

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



LESIONES ENDOSCÓPICAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON CLÍNICA DE HEMORRAGIA  
DIGESTIVA ALTA ATENDIDOS EN EL HSR EN EL AÑO 2014

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**ROCA REYES JUAN CARLOS**

**Dr. Manuel Huaman Guerrerp  
DIRECTOR DE TESIS**

**Dra. Adela Del Carpio Rivera  
ASESORA**

LIMA-PERÚ

2016

## AGRADECIMIENTO

A mis padres José Wilfredo y Rita Teresa, porque me enseñaron siempre a seguir adelante, me enseñaron a afrontar y superar los obstáculos. Me enseñaron valores y me demostraron que con esfuerzo y sacrificio se puede ir muy lejos.

A mi hermano, José Francisco, por sus consejos, paciencia, comprensión y porque siempre está presente en los malos momentos, acompañándome, lejos pero a la vez cerca, y a mi sobrino José Gabriel, por los días de risa infinita y sus curiosidades.

A la Dra. Adela Del Carpio Rivera, por su asesoría y orientación en la ejecución del presente trabajo.

Al Dr Henry Martinez, jefe del servicio de gastro enterologia del Hospital Santa Rosa

A mis amigos, muchas gracias por estar en los momentos difíciles y por las amanecidas en los estudios, a lo largo de los años nos hemos conocido más y he ganado bastante por su amistad.

Muchas gracias Dios, por un momento más en la vida y saberlo aprovechar y sobre todo por tener la familia que tengo siempre unida.

## DEDICATORIA

Dedico a mis padres, Rita y José.

A mi hermano José Francisco y a mi sobrino José Gabriel.

A la Dra. Adela Del Carpio Rivera.

Finalmente, a mis amigos

## RESUMEN

La hemorragia digestiva alta es un proceso patológico muy frecuente que tiene una alta tasa de morbi – mortalidad; son aquellas lesiones que se dan a lo largo de tracto digestivo desde la cavidad oral hasta la unión del duodeno con el yeyuno.

**Objetivo principal:** Determinar las lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, para lo cual se revisaron informes de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), efectuadas en el servicio de Gastroenterología; se incluyeron los pacientes en los cuales se comprobó HDA mediante la realización de EDA. En estos casos se tuvo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales patológicos, sintomatología de la enfermedad actual y hallazgo endoscópico

**Resultados:** De los pacientes que se han estudiado el 55% son de sexo masculino, la lesión endoscópica más frecuente que se encontró es gastritis erosiva con un porcentaje de 26%, con respecto a la edad tenemos que 55% representa a mayores de 60 años. La localización anatómica más frecuente se encontró a nivel gástrico y en la región del antro. El motivo de consulta más frecuente fue la melena.

**Palabras Claves:** hemorragia digestiva alta, localización anatómica, lesiones endoscópicas

## **ABSTRACT**

Upper gastrointestinal bleeding (UGB) is a very common condition that has a high rate of morbidity - mortality, are those injuries that occur along the digestive tract from the mouth to the junction with the duodenum jejunum. There are several risk factors associated with this disease.

**Main objective:** To determine the most frequent endoscopic lesions in patients with symptoms of upper gastrointestinal bleeding treated at the HSR in 2014

**Materials and Methods:** A retrospective descriptive study was performed, for which reports High Digestive Endoscopy, made in the service of Gastroenterology reviewed, patients in which UGB was checked by performing High Digestive Endoscopy is included. Age, sex, medical history, history of present illness, and endoscopic diagnosis: in these cases the following variables were taken into account

**Results:** Of the patients studied 55% were male, the most frequent endoscopic lesion was found in erosive gastritis with a percentage of 26%, with respect to age we have 55% representing over 60 . The anatomical location more frequently found at the gastric level and is in the antrum region. And the most frequent reason for consultation was mane.

**Keywords:** upper gastrointestinal bleeding, anatomical location, endoscopic lesions

## **INTRODUCCIÓN**

La hemorragia digestiva alta (HDA) sigue siendo una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y un motivo frecuente de hospitalización. Las dos causas más habituales son la hemorragia digestiva (HD) por úlcera péptica y la secundaria a hipertensión portal. La hemorragia digestiva baja es menos frecuente que la de origen alto, y tiene tendencia a autolimitarse (4).

Desde el punto de vista de su gravedad, la hemorragia gastrointestinal puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las pérdidas sanguíneas crónicas e intermitentes (4,5,6); pudiendo la hemorragia digestiva alta aguda manifestarse de tres maneras: hematemesis, melena y hematoquezia; estas formas de presentación dependen de la magnitud del sangrado, evidenciado a través de manifestaciones clínicas del compromiso hemodinámico (2). Sin embargo, la intensidad y la frecuencia dependen de diversos factores de riesgo como la edad, la presencia de enfermedades concomitantes y el uso de fármacos gastrolesivos que contribuyen incrementando el número de muertes producidas por esta complicación (7),.

El diseño del estudio es de tipo descriptivo, de tipo retrospectivo. Es un estudio realizado en pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Santa Rosa en el año 2014, con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta. El estudio se basa en los informes endoscópicos y las historias clínicas.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....               | 9  |
| 1.1 Planteamiento del Problema.....                       | 9  |
| 1.2. Formulación del problema .....                       | 11 |
| 1.3 Justificación de la investigación .....               | 12 |
| 1.4. Delimitación del problema .....                      | 13 |
| 1.5. Objetivos de la investigación.....                   | 13 |
| 1.5.1. Objetivo general.....                              | 13 |
| 1.5.3. Objetivos específicos .....                        | 13 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEORICO .....                          | 14 |
| 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....                | 15 |
| 2.2. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS.....                   | 18 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....                            | 45 |
| 3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....                           | 45 |
| 3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....                          | 46 |
| 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....                              | 46 |
| 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..... | 48 |
| 3.5. RECOLECCIÓN DE DATOS.....                            | 48 |
| 3.6 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS .....    | 49 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....                 | 49 |
| 4.1 RESULTADOS.....                                       | 49 |
| 4.2 Discusión de resultados.....                          | 62 |

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....65

    CONCLUSIONES .....65

    RECOMENDACION .....66

BIBLIOGRAFIA .....67

ANEXOS.....71

    ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....71

    ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS .....74



## CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Planteamiento del Problema

La hemorragia digestiva alta (HDA) que consiste en la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo en una zona comprendida entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz<sup>1,2</sup> constituye un motivo frecuente de consulta. Este sangrado puede proceder de órganos digestivos o de estructuras adyacentes que vierten su contenido en esta localización, por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas). (14)

Se manifiesta clínicamente por hematemesis, melena y otros tipo de sintomatología, independientemente de la lesión de origen, diferenciándose sólo por su magnitud, evidenciable a través de la presencia o ausencia de compromiso hemodinámico y magnitud del mismo<sup>7,8</sup>. En principio, toda HDA franca debe considerarse como potencialmente grave, y por lo tanto, merecedora de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos intensos. (14)

La morbilidad y mortalidad de los pacientes se relaciona con ciertos factores de riesgos, como la edad, enfermedades asociadas magnitud de la hemorragia, origen de la misma, alcoholismo, ingesta de medicamentos, etc.

Otros factores principales que influyen en la aparición de HDA son la infección por *Helicobacter pylori* y la administración de antiinflamatorios no esteroideos. Las lesiones agudas de la mucosa gástrica constituyen el 20% de las causas de HDA y se asocian a la toma de AINE, alcohol, o estado crítico del enfermo con ventilación mecánica,

coagulopatía, lesiones neurológicas graves, politraumatizados, etc. La esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss, lesiones vasculares, neoplasias esofagogástricas, fístula aortoentérica y hemobilia son causas menos frecuentes <sup>4</sup>.

Los procedimientos diagnósticos disponibles son la anamnesis y exploración física, hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, colocación de sonda nasogástrica y lavados, panendoscopia oral, radiología baritada, angiografía, gammagrafía con sulfuro coloidal o hematíes marcados y la laparotomía exploradora <sup>2</sup>.

La esofagogastroduodenoscopia tiene un papel decisivo en la evaluación diagnóstica y manejo terapéutico de la HDA. La seguridad, refinamiento anatómico, y su capacidad para obtener muestras de tejido soportan su uso como principal instrumento diagnóstico. La amplia diversidad de instrumentos endoscópicos disponibles permite ampliar su aplicación diagnóstica y terapéutica a un amplio rango de patologías, tanto benignas como neoplásicas, precisando de esta manera la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90 - 95%), con una incidencia de complicaciones menor del 0,01% <sup>1,3</sup>.

La hemorragia digestiva es causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo, cuyas incidencias son difíciles de determinar a pesar de la gran cantidad de reportes que se encuentra de la literatura médica. Estudios poblacionales de las décadas del 60 y 70 estiman tasas anuales de hemorragia digestiva alta que van desde 48 a 144 episodios por 100,000 habitantes.<sup>(6)</sup>

En los Estados Unidos de Norteamérica es responsable de cerca de 300,000 admisiones al año. Estudios recientes sugieren que estas cifras no reflejan la realidad ya que no consideran las hemorragias digestivas que se producen

durante la hospitalización; las cuales podrían alcanzar hasta el 50% de los episodios de hemorragia digestiva. Su etiología es variable, siendo las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta la enfermedad ulcero péptica que representa el 50% de los casos, seguida de las lesiones agudas de mucosa digestiva, las várices esofágicas y por último el síndrome de Mallory Weiss (10)

La mortalidad debido a hemorragia digestiva alta no ha variado en los últimos 50 años y permanece entre 8 a 10%, a pesar de los avances en la terapia farmacológica, intervención endoscópica y manejo en unidades de cuidado intensivo, lo que se atribuiría a la cada vez mayor proporción de pacientes mayores de 60 años de edad, muchos de los cuales se presentan con otras enfermedades concomitantes <sup>(7)</sup> Sin embargo, en nuestro país la incidencia de su presentación cambiará en los próximos años, debido a que la población peruana muestra una rápida tendencia a tener mayor población de la tercera edad. (8)

En los países occidentales la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta es de 100 a 150 casos por 100,000 habitantes al año; con una mortalidad del 10 al 14%; constituyendo la principal urgencia gastroenterológica. Desde el punto de vista de su gravedad, la hemorragia gastrointestinal puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las pérdidas sanguíneas crónicas e intermitentes; pudiendo la hemorragia digestiva alta aguda manifestarse de tres maneras: hematemesis, melena y hematoquezia; estas formas de presentación dependen de la magnitud del sangrado, evidenciado a través de manifestaciones clínicas del compromiso hemodinámica <sup>6</sup>

## 1.2. Formulación del problema

Establecer cuáles son las lesiones endoscópicas más frecuente en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el servicio de gastroenterología en el HSR en el año 2014?

### **1.3 Justificación de la investigación**

La hemorragia digestiva alta es patología muy frecuente que causa ingreso hospitalario por enfermedad del tracto gastrointestinal, con una mortalidad elevada, por lo cual se debe proceder a la rápida resolución de la hemorragia. Como se sabe hay distintos tratamientos que se realizan para detener la hemorragia, pero no todos los hospitales cuentan con la accesibilidad de todos los procedimientos realizables. Como se sabe existen enfermedades que hacen que la incidencia de esta patología, hemorragia digestiva alta, vaya en aumento o que favorezca su aparición.

