

Por un niño sano en un mundo mejor



2º Congreso Argentino de Medicina Interna Pediátrica

"En el marco de la Semana de Congresos y Eventos 2019" 20 al 22 de Mayo de 2019

URGENCIAS ENDOSCOPICAS

Gabriela Wede
Servicio de Gastroenterología
Hospital Garrahan



Sociedad Argentina de Pediatría
Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo

Arch Argent Pediatr 2017;115 Supl 1:S1-S26 / S1

Consenso Nacional de Urgencias Endoscópicas en Pediatría 2016

Comité Nacional de Gastroenterología Infantil

HEMORRAGIA DIGESTIVA

PERDIDA OCULTA O MANIFIESTA DE SANGRE QUE SE ORIGINA EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL.

CLASIFICACION

- SITIO DE SANGRADO
- FORMA DE PRESENTACION
- SEGÚN ETIOLOGIA
- MAGNITUD
- GRUPO ETARIO



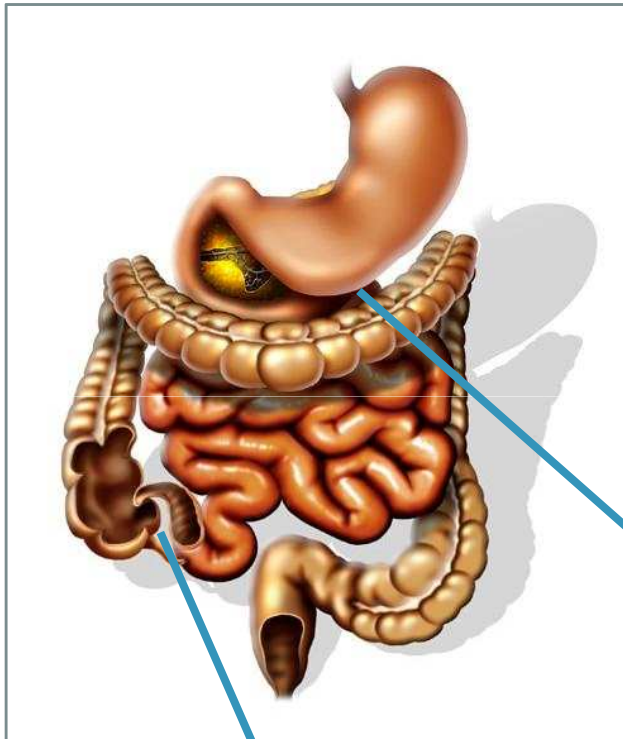
HEMORRAGIA DIGESTIVA

LOCALIZACION DEL SANGRADO

ALTA: Proximal al ángulo de Treitz (10- 20%)

MEDIA: Intestino medio (20- 30%). Desde el AT hasta la VIC.

BAJA: Desde la VIC hasta el ano. (50%)



TREITZ

VALVULA ILEOCECAL

HEMORRAGIA DIGESTIVA

SEGÚN LA FORMA DE PRESENTACION

- **HEMATEMESIS: Origen Alto.** Sangre expulsada con el vómito, desde rojo rutilante hasta negruzca, degradada por el jugo gástrico.
- **MELENA: Origen Alto o Medio.** Expulsión por el recto y con las heces, de sangre negra, de consistencia alquitranada y muy maloliente.
- **HEMORRAGIA OSCURA:** Aquella que persiste o recurre, y cuyo origen no puede encontrarse luego de haberse realizado una endoscopía digestiva alta y baja (Oculta o Evidente).
- **HEMATOQUEZIA:** Deposiciones con abundante sangre roja, fresca y brillante. 10-15% en sangrado digestivo alto de gran volumen, asociado a tránsito acelerado.
- **PROCTORRAGIA:** Sangre roja por vía rectal con origen predominante en zonas distales del intestino grueso.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

- 20% de las hemorragias gastrointestinales en niños.
- El 80 % resuelven espontáneamente.
- 6,4 % de las admisiones a unidades de cuidados intensivos.
- La mortalidad mundial por HDA varía de 5- 21 %.
- Mayor gravedad: secundaria a hipertensión portal.

Diagnosis and Management of Upper Gastrointestinal Bleeding in Children: variceal and Nonvariceal. *JABFM* 28 (2015)

Management of Upper Gastrointestinal Bleeding in Children: variceal and Nonvariceal. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 26 (2016)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ETIOLOGIA SEGÚN EDAD

EDAD	FRECUENTE	INFRECUENTE
Neonatos (0- 30 días)	Sangre materna deglutida APLV Gastritis/Ulcera de stress Duodenitis	Coagulopatía Malformación Vascular Duplicación gástrica/esofágica Tumores
Lactantes (1 mes – 1 año)	Gastritis/úlceras gástricas Esofagitis Duodenitis	Várices esofágicas Cuerpos extraños Fístula aortoesofágica

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ETIOLOGIA SEGÚN EDAD

EDAD	FRECUENTE	INFRECUENTE
Niños (1 a 12 años)	Esofagitis/Várices esofágicas Gastritis/úlceras gástrica/duodenal Mallory-Weiss	Tumores Malf. Vasculares Hematobilia
Adolescentes	Úlcera duodenal Esofagitis/ Gastritis Várices esofágicas Mallory-Weiss	Tumores Hematobilia Lesión de Dieulafoy

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

EVALUACION INICIAL



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

¿Se trata realmente de una hemorragia digestiva?

Descartar falsa hemorragia por fármacos, alimentos, sangre deglutida o sangrado extradigestivo.



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

SUSTANCIAS QUE PUEDEN SIMULAR SANGRE

Coloración rosada-rojiza	Coloración negra
Alimentos	Alimentos
Dulces	Regaliz
Gelatinas	Morcilla
Refrescos	Sangre
Conservas vegetales	Espinacas
Mermeladas	Chocolate negro
Remolacha	Arándanos
Piel de tomate	Uvas
Piel de melocotón	Tinta de calamar
Colorante E-120 (ácido carminico)	
Fármacos	Fármacos
Excipientes de sirope	Hierro oral
Rifampicina	Bismuto
Laxantes	Carbón activado
Excipientes de antibióticos	
Otros	Otros
Presencia en heces de <i>Serratia marcescens</i>	Plomo

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

VALORACION DIAGNOSTICA Y PRONOSTICA

- **Valoración y corrección de la alteración hemodinámica:**

Valorar signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica.

Casos graves: monitoreo.

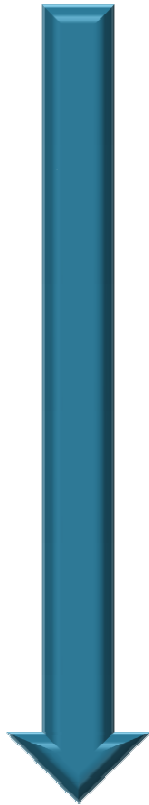
PACIENTE ESTABLE



Completo anamnesis
Examen físico

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

- **Criterios de gravedad progresivos:**



TAQUICARDIA

TAQUIPNEA

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA

RELLENO CAPILAR LENTO

FRIALDAD DE EXTREMIDADES

HIPOTENSIÓN EN DECÚBITO

OLIGURIA

LETARGIA

FALTA DE PULSOS

PERDIDA DE CONOCIMIENTO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Categorización de hemorragia y Shock en pacientes pediátricos AHA-PALS

Sistema	Hemorragia leve <i>Shock compens.</i> < 30% pérd. v. sang.	Hemorragia moder. <i>Shock descompens.</i> 30%-45% pérd. v. sang.	Hemorragia grave <i>Insuficiencia card.</i> > 45% pérd. v. sang.
Cardiovascular	Taquicardia leve Pulsos perif. débiles Pulsos centrales fuertes PAS baja-normal: > 70 mmHg + (2 por edad en años) Acidosis leve	Taquicardia moderada Pulsos perif. filiformes Pulsos centrales déb. Hipotensión franca PAS < 70 mmHg + (2 por edad en años) Acidosis moderada	Taquicardia grave Pulsos perif. ausen. Pulsos centrales filif. Hipotensión grave PAS < 50 Acidosis grave
Respiratorio	Taquipnea leve	Taquipnea moderada	Taquipnea grave
Neurológico	Irritable confuso	Agitado letárgico	Embotado comatoso
Tegumentario	Extremidades frías, piel marmórea, mal relleno capilar (> 2 segundos)	Extremidades frías, palidez, relleno capilar lento (> 3 segundos)	Extremidades frías, cianosis, relleno capilar prolongado (> 5 segundos)
Excretor	Oliguria leve > densidad relativa	Oliguria marcada > del nitrógeno ureico en sangre	Anuria

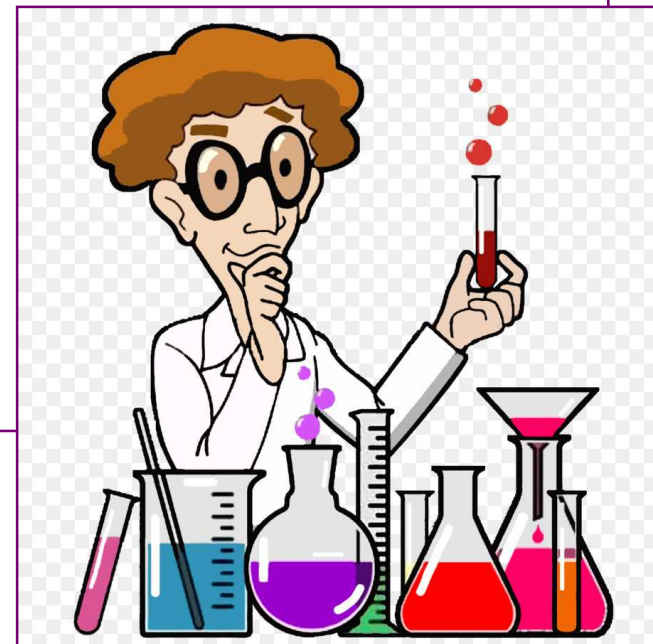
AHA: American Heart Association; PALS: soporte avanzado vital pediátrico; PAS: presión arterial sistólica.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

PRUEBAS DE LABORATORIO

Destinadas a evaluar la pérdida sanguínea:

- Hemograma completo
- Coagulación
- Hepatograma
- Estado ácido base e ionograma
- Glucosa, urea, creatinina
- Grupo y Factor



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

CORRECCION DE LA ALTERACION HEMODINAMICA

- La corrección precoz de la hipotensión reduce la mortalidad.

