; los

calcio-antagonistas, que también tienen efecto antiplaquetario, pueden incrementar el riesgo de sangrado gastrointestinal. De otro lado la no erradicación del *Helicobacter pylori*, se encuentra comprometido en la patogénesis de la úlcera péptica, promueve la recurrencia del sangrado por esta patología.

A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, la mortalidad se ha mantenido estable entre el 5% a 10% durante las dos últimas décadas, cuando se incluyen todos los pacientes con HVDA, pero ésta se reduce hasta en un 60%, cuando se analizan los pacientes que ameritan tratamiento endoscópico.

Hasta el momento, la investigación a nivel mundial se ha concentrado en la construcción de diversas escalas numéricas para predecir si un paciente con HVDA puede resangrar o para establecer el riesgo de mortalidad o la necesidad de hospitalización, se han creado escalas como el índice Cedars-Sinai (1990), Baylor (1993), BLEED system (1995), Rockall (1996) y Blacthford (2000) entre otras, además de múltiples estudios para validar estas escalas (3).

El objetivo de la presente investigación es clasificar estadísticamente a los pacientes con diagnóstico clínico de hemorragia de vías digestivas altas que acuden al servicio de urgencia del Hospital Universitario Erasmo Meoz utilizando la escala UNAL, entre 20 de agosto y 20 de noviembre del 2014.

METODOLOGÍA

Es un estudio observacional de tipo transversal donde se recolectaron los datos de manera prospectiva en una cohorte de pacientes con diagnóstico clínico de hemorragia de vías digestivas altas (HVDA) que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM).

Se tomó una población por conveniencia, incluyendo a todos los pacientes de forma consecutiva que ingresaron al servicio de urgencias del HUEM con el diagnóstico clínico de HVDA en un periodo comprendido entre el 20 de agosto del 2014 hasta 20 de noviembre del mismo año, a dichos pacientes se les aplicó la escala UNAL.

Se tuvo en cuenta variables categóricas para la evaluación de dicha escala como lo son la presencia de sangre en la sonda nasogástrica, hemoglobina < 8, lipotimia, leucocitosis > 12.000, edad > 65 e inestabilidad hemodinámica. Y otras variables también categóricas como son la edad, el sexo, lugar de procedencia entre otras variables demográficas.

A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio los cuales debían ser mayor de 18 años y presentar diagnóstico clínico de HVDA caracterizado por hematemesis franca, vómito en “cuncho de café” (melanemesis) y melenas; con unos criterios de exclusión como la presencia infarto agudo de miocardio en las últimas tres semanas, enfermedad cerebrovascular aguda en las últimas tres semanas, falla cardíaca congestiva severa (grado IV), falla respiratoria severa, alteraciones hematológicas severas, consumo de anticoagulantes/anticoagulación, sangrado intrahospitalario, sospecha de perforación de víscera hueca y embarazo. La muestra final de pacientes que cumplieron todos los criterios se les aplicó la escala UNAL, se procedió a realizar una EVDA y se describieron los hallazgos encontrados en esta.

Todos los datos hallados se tabularon en el software Epi Info versión 3.5.4 en el cual se diseñó un formato que concuerda con los datos proporcionados por el instrumento de la escala UNAL incluyendo tratamiento tanto medico como quirúrgico y estado del paciente al egreso hospitalario.

A tales datos se les realizó las tablas de frecuencia, prueba de chi cuadrado para encontrar significancia estadística, el riesgo relativo, los cuales se procedió a comparar con el estudio original realizado por Gómez et al (3).

El estudio cumplió con lo estipulado en la resolución 8430 de 1993 donde se establecen las normas científicas, técnicas, y administrativas para la investigación en salud en la República de Colombia, cumpliendo a cabalidad el artículo 5 que dice que 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. Hay que tener en cuenta que no se afectó la integridad del paciente y que el actuar de los integrantes de la investigación fue con el fin de cada día mejorar la atención médica en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, y que con investigaciones experimentales como la que se ha desarrollado se busca un mejor posicionamiento de la institución y un mejor conocimiento científico. Así como no se atentó contra la integridad del paciente tampoco se hizo contra el buen nombre del HUEM y siempre se buscó que dicha institución se encuentre entre las mejores de Colombia.

Todos los pacientes que fueron parte del estudio firmaron el consentimiento informado, demostrando así que el paciente tuvo claro que era parte de una investigación y que conocen en que consiste; cuáles eran los riesgos del estudio que en este caso fue una investigación de mínimo riesgo; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su tratamiento y la seguridad de total privacidad de la identificación del paciente.

