

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL III GOYENECHE AREQUIPA- 2015”

Trabajo de investigación presentado por:

IORELLA ULLOA MUÑOZ

Para optar el Título Profesional de
MÉDICO CIRUJANO.

AREQUIPA – PERÚ

2016

DEDICATORIA:

*A Dios, por guiarme en este sendero,
y hacerme instrumento suyo.*

*A mi familia, por ser la fuerza impulsadora
en momentos de debilidad,
por brindarme el amor más puro
y enseñarme a transmitirlo a mi prójimo.*

*A mis amigos, por hacer más liviano
el recorrido de este gran camino.*

1961

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Págs.
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
CAPITULO I	11
MATERIALES Y METODOS	11
1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION	12
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	12
2.1. Ubicación espacial	12
2.2. Ubicación temporal	12
2.3. Unidades de estudio	13
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS	13
4. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS	14
CAPITULO II	16
RESULTADOS	16
CAPITULO III	43
DISCUSION	44
CAPITULO IV	50
CONCLUSIONES	51
CAPITULO V	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	57
ANEXO I: PROYECTO DE TESIS	58

ANEXO 2: INSTRUMENTOS	95
ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACION	97



INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1	17
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE HDA	
Tabla N° 2	19
ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN BIOLÓGICA: APETITO	
Tabla N° 3	21
EXPLORACIÓN FÍSICA ABDOMINAL EN PACIENTES CON HDA.	
Tabla N°4	23
LOCALIZACIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTES	
Tabla N° 5	25
RESULTADOS DEL TACTO RECTAL	
Tabla N° 6	27
DISTRIBUCION DE PATOLOGIAS COMORBIDAS	
Tabla N°7	29
DISTRIBUCION DE EDAD Y SEXO EN PACIENTES CON HDA	
Tabla N°8	31
ANTECEDENTES DE CONSUMO DE AINES/SALICILATOS	
Tabla N° 9	33
ANTECEDENTES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
Tabla N° 10	35
TIPOS DE ENDOSCOPIA ALTA REALIZADA	
Tabla N° 11	37
PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO DURANTE LA ENDOSCOPIA ALTA	
Tabla N° 12	39
HALLAZGOS ENDOSCOPÍCOS EN LA HDA	
Tabla N°13	41
CLASIFICACIÓN DE FORREST DE LA ÚLCERA PÉPTICA	

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pág
Gráfico N° 1	18
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE HDA	
Gráfico N° 2	20
ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN BIOLÓGICA: APETITO	
Gráfico N° 3	22
EXPLORACIÓN FÍSICA ABDOMINAL EN PACIENTES CON HDA	
Gráfico N°4	24
LOCALIZACIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTES	
Gráfico N° 5	26
RESULTADOS DEL TACTO RECTAL	
Gráfico N° 6	28
DISTRIBUCION DE PATOLOGIAS COMORBIDAS	
Gráfico N°7	30
DISTRIBUCION EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON HDA	
Gráfico N°8	32
ANTECEDENTES DE CONSUMO DE AINES/SALICILATOS	
Gráfico N° 9	34
ANTECEDENTES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
Gráfico N° 10	36
TIPOS DE ENDOSCOPIA ALTA REALIZADA	
Gráfico N° 11	38
PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO DURANTE LA ENDOSCOPIA ALTA	
Gráfico N° 12	40
HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN LA HDA	
Gráfico N°13	42
CLASIFICACIÓN DE FORREST DE LA ÚLCERA PÉPTICA	

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de describir las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes que acudieron al servicio de Medicina del Hospital Goyeneche Arequipa en el periodo del 2015. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 61 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragia Digestiva Alta (HDA). La técnica utilizada fue, el método de revisión documentaria y el instrumento una ficha de revisión documentaria. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva porcentual.

Los resultados encontrados en el estudio fueron: Los pacientes con HDA, como manifestación clínica de mayor frecuencia presentaron melena en el 80.33%, hematemesis 47.54%, vómitos porráceos 24.59%. El 88.89% había presentado disminución de apetito, 83.44% dolor abdominal, con localización predominante en epigastrio en el 81.9%. El tacto rectal realizado en la quinta parte de los pacientes fue positivo en el 80.00%. Dentro de las características epidemiológicas de la HDA, encontramos al 32.75% de pacientes entre las edades de 60 a 79 años, 24.59% entre 40 a 59 años y al 21.31% entre las edades de 30-39 años; predominando el sexo masculino en 63.93%. El mayor consumo de AINES/Salicilatos previos a episodio de HDA fueron ácido acetil salicílico en 34.79%, Naproxeno 30.43% y Paracetamol + Diclofenaco sódico en 17.39%. El 42.62% consumía alcohol y 24.59% tabaco. Sobre los antecedentes patológicos, la hemorragia digestiva se presentó en el 22.95% y la enfermedad de ácido-péptica solo en 9.84%. Las patologías co-mórbidas de mayor presentación fueron la anemia aguda en 78.69%, la gastritis 37.70% y la hipertensión arterial con tratamiento 22.95%. Sobre las características endoscópicas, en el 85.26% se realizó endoscopia diagnóstica, a nivel del estómago predomina con 65.6% la gastropatía erosiva y eritematosa, en el esófago las várices esofágicas en 19.7% y a nivel de duodeno úlcera péptica en el 23.0% de pacientes.

El 75.76% de pacientes con úlcera péptica fueron clasificados con Forrest III

Palabras Clave: Hemorragia Digestiva Alta, clínica, epidemiología, endoscopia.

ABSTRACT

This research was conducted to describe the clinical, epidemiological and endoscopic characteristics of upper gastrointestinal bleeding in patients admitted in the Medicine Service, at the Goyeneche Hospital in the period 2015

The study was descriptive retrospective. The study population consisted of 61 medical histories of patients diagnosed with upper gastrointestinal bleeding (UGB). The technique used was the method of documentary review and the instrument a card of document review. The statistical analysis was performed using descriptive percentage statistics.

The results found in the study were: patients with HDA, as most frequent clinical manifestation presented melena in 80.33%, 47.54% hematemesis, and 24.59% presented porraceo vomit. The decreased appetite had presented in 88.89%., 83.44% had abdominal pain and the predominant location was epigastric in 81.9%. Digital rectal examination performed in the half of the patients and it was positive in 80.00%. Within the epidemiological characteristics of the HDA, found 32.75% of patients between 60 and 79 aged years old, 24.59% between 40 and 59 years old and 21.31% between 30 and 39 years old; predominantly male in 63.93%. The highest use of NSAIDs / salicylate before UGB episode: acetylsalicylic acid were at 34.79%, 30.43% naproxen and Diclofenac sodium plus Paracetamol on 17.39%. The 42.62% consumed alcohol and 24.59% smoke cigarette. On medical history, gastrointestinal bleeding in 22.95% and acid-peptic disease only 9.84%. The acute anemia presentation have been major comorbid conditions at 78.69%, then gastritis at 37,70% and hypertension with treatment at 22.95%.. About endoscopic features, 85.26% of patients was for diagnostic endoscopy, the erosive and erythematous gastropathy have been stomach predominates with 65.6%, in esophagus esophageal varices at 19.7% and level duodenum peptic ulcer at 23.0% of patients. The 75.76% of patients with peptic ulcer were classified with Forrest III

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, clinical, epidemiology, endoscopy.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es aquella cuyo origen se sitúa por encima del Ángulo de Treitz. Es una emergencia médica a la que frecuentemente se enfrenta el personal médico en los servicios de salud. Su presentación puede ser grave, y potencialmente fatal, suele presentarse por complicación de la úlcera péptica, la hipertensión portal, la gastritis erosiva y el síndrome de Mallory-Weiss. Se caracteriza generalmente por manifestar sangrado externo, el cual puede variar en magnitud, en la forma de: melena, hematemesis y hematoquecia (1).

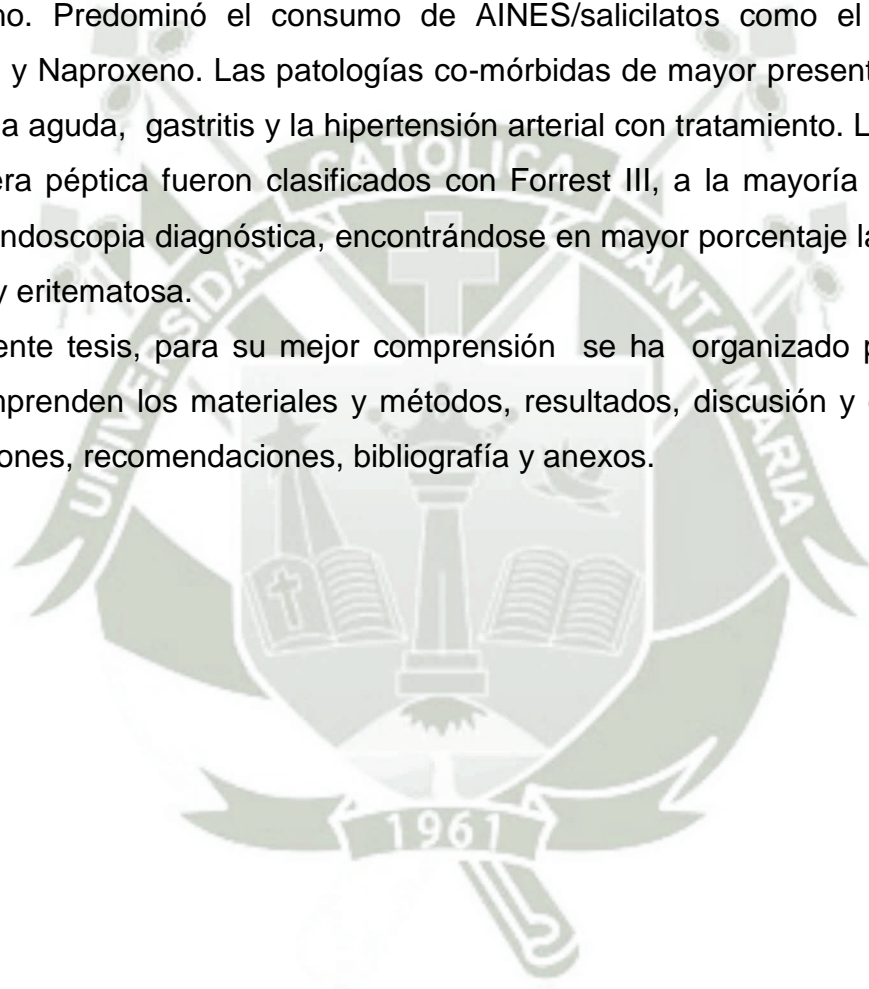
Al identificar las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la Hemorragia Digestiva alta en pacientes atendidos con sintomatología digestiva, podremos conocer frente a que tipo de paciente nos enfrentamos, se consideró de suma importancia por su relevancia epidemiológica y hallazgos endoscópicos, debido a posibilidad de agravamiento de la enfermedad. Con ello se pretende obtener datos epidemiológicos locales de lo que sucede en nuestra realidad con la finalidad de que ya obtenidos puedan contribuir a la mejor planeación en cuanto a equipo, medicamentos y capacitación del personal que cubra las necesidades locales; además, este tipo de estudio permite mostrar una realidad que debiera ser valorada en toda su dimensión por las instituciones pertinentes para establecer diagnósticos situacionales reales y generar los procesos necesarios para dinamizar, consolidar e incrementar la capacidad resolutive.

Todo ello es la motivación de este trabajo, con el que se intentó responder a ciertas cuestiones acerca de las características de la hemorragia digestiva alta, en especial sobre las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas, para lo cual hemos revisado la evidencia disponible en las bases de estudios realizados sobre el tema, tanto a nivel internacional y nacional, como se detallan en el proyecto de tesis.

El método empleado en la investigación fue la revisión documentaria, las limitaciones presentadas fueron la falta o incompleta información de datos en las historias clínicas.

Dentro de los resultados la Hemorragia Digestiva Alta, los pacientes atendidos en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el periodo 2015 se caracterizan clínicamente por presentar melena, hematemesis y vómitos porráceos, con dolor abdominal focalizado en el epigastrio. Epidemiológicamente, la mayoría de pacientes se encuentran entre 40-79 años de edad, con predominio en el sexo masculino. Predominó el consumo de AINES/salicilatos como el ácido acetil salicílico y Naproxeno. Las patologías co-mórbidas de mayor presentación fueron la anemia aguda, gastritis y la hipertensión arterial con tratamiento. Los pacientes con úlcera péptica fueron clasificados con Forrest III, a la mayoría se le realizó solo la endoscopia diagnóstica, encontrándose en mayor porcentaje la gastropatía erosiva y eritematosa.

La presente tesis, para su mejor comprensión se ha organizado por capítulos que comprenden los materiales y métodos, resultados, discusión y comentarios, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.





CAPÍTULO I

MATERIALES Y METODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

1.1. Técnica

En el estudio según los objetivos establecidos se utilizó el método de revisión documentaria

1.2. Instrumentos:

Ficha de Revisión documentaria: Instrumento que permitió registrar datos clínicos, epidemiológicos y endoscópicos de los pacientes que ingresaran con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta al servicio de Medicina subespecialidad Gastroenterología del Hospital III Goyeneche –Arequipa específicamente sobre edad, sexo, factores de riesgo concomitantes, categorización de lesiones por endoscopia digestiva alta.

El Instrumento estuvo estructurado de la siguiente forma

- Encabezamiento
- Datos generales
- Información sobre datos clínicos, epidemiológicos y endoscópicos

1.3. Materiales:

Utiles escritorio

Bibliógrafo

Ficha de recolección de datos

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La presente investigación se realizó en servicio de Medicina subespecialidad Gastroenterología del Hospital III Goyeneche –Arequipa

2.2. Ubicación temporal

El estudio se corresponde al periodo 2015.

2.3. Unidades del estudio:

2.3.1 Población de estudio

Estuvo constituida por el total de casos de Hemorragia Digestiva Alta de enero a diciembre del 2015 en el servicio de Medicina, subespecialidad de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa; por tanto, no se realizará el cálculo de muestral y los casos fueron asignados a la población de estudio mediante el muestreo no Probabilístico, es decir según criterios establecidos en la investigación.

2.3.2 Criterios de selección:

a. Criterios de inclusión

- Casos de Hemorragia digestiva alta ocurridos en el año 2015 en el hospital Goyeneche Arequipa.
- Historias clínicas de pacientes que cuentan con datos de filiación y antecedentes requeridos para el estudio,
- Historias clínicas de pacientes que cuentan con informe de endoscopia alta
- Pacientes mayores de 14 años y ambos sexos

b. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 14 años
- Historias clínicas con información incompleta con diagnóstico clínico de HDA, sin adecuado sustento clínico.
- Historias clínicas de pacientes con casos de HDA sin estudio e informe endoscópico consignado en la Historia clínica.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Recursos

a) Humanos

Investigadora: Fiorella Ulloa Muñoz

b) Físicos:

- Infraestructura del Hospital III Goyeneche Arequipa
- Ambientes del servicio de Medicina subespecialidad de Gastroenterología
- Laboratorio Clínico del Hospital III Goyeneche Arequipa
- Población demandante al servicio de Medicina subespecialidad de Gastroenterología.
- Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Santa María Arequipa.

c) Financieras:

Autofinanciado

3.2. Validación de instrumentos

Se llevó a juicio de expertos para validar la ficha de encuesta para la recolección de datos sobre factores de riesgo relacionados a la incidencia de la hemorragia digestiva alta, para juzgar la eficacia del instrumento.

4. CRITERIO O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

4.1. Plan de procesamiento

Se empleó los datos del Anexo 1 y 2, los que fueron sistematizados a una hoja de Excel.

a. Plan de clasificación

Se utilizó la matriz de sistematización de datos, diseñada en la hoja de Excel, a partir de los cuales se procesó la información en tablas según los objetivos planteados.

b. Plan de codificación

La información obtenida fue codificada, para facilitar el ingreso de datos para su procesamiento.

c. Plan de recuento

El recuento de datos fue mixta, es decir algunos datos por sistema electrónico y otras en forma manual, a partir de la matriz diseñada en la hoja de Excel.

d. Plan de tabulación

El plan de tabulación permitió elaborar tablas con información porcentual cuantitativa y cualitativa de entrada simple y doble.

e. Plan de graficación

Por la naturaleza del estudio se elaboraron diagramas circulares y gráfica de barras simples.

4.2. Plan de análisis

El análisis de los datos se realizó aplicando la estadística descriptiva con distribución de frecuencias.