En pacientes inestables: perfusión de cristaloides, expansores de volumen y corrección de anemia con hemoderivados.

- Indicación de transfusiones: alcanzar Hb entre 8- 9 mg/dl.
- Corregir trastornos de la coagulación en pacientes con alteración o bajo tratamiento con anticoagulantes si presentan valores supratrapéuticos.
- Evitar y/o corregir factores de riesgo asociados.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

VALORACION DIAGNOSTICA Y PRONOSTICA

Con el paciente estabilizado, evaluar...

- Presencia de síntomas generales y/o gastrointestinales.
- Magnitud del sangrado, tiempo de evolución, episodios previos.
- Relación con las heces y sus características.
- Ingesta de medicación gastro-lesiva (AINEs, AAS, CTC).
- Ingestión de cáusticos o cuerpo extraño.
- Antecedentes de enf digestiva, hepática, coagulopatía.
- Antecedentes familiares.

**Una sola dosis de AAS
puede causar
hemorragia petequiral
en estómago y
erosiones dentro de las
24 hs**

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

VALORACION DIAGNOSTICA Y PRONOSTICA

❖ **Completar el examen físico:**

- Examen de piel: ictericia, petequias, telangiectasias.
- Examen abdominal: megalias, masas, dolor, distensión, ascitis.
- Examen anorrectal.
- Examen ORL (rinitis, traumatismos, amígdalas)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

VALORACION DIAGNOSTICA Y PRONOSTICA

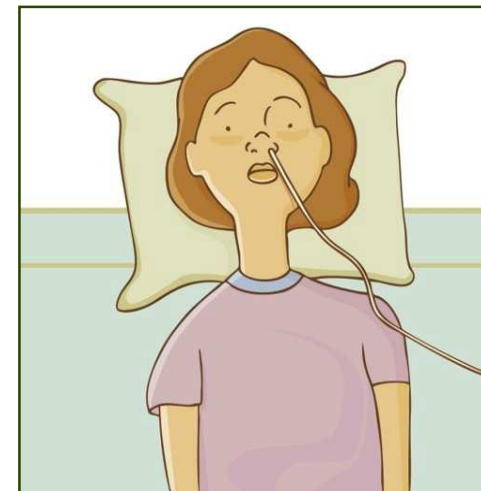


Sonda nasogástrica:

- Útil para confirmar el sangrado, definir la actividad y gravedad, prevenir la dilatación gástrica.

...pero

- La evidencia sobre la utilidad no es concluyente.
- Uso individualizado.
- No descarta sangrado pospilórico.
- NO lavados con soluciones frías (riesgo de hipotermia e isquemia)



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Acido Gástrico y Pepsina → Impiden formación del coagulo
Aceleran fibrinolisis

pH gástrico >6 → Prolonga el tiempo de agregación plaquetaria y
formación del coagulo



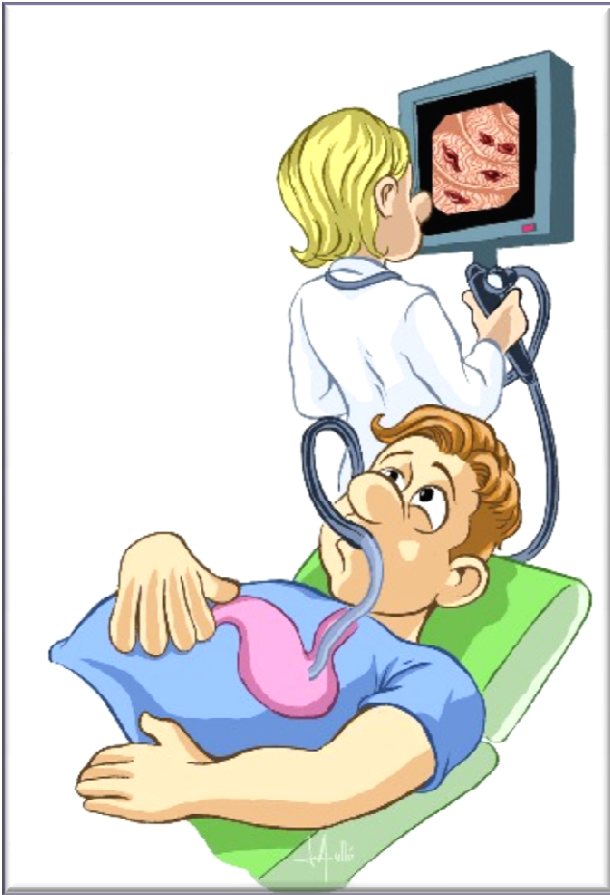
↓
IBP: Mejora los mecanismos hemostáticos

A dosis altas reduce significativamente la incidencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo y la necesidad de terapéutica.
Reduce la estancia hospitalaria y es costo- efectivo.

OMEPRAZOL 1–2 mg/kg/día EV.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ENDOSCOPIA DIGESTIVA



- Es la mejor herramienta para evaluar el origen del sangrado y establecer un pronóstico.
- Dentro de las primeras 24 horas
- Permite diferentes posibilidades terapéuticas.
- El principal objetivo del tratamiento es detener la hemorragia activa
- La segunda intención es evitar el resangrado

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ENDOSCOPIA DIGESTIVA. Métodos Hemostáticos

Se dividen en 3 grupos

De inyección

Solución salina
Adrenalina
Esclerosantes
Trombina
Cianoacrilatos
Trombina + fibrina

De electrocoagulación

De contacto: sonda caliente o
de electrocoagulación

Sin contacto: Láser de Nd- YAG
Argón plasma

Mecánicos

Clips hemostáticos

Ligadura con bandas

OVESCO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ENDOSCOPIA: ¿A quiénes y cuándo ?



Pediatric gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Guideline Executive summary

Tringali Andrea et al. Pediatric gastrointestinal endoscopy: ... Endoscopy 2017; 49: 83–91



UNA VEZ REALIZADAS LAS MEDIDAS INICIALES DE REANIMACIÓN:

VEDA < 12 horas

- HDA que requiera soporte circulatorio continuo/ sangrado persistente
- Hematemesis importante o melena.

VEDA < 24 horas

- HDA con caída de hemoglobina <8 g/ dL, o caída aguda de 2 g/dL.
- Pacientes estables pero cuyo score para posible necesidad de tratamiento endoscópico se encuentre por encima del umbral establecido.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ORIGINAL ARTICLE: GASTROENTEROLOGY

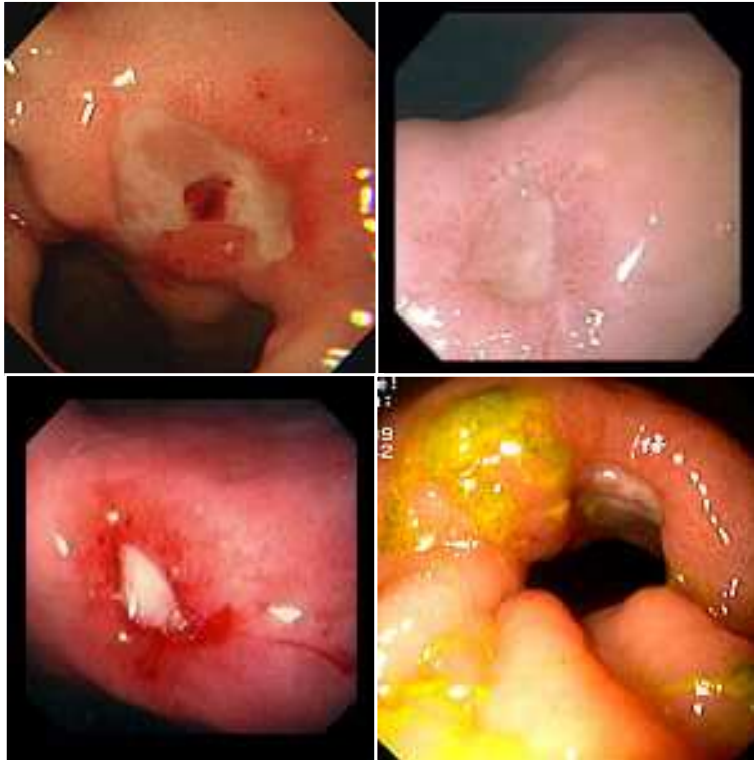
Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Childhood: Development of the Sheffield Scoring System to Predict Need for Endoscopic Therapy