En el Perú, se ha realizado una serie de trabajo con relación a que patologías asociadas es más frecuente, y tenemos que tener en cuenta que no todos los hospitales tienen los métodos resolutivos a pesar de ser hospitales nivel III. Sin embargo se debe considerar que de no contar con endoscopias existen diagnósticos básicos como son la anamnesis y exploración física, hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, colocación de sondas nasogástrica y lavados, panendoscopia oral, radiología baritada, angiografía, gammagrafía con sulfuro coloidal o hemáties marcados y la laparotomía exploradora. <sup>(17)</sup>

#### **1.4. Delimitación del problema**

El Hospital Santa Rosa, ubicado en el distrito de Pueblo Libre, cuenta con servicio de gastroenterología. El cual tiene como cobertura a pacientes de diferentes distritos de la capital como es Jesús María, Magdalena del Mar, Breña, entre otros. así también recibe referencias a nivel nacional. El estudio se realizó en dicho hospital seleccionando a todos los pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta que acudieron para ser atendidos en el año 2014, considerando a pacientes que acudieron a emergencia, consultorio externo o que han estado hospitalizados en los diferentes servicios que presenta el hospital.

#### **1.5. Objetivos de la investigación**

##### 1.5.1. Objetivo general

Determinar las lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014

##### 1.5.3. Objetivos específicos

1. Establecer la distribución por sexo de los pacientes que han sido diagnosticados de hemorragia digestiva alta
2. Determinar la distribución por grupos etarios de hemorragia digestiva en la población de estudio
3. Determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta.
4. Determinar la localización anatómica de hemorragia digestiva alta en la población estudiada.
5. Determinar las principales manifestaciones clínicas que motivaron a la indicación de endoscopia alta, en el grupo de estudio.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEORICO**

## 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

1. En el 2006, en Lima, publicó Gustavo Salvatierra Laytén\*, )cuyo objetivo fue identificar la frecuencia de HDA no varicial asociadas al uso de AINES en personas adultas, siendo la lesión más frecuentes e importante la ulcera péptica, principalmente la gástrica. El trabajo fue descriptivo y analítico, se evaluaron pacientes con hemorragia digestiva alta no varicial que ingresaron a los servicio de gastroenterología de los hospitales: Edgardo Rebagliati Martins, Hipolito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia, de los cuales se excluyeron pacientes con cirrosis. Los resultados fueron analizados en Microsoft Excel y programa estadístico Epiinfo. El tiempo de duración fue de trece meses y la muestra fue de 117 pacientes de los cuales 77 fueron varones y 40 pacientes fueron mujeres. Se obtuvo una edad promedio de 57.86 años, de los AINES más utilizados causantes de HDA, se tiene a: aspirina (60%), ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15-8%) y 31% consumía más de dos AINES. (12)
2. En el 2010, en Lima, Sylvana Ayala Rios y et. Al, realizo una publicación que tuvo como objetivo la identificación de los síntomas dispépticos frecuentes de los cuales fueron el dolor epigástrico seguido de distensión abdominal, y en mayor frecuencia la población femenina, estos pacientes fueron sometidos a endoscopias de lo cual la lesión más frecuente encontrada en la población de estudio fue de eritema antral y gastritis. En el trabajo se identifico las características clínicas, endoscópicas e histológicas y su relación con *Helicobacter pylori* en pacientes atendidos en el hospital Hipólito Unanue con una muestra poblacional de 300 pacientes y la utilización del programa estadístico SPSS 15.0. (13)

3. En el año 2009. Alfonso Chacaltana y et. al, publico un articulo relacionado a alteraciones endoscópicas del tracto digestivo superior más frecuentes en pacientes con IRCT, de los cuales se tuvo que fueron las erosiones gástricas, eritema parcelar, ulcera gástrica y erosiones duodenales. El tipo de estudio fue descriptivo y retrospectivo la población fue pacientes mayores de 18 años con diagnostico de IRCT incluidos en el programa de Hemodiálisis del Hospital Central FAP, desde enero 2000 a febrero 2007, con estudio de endoscopia alta. Revisándose las historias clínicas para la recolección de datos. Se estudio un total de 54 pacientes, la edad promedio fue de 73.2 años siendo más frecuente en varones con un relación M/F de 1.45, la población tenia aproximadamente 32 meses de diagnosticadas de IRCT. La indicación más frecuente del estudio endoscópico fue de hemorragia digestiva alta (29.6%). Los hallazgos endoscópicos mas prevalentes fueron las erosiones gástricas (35.2%), eritema parcelar antral (27-8%), ulcera gástrica /24.1%) y erosiones duodenales (18.5%). (14)
  
4. En el 2005, en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”, en Lima, Milagros Basto Valencia, realizo un estudio para encontrar los factores de riesgo que incrementan la morbi mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta, estas son: presencia de enfermedades concomitantes como hepatopatía crónica, varices esófago- gástricas y presentación con hematemesis y melena. El estudio realizado de tipo retrospectivo con diseño de caso – control. Se realizo muestreo irrestricto, obteniéndose 104 casos, seleccionados aleatoriamente de todos los pacientes diagnosticados de Hemorragia digestiva alta en Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, en el tiempo comprendido entre 1998 y 2003. Los resultados obtenidos



fue que los factores de riesgo asociados a morbilidad son: respecto a mayor pérdida de volumen sanguíneo, corresponde al sexo masculino OR= 1.94, IC(1.08–3.50); antecedente de ingestión de alcohol OR=2.47 IC(1.32–4.66); antecedentes de úlcera péptica OR=2.83, IC(1.16–7.07); hepatopatía crónica OR=4.55, IC(1.36–16.77); manifestaciones clínicas de hematemesis–melena OR=2.85, IC(1.53–5.34); y solo hematemesis OR=3.40, IC(1.62–7.23); la presencia de várices esófago-gástricas OR=4.64, IC(1.96–13.42) (15)

5. En el 2013, en Cuba, Felipe Piñol Jiménez<sup>1</sup> realizó un estudio cuyo objetivo fue de considerar que la hemorragia digestiva alta es una urgencia que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, y que se tiene a la úlcera gastroduodenal con estigmas de sangrado reciente el hallazgo endoscópico más frecuente, el método que se realizó fue de tipo descriptivo prospectivo, se considero una muestra de 40 pacientes estudiados con una edad promedio de 57,3 años más o menos 13.5 años; del cual el predominio de la sintomatología fue en el varón (72.5%) y la presentación clínica mas frecuente fue la melena (65%).
6. En el 2006, en un artículo de revisión. Nos menciona de las causas y procedimientos diagnósticos de hemorragia digestiva alta. Nos mencionan que la anamnesis y la exploración física, son la base esencial para el diagnóstico y que el apoyo de los exámenes auxiliares como hemograma, bioquímica sirven para corroborar dicha patología. También nos menciona las contraindicaciones para la endoscopia, que divide en absolutas y relativas, del cual la mas importantes de cada uno de los grupos es: inestabilidad hemodinámica o cardiopulmonar grave y de infarto agudo de miocardio reciente respectivamente. <sup>(17)</sup>

7. En el 2012, en un artículo de revisión. Se menciona acerca la caracterización clínica – endoscópica de los pacientes con hemorragia digestiva alta, que se realizó en el Hospital General Pedro Bentancourt de Jovellanos, nos menciona que la hemorragia digestiva alta es una de las emergencias más frecuentes en los servicios de urgencias. Su mortalidad promedio es del 10%. La etiología más común continúa siendo la úlcera péptica y es más frecuente en hombres y adultos mayores. La metodología se realizó un estudio descriptivo prospectivo, se tuvieron en cuenta diferentes variables clínicas y endoscópicas como: edad, sexo, presentación clínica, tipo de lesión y clasificación de la hemorragia por úlcera; estas fueron representadas en tablas y gráficos por frecuencias absolutas y relativas. Dicho trabajo tuvo como conclusión que la hemorragia digestiva alta continúa siendo una urgencia que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, fue la úlcera gastroduodenal con estigmas de sangrado reciente el hallazgo endoscópico más común.

## **2.2. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS**

La presencia de sangre, sea de carácter rojo o transformada, constituye un evento muy frecuente en patología digestiva y alarma sobremanera al paciente, a los familiares y al médico y que 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. Constituye un problema terapéutico fundamental, especialmente en la medicina hospitalaria de urgencia y que exige tomar decisiones correctas en el momento oportuno.

La gran mayoría de problemas se suscitan por la falta o el empleo inadecuado de definiciones y la imprecisión de los criterios para seleccionar los casos. Esto ocurre especialmente en emplear términos como: hemorragia gastrointestinal aguda, erosiones, gastritis erosiva, gastritis hemorrágica, erosiones agudas sangrantes, hemorragia en napa, etc.

Es difícil estimar en nuestro medio la incidencia real de su presentación. Como punto referencial podemos señalar que en Estados Unidos requieren hospitalización 300 000 pacientes anualmente y de dos a tres veces por hemorragia alta en relación a la de origen bajo. (12)

La mortalidad global se estima que varía entre 3.5 a 7% dependiendo del tipo de patología. Esta cifra igualmente puede ser menor si se determina la mortalidad en un centro con unidades de cuidados intensivos o centros especializados en el manejo de esta complicación.

El costo que se deriva en la atención de esta emergencia es alto, por ejemplo, en los Estados Unidos se estima que la hospitalización por cada episodio de hemorragia gastrointestinal aguda se sitúa en un rango entre 3 400 a 8 500 dólares, como es señalado por Richter y Laine. Es difícil señalar los costos en nuestro medio pero si consideramos un mínimo de 2 000 dólares de promedio, es fácil inferir, que en una Unidad especializada que admite, diagnostica y trata a los pacientes la gran mayoría de ellos por úlcera péptica (500 casos en el año 2004 en nuestro Departamento) con un promedio de estancia de 5 días y que solamente fueron evacuados de la emergencia 100 pacientes por no presentar riesgo; es fácil inferir que se habría gastado 800 000 dólares. Como

lo señalaremos posteriormente, la oportunidad del diagnóstico y la característica de la úlcera sangrante, determinará un gran ahorro con una conducta pronta y decidida (4).

El manejo de esta complicación requiere de clínicos preparados, gastroenterólogos que cuenten con equipamiento y normas adecuadas. Con estas últimas facilidades, al ser el diagnóstico preciso y oportuno, los procedimientos se centraran en patología definida, no solamente por su localización, sino también por su intensidad y desarrollo.

Debemos recalcar que pese a los grandes avances en relación al llamado «diagnóstico intrahemorrágico», y a procedimientos técnicos agresivos, aún constituye una seria amenaza para el enfermo.

Debemos recalcar que un diagnóstico clínico y un manejo inteligente y prudente, conducen a logros muy significativos, dejando al endoscopista los casos realmente severos, que requieran procedimientos especiales y utilización precoz de ellos.

## **Historia**

Históricamente ya los egipcios en el año 1500 a.C. incluyeron en sus papiros una descripción de la pérdida sanguínea. En el papiro egipcio de Ebers se describe la úlcera péptica y probablemente también, la complicación hemorrágica. La primera descripción bastante precisa de esta entidad se atribuye a Dioclés de Cariosto en el siglo IV a. C. (17)

Las obras médicas de Hipócrates demuestran que los griegos conocían la complicación hemorrágica de la úlcera péptica. Galeno, en el siglo II d.C describió los síntomas y complicaciones de la úlcera péptica y observó el color negro de las heces en alguno de sus pacientes. Ya Celio Aureliano en Roma comprendió que la pérdida de sangre podía tener muchos orígenes, y recomendó, en esa época tan lejana, identificar el punto de sangrado, antes de iniciar el tratamiento e insistía en instaurar una adecuada alimentación.