Por el número de variables se realizó el análisis univariado y bivariado

Por la naturaleza del estudio fue cuantitativo y cualitativo.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

TABLA N° 1

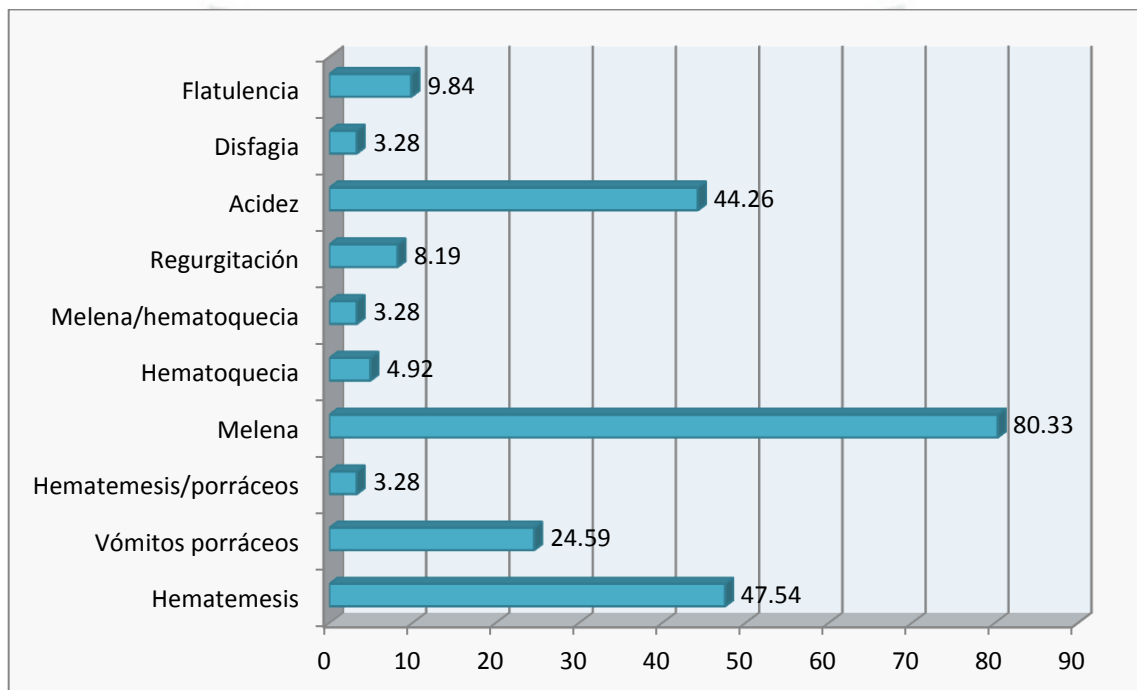
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE HDA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA 2015.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN	N° (61)	% (100)
Melena	49	80.33
Hematemesis	29	47.54
Acidez	27	44.26
Vómitos porráceos	15	24.59
Flatulencia	6	9.84
Regurgitación	5	8.19
Hematoquecia	3	4.92
Hematemesis/porráceos	2	3.28
Melena/hematoquecia	2	3.28
Disfagia	2	3.28

Se evidencia con predominio que el 80.33% de los pacientes con HDA manifestaron melena, seguido por el 47.54% de pacientes que manifestaron hematemesis y un 44.26% acidez; observándose además algunas manifestaciones en menor porcentaje.

GRÁFICO N° 1

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE LA HDA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2015.



Fuente: Tabla 1

TABLA N° 2

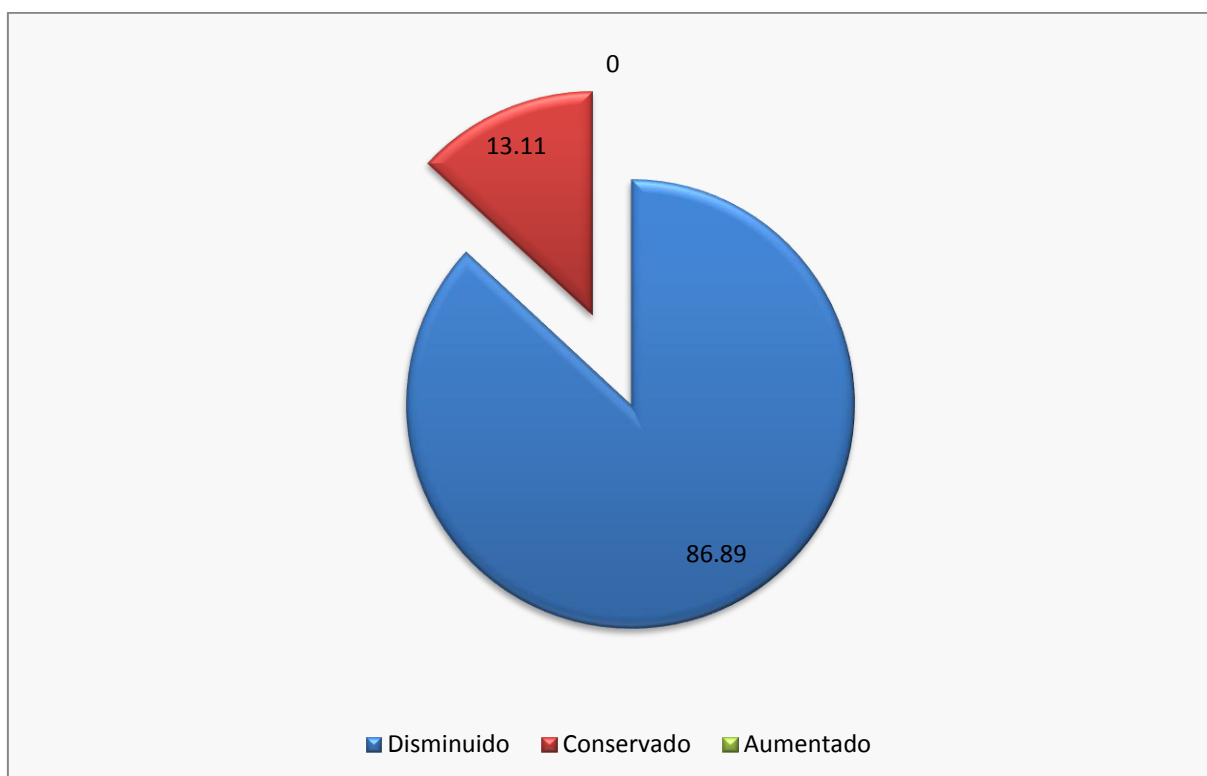
ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN BIOLÓGICA: APETITO EN PACIENTES CON HDA
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA 2015.

APETITO	N°	%
Disminuido	53	86.89
Conservado	8	13.11
Aumentado	0	0
TOTAL	61	100

Con respecto a la alteración de la función biológica del apetito, observamos que en el 86.89% de los pacientes que acudieron al Hospital III Goyeneche por presentar el cuadro de Hemorragia digestiva alta, estuvo disminuido, mientras el 13.11% manifestó apetito conservado y nadie manifestó apetito aumentado.

GRAFICO N° 2

ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN BIOLÓGICA APETITO EN PACIENTES CON HDA QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENCHE AREQUIPA
2015.



Fuente: Tabla N°2

TABLA N° 3

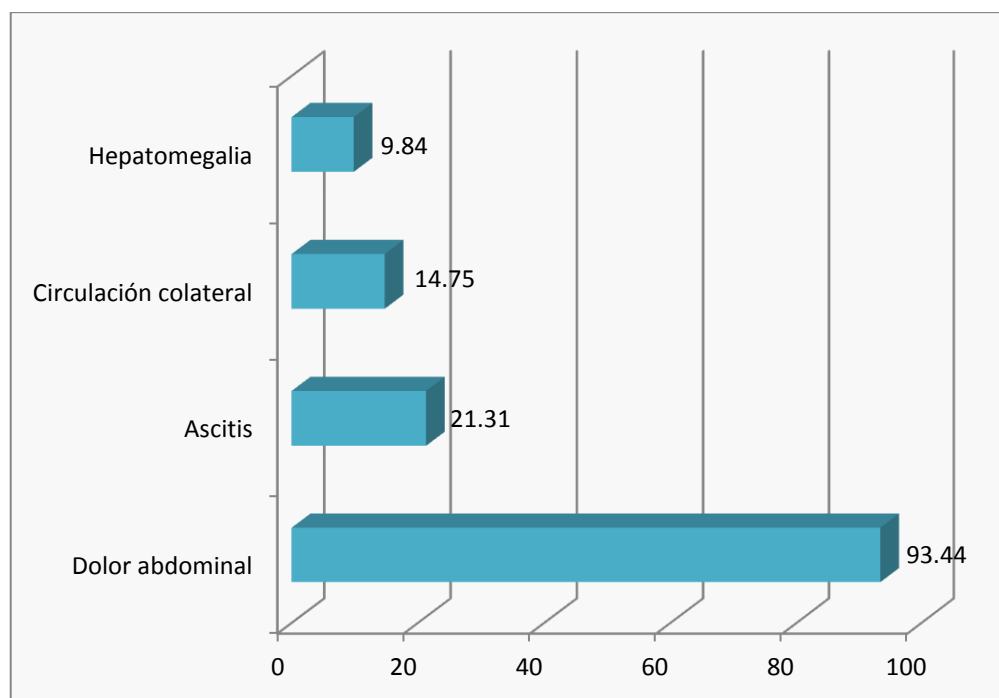
EXPLORACIÓN FÍSICA ABDOMINAL EN PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA 2015.

SIGNOLOGIA	N° (61)	% (100)
Dolor abdominal	57	93.44
Ascitis	13	21.31
Circulación colateral	9	14.75
Hepatomegalia	6	9.84

Observamos que el signo predominante a la exploración física, es el dolor abdominal alcanzando el 93.44%, así mismo observamos en menor frecuencia la presencia de ascitis en el 21.31% y circulación colateral 14.75%, ambos como signos cardinales que corresponden a la patología hepática crónica, como es la cirrosis.

GRAFICO N°3

EXPLORACIÓN FÍSICA ABDOMINAL EN PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENCHE, AREQUIPA 2015.



Fuente: Tabla N°3

TABLA N° 4

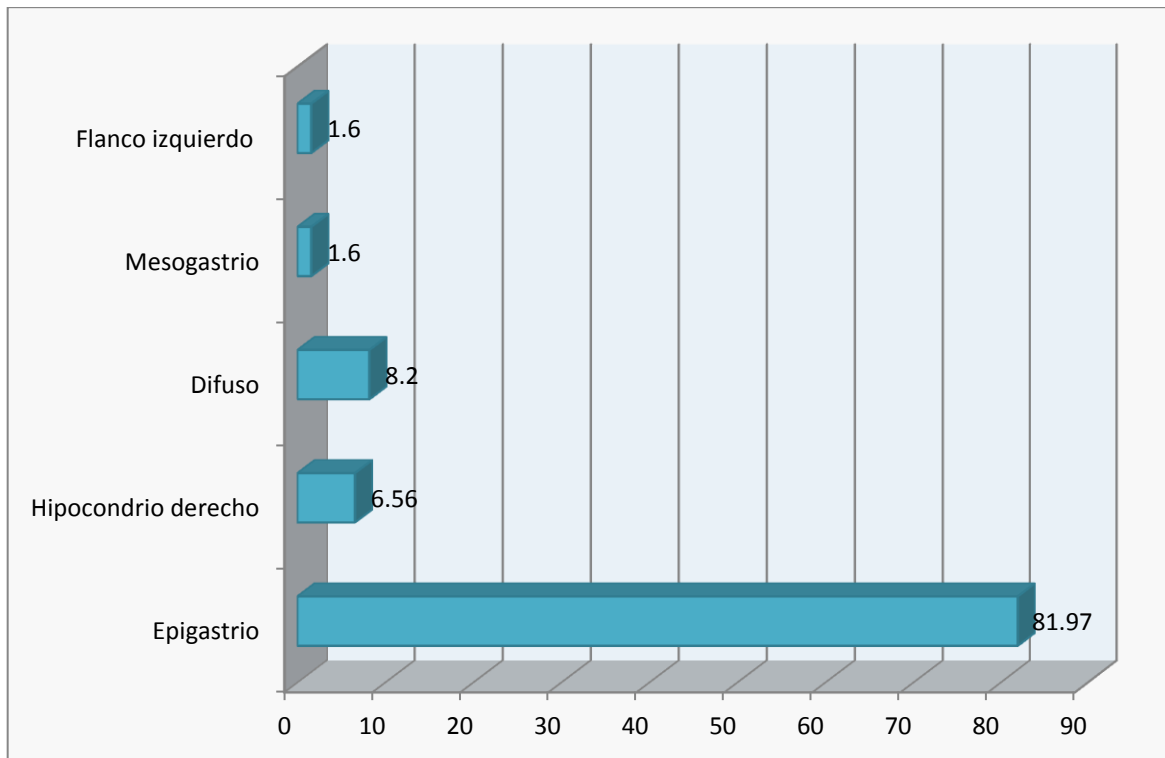
LOCALIZACIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA CON CUADRO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, 2015.

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL	N°	%
Epigastrio	50	81.97
Difuso	5	8.20
Hipocondrio derecho	4	6.56
Mesogastrio	1	1.60
Flanco izquierdo	1	1.60
TOTAL	61	100

Según la manifestación del paciente, hallamos que la localización más frecuente de dolor abdominal fue en el epigastrio con 81.97%, seguido de dolor difuso 8.20%; contrastando con otras localizaciones menos frecuentes representadas por el 1.6%.

GRAFICO N° 4

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA CON CUADRO
DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA 2015.



Fuente: Tabla N°3

TABLA N° 5

RESULTADOS DEL TACTO RECTAL EN PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENCHE AREQUIPA 2015.

TACTO RECTAL	N°	%
No se realizo	41	67.21
Positivo	16	26.23
Negativo	4	6.56
TOTAL	61	100

En los resultados encontrados con respecto al tacto rectal se evidencia que en el 67.21% este procedimiento no se realizó, resultando positivo en el 26.23%.

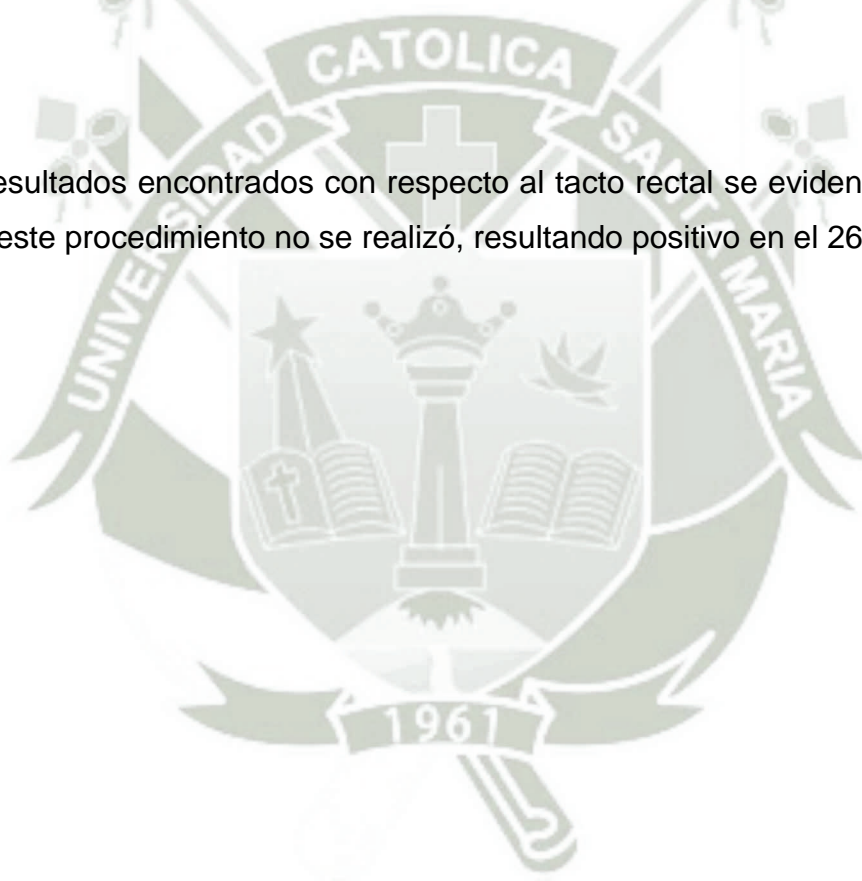
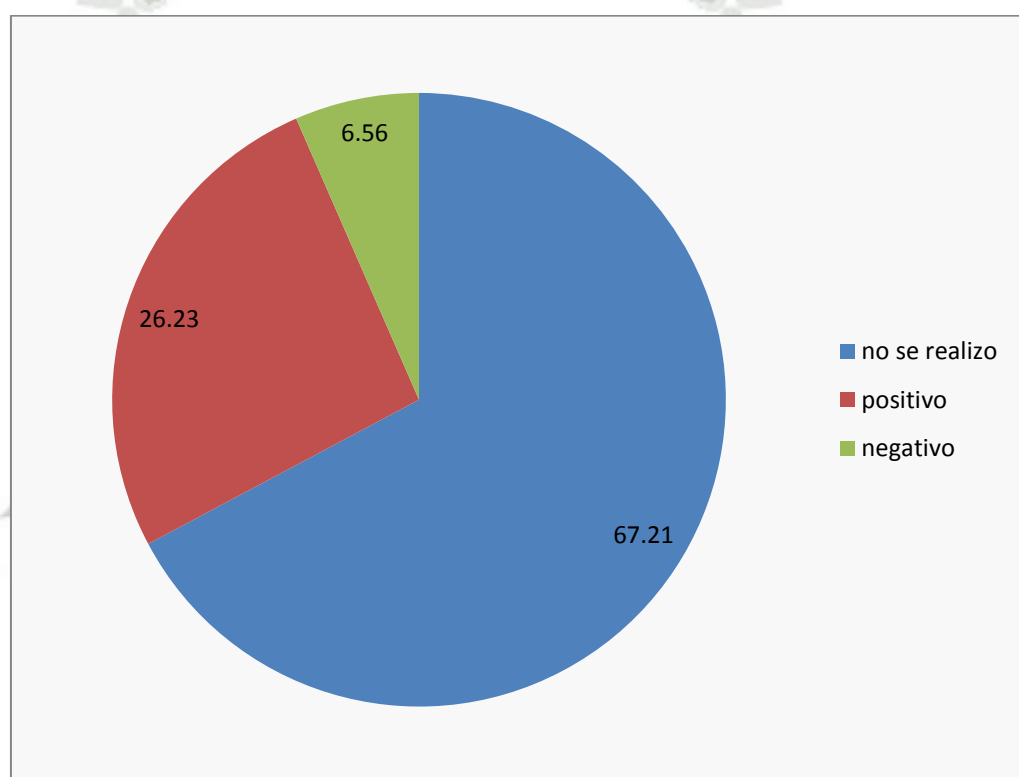


GRAFICO N°5

RESULTADOS DEL TACTO RECTAL EN PACIENTES CON HDA QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ
AREQUIPA 2015.



