



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Analizar hallazgos y terapias endoscópicas en pacientes que asisten al Hospital Carlos Roberto Huembes
abril 2017 - enero 2019.

Autor:

Dra. Kenia Lisette Algaba García.

Residente Tercer año de Medicina Interna

Tutor científico:

Dr. Noel Andrés Ortega Solórzano.

Especialista en cirugía general.

Endoscopia terapéutica.

Asesora metodológica:

Msc. Dora Delina Florián Montiel

Managua, Nicaragua, 2020

DEDICATORIA

❖ *A DIOS*

Por darme sabiduría y entendimiento para seguir adelante y culminar esta etapa de mi vida profesional.

❖ *A mi papá:*

Uriel Algaba Blandón por su amor, sacrificio y apoyo incondicional para el cumplimiento de mis metas.

❖ *A mi mamá y hermana:*

Lucila del Carmen Blandón Blandón y hermana Karen Lisette Algaba García por motivarme, apoyarme y acompañarme en este proceso de aprendizaje.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ *A Dr, Noel Andrés Ortega Solórzano por su completa disposición, apoyo y seguimiento en la realización de este trabajo.*

- ❖ *A Master Dora Florián Montiel por su amabilidad, tiempo y entrega.*

- ❖ *A las autoridades del Hospital Carlos Roberto Huembes por la oportunidad que me brindaron al aceptarme como parte del cuerpo de residentes y cumplir mi sueño de ser especialista en Medicina Interna.*

- ❖ *Al personal de estadística por la disposición inmediata al facilitar los expedientes clínicos.*

- ❖ *A Dra. Cinthya Canales, por motivarme a realizar este trabajo.*

Opinión de tutor

Es bien sabido que el sangrado digestivo alto representa por si solo una patología de alta prevalencia y mortalidad a nivel mundial a pesar de los avances en la terapéutica; siendo mayor el problema en los países en vías de desarrollo como el nuestro, en donde carecemos de los medios diagnósticos oportunos y terapéuticos lo cual eleva la mortalidad de los pacientes con dicho padecimiento. Pareciera ser que ya nos acostumbramos a la carencias de recursos, es por eso que considero que el trabajo de investigación de la Dra. Kenia Lisette Algaba García que lleva por título: "Analizar hallazgos y terapias endoscópicas en pacientes que asisten al Hospital Carlos Roberto Huembes abril 2017 - enero 2019" es una herramienta útil para que recordemos como profesionales de la salud la importancia del adecuado manejo médico de dichos pacientes y para que las autoridades de nuestro centro hospitalario reconozcan el beneficio de realizar gestiones en pro de contar con más y mejores insumos médicos para el manejo de los mismos.

Resumen.

El sangrado digestivo, problema de salud de elevada frecuencia en todo el mundo y causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios.

Analizar hallazgos endoscópicos en pacientes atendidos en hospital Carlos Roberto Huembes período comprendido abril 2017 a enero 2019.

Se realizó un estudio analítico en cuyos resultados predominó el sexo masculino predominó el sexo con un 80,6% seguido del femenino con un 19.4%, En cuanto a los factores de riesgo asociado a sangrado de tubo digestivo predominó el alcoholismo más tabaquismo con un 48.3% seguido de los AINES siendo el ibuprofeno, seguido del alcoholismo con un 22.5 %. El hallazgo endoscópico de mayor frecuencia utilizada predominó que al 61.3% forrest III.

La terapia utilizada al diagnóstico establecido predominó que al 35.4% se realizó argón plasma, seguido inyectoterapia. 29% y ligadura de varices esofágicas con un 19.3%.

En conclusión el sangrado digestivo alto en pacientes en estudio predomina en el sexo masculino debido a los factores asociados como el alcoholismo, tabaquismo, y la ingesta de medicamentos, los hallazgos endoscópicos de mayor frecuencia fué forrest III.

Contenido

I. Introducción.	1
II. Antecedentes.	2
III. Justificación.	4
IV. Planteamiento del problema.	5
Caracterización	5
Delimitación	5
Formulación	5
Sistematización	6
V. Objetivos.	7
Objetivo General.....	7
Objetivos específicos:	7
VI. Marco teórico.	8
VII. Hipótesis de investigación.	15
VIII. Diseño metodológico.	16
Creación de la base de datos	19
Plan de tabulación	19
Plan de análisis estadístico.	19
Sesgo y su control.	20
IX. Resultados.	28
X. Discusión.	34
Conclusiones.....	36
XII. Recomendaciones.....	37
XIII. Bibliografía.	38
Anexo	39

I. Introducción.

La hemorragia de tubo digestivo alto constituye en la actualidad un reto diagnóstico y terapéutico para el gastroenterólogo y endoscopista.

La incidencia anual se estima aproximadamente entre 50 y 170 casos por 100 000 habitantes y los índices de mortalidad van desde 10% hasta 36%.

La etiología ha permanecido sin cambios significativos desde hace 20 años: la enfermedad ácido-péptica se mantiene como la causa principal seguida por el síndrome de Mallory-Weiss y la gastritis/duodenitis erosiva. Otras causas menos comunes son las angiodisplasias y la lesión de Dieulafoy. (Ortiz, 2017)

Con el aumento de procedimientos terapéuticos tales como la resección endoscópica de la mucosa, la esfinterotomía y la cirugía transendoscópica por orificios naturales, una categoría de hemorragia digestiva alta cuya incidencia puede incrementar en la siguiente década es la iatrogénica. (Ortiz, 2017)

Ante el problema de salud pública la cantidad de pacientes con hemorragia digestiva alta como causa de hospitalización es motivo para realizar este estudio determinar los hallazgos y terapia endoscópica en hemorragia digestiva alta, en pacientes de hospital escuela Carlos Roberto Huembes, abril 2017 a enero 2019”.

II. Antecedentes.

A nivel internacional.

Se realizó un estudio con 327 pacientes afectados con sangrado digestivo alto (SDA) que ingresaron en el servicio de la unidad de terapia intermedia del Hospital Militar Central de México 2001. (Blanco, 2015)

El diagnóstico de SDA se realizó por la presencia de melena con o sin hematemesis y en todos se obtuvo la confirmación endoscópica de la lesión. Los mayores de 56 años fueron los que más frecuencia demostraron, como consecuencia del hábito de fumar, la ingesta de café o té y los antecedentes de gastroduodenopatía. (Blanco, 2015)

Aproximadamente el 40% de los fallecidos se debió a causas de várices esofágicas sangrantes. En el estudio se obtuvo una mortalidad del 2.89% que representa 28 defunciones, de las cuales, 13 correspondían a sangrado por várices esofágicas. Las variables que mayor relación demostraron con la mortalidad fueron la hemoglobina por debajo de 6, la recidiva de sangrado y la reposición de volumen sanguíneo masivo en corto tiempo. (Ortiz, 2017)

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde se revisaron las fichas clínicas de los pacientes fallecidos por sangrado digestivo alto en el período comprendido entre enero del 2003 y julio del 2007, en el Hospital Enrique Cabrera, México D.F. Donde fallecieron 49 pacientes de un total de 320 ingresados por sangrado digestivo alto (15%). 80,6 % de los fallecidos eran mayores de 55 años. (Callejas, 2018)

Es destacable el antecedente personal de elevado consumo de antiinflamatorios no esteroideos, de forma mantenida, presente en el 54,8 % de los casos, y le siguió la cirrosis hepática. El 64.0% de los fallecidos se encontraban hemodinámicamente inestables en el momento del ingreso. (Blanco, 2015).