Mike A. Thomson, Neme Leton, and Dalia Belsha

▪ Historia clínica	Condición clínica preexistente	1
	Melena	1
	Hematemesis	1
▪ Evaluación clínica	FC > 20 de la FC media para la edad	1
	Llenado capilar prolongado	4
▪ Laboratorio	Caída de Hb > 2 g/dL	3
▪ Reanimación	Necesidad de resucitación líquida	3
	Necesidad de transfusión (Hb < 8 g/dL)	6
	Necesidad de otro hemoderivado	4
▪ <u>Puntuación total:</u>	24	
▪ <u>Corte:</u>	8	

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

HDA NO VARICEAL: ENFERMEDAD ULCEROPEPTICA



- Causa más frecuente de HDA.
- Las úlceras localizadas en curvatura menor y cara posterior de bulbo son las que tienen peor pronóstico, ya que asientan sobre territorio de coronaria estomáquica y gastroduodenal.

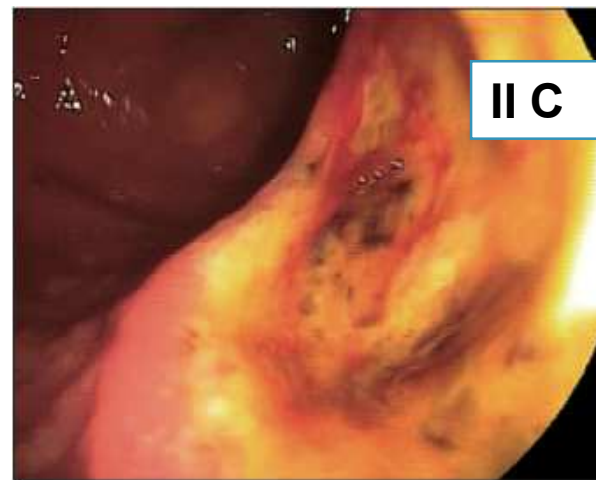
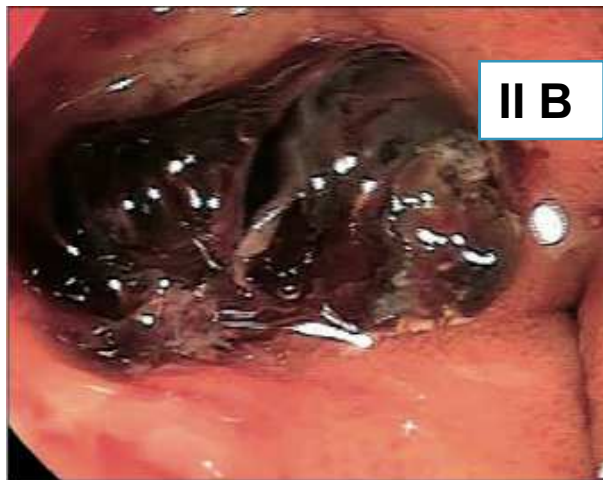
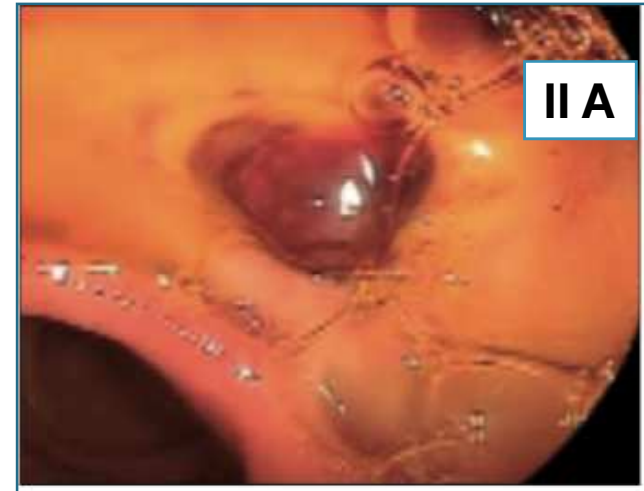
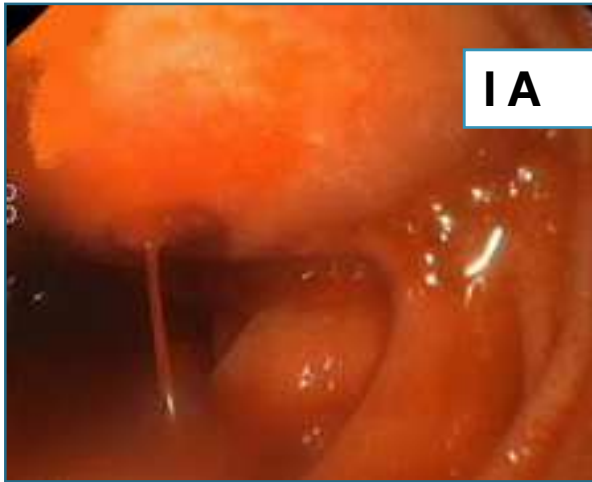
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

CLASIFICACION DE FORREST

Forrest	Tipo de lesión	% Riesgo de resangrado (sin tratamiento)	% Mortalidad (sin tratamiento)
IA	Sangrado pulsátil	55 (17-100)	11 (0-23)
IB	Sangrado en napa		
IIA	Vaso visible	43 (0-81)	11 (0-21)
IIB	Coágulo adherido	22 (14-36)	7 (0-10)
IIC	Mácula plana	10 (0-13)	3 (0-10)
III	Fondo limpio	5 (0-10)	2 (0-3)

Adaptado de Laine L: Acute and chronic gastrointestinal bleeding. In Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF (eds): Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management, ed 6. Philadelphia, WB Saunders, 1998, pp 198-219; with permission.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