Fuente: Tabla N°5

TABLA N°6

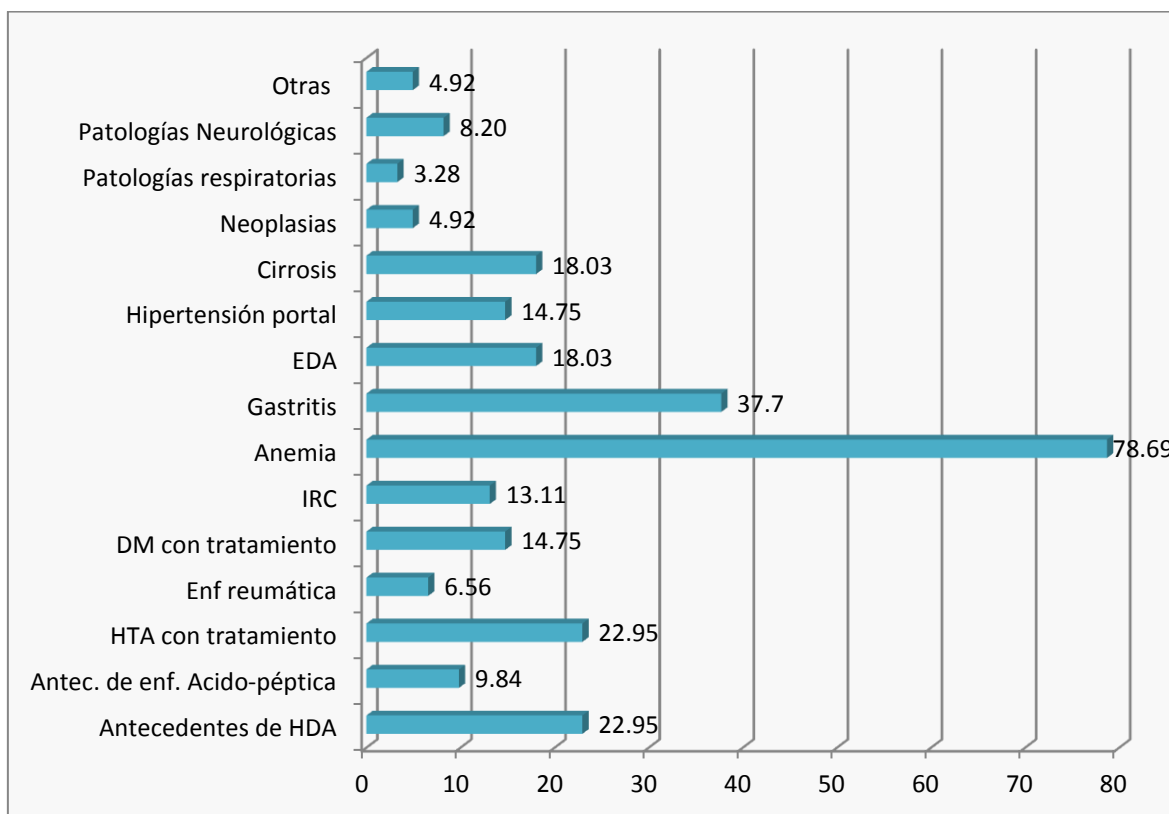
PATOLOGÍAS COMÓRBIDAS EN PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA 2015

PATOLOGIAS COMORBIDAS	N° (61)	% (100)
Anemia	48	78.69
Gastritis	23	37.7
Antecedentes de Hemorragia digestiva	14	22.95
Hipertensión Arterial con tratamiento	14	22.95
Enfermedad Diarreica Aguda	11	18.03
Cirrosis	11	18.03
Diabetes Mellitus con tratamiento	9	14.75
Hipertensión portal	9	14.75
Insuficiencia Renal Crónica	8	13.11
Antecedente de enf. Acido-péptica (confirmada por histología)	6	9.84
Patologías Neurológicas	5	8.2
Enf reumática	4	6.56
Neoplasias	3	4.92
Otras (ICC, Obesidad, desnutrición pluricarencial)	3	4.92
Patologías respiratorias	2	3.28

Dentro de las patologías que presentaron los pacientes además de la hemorragia digestiva, hallamos que la más frecuente fue la Anemia en 78.69%, así mismo la gastritis con 37.70%, el antecedente de hemorragia digestiva alta se presentó en el 22.95%, con la misma frecuencia la hipertensión arterial en tratamiento, y el diagnóstico de cirrosis en el 18.03%. En menor frecuencia los pacientes presentaron otras patologías, que agrupándolas representan el 4.92%.

GRAFICO N° 6

PATOLOGÍAS COMÓRBIDAS EN PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA 2015



Fuente: Tabla N°6

TABLA N° 7

**EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA 2015**

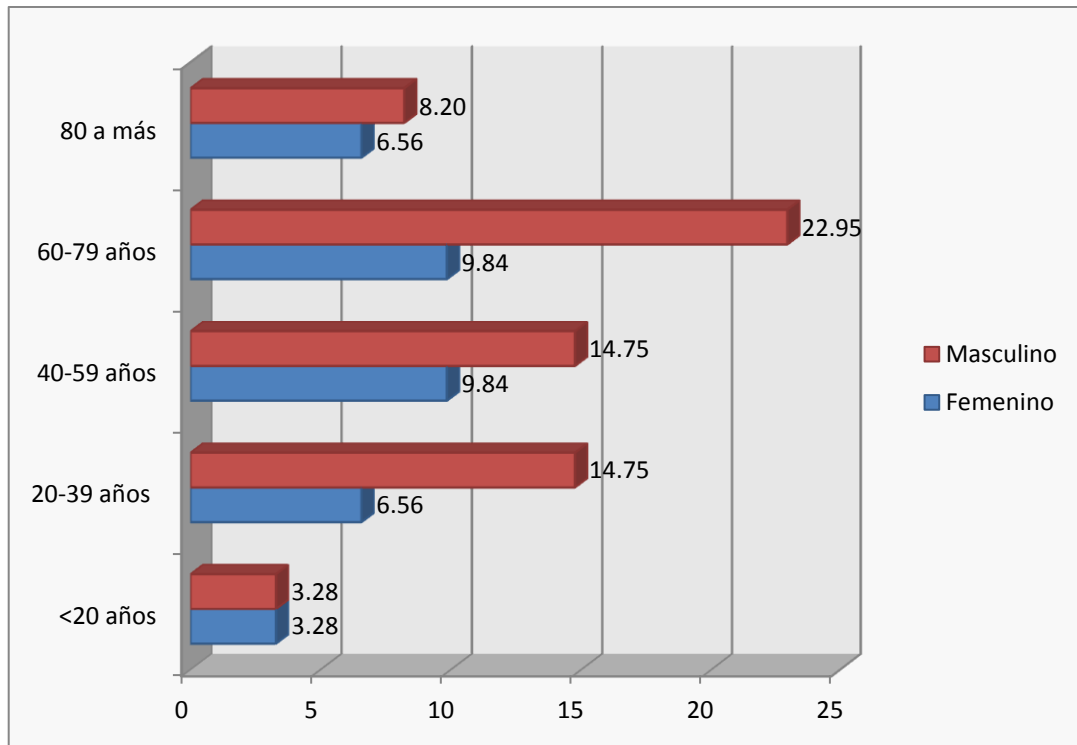
EDAD	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
<20 años	2	3.28	2	3.28	4	6.56
20-39 años	4	6.56	9	14.75	13	21.31
40-59 años	6	9.84	9	14.75	15	24.59
60-79 años	6	9.84	14	22.95	20	32.79
80 a más	4	6.56	5	8.20	9	14.75
TOTAL	22	36.07	39	63.93	61	100.00
PROMEDIO DESV .	P=55.2 DS=21.1		P= 56.5 DS = 21.5		P= 56.5 DS = 21.1	

Los resultados muestran con predominio que el 32.79% de los pacientes corresponden al grupo etario de 60-79 años, 24.59% al grupo de 40-59 años y 21.31% al grupo de 20-39 años; respecto al sexo predomina con 63.93% pacientes varones y el 36.07% mujeres; encontrándose una relación de 6:4.

La edad promedio fue de 56.1, con una desviación de ± 21.2 años, siendo el menor de los pacientes de 18 años, y el mayor de 95 años.

GRAFICO N° 7

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA 2015



Fuente: Tabla N° 7

TABLA N° 8

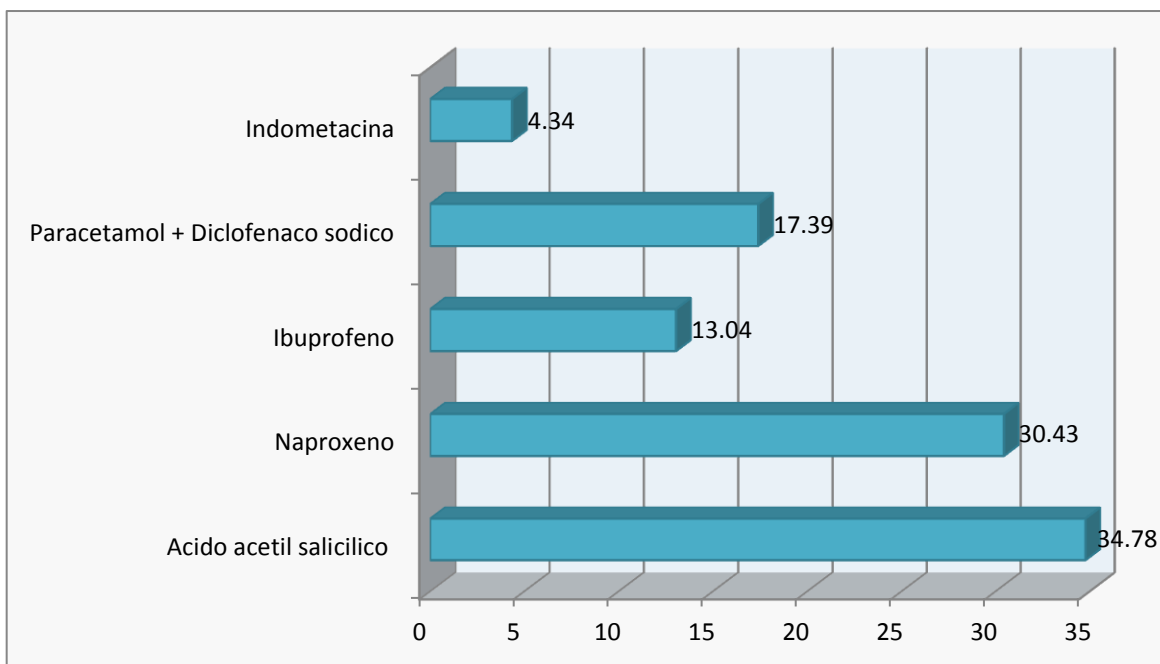
ANTECEDENTES DE CONSUMO DE AINES/SALICILATOS EN PACIENTES CON HDA
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ
AREQUIPA 2015

AINES	N°	%
Ácido acetil salicílico	8	34.78
Naproxeno	7	30.43
Paracetamol + Diclofenaco sódico	4	17.39
Ibuprofeno	3	13.04
Indometacina	1	4.34
TOTAL	23	100

Hallamos, de 23 pacientes que indicaron consumo de AINES/Salicilatos previos al episodio de HDA, el Ácido acetil salicílico fue el medicamento de consumo más frecuente en el 34.78%, seguido del consumo de Naproxeno en 30.43%, así mismo observamos que el consumo de Indometacina (4.34%) fue el menos consumido.

GRAFICO N°8

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE AINES/SALICILATOS EN PACIENTES CON HDA
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHE
AREQUIPA 2015



Fuente: Tabla N° 7

TABLA N° 9

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES
CON HDA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ AREQUIPA 2015

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	N° (61)	% (100)
ALCOHOL	26	42.62
TABACO	15	24.59

Los resultados al antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, encontramos que el 42.62% de los pacientes consumían alcohol, mientras el 24.59% tabaco.

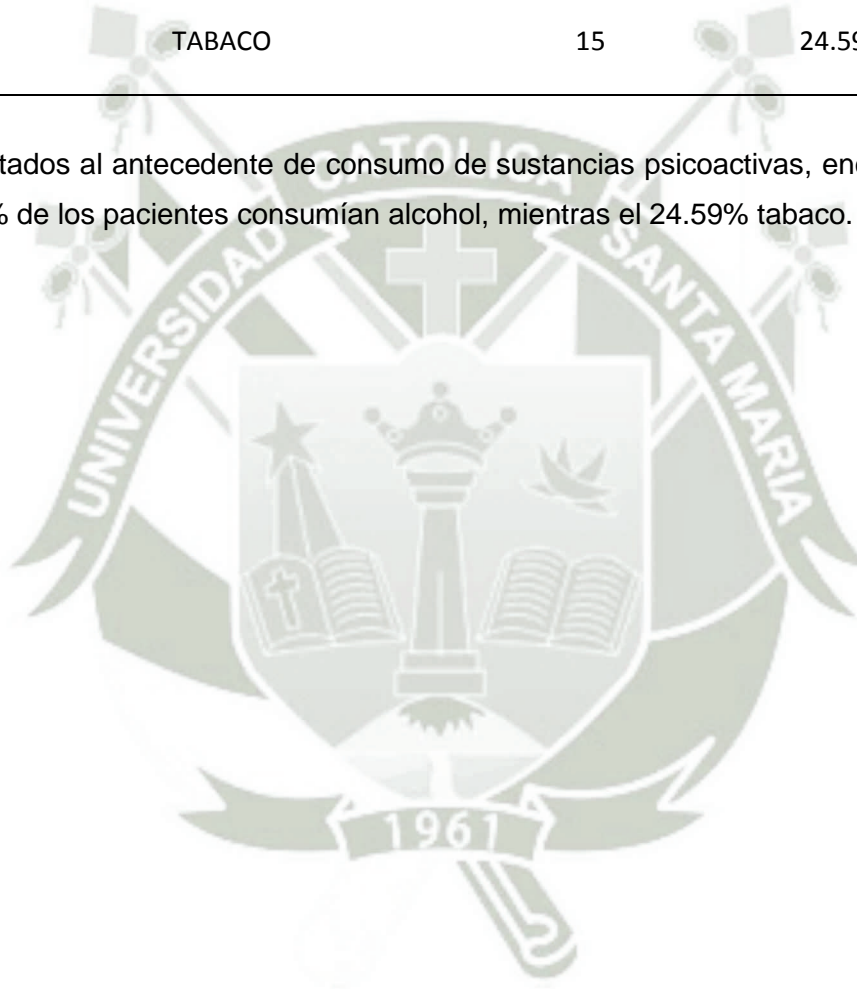
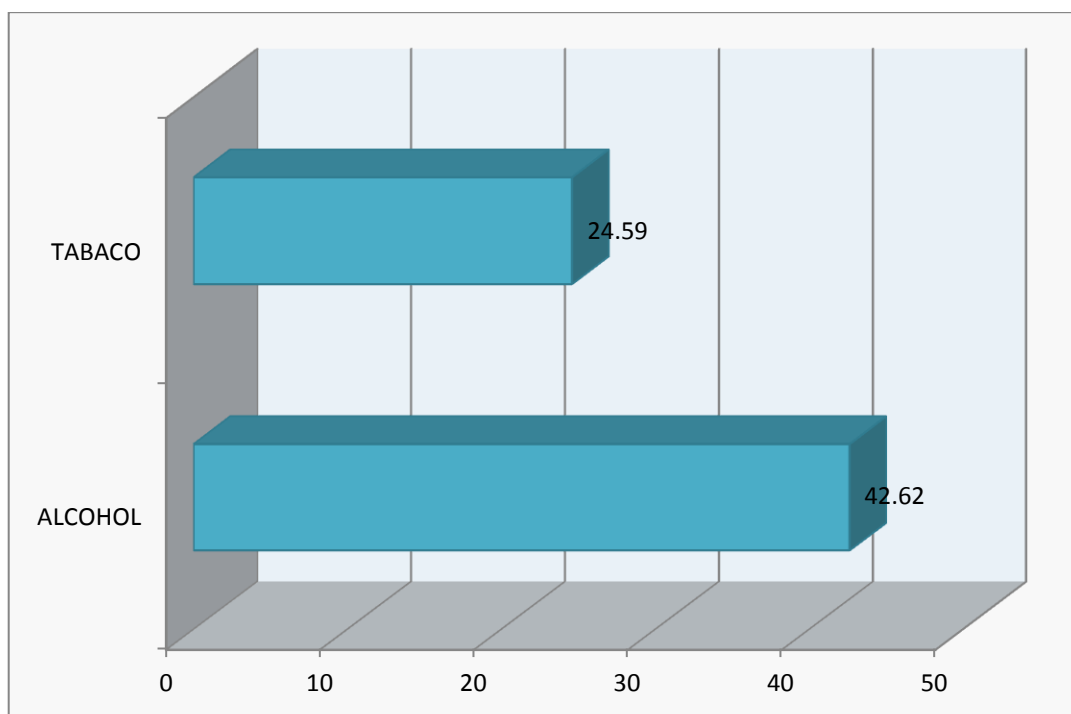


GRAFICO N°9

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES
CON HDA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III
GOYENCHE AREQUIPA 2015



Fuente: Tabla N° 9

TABLA N° 10

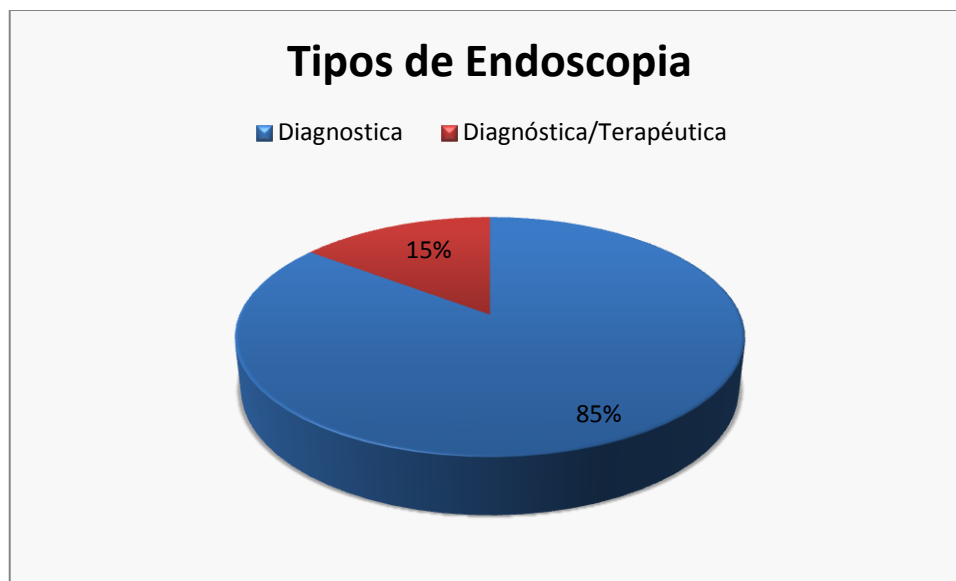
TIPOS DE ENDOSCOPIA ALTA REALIZADA EN PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN
AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENCHE AREQUIPA 2015

TIPOS DE ENDOSCOPIA	N°	%
Diagnostica	52	85.25
Diagnóstica/Terapéutica	9	14.75
TOTAL	61	100.00

Los resultados muestran que en el 85.25% de los pacientes con cuadro de Hemorragia digestiva alta se realizó solamente endoscopia diagnóstica; mientras, que en el 14.75% de los pacientes además de la endoscopia diagnóstica, tuvieron la necesidad de realizar endoscopia terapéutica.

