

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE
LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Autor:

DANIEL ALONSO TINTAYA PINTO

Trabajo de Investigación para optar el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014

DEDICATORIA

A Dios,

A mis padres Nico y Guiller y a mis hermanos,

a mi madrina Antonieta

a mi asesor Dr Sandro Vila

a mis tutores docentes Dr Delgado y Dr Obregón

a mi hospital FAP en Arequipa y Lima

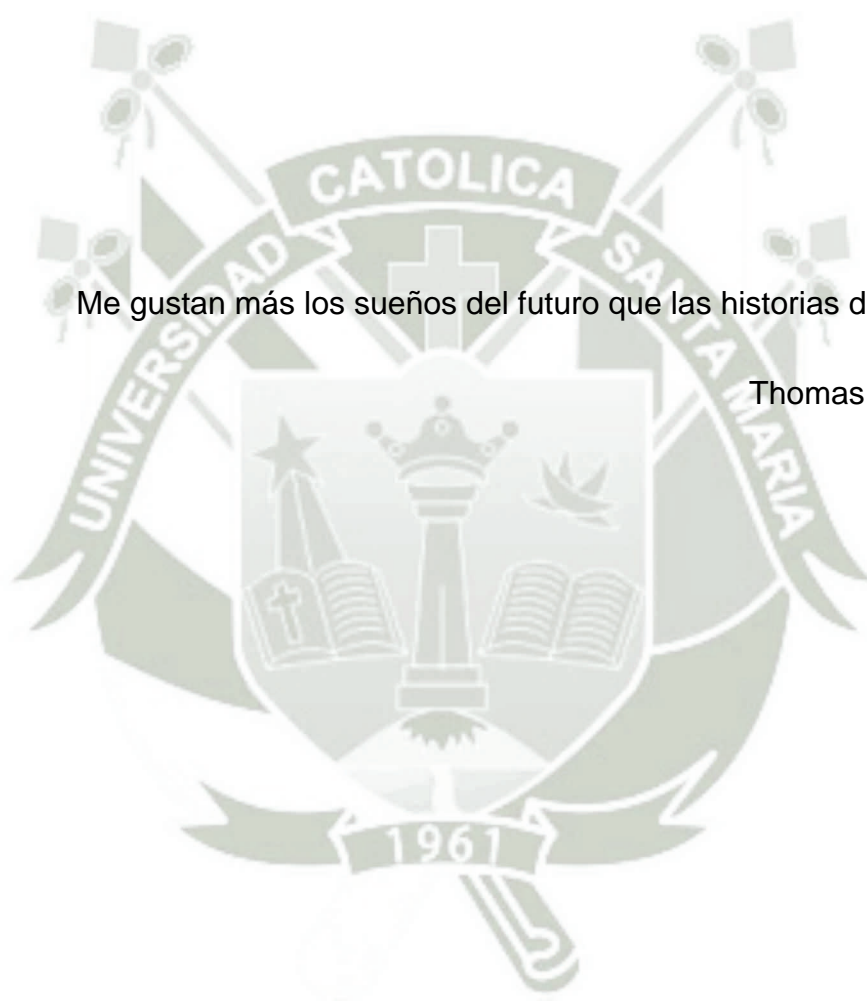
al servicio de Gastroenterología presidido por el Dr Rodriguez

quienes me han acompañado

en este largo camino que recién empieza

y me motivan a alcanzar mis metas.





Epígrafe

Me gustan más los sueños del futuro que las historias del pasado.

Thomas Jefferson.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	2
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	6
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS	59
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	60
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	62
Anexo 3 Proyecto de investigación	63

RESUMEN

Antecedente: La hemorragia digestiva alta es una patología de presentación cada vez más frecuente en nuestro medio.

Objetivo: Establecer las características clínicas y endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta del servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, durante el año 2012 y 2013.

Métodos: Revisión de los registros de pacientes con diagnóstico confirmado de hemorragia digestiva alta. Se muestra los resultados mediante estadística descriptiva

Resultados: Hubo un total de 43 casos; la tendencia en el periodo estudiado es hacia el incremento gradual, con un promedio anual de 19 a 24 casos al año. Predominaron notoriamente los varones (74.41%) sobre las mujeres (25.58%), con edades entre 61 a 80 años (32.56%) y mayores de 80 años (44.18%). El 53.5% tuvo síntomas o signos por un periodo menor a 24 horas, mientras que en el 14% los síntomas duraron más de 3 días. Se presentó hemorragia digestiva alta con sintomatología que fue en el 81.4% se presentó como melena, en el 44.2% como síndrome ulceroso, hematemesis en el 32.6% y síndrome anémico, shock y lipotimia en el 16.3%, 14.0% y 11.6% respectivamente, y asociado a otros síntomas en el 25.5% sobre todo náuseas, vómitos e hiporexia. En la endoscopia se encontró enfermedad ulcerosa péptica en 67.5% con Forrest IIC y Forrest III en el 25.6% y 30.2% respectivamente, varices esofágicas en el 11.6% y MalloryWeiss en el 2.3% de los casos, otros hallazgos representaron el 60.5% de los casos con diagnósticos heterogéneos como gastritis erosiva, gastropatía hipertensiva, lesión de Dieulafoy, angiodisplasias, y lesiones esofágicas por sonda nasogástrica. El 79.1% no fue tributario de UCI. El 32.6% estuvo hospitalizado de 1 a 3 días y 37.2% por más de 7 días. La mortalidad por HDA propiamente dicha fue del 2.3%. Y se encontró *Helicobacter Pylori* en el 14% de los casos.

Conclusión: La hemorragia digestiva alta es un problema frecuente y creciente que requiere de una consulta precoz para el tratamiento oportuno de patologías de corrección sencilla.

PALABRAS CLAVE: hemorragia digestiva alta – síntomas – signos – endoscopia.

ABSTRACT

Background: Upper gastrointestinal bleeding is a condition of submission increasingly common in our environment.

Objective: To establish which are the main clinical characteristics and endoscopic findings of upper gastrointestinal bleeding in the service of Gastroenterology of the Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2012-2013.

Methods: Review of records of patients with confirmed diagnosis of upper gastrointestinal bleeding. Results are shown using descriptive statistics

Results: There were a total of 184 cases, the trend in the period is towards the gradual increase, with an average of 19 to 24 cases a year. Men predominated (74.41%) over males (25.58%), aged between 61-80 years (32.56%) and aged older than 80 years (44.18%). The 53.5% of cases had symptoms for less than 24 hours while in 14% of cases symptoms lasted more than 3 days. Upper gastrointestinal bleeding was presented in 81.4% of cases with man, ulcerative syndrome in 44.2%, hematemesis in 32.6% and anemic syndrome, hypovolemic shock and lipothymy in 16.3%, 14.0% y 11.6% of patients respectively, and associated with other symptoms in 25.5% nausea, vomiting and hyporexia. In endoscopy peptic ulcer disease was found in 67.5% with Forrest IIC and Forrest III in the 25.6% and 30.2% respectively, esophageal varices with 11.6% and Mallory Weiss in 2.3%, other findings were 60.5% with heterogeneous diagnostic including erosive gastritis, hypertensive gastropathy, Dieulafoy's lesion, angiodysplasia, and esophageal lesions related to nasogastric tube placement. The 79.1% of cases was not hospitalized in ICU. The 32.6% was hospitalized for 1-3 days and 37.2% for more than 7 days. Mortality by Upper Gastrointestinal Bleeding by itself was 2.3% and Helicobacter Pylori was found in 14% of the biopsies.

Conclusion: Upper gastrointestinal bleeding is a common and growing problem that requires early consultation for the timely treatment of diseases of simple correction.

KEYWORDS: Upper gastrointestinal bleeding - symptoms - signs – endoscopy.

INTRODUCCION

La definición de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), implica la pérdida de sangre causada por diversas enfermedades que afectan al tubo digestivo entre la orofaringe y el ángulo de Treitz. (1) La incidencia anual estimada de 50 a 100 cada 100.000 habitantes por año, y con una mortalidad relativamente constante entre el 5 y el 10% durante los últimos 50 años. (2) La endoscopia digestiva alta la cual llega a identificar la lesión sangrante en más del 90 % de los casos; además de precisar sus características, ofrece valiosa información pronóstica y alternativas terapéuticas. (3)

No se encontraron estudios recientes que evalúen las características clínicas y endoscópicas, que presentan los pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, por lo tanto nuestro estudio es original y permitirá planificar intervenciones en salud para mejorar la calidad de vida, contrarrestar factores de riesgo, disminuir la frecuencia y mortalidad de la Hemorragia Digestiva Alta.

Por lo tanto el interés del presente estudio, se centra fundamentalmente en analizar los datos clínicos y hallazgos endoscópicos, de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo de enero 2012 - diciembre 2013

CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), la cual consigna los datos que nos permitió conocer las características clínicas de los pacientes tales como edad, sexo, factores de riesgo asociados, tiempo de enfermedad, signos y síntomas, hallazgos endoscópicos, tratamiento endoscópico que recibió el paciente, tiempo de estancia hospitalaria, mortalidad, de los pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta lo cual permitió obtener la información acerca de las variables del estudio. Además se cuenta en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú con tres endoscopios marca Olympus para la determinación de las lesiones entre la orofaringe y el ángulo de Treitz.

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación:

2.2. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizó en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

2.3. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó durante el año 2012 y 2013.

2.4. **Unidades de estudio:** Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

2.5. **Población:** Pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

2.6. **Muestra:** No se consideró un cálculo de tamaño muestral ya que se incluirán a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de elección:

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú con diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

- **Criterios de Exclusión**

- Exámenes endoscópicos incompletos o insatisfactorios.
- Pacientes desafiliados y que no cuenten con Historia clínica en el archivo central.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental descriptivo, retrospectivo, analítico y de corte transversal.

4. Estrategia de Recolección de datos:

4.1. Organización:

Una vez aprobado el proyecto de tesis, se realizaron las coordinaciones con la dirección del Hospital Centra de la Fuerza Aérea del Perú, para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se solicitaron los archivos de registros de endoscopias del año 2012-2013 y se registraron los datos de la evaluación en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en la ficha de recolección de datos, además también se revisaron historias clínicas en el archivo de historias clínicas de cada paciente que según el informe de endoscopia tenga diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación.

4.2. Validación de los instrumentos

No se requirió de validación por tratarse de una ficha para recolectar información.

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.20.0.



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 1

Frecuencia de casos de HDA en el periodo de estudio

Año	N° casos	%
2012	19	44.18
2013	24	55.82
Total	43	100.00

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 1

Frecuencia de casos de HDA en el periodo de estudio.

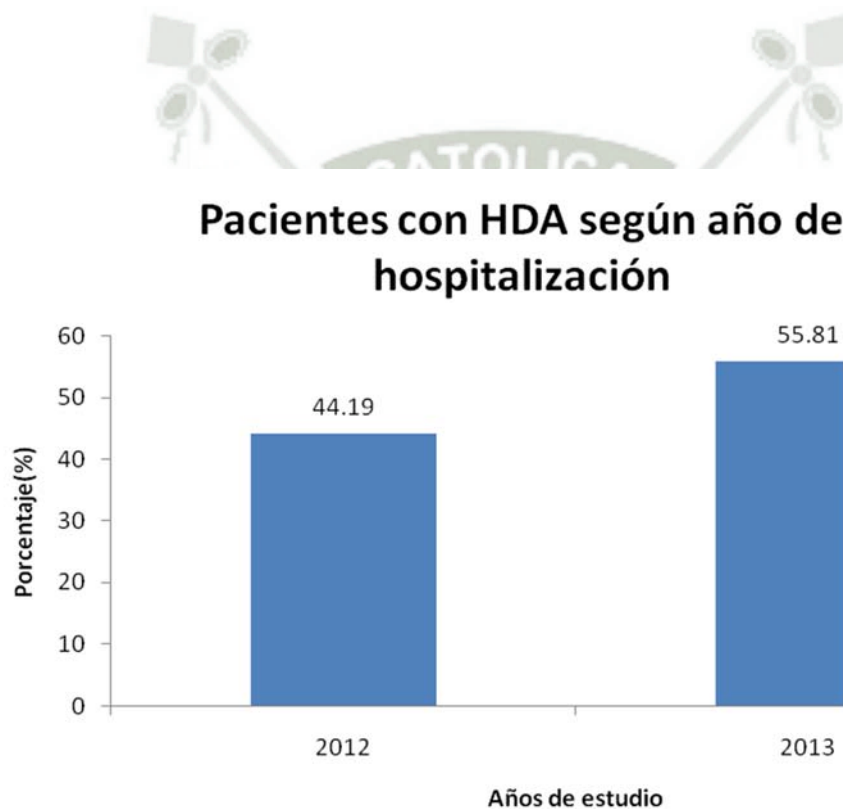


Tabla y gráfico 1 se muestra que en el 2012 hubieron 19 pacientes, representando el 44.19% del total y en el 2013 hubieron 24 casos de HDA representando el 55.81% del total.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 2

Distribución de casos de HDA según edad y sexo.

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 40	0	0.00	1	2.33	1	2.33
41-60	7	16.28	2	4.65	9	20.93
61-80	10	23.26	4	9.30	14	32.56
>80	15	34.88	4	9.30	19	44.18
Total	32	74.42	11	25.58	43	100.00

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 2

Distribución de casos de HDA según edad y sexo.

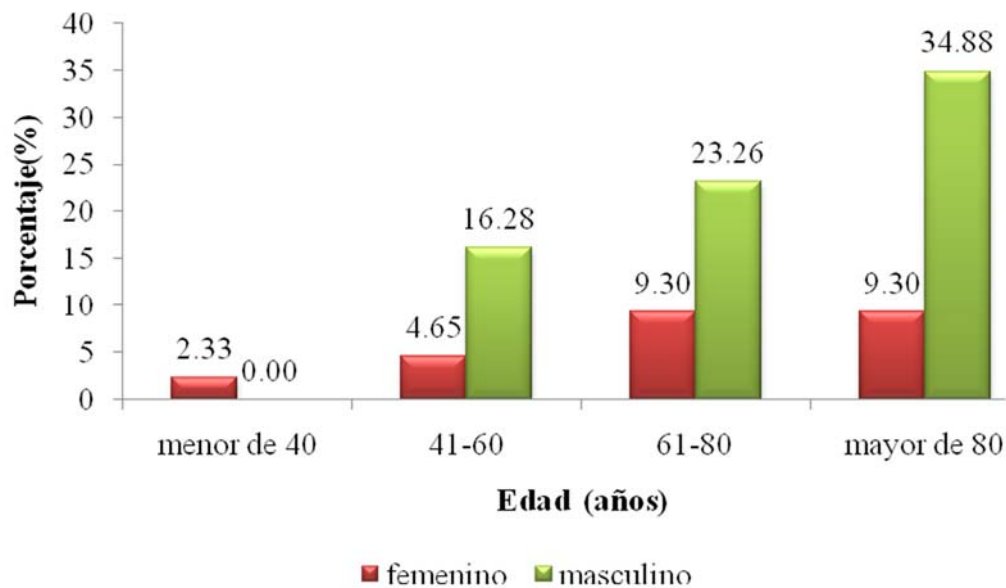


Tabla y gráfico 2, se muestra que el grupo etario predominante fue el de pacientes varones entre 61-80 años, 23.26% (15 pacientes) y el de varones mayores de 80años, con 34.88% (19 pacientes).

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 3

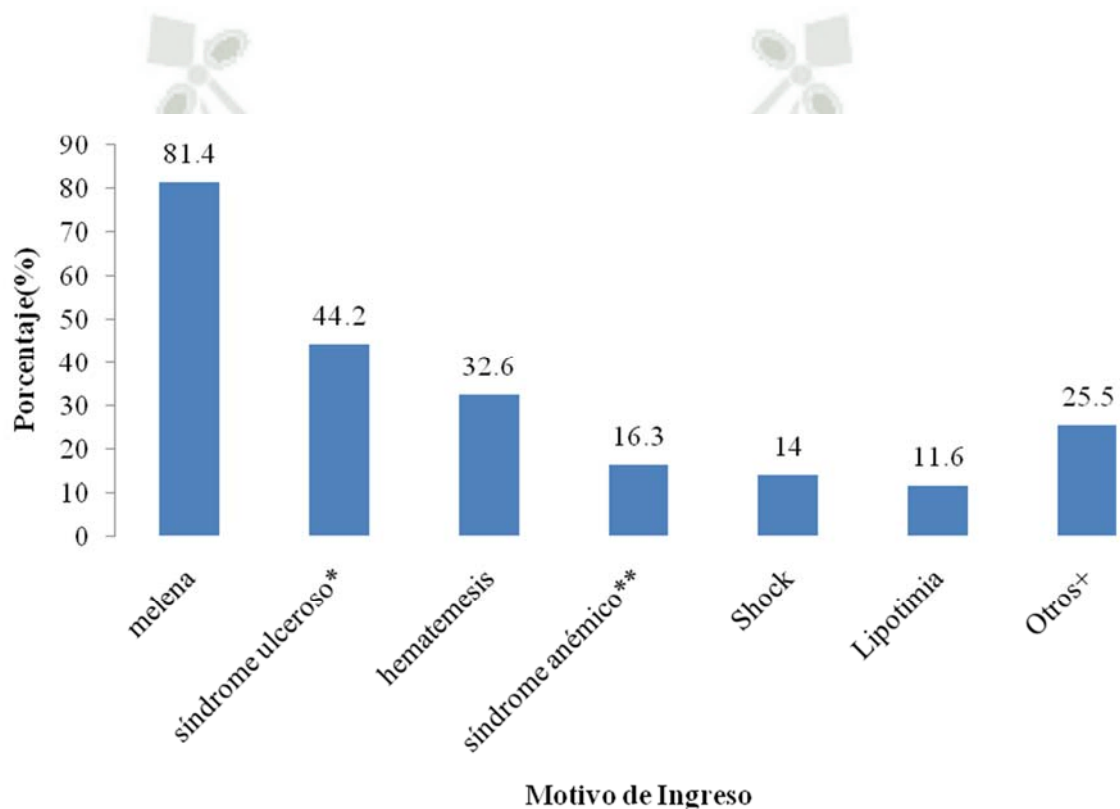
Distribución de casos de HDA según motivo de ingreso

Motivo de Ingreso	N	%
melena	35	81.4
síndrome ulceroso*	19	44.2
hematemesis	14	32.6
síndrome anémico**	7	16.3
Shock	6	14.0
Lipotimia	5	11.6
Otros+	11	25.5
Total	43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 3

Distribución de casos de HDA según motivo de ingreso



En la **Tabla y Gráfico 3**

* Pacientes con dolor abdominal crónico de características semiológicas particulares en cuanto a ritmicidad y relación prandial.