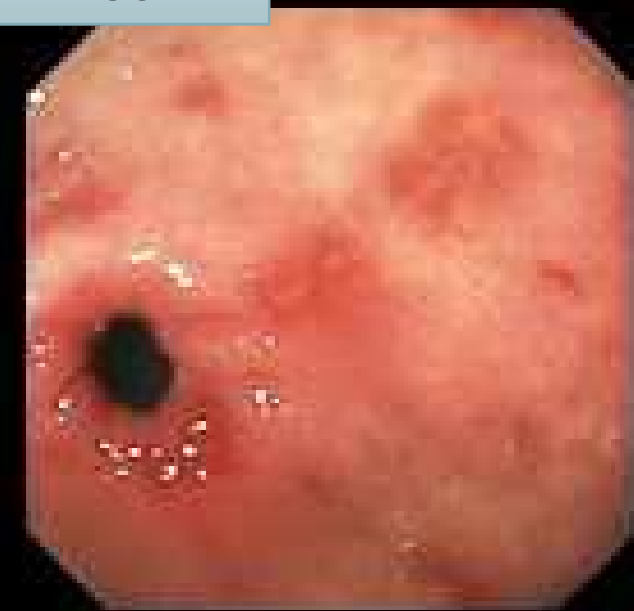


CLASIFICACION DE FORREST

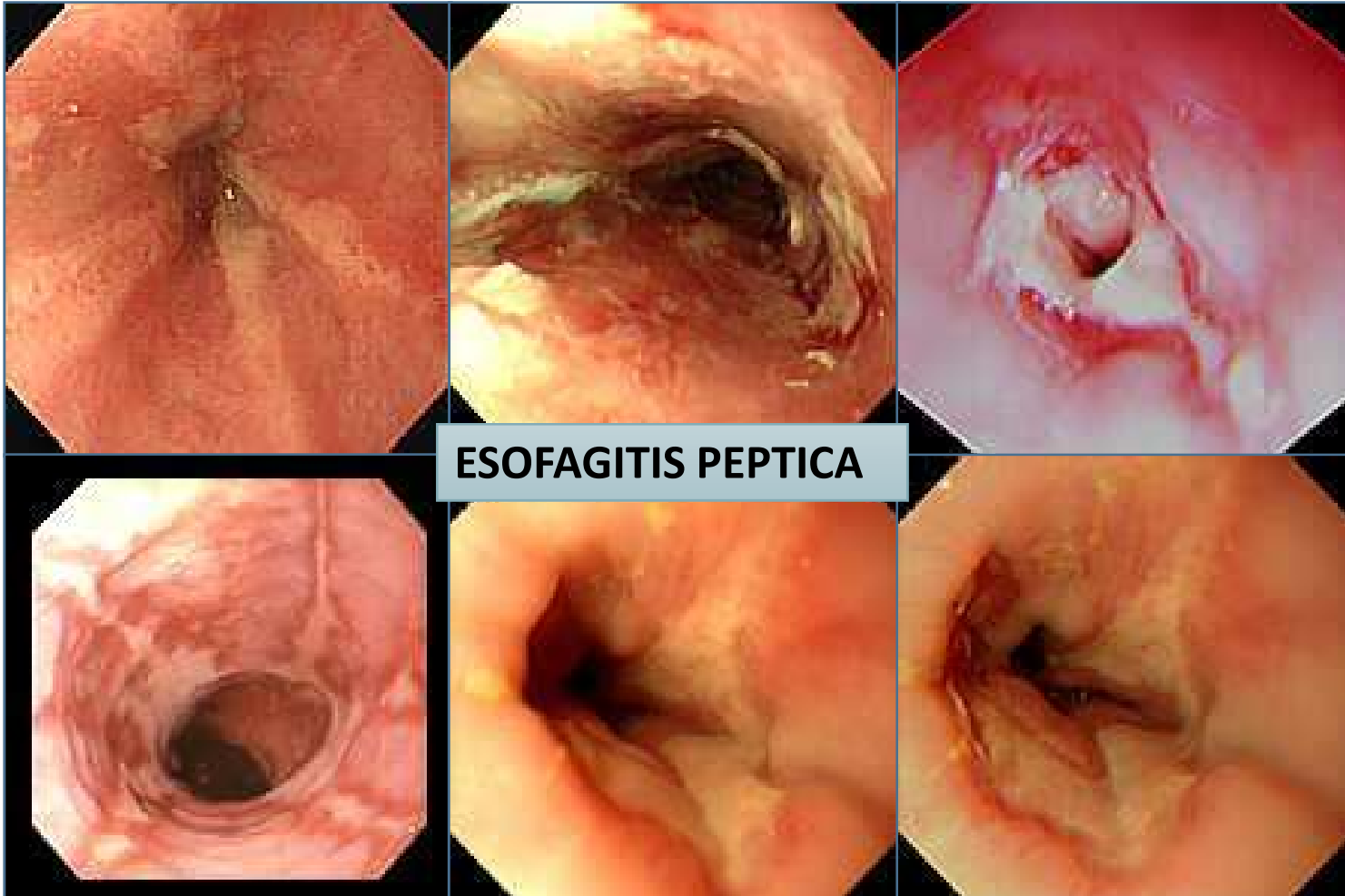
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



GASTROPATIA EROSIVA



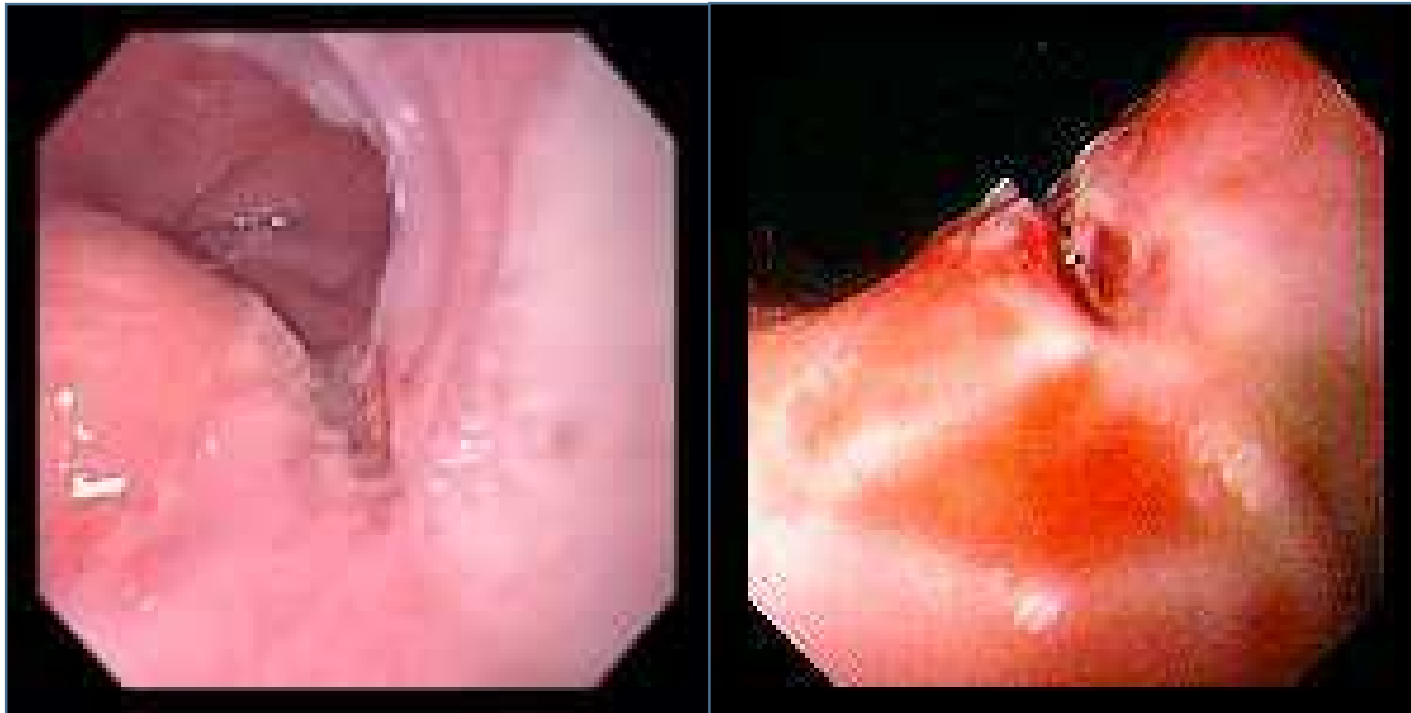
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

MALLORY- WEISS

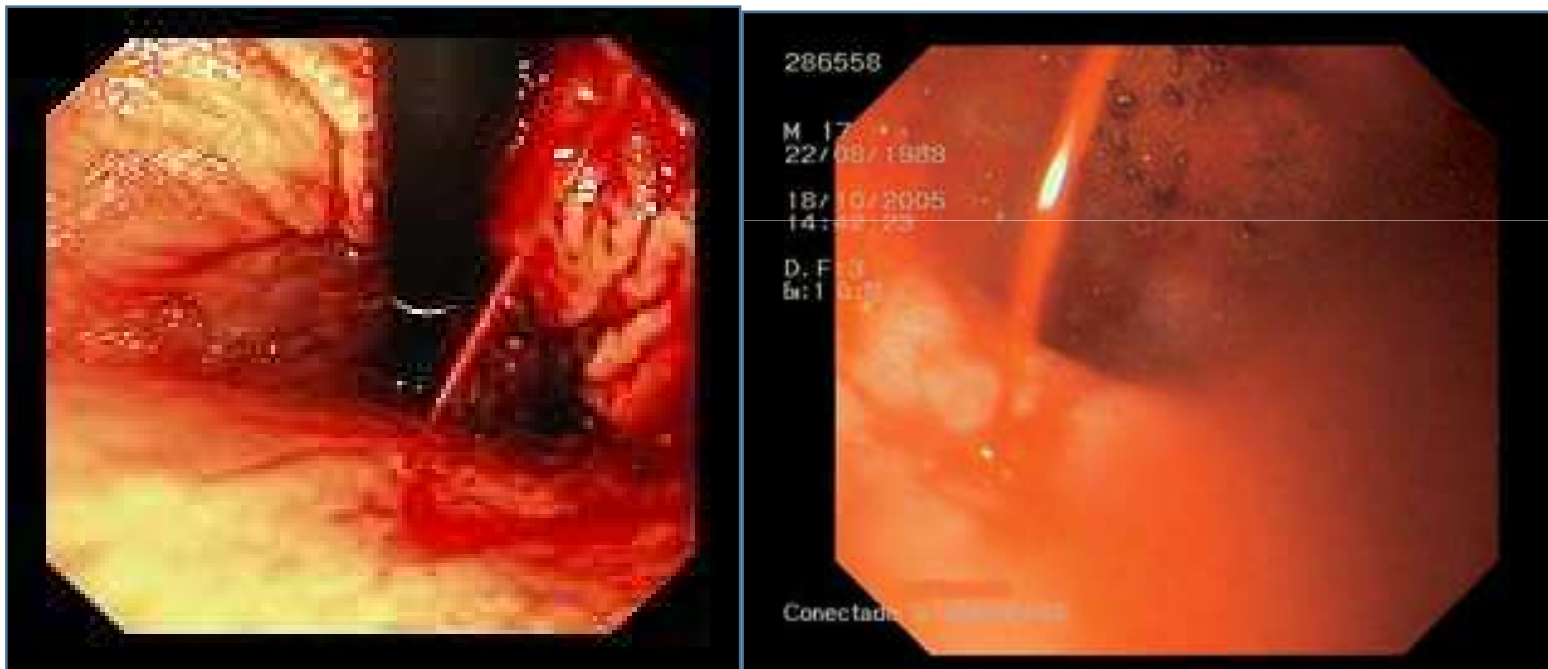
Laceración o desgarro a nivel de la unión gastroesofágica producida como consecuencia de vómitos, arcadas.