RESULTADOS

Se realizó la recolección de datos durante un período de tres meses en los cuales se encontró 41 pacientes con el diagnóstico clínico de hemorragia de vías digestivas altas de los cuales 12 de los pacientes (29,3%) tenían una edad >65 años y 26 pacientes (63,4%) eran de sexo masculino. Entre los antecedentes personales el más frecuente es el alcoholismo, encontrado en 19 pacientes (46,3%), dentro de los antecedentes clínicos de importancia se encontró que 4 pacientes (9,8%) tenían cáncer gástrico, 1 paciente (2,4%) tenía cirrosis (Ver tabla 1).

Tabla 1 Características demográficas y clínicas de pacientes con HVDA.

	Cantidad	%
Pacientes (n)	41	100
Edad > 65 años	12	29,3
Sexo masculino	26	63,4
Antecedentes		
Tabaquismo	13	31,7
Alcohol	19	46,3
Aínes	7	17,1
ASA		
I	15	36,6
II	10	24,4
III	13	31,7
IV	3	7,3
Antecedentes clínicos		
HTA	14	34,1
DM tipo 2	5	12,2
Ca gástrico	4	9,8
Hepatitis B	3	7,3
Epilepsia	3	7,3
TBC	2	4,9
ACV	2	4,9
Asma	1	2,4
Hipotiroidismo	1	2,4
Cirrosis	1	2,4
Ca de mama	1	2,4

La epigastralgia y la palidez cutánea fueron los hallazgos clínicos que se encontraron con mayor frecuencia, representando a un 73,2% de la población en estudio. Dentro de los hallazgos con el que se hace el diagnóstico clínico de hemorragia de vías digestivas altas se observó que las melenas se presentaron en 29 pacientes (70,7%), melanemesis 21 pacientes (51,2%) y hematemesis en 14 pacientes

(34,1%) del total de pacientes analizados (Ver tabla 2).

Tabla 2 Hallazgos clínicos relacionados con la HVDA.

Hallazgos clínicos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Epigastralgia	30	73,2
Palidez cutánea	30	73,2
Melenas	29	70,7
Regurgitación	28	68,3
Mareos	25	61
Melanemesis	21	51,2
Pirosis	19	46,3
Lipotimia	16	39
Hematemesis	14	34,1
Disfagia	2	4,9
Rectorragia	2	4,9
Shock hipovolémico	1	2,4

A todos los pacientes del Hospital Universitario Erasmo Meoz con diagnóstico clínico de hemorragia de vías digestivas altas, se les aplicó la escala UNAL con los cuales se encontró que entre menor era el puntaje que arrojaba dicha escala menor era el porcentaje de encontrar el paciente con sangrado activo (Ver tabla 3) en la cual aquellos pacientes que presentaban un puntaje de 0-3 solo un 14,28% presentaban sangrado activo y aquellos que tenían un puntaje de 11-18 el 40% presentó un sangrado activo.

Tabla 3 Comparación entre el puntaje de la escala UNAL con sangrado activo.

Escala UNAL	Total Paciente	% del total	Paciente con sangrado activo	%
0-3	7	17,5	1	14,28
4-6	19	47,5	2	10,52
7-10	9	22,5	2	22,22
11-18	5	12,5	2	40
Total	40	100	7	

A todos los pacientes se les realizó una Esofagogastroduodenoscopia en las cuales el hallazgo endoscópico más frecuente fue la gastropatía erosiva en 21 pacientes, de los cuales el 14,28% presentaron sangrado activo; como segunda hallazgo endoscópico más frecuente fue la gastritis crónica en 13 pacientes de los cuales el 15,38% presentó sangrado activo. A pesar de que la estenosis

pilórica y la estomatitis se presentaron en baja frecuencia en esta población en estudio, el 100% tuvieron sangrado activo al momento de la Endoscopia. En un 10% de los pacientes que presentaron diagnóstico clínico de hemorragia de vías digestivas altas al realizar la endoscopia se observó un estudio Normal; estos resultados están basados en 40 pacientes, ya que un paciente antes de realizar la endoscopia falleció (Ver tabla 4).

Tabla 4 Causas más frecuentes de HVDA.

