



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**Tesis para optar al título de especialista en Medicina Interna.**

**Perfil clínico del sangrado de tubo digestivo alto, en pacientes del Hospital Escuela**

**Carlos Roberto Huembés, abril del 2017 - diciembre del 2018.**

**Autor:**

Dr. Israel Antonio Alemán Matamoros.

**Tutor:**

Inspector. Dr. Juan Pablo Hernández

Especialista en Medicina Interna

**Asesor metodológico:**

Lic. Dora Florián Montiel

Master en Epidemiología.

**Managua, Nicaragua, 2020**

## **DEDICATORIA**

### **A Dios**

Por permitirme llegar hasta el día de hoy en compañía de personas especiales y ser la principal ayuda para cumplir mi sueño de ser especialista.

### **A mis padres:**

Por ser los pilares fundamentales de mi vida, por su abnegación, perseverancia para formar en mí lo que hoy en día soy; un profesional con valores y principios.

### **A mis familiares:**

Ya que en el camino encuentras personas que iluminan tu vida, que con su apoyo alcanzas de mejor manera tus metas, a través de sus consejos, de su amor, y paciencia, y de una u otra forma han contribuido en mi formación personal y profesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo merecen reconocimiento especial.

A Dora Florián Montiel por el tiempo dedicado, empeño y orientaciones desde el punto de vista metodológico para la realización de este trabajo.

A las autoridades del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés por facilitar la realización de éste trabajo.

Al personal de estadística por la disposición inmediata al facilitar los expedientes clínicos

## **OPINIÓN DEL TUTOR.**

En Nicaragua 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.

Es por eso que considero que el trabajo de investigación del Dr. Israel Alemán Matamoros que lleva por título: “Perfil clínico del sangrado de tubo digestivo alto, en pacientes del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, abril del 2017 - diciembre del 2018”, es una herramienta útil para que recordemos como profesionales de la salud las principales manifestaciones clínicas y la importancia del adecuado manejo médico de dichos pacientes.

Inspector Dr. Juan Pablo Hernández Henríquez  
Especialista en Medicina Interna

## **RESUMEN**

Con el objetivo de determinar el perfil clínico y causas más frecuentes del sangrado de tubo digestivo alto en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés en el periodo abril del 2017 – diciembre del 2018, se realizó un estudio descriptivo, correlacional, retro-prospectivo y analítico, con una muestra de 45 casos. Se realizó una revisión del expediente clínico indagándose características sociodemográficas, antecedentes patológicos y hábitos personales, causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta y las manifestaciones clínicas de los pacientes en estudio

Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS 24. De forma general se observó que existe un predominio del sexo masculino (70%) con edades entre 41-50 años, procedentes del casco urbano.

En cuanto a los hábitos tóxicos se encontró que el 66%, de los pacientes estudiados consumían alcohol. También es de destacar que en un gran porcentaje (37%) se halló patología asociada, lo cual puede tener una correlación directa con la patología digestiva.

A pesar de que la hemorragia digestiva alta puede tener muchas causas, la mayoría de los episodios de sangrado se deben a un tipo reducido de lesión. En nuestro estudio, la causa más frecuente fue por ulcera gástrica (60 %).

En conclusión los pacientes mayores de edad y del sexo masculino presentaran mayor riesgo, los antecedentes que tuvieron mayor asociación fueron aquellos relacionados con las enfermedades ácidos pépticas y las patología que podría relacionarse con polifarmacia, especialmente AINES.

## **INDICE**

Aprobación del asesor metodológico

Dedicatoria

Agradecimientos

Opinión del tutor

Resumen

INTRODUCCIÓN.....	7
ANTECEDENTES.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVOS.....	15
MARCO TEORICO.....	16
HIPOTESIS.....	30
DISEÑO METODOLOGICO.....	31
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36
RESULTADOS.....	40
DISCUSION.....	49
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	56

## **I. INTRODUCCIÓN**

La Hemorragia Digestiva Alta es una emergencia médico quirúrgica que continúa teniendo una elevada mortalidad a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años. Constituye un problema frecuente en el mundo y es considerada causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos étnicos.