** Pacientes con palidez, astenia, disnea.

+ En este grupo se incluyeron pacientes con náuseas, vómitos e hiporexia.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 4

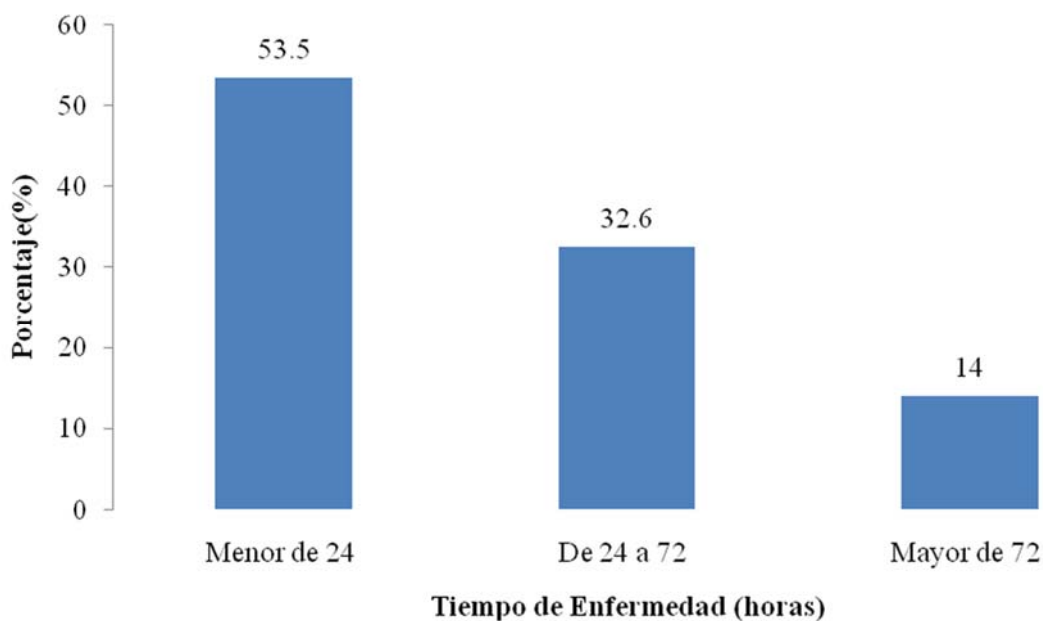
Distribución de casos de HDA según tiempo de enfermedad

Tiempo enfermedad (horas)	N	%
Menor de 24	23	53.5
De 24 a 72	14	32.6
Mayor de 72	6	14.0
Total	43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 4

Distribución de casos de HDA según tiempo de enfermedad



La **Tabla y Gráfico 4**, muestra que el 53.5% (23 pacientes), acudieron a emergencia en las primeras 24 horas de iniciada su enfermedad.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 5

Distribución de casos de HDA según antecedentes.

Antecedentes	N	%
HTA	25	58.1
Diabetes	17	39.5
AINES	15	34.9
Anticoagulación	12	27.9
Sangrado anterior	6	14.0
Cardiopatía	6	14.0
IRC	6	14.0
Cirrosis	5	11.6
Otros*	13	30.23
Total	43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 5

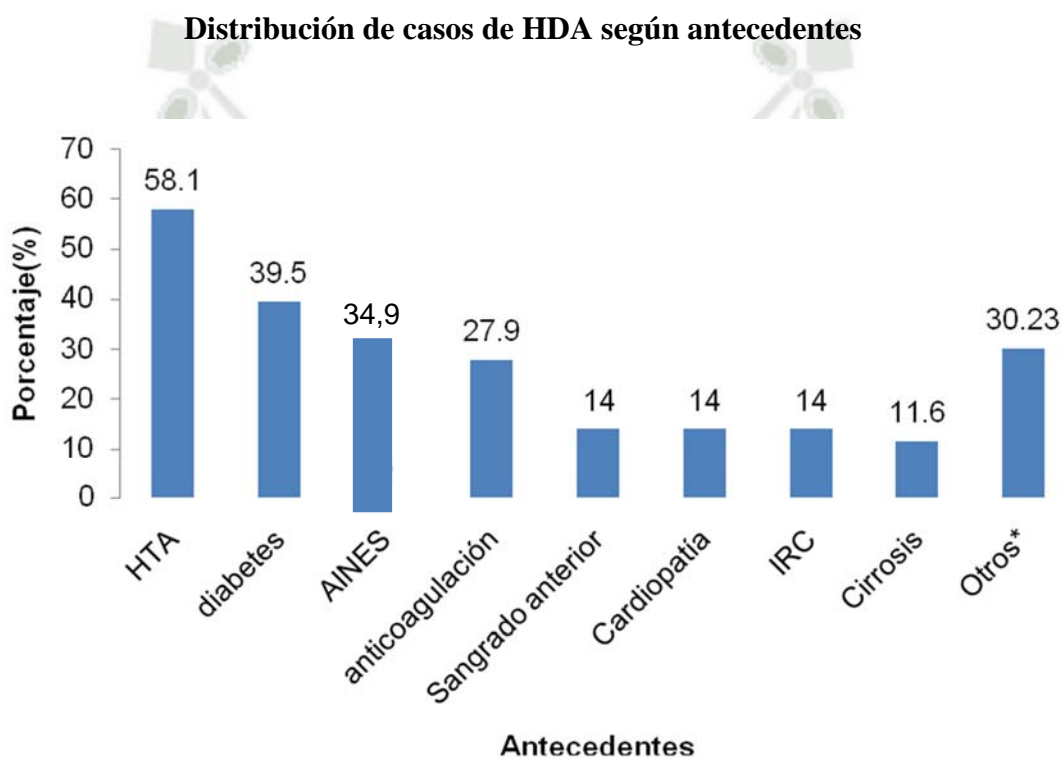


Tabla y gráfico 5

* Se incluyeron pacientes con consumo de alcohol, tabaco y neoplasias como linfomas no Hodgkin.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 6

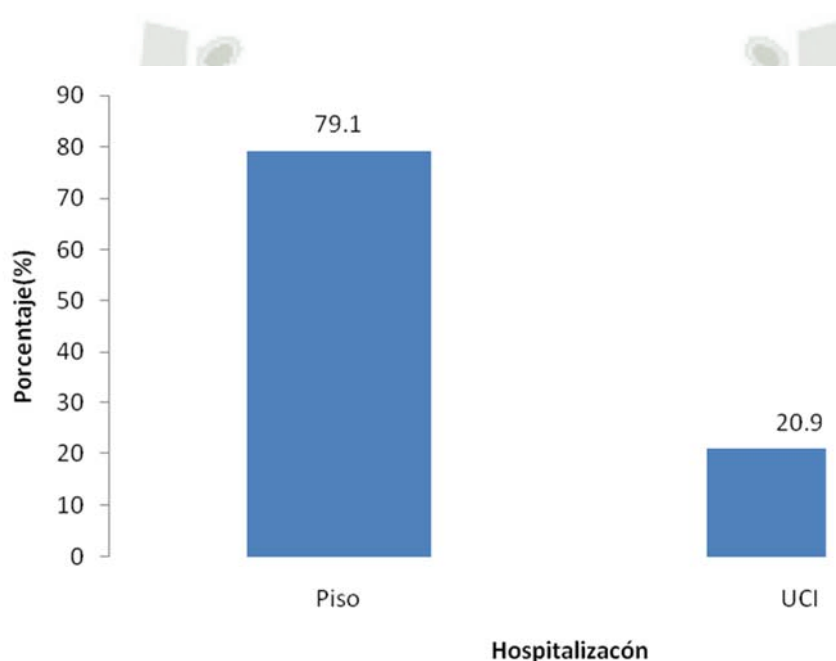
Distribución de casos de HDA según destino de hospitalización.

Hospitalizado	N	%
Piso	34	79.1
UCI	9	20.9
Total	43	100.0

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013

Gráfico 6

Distribución de casos de HDA según destino de hospitalización.



La **Tabla y Gráfico 6** muestran que la mayoría de pacientes 79.1% (34) no fueron tributarios de UCI, representando el 70.1% del total de casos.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 7

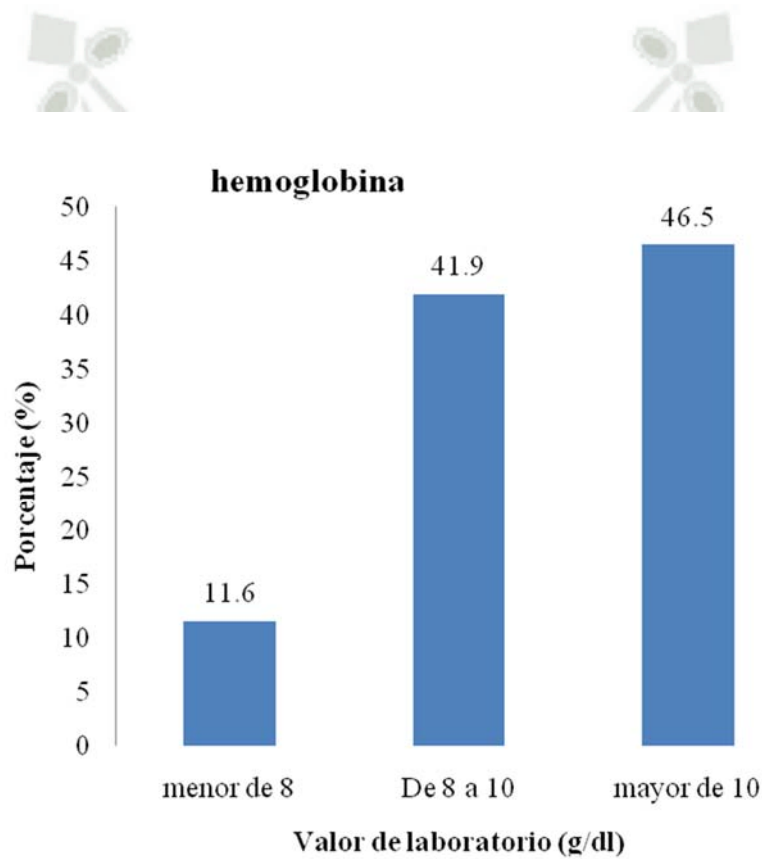
Distribución de casos de HDA según valores laboratoriales.

Valor Laboratorial	Frecuencia	Porcentaje
Hemoglobina (g/dl)	menor de 8	5 11.6
	8-10	18 41.9
	mayor de 10	20 46.5
Hematocrito (%)	menor de 24	8 18.6
	24-30	18 41.9
	mayor de 30	17 39.5
Plaquetas (mm ³)	60-100 mil	8 18.6
	mayor de 100 mil	35 81.4
Total	43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 7.1

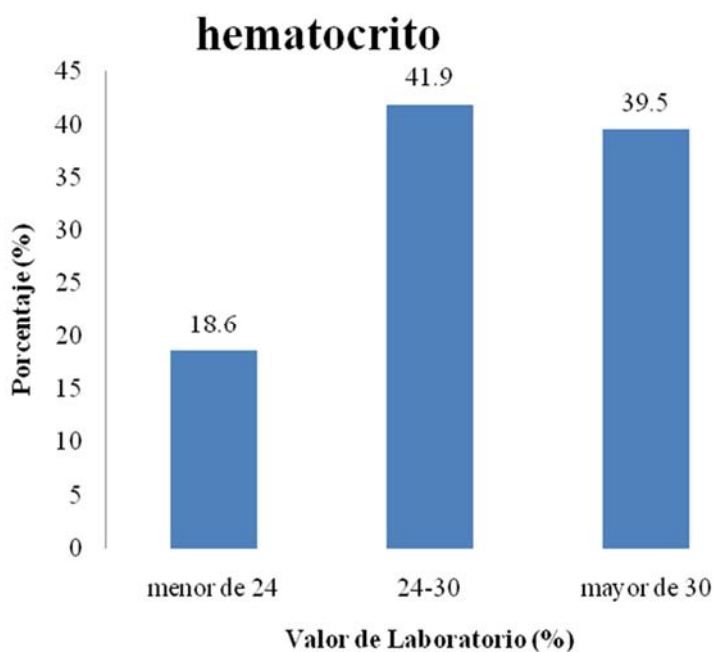
Distribución de casos de HDA según valores laboratoriales.



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 7.2

Distribución de casos de HDA según valores laboratoriales.



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 7.3

Distribución de casos de HDA según valores laboratoriales.

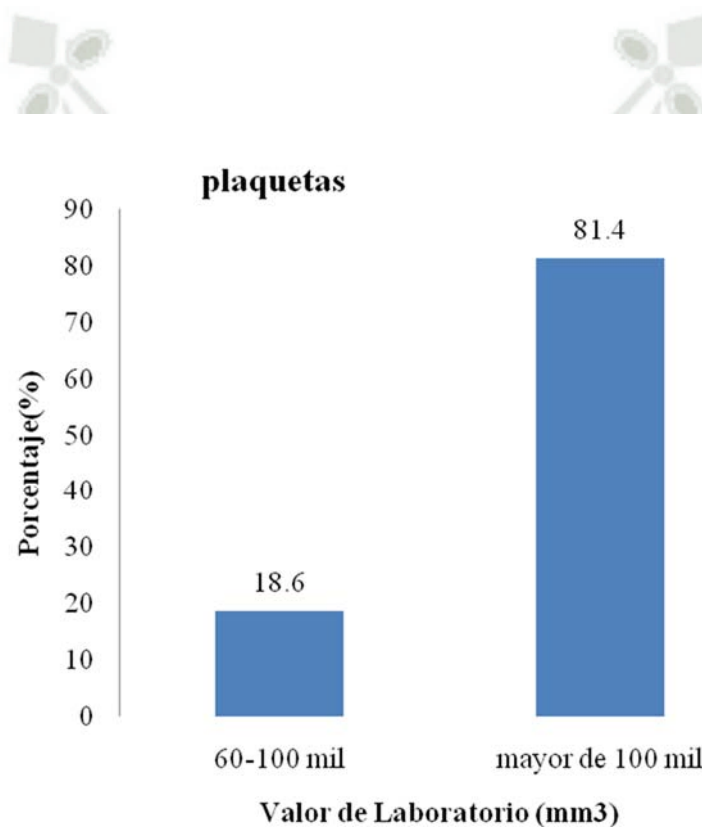


Tabla 7 y Grafico 7.1, 7.2 y 7.3

- Se muestra que 53.5% (23pacientes) tuvieron una hemoglobina menor a 10g/dl,
- Se muestra que el 18.6% (8 pacientes) tuvieron un hematocrito menor de 24%.
- Se muestra que 18.6% (8 pacientes) tuvieron un recuento de plaquetas menor a 100 mil por mm³.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 8

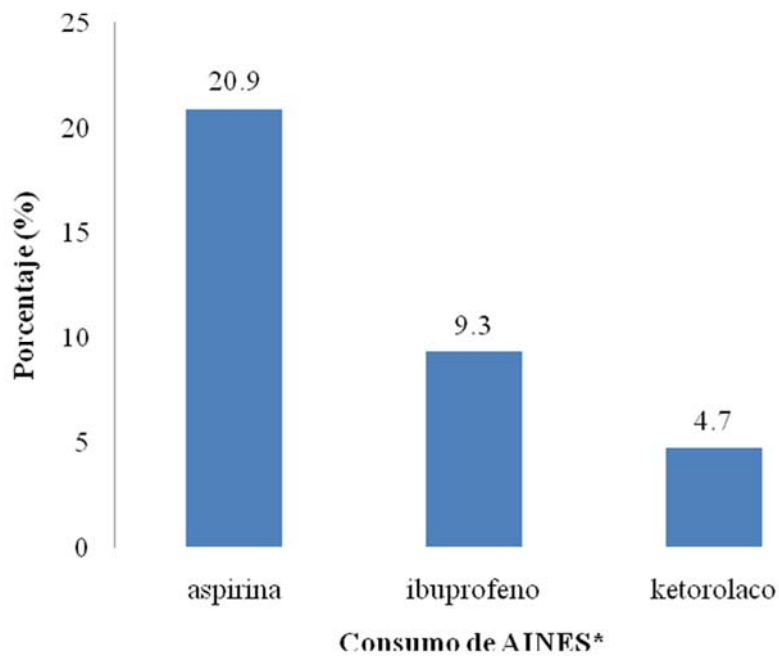
Distribución de casos de HDA según consumo de AINES.

Antecedente de consumo de AINES	Frecuencia	Porcentaje
Aspirina	9	20.9
Ibuprofeno	4	9.3
Ketorolaco	2	4.7
Total	15	34.9

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 8

Distribución de casos de HDA según consumo de AINES.



En la **Tabla y Gráfico 8** se aprecia que el 34.9% (15 pacientes) consumían AINES.

*Pacientes que consumían AINES regularmente.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 9

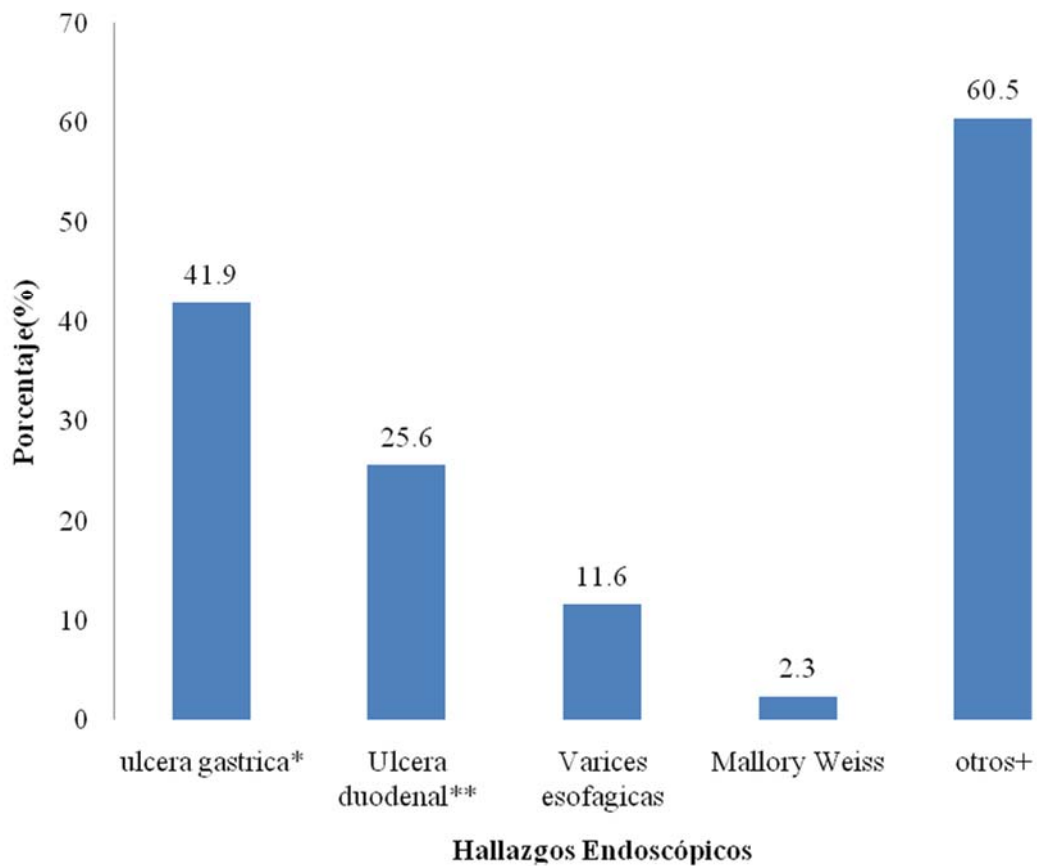
Distribución de casos de HDA según hallazgos endoscópicos.

Hallazgo endoscópico	N	%
Úlcera gástrica*	18	41.9
Úlcera duodenal**	11	25.6
Várices esofágicas	5	11.6
Mallory Weiss	1	2.3
Otros +	26	60.5
Total	43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 9.1

Distribución de casos de HDA según hallazgos endoscópicos.



La Tabla 9 y Gráfico 9.1

+ Este grupo incluyó diagnósticos heterogéneos como gastritis crónica superficial, gastritis erosiva, gastropatía hipertensiva, lesión Dieulafoy, angiodisplasias, y lesiones esofágicas por sonda nasogástrica, que no en todos los casos fueron la causa del sangrado, sino que fueron hallazgos asociados.

* Forrest IB 1(2.32%), IIA 3 (6,96%), IIC 5(11.6%), III 9 (20.9%)

** Forrest IIA 1(2.32%), IIC 6 (14%), III 4 (9.3%)

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 9.2

Distribución de casos de HDA según hallazgos endoscópicos (Forrest).

