

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS, HALLAZGOS ENDOSCOPICOS Y
MANEJO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA
CLÍNICA AREQUIPA, AREQUIPA 2013 - 2021”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Paredes Lira, Mirella Alexandra

Carbajal Gonzales, Allison Emili

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dr. Jove Oblitas, Walker

Arequipa- Perú

2021

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 26 de Mayo del 2021

Dictamen: 003746-C-EPMH-2021

Visto el borrador del expediente 003746, presentado por:

2013223352 - PAREDES LIRA MIRELLA ALEXANDRA

2014220082 - CARBAJAL GONZALES ALLISON EMILI

Titulado:

**?CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, HALLAZGOS ENDOSCOPICOS Y MANEJO EN
PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA CLÍNICA AREQUIPA, AREQUIPA 2013 -
2021?**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1147 - MEDINA VASQUEZ MANUEL EDWIN
DICTAMINADOR**



**1549 - TAPIA PEREZ RAFAEL FREDY
DICTAMINADOR**



**1575 - MIRANDA PINTO ALEJANDRO RUTHBALDO
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi abuela Julia , a mi madre Ruth; que es madre y padre para mí, gracias por tu esfuerzo, a mi hermano que se portó como un Padre desde que tengo uso de razón, a mi tutor, él papá de mi hermano, médico a quien le tengo gran admiración y respeto que me guía en cada paso que doy y contribuyo en mi carrera profesional, a la abuela de mi hermano que se portó como una abuela para mí, agradezco todos sus consejos y apoyo incondicional, son mi fortaleza para seguir adelante. Soy la persona que soy gracias a todos ustedes por forjarme en valores. Todos los logros que he conseguido hasta el día de hoy incluido este. Finalmente, a Roky por ser mi mejor amigo es un ser muy especial en nuestra vida, por siempre animarme y brindarme su afecto y lealtad desde que nos conocimos.

Mirella Alexandra Paredes lira

Quiero dedicar este trabajo a mi familia y a todas las personas que han contribuido en mi formación profesional.

Allison Emili Carbajal Gonzales.

AGRADECIMIENTO

*Agradecer a Dios
guiarnos hasta el final de nuestra carrera, a
nuestro asesor el Doctor Walker Jove Oblitas
de quien recibimos apoyo en todas las etapas
de elaboración de esta tesis, al Doctor
Manuel Medina Vásquez, por su
colaboración a lo largo del desarrollo de la
investigación, a nuestros padres, y todas las
personas que contribuyeron para permitimos
llegar a esta etapa de nuestra carrera.*

Epígrafe

Soy perfecto alegre y fuerte, tengo amor y mucha suerte, soy feliz e inteligente, vivo positivamente, tengo paz, soy un éxito, tengo todo lo que pido. Creo firmemente en el poder de mi mente porque esta Dios en el subconsciente.

Lauro Trevisan

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las características epidemiológicas, endoscópicas y manejo de la hemorragia digestiva alta en pacientes que asisten a la Clínica Arequipa 2013 - 2021.

MÉTODO: Se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, descriptivo – analítico, observacional de corte transversal. La población de estudio comprendió 180 pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta que cumplieron con los criterios de selección.

RESULTADOS: el 27.2% de pacientes presentaron hipertensión arterial, seguido del 19.4% con cirrosis, el 7.8% son obesos, mientras que el 10.6% de los pacientes con Hemorragia digestiva alta presentaron enfermedad reumática. El 41.7% de los pacientes consumen medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), el 29.4% de pacientes consumen paracetamol, el 11.7% ibuprofeno, seguido del 21.7% de pacientes que consumen diclofenaco, y el 23.3% salicilatos. El 100% de los pacientes con HDA se les realizó endoscopia diagnóstica, el 71.7% presentaron ulcera péptica, el 16.1% tienen varices esofágicas, solo el 8.3% tuvieron Síndrome de Mallory Weiss, mientras que el 30.6% presentaron otros hallazgos endoscópicos asociados al hallazgo actual. El 55.8% presentaron lesión ulcerada de grado III, el 14.7% presentaron lesión IIC, seguido del 10.9% de pacientes con lesión ulcerada IIA, mientras que el 10.9% 6.2% y 1.6% corresponden a lesiones IIB, IB y IA respectivamente. Al 18.9% de los pacientes con Hemorragia digestiva alta se les administró Inhibidores de la bomba de protones cada 24 horas, al 70.6% de pacientes se les administró IBP cada 12 horas, y al 42.2% se les administró IBP en infusión continua, mientras que al 18.9% de los pacientes se les realizó transfusión sanguínea.

CONCLUSIONES: Casi a todos los pacientes con HDA en la clínica Arequipa se les realizó endoscopia diagnóstica, casi tres cuartas partes presentaron ulcera péptica, un tercio presentaron otros hallazgos endoscópicos. Poco más de la mitad de los pacientes con HDA presentaron lesión ulcerada de grado III, y 10.9%, 6,2%, 1.6% corresponden a lesiones IIB, IB y IA respectivamente.

PALABRAS CLAVES: Hemorragia digestiva alta, endoscopia, epidemiología.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the epidemiological, medical management and endoscopic characteristics of upper gastrointestinal bleeding in patients attending the Arequipa 2013-2021 clinic.

METHOD: A cross-sectional, observational, descriptive-analytical, quantitative research work was carried out. The study population comprised 180 patients diagnosed with upper gastrointestinal bleeding who met the selection criteria.

RESULTS: 27.2% of patients presented arterial hypertension, followed by 19.4% with cirrhosis, 7.8% are obese, while 10.6% of patients with UGB presented rheumatic disease. 41.7% of patients consume non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), 29.4% of patients consume paracetamol, 11.7% ibuprofen, followed by 21.7% of patients who consume diclofenac, and 23.3% salicylates. 100% of the patients with UGB underwent diagnostic endoscopy, 71.7% presented peptic ulcer, 16.1% have esophageal varices, only 8.3% had Mallory Weiss Syndrome, while 30.6% presented other endoscopic findings. 55.8% presented grade III ulcerated lesion, 14.7% presented IIC lesion, followed by 10.9% of patients with IIA ulcerated lesion, while 10.9% 6.2% and 1.6% correspond to IIB, IB and IA lesions respectively. 18.9% of patients with Upper gastrointestinal bleeding were administered proton pump inhibitors every 24 hours, 70.6% of patients were administered proton pump inhibitors every 12 hours, and 42.2% were administered PPIs in continuous infusion, while 18.9% of the patients underwent blood transfusion.

CONCLUSIONS: Almost all patients with UGD at the Arequipa clinic underwent diagnostic endoscopy, almost three quarters presented peptic ulcer, one third presented other endoscopic findings. Slightly more than half of the patients with UAB presented grade III ulcerated lesions, and 10.9%, 6, 2%, 1.6%, 1.1% correspond to IIB, IB and IA lesions respectively.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding, endoscopy, epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida de sangre causada por una lesión en la pared del tracto digestivo por encima del ángulo de Treitz. Dependiendo de su etiología, se clasifica como hemorragia digestiva alta variceal y hemorragia digestiva alta no variceal (1).

Es la patología que con mayor frecuencia se trata en el servicio de gastroenterología y en el ámbito médico de urgencias. Según la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), la incidencia anual de hemorragia digestiva alta en 2015 fue de 48 a 160 casos por 100.000 habitantes (2). La presencia de comorbilidades y hábitos patológicos aumentó significativamente con la edad, del 35 al 45% (3). En el estudio realizado por Mero A. en Manta en 2014, se encontró que la prevalencia anual es de 0.3 a 3% (4).

Los factores pronóstico negativos de la hemorragia digestiva alta no variceal según el estudio “*Helicobacter Pylori Increases the Risk of Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients Taking Low-Dose Aspirin*”, España 2012, fue el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) e infección por *helicobacter pylori* (5).

La mortalidad por hemorragia digestiva alta varía de acuerdo a su etiología, para la hemorragia digestiva de origen no variceal según el estudio realizado en Costa Rica en el año 2015, “*Sangrado Digestivo Alto no Variceal*” fue del 10 al 14% (6), en el caso de la hemorragia digestiva alta variceal, según el estudio “*Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes cirróticos con sangrado varicoso en dos hospitales de Bogotá, Colombia*” 2016; se encontró que la mortalidad varió en el primer episodio del 6% al 42% dependiendo del estadio de la enfermedad (5).

El principal síntoma fue la astenia en el 100% de la población según el estudio “*Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima*” Perú 2016 (7).

La endoscopia digestiva alta es un buen predictor de resangrado en cualquiera de los dos tipos de Hemorragia digestiva alta por lo que según el estudio “*Predictores de recurrencia de sangrado en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal*”, Venezuela 2014, destacó la importancia de la descripción en el informe endoscópico sobre el tipo, tamaño y localización de las lesiones; así como de la presencia de signos de hemorragia activa, reciente o inactiva (8).

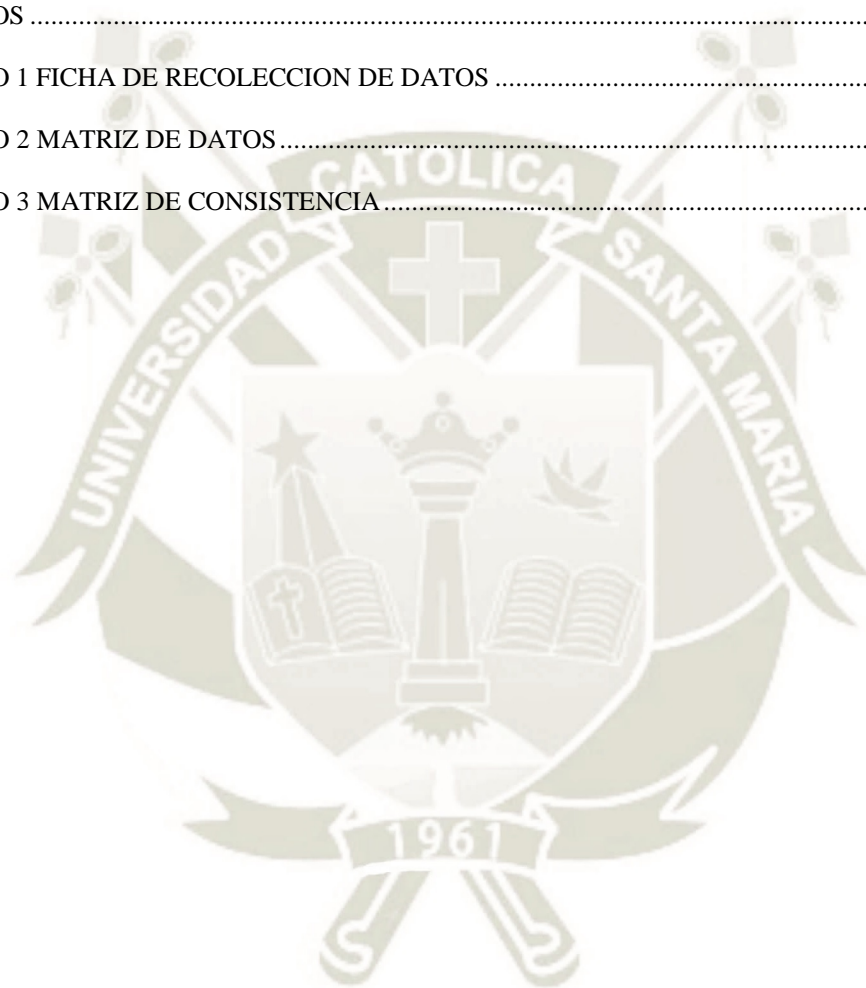
Se desarrolló este estudio para conocer cuáles son las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta de tipo variceal y no variceal, y conocer la realidad de la hemorragia digestiva alta en los pacientes de la Clínica Arequipa.



INDICE

DICTAMEN APROBATORIO	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Determinación del problema	2
1.2. Enunciado del problema.....	2
1.3. Descripción del problema.....	2
1.4. Justificación	4
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo general	6
2.2. Objetivos específicos	6
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1. Conceptos básicos	6
3.2. Revisión de antecedentes investigativos	18
4. HIPÓTESIS	200
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	211
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	222
1.1. Técnicas:	222
1.2. Instrumentos:.....	222
1.3. Materiales de verificación	222
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	222
2.1. Ámbito	222
2.2. Unidades de estudio:.....	222
2.3. Temporalidad:	233
2.4. Tipo y nivel de investigación:	233
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	244
3.1. Organización:	244
3.2. Recursos:.....	244

3.3. Criterios o estrategia para el manejo de resultados	255
CAPITULO III RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	544
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	600
ANEXOS	655
ANEXO 1 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	666
ANEXO 2 MATRIZ DE DATOS.....	67
ANEXO 3 MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	755



INDICE DE TABLAS

Tabla N°. 1 Edad según el sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	<u>28</u>
Tabla N°. 2 Comorbilidades de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	<u>300</u>
Tabla N°. 3 Presentación clínica en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	<u>322</u>
Tabla N°. 4 Dolor abdominal en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021	<u>34</u>
Tabla N°. 5 Hemoglobina de ingreso y egreso en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	<u>36</u>
Tabla N°. 6 Consumo de AINES y/o fármacos agresivos en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021.....	<u>38</u>
Tabla N°. 7 Consumo de sustancias nocivas en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021	<u>40</u>
Tabla N°. 8 Antecedentes y patologías en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021.....	<u>42</u>
Tabla N°. 9 Hallazgos endoscópicos en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	<u>444</u>
Tabla N°. 10 Manejo endoscópico en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021.....	<u>46</u>
Tabla N°. 11 Clasificación de lesión ulcerada por la escala de Forrest en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021.....	<u>48</u>
Tabla N°. 12 Manejo médico de la lesión ulcerada en los pacientes hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021	<u>50</u>
Tabla N°. 13 Apetito en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021	<u>52</u>

ÍNDICE DE FIGURAS

GRÁFICO N° 1 Edad según el sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021	29
Gráfico N°. 2 Comorbilidades de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	31
Gráfico N°. 3 Presentación clínica en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	33
Gráfico N°. 4 Dolor abdominal en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	355
Gráfico N°. 5 Hemoglobina de ingreso y egreso en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	37
Gráfico N°. 6 Consumo de AINES y/o fármacos agresivos en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021.....	39
Gráfico N°. 7 Consumo de sustancias nocivas en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	41
Gráfico N°. 9 Hallazgos endoscópicos en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	45
Gráfico N°. 10 Manejo endoscópico en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	47
Gráfico N°. 11 Clasificación de lesión ulcerada por la Escala de Forrest en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021	47
Gráfico N°. 12 Manejo médico de la lesión ulcerada en los pacientes hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	49
Gráfico N°. 13 Apetito en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021	53



1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

1.2. Enunciado del problema

Características epidemiológicas, hallazgos endoscópicos y manejo en pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa de enero 2013 a marzo del 2021.

1.3. Descripción del problema

La hemorragia digestiva alta es una patología muy común que provoca hospitalización por enfermedad intestinal gastrointestinal, con alta mortalidad, por lo que se debe realizar una rápida resolución del sangrado. Como se sabe, existen diversos tratamientos que se realizan para detener el sangrado, pero no todos los hospitales tienen acceso a todos los tratamientos que se pueden realizar. Hay enfermedades que provocan la aparición de esta patología aumentando o favoreciendo su aparición.

A pesar de la importancia de la hemorragia digestiva alta, no hay suficientes exámenes sobre este tema, la endoscopia diagnóstica completa el examen en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Arequipa entre el 1 de enero 2013 al 31 de marzo de 2021.

1.3.1. Área del conocimiento

1.3.1.1. Área general:

Ciencias de la Salud

1.3.1.2. Área Específica:

Medicina Humana

1.3.1.3. Especialidad:

Gastroenterología

1.3.1.4. Línea:

Hemorragia digestiva alta

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

Variable	Indicador	Categoría	Escala
Edad	Historia clínica	18 -20 21-29 30-39 40 a más	Cuantitativa discreta
Sexo	Historia clínica	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Presentación Clínica	Hematemesis Melena Hematoquecia Sincope Palidez Dolor abdominal /localización Otros Apetito	Si No Aumentado Conservado Disminuido	Cualitativa Nominal
Análisis de Laboratorio	Hb ingreso Hb egreso	gr/dl	Cuantitativa Continua
Antecedentes y patologías asociadas	Consumo Alcohol Tabaco	Si No	Cualitativa Nominal
	Diabetes mellitus HTA Cirrosis Hepática Coagulopatía Enfermedad ulcero péptica Gastropatía Hepatopatía Enfermedades reumatológicas Neoplasia Anemia secundaria	Si No	Cualitativa nominal
Hallazgos endoscópicos	Endoscopia diagnostica/ tipo de hallazgo	Si No	Cualitativa nominal
	Endoscopia terapéutica/ tipo de procedimiento	Si No	Cualitativa Nominal
	Escala de Forrest	IA IB IIA IIB IIC	Cualitativa Nominal

		III	
	Consenso de Baveno IV	várices pequeñas (<5mm) várices grandes (>5mm)	Cualitativa Nominal
Tipo de tratamiento endoscópico	Según informe de endoscopia	Inyectoterapia Inyectoterapia + Clip Ligadura Otros	Nominal
Consumo de Aines	Según historia clínica	Paracetamol Diclofenaco Ibuprofeno Aspirina	Nominal
Estancia Hospitalaria	Según historia clínica	Número de días	Razón
Manejo Medico	IBP c/ 24 horas IBP c/ 12 horas IBP en infusión continua Transfusión sanguínea	Si No	Cualitativa nominal

1.3.3. Interrogantes básicas

¿Cuáles son las características epidemiológicas en los pacientes con hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa?