En la actualidad para hacer la evaluación básica de la etiología, el tratamiento y el pronóstico de un paciente con hemorragia digestiva alta es necesario contar con la realización al ingreso de una endoscopia para lograr así realizar un abordaje adecuado para lograr el mejor pronóstico y reducir el tiempo de estancia hospitalaria del paciente. (Barkun , AN; Bardou, M; Kuipers, EJ; Sung , J; Hunt, RH; Martel , M; Sinclair, P, 2010)

Entre las causas más frecuentes que se han encontrado de hemorragia digestiva alta en estudios multicéntricos internacionales y nacionales se encuentran la úlcera péptica, gastritis erosivas, várices esofágicas, esofagitis, tumores del estómago y esófago, traumatismos y el síndrome de Mallory-Weiss. (Huangjq, Sridhar, & Huntrh, 2002)

Como institución es importante conocer el perfil clínico y las causas más frecuentes del sangrado de tubo digestivo alto de los pacientes que asisten al Hospital Carlos Roberto Huembés, para intervenir oportunamente y realizar toma de decisiones, para iniciar lo más pronto su evaluación y tratamiento médico.

Con este estudio se pretendió identificar las características sociodemográfica y determinar los antecedentes patológicos personales como también describir las causas y manifestaciones clínicas de los pacientes que presentaban sangrado de tubo digestivo alto ,

realizándose un estudio cuali-cuantitativo de corte trasversal descriptivo y analítico, y así poder tomar las medidas necesarias en cuanto a frecuencia de las diferentes causas de sangrado.

Fue importante como institución médica la realización de este trabajo ya que traerá buenos resultados para el paciente y para el hospital.



## **II. ANTECEDENTES**

A nivel internacional se han realizado varios estudios dirigidos al tema de sangrado de tubo digestivo alto, dentro de los cuales se destacan:

Un estudio con ingresos al servicio de la unidad de terapia intermedia del Hospital Militar Central Dr. “Luis Díaz Soto” Cuba. El diagnóstico se realizó por la presencia de melena y en todos se obtuvo la confirmación endoscópica de la lesión. Los mayores de 56 años fueron los que más frecuencia demostraron, asociado al hábito de fumar, la ingesta de café o té y los antecedentes de gastroduodenopatía. En el estudio se obtuvo una mortalidad del 2.89% que representa 28 defunciones, de las cuales, 13 correspondían a sangrado por várices esofágicas (Crespo Acebal, Gil Manrique, Padron Sanchez, Rittoles Navaro, Villa Valdes, 2002).

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde se revisaron los pacientes fallecidos por sangrado digestivo alto, en el Hospital Enrique Cabrera, México D.F. 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.

Los diagnósticos etiológicos se demostraron mediante estudios endoscópicos o por medios quirúrgicos; los sangrados varicosos se presentaron en un 33.0%, seguido de la gastroduodenitis hemorrágica (29.0%) y las úlceras gastroduodenales (16.0%). (Cruz Alonso, Anaya Gonzalez, Pampin Camejo, Perez Blanco y Lapategui Cabezas, 2008)

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 88 pacientes con diagnóstico de sangramiento digestivo alto ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba. Los diagnósticos más frecuentes fueron: úlcera duodenal (22, para 41,5%) y gastritis aguda erosiva (14 para 26,4%). La mayoría de los pacientes 82 (93,2 %) mejoraron con el tratamiento y solo 6 fallecieron (6,8%). (Casamayor Callejas, Rodriguez Fernández, Goderich Lalan, 2010)

Realizaron un estudio en el Hospital Alemán Nicaragüense en Managua, Nicaragua; sobre sangrado de tubo digestivo en quienes llegaron al resultado que las edad más frecuentes fue la de 50 años, la causa más frecuente de hemorragia fue la enfermedad acido péptica. (Dr Borge y Dra Cruz, 1995)

En un estudio se serie de casos se revisaron 50 expedientes concluyendo que la edad promedio se encontraba entre 47 y 50 años con 42% el sexo masculino con un 70% y la causa más frecuente de sangrado fueron las varices esofágicas, el 75% de los pacientes eran alcohólicos y 72% eran fumadores (Dr. Blandon y Dr. Ruiz, 1997) Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, Managua, Nicaragua.