Los diagnósticos etiológicos se demostraron mediante estudios endoscópicos, por medios quirúrgicos o por necropsia; los sangrados varicosos se presentaron en un 33.0% de los fallecidos, seguido de la gastroduodenitis hemorrágica (29.0%) y las úlceras gastroduodenales (16.0%). Solo fue posible realizar estudios endoscópicos en las primeras 24 horas del ingreso. (Cruz Alonso, 2012)

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 88 pacientes con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba, enero de 2007 a diciembre de 2008. El 60,2% diagnósticos más frecuentes fueron: úlcera duodenal (22, para 41,5%) y gastritis aguda erosiva (14 para 26,4%); solo 6 fallecieron (6,8%), 4 por várices esofágicas, uno con neoplasia de esófago y uno con gastritis hemorrágica aguda. (Callejas, 2018)

A nivel Nacional.

En 2015 Se realizó un estudio prospectivo, de corte transversal, llevado a cabo en el Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños en el periodo comprendido de Octubre del 2004 hasta Octubre del 2005. Masculino (83.3%) 45.2% entre 50 y 59 años, varices esofágicas (62%) como causa del sangrado, ulcera péptica se presentó en el 26% de los casos. (Callejas, 2018)

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos en 52 pacientes con sangrado digestivo alto ingresados en el servicio de medicina interna del HEODRA León en el período de enero 2009 enero 2012.

Masculinos 71,2% en una proporción 2:1 con respecto al femenino, se encontró que los factores asociados lo constituyen el alcoholismo, ingesta de AINES y el tabaquismo; los antecedentes personales patológicos fueron el 3.8% habían presentado enfermedad gástrica en la niñez, no especificando que tipo de enfermedad, el 21.2% de los pacientes habían presentado hepatopatías en la niñez, y el 15,4% habían presentado anemia. (Ortiz, 2017)

La sintomatología más frecuente fue el dolor epigástrico (93,3%), náuseas (65,4%), mareos (59,6%), el tipo de sangrado estuvo representado por la hematemesis (65,5%), y la melena (63,5%), los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron la gastritis erosiva (25%), várices esofágicas (25%), las úlceras duodenales (11,5%) y normal (13,5%). Al realizar el cruce de variables entre el sexo de los pacientes y el hallazgo endoscópico se encontró que el 24,9% de los pacientes masculinos presentaron várices esofágicas. (Cáceres Muñoz, 2012). (Ortiz, 2017) Estudio Sobre sangrado digestivo alto de tipo variceal no se encontró evidencia de su realización en el Hospital Antonio Lenin Fonseca y en otras universidades y hospitales hay evidencia pero son estudios sobre STDA de manera general. (Ortiz, 2017)

III. Justificación.

Haciendo búsqueda de estudios científicos similares no existen estudios que evalúen de forma precisa la descripción de los hallazgos endoscópicos para estratificación de riesgo y terapia endoscópica en hospital Carlos Roberto Huembes.

Si bien, la institución cuenta con la atención de gastroenterología en consulta externa, identificar los factores intrínsecos individuales en los pacientes que demandan atención en el Hospital Carlos Roberto Huembés, por sangrado digestivo alto, que permita estratificar y determinar los factores de riesgos asociado, ya que de acuerdo a la etiología del sangrado digestivo contribuye a la mortalidad, lo que realmente no se sabe si esto es producto del manejo que debe tener que depender de tecnología intervencionista de alto costo y de medicación poco accesible o es realmente por razones habituales de su condición de vida.

Con éste estudio se pretende sentar bases para la caracterización de paciente lo que mejoraría la calidad de atención.

El adecuado diagnóstico, clasificación estratificación de riesgo y terapia es un desafío y un mal abordaje y caraterización conlleva a incremento de la mortalidad.

Es un estudio con enfoque mixto cuya importancia radica en establecer bases sólidas para la adecuada implementación de la terapia endoscópica reconociendo las características intrínsecas de los pacientes.

Éste estudio permite dar a conocer la características intrínsecas de los pacientes y la indicación adecuada de estudios.

IV. Planteamiento del problema.

Caracterización

El sangrado de tubo digestivo alto tiene una relevancia epidemiológica dado que alcanza mortalidad 7 a 10% y la incidencia anual de 1 por 1000 habitantes, entre las principales causas varices esofágicas y gástricas, la endoscopia es el tratamiento de elección proporciona localización, etiología y riesgo de recurrencia y ofrece una opción de tratamiento.

El avance en la implementación del uso de terapia endoscópica en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto hace imprescindible conocer las características intrínsecas de los pacientes para aunar esfuerzos y criterios en cuanto a la terapia.

Delimitación

En el Hospital Escuela “Carlos Roberto Huembés” se da atención a un número importante de pacientes con sangrado de tubo digestivo alto por lo que es necesario determinar la caracterización adecuada de los pacientes con riesgo y el uso de terapia endoscópica.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio:

¿Cómo se determinaron los hallazgos y terapia endoscópica en hemorragia digestiva alta, hospital escuela “Carlos Roberto Huembes, abril 2017 a enero 2019”?

Sistematización

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes en estudio?

¿Cuál es el tipo de hallazgos endoscópicos según su clasificación?

¿Cuál es el tipo de terapia más utilizado de acuerdo al diagnóstico establecido en la población?

V. Objetivos.

Objetivo General

Analizar hallazgos y terapias endoscópicas en pacientes que asisten al Hospital Carlos Roberto Huembes abril 2017 - enero 2019.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar los aspectos demográficos de los en pacientes en estudio.
2. Identificar el tipo hallazgos endoscópicos de acuerdo a su clasificación de Pacientes en estudio.
3. Correlacionar los factores asociados a sangrado de tubo digestivo alto de los en pacientes en estudio.
4. Establecer la relación entre la terapia más utilizado de acuerdo al diagnóstico establecido de los pacientes en estudio.