¿Cuáles son las características endoscópicas en pacientes con Hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa?

¿Cuál es el manejo clínico y endoscópico en pacientes con Hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa?

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación Científica:

La hemorragia digestiva alta es una patología cuya incidencia va en aumento tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, como el Perú.

Este estudio tiene como objetivo identificar las características epidemiológicas, hallazgos endoscópicos y manejo del sangrado del aparato digestivo superior

en pacientes con gastropatías que son de gran preocupación por su relevancia epidemiológica y posibilidad de agravar la enfermedad.

1.4.2. Justificación Social

Al desarrollar este estudio podemos establecer cuáles son las patologías más frecuentemente relacionadas a la hemorragia digestiva alta, así poder realizar prevención primaria para concientizar a la población y reducir la prevalencia de estas, por lo que ayudaríamos a mejorar la salud de la población. Por otro lado, este estudio sigue la línea ética determinada por el estado de salud internacional, así como los estándares propios marcados por la Clínica Arequipa y la Universidad Católica de Santa María.

1.4.3. Justificación Contemporánea

El aumento de consumo sustancias nocivas y uso de fármacos gastrolesivos genera que esta patología aumente, por lo que intentar esclarecer cual es el manejo temprano más adecuado de la hemorragia digestiva alta y evitar el desarrollo de la misma, sería una fuente que posibilite el uso correcto de los recursos humanos, materiales y económicos de nuestro sistema de salud.

1.4.4. Factibilidad

Esta investigación es factible por ser retrospectiva y al tener acceso al registro de historias clínicas, y de esta manera poder encontrar los diferentes datos que se necesitaría para llenar nuestra ficha de recolección de manera adecuada y crear nuestra base de datos que nos servirá en la realización del estudio (13).

1.4.5. Interés personal

Hemos podido observar que no existen estudios previos que evalúen las características epidemiológicas, endoscopias y manejo en pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, algunos autores solo abordaron hospitales públicos, pero ninguna una entidad privada, por lo que deseamos es contribuir académicamente con este estudio para futuras investigaciones en el área de gastroenterología (13).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir las características epidemiológicas, endoscópicas y manejo de la hemorragia digestiva alta en pacientes que asisten a la Clínica Arequipa 2013 - 2021.

2.2. Objetivos específicos

Identificar las características epidemiológicas en pacientes con hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa 2013-2021.

Identificar las características endoscópicas en pacientes con Hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa 2013-2021.

Establecer el manejo en pacientes con Hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa 2013-2021.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Hemorragia digestiva alta

La hemorragia digestiva es la presencia de sangre, roja o transformada, es un evento muy común en la patología digestiva y es una alarma importante para el paciente, familiares y médico, y suele ser una complicación o evento leve y autolimitado que lleva al paciente a los cuadros graves que pueden causar complicaciones e incluso la muerte (13).

3.1.1.1. Causas de hemorragia digestiva alta

Las dos causas más comunes de hemorragia digestiva alta: son la úlcera péptica (duodenal o de estómago) y la hipertensión portal secundaria, que representan el 50% y el 25% de las exposiciones, respectivamente (14).

Otras causas menos frecuentes son: lesiones agudas de la mucosa gástrica, angiodisplasia, síndrome de Mallory-Weiss, pólipos, tumores benignos o malignos de esófago, estómago o duodeno, lesión de Dieulafoy, esofagitis hemorrágica (péptica, úlcera infecciosa), esófago péptico), virus), duodenitis hemorrágica, fístula aortoentérica, pólipos (estómago, duodeno o esófago), tratamiento anticoagulante (hematomas intramurales), hemobilia (a veces

como complicación de una biopsia hepática); Hemorragia pospilotomía (generalmente autolimitada), wirsunorragia y esudoquite pancreático perforado en el estómago (15).

La filtración de enfermedades hematológicas es mucho más infrecuente: periarteritis nudosa, púrpura de Shönlein-Henoch y otras vasculitis, pseudoxantoma versátil y trastorno de Ehler-Danlos, sarcoma de Kaposi y citomegalovirus. Por último, cabe recordar que en el 5-8% de las crónicas de EH no se puede encontrar el motivo del drenaje a pesar de evaluaciones exhaustivas (16).

3.1.1.2. Cuadro clínico

- a) **Melena:** La melena consiste en heces negras y alquitranadas; por lo general, indica hemorragia digestiva alta, pero también puede deberse a hemorragias en el intestino delgado o el colon derecho. En el tracto gastrointestinal superior, se necesitan alrededor de 100 a 200 ml de sangre para crear una melena, que puede durar varios días después de que se detenga el sangrado. Las heces negras que no contienen sangre oculta pueden deberse a la ingestión de hierro, bismuto o varios alimentos y no deben confundirse con melena (19).
- b) **Hematemesis:** es el vómito de sangre roja que indica hemorragia digestiva alta, que puede ser proveniente de una úlcera péptica, una lesión vascular o una várice. Generalmente muestra sangrado por encima del ligamento de Treitz. Debe diferenciarse de la hemoptisis y las hemorragias nasales tragadas que se eliminan como regurgitación. Por lo general, ocurre entre el 30% y la mitad de los pacientes (20).
- c) **Hematoquecia:** Es la expulsión de sangre roja o rojo vino por el recto mezclada con heces que provienen de la parte distal del intestino delgado o del intestino grueso. Sin embargo, el sangrado proximal puede provocar hematoquecia debido al tránsito rápido e indicar un sangrado digestivo alto masivo.

El sangrado debe ser mayor de 1000 cc y ocurrir en menos de 1 hora y permanecer en el tracto gastrointestinal menos de 5 horas. Suele ocurrir

hasta en un 5% de las veces (13).

- d) **Síncope:** El síncope se define como una pérdida repentina y temporal de la conciencia y del tono postural debido a una disminución repentina del flujo sanguíneo cerebral. El paciente recupera el conocimiento por sí solo sin necesidad de ayuda inmediata. Después de equilibrar inicialmente al paciente, la siguiente etapa es decidir una conclusión etiológica (21).

3.1.1.3. Diagnóstico de la hemorragia digestiva alta

Después de estabilizar inicialmente al paciente, el siguiente paso es determinar un diagnóstico etiológico; el procedimiento ideal es una endoscopia gastro-duodenal esofágica.

- Diagnóstico, identificación y localización de la lesión sangrante
- Pronóstico: permite conocer el riesgo de recurrencia relacionado con los estigmas del sangrado reciente.
- Terapéutico: Da seguimiento a las lesiones con drenaje dinámico y alto peligro de muerte, aptas para la hemostasia de las mismas.
- La endoscopia analítica es el motivo de filtración en el 90-95% de los casos. La mayoría de los creadores sugieren hacerlo en las primeras 24 horas posteriores a la hospitalización. La recurrencia de una nueva hemorragia se identifica con una mancha en la segunda endoscopia (22).

3.1.1.4. Clasificación de Forrest

3.1.1.4.1. Definición de la clasificación de Forrest

La agrupación de Forrest muestra cicatrices drenantes y las cubre; es la principal caracterización pronóstica utilizada por los gastroenterólogos y también se mantiene en el poder en la práctica endoscópica rutinaria. En 1974 J.A.H. Forrest retrató esta agrupación, que se ha utilizado durante más de 35 años con alteraciones significantes, en vista de las diversas propiedades endoscópicas de las úlceras gástricas con drenaje dinámico o tardío relacionadas con diversos peligros de muerte.

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

Fuente: Laine, (1998)

El primer grupo, Forrest I, incluye úlceras pépticas con sangrado a chorro activo (Forrest IA) o sangrado babeante o rezumante del lecho de la úlcera (Forrest IB). El segundo grupo, Forrest II, incluye úlceras con ausencia de sangrado activo en el momento de la observación, pero con signos o estigmas de hemostasia reciente en el lecho de la úlcera, como el vaso visible (Forrest IIA), que se describe como un bulto pigmentado con una superficie lisa menor de 3 mm, que corresponde a un pequeño coágulo localizado en el defecto de la pared del vaso, que provocó el sangrado y provoca una hemostasia inestable. El coágulo adherente (Forrest IIB), definido como lesión amorfa, roja, marrón o negra, de tamaño variable, generalmente mayor de 5 mm presenta una hemostasia algo más avanzada y finalmente la mácula plana descrita (Forrest IIC) como una mancha pigmentada plana cubierta de hematina en el lecho de la úlcera.

Las lesiones tipo Forrest III corresponden exclusivamente a úlceras pépticas con base fibrinosa limpia, sin bultos ni cambios de color (23).

3.1.1.4.2. Utilidad de la clasificación de Forrest

El fracaso del control endoscópico de la hemorragia caracterizar un grupo de alto riesgo para resangrado. El tratamiento endoscópico es para pacientes con sangrado activo, tipo pulsátil (Forrest IA, 55 % de recidiva) o para napa (Forrest IB, 50 % de recidiva) o con un vaso notable (Forrest IIA, 43% de recidiva) .El tratamiento de los grumos de sangre (Forrest IIB, 22% de recidiva) es cuestionable y en su mayor parte se realiza para pacientes con otro indicador clínico de alto riesgo. Las lesiones de Forrest IIC y III se consideran menos del 10% de recidiva, y no requiere tratamiento endoscópico (24).

3.1.1.4.3. Validación

Varios estudios han demostrado que esta clasificación es útil para definir grupos, con diferentes riesgos de resangrado y mortalidad, e incluso se ha extendido su uso para incluir otras etiologías no pépticas / no varicosas por un lado y para ampliar las definiciones del riesgo de resangrado en el tratamiento endoscópico. Un estudio reciente que compara la clasificación de Forrest con varios índices de pronóstico numérico (Cedars-Sinai Index, Rockall, Blatchford y Baylor College Scoring System) muestra que ninguno se usa para predecir el resangrado y la mortalidad después del tratamiento. La clasificación de Forrest tiene una mayor especificidad y valor predictivo positivo que los otros índices (24).

Los riesgos de la endoscopia digestiva alta incluyen:

- a) La aspiración.
- b) Reacciones adversas a la sedación consciente.
- c) Perforación: Aumenta su riesgo cuando se requiere intervención terapéutica. Se deben de poner en una balanza las ventajas y los riesgos de forma individualizada en cada paciente, por ejemplo, en los pacientes que hayan sufrido infarto agudo de miocardio (IAM) reciente. Se cree que entre el 80 y el 90% de las hemorragias superiores son causadas por la siguiente patología: úlcera gástrica, gastroduodenitis, várices gástricas (23).

3.1.1.5. Utilidad del consenso de Baveno IV

Se recomendó la clasificación de las várices pequeñas (<5mm) y várices grandes (>5mm), siendo este el mejor punto de corte para el tamaño de estas (25).

3.1.1.6. Características epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta

Se cree que entre el 80 y el 90% de las hemorragias superiores son causadas por la siguiente patología: úlcera gástrica, gastroduodenitis, várices gástricas esofágicas, síndrome de Mallory-Weiss, esofagitis, duodenitis erosiva, neoplasia, úlcera de estoma y úlcera esofágica; 5% por otras causas menos frecuentes, quedando alrededor de un 5% cuyo origen no se puede determinar. Esta frecuencia la dan todos los autores con algunas variaciones según el país o región, el tipo de población estudiada, el centro hospitalario donde se atiende a los pacientes, la existencia de unidades especializadas y el momento en que se realizó el diagnóstico (25).

3.1.1.6.1. Edad

En relación a la edad, hay que tener en cuenta que hay causas que se presentan más comúnmente en determinados grupos etarios. La incidencia de la hemorragia digestiva alta aumenta a mayor edad (26).

3.1.1.6.2. Sexo:

La incidencia de hemorragia digestiva alta es más frecuente en el varón. Algunos estudios han reportado que la prevalencia de la hemorragia digestiva alta prevalece más en pacientes de sexo femenino (64,11 %) y los restantes, correspondientes al sexo masculino (35,88 %) (27).

3.1.1.6.3. AINES

Los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) son fármacos de amplio uso en la práctica clínica y aunque en general son bien tolerados, pueden ocasionar serios efectos adversos gastrointestinales que implican morbilidad seria e incluso mortalidad Se ha determinado que

aproximadamente entre el 10% y 20% de los usuarios de AINES presentan dispepsia lo que en muchas ocasiones precisa la administración de otros medicamentos para aliviarla, pero de mayor importancia son las complicaciones mayores como son el sangrado digestivo y las perforaciones ulcerosas.

Estas complicaciones ocurren más a menudo en:

- 1) Pacientes mayores de 60 años,
- 2) En pacientes que reciben altas dosis de AINES y por un tiempo prolongado (28).

Como parte de los mecanismos implicados en las lesiones por AINES, se destaca la inhibición de la ciclooxigenasa con la consiguiente disminución de la producción de prostaglandinas y la alteración de su rol en la citoprotección (secreción de moco y bicarbonato, flujo sanguíneo y citoprotección adaptativa). Si bien la mayoría de los pacientes que consumen AINES en forma crónica presentan evidencias endoscópicas de lesiones, no todos son sintomáticos y de ellos solo un 10% de los casos padecen una Hemorragia Digestiva Alta (29).

La denominación antiinflamatorios no esteroideos hace referencia además de su estructura química, a un mecanismo independiente del efecto de los esteroides sobre la enzima fosfolipasa A. Por otro lado, existe otra vía de metabolización del ácido araquidónico.

Se conocen 3 modos de unión a través de los cuales los AINES se unen a la COX-1: una unión rápida y reversible; una unión rápida, pero de baja afinidad, reversible, seguida de una unión más lenta, que es dependiente del tiempo, de gran afinidad y lentamente reversible; por último, una unión rápida, reversible que es seguida de una modificación irreversible, covalente. Por otro lado, sobre la COX-2, los agentes específicos producen una inhibición reversible dependiente del tiempo (30).

3.1.1.6.4. Consumo de alcohol

El alcohol estimula la secreción ácida y en altas concentraciones, daña la barrera mucosa gástrica favoreciendo la penetración de los iones de

hidrógeno, por lo que se asocia con la formación de lesiones agudas de la mucosa gástrica.

Las lesiones agudas de la mucosa gástrica constituyen hasta el 20 % de las causas de hemorragia digestiva alta, aunque habitualmente presentan un sangrado leve. Los factores clínicos asociados con la existencia de estas lesiones son la ingestión de AINES y alcohol. El cuadro típico es la instauración de náuseas o vómitos como antecedente de la hematemesis, principalmente en sujetos alcohólicos (31).

3.1.1.6.5. Consumo de tabaco:

En cuanto al estudio de los hábitos tóxicos: el tabaquismo junto al consumo de alcohol, constituyen factores de riesgo para la hemorragia digestiva alta. La mayoría de estudios han demostrado que aumenta el riesgo de presentar sangrado digestivo alto cuando los pacientes consumen tabaco y alcohol (32).

Un meta-análisis inglés, encontró que el riesgo de úlcera en la población atribuible al tabaquismo era del 23%, apoyando una asociación entre fumar, la enfermedad péptica ulcerosa e hipertensión portal.

3.1.1.7. Enfermedades comorbidas asociadas a la hemorragia digestiva alta

3.1.1.7.1. Antecedentes de hemorragia digestiva alta

En la anamnesis del paciente con hemorragia digestiva alta, es importante tomar en cuenta los antecedentes de sangramiento digestivo previo. En el examen físico se debe pesquisar la presencia de lesiones vasculares cutáneas o mucosas, signos de enfermedad hepática crónica, hepatoesplenomegalia, ascitis y masas abdominales (31).

3.1.1.7.2. Enfermedad acido péptica

La hemorragia digestiva alta que ocurre como complicación de una úlcera péptica se produce cuando ésta alcanza una estructura vascular. Se pone en marcha una serie de mecanismos hemostáticos destinados a detener la hemorragia de forma inmediata y permanente.

El ácido gástrico y la pepsina alteran el mecanismo normal de formación del coágulo en la lesión sangrante y aceleran el proceso de fibrinólisis (33).

3.1.1.7.3. Hipertensión arterial en tratamiento

El gran número de pacientes que refieren antecedentes patológicos personales, el 21.05% presentan hipertensión arterial (27). Espejo y Vásquez, señalaron que la hipertensión arterial que produce un estrés agudo, es una importante causa de erosiones gástricas, muchas de las cuales sangran, aun en forma severa, 2 al 10% de pacientes de cuidados intensivos puede sangrar por estas causas (25).

