Dr. Luis Enrique Carrillo García

FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN EL IAHULA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO 2012 Y MAYO 2013.

www.bdigital.ula.ve

Trabajo Especial de Grado presentado por el Médico Cirujano Luis Enrique Carrillo García ante el Consejo de la Facultad de medicina de la Universidad de los Andes, como credencial de mérito para la obtención del grado de Especialista en Medicina Interna

Tutor: Dr. Raimondo Caltagirone

Especialista en Medicina Interna y en Cuidados Críticos yTerapia Intensiva

Mérida, Venezuela, 2013

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

www.bdigital.ula.ve

Carrillo, L. 2013. **Frecuencia de hemorragia digestiva superior en pacientes en hemodiálisis en el IAHULA en el período comprendido entre febrero 2012 y mayo 2013** / Luis Enrique Carrillo García. 51 páginas.

Nombre del Tutor: Raimondo Caltagirone.

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Medicina Interna – ULA 2013.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Luis Enrique Carrillo García.

FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN EL IAHULA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO 2012 Y MAYO 2013.

www.bdigital.ula.ve

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de Especialista en Medicina Interna por la Universidad de los Andes

_____

_____

_____

Mérida, Venezuela 2013.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

www.bdigital.ula.ve

Se dedica éste trabajo a:

A mis abuelos: Antonio Carrillo, Elsa de Carrillo y María García por ser pilar fundamental en todo lo que soy, en mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo y por sus enseñanzas perfectamente mantenidas a través del tiempo, aunque sé que desde el cielo lo siguen haciendo.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

www.bdigital.ula.ve

Se agradece por su contribución para el desarrollo de ésta tesis a:

A la Ilustre Universidad de los Andes, por haberme formado como persona, como ser humano, como ciudadano, como Médico General y en ésta oportunidad como Especialista en Medicina Interna.

A los pacientes del IAHULA, ya que sin ellos no hubiese podido realizar éste trabajo.

Al Dr. Raimondo Caltagirone por apoyarme en la idea y por guiarme para la realización de la misma.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN EL IAHULA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO 2012 Y MAYO 2013.

RESUMEN

Objetivo: Se planteó un estudio observacional analítico de tipo transversal con el fin de determinar la frecuencia de la hemorragia digestiva superior en pacientes que se encontraban en tratamiento de hemodiálisis en el IAHULA en el período comprendido de Febrero del 2012 a Mayo del 2013. **Metodología:** El universo estuvo conformado por 30 pacientes y fueron todos incluidos en la investigación. Los datos fueron recolectados en una ficha de recolección de datos previo consentimiento informado. Se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas para el análisis estadístico de las variables. **Resultados**: Predominó el sexo masculino, mayores 60 años de edad. El 100% de los pacientes presentaron Hipertensión Arterial (HTA) y de ellos 53.3% también presentaron Diabetes Mellitus (DM). El principal síntoma fue la melena; al 80% de los pacientes se les realizó endoscopia digestiva superior (EDS) cuyo principal hallazgo fue úlcera gástrica. Se analizó el tiempo en el protocolo de hemodiálisis y el primer episodio de HDS y se obtuvo como media 6 años. **Conclusiones:** En este estudio se demuestra que la HDS tiene prevalencia elevada en pacientes con hemodiálisis con predominancia en el sexo masculino y mayor de 60 años, con un promedio de tiempo en protocolo de tratamiento de 6 años. La mayoría presentó HTA Y DM como comorbilidades asociadas y el principal hallazgo en la EDS fue la úlcera gástrica.

www.bdigital.ula.ve

Palabras clave: hemodiálisis, hemorragia digestiva superior, endoscopia digestiva superior.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

FREQUENCY OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS HEMODIALYSIS IAHULA IN THE PERIOD FROM FEBRUARY 2012 TO MAY 2013.

ABSTRACT

Objective: An observational, descriptive, cross sectional study was performed, during the period of February 2012 and May 2013, with the aim of determine the frequency of upper gastrointestinal bleeding (UGIB) in patients who were on hemodialysis treatment IAHULA in this period. **Methodology:** The study groups consisted of 30 patients and were all included in the investigation. Data were collected on a data sheet emptying informed consent. We applied parametric and nonparametric tests for statistical analysis of the variables. **Results:** Predominant male 60 years older. 100% of patients had Arterial Hypertension and 53.3% also Diabetes Mellitus (DM). The main symptom was the mane, to 80% of patients underwent upper endoscopy whose main finding was gastric ulcer. We analyzed the time hemodialysis protocol and the first episode of upper gastrointestinal bleeding (UGIB) and obtained an average 6 years. **Conclusions:** This studyshows that theUGIBhashigh prevalenceinhemodialysis patientswere predominantlymaleand older than 60years with anaverage time ontreatment protocol6 years.Most hadhypertensionand DMascomorbiditiesandtheupper endoscopy (UE) main findingwasgastric ulcer.

www.bdigital.ula.ve

Keywords: Hemodialysis, upper gastrointestinal bleeding, upper endoscopy.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Distribución de frecuencias según edad y sexo de pacientes con HDS en Hemodiálisis. IAHULA. 2012-2013. 26

TABLA 2. Comorbilidad en pacientes con HDS en Hemodiálisis. IAHULA. 2012-2013. 27

TABLA 3. Comportamiento del consumo de medicamentos asociados con la HDS en los pacientes en estudio. IAHULA. 2012-2013. 29

www.bdigital.ula.ve

TABLA 4. Comportamiento de las cifras de hemoglobina, urea y creatinina al inicio y control. . IAHULA. 2012-2013. 30

TABLA 5.Hallazgos diagnósticos en la EDS de pacientes con HDS en hemodiálisis. IHAULA. 2012-2013. 33

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Distribución de frecuencias según el género 26

GRÁFICO 2 . Distribución de frecuencias según el tiempo en protocolo de Hemodiálisis. IAHULA. 2012-2013 28

GRÁFICO 3. Distribución de frecuencias según síntomas de HDS. IAHULA. 2012-2013 31

GRÁFICO 4. Porcentaje de pacientes de la muestra con Endoscopía Digestiva Superior realizada. IAHULA. 2012-2013 32

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

ABREVIATURAS

IAHULA: Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.

HDS: Hemorragia digestiva superior.

EDS: Endoscopia digestiva superior

IRCT: Insuficiencia renal crónica terminal.

LES: Lupus eritematoso sistémico.

DM: Diabetes mellitus.