Se estudió las causas de sangrado de tubo digestivo alto, llegó al resultado de que la edad más afectada fue la de 31 a 40 años y predominó el sexo masculino y los factores de los antecedentes patológicos fueron alcoholismo 80%, Cirrosis hepática 43% y el tabaquismo el 40% (Dra. Campos, 1999) Hospital Manolo Morales. Managua, Nicaragua.

En el estudio sobre el abordaje del sangrado en tubo digestivo en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Alemán, encontraron como resultados, que

las edades mayores de 50 años predominaban con un 49%, el 56% de estos pacientes eran consumidores de alcohol y el 37.5% hipertensos y el 30% diabéticos, los síntomas, más frecuentes encontrados fueron las varices esofágicas seguidos de la úlcera duodenal (Dra Zepeda y Dra Morales, 2002)

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Haciendo búsqueda de estudios científicos similares a nivel local de nuestra institución no existen estudios similares que evalúen el perfil clínico del sangrado de tubo digestivo de nuestros pacientes, lo que motiva a profundizar en ésta temática.

A pesar de que nuestra institución cuenta con la atención de Gastroenterología no existe un documento formal, la atención de esta patología sería más eficiente y beneficiosa si se contara con un protocolo de tratamiento que mencione el perfil clínico del sangrado de tubo digestivo alto, por lo cual se pretende que el presente estudio, sirva de base para obtener una información como punto de partida de la problemática y que esto contribuya a plantear la necesidad de forma imperativa la protocolización de atención que permita identificar de forma oportuna esta problemática con el fin de consensuar medidas a favor del bienestar del paciente.

El Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes es un hospital general que brinda atención a personas aseguradas como a personas que buscan atención privada en nuestro hospital se ha observado un número creciente de casos diagnosticados con sangrado de tubo digestivo alto por lo tanto, la identificación de características y antecedente así como factores de riesgo se darán a conocer al personal médico en pro de la calidad de atención de dichos pacientes , tomando en cuenta las implicaciones que tiene sobre la calidad de vida de los pacientes su morbimortalidad y costos socioeconómicos.

La importancia radica en determinar el perfil clínico y causas más frecuentes de sangrado de tubo digestivo alto lo que servirá de base para futuras investigaciones, ya que este da su aporte científico al mundo académico y de los servicios médicos policiales y por consiguiente al desarrollo de la salud pública del país.

Este estudio sienta las bases holísticas y sistémicas, para mejorar la forma de investigar esta problemática compleja. Es un estudio de investigación con enfoque mixto (Cualitativo). El cual beneficiara en base a los resultados las modificaciones en cuanto a conducta terapéuticas adecuadas en al abordaje con esta patología.

A pesar de que se posee con una unidad endoscópica para hacer un diagnóstico, no contamos con estudio en esta institución que nos oriente sobre manejo de esta patología que nos ayude a determinar diagnóstico, pronóstico y así disminuir gastos por días de hospitalización así como los elementos de prevención de esta enfermedad, por lo que es relevante documentar la casuística y los hallazgos observado en esta unidad asistencial. Dado que esta investigación permitirá ampliar y profundizar los conocimientos sobre el comportamiento clínico y descripción de las posibles causas correlacionada a esta enfermedad, ayudará a determinar el diagnóstico, pronóstico, así como los elementos de prevención de esta enfermedad, así como de la implementación para la realización de un protocolo de atención para los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto, lo que mejoraría la calidad de atención en éstos pacientes.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La hemorragia en el tubo digestivo tiene una incidencia a nivel mundial de 100 a 150 casos por cada 100000 habitantes, el 10 % mortalidad a nivel mundial, con una tasa de sobre vida global del 70 %. En el 30 % de los casos la enfermedad se diagnostica en estadios avanzados lo que predispone a la alta tasa de mortalidad.

En el servicio de Medicina Interna del Hospital Carlos Roberto Huembés, el sangrado de tubo digestivo alto es una causa importante de morbilidad, se encuentran documentado los procedimientos en un numero de 4 a 6 casos por mes, que dependiendo de la complejidad y factores de riesgo agregados dan como resultado complicaciones que pueden llevar hasta la muerte de los pacientes.

