



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Curso de especialización en Medicina de Urgencias

Prevalencia de sangrado de tubo digestivo alto no variceal por ingesta de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes mayores de 60 años que ingresan al servicio de urgencias

TESIS

Que para optar por el grado de especialista en Medicina de Urgencias

Presenta:

Gabriela Tafoya Vargas

Tutor:

María Cecilia Anzaldo Campos

Unidad de Investigación UMF No.27 Tijuana, BC

México, D.F. Febrero 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

TITULO:

Prevalencia de sangrado de tubo digestivo alto de origen no variceal secundario a ingesta de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes mayores de 60 años que ingresan al servicio de urgencias.

AUTORES:

Gabriela Tafoya Vargas, Dr. Héctor Sotelo, Dra. María Cecilia Anzaldo Campos

ANTECEDENTES:

Los antiinflamatorios no esteroideos constituyen el grupo de drogas ulcerógenas más relacionadas con el sangrado digestivo alto y su uso diario aumenta considerablemente el riesgo de padecer ulcera péptica en 10 a 20 veces y es responsable de más de 40% de los episodios de hemorragia digestiva alta.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de sangrado de tubo digestivo alto de origen no variceal secundario a ingesta de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes mayores de 60 años que ingresan al servicio de urgencias

METODOS:

Se realizará un estudio descriptivo, retrospectiva y transversal, muestreo no probabilístico, tamaño de muestra 331 pacientes. Se estudiarán variables sociodemográficas, antecedentes de tabaquismo, consumo de alcohol y antecedentes personales patológicos de enfermedades crónicas; polifarmacia; ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, uso de aspirina, uso de corticosteroides y uso de anticoagulantes orales; motivo de consulta a urgencias. Signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura y llenado capilar, presencia o ausencia de comorbilidades, y parámetros de laboratorio (hemoglobina y urea). Análisis estadístico: Se utilizará estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión. Prueba no paramétrica Chi cuadrada para análisis bivariado. Se analizarán datos con el programa SPSS versión 20.

PALABRAS CLAVE: sangrado de tubo digestivo alto, antiinflamatorios no esteroideos, urgencias.

INDICE GENERAL

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	7
Justificación	8
Objetivo general.....	9
Material y métodos.....	10
Resultados.....	12
Discusión.....	14
Conclusiones.....	18
Sugerencias.....	19
Bibliografía.....	20
Tablas.....	22
Definición de operacionales variables.....	27
Anexos.....	30

ANTECEDENTES

La hemorragia digestiva es una patología grave, cuya presentación implica una morbimortalidad elevada y un consumo de recursos hospitalarios alto. Clásicamente se han dividido en dos categorías: las de causa varicosa derivadas de la hipertensión portal y las no varicosas. Ambas tienen pronósticos y tratamientos, tanto endoscópicos como farmacológicos, completamente diferentes. Así, la enfermedad péptica ulcerosa sigue siendo la causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta. Durante los últimos años, un mejor conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad ha mejorado su tratamiento, al introducir algunos nuevos fármacos, que pueden haber influido tanto en las características de los pacientes con hemorragia digestiva alta, así como en su incidencia y etiopatogenia.¹

La incidencia global del sangrado digestivo en los países occidentales varía de 50 a 170 por cada 100 000 habitantes. Tradicionalmente se ha dividido según su lugar de origen en alto y bajo (proximal o distal al ángulo de Treitz) y según su etiología, como aquel de origen varicoso y no varicoso, con tratamientos y pronósticos diferentes.² Estudios realizados informan que la morbilidad y mortalidad del paciente con sangrado digestivo alto se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, la magnitud de la hemorragia, el resangrado durante la hospitalización, el origen de la hemorragia (sangrado arterial o venoso) y las enfermedades asociadas como alcoholismo, las coagulopatías y la inmunosupresión.² La gravedad y el pronóstico de los pacientes guarda relación con varios factores, entre ellos la edad, la cual desempeña un importante papel como variable agravante, teniendo en cuenta que en la medida en que aumenta la edad, aumenta también la incidencia de las enfermedades crónicas y el uso y abuso de medicamentos ulcerogénicos.² Los antiinflamatorios no esteroideos constituyen el grupo de drogas

ulcerógenas mas relacionadas con el sangrado digestivo alto y su uso diario aumenta considerablemente el riesgo de padecer ulcera péptica en 10 a 20 veces y es responsable de más de 40% de los episodios de hemorragia digestiva alta.²

La hemorragia gastrointestinal alta es definida por la ser proximal al ligamento de Treitz.³

La mayoría de las hospitalizaciones, 80-90% de las hemorragias digestivas altas son de origen no variceal, con ulceras gástricas o duodenales en la mayoría de las lesiones sangrantes.³ En los Estados Unidos son más de 400 000 admisiones hospitalarias al año.