Esta vieja actitud fue retomada por Meulengracht en 1935 quien recomendaba una alimentación precoz, sobre todo en pacientes que se suponía sangraban de una úlcera. Es de advertir que este médico danés, lo indicaba en pacientes jóvenes.(17)

Avicena, médico árabe, describió síntomas correspondientes a la enfermedad ulcerosa y sus complicaciones, se le atribuye también la primera descripción de lo que ahora conocemos como síndrome de Mallory Weiss.

En la edad media los religiosos atendían a pacientes con hemorragia en los monasterios, Bauhin en 1700, conforme lo señaló Hurst en una publicación sobre úlcera duodenal y gástrica del año 1929, describió su experiencia en un enfermo joven que había presentado melena y que en la autopsia descubrió que la fuente de sangrado fue una úlcera gástrica. (12)

E. Cruveilhier, famoso por haber sido tradicionalmente el que describió la «Ulcère simple chronique de l'estomac» (Úlcera redonda de Cruveilhier), textualmente manifestaba al describir la enfermedad: 'alteración del

apetito, tristeza insuperable, digestión laboriosa, dolor sordo en el epigastrio que suele ser vivo tanto durante la digestión y sobre todo en ausencia de alimentos en el estómago, dolor que se localiza debajo del esternón y que se proyecta en ocasiones en la columna vertebral llegando a veces los pacientes a quejarse, más del 'punto raquídeo' que del 'punto epigástrico'.

Junto a ello adelgazamiento, estreñimiento, náusea, vómito, hematemesis o melena etc. Este autor hace esta descripción de la úlcera que podría también corresponder a un cáncer ulcerado con componente péptico y sangrante.(15)

Morgagni, escribió anátomopatológicamente la úlcera gastroduodenal y fue el primero en describir la hemorragia digestiva causada por hipertensión portal. Abercrombie en 1828 puntualizó sobre el origen desconocido de la fuente de sangrado y describió casos mortales en los que no se había encontrado la causa.

## **FISIOPATOLOGÍA**

El sangrado del tubo digestivo se debe a:

- Sangrado capilar
  
- Erosión de un vaso

- Ruptura de venas
  
- Fenómenos inflamatorios que comprometen la mucosa del tracto digestivo alto dando lugar a edema, congestión, erosión; esta última, con necrosis y sangrado.
  
- En las esofagitis, gastroduodenitis, colitis, y rectitis, más raramente vasculitis, como es el caso de la vasculitis eosinofílica que puede presentarse como angiodisplasia, especialmente en intestino delgado y grueso.
  
- Aumento anormal de la angiogénesis como ocurre en la rectitis actínica.
  
- Ectasias vasculares o angiodisplasias que al tener vasos dilatados o tortuosos, formados por plexos capilares y venosos en la mucosa y submucosa en individuos adultos mayores, en pacientes con insuficiencia renal crónica, dan cuadros hemorrágicos, generalmente leves, pero repetitivos, en nuestra experiencia el sangrado puede ser persistente y severo. Aunque se consigna en la literatura como lo refiere Balanzo que son más frecuentes en el colon e intestino delgado, nosotros lo encontramos con más frecuencia en el estómago, posiblemente porque la hemorragia digestiva alta que observamos en el hospital es mucho más frecuente.
  
- Procesos reactivos, ante injurias de tipo radiante que producen fenómenos de angiogénesis que determinan que la mucosa este muy vascularizada y friable.

- Las úlceras, gastroduodenales sangran de dos maneras: por compromiso capilar periulceroso y por erosión de un vaso de mayor calibre en el lecho de la ulceración.

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye un motivo frecuente de consulta.<sup>1</sup> Consiste en la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo en una zona comprendida entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.<sup>1, 2</sup>

Este sangrado puede proceder de órganos digestivos o de estructuras adyacentes que vierten su contenido en esta localización, por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas)<sup>1, 2</sup>

Generalmente el sangrado es moderado o masivo y se manifiesta como hematemesis y/o melena, y rara vez (menos del 5% de los casos), como hematoquezia o rectorragia. El hematocrito desciende en 1 a 3 días desde el comienzo del sangrado. Simultáneamente, se produce un ascenso del nitrógeno ureico, por absorción de proteínas desde el intestino delgado y aparición de una insuficiencia pre renal secundaria a la hipovolemia. Ocasionalmente se presenta como anemia crónica cuando el sangrado es oculto y persistente

La hemorragia digestiva alta (HDA) sigue siendo una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y un frecuente motivo de hospitalización. Las dos causas más habituales son la hemorragia digestiva (HD) por úlcera péptica y la secundaria a hipertensión portal.<sup>(9)</sup>



La incidencia de la HDA es aproximadamente de 50-150 pacientes por 100.000 habitantes/año que precisan ser hospitalizados. Los recientes avances en el tratamiento endoscópico de la HD, han mejorado notablemente el pronóstico de estos pacientes y, en consecuencia, la evolución clínica; pero ha sido contrarrestado por el envejecimiento de la población y el elevado número de personas que ingieren en la actualidad antiinflamatorios no esteroides (AINE), incluyendo el ácido acetilsalicílico. (23)

Como consecuencia, la mortalidad hospitalaria por HDA aguda ha permanecido sin cambios durante la última década, oscilando entre el 4 y el 10 % en la HDA de origen no varicoso, a diferencia de la secundaria a hipertensión portal cuya mortalidad es entre el 18 y el 30 % al alta hospitalaria.

Hoy día, dado el coste económico de la hospitalización, y con el fin de reducir la estancia hospitalaria, se han identificado una serie de factores clínicos y endoscópicos que permiten conocer qué pacientes son de riesgo elevado de recidiva y/o persistencia de la hemorragia y cuáles precisan ser ingresados en unidades de cuidados críticos; así como identificar aquellos que son de bajo riesgo, que pudieran ser dados de alta desde el propio servicio de urgencias hospitalario o ser ingresados en una unidad de hospitalización durante aproximadamente 48-72 h. <sup>(10)</sup>

Una historia clínica minuciosa y una exploración física meticulosa son imprescindibles, debiéndose determinar al ingreso la presión arterial y la frecuencia cardíaca. En casos de hipovolemia importante puede producirse un

cuadro de shock. La realización de un lavado gástrico permitirá determinar la presencia de hemorragia activa y facilitar la limpieza del estómago, como paso previo a la realización de la endoscopia diagnóstica y terapéutica.

La hemorragia digestiva alta es una emergencia médico quirúrgica que continua teniendo una elevada mortalidad, a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años.

Su incidencia varía en los distintos países. Sin embargo, se estima que se presenta con una frecuencia entre 50 y 140 casos por cada cien mil habitantes. El aumento de la esperanza de vida de la población ha significado que en la actualidad esta situación se presente más frecuentemente en pacientes de edad avanzada, y en consecuencia con mayor número de patologías asociadas lo que ha estimulado a los distintos grupos de trabajo a buscar nuevas alternativas terapéuticas para mejorar los resultados en el tratamiento de esta afección. <sup>(11)</sup>

## **CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

Las dos causas más frecuentes de HDA son la úlcera péptica (duodenal o gástrica) y la secundaria a hipertensión portal, representando el 50 y el 25 % de los ingresos, respectivamente.

Otras causas menos frecuentes son: lesiones agudas de mucosa gástrica, angiodisplasias, síndrome de Mallory Weiss, pólipos, tumores benignos o malignos de esófago, estómago o duodeno, lesión de Dieulafoy, esofagitis

hemorrágicas (péptica, infecciosa), úlcera esofágica (idiopática, péptica, virus), duodenitis hemorrágica, fístula aortoentérica, pólipos (gástricos, duodenales o esofágicos), tratamiento anticoagulante (hematomas intramurales), hemobilia (en ocasiones, como complicación de una biopsia hepática); hemorragia pospilotomía (generalmente autolimitada), wirsunorragia y pseudoquiste pancreático perforado a estómago. <sup>(11)</sup>

Mucho más escasas son las hemorragias debidas a enfermedades hematológicas: periarteritis nodosa, púrpura de Schönlein-Henöch y otras vasculitis, pseudoxantoma elasticum y síndrome de Ehler-Danlos, sarcoma de Kaposi y citomegalovirus. Finalmente hay que recordar que en un 5-8 % de los ingresos por HD no logra hallarse la causa de la hemorragia, a pesar de exámenes exhaustivos. (25)

En las várices esofagogástricas, al aumentar la presión venosoportal, se abren comunicaciones porto sistémicas, que habitualmente están cerradas, dando origen a colaterales que llevan a la formación de várices, hemorroides y circulación colateral del abdomen. La ruptura de las várices por estas circunstancias, a la que se agrega acción corrosiva del contenido gástrico refluido, da origen a la ruptura de las venas varicosas.

La gastropatía hipertensiva, que también es consecuencia de la hipertensión portal, constituye una displasia vascular adquirida, con dilatación difusa de los capilares de la mucosa gástrica, que al ser fácilmente erosionada, puede dar lugar al sangrado.(23)

Asunto semejante ocurre en el denominado estómago en sandía, pero generalmente producido, no solamente por cirrosis, sino por problemas respiratorios y renales crónicos; este sangrado es de origen capilar encontrándose hipergastrinemia (75%) aclorhidria en (48%) y cirrosis (30%).

Las angiodisplasias. Sangran por hemorragia capilar fundamentalmente, en personas de la tercera edad, asociadas a enfermedad valvular aórtica, enfermedad pulmonar crónica y nefrítica y más raramente a enfermedad de Von Willebrand.

Una formación con vaso ectópico o anómalo y tortuoso, situado en la submucosa, llamada úlcera de Dieulafoy, que en realidad no es una úlcera y que primitivamente fue denominada exulceración simple por Dieulafoy, sangra por ruptura brusca del vaso. Suele localizarse más frecuentemente en la parte alta del estómago, es un sangrado de origen arterial.

La fístula arteriovenosa. En pacientes que han sido operados por by pass aorto - femoral, es causa rara de sangrado. La hemorragia por esofagitis tiene por antecedente generalmente la enfermedad por reflujo gastroesofágico, que causa inflamación de la mucosa con erosiones y aun ulceración.

En el síndrome de Mallory Weiss. Se produce desgarró de la mucosa situada en la región cardioesofágica. La mucosa de la región escamo columnar contiene un plexo de vasos con paredes finas, en muchos de ellos existe hernia hiatal por deslizamiento y el desgarró ocurre cuando el cardias es intratoraxico, momento en el cual,

cualquier contracción violenta del diafragma, con el aumento consiguiente de la presión intraabdominal, somete a la zona cardial a una gradiente depresión muy alta entre ambos lados de su pared. (26)

La hemobilia, puede producirse, aparte de lo ya señalado por una biopsia hepática al crearse una comunicación bilioarterial.

#### CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN RELACIÓN CON LA GRAVEDAD <sup>(11)</sup>

Se describen a continuación aquellos factores pronósticos clínicos y endoscópicos que tienen consecuencias sobre la gravedad de la hemorragia.

##### Factores clínicos con carácter pronóstico

Los parámetros clínicos que tienen valor predictivo con respecto al curso evolutivo y a la mortalidad de la HD son los siguientes:

- ✓ Edad > 60 años. El hecho de que cada vez se alarga el tiempo de vida media hace que ingresen pacientes con edad más avanzada. El 73 % de la mortalidad por HDA la acumulan los pacientes mayores de 60 años.