HTA: Hipertensión arterial.

www.bdigital.ula.ve

IBP: Inhibidores de bomba de protones.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

INDICE DE CONTENIDO

Portada	01
Ficha Catalográfica	02
Hoja de aprobación	03
Dedicatoria	04
Agradecimientos	05
Resumen	06
Abstract	07
Lista de tablas	08
Lista de gráficos	09
Abreviaturas	10
Lista de contenido	11
Introducción	14

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Formulación del problema 15

Justificación 16

Antecedentes 17

Objetivos 20

Tipo de investigación 21

Población y muestra 21

Variables 22

Materiales y métodos 23

Análisis estadístico 24

Aspectos éticos 25

Resultados 26

Discusión 35

Conclusiones 38

Recomendaciones 39

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Bibliografía 40

Anexos 42

Glosario 47

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es unproblema de salud pública a nivel mundial, debido al continuo incremento en el número depacientes tanto en países desarrollados como en desarrollo. Como consecuencia cadavez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de reemplazo de la función renal como la diálisis que conlleva además al incremento de otras particularidades atribuiblesa este subgrupo de pacientes, como son el aumentoenla proporción de pacientes mayores de edad, con mayorsobrevida,además de las comorbilidades médicas que traenconsigo,por lo cual son continuos usuarios de los serviciosdeatención médica, tanto ambulatoria como de urgencia.

www.bdigital.ula.ve

En este contexto, las complicaciones gastrointestinalesde éstos pacientes, así como el resto de complicaciones quepudieran aparecer, son más prevalentes, siendo imperativo ynecesario conocerlas para aportar la más apropiada conductaterapéutica. Parte importante de este conocimiento implica la caracterización de los principales lesiones endoscópicasdel tracto digestivo superior que aparecen en éstospacientes, en especial en nuestro medio. Por este motivo, el presentetrabajo de investigación se realizó con el objetivodedeterminarcuáles son las lesiones del tracto digestivosuperior másfrecuentemente encontrados, mediante endoscopía digestiva superior (EDS)enlos pacientes con falla renal terminal.

La hemorragia digestiva superior es sumamente frecuente y su etiología es multifactorial. Las causas son: la gastritis erosiva, la úlcera duodenal, la duodenitis, la úlcera gástrica, las várices esofágicas y el síndrome de Mallory-Weiss.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Los mecanismos propuestos incluyen alteraciones de la gastrina sérica, de la secreción ácida gástrica, de la barrera mucosa, el uso de fármacos ulcerogénicos (AINES), la infección por H. pylori y los trastornos de la hemostasia, ya sea por defecto plaquetario o bien por el uso de heparina en la hemodiálisis. Es posible que las lesiones angiodisplásicas que se describen en la literatura, tanto del tracto digestivo alto como bajo, no sean más frecuentes que en la población general;sin embargo se diagnostican con mayor frecuencia por su mayor tendencia al sangrado. Las telangiectasias gástricas también son causa de hemorragia digestiva superior en pacientes urémicos. El tratamiento de la hemorragia digestiva superior es el mismo que para los pacientes no urémicos, teniendo en cuenta que siempre el tratamiento farmacológico se debe ajustar al grado de insuficiencia renal.

www.bdigital.ula.ve

FORMULACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA EN ESTUDIO

En la actualidad, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, en el estado Mérida, Venezuela, se desconoce la incidencia de hemorragia digestiva superior (HDS) de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en hemodiálisis, por lo que se hace necesaria la realización de un proyecto de investigación científica, que permita responder a esta problemática, que puede ser de utilidad en el manejo de estos pacientes.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) ocasiona alteracionesa nivel sistémico, y entre ellas, las relacionadas al aparato digestivo manifestadas porsintomatología variada y responsable de significativa morbi-mortalidad. El objetivoprincipal del estudio fue determinar las alteraciones endoscópicas del tracto digestivosuperior más frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)

La limitada información que existe acerca del diagnóstico endoscópico de los pacientes con IRCT en hemodiálisis con HDS hace que este tipo de estudios sea de particular interés. En este contexto, se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar la frecuencia de la hemorragia digestiva superior en pacientes que se encontraban en protocolo de Hemodiálisis. La misma se llevó a cabo en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes durante el periodo comprendido entre Febrero del 2012 a Mayo del 2013.

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

ANTECEDENTES

En España, en 1993 Roca y cols estudiaron 66 pacientes que hicieron hemorragias digestivas de 824 que entraron en hemodiálisis en un período de 14 años. La presentación clínica fue hematemesis, melenas o rectorragias. Se les realizó estudios de EDS y de colonoscopia. El resultado fue que predominó el sexo masculino con un 68.2% (45), la edad media promedio fue de 54 años y el tiempo de permanencia en diálisis fue de 4 años. Los hallazgos endoscópicos mas frecuentes encontrados en éste grupo de pacientes fue la gastritis erosiva (21.4%) y la úlcera duodenal (21.4%). El 66% de los episodios se resolvieron con tratamiento médico.

En el año 1996, en Barquisimieto Venezuela en la Universidad CentroOccidental Lisandro Alvarado, Sánchez Westudiólafrecuencia de lesiones endoscópicas del tracto digestivo superior en pacientes urémicos en tratamiento con tres modalidades diferentes,hemodiálisis (H.D.) diálisis peritoneal ambulatoria crónica (D.P.A.C.) y tratamiento médico (no dialítico). Los tres grupos estudiados totalizaban 27 pacientes, distribuidos de la siguiente forma: 11 pacientes en H. D, 9 en D. P. A C. y 7 en tratamiento médico, todos estaban en control médico en los Servicios de Medicina Interna y Nefrología del Hospital "Antonio María Pineda" de la ciudad de Barquisimeto. El estudio, de tipo prospectivo, fue realizado entre los meses de Noviembre de 1993 y Julio de 1994. La selección de los pacientes fue realizada al azar. Los tres grupos estudiados no diferían de forma significativa en cuanto a edad, sexo, sintomatología digestiva previa, enfermedad concomitante o datos paraclínicos (hemoglobina, hematocrito, urea, creatinina, calcio, fósforo, sodio y potasio sérico). Todos los pacientes fueron sometidos a endoscopia digestiva superior, encontrándose que las lesiones más frecuentes fueron la úlcera

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

duodenal y la lesión gastro-duodenal. Pudo concluirse que, las lesiones gastroduodenales son muy frecuentes en los pacientes urémicos y que la endoscopia digestiva superior debería realizarse de forma periódica y regular a todos los pacientes urémicos, aún en aquellos sin síntomas digestivos previos.