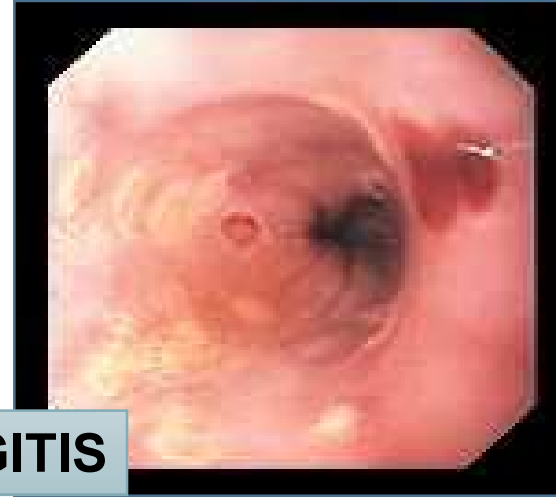
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

LESION DE DIEULAFOY

Arteria submucosa de gran calibre(1-3 mm diámetro) que protruye a través de la mucosa. Generalmente fondo gástrico



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



ESOFAGITIS



LESIONES VASCULARES

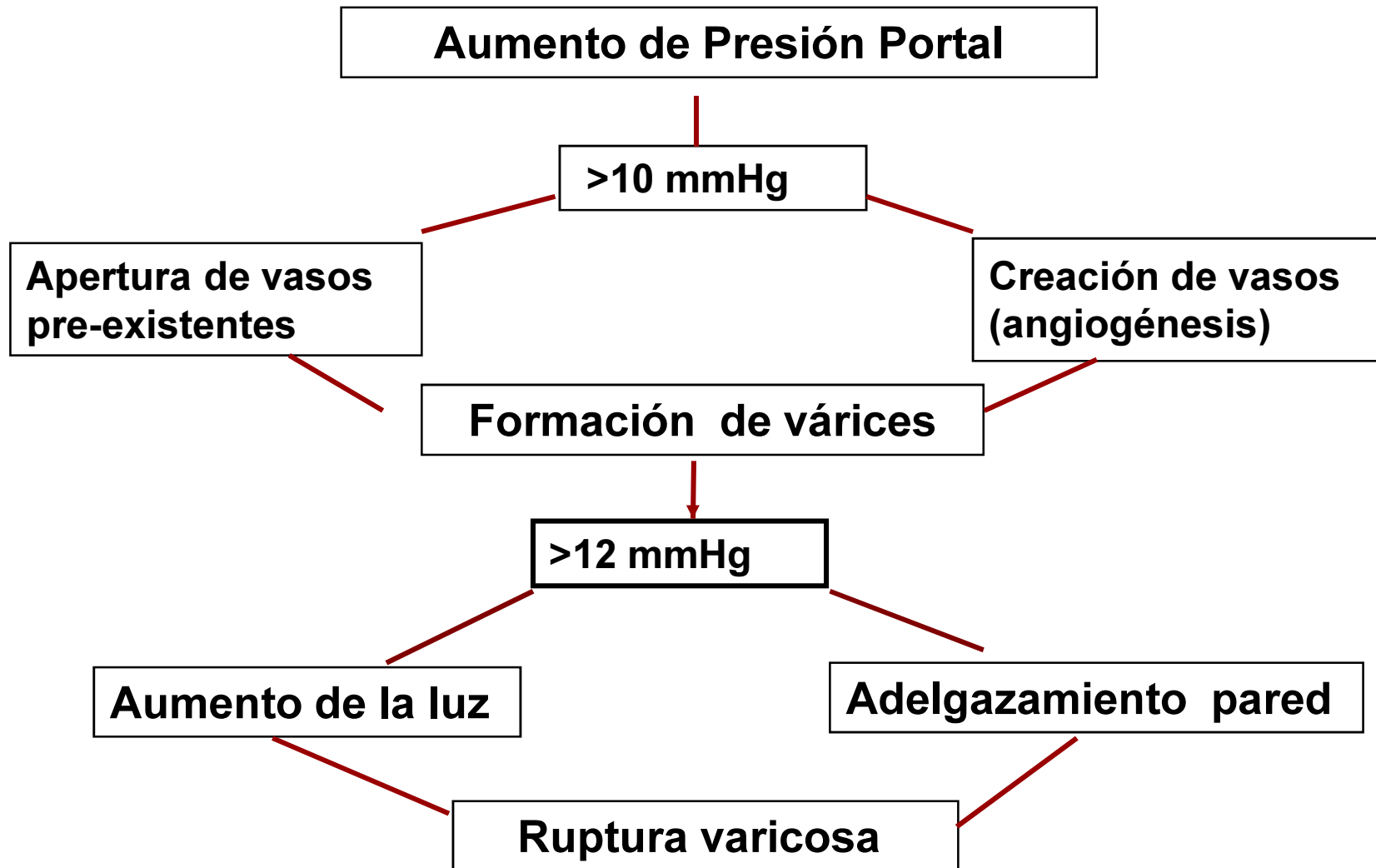
TUMORES

HDA VARICEAL

- Complicación más importante de la Hipertensión portal
- Causa más frecuente de hemorragia digestiva severa en pediatría.