- ✓ Shock hipovolémico. La presencia de hipovolemia grave al ingreso del paciente está en correlación con una mayor mortalidad y recidiva hemorrágica.
- ✓ Recidiva hemorrágica: la mortalidad está en relación directa con la propia recidiva.
- ✓ La enfermedad asociada grave (especialmente insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal y hepática) empeora el pronóstico de los pacientes

#### Factores endoscópicos con carácter pronóstico

Los parámetros endoscópicos que tienen valor predictivo sobre la evolución de la hemorragia, especialmente en los pacientes con HD secundaria a úlcera, son los siguientes:

- ✓ Sangrado activo arterial, en chorro o babeante (frecuencia de recidiva hemorrágica del 85 %). Vaso visible no sangrante (protuberancia pigmentada, roja, azul o púrpura, situada en el fondo del cráter ulceroso). Se trata de la propia arteria que hace prominencia, de un pseudoaneurisma arterial o de un coágulo rojo taponando el vaso arterial (frecuencia de recidiva hemorrágica del 35-55 %). <sup>(11)</sup>
- ✓ Coágulo rojo taponando la lesión (frecuencia de recidiva hemorrágica del 25 %).

- ✓ La ausencia de los signos endoscópicos arriba citados, así como la presencia de manchas oscuras, puntos rojos o coágulos oscuros, nos indican un bajo potencial de recidiva hemorrágica que se sitúa alrededor del 5-7 %.

## CLASIFICACIÓN EVOLUTIVA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA

### Hemorragia limitada:

- ✓ Presencia durante más de 12 horas:
  - Ausencia de signos externos de hemorragia.
  - Estabilidad hemodinámica y del hematócrito.

### Hemorragia persistente o recidivante

- ✓ Signos de hemorragia con:
  - Repercusión hemodinámica (TA <100 mmHg y FC >100 ppm)
  - Descenso del hematócrito 6 puntos o más en 24 horas, o pérdidas menores durante más de 2 días.

## DIAGNÓSTICO (1, 2, 11, 12)

El diagnóstico de la HDA incluye dos aspectos: los métodos de diagnóstico.

## MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

El método diagnóstico habitual es la endoscopia alta y con menor frecuencia la arteriografía, la enteroscopia, la gammagrafía y la endoscopia peroperatoria.

### **Arteriografía**

La indicación de la arteriografía se halla limitada a aquellos pacientes con HDA que presentan una hemorragia persistente y no ha podido localizarse su origen por endoscopia alta o baja, y que, por su gravedad, resulta necesario llegar a un diagnóstico de la lesión.

Para que esta técnica sea rentable, desde un punto de vista diagnóstico, es condición imprescindible que al inyectar el contraste se esté produciendo una extravasación sanguínea activa en una cantidad mínima de 0,5 ml/min.

La arteriografía, además de su valor diagnóstico, también puede tener una utilidad terapéutica, actuando sobre la lesión sangrante; para ello se debe practicar primero una arteriografía selectiva y una vez localizado el vaso sangrante se procede a la embolización de éste mediante gelfoam o esponja de gelatina. Una indicación clara de esta técnica es el caso de hemobilia, aparecida como complicación de una biopsia hepática.

### **Enteroscopía**



Se realizará cuando se haya descartado el origen gastroduodenal por gastroscopía y del colon por colonoscopia. Es una técnica delicada y precisa de sedación del paciente. Además, nos permitirá visualizar el intestino delgado.

### **Gammagrafía marcada con tecnecio**

En esta exploración la acumulación del radioisótopo en el lugar de la hemorragia puede ser detectada por el contador gamma. Se utilizará en aquellos casos de HD de origen no aclarado.

### **Gastroscopía**

Deberá practicarse a todos los pacientes con HDA confirmada por la presencia de hematemesis y/o melenas o salida de sangre por la sonda nasogástrica. Se procurará realizarla precozmente, una vez se haya logrado remontar al paciente y cuando éste se encuentre estable hemodinámicamente. Siempre que sea posible se efectuará con sedación del paciente.

La realización de una endoscopia urgente y el momento preciso para llevarla a cabo se sopesarán cuidadosamente en pacientes con síndrome de privación alcohólica o enfermedades asociadas graves, tales como insuficiencia respiratoria, cardíaca o de miocardio reciente.

El informe endoscópico deberá describir: tipo, tamaño y localización de las lesiones; estigmas de hemorragia reciente; presencia o ausencia de sangre fresca o digerida en el tracto digestivo explorado (tabla 1).

Tabla 1 Estigmas endoscópicos de hemorragia reciente. Recidiva según clasificación de Forrest

| Forrest | Signo                      | Recidiva (%) |
|---------|----------------------------|--------------|
| Ia-Ib   | Sangrado en jet/babeante   | 67-95        |
| Iia     | Vaso visible no sangrante  | 25-55        |
| Iib     | Coágulo rojo               | 15-30        |
| Iic     | Manchas o coágulos oscuros | 4-7          |
| III     | Fondo fibrinoso            | 0            |

La gastroscopía urgente debe realizarse en el plazo más breve posible, ya que existe una correlación directa entre la eficacia del diagnóstico endoscópico y el tiempo transcurrido desde el inicio de la hemorragia.

### **Momento de la endoscopia**

La endoscopia digestiva alta es un elemento de gran utilidad en el manejo de los pacientes que tienen una hemorragia digestiva. Sin embargo, el mejor momento para realizarla debe ser definido clínicamente de modo de obtener no solamente la posibilidad de un adecuado diagnóstico, sin también una adecuada acción terapéutica si esta indicada.

Es necesario tener presente que entre el 70 y el 80% de los pacientes que tienen una hemorragia digestiva alta de causa no variceal, se detiene espontáneamente. Por lo tanto, el paciente debe ser ingresado en una unidad de cuidados intermedios y monitorizado cuidadosamente; si en las próximas horas se observa que el paciente se

estabiliza hemodinámicamente, será muy útil darle agua por boca, de manera que lave su estómago y la endoscopia podrá ser realizada dentro de las próximas 8 ó 12 hrs, si por el contrario pese a las medidas de reanimación el paciente se mantiene inestable hemodinámicamente, dependiendo de volumen, con tendencia a la hipotensión o presenta sangrado activo externo (nueva hematemesis o sangre fresca por el recto), unido a inestabilidad hemodinámica, ese paciente requerirá una endoscopia inmediata.

Es necesario considerar que la posibilidad de visualización del punto sangrante en una endoscopia intrahemorragica es mucho menor que si uno logra hacerlo cuando el sangrado se ha detenido.

Existen elementos clínicos y endoscópicos que permiten predecir que un paciente va a continuar sangrando o va a recidivar su hemorragia digestiva alta. Entre los elementos clínicos los más importantes están:

1. Magnitud del sangrado al momento de la consulta

Aquellos pacientes que han sangrado importantemente antes de llegar al Servicio de Urgencia y que ingresan con gran hipotensión o signos de shock tienen más posibilidades de seguir sangrando o de volver a sangrar que los que no han tenido sangrado de tanta magnitud.

1. Presencia de hematemesis y sangrado rectal simultáneamente

Este es un elemento clínico similar al anterior y que indica magnitud del sangrado, y por lo tanto también se asocia a mayor de posibilidad de que la hemorragia no se detenga o que continúe sangrando.

## 2. Patologías asociadas

Los pacientes que tienen daño hepático crónico e insuficiencia renal crónica asociada, alteraciones de la coagulación o enfermedades hematológicas tienen también menos posibilidades de detener su sangrado.

## 3. Sangrado intrahospitalario:

Aquellos pacientes que presentan una hemorragia digestiva estando hospitalizados por otro motivo (Unidad de Cuidados Intensivos, por infarto del miocardio, diálisis, conectados respirador mecánico, etc.), tienen más posibilidades de no detener su sangrado, o seguir sangrando.

### **Factores endoscópicos de predicción de sangrado digestivo alto**

Con este objeto se han utilizados distintas clasificaciones que pretenden relacionar hallazgos endoscópicos con posibilidad de sangrado recidivante o detención espontánea de este. Los criterios más importantes a utilizar son:

#### 1. Presencia de un sangrado activo de tipo arterial

Este tipo de situación se asocia a un 90% o más de posibilidades de que el sangrado continúe, por lo tanto tiene indicación absoluta de tratamiento endoscópico si al momento de la endoscopia el que esta practicando el procedimiento tiene la capacidad técnica y el instrumental necesario para realizarlo.

## 2. Sangrado difuso al momento de la endoscopia

Este tipo de sangrado tiene más posibilidades de detenerse que el anterior, sin embargo, igual es un sangrado activo y también tiene indicación de tratamiento endoscópico para detener el sangrado.

Desde un punto de vista pronóstico no es lo mismo un sangrado difuso desde el centro de una úlcera que el sangrado producto del contacto con el instrumento en los bordes inflamatorios de una lesión ulcerada, sin embargo en ambos casos hay acuerdo en la actualidad que dado el bajo riesgo que implica es preferible tratar estos pacientes.

## 3. Presencia de un coágulo sobre la úlcera

Cuando se encuentra un coágulo sobre una úlcera es signo inequívoco de que de ahí ocurrió el sangrado, lo que se recomienda es hacer un intento de movilización de ese coágulo, si esto se logra lanzando agua, se va a observar la base de la úlcera con claridad, si se observa que la úlcera esta limpia, sin ningún signo en su superficie, no hay ninguna terapia endoscópica necesaria. En el otro extremo si no es posible desprender el coagulo con facilidad, debe dejárselo en posición y controlar al paciente dentro las próximas 48 horas. Si el coágulo es

removido pueden aparecer en el fondo de la úlcera distintos tipos de lesiones que tienen distintos significados pronóstico, y por lo tanto distintas implicancias terapéuticas.

#### 4. Vaso visible

Se llama así a un sollevamiento rojo o violáceo en el fondo de una úlcera, (esta lesión no corresponde a un vaso propiamente tal visible en el fondo de la úlcera), sino que corresponde a un pequeño coágulo que está ocluyendo en forma de un tapón, un orificio de una arteriola que está pasando por el fondo de la úlcera. Cuando se encuentra este hallazgo y tiene las características que se han descrito tiene indicación de tratamiento endoscópico porque tiene posibilidades sobre el 60% de volver a sangrar.

### **TRATAMIENTO** (11,12,13)

#### Tratamiento inicial

Es primordial realizar una historia clínica del paciente ingresado con HD y evaluar su estado hemodinámico (presión arterial, pulso, diuresis), así como conocer la existencia de enfermedades asociadas graves y, muy especialmente, de enfermedad hepática (ictericia, ascitis, encefalopatía).

También hay que preguntar sobre las características del sangrado: hematemesis y/o melenas. Se debe inquirir sobre el antecedente de ingesta previa de fármacos, especialmente AINE, anticoagulantes e ingesta de alcohol.

La restauración de la volemia es el objetivo inmediato en toda hemorragia, prioritario a la recuperación de la anemia. Para ello, se administrarán en el plazo más breve fluidos por vía intravenosa, cuya cantidad y tipo se decidirán en función de la situación del paciente. Con frecuencia debe hacerse incluso antes de la realización de la historia clínica detallada.

Mientras se efectúan las pruebas de compatibilidad sanguínea previas a la administración de concentrados de hematíes (CH), se pasarán soluciones cristaloides, si la situación hemodinámica del paciente lo requiere <sup>(9,10)</sup>.