En Perú para el año 2007 Chacaltana y colsrealizaron la investigación "Lesiones Endoscópicas del Tracto Digestivo Alto en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, estudiaron 54 pacientes. La edad promedio fue 73.2 años, siendo más frecuente en varones con una relación M/F de 1.45. La población tenía en promedio 32 meses de diagnóstico de IRCT y valores promedio de urea y creatinina sérica en 94.4 mg/dl y 3.9 mg/dl respectivamente. Sólo el 37.1% de los pacientes fueron sintomáticos. La indicación más frecuente del estudio endoscópico fue la hemorragia digestiva superior (29.6%). Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron las erosiones gástricas (35.2%), eritema parcelar antral (27.8%), úlcera gástrica (24.1%) y erosiones duodenales (18.5%). El diagnóstico histopatológico predominante fue la gastritis crónica superficial (65.8%).

www.bdigital.ula.ve

Cheung y cols en el 2010 en Canadá estdiaronlos sangrados digestivos se ven afectados de manera adversa en pacientes con ERC terminal. Con un total de 150 pacientes con enfermedad úlcero-péptica (EUP), se dividieron en 3 grupos cada uno con 50 pacientes. Los grupos fueron: IRCT en hemodiálisis, ERC y pacientes con función renal normal. Las tasas de resangrado global para los pacientes IRCT en hemodiálisis fue de 38%, para la ERC de 14%. El resangrado por alto riesgo de EUP fue de 40.6% en los pacientes con IRCTD y de 19.4% para los otros dos grupos.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

El número de transfusiones fue elevado para el grupo en diálisis con un promedio de 6 unidades de concentrado globular. El tiempo de hospitalización fue mayor en los pacientes en diálisis que en el grupo normal con un promedio de 34 días.

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1 Objetivo General:

Determinar la frecuencia de la Hemorragia Digestiva Superior en pacientes que se encontraban en protocolo de Hemodiálisis en el IAHULA en el período comprendido entre Febrero del 2012 a Mayo del 2013

2Objetivos Específicos:

www.bdigital.ula.ve

1. Caracterizar la muestra en estudio según las variables demográficas sexo y edad.
2. Identificar las comorbilidades asociadas con HDS en la muestra en estudio.
3. Describir la asociación entre el consumo de medicamentos AINES, esteroides, antiagregantes plaquetarios y la aparición de la HDS.
4. Determinar los principales síntomas de HDS en la muestra en estudio.
5. Identificar los principales hallazgos al examen EDS.
6. Determinar el tiempo de protocolo de Hemodiálisis y el primer episodio de HDS.
7. Analizar el comportamiento de la cifras de exámenes paraclínicos de hemoglobina, urea y creatinina.
8. Precisar la severidad de la HDS según variables clínicas.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es un estudio de tipoobservacional descriptivo, analítico, de corte transversal; con el fin de determinar la frecuencia de la Hemorragia Digestiva Superior en pacientes que se encontraban en protocolo de Hemodiálisis en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (I.A.H.U.L.A) durante el período de Febrero del 2012 a Mayo del 2013.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Estuvo conformada por la totalidad de 30 pacientes en Hemodiálisis, tratados por el Servicio de Nefrología del IAHULA, que presentaron Hemorragia Digestiva Superior (HDS) durante el período de la investigación, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

www.bdigital.ula.ve

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes, de ambos sexos, mayores de 18 años de edad.
- ✓ Con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis que presentaron Hemorragia Digestiva Superior
- ✓ Consentimiento para participar en el estudio (Ver anexo 1).

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Criterios de exclusión:

- ✓ Menores de 18 años.
- ✓ Portadores de coagulopatías.
- ✓ No consentimiento.

SISTEMA DE VARIABLES

Variable independiente:

Hemorragia Digestiva Superior

Variables dependientes:

Niveles de Hemoglobina, creatinina y urea

Momento del protocolo de hemodiálisis en que se presenta la HDS

www.bdigital.ula.ve

Severidad de la HDS

Comorbilidades asociadas

Hallazgos en la EDS

Variable explicativa

Enfermedad Renal Crónica estadio V en Hemodiálisis

Variable Interviniente:

Consumo de AINES, esteroides

Variables demográficas:

Edad y género.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

MATERIALES Y MÉTODOS

Para asegurar los resultados óptimos de la investigación, todos los aspectos relacionados con las condiciones externas de los estudios, en lo referente a equipos y personal encargado de su manipulación se encontraron estandarizados, en particular los relacionados con la realización de la endoscopia digestiva superior (HDS) ya que se tuvo en cuenta que todas fueran realizadas en el IAHULA, con el fin de lograr la homogeneidad en los criterios de diagnóstico al igual que las pruebas de laboratorio se realizaron todas en el IAHULA.

La primera actividad de la investigación consistió en la recolección de pacientes. Se obtuvoel consentimiento informado (Anexo 1) y se completó el instrumento de recolección de datos (Ver anexo 2), el cual recogió en la primera y segunda partes los datos personales, exámenes de laboratorio. En la tercera parte se recogió el resultado del examen endoscópico

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se planteó un tipo de estudio observacional analítico de corte transversal, a partir de la información recogida en el instrumento diseñado, se creó una base de datos con utilización del programa SPSS 20.0 que permitió realizar el análisis estadístico descriptivo. Para la prueba de hipótesis y el análisis de las variables se aplicaron pruebas estadísticas paramétricas:

- ✓ Para las variables cualitativas el Chi Cuadrado x^2y para la diferencia de medias x y desviación estándar s el *t Student* en variables cuantitativas.
- ✓ Además se realizó el análisis de varianza factorial (ANOVA).

.

www.bdigital.ula.ve

Se consideró significativo un valor de$\boldsymbol{p \leq 0.05}$. Los resultados se presentan en tablas para facilitar la comprensión de la información obtenida.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

ASPECTOS ÉTICOS

Con la autorización de la Coordinación de los Postgrados de Medicina Interna y Nefrología, se solicitó en forma verbal y escrita a los pacientes su consentimiento o el de sus familiares, para participar en la Investigación, se les explicó detalladamente las características y finalidad del estudio.

Cumpliendo con los principios éticos de la Declaración de Helsinski, durante la realización de este estudio el paciente no fue expuesto a riesgo a pesar de que el método endoscópico es invasivo pero inocuo para el paciente. En relación con la toma de muestra de sangre para determinar valores de urea y creatinina se le explicó al paciente que la punción es ligeramente dolorosa y que se realizó cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia. Además el riesgo de complicaciones sería mínimo, tales como: flebitis o celulitis en el sitio de punción y el paciente inmediatamente recibiría tratamiento médico.