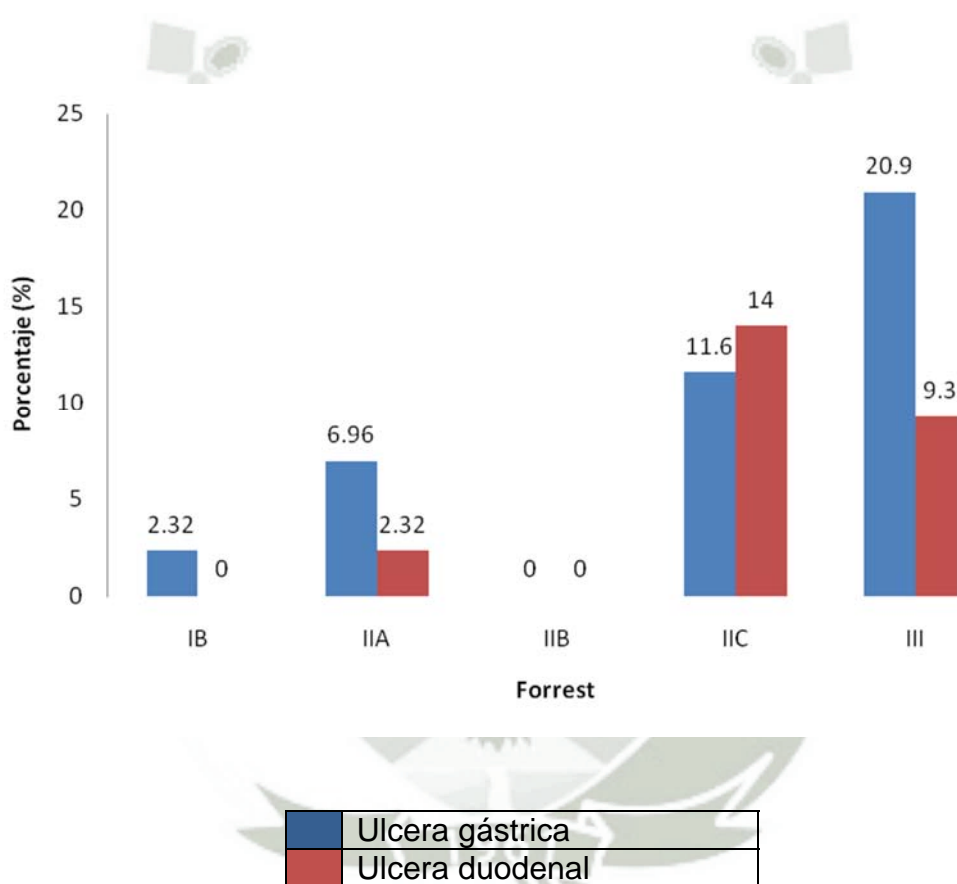


Gráfico 9.2 se muestra el mayor porcentaje de hallazgos con Forrest IIC 15.6% (11pacientes) y Forrest III 30.2% (13pacientes).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013

Tabla 10

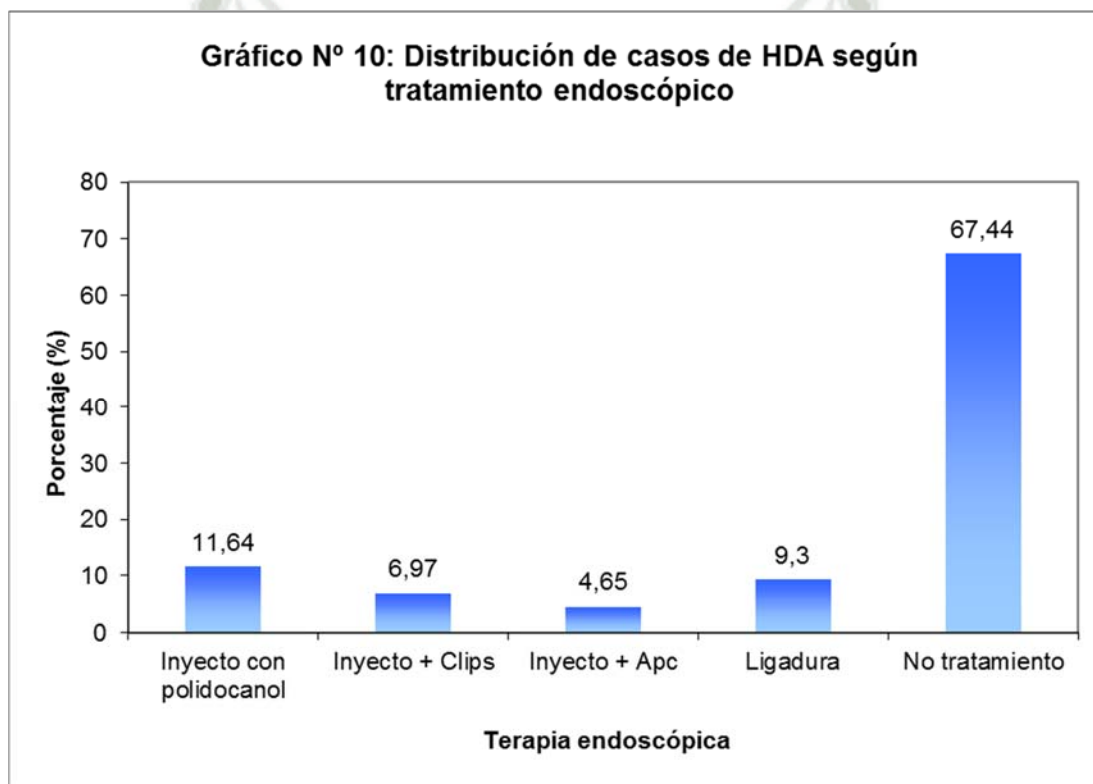
Distribución de casos de HDA según tratamiento endoscópico.

Terapia endoscópica	N	%
inyecto con polidocanol	5	11.64
inyecto + clips	3	6.97
inyecto + apc	2	4.65
Ligadura	4	9.30
No recibieron tratamiento	29	67.44
Total	43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 10

Distribución de casos de HDA según tipo de tratamiento endoscópico.



La **tabla y gráfico 10**. El tratamiento endoscópico fue necesario en el 32.55% (14 pacientes), de los cuales la técnica de inyectoterapia con polidocanol fue realizada en el 35.7% (5 pacientes) y la ligadura en el 28.6% (4 pacientes) del total de pacientes.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 11

Distribución de casos de HDA según requerimiento de transfusión sanguínea.

Transfusión sanguínea	N	%
Si*	6	14.0
No	37	86.0
Total	43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 11

Distribución de casos de HDA según requerimiento de transfusión sanguínea.

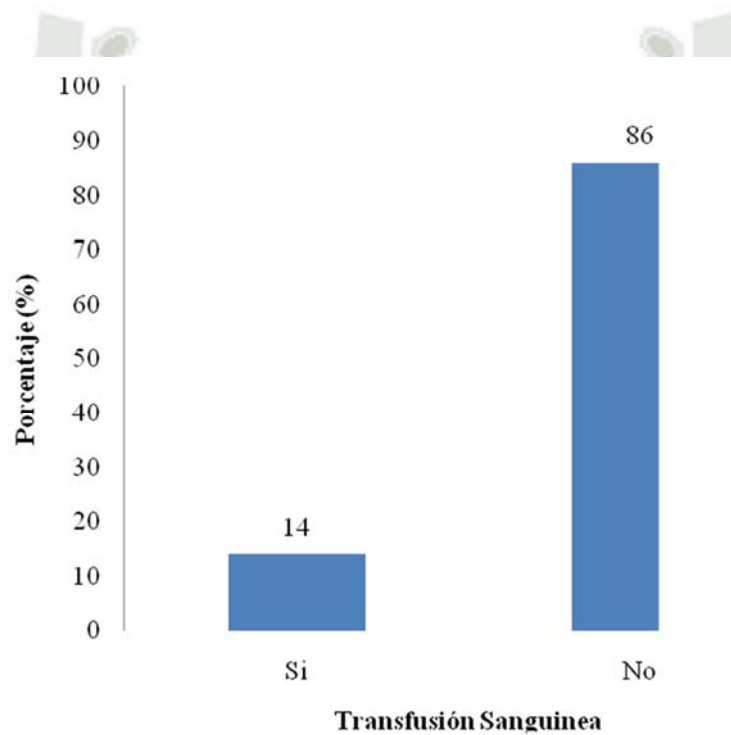


Tabla y gráfico 11

* El promedio de paquetes globulares que requirieron los pacientes fue de 2 PG.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 12

Distribución de casos de HDA según requerimiento de cirugía.

Cirugía	N	%
Si*	1	2.3
No	42	97.7
Total	43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 12

Distribución de casos de HDA según requerimiento de cirugía.

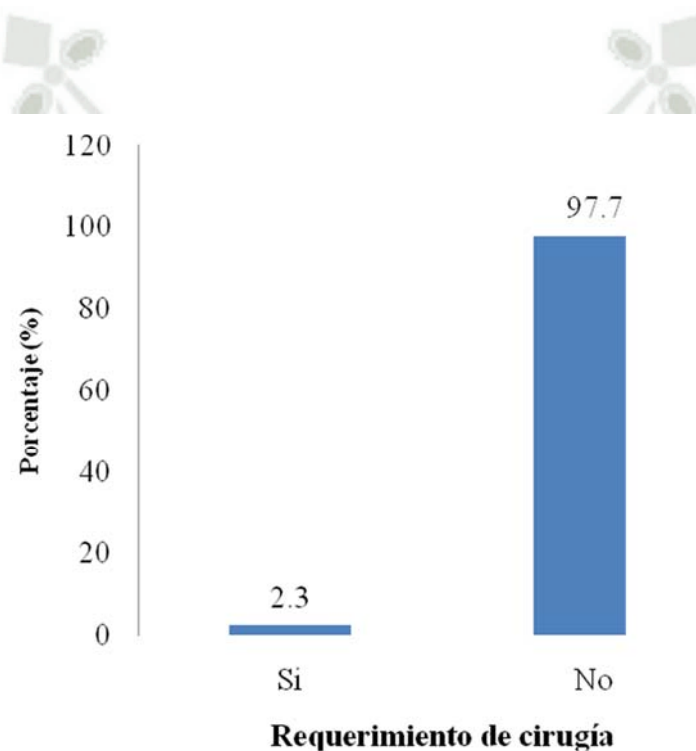


Tabla y gráfico 12

Solamente el 2.3% (1 paciente) requirió cirugía.

* Úlcera en región de anastomosis.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 13

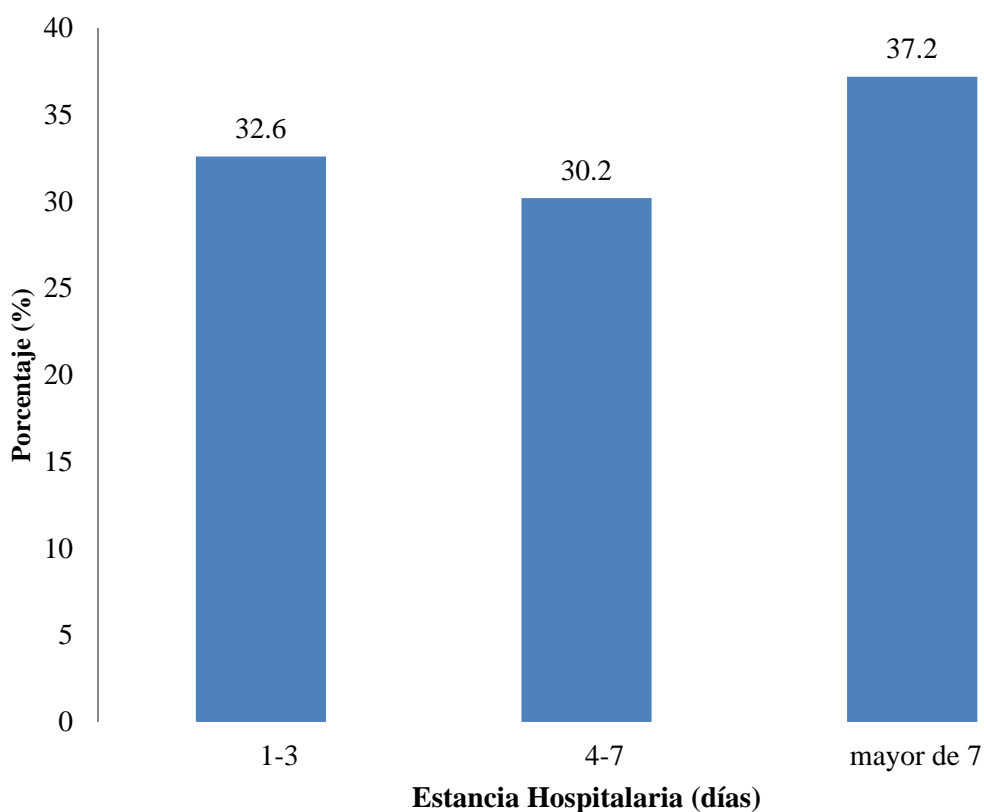
Distribución de casos de HDA según estancia hospitalaria.

Estancia hospitalaria (días)	N	%
1-3	14	32.6
4-7	13	30.2
mayor de 7	16	37.2
Total	43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 13

Distribución de casos de HDA según estancia hospitalaria.



La **Tabla y Gráfico 13** Muestra que la mayoría de pacientes, 62.8% (27 pacientes), se hospitalizaron por menos de 7 días.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 14

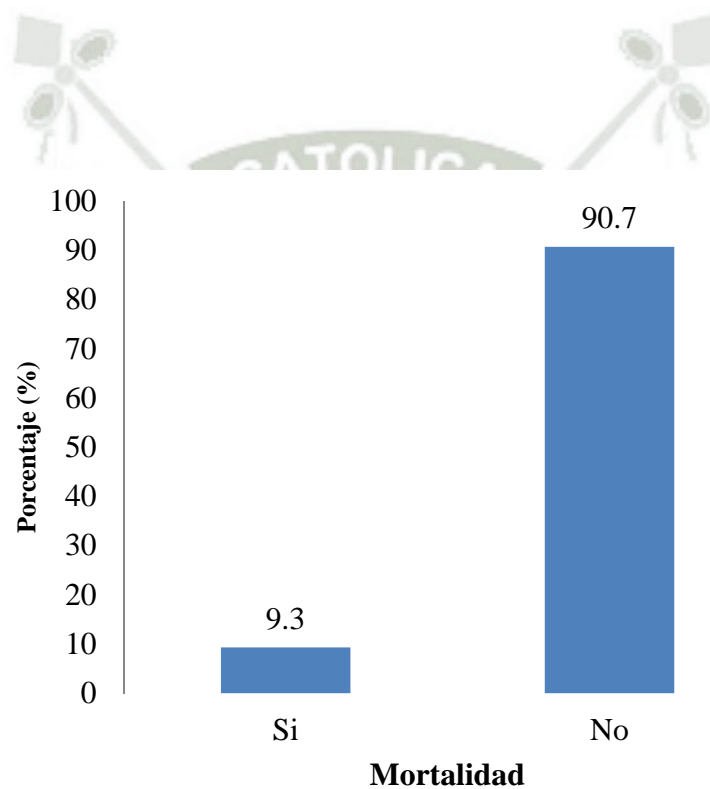
Distribución de casos de HDA según mortalidad.

	Pacientes que fallecieron	N	%
Si*		4	9.3
No		39	90.7
Total		43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 14

Distribución de casos de HDA según mortalidad.



En la **Tabla y Gráfico 14**

* De los pacientes que fallecieron 2 (4.65%), fallecieron por Linfoma no Hodgkin; 1 (2.32%), falleció por neumonía intrahospitalaria y 1 (2.32%) por HDA propiamente dicha.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Tabla 15

Distribución de casos de HDA según presencia de Helicobacter Pylori.

Presencia de Helicobacter Pylori.	N	%
Positivo**	6	14.0
Negativo	37	86.0
Total	43	100.0

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, LIMA ENERO 2012-DICIEMBRE 2013**

Gráfico 15

Distribución de casos de HDA según presencia de Helicobacter Pylori.

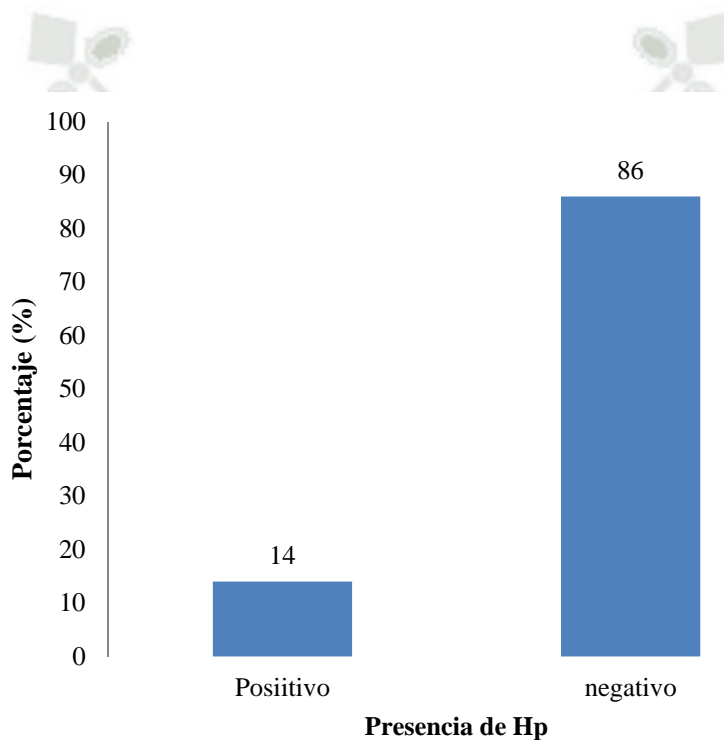


Tabla y gráfico 15

*El Hp es negativo en el 14% (6 pacientes).

*Pacientes tuvieron estatus Helicobacter Pylori anterior según Historia clínica 7% (3 pacientes).

** De los pacientes con Helicobacter Pylori (+), el 50% tuvieron enfermedad ulcerosa péptica (3 pacientes).



CAPÍTULO III.
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Discusión y Comentarios

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la frecuencia de casos de hemorragia digestiva alta (HDA) en el periodo de estudio; hubo un total de 43 casos, con una frecuencia de 19 casos en el año 2012 y 24 en el año 2013, la tendencia en el periodo es hacia el incremento gradual de casos. Este incremento podría deberse a un aumento de casos de la Hemorragia Digestiva Alta atendidos o podría ser una variación del número de atenciones que se encuentra dentro del rango normal de presentación de casos, no se puede precisar con certeza que esa será la tendencia en los siguientes años, ya que solo se analizaron dos años.

Plascencia (28), realizó un estudio similar en el periodo 2005-2006 en el Hospital Regional de Cajamarca encontrando 42 casos de pacientes con HDA, a quienes se revisó sus reportes endoscópicos protocolizados y sus respectivas Historias Clínicas, siendo dicho hospital de categoría II-2, presenta un número de casos de pacientes con HDA similar al registrado en dos años en el HCFAP que es de categoría III-1.

En la **Tabla y Gráfico 2** se observa la distribución de casos con HDA según edad y sexo; predominaron ampliamente los varones (74.41%), sobre las mujeres (25.59%). El grupo etáreo predominante en las mujeres se encuentra entre los 61-80 años y mayores de 80 con igual cantidad de casos (9.30), mientras que el grupo etáreo predominante en los varones se encuentra entre los mayores de 80 años (34.88%).