Estará indicado ante toda hemorragia importante colocar una vía venosa central y sonda vesical. Se monitorizará al paciente, realizando controles frecuentes de presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión venosa central, saturación de oxígeno y diuresis horaria.

La cantidad de unidades de CH a transfundir estará en función de las pérdidas estimadas, de la persistencia de la hemorragia y de la situación general del enfermo. Se deben mantener unas cifras de hemoglobina superiores a 8 g/dl.

La administración de plasma o plaquetas estará indicado únicamente cuando se detecte un trastorno grave de la coagulación, lo cual ocurre en contadas ocasiones, excepto en los pacientes que toman anticoagulantes.

Los pacientes con hemorragia grave o riesgo probable de recidiva hemorrágica deben permanecer ingresados en unidades de críticos o de sangrantes.

Cuando se sospecha una HDA, o en caso de duda, se deberá colocar una sonda nasogástrica y, en caso de detectarse sangre oscura o roja, se realizarán lavados gástricos periódicos con el fin de conocer la evolución de la hemorragia y como preparación previa a la práctica de la gastroscopia

### **Tratamiento endoscópico**

Suele considerarse el método más eficaz para el control de la hemorragia ulcerosa aguda y según el aspecto de ella, la prevención de una hemorragia recurrente conforme lo demostró desde hace más de una década Cook en 1992.

Reduce la mortalidad, sobre todo en pacientes de alto riesgo como lo ha señalado, la American Society for Gastrointestinal Endoscopy. A pesar de que en manos inexpertas las complicaciones, como agravar la hemorragia o provocar perforaciones puede llegar hasta el 20%, en servicios especializados estas complicaciones son raras y se sitúan, en o en menos del 1%.

Entre estos procedimientos debe consignarse en orden de posibilidades:



Terapia con inyecciones que representa la principal modalidad no térmica, utilizándose adrenalina (1:10 000) etanol absoluto, dextrosa al 50% en agua y aun solución fisiológica. La ejecución de abones alrededor de la lesión, es la causa fundamental para detener el sangrado activo de un vaso como lo señala también Cook.

La electrocoagulación monopolar no es la más adecuada, por la adherencia del tejido; en la zona donde se ha producido la electricidad; mejor resultado da la electrocoagulación bipolar o multipolar, pero con la misma atingencia.

Sonda térmica, llamada también probeta caliente, con su extremo cubierto de un material de teflón impide la adherencia del tejido y el éxito de este procedimiento esta en la aplicación directa con la sonda para obtener el taponamiento del vaso sangrante y el uso de una corriente de calor medido en Jules y limpieza de la zona comprometida con la ayuda de un chorro de agua regulado automáticamente, también posibilita aplicaciones repetidas obteniéndose mejores resultados.

La aplicación de rayo láser es procedimiento caro, poco práctico para detener el sangrado sustituible por otros métodos.

Algunas unidades especializadas cuentan con argón plasma, que por su fácil manejo es de mucha utilidad para lesiones difusas, como es el caso de la gastropatía hipertensiva sangrante.

La probeta caliente y aun la inyectoterapia son procedimientos que dan mejor resultado, en caso de sangrado arterial, mientras que el argón plasma es más efectivo en las lesiones difusas ya mencionadas.

Las bandas elásticas son útiles en caso de hemorragia en el estómago por lesión de Dieulafoy. Su aplicación será comentada en la hemorragia váriceal.

El tratamiento con láser o hemoclips da resultados iguales o ligeramente superiores a los obtenidos con las otras modalidades, pero las sondas térmicas o bipolares y las inyecciones, de prácticamente cualquier sustancia, son los métodos preferidos debido a su menor complejidad, asequibilidad y a la mayor experiencia con su aplicación.

Debe señalarse, en términos generales, que la mortalidad, si bien puede disminuir con métodos más sofisticados y técnicamente más complicados, no han influenciado, en gran manera en los resultados; lo más importante es impedir la exanguinación, adecuada reposición de volúmenes, transfusión en el momento oportuno, diagnóstico certero y procedimientos más asequibles.

### **Tratamiento farmacológico**

Se emplea los inhibidores de la bomba de protones, en razón de que el aumento del pH promueve la agregación de plaquetas y que el pH ácido retrasa la coagulación dando lugar a la disolución del coágulo, como lo demostró Patchett.

El omeprazol en dosis de 80mg por vía intravenosa después del tratamiento endoscópico, seguido de la infusión de 8mg/hora durante 72 horas y de 40mg por vía oral cada 12 horas durante 5 días, reduce en grado significativo la tasa de recurrencia, en pacientes intervenidos quirúrgicamente o en aquellos con vaso sanguíneo visible no sangrante o con coágulo adherido, en el caso en que no hayan recibido terapia endoscópica. Si bien en este último procedimiento, en algunos estudios no ha demostrado beneficios sustanciales, en la práctica debe ser utilizado.

### **Tratamiento quirúrgico**

Esta reservado, sobre todo para pacientes con hemorragia recurrente, en los que fracasó el tratamiento endoscópico estándar. Tener en cuenta, que la mortalidad operatoria es muy alta, del 5 al 10%, debido a que los pacientes sometidos a cirugía son generalmente de alto riesgo (edad, cuantía de la hemorragia, cantidad de transfusiones empleadas, enfermedades comórbidas, etc.).

Cuando la cirugía esta indicada, no debe recurrirse a la observación armada, porque esta pueda ser más bien una actitud por falta de decisión rápida y oportuna tomada por el equipo médico quirúrgico. Es peligroso la exsanguinación y aun el exceso de sangre transfundida.

### **Pronóstico**

El pronóstico esta dado por los factores ya señalado. Por ejemplo, en un paciente con una úlcera especialmente en estómago, en un cirrótico que no sangra por várices, se eleva la mortalidad por úlcera sangrante, por razones obvias.

Cualquier lesión sangrante en pacientes cirróticos, con patología no ulcerosa, conlleva un mayor riesgo. En la úlcera péptica el pronóstico es mejor, porque se da en un rango de menos edad y también con menos enfermedades comórbidas; sin embargo, el pronóstico es menos alentador cuando se trata de una úlcera de más de 2cms o situada en el tercio superior de la curvatura menor o en la pared posterior del duodeno; igualmente cuando ella se acompaña con otras entidades comórbidas.

La úlcera gástrica generalmente cursa en pacientes de mayor edad comparado con lo que sucede en la úlcera duodenal y por lo tanto presenta un pronóstico más desfavorable.

En la actualidad el número de pacientes que requiere cirugía es cada vez menor. Se considera, que a pesar del avance de la cirugía no se ha rebajado el 10% de mortalidad. El clínico esta obligado hacer uso, en lo posible, de procedimientos, diagnósticos y terapia endoscópica adecuada, temprana y aún repetida.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizara un estudio tipo observacional, no experimental

### **3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio propuesto en esta investigación es de tipo descriptivo, su diseño es observacional, retrospectivo, basados en el análisis de las historias clínicas para determinar las lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014.

### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población está conformada 200 pacientes con clínica de hemorragia digresiva alta, pacientes mayores e igual de 18 años de edad atendidos en el Hospital Santa Rosa, en el distrito de Pueblo Libre.

#### **CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes con Historia Clínica registrada en el Hospital Santa Rosa
- ✓ Pacientes que se hayan realizado la endoscopia en el Hospital Santa Rosa
- ✓ Pacientes con muestra de biopsia realizada en Hospital Santa Rosa.
- ✓ Pacientes mayores de 18 años
- ✓ Pacientes que no presenten ninguna alteración psiquiátrica
- ✓ Paciente con clínica de hemorragia digestiva alta
- ✓ Pacientes con hepatopatía, condicionan a desarrollar hemorragia digestiva.

### Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes provenientes de otros hospitales
- ✓ Pacientes que estén en trauma shock
- ✓ Pacientes que no cuenta con endoscopia realizada en el HSR
- ✓ Pacientes menores de 18 años
- ✓ Pacientes que no hayan firmado consentimiento informado para la realización de la realización de la endoscopia.

- ✓ Pacientes psiquiátricos

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Ficha de recolección de información (anexo 01) confeccionado a partir de los objetivos de estudio.
- Se obtuvieron acceso a los datos de las historias clínicas de pacientes adultos con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, que fueron atendidos en el Hospital Santa Rosa en el 2014

### **3.5. RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la realización del presente trabajo, se solicitó permiso al jefe de Departamento de Medicina y al jefe de Servicio de Gastroenterología del Hospital Santa Rosa para tener el acceso necesario a los informes de las endoscopias, que se realizaron el año 2014, donde después se recogió los datos requerido en las historias clínicas respectivas de los pacientes seleccionados con clínica de hemorragia digestiva alta que fue proporcionada por el personal de archivo y de estadística. La recolección de información se realizó de acuerdo al cronograma establecido



### **3.6 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

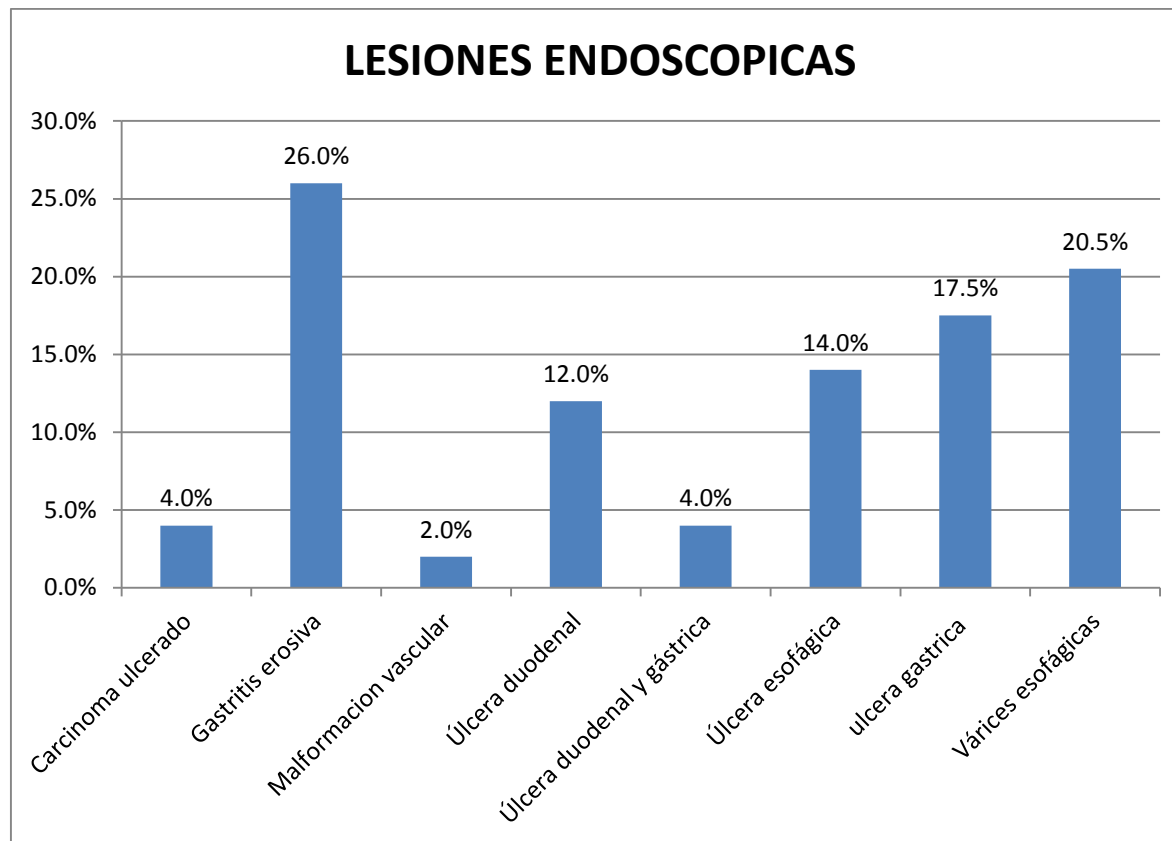
Se elaboró una base de datos informática y se ingresaron los datos en Microsoft Word y Microsoft Office Excel 2007 para obtener las tablas y los gráficos.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1 RESULTADOS**