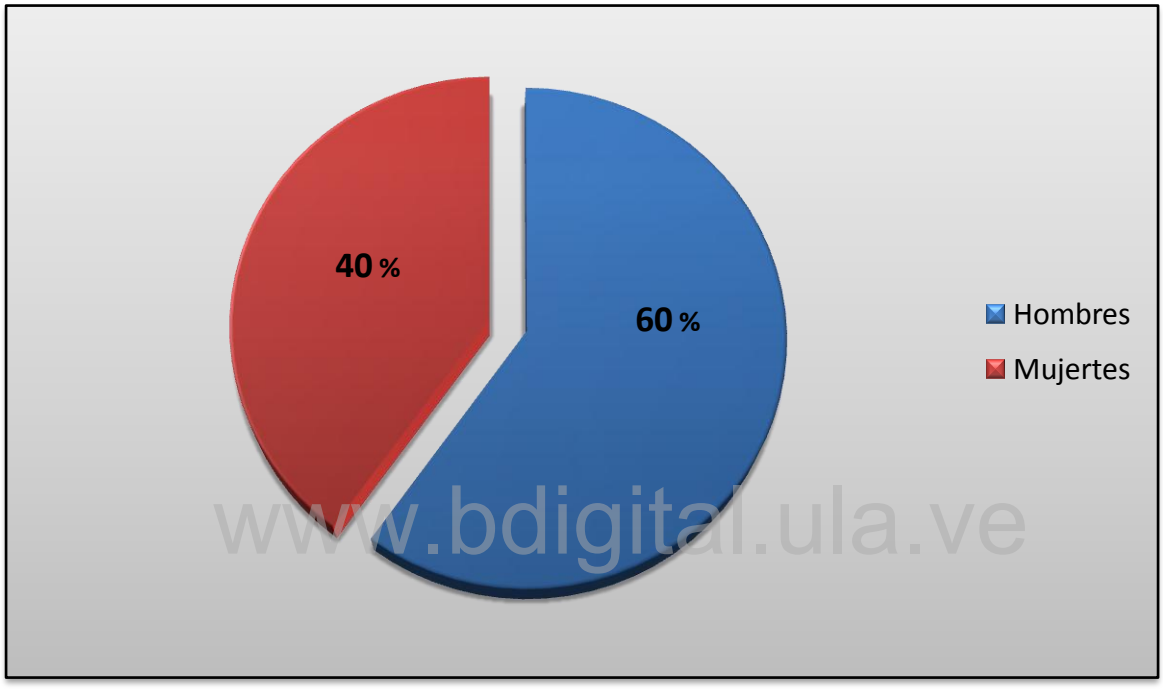
www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

RESULTADOS

Las principales características de los 30 pacientes estudiados sedetallan a continuación.

GRÁFICO 1. Distribución de la frecuencia según el género.



www.bdigital.ula.ve

En el gráfico 1 podemos ver claramente que el sexo de mayor prevalencia en éste estudio fue el género masculino con un 60 % (18) en comparación con el género femenino en un 40 % (12).

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

TABLA 1. Distribución de frecuencias según edad y sexo de pacientes con HDS en Hemodiálisis. IAHULA. 2012-2013.

EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
N=30	№	%	№	%
≤ 30	1	3.3	0	0
31-41	2	6.7	0	0
42-52	3	10	0	0
53-63	2	6.7	4	13.3
64-74	10	33.3	8	26,7
≥75	0	0	0	0
Total	18	60	12	40

www.bdigital.ula.ve

En la tabla 1 se observa que existió un predominio del sexo masculino 60% sobre el femenino 40% con diferencias estadísticamente significativa con una p=0.0012 al aplicar el t de student para diferencia de dos medias.

En relación a la edad existió un marcado predominio de la HSD en pacientes mayores de 64 años de edad con un 60% de la muestra y la media de la edad en ese grupo fue de 68 años.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

TABLA 2. Comorbilidad en pacientes con HDS en Hemodiálisis. IAHULA. Mérida. 2012-2013

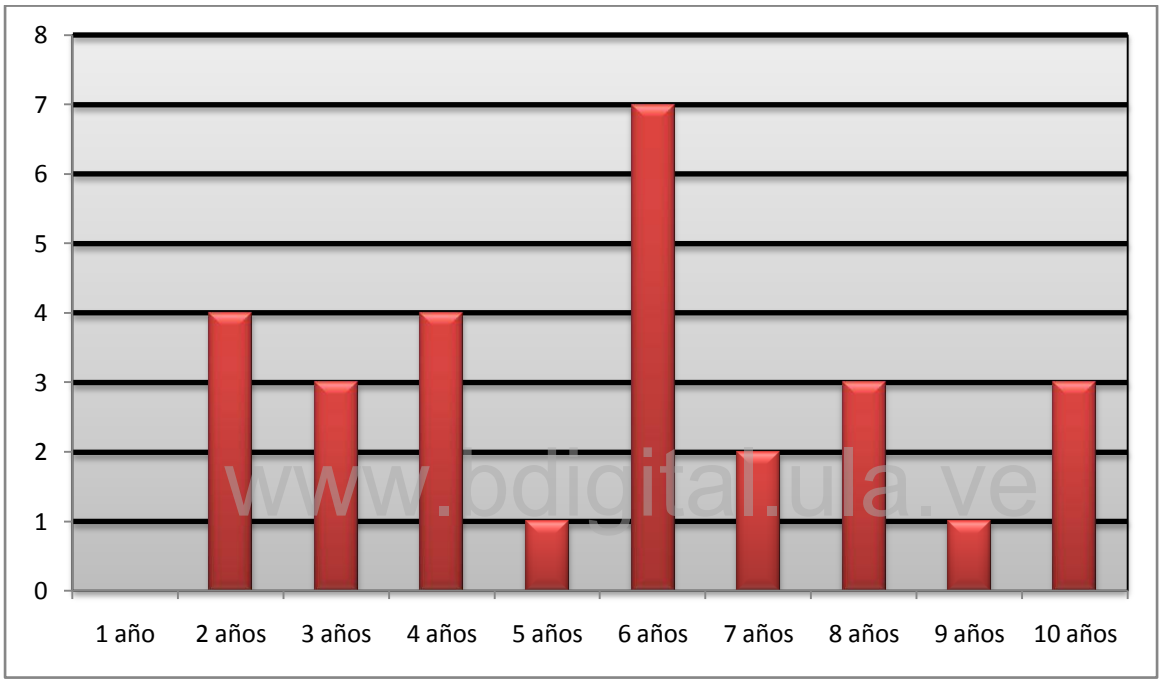
Comorbilidad	№	%
Hipertensión arterial (HTA)	10	33.3
HTA y Diabetes Mellitus	16	53.3
HTA y Arritmias cardiacas	1	3.3
HTA y LES	1	3.3
HTA y Otras	2	6.7
Total	30	100

www.bdigital.ula.ve

En la tabla 2 se analizó la comorbilidad y destaca que los 30 pacientes presentaron HTA para un 100% dentro de ese grupo 53,3% también eran diabéticos.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

GRÁFICO 2. Distribución de frecuencias según el tiempo en protocolo de Hemodiálisis. IAHULA. 2012-2013.



www.bdigital.ula.ve

Se observa que n=7 (23,3%) llevaba 6 años en protocolo de hemodiálisis para el comienzo del primer episodio de HSD con una media a los 5,73 años.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

TABLA 3. Comportamiento del consumo de medicamentos asociados con la HDS en los pacientes en estudio. IAHULA. 2012-2013.