VI. Marco teórico.

La hemorragia gastrointestinal es la causa más común de hospitalizaciones relacionada con trastornos gastrointestinales. La hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) es responsable de un poco más de la mitad de todas las hospitalizaciones con una incidencia anual estimada de 40 a 150 casos por 100 mil personas; aquellos hospitalizados por HTDA tienen una mortalidad entre 2.1-10%, mientras que en pacientes hospitalizados por otras condiciones médicas que desarrollan HTDA la tasa de mortalidad incrementa de tres a cuatro veces. (Callejas, 2018)

La HTDA puede ser variceal (asociada u originada a várices esofágicas y gástricas por hipertensión portal) y no variceal (HTDANV), siendo esta última la más frecuente. Existen diferentes causas de HTDANV, y la frecuencia de éstas parece diferir con la edad, aunque entre las principales esta la úlcera péptica que suele asociarse al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), a la infección por *Helicobacter pylori* cuya prevalencia estimada de infección es de 60 a 87%. (Blanco, 2015)

El manejo endoscópico de la hemorragia digestiva alta no está limitado a la inserción del endoscopio y realización de maniobras terapéuticas. Se debe realizar una evaluación inicial del paciente, así como determinar la gravedad de la hemorragia y riesgo de muerte con base en variables clínicas y paraclínicas. Simultáneamente se debe iniciar tratamiento preendoscópico como resucitación hídrica y hemotransfusión para estabilizar el estado hemodinámico del paciente y mejorar las cifras de hemoglobina, entre otras maniobras que permitirán realizar una endoscopia diagnóstica y terapéutica de manera segura. (Blanco, 2015)

Durante el procedimiento endoscópico se debe identificar el sitio de la hemorragia, establecer la gravedad y la naturaleza de la lesión así como el riesgo de recurrencia de la hemorragia; esto permitirá elegir la mejor terapia que logre una hemostasia efectiva con el menor riesgo de recurrencia. Una vez concluido el procedimiento endoscópico se deben brindar ciertos cuidados posteriores que disminuirán el riesgo de recurrencia de hemorragia, evitarán la formación de nuevas lesiones hemorrágicas, acelerarán la cicatrización de la lesión causal. A pesar de que el abordaje pre, trans y postendoscópico de la HTDA es muy similar en diferentes países y centros,

existen áreas de poca certeza pues la información, evidencia y tecnología disponibles son limitadas (ej. polvos hemostáticos, crioterapia, heterogeneidad sobre las dosis adecuadas, descripción de nuevos efectos adversos de medicamentos bloqueadores de ácido, aparición de nuevos anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios, etc.) (Blanco, 2015)

Etiología.

1. Úlcera duodenal 24.3%
2. Lesiones agudas de la mucosa gástrica 23.4%
3. Úlcera gástrica 21.3%
4. Várices esófago-gástricas 10.3%
5. Síndrome de Mallory-Weiss 7.2%
6. Esofagitis 6.3%
7. Duodenitis erosiva 5.8%
8. Neoplasias 2.9%
9. Úlcera neoboca 1.8%
10. Úlcera esofágica 1.7%
11. Malformaciones vasculares 0.5%
12. Otras 6.3%

Cuadro clínico

Suele manifestar por hematemesis y/o melena. La presencia de hematemesis (sangre en el vómito) generalmente sugiere que el origen del sangrado está próximo al ligamento de Treitz. El aspecto de las heces, también informa la altura del origen del sangrado, cuando la sangre ha permanecido por menos de 5 horas en el intestino, generalmente sale de color rojo en la heces, mientras la sangre que ha permanecido por 20 horas es, por lo general melénica (heces negras, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa) . (RA, 2017)

La hematoquecia es la emisión de sangre roja por el ano, sola o mezclada con la deposición, y suele ser indicativa de sangrado digestivo bajo aunque en ocasiones es una forma de presentación de sangrado digestivo alto, cuando existe un tránsito acelerado por la abundante y rápida presencia de sangre en el tubo digestivo. Para que esto suceda, la hemorragia debe ser mayor de 1000 cc y producirse en menos de 1 hora. (Callejas, 2018)

Estratificación de riesgo

Existen diversas escalas clínicas que permiten predecir desenlaces clínicos (recurrencia de hemorragia o muerte), así como identificar pacientes que necesitan intervención endoscópica En el estudio multicéntrico de Rockall se identificaron predictores independientes de mortalidad en HTDA (edad, choque, presencia de comorbilidad, diagnóstico endoscópico, estigmas de la hemorragia reciente y recurrencia de hemorragia) a partir de los que se desarrolló un sistema de puntuación. Aquellos casos con puntaje ≤ 2 presentaron recurrencia de hemorragia en 5% con una mortalidad nula. Esta puntuación fue capaz de detectar aquellos sujetos con bajo riesgo de recidiva de HTDA y de muerte así como los que pueden ser manejados ambulatorios. (Blanco, 2015)

En lo que concierne a la escala de Gasgow-Blatchford (EGB) el objetivo principal del estudio que la originó era determinar la necesidad de tratamiento (transfusional, endoscópico y/o quirúrgico), ésta ha demostrado ser útil para predecir la mortalidad no sólo es la escala más utilizada, se considera la escala mejor sustentada para estratificar el riesgo en la evaluación inicial y para determinar el tratamiento. (Callejas, 2018)

Diagnóstico.

Frente a un enfermo con HDA es preciso una valoración inicial, durante o tras estabilizar al paciente, que incluye la confirmación de la misma, determinación del lugar de sangrado (alto o bajo), su gravedad y la realización de procedimientos diagnósticos para clarificar su causa, pronóstico y aplicar una terapéutica específica. A continuación se exponen los procedimientos diagnósticos que habitualmente se realizan ante una HDA. (Ortiz, 2017)

Anamnesis y exploración física.

Se debe recoger una historia clínica detallada, haciendo hincapié en los antecedentes patológicos, la forma de presentación, y realizar una exploración física general, en ocasiones mientras se estabiliza al paciente, para determinar la etiología, gravedad y catalogar el riesgo del paciente adecuadamente. De hecho, con los datos clínicos se obtiene una orientación diagnóstica en un 40% de los casos. (RA, 2017)

Es necesario conocer el modo de presentación del sangrado y el tiempo transcurrido desde el inicio. La hematemesis indica siempre que el sangrado es proximal al ligamento de Treitz. La presencia de sangre fresca nos indica un inicio reciente de la HDA, mientras que los posos de café indican un comienzo más diferido. (RA, 2017)

La presencia de melenas necesita un adecuado interrogatorio, y en la mayoría de las ocasiones la realización de un tacto rectal para la confirmación de la misma, pudiendo ser el origen del sangrado alto o bajo. Se descartarán otros orígenes del sangrado como la hemoptisis, epistaxis, gingivorragias, o "falsas melenas" inducidas por determinados alimentos o fármacos (sulfato ferroso). Es importante recordar que la HDA masiva puede presentarse como rectorragia, hasta en el 12%, sobre todo si el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable. (C., 2012)