#### **Grafica N°1**

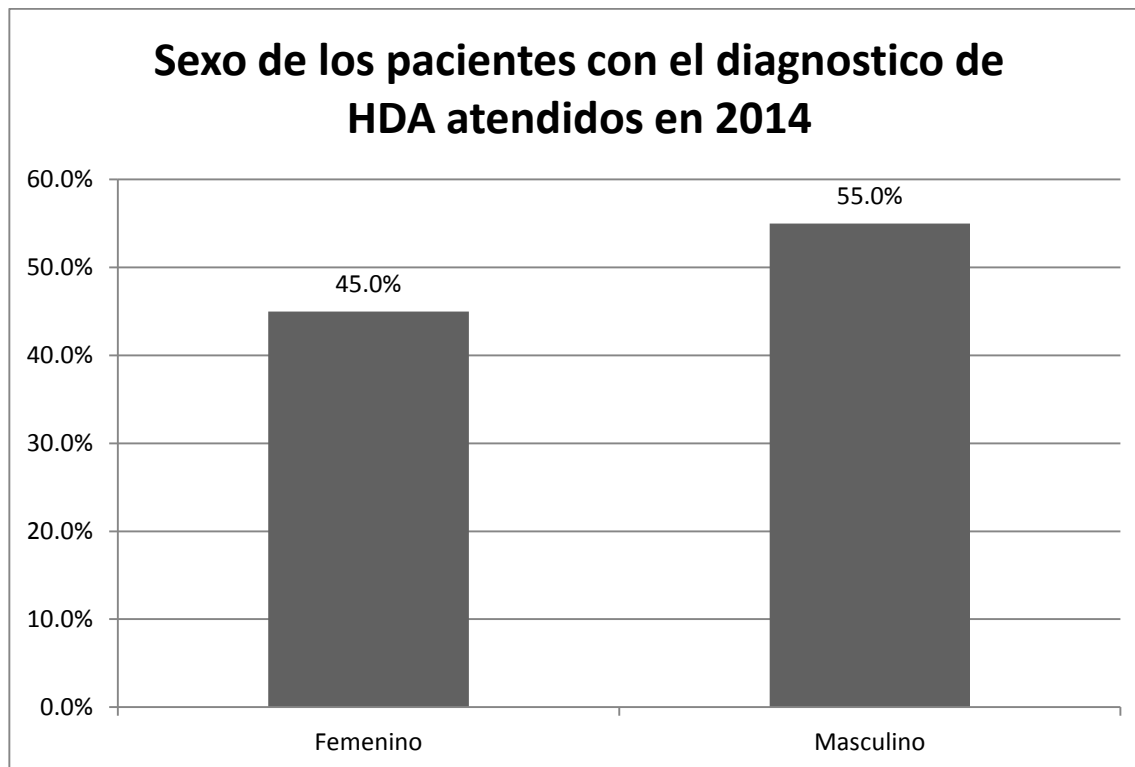
**Lesiones endoscópicas en pacientes con diagnóstico de HDA atendidos en el HSR, en el año 2014**



En la grafica N°1, se observa que la lesión más frecuente en pacientes con clínica de Hemorragia Digestiva Alta, que fueron atendidos en el Hospital Santa Rosa en el año 2014 fue **Gastritis erosiva** cuyo porcentaje es de 26%, seguido de **Varices esofágicas** con un 20.5% luego **Úlcera gástrica** 17.5% las otras lesiones endoscópicas están por debajo del 15% siendo la lesión menos frecuente **Malformación vascular**, como la lesión de Dieulafoy, en un 2%.

**Grafica N° 2**

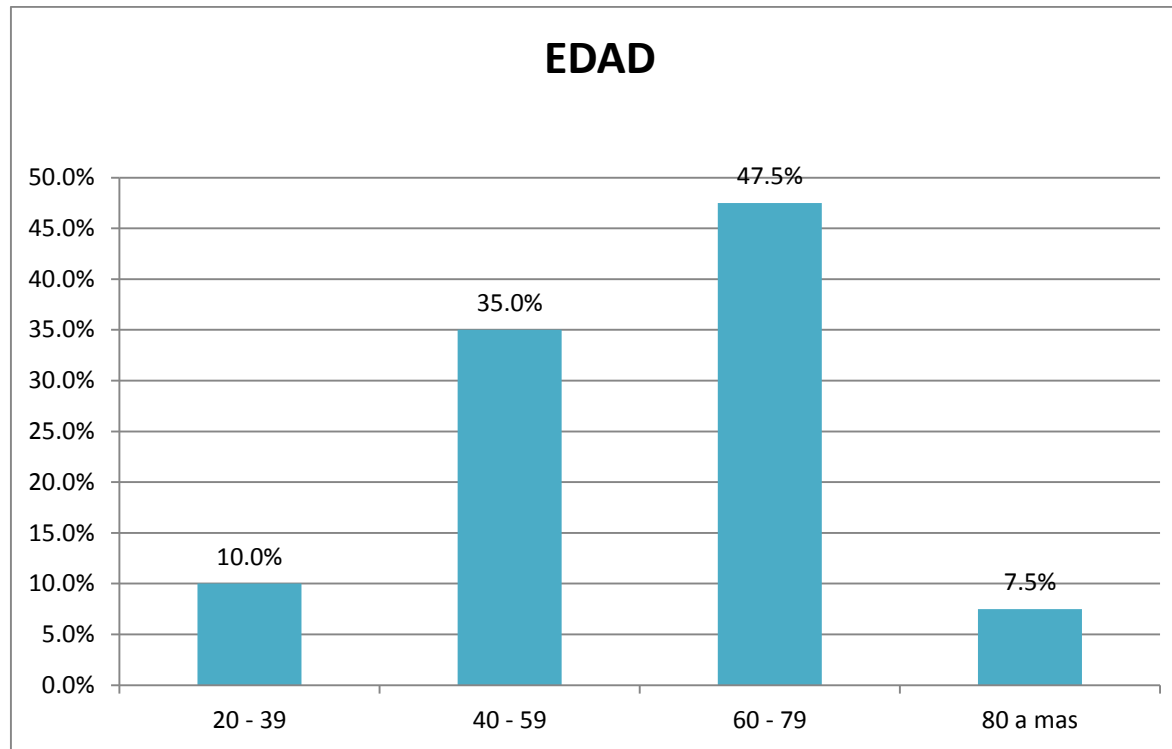
**Sexo de los pacientes con el diagnostico de Hemorragia Digestiva Alta atendidos en el HSR, en el año 2014**



En la grafica N°2, se aprecia que el sexo masculino representa el 55% de lesiones asociado con Hemorragia digestiva Alta

### **Grafica N°3**

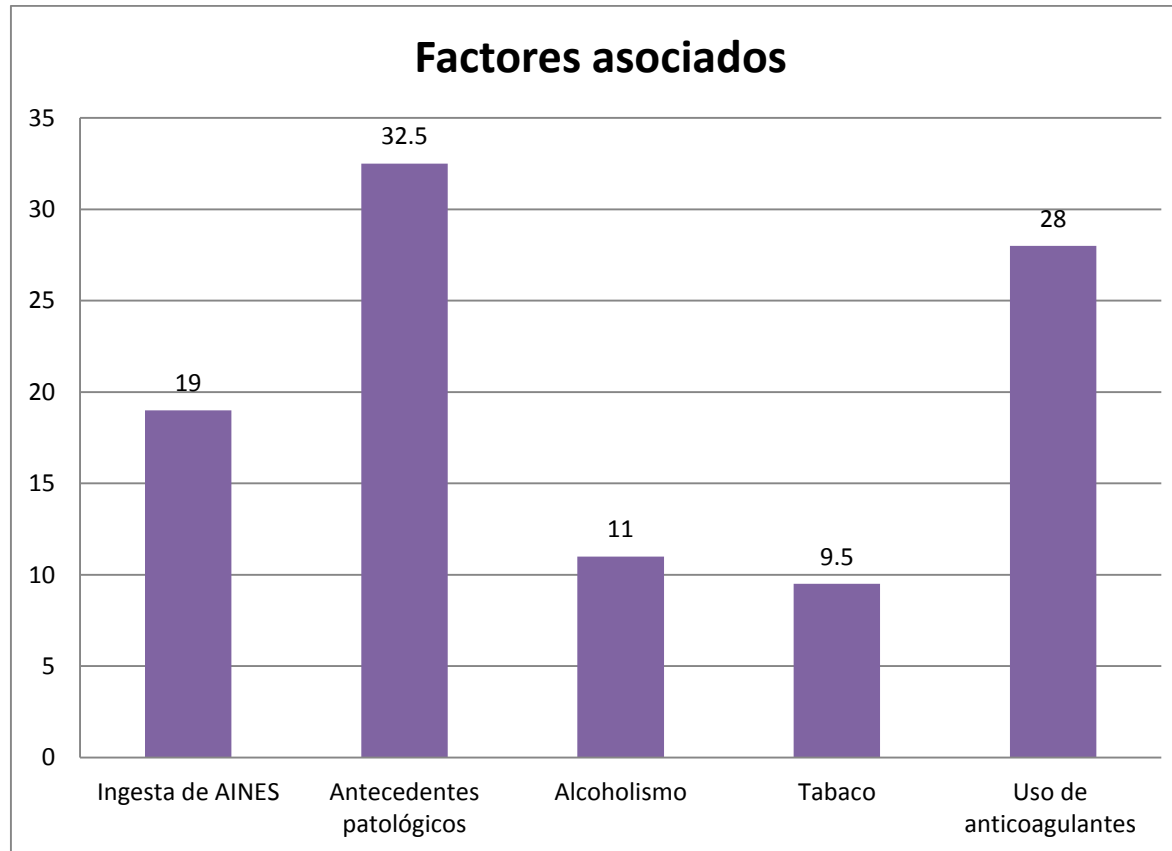
**Grupo etario de los pacientes con el diagnostico de Hemorragia Digestiva Alta atendidos en el HSR, en el año 2014**



Grafica N°3, la mayor frecuencia de Hemorragia Digestiva Alta, se presenta entre 60 a 79 años, con un porcentaje de 47.5% tanto en hombres como en mujeres. En segundo lugar de 40 a 59 años con un porcentaje de 35%.