Hallazgos endoscópicos.	Numero (%)	Paciente con sangrado Activo
Gastropatía erosiva	21 (52,2)	3 (14,28)
Gastritis crónica	13 (32,5)	2 (15,38)
Úlcera gástrica	10(25)	2 (20)
Esofagitis crónica	9(22,5)	0
Varices esofágicas	8 (20)	1 (12,5)
Gastritis erosiva	7 (17,5)	1 (14,28)
Gastropatía hipertensiva	5 (12,5)	0
Hernia hiatal	5 (12,5)	1 (20)
Normal	4 (10)	0
Cáncer gástrico	4 (10)	1 (25)
Incompetencia cardial	3 (7,5)	0
Síndrome pilórico	3 (7,5)	0
Úlcera duodenal	3 (7,5)	1 (33,33)
Gastritis ectásica vascular	2 (5)	1 (50)
Moniliasis esofágica	2 (5)	1 (20)
Angiodisplasia	2 (5)	0
Esofagitis erosiva	2 (5)	1 (50)
Estenosis pilórica	1 (2,5)	1 (100)
Estomatitis	1 (2,5)	1 (100)
Pólipo gástrico	1 (2,5)	0
Síndrome de Mallory Weiss	1 (2,5)	0

Al hacer la agrupación con el punto de corte validado de la escala UNAL que es un valor de 7, de los pacientes que tenían un sangrado activo el 57,1% le dio un puntaje ≥ 7 , a diferencia de los pacientes que o tenían una lesión que explicara el sangrado al momento de realizarle la endoscopia de vías digestivas altas los cuales el 80% presento un puntaje < 7 con una $p=0,2868$ y con χ^2 de 2,4981, como se puede ver en el (Ver tabla 5).

Tabla 5 Clasificación de los pacientes con HVDA utilizando la escala UNAL.

El paciente presenta:	Puntaje de la escala		Total
	< 7	≥ 7	
No tenía lesiones que explicaran sangrado.	8 (80%)	2 (20%)	10
Tenía evidencia de sangrado activo reciente pero no activo.	15 (65,2%)	8 (34,8%)	23
Tenía sangrado activo.	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7
Total	26	14	40

No todos los pacientes que presentan un diagnóstico clínico de hemorragia de vías digestivas altas tienen la necesidad de recibir transfusión de glóbulos rojos empaquetados y en nuestra investigación se encontró una relación directa entre la necesidad de transfusión y el puntaje de la escala UNAL como se puede ver en la Tabla 6, en la cual se observa que los pacientes que presentaron un puntaje ≥ 7 de los cuales el 85,7% fue necesaria la transfusión. (Ver tabla 6)

Tabla 6 Número de personas que necesitaron transfusión según el puntaje de la escala UNAL.

Puntaje de la escala UNAL	NO	SI	Total
< 7	16 (59,3%)	11 (40,7)	27 (100%)
≥ 7	2 (14,3%)	12 (85,7%)	14 (100%)
TOTAL	18	23	41

DISCUSIÓN

A pesar que la HVDA es la emergencia de gastroenterología más común en todo el mundo y es de alto impacto en la población por la elevada morbilidad causada por el aumento de consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y la alta prevalencia de *Helicobacter pylori* (1); se encontró en esta un problema en la atención de urgencias hospitalarias, por lo que se hace evidente la necesidad de buscar un mejoramiento en la identificación de forma correcta de aquellos pacientes que necesitan una endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) urgente (3).

En la actualidad se tiene una escala numérica "Escala UNAL" la cual es simple y fácil de memorizar, construida con parámetros clínicos y de laboratorios disponibles en cualquier hospital, puede identificar pacientes con HVDA y sangrado activo, que ameritan una EVDA urgente, así como los pacientes que no necesitan ese procedimiento de manera inmediata (3).

La escala UNAL elaborada por Gómez et al (3), se puede expresar como una fórmula matemática así: Escala "UNAL" de sangrado = 5 x (sangre en la SNG) + 4 x (hemoglobina < 8) + 4 x (lipotimia) + 2 x (leucocitos > 12.000) + 2 x (edad > 65 años) + 1 x (inestabilidad hemodinámica). Con un máximo puntaje = 18 y un mínimo puntaje = 0. Para propósitos del cálculo matemático la presencia de cada uno de los factores es igual a uno y su ausencia es igual a cero. A través de la construcción de la curva ROC se encontró que el punto de corte donde se hace máxima la sensibilidad y especificidad de esta escala es 7, de tal forma que la escala con un puntaje menor a 7 significa que el paciente no tiene sangrado activo y por lo tanto no necesita una EVDA urgente, pero si tiene 7 o más puntos si la requiere (3).