3.1.1.7.4. Diabetes Mellitus en tratamiento

En pacientes hospitalizados con hemorragia digestiva alta, se han encontrado a pacientes varones en el 60,2% de los casos, con una media de edad de 75,6 (\pm 10,8) años, donde el 65,5% (74) de los pacientes presentaba hipertensión arterial (HTA), el 43,4% (49) diabetes mellitus (DM) tipo 2 (34).

3.1.1.7.5. Enfermedad Reumática

Las enfermedades reumáticas comprenden las enfermedades articulares, las del tejido conectivo, los problemas de columna vertebral, los reumatismos de partes blandas, la artrosis y la osteoporosis entre otras. Para el tratamiento, se prescriben fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son un grupo de medicamentos ampliamente usados para tratar el dolor, la inflamación y la fiebre. Incluye medicamentos tan conocidos y usados como el ácido acetil-salicílico (Aspirina), ibuprofeno, indometacina, diclofenaco, piroxicam, etc. Estas medicaciones que han contribuido de forma muy importante a mejorar la calidad de vida del ser humano, aliviando síntomas como el dolor o la fiebre y ayudando a controlar dichas enfermedades. Estos medicamentos, por su mecanismo de acción pueden producir efectos no deseables en el organismo, muy especialmente en el aparato digestivo. Entre ellos cabe destacar la producción de lesiones en la mucosa que recubre la superficie interna de todo el tubo digestivo, en especial del estómago y duodeno, provocando la aparición de erosiones o úlceras que pueden llegar a sangrar causando una hemorragia digestiva, o incluso a perforar la pared del órgano donde asientan (35).

3.1.1.7.6. Cirrosis hepática

La cirrosis hepática es un proceso difuso de la estructura hepática con la presencia de fibrosis y nódulos regenerativos. Se debe considerar que la cirrosis hepática es un factor consecuente para la presencia del carcinoma hepatocelular, con un peligro del 20% a los 5 años de seguimiento. La cirrosis hepática se puede denominar compensada o descompensada. Los pacientes con cirrosis compensada pueden estar completamente asintomáticos y no presentar ninguna alteración analítica. Los pacientes con cirrosis descompensada pueden presentar alguna de las grandes complicaciones: hemorragia digestiva alta por varices, ascitis, encefalopatía hepática, ictericia, peritonitis bacteriana espontánea, sepsis o hepatocarcinoma. Las causas más frecuentes de cirrosis hepática en la edad adulta son el etilismo y los virus de hepatitis B y C.

Etiologías menos frecuentes son la hemocromatosis idiopática, la enfermedad de Wilson, la hepatitis autoinmune, la esteatohepatitis no alcohólica, las colestasis obstructivas crónicas, la obstrucción del drenaje venoso y la hepatotoxicidad..

3.1.1.7.7. Coagulopatía

Se trata de un problema en la cascada de coagulación: hay congénitas como la hemofilia o enfermedad de Von Willebrand; adquiridas ausencia de la capacidad de factores de coagulación; no muestra repuesta y absorción alterada de la vitamina K debido a la mala absorción de grasas, síndrome de consumo de factores de la coagulación que causa coagulación y sangrado simultaneo incontrolados (18).

3.1.1.8. Tratamiento de hemorragia digestiva alta

La endoscopia digestiva alta se debe realizar dentro de las 12-24 h, cuando el paciente se encuentra recuperado, en buen estado hemodinámico y con buena oxigenación. Este procedimiento es de elección para el diagnóstico ya que permite estratificar el riesgo y realizar las medidas terapéuticas adecuadas.

El tratamiento endoscópico se muestra en úlceras sangrantes o con presencia de un vaso. La monoterapia con infusión de epinefrina no está recomendada, es preferible combinarla con procedimientos mecánicos y térmicos

El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones en dosis elevadas se prescribe antes de la endoscopia para disminuir la recurrencia de las lesiones endoscópicas de alto riesgo y, en este sentido, la utilización del tratamiento endoscópico. El tratamiento endoscópico debe estar relacionado con inhibidores de la bomba de protones en infusión continua para disminuir el peligro de re sangrado y mortalidad (37).

La endoscopia, además de determinar la etiología en el 95% de las hemorragias del tracto gastrointestinal superior, tiene valor pronóstico y permite el uso de métodos de hemostasia endoscópica. La endoscopia permite distinguir la presencia de sangrado dinámico o estigmas de sangrado en curso, signos que son un marcador exacto del peligro de re sangrado, por lo que es concebible elegir pacientes con posibilidad de

tratamiento endoscópico. Una lesión sangrante tiene el peligro de repetirse en un 80% de los casos. En el momento en que se representa un vaso visible sin sangrado, el peligro es la mitad. Un vaso visible se caracteriza por la presencia de una elevación, con presencia de una areola, de varios matices (rojo, granate, opaco o incluso blanco) en la superficie de la lesión. La probabilidad de repetición disminuye al 20-30% en coagulo adherido, al 5-10% cuando solo hay puntos de hematina y al 1-2% cuando la superficie está limpia.

La clasificación de Forrest, usando estos datos, ha hecho concebible organizar estas lesiones de la hemorragia (2).

3.1.1.8.1. Angiofagia

En aquellos pacientes con hemorragia persistente o recidivante, puede realizarse una arteriografía selectiva del tronco celíaco y arteria mesentérica superior. Esta exploración permite diagnosticar hemorragias arteriales o capilares si existe un extravasado sanguíneo mínimo de 0,5 ml/min, aunque no suele detectar sangrados venosos. La embolización arterial percutánea puede ser una alternativa a la cirugía cuando fracasa la terapia endoscópica, especialmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico y/o en los centros que cuentan con un servicio de radiología vascular intervencionista experimentado. Para la embolización de lesiones sangrantes, se han utilizado esponjas de gelatina, alcohol polivinílico, pegamentos cianoacrílicos o "coils" (2).

3.1.1.8.2. Tratamiento quirúrgico

Se debe plantear la cirugía urgente en caso de recidiva tras un segundo tratamiento, o en caso de recidiva masiva tras un primer tratamiento endoscópico, o como tratamiento inicial en hemorragias masivas en las que no se consigue la estabilidad hemodinámica inicial con reposición intensiva de la volemia. En el contexto de la emergencia, la cirugía de elección suele ser la sutura de la lesión sangrante asociada a una vagotomía y piloroplastia. Como ya se ha comentado, la angiografía terapéutica constituye una alternativa a la cirugía, particularmente cuando

la condición clínica del enfermo es muy precaria y el riesgo quirúrgico es prohibitivo que para optimizar la hemostasia se debe mantener un pH intragástrico > 4 (o mejor > 6) de forma sostenida, lo que consiguen con mayor eficacia dosis altas de IBP, en infusión continua capaz de evitar fluctuaciones (2).

3.2. Revisión de antecedentes investigativos

3.2.1. A nivel internacional

Título: Factores de riesgo de la hemorragia digestiva variceal en pacientes cirróticos

Autor: Aguilar Sánchez, D., Malla Torres M.

Lugar y año de publicación: Guayaquil, Ecuador, 2018

Resumen: Se analizaron 300 casos. Se realizó un análisis univariado que demostró asociación estadística entre el fallecimiento, mayores de 64 años, sexo femenino y consumo de AINES; además se prosiguió con un análisis multivariado con asociaciones estadísticamente significativas de 3 variables: creatinina (OR: 1,4; IC: 1,1 - 2; p-value 0,013), Score MELD (OR: 1,6; IC: 1 - 2,5; p-value 0,034) y localización de la variz (OR: 1,5; IC:1 - 2,4; p-value 0,033) considerándolos factores pronósticos principales de mortalidad.

Conclusiones: Los factores de riesgo están estadísticamente asociados a la hemorragia digestiva variceal en pacientes cirróticos ($P < 0.05$) (37).

3.2.2. A nivel Nacional

Título: Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de los antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana.

Autor: Gustavo Salvatierra Laytén.

Lugar y año de publicación: Lima, Perú, 2010

Resumen: un estudio cuyo objetivo fue identificar la frecuencia de HDA no variceal asociadas al uso de AINES en personas adultas, siendo la lesión más frecuente e importante la ulcera péptica, principalmente la gástrica. El trabajo fue descriptivo y analítico, se evaluaron pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal que ingresaron al servicio de gastroenterología de los

hospitales: Edgardo Rebagliati Martins, Hipolito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia, de los cuales se excluyeron pacientes con cirrosis. Los resultados fueron analizados en Microsoft Excel y programa estadístico Epiinfo. El tiempo de duración fue de trece meses y la muestra fue de 117 pacientes de los cuales 77 fueron varones y 40 pacientes fueron mujeres. Se obtuvo una edad promedio de 57.86 años, de los AINES más utilizados causantes de HDA, se tiene a: aspirina (60%), ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15.8%) y 31% consumía más de dos AINES.

Conclusiones: La frecuencia de HDA no variceal asociada al uso de AINES es alta en Lima Metropolitana, especialmente en el adulto mayor, siendo la lesión más importante la úlcera péptica, principalmente la gástrica (38).

3.2.3. A nivel Local

Título: Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital III Goyeneche Arequipa- 2015.

Autor: Ulloa Muñoz Fiorella.

Lugar y año de publicación: Arequipa, Perú, 2015

Resumen: Los pacientes con UHD, como signo clínico más continuo, introdujeron melena en 80,33%, hematemesis 47,54% y arcadas en 24,59%. El 88,89% había introducido disminución del hambre, el 83,44% dolor de estómago, con un área trascendente en el epigastrio en el 81,9%. La valoración rectal actuada en una quinta parte de los pacientes fue positiva en el 80,00%. Dentro de los atributos epidemiológicos de la HDA, encontramos el 32,75% de pacientes entre las edades de 60 a 79 años, el 24,59% entre 40 y 59 años y el 21,31% entre las edades de 30-39 años; el sexo masculino predominó en el 63,93%. La utilización más elevada de AINE / salicilatos antes del episodio de HDA fue acetilsalicílico corrosivo en 34,79%, naproxeno 30,43% y paracetamol + diclofenaco sódico en 17,39%. 42,62% licor devorado y 24,59% tabaco. En cuanto a los precursores obsesivos, el drenaje relacionado con el estómago se presentó en el 22,95% y la enfermedad péptica corrosiva solo en el 9,84%. Las patologías co-dolorosas más conocidas fueron debilidad intensa en 78,69%, gastritis en 37,70% e hipertensión con terapia en 22,95%. En cuanto a los atributos endoscópicos, la endoscopia analítica se actuó en el

85,26%, la gastropatía erosiva y eritematosa predomina en el estómago con el 65,6%, en las vrices esofágicas de la garganta en el 19,7% y en el duodeno la úlcera péptica en el 23,0% de los pacientes.

Conclusión: En todos los pacientes se realizó endoscopia diagnóstica, y en 14,75% esta fue asociada a endoscopia terapéutica. El procedimiento más frecuente fue la Inyectoterapia con adrenalina. Los hallazgos más frecuentes fueron la gastritis erosiva/eritematosa, seguida de úlcera péptica. Con respecto a la Clasificación de Forrest el mayor hallazgo fue úlceras sin estigma de sangrado reciente con fondo de fibrina (Forrest III), Y en menor frecuencia se encontró sangrado activo, Ib (6,06%) y Ia (3,03%) (39).

4. HIPÓTESIS

No se requiere por tratarse de un estudio observacional





CAPITULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

Revisión de historias clínicas.

1.2. Instrumentos:

Ficha de recolección de datos (Ver anexo 1)

1.3. Materiales de verificación

- 01 impresora.
- 02 laptops con software de procesamiento de textos y estadístico.
- Objetos de escritorio.
- Historias clínicas
- Papel Bond A4.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

Instalaciones del área de gastroenterología de la Clínica Arequipa.

2.2. Unidades de estudio:

2.2.1. Universo:

Pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa.

2.2.2. Muestra:

Siendo un muestreo no probabilístico por conveniencia 180 historias clínicas del área de gastroenterología que cumple con los criterios de inclusión y no tiene criterios de exclusión.

2.2.3. Procedimiento de muestreo:

Muestreos no probabilísticos por conveniencia con criterios de inclusión.

2.2.4. Criterios de inclusión:

Casos de Hemorragia digestiva alta ocurridos entre los años 2013 al 2021 en la Clínica Arequipa.

Casos de Hemorragia digestiva alta con endoscopia diagnóstica entre los años 2013 al 2021 en la Clínica Arequipa.

Pacientes mayores de 14 años y ambos sexos.

2.2.5. Criterios de exclusión:

Pacientes menores de 14 años y ambos sexos.

Historias clínicas con información incompleta con diagnóstico clínico de Hemorragia digestiva alta, sin adecuado sustento clínico.

2.3. Temporalidad:

La ejecución del estudio se realizó en los meses de abril y mayo del año 2021

2.4. Tipo y nivel de investigación:

2.4.1. Tipo de investigación:

Investigación observacional, descriptiva, transversal y retrospectiva

2.4.2. Diseño de investigación:

Según el propósito del estudio: DESCRIPTIVO

Según la cronología de las observaciones: OBSERVACIONAL

Según el número de mediciones: TRANSVERSAL

2.4.3. NIVEL de investigación:

Descriptivo

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.1. Organización:

Se envía solicitud con el proyecto de tesis ya corregido por el asesor a la facultad de medicina y el vicerrectorado de investigación para su aprobación y posterior ejecución.

Una vez aprobado el proyecto de tesis por la universidad, se solicita mediante un documento dirigido al gerente médico de la clínica Arequipa, la autorización para el desarrollo del proyecto.

Se procederá a pedir autorización a jefatura del servicio de gastroenterología de la Clínica Arequipa.

Con la aprobación del Gerente Médico de la Clínica Arequipa, comienza la ejecución del proyecto.

Se procede a identificar a la población, se recolectara el nombre del paciente y numero de historia clínica en el servicio de informática de los pacientes atendidos en el periodo de enero 2013- marzo 2021, luego se procederá a llevar la lista a servicio de archivo de historias clínicas para revisar aquellas que cumplan con los criterios de selección estipulados líneas arriba, se recogerán las variables de interés para la aplicación y elaboración de la matriz de datos y posterior análisis, interpretación y presentación de los mismos en tablas estadísticas.

Se llenó la ficha de recolección de datos

Se procedió al llenado de la matriz de datos en Excel

Se procedió al análisis e interpretación de los datos obtenidos utilizando el paquete estadístico SPSSv.25 y Excel 2016.

Se procedió a realizar el informe final y presentación de los resultados.

3.2. Recursos:

3.2.1. Recursos Humanos:

- Investigadores: Mirella Alexandra Paredes Lira y Allison Emili Carbajal Gonzales Alumnas del Programa profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María
- Asesor: Dr. Walker Jove Oblitas médico especialista del servicio de

gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

- Pacientes de la Clínica Arequipa con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa.

3.2.2. Recursos Materiales:

- 01 impresora.
- 02 laptops con software de procesamiento de textos y estadístico.
- Objetos de escritorio.
- Historias clínicas.
- Papel Bond A4.
- Ficha de recolección de datos

3.2.3. Recursos Financieros:

- Autofinanciado en su totalidad por los tesistas.

3.2.4. Validación de instrumentos:

Ficha de recolección de datos

-Ficha de recolección de datos no se requiere validación del instrumento

3.3. Criterios o estrategia para el manejo de resultados

3.3.1. Estrategia de recolección de datos:

La recolección de datos fue realizada previa autorización por las instituciones, se realizó de manera física por medio de una ficha de recolección.

3.3.2. Estrategia de procesamiento:

La información obtenida por la aplicación de los instrumentos del estudio se sistematizó en una matriz de datos.

3.3.3. Estrategia de clasificación:

Para clasificar los datos de la matriz resultante, se virtualizó en una hoja de cálculo de Excel 2016 y en el paquete estadístico SPSSv.25

3.3.4. Método de codificación:

De acuerdo a los tipos de variables se codifican los datos con los indicadores correspondientes.

3.3.5. Método de recuento:

Se realizó un recuento de datos electrónico por medio de los programas estadísticos mencionados.