HDA VARICEAL: Fisiopatología



**Colaterales
Porto-Sistémicas**

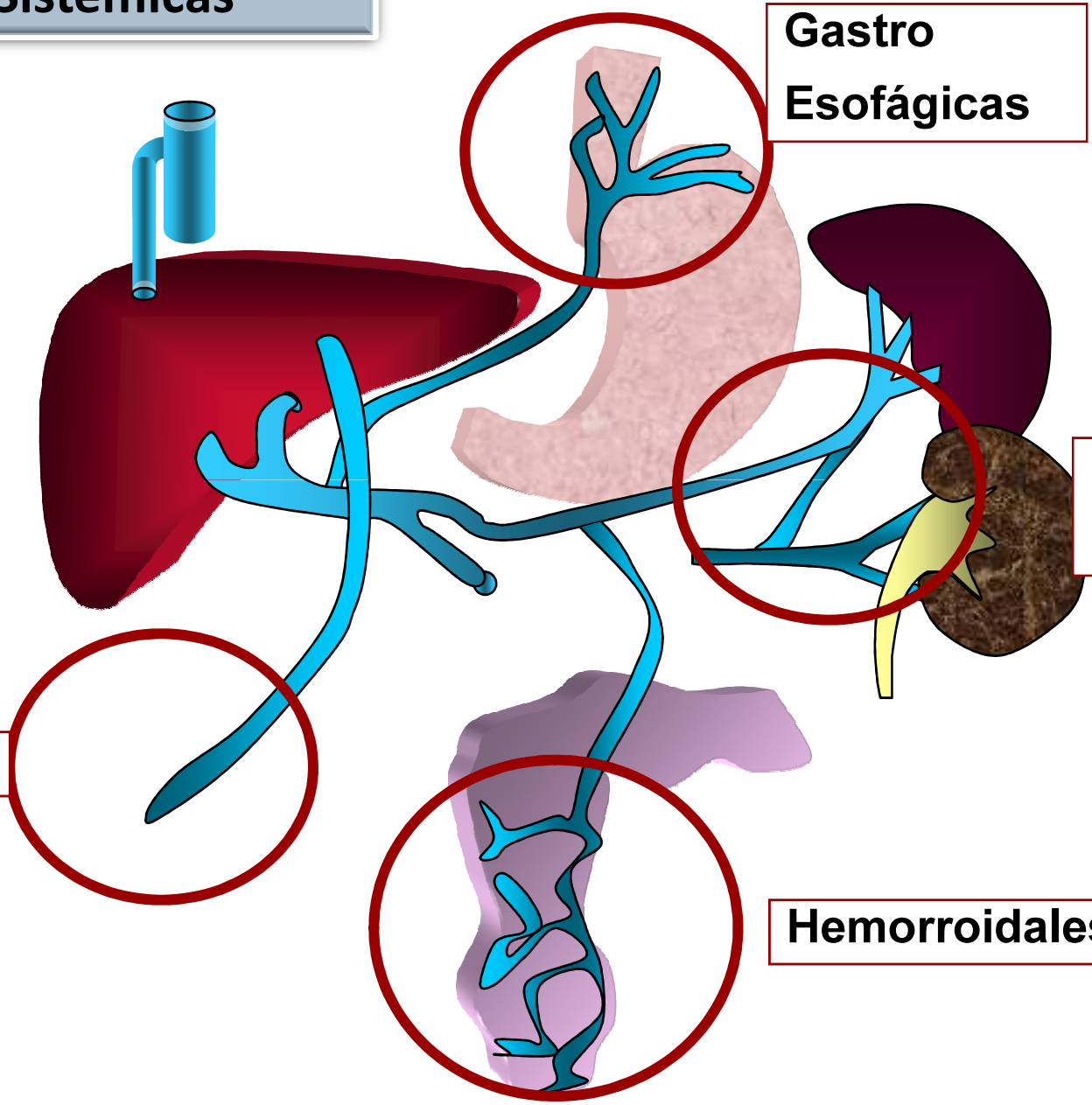
GPP > 10mmHg

**Gastro
Esofágicas**

**Espleno-
Renales**

Umbilical

Hemorroidales

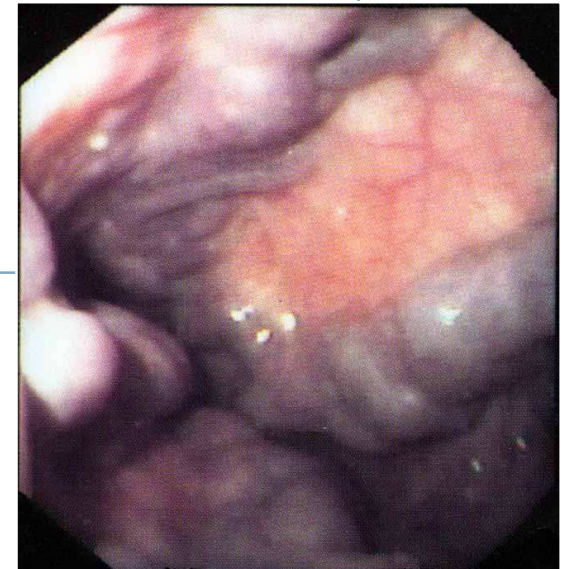


HDA VARICEAL: Etiología

PRE HEPATICAS	HEPATICAS	POST HEPATICAS
Trombosis de Vena porta	Cirrosis(50%)	Síndrome Bud Chiari
Déficit proteína C, S, ATT3	Colestáticas: AVB (70%), FHC, Sind Alagille	Membrana
Canalización Umbilical	Hepatitis autoinmune, Hepatitis B y C	Trombosis
Onfalocele	Metabólicas (déficit Alfa 1AT, Tirosinemia tipo I, FQP, Wilson	Agenesia
Idiopática	Idiopática (5%)	Fistula Arterio-Venosa Hepática
Post Trasplante	Pre sinusoidal (FHC, esquistosomiasis, Granulomas, Hemangiomas)	Congénita Adquirida.
Post Sepsis	Para sinusoidal (Hígado graso, fibrosis nodular focal, fibrosis regenerativa)	
	Post sinusoidal (enf venooclusiva, MTS)	

HDA VARICEAL: Etiología

- Las principales causas de HTP en niños
 - Atresia de vías biliares (AVB)
 - Cavernoma de la porta (EHPVO)
- AB: 50% de pacientes sin trasplante presenta primer sangrado antes de los 5 años.
- EHPVO: 50% sangran antes de los 6 años.



HDA VARICEAL

Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension

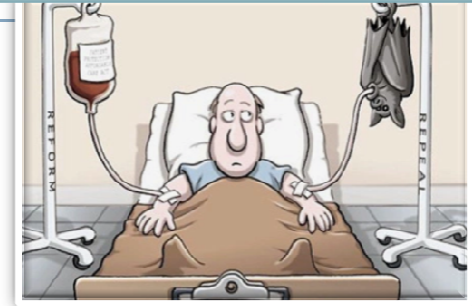
Roberto de Franchis*, on behalf of the Baveno VI Faculty†

Department of Biomedical and Clinical Sciences, University of Milan, Gastroenterology Unit, Luigi Sacco University Hospital, Milan, Italy

Journal of Hepatology 2015 vol. 63 | 743–752

HDA VARICEAL: Tratamiento del episodio

- Restitución de volumen
- Transfusión de GR (para mantener Hb 7- 8 mg/dl) .



- No hay recomendaciones para el manejo de coagulopatía ni trombocitopenia.

PT/RIN no son fiables en pacientes cirróticos para predecir el estatus coagulopático.

PROFILAXIS ANTIBIOTICA:

- **Debe instituirse al ingreso en pacientes con cirrosis.**
- Diferentes estudios han comprobado disminución de las infecciones y mejora en la sobrevida.
- Cefalosporina de 3º, norfloxacinina o ciprofloxacina.

HDA VARICEAL: Tratamiento del episodio

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Facilita el diagnóstico y tratamiento endoscópico.
- Mejora la sobrevida.
- Es de administración inmediata.
- Eficacia similar al tratamiento endoscópico.
- Se mantiene durante 5 días (prevenir la recidiva hemorrágica precoz).

DROGAS VASOACTIVAS:
OCTREOTIDE/ SOMATOSTATINA/TERLIPRESINA

HDA VARICEAL: Tratamiento del episodio

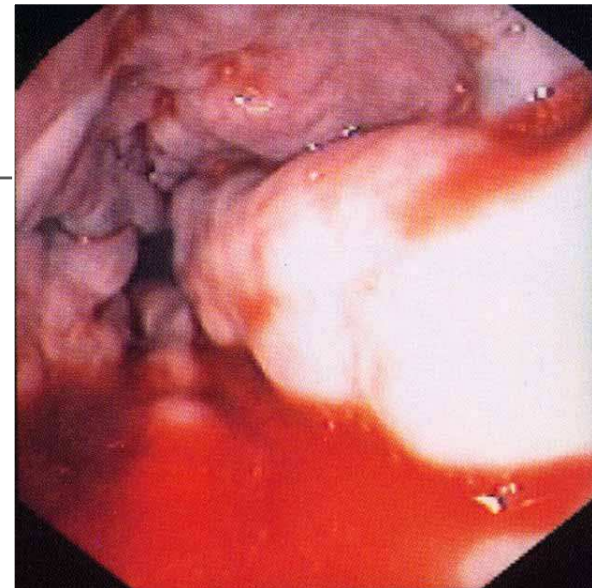
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

VASOCONSTRICCIÓN ESPLACNICA

DEL FLUJO SANGUINEO PORTAL

DEL FLUJO SANGUINEO EN COLATERALES
PORTOSISTEMICAS

DE LA PRESION VARICEAL



HDA VARICEAL: Tratamiento del episodio

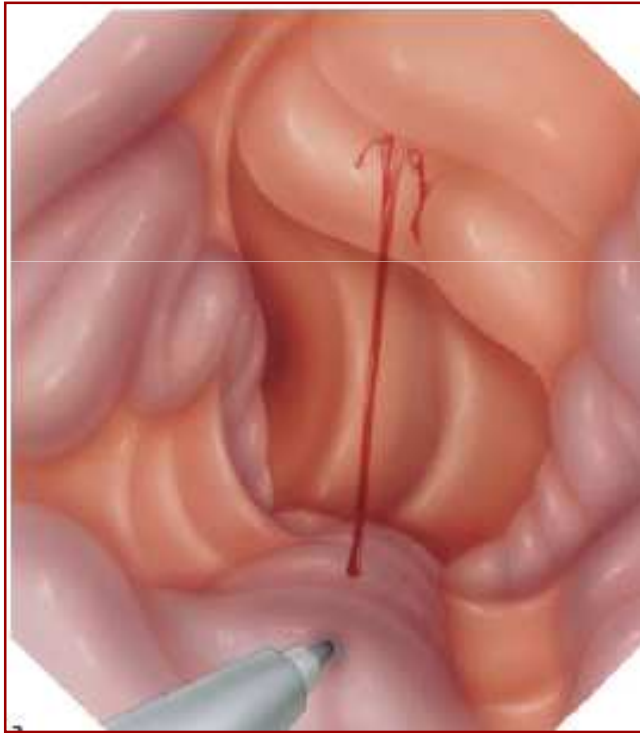
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

OCTEOTRIDE:

- Análogo sintético de la somatostatina, mayor efecto vasoconstrictor local con menos efectos adversos.
- Dosis: 50-100 mcg en bolo, seguida de infusión de 50 mcg/hora (maximo 1000 mcg/24hs). Luego se puede rotar a vía SC 100 mcg/8hs por 5 días.
- Pediatría: 1-3 mcg/kg en bolo (max. 50 mcg) y luego 1-5 mcg/kg/hora por 5-7 días.

HDA VARICEAL: Tratamiento del episodio

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO

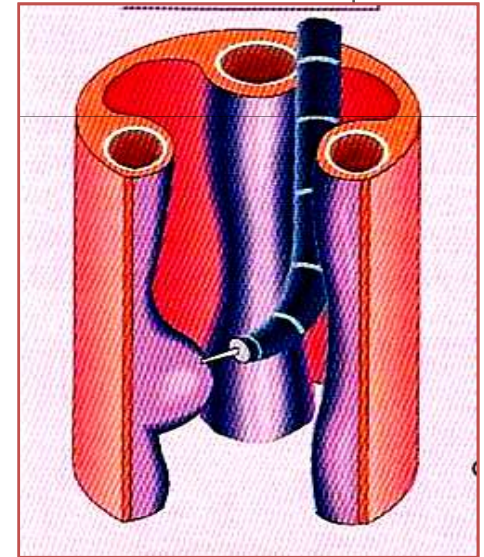


HDA VARICEAL: Tratamiento del episodio

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO

ESCLEROTERAPIA

- Induce trombosis de la varice y compresi3n por reacci3n inflamatoria en inyecci3n paravariceal.
- Diferentes sustancias (etanol, AET 1 3 2 %, polidocanol).
- Inyecci3n intra o paravariceal.
- Control del sangrado agudo > 90%.
- En pacientes pequeños en quienes no se pueden usar bandas, y en várices sobre la UEG.