Arque (26) en su trabajo realizado en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo ESSALUD, Arequipa. 2011 y publicado en la Universidad Nacional de

San Agustín de Arequipa 2012, describe que el mayor porcentaje (60%) estuvo dado por individuos con edades superiores a los 60 años y que hubo predominancia en los varones (58.8%). En otros trabajos de investigación revisados (2) (27) (28) (29), se concluye que la Hemorragia Digestiva Alta es más común en el sexo masculino, y tiende a aumentar con la edad. En ambos sexos, podemos observar que estos grupos etáreos se encuentran bordeando la tercera edad, en la cual las comorbilidades y la polifarmacia son los principales factores que aumentan el riesgo de sufrir patologías gastroenterológicas.

La **Tabla y Gráfico 3** muestran los principales motivos de ingreso al hospital de pacientes con HDA, presentando melena (81.4%) como la presentación más frecuente, junto con el síndrome ulceroso (44.2%) y hematemesis (32.6%), la presentación menos frecuente fue lipotimia (11.6%). Nuestros resultados guardan relación con los reportes de diversos estudios, Arque (26) reporta, en su trabajo realizado en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo ESSALUD, Arequipa, 2011, melena (79.2%), hematemesis (64.1%) y palidez (75.2%). Plascencia (28) reportó en el Hospital Regional de Cajamarca – años 2005 y 2006, que la hematemesis (83.33%), epigastralgia (78.57%) y melena (66.67%) fueron los motivos de ingreso más frecuentes. Poges La Banca (29) encontró que en el Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza-Argentina 2010, la melena (60,6%), la hematemesis (55,2%), el dolor abdominal (22,5%) fueron las principales formas de presentación.

Tabla y Gráfico 4 que en relación a distribución de casos de HDA según tiempo de enfermedad revela que la mayoría de pacientes acudieron a emergencia con un tiempo menor de 24hrs (53.5%), seguido de 24-72hrs (32.6%) y mayor de

72hrs (14%). Similar a lo encontrado por Morales Uribe (31) quien reportó que la mayoría de los pacientes presentaron un tiempo de enfermedad menor de 24hrs (71,6%) en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl (Medellín-Colombia). Plascencia (28) reportó que el (47.62%) tuvo un período de enfermedad menor de 5 días.

Tabla y Gráfico 5 muestran que en relación a los antecedentes patológicos que presentaban los pacientes con HDA, lo más frecuente fue encontrar Hipertensión Arterial (58.1%), Diabetes Mellitus tipo II (39.5%), consumo de AINES (34.9%) y anticoagulación (27.9%), siendo lo menos frecuente cirrosis hepática (11.6%) e insuficiencia renal crónica (14%), además hubieron pacientes que presentaron HDA anteriormente (14%), fueron agrupados entre otros antecedentes de consumo de alcohol, tabaco, linfoma gástrico y enfermedades reumatológicas que en conjunto hicieron un 30.23%. Se observó similitud con otros estudios realizados como el de Arque (26) que reporta enfermedades reumatológicas (53.7%), hipertensión arterial (18.5%), Diabetes Mellitus tipo II (12.1%) y antecedente de cáncer gástrico y linfoma gástrico en menor proporción (3.8%). En nuestro estudio las enfermedades reumatológicas representan un menor porcentaje en el desarrollo de una HDA, porque estas mismas son tratadas, en su mayor parte, con drogas como las del grupo de los coxibs o paracetamol.

Tabla y Gráfico 6. En relación al destino de hospitalización de los pacientes, fueron tributarios de UCI (20.9%), el resto de pacientes fue hospitalizado en piso de medicina interna, lo cual comparado con otros estudios como el de Poges La banca (29), la hospitalización en UCI fue del 18.4% de los pacientes ingresados, que es

similar a la cantidad hallada en nuestro estudio, lo cual es esperable ya que la mayor parte de pacientes son ancianos con múltiples comorbilidades.

Tabla y Gráfico 7, sobre valores laboratoriales, muestra que el mayor porcentaje de concentración de hemoglobina (53.5%) en valores menores a 10g/dl, lo que demuestra la severidad de la Hemorragia Digestiva Alta, el hematocrito (41.9%) se encuentra en valores que van del 24% al 30% y recuento de plaquetas (81.4%) es mayor a 100 mil por mm³. Arque (26) encontró en su estudio que el mayor porcentaje de la concentración de hemoglobina se encontraba entre 5-10g/dl (49.7%), no se han encontrado otros datos sobre recuento de plaquetas en otros estudios, pero nuestro estudio muestra un porcentaje bajo (18.6%) de pacientes con recuento de plaquetas entre 60 mil y 100 mil por microlitro, lo que constituye un factor importante que predispone al sangrado.

En la **Tabla y Gráfico 8**, se aprecia el porcentaje de consumo de AINES en el 34.9% de los pacientes con HDA; siendo el ácido acetil salicílico de 100mg el más consumido con un 20.9%. Poges La banca (29) demuestra el porcentaje de consumo de AINES (43,2%) es un antecedente importante en pacientes con HDA, de modo similar, Arque (26) en su estudio demostró que un 43.1% eran consumidores de AINES como ibuprofeno, aspirina o diclofenaco, lo cual sumado a la avanzada edad en la que se consumen estos fármacos predispone a la mayor frecuencia esta patología. En la práctica, en algunos individuos, la ingesta de aspirina y otros AINES, producen lesiones agudas que se hallan endoscópicamente (petequias y erosiones) y estas lesiones pueden desaparecer con el uso continuado de estos fármacos y se debe al mecanismo de adaptación gástrica, no obstante la aparición de ulcera o sus complicaciones en los consumidores crónicos de estos AINES

representan un fracaso en el mecanismo de adaptación. Estas lesiones desaparecen entre las 24 a 48 horas una vez cesado el consumo.

Tabla y Gráfico 9.1- 9.2. En cuanto al tipo de hallazgos endoscópicos, la causa más frecuente de HDA fue la úlcera péptica (67.5%), de lo cual la úlcera gástrica obtuvo un 41.9% y la úlcera duodenal un 25.6%, seguido de varices esofágicas (11.6%) y síndrome de Mallory Weiss (2.3%), lo cual concuerda con datos bibliográficos como el tratado de Medicina Interna de Harrison (1) y otros estudios realizados como el de Arque (26), donde el hallazgo más frecuente fue también la úlcera péptica (52.23%) de lo cual 24.20% correspondió a úlcera duodenal y un 22.72% a úlcera gástrica, además la gastritis erosiva ocupó el segundo lugar de frecuencia con un 21.02% seguido de lesiones neoplásicas con un 7.22%, posteriormente la lesión de Dieulafoy y ectasia vascular representaron un 5.74%. En nuestro estudio, un porcentaje importante recae sobre la categoría otros, donde se agruparon diagnósticos heterogéneos como gastritis erosiva, gastropatía hipertensiva, lesión Dieulafoy, angiodisplasias, y lesiones esofágicas por sonda nasogástrica, que no en todos los casos fueron la causa del sangrado sino que se trata, en su mayoría, de hallazgos asociados.

En lo que respecta a la clasificación de Forrest, se encontró con mayor frecuencia un Forrest IIA con un 9.28%, Forrest IIC con un 25.6% y Forrest III con un 30.2% del total de lesiones, representando en conjunto el 65.08%, lo cual concuerda con la bibliografía revisada que señala que la mayoría de lesiones se autolimitan, según Harrison (1), lo que a su vez está en concordancia con el estudio de Arque (26) que

encontró que lo más frecuente un Forrest III (55.3%), Forrest IIA (16.3%) y un Forrest IIC (10.6%).

Tabla y gráfico 10 Con respecto al tratamiento endoscópico recibido, la inyección de adrenalina con polidocanol fue la técnica más utilizada (35.7%), seguido de la ligadura (28.6%), lo que concuerda con otros estudios realizados donde esas técnicas fueron las más utilizadas representando ambas un 69.76% Poges La banca (29).

Tabla y Gráfico 11; sobre requerimiento de transfusión sanguínea, solo el 14% requirió transfusión de un promedio de 2 paquetes globulares, lo que concuerda con el porcentaje de pacientes que tuvieron hemoglobina menor de 8g/dl (11.6%) en nuestro estudio. Se hallaron resultados similares en otros estudios como el de Arque (26), donde el mayor porcentaje de la concentración de hemoglobina se encontraba entre 5-10g/dl (49.7%) de lo cual solo el 13.45% tuvieron hemoglobinas por debajo del valor de 8g/dl.

Tabla y Gráfico 12, sobre requerimiento de tratamiento quirúrgico, el 97.7% no requirió tratamiento quirúrgico, lo que concuerda con valores internacionales donde solo el 2% al 5% de los pacientes requieren algún tipo de tratamiento quirúrgico.

Tabla y Gráfico 13, sobre estancia hospitalaria el 37.2% requirió una hospitalización que se prolongó por más de 7 días, lo que se debe a que la mayor parte de pacientes son geriátricos y tienen varias patologías crónicas que generan descompensaciones que alargan el tiempo de estancia hospitalaria y el menor tiempo de hospitalización fue de 1 a 3 días y tuvo una proporción de 32.6%, lo cual es

también parecido a lo encontrado en otros estudios Poges La banca (29), donde el 35.42% tuvo una hospitalización menor a 72 horas.

En la **Tabla y Gráfico 14**, sobre mortalidad, solo un 9.3% fallecieron, de los cuales 2pacientes (4.65%), fallecieron por Linfoma no Hodgkin; 1 paciente (2.32%), falleció por neumonía intrahospitalaria y sólo 1 paciente (2.32%), falleció por shock hipovolémico a consecuencia de la HDA propiamente dicha. Esto representa una baja mortalidad que concuerda con lo encontrado en otras literaturas como Harrison tratado de Medicina Interna (1) y otros estudios como el de Arque (26) que encontró una mortalidad de 3.2% o Poges La banca (29) con una mortalidad de 3.98%. Esta baja tasa de mortalidad se podría disminuir con la creación de una unidad de Hemorragia Digestiva, de acuerdo al nivel del hospital y ser un centro de referencia para otros hospitales.

Finalmente, la **Tabla y Gráfico 15**, sobre Helicobacter Pylori, solo un 14% fue positiva su biopsia, lo cual concuerda con la menor proporción de úlceras duodenales en relación a las úlceras gástricas en el Hospital Central de la FAP. De los pacientes con Hp(+), el 50% tenían también enfermedad ulcerosa péptica. Los resultados encontrados son similares a los encontrados por Abreu (2) y Poges La banca (29) que muestran también menor proporción de úlceras duodenales en relación a las úlceras gástricas debido al bajo porcentaje de Helicobacter Pylori, pero en general no va de acuerdo a la mayor proporción de úlceras duodenales encontradas en otros estudios como el de Arque (26), Plasencia (28) y literaturas como Harrison tratado de Medicina Interna (1) que asocian el hallazgo a la presencia de Helicobacter Pylori.

Nuestro estudio refuerza que no es solamente el Hp la causa más frecuente de hemorragia.





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** Se atendieron 43 casos de Hemorragia Digestiva alta en el periodo 2012-2013 con una tendencia creciente en el periodo de tiempo estudiado.
- Segunda.** Los pacientes atendidos fueron predominantemente de edades por encima de los 60 años y con una notable mayor proporción de varones, y con pocos antecedentes de consumo de tabaco o alcohol.
- Tercera.** La mayoría de pacientes con Hemorragia Digestiva alta atendidos se presentaron dentro de las primeras 24 horas de iniciada la enfermedad, predominantemente con melena, hematemesis y con manifestaciones de síndrome ulceroso, siendo lo menos frecuente la presentación con shock hipovolémico o síndrome anémico.
- Cuarta.-** El estudio endoscópico encontró que la principal causa de HDA es la enfermedad ulcerosa péptica, con un 67.5%, seguida por otras enfermedades como varices esofágicas y Mallory Weiss con un 11.6% y un 2.3% respectivamente

RECOMENDACIONES

- 1) Al servicio de Gastroenterología, crear la Unidad de Hemorragia Digestiva, ayudaría a disminuir la mortalidad, mejorar el manejo, disminuir la estancia hospitalaria y convertir al Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, en un centro de referencia para este tipo de patologías.
- 2) A la Universidad, capacitación a los internos de Medicina, en cuanto a la confección de las historias clínicas, con el fin que éstas tengan la información adecuada y completa, y así facilitar la revisión de historias clínicas para las investigaciones futuras.
- 3) Dialogar con el director del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, para que facilite la obtención y revisión de historias clínicas y así halla un mayor estímulo para realizar trabajos de investigación.
- 4) Al Ministerio de Salud, difundir los resultados obtenidos en este trabajo a la región de salud y a las autoridades pertinentes, para que se puedan tomar las medidas respectivas en el sector salud y poder desarrollar campañas de prevención, promoviendo estilos de vida saludables y recomendando chequeos médicos periódicos a la población.

BIBLIOGRAFÍA

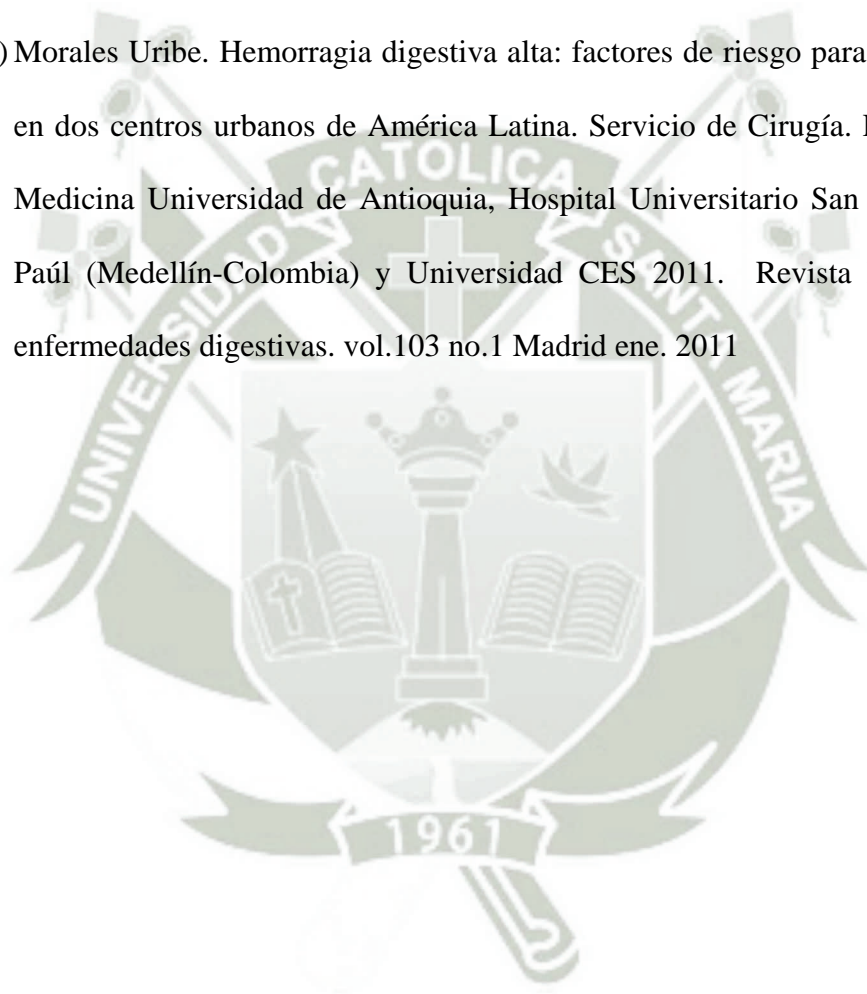
- 1) Harrison; Principios de Medicina Interna: Enfermedades del aparato digestivo, ulcera péptica y trastornos relacionados. Gastroenterología Edición Nro 18-2012, 293:2409.
- 2) Abreu Jarrín.Mayelin:“Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Docente Pedro Betancourt de JovellanosJovellanos. Matanzas, Cuba. 2012-2013”.
- 3) Jorge Vásquez, Edgar Alva, Oscar Frisancho, Max Yoza, Eduardo Zumaeta, José Watanabe, Américo Palomino: “Hemorragia digestiva oscura por angiodisplasiayeyunal: valor complementario de la cápsula endoscópica y la enteroscopia de doble balón”. Revista de Gastroenterología Perú v.29 n.2 Lima, abril y junio del 2009.
- 4) Adler DG, Jacobson BC, Davila RE, Hirota WK, Leighton JA, Qureshi WA, et al. ASGE guideline: Complications of EUS. Gastrointestinal Endoscopy. 2013
- 5) Almada CA, Panzardi MY, Vallejos Malluguiza AL: Hemorragia digestiva alta en un hospital público de la provincia de corrientes, Argentina. Revista de Posgrado de la VIaCátedra de Medicina. N° 180, Abril 2008.
- 6) Amengual M, Martínez J.: Hemorragia Digestiva Baja. En Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes. Gastroenterología Toledo 2008, 32:227-229.

- 7) Berrios J., Sedano O., Calle C., Montero F., Manrique J., Hinostraza E.: Hemorragia Digestiva Alta en los habitantes de las grandes alturas del Perú. Revista de Gastroenterología del Perú, 1996, Volumen 16, Nº1.
- 8) Cárcamo I, López S, Cardemil N.: Cirugía de la hemorragia digestiva alta no variceal. Universidad Austral de Chile. 2005, 19(1):11-6.
- 9) Contardo Zambrano C, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. Acta méd. peruana sep./dic. 2006, 23(3):162-173.
- 10) Garrido Serrano A, Guerrero Igea FJ, Perianes Hernández C, Arenas Posada FJ, Palomo Gil S.: "Local therapeutic injection in bleeding peptic ulcer: a comparison of adrenaline plus sclerosing agent." Revista Española Enfermedades Digestivas. 2012, 94(7):395-405.
- 11) Goldman L, Schafer AI. Goldman's Cecil Medicine. 24th. Philadelphia: Elsevier Saunders Gastroenterologist Notes; 2012. 46:587-61
- 12) Lovesio C.: Hemorragia digestiva alta grave. En Medicina Intensiva. 5 ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2002.
- 13) Llanos Zavalaga Luis: Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. RevMedHered vol.12 no.4 Lima Oct. 2001.
- 14) Morales R, Frisancho O, Rosas L, Retamozo P.: Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos. Revista de Gastroenterología del Perú 2001, 21: 513-514.
- 15) Moreira VF y López San Román A.: "Alteraciones digestivas por antiinflamatorios no esteroideos (Información al paciente)." Revista Española de Enfermedades Digestivas 2004, 96:732.

- 16) Barkun Alan, Et al.: “Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding.” *Ann Intern Med.* 2003, 139:843-857.
- 17) BalanzóTintoré J, Villanueva Sánchez C.: “Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Hemorragia digestiva alta.” Barcelona: Doyma; 2010.
- 18) Rivas Wong L, Celestino A, Castillo T, Yriberry S, Román R.: “Incidencia de los factores etiológicos ambientales (*Helicobacter pylori* y antiinflamatorios no esteroideos) que se relacionan con la úlcera péptica y su influencia en la aparición de la hemorragia digestiva.” *Enfermedades del Aparato Digestivo* (Lima). 2001,4:22-29.
- 19) Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC.: Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ.* 1995;311(6999):222-6.
- 20) Rosenstock S, Jørgensen T, Bonnevie O, Andersen L.: Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults. *Gut.* 2003, 52:186-193.
- 21) Salvatierra Laytén Gustavo. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev. gastroenterología Perú* v.26 n.1 Lima ene/mar 2006.
- 22) Soto-Tarazona A, Gutiérrez-de-Aranguren C, Cueva-Cueva K, Flores-Alva J, Díaz-Calderón A.: Nuevo sistema de puntaje de predicción de la hemorragia

- digestiva alta complicada en comparación con el sistema de puntaje de Rockall. RevSocPeruMed Interna. 2007, 20(1):5-9.
- 23) Velásquez A et al.: La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú. Ministerio de Salud, Lima, Perú. 2009.
- 24) Villanueva J., López De Guimaraes L., Avila F.: Hemorragia digestiva alta en los andes peruanos: reporte de 115 casos observados en Huaraz. Revista de Gastroenterología del Perú, 1996; Volumen 16, N°2.
- 25) Cabrera Romero, Macedo Peña Victor.: Hemorragia Digestiva Alta, Sistema de bibliotecas de la UNMSM 2013.
- 26) ArqueHuamani, Amador. “Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta no variceal en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo essalud, Arequipa.” Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2011
- 27) Alfonso José Lara Castañeda.: “Hemorragia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del instituto nacional de salud del niño de enero del 2005 a diciembre del 2010”, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana, unidad de postgrado. Lima 2012.
- 28) Luis Custodio Plasencia Mostacero.:“Frecuencia de hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragiadigestiva alta en el Hospital Regional de Cajamarca – años 2005 y 2006”,Universidad Nacional de Cajamarca, 2007.