3.3.6. Estrategia de análisis:

Para la estrategia de análisis de datos se utilizó en las variables consideradas en mi presentación mediante gráficos y cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados





CAPITULO III
RESULTADOS

Tabla N°. 1

**Edad según el sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 - 2021**

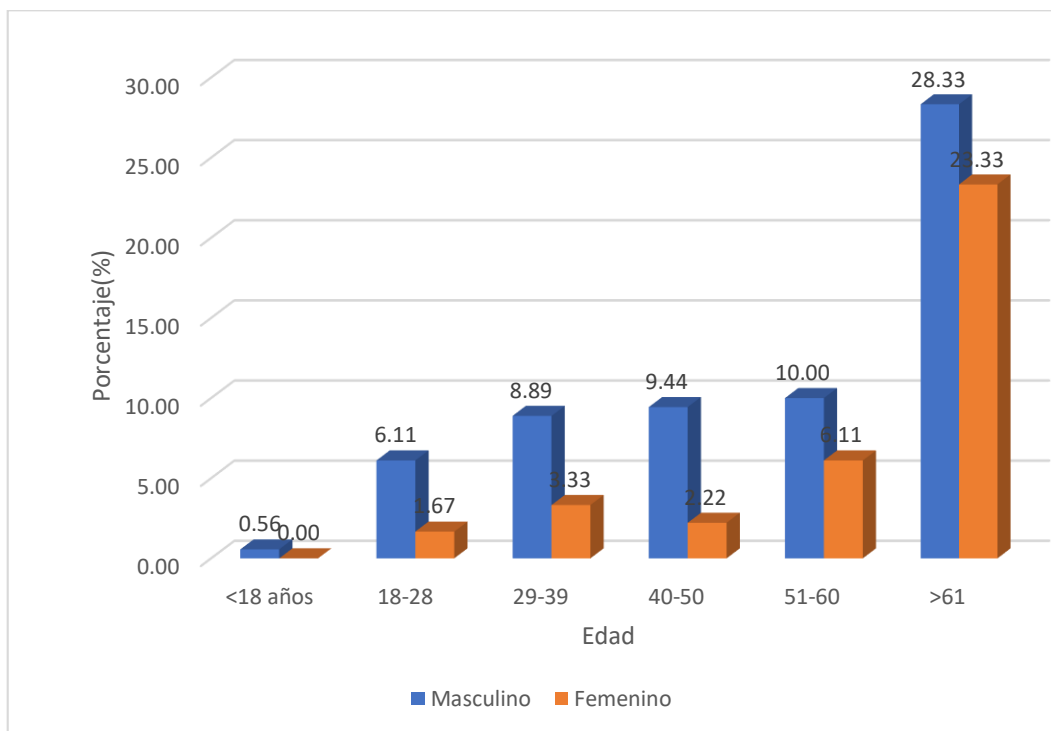
Edad	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
<18 años	1	0,56	0	0,00	1	0,56
18-28	11	6,11	3	1,67	14	7,78
29-39	16	8,89	6	3,33	22	12,22
40-50	17	9,44	4	2,22	21	11,67
51-60	18	10,00	11	6,11	29	16,11
>61	51	28,33	42	23,33	93	51,67
TOTAL	114	66,33	66	36,67	180	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 1 muestra que el 28.33% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa de sexo masculino tienen más de 61 años, mientras que el 6.11% de los pacientes de sexo femenino tienen entre 51 a 60 años.

GRÁFICO N° 1

**Edad según el sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 – 2021**



Fuente: Elaboración Propia.

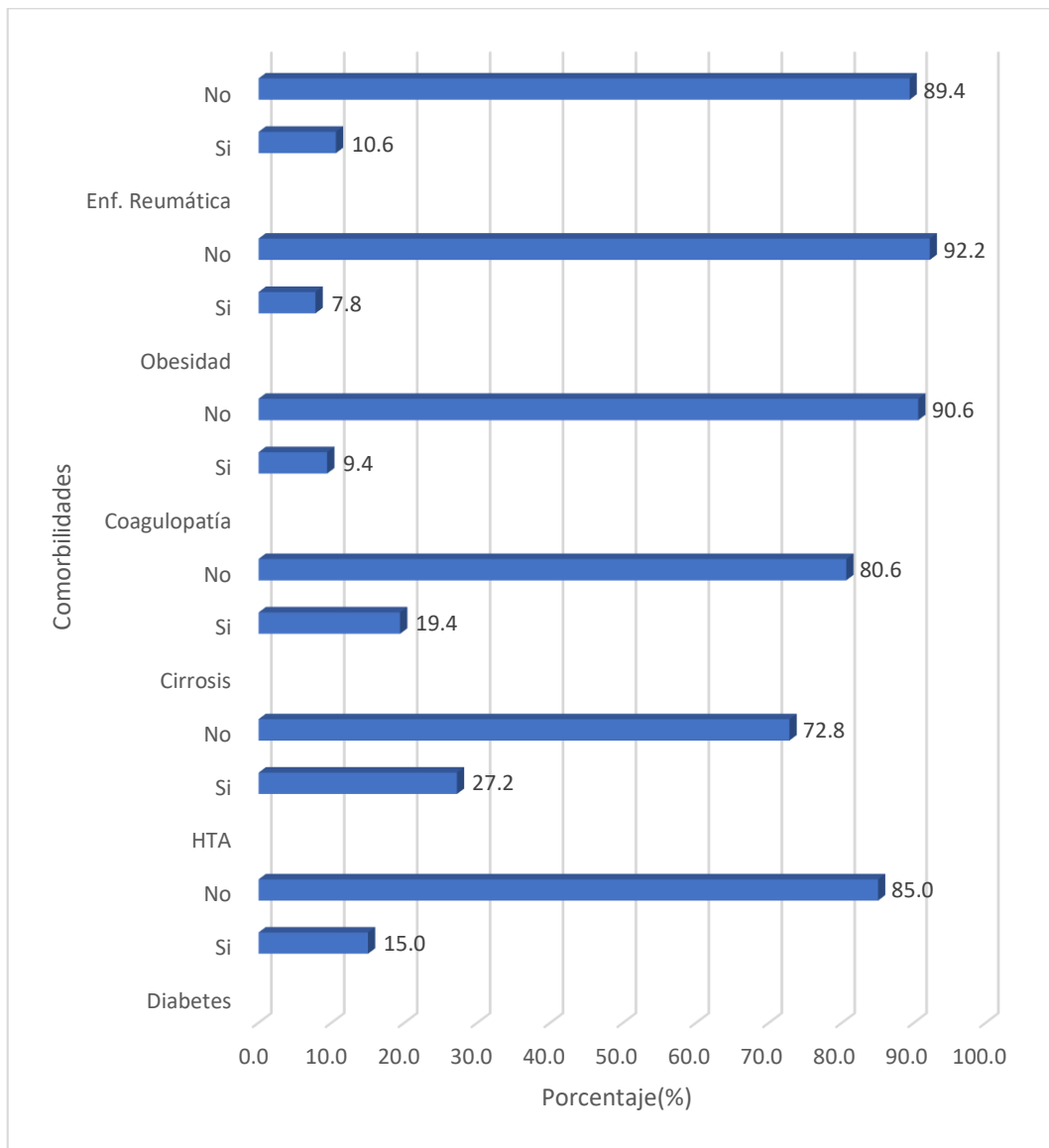
Tabla N°. 2
Comorbilidades de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 - 2021

Comorbilidades	N°.	%
Diabetes		
Si	27	15,0
No	153	85,0
HTA		
Si	49	27,2
No	131	72,8
Cirrosis		
Si	35	19,4
No	145	80,6
Coagulopatía		
Si	17	9,4
No	163	90,6
Obesidad		
Si	14	7,8
No	166	92,2
Enf. Reumática		
Si	19	10,6
No	161	89,4
TOTAL	180	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 2 muestra que el 15.0% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa tienen diabetes, el 27.2% presentan hipertensión arterial, seguido del 19.4% con cirrosis, el 7.8% son obesos, mientras que el 10.6% de los pacientes con hemorragia digestiva alta presentan enfermedad reumática.

Gráfico N°. 2
Comorbilidades de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 - 2021



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 3

**Presentación clínica en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 - 2021**

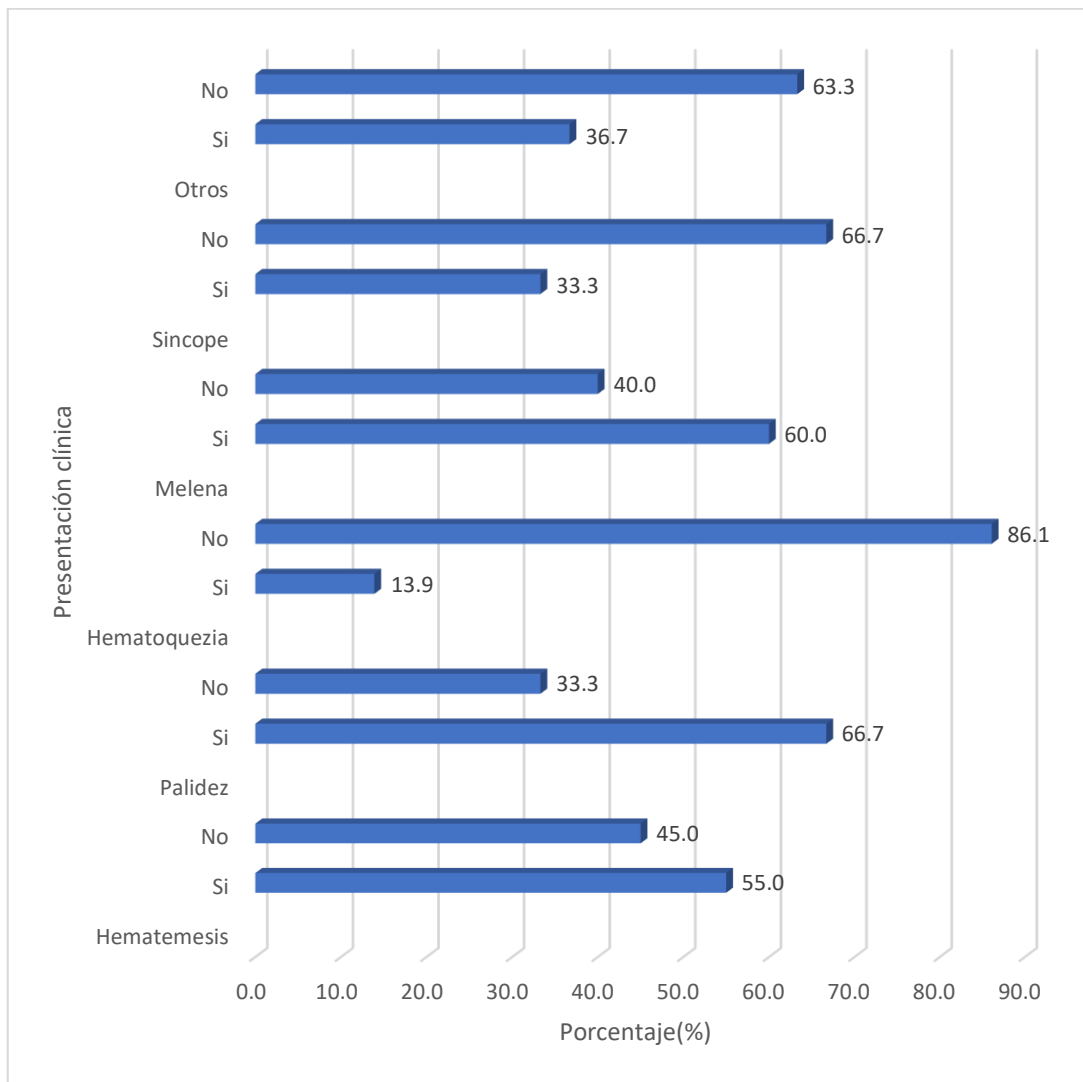
Presentación clínica	N°.	%
Hematemesis		
Si	99	55,0
No	81	45,0
Palidez		
Si	120	66,7
No	60	33,3
Hematoquezia		
Si	25	13,9
No	155	86,1
Melena		
Si	108	60,0
No	72	40,0
Sincope		
Si	60	33,3
No	120	66,7
Otros		
Si	66	36,7
No	114	63,3
TOTAL	180	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 3 muestra que el 55.0% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa presentan hematemesis, seguido del 66.7% con palidez, el 13.9% tienen hematoquezia, el 60.0% presentaron melena, mientras que el 33.3% tuvieron sincope.

Gráfico N°. 3

**Presentación clínica en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 - 2021**



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 4

**Dolor abdominal en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 – 2021**

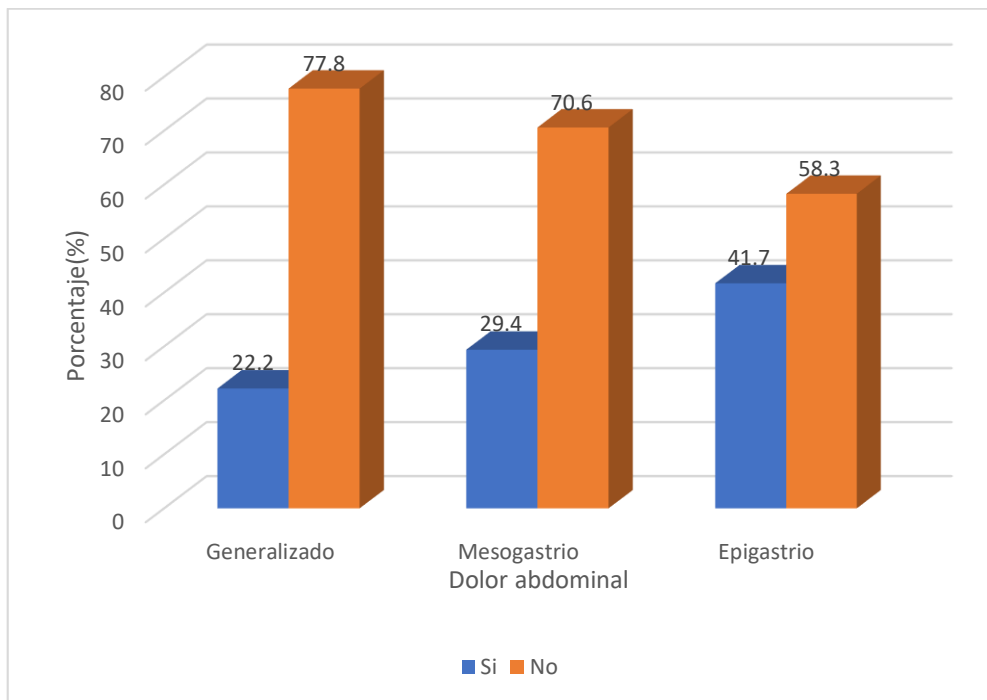
Dolor abdominal	N°.	%
Generalizado		
Si	40	22,2
No	140	77,8
Mesogastrio		
Si	53	29,4
No	127	70,6
Epigastrio		
Si	75	41,7
No	105	58,3
TOTAL	180	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 4 muestra que el 22.2% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa presentan dolor abdominal generalizado, seguido del 29.4% de pacientes con dolor mesogastrio, mientras que el 41.7% de pacientes tienen dolor abdominal epigastrio.

Gráfico N°. 4

**Dolor abdominal en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 - 2021**



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 5

**Hemoglobina de ingreso y egreso en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la
Clínica Arequipa, 2013 - 2021**

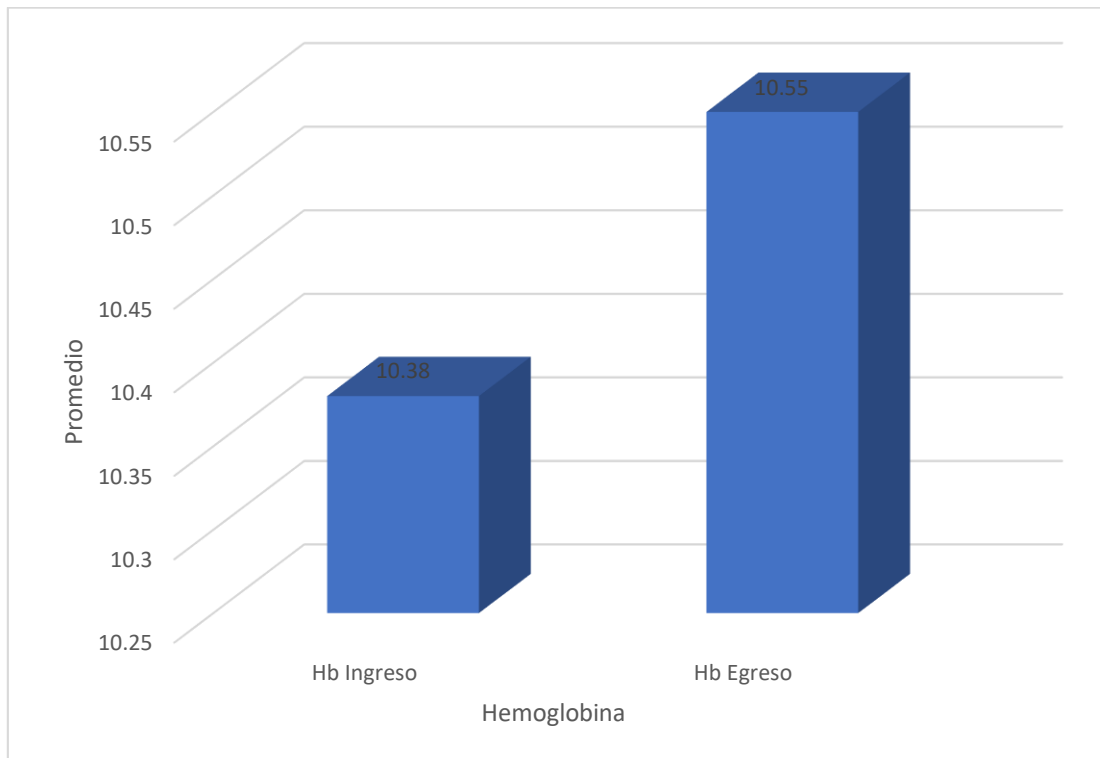
ESTADISTICOS	Hb Ingreso	Hb Egreso
Media	10,38	10,55
Desviación estándar	2,99	2,68
Máximo	17,4	19,0
Mínimo	4,9	6,0
TAMAÑO	180	180

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 5 muestra que la hemoglobina promedio al ingreso de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa fue de 10.38 g/ dl; mientras que la hemoglobina promedio al egreso de los pacientes fue de 10.55 g/ dl.