Consumo de medicamentos asociados con HDS	№	%
Consumo de AINES:		
Ibuprofeno	6	20
Diclofenac	2	6,7
Aspirina	2	6,7
Total consumo de AINES	**10**	**33,3**
Consumo de Clopidogrel	0	0
Consumo de esteroides	0	0
No consumo	**20**	**66,7**
Total	**30**	**100**

www.bdigital.ula.ve

En contraposición a lo esperado la mayoría de estos pacientes (20) no consumía medicamentos asociados con la HDS como son los AINES y los antiagregantes plaquetarios. Solamente 10 pacientes (33,3%) consumió AINES (predominó el ibuprofeno). El análisis multivarianza fue estadísticamente significativa la diferencia entre los dos grupos p=0,00011, con marcada tendencia hacia el bajo consumo de estos tipos de medicamentos, lo que puede deberse a que son pacientes de larga data en hemodiálisis que manejan y controlan adecuadamente el consumo de los mismos.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

TABLA 4. Comportamiento de las cifras de hemoglobina, urea y creatinina al inicio y control. . IAHULA. 2012-2013.

Variable N=30	Inicio		Control		Valor de *p*
	X	SD	*X*	SD	
Cifras de Hemoglobina mg/dl	7,63	2,57	7,78	2,25	0,031
Urea	178,26	56,97	158,82	48,79	*0.00
Creatinina	5,28	8,29	4,636	2,13	*0.00

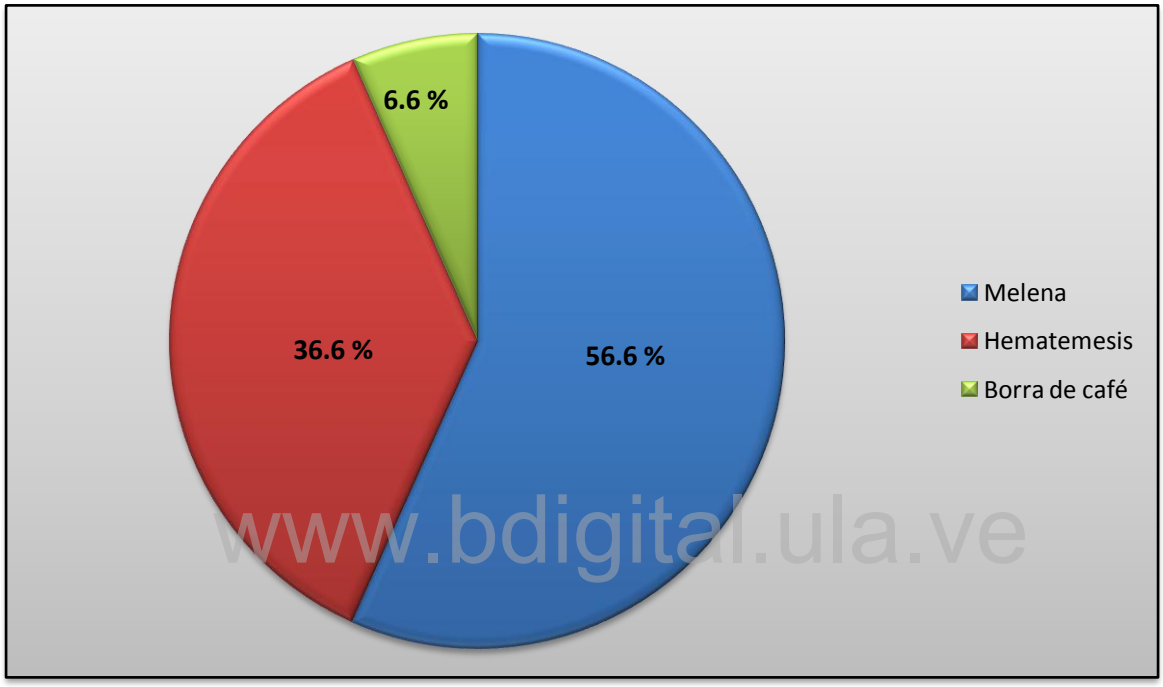
www.bdigital.ula.ve

Nota: Estadísticamente significativo p≤0.05*

Se aplicó el test estadístico de Wilcoxon para analizar muestras pares relacionadas y se obtuvo para las cifras de urea y creatinina un valor de p estadísticamente significativo. En cambio para los niveles de hemoglobina existió un leve ascenso que no fue significativo a pesar de que el 50% (15) se transfundieron con al menos 1 unidad de concentrado globular.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

GRÁFICO 3. Distribución de frecuencias según síntomas de HDS. IAHULA. 2012-2013.