- 29) PogesLabanca Jimena, Fernandez Guillermo, Rizzo German, Salomon Susana.: Hemorragia digestiva alta: análisis de 511 episodios, Ann InternMed. Hospital Luis Lagomaggiore. Argentina. Mendoza 2010.
- 30) Courtney M. Townsend,: Sabiston tratado de Cirugía Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Hemorragia Digestiva Aguda, Madrid-España 2013, 19ª edición, volumen II, 44:1254.
- 31) Morales Uribe. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl (Medellín-Colombia) y Universidad CES 2011. Revista Espanolade enfermedades digestivas. vol.103 no.1 Madrid ene. 2011





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

Nº de Historia Clínica: _____

Datos generales:

Edad: _____ años

Sexo: Varón

Mujer

Factores de riesgo: Cirrosis hepática Hipertensión Arterial

Diabetes Mellitus tipo2 Consumo de AINES cual:

Consumo de anticoagulantes cual:..... Alcoholismo

Enfermedad Renal Crónica Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Insuficiencia Cardíaca Congestiva Antecedente de HDA Tabaco

Estatus Hp: Anterior: si no

Actual: si no

Tiempo de enfermedad: 24 horas 25-71 horas más de 72 horas

Presentación clínica: Melena Hematemesis Disnea

Shock hipovolémico Síndrome anémico Lipotimia

Síndrome ulceroso Hiporexia Anorexia Asintomático

Otros:

Evaluación endoscópica: Sangrado activo: si no

Esófago: Esofagitis : leve moderada severa

Síndrome Mallory Weiss úlcera esofágica neoplasia

Varices esofágicas Normal

Otros :

Estómago: Úlcera : Cardial Forrest

Subcardial Forrest

Cuerpo Forrest

Antro Forrest

Fondo Forrest

Prepilórica Forrest

Pilórica Forrest

Lesiones vasculares : Lesión de Dieulafoy

Angiodisplasia

Gastritis erosiva

varices gástricas

Normal

Otros :

Duodeno: úlcera : 1era porción Forrest

2da porción Forrest

3era porción Forrest

4ta porción Forrest

Duodenitis erosiva

Neoplasia

Lesiones vasculares

Otros:

Se tomó biopsia: si no

Tratamiento Endoscópico: inyectoterapia Inyector +

Clips Inyector + polidocanol Inyector + pinza caliente Inyector + APC Ligadura

Otros :

Requirió cirugía: si no

Requirió transfusión sanguínea: si no Nro de paquetes globulares:

Estancia Hospitalaria: 1-3 días 4-7 días más de 8 días

Mortalidad por Hemorragia Digestiva Alta: Si No



Anexo 2

Matriz de sistematización de información

Nº	H.C.	Sexo	Edad	Motivo de Ingreso	Tiempo de Enfermedad
9001	65333-D	1	4	M S SU	3
9002	609865-B	2	4	M H S	1
9003	605424-C	1	3	M H L	1
9004	90505-A	2	4	M SU	1
9005	93425-C	1	4	H	1
9006	90505-A	2	4	M SU	1
9007	69534-A	2	2	M SU	3
9008	604242-C	1	3	H A	1
9009	606532-A	2	3	M A (vómitos)	1
9010	601830-A	2	2	M SU	3
9011	69387-A	2	3	M SU	2
9012	602784-C	1	3	M H SU (ascitis)	2
9013	A0012765	1	3	M H SU	1
9014	69793-A	2	3	M (to borraqueo)	2
9015	66485-A	2	4	M L (vómitos)	2
9016	1B821-D	1	2	H (anorexia, náuseas)	1
9017	93117-B	2	4	M H	2
9018	605246-F	1	1	H (vómitos)	2
9019	67464-A	2	4	M (anorexia)	2
9020	72070-A	2	4	M A	3
9021	91585-A	2	3	M A (anorexia)	2
9022	93618-A	2	2	M (anorexia)	1
9023	94124-B	2	3	M H SU S	3
9024	4B028-A	2	2	M SU A	2
9025	000109-A	2	4	M SU AO (Hiporexia)	2
9026	91149-A	2	3	M SU	2
9027	604823-x	2	3	M SU L	2
9028	18722-C	1	4	M S	1
9029	66761-A	2	4	M U A	1
9030	67044-A	2	4	M SU	1
9031	601558-A	2	2	M SU	3
9032	601540-A	2	2	H A	2
9033	97505-B	2	3	M	1
9034	90368-A	2	4	M H O (Hiporexia)	1
9035	68888-A	2	3	M SU	1
9036	94420-A	2	2	SU	1
9037	91077-A	2	4	M	2
9038	604798-C	1	2	M SU	1
9039	609865-B	2	4	M H	1
9040	605895-B	2	3	SU	1
9041	93651-B	2	4	SU	1
9042	95777-C	1	4	M H L S	1
9043	602118-B	2	4	M L S	1

3	4				1	1	1
3	7				1	2	2
2	3	5	8		1	3	2
3	4	6	7	8	1	3	3
1	6				2	2	2
6	7	8			1	3	2
9 (alcoholismo)					1	3	3
8	7				1	2	1
					2	2	2
6	7	8			1	2	1
6	7	8			1	3	3
2					1	3	3
8					1	3	3
1	2	3			2	2	2
1	3	8			1	1	1
3	7				1	2	2
7					1	2	2
9 (asma)					1	2	2
6	7	8			1	3	3
5					1	3	3
9 (tabaco y alcohol)					1	2	1
3	6	7	8		1	2	2
4	5	7	8		1	2	2
1	9 (tabaco)				1	2	2
4	5	8			1	3	3
4	gastritis erosiva)				1	2	2
3	9 (tabaco)				2	3	3
3	5	8			1	2	2
6	7	8	hodkin y consur	1	2	1	1
stritis cronica superficial)					1	3	3
					1	3	3
1	2	3			1	3	3
9 (tabaco)					1	3	2
	6	8			1	3	3
	3	5	6	8	2	1	1
	8 9 (tabaco)				2	2	2
	6	7	8		1	3	3
	7	8 9 (asma)			1	3	3
	3	8 9 (Linfoma no hodkin)			1	3	3
	3	6	7		2	2	2
	3	8			1	3	3
	2	3	8		1	2	2
	3	4	8 9 (tabaco)		2	1	1
					1	2	2

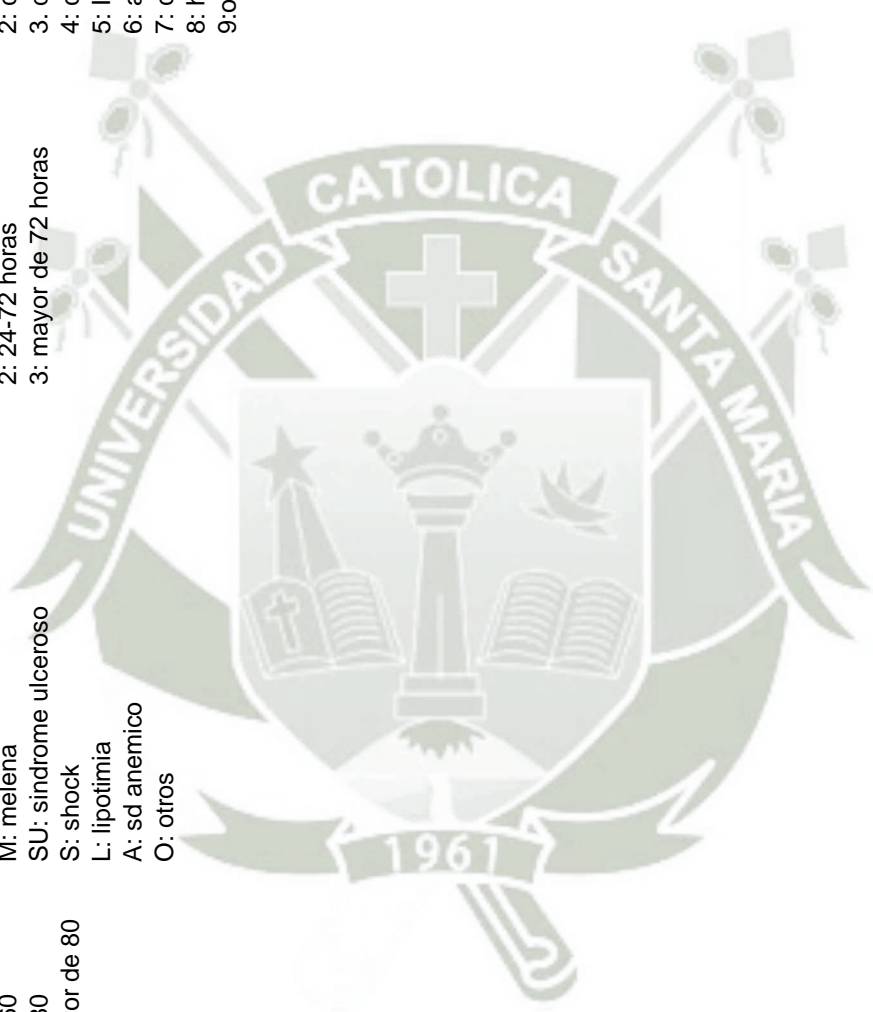


3	1	3								O
3	1	3		UG F-IIC						
3	2						VE			
3	1	1								O (gastritis e
2	2									O (lesion de di
2	1	1								O (gastritis e
3	2			UG F-IIC						
3	1	2		UG F-III						
3	2			UG F-IB						
2	1	1		JD F-III						O (gastritis e
3	1	1								O (Gastritis e
3	2			UG F-III			VE			O (Gastropatia hiperter
3	2			doble UG F-IIC						O (erosiones esofa
3	2						VE			O (gastritis e
3	2			UG F-IIA						O (angiodisr
3	1	2		UG F-IIB						O (gastritis e
3	1	2		UG F-III						
3	2							MW		
3	1	1								O (duodenitis
3	2			UG F-IIC						
3	2			triple UG F-III)						
3	1	1								O (ulceras de anastomosis er
3	1	2		doble UD JG F III						
3	2			UG F-IIA						
2	2			UD F-IIJG F-III						
3	2			UD F-IIC						O (esofagitis erosiv
3	2			UG F-IIB						
3	2			doble UG F-IIB						
3	1	1		JD F-IIA						O (duodenitis
3	2			UD F-IIC						O (gastrectomizado parcial y
3	2									O (angiodisplasia del
3	2						VE			O (angiodisplasia de
3	2			UD F-IIC						O (ga
2	2			UD F-IIC						O (ga
2	2			UD F-IUG F-IIC						
3	2									O (ga
3	1	1		doble UD F-IIC						O (ga
3	1	4 (diclofenaco)								O (ga
2	2			UG F-IIC (aspecto linfomatoso)						
2	1	1								O (ga
3	2									O (ga
3	2			UG F-IIC			VE			
3	2									O (an



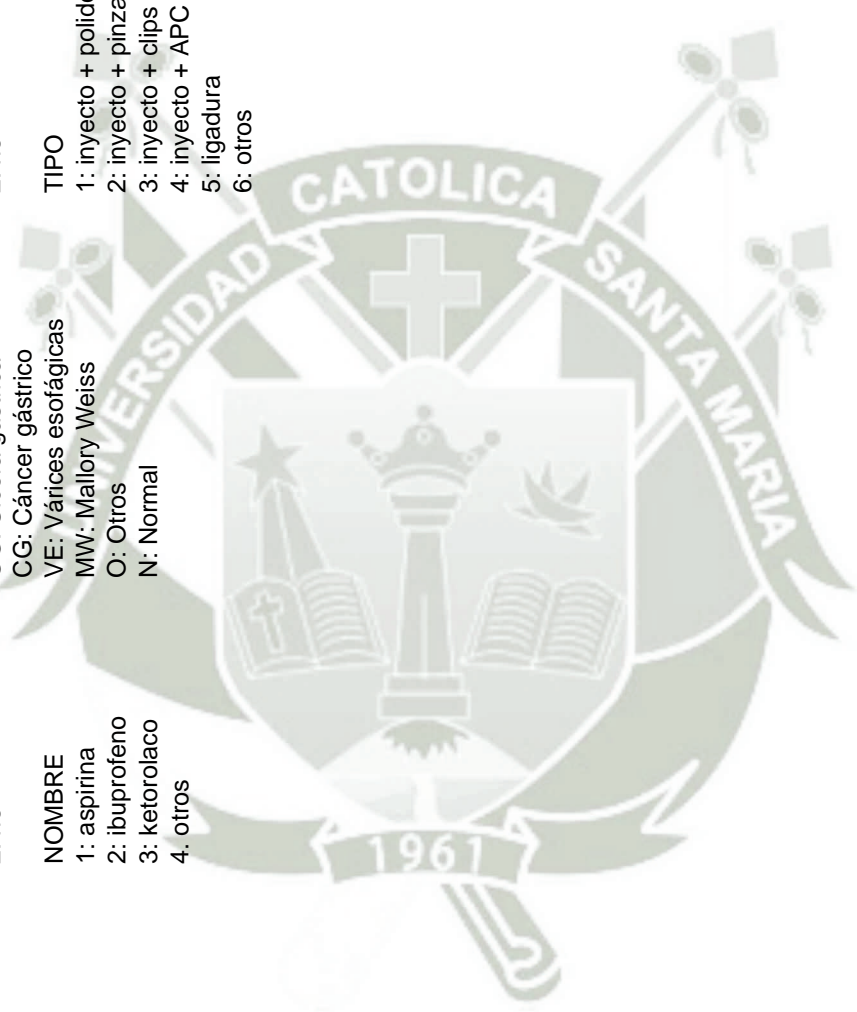
3	2	2	2
3	or Linfoma No Hoc	1	2
2	2	1	2
2	2	1	2
3	2	1	1
2	2	1	2
2	2	1	1
3	2	1	2
2	2	1	2
1	2	1	2
3	2	1	2
3	2	1	2
1	2	1	2
3	2	2	-lp anterior x HC)
2	2	1	1
1	2	1	2
2	2	1	2
1	2	1	2
1	2	1	2
3	2	1	2
1	2	1	2
1	2	1	2
1	2	1	2
2	2	1	2
3	2	1	2
2	2	1	1
3	2	1	2
3	2	1	2
2	2	1	2
2	2	1	2
1	2	1	1
2	2	1	2
1	2	1	2
1	2	1	2
1	2	1	2
3	1 (por Linfoma No	1	2
1	2	1	2
3	1 (por neumonia intrahospitalaria)	1	2
3	1	2	2
3	2	1	2

SEXO	EDAD	MOTIVO DE INGRESO	TIEMPO DE ENF.	ANTECEDENTES	PROCEDENCIA
1: femenino 2: masculino	1: menor de 40 2: 41-60 3: 61-80 4: mayor de 80	H: hematemesis M: melena SU: síndrome ulceroso S: shock L: lipotimia A: sd anémico O: otros	1: menor de 24 horas 2: 24-72 horas 3: mayor de 72 horas	1: sangrado anterior 2: cirrosis 3: diabetes 4: cardiopata 5: IRC 6: anticoagulado 7: consumo de aines 8: hipertension arterial 9: otros	1: consultorio 2: emergencia