**Grafica N°4**

**Factores asociados a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes atendidos en el HSR, en el año 2014**

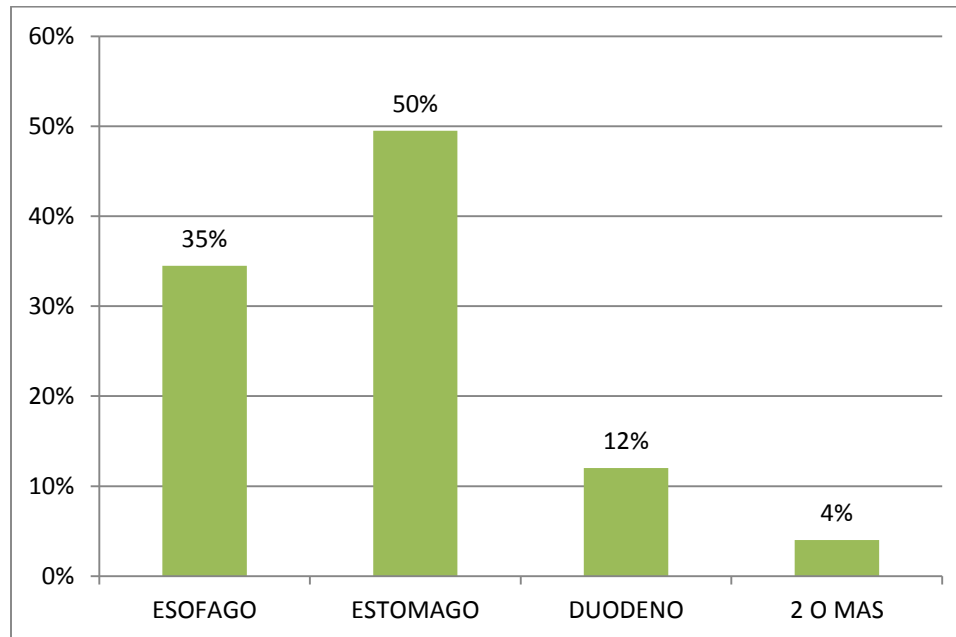


Grafica N°4, los factores asociados a la presentación de Hemorragia Digestiva Alta en el grupo estudiado es de 32.5% presento antecedentes patológicos (como cirrosis, hipertensión portal, neoplasias, alteraciones en la coagulación), seguido con 28% pacientes usuarios de anti coagulantes y 19% pacientes con ingesta de AINES

**Grafica N°5**

**Localización anatómica de las lesiones asociada a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes atendidos en el HSR,  
en el año 2014**

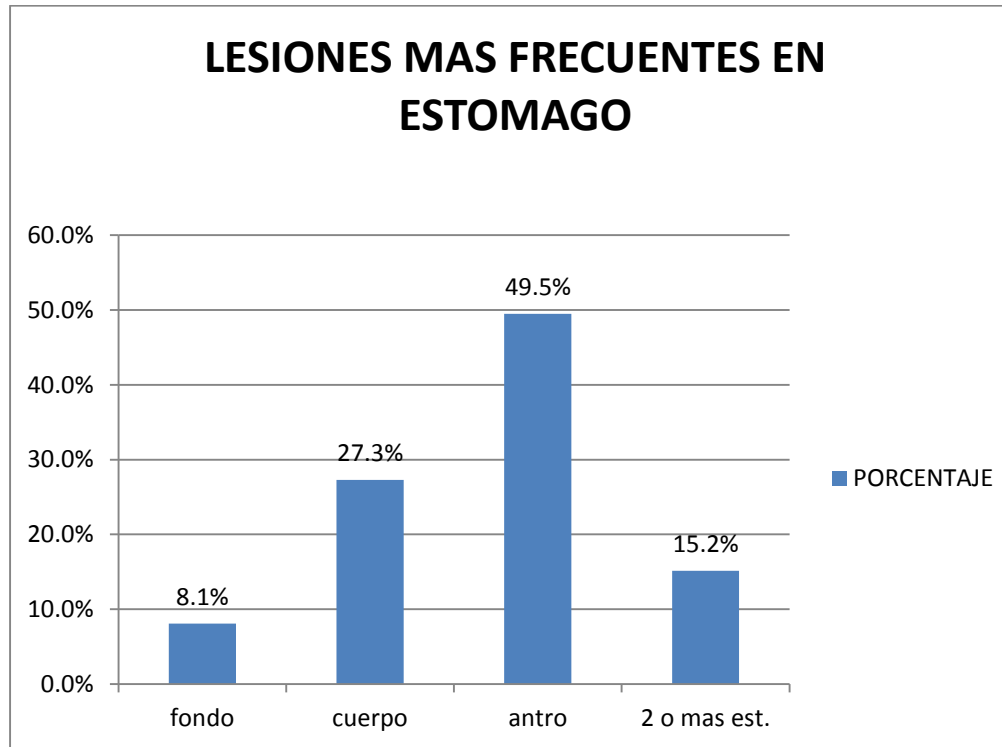




Grafica N°5, se observa que en el estómago se presenta con mayor frecuencia las lesiones que se expresan asociado a Hemorragia Digestiva Alta, con un porcentaje de 50% seguido con 35% en el esófago; y 12% en el duodeno. Un 4% tiene como localización 2 o más localizaciones.

**Grafica N°6**

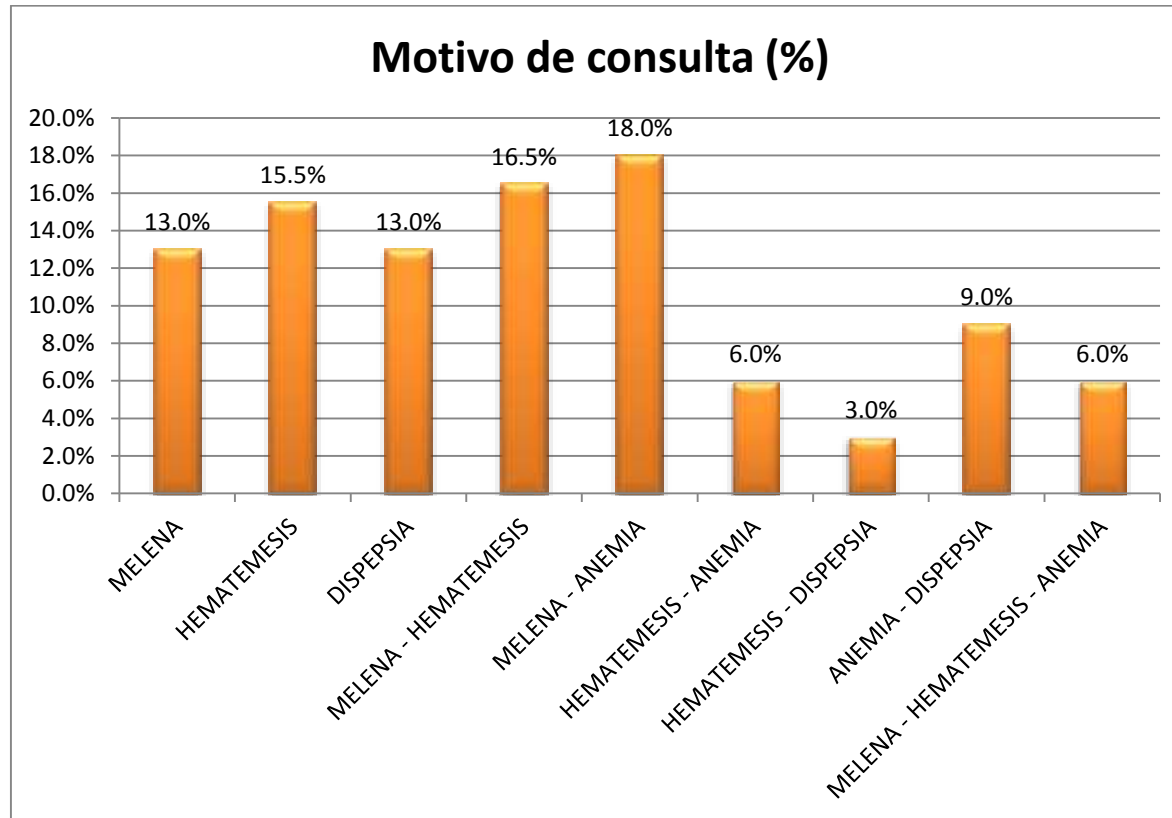
**Lesiones más frecuentes en estomago en pacientes atendidos en el HSR, en el año 2014**



En la grafica N°6, se observa que la localización más frecuente, que se describe cuadro anterior, es el estomago y si dividimos el estomago en sus tres regiones encontramos que: 49.5% que corresponde a la región del antro, siguiéndole el cuerpo con 27.3

**Grafica N°7**

**Motivo de consulta en pacientes atendidos en el Hospital Santa Rosa en el año 2014, con clínica de Hemorragia Digestiva Alta**



En la grafica N°7, se observa que el motivo de consulta más frecuente en pacientes que fueron atendidos en el Hospital Santa Rosa con clínica de Hemorragia Digestiva Alta, es de melena – anemia representado un 18%, seguido de melena –

hematemesis con 16.5%, y en tercer lugar con un 13% se encuentra melena y dispepsia. Entre los menos frecuentes tenemos a hematemesis – dispepsia y hematemesis – dispepsia con un 6% y 3% respectivamente.

## 4.2 Discusión de resultados

La HDA constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, por lo que debemos conocer tanto las causas como el tratamiento más adecuado para la misma. En el Hospital Santa Rosa, se obtuvo 200 informes endoscópicos de pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta. Donde se registra la alta frecuencia en el sexo masculino con un 55% de los casos que viene hacer un total de 110 pacientes, este resultado nos refleja similitud en comparación a un estudio realizado en el Hospital Arzobispo Loayza, realizado por Milagros Basto Valencia y Gloria Vargas Cárdenas, en que hubo mayor predominancia en el sexo masculino con 52% mientras que Gustavo Salvatierra Laytén, en un estudio realizado en lima metropolitana donde el sexo que más afectado se ha visto es el masculino con un porcentaje de 66%.

Las lesiones endoscópicas más frecuente que se encontró en los informes endoscópicos a lo que se tuvieron acceso, comprendido en el periodo del 2014, tiene a gastritis erosiva con un porcentaje de 26% datos similar presenta un estudio realizado por C. H. Morales Uribe, S. Sierra Sierra, en Medellín, Colombia, el cual el porcentaje de gastritis erosiva es la lesión más frecuente con un porcentaje de 34,9%

Con respecto a la edad se observa que se presento mayor porcentaje los pacientes que están en el intervalo de 60 a 79 años, con un porcentaje de 47,5%. Se tiene que en Cuba, Dra. Mayelin Abreu Jarrín, Dra. Solange Ramos Tirado, que muestra el mayor número de pacientes con hemorragia digestiva alta mayores de 60 años con un porcentaje de 57,6%

Con relación a los factores asociados a desarrollo de hemorragia digestiva alta tenemos como resultado de mayor porcentaje de 32,5% que corresponde a antecedentes patológicos tales como: cirrosis, neoplasias ubicadas a nivel de esófago, estomago, hipertensión portal, alteraciones en la coagulación, malformaciones vasculares, metástasis, quimioterapia, etc. en el estudio realizado Dra. Mayelin Abreu Jarrín sobre Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos, resulta que el factor asociado mas frecuente es de la toma de AINE y/o a la presencia de H. pylori para el desarrollo de hemorragia digestiva alta.

En cuanto a la localización anatómica más frecuente de la hemorragia digestiva alta en pacientes que fueron atendidos en el Hospital Santa Rosa a quienes se le realizo endoscopia alta, se tuvo como resultado de un 50% ubicado a nivel gástrico, lo que se observa en un estudio realizado por Pedro Montes Teves; Sonia Salazar Ventura; en el Hospital Daniel Alcides Carrion, que obtuvieron que la ubicación causante de sangrado es en el estomago con un porcentaje mayor a 55%, y dentro de esta la región más afectada se dio a nivel del antro gástrico en 61,7%, lo cual coincide con los resultados obtenidos en este trabajo cuyo resultados fue de 49.5%.