Sangrado por ulcera péptica es la más común causa, con 68% de los pacientes con hemorragia tienen más de 60 años de edad.³ La etiología más común de las ulceras es la infección por *Helicobacter pylori*, causa de 80% de las ulceras duodenales.³ El uso de aspirina y antiinflamatorios no esteroideos es la siguiente causa más común de ulceras.³

La hemorragia digestiva alta aguda es la emergencia gastroenterológica más común y tiene una morbilidad y mortalidad considerables.⁴

Las tasas de incidencia de hemorragia digestiva alta muestran la preexistencia de una gran variación geográfica que va desde 48 hasta 160 casos por 100 000 habitantes, con informes consistentes de incidencias más altas en hombres y las personas de edad avanzada.^{4,5}

La incidencia de la hemorragia digestiva alta es aproximadamente 1% de todas las admisiones del servicio de urgencias.⁶ El uso excesivo de dosis bajas de aspirina para la prevención primaria o secundaria de corazón aterosclerótica y enfermedad cerebral, el aumento de la esperanza de vida y por lo tanto el aumento de la tasa de la enfermedad degenerativa de las articulaciones y la ingestión excesiva de otras drogas antiinflamatorias no esteroideos, pueden cambiar la incidencia, edad de presentación, sitio de la hemorragia y el resultado de los pacientes hemorragia no variceal en la última década.⁶ En conclusión la causa más común de hemorragia digestiva alta es la ulcera péptica, con un incremento con

la edad de los pacientes, la frecuencia en el consumo de antiinflamatorio no esteroideos, y presencia de úlcera gástrica.⁶

La persistencia de la alta incidencia de la enfermedad de la úlcera péptica es una superposición de dos tendencias: una mayor incidencia en el crecimiento de la población de pacientes de edad avanzada con una mayor ingesta de antiinflamatorio no esteroideos y una menor incidencia entre los pacientes más jóvenes, debido a una disminución de la incidencia y el tratamiento médico mejorado.⁷

La hemorragia digestiva alta aguda representa un importante problema de emergencia médica en la salud pública.⁸ Es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados.⁸ La tasa global de mortalidad asociada con hemorragia digestiva alta es cercana al 10-15%.⁸ Recientemente la esperanza de vida en los países desarrollados ha aumentado significativamente; la incidencia de hemorragia digestiva alta incrementa con la edad y el porcentaje de pacientes de 60 años de edad o mayores con diagnóstico de hemorragia digestiva alta incremento de 46.1% en 1987 a 63.2% en 2001.⁸ La terapia quirúrgica urgente debe ser considerada si la inestabilidad hemodinámica o sangrado gastrointestinal es refractaria al tratamiento endoscópico y farmacológico.⁸

La hemorragia gastrointestinal alta no variceal es una condición crítica con una mortalidad de 5 al 10%.⁹

El análisis de las tendencias en cuanto a etiología y factores de riesgo asociados a un peor pronóstico en pacientes con hemorragia digestiva alta a lo largo de los últimos años, permitirá la implantación de medidas de profilaxis específicas enfocadas a conseguir disminuir la incidencia y mejorar los resultados de estos enfermos.¹⁰ Las dos causas más importantes de úlcera péptica y sus complicaciones son la infección por *Helicobacter pylori*

y la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos.¹⁰

El uso cada vez más generalizado de antiinflamatorios no esteroideos junto con el envejecimiento de la población, puede justificar el mantenimiento de la incidencia de la hemorragia digestiva alta por úlcera péptica a pesar de los adelantos de la profilaxis primaria y prevención de la recidiva ulcerosa.¹¹ La úlcera péptica sangrante son por el uso de antiinflamatorios no esteroideos y la infección por *Helicobacter pylori*.^{12,13,14,15}

Varios sistemas de puntuación se han desarrollado para estratificar a los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda de acuerdo con el pronóstico.¹⁶ En el 2000 la escala de Glasgow Blatchford para hemorragia fue desarrollado. Es una herramienta de detección para evaluar la probabilidad de que un paciente con hemorragia gastrointestinal alta aguda necesitara la intervención médica, solo en base a la historia del paciente, el examen clínico y pruebas de laboratorio.¹⁶

La escala de Glasgow Blatchford es un sistema único porque no requiere endoscopia, y por lo tanto ella puede ser fácilmente usada en el departamento de urgencias.¹⁶

Se estima que para el 2020, 12% de la población mundial tendrá más de 60 años. La mayor esperanza de vida trae como resultado la posibilidad de más morbilidad en esa población; ello puede conducir al aumento en el consumo de medicamentos por parte de los ancianos. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el naproxen se encuentra dentro de los principales fármacos antiinflamatorios que se prescriben; sus efectos colaterales pueden dar lugar a problemas en ese grupo.¹⁷

Según la definición de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, un adulto mayor es una persona de 60 años y más. En el mundo existen 500 millones de ancianos y se prevé que este número aumentara a 1000 millones en los próximos 20 años. En México, los

adultos mayores representan el 17% de la población por lo cual, de acuerdo con los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud, se considera un país envejecido.¹⁸ El 80% de la población geriátrica sufre enfermedades crónicas que los llevan a consumir múltiples fármacos; por esta razón, este grupo de población es más susceptible a presentar reacciones adversas a los fármacos lo que causa el 17 al 28% de los ingresos hospitalarios en este grupo de edad.¹⁸ El dolor crónico es frecuente en los adultos mayores y los efectos adversos asociados al uso de analgésicos pueden exacerbar las condiciones comorbidas habituales en este grupo de edad. Para esto los medicamentos más utilizados, son los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) que son, al mismo tiempo, la principal causa de ingresos hospitalarios por reacción adversa a drogas.¹⁸

Debido a sus propiedades farmacológicas, los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se ubican entre los medicamentos más utilizados en el mundo. Aproximadamente 30 millones de habitantes los usan diario para controlar el dolor agudo o crónico, y la mitad de ellos es mayor de 50 años. Cada año se otorgan 70 millones de prescripciones de AINEs en Estados Unidos, 20 millones en Inglaterra y 10 millones en Canadá.¹⁹

En la práctica clínica, los efectos secundarios gastrointestinales de los AINEs no selectivos son los más comunes y conocidos; entre 40 y 60% de los pacientes que ingieren estos medicamentos presentan síntomas como ardor epigástrico, dispepsia y pirosis, mientras que las úlceras gástricas y duodenales pueden presentarse en 40% de los pacientes que los utilizan en forma crónica (cuatro semanas o más).¹⁹