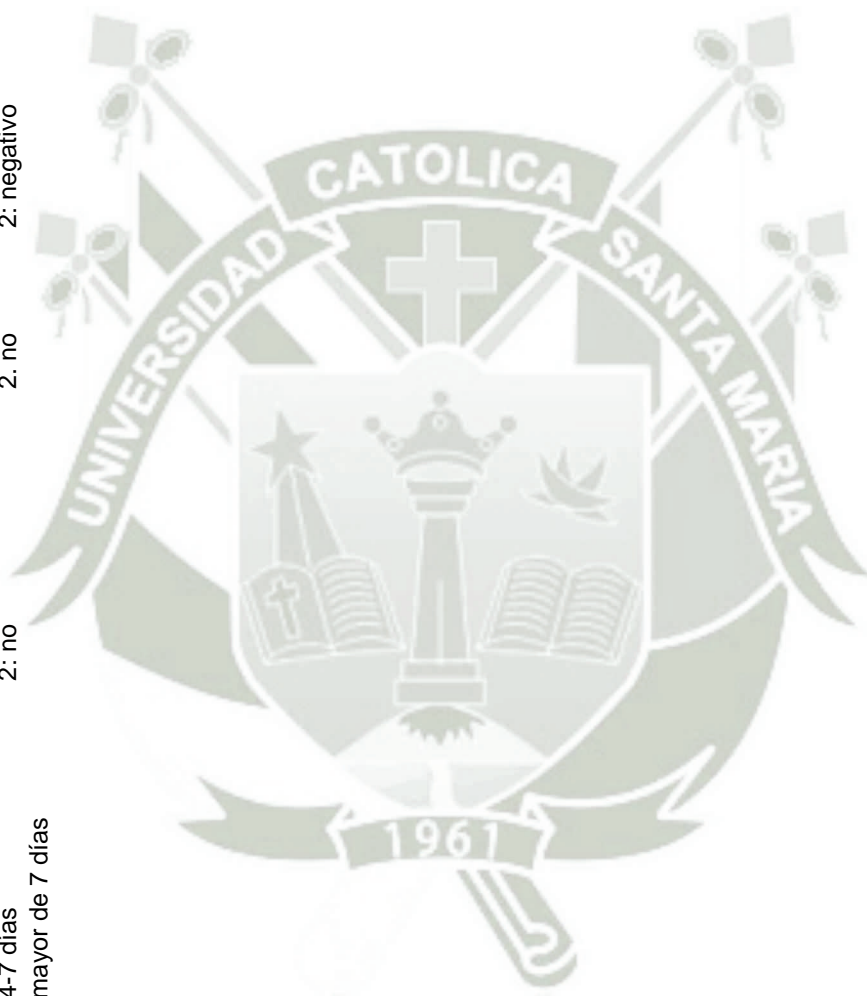


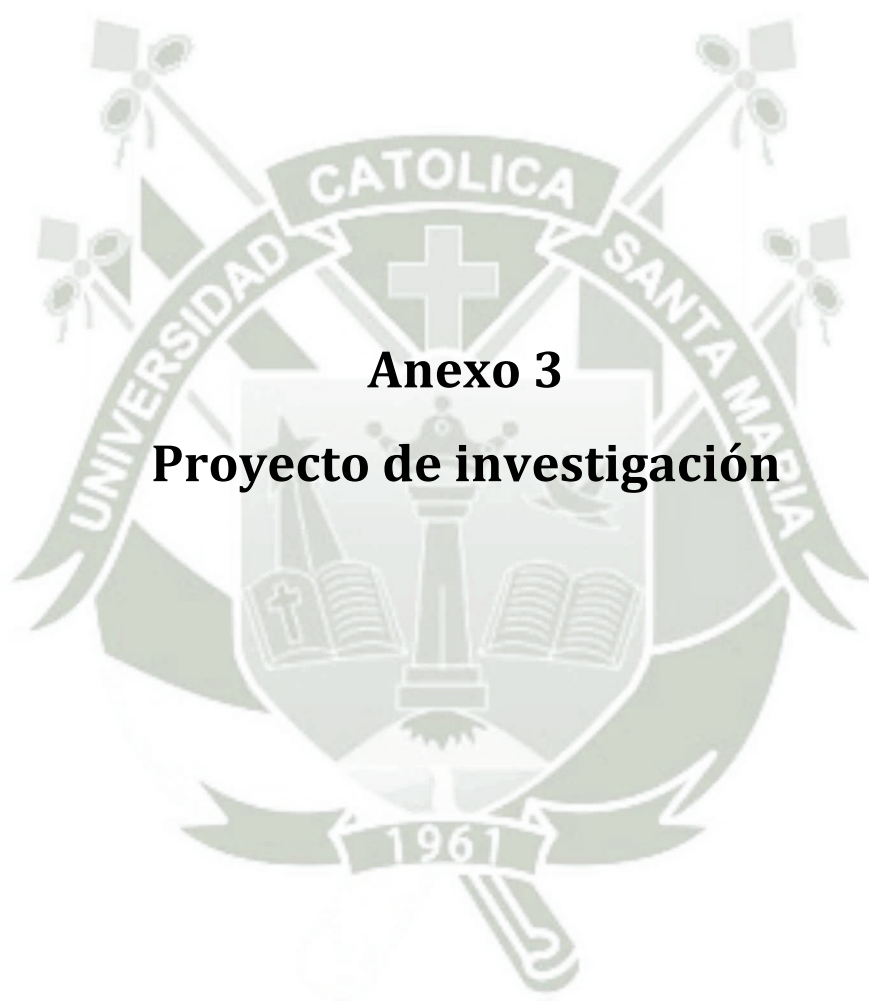
LEYENDA

HOSPITALIZADO EN	EXAMENES AL INGRESO	USO DE AINES	HALLAZGO ENDOSCOPICO	TERAPIA ENDOSCOPICA	REQUIRIÓ TRANSFUSIÓN
1: si 2: no 3: mayor de 10	HEMOGLOBINA 1: menor de 8 2: 8-10 3: mayor de 10	1: si 2: no NOMBRE 1: aspirina 2: ibuprofeno 3: ketorolaco 4: otros	UD: Úlcera duodenal UG: Úlcera gástrica CG: Cáncer gástrico VE: Várices esofágicas MW: Mallory Weiss O: Otros N: Normal	1: si 2: no TIPO 1: inyectio + polidocanol 2: inyectio + pinza caliente 3: inyectio + clips 4: inyectio + APC 5: ligadura 6: otros	1: si 2: no
1: si 2: UCI, UTI	HEMATOCRITO 1: menor de 24 2: 24-30 3: mayor de 30 PLAQUETAS 1: menor de 60mil 2: 60-100mil 3: mayor de 100mil				



Nro. De PG	REQUIRIÓ CIRUGÍA	ESTANCIA HOSPITALARIA	FALLECIÓ	BIOPSIAS	Hp
1: 1-2 2: mayor de 2	1: si 2: no	1: 1-3 días 2: 4-7 días 3: mayor de 7 días	1: si 2: no	1: si 2: no	1: positivo 2: negativo





Anexo 3

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FOR TITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Características clínicas y endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta del servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú,
Lima enero 2012-diciembre 2013”

Autor:

DANIEL ALONSO TINTAYA PINTO

Proyecto de Tesis para Optar el Título de
Médico-Cirujano.

**Arequipa - Perú
2014**

I. PREÁMBULO

En el marco de patologías gastroenterológicas, la presencia de sangre, representa un evento frecuente y alarma al paciente, a los familiares y al médico, pero

suele ser una complicación de carácter leve y autolimitada o constituir un evento que puede llevar al paciente a serias complicaciones y aún a la muerte. Es un problema terapéutico, especialmente en la medicina hospitalaria de urgencia y que exige tomar decisiones correctas en el momento oportuno.

La definición de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), implica la pérdida de sangre causada por diversas enfermedades que afectan al tubo digestivo entre la orofaringe y el ángulo de Treitz. (1)

La incidencia anual estimada de 50 a 100 cada 100.000 habitantes por año, y con una mortalidad relativamente constante entre el 5 y el 10% durante los últimos 50 años. Una posible explicación a este hecho, es el aumento en la esperanza de vida de los pacientes, así como el aumento en la prevalencia de las comorbilidades de los pacientes con HDA, que han sido contrarrestados por los avances diagnósticos y terapéuticos de los últimos veinte años. (2)

La endoscopia digestiva alta la cual llega a identificar la lesión sangrante en más del 90 % de los casos; además de precisar sus características, ofrece valiosa información pronóstica y alternativas terapéuticas. (3)

El interés del presente estudio, se centra fundamentalmente en analizar los datos clínicos y hallazgos endoscópicos, de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo de enero 2012 - diciembre 2013.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación:

1.1. Enunciado del Problema:

¿Cuáles son las características clínicas y endoscópicas de pacientes con hemorragia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, enero 2012- diciembre 2013?

1.2. Descripción del Problema:

a) Área del conocimiento:

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gastroenterología
- Línea: Hemorragia Digestiva Alta

b) Operacionalización de Variables:

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Edad	Historia clínica	Años	De razón
Sexo	Historia clínica	Masculino / Femenino	Nominal
Factores de riesgo	Historia clínica	Hipertensión arterial/ Diabetes mellitus/ Insuficiencia cardiaca congestiva/ Cirrosis hepática/ Enfermedad renal crónica/ Anticoagulación/ Otros/	Nominal
Presentación clínica	Historia clínica	Hematemesis / Melena / Shock hipovolémico/ Síndrome ulceroso/	Nominal

		Síndrome anémico/ Anorexia/ Hiporexia/ Lipotimia/ Asintomático	
Hallazgos Endoscópicos	Según hoja de informe de endoscopia	Úlcera gástrica / Úlcera duodenal Varices esofágicas / Sd de MalloryWeiss / Otros/	Nominal
Signos Endoscópicos.	Según clasificación de Forrest	ForrestIa / Forrest Ib / Forrest IIa / Forrest IIb/ Forrest IIc / Forrest III	Ordinal
Tipo de tratamiento endoscópico	Según informe de endoscopia	No / Inyector+polidocanol/ Inyector+clips/ Inyector+APC/ Ligadura/ Otros/	Nominal
Helicobacter pylori	Según informe anatomopatológico	Positivo Negativo	Nominal
Consumo de AINES	Según historia clínica	Ácido acetil salicílico Ketorolaco Ibuprofeno	Nominal
Lugar de hospitalización	Según historia clínica	UCI PISO	Nominal
Tiempo de enfermedad	Según historia clínica	Menor de 24 horas 25-71 horas Más de 72 horas	Ordinal

Transfusión sanguínea	Según historia clínica	Si No	Nominal
Estancia hospitalaria	Según historia clínica	1-3 días 4-7 días Más de 8 días	Ordinal
Mortalidad	Según historia clínica	Falleció por HDA Falleció por otra causa No falleció	Nominal

c) Interrogantes básicas:

- 1) ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, en el periodo 2012-2013?
- 2) ¿Cuáles son las características endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, en el periodo 2012-2013?

A. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental.

B. **Nivel de investigación:** Descriptivo analítico y retrospectivo

1.3. Justificación del problema:

El presente estudio está dirigido a describir las características clínicas

endoscópicas en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, del servicio de Gastroenterología, en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, 2012-2013. No se encontraron estudios recientes que evalúen las características clínicas y endoscópicas, que presentan los pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, por lo que nuestro estudio es **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que permite describir las características clínicas y los hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva alta y tiene **relevancia práctica** porque permitirá identificar a los casos y establecer un pronóstico. Tiene **relevancia social**, ya que la detección y corrección temprana y oportuna en pacientes con hemorragia digestiva alta permitirá el adecuado tratamiento, disminución de la estadía del paciente en calidad de hospitalizado y la adecuada recuperación del paciente. El estudio es **contemporáneo** ya que la hemorragia digestiva alta es un problema permanente en las diferentes poblaciones. El estudio es **factible** de realizar por tener un diseño retrospectivo en el que se cuenta con una población accesible y con equipos de evaluación adecuados. La **motivación personal** de realizar una investigación en el campo de la Gastroenterología, se incrementa ya que lograremos contribuir **académicamente** al campo de la medicina, en esta etapa del desarrollo profesional.

2. Marco conceptual:

2.1. Hemorragia Digestiva Alta

2.1.1. Concepto

Es la pérdida de sangre causada por diversas enfermedades que afectan al tubo digestivo desde la orofaringe y el ángulo de Treitz. (1)

Las formas de presentación varían de acuerdo a la localización del sangrado, de la rapidez y del volumen de la pérdida, y puede presentarse como:

- a) Hematemesis: Sangre expulsada por la boca, su origen puede localizarse desde el esófago hasta el duodeno, puede variar el color en función del grado de digestión, del rojo al marrón oscuro o negro (vómitos en pozo de café). (1)
- b) Hematoquecia: Emisión de sangre roja, fresca, a veces con algunos coágulos, mezclada con las heces, generalmente su origen se encuentra por debajo del ángulo de treitz, sin embargo puede tener su origen sobre todo si es masiva en tramos más altos del tubo digestivo. (1)
- c) Melena: Expulsión de sangre digerida mezclada con las heces, de color negro, consistencia pastosa y maloliente, sólo se necesitan 50-150 ml de sangrado para producirla y debiendo permanecer la sangre al menos 8 horas en el tubo digestivo para producirla. Color alquitranado de la hemorragia del tubo gastrointestinal se debe a la producción de hematina ácida por la acción del ácido clorhídrico sobre la hemoglobina o la producción del sulfuro a partir del grupo HEM, o por acción del sulfuro de hidrógeno sobre el fierro de la hemoglobina. La melena sin hematemesis generalmente indica lesión distal del píloro. (1)
- d) Rectorragia: Emisión de sangre por vía rectal.

- e) Sangre oculta: Es aquella que por su escasa cuantía no se puede observar macroscópicamente, se detecta por técnicas diagnósticas de laboratorio y puede venir de cualquier parte del tubo digestivo. (1)
- f) Sangre de origen oscuro: Hemorragia de origen desconocido que persiste o recurre después de realizar una endoscopia digestiva alta o baja. (1)

2.1.2. Etiología:

- a) **Úlcera péptica:** 50-75 % de casos. La hemorragia por úlcera duodenal es 4 veces más frecuente que la úlcera gástrica, pero ambas tienen la misma tendencia a la hemorragia. La Hemorragia Masiva tiene una frecuencia del 10-15% y generalmente es producida por horadación por el proceso inflamatorio de la arteria regional. (1)

Factores de riesgo: La úlcera gástrica y la duodenal que ocupan más del 95% de todas las úlceras se producen por tres factores: (6)

1. Infección del estómago por *Helicobacter Pylori*.
2. Toma de medicamentos anti-inflamatorios, especialmente los inhibidores de la Ciclo-oxigenasa I.
3. Enfermedad de Zollinger Ellison.

Más del 90% de los enfermos con úlcera duodenal y cerca del 80% de los pacientes con úlcera gástrica están infectados por este germen y se curan si se logra erradicarlo con antimicrobianos, por otro lado los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos o AINEs, al inhibir la

enzima cicloxigenasa producen disminución de los factores de defensa de la mucosa y el medicamento en sí produce daño directo, es por ello que son ulcerogénicos, especialmente si además el paciente está infectado por *H. pylori*, es por ello que más del 99% de los casos pueden explicarse por estos dos factores. El tercer factor involucrado es la hipergastrinemia que se presenta si el paciente tiene una enfermedad de Zollinger Ellisson entidad sumamente rara, en la que un tumor localizado en el páncreas o en el duodeno, produce esta sustancia que estimula de manera muy importante la producción de jugo gástrico ácido lo que a su vez produce úlceras múltiples. (5)

Cuadro clínico: El paciente con una úlcera péptica no complicada, padece del llamado “síndrome ulceroso”, que se manifiesta como dolor con las siguientes características:

Sitio: Epigastrio.

Tipo: Ardor o sensación de hambre dolorosa o vacío.

Intensidad: Media o poca intensidad, no interfiere con las actividades diarias.

Irradiaciones: Sin irradiaciones

Ritmo. El dolor es rítmico, de tal manera que se presenta antes de los alimentos 3 veces al día después de 3 o 4 horas de haber comido, dependiendo de la localización de la lesión.

Periodicidad: La enfermedad tiene períodos de dolor de varios días, alternando con temporadas sin dolor, con o sin tratamiento, clásicamente

los periodos de dolor se van haciendo más largos en el tiempo y los de alivio más cortos. El fenómeno que lo aumenta es no comer y los fenómenos que los disminuyen son los alimentos, el vómito o los antiácidos.

Signos endoscópicos de benignidad: Pliegues rodeando el nicho ulceroso regulares, de aspecto blando, cráter plano y con exudado.

Signos endoscópicos de malignidad: Pliegues rodeando el cráter de aspecto irregular, interrumpidos, nodulares, fusionados; márgenes ulcerosos sobreelevados, friables e irregulares; tumoración que protruye hacia la luz. (4)

Localización:

- Bulbo duodenal.
- Curvatura menor.
- Zona prepilórica.

De ellas, la curvatura menor hace las hemorragias masivas más frecuentes, pero la duodenal, en general, es la más frecuente.

La relación entre la localización de la úlcera y la gravedad de la hemorragia se debe a la lesión de las arterias principales, de la curvatura menor, la coronaria estomáquica, la pilórica y la gastroduodenal.

Mecanismo:

- Fibrosis agudas con vasodilatación intensa de la lesión por el avance en la destrucción ulcerosa. Habrá sangrado difuso.

- Úlcera Angioterebrante: con lesión de arteria. Esta lesión es más importante y tienen consecuencias más graves. Además se produce la hemostasia espontánea que depende de la formación de un coágulo obstructor en el lecho vascular. Esto se favorece por la hipotensión, aumenta la coagulabilidad sanguínea posthemorragia y hay disminución de la luz arterial por retracción de la capa fibro-muscular y enrollamiento de la capa endotelial.

b) Lesiones agudas de la mucosa: Gastritis.

Estas pueden ser:

- Solitarias o múltiples: Las más frecuentes.
- Comprometer toda la mucosa: Necrosis hemorrágica.
- Pseudoulceras: No llegan hasta la parte muscular de la mucosa.
- Localización más frecuente: Cuerpo, fondo y curvatura mayor, a diferencia con las úlceras benignas que se localizan en el antro y curvatura menor.

Factores de riesgo: Puede ser debida a causas exógenas o endógenas.

Las causas exógenas se resumen en: alimentarias, tóxicas, por radiación, cáusticas, alérgicas, infecciosas (bacteriana o viral), por irritantes, mecánicas, térmicas, y flegmonosa o supurativa. Las causas endógenas de la gastritis aguda son: metabólicas (uremia); por enfermedades sistémicas (EPOC, colagenosis); y por enfermedades graves (politraumatismos, choque).

Cuadro clínico: Los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar manifestaciones clínicas leves y moderadas como epigastralgia, anorexia, mareos y vómitos. En niños debilitados, puede haber deshidratación y choque en caso de vómitos intensos. (7)

Gastritis hemorrágica: Es una forma especial y frecuente de gastritis aguda, a menudo grave. Hay presencia de lesiones agudas sobre la mucosa gástrica (LAMG), con erosiones y úlceras múltiples superficiales agudas de la mucosa gástrica extendidas por el cuerpo y el antro junto a zonas de mucosa congestiva y con pequeñas petequias. A la endoscopia se observan erosiones múltiples, superficiales con sangrado activo en forma de babeo, mucosa eritematosa alternando con zonas pálidas. Pueden presentarse con hematemesis y/o melena de cuantía diversa. Su etiología puede ser debida a uso de ácido acetilsalicílico y sus derivados, a los AINEs, a quemaduras (úlceras de Curling), a lesiones del SNC (úlceras de Cushing), por politraumatismo, por otros fármacos potencialmente gastroerosivos, y en algunas ocasiones no tiene una causa conocida. (14)

Gastritis crónica: Es la inflamación crónica e inespecífica de la mucosagástrica, de etiología múltiple, con mecanismos patogénicos diversos. Su evolución es progresiva, por lo cual algunas lesiones inflamatorias superficiales de la mucosa gástrica pueden terminar en atrofia. (8)

Etiología y patogenia: Los factores etiológicos y patogénicos son múltiples; pueden agruparse en infecciosos, irritantes químicos,

inmunológicos y genéticos. En cuanto a la etiología infecciosa, varios gérmenes pueden causar la gastritis crónica siendo el más frecuente el *Helicobacter Pylori*. (18)

Gastritis crónica por *Helicobacter Pylori*: El Hp, es un bacilo espirilado gramnegativo, microaerófilo y flagelado, móvil y no esporulado con potente actividad ureásica que cataliza la hidrólisis de urea en amonio y CO₂, además coloniza la mucosa gástrica o las áreas de metaplasia gástrica.

Entre las principales características de la bacteria se encuentran: penetra en la mucosa y alcanza el epitelio; se adhiere por pseudópodos que la fijan; produce ureasa que a su vez produce amonio y forma una capa protectora de álcali alrededor de la bacteria, elabora citotoxinas vacuolizantes del citoplasma celular asociadas a proteína codificada por el gen CagA (marcador de ulcerogénesis); produce lipopolisacaridasa de baja actividad biológica; y se adapta fácil al medio ácido y a la baja tensión de oxígeno del estómago. El Hp, puede afectar varias zonas anatomopatológicas: puede estar localizado en el antro o incluso afectar todo el estómago. Cuando se localiza en el antro, produce: enfermedad gástrica con inflamación crónica; actividad de polimorfonucleares; niveles de ácido aumentados y enfermedad duodenal con metaplasia gástrica, infección crónica activa y úlcera duodenal. En pangastritis puede producir: enfermedad gástrica con inflamación crónica; actividad de polimorfonucleares; niveles de ácido disminuidos; ausencia de enfermedad duodenal; y úlcera gástrica.

La **prevalencia** aumenta con la edad; es inversamente proporcional al nivel económico y al desarrollo de los países, su transmisión puede ser intrafamiliar; está asociado a dolor abdominal recurrente; y está presente en 85-100 % de los niños con úlceras duodenales.

Factores de riesgo: La edad y la raza; el nivel socioeconómico; el abastecimiento de agua; el tabaquismo; y la ubicación geográfica .

Diagnóstico clínico: Por la presencia de dolor abdominal recurrente, dispepsia, vómito, hematemesis, úlcera duodenal o enteropatía perdedora de proteínas.

Diagnóstico complementario: Incluye endoscopia y biopsia, cultivos, prueba de ureasa, prueba del aliento, IgG sérica, ELISA, técnicas moleculares como hibridación (sondas marcadas, oligonucleótidos, DNA específico) y secuencia de genes.

Tratamiento: No se recomienda comenzar tratamiento en pacientes asintomáticos y con dispepsia no ulcerosa; más debe considerarse tratar en todo paciente con úlceras infectados con Hp, en úlceras duodenales recurrentes, y en niños con gastritis activa erosiva, metaplasia intestinal, hiperplasia folicular linfoidea y enfermedad ulceropéptica previo diagnóstico endoscópico y microbiológico.