Al implementar esta escala en el grupo de pacientes del HUEM los cuales cumplieron los criterios de inclusión e que ingresaron al servicio de urgencias, se logró verificar la utilidad de la escala UNAL al observar que si permitía una adecuada discriminación de los pacientes que requerían una esofagogastroduodenoscopia en las primeras 12 horas, al igual como lo demuestra la investigación realizada por los autores originales de la escala UNAL, con la diferencia de que ellos presentaron que ninguno de los pacientes que tenían sangrado arrojaban un puntaje menor a 7, pero en los resultados de la investigación el en Hospital Universitario Erasmo Meoz, se encontró algunos pacientes que a pesar de ser la minoría, tenían sangrado activo y al realizarle la escala UNAL presentaron un puntaje menor de 7.

En los pacientes con HVDA del HUEM en este estudio predominó el sexo masculino concordando con la población estudiada en la validación interna realizada por el doctor Martín Gómez (3), al igual que la investigación "Caracterización de los pacientes con HVDA no

varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia” realizada por Daysi Rivera H. MD (7) y colaboradores el hallazgo endoscópico más frecuente es la úlcera péptica seguida por las varices esofágicas y síndrome de Mallory Weiss, al comparar con los hallazgos endoscópicos del Hospital Universitario Erasmo Meoz que es más prevalente la gastropatía erosiva seguido de gastritis crónica y úlcera péptica con un número muy bajo de pacientes con síndrome de Mallory Weiss dando una base de los datos característicos de la región norte santandereana, como también lo demostró Daysi Rivera y colaboradores donde el síndrome de Mallory Weiss fue el hallazgo endoscópico menos frecuente, en el cual se ve que el 73,3% de los pacientes que ingresaron tenían el antecedente de una enfermedad cardiovascular (HTA sistémica) mientras en nuestra población en estudio presentó un 34,1%, presentando una proporción menor en comparación con Daysi Rivera y colaboradores (7).

Es muy importante recalcar que hubo una serie de pacientes que presentaron como causa de sangrado en esta investigación CA gástrico que correspondió a un 10% de los pacientes, también un 10% de los pacientes presentó sangrado sin ningún tipo de lesión mientras que Daysi Rivera y colaboradores encontraron que pacientes con CA gástrico fueron 29,8% y 2,8% no se documentó ningún tipo de lesión (7). Según el doctor Ichiyanaeui Rodríguez et al (10), la tasa de HVDA se incrementa en pacientes que consumen aspirina y AINEs información que es planteada a nivel mundial, pero se encontró en los pacientes de esta investigación que era muy bajo el consumo de este tipo de medicamentos, ya que se debe tener en cuenta que la baja escolaridad de esta población en estudio muchas veces daba información que no correspondía a la realidad de cuáles eran los medicamentos que consumían realmente, pero si se tiene la alta

ingesta de consumo de alcohol en los pacientes que relacionó con la presencia de HVDA. De otro lado la no erradicación del *Helicobacter pylori*, presente en la patogénesis de la úlcera péptica, promueve la recurrencia del sangrado por esta patología, información que no se pudo ratificar en los pacientes por la falta de información histopatológica de los resultados encontrados en cada biopsia, recordando que no a todos los pacientes con HVDA se le realiza biopsia que pueda mostrar la presencia de *Helicobacter pylori* en esta población. Se puede recomendar seguir trabajando sobre el tema de las biopsias y *Helicobacter pylori* en esta institución hospitalaria.

En cuanto a los hallazgos clínicos de la población en estudio se observó cómo los signos y síntomas que se encontraron se acoplan a los que se hallaron en la literatura universal sobre la realización de un diagnóstico clínico de hemorragia de vías digestivas altas entre los cuales se tiene un espectro amplio de sintomatología que va desde: epigastralgia, palidez cutánea y melenas hasta signos de shock hipovolémico como se observó en el estudio de hemorragia gastrointestinal realizado por el doctor Saperas Franch (6); siempre se debe tratar a todos los pacientes cuando presentan un cuadro clínico no tan complejo y así no permitir que la enfermedad evolucione llegando a un shock hipovolémico como se realiza en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, donde se trata que el menor porcentaje posible de pacientes lleguen hasta ese estado, logrando una atención eficaz y oportuna.

Con todos los datos obtenidos se concertó que todos los pacientes con diagnóstico clínico de HVDA sería pertinente aplicarle la escala UNAL, ya que permite enfocar el estado del paciente para poder implementar un protocolo de manejo que ayuda a resolver de manera eficaz y oportuna esta patología. Es muy importante que siempre se dirija al paciente a

servicio de esofagogastroduodenoscopia al momento de sospechar una HVDA y no esperar que se dé una evolución natural de la enfermedad de manera insatisfactoria.