Algunos ensayos clínicos y metaanálisis han mostrado que el riesgo de complicaciones gastrointestinales graves con el uso de AINEs orales puede elevarse de 3.5 a 4.7 y se incrementa con la edad (mayor de 60 años).¹⁹

También se ha indicado que el riesgo anual de sangrado ocasionado por un AINE en pacientes mayores de 75 años es de 1 en 110 y el riesgo de fallecer es de 1 en 650.¹⁹

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), son los medicamentos más utilizados mundialmente para el alivio de dolor e inflamación asociados con artritis reumatoide (AR) y otros procesos osteomusculares. Sin embargo, este beneficio está estrechamente asociado con efectos adversos, principalmente con el riesgo de desarrollar ulcera péptica y complicaciones graves, como hemorragia y perforación.²⁰ El estudio de metaanálisis de Gabriel et al, reportó un incremento para complicaciones gastrointestinales graves entre los usuarios de AINE no selectivos mayores de 60 años.²⁰

La bibliografía confirma que algunos factores de riesgo son determinantes con la posibilidad de sangrado gastrointestinal en usuarios de AINE, como son: la edad avanzada (mayor de 65 años), historia de episodio gastrointestinal previo (complicado o no complicado) y en pacientes que reciben terapia concomitante con esteroides y anticoagulantes.²⁰

La Encuesta Nacional de Salud, en el 2000 el 4.4% (4.2 millones de personas) de la población mexicana tiene más de 65 años. Esto significa que posiblemente en nuestro país, cerca de 2 millones de ancianos presentan dolor crónico y 210,000 dolor agudo, se ha reportado que el 18% de la población adulta mayor consume regularmente fármacos analgesicos.²¹

Se ha documentado que mientras que el 1% de la población en general presenta riesgo de sangrado tras la administración de AINEs, en los mayores de 60 años este se incrementa 3-4% y en los ancianos con historia de sangrado previo el riesgo aumenta a 9%.²¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los antiinflamatorios no esteroideos son uno de los fármacos más utilizados en los adultos mayores, estimándose en un 20% sus efectos secundarios entre los más graves de forma aguda son la hemorragia de tubo digestivo alto, por lo que se deben utilizar en los casos específicos y por el tiempo determinado en las situaciones en las que se considere que los beneficios superan los riesgos. En lo posible su uso debe limitarse sobre todo en pacientes con historia de úlcera péptica u otras comorbilidades como insuficiencia renal, cardíaca y hepática y con precaución en pacientes con hipertensión arterial y en los portadores de diabetes mellitus.

Lo que nos hace preguntarnos: ¿Cuál es la prevalencia de sangrado digestivo alto no variceal, por ingesta de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes mayores de 60 años que ingresan a urgencias en el Hospital General Regional No. 20 Tijuana BC?

JUSTIFICACION

La hemorragia de tubo digestivo alto es un motivo recurrente de consulta en el servicio de urgencias. Una de las causas más sobresalientes es el antecedente de consumo de antiinflamatorios no esteroideos, así mismo la prolongación de la expectativa de vida de la población en el mundo ha puesto de manifiesto el incremento de la tasa de comorbilidades además de procesos degenerativos aunados a los problemas de salud de base de los pacientes conlleva al incremento en el uso y abuso de los diferentes fármacos, así como su indiscriminada prescripción, además de su fácil acceso en el medio comercial de los diferentes fármacos antiinflamatorio no esteroideos, llevando a incrementar los factores de riesgo para el sangrado de tubo digestivo alto de origen no variceal. Unas de las complicaciones agudas más graves de la hemorragia de tubo digestivo alto es el choque hipovolémico, lo que lleva a terapia con soluciones cristaloides y la inminente utilización de hemoderivados para la pronta corrección del estado de volemia. Esto implica que las instituciones deben de contar con un adecuado sistema de protocolos en la atención de la hemorragia, pero aún más imperativo sería el hacer una prescripción concientizada de los antiinflamatorios no esteroideos desde el primer nivel de atención.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de sangrado de tubo digestivo alto de origen no variceal por ingesta de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes mayores de 60 años que ingresen al servicio de urgencias del HGR No. 20.

METODOS

Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo y transversal.

Población de estudio: Adultos mayores de 60 años y más

Lugar de realización: Hospital General Regional No. 20

Selección de la muestra: Muestreo de tipo no probabilístico, dirigido por criterios

Tamaño de la muestra: Se determinará en base a prevalencia de hemorragias digestivas altas no variceal la cual es del 30% en base a la fórmula $n = \frac{z^2}{m^2} \times p(1 - p)$ resultando 331 pacientes.

Criterios de inclusión: 1) pacientes que hayan ingresado al servicio de urgencias por sangrado de tubo digestivo alto, origen no variceal, durante el periodo del 1° de enero al 31 diciembre 2013 en HGR No. 20. 2) Confirmación clínica del sangrado de tubo digestivo alto, por la presencia de hematemesis, vomito en pozos de café, hematoquezia, y/o melena.

Criterios de no inclusión: 1) pacientes que hayan ingresado al servicio de urgencias por sangrado de tubo digestivo alto, origen variceal, durante el periodo del 1° de enero al 31 diciembre 2013 en HGR No. 20. 2) Sin confirmación clínica del sangrado de tubo digestivo alto, por la presencia de hematemesis, vomito en pozos de café, hematoquezia, y/o melena.