Manejo: Puede ser con bloqueadores H₂ como ranitidina a 4 mg/kg/dosis, dos veces al día por 2 semanas; con inhibidores de bomba de protones a 0.5 mg/kg/día, una vez al día; con metronidazol a 40mg/kg/día por dos semanas; con amoxicilina a 50mg/kg/día dos veces

al día por una semana; con claritromicina a 250 mg dos veces al día por una semana y en terapias cuádruples se puede utilizar el subsalicilato de bismuto a 150 mg tres veces al día por dos semanas.

Hallazgos endoscópicos: En la gastritis crónica antral, se pueden observar áreas focales de eritema que alternan con zonas pálidas y edema en pacientes con Hp. En la gastritis por Hp, hay un aspecto de nodularidad o empedrado de la mucosa antral con edema, friabilidad y presencia de erosiones, exudados y puntos hemorrágicos.

Úlceras de estrés: Son lesiones gastroduodenales agudas, por shock, septicemia postquirúrgica, traumáticas o quemaduras. En este caso no aumenta el ácido clorhídrico o secreción gástrica sino que disminuye el flujo sanguíneo esplácnico, entonces se produce un daño isquémico de la mucosa gástrica superficial. Además, en sepsis hay anomalías de coagulación, o por administración de:

- Corticoterapia prolongada.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Alcohol: secretagogo gástrico.

c) **Varices esofágicas:** Son dilataciones venosas patológicas en la submucosa del esófago que se producen normalmente en pacientes con hipertensión portal. Es la causa más común de hemorragias en pacientes con cirrosis u obstrucción extrahepática de la vena Porta (Trombosis de la vena Porta). Se produce cuando la presión venosa portal es mayor de 12mmHg, pero se han reportado también sangrados con cifras menores.(9)

Características clínicas: Presentación brusca y masiva. Es poco frecuente la pérdida de sangre crónica. Las várices esofágicas no producen dolor ni molestias, excepto cuando sangran.

- Vómitos con sangre (hematemesis).
- Deposiciones de color negro, pastosas y de mal olor (“melena”).
- Lipotimia o desmayo.
- Anemia crónica, en casos de sangrado en pequeñas cantidades por gastropatía de la hipertensión portal. (9)

d) **Hernia hiatal:** Es el prolapso del estómago proximal hacia el tórax a través del hiato esofágico del diafragma.

Factores de riesgo: Aquellas condiciones que produzcan un incremento repetitivo o sostenido de la presión intraabdominal, tales como ascitis, obesidad y embarazo, pueden contribuir en la formación de hernia hiatal. (10)

Características clínicas: Generalmente asintomática o con síntomas inespecíficos y cuando hace manifestaciones clínicas, éstas son principalmente debidas a reflujo gastroesofágico, puede causar hemorragias ocultas, rara vez sangrado masivo. Se produce por esofagitis péptica por reflujo. Clásicamente la hernia hiatal se ha clasificado en tres tipos:

- Tipo I o hernia hiatal por deslizamiento (axial) donde se presenta desplazamiento superior de la unión esófago-gástrica hacia el mediastino posterior. Se denomina hernia “por deslizamiento” ya

que tiene un saco de peritoneo parietal parcial, cuya pared posterior está formada por el estómago.

- Tipo II o hernia paraesofágica caracterizado por desplazamiento superior del fondo gástrico, anterior y lateral al esófago, con la unión esófago-gástrica localizada en su posición intraabdominal normal.
- Tipo III o mixta donde hay desplazamiento superior tanto de la unión esófago - gástrica como del fondo gástrico.

e) **Neoplasias:** La hemorragia que se asocia al cáncer gástrico es ocasionada por erosión de los vasos subyacentes por el tumor, puede ser leve a moderada. Es masiva cuando erosiona un vaso grande y puede ser el síntoma principal. (11)

Factores de riesgo: Se encuentra con mucha frecuencia en el Japón y en el extremo Oriente, así como algunos países de Centro y Suramérica como Costa Rica y Chile. Existe una gran relación entre la incidencia de cáncer gástrico y una dieta con elevado consumo de sal y pobre en frutas frescas y verduras, poco aporte de vitaminas A, C y E y micronutrientes (selenio), así como métodos de preservación con posible efecto cancerígeno, como los ahumados, salazones y encurtidos. También se ha relacionado la concentración de nitritos en la dieta y en el agua de consumo y alteraciones genéticas.

La infección por *H. pylori*, especialmente en los primeros años de vida, es el sustrato histológico del proceso carcinogénico, sustentado en diversos estudios que establecen dicha relación, sobretodo en el

desarrollo posterior del cáncer gástrico de tipo intestinal y de localización antral, además también el tipo histológico difuso.

Características clínicas: La sintomatología depende de la localización y el tamaño del tumor, las lesiones tempranas no dan síntomas o estos son muy inespecíficos, en el tumor avanzado del fondo se produce disfagia y en el del antro vómitos de retención de alimentos ingeridos varias horas o días antes, el paciente padece de anemia, malestar general, anorexia y si esta ulcerado síntomas que semejan a una úlcera (dolor). Pueden ser de tal tamaño que se toquen en el abdomen y producir ascitis, ictericia y otros síntomas por invasión o por metástasis.
(11)

El diagnóstico: La endoscopia permite diagnosticar cerca del 98% de las lesiones, permite toma de biopsia para corroborar el diagnóstico. En caso de un tumor gástrico, se deben de realizar estudios de extensión del tumor, como tomografía axial multicorte, radiografía de tórax, ultrasonografía y en caso de contar con el equipo ultrasonografía endoscópica.

Se debe hacer **diagnóstico diferencial** con úlcera gástrica, gastritis crónica, trastornos funcionales del estómago como la dispepsia, hernia hiatal simple o complicada etc.

El **tratamiento** curativo único, es la cirugía, la resección amplia del tumor, de los epíplones y los órganos afectados, se puede realizar una gastrectomía total o parcial, dependiendo del sitio del tumor y de su

tamaño, en otras ocasiones solamente se puede practicar una resección con fines paliativos, en especial para mejorar la hemorragia o cirugía derivativa en casos de estenosis del píloro o gastrostomía en tumores del cardias. (11)

- f) **Desgarro de la mucosa esofágica:** Síndrome de MalloryWeiss. Laceración de mucosa se produce en la zona de unión esofagogástrica; entonces habrán náuseas y vómitos no hemáticos. Seguidos de hematemesis. (12)
- g) **Lesiones vasculares:** Síndrome de Rendu-Osler-Weber, la lesión de Dieulafoy, angiomas o telangiectasias hemorrágicas. (12)
- h) **Aneurismas aórticos arterioescleróticos:** Pueden romperse al intestino delgado. (12)
- i) **Discrasias sanguíneas primarias:** Vasculitis y trastornos del tejido conectivo. (12)
- j) **Uremia:** Asociada a hemorragia oculta crónica, por afectación difusa crónica de la mucosa del estómago e intestino delgado. (13)

2.1.3. Características clínicas:

En la casuística pueden encontrarse antecedentes de sufrimiento digestivo crónico o diagnóstico casual previo. En más o menos el 40% de los casos se observan signos que preceden por días al episodio hemorrágico; el 60% de pacientes sufren hemorragias sin síntomas, prodrómicos. En otro grupo no existen antecedentes digestivos crónicos o previos a la hemorragia, ésta es la

primera manifestación de la enfermedad. Los signos clínicos de exteriorización de la hemorragia son: Hematemesis y melena. Existe un tiempo intermedio entre la hemorragia endovisceral y su exteriorización según la gravedad, pudiendo ser silenciosa o presentarse como una hipovolemia aguda. (15)

La ingesta reciente de alcohol en grandes cantidades o el uso de antiinflamatorios hace la sospecha de gastritis erosiva. Si la ingesta de alcohol es crónica, la causa más probable serán várices esofágicas. La ingesta de aspirina nos da gastroduodenitis, úlcera péptica y hemorragia. (11)

La presencia de vómitos y náuseas previas seguidas de hematemesis: síndrome de Mallory-Weiss. (1)

Síntomas sistémicos como fiebre o pérdida de peso hacen pensar en una causa inflamatoria-infecciosa o en una neoplasia respectivamente. Si existe dolor asociado, localizado o difuso:

- Tipo cólico: Diverticulitis, infecciones.
- Sangrado indoloro: Lo más frecuente asociado a várices, enfermedad ulcerosa, angi displasia.
- Dolor de inicio repentino, agudo, desproporcionado con relación a la palpación abdominal: Descartar perforación visceral.
- Dolor en cuadrante superior derecho con hemorragia: Descartar úlceras y pensar en hemobilia postraumatismo con desgarro hepático.

2.1.4. Examen físico:

- Palidez de piel y mucosas: Anémia y de vasoconstricción reaccional.
- Palidez con tinte amarillento: Hemólisis e impregnación bilirrubínica tisular.
- Frialdad distal. Retardo en el llene capilar por déficit de perfusión cutánea.
- Sudoración fría por hiperactividad simpática.
- Hipoperfusión encefálica: mareos, apnea, vértigo, visión borrosa, zumbido de oídos, por trastornos circulatorios.

2.1.5. Tratamiento:

a) Fase I: Reanimación

Estos actos se realizan simultáneamente y tienen como objetivos: Estabilizar hemodinámicamente al paciente y definir los criterios pronósticos de riesgo iniciales. (17)

- Realización de la historia clínica escueta y completa.
- Medidas específicas de reanimación: Mantener una vía aérea permanente protegiéndola de la aspiración, vómito o sangre mediante el lavado gástrico
- Solicitud de exámenes auxiliares: Tienen como objetivo verificar la impresión general de sangrado significativo, monitorizar las complicaciones potenciales e identificar las enfermedades concurrentes.
Se debe solicitar: Hemoglobina, hematocrito, hemograma, grupo

sanguíneo y factor Rh, plaquetas, electrolitos, bioquímica hepática, gases arteriales y electrocardiograma, en ancianos con enfermedad cardiorespiratoria conocida e inestabilidad hemodinámica.

El diagnóstico clínico se hace por la presencia de hematemesis. Los procedimientos muy simples son de gran utilidad diagnóstica: (19)

- La instalación precoz de una sonda nasogástrica (SNG), para verificar presencia o no de sangre y lavado previo a la endoscopia de urgencia.
- Sonda uretrovesical para monitorizar el volumen urinario, el cual debería mantenerse en cifras mayores de 0.5 ml/Kg/h.
- Tacto rectal durante el curso del examen físico.
- Monitorizar funciones vitales.

La intubación endotraqueal puede realizarse en el enfermo con sangrado profuso y hematemesis repetida de gran volumen, en pacientes con shock severo y alteración del sensorio y en aquellos que están con agitación psicomotriz y hematemesis. (20)

El acceso a la circulación mediante una vía periférica adecuada y/o una vía central. Esta última es necesaria en pacientes ancianos con enfermedades cardiorespiratorias y en enfermos que ingresan en shock hipovolémico establecido, pues no sólo permitirá la reposición del volumen sanguíneo perdido sino también la monitorización de la presión venosa central (PVC), esta vía central permitirá la administración racional de líquidos y el diagnóstico precoz

de resangrado intrahospitalario, ya que en el curso de un episodio de resangrado la PVC baja 4 cm de agua o a cero en el curso de menos de 4 horas. La administración de oxígeno deberá ser de uso rutinario en ancianos y pacientes hemodinámicamente inestables con niveles de hemoglobina menores de 10gr % y en aquéllos con enfermedad isquémica cardiaca conocida. (21)

b) Fase II: Endoscopia diagnóstica:

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. (22)

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. (25)

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 III. Si el paciente no ha recibido tratamiento endoscópico alrededor del

30% de pacientes con sangrado activo y vaso visible requieren cirugía de emergencia. (26)

c) Fase III. Terapéutica médica y endoscópica:

Los bloqueadores H2 son los fármacos de elección en el tratamiento de H.D.A. por úlcera péptica, aunque no todos los trabajos indican que éstos controlan el sangrado agudo o resangrado. (25)

La terapéutica no endoscópica de las várices esofágicas sangrantes incluye: el balón de Sengstaken-Blackemore modificado, vasopresina y nitroglicerina, somatostatina (que disminuye la PA) y metoclopramida que aumenta la presión del esfínter esofágico inferior, por tales motivos, actualmente estos tratamientos son cuestionados.

Debido a que el mayor porcentaje de resangrado hospitalario ocurre dentro de las 48 hrs, la supresión de la vía oral debería mantenerse por ese lapso, lo que permitiría además la realización de cualquier procedimiento endoscópico terapéutico.

La escleroterapia es un procedimiento perfectamente establecido en el tratamiento de la várices esofágicas sangrantes cuya efectividad en controlar el sangrado efectivo varía entre el 74 a 100%. (23)

d) Fase IV. Tratamiento quirúrgico:

La cirugía se utiliza poco, sólo los pacientes que no responden al tratamiento médico radical, ni al tratamiento endoscópico y que padecen una enfermedad

crítica tratable, insuficiencia multiorgánica previa, sepsis u otras anomalías sumamente letales pueden aspirar a la cirugía. El objetivo de la cirugía es la hemostasia.

El momento de la indicación y la técnica a realizar son los pilares principales de una decisión correcta. Las técnicas a realizar serán de acuerdo a la experiencia del cirujano y el riesgo quirúrgico del enfermo. Tales como: laparotomía más gastrostomía generosa para evaluar los focos de hemorragia, si aparece un foco sangrante o que la sangre mane a partir de escasos y pequeños lugares esta indicada la ligadura y sutura de esos focos, así como una vagotomía troncal con drenaje, si por desgracia la sangre brota de múltiples focos, la única alternativa viable es la gastrectomía subtotal o casi total seguida de una gastroyeyunostomía de tipo Roux en Y. Al margen de la intervención quirúrgica, la mortalidad postoperatoria es alta, mayor del 50%, la muerte suele obedecer al fracaso multiorgánico. (30)

La Vagotomía troncular y piloroplastía, es más rápida y menos traumática, elimina factor vagal, baja mortalidad postoperatoria, pero alto índice de recidiva del sangrado.

En úlcera gástrica, gastrectomía y sutura de la úlcera: Gastrectomía subtotal Bilroht I, resección en cuña de úlcera.

En úlcera duodenal la vagotomía más piloroplastía y sutura de la úlcera es lo más adecuado. Vagotomía más gastrectomía 4/5 elimina todo el factor sangrante, usada en fracaso de otras técnicas. (25)

Gastrectomía total: en casos especiales. Estado general del paciente, edad, obesidad, repetición de sangrado indican la técnica a usar.

Várices esofágicas: sonda de Sengstaken o de Linton.

Técnica de desconexión portoacigos o Tanner modificada.

2.1.6. Criterios clínicos de alto riesgo:

- Edad 60 años o más.
- Enfermedades concurrentes importantes: hospitalizaciones frecuentes, hematemesis repetidas, melena frecuente, dolor abdominal, hematoquezia, cambios ortostáticos de inicio rápido.
- Palidez: Hipotensión sistólica menor de 100 mm Hg, hipotensión ortostática: caída de la presión sistólica mayor de 20 mm Hg, frecuencia cardíaca: taquicardia mayor de 100/m, sangre roja rutilante por S.N.G.
- Transfusiones (Unidades): primeras 24hrs (4 unidades), con dos episodios de resangrados, o transfusión de un total de 6 a 8 unidades.

Signos Endoscópicos de Valor Pronóstico: (1)

FORREST I:

Presencia de sangrado activo.

Ia: Sangrado en chorro.

Ib: Sangrado en sábana.

FORREST II:

Estigmas recientes o sangrado reciente.

IIa: Vaso visible no sangrante.

IIb: Manchas planas, rojas o negruzcas, en el fondo ulceroso o coágulo oscuro adherido.

IIc: Manchas de fibrina o hematina.

FORREST III:

Ausencia de signos hemorrágicos sobre la lesión.

2.1.7. Procedimientos endoscópicos en hemorragia digestiva alta:

Métodos Endoscópicos:

• **Métodos que no requieren contacto con los tejidos:**

- a) Fotocoagulación con láser,
- b) Electrohidrotermosonda,
- c) Técnicas de pulverización endoscópica.

• **Métodos que requieren contacto con el tejido:**

- a) Técnicas de inyección endoscópica,
- b) Electrocoagulación,
- c) Sonda térmica,
- d) Clips ligaduras.

A) Técnica de Inyección Endoscópica:

Escleroterapia: Todo los agentes esclerosantes son químicos con fuertes propiedades irritantes del tejido. La concentración ideal del esclerosante ha sido determinada tanto por su seguridad como por su eficacia. Los agentes esclerosantes pueden ser divididos entre derivados de ácidos grasos: Ethanolamina y agentes sintéticos: Polidocanol. (25)

B) Electrocoagulación:

Emplea una corriente de alta frecuencia que fluye a través del electrodo activo aplicado a la lesión sangrante. La corriente se convierte en calor provocando coagulación debido a la alta densidad de energía en el punto de contacto entre el electrodo y el tejido. La corriente vuelve después a través de una placa, estableciéndose una amplia área de contacto con el paciente. (25)

La electrocoagulación bipolar endoscópica emplea dos electrodos activos que se aplican el uno cerca del otro.

C) Sonda térmica:

La hemostasia más efectiva y la menor lesión se obtienen mediante aplicaciones múltiples de un segundo de 150 a 160 °C. Esta modalidad termoterapéutica consigue hemostasia en un 80-90% de pacientes. (25)

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1 Autor: Arque Huamani, Amador.

Título: Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta no variceal en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo ESSALUD, Arequipa. 2011 (26)

Fuente: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2012

Resumen: La edad máxima de presentación fue de 87 años, con una edad mínima de 19. El mayor porcentaje (60%) estuvo dado por individuos con edades superiores a los 60 años. Al analizar los antecedentes patológicos personales, en la totalidad de los pacientes se evidenció patología previa, ya sea antecedentes de sangrado, hábitos tóxicos o medicamentosos (alcoholismo, AINES, glucocorticoides), o diversas entidades, las cuales fueron agrupadas, a los fines prácticos.

En nuestros pacientes la HDA se presentó con mayor frecuencia en forma de melena, por este motivo consultaron 77 pacientes (65%). Este aspecto concuerda con lo planteado en las series revisadas. Debemos hacer la salvedad que la forma de presentación de la hemorragia va a depender básicamente de dos factores: el débito de la hemorragia y la localización en el tracto gastrointestinal de la lesión

sangrante, varía entonces la incidencia de cada forma de presentación de acuerdo con los factores y los distintos grupos etiológicos. En nuestro estudio, la causa más frecuente fue la gastritis erosiva hemorrágica (GEH), con un 19%, lo que contrasta con la bibliografía consultada en la que se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de sangrado. Esta afección corresponde a la respuesta gástrica común a diferentes noxas asimilables al concepto de stress fisiológico. Esto se correlaciona perfectamente con la alta incidencia de consumo de medicamentos (AINES, glucocorticoides) y alcohol, reflejada en el estudio (16 y 13% respectivamente). Si a ello agregamos otros irritantes habituales de la sociedad, tales como mate, café, tabaco y condimentos, explicarían su alta frecuencia. También es de destacar que en un gran porcentaje (57%) se halló patología asociada, lo cual puede tener una correlación directa con la patología digestiva, o bien ser inherente a la edad avanzada de los pacientes.

A nivel nacional

3.2 Autor: Alfonso José Lara Castañeda

Título: Hemorragia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del instituto nacional de salud del niño de enero del 2005 a diciembre del 2010 (27)

Fuente: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana, unidad de postgrado. Lima 2012.

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. El objetivo general fue describir las características epidemiológicas, etiológica, clínica y de manejo

así como antecedentes patológicos de la hemorragia digestiva alta en la población pediátrica atendida en el Instituto Nacional de Salud del Niño durante el periodo de Enero del 2005 a Diciembre del 2010.