Gráfico N°. 5

Hemoglobina de ingreso y egreso en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la
Clínica Arequipa, 2013 - 2021



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 6

**Consumo de AINES y/o fármacos agresivos en los pacientes con hemorragia digestiva
alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021**

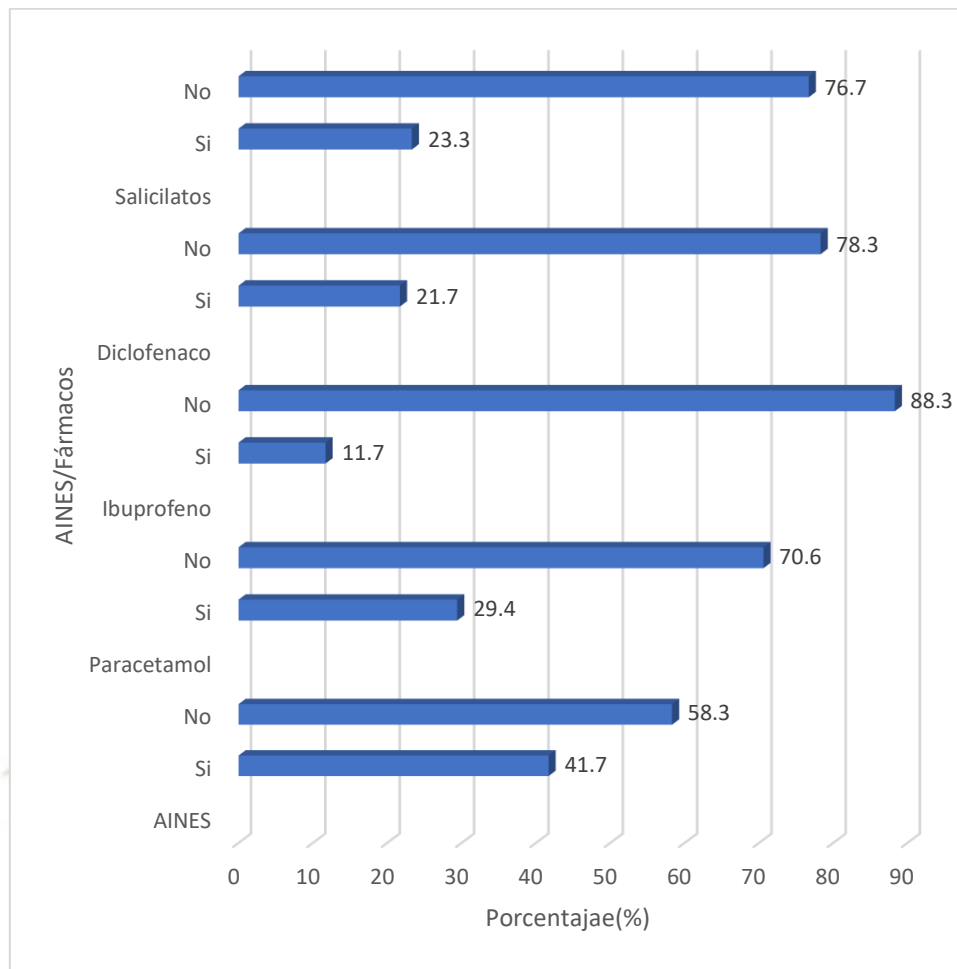
AINES/Fármacos	N°.	%
AINES		
Si	75	41,7
No	105	58,3
Paracetamol		
Si	53	29,4
No	127	70,6
Ibuprofeno		
Si	21	11,7
No	159	88,3
Diclofenaco		
Si	39	21,7
No	141	78,3
Salicilatos		
Si	42	23,3
No	138	76,7
TOTAL	180	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 6 muestra que el 41.7% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa consumen medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), el 29.4% de pacientes consumen paracetamol, el 11.7% ibuprofeno, seguido del 21.7% de pacientes que consumen diclofenaco, y el 23.3% salicilatos.

Gráfico N°. 6

Consumo de AINES y/o fármacos agresivos en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 - 2021



Fuente: Elaboración Propia

Tabla N°. 7

**Consumo de sustancias nocivas en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la
Clínica Arequipa, 2013 – 2021**

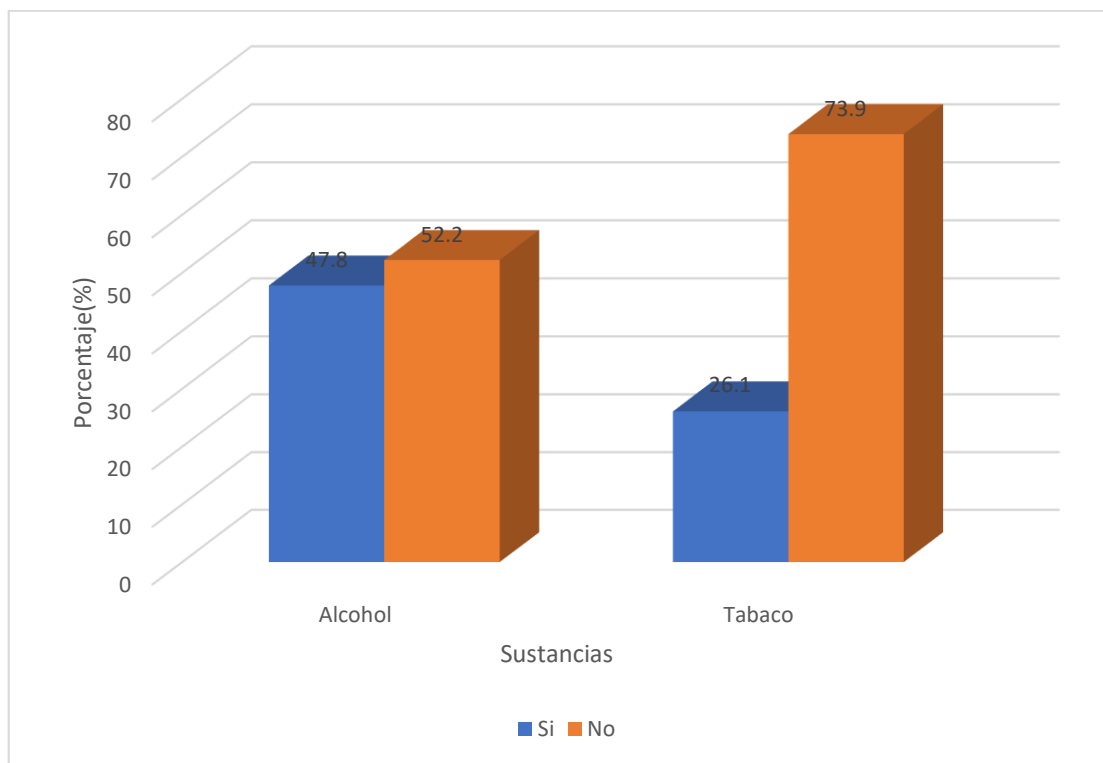
Sustancias	N°.	%
Alcohol		
Si	86	47,8
No	94	52,2
Tabaco		
Si	47	26,1
No	133	73,9
TOTAL	180	100

Fuente: Elaborción Propia.

La Tabla N°.7 muestra que el 47.8% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa consumen alcohol, mientras que solo el 26.1% de la población estudiada consumen tabaco.

Gráfico N°. 7

Consumo de sustancias nocivas en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la
Clínica Arequipa, 2013 - 2021



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 8

**Antecedentes y patologías en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 – 2021**

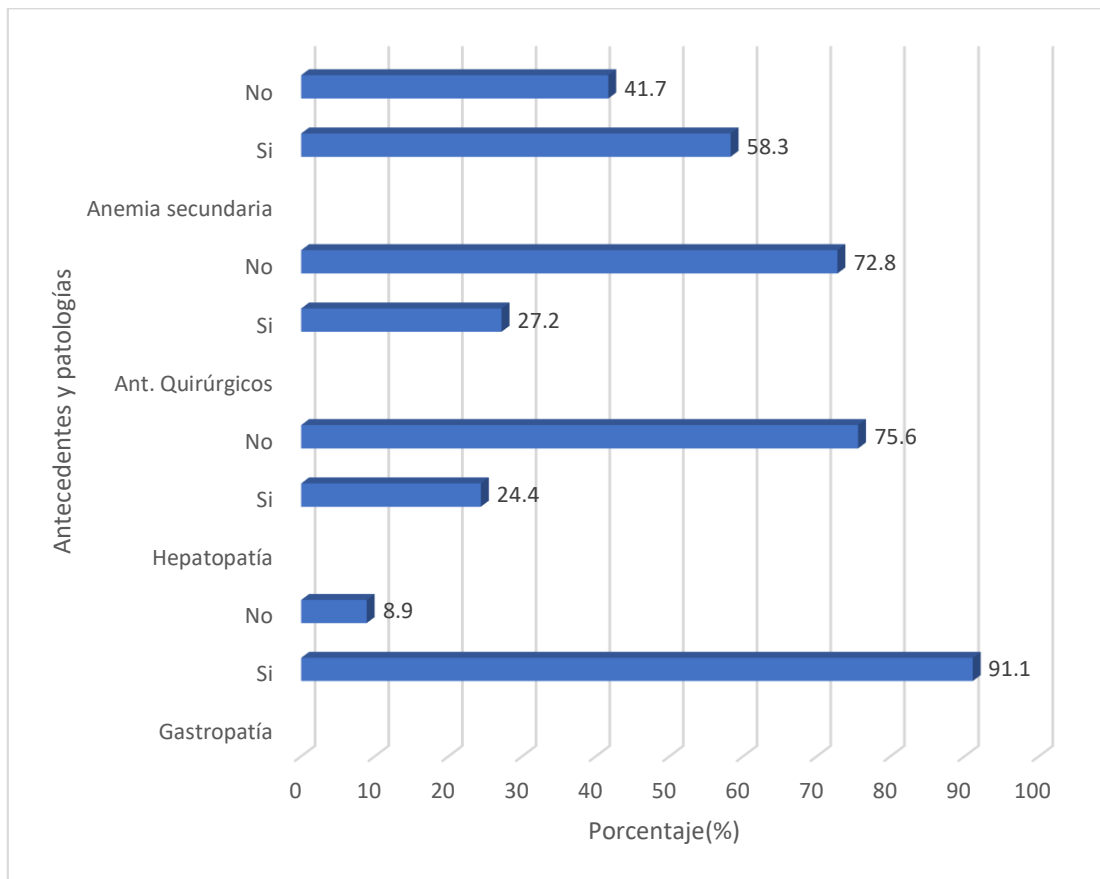
Antecedentes y patologías	N°.	%
Gastropatía		
Si	164	91,1
No	16	8,9
Hepatopatía		
Si	44	24,4
No	136	75,6
Ant. Quirúrgicos		
Si	49	27,2
No	131	72,8
Anemia secundaria		
Si	105	58,3
No	75	41,7
TOTAL	180	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°.8 muestra que el 91.1% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa presentaron gastropatía, el 24.4% presentan hepatopatía, mientras que el 27.2% tuvieron antecedentes quirúrgicos, mientras que el 58.3% tuvieron anemia secundaria por hemorragia digestiva alta.

Gráfico N°. 8

**Antecedentes y patologías en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 - 2021**



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 9

**Hallazgos endoscópicos en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 - 2021**

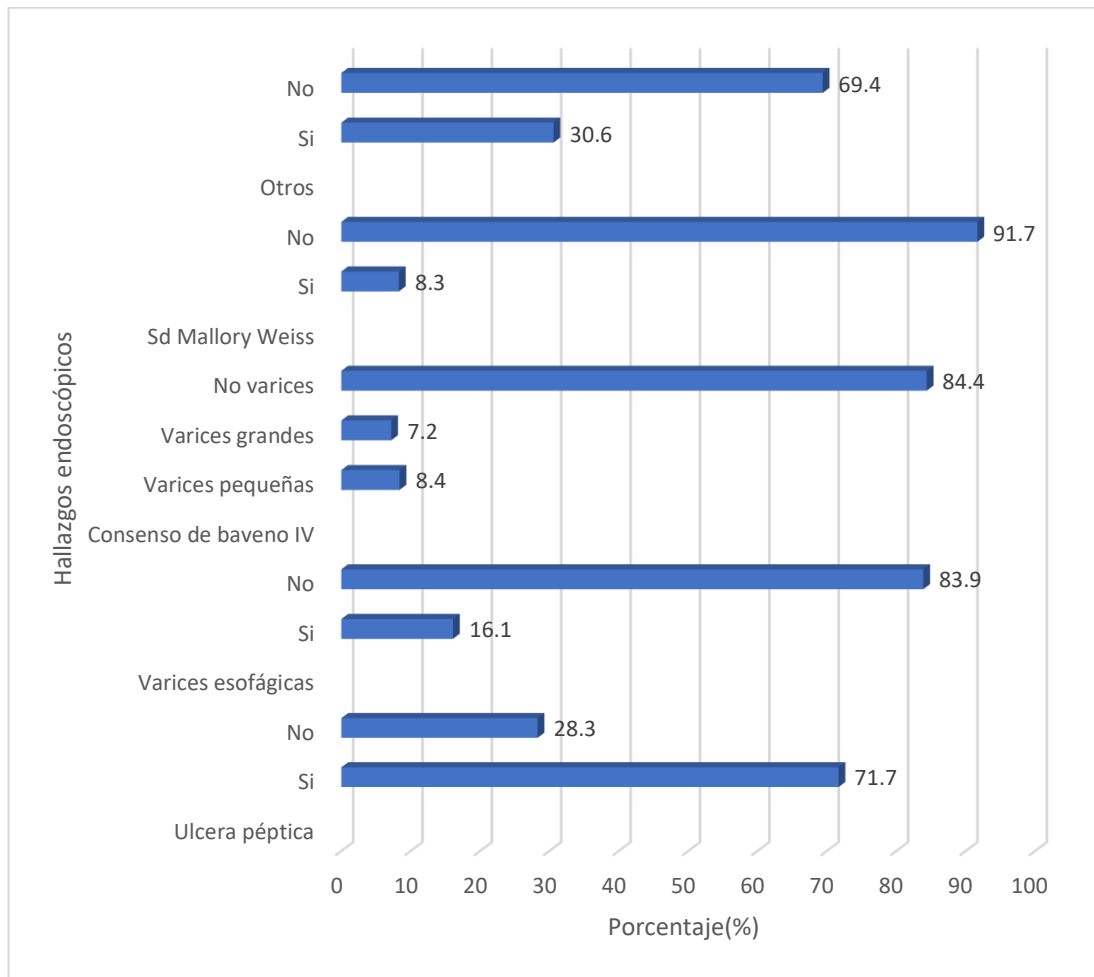
Hallazgos endoscópicos	N°.	%
Úlcera péptica		
Si	129	71,7
No	51	28,3
Varices esofágicas		
Si	29	16,1
No	151	83,9
Consenso de baveno IV		
Varices pequeñas	15	8,4
Varices grandes	13	7,2
No varices	152	84,4
Síndrome Mallory Weiss		
Si	15	8,3
No	165	91,7
Otros		
Si	55	30,6
No	125	69,4
TOTAL	180	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°.9 muestra que el 71.7% presentaron úlcera péptica, el 16.1% tienen varices esofágicas, solo el 8.3% tuvieron Síndrome de Mallory Weiss, mientras que el 30.6% presentaron otros hallazgos endoscópicos asociados a su hallazgo actual.