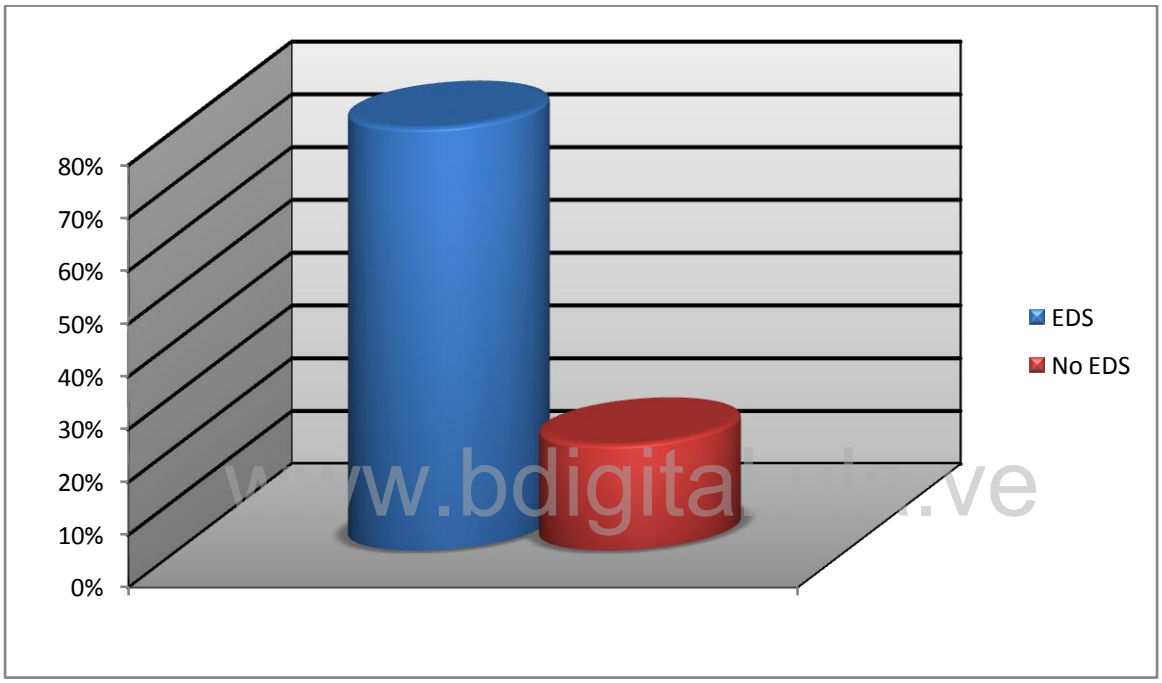


www.bdigital.ula.ve

El 100% de los pacientes de la muestra en estudio presentaron síntomas sugestivos de HDS, como principal síntoma, el más frecuente fue la melena en 56.6% (17), con diferencias estadísticamente significativas al aplicar el análisis multivarianza ANOVA para la diferencia de medias entre más de dos grupos con un valor de p =0.0021, seguido por hematemesis en un 36.7% (11) de los casos, como principal síntoma y por último sangrado en borra de café solo en dos pacientes (6.6%).

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

GRÁFICO 4. Porcentaje de pacientes de la muestra con Endoscopía Digestiva Superior realizada. IAHULA. 2012-2013.



www.bdigital.ula.ve

En el gráfico 4 se muestra que solo al 80% de los pacientes se les realizó la EDS y los hallazgos se presentan a continuación.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

TABLA 5.Hallazgos diagnósticos en la EDS de pacientes con HDS en hemodiálisis. IHAULA. Mérida. 2012-2013

Hallazgos endoscópicos n=24	№	Porcentaje*
Úlcera gástrica	18	75
Úlcera duodenal	3	12,5
Gastropatía erosiva	3	12,5
Gastropatía urémica	0	0
Cáncer gástrico	0	0
Desgarro de Mallory-Weiss	0	0
Otras	0	0
Total	24	100

www.bdigital.ula.ve

Nota: Porcentaje* calculado en base al total de pacientes con EDS

En la tabla 5 se observa que el hallazgo más frecuente fue la úlcera gástrica en 18 pacientes que representaron un 75%, seguido por úlcera duodenalen 3 pacientes y gastropatía erosiva en otros 3.

En nuestro estudio se le aplicó la clasificación endoscópica Forrest para úlcera gastroduodenal sólo a 5 pacientes, de los cuales 4 eran Forrest III y 1 era ForrestIIa.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

DISCUSIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es un síndromecon manifestaciones clínicas muy variadas que afecta a lamayorparte de órganosy sistemas, lo cual es un reflejodelacomplejidad de las funciones que el riñón desempeña encondicionesfisiológicas, así como de las severas consecuenciasque ocasiona la disfunción renal. La IRCT constituye un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo. Las alteraciones a nivel sistémico queocasiona, y entre ellas, las relacionadas al aparato digestivoson manifestadas por sintomatología variada siendo responsablede significativa morbi-mortalidad que conllevan,éstos pacientes empeoran el pronóstico de las complicacionesque pudieran presentar, siendo éstas comorbilidades másprevalentestanto en frecuencia como en número conformepasanlos años, lo cual se aprecia claramente en nuestra investigación al encontrar que los antecedentes médicosestabanpresentes en el 100% de la población evaluada, ademásde presentarse en mayor cantidad, la Diabetes Mellitus, debido principalmenteal mayor porcentaje de pacientes con edad avanzadaencontrado en nuestro estudio como responsables de la nefropatía, así como efectossecundarios debido a las complicaciones propias de lauremia. En la presente investigación, los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)estudiados con endoscopia digestiva superior tenían un promedio de 6 años de diagnóstico de IRCTy por ende, igual tiempo de hemodiálisis; así como valores promedio de urea sérica en 94.4 mg/dl (23-197 mg/dl)ycreatinina sérica en 3.9 mg/dl (1.2-11.8 mg/dl).

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Estosvalorescaracterizan a la población estudiada en pacientesurémicoscon hemodiálisis de largoplazo, por lo que puede resultar difícil atribuir los resultados del presente estudioúnicamenteal estado urémico, debido al tiempo prolongadodela sustitución dialítica en éstos pacientes, la cual se consideraen teoría que reduce la incidencia y severidad de lasalteracionespropias del estado urémico que esobjeto de discusión en este contexto.

Al evaluar la presencia de sintomatología digestiva alta, encontramos que el 100% de los casos fueron sintomáticosdigestivos al momento de la endoscopia digestiva superior con predominio de la melena como el más frecuente. Este hallazgo no concuerda con estudiossemejantes, como el realizado por otros autores, quienes encontraron durante un examen de endoscopíadigestiva de rutina previo al trasplante renal que el73.8%de pacientes con IRCT eran asintomáticos, siendo lossíntomasmás frecuentes la náusea (12.6%), pirosis (8.7%) ydolorabdominal (7.3%). Estos resultados si nos hacen pensarque, si bien se conoce que las manifestaciones gastrointestinalesson frecuentes en éstos pacientes no siemprese correlacionan con sintomatología de HDS.

www.bdigital.ula.ve

Se conoce bien que los pacientescon IRCT tienen mayor riesgo de presentar hemorragia digestiva superior, debido a alteración de la función plaquetariasecundaria a la uremia, menor aclaramiento de lagastrinasérica, el uso de heparina durante la hemodiálisis yala polifarmaciaque generalmente tienen estos pacientes.

En cuanto a los hallazgos endoscópicos encontrados eneste estudio, resaltan las úlceras gástrica y duodenal como las lesiones endoscópicas más frecuentes con una prevalencia de 35.2%, locual coincide con lo encontrado por CheungYeu. ycols con 34.5%; siendo mayor que la prevalencia encontrada porZuckerman GR.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Es importante mencionarademás, que las erosiones gástricas fueron la segunda causaresponsable de los cuadros de HDA en éstos pacientes.

Chacaltana A. y colsen su investigación, realizada en Perú,concluyeron que las alteraciones endoscópicas del tracto digestivo superior más frecuentes en los pacientes con IRCT fueron las erosiones gástricas, eritema parcelar antral, úlcera gástrica y erosiones duodenales. Los resultados de este grupo de investigadores coinciden por los encontrados en nuestra investigación.