Inicialmente, debemos evaluar el estado general del paciente incidiendo en la presencia de enfermedades concomitantes. Este punto es clave, pues la presencia de patología concomitante es un factor asociado a una mayor recidiva del sangrado y una mayor mortalidad. La anamnesis dirigida permite conocer si existen antecedentes familiares, episodios previos de sangrado,

hábitos tóxicos (alcohol) e identificar los factores de riesgo como la ingesta de fármacos (AINE, ácido acetilsalicílico y anticoagulantes). (P., 2019)

Se anotarán otros síntomas como el dolor epigástrico, pirosis, disfagia o si existen vómitos si han precedido o no al sangrado y la presencia de cortejo vegetativo. Se tendrán en cuenta las intervenciones quirúrgicas previas, especialmente las gastroduodenales por las implicaciones en el diagnóstico y manejo de estos pacientes y la aórtica que nos hará sospechar una fístula aortoduodenal. Así mismo, debemos tener presente que la HDA representa una complicación frecuente y en la mayoría de los casos decisiva y determinante en pacientes oncológicos o en situación terminal. La exploración física va a aportarnos datos que orienten nuestro diagnóstico y el estado hemodinámico del paciente. Se determinará la frecuencia cardiaca, presión arterial y la existencia de cambios ortostáticos. (A., 1998) (Ramos, 2019)

La exploración del abdomen va a detectar hepatoesplenomegalia, ascitis, masas abdominales o la presencia de peritonismo. La exploración cutánea puede revelar signos de vasoconstricción periférica (palidez y diaforesis), la presencia de estigmas de hepatopatía o neurofibromatosis, pigmentación de mucosas, etc. (Blanco, 2015)

Laboratorio.

Se realizará una analítica general que incluya hemograma, coagulación, bioquímica general, así como pruebas cruzadas para una futura transfusión. La hemoglobina y el hematocrito orientan sobre la cuantía del sangrado, aunque puede que no reflejen la pérdida real hasta pasadas 24-72 horas, al ponerse en marcha los mecanismos de restauración. El volumen corpuscular medio será normal y, si se encuentra descendido, sospecharemos pérdidas crónicas. La bioquímica general suele ser normal excepto en pacientes con shock hipovolémico en los que puede existir una alteración de la función renal e incluso fracaso multiorgánico. En la mayoría de los casos existe una elevación de la urea, con una proporción urea/creatinina > 100 . (Blanco, 2015)

Sonda nasogástrica

El lavado y aspiración nasogástrica se ha utilizado tradicionalmente en el diagnóstico y manejo del paciente con HDA. La aspiración de sangre y coágulos de la cavidad gástrica permitirá realizar la exploración endoscópica de una forma más segura y eficaz. Además, la colocación de la sonda nasogástrica ayuda a localizar el origen del sangrado en aquellos pacientes con melenas o hematoquecia sin hematemesis. La presencia de sangre roja o posos de café confirma el origen alto del sangrado y, en determinados estudios, han mostrado un significado pronóstico, con una tasa de mortalidad del 9% si se aspira posos de café frente al 18% si el aspirado es sangre roja, o bien la presencia de una lesión de alto riesgo de sangrado. Por otro lado, un aspirado claro reduce esta probabilidad, pero no la excluye, de hecho el 15-20% de los pacientes con HDA presenta un aspirado claro, debido a una colocación indebida de la sonda o la ausencia de reflujo del sangrado duodenal por espasmo pilórico u obstrucción. (Blanco, 2015)

Panendoscopia oral

La endoscopia es la exploración diagnóstica de referencia y permite establecer un diagnóstico, pronóstico del paciente y, en la mayoría de los casos, se convierte en una exploración terapéutica de eficacia demostrada, reduciendo la estancia hospitalaria y mejorando la supervivencia. Existen diferentes métodos endoscópicos hemostáticos (térmicos, inyección de sustancias, mecánicos y tópicos) con una eficacia demostrada similar, alrededor del 80%, utilizándose habitualmente en función de las disponibilidades y experiencia del endoscopista. Además, la endoscopia permite la toma de biopsias de las úlceras gástricas para descartar malignidad, así como la determinación de *H. pylori* mediante test rápido de ureasa o histología, si bien en el contexto de una HDA disminuye de forma significativa su sensibilidad. Se debe realizar una endoscopia digestiva alta en todo paciente con HDA a no ser que existan contraindicaciones. (Callejas, 2018)

Debe realizarse de forma precoz, idealmente en las primeras 12-24 horas, ya que se asocia a una mayor eficacia diagnóstica, nos permite detectar aquellos pacientes con lesiones de bajo riesgo y que pueden ser dados de alta precozmente, y en aquellos pacientes con lesiones de alto riesgo nos permite aplicar una terapia hemostática, lo que determina una reducción de la estancia

hospitalaria, menores requerimientos transfusionales, disminución de la incidencia de resangrado y cirugía y un aumento de la supervivencia. Además, la endoscopia se deberá realizar en un lugar acondicionado para ello, que permita la adecuada monitorización del paciente y que disponga del material necesario para realizar la terapia hemostática. (Blanco, 2015)

Idealmente, en los casos de sangrado activo o inestabilidad hemodinámica la endoscopia se debe realizar inmediatamente tras la estabilización, Si el paciente presenta una hemorragia masiva y shock hemorrágico, debemos valorar la indicación de cirugía urgente con una eventual endoscopia preoperatoria en quirófano. Si se sospecha perforación u obstrucción intestinal deberá realizarse radiografías de tórax o abdomen para descartar esta patología antes de empezar la exploración endoscópica. Es importante la correcta descripción y localización de las lesiones, así como la presencia de signos de hemorragia activa, reciente o inactiva, utilizando la clasificación de Forrest, ya que constituye el factor más importante de riesgo de resangrado, influyendo en el pronóstico y determinando qué pacientes deben recibir tratamiento endoscópico. Así, la presencia de sangrado activo (en chorro o en sábana) o signos de sangrado reciente (vaso visible) presentan una elevada incidencia de resangrado y, por tanto, una clara indicación de tratamiento endoscópico, situándose en el extremo opuesto la presencia de una úlcera con base limpia, que no precisará terapéutica endoscópica. (Blanco, 2015)

En ocasiones existe en la cavidad gástrica gran cantidad de sangre o coágulos que impide la correcta visualización de la misma, especialmente fundus y curvatura mayor, incluso a pesar de utilizar endoscopios terapéuticos con canales de aspiración de mayor diámetro, resolviendo este problema mediante el lavado y aspiración tras colocar una sonda nasogástrica o bien mediante la administración de eritromicina i.v. (250 mg iv en bolus o 3 mg/kg en 30 minutos) 30-90 minutos antes de la exploración endoscópica, lo que facilita el vaciamiento gástrico mejorando de forma significativa la visibilidad de la mucosa gástrica. (Ramos, 2019)

VII. Hipótesis de investigación.

Los hallazgos endoscópicos podrían ayudar a estratificar riesgo de sangrado de tubo digestivo alto en estos pacientes y prevenir de manera más efectiva las complicaciones de estos pacientes.