Gráfico N°. 9

**Hallazgos endoscópicos en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 - 2021**



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 10
Manejo endoscópico en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 – 2021

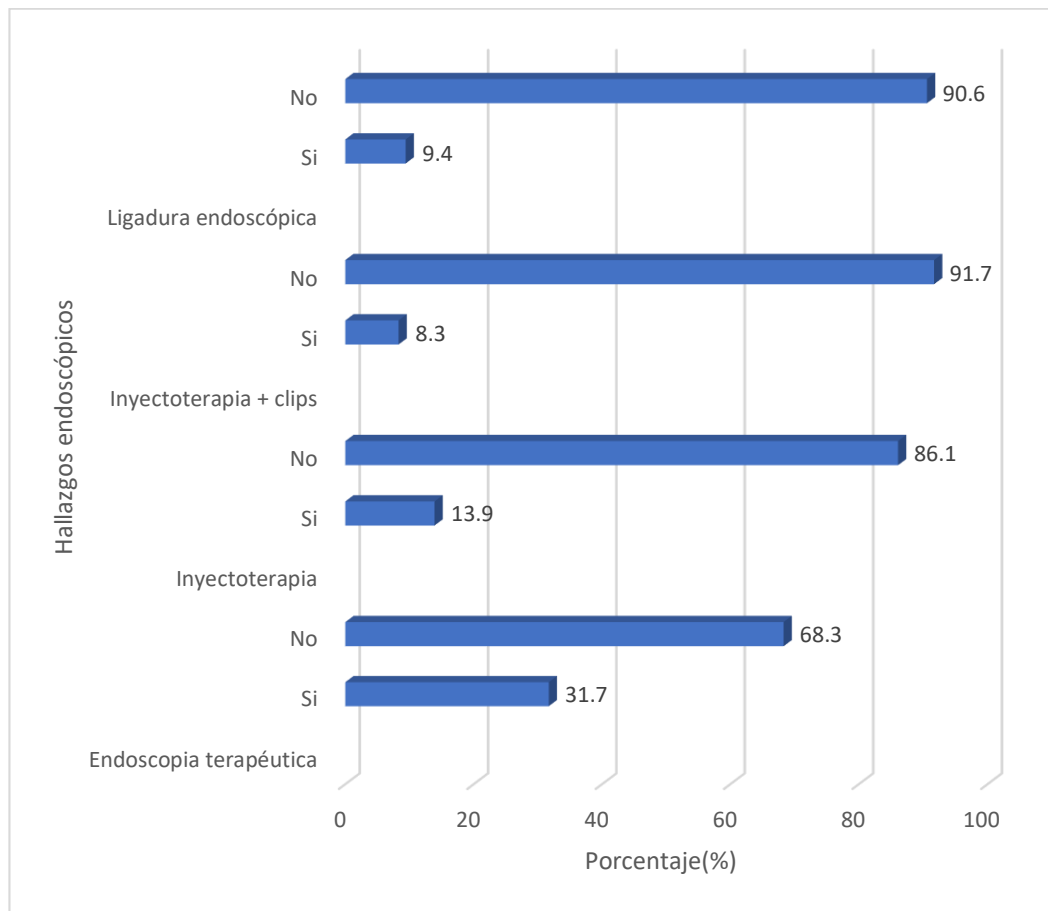
Hallazgos endoscópicos	N°.	%
Endoscopia terapéutica		
Si	57	31,7
No	123	68,3
Inyectoterapia		
Si	25	13,9
No	155	86,1
Inyectoterapia + clips		
Si	15	8,3
No	165	91,7
Ligadura endoscópica		
Si	17	9,4
No	163	90,6
TOTAL	180	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°.10 muestra que el 31.7% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa se les realizó endoscopia terapéutica, al 13.9% pacientes con hemorragia digestiva alta se les aplicó inyectoterapia, al 8.3% pacientes con hemorragia digestiva alta se les hizo inyectoterapia + clips, mientras que 9.4% pacientes con hemorragia digestiva alta se sometieron a ligadura endoscópica.

Gráfico N°. 10

**Manejo endoscópico en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica
Arequipa, 2013 - 2021**



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 11**Clasificación de lesión ulcerada por la escala de Forrest en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021**

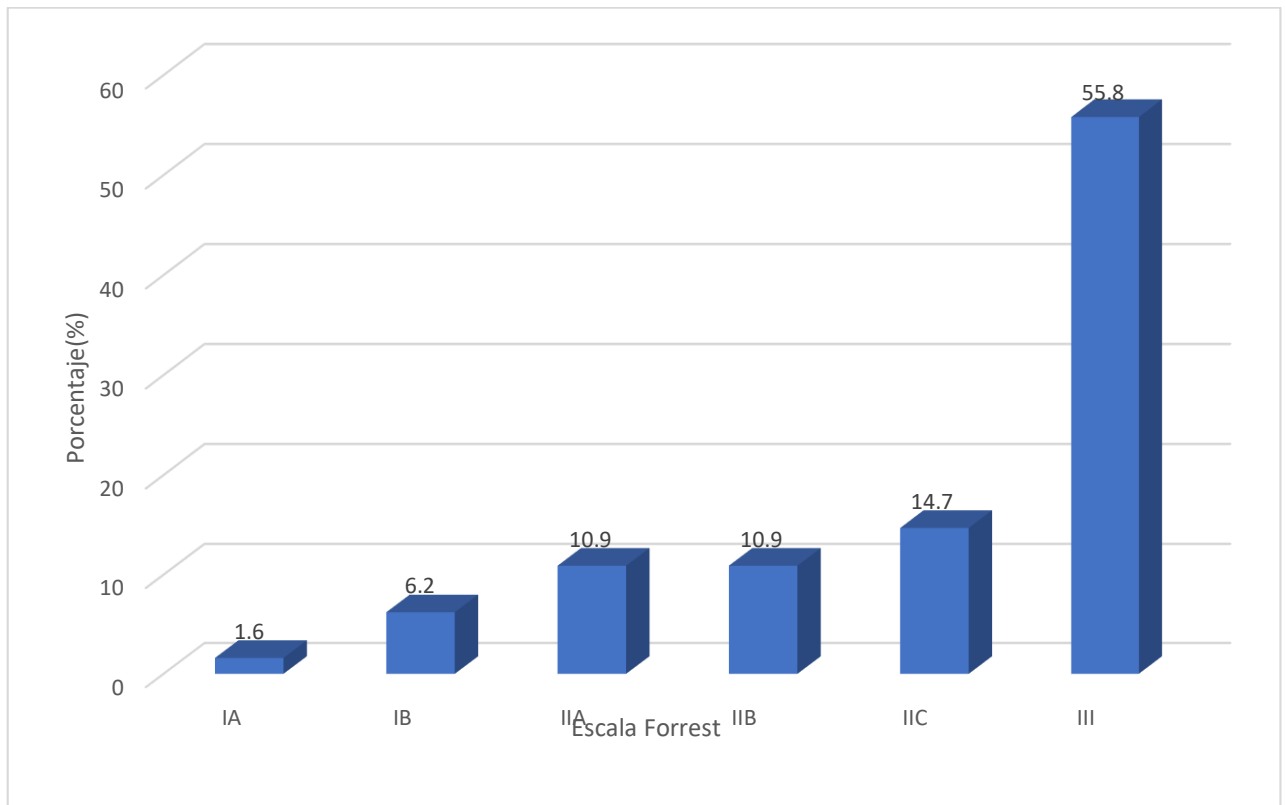
Escala Forrest	N°.	%
IA	2	1,6
IB	8	6,2
IIA	14	10,9
IIB	14	10,9
IIC	19	14,7
III	72	55,8
TOTAL	129	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°.11 muestra que el 55.8% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa presentaron lesión ulcerada de grado III (esto está ligado a las úlceras pépticas con lesión limpia cubierta con fibrina, sin ningún tipo de protuberancia o cambio en coloración y bajo riesgo de recidiva), el 14.7% presentaron lesión IIC(mancha plana pigmentada con puntos de hematina 7-10% riesgo de recidiva), seguido del 10.9% de pacientes con lesión ulcerada IIA (vaso visible en el lecho de la lesión con 50% de recidiva), mientras que 6.2% y 1.6% corresponden a lesiones IB y IA respectivamente con alto riesgo de recidiva.

Gráfico N°. 11

Clasificación de lesión ulcerada por Escala de Forrest en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 – 2021



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 12

**Manejo médico de la lesión ulcerada en los pacientes hemorragia digestiva alta en la
Clínica Arequipa, 2013 – 2021**

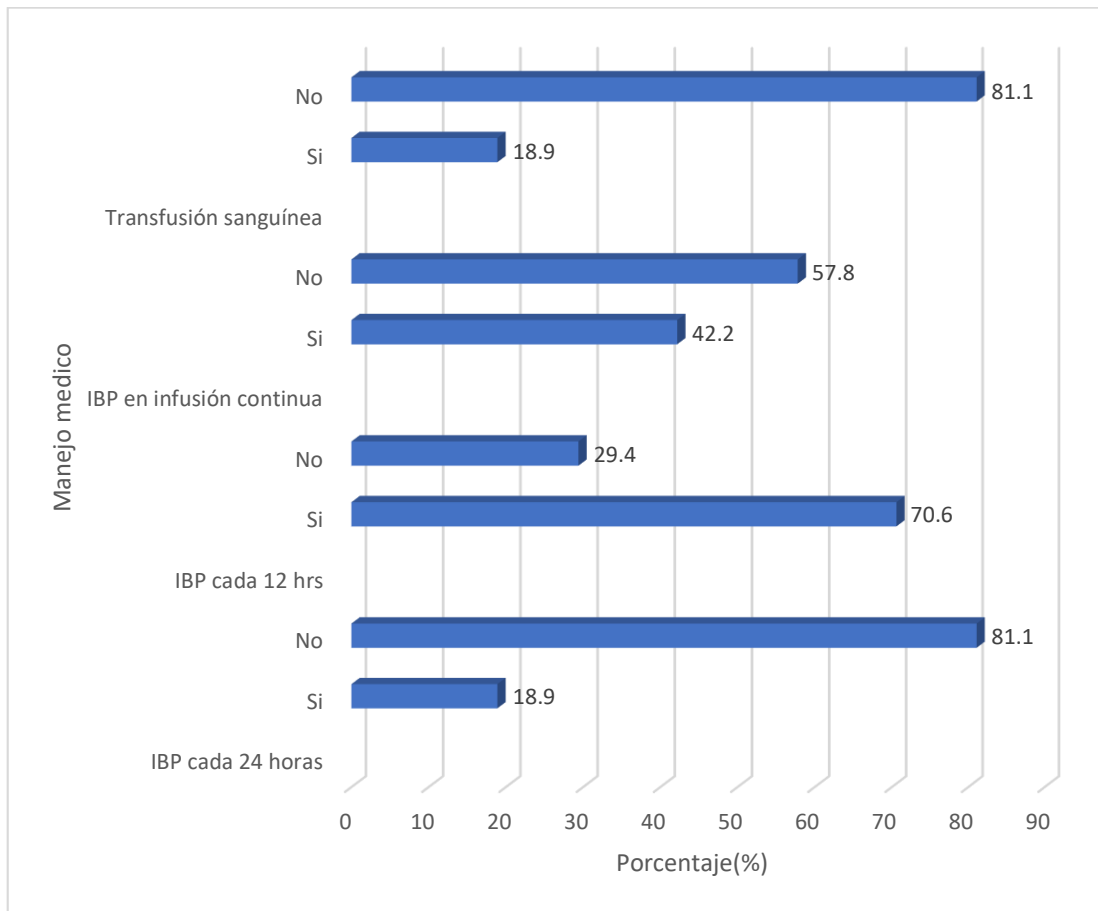
Manejo medico	N°.	%
IBP cada 24 horas		
Si	34	18,9
No	146	81,1
IBP cada 12 horas		
Si	127	70,6
No	53	29,4
IBP en infusión continua		
Si	76	42,2
No	104	57,8
Transfusión sanguínea		
Si	34	18,9
No	146	81,1
TOTAL	180	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°.12 muestra que al 18.9% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa se les administro inhibidores de la bomba de protones cada 24 horas, al 70.6% de pacientes se les administro inhibidores de la bomba de protones cada 12 horas y al 42.2% se les administró inhibidores de la bomba de protones en infusión continua, mientras que al 18.9% de los pacientes se les realizo transfusión sanguínea cuando la hemoglobina era menor a 7 g/dl.

Gráfico N°. 12

**Manejo médico de la lesión ulcerada en los pacientes hemorragia digestiva alta en la
Clínica Arequipa, 2013 - 2021**



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N°. 13

Apetito en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 –
2021

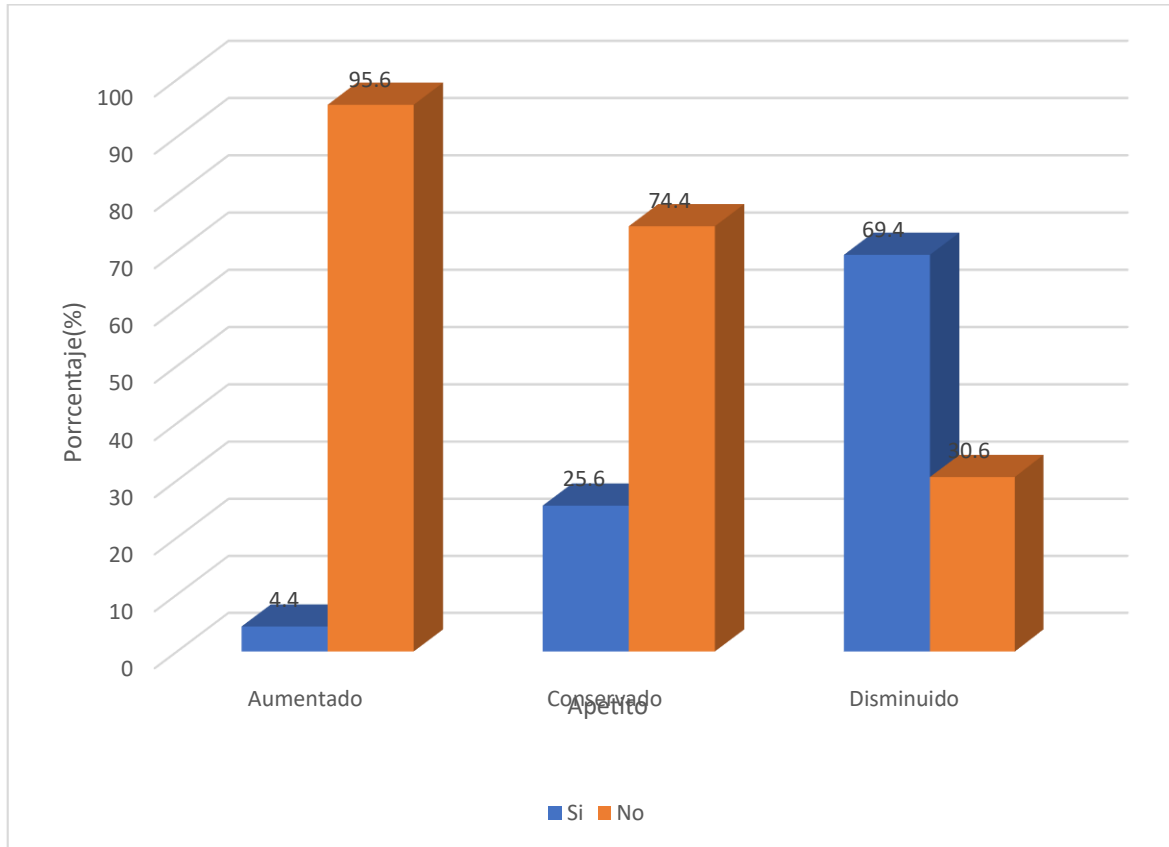
Apetito	N°.	%
Aumentado		
Si	8	4,4
No	172	95,6
Conservado		
Si	46	25,6
No	134	74,4
Disminuido		
Si	125	69,4
No	55	30,6
TOTAL	180	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°.13 muestra que el 4.4% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa presentan apetito aumentado, seguido del 25.6% de pacientes con apetito conservado, mientras que el 69.4% de pacientes tienen apetito disminuido.

Gráfico N°. 13

**Apetito en los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa, 2013 -
2021**



Fuente: Elaboración Propia.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de describir las características epidemiológicas, endoscópicas y manejo de la hemorragia digestiva alta en pacientes que asisten a la Clínica Arequipa 2013 - 2021. Se realizó esta investigación debido a que será una importante contribución académica al generar nuevos conocimientos que servirán de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores.

Se encontró que la hemorragia digestiva alta es más frecuente en varones en un 66.33% siendo menor en mujeres en un 33.67%, el grupo etario más afectado para ambos sexos son los pacientes mayores de 61 años con porcentajes de 28.33% en varones y 23.33% en mujeres, estos porcentajes coinciden con las diferentes literaturas las cuales nos indican que es más frecuente en varones, estos valores son similares comparados con los estudios de Gustavo Salvatierra Laytén. donde el 65.81% fueron varones (38), y de Ulloa Muñoz Fiorella. que concluyo que el 63.93% de pacientes con hemorragia digestiva alta fueron varones, y un 36.07% mujeres (39), pero difiriendo del estudio realizado por Franco Velásquez, donde predominan las mujeres en un 56.8% sobre los varones 43,2%, y el grupo etario más afectado son los pacientes mayores de 71 en un 24.2% (40).