Criterios de eliminación: Expediente incompleto

Procedimiento: El Hospital General Regional N.20, cuenta con un servicio de urgencias, el cual funciona las 24 horas, distribuido el personal en cuatro turnos, matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada; laboran 7 médicos en el turno matutino, 6 en el turno

vespertino, 6 por cada turno nocturno y 6 en jornada acumulada. Se atienden al mes 2800 pacientes aproximadamente en el servicio de urgencias.

Se revisará en archivo clínico el reporte de pacientes ingresados al servicio de urgencias con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo de origen no variceal, Se estudiarán variables sociodemográficas, antecedentes de tabaquismo, consumo de alcohol y antecedentes personales patológicos de enfermedades crónicas; polifarmacia; ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, uso de aspirina, uso de corticosteroides y uso de anticoagulantes orales; motivo de consulta a urgencias (melena, hematemesis, hematoquezia, vomito en pozos de café, síncope). Signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura y llenado capilar, presencia o ausencia de comorbilidades, y parámetros de laboratorio (hemoglobina y urea).

Análisis estadístico: Se realizará estadística descriptiva con determinación de frecuencias para las variables categóricas y promedio y desviación estándar para las variables numéricas. Prueba chi cuadrada para análisis bivariado. La captura y análisis de datos se realizara en el programa SPSS versión 21

RESULTADOS

En el presente estudio obtuvimos una muestra de 331 pacientes mayores de 60 años que presentaban sangrado de tubo digestivo alto que ingresaron a urgencias de los cuales 318 cumplieron los criterios de inclusión, fueron excluidos 13 por ser sangrado de origen variceal.

La prevalencia de sangrado de tubo digestivo alto no variceal en pacientes mayores de 60 años por ingesta de antiinflamatorio no esteroideos fue del 52.5%. Al realizar el cuestionario sobre la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos a pacientes mayores de 60 años que ingresaban al servicio de urgencias con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto y confirmación clínica del sangrado digestivo alto por la presencia de hematemesis, vómitos en pozos de café, hematoquezia, y/o melena, 167 pacientes respondieron que ingerían antiinflamatorios no esteroideos, lo que corresponde al 52.5% y 151 pacientes respondieron que no consumían antiinflamatorios no esteroideos lo cual es el 47.5%. (Tabla 1).

En la presente investigación encontramos los siguientes resultados: En cuanto a la edad promedio (+-DE) y escolaridad fue de 75.01+-9.1 y 4.86+-3.9 años respectivamente, 51.3% fueron del sexo femenino, 48.7% sexo masculino, 47.5% refirió ser casado, 32.7% viudo, 11% soltero, 4.4% unión libre y 4.4% divorciado, el 17% tuvo historia de tabaquismo, 17.6% antecedentes de alcoholismo. El peso promedio fue de 68.31+-11.1kgs. Tuvieron antecedentes personales patológicos 83.6%, polifarmacia 79.9%, consumo de antiinflamatorios no esteroideos 52.5%, de los cuales diclofenaco se usó en el 36.8%, naproxen en el 11%, indometacina 3.1%, piroxicam 1.6%, consumo de aspirina 33.3%, uso de corticosteroides 1.6%, uso de anticoagulantes 5.3%, el motivo de consulta a urgencias

fue del 58.8% por melena, 19.8% hematoquezia, 9.1% vomito en pozos de café, 8.2% hematemesis, 4.1% sincope. Se realizó 0% cirugías de urgencia y el 99.1% de los pacientes se le ingreso a piso de medicina interna, 3% paso a unidad de cuidados intensivos. (Tabla2).

La tabla 3 muestra la comparación en cuanto al género y el consumo de antiinflamatorios no esteroideos siendo mayor el número de mujeres que consumieron antiinflamatorios no esteroideos (87 vs. 80, $p=0.420$), consumo de aspirina mayor frecuencia en mujeres (62 vs. 44, $p=0.044$), consumo de corticosteroides mayor en el sexo femenino (3 vs 2, $p=0.524$), consumo de anticoagulantes mayor en el sexo femenino (11 vs 6, $p=0.187$), polifarmacia mayor en el sexo femenino (128 vs 126, $p=0.318$).

DISCUSION

El objetivo principal de este estudio fue conocer la prevalencia del sangrado de tubo digestivo alto no variceal por ingesta de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes mayores de 60 años de edad que ingresan al servicio de urgencias del Hospital General Regional No. 20 del IMSS en Tijuana B.C. el cual fue del 52.5% de los pacientes estudiados (n=318). En la literatura se reporta como responsable a los antiinflamatorios no esteroideos de más del 40% para episodios de hemorragia digestiva alta (2). En nuestro estudio la edad promedio fue de 75.1 años de edad, con un 86.6% de presencia de comorbilidades y un 79.9% de polifarmacia, encontrándose en la literatura que la hemorragia digestiva alta incrementa con la edad y el porcentaje de pacientes de 60 años o mayores con diagnóstico de hemorragia digestiva alta incremento de 46.1% en 1987 a 63.2% en 2001 (8). En nuestro estudio la terapia quirúrgica se encontró con un 0% de prevalencia y la literatura refiere que esta debe ser considerada si la inestabilidad hemodinámica o sangrado gastrointestinal es refractaria al tratamiento endoscópico y farmacológico (8), En el 2000 la escala de Glasgow Blatchford se desarrolló una escala como herramienta de detección para evaluar la probabilidad de que un paciente con hemorragia gastrointestinal alta aguda tenga la necesidad de intervención médica, solo en base a su historia clínica, el examen y pruebas de laboratorio, ya que es un sistema único porque no requiere endoscopia, y por lo tanto fácilmente puede ser usada en urgencias (16). Nuestro estudio en lo referente a la evolución del paciente se reportó un 99.1% de los pacientes ingresaron a piso de medicina interna y solo el 3% a unidades de terapia intensiva, con mortalidad del 0%, la literatura reporta una tasa global de mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta del 5 al 10% (9).