VIII. Diseño metodológico.

Área y periodo de Estudio

El área de estudio de la presente investigación estuvo centrada en los pacientes que asistieron a la consulta de medicina interna con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto. Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés en el periodo comprendido abril 2017- enero 2019.

La presente investigación se realizó en el departamento de Managua, con base en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, situado en el nuevo paso desnivel de las piedrecitas.

Tipo de estudio

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2014, el tipo de estudio es analítico. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es longitudinal y según el análisis y alcance de los resultados el estudio es analítico (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

Enfoque del estudio

De acuerdo al enfoque de la presente investigación, por el uso de los datos cuantitativos y análisis de dicha información cuantitativa, así como su integración holística-sistémica, esta tesis monográfica se realizó mediante la aplicación de un enfoque cualicuantitativa de investigación.

Unidad de Análisis

Tomando como referencia los objetivos del estudio y su alcance, la unidad de análisis de la presente investigación correspondió a los pacientes que asistieron con sangrado de tubo digestivo alto a la consulta externa de medicina interna en el período de abril 2017- enero 2019.

Universo y Muestra

Para el desarrollo de la presente investigación y por sus características particulares, el universo o población objeto de estudio fue definida por 31 pacientes que asistieron a la consulta de medicina interna en el hospital escuela Carlos Roberto Huembés en el periodo de tiempo comprendido abril 2017- enero 2019.

El tamaño de la muestra seleccionada es no probabilístico, se utilizó el muestreo aleatorio simple.

Tipo de Muestreo

Debido a que el número de pacientes es limitado se decidió incluir en el estudio a todos los pacientes o casos disponibles, por lo que no se aplicaron ningún procedimiento para determinación del tamaño muestra o selección muestra, por lo que corresponde a un muestreo no probabilístico.

Criterios de selección de la muestra.

Criterios De Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto que asistan a la consulta externa en el periodo comprendido.
- Pacientes que pertenezcan al Hospital Escuela “Carlos Roberto Huembés”
- Pacientes que se encontraron dentro del periodo de estudio.
- Pacientes que se encontró información completa en el expediente clínico.
- Pacientes que cumplieron todos los criterios de inclusión.

Criterios De Exclusión

- Paciente que no tuvo expediente clínico con información incompleta.
- Pacientes que no fueron del hospital escuela Carlos Roberto Huembés
- Pacientes que no cumplieron todos los criterios de inclusión.

Métodos, técnica e instrumentos para la recolección de datos e información

A partir de la integración metodológica antes descrita, se aplicó la siguiente técnica cuantitativa de investigación, que consistió en el llenado de ficha de recolección estructurada y previamente

diseñada a partir de la revisión de los expedientes clínicos de los casos en estudio.

Instrumento (ficha de recolección).

Para la elaboración de la ficha se hizo una revisión de la literatura y se consultó médicos con amplia experiencia en el tema, se elaboró una ficha preliminar (piloto) y esta fue validada con 5 expedientes. Una vez que se revisó e integraron los hallazgos de la validación se diseñó una versión final. El instrumento estructurado incluyó las siguientes variables.

- I. Datos generales
- II Aspectos demográficos.
- III Tipo de sangrado.
- IV Terapia endoscópica.
- V Determinación de la estratificación de riesgo.

Fuente de información

La fuente de información es secundaria, correspondiente al expediente clínico.

Recolección de datos

Previa autorización de las autoridades del hospital Carlos Roberto Huembés (dirección y docencia) para el acceso a la información a los expedientes clínicos del libro de registro de mortalidad del hospital se extrajeron todos los números de ingresos por sangrado de tubo digestivo alto Posteriormente se llenó la ficha validada. Este proceso se llevó a lo largo de abril 2017- enero 2019.

Plan de tabulación y análisis estadístico

Creación de la base de datos

Basados en el instrumento de recolección se creó una plantilla para captura de datos y cada ficha fue digitalizada en una base de datos creada en el programa SPSS versión 24 (**IMB Statistic 2016**).

Plan de Análisis

Plan de tabulación

Se realizaron los análisis que corresponden a la calidad de las variables incluidas. Los cuadros de salida con las tablas de contingencia con porcentaje total y las pruebas de correlación y medidas de asociación que fueron necesarias realizar. Para esto se definieron los cuadros de salida para el tipo de variables.

Plan de análisis estadístico.

A partir de los datos que fueron recolectados, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 24 para Windows. Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados, fueron realizados los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (*cuantitativas o cualitativas*) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos fueron realizados los análisis analíticos correspondientes a: (a) para las variables nominales transformadas en categorías: El análisis de frecuencia, (b) para las variables numéricas (continuas y discretas) se realizó las estadísticas descriptivas, enfatizando en el Intervalo de Confianza para variables numéricas. Además, se realizó gráficos del tipo: (a) pastel y barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitió describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano, (c) gráfico de cajas y bigotes, que describió en forma clara y sintética, la respuesta de variables numéricas y contínuas.

Se realizó los *Análisis de Contingencia* definidos por aquellas variables de categorías *que fueron pertinentes*, a las que se les aplicó las Pruebas de Asociación por otra parte, se pudieron realizar las Pruebas de Correlación **no** Paramétrica, las cuales permiten demostrar la correlación lineal entre variables de categorías, mediante la comparación de la probabilidad aleatoria del suceso, y el nivel de significancia pre-establecido para la prueba entre ambos factores, de manera que cuando $p \leq 0.05$ se estará rechazando la hipótesis nula planteada de $\rho = 0$. Los análisis estadísticos antes referidos, se realizaron de acuerdo a los procedimientos descritos en Pedroza y Dicoskiy, 2006.

Sesgo y su control.

El sesgo de selección fue evitado a través de una selección completa (sin exclusión) de los casos y el sesgo de información fue evitado a través de una revisión estandarizada de los expedientes y por las mismas personas.

Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar hallazgos y terapias endoscópicas en pacientes con hepatopatía crónica que asisten al Hospital Carlos Roberto

Huembes abril 2017 - enero 2019.

Objetivos Específico	Variable Conceptual	Subvariable so Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes (Columna 5)					Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas	
				Ficha de Recolección (Expedientes)	Cuasi Experimento (Expedientes)	<u>Anal. Doct al</u>	<u>Encuest a</u>	<u>Entrevist a</u>			<u>Grupo Focal</u>
Caracterizar las características demográficas de los pacientes en estudio.	Características demográfica	Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	XX						Cuantitativa discreta.	Edad en años
		Sexo	Conjunto de características	XX						Cualitativa nominal	Femenino. Masculino.