HDA VARICEAL: Tratamiento del episodio

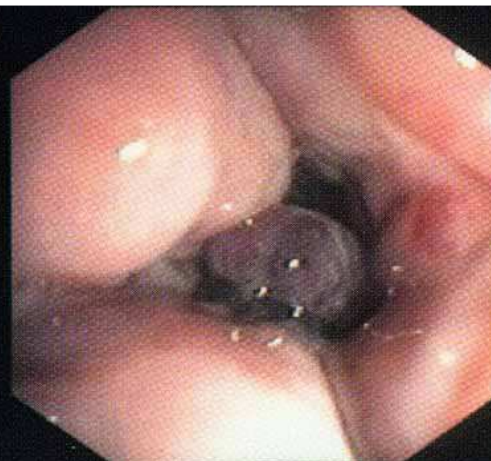
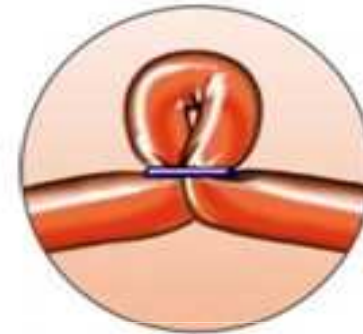
TRATAMIENTO ENDOSCOPICO

LIGADURA ENDOSCOPICA

- La várice es aspirada hacia el interior de la cámara de bandas, la cual desaloja una banda elástica que “liga” la várice atrapada.
- Necrosis isquémica de la mucosa y submucosa.
- Ulceración mucosa redonda y superficial.



HDA VARICEAL: Tratamiento del episodio



HDA VARICEAL: Tratamiento del episodio

TAPONAMIENTO CON BALON

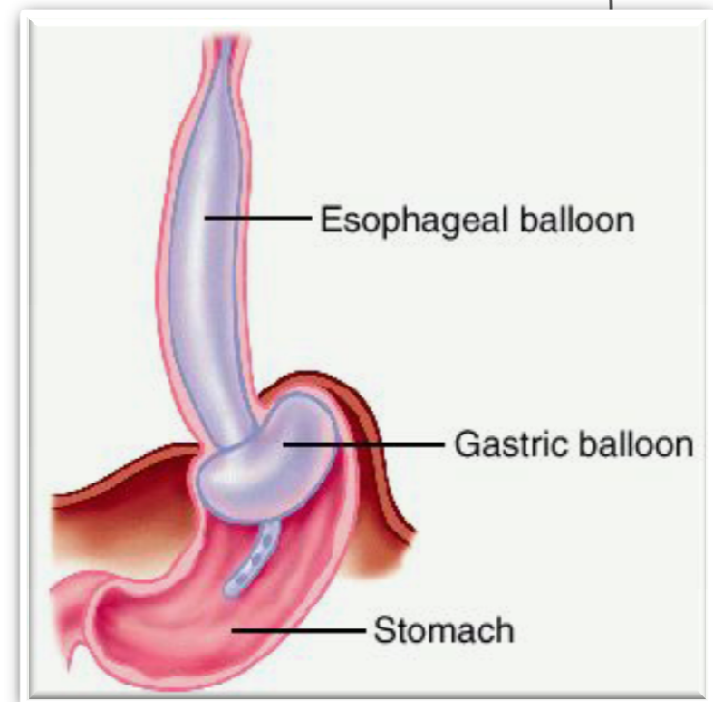
- Ante una hemorragia activa y masiva que descompensa al paciente o que impida la realización de endoscopia.
- Cuando la hemorragia es refractaria al tratamiento endoscópico y farmacológico.
- Para traslado a centro especializado.
- Balón de Sengstaken-Blakemore.
- Paciente intubado y sedado.



HDA VARICEAL: Tratamiento del episodio

TAPONAMIENTO CON BALON

- Compresión directa de la v ariz y disminución del flujo de las colaterales portosistémicas.
- Eficacia hemostática 70-90%.
- Tasa de re sangrado precoz 60%-70%.
- NO debe permanecer mas de 24 hs.
- Tasa de complicaciones 30%.
(Aspiración, Perforación, Migración, Necrosis).



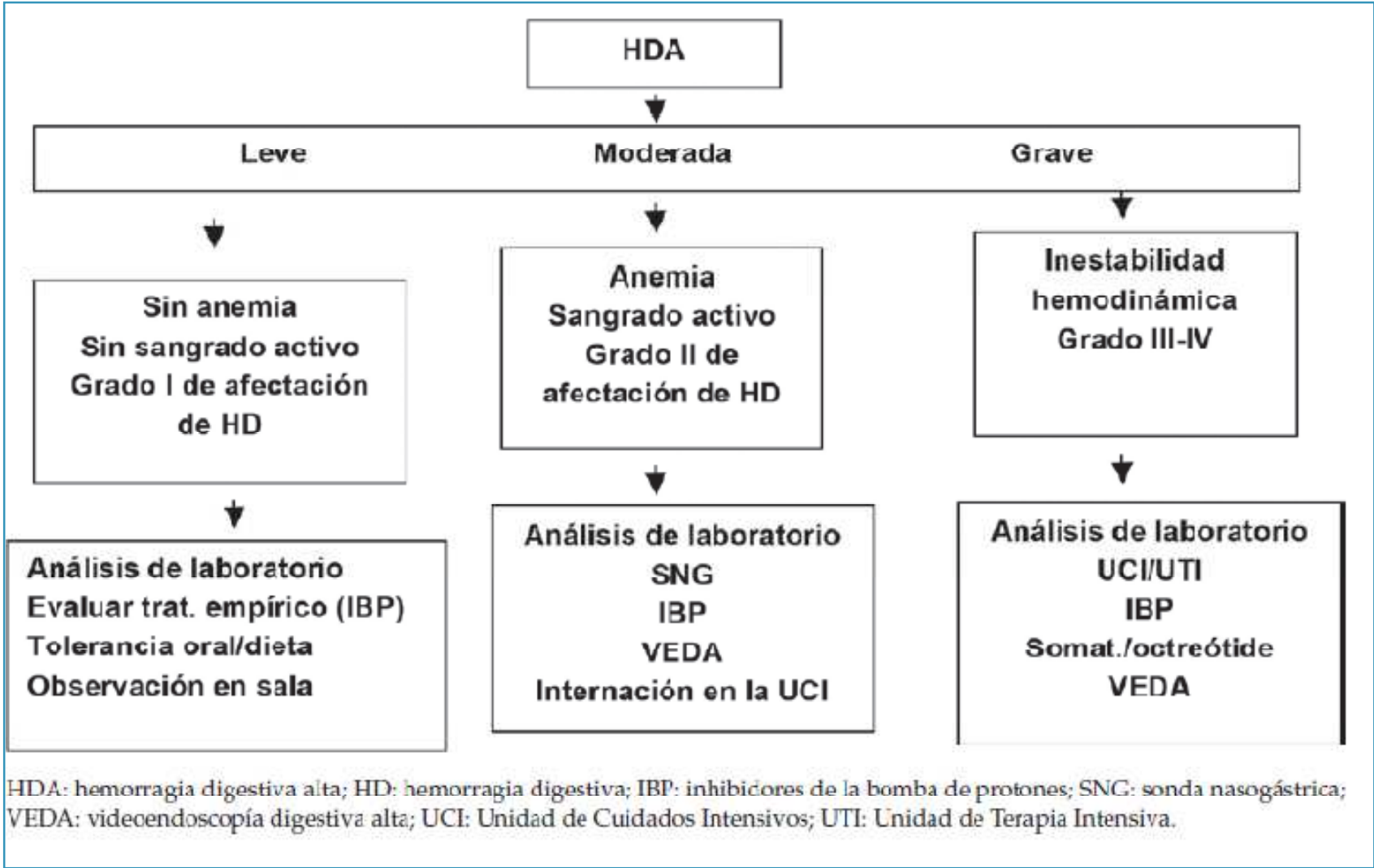
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

DIVERTICULO DE MECKEL

- Malformación congénita más común del intestino.
- Persistencia del conducto onfalomesentérico o vitelino.
- Puede contener mucosa gástrica o pancreática ectópica.
- Sangrado indoloro.
- Puede ser masivo y conducir al shock, o episodios mínimos de sangrado a repetición.

Dx: Centello, quirurgico.





HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

- **Todo niño con HDA debe ser internado y estudiado a la brevedad; con las HDB, solo cuando comprometen la volemia o sospecha de sangrado de Intestino Medio.**
- **HDB con características de sangrado rectal deben ser estudiadas, pero sin carácter de emergencia.**
- **En la HD con características de melena y/o hematoquecia, hay que descartar Divertículo de Meckel. El primer estudio indicado es el Centellograma con Tc 99.**
- **En sangrado masivos con aumento del tránsito intestinal, la hemorragia de origen alto puede manifestarse como hematoquecia.**
- **Ante una HDA o media, la derivación al especialista debe ser inmediata.**



GRACIAS POR SU ATENCION

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD.

Wedde G., Neder D., Antoniska M., Busquet L., Bottero A., Sasson L.



Objetivos



- Describir forma de presentación, etiología y hallazgos endoscópicos en pacientes con HDA no variceal durante el periodo de estudio.
- Identificar posibles factores predictores de hallazgo de lesión por endoscopia.
- Explorar la relación entre la necesidad de tratamiento endoscópico y descenso de Hb, paciente ambulatorio o internado y tiempo transcurrido entre el episodio y la VEDA.