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio: ¿Cuál ha sido el perfil clínico y causas más frecuentes del sangrado de tubo digestivo alto en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Carlos Roberto Huembés en el periodo abril del 2017 - diciembre del 2018?

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación.

1. ¿Cuáles son las características socio demográfica de la población en estudio?
2. ¿Cuál es la relación existente entre los antecedentes patológicos personales de la población en estudios?
3. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de hemorragia digestiva y las manifestaciones clínicas de los pacientes en estudio?
4. ¿Cuáles son las correlaciones existentes entre los factores de riesgo y las principales causas de sangrado de los pacientes en estudio?

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar el perfil clínico y causas más frecuentes del sangrado de tubo digestivo alto en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo abril del 2017 - diciembre del 2018.

### **Objetivo específicos**

- 1- Identificar las características socio demográfica de los pacientes hospitalizados por sangrado digestivo alto en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. en el periodo abril del 2017 - diciembre del 2018.
- 2- Asociar la relación existente entre los antecedentes patológicos personales y manifestaciones clínicas de los pacientes hospitalizados por sangrado digestivo alto en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. en el periodo abril del 2017 - diciembre del 2018.
- 3- Describir las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta de los pacientes hospitalizados por sangrado digestivo alto en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. en el periodo abril del 2017 – diciembre del 2018.
- 4- Correlacionar los factores de riesgo de los pacientes con las principales causas de sangrado a nivel del tracto digestivo alto en los pacientes hospitalizados por sangrado digestivo alto en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. En el periodo abril del 2017 - diciembre del 2018.

## **VI. MARCO TEÓRICO**

El sangrado digestivo alto es comúnmente definido como una hemorragia que involucra al tracto gastrointestinal. La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión situada en el tracto gastrointestinal, en un punto localizado por encima del ángulo de Treitz. Representa una de las condiciones clínicas más prevalentes en los Servicios de Urgencia hospitalaria y de gastroenterología, con una incidencia que varía, según el área estudiada, entre 48 y 160 casos por 100.000 habitantes al año. Las lesiones de origen péptico son su causa más frecuente. (Barkun , AN; Bardou, M; Kuipers, EJ; Sung , J; Hunt, RH; Martel , M; Sinclair, P, 2010)

La HDA se manifiesta habitualmente en forma de hematemesis o deposiciones melénicas. Se denomina hematemesis al vomito de sangre fresca, coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros (“poso de café”) y melena a la emisión de heces de color negro intenso y brillante, blandas y muy malolientes. La melena requiere de una extravasación de al menos 60-100 ml de sangre en el tubo digestivo alto. La hematoquecia es la exteriorización, a través del ano, de sangre roja fresca o de color rojo oscuro. El color de las heces no siempre es un indicador fiable del origen de la hemorragia. Así, la melena puede aparecer en hemorragias procedentes del intestino delgado o del colon derecho, especialmente si existe un tránsito lento. (Bobadilla, J; Vargas Vorackova, F; Gomez, A; Villalobos, JJ, 1996)

En los últimos años se ha modificado el patrón epidemiológico de la hemorragia gastrointestinal. Así, en nuestro medio se ha constatado un discreto descenso de la incidencia de HDA y un aumento de la incidencia de hemorragia digestiva baja (HDB). La



hemorragia de origen varicosa no es de las más frecuentes, pero sus tasas de morbilidad y mortalidad son particularmente elevadas.

Tomando en cuenta estas consideraciones dividiremos este capítulo en tres apartados principales que harán referencia a la HDA de origen péptico, a la HDA varicosa y a la HDB. (Ciociola, Mc Sorley, Turner, Sykes, Palmer, 2009)

## CLASIFICACIÓN

La hemorragia digestiva se puede clasificar de varias maneras:

### 1.- TOPOGRAFICA.

- a. Hemorragia digestiva alta o superior, aquella que sucede entre el ángulo duodeno-yeyunal (Treitz) y la boca.
- b. Hemorragia digestiva baja o inferior, aquella que sucede entre el ano y la válvula ileocecal.
- c. Hemorragia digestiva de origen oscuro, aquella que sucede entre el ángulo duodeno-yeyunal (Treitz) y la válvula ileocecal. (Llamada así por la dificultad para el diagnóstico.)