GRAFICO N°10

TIPOS DE ENDOSCOPIA ALTA REALIZADA EN PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN
AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENCHE AREQUIPA 2015



Fuente: Tabla N° 10

TABLA N° 11

PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO DURANTE LA ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON
HDA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ III
AREQUIPA 2015

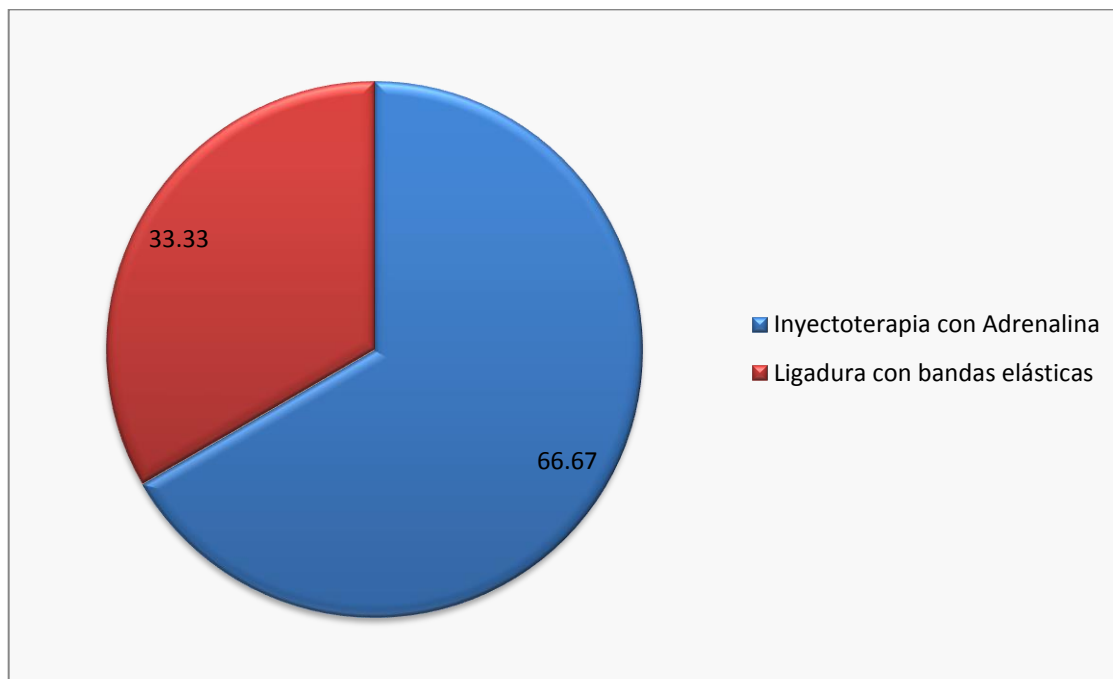
PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	N°	%
Inyectoterapia con Adrenalina	6	66.67
Ligadura con bandas elásticas	3	33.33
TOTAL	9	100

Fuente: Ficha de revisión documental
Elaboración: Propia

En los resultados hallamos, de 9 pacientes en los que se realizó endoscopia terapéutica, en el 66.67% se realizaron el procedimiento con inyectoterapia con adrenalina, en el 33.33% ligadura con bandas elásticas. Con los resultados se evidencia que la inyectoterapia y la ligadura con bandas elásticas son procedimientos de mayor uso en el tratamiento de la HDA en el Hospital Goyeneche.

GRAFICO N°11

PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO DURANTE LA ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON
HDA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ
AREQUIPA 2015



Fuente: Tabla N° 11

TABLA N° 12

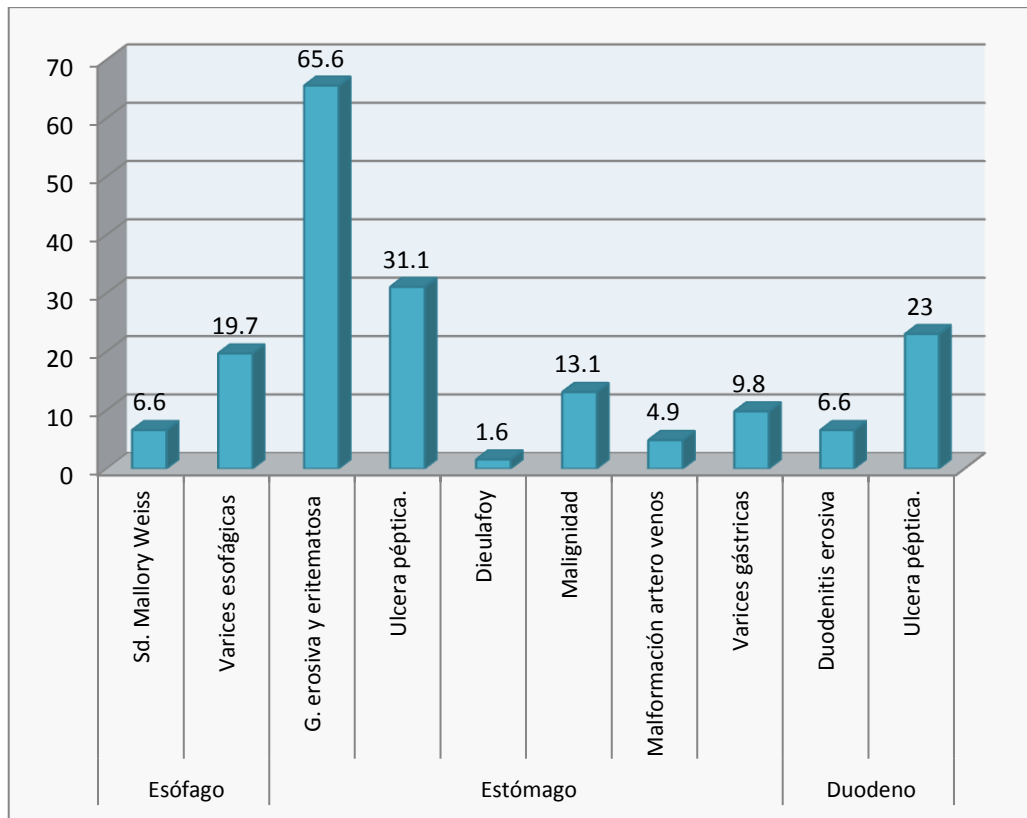
HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA 2015

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS	N°	%
<i>ESOFÁGO</i>		
Varices esofágicas	12	19.70
Síndrome Mallory Weiss	4	6.60
<i>ESTOMAGO</i>		
Gastropatía erosiva y eritematosa	40	65.60
Úlcera péptica	19	31.10
Malignidad	8	13.10
Varices gástricas	6	9.80
Malformación artero venos	3	4.90
Lesión Dieulafoy	1	1.60
<i>DUODENO</i>		
Úlcera péptica.	14	23.00
Duodenitis erosiva	4	6.60

Dentro de los hallazgos endoscópicos se observa que lesión más frecuente fue la gastropatía erosiva y eritematosa con 65.60%, seguida de úlcera péptica gástrica en el 31.10%, y duodenal en el 23.00%, contrastando con lesiones poco frecuentes como las malformaciones arteo-venosas en el 4.90% y la lesión de Dieulafoy en el 1.60%

GRAFICO N°12

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON HDA QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA 2015



Fuente: Tabla N°12

TABLA 13

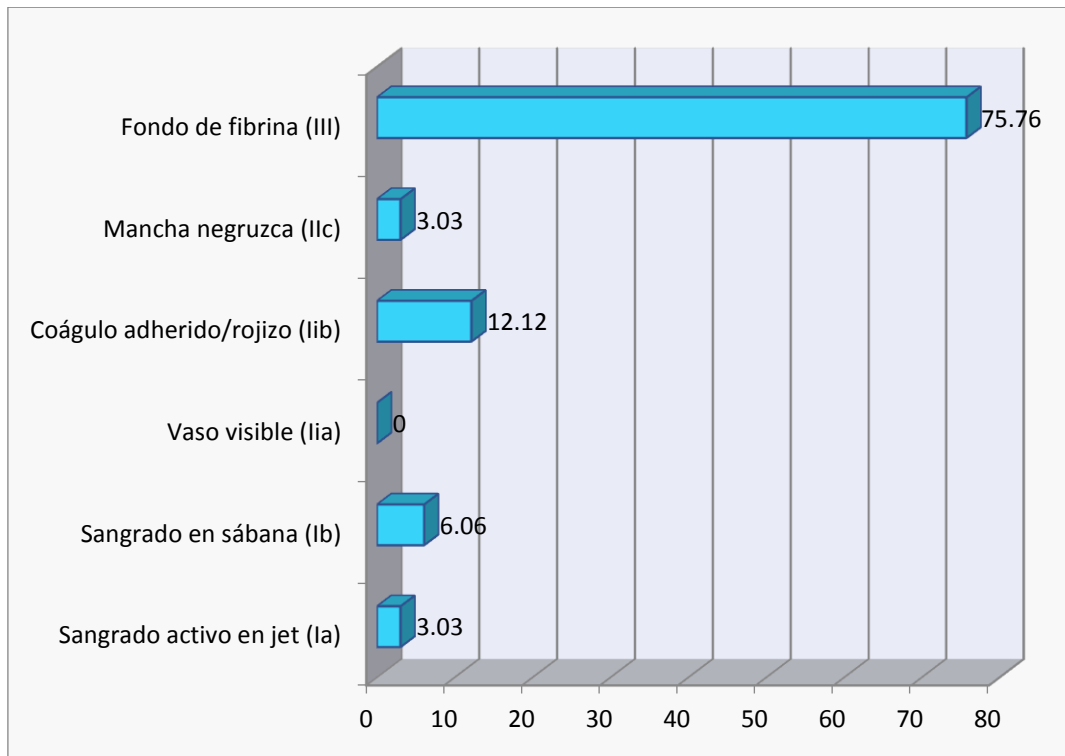
CLASIFICACIÓN DE FORREST DE LA ÚLCERA PÉPTICA EN PACIENTES CON HDA
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHE
AREQUIPA 2015

CLASIFICACIÓN DE FORREST	N°	%
I a (Sangrado activo en jet)	1	3.03
Ib (Sangrado en sábana)	2	6.06
Ila (Vaso visible)	0	0.00
Ilb (Coágulo adherido/rojizo)	4	12.12
II c (Mancha negruzca)	1	3.03
III (Fondo de fibrina)	25	75.76
TOTAL	33	100.00

Los resultados sobre la clasificación del Forrest determina que el hallazgo más frecuente fue la úlcera péptica Forrest III en el 75.76%, mientras en el 12.12% se encontró coágulo adherido, el 3.03% presentó sangrado activo; sin embargo no se observó en ningún paciente vaso visible.

GRÁFICO N° 13

CLASIFICACIÓN DE FORREST DE LA ÚLCERA PÉPTICA EN PACIENTES CON HDA
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ III
AREQUIPA 2015



Fuente: Tabla 13



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

3.1 DISCUSION:

En el presente estudio hacemos una descripción de las características de la hemorragia digestiva alta (HDA) de pacientes atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche de Arequipa a cargo de la subespecialidad de Gastroenterología

En nuestro estudio encontramos que las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la melena y hematemesis, resultados que se asemejan a los encontrados por Rodríguez, Casamayor y Goderich(2), los que evidenciaron la melena como manifestación principal (60.2%), sin embargo en su estudio encontraron que la hematemesis solo se presentó en 5.7%, y asociado a melena en 34.1% ; también difieren con los resultados reportados por Aguayo et al(3), que estudió en Paraguay las causas de hemorragia digestiva alta no varicosa, encontrando que el motivo de consulta más frecuente fue la melena (37%) y seguida de hematemesis (30%), valores que son menores a los encontrados en el estudio. Sin embargo presenta cierta semejanza con los resultados de Pérez et(4), al en España al estudiar la situación del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa resaltó como hallazgo predominante el síntoma de la melena (73.2%) hematemesis (31.0%) y los vómitos porráceos (26.6%). Corroborando que las manifestaciones primordiales de esta patología, son la melena y hematemesis, los cuales van a depender de la localización de la lesión y la magnitud del sangrado (2).

Se evidencio también la presencia de acidez que se localiza en el epigastrio y en la región retro esternal, es uno de los síntomas ocasionados con mayor frecuencia ulceraciones esofágicas y que son acompañadas de hematemesis y melena(5), así como se observan en los resultados. Sin embargo en los antecedentes investigativos seleccionados en nuestro estudio, no toman en cuenta este síntoma.

Sobre el dolor abdominal manifestado por la gran mayoría de los pacientes, corresponde a la presencia de otros síntomas, que ayudan a diagnosticar algunos

cuadros clínicos que se acompañan de sangramiento digestivo (5). Mientras la localización en el epigastrio es concordante a la referencia de Bosca y García(6), nos dice que el dolor en el epigastrio en la patología gástrica es ocasionado con frecuencia por la enfermedad ulcerosa, sobre todo la úlcera péptica.

Otros signos encontrados en la exploración física en nuestro estudio fue la ascitis, circulación colateral y hepatomegalia, Lo que nos orienta a pensar que el origen de la hemorragia digestiva alta es secundaria a la hipertensión portal, por enfermedad hepática y nos encamina a la elección del tratamiento médico inicial; afirmación que se sustenta en la referencia de D'Amico, García y Pagliaro(7), quienes señalan que la enfermedad hepática avanzada tiene peor pronóstico; así, la mortalidad al año de pacientes con ascitis y hemorragia digestiva alta por varices esofágicas puede llegar a alcanzar un 57%. Así en el estudio que realizo Garzón M, Granados C, et al(8) encontró entre los signos de hepatopatía crónica que predomino la ascitis (83.3%), y circulación colateral (56%), lo que difiere de nuestro estudio debido al menor porcentaje que presentó.

Almela P. refiere que en el caso de hemorragia digestiva, debe realizarse siempre el tacto rectal, a que las manifestaciones del paciente podrían confundir al médico que evalúa al momento del ingreso, sin embargo en nuestro estudio observamos que la realización de dicho procedimiento no fue frecuente, así, en el 67.21% este no se realizó. (9)

Con respecto a las patologías comórbidas, la anemia fue la patología más frecuentemente hallada, la cual fue evidenciada a través de los exámenes auxiliares de laboratorio, la que surge como consecuencia de la perdida sanguínea, ocasionalmente se presenta como anemia crónica cuando el perdida hemática es oculta y persistente (5). Seguida de antecedente de gastritis (37.70%) presentada en más de la tercera parte de los pacientes en estudio, resultados concordantes con la referencia de Chacalta, quién menciona el resultado de una evaluación histopatológica de pacientes con HDA, donde se encontró 39.6% de los casos gastritis crónica superficial leve-moderada y la gastritis crónica superficial activa con 26.3%(10). Concuerta también con el

estudio de Apaza(11) (12) en Puno encontró como causa de la HDA la gastritis (20.00%).

Se encontró que el 22.95% de los pacientes no presentaban el cuadro de HDA como primer episodio, sino que tenían antecedente de HDA, resultados que se asemejan a los encontrados por Rodríguez y Casamayor que describen la recurrencia de sangrado de 2 a más episodios, con valor de 22.70%. asociado a los diferentes hallazgos endoscópicos. La recurrencia de HDA está relacionada a la persistencia de factores de riesgo, terapéutica llevada de manera errónea por parte del paciente, y efectos de las enfermedades crónicas concomitantes (2)

Rodríguez, Casamayor y Goderich(2) encontraron que la hipertensión arterial fue el antecedente patológico más frecuente, presentándose en 40,9% de su población de estudio, diferenciándose de lo encontrado en el nuestro, ya que la Hipertensión arterial, se encuentra en el tercer lugar, en orden de frecuencia, con 22.95%.

Se encontró también el antecedente de cirrosis hepática (18.03%), Al respecto se señala que una causa de descompensación de cirrosis hepática es la presencia de la hemorragia digestiva; como lo señala García y Alcántara (12). Encontrando diferencia con el estudio realizado por Rodríguez y Casamayor(2), en la caracterización de pacientes con HDA, quienes reportaron que la cirrosis se presentó en un 6.8%, siendo menor que en nuestro estudio. Al igual que Pérez et al(4) que encontró que 4% de sus pacientes presentaron esta comorbilidad.