En el presente estudio se obtuvo como el motivo de consulta más frecuente melena – anemia cuyo porcentaje es de 18%, seguido de melena – hematemesis de 16,5%, hematemesis 15,5% y melena 13%. Como se puede observar en un trabajo que se realizo en el Hospital Arzobispo Loayza, cuya duración fue de 13 años, que los síntomas más frecuentes de los

pacientes que acudieron a dicho nosocomio es de hematemesis – melena con un 37,98%, seguido de melena 36%; 54%, los que nos demuestra que tanto sus resultados como los obtenidos en este trabajo la sintomatología más frecuente es de melena.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

- ✓ En este trabajo se tiene como resultado que la lesión endoscópica más frecuente en paciente con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Santa Rosa en el año 2014, es gastritis erosiva representando el 26% de nuestra población y la de menor frecuencia fue de ulcera duodenal y gástrica con 8%
- ✓ Con respecto al género más afectado de hemorragia digestiva alta, es el sexo masculino con un 55%, y se tiene también con respecto a la edad un porcentaje de 55% que corresponde a personas mayores de 60 años.
- ✓ Los factores asociados para el desarrollo de hemorragia digestiva alta, fue de patologías previas en un 32,5%; que podemos entender que debido a la población añosa que se encontró en el presente trabajo, ya que debido a su condición etaria se agregan otras enfermedades.
- ✓ La localización anatómica que se vio mas afecta es el estomago, se observo en 50% de los pacientes y entre esta, siendo en antro gástrico más afectado. La ubicaciones menos frecuente es la del duodeno con 12%

- ✓ El motivo de consulta mas frecuente de los pacientes que tuvieron HDA son lo que presentaron melena – anemia

## RECOMENDACION

- Se hace evidente la relevancia que tiene la HDA dentro de las afecciones más frecuentes del tracto digestivo en nuestro medio, por lo cual se hace necesario profundizar en los conocimientos relacionados con el diagnóstico, atención y tratamiento temprano para evitar cambios hemodinámicas que conllevarían a la cronicidad de la lesión y también a la muerte del paciente.
- La endoscopia digestiva es procedimiento de diagnóstico y terapéutico mas importante en el manejo de la hemorragia digestiva alta

## BIBLIOGRAFIA

1. Dallas MS, Palmer MR. Upper gastrointestinal hemorrhage. British Medical J 2001; 323: 1115-1117.
2. Ferraina P, Oría A. Cirugía de Michans 5º ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002:73036.
3. Holman RA, Davis M, Gough KR. Value of centralized approach in the management of haematemesis and melena: Experience in a district general hospital. GUT 1999; 31:5048.
4. Debognie JC. Endoscopic et Prognostic de l'hémorragie du tractus digestif supérieur. Gastroenterol Clin Biol 1999; 3:3739.
5. Mellinger, JD. Upper gastrointestinal endoscopy: current status. Semin Laparosc Surg, March 1, 2003; 10 (1): 312.
6. Klebl F, Bregenzer N. Risk factors for mortality in severe upper gastrointestinal bleeding. Int J Colorectal Dis, January 1, 2005; 20 (1):
7. 4956.
8. Domschke W, Lederer P, Luz G. The value emergency endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: Review and analysis of 2014 cases. Endoscopy 1998; 15:12631.

9. Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14<sup>o</sup> ed. México DF: Mc GrawHillInteramericana 1998;vol II:181523.
10. Morgan AG, Clamp SE .OMGE: International upper gastrointestinal bleeding survey 19781996. Scand Gastroenterol 1998; 36(suppl 210); 518.
11. Cello JP. Hemorragia gastrointestinal. En: Cecil Loeb. Tratado de Medicina Interna.20 th ed. Vol 1. México: Mc GrawHill Interamericana; 1998:7348.
12. MARTÍNEZ A, GONZÁLES A, DOMÍNGUEZ M y col. Patología Digestiva Alta en pacientes de edad avanzada con anemia ferropénica: comparación entre usuarios y no usuarios de anti-inflamatorios no esteroideos. An Med Interna(Madrid) 2001; 18(7):17-20.
13. Gustavo Salvatierra Layten, Liz de la Cruz Romero, Marja Paulino Merino, Vanesa Vidal Vidal, Cielo Rivera Davila; Alicia Cano Chuquilin, Oscar Frisancho Velarde.
14. Sylvana Ayala Rios, Oscar Pichilingue Prieto, Tito Capcha Loyola; Maria Esther Alba Rodriguez, Catherine Pichilingue Reto. Dispepsia: características clínicas; hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital nacional Hipolito Unanue, Lima, Perú, durante el año 2010

15. Alfonso Chacaltana, Hector Velarde, Julio Espinoza. Lesiones endoscópicas del tracto digestivo alto en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.
16. Milagros Basto Valencia, Gloria Vargas Cardenas, Pabel Angeles Chaparro. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva Alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" 1980 – 2003
17. Dra Mayelin Abreu Jarrin, Dra. Solange Ramos Tirado, Lic. Noelvis Trejo Muñoz, Lic. Dominga Cintado Tortolo. Caracterización clínico endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos.
18. J. L. Martinez Porras, J.L. Calleja Panero. Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos. Unidad de Aparato digestivo. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. Servicio de gastroenterología. Clínica Puerta de Hierro. Universidad autónoma de Madrid
19. C. H. Morales Uribe, S. Sierra Sierra, A. M. Hernández Hernández, F. Arango Durango y G. A. Lopez Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina.
20. Cello JP. Hemorragia gastrointestinal. En: Cecil Loeb. Tratado de Medicina Interna. 20 th ed. Vol 1. México: Mc GrawHill Interamericana; 1998:7348.
21. Graham DY. The relationship between non steroidal antiinflammatory drugs use and peptic ulcer disease. Gastroenterol Clin North Am 1996; 29:171

22. Byron C. Reducing the risk of gastrointestinal bleeding with antiplatelet therapies. *N Eng J Med* 2005;352:287.
23. Swain CP, Storey D, Bown S. Nature of bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcer. *Gastroenterology* 1996;90:915-16.
24. Stiegmann GV. Endoscopic approaches to upper gastrointestinal bleeding. *Am Surg*, 2006; 72(2): 1115.
25. Pérez-Aisa MA, Del Pino D, Siles M, Lanas A. Clinical trends in ulcer diagnosis in a population with high prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;21(1):65-72.
26. Arents NL, Thijs JC, van Zwet AA, Kleibeuker JH. Does the declining prevalence of *Helicobacter pylori* unmask patients with idiopathic peptic ulcer disease? Trends over an 8 year period. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2004;16(8):779-83.

## ANEXOS

### ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| <b>VARIABLES</b>      | <b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>  | <b>INDICADORES</b>                         | <b>TIPO</b>           | <b>INSTRUMENTO</b>            |
|-----------------------|--|--|-----------------------|-------------------------------|
| Edad                  | Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo.                             | Años respondidos en la encuesta            | Cuantitativa discreta | Ficha de recolección de datos |
| Sexo                  | Conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres | Género biológico respondido en la encuesta | Cualitativa nominal   | Ficha de recolección de datos |
| Carcinoma ulcerado    | Lesión neoplasia sangrante que se ubica en el aparato digestivo                                  | Sangrante<br>No sangrante                  | Cualitativa nominal   | Ficha de recolección de datos |
| Gastritis erosiva     | Erosión de la mucosa gástrica causada por el daño a las defensas de la mucosa                    | Sangrante<br>No sangrante                  | Cualitativa nominal   | Ficha de recolección de datos |
| Malformación vascular | Alteración vascular visible en la mucosa, causante de sangrado                                   | Sangrante<br>No sangrante                  | Cualitativa nominal   | Ficha de recolección de datos |
| Úlcera duodenal       | Lesión de la mucosa con forma crateriforme en el duodeno   | Sangrante<br>No sangrante                  | Cualitativa nominal   | Ficha de recolección de datos |
| Úlcera esofágica      | Lesión de la mucosa con forma crateriforme en el esófago   | Sangrante<br>No sangrante                  | Cualitativa nominal   | Ficha de recolección de datos |
| Úlcera gástrica       | Lesión de la mucosa con forma crateriforme en el estomago  | Sangrante<br>No sangrante                  | Cualitativa nominal   | Ficha de recolección de datos |

|                    |  |                           |                     |                               |
|--------------------|--|---------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Várices esofágicas | Las varices esofágicas son venas anormalmente dilatadas que se encuentran en la parte final del esófago  | Sangrante<br>No sangrante | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |
| AINES              | Grupo variado y químicamente heterogéneo de fármacos principalmente antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos   | Si<br>No                  | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |
| Alcoholismo        | Padecimiento que genera una fuerte necesidad de ingerir alcohol  | Si<br>No                  | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |
| Tabaco             |  | Si<br>No                  | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |
| Anticoagulante     | Sustancia endógena o exógena que interfiere o inhibe la coagulación de la sangre   | Si<br>No                  | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |
| Esófago            | Conducto muscular del aparato digestivo que comunica la faringe con el estómago  | Sangrante<br>No sangrante | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |
| Estomago           | Ensanchamiento del tubo digestivo del hombre y otros animales situado entre el esófago y el intestino, en cuyas paredes están las glándulas que segregan los jugos gástricos que intervienen en la digestión | Sangrante<br>No sangrante | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |
| Duodeno            | Parte del intestino delgado que está comprendida entre el final del estómago y el yeyuno   | Sangrante<br>No sangrante | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |
| Melena             | Expulsión de deposiciones (heces) negras, viscosas y malolientes debido a la presencia de sangre degradada proveniente del tubo digestivo superior   | Si<br>No                  | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |



|             |  |          |                     |                               |
|-------------|--|----------|---------------------|-------------------------------|
| Hematemesis | Vómito de sangre procedente del aparato digestivo  | Si<br>No | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |
| Dispepsia   | Trastorno de la digestión que aparece después de las comidas y cuyos síntomas más frecuentes son náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia | Si<br>No | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |
| Anemia      | Disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina  | Si<br>No | Cualitativa nominal | Ficha de recolección de datos |

## ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha de atencion: \_\_\_\_\_

N° Historia:

1) Edad: -----          Sexo: -----          Estado civil: -----

2) Inicio de la enfermedad:

a) Brusco      b) insidioso

3) Antecedente patológico

a) Si          b) no

4) Recurrencia de enfermedad:

a) Si          b)no

5) Utilización de AINES:

- a) Si
- b) no

6) Se le ha realizado algún procedimiento anteriormente:

- a) Si
- b) no

7) Se toma muestra biopsica:

- a) Si
- b) no

8) Consumo de alcohol:

- a) Si
- b) no

9) Grado de instrucción:

- a) Sin instrucción
- b) Primaria

c) Secundaria

d) Superior

10) Nivel socioeconómico

a) Bajo

b) medio

c) alto

11) Tabaquismo

a) Si    b) No

12) Procedencia:

a) Emergencia    b) consultorio externo    c) hospitalización

13) síntoma más frecuente (puede marcar mas de dos opciones)

- a) MELENA
- b) HEMATEMESIS
- c) DISPEPSIA
- d) MELENA - HEMATEMESIS
- e) MELENA - ANEMIA
- f) HEMATEMESIS - ANEMIA
- g) HEMATEMESIS - DISPEPSIA
- h) ANEMIA - DISPEPSIA
- i) MELENA - HEMATEMESIS - ANEMIA

14) lesiones endocópicas obtenidas post endoscopia:

-----