### 2.- POR SU MAGNITUD

- a.- Leve, cuando es menor al 10% del volumen circulante.
- b.- Moderada, entre el 10 y el 20% del volumen circulante
- c.- Severa o masiva, cuando es mayor del 20% de la volemia.

### 3.- POR SU CURSO CLÍNICO.

- a.- Aguda
- b.- Crónica.

## ETIOLOGÍA.

Son muchas las causas de la hemorragia digestiva, para poderlas estudiar, se dividen en altas, bajas y oscuras, como ya fue mencionado y las del tubo digestivo alto se subdividen en variceal y no variceal. (Dr. Harrison , 2001)

Causas más frecuentes, en el tubo digestivo superior.

### A.- Hemorragia No Variceal

- Gastritis erosiva
- Úlcera péptica (gástrica o duodenal)
- Esofagitis
- Desgarro de la Unión (Mallory-Weiss)
- Cáncer (gástrico, esofágico o duodenal)
- Tumores benignos (Leiomioma, pólipos. Etc.)
- Anomalías vasculares (telangiectasias, angiomas, aneurismas, etc.)
- Cuerpos extraños.
- Parasitosis duodenales (Uncinariasis).
- Sangre proveniente del hígado y vías biliares (Hemobilia)
- Úlceras post-escleroterapia de lesiones.

### B.- Hemorragia Variceal

- Varices esofágicas
- Varices gástricas (Dr. Harrison , 2001)

Con frecuencia variable, dependiendo de la cantidad de sangre extravasada, estos hallazgos se acompañan de los propios de la hipovolemia y de la anemia aguda post-hemorrágica,

como palidez, taquicardia, sudor frío e hipotensión. Tampoco es excepcional que un paciente con HDA grave se presente con una clínica de síncope, ángor o disnea, antes de producirse la exteriorización hemorrágica. Esta forma de presentación traduce la existencia de un fallo de oxigenación cerebral, miocárdica o de insuficiencia respiratoria, que por sí solas, son indicativas de gravedad. (Gastroenterología de Marban, 2006)

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 aorto entérica, pólipos (gástricos, duodenales o esofágicos), tratamiento anticoagulante (hematomas intramurales), hemobilia (en ocasiones, como complicación de una biopsia hepática). (Laine L. , 2000)

Las principales lesiones vasculares que desencadenan sangrado digestivo alto son:

*Lesión de Dieulafoy:* se denomina así a una arteria anormalmente grande que erosiona la mucosa rompiéndose hacia la luz. La hemorragia puede ser masiva o recurrente. Su identificación es difícil salvo cuando está sangrando activamente o presenta un coágulo adherido.

*Ectasias vasculares:* Cabe destacar el hallazgo endoscópico denominado “*estómago en sandía*” consistente en ectasias vasculares gástricas localizadas a nivel antral que forman

trazos lineales. Se da fundamentalmente en personas mayores, del sexo femenino y a veces en el contexto de una cirrosis, aunque esta no es un factor indispensable. También se pueden encontrar ectasias vasculares secundarias, asociadas a enfermedades tales como pseudoxantoma elástico, Ehlers-Danlos y fallo renal. (Laine, L; Peterson , WL, 2004)

*Angiodisplasias:* o telangiectasias, son vasos dilatados a nivel de la mucosa y submucosa, generalmente múltiples, localizados preferentemente en colon derecho y que producen característicamente un sangrado autolimitado y crónico en el paciente anciano.

*Enfermedad de Rendu-Osler-Weber:* telangiectasia hemorrágica hereditaria con ectasia vascular y malformaciones arteriovenosas a nivel de tubo digestivo, cerebro, pulmones, piel y nariz. La principal manifestación de sangrado es la epistaxis.

*Malformaciones arteriovenosas:* estructuras vasculares dilatadas de pared fina, nodulares o sobre elevadas, muy poco frecuentes en el tubo digestivo y de probable origen congénito. (Capell, MS; Nadler, SC, 1995)