Los antiinflamatorios de mayor uso en cuanto a frecuencia en el presente estudio fue el diclofenaco seguido del naproxen en un 36.8% y 11% respectivamente, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el naproxen se encuentra dentro de los principales fármacos antiinflamatorios que se prescriben (17).

El 80% de la población geriátrica sufre enfermedades crónicas que los llevan a consumir múltiples fármacos, por esta razón este grupo de edad es más susceptible a presentar reacciones adversas a los fármacos lo que causa el 17 al 28% de los ingresos hospitalarios en este grupo de edad, uno de los síntomas más usuales es el dolor crónico en los adultos mayores y los efectos adversos asociados al uso de analgésicos puede exacerbar las condiciones comorbidas habituales en este grupo de edad, para esto el grupo de medicamentos más utilizados son los antiinflamatorios no esteroideos que son al mismo tiempo la principal causa de ingresos hospitalarios por reacciones adversas a la droga (18).

En la práctica médica los efectos secundarios gastrointestinales de los antiinflamatorios no esteroideos no selectivos 40 al 60% presentan epigastralgia, dispepsia y pirosis con aparición de úlceras gástricas y duodenales ocurren hasta en un 40% de los pacientes que los utilizan de forma crónica (por más de cuatro semanas) (19). Ensayos y metaanálisis demuestran el riesgo de complicaciones gastrointestinales graves con el uso de los antiinflamatorios no esteroideos orales que puede elevarse de más de 4.7 veces mas y se incrementa con la edad mayor de 60 años (19). También se ha indicado que el riesgo anual de sangrado ocasionado por un antiinflamatorio no esteroideo en pacientes susceptibles mayor de 75 años de edad es de 1 en 110 (19). En nuestro estudio se reportaron casos de comorbilidades con artritis reumatoide siendo el uso común de los antiinflamatorios no esteroideos tanto para estos como para las enfermedades como osteoartritis y neuropatías

asociadas a diabetes e hipertensión, el estudio de Gabriel et al, reporto un incremento para complicaciones gastrointestinales graves entre los usuarios de antiinflamatorios no esteroideos mayores de 60 años de edad independientemente de su comorbilidad de base (20). Así mismo en el presente estudio también se reportó el uso de corticosteroides y anticoagulantes en pacientes con enfermedad obstructiva crónica y valvulopatías principalmente que fue del 1.6% y 5.3% respectivamente, si bien no fue significativo para el análisis presente, es de interés común y seguimiento ya que la bibliografía confirma que los factores de riesgo son determinantes para el incremento en el riesgo del sangrado digestivo alto en usuarios de antiinflamatorios no esteroideos son la edad avanzada (mayores de 65 años de edad), historia de episodios gastrointestinal previo, y pacientes que reciben terapia concomitante con corticosteroides y anticoagulantes (20).

Analizándose de forma individual al consumo de aspirina como cardioprotector y uso en enfermedades cardiacas como profilaxis en la fibrilación auricular, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad vascular periférica y como analgésico, se reporta un consumo en el 33.3% de la población de estudio, se estima que la mayor esperanza de vida trae como resultado la posibilidad de más morbilidades en la población mayor de 60 años de edad por ello puede conducir al aumento en el consumo de medicamentos por parte de los ancianos (17). Lo que se ha podido observar en nuestro estudio es que la principal indicación de las dosis bajas de aspirina se presentó en cuadros de fibrilación auricular y enfermedad coronaria aun a dosis bajas no ha reducido la posibilidad de que se desarrolle efectos secundarios gastrointestinales a pesar de las medidas de protección gástrica.

En cuanto a la presente investigación se encontró que en cuanto al genero la mayor predisposición fue en el sexo femenino con un 51.3% y masculino del 48.7% no obstante

en la literatura y trabajos de investigación la prevalencia es mayor en varones (10). Otros de los factores asociados son el consumo de tabaco y alcoholismo que se presentaron en 17% y 17.6% respectivamente, la asociación con consumo de antiinflamatorios no esteroideos incrementa notablemente el riesgo de sangrado digestivo alto variceal y no variceal (6,11). La indicación de los antiinflamatorios no esteroideos corresponde en el medio desde primer contacto así mismo en segundo y tercer nivel de atención , pero además su venta libre en medio público sin la debida orientación medica sobre las posibles complicaciones de su uso crónico podría ser la principal casusa del consumo excesivo de estos fármacos, debemos invitar a la reflexión sobre la prescripción concientizada y orientación explicita al consumidor sobre los efectos gastrointestinales graves a los que se exponen mediante dicho consumo, si bien debe de hacerse un escrutinio para determinar los pacientes que si son candidatos a uso y su temporalidad especifica

CONCLUSIONES

- Los antiinflamatorio no esteroideos constituyen el grupo de drogas ulcerógenas mas relacionadas con el sangrado de tubo digestivo alto.
- El uso diario de los antiinflamatorios no esteroideos aumenta considerablemente el riesgo de padecer ulcera péptica y se relaciona en más del 40% de los episodios de hemorragia digestiva alta.
- La mayoría de las hospitalizaciones por hemorragia digestiva alta, 80 al 90% son de origen no variceal.
- La edad y aumento en las comorbilidades como factor de riesgo para sangrado de tubo digestivo alto aumenta en un 68% el riesgo de sangrado en pacientes mayores de 60 años de edad.
- Los antiinflamatorios no esteroideos más utilizados son diclofenaco, naproxen y aspirina.
- La melena es el motivo de consulta más común asociado al diagnóstico de ingreso de hemorragia de tubo digestivo alto.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

La difusión del estudio será de utilidad para dar a conocer los resultados sobre el consumo de antiinflamatorios no esteroideos y su asociación a sangrado de tubo digestivo alto en pacientes mayores de 60 años de edad en nuestras unidades de medicina familiar, atención médica continua y urgencias de primer y segundo nivel de contacto, así como los factores asociados para su prevalencia, motivando a la prescripción racionalizada de los fármacos con efectos gastrointestinales adversos y obtención de mayor información sobre el la selección de pacientes con alto riesgo de sangrado digestivo e indicar medidas preventivas.