		Procedencia	biológicas físicas, fisiológica anatómicas que definen a los seres humanos. Residencia habitual del paciente.								Cualitativa nominal.	Rural. Urbano.
--	--	-------------	---	--	--	--	--	--	--	--	----------------------	-------------------

Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar hallazgos y terapias endoscópicas en pacientes con hepatopatía crónica que asisten al Hospital Carlos Roberto

Huembes abril 2017 - enero 2019.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariable Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes (Columna 5)						Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
				Ficha de Recolección (Expedientes)	Cuasi Experimento (Expedientes)	Anal. Doctoral	Encuesta	Entrevista	Grupo Focal		
2. Correlacionar los factores asociados a sangrado de tubo con hallazgo endoscópico de pacientes en estudio.	Factores asociados	Alcoholismo Tabaquismo AINES	Ingestión de alcohol diaria superior 50gr en mujer y 70gr en hombre. Enfermedad adictiva crónica que evoluciona a recaídas.	XX						Cuantitativa discreta. Cuantitativa continua.	1: Sí. 2: No. 1. Si. 2. No.

			Antiinflamatori os no esteroides grupo heterogéneo de fármacos ampliamente utilizados con propiedades antipiréticas analgésicas antiinflamatori as. Compuestos Derivados sintéticos de la cortisona.							Cualitativ a nominal.	1. Sí. 2. No.
		Corticoides.								Cualitativ a nominal.	1. Sí. 2. No.

Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar hallazgos y terapias endoscópicas en pacientes que asisten al Hospital Carlos Roberto Huembes abril 2017 - enero 2019.

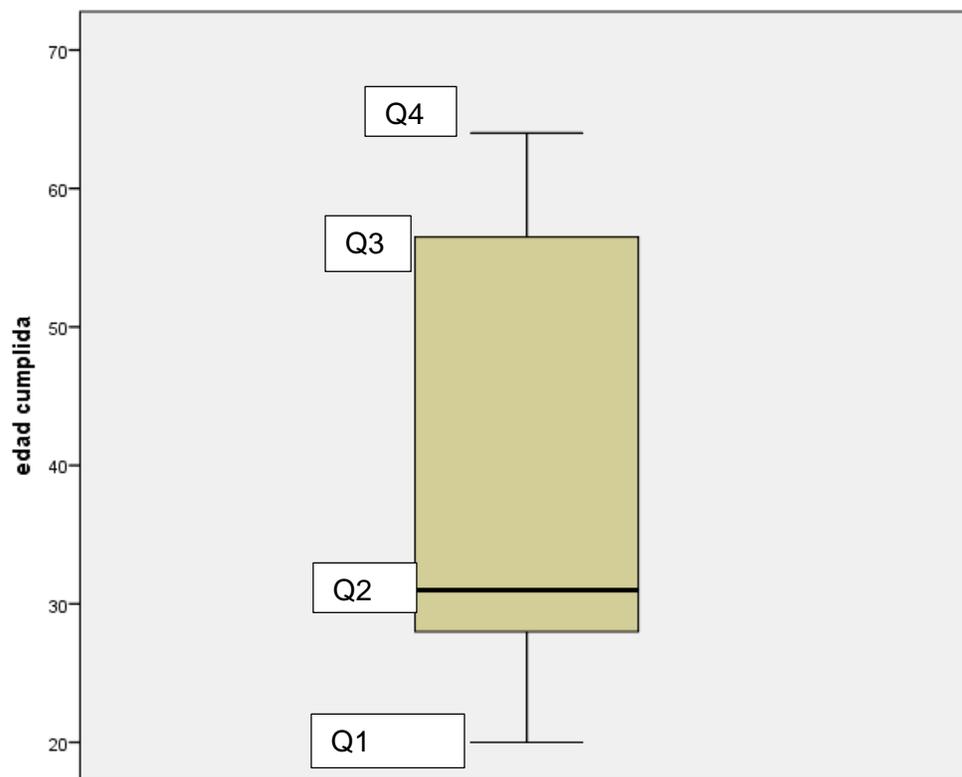
Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes (Columna 5)					Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas	
				Ficha de Recolección (Expedientes)	Cuasi Experimento (Expedientes)	Anal. Doct <u>o</u> ral	Encuest <u>a</u>	Entrevist <u>a</u>			Grup <u>o</u> Foc <u>al</u>
4. Establecer la relación de la terapia más utilizada de acuerdo al diagnóstico o establecido	Terapias endoscópicas	Es un método con numerosas indicaciones entre ellas la obliteración de lesiones vasculares	Sin reducción de presión portal. Con reducción de presión portal.	XX						Cualitativa nominal.	1 Argón plasma 2 Inyectoterapia 3 Ligaduras 4 Ninguno.

o de los pacientes en estudio.											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IX. Resultados.

En base a los datos obtenidos de la investigación, podemos hacer análisis de los siguientes resultados:

1. Características demográficas.



En el gráfico, se presentan la edad, quienes tienen un promedio de 31 años, con un Límite Inferior (L.I.) de 20 años y un Límite Superior (L.S.) de 64 años. En la figura, se presenta el gráfico de caja y bigotes, que permite interpretar un rango intercuartílico (Q3 - Q1) que acumula el 50 % del paciente en el servicio de medicina Interna **entre 20 años y 64 años.**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	25	80.6
femenino	6	19.4
Total	31	100.0

En cuanto al sexo predominó el sexo Masculino con un 80,6% seguido del femenino con un 19.4%.

		Asociar los factores asociados al hallazgo endoscópico.		Total
		lesión de alto riesgo	lesión de bajo riesgo	
Factores asociados *con Hallazgo endoscópico				
correlacionar factores asociados	Alcoholismo	7	0	7
	AINE	5	0	5
	Alcoholismo más Tabaco	9	10	15
	Total	21	10	31

En cuanto a los factores de riesgo asociado a sangrado de tubo digestivo predominó el alcoholismo más tabaquismo con un 48.3% con Forrest III seguido de los AINES siendo el ibuprofeno, seguido del alcoholismo con un 22.5 % con Forrest III.

Correlaciones

	Correlacionar factores asociados	hallazgo endoscópicos
correlacionar factores asociados	1	.638**
		.000
	31	31
asociar los factores asociados al de hallazgo	.638**	1
	.000	
	31	31

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a los factores de riesgo asociado a sangrado de tubo digestivo predominó el alcoholismo más tabaquismo con un 42.9% seguido de los AINES siendo el ibuprofeno seguido del alcoholismo con un 25 %.

Objetivo 3

Correlacionar los factores asociados a sangrado de tubo digestivo alto de los en pacientes en estudio.

Hallazgo endoscópico		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Forrest Ib	8	25.8
	Forrest II b	2	6.5
	Forrest IIC	2	6.5
	Forrest III	19	61.3
	Total	31	100.0

En cuanto a hallazgo endoscópico de mayor frecuencia utilizada predominó que al 61.3% forrest III.