La diabetes mellitus (14.75%) aunque en menor proporción que las otras enfermedades comórbidas, es otra patología que merece atención, sin embargo, su frecuencia es menor a los casos encontrados en pacientes hospitalizados con hemorragia digestiva alta (43%) por Wikman, López, Safont, Matarranz (23)

Por ende, el padecimiento de varias enfermedades incrementa la posibilidad de sangrado, ya que ante la necesidad de ingerir varios fármacos se produce mayor daño sobre la mucosa gástrica, coincidiendo con la opinión de diferentes autores,

quienes plantean que las enfermedades cardiovasculares, osteomusculares y los antecedentes de úlcera péptica son las más frecuentes en origen de la hemorragia, y otros señalan una alta asociación con el consumo de medicamentos ulcerogénicos (2).

Se objetivó en nuestro estudio que las edades más afectadas fueron desde los 60 a 79 años, seguido del grupo etario de 40 a 59 años, disminuyendo conforme la edad. Corroborando con la literatura revisada, ya que a esta edad incrementa el consumo de fármacos ulcerogénicos, así como el aumento de la frecuencia de enfermedades osteoarticulares degenerativas, cardiovasculares, las lesiones pre malignas y malignas del tubo digestivo y ocurre un efecto acumulativo de los factores de riesgo (2) En cuanto al sexo, hallamos que los varones fueron los más aquejados por esta patología, en comparación con el sexo femenino, lo que estaría relacionado a que el sexo masculino se encuentra más expuesto a factores de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y estrés (2).

Comparado con los estudios de Ichyanagui C (13) en Lima encontró que la hemorragia digestiva alta se presenta en el 66% de adultos mayores, sin embargo presenta semejanza respecto al sexo, dado que encontró predominio en varones (63%). De igual forma presenta semejanza con el estudio de Morales, Sierra y Hernández(14) en Colombia en el año 2011, que reportó hemorragia digestiva alta en pacientes con edad promedio de 57.3 ± 13.5 años y con predominio en el sexo masculino (73.5%). Con el estudio de España (4) año 2012, en cierta medida difiere porque es mayor el promedio de edad (65.4 ± 18 años) de los pacientes con hemorragia digestiva alta, empero predomina el sexo masculino (71%). Presentando diferencia con el estudio realizado por Rego, Leyva y Perez(15) ya que no presentaron diferencias significativas en cuanto al sexo.

Referente a los antecedentes de consumo de AINES/Salicilato, encontramos que el ácido acetil salicílico (34.78%) fue el medicamento de mayor consumo, seguido por Naproxeno (30.43%), Comparando con el estudio de Apaza O.(11) en Puno en el año 2003, es mayor el consumo de AINES (25%) frente a nuestros hallazgos ($23=37.70\%$), al parecer esta sería uno de los factores que habrían aumentado la predisposición al evento de la hemorragia digestiva alta. Rego, Leyva y Perez

(15), encontraron resultados similares, siendo el AAS el más consumido (66.7%). Se señala que aproximadamente entre el 10 y 20% presentan complicaciones mayores como el sangrado digestivo, más a menudo en pacientes mayores de 60 años, que reciben, debido a patologías comórbidas, altas dosis de AINEs y por un tiempo prolongado(16).

Frente al consumo de alcohol, los resultados del estudio (42.62%) comparados con el reporte de Apaza O. (11) en Puno (31.3%) son mayores, esta situación en muchos casos sea probablemente el desencadenante de la HDA, dada su capacidad gastrolesiva directamente sobre la mucosa gastroduodenal (17). Diferenciándose de lo encontrado por Cárcamo(18), quien encontró que 12.8% de pacientes eran consumidores crónicos de alcohol, valor inferior al nuestro.

Encontramos que la endoscopia diagnóstica fue realizada con mayor frecuencia, sin asociación de procedimiento terapéutico, esta intervención primaria y temprana establece la causa de sangrado y determina la necesidad de tratamiento y así mismo establece el riesgo individual para la recurrencia de la hemorragia(19). diferenciándose de los resultados encontrados por Rego, Leyva y Perez (15) quienes refieren que en el 59.6% el estudio endoscópico no fue ejecutado. En cuanto a la endoscopia terapéutica objetivamos que se realizó en el 14.75% y dentro de ella, el procedimiento más frecuente fue la Inyectoterapia con adrenalina, similar a lo hallado por Pérez et al(4), quienes encontraron que el endoscopia terapéutica se realizó en el 47.6%, y, la inyección con adrenalina también fue el procedimiento terapéutico más frecuente seguido de la inyección de esclerosante.

Nuestros hallazgos endoscópicos muestran que la lesión más frecuente fue la gastritis erosiva y eritematosa, seguida de la úlcera péptica gastroduodenal (54.1%), y en tercer lugar la presencia de varices esofágicas, que dentro de la literatura, ésta, es mayor pero en nuestro estudio solo estuvo presente en cerca de la quinta parte de la población; que al compararse con lo encontrado por Perez et al(4), se diferencia, ya que en este estudio predomina la presencia de úlcera péptica, y en segundo lugar se objetivó la gastritis/erosiva. Apaza O. (11) difiere

de nuestros hallazgos, al encontrar mayor frecuencia de úlcera péptica (44,5%) seguida de HDA secundaria a varices esofágicas (25.5%). Vanina G. (20), encontró como lesión más frecuente la gastritis erosiva hemorrágica (19%), presentando semejanza con nuestro estudio, sin embargo encontró en segundo lugar, varices esofágicas, difiriendo de nuestros hallazgos.

La gastritis erosiva y eritematosa, considerada como una de las alteraciones macroscópicas del revestimiento gástrico, ocurre cuando el revestimiento del estómago se inflama o se irrita y se produce cuando hay enrojecimiento de la mucosa debido a la dilatación de los vasos sanguíneos. Sin embargo, los casos de severa dilatación de los vasos sanguíneos pueden conllevar a que estos se debiliten y se produzca una ruptura con el tiempo, causando sangrado en el área(21); el predominio de este hallazgo puede ser explicada en parte, al mayor consumo de alcohol que se evidenció en nuestra población frente al resto de autores, debido a su capacidad gastrolesiva directa sobre la mucosa gástrica, así como el porcentaje elevado de cirrosis evidenciado, que por medio de la gastropatía hipertensiva portal, da origen a la presencia de erosiones en la mucosa gástrica(22).

Con respecto a la úlcera péptica encontramos que se localizó con mayor frecuencia en estómago (31.10%) a diferencia de su localización en duodeno (23.00%), contrastando los resultados de Perez et al(4) que objetivó mayor frecuencia de la úlcera péptica duodenal.

Con respecto a la clasificación de Forrest, Apaza O(11) halló que la mayoría correspondía a Ila, seguido de Forrest III(18.3%), y en valores menores Forrest Ib (10.2%) y Ia (6.2%) diferenciándose de nuestro estudio ya que hallamos que Forrest III fue el más frecuente (75,76%), seguida de úlcera con coágulo adherido (Iib), y en menor porcentaje Forrest Ia (3.03%). Lo que nos revela que la mayor parte de los casos, el sangrado es auto limitado, sin embargo debe tenerse en cuenta que en no todos los casos, la endoscopia fue realizada dentro de las 24 horas, lo que podría modificar los hallazgos endoscópicos. Ya que la efectividad diagnóstica disminuye en relación al tiempo transcurrido.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Las manifestaciones clínicas predominante fueron la melena y hematemesis. A la exploración física de abdomen el dolor abdominal (93.44%), localizada principalmente en epigastrio (81.97%).

Las patologías comórbidas de mayor presentación fueron: la anemia (78.69%), seguida de gastritis (37.70%), y en un considerable porcentaje cirrosis (18.03%).

SEGUNDA:

El grupo etario más afectado fue de 60 a 79 años, Predominando la afectación del sexo masculino (63.93%)

En los factores de riesgo se encontró el predominio de consumo de Acido acetil salicílico, y alcohol antes de presentar el cuadro de hemorragia digestiva alta.

TERCERA

En todos los pacientes se realizó endoscopia diagnostica, y en 14.75% esta fue asociada a endoscopia terapéutica. El procedimiento más frecuente fue la Inyectoterapia con adrenalina Los hallazgos mas frecuentes fueron la gastritis erosiva/eritematosa, seguida de ulcera 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%).



CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Al Director del Hospital III Goyeneche a través de la unidad respectiva, se sugiere realizar auditorías clínicas para mejorar el registro de la información respecto al paciente, considerando este un documento base para futuras investigaciones en el campo de la medicina.
2. En las guías de atención, se debe considerar el tacto rectal como procedimiento en pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta.
3. Al equipo de Gastroenterología, la realización de endoscopia diagnóstica/terapéutica dentro de las primeras 24 horas de admisión del paciente, para así reducir los días de estancia hospitalaria, y hasta la probabilidad de instaurar tratamiento ambulatorio en pacientes que así lo ameriten.
4. Realizar un estudio prospectivo controlado para mejorar el registro de las variables clínicas, epidemiológicas y endoscópicas, que ayudarían al mejor conocimiento de esta patología gastrointestinal y contribuir así a la mejor atención de los pacientes que acuden al hospital III Goyeneche de Arequipa.
5. A los alumnos de pregrado, mediante trabajos de extensión universitaria brindar charlas informativas sobre los factores de riesgo para prevenir la Hemorragia digestiva alta

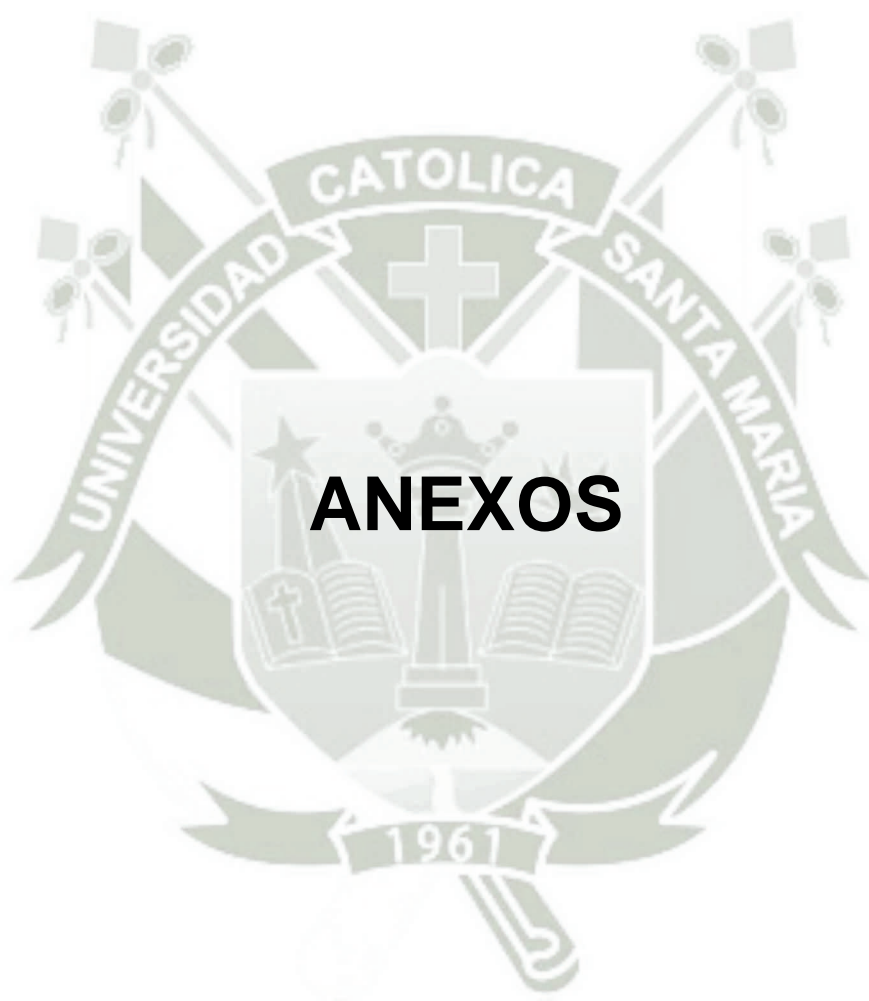
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Patiño J. Hemorragia Gastrointestinal Alta. Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá. Ibarra. Actualizado 2014.
- (2) Rodríguez Fernández Z, Casamayor E, Goderich J. Caracterización de los pacientes hospitalizados por sangrado digestivo alto. Rev. MEDISAN 2011; 15(1). Disponible en: http://bvs.sld/revistas/san/vol15_1_11/san08111.htm
- (3) Aguayo O, Torres A, Sosa K, Ramírez A, Rodríguez C. Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. Cir. Parag. Vol. 37; N° 1. 2013.
- (4) Pérez A, Nuevo J, López A, González A, Martín de Argila C, Aviñoa D, et al. Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España.
- (5) Manual de hemorragia Digestiva. Capítulo 5: Hemorragia Digestiva. Chile. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/pediatria/manualgastro/hdigestiva.html#alta>
- (6) Boscá A, García C. Epigastrialgia. Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/epigas.pdf>
- (7) D'Amico G, García-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. J Hepatol. 2006;44:217-31
- (8) Garzón M, Granados C, Martínez J, Rey M, Molano J, Guevara L, Marulanda J. Ascitis cirrótica y sus complicaciones en un hospital de referencia departamental. Rev Colomb Gastroenterol 19 (2) 2004
- (9) Almela P, Amorós C, Martí L, Protocolo diagnóstico de la melena, Rev. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado Volume 9, Issue 4, Pages 223-329 (March 2004)
- (10) Chacalta NA A, Velarde H, Espinoza J. Lesiones Endoscópicas del Tracto Digestivo Alto en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Rev. gastroenterol. Perú v.27 n.3 Lima jul./set. 2007

- (11) Apaza O. Caracterización topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva alta en el hospital de EsSalud II de Puno. Tesis especialidad Medicina Interna. 2003
- (12) García M, Alcántara R. Complicaciones Agudas de la cirrosis hepática. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico “Virgen de La Victoria” de Málaga. 2010.
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/cirrohep.pdf>
- (13) Salvatierra G. Prevalencia de la asociación entre hemorragia digestiva alta no variceal y consumo de antiinflamatorios no esteroideos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. periodo junio-noviembre 2005. Tesis. Universidad Ricardo Palma Facultad de Medicina Humana. Lima Perú 2006.
- (14) Morales C.H, Sierra S, Hernández A.M, Arango A.F, López G.A Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Hospital Universitario San Vicente de Paúl (Medellín-Colombia). Rev. esp. enferm. dig. vol.103 no.1 Madrid ene. 2011
- (15) Rego J, Leyva C, Perez M., Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto. Hospital “Dr. Salvador Allende”. Primer semestre 2006, Rev Cubana Farm v.41 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2007
- (16) Roblero J. Valenzuela J. Hemorragia Digestiva Alta y Anti-Inflamatorios no Esteroidales: Una Experiencia Local. Chile. Vol. 13 N°1. 2002
- (17) Rodríguez Z, Acosta D. Fong J. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol49_1_10/cir11110.htm
- (18) Cárcamo C, López J, Cardemil D. Cirugía de la Hemorragia digestiva alta no variceal. Cuad. Cir. 2005; 19: 11-16
- (19) Machuca M, Fernández D, Gómez N, Bordon A. La endoscopia en la hemorragia digestiva alta. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 180 – Abril 2008

- (20) Vanina G, Sampor C, Storni M, Calderon S., Lesiones endoscópicas mas frecuentes en un grupo de pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta, Rev. De posgrado VI1 Catedra de medicina N° 158- Jun2006
- (21) Jamie BY. Gastritis eritematosa. 2016. Disponible en: <http://www.amhasefer.com/am/gastritis-eritematosa/>
- (22) Nery F, Jimenez G,. Gastropatia secundaria a hipertensión portal. Rev Cubana Med 1998; Vol 37(3) 166-75
- (23) 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. vol.103 no.7 Madrid jul. 2011





ANEXO 1

PROYECTO DE TESIS

“Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Goyeneche Arequipa- 2015”

I. PREAMBULO

La hemorragia digestiva alta es una emergencia médico quirúrgica frecuente a pesar de los numerosos avances científicos y tecnológicos que se han producido en el campo del diagnóstico y tratamiento mantiene una elevada morbimortalidad.

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) representa una importante carga clínica y económica con una incidencia de 48 a 160 casos por cada 100.000 adultos/año en Estados Unidos, y una mortalidad general que alcanza el 14% (1). Su incidencia aumenta marcadamente con la edad (2).

A pesar de los múltiples avances de la era, la hemorragia digestiva alta constituye la principal urgencia gastroenterológica. Desde el punto de vista de su gravedad, la hemorragia gastrointestinal puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las pérdidas sanguíneas crónicas e intermitentes (3). En cuanto a las manifestaciones puede presentarse como hematemesis, melena o hematoquecia, estas dependen de la magnitud del sangrado, evidenciado a través de la cantidad del compromiso hemodinámico (4).

Al estudiar el comportamiento epidemiológico de la hemorragia digestiva se ha reportado que el más afectado es el sexo masculino (54,4 %) y el grupo etario de 60-80 años tiene el mayor número de casos. La úlcera gastroduodenal fue la primera causa (52,7 %). La melena se presentó como manifestación inicial en el 60,4 % de los pacientes. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente (60,7%). El 44,5 % de los pacientes necesitó transfusión sanguínea (5).

En el Perú, del total de casos de Hemorragia digestiva, el 82,7% corresponde a la Hemorragia Digestiva Alta, de los cuales 62,6% son varones y 37,4%

mujeres (6). Un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, encontró que las causas más comunes de mortalidad en pacientes con HDA son: úlceras gástricas (23,8%) y várices esofágicas (19,04%). Además, la literatura mundial ha encontrado que las variables más relevantes asociadas a la edad, estado circulatorio, presencia de comorbilidades y sangrado por várices esofágicas en pacientes con cirrosis (7).