Con respecto a los antecedentes y patologías el 15.0% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa tienen diabetes, el 27.2% presentan hipertensión arterial, seguido del 19.4% con cirrosis, mientras que el 10.6% de los pacientes con hemorragia digestiva alta presentan enfermedad reumática. Además, el 91.1% presento gastropatía, mientras que el 58.3% tuvieron anemia secundaria, a nivel internacional el estudio realizado por Hierro Gonzales y Jiménez Sánchez, determino que los pacientes con hemorragia digestiva alta presentaron hipertensión arterial en un 21.05% siendo similar el porcentaje a lo encontrado en nuestro estudio, y diabetes mellitus en un 7.72% (41). A nivel local Muñoz Ulloa, concluyo que las patologías de mayor llegada fueron la anemia en 78.69%, la gastralgia 37.70% y la hipertensión arterial con tratamiento 22.95% (39), nuestros resultados presentaron una similitud con la investigación de Velásquez Ccoa Javier, donde la comorbilidad asociada más frecuente es la gastropatía y/o enfermedad ulcero péptica con una frecuencia de 50,0% (40).

En cuanto a la presentación clínica el 66.7% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa presentan palidez, seguido del el 60.0% presentaron melena, 55.0%

hematemesis, el 13.9% tienen hematoquecia mientras que el 33.3% tuvieron síncope, estos valores coinciden con los resultados del estudio de Velásquez, donde los síntomas y signos más frecuentes de presentación fueron melena en un 73.2%, palidez 69.5% hematemesis 64.6% (40), nuestros resultados también coinciden con Ulloa, la cual concluyó que los pacientes con hemorragia digestiva alta, como manifestación clínica de mayor frecuencia presentaron melena en el 80.33%, hematemesis 47.54%, vómitos porráceos 24.59% determinando que la melena es un signo importante para el diagnóstico por su alta frecuencia, teniendo en cuenta que en la hemorragia digestiva alta la presentación clínica varía de acuerdo a la localización de la lesión sangrante en el tubo digestivo, y sería necesario la pérdida de solo 50 ml de sangre para poder ser observada (39).

Los resultados del dolor abdominal muestran que el 22.2% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa presentan dolor abdominal generalizado, seguido del 29.4% de pacientes con dolor mesogastrio, mientras que el 41.7% de pacientes tienen dolor abdominal epigastrio siendo este el que se presenta con más frecuencia, se encontró una asociación estadística con el estudio de Ulloa. donde manifiesta que el 83.44% tuvieron dolor abdominal, con localización predominante en epigastrio en el 81.9% (39).

Con respecto al consumo de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), el 41.7% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa consumen AINES, de los cuales el 29.4% de pacientes consumen paracetamol, el 11.7% ibuprofeno, seguido del 21.7% de pacientes que consumen diclofenaco, y el 23.3% salicilatos, estos resultados son similares al estudio de Salvatierra Laytén, en su investigación concluyó que los AINES más utilizados causantes de hemorragia digestivo alta, con mayor frecuencia fue la aspirina (60%), seguido de ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15.8%) y 31% consumía más de dos AINES (38). Así mismo se encontraron coincidencias con Ulloa. quien demostró que el mayor consumo de AINES/Salicilatos previos a episodio de hemorragia digestivo alta fueron ácido acetil salicílico en 34.79%, Naproxeno 30.43% y Paracetamol + Diclofenaco sódico en 17.39%, cabe señalar que el consumo de AINES incrementa el riesgo de daño en la mucosa gástrica por la disminución en la producción de prostaglandinas las cuales tienen efectos beneficiosos, por otra parte los AINES al ionizarse quedan atrapados por más tiempo en las células epiteliales gástricas generando daño en estas (39).

En cuanto a sustancias nocivas, el 47.8% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa consumen alcohol, mientras que solo el 26.1% de la población estudiada consumen tabaco, siendo similar con el estudio de Ulloa, donde el 42.62% consumía bebida y 24.59% tabaco (39). Por otra parte, Aguilar y Torres, determino que el consumo de alcohol se registró en el 56% (37), cabe resaltar que Andrade y colaboradores indicaron que está demostrado que el consumo de tabaco y alcohol aumenta el riesgo de sangrado digestivo alto en pacientes (32).

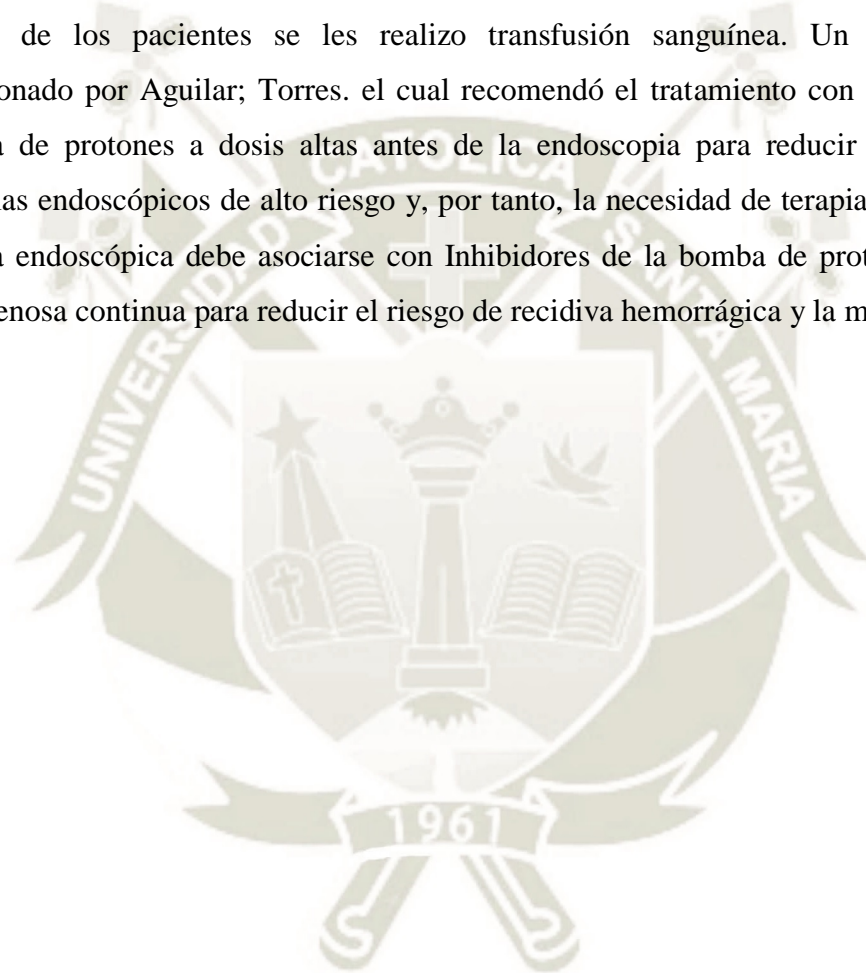
Los hallazgos endoscópicos específicamente de la endoscopia diagnostica muestran que el 100% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa se les realizo endoscopia diagnostica, el 71.7 % presentaron ulcera péptica, el 16.1% tienen varices esofágicas, solo el 8.3% tuvieron Síndrome Mallory Weiss, mientras que el 30.6% presentaron otros hallazgos endoscópicos asociados a su hallazgo actual, estos valores difirieren con el estudio de Ulloa Muñoz ya que en este las características endoscópicas, predominantes con 65.6% fueron la gastropatía erosiva y eritematosa, úlcera péptica en el 54.1% de usuarios y várices esofágicas en 19.7% (39), pero presentando una similitud en el estudio realizado de Tintaya Pinto donde se encontró enfermedad ulcerosa péptica en un 67.5% y varices esofágicas en el 11.6% son de mayor frecuencia (42).

La clasificación de lesión ulcerada de Forrest muestra que el 55.8% de los pacientes con hemorragia digestiva alta presentaron lesión ulcerada de grado III (esto está ligado a las úlceras pépticas con lesión limpia cubierta con fibrina, sin ningún tipo de protuberancia o cambio en coloración y bajo riesgo de recidiva), el 14.7% presentaron lesión IIC (mancha plana pigmentada con puntos de hematina 7-10% riesgo de recidiva), seguido del 10.9% de pacientes con lesión ulcerada IIA, mientras que el 10.9% , 6.2% y 1.6% corresponden a lesiones IIB, IB y IA respectivamente con alto riesgo de recidiva, cabe destacar que en los estudios realizados por Ulloa Muñoz (39), y Tintaya se encontró una mayor prevalencia en la clasificación de Forrest III en un 75.76% y 30.2% respectivamente, determinando de esta manera que el Forrest III es el de mayor frecuencia epidemiológica en estos estudios y con la bibliografía revisada la cual determina que la mayor parte de las e lesiones se auto limitan (42)

En lo referente al manejo endoscópico, el 31.7 % de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa se les realizo endoscopia terapéutica, al 13.9% se les aplico inyectoterapia, al 8.3% de pacientes con hemorragia digestiva alta se les hizo inyectoterapia + clips, mientras que 9.4% se sometieron a ligadura endoscópica.

El estudio realizado por Laine y McQuaid, determinaron que la inyectoterapia con adrenalina no debe usarse como monoterapia dado que esta se asocia a altas tasas de hemorragia recurrente es por eso que recomiendan el uso de terapia combinada (43).

Al 18.9% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa se les administro Inhibidores de la bomba de protones cada 24 horas, al 70.6% de pacientes se les administro Inhibidores de la bomba de protones cada 12 horas, y al 42.2% se les administró Inhibidores de la bomba de protones en infusión continua, mientras que al 18.9% de los pacientes se les realizo transfusión sanguínea. Un dato interesante mencionado por Aguilar; Torres. el cual recomendó el tratamiento con Inhibidores de la bomba de protones a dosis altas antes de la endoscopia para reducir la frecuencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo y, por tanto, la necesidad de terapia endoscópica. La terapia endoscópica debe asociarse con Inhibidores de la bomba de protones en infusión endovenosa continua para reducir el riesgo de recidiva hemorrágica y la mortalidad (37).



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** El grupo etario de mayor frecuencia fueron los pacientes mayores de 61 años y una mayor proporción en pacientes varones en el 66.33%. La comorbilidad de mayor presentación fue la Hipertensión arterial con el 27,2% seguido de Cirrosis con el 19.4%. En la manifestación clínica la palidez es la más predominante (66.7%), seguido de presentaron melena en el 60.0%, poco más de la mitad de los pacientes presentan hematemesis, mientras que el 33.3% tuvieron síncope. La localización de dolor abdominal en epigastrio fue el 41.7% siendo este el de mayor valor, seguido del 29.4% en mesogastrio y 22.2% de localización generalizada.
- SEGUNDA:** Todos los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa se les realizó endoscopia diagnóstica, casi tres cuartas partes presentaron úlcera péptica, el 16.1% tienen varices esofágicas, solo el 8.3% tuvieron Síndrome Mallory Weiss. Poco más de la mitad de los pacientes con hemorragia digestiva alta presentaron lesión ulcerada de grado III, y en menor frecuencia se encontró IB y IA de 6.2% y 1.6% respectivamente.
- TERCERA:** Al 18.9% de los pacientes con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa se les administró inhibidores de la bomba de protones cada 24 horas, al 70.6% de pacientes se les administró inhibidores de la bomba de protones cada 12 horas, menos de la mitad se les administró inhibidores de la bomba de protones en infusión continua, mientras que al 18.9% de los pacientes se les realizó transfusión sanguínea cuando la hemoglobina fue menor a 7g/dl., Al 31.7% de pacientes se le realiza endoscopia terapéutica, el procedimiento que se realiza con más frecuencia fue la inyectoterapia con adrenalina.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al director de la Clínica Arequipa realizar diferentes auditorías clínicas que permita mejorar registro de la información con respecto a sus pacientes, teniendo en cuenta que este documento será base para las futuras investigaciones.
2. Se recomienda desarrollar un estudio prospectivo, que permita mejorar el registro de las variables epidemiológicas, endoscópicas y clínicas; ayudando de esta forma a comprender mucho mejor la patología gastro intestinal, contribuyendo de esta forma a una mejor atención para los pacientes de la Clínica Arequipa.
3. Se sugiere elaborar la clasificación correcta de los hallazgos endoscópicos en base a escalas establecidas y describir el tratamiento endoscópico al momento de redactar la epicrisis.
4. Se recomienda estructurar una guía en la que se plasma el manejo terapéutico de hemorragia digestiva alta para las atenciones futuras en la Clínica Arequipa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Moreira V, Garrido E. Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Rev. esp. enferm.* 2014.
2. Sanchez c, Garcia J, Hervás A. Hemorragia Gastrointestinal. *Rev. Aegastro.* 2015.
3. Carpio A, Cárdenas A. Manejo del Sangrado por Varices Esofágicas en Pacientes con Cirrosis. *Rev. Exp. Medica.* 2016; Volumen N° 34(2).
4. Mero A. Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes que acuden al Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010 -2011 y Propuesta de un Protocolo Actualizado de Atención. Tesis. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014.
5. Martínez J, Garzón M, Rey M, Hernández G, Beltran O. Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes cirróticos con sangrado varicoso en dos hospitales de Bogotá, Colombia. *Rev.Col Gastroenterol.* 2016 Febrero; 31(4).
6. Gonzales J. Sangrado Digestivo Alto no Variceal. *Rev. Medica de Costa Rica y Centroamerica (Medigraphic).* 2015 Febrero.
7. Espinoza J, Aguilar V, Alban E, Pinto J. Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. R. *Rev. Gastroenterol.* 2016; Vol. 36(Nro. 2).
8. Khaddaj A, Serrano A, Hernandez I, Lizarzabal M. Predictores de recurrencia de sangrado en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. *Rev. Scielo-Venezuela.* Venezuela 2014. 2014 Febrero; Vol 68(N. 3.).
9. Ferraina P, Oría A. Cirugía de Michans - Hemorragia digestiva alta Buenos Aires: El Ateneo; 2002.
10. Debognie J. Endoscopic et Prognostic de l'hrmorragie der tractus digestive superieur. *Gastroenterol Clin Biol.* 1999; 3.
11. Mellinger J. Upper gastrointestinal endoscopy current status.. *Semin Laparosc Surg.* 2003 March; 10(302).
12. Domschke W, Lederer P, Luz G. The value emergency endoscopy in upper astrointestinal bleeding Review and annalysys of 2014 cases. *Endoscopy.* 1998; 15.
13. Morgan A, Clamp S. OMGE: International upper gastrointestinal bleeding survey. *Scand Gastroenterol.* 1998; 36(518).

14. Morales C, Sierra S, Hernández A. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. *Rev. esp. enferm.dig.* 2011 Enero; 103(1).
15. Martínez A, Gonzales A, Dominguez M. Patología Digestiva Alta en pacientes de edad avanzada con anemia ferropénica: comparación entre usuarios y no usuarios de anti-inflamatorios no esteroideos. *An Med Interna.* 2001 Julio; 17-20.
16. Arents N, Thijs J, van Zwet A, Kleibeuker J. Does the declining prevalence of *Helicobacter pylori* unmask patients with idiopathic peptic ulcer disease? Trends over an 8 year period. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2004;(779-83.).
17. Ibrahim W. Massive haemoptysis: The definition should be revised. *Eur Respir J.* 2008; Vol. 32.
18. Cisa L. TOP DOCTORS. [Online].; 2015 [cited 2021 Marzo 13. Available from: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/epistaxis>.
19. Parswa A. Manual MSD Generalidades sobre la Hemorragia Digestiva Alta. [Online].; 2019 [cited 2021 Marzo 13. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-gastrointestinales/hemorragia-digestiva/generalidades-sobre-la-hemorragia-digestiva#:~:text=La%20melena%20consiste%20en%20heces,delgado%20o%20del%20colon%20derecho>.
20. Bogoch AHg. Síntomas gastrointestinales. Interpretación clínica. Barcelona: Ancora S.A; 1992.
21. Larrea R. Clínica Davila. [Online].; 2019 [cited 2021 Marzo 13. Available from: <https://www.davila.cl/que-es-un-sincope-y-por-que-se-produce/>.
22. Monserrat A. Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Úlcera Péptica y alto riesgo de resangrado-evolución, tratamiento y factores pronósticos. (Tesis doctoral). Barcelona: Facultad de Medicina Humana Universidad de Basrcelona –España ; 2005.
23. Gralnek I, Barkun A. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. *N. Engl J Med* 2. 2008; 359(928-37.).
24. Cook D, Guyatt G, Salena B. Endoscopic therapy for acute non variceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis *Gastroenterology.* 13948th ed. 102 ,