CONCLUSIONES

La escala UNAL si discrimina satisfactoriamente los pacientes que necesitan una esofagogastroduodenoscopia urgente de aquellos que no, porque permite identificar la mayoría de pacientes que presentan un sangrado activo sin olvidarnos nunca de la clínica del mismo. La mayoría de los pacientes con diagnóstico clínico de HVDA son de género masculino, con un antecedente característico de alcoholismo siendo este más representativo que el consumo de AINES. La mayoría de los pacientes que arrojan un puntaje en la escala UNAL ≥ 7 presentaron la necesidad de ser transfundidos dando una base para transfundir a cada uno de manera individualizada, pero siempre se debe recordar que existen otros parámetros para tomar esta decisión.

Durante un periodo de 3 meses la incidencia que arrojó la investigación en cuanto al diagnóstico de HVDA fue de 41 pacientes en el HUEM, dentro de estos pacientes se encontró la epigastralgia, palidez cutánea y melenas representando los signos y síntomas más frecuentes que se puede hallar en un individuo con esta patología; en cuanto a los hallazgos endoscópicos más frecuentes en los pacientes fueron la gastropatía erosiva seguido de la gastritis crónica y la ulcera gástrica, siendo importante resaltar que no todas las esofagogastroduodenoscopia salen con hallazgos endoscópicos que correspondan a un sangrado al momento de realizarla, algunas salen normales y se encontró que la sangre era proveniente de una afectación de las vías aéreas

desorientándonos en el cuadro clínico de los pacientes.

Al ver la importancia de la implementación de la escala en los pacientes con HVDA y los resultados encontrados en esta investigación, es fundamental de que a todos los estudiantes de medicina se les enseñe qué parámetros tener en cuenta cuando estén frente a un paciente con HVDA para poder clasificar si requiere de una endoscopia urgente por medio de esta escala.

Esta institución hospitalaria tiene un servicio de esofagogastroduodenoscopia, que cuenta con un personal capacitado para la realización de dicho procedimiento, los cuales le brindan un servicio eficiente y oportuno a todos los pacientes de la región; y siempre en busca de preservar la salud e integridad de los mismos.

REFERENCIAS

1. **Wilkins T, Khan N, Nabh A, Schade R.** Diagnosis and management of upper gastrointestinal bleeding. *Am Fam Physician.* 2012; 85:469-76.
2. **Holster I, Kuipers E.** Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives. *World J Gastroenterol.* 2012;18:1202-207
3. **Gómez M, Pineda L, Ibáñez M, Otero W, Arbeláez V.** Escala "UNAL" de predicción para identificar pacientes con hemorragia digestiva alta que necesitan endoscopia urgente. *Rev. Acta Médica Colombiana.* 2006; 31:389-99.
4. **Gisbert J, Calvet X, Lanás A, Elizalde J, Bujanda L.** Enfermedades del estómago y del duodeno. En: *Farreras-Rozman. Medicina Interna.*

5. 17^a ed. Barcelona: Ed Elsevier. 2012; 92-121.
6. **Dite P, Labrecque D, Michael F, Gangl A, Khan A, Bjorkman D.** Esophageal varices. WGO Practice Guidelines. et al. 2008.
7. **Saperas E.** Hemorragia gastrointestinal. En: Ferreras-Rozman. Medicina Interna. 17^a ed. Barcelona: Ed Elsevier. 2012; 224-31.
8. **Rivera D, Martínez J, Tovar J, Garzón M, Hormaza N, Jorge I, Marulanda J, Molano J, Rey M.** Caracterización de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas no varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia. Rev. colomb. Gastroenterol. 2013; 28(4), 278-85. Retrieved March 16, 2015.
9. **Rodríguez A, Cáceres-Méndez, E.** Hemorragia de vías digestivas en el paciente anticoagulado. Rev. colomb. Gastroenterol. 2011; 26(1):39-42.
10. **Manrique M, Hernández N, Chávez M, Pérez E, Pérez T, Álvarez R.** Comparación de dos escalas pronosticas en hemorragia gastrointestinal superior no variceal. Rev Hosp Jua Mex. 2010; 77(2): 112-15.
11. **Rodríguez C.** Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. Rev. Acta méd. peruana, Lima, sept. 2006;23(3).

DATA