La prevalencia hospitalaria fue de 1.8 por 1000 atenciones/año. El mayor número de casos se presentó en varones (51.7%). El 91.5% se hospitalizó por emergencia, el servicio donde fueron hospitalizados con mayor frecuencia fue en gastroenterología (67.8%). Los signos más frecuentes de presentación fueron la hematemesis y la melena. Los antecedentes patológicos más frecuentes fueron los de patología hepática, respiratoria y los gastrointestinales. El método de diagnóstico principal fue la endoscopia en el 100% de los casos. Las tres causas más frecuentes de HDA fueron várices esofágicas secundaria a hipertensión portal prehepática en el 28%, seguido de la gastritis por medicamentos en el 26.3% y la gastritis erosiva en el 6,8% de los casos.

En el 96.6% se usó tratamiento médico y solo en el 3.4% requirió manejo quirúrgico. En el 100% (118) se reportó mejoría de la HDA. En conclusión se puede decir que la HDA es una enfermedad poco frecuente y se recomienda realizar un estudio prospectivo controlado para determinar con precisión algunas variables epidemiológicas y clínicas, que ayudarían al mejor conocimiento de esta patología gastrointestinal.

3.3 Autor: Luis Custodio Plasencia Mostacero.

Título: Frecuencia de hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Regional de Cajamarca – años 2005 y 2006. (28)

Fuente: Universidad Nacional de Cajamarca, 2007.

Resumen: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se seleccionó 42 pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta a quienes se les revisó sus reportes endoscópicos protocolizados y sus respectivas Historias Clínicas. Como resultados se obtuvo que los varones fueron los más afectados, 26 pacientes (61.90%). La edad de mayor presentación fue mayor de 60 años con 22 pacientes (52.38%), y el mayor número de ellos correspondió al mismo distrito de Cajamarca 61,90% (26). El mayor porcentaje de pacientes está comprendido en el grupo de primaria incompleta. El 47.62% tuvo un período de enfermedad menor de 5 días. Los síntomas y signos evidenciados con mayor frecuencia al ingreso hospitalario fueron náuseas y vómitos 90.48%, hematemesis 83.33%, epigastralgia 78.57% y melena 66.67%. El mayor número de casos 20 (47.62%) no presentó ningún hábito nocivo. El 23.81% (10 pacientes), presentaron Patología Gástrica asociada. La mayoría no mostró alteraciones en los resultados de laboratorio. El mayor porcentaje de hallazgos correspondió a Lesiones Agudas de la Mucosa Gastroduodenal con el 35.71%, Úlcera Gástrica 28.57%, Úlcera Duodenal 26.19% y Desgarro de MalloryWeiss 14.29%.

El mayor número de casos correspondió a patología ulcerosa. La aplicación de la clasificación de Forrest se dio en 27 pacientes (37.04%), que correspondieron a Forrest IIb y Forrest IIc. La mayor parte de pacientes recibió tratamiento antisecretor.

A nivel internacional

3.4 Autor: Dra. Mayelin Abreu Jarrín, Dra. Solange Ramos Tirado, Lic. Noelvis

Trejo Muñoz, Lic. Dominga Cinta do Tortoló

Título: Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos, Cuba. 2013. (2)

Fuente: RevMed Electrón 2013 Mar-Abr

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema05.htm>

Resumen: Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado desde el 14 de julio de 2008 al 14 de junio de 2009 en el Servicio de Endoscopia Digestivas del Hospital General Docente Pedro Betancourt de Jovellanos.

En este estudio fueron incluidos 40 pacientes, con un rango etario de 27 a 81 años y un promedio de 57,6 +/- 13.5 años de edad; de ellos 29 fueron hombres (72,5%) y 11 mujeres (27,5%) para una relación hombre /mujer de 2,6:1. El 67,5% de los pacientes estaban por encima de los 60 años de edad.

Desde el punto de vista clínico la forma de presentación más frecuente fue la melena con 26 pacientes para un 65%; seguida de la hematemesis y melena con 9 casos para un 22,5%. No se observaron casos con otros tipos de presentaciones.

Al analizar las causas de la HDA observamos que la enfermedad ulceropéptica constituyó la entidad más frecuente, con 29 pacientes para un 72,5%; de los cuales 18 se localizaron en el duodeno (45 %). Tres pacientes presentaron lesiones agudas de la mucosa (LAM), para un 7,5%. Causas menos frecuentes fueron síndrome de MalloryWeiss, várices gástricas, várices esofágicas, gastropatía por hipertensión portal, ectasias vasculares y neoplasias gástricas

todas con 1 caso para un 2,5% cada una de ellas. Solo en 2 exámenes no se pudo determinar la causa de la hemorragia digestiva.

3.5 Autor: Poges La banca Jimena, Fernandez Guillermo, Rizzo German, Salomon Susana.

Título: Hemorragia digestiva alta: análisis de 511 episodios. (29)

Fuente: Ann InternMed. Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza. 2010.

Resumen: Se incluyeron 511 pac. con HDAA. Edad x: 58 años, el 68,5% de los pacientes tenía más de 65 años. El 35,6% fueron mujeres. La permanencia x fue de 8,4 días. El 86,1% ingresó por guardia, el 3,1% de UTI y el 5,3% de consultorio externo, y fue el motivo de la internación en el 92,6% de los casos. El 7,7% desarrolló la HDA durante la internación. La melena (60,6%), la hematemesis (55,2%), el dolor abdominal (22,5%) y la enterorragia (17,2%) fueron las manifestaciones más frecuentes. El 36,7% (IC95% 32,52-40,87) tuvo descompensación hemodinámica al momento del ingreso. El 59,3% presentaba comorbilidades, siendo las más frecuentes HTA (36,6%), cirrosis (22%) (Descompensada en el 21%) y diabetes mellitus (13,3%). En 77,1% se detectó algún factor predisponente: AINES (43,2%), tabaquismo (42,4%) y alcoholismo actual (23%). El hematocrito x de ingreso fue de 28,2% (DS± 8,5). Se realizó endoscopia a 412 pac. (80,6%) con un correlato diagnóstico clínico endoscópico de 72,4%. Se efectuó re endoscopia en el 6,3% y se detectó nueva lesión en 3,7%. Los diagnósticos endoscópicos fueron: gastropatía erosiva (37,4%), úlcera gástrica (30,9%), várices esofágicas (25,4%), úlcera duodenal (15,9%), duodenitis (14,1%), cáncer gástrico (2%) y esofágico (1%), entre otros. El 25,4%

presentó alguna complicación; las más frecuentes: infecciones (5%) (neumonía e infección urinaria las más comunes), shock hipovolémico (6,4%) y fallo renal agudo (4,8%). La mortalidad global fue del 6,7% (n=34) (IC95% 4,53-8,86) y sólo en 2 pacientes se atribuyó a la HDAA. El shock hipovolémico al ingreso (14,4 vs 3%) o durante la internación (51,5% vs 3%), el desarrollo de insuficiencia de órganos (14,7vs 4%) y de infecciones intrahospitalarias (35,3 vs 11%)($p < 0.005$) y la ausencia de correlato diagnóstico clínico endoscópico fue significativamente más frecuente en los pacientes fallecidos ($p < 0.05$).

4 Objetivos:

4.1 Objetivo general:

Establecer cuáles son las características clínicas y endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta, en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, durante el año 2012 y 2013.

4.2 Objetivos específicos:

- a) Conocer las características clínicas en pacientes con hemorragia digestiva alta, en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, durante el año 2012 y 2013.
- b) Determinar cuáles son las características endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta, del servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, durante el año 2012 y 2013.
- c) Identificar los principales factores de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva alta, en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de

la Fuerza Aérea del Perú, durante el año 2012 y 2013.

5 Hipótesis

No se requiere por tratarse de un estudio observacional.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento documental que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Se cuenta en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú con tres endoscopios marca Olympus para la determinación de las lesiones entre la orofaringe y el ángulo de Treitz.

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y bases de datos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará durante el año 2012, 2013 y primer trimestre del año 2014.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

2.4. **Población:** Pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo de estudio.

2.5. **Muestra:** No se considerará un cálculo de tamaño muestral ya que se incluirán a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de elección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - Pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú con diagnóstico de hemorragia digestiva alta.
 - De ambos sexos y de todas las edades.
- ♦ **Criterios de Exclusión**
 - Exámenes endoscópicos incompletos o insatisfactorios.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización:

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del Hospital Centra de la Fuerza Aérea del Perú, para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se solicitarán los archivos de registros de endoscopias del año 2012-2013 y se

registrarán los datos de la evaluación en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en la ficha de recolección de datos, además también se revisarán historias clínicas en el archivo de historias clínicas de cada paciente que según el informe de endoscopia tenga diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación.

3.2. Recursos:

a) Humanos

- Investigador, tutor.
- Gastroenterólogo.
- Pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

b) Materiales

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos:

No se requiere de validación por tratarse de una ficha de información.

3.4. Criterios para manejo de resultados:

a) Plan de Procesamiento:

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Los datos organizados se convertirán en tablas y gráficos para sistematizar los resultados y proceder a su interpretación.

b) Plan de análisis:

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), para variables categóricas y de medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables cuantitativas. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.20.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 13				Enero14				Febrero 14			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Diciembre 2013

Fecha probable de término: 28 de Febrero 2014



V. Bibliografía Básica:

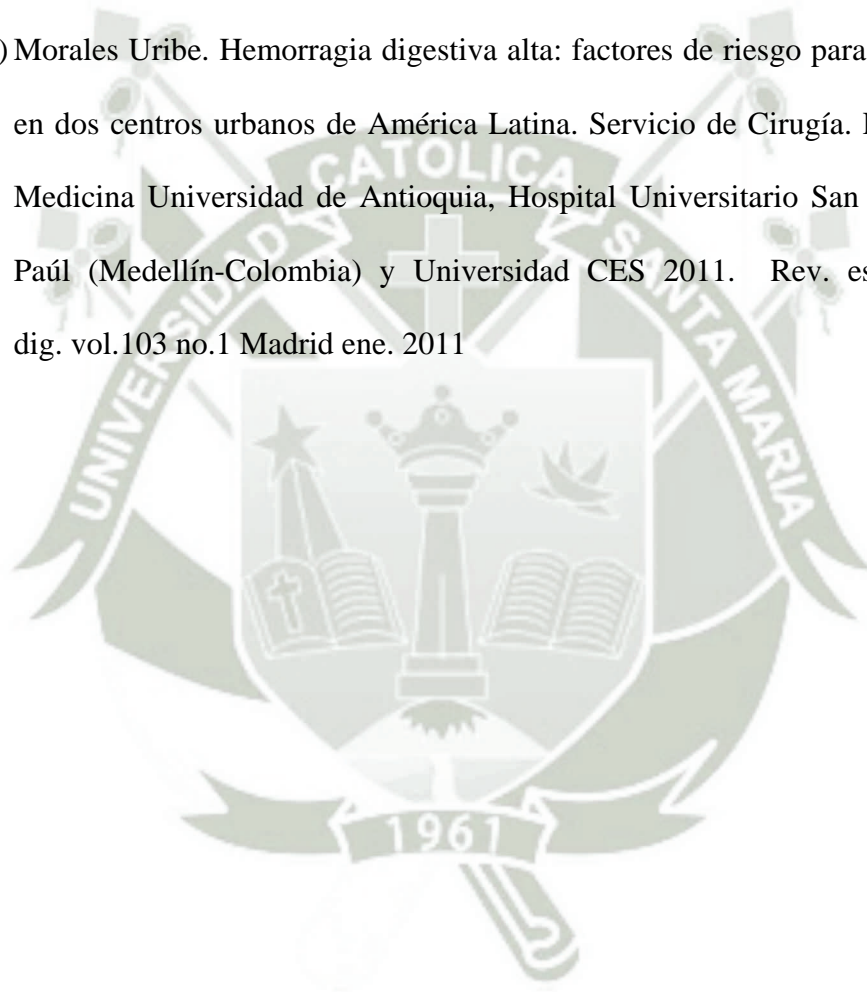
- 32) Harrison Principios de Medicina Interna, enfermedades del aparato digestivo, úlcera péptica y trastornos relacionados. cap 293, pag 2409. Edición Nro 18- 2012.
- 33) Mayelin Abreu Jarrín. " Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos" Hospital General Docente Pedro Betancourt. Jovellanos. Matanzas, Cuba. 2012-2013
- 34) Jorge Vásquez, Edgar Alva, Oscar Frisancho, Max Yoza, Eduardo Zumaeta, José Watanabe, Américo Palomino. "Hemorragia digestiva oscura por angiodisplasia yeyunal: valor complementario de la cápsula endoscópica y la enteroscopia de doble balón" Revista de gastroenterología Perú v.29 n.2 Lima abr./jun. 2009
- 35) Adler DG, Jacobson BC, Davila RE, Hirota WK, Leighton JA, Qureshi WA, et al. ASGE guideline: complications of EUS. GastrointestEndosc. 2013
- 36) Almada CA, Panzardi MY, Vallejos Malluguiza AL. Hemorragia digestiva alta en un hospital público de la provincia de corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 180 – Abril 2008.
- 37) Amengual M, Martínez J. Hemorragia Digestiva Baja. En Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes, cap. 32, pp. 227-229. Jiménez A. (ed). Toledo, 2008.

- 38) Berrios J., Sedano O., Calle C., Montero F., Manrique J., Hinojosa E.; Hemorragia Digestiva Alta en los habitantes de las grandes alturas del Perú, Revista de Gastroenterología del Perú, 1996, Volumen 16, Nº1.
- 39) Cárcamo I, López S, Cardemil N. Cirugía de la hemorragia digestiva alta no variceal. Cuad Cir. 2005;19(1):11-6.
- 40) Contardo Zambrano C, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. Acta méd. peruana, sep./dic. 2006, vol.23, no.3, p.162-173. ISSN 1728-5917.
- 41) Garrido Serrano A, Guerrero Igea FJ, Perianes Hernández C, Arenas Posada FJ, Palomo Gil S. Local therapeutic injection in bleeding peptic ulcer: a comparison of adrenaline to adrenaline plus sclerosing agent. Rev Esp Enferm Dig. 2002;94(7):395-405.
- 42) Goldman L, Schafer AI. Goldman's Cecil Medicine. 24th. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. 46:587-61
- 43) Lovesio C. Hemorragia digestiva alta grave. En: Medicina Intensiva. 5 ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2002.
- 44) Llanos Zavalaga Luis. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. RevMedHered vol.12 no.4 Lima Oct. 2001.
- 45) Morales R, Frisancho O, Rosas L, Retamozo P. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos. RevGastroenterol Perú 2001; 21: 513-514.

- 46) Moreira VF y López San Román A. Alteraciones digestivas por antiinflamatorios no esteroideos (Información al paciente). *RevEspEnfermDig* 2004; 96:732.
- 47) Barkun Alan, Et al, Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding, *Ann Intern Med.* 2003;139:843-857.
- 48) BalanzóTintoré J, Villanueva Sánchez C. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Hemorragia digestiva alta. Barcelona: Doyma; 2010.
- 49) Rivas Wong L, Celestino A, Castillo T, Yriberri S, Román R. Incidencia de los factores etiológicos ambientales (*Helicobacter pylori* y antiinflamatorios no esteroideos) que se relacionan con la úlcera péptica y su influencia en la aparición de la hemorragia digestiva. *Enfermedades del Aparato Digestivo (Lima).* 2001; 4:22-29.
- 50) Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ.* 1995;311(6999):222-6.
- 51) Rosenstock S, Jørgensen T, Bonnevie O, Andersen L. Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults. *Gut.* 2003; 52:186-193.
- 52) Salvatierra LayténGustavo. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev. gastroenterología Perú* v.26 n.1 Lima ene/mar 2006.

- 53) Soto-Tarazona A, Gutiérrez-de-Aranguren C, Cueva-Cueva K, Flores-Alva J, Díaz-Calderón A. Nuevo sistema de puntaje de predicción de la hemorragia digestiva alta complicada en comparación con el sistema de puntaje de Rockall. *RevSocPeruMed Interna*. 2007;20(1):5-9.
- 54) Velásquez A et al. *La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú*. Ministerio de Salud, Lima, Perú. 2009.
- 55) Villanueva J., López De Guimaraes L., Avila F. Hemorragia digestiva alta en los andes peruanos: reporte de 115 casos observados en Huaraz. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 1996; Volumen 16, N°2.
- 56) Cabrera Romero, Macedo Peña Victor. *Hemorragia Digestiva Alta, Sistema de bibliotecas de la UNMSM* 2013.
- 57) Arque Huamani, Amador. “Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta no variceal en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo salud, Arequipa.” *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa*. 2011
- 58) Alfonso José Lara Castañeda “Hemorragia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del instituto nacional de salud del niño de enero del 2005 a diciembre del 2010”, *Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana, unidad de postgrado*. Lima 2012.
- 59) Luis Custodio Plasencia Mostacero, “Frecuencia de hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Regional de Cajamarca – años 2005 y 2006”, *Universidad Nacional de Cajamarca*, 2007.

- 60) PogesLabanca Jimena, Fernandez Guillermo, Rizzo German, Salomon Susana. Hemorragia digestiva alta: análisis de 511 episodios, Ann InternMed. Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza 2010.
- 61) Courtney M. Townsend, Sabiston tratado de Cirugía Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Hemorragia Digestiva Aguda, volumen II, capítulo 44, pag. 1254, 19ª edición, Madrid-España 2013.
- 62) Morales Uribe. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl (Medellín-Colombia) y Universidad CES 2011. Rev. esp. enferm. dig. vol.103 no.1 Madrid ene. 2011



VI. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

Nº de Historia Clínica: _____

Datos generales:

Edad: _____ años

Sexo: Varón

Mujer

Factores de riesgo: Cirrosis hepática Hipertensión Arterial

Diabetes Mellitus tipo2 Consumo de AINES cual:

Consumo de anticoagulantes cual:..... Alcoholismo

Enfermedad Renal Crónica Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Insuficiencia Cardíaca Congestiva Antecedente de HDA Tabaco

Estatus Hp: Anterior: si no Sangrado anterior:

Actual: si no

Tiempo de enfermedad: 24 horas 25-71 horas más de 72 horas

Presentación clínica: Melena Hematemesis Disnea

Shock hipovolémico Síndrome anémico Lipotimia

Síndrome ulceroso Hiporexia Anorexia Asintomático

Otros:

Evaluación endoscópica: Sangrado activo: si no

Esófago: Esofagitis : leve moderada severa

Síndrome Mallory Weiss úlcera esofágica neoplasia

Varices esofágicas Normal

Otros :

Estómago: Úlcera : Cardial Forrest
Subcardial Forrest
Cuerpo Forrest
Antro Forrest
Fondo Forrest
Prepilórica Forrest
Pilórica Forrest
Lesiones vasculares : Lesión de dielafoy
Angiodisplasia
Gastritis erosiva varices gástricas
Normal Otros :

Duodeno: úlcera : 1era porción Forrest
2da porción Forrest
3era porción Forrest
4ta porción Forrest
Duodenitis erosiva Neoplasia Lesiones vasculares
Otros:

Se tomó biopsia: si no

Tratamiento Endoscópico: inyectoterapia Inyecto+ Clips
Inyecto+polidocanol Inyecto+pinza caliente Inyecto+APC Ligadura
Otros :

Requirió cirugía: si no

Requirió transfusión sanguínea: si no Nro de paquetes globulares:.....

Estancia Hospitalaria: 1-3 días 4-7 días más de 8 días

Mortalidad por Hemorragia Digestiva Alta: Si No