Se exhorta a los médicos de primer contacto y a todo el personal relacionado con la prescripción de estos fármacos a participar en el registro de la prescripción racionalizada en el expediente y receta médica contemplando la dosis y la temporalidad de la administración así como informar a los pacientes sobre el riesgo del uso indiscriminado de estos fármacos, fomentar con ello conciencia en los pacientes de alto riesgo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jurado Hernández A M, Galván J, Ruiz-Cabello Jiménez M et. al. Evolución en la epidemiología de la hemorragia digestiva alta no varicosa desde el año 1985 hasta 2006. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2008; 100(5):273-277.
- 2.- Cruz Alonso J.R., Anaya González J.L., Pampín Camejo L.E., et al. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital Enrique Cabrera (2003 a 2007). *Rev Cubana Cir*. 2008; 47(4): 1-10
3. - McNally P.R. UGI Bleeding: New and Old Risk Factors, Center for Human Simulation University of Colorado – Denver. *SOM*. 2010; 9(1):1-4
4. - Holster I.L., Kuipers E.J., Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Current policies and future perspectives, *World J Gastroenterol* 2012;18(11): 1202-1207.
- 5.-Hreinsson J.P, Kalaitzaki SE., Gudmundsson S.et al., Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2013; 4 8: 439-447.
6. - Kaviani M.J., Pirastehfar M., Azari A., Saberifiroozi M., Etiology and Outcome of Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding: A Study from South of Iran, *The Saudi Journal of Gastroenterology*. 2010; 16(4):253-9.
- 7.- Ohmann C, Imhof M, Ruppert C, et al., Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding, *Scand J Gastroenterol*. 2005; 40(8):914-20.
- 8.- Sayhan M.B., Oğuz S., Ümit H., Evaluation of Risk Factors and Clinical Characteristics of Elderly Patients with Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage, *Tr J Emerg Med* 2012;12(4):157-162.
- 9.- Gonzalez-Gonzalez J. A., Vazquez-Elizondo G., Garcia-Compean D., Predictors of in-hospital mortality in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding, *Rev Esp Enferm Dig*. 201; 103(4):196-203.
- 10.- Garrido A., Márquez J. L., Guerrero. J., Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 1999-2005, *Rev Esp Enferm Dig*. 2007; 99(5):275-279.
- 11.- González Galilea A., Gálvez Calderón C., Iglesias Flores E. La Endoscopia precoz en la hemorragia digestiva alta por ulcera péptica. La eficacia de la precocidad. *Hospital Universitario Reina Sofía*. Córdoba. 2010.

12. - Leerdam V., ME, Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding, *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22(2):209-24.
- 13.- Ramsoekh D, Leerdam V.ME, Rauws EA, et al., Outcome of peptic ulcer bleeding, nonsteroidal anti-inflammatory drug use, and *Helicobacter pylori* infection. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005; 3(9):859-64.
- 14.- Crooks C.J., West J., Card T. R., Comorbidities Affect Risk of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding, *Gastroenterology.* 2013; 144:1384-1393
- 15.- BLOWER A.L, Brooks A, Fenn GC. Emergency admissions for upper gastrointestinal disease and their relation to NSAID use, *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11: 283-291.
- 16.- Jansen L., Leffers P., Hermans M., et al., Identification of patients with upper gastrointestinal bleeding who do not need immediate treatment, Departments of Gastroenterology, 2Epidemiology, 3Internal Medicine, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, the Netherlands. 2011; 6 9(9):384-388
- 17.- Díaz Rojas F., Morales Lara J.R., Sánchez Vázquez C., Prescripción de naproxen en el adulto mayor, *Rev Med IMSS* 2002; 40 (5): 409-414.
- 18.- Lagunes-Espinosa AL, Peralta-Pedrero MP, Rodríguez-Moctezuma RL, et al. Características de la prescripción de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos en adultos mayores. *Gac Méd Méx.* 2007; 143(1):
- 19.- Doubova S.V., Torres-Arreola L.P., Reyes-Morales H., Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos en la terapia del dolor. Orientación para su uso en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (6): 565-572.
- 20.- Galván-Villegas F., Neri Navarrete E., Efectos gastrointestinales graves por antiinflamatorios no esteroideos. Un problema no resuelto. *Reumatol Clin.* 2006; 2(5):261-71.
- 21.- Covarrubias-Gómez A., Manejo del dolor en el paciente anciano. Manejo perioperatorio del dolor. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2006; 29(S1):S207-S209.

Tabla 1. Prevalencia de sangrado de tubo digestivo alto no varicela y consumo de antiinflamatorios no esteroideos.

Consumo de AINEs				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	167	52.5	52.5
	No	151	47.5	100.0
	Total	318	100.0	100.0

Tabla 2. Características sociodemográficas y antecedentes patológicos y no patológicos de pacientes mayores de 60 años.