Objetivo: 4**Establecer asociación de la terapia más utilizada de acuerdo al diagnóstico de los pacientes en estudio**

		Hallazgo endoscópico				Total
		Forrest Ib	Forrest II b	Forrest IIC	Forrest III	
establecer la relación de la terapia más utilizada de acuerdo al diagnóstico	Argón Plasma	0	0	0	11	11
	Inyectoterapia	0	0	1	8	9
	Ligadura	3	2	1	0	6
	Ninguno	5	0	0	0	5
Total		8	2	2	19	31

En cuanto a la terapia utilizada al diagnóstico establecido predominó que al 35.4% se realizó argón plasma, seguido inyectoterapia. 29% y ligadura de varices esofágicas con un 19.3%.

		terapia más utilizada de acuerdo al diagnóstico	Hallazgo endoscópico
establecer la relación de la terapia más utilizada de acuerdo al diagnóstico	Coefficiente de correlación	1.000	-.871**
	Sig. (bilateral)	.	.000
	N	31	31
Hallazgo endoscópico	Coefficiente de correlación	-.871**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.
	N	31	31

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a la relación entre la terapia utilizada de acuerdo al diagnóstico y el hallazgo endoscópico se encontró que Forrest III es el hallazgo más encontrado a los que no se les realizó terapia.

Correlación entre factores asociados y hallazgo endoscópico.

			Factores asociados	Hallazgo endoscópico
Rho de Spearman	Factores asociados	Coeficiente de correlación	1.000	.868**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	31	31
	Hallazgo endoscópico	Coeficiente de correlación	.868**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	31	31

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Correlaciones de Hallazgo endoscópico y terapia utilizada

		Hallazgo endoscópico	terapia más utilizada
Hallazgo endoscópico	Correlación de Pearson	1	-.884**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	31	31
terapia mas utilizada de acuerdo al diagnostico	Correlación de Pearson	-.884**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	31	31

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

X. Discusión.

En los pacientes atendidos por hemorragia digestiva alta, en los hallazgos y terapia endoscópica pudimos encontrar que:

En cuanto a la edad de los pacientes estudiados se presentó una media de 31 años con límite inferior de 20 años y límite superior de 64 años.

En cuanto al sexo predominó el sexo Masculino con un 80,6% seguido del femenino con un 19.4%

Este hallazgo no coincidió con estudio realizado en Camagüey en junio de 2010 por Dr. Alberto González. Donde se refleja que en general el riesgo de sangrado se incrementa en relación al grupo etáreo donde es proporcional en relación al aumento de la edad.

Concuerda totalmente con el hecho que el sexo masculino es el más frecuente.

En cuanto a los factores de riesgo asociado a sangrado de tubo digestivo predominó el alcoholismo más tabaquismo con un 48.3% seguido de los AINES siendo el ibuprofeno, seguido del alcoholismo con un 22.5 %.

Este hallazgo no concuerda con la literatura donde se plantea que la ingestión de bebidas alcohólicas es el factor de riesgo más encontrado.

En cuanto hallazgo endoscópico de acuerdo a su clasificación predominó en 61.3% Forrest III., seguido de Forrest Ib 25.8%, y de Forrest II b y IIc con 6.5% respectivamente.

Este hallazgo concuerda con el estudio realizado por el Dr. Luis Fernando Granera Gutiérrez Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016 donde se aprecia que un 61% corresponde al forrest III.

En cuanto a la relación entre la terapia más utilizada de acuerdo al diagnóstico establecido de los pacientes en estudio predominó 35.4% se realizó Argón plasma seguido de Inyectoterapia 29% y ligadura de varices esofágicas con 19.3%.

Este hallazgo concuerda con tesis doctoral realizada por Dra. Rita Jimenez Rosales, universidad de Granada en 2018, en la que el 28% predominó la inyectoterapia como terapia endoscópica aportó las evidencias estadísticas de un valor de $p=1$ el cual se encontró que el nivel crítico de comparación $\alpha=1$ esto indica que se obtuvo una respuesta estadística perfecta positiva a los factores asociados con los hallazgos endoscópicos de acuerdo a su clasificación.

Conclusiones.

El presente estudio sobre hallazgos y terapia endoscópica en hemorragia digestiva alta, en paciente, hospital escuela Carlos Roberto Huembes, abril 2017 a enero 2019 se recolectó información a través de la ficha de datos.

En cuanto a la edad de los pacientes estudiados se presentó una media de 41 años con una mediana de 31 mínimo de 20 y máximo de 64 años.

En cuanto al sexo predominó el sexo Masculino con un 80,6% seguido del femenino con un 19.4%

En cuanto a los factores de riesgo asociado a sangrado de tubo digestivo predominó el alcoholismo más tabaquismo con un 42.9% seguido de los AINES, el ibuprofeno seguido del alcoholismo con un 25 %.

La prueba de correlación de Pearson (bilateral), aportó las evidencias estadísticas de un valor de $p= 1$ el cual se encontró que el nivel crítico de comparación $\alpha= 1$, esto indica que se obtuvo una respuesta estadística perfecta positiva a los factores asociados con los hallazgos endoscópico de acuerdo a su clasificación.

En cuanto a la terapia utilizada al diagnóstico establecido predominó que al 46% no se le realizó ninguna terapia, seguido ligadura de varice con un 28.6 % Inyectó terapia con un 14.3 % y la argón plasma con un 10%.

En cuanto a la clasificación de riesgo predominó el alto con un 53.6 Seguida del bajo con un 46%. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). En el contexto la prueba de correlación de Pearson indicó una correlación alta significativa en la terapia utilizada de acuerdo a la clasificación con los hallazgos endoscópicos.

XII. Recomendaciones.

Al Hospital

1. A la institución hospitalaria la realización de un protocolo de evaluación del riesgo de sangrado de tubo digestivo alto según hallazgos endoscópicos de pacientes según clasificación de Forrest a pacientes que acuden a la consulta externa.
2. Es recomendable que el hospital realice campañas de concientización en la consulta de los servicios que atienden a los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto, para lograr la disminución de hábitos tóxicos, tales como ingesta de alcohol y hábito tabáquico así como uso racional de AINES que precipiten la misma dado su alta correlación.
3. Recomendamos que los médicos encargados de garantizar terapias óptimas oportunas según los hallazgos endosc

A docencia:

1. La unidad de docencia la realización de capacitaciones continuas a personal encargado de atención de estos pacientes para consejería e prevención de riesgos.

Al servicio medicina Interna:

1. El personal encargado debiera de realizar estratificación de riesgo oportuna para identificar riesgo de sangrado de tubo digestivo con la adecuada caracterización de perfil de pacientes.