Existen fármacos que han sido relacionados con la presencia de hemorragia digestiva alta como los antiinflamatorios no esteroideos, que son los más usados mundialmente en los últimos 15 años en la profilaxis de enfermedades vasculares, enfermedades reumáticas y de distribución sin necesidad de receta médica. Las perforaciones ulcerosas son más frecuentes que en pacientes que reúnen edad mayor de 60 años, altas dosis de AINES por tiempo prolongado, tratamiento con corticoides y anticoagulantes, antecedente de enfermedad ulcerosa péptica (8).

Frente a este problema se considera de importancia capital la realización precoz de la endoscopia para el diagnóstico y tratamiento médico consecuente. La endoscopia en casos de hemorragia digestiva alta es una técnica altamente sensible y relativamente fácil que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los enfermos (90-95 %) con una morbilidad menor del 0,01 % (9).

Debemos recordar además que nuestro país cuenta en forma restringida con unidades de mayor nivel de resolución centralizados en la capital, denominadas Unidad de Hemorragia Digestiva ,a pesar de ello la disimilitud de condiciones a nivel nacional por diversas razones hace que no se disponga de una estructura descentralizada uniforme retratándose en las particularidades de cada localidad afrontando el reto de resolver los problemas con los recursos a su alcance.

Si bien es una patología con varios estudios sobre múltiples aspectos que la conforman, aun es evidente la falta de estudios que describan las características de la hemorragia digestiva alta para comprender con claridad y brindar una atención hospitalaria de calidad con celeridad y prontitud.

Bajo este contexto y consideraciones el presente estudio tiene como propósito de describir las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el servicio de Medicina, subespecialidad de Gastroenterología del Hospital Goyeneche de Arequipa.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

“Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital III Goyeneche Arequipa- 2015”

1.2. Descripción del problema

1. **Área del conocimiento**
 - a. **Área general:** Ciencias de la Salud
 - b. **Área Específica:** Medicina Humana
 - c. **Especialidad:** Gastroenterología
 - d. **Línea:** Función digestiva

2. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADORES	UNIDAD CATEGORICA	TIPO DE VARIABLE
Características clínicas	Hematemesis/sangre rutilante Porráneos: Melena: Hematoquecia: Regurgitación Acidez Disfagia Flatulencia Apetito: Dolor Abdominal/Localización Ascitis Circulación colateral Hepatomegalia Esplenomegalia Tacto rectal	Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No Disminuido Normal Aumentado Si No Si No Si No Si No Si No Positivo Negativo	Nominal

VARIABLE	INDICADORES	UNIDAD CATEGORICA	TIPO VARIABLE
Enfermedades comorbidas	Antecedentes diagnosticado de HDA	SI No	Nominal
	Enfermedad acido péptica	SI No	Nominal
	HTA en tratamiento	SI No	Nominal
	Enfermedad Reumática	SI No	Nominal
	Diabetes Mellitus en tratamiento	SI No	Nominal
	Insuficiencia Renal Crónica	SI No	Nominal
	Anemia	SI No	Nominal
	Gastritis	SI No	Nominal
	EDA	SI No	Nominal
	Hipertensión portal	SI No	Nominal
	Cirrosis	SI No	Nominal
	Neoplasias	SI No	Nominal
	Patología respiratoria	SI No	Nominal
	Patologías neurológicas	SI No	Nominal

VARIABLE	INDICADORES	UNIDAD	TIPO DE VARIABLE
		CATEGORICA	
Edad	Historia clínica	Menor de 20 años	Ordinal
		20 a 39 años	
		40 a 59 años	
		60 a 79 años	
		80 a más años	
Sexo	Historia clínica	Femenino	Nominal
		Masculino	
Consumo de AINES	Historia clínica	SI No	Nominal
Consumo de alcohol	Historia clínica	SI No	Nominal
Consumo de tabaco	Historia clínica	SI No	Nominal

VARIABLE	INDICADORES	UNIDAD CATEGORICA	TIPO DE VARIABLE
Características endoscópicas	Endoscopia Diagnóstica:	Si No	Nominal
	Endoscopia Terapéutica	Si No	
	Hallazgos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sd. Mallory Weiss ▪ Varices esofágicas 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Esófago 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastritis erosiva ▪ Gastritis eritematosa ▪ Úlcera péptica ▪ Dieulafoy ▪ Malignidad ▪ Malformación vascular ▪ Varices gástricas 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Estomago 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duodenitis erosiva ▪ Úlcera péptica 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Duodeno 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ia ▪ Ib ▪ II, a, b, c ▪ III 	Nominal
	Grado Forrest:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ia ▪ Ib ▪ II, a, b, c ▪ III 	Nominal

3. **Interrogantes básicas**

- ¿Cuáles son las características clínicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche?
- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital Goyeneche?
- ¿Cuáles son las características endoscópicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital Goyeneche?

4. **Tipo de investigación**

Es una investigación descriptiva retrospectiva.

5. **Nivel de investigación**

El estudio es de nivel descriptivo

1.3. Justificación del problema

En el presente estudio se pretende identificar las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia Digestiva alta en pacientes atendidos con sintomatología digestiva, siendo de suma importancia por su relevancia epidemiológica y posibilidad de agravamiento de la enfermedad.

Los estudios epidemiológicos en los que se basan protocolos establecidos para el manejo de esta entidad son en su mayoría extranjeros o de Centros Médicos Nacionales de la capital del país (10). Por ello se pretende obtener datos epidemiológicos reales de lo que sucede en nuestra realidad con la finalidad de que ya obtenidos puedan contribuir a la mejor planeación en cuanto a equipo, medicamentos y capacitación del personal que cubra las necesidades locales.

Su relevancia práctica, permitirá el manejo adecuado de los casos basado a los factores etiológicos de mayor relevancia en la presentación de la HDA.

El estudio es factible, porque existe una alta frecuencia de casos que acuden al servicio de medicina.

El presente trabajo y los subsiguientes que puedan realizarse intentan mostrar una realidad que debiera ser valorada en toda su dimensión por las instituciones pertinentes para establecer diagnósticos situacionales reales y generar los procesos necesarios para dinamizar, consolidar e incrementar la capacidad resolutive.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. BASE TEÓRICA

2.1.1. Hemorragia Digestiva Alta

La hemorragia digestiva alta es la que se produce por una lesión presente, comprendida entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz (11); el sangrado puede proceder de órganos digestivos o de estructuras adyacentes que vierten su contenido en esta localización por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patologías (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) (12).

La hemorragia gastrointestinal constituye una urgencia potencialmente grave y persiste como una de las causas más frecuentes de hospitalización en patología digestiva. Aunque se podría esperar una disminución de la mortalidad e incidencia de esta patología, debido al tratamiento de erradicación de *Helicobacter Pylori*, aun se sigue teniendo una incidencia y mortalidad importantes posiblemente debido al envejecimiento de la población, asociado a un mayor consumo de AINE, antiagregantes y anticoagulantes (13)(14). La existencia de enfermedades asociadas graves aumenta notablemente la mortalidad de la hemorragia digestiva (15).

La mayor parte de Hemorragia digestiva alta son de causa no variceal, comprendiendo hasta el 80 %. Dentro de esta, la causa más frecuente aún es la Úlcera péptica gastroduodenal (37-50%) teniendo como principales factores de riesgo para su aparición, la infección por *Helicobacter Pylori* y uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y Salicilatos (16).

Seguida de la Hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofago gástricas (15%) (17).

La presencia de hematemesis, vómitos porráceos, melenas, y hematoquecia son indicativas de la existencia de una hemorragia aguda, mientras que las pérdidas ocultas son generalmente crónicas (15).

- **Fisiopatología**

El sangrado del tubo digestivo se debe a:

- Sangrado capilar
- Erosión de un vaso
- Ruptura de venas
- Fenómenos inflamatorios que comprometen la mucosa del tracto digestivo alto dando lugar a edema, congestión, erosión; esta última, con necrosis y sangramiento. En las esofagitis, gastroduodenitis, colitis, y rectitis, más raramente vasculitis, como es el caso de la vasculitis eosinofílica que puede presentarse como angiodisplasia, especialmente en intestino delgado y grueso.
- Ectasias vasculares o angiodisplasias que al tener vasos dilatados o tortuosos, formados por plexos capilares y venosos en la mucosa y submucosa en individuos adultos mayores, en pacientes con insuficiencia renal crónica, dan cuadros hemorrágicos, generalmente leves, pero repetitivos, en nuestra experiencia el sangrado puede ser persistente y severo.
- Procesos reactivos, ante injurias de tipo radiante que producen fenómenos de angiogénesis que determinan que la mucosa este muy vascularizada y friable.
- Las úlceras, gastroduodenales sangran de dos maneras:
Por compromiso capilar periulceroso o erosión de un vaso de mayor calibre en el lecho de la ulceración Si la pérdida de sustancia ocurre más profundamente compromete un vaso arterial por debajo de la submucosa y el sangramiento va dar lugar al Forrest I y IIa fundamentalmente y menos frecuentemente al IIb y IIc (18).

- **Valoración de la gravedad de la hemorragia (19).**

De acuerdo a su repercusión hemodinámica ha sido clasificada en tres grados de importancia terapéutica y pronóstica. Independientemente de su forma inicial todas las HDA en su curso pueden evolucionar en forma

inquietante, ya sea por persistencia del sangrado, intensificación o recidiva del mismo.

Cuadro N° 1

Clasificación de las hemorragias digestivas altas según su repercusión hemodinámica

GRADO	SIGNOS CLÍNICOS	MAGNITUD DE LA PÉRDIDA
LEVE	Taquicardia	500-700 ml
	Hipotensión ortostática	
	Frialdad ligera de pies y manos	
MODERADA	Taquicardia 110-120/LPM	1200 A 1750 ML
	Hipotensión arterial <100mmHg	
	Disminución de la presión del pulso	
	Inquietud, sudoración, palidez	
	Oliguria	
GRAVE	Taquicardia > 120 LPM	1750 A 2500 ml
	Hipotensión arterial <60 mmHg	
	Estupor, Palidez Extrema	
	Extremidades frías	
	Anuria	

- **Cuadro Clínico**

Hematemesis: Es la expulsión de sangre mediante el vómito. De manera usual indica sangramiento proximal al ligamento de Treitz. Debe diferenciarse de hemoptisis y epistaxis deglutida que se expulsa en forma de vómito. Suele presentarse en el 30% a 50% de los pacientes.

Melena: Expulsión de sangre por el ano, con heces de color oscuro, aspecto brillante y consistencia pastosa. Se presenta cuando la pérdida de sangre es mayor de 60 ml y ha permanecido más de 8 horas, tiempo para que se produzca la oxidación de la hemoglobina con formación de hematina (20). Si la pérdida de sangre es mucho mayor, la melena se mantiene durante 5 ó 7 días.

Hematoquecia: Es la expulsión de sangre roja o roja vinoso por el recto, mezclada con las heces fecales, cuyo origen es la parte distal del intestino delgado o el colon.

Sin embargo, un sangramiento proximal puede ocasionar hematoquecia a causa de un tránsito rápido y ser indicativo de sangrado digestivo alto masivo. Para que esto ocurra, la hemorragia debe ser superior a 1000cc y producirse en menos de 1 hora, permaneciendo en el tubo gastrointestinal menos de 5 horas. Suele presentarse hasta en un 5%(21).

De modo general, podemos decir que la presencia de hematemesis y melena indica que el origen del sangramiento está por arriba del ángulo duodenoyeyunal y la enterorragia es del intestino delgado y del colon. Sin embargo, esto no es así en el cien por ciento de los casos, ya que la presencia de un tránsito intestinal acelerado o retardado, puede enmascarar este síntoma, así tendremos un sangramiento digestivo alto que aparece con enterorragia y a su vez uno bajo con melena (22).

El Dolor abdominal también suele estar presente antecediendo a la hemorragia digestiva, a predominio de epigastrio. Es común que la epigastrálgia desaparezca con el inicio de la hemorragia, esto ha sido descrito como una característica en los pacientes con ulcera péptica, atribuyéndose al efecto tampón de la sangre sobre el ácido (23).

Así el antecedente de náuseas y vómitos pueden presentarse en Síndrome de Mallory Weiss, también en ulcera péptica. La historia de regurgitación o reflujo gastroesofágico, nos podría indicar una hemorragia por esofagitis(22)

▪ **Diagnóstico de la Hemorragia digestiva alta**

Después de la estabilización inicial del paciente, el siguiente paso es la determinación de un diagnóstico etiológico; el procedimiento ideal es la realización de una endoscopia esófago-gastro-duodenal.

La endoscopia esófago-gastro-duodenal

- Diagnóstica, identifica y localiza la lesión sangrante
- Pronostica: permite conocer el riesgo de recidiva asociado a los estigmas de hemorragia reciente.

- Terapéutica: Actúa sobre las lesiones con sangrado activo y de alto riesgo de resangrado, pudiendo realizar hemostasia de las mismas.
- La endoscopia diagnóstica la causa del sangrado en un 90-95% de los casos, la mayoría de los autores recomiendan su realización en las primeras 24 horas desde su ingreso hospitalario. La frecuencia de resangrado o necesidad de cirugía se relaciona con los estigmas hallados en la endoscopia, pero no con la endoscopia precoz (24).
- La presencia de otros síntomas, como dolor abdominal, vómitos, constipación, fiebre, etc, nos ayudan a diagnosticar algunos cuadros clínicos que se acompañan de sangramiento digestivo (25).
- Dolor en el epigastrio: La hemorragia digestiva alta causan dolor urente o punzante en epigastrio. El dolor tiende a empeorar por la noche y suele aparecer d 1 a 3h después de las comidas. Este dolor es aliviado por los álcalis o los alimentos (26).

Cuadro N° 2

La clasificación de Forrest describe la probabilidad del resangrado

GRADO		Hallazgos endoscópicos	Probabilidad del resangrado
I	Ia	Sangrado arterial	90%
	Ib	Sangrado en sábana	
II	Ila	Vaso visible	45%
	IIb	Coagulo adherido	20%
	IIc	Mancha negruzca	10%
III		Sin sangrado, base de fibrina	0-5%

Clasificación de los estigmas de Hemorragia (27).

a) Sangrado Activo (Forrest Ia y Ib)

El sangrado activo se define como sangrado arterial en Jet o babeo de sangre desde la superficie ulcerosa durante 5 minutos o más .La prevalencia de sangrado activo en las lesiones ulcerosas es de 18% y

las tasas de recidiva hemorrágica sin tratamiento endoscópico varían desde un 17% hasta el 100%. El sangrado activo es siempre indicación de tratamiento hemostático endoscópico.

b) Vaso visible No Sangrante (Forrest IIa)

Se define como una pequeña protuberancia en el fondo del lecho ulceroso que no sangra activamente. Esta lesión se encuentra en casi un 20% de las úlceras sangrantes y entre un 40% y un 50% de estas presenta recidiva sin tratamiento endoscópico

c) Coágulo Adherido (Forrest IIb)

El coágulo adherido se define como la presencia de un coágulo organizado no sangrante que cubre toda o parte de la úlcera y que no se moviliza con la irrigación. Está presente en alrededor de un 17% de las úlceras sangrantes y presenta un riesgo de resangrado que oscila entre 14% y un 36%. Se recomienda un lavado vigoroso de los coágulos antes de ser declarados adheridos ya que a veces esconden vasos visibles, que deben tratarse, o incluso vasos sangrantes. Existe controversia en cuanto a la realización o no del tratamiento hemostático endoscópico en el coágulo adherido.

d) Coágulo Plano (Forrest IIc)

El coágulo plano con un color que puede variar desde el rojo al negro está presente en alrededor del 20% de las úlceras sangrantes y se asocia con un bajo riesgo de resangrado (menor de 10%) la diferencia entre un coágulo plano y la presencia de un pequeño vaso visible a veces puede ser de difícil interpretación endoscópica. No requiere tratamiento hemostático endoscópico.

e) Base Limpia (FORREST III)

La base limpia es el hallazgo endoscópico que con mayor frecuencia se encuentra, estando presente en el 50% de las úlceras sangrantes.

Se define por la ausencia de estigmas de hemorragia reciente en la base ulcerosa

Tienen un bajo riesgo de recidiva hemorrágica y por lo tanto no debería realizarse tratamiento endoscópico. Las tasas de resangrado publicadas por la literatura oscilan entre un 0% y un 10% con una media del 5% y puede ser debida a un segundo sangrado o aun pequeño vaso que pasó desapercibido en la endoscopia (24).

2.1.2. Características epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta

Se considera que entre el 80 y 90% de las hemorragias altas son causadas por la siguiente patología: úlcera péptica, gastroduodenitis, várices esófago gástricas, Síndrome de Mallory Weiss, esofagitis, duodenitis erosiva, neoplasias, úlcera del estoma y úlcera esofágica; 5% por otras causas de menor frecuencia, quedando alrededor del 5% en las que no se puede determinar su origen.

Esta frecuencia es proporcionada por todos los autores con algunas variantes, dependientes del país o región, del tipo de población estudiada, del centro hospitalario donde son atendidos los pacientes, de la existencia de unidades especializadas y del tiempo en que se ha efectuado el diagnóstico (28).

a) 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 (29).

b) 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 %) (30).

c) Consumo de 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 (31).

Como parte de los mecanismos implicados en las lesiones por AINE, 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 AINE en forma crónica presentan evidencias endoscópicas de lesiones, no todos son sintomáticos y de ellos solo un 10% de los casos padecen una HDA (32).

d) Consumo de alcohol

Las lesiones agudas de la mucosa gástrica constituyen hasta el 20 % de las causas de HDA, aunque habitualmente presentan un sangrado leve. Los factores clínicos asociados con la existencia de estas lesiones son la ingestión de AINE, alcohol. El cuadro típico es la instauración de náuseas o vómitos como antecedente de la hematemesis, principalmente en sujetos alcohólicos (33).