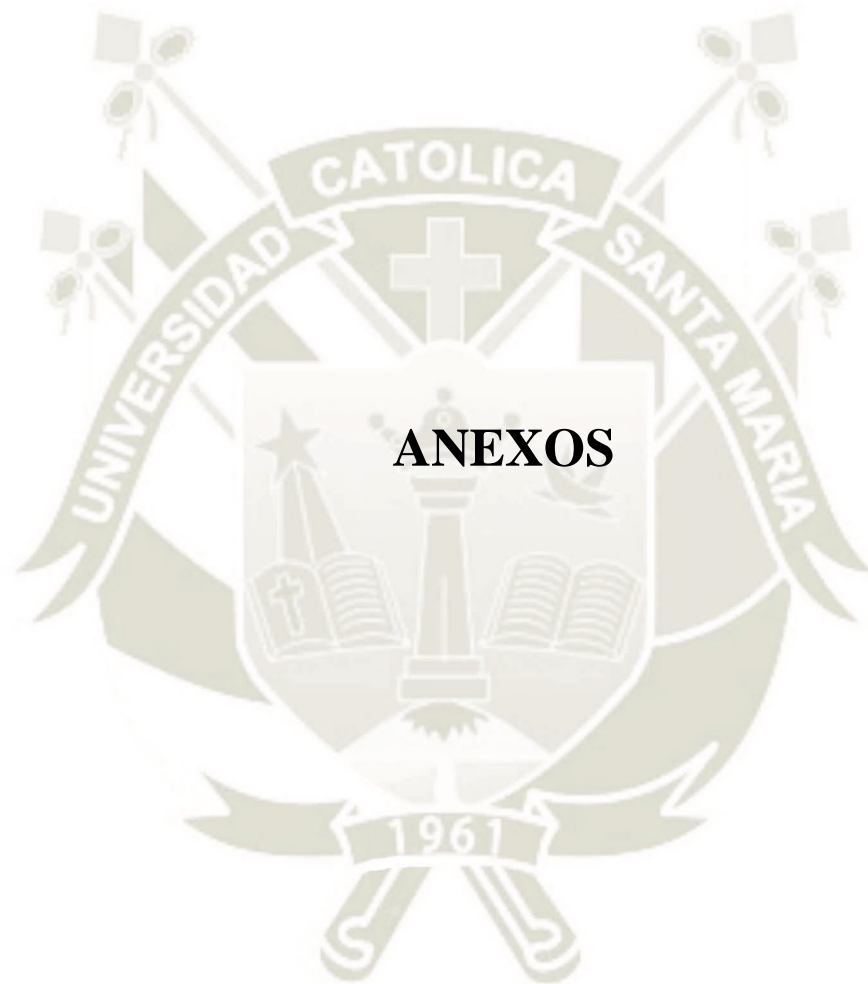
- editor.; 1992.
25. Espejo H, Velásquez H. Hemorragia digestiva aguda. Colegio Médicos del Perú. 2011.
 26. Ríos E, Almarsegui G, Gálvez D. Hemorragia Digestiva Alta. Unidad de Gastroenterología. Apuntes de Medicina. 2010.
 27. Hierro A, Jiménez N. Sangrado digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. *Rev cubana med.* 2003 Ciudad de la Habana jul.-ago.; 42(4).
 28. Roblero J, Valenzuela J. Hemorragia Digestiva Alta y Anti-Inflamatorios no Esteroidales: Una Experiencia Local. *rev. med. Clinica Las Condes.* 2002 Enero; 13(1).
 29. Pusajó J, Egurola M, Hernández M, Rodríguez A. Hemorragia digestiva alta. In Pusajó J, Egurola M, Hernández M, Rodríguez A. Medicina crítica y terapia intensiva. Buenos aires: Hernandez editores; 1994. p. P. 453-455.
 30. Velasquez L. Farmacos antiinflamatorios no esteroideos y otros analgesicos antiipireticos. Farmacología basica y clinica. 2008.
 31. Rodríguez Z, Acosta D, Fong J. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. *Rev. Cubana de cirugía.* 2010 Marzo; 49(1).
 32. Andrade A, Arosemena E, Batista Y, Béliz E. Factores asociados a la hemorragia digestiva alta en pacientes con enfermedad ulceropéptica. Servicio de gastroenterología. *Rev. Méd. Cient.* 2003; 16(1).
 33. Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, MorenO P. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterol Hepato.* 2003; 26.
 34. Wikman P, López E, Safont P, Matarranz del Amo M, Navarro R. Antiagregación y anticoagulación, relación con la hemorragia digestiva alta. *Rev. esp. enferm. dig. v.* 2011 Madrid julio; 103(7).
 35. Moreira, V, López A. Alteraciones digestivas por antiinflamatorios no esteroideos. *Rev. esp. enferm. dig.* 2004 Madrid octubre; 96(10).
 36. Bosch, J, Burroughs A. Manifestaciones clínicas y tratamiento de los episodios

- hemorrágicos en pacientes cirróticos. Tratado de Hepatología Clínica TI, editor. Barcelona: Masson,; 2001.
37. Aguilar D, Torres M. Factores de riesgo de la hemorragia digestiva variceal en pacientes cirróticos. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Escuela de medicina; 2018.
38. Salvatierra G, De la Cruz L, Marja P, Vidal V. Características clínicas hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima: Hospital nacional Hipolito Unanue; 2010.
39. Ulloa Muñoz F. Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva en el hospital III Goyeneche Arequipa 2015. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de medicina; 2015.
40. Velásquez J. Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de hemorragia digestiva alta no variceal en el servicio de gastroenterología. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa; 2012.
41. Hierro G, Sánchez J. Sangrado digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, *Habana*; 2013.
42. Tintaya D. características clínicas y endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Area del Perú Lima enero 2012-diciembre. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Católica de Santa María, Lima; 2013.
43. Laine L, McQuaid K. Terapia endoscópica para las úlceras hemorrágicas: un enfoque basado en evidencia basado en metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *Pub Med*. 2008 Agosto; 7(1).
44. Basto M, Vargas G, Chaparro P. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva Alta en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” 1980 - 2003. *Rev. Gastroenterol*. 2004 Julio; 25(3).
45. Waldbaun C,PS. Hemorragia digestiva alta. En: Pusajó J.F, Egurola M.A, Hernández

M.S, Rodriguez A.H. M. Medicina Critica Y Terapia Intensiva Fisiopatología Diagnostico Y Terapéutica. H. ; Hernández Editores(P. 453-455).

46. Villanueva Sánchez CGPJ,M. Hemorragia gastrointestinal Barcelona; 2018.





ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nro. de Historia clínica:

Fecha de llenado de la ficha:

1. Edad:
2. Sexo:
3. Estancia hospitalaria: días

ANTECEDENTES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS

Diabetes Mellitus: Si (), No ()
 HTA: Si (), No ()
 Cirrosis: Si (), No ()
 Coagulopatía: Si (), No ()
 Neoplasia Si (), No ()
 Enfermedad Reumática Si (), No ()
 Gastropatía y/o enfermedad ulcero péptica: Si (), No ()
 Antecedentes quirúrgicos: Si (), No ()
 Anemia secundaria: Si (), No ()

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Hematemesis: Si (), No () Melena: Si (), No ()
 Palidez: Si (), No () Sincope: Si (), No ()
 Hematoquecia: Si (), No () Otros: Si (), No ()
 Dolor abdominal: Si (), No () tipo.....
 Apetito: aumentado (), conservado (), disminuido ()

LABORATORIO: Hb de ingreso: g/dl Hb de egreso: g/dl
 Consumo de AINES y/o fármacos agresivos: Si (), No () tipo.....
 Alcohol: Si (), No () Tabaco: Si (), No ()

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS

Endoscopia diagnostica: Si (), No ()
 Hallazgos.....

.....
 Endoscopia terapéutica: Si (), No ()

Manejo
 endoscópico.....

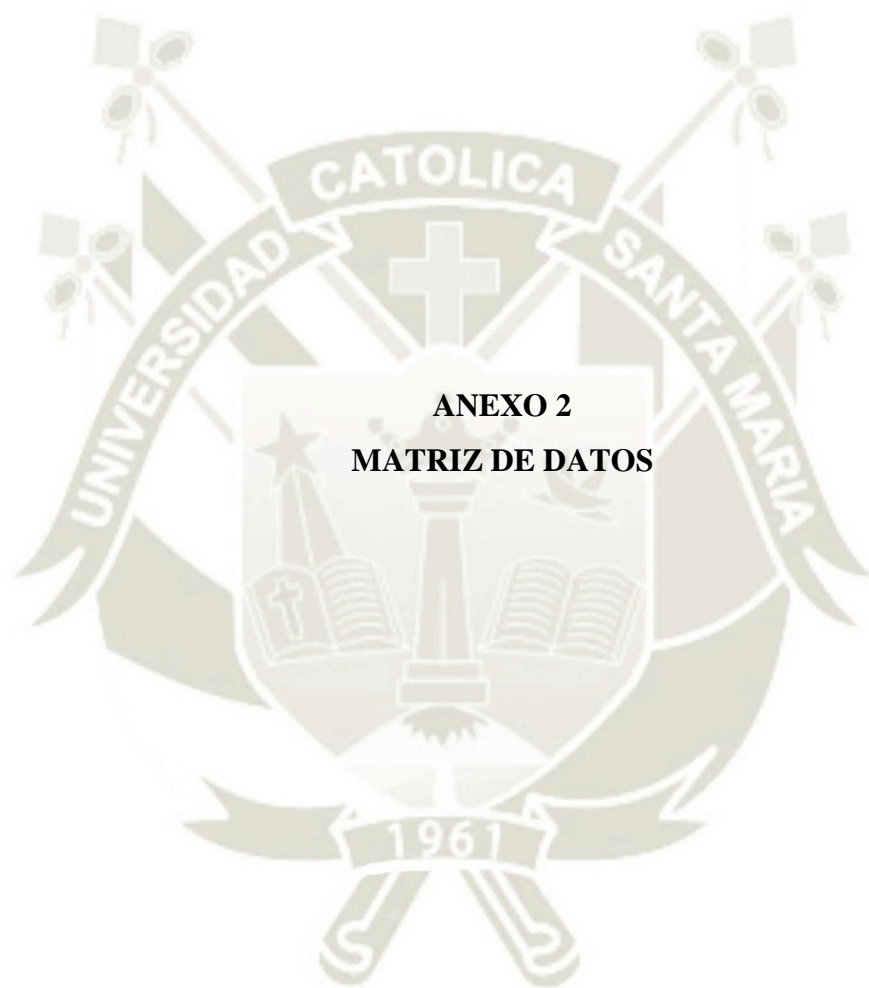
Clasificación de lesión ulcerada por Escala de Forrest

IA () IB () IIA () IIB () IIC () III ()

Consenso de Baveno IV: varices pequeñas < 5mm () varices grandes > 5mm ()

MANEJO MEDICO

IBP cada 24 horas Si (), No ()
 IBP cada 12 horas Si (), No ()
 IBP en Infusión continua Si (), No ()
 Transfusión sanguínea Si (), No ()



I D	Comorbilidades									Presentación clínica					Dolor abdominal				Hb ing res o	H n eg res o	A I N E S	P ar ce tam ol	I bu pro Jen o	D ic lof ena co	S al ic l it o s	A l c o h ol	T a b ac o	Antecedentes y patologías							Hallazgos endoscópicos							Manejo médico			Apetito			
	E d a d	S e s	Estan cia hospit alaria	Di ab eti es	H T A	Ci rr os is	Coa gul opa tia	O be sidad	Enfer medad reumat ica	He mat ome sis	P al id ez	He mat ocu ezia	M el e na	Si ne op e	O tr o s	Ge ner al ido	Me sog ast rio	Ep iga str io										Endo s copia diag nóst ica	Ulc era p ap tica	Varic es esofa gicas	Conse nso de bavono IV	Sd Mall ory Weiss	O tr o s	Endo s copia terape utica	Inye ct ot erap ia	Inye ct ot erap ia + clips	Lig adura endosc opica	Ese ala For rest	IBP cada 24 hrs	IBP cada 12 hrs	IBP en infusio n continua	Transf usion sanguí nea	Au me nta do	Co nse rva do	Ds mi ni do			
145	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	9.5	8.5	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	3	2	1	1	2	1	2	2	4	2	1	1	2	2	2	1
29	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	5.9	8.1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1		
319	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	15	13.6	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2				
420	1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	15.6	13.8	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1			
522	2	3	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	13.6	12	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1			
636	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	14.4	13	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1				
761	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	6.9	8.3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	6	2	1	1	2	2	2	1			
859	1	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	5.8	7.3	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	
940	1	6	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	13.2	8.6	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	4	2	1	1	2	2	2	1			
104	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	14.8	13.2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	1	2			
118	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	9	8.4	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	3	2	1	1	2	2	1	3	2	1	1	2	2	1	2			
123	1	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	10.8	9.2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3	2	1	2	2	2	6	2	1	1	2	2	2	1		
137	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	11	9.7	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1			
148	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	12	9.6	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1		
152	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	13.6	12	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	3	2	1	1	2	2	2	1	
167	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	13.4	12.2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	1	2		
174	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	12.5	11.5	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	
182	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	10.9	9.8	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	1	2	2	2	6	2	1	1	2	2	2	1				
197	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	7.6	10.6	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1		
208	2	6	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	9.2	8.5	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1			
216	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	12.6	9.9	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	6	2	1	2	2	2	1	2				
225	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	10.9	10.2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	3	2	1	2	2	2	6	2	1	1	2	2	1	2	
234	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	12.9	14	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	1	1	2	2	2	5	2	1	2	2	2	1	2				
244	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	8.4	6.2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	6	1	2	2	2	2	1	2					
252	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	10	7.5	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	1	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1					

8430	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	14.5	13.2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	6	1	1	2	2	2	1	2
8544	2	4	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	8.3	10.9	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1			
8608	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	9.5	10.2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	1	2				
8739	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	8.2	9.4	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	1	2				
8874	2	3	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	6.7	8.9	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	6	2	1	1	2	2	2	1				
8956	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	8.3	10.1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	1	2					
9059	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	13.2	9.7	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	4	2	1	1	2	2	1	2					
9196	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	13.1	10.5	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1				
9258	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	17.4	15.4	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	1	1	2	2	2	1	2				
9371	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	14.6	12.6	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	1	1	2	2	2	1	2			
9401	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	13.2	10.6	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	1	2	2	2	1				
9544	1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	13.5	10.2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1				
9671	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	13.2	8.2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1				
9721	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	13	12.5	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1				
9871	1	4	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	4.4	10	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	6	2	2	1	1	2	2	1						
9912	4	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	12.6	12	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	1	2	2	2	1					
1006	1	16	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	8.1	9	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	2	2	4	2	1	2	1	2	2	1						
1067	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	14.3	13.1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	5	2	1	2	2	2	2	1				
1077	2	5	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	9.7	8.1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2	1					
1083	4	2	4	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	7.8	7.5	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	1	2					
1044	2	1	5	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	10.3	9.9	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	2	1	2	2	1	2				
1054	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	13.3	13	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2	1	1	2	1	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2					
1065	1	4	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	20.8	19.20	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1				
1078	0	2	10	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	10.9	9.2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2				
1081	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	12.3	11.3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	1	2	2	2	2	1			
1099	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	6.8	7.4	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	1	2	2	1					
1105	1	4	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	13	13	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	1	2	2	2	2	2	1					
1114	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	13.1	13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1				
1182	5	1	4	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	12.8	12.8	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1				

17162	1	3	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	9.2	8.9	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	5	2	1	2	2	2	2	1	
171758	2	5	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	11.4	10	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	1	1	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	
171773	7	2	4	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	12.3	10	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	1	
171746	6	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	8.4	8.6	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	4	1	2	2	1	2	2	1
171785	8	4	1	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	8.5	12.2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	2	2	4	2	2	1	1	2	2	1			
171753	5	3	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	14.6	12.5	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	2	1	2	2	2	1	
171793	9	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	10.3	10.5	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1	
171780	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	9.8	9.4	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	2	2	1	1	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1			
171731	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	13.8	13.4	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	2	2	2	1		
171880	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	13	10	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	1	1	2	2	4	2	1	2	2	2	2	1		



ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y de diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS, HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y MANEJO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA CLÍNICA AREQUIPA, AREQUIPA 2013 - 2021”</p>	<p>¿Cuáles son las características epidemiológicas en los pacientes con hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa?</p> <p>¿Cuáles son las características endoscópicas en pacientes con Hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa?</p> <p>¿Cuál es el manejo clínico y endoscópico en pacientes con</p>	<p>Describir las características epidemiológicas, endoscópicas y manejo de la hemorragia digestiva alta en pacientes que asisten a la Clínica Arequipa 2013 - 2021.</p> <p>Identificar las características epidemiológicas en pacientes con Hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa 2013-2021.</p> <p>Identificar las características</p>	<p>No se requiere por tratarse de un estudio observacional</p>	<p>Nivel de investigación: Descriptivo. Es una investigación observacional, retrospectiva y transversal.</p>	<p>Pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en la Clínica Arequipa.</p>	<p>Técnica: Ficha de recolección de datos</p> <p>Instrumentos: revisión de historias clínicas 2013-2021</p>

	<p>Hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa?</p>	<p>endoscópicas en pacientes con Hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa 2013-2021. Establecer el manejo en pacientes con Hemorragia digestiva alta que acuden a la Clínica Arequipa 2013-2021.</p>				
--	--	--	--	--	--	--