XIII. Bibliografía.

- A., F. (1998). *Harrison principios de medicina interna*. México: Mc Graw-Hill.
- Blanco, Z. (2015). *sangrado tubo digestivo alto*. managua.: nueva.
- C., M. (2012). *Hallazgo clínico endoscópico de pacientes de 12 a 30 años con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresado en HEODR enero 2012*. León.
- Callejas, C. (2018). *Sangrado digestivo alto*. Santiago, Cuba: La editorial.
- Gutiérrez, L. F. (2016.). *Correlacion de presentacion clinica y hallazgos endoscópico*. Managua.
- Hernández, R. F. (2014). *Metodología de la investigación*. México.: Mc Graw- Hill.
- López, J. P. (2006). *Metodología de la investigación científica*. Managua.
- Ortiz, R. G. (2017). Procedimiento endoscopico y terapia antitrombotica . *Vision Actual*, 21-40.
- P., M. (2019). *Práctica clinica de gastroenterología y hepatología CTO*. México.
- RA, H. (2017). Value of centraliced approach in the manegement of melena and haematemesis. *Debogne*, 312.
- Ramos, J. F. (2019). *Medisan* , 5.
- Seagal, W. (2002). Hemorrhage from the upper gastrointestinal trzact in older people. *AMJ gastroenterology* , 42/46.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Analizar hallazgos y terapias endoscópicas en pacientes que asisten al Hospital Carlos Roberto Huembes abril 2017 - enero 2019.

1. Nombre:

2. Ficha No:

3. Fecha de realización del estudio:

4. Edad:

5. Sexo: Fem. Masc.

6. Antecedentes Patológicos Personales:

Factores asociados a sangrado de tubo digestivo alto de los en pacientes en estudio.

7. Hábitos Tóxicos:

. Alcohol Inicia Termina: Gradiente:

. Fumado: Si___ No_____ IT:

. Otras drogas

Uso de medicamentos

AINES

Corticoides_____

Anticoagulantes _____

8. Hallazgos Endoscópico:

- Várices Esofágicas:

-Várices Gástricas:

- Várices gastroesofágicas:

Hemorragia Digestiva Alta no Variceal:

- Úlcera gástrica
- Úlcera duodenal
- Úlcera gastroduodenal
- Síndrome de Mallory Weiss
- Lesión neoplásica
- Defectos hemostáticos
- Gastritis erosiva:
- Infección por Helicobacter Pylori.

¿OTROS? _____

¿Cuál? _____

12. Clasificación:

13. Terapia más utilizada.

Escala de Baylor Bleeding Score

	Valores				
	1	2	3	4	5
Escala Preendoscópica					
Edad (años)	30 - 49	50 - 59	60 - 69		≥ 70
Número de enfermedades	1 - 2			3 - 4	> 5
Severidad de la enfermedad				Crónica	Aguda
Escala endoscópica					
Sitio del sangrado				Pared posterior del bulbo	
Estigma de sangrado	Coágulo		Vaso visible		Sangrado activo

Escala de Cedars-Sinai Medical Centre Predictive Index (CSMCPI)

Valores	Hallazgos en la panendoscopia	Tiempo	Estado hemodinámico	Comorbilidad
0	Úlcera sin estigma de sangrado, desgarro de Mallory -Weiss no sangrante, enfermedad erosiva, panendoscopia normal	> 48 h	Estable	≤ 1
1	Úlcera con un coágulo o mancha hemática adherente, enfermedad erosiva con estigma de sangrado reciente, angiodisplasia	< 48 h	Intermedio	2
2	Úlcera con vaso visible no sangrante o estigma de sangrado activo	En el hospital	Inestable	3
3				≥ 4
4	Hemorragia persistente, varices Cáncer del tubo digestivo superior			

Escala de Progetto Nazionale Emorragia Digestiva (PNED)

valores	1	2	3	4
Variables	ASA 3 Tiempo de admisión < 8 h	Hb ≤ 7 g/dL Edad ≥ 80 Fallo renal	Resangrado ASA 4 Neoplasias Cirrosis hepática	Fallo del tratamiento endoscópico

Escala de Cedars-Signai Medical Centre Predictive Index (CSMCPI)

Valores	Hallazgos en la panendoscopia	Tiempo	Estado hemodinámico	Comorbilidad
0	Úlcera sin estigma de sangrado, desgarro de Mallory –Weiss no sangrante, enfermedad erosiva, panendoscopia normal	> 48 h	Estable	≤ 1
1	Úlcera con un coágulo o mancha hemática adherente, enfermedad erosiva con estigma de sangrado reciente, angiodisplasia	< 48 h	Intermedio	2
2	Úlcera con vaso visible no sangrante o estigma de sangrado activo	En el hospital	Inestable	3
3				≥ 4
4	Hemorragia persistente, varices Cáncer del tubo digestivo superior			

TABLA 3. Correlación entre la clasificación de Forrest, hallazgos endoscópicos y el riesgo de recidiva hemorrágica*

Clasificación de Forrest	Visión endoscópica	Recidiva hemorrágica
Hemorragia activa		
Ia	Hemorragia en chorro	55%
Ib	Hemorragia en babeo	
Hemorragia reciente		
IIa	Vaso visible	43%
IIb	Coágulo adherido	22%
IIc	Hematina	7%
Hemorragia sin signos de sangrado		
III	Base limpia de fibrina	2%

Tabla 6. Escala de Rockall.

Variable	Puntuación 0	Puntuación 1	Puntuación 2	Puntuación 3
Edad	< 60 años	60-79 años	> 80 años	> 80 años
Comorbilidad	Ninguna mayor	Ninguna mayor	Cualquiera excepto: falla renal, hepatopatía, cáncer metastásico.	Falla renal, hepatopatía, cáncer metastásico.
Origen de la hemorragia	Mallory Weiss Sin lesión ni hemorragia reciente.	Todos los otros diagnósticos (esofagitis, estigmas várices...).	Malignidad enfermedad ulcerosa,	Malignidad
Choque	Sin choque o TAS > 100 mmHg o FC <100 lpm	FC > 100 lpm o TAS < 100 mmHg.	TAS < 100 mmHg	TAS < 100 mmHg
Estigmas sangrado reciente	Ninguna o mancha plana.	Ninguna o mancha plana.	Coágulo adherido, vaso visible, hemorragia en chorro.	Coágulo adherido, vaso visible, hemorragia en chorro.

Tabla 7. Escala de Glasgow-Blatchford.

Puntaje	0	1	2	3	4	5
Hb hombre (g/l)	--	> 12 o < 13	>12 o < 13	> 10 o < 12	> 10 o < 12	< 10
Hb mujer	--	> 10 o < 12	>10 o < 12	> 10 o < 12	> 10 o < 12	< 10
BUN mmol/lt	--	--	> 6.5 o < 8	> 8 o < 10	> 10 o < 25	> 25
TAS mmHg	--	100-109	90-99	< 90	< 90	< 90
FC	--	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100
Melena	--	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Síncope	--	--	Sí	Sí	Sí	Sí
Hepatopatía crónica	--	--	Sí	Sí	Sí	Sí
Insuficiencia cardíaca	--	--	Sí	Sí	Sí	Sí