El alcohol produce una acción lesiva directa sobre la mucosa gastroduodenal independientemente del pH gástrico dado que posee una alta solubilidad. Una ingesta mayores del 14.0% de alcohol etílico inducen: una reducción de bicarbonato destrucción de la capa de moco

y citotoxicidad directa con el consiguiente deterioro de la barrera mucosa y el desarrollo de lesiones que varían en intensidad dependiendo de la dosis, factores individuales y otras condiciones asociadas (34).

e) 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 menciona como importantes factores de riesgo. Algunos estudios hay demostrado que aumenta el riesgo de presentar sangrado digestivo alto cuando los pacientes consumen tabaco y alcohol (35).

▪ Enfermedades comórbidas asociadas a la HDA:

a) Antecedente 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 (36).

b) Enfermedad ácido péptica

La hemorragia digestiva alta que ocurre como complicación de una úlcera péptica se produce cuando ésta alcanza una estructura vascular. Ello 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 (37).

c) Hipertensión arterial en tratamiento

El gran número de pacientes que refieren antecedentes patológicos personales, el 21.05% presentan hipertensión arterial (38). 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. Del 2 al 10% de pacientes de cuidados intensivos puede sangrar por estas causas.

d) 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 (39).

e) 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 (AINE) 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 y, 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(40).

2.1.3. Características endoscópicas de la HDA

La hemorragia digestiva es un síndrome de elevada incidencia y tasa de mortalidad. La endoscopia digestiva alta temprana cambia el curso natural del sangrado recurrente en pacientes de alto riesgo, reduciendo con ello la mortalidad, tratando complicaciones potencialmente letales. Debe ser considerada como una intervención primaria y temprana para establecer la causa del sangrado, y a partir de ello realizar el tratamiento y estimar el riesgo individual para la recurrencia de la hemorragia (41).

La endoscopia constituye el método de elección para el diagnóstico de la causa y localización del HDA. La literatura reporta que la endoscopia encuentra entre 78% y 100% de la etiología del sangrado (42).

El valor de la endoscopia de urgencia ya ha sido establecido, con efectividad diagnóstica está sobre 90%, especialmente si es realizada dentro de las 12 hrs de evidencia de sangrado. La causa más frecuente de Hemorragia Digestiva alta con variaciones porcentuales según cual sea la población examinada son: Lesión aguda de mucosa gástrica (L.A.M.G.), úlcera péptica (Duodenal-Gástrica) y várices esofágicas, que representan alrededor del 80% de las causas de este síndrome; son causas menos frecuentes: Cáncer gástrico, síndrome de Mallory Weiss, Esofagitis, etc. Este examen permite la determinación de signos endoscópicos de valor pronóstico aplicados a pacientes con úlcera y L.A.M.G. y también en el síndrome de Mallory Weiss, lesiones tumorales y vasculares. La tasa de recidiva o hemorragia persistente es muy alta, aproximadamente 30% en pacientes con Forrest I y IIa, menores del 10% en Forrest IIb y nula en el Forrest II. Si el paciente no ha recibido tratamiento endoscópico alrededor del 30% de pacientes con sangrado activo y vaso visible requieren cirugía de emergencia (43).

Terapia endoscópica:

La aplicación de terapia endoscópica hemostática, determina una reducción en la estancia hospitalaria, menores requerimientos de

transfusiones de concentrados hemáticos, disminución de la incidencia de resangrado y cirugía, así como un aumento de la supervivencia.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A Nivel Nacional

Título:

Epidemiología de la hemorragia digestiva.

Autor:

Ichiyanagui C. (44).

Resumen:

La hemorragia gastrointestinal es una entidad clínica frecuente y la principal emergencia gastroenterológica. Desde 1994, la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Rebagliati ha adquirido gran experiencia en este campo. El 83% de las hemorragias son altas y 17% bajas, 63% son varones y 37% mujeres, 66% son mayores de 60 años. Las principales causas de hemorragia digestiva alta son: úlcera duodenal (24,5%), úlcera gástrica (19,8%) y várices esófago-gástricas (15%). La principal causa de hemorragia digestiva baja es enfermedad diverticular colónica. La mortalidad en una unidad especializada como la nuestra es sólo 3% y entre los principales factores tenemos: volumen de sangrado, hepatopatía crónica (cirrosis), presencia de hematemesis.

Título:

Hemorragia Digestiva Alta no originada por várices.

Autor:

Contardo C, Espejo H. (45).

Resumen:

El estudio concluyó que, la causa más frecuente sigue siendo la úlcera péptica, con un 50% en promedio en la literatura publicada. Las hemorragias activas más severas son provocadas por la lesión de Dieulafoy y algunas formas de presentación de hemorragia por úlcera. Por lo general, son menos severas las hemorragias producidas por el Mallory-Weiss, gastritis, esofagitis, las ectasias vasculares o angiodisplasias y el “watermelonstomach” (una variante de esta última). Las angiodisplasias, son más una causa de una hemorragia crónica. Los nuevos avances en el tratamiento de estas lesiones, básicamente con la endoscopia terapéutica en estigmas de alto riesgo de recurrencia, el uso de supresión ácida más profunda y sostenida con los inhibidores de bomba de protones y el manejo en unidades especializadas e interdisciplinario, ha permitido una reducción significativa en la recurrencia de hemorragia, necesidad de transfusiones, necesidad de cirugía y días de hospitalización. Y, en algunos estudios, se demuestra también una reducción en la mortalidad, de un 10% que era el estándar, a 2,3 – 5,4%, según revisiones últimas.

Título:

Caracterización topográfica y etiológica de la Hemorragia digestiva alta en el Hospital de EsSalud III de Puno - 2003

Autor:

Apaza O. (46).

Resumen:

OBJETIVOS: Caracterizar la hemorragia digestiva alta (HDA) según localización topográfica y etiológica determinada por Endoscopia

digestiva alta, en el contexto de aspectos demográficos y socioculturales en el Hospital de EsSalud III de Puno.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo y retrospectivo de casos de HDA ocurridos durante los años 2000, 2001 y 2002, que fueron sometidos a estudio endoscópico hasta un máximo de 48 horas de iniciado el sangrado. Fueron excluidos los casos de HDA dudosos sin adecuado sustento clínico y/o carencia de informe endoscópico en historia clínica. Los datos obtenidos fueron procesados en el programa EpiInfo2002 para su análisis estadístico.

RESULTADOS: Se revisaron 132 casos. Fueron considerados para el análisis 110 casos que cumplieron con los criterios de selección. El total de casos correspondió a 80 pacientes, lo que implica que algunos pacientes presentaron más de un episodio de HDA durante el periodo de estudio.

La HDA ocurrió 88% en varones y 22% en mujeres. Fue más frecuente en el grupo etario 40 – 49 años (37.3%), seguido del grupo > 70 años (19.1%), 50 – 59 años (18.2%) y 60 – 69 años (13.6%), en menor proporción otros grupos etarios. Afectó predominantemente a los mayores de 40 años. Los pacientes fueron mayormente de los grupos ocupacionales “profesor” (23.8%) y “empleado” (23.8%), seguido de “su casa” (16.3%); en menor proporción, “estudiante” (8.8%), “ingeniero” (7.5%), “obrero” (7.5%) y otros grupos ocupacionales. La mayoría de pacientes fue de nivel de instrucción “superior universitaria” (56.3%), seguido de “secundaria” (18.8%), “primaria” (15%), “superior técnica” (7.5%) y “sin instrucción” (2.5%). Las patologías expresadas como antecedentes y/o coexistentes en los paciente fueron: Enfermedad ácido-péptica (38.8%), alcoholismo (31.3%), consumo de AINES (25%), enfermedades articulares (20%), antecedente de HDA (18.8%), infección por *Helicobacter pylori* (16.3%), hepatopatía crónica no viral (15%), poliglobulia (11.3%). Cardiopatías y neumopatías crónicas se encontró en baja proporción. Solo se encontró un paciente (1.3%) con antecedente de hepatitis viral .

La localización topográfica gástrica, esofágica y duodenal fue 47.27%, 25.45% y 24.5% respectivamente. En 2 casos (1.8%) no se logró determinar la localización. La más frecuente causa de HDA fue la úlcera péptica (44.5%), con leve predominio de la úlcera duodenal (24.5%) sobre la gástrica (20%). En segundo lugar, el sangrado de várices esofágicas (25.5%), seguido de LAMG (20%), Síndrome de Mallory Weiss (5.5%), Angiodisplasia (1.8%), Enf. De Dieulafoy (0.9%). En dos casos (1.8%) no se determinó la lesión. Respecto a las lesiones ulceradas según la clasificación de Forrest, la mayoría correspondió a Ila en 13 casos (26.5%), III 9 casos (18.3%), IIb 5 casos (10.2%), Ib 5 casos (10.2%) y la 3 casos (6.2%).

CONCLUSIONES: La HDA en el Hospital de EsSalud III de Puno se caracteriza: (a) demográficamente por: ser más frecuente en el sexo masculino, en mayores de 40 años, en los grupos ocupacionales “profesor”, “empleado” y “su casa” y por ser más frecuente en el nivel de instrucción “superior universitaria”; (b) En el contexto de antecedentes patogénicos y enfermedades coexistentes: la enfermedad ácido-péptica, alcoholismo y consumo de AINES son las patologías más comúnmente coexistentes con la HDA; (c) Según localización topográfica y etiológica por: ser más frecuente la localización topográfica gástrica, y, porque la etiología más frecuente de HDA es la úlcera péptica - con ligera predominancia de la úlcera duodenal sobre la gástrica - , seguida del sangrado de várices esofágicas y lesiones agudas de mucosa gástrica. En menor proporción el síndrome de Mallory Weiss, Angiodisplasia y enfermedad de Dieulafoy.

A Nivel Internacional

Título:

Cirugía de la Hemorragia digestiva alta no variceal.

Autor:

Cárcamo C, López J, Cardemil D (47).

Resumen:

El objetivo de este trabajo fue comunicar y analizar los resultados del tratamiento quirúrgico en el manejo de esta patología. Se presenta una serie retrospectiva de 39 pacientes sometidos a cirugía en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de Valdivia entre enero de 1998 y diciembre de 2003. La serie estuvo constituida por 27 pacientes de sexo masculino (69%) y 12 de sexo femenino (31%). La edad promedio fue de 62.3 años (31-91). El 67% de los pacientes tenía patología asociada, siendo la más frecuente la hipertensión arterial seguida del alcoholismo. El 94,8% de los pacientes tuvo estudio endoscópico previo a la cirugía. Se realizaron en promedio 1.3 endoscopias por caso con rango de 1 a 4. El hallazgo más frecuente de sangrado fue la úlcera péptica en 26 casos (66,6%), 15 pacientes con úlcera gástrica y 11 con úlcera duodenal. La cirugía más frecuentemente realizada fue la sutura del vaso sangrante en un 89,7% de los casos. Se efectuaron además 3 gastrectomías subtotales y una total. Un 90% de los pacientes requirió de transfusiones. La mortalidad en nuestra serie fue de un 17,9%. Se concluye que la causa más frecuente de cirugía en la HDANV es la úlcera gástrica, evidenciándose un alto porcentaje de éstas a nivel subcardial. La técnica quirúrgica más utilizada es la sutura del vaso sangrante y a pesar del tratamiento quirúrgico no resectivo, la mortalidad es elevada.

Título:

Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario «Calixto García». Habana Cuba.

Autor:

Almeida R, Pérez F, Díaz J, Martínez J (48).

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, ingresados en el servicio de cirugía del Hospital Universitario «Calixto García» entre el 2006 y el 2007. Se obtuvo los siguientes resultados: Fueron ingresados 551 pacientes, entre los que prevalecieron los hombres, ancianos, con enfermedades crónicas. Al 92 % se le realizó panendoscopia oral. Las causas más frecuentes de hemorragia reciente fueron las gastroduodenitis agudizadas, y las de hemorragia activa en el momento de la endoscopia fueron las úlceras duodenales. Se indicó tratamiento médico en el 89 % de los casos y quirúrgico en el 11 %. Falleció el 6,8 % de los pacientes y las causas principales fueron las úlceras gastroduodenales, las várices gastroesofágicas y las gastroduodenopatías erosivas. Se concluyó que la hemorragia digestiva alta ocupa un lugar importante entre las causas de ingresos en el Hospital Universitario «Calixto García», en La Habana.

Título:

Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos

Autor:

Dra. Mayelin Abreu Jarrín, Dra. Solange Ramos Tirado, Lic. Noelvis Trejo Muñoz, Lic. Dominga Cintado Tortoló (49).

Resumen:

El objetivo de este estudio fue caracterizar clínica y endoscópicamente a los pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el departamento de Gastroenterología del Hospital General Pedro Betancourt en el período comprendido entre Enero del 2012 a Enero del 2013. Fue un estudio descriptivo prospectivo, se tuvieron en cuenta diferentes variables clínicas y endoscópicas como: edad, sexo, presentación clínica, tipo de lesión y clasificación de la hemorragia por

úlceras; estas fueron representadas en tablas y gráficos por frecuencias absolutas y relativas. Los resultados encontrados fueron: De los 40 pacientes estudiados con una edad promedio de 57,3 años +/-13,5 años; predominó del sexo masculino (72,5 %). La presentación clínica más frecuente fue la melena (65%). El principal hallazgo endoscópico fue la úlcera duodenal (45%) y la clasificación de la complicación hemorrágica de la úlcera más frecuente fue el sangrado reciente. Se concluyó que la hemorragia digestiva alta continúa siendo una urgencia que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, fue la úlcera gastroduodenal con estigmas de sangrado reciente el hallazgo endoscópico más común.

Título:

Caracterización del paciente Anciano con Hemorragia Digestiva alta. Santiago de Cuba 2009.

Autor:

Acosta D, y col. (50).

Resumen:

Los resultados encontrados fueron: La edad predominante en ambos fue de 60- 69 años con 52.5% seguido 70-79 años con 22.5%, 80 a 89 años con 20.%. Los hábitos tóxicos de ingestión de café y alcohol correspondieron 67.5% y 47.5% respectivamente, las enfermedades cardiovasculares hipertensión arterial y cardiopatía isquémica fueron los antecedentes patológicos personales predominantes con 35 y 30% con respecto a los factores predisponentes 60% de los enfermos tenían antecedentes de ingestión de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, seguidos por la aspirina en el 30%. La causa de hemorragia más frecuente identificada por endoscopia fue úlcus gastroduodenal 47.5%.

Título:

Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España

Autor:

Pérez A, Nuevo J, López A, González A, Martín de Argila C, Aviñoa D, et al. (51).

Resumen:

Introducción: La mortalidad en la hemorragia digestiva alta no varicosa (HDA-NV) no ha variado. Se necesita conocer más información para mejorar las estrategias de tratamiento. Los objetivos de este estudio fueron: a) describir el perfil de presentación de los episodios de HDA-NV; b) El manejo clínico según práctica clínica habitual, y c) establecer cuáles son los resultados clínicos asociados a los tratamientos endoscópicos y médicos en España.

Métodos: ENERGIB fue un estudio retrospectivo de cohortes que recogió información del manejo y forma de presentación de HDA-NV en Europa. Presentamos los datos relativos a España. Los pacientes se trataron según la práctica clínica habitual. Para las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar y para las categóricas se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Los pacientes (n = 403) fueron hombres (71%), con edad media 65 años, asociaron comorbilidad (62,5%). Los equipos encargados de su manejo fueron gastroenterólogos (57,1%) o médicos internistas (25,1%). Los inhibidores de la bomba de protones se usaron de forma empírica pre-endoscopia en un 80% de los casos. El 6,4% presentó persistencia y el 6,7% re-sangrado después de la endoscopia. La tasa de mortalidad en los 30 días posteriores fue del 3,5%.

Conclusiones: Este estudio permite conocer el perfil de presentación de los episodios de HDA-NV en España y el manejo en práctica clínica habitual. Este se ajusta a los estándares propuestos por las recientes guías de práctica clínica. Entre otros datos destaca que los pacientes

con hemorragia son cada vez de edad más avanzada y presentan un mayor número de enfermedades asociadas, lo que podría explicar que la mortalidad se haya mantenido estable a pesar de los evidentes avances en el manejo de esta entidad.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Describir las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital Goyeneche Arequipa 2015.

4.2. Objetivos específicos:

- Determinar las características clínicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital Goyeneche?.
- Identificar las características epidemiológicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital Goyeneche.
- Describir las características endoscópicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital Goyeneche.

5. HIPÓTESIS

No corresponde hipótesis por tratarse de un trabajo de investigación descriptiva.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

1.4. Técnica

En el estudio según los objetivos establecidos se utilizará el método de revisión documentaria

1.5. Instrumentos:

Ficha de Revisión documentaria: Instrumento que permitirá registrar datos clínicos, epidemiológicos y endoscópicos de los pacientes que ingresaran con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta al servicio de Medicina subespecialidad Gastroenterología del Hospital Goyeneche – Arequipa específicamente sobre edad, sexo, factores de riesgo concomitantes, categorización de lesiones por endoscopia digestiva alta.

El Instrumento estará estructurado de la siguiente forma

- Encabezamiento
- Datos generales
- Información sobre datos clínicos, epidemiológica y endoscópicos

1.6. Materiales:

Útiles de escritorio

Bibliógrafo

Ficha de recolección de datos

4. CAMPO DE VERIFICACIÓN

4.3. Ubicación espacial

La presente investigación se realizará en servicio de Medicina subespecialidad Gastroenterología del Hospital Goyeneche –Arequipa

4.4. Ubicación temporal

El estudio se corresponde al periodo 2015.