Materiales y Métodos



Tipo y diseño del estudio: Estudio descriptivo analítico, retrospectivo.

Población:

- Pacientes sometidos a VEDA por Hemorragia Digestiva Alta entre Junio de 2013 a Diciembre de 2017 en Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan.
- Se excluyeron pacientes con HDA de origen variceal.
- Se obtuvieron datos de registros de quirófano e Historia Clínica informatizada.
- Se utilizó herramienta de software REDCap para recolección de datos.

Materiales y Métodos



ANALISIS ESTADISTICO:

- Para las variables continuas se aplicaron medidas de resumen y dispersión.
- Las variables categóricas se resumieron como proporciones o porcentajes.
- Para las variables predictoras se realizó Análisis Multivariado con regresión logística, utilizando el programa estadístico R Studio.
- La estrategia de datos faltantes para la variable Hb fue imputación simple.

Resultados

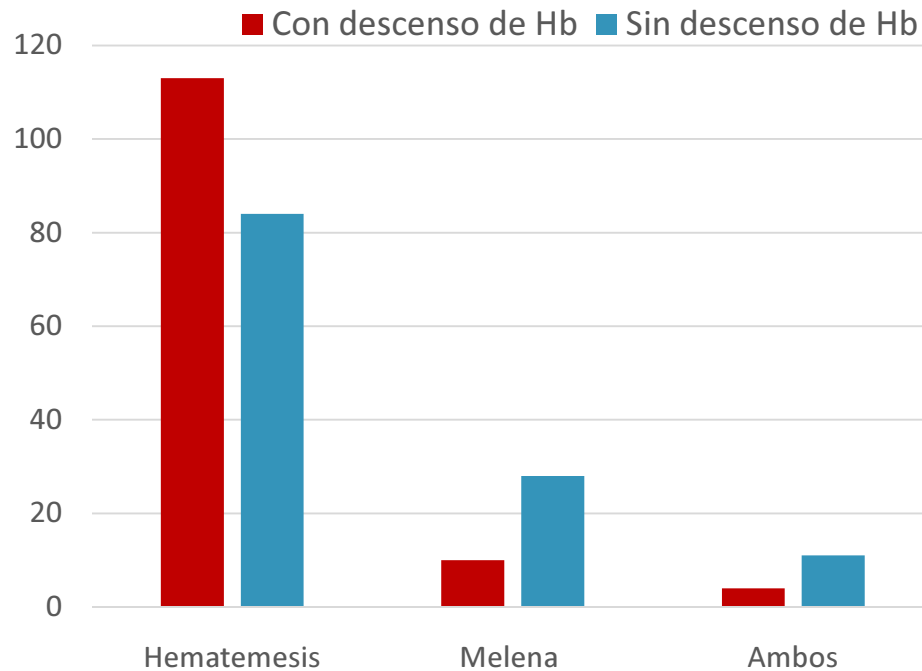


Tabla 1 (N: 251)

Género	54% M
Edad	5 años (18 d - 18 a)
Enf. de Base	43%
AINE's	32%
Síntoma	Hematemesis 79% Melena 15% Ambos 6%
Orígen	75% ambulatorio
Descenso Hb.	50%
Media de Hb al ingreso	10.6 g/dl
Tiempo VEDA	60% dentro de las 72 hs (24% antes de las 24 hs)

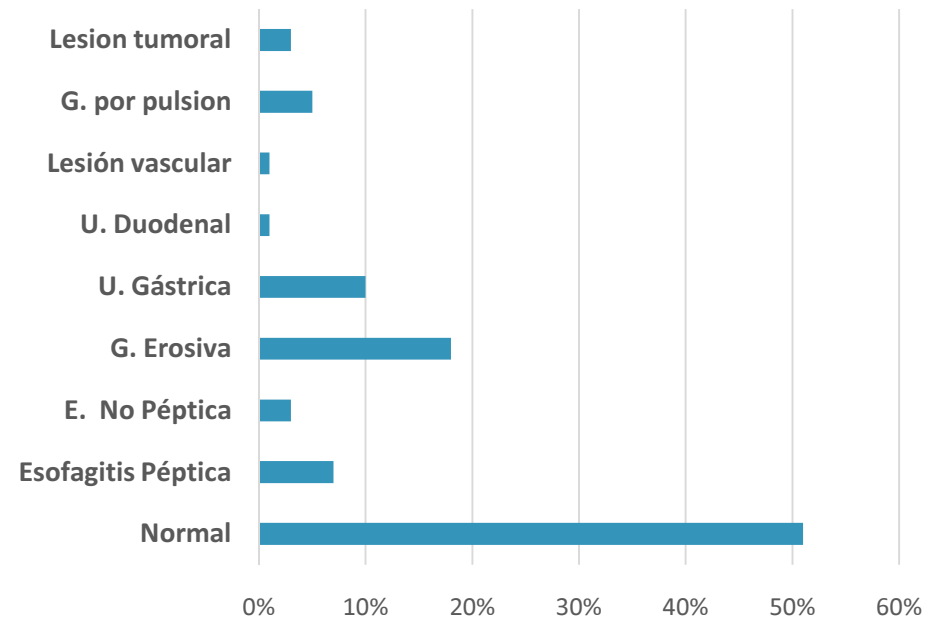
Resultados

Gráfico 1: Presentación Clínica



El 57% de los pacientes con hematemesis tuvieron descenso significativo de Hb, mientras que en los que presentaron melena, la Hb descendió en el 26% de los casos.

Gráfico 2: Hallazgos Endoscópicos



En el 70% se tomaron biopsias, 13% se observó H Pylori.

Resultados



Gráfico 3: Tratamiento Médico

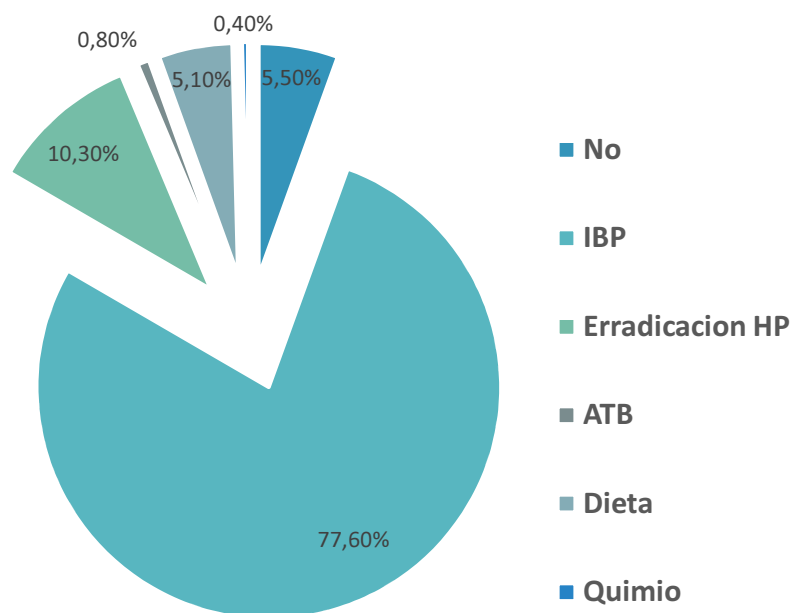


Tabla 2: Pacientes que recibieron Tto Endoscópico.

	Hb	VEDA	Tto Endoscópico	Recurrencia
1	7.3	Vaso sangrante	Clip	No
2	8.1	UG	Inyección	No
3	5.2	Gastritis actínica	Inyección	Si
4	6.3	UG	Clip+Iny.	No
5	8.1	UD	Clip+Iny.	No
6	10.1	UG	Clip	No

Resultados



Tabla 3: OR para predictores de riesgo de hallazgo de lesión

Predictor	OR	IC 95%
Enf. de base	4.4	2.2 - 7.6
Pte. internado	5.9	3.0 – 12.0
VEDA <24hs	1.7	0.95 – 3.0
Descenso Hb	1.5	0.9-2.5
Ingesta de AINE's	1.4	0.8-2.4

En el análisis multivariado se evidenció tendencia predictiva positiva para hallazgo de lesión, al origen del paciente y el antecedente de ingesta de AINE's.

Conclusión



- En la población estudiada, la hematemesis fue la forma de presentación mas frecuente.
- La mitad de los pacientes presentaron descenso significativo de Hb.
- En la mayoría de los pacientes el tiempo endoscópico fue dentro de las 72 horas, a pesar de ser un Centro de derivación y que no dispone de guardia endoscópica.
- Se observó en el análisis univariado que las variables Enfermedad de base, descenso de Hb, ingesta de AINE's, paciente internado y endoscopia precoz (<24 hs), fueron predictores de hallazgo de lesión endoscópica.
- Se requieren estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos.

No existen hasta el momento scores validados de lesión endoscópica en pacientes pediátricos con HDA. Si bien la mayoría de ellas resuelven sin necesidad de intervención, un mínimo porcentaje requerirá tratamiento endoscópico y/o quirúrgico, por lo que sería importante identificar aquellos pacientes se beneficiarían con una endoscopia precoz.