En éste estudio pudimos ver que no hubo diferencias estadísticamente significativas en los niveles de hemoglobina a pesar de que el 50% (15) de los pacientes se transfundieron con 01 unidad de concentrado globular. También podemos apreciar que por ser la EDS un procedimiento de emergencia en éstos pacientes no se les pudo aplicar la clasificación endoscópica de Forrest para las úlceras gastroduodenales, siendo realizada solo a 5 pacientes, siendo ésta de suma importancia porque nos habla de pronóstico y riesgo de resangrado.

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

CONCLUSIONES

- ✓ Predominó el sexo masculino y mayores 60 años de edad.
- ✓ El 100 % (30) de los pacientes presentaron Hipertensión Arterial (HTA) y de ellos 53.3% (16) también presentaron Diabetes Mellitus (DM).
- ✓ El principal síntoma en éste estudio fue la Melena,
- ✓ Al 80% de los pacientes se les realizó endoscopia digestiva superior cuyo principal hallazgo fue la úlcera gástrica.
- ✓ Se analizó el tiempo en el protocolo de hemodiálisis y el primer episodio de HDS y se obtuvo como media 6 años.

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

RECOMENDACIONES

Realizar EDS a todo paciente que presente sangrado digestivo que se encuentre en protocolo de hemodiálisis.

Realizar EDS a todo paciente en protocolo de hemodiálisis que se encuentre en el grupo de edad de riesgo como lo es en el decenio de 64 a 74 años de edad, ya que fue el grupo más vulnerable en nuestro estudio.

Aplicar la clasificación endoscópica de Forrest para las úlceras gastroduodenales, ya que nos aportan información con respecto al pronóstico y al riesgo de resangrado.

Profundizar en el estudio de estos pacientes a fin de identificar las posibles causas de HDS.

www.bdigital.ula.ve

Utilizarinhibidores de bomba de protones (IBP) ya que el hallazgo endoscópico más frecuente fue la úlcera gástrica de probable etiología medicamentosa.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina Infante J. et al. Avances en el tratamiento farmacológico de la hemorragia digestiva de origen oscuro. Rev EspEnferm Dig (Madrid) 2007; 99 (8): 457-62.
2. Manabe N, Tanaka S, Fukumoto A, Nakao M, Kamino D, Chayama K. Double ballonenteroscopy in patients with GI bleeding of obscure origin. GastrointestEndosc 2006; 64: 135-40.
3. Lai LH, Wong GL, Chow DK, Lau JY, Sung JJ, Leung WK. Long term follow up of patients with obscure gastrointestinal bleeding after negative capsule endoscopy. Am J Gastroenterol 2006; 101: 1224-9.
4. Hadithi M, Heine GD, Jacobs MA, van Bodegraven AA, Mulder CJ. A prospective study comparing video capsule endoscopy with double-balloon enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding.Am J Gastroenterol 2006; 101: 52-7.
5. Matas JL, Asteinza M, Loscos JM, Fernández S, RamírezArmengol JA, Díaz Rubio M. Diagnostic yield and safety of capsule endoscopy. RevEspEnfermDig 2006; 98: 666-73.
6. Pérez Cuadrado E, Mas P, Hallal H, Shanabo J, Muñoz E, Ortega I, et al. Double-balloon enteroscopy: A descriptive study of 50 explorations. Rev EspEnferm Dig 2006; 98: 73-81
7. Zuckerman GR, Cornette GL, Clouse RE y cols: Upper gastrointestinal bleeding in patients with chronic renal failure. *Ann Inter Med*108: 588, 2011.
8. Sánchez W. Lesiones endoscópicas del tracto digestivo superior en pacientes urémicos. Trabajo de Tesis. Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado. 1996
9. Chacaltana A et al. Lesiones Endoscópicas del Tracto Digestivo Alto en Pacientes con Insuficiencia Renal CrónicaTerminal.RevGastroenterol Perú; 2009; 27: 246-252
10. Sharma R, Gorbien MJ: Angiodysplasia and lower gastrointestinal tract bleeding in elderly patient. *Arch Intern Med* 165: 807-811, 2005.
11. Cheung Yeu. Et al Peptic ulcer bleeding outcomes adversely affected by endstage renal disease. Gastrointestinal Endosc 2010: 71: 449

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

12. Anitha B. Toke. Gastrointestinal bleeding risk in patients undergoing dialysis. GastrointestEndosc 2010: 71: 50-52
13. Sravanthi P, Udayakumar N, Arun R et al. End-stage renal disease is associated with worse outcomes in hospitalized patients with peptic ulcer bleeding. Gastrointestinal Endosc. 2013: 77: 609-615
14. Crooks C, West J, Card T. comorbidities affect risk ofnonvariceal upper gastrointestinal bleeding. 2013: 144: 1384-1393
15. Felix J. Obscure gastrointestinal bleeding in chronic renal failure. GE J Port Gastroenterol 2013; 20(3); 95-96.
16. Lanas A, Bajador E, Serrano P et al. Nitrovasodilatadors, low-dose aspirin, other nonesteroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. NEJM. 2000. 343(12); 834-839.
17. Yang JY, Lee TCh, Montez-Rath M et al. Risk factors of short-term mortality after acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients on dialysis: a population-based study. BMC Nephrology 2013 14:97: 1-8.
18. WengCh, Shu KH, TarngDCh et al. In-hospital mortality risk estimation in single episodic upper gastrointestinal bleeding patients undergoing hemodialysis: a restrospective cohort study. ActaNefrológica 2012: 26(3); 143-148.
19. Roca R, Ramirez M, Segarra A. Hemorragia digestiva en pacientes en hemodiálisis periódica. Nefrología 1993: XIII(3).

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Participante Menor de Edad o Discapacitado

En el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes se está realizando un proyecto de investigación **"*FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN EL IAHULA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO 2012 Y MAYO 2013*"** con el objeto de: Determinar la frecuencia de la Hemorragia Digestiva Superior en pacientes que se encontraban en protocolo de Hemodiálisis en el IAHULA en el periodo comprendido entre Febrero del 2012 a Mayo del 2013.

Yo,_____, con número de cédula de identidad:_____, Nacionalidad_____ Estado civil:_____ Representante legal de:_____ C.I:_____.

www.bdigital.ula.ve

Siendo mayor de edad, en uso pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio que más abajo indico, declaro mediante la presente:

1. Haber sido informado de manera objetiva, clara y sencilla, de todos los aspectos relacionados con este trabajo de investigación y tener conocimiento claro de los objetivos del mismo.
2. Conocer bien el protocolo expuesto por el investigador, en el cual se establece que como representante legal debo dar mi consentimiento para la participación de mi representado, la cual consiste en :
   Tomar muestras sanguíneas y realización endoscopia digestiva superior.
3. Que la participación de mi representado en dicho estudio no tiene riesgo para su salud.
4. Que los datos obtenidos durante el estudio guardan carácter confidencial.
5. Que la información obtenida de la investigación, sobre mi representante, me será notificada por el equipo investigador responsable.
6. Que cualquier pregunta que yo tenga en relación con este estudio, me será respondida oportunamente por parte de la responsable de la investigación Dr. Luis E Carrillo, teléfono 0414-159.66.31 , residente del postgrado de Medicina Interna del IAHULA, quien usará la información obtenida para cumplir con su Trabajo Especial de Grado, o por

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

7. el Dr. Raimondo Caltagirone, teléfono 0414-374.27.20 adjunto del servicio de Medicina Interna.

DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO.

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a éste formato de consentimiento:

1. Acepto las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez doy mi consentimiento al equipo de investigadores a realizar las evaluaciones ya descritas.
2. Me comprometo a colaborar con el cumplimiento de las indicaciones por parte de mi representado.
3. Me reservo el derecho de revocar este consentimiento y donación en cualquier momento sin que conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mi representado.

Nombre:_____C.I. N°_____

Representante legal de:_____ C.I. N°_____

www.bdigital.ula.ve

En Mérida a los _____ días del mes de _____ del 2013.

_____ _____

Firma del representante Firma del representado

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR

Luego de haber explicado detalladamente al Sr. (a)_____, representante legal del (a) paciente:_____ , la naturaleza del proyecto mencionado, certifico mediante la presente que, a mi leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza, requerimientos, riesgos y beneficios de la participación de su representado en éste estudio.

Por el equipo de Investigación:

Responsable: Dr. Luis E Carrillo C.I: V- 13.584.187Firma:_____

Tutor : Dr. Raimondo Caltagirone C.I.:V-__ Firma:_____

En Mérida, a los ____ días del mes de _____ del año 2013.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Anexo 2

ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN EL IAHULA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO 2012 Y MAYO 2013"

Fecha de la encuesta

Día		Mes		Año	

Código | | | | | | |

Historia clínica | | | | | | |

Cédula de Identidad	E / V					

Variables demográficas:

Nombre y apellidos:

_____

Dirección:_____

www.bdigital.ula.ve

Tel (habitación)_____Teléfono (Celular)_____

Tel (Padres)_____

1.- Género (GÉNERO)

1.1 Masculino		1
1.2 Femenino		2

2.- Edad

3.- Comorbilidad
3.1 HTA___
3.2 DM____
3.3Arritmias cardiacas____
3.4 LES_____
3.5 Otras_____

4. Síntomas de HDS
4.1 Hematemesis___
4.2 Sangrado en Borra de café____
4.3 Melena_____

5.-Tiempo en protocolo de Hemodiálisis (En años)
6.-Química sanguínea

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

6.1 Leucocitos (LEUC)			
6.2 Segmentados (SEG)			
6.3 HB (Hb)			
6.4 HTO (HTO)			
6.5 PLAQUETAS (PLAQ)			
6.6 UREA (URE)			
6.7 CREATININA (CREAT)			

7.Grado de severidad de la hemorragia

7.1 Leve	0
7.2 Moderada	1
7.3 Severa	2

8.- Endoscopia Digestiva Superior

Realizada: 1. Si_____ 2.No____

9. Hallazgos HDS

9.1Úlcera gástrica _____

9.2Úlcera duodenal _____

9.3Gastropatía erosiva _____

9.4Gastropatía urémica _____

9.5Cáncer gástrico _____

9.6Desgarro de Mallory-Weis _____

9.7Otras ____

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

GLOSARIO

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Enfermedad Renal Crónica: Es la disminución progresiva e irreversible de la tasa de filtración glomerular (TFG) sostenida por un período de más de 3 meses con la consecuente retención de azoados.

Hemodiálisis: Es el procedimiento por medio del cual la sangre del paciente se hace circular por un filtro para extraer los desechos urémicos mediante una máquina para hemodiálisis.

Síndrome Urémico: Es el resultado de los efectos tóxicos derivados de las concentraciones elevadas de los productos nitrogenados y de otros productos de desechos de la sangre.

www.bdigital.ula.ve

Hemorragia Digestiva: Es la pérdida sanguínea atravéz del tracto gastrointestinal (TGI) ya saea de manera aguda o crónica y se puede presentar como: hematemesis, vómitos en "borra de café", melenas, hematoquezia o rectorragia.

Úlcera Gástrica o Duodenal: Es un defecto de la mucosa gastrointestinal que se extiende a través de la *muscularismucosae* y que permanece como consecuencia de la actividad de la secreción del jugo gástrico.

Desgarro de Mallory Weiss: Consiste en una o varias laceraciones longitudinales de la unión esofagogástrica, habitualmente como consecuencia de vómitos. Se presenta en forma de hematemesis de sangre fresca después de haber presentado vómitos alimentarios o biliosos.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Lesión de Dieulafoy: Se caracteriza por la presencia de una arteria anómala de calibre grueso que atraviesa la submucosa del estómago y discurre en contacto con la mucosa, por lo que pequeñas roturas de ésta capa pueden ocasionar la erosión de la arteria y la consiguiente hemorragia. Suele localizarse en el fundus o cuerpo gástrico y se manifiesta típicamente por una hemorragia masiva intermitente.

Ectasia Vascular: Son lesiones que se caracterizan por la presencia de agregados de máculas rojas que se disponen en forma lineal en el antro del estómago.

Clasificación de Forrest: Es una clasificación endoscópica que se utiliza para el pronóstico y terapéutica.

www.bdigital.ula.ve

Clasificación	Estigmas
Forrest I	Hemorragia activa **Ia:** Hemorragia arterial en chorro. **Ib:** Hemorragia venosa en capa o goteo.
Forrest II	Estigmas de hemorragias recientes. **IIa**: Vaso visible en el fondo de la úlcera. **IIb**: Coágulo adherido a la base de la úlcera. **IIc**: Base cubierta de hematina.
Forrest III	Úlceras sin estigmas de sangrado.

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR

Gastropatía Urémica: Se define como la inflamación de la mucosa gástrica que se caracteriza por la presencia de erosiones y hemorragia. Es ocasionada por la acción tóxica con daño metabólico de la célula gástrica con alteraciones de la permeabilidad, retrodifusión de hidrogeniones, necrosis, erosiones y hemorragias subepiteliales.

Melena: Es un signo clínico que refleja una hemorragia digestiva por la presencia de deposiciones negruzcas, fétidas (por la sangre digerida). Es casi siempre manifestación de una hemorragia digestiva alta copiosa.

Hematemesis: Vómitos con sangre fresca, no digerida, normalmente abundante, provocado por una distensión del estómago; por sangre procedente de una hemorragia del estómago, duodeno o del esófago.

www.bdigital.ula.ve

C.C. RECONOCIMIENTO-NO COMPARTIR