4.5. Unidades del estudio:

2.3.3 Población de estudio

Estará constituida por el total de casos de Hemorragia Digestiva alta de enero a diciembre del 2015 en el servicio de Medicina, subespecialidad de Gastroenterología del Hospital Goyeneche de Arequipa; por tanto, no se realizará el cálculo de muestral y los casos serán asignados a la población de estudio mediante el muestreo No Probabilístico, es decir según criterios establecidos en la investigación.

2.3.4 Criterios de selección:

a. Criterios de inclusión

- Casos de Hemorragia digestiva alta ocurridos en el año 2015 en el hospital Goyeneche Arequipa.
- Historias clínicas de pacientes que cuentan con datos de filiación y antecedentes requeridos para el estudio,
- Historias clínicas de pacientes que cuentan con informe de endoscopia alta
- Pacientes mayores de 14 años y ambos sexos

b. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 14 años
- Historias clínicas con información incompleta con diagnóstico clínico de HDA, sin adecuado sustento clínico.
- Historias clínicas de pacientes con casos de HDA sin estudio e informe endoscópico consignado en la Historia clínica.

5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1. Recursos

d) Humanos

Investigadora: Fiorella Ulloa Muñoz

e) Físicos:

- Infraestructura del Hospital III Goyeneche Arequipa
- Ambientes del servicio de Medicina subespecialidad de Gastroenterología
- Laboratorio Clínico del Hospital III Goyeneche Arequipa
- Población demandante al servicio de Medicina subespecialidad de Gastroenterología.
- Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Santa María Arequipa.

f) Financieras:

Autofinanciado

5.2. Validación de instrumentos

Se llevará a juicio de expertos para validar la ficha de encuesta para la recolección de datos sobre factores de riesgo relacionados a la incidencia de la hemorragia digestiva alta, para juzgar la eficacia del instrumento.

6. CRITERIO O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

6.1. Plan de procesamiento

Se empleará los datos del Anexo 1, el que serán sistematizados a una hoja de Excel.

f. Plan de clasificación

Se utilizará la matriz de sistematización de datos, diseñada en la hoja de Excel, a partir de los cuales se procesará la información en tablas según los objetivos planteados.

g. Plan de codificación

La información obtenida será codificada, para facilitar el ingreso de datos para su procesamiento.

h. Plan de recuento

El recuento de datos será mixta, es decir algunos datos será electrónico y otras en forma manual, a partir de la matriz diseñada en la hoja de Excel.

i. Plan de tabulación

El plan de tabulación nos permitirá elaborar tablas con información porcentual cuantitativa y cualitativa de entrada simple y doble.

j. Plan de graficación

Por la naturaleza del estudio se elaboraran diagramas circulares y gráfica de barras simples.

6.2. Plan de análisis

El análisis de los datos se realizará aplicando la estadística descriptiva con distribución de frecuencias.

Por el número de variables se realizará el análisis univariado y bivariado

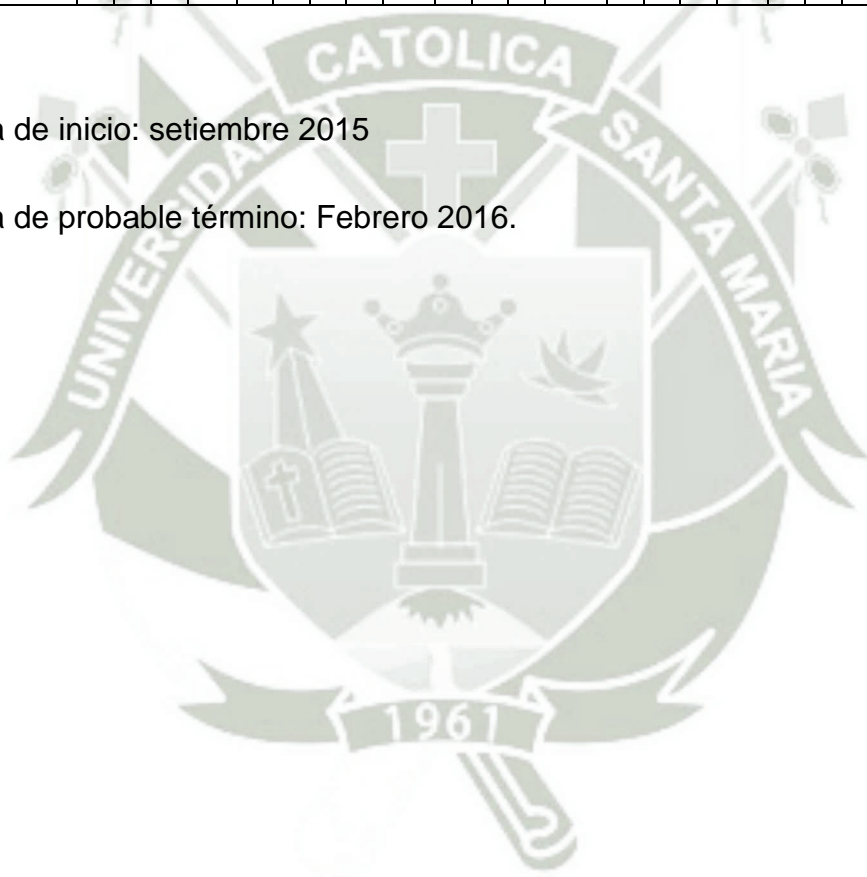
Por la naturaleza del estudio será cuantitativo y cualitativo.

IV.- CRONOGRAMA DE RESULTADOS

ACTIVIDADES	Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tema	X	X																						
Revisión bibliográfica			X	X	X	X	X	X																
Presentación									X															
Aprobación del proyecto										X	X													
Ejecución											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Procesamiento y análisis de los datos																					X	X		X
Informe final																								X

Fecha de inicio: setiembre 2015

Fecha de probable término: Febrero 2016.



BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Barkun A, Bardou M, Kuipers E, Sung J, Hunt R, Martel M, et al. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med.* 2010; 152:101-13.
2. Loperfidos S, Valdo B, Piovesana R. Hemorragia Digestiva Superior. A population based study gastroin Test. *Endosc* 2009;70:212-14
3. Crespo L, Gil L, Padrón A, Rittoles A, Villa M. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio de 365 pacientes. *RevCubMedIntEmer* 2002; 1 (46-52).
4. Calleja J, Martínez J. Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Medicine* 2000; 8 (14): 725-735
5. Ramírez J, Menéndez B, Cobiellas R. Hemorragia digestiva alta no varicosa: comportamiento e índice de Rockall. *Rev Cubana Cir* vol.53 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2014
6. Mariños H. Hemorragia Digestiva Alta: Manejo Inicial. *Sociedad Gastroenterología. Acta Med Per* 23(3) 2006
7. Espinoza J, Huerta J, Lindo M, García C, Ríos S, Vila S, et al. Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima - Perú. *RevGastroenterolPeru*, 2009;29(2):111-7
8. Lanás A, Bajador E, Serrano P, et al. Nitro vasodilators, low-dose aspirin, other nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2000; 343 (12): 834-839
9. Ríos E. Medición de la precisión diagnóstica en enfermedades con comprobación endoscópica. *Cuadernos* 2004;47:55-62.
10. Pavez C, Padilla O, Araya R. Evaluación de la Clasificación de Rockall como predictor de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta de origen no variceal . *Gastroenterología Latinoamericana*. Vol 21 - Nº 4 - Octubre-Diciembre 2010. pp 425-582
11. Castro M, Fernández P, Fernández C, Caballo M, Dacal A. Hemorragia digestiva alta y baja. Diagnóstico y tratamiento en medicina hospitalaria: Enfoque práctico. *Libro Do Peto*. .
12. Vanina G, Sampor C, Storni MP, Calderón G. Lesiones endoscópicas más frecuentes en un grupo de pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta N°158-Junio 2006. *Revista de Posgrado de la VI Catedra de Medicina*.
13. Lanás A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A; en representación del I Consenso Nacional sobre el Manejo de la Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Primer consenso español sobre el manejo de la hemorragia digestiva por úlcera peptica. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:608-16.
14. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med.* 2010;152:101-13.

15. Cirugía de Michans 5ta Ed. Ferraina P Oría A. Buenos Aires: el Ateneo 2002 :730-36
16. Rodríguez Z. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. Revista Cubana de Gastroenterología , 1-17
17. Ichiyanagui C. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. Acta méd. peruana [online]. 2006, vol.23, n.3, pp. 152-155. ISSN 1728-5917.
18. Espejo H, Velásquez H. Hemorragia digestiva aguda. Capítulo 2: Tópicos Selectos en Medicina Interna – Gastroenterología. Disponible en: http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap2_Hemorragia_digestiva_aguda.pdf
19. Waldbaun C, Pignataro S. Hemorragia digestiva alta. En: Pusajó J.F, Egurola M.A, Hernández M.S, Rodríguez A.H. Medicina Crítica Y Terapia Intensiva Fisiopatología Diagnostico Y Terapéutica. Hernández Editores. P. 453-455
20. Bogoch A. Hemorragia gastrointestinal. En: Berk JE, Haubrich WS. Síntomas gastrointestinales. Interpretación clínica. Barcelona: Ancora S.A., 1992:115-140
21. Morgan AG, Clamp SE. O.M.G.E. International upper gastroin-testinal bleeding survey 1978-82. Scand J Gastroente-rol 1984;19 Suppl 95:41-58
22. Irap J, Mederos O. Sangramiento Digestivo Alto. Hospitales Universitarios. Cuba 2012.
23. Himal HS, Watson WW, Jones CW. The management of upper gastrointestinal haemorrhage: a multiparametric computer analysis. Ann Surg 1974;179:489-94
24. Monserrat A. Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Úlcera Péptica y alto riesgo de resangrado-evolución, tratamiento y factores pronósticos. (Tesis doctoral), Facultad de Medicina Humana Universidad de Barcelona –España 2005.
25. Manual de hemorragia Digestiva. Capítulo 5: Hemorragia Digestiva. Chile. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/pediatria/manualgastro/hdigestiva.html#alta>
26. Diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia de Tubo Digestivo Alto. Disponible en: http://www.mediteca.com/compartetustrabajos/pics/Diagnostico_Tratamiento_HTDA.pdf
27. Scores Pronósticos y Criterios Diagnósticos en el Paciente Crítico 2006 Ediciones Ergon, S.A.
28. Espejo H, Velásquez H. Hemorragia digestiva aguda. Colegio Médicos del Perú. Perú 2011.
29. Ríos E, Almarsegui G, Gálvez D. Hemorragia Digestiva Alta. Unidad de Gastroenterología. Apuntes de Medicina. Chile 2010.
30. Hierro A, Jiménez N. Sangrado digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Rev cubana med v.42 n.4 Ciudad de la Habana jul.-ago. 2003

31. Roblero J, Valenzuela J. Hemorragia Digestiva Alta y Anti-Inflamatorios no Esteroidales: Una Experiencia Local. Chile. Vol. 13 N°1. 2002.
32. Waldbaun C, Pignataro S. Hemorragia digestiva alta. En: Pusajó J.F, Egurola M.A, Hernández M.S, Rodríguez A.H. Medicina Critica Y Terapia Intensiva Fisiopatología Diagnostico Y Terapéutica. Hernández Editores. P. 453-455
33. Rodríguez Z, Acosta D, Fong J. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol49_1_10/cir11110.htm
34. Waldbaun C, Pignataro S. Hemorragia digestiva alta. En: Pusajó J.F, Egurola M.A, Hernández M.S, Rodríguez A.H. Medicina Critica Y Terapia Intensiva Fisiopatología Diagnostico Y Terapéutica. Hernández Editores. P. 453-455
35. Andrade A, Arosemena E, Batista Y, Béliz E, Chang K, Hevia E, Moreno, P, Sánchez F. Factores asociados a la hemorragia digestiva alta en pacientes con enfermedad ulceropéptica. Servicio de gastroenterología. Rev. Méd. Cient. 2003; 16(1).
36. Manual de Gastroenterología. Hemorragia digestiva. Capítulo 5. Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/pediatria/manualgastro/hdigestiva.html>
37. Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. GastroenterolHepatol. 2003;26:70-85.
38. Hierro A, Jiménez N. Sangrado digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Rev cubana med v.42 n.4 Ciudad de la Habana jul.-ago. 2003
39. 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. vol.103 no.7 Madrid jul. 2011
40. Moreira V, López A. Alteraciones digestivas por antiinflamatorios no esteroideos. Rev. esp. enferm. dig. v.96 n.10 Madrid oct. 2004
41. Machuca M, Fernández D, Gómez N, Bordon A. La endoscopia en la hemorragia digestiva alta. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 180 – Abril 2008
42. Zargar SA, Javid G, Khan BA, et al. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for bleeding esophageal varices in children with extrahepatic portal hypertension. Hepatology. 2002;36:666–672
43. Cabrera G, Macedo V. Hemorragia Digestiva Alta. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_10-1-2_Hemorragia%20digestiva.htm
44. Ichiyanagui C. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva Alta. Acta Médica peruana 2006 23 (3)

45. Contardo C, Espejo H. Hemorragia Digestiva Alta no originada por vórices. Hospital Nacional Rebagliati Martins EsSalud (Trabajo DE Investigación) Acta medica Peruana 2006.
46. Contardo C, Espejo H. Hemorragia Digestiva Alta no originada por vórices. Hospital Nacional Rebagliati Martins EsSalud (Trabajo DE Investigación) Acta medica Peruana 2006.
47. Apaza O. Caracterización topográfica y etiológica de la Hemorragia digestiva alta en el Hospital de EsSalud III de Puno – 2003.
48. Cárcamo C, López J, Cardemil D. Cirugía de la Hemorragia digestiva alta no variceal. Cuad. Cir. 2005; 19: 11-16
49. Almeida R, Pérez F, Díaz J, Martínez J. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario "Calixto García". Habana Cuba.
50. Morales C.H, Sierra S, Hernández A.M, Arango A.F, López G.A Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Hospital Universitario San Vicente de Paúl (Medellín-Colombia).Rev. esp. enferm. dig. vol.103 no.1 Madrid ene. 2011
51. Acosta D. y col. Caracterización del paciente Anciano con Hemorragia Digestiva alta. Hospital Provincial Clínico quirúrgico Docente Dr. Ambrosio Grillo Portuondo-Santiago de Cuba (Artículo de Investigación);MEDISAN2009;13(2)
52. Pérez A, Nuevo J, López A, González A, Martín de Argila C, Aviñoa D, et al. Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España.

ANEXO 2

FICHA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA

RESPONSABLE: FIORELLA ULLOA MUÑOZ

1. Fecha de Hospitalización _____

N°H.CI _____

2.- Nombre _____

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Hematemesis: Si () No () Porráceos: Si () No ()

Melena: Si () No () Hematoquecia: Si () No ()

Regurgitación: Si () No () Acidez: Si () No ()

Disfagia: Si () No () Flatulencia: Si () No ()

Apetito: Disminuido () Normal () Aumentado ()

Examen físico:

Dolor Abdominal: Si () No () Localización: _____

Ascitis: Si () No () Circulación colateral: Si () No ()

Hepatomegalia: Si () No () . Esplenomegalia: Si () No ()

Tacto rectal: Positivo () Negativo ()

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

3.- Edad _____ 4.-Sexo: Femenino _____ Masculino _____

	si	no		Si	No
Antecedentes diagnosticado HDA			HTA en tratamiento		
Consumo de alcohol			Enfermedad reumática		
Consumo de AINES			Diabetes Mellitus en tto		
Tabaquismo			Enfermedad Renal crónica		
Enfermedad acido péptica			Gastritis		
			Enfermedad Diarreica Aguda		
Anemia			Hipertensión portal		
Neoplasia			Cirrosis		
Patología respiratoria			Patología neurológica		
Otras					

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS

Endoscopia Diagnóstica: Si () , No () .

Endoscopia Terapéutica Si () , No () .

Hallazgos Principales:.....

Hallazgos Secundarios:.....

Clasificación de lesión ulcerada por Escala de Forrest:

Ia	Ib	Ila	Ilb	Ilc	III
----	----	-----	-----	-----	-----



ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA- 2015”.

INTERROGANTES BÁSICAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	METODOLOGIA
¿Cuáles son las características clínicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche?.	Determinar las características clínicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche.	Características clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Hematemesis/sangre rutilante - Porráceos: - Melena: - Hematoquecia: - Regurgitación - Acidez - Disfagia - Flatulencia - Apetito: - Dolor Abdominal/Localización - Ascitis - Circulación colateral - Hepatomegalia - Esplenomegalia - Tacto rectal 	Nominal	<p>TIPO: Descriptivo retrospectivo</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo</p> <p>TÉCNICA: Revisión documental</p> <p>INSTRUMENTO: Ficha de revisión documental</p> <p>ESTADÍSTICO: Descriptivo porcentual</p>
¿Cuáles son las características	Identificar las características	Características epidemiológicas	Edad	Ordinal	

<p>epidemiológicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche?.</p>	<p>epidemiológicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche.</p>		<p>Sexo Consumo de AINES Consumo de alcohol Consumo de tabaco Antecedentes diagnosticado de HDA Enfermedad acido péptica HTA en tratamiento Enfermedad Reumática Diabetes Mellitus en tratamiento Insuficiencia Renal Crónica Anemia Gastritis EDA Hipertensión portal Cirrosis Neoplasias Patología respiratoria Patologías neurológicas</p>	<p>Nominal</p>	
<p>¿Cuáles son las características endoscópicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche?.</p>	<p>Describir las características endoscópicas de la HDA en pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche</p>	<p>Características endoscópicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Endoscopia Diagnóstica: - Endoscopia Terapéutica - Hallazgos <ul style="list-style-type: none"> • Esófago • Estomago • Duodeno - Grado Forrest: 	<p>Nominal</p>	