Genero				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	155	48.7	48.7
	Femenino	163	51.3	100.0
	Total	318	100.0	100.0

Estado Civil				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	35	11.0	11.0
	Casado	151	47.5	58.5
	Unión libre	14	4.4	62.9
	Divorciado	14	4.4	67.3
	Viudo	104	32.7	100.0
	Total	318	100.0	100.0

Consumo de alcohol

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	56	17.6	17.6	17.6
No	262	82.4	82.4	100.0
Total	318	100.0	100.0	

Tabaquismo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	54	17.0	17.0	17.0
no	264	83.0	83.0	100.0
Total	318	100.0	100.0	

Antecedentes personales patológicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	266	83.6	83.6	83.6
No	52	16.4	16.4	100.0
Total	318	100.0	100.0	

Polifarmacia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	254	79.9	79.9	79.9
No	64	20.1	20.1	100.0
Total	318	100.0	100.0	

Consumo de aspirina

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	106	33.3	33.3	33.3
No	212	66.7	66.7	100.0
Total	318	100.0	100.0	

Consumo de corticosteroides

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	5	1.6	1.6	1.6
No	313	98.4	98.4	100.0
Total	318	100.0	100.0	

Consumo de anticoagulantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	17	5.3	5.3	5.3
2	301	94.7	94.7	100.0
Total	318	100.0	100.0	

Motivo de consulta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Hematemesis	26	8.2	8.2	8.2
Vomito pozos de café	29	9.1	9.1	17.3
Hematoquezia	63	19.8	19.8	37.1
Melena	187	58.8	58.8	95.9
Sincope	13	4.1	4.1	100.0
Total	318	100.0	100.0	

Realización de cirugía de urgencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	318	100.0	100.0	100.0

Evolución del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Piso	315	99.1	99.1	99.1
	Terapia Intensiva	3	.9	.9	100.0
	Total	318	100.0	100.0	

Tabla 3. Contingencias entre el género y uso de antiinflamatorios no esteroideos, aspirina, corticosteroides, anticoagulantes y polifarmacia.

Tabla de contingencia Genero * Consumo de AINEs

Recuento

		Consumo de AINEs		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	80	75	155
	Femenino	87	76	163
Total		167	151	318

Tabla de contingencia Genero * Consumo de aspirina

Recuento

		Consumo de aspirina		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	44	111	155
	Femenino	62	101	163
Total		106	212	318

Tabla de contingencia Genero * Consumo de corticosteroides

Recuento

		Consumo de corticosteroides		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	2	153	155
	Femenino	3	160	163
Total		5	313	318

Tabla de contingencia Genero * Consumo de anticoagulantes

Recuento

		Consumo de anticoagulantes		Total
		1	2	
Genero	Masculino	6	149	155
	Femenino	11	152	163
Total		17	301	318

Tabla de contingencia Genero * Polifarmacia

Recuento

		Polifarmacia		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	126	29	155
	Femenino	128	35	163
Total		254	64	318

DEFINICION DE OPERACIONALES VARIABLES

Sangrado de tubo digestivo alto: La hemorragia gastrointestinal alta se define como aquel sangrado por arriba del ligamento de Treitz.

Edad: Vocablo que permite hacer mención al tiempo transcurrido desde el nacimiento de un servicio.

Estado civil: La condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

Escolaridad: Período de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir enseñanza adecuada.

Sexo: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.

Alcoholismo: La organización mundial de la salud denomina en la actualidad al alcoholismo “síndrome de dependencia al alcohol”. La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido del alcohol.

Tabaquismo: Se conoce como tabaquismo a la práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades.

Comorbilidades: Se denomina así a las afecciones que vienen a agregarse a la enfermedad primaria relacionada con la discapacidad pero no se relaciona con ella.

Peso: La cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona.

Talla: Altura, medida de una persona desde los pies hasta la cabeza.

Polifarmacia: De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) es el uso concomitante de tres o más medicamentos.

Ingesta de AINES: Se denomina a la administración vía oral de antiinflamatorios no esteroideos.

Uso de aspirina: Administración vía oral de ácido acetil salicílico.

Uso de corticosteroides: Administración vía oral de fármacos corticosteroides.

Uso de anticoagulantes orales: Administración vía oral de fármacos que actúan sobre la coagulación sanguínea.

Motivo de consulta a urgencias: Mención corta de la causa por la cual acudió a consulta el paciente.

Diagnóstico de ingreso: Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre un paciente, de su localización y naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el enfermo, siguiendo un razonamiento analógico.

Cirugía de urgencia: Procedimiento quirúrgico que debe practicarse a la brevedad posible.

Riesgo de mortalidad en urgencias: Riesgo de presentar una defunción al ingresar al servicio de urgencias.

Presión arterial: Es la fuerza ejercida por la sangre al circular por el cuerpo.

Frecuencia cardiaca: Es el número de veces que el corazón se contrae en un minuto.

Hemoglobina: Se denomina a la proteína presente en el torrente sanguíneo que permite la trasportación de oxígeno desde los órganos del sistema respiratorio hasta todas las regiones

y tejidos.

Urea: Sustancia orgánica tóxica, resultante de la degradación de sustancias nitrogenadas en el organismo de muchas especies de mamíferos, que se expulsa a través de la orina y del sudor.

Evolución del paciente: Se refiere a la ubicación del paciente posterior a la estancia en urgencias.

ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

No. de Folio. _____

Edad: _____ años

Estado civil _____ 1) soltero 2) casado 3) unión libre 4) divorciado 5)

viudo Escolaridad: _____ años

Sexo _____ 1) masculino. 2) femenino

Alcoholismo: _____ 1) si 2) no. Tiempo: _____ años

Tabaquismo: _____ 1) si 2) no tiempo: _____ años

APP: _____ 1) sí. 2) no. Cual: _____ Tiempo de evolución _____ años

Peso: _____ kg. Talla: _____ cm

Polifarmacia: _____ 1) sí. 2) no

Uso de aines: _____ 1) si 2) no. Cual: _____ Dosis: _____

Uso de aspirina: _____ 1) si 2) no. Dosis: _____

Uso de corticosteroides: _____ 1) si 2) no. Cuales: _____ Dosis: _____

Uso de anticoagulantes orales: _____ 1) si 2) no Cuales: _____ Dosis: _____

Motivo de consulta a urgencias: _____ 1) hematemesis 2) vomito en pozos de café
3) hematoquezia y/o rectorragia 4) melena
5) sincope

Diagnóstico de ingreso: _____ 1) STDA Variceal 2) STDA No variceal

Se realizó cirugía de urgencia: _____ 1) si 2) no

TA _____ mmHg. Frecuencia Cardiaca _____ min

Hb: _____ Urea: _____

Evolución: _____ 1) Piso 2) UCI 3) Muerte 4) alta de urgencias

ANEXO 2. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE	UNIDAD DE MEDICION	DEFINICION CONCEPTUAL
Edad	Cuantitativa	Años	Considerada como edad biológica la cual es tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo
Estado civil	Cualitativa	1) Soltero 2) casado 3) Unión libre 4) Divorciado 5) Viudo	La condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.
Escolaridad	Cuantitativa	Años	Periodo de tiempo en que un alumno asiste a una escuela o cualquier centro de enseñanza
Genero	Cualitativa	1. Masculino 2. Femenino	Es una distinción de características biológicas o fisiológicas típicamente asociadas tanto con hembras o machos lo que las diferencia una de otra.
Alcoholismo	Cualitativa	1) Sí 2) No	La organización mundial de la salud denomina en la actualidad al alcoholismo “síndrome de dependencia al alcohol”. La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido del alcohol.
Tabaquismo	Cualitativa	1) Si 2)No	Se conoce como tabaquismo a la práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades.
Comorbilidades	Comorbilidades	1) Si 2) No	Se denomina así a las afecciones que vienen a agregarse a la enfermedad

			primaria relacionada con la discapacidad pero no se relaciona con ella.
Tipo de comorbilidad	Cualitativa	1)falla cardiaca 2)cardiopatía isquémica 3)Diabetes Mellitus 4)Hipertensión arterial 5)Fallo renal 6)Insuficiencia Hepática 7)Neoplasia diseminada 8)Otros 9)NA	Se denomina así a las afecciones que vienen a agregarse a la enfermedad primaria relacionada con la discapacidad pero no se relaciona con ella.
Peso corporal	Cuantitativa	Kilogramo	Es la masa corporal expresada en Kg
Talla	Cuantitativa	Metros	Instrumento para medir la estatura de las personas.
Polifarmacia	Cualitativa	1)Si 2)No	De acuerdo la OMS (organización mundial de la salud) es el uso concomitante de tres o más medicamentos.
Uso de AINES	Cualitativa	1) Si 2) No	Se denomina a la administración vía oral de antiinflamatorios no esteroideos.
Tipo de AINES	Cualitativa	1)Naproxen 2)diclofenaco 3)Indometacina 4)Piroxicam 5)Otros 6)NA	
Uso de aspirina	Cualitativa	1)Si 2)No	Administración vía oral de ácido acetil salicílico.
Uso de corticosteroides	Cualitativa	1)Si 2)No	Administración vía oral de fármacos corticosteroides.
Tipo de Corticosteroides	Cualitativa	1)Prednisona 2)Metilprednisolona 3)Dexametasona 4)Deflaxacort 5)Otros 6)NA	

Uso de anticoagulantes	Cualitativa	1) Si 2) No	Administración vía oral de fármacos que actúan sobre la coagulación sanguínea.
Tipo de anticoagulantes	Cualitativa	1) Warfarina 2) Aspirina 3) Acenocumarina 4) Otros 5) No aplica	
Motivo de consulta	Cualitativa	1) Hematemesis 2) Vómito pozos café 3) Hematoquezia 4) Melena 5) síncope	Mención corta de la causa por la cual acudió a consulta el paciente.
Diagnóstico de ingreso	Cualitativa	1) Variceal 2) No variceal	Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre un paciente, de su localización y naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el enfermo, siguiendo un razonamiento analógico.
Cirugía de urgencias	Cualitativa	1) Si 2) No	Procedimiento quirúrgico que debe practicarse a la brevedad posible riesgo de mortalidad en urgencias: riesgo de presentar una defunción al ingresar al servicio de urgencias.
Presión Arterial	Cuantitativa	mmHg	Es la fuerza ejercida por la sangre al circular por el cuerpo
Frecuencia Cardíaca	Cuantitativa	Latidos por minuto	Es el número de veces que el corazón se contrae en un minuto.
Hemoglobina	Cuantitativa	mg/dl	Se denomina a la proteína presente en el torrente sanguíneo que permite la transportación del oxígeno desde los órganos del sistema respiratorio hasta todas las regiones y tejidos.
Urea	Cuantitativa	mmol/L	Sustancia orgánica tóxica, resultante de la degradación

			de sustancias nitrogenadas en el organismo de muchas especies de mamíferos, que se expulsa a través de la orina y del sudor.
Evolución del paciente	Cualitativa	1) piso 2) Terapia Intensiva 3) Defunción 4) Alta de urgencias 5) NA	se refiere la ubicación del paciente posterior a la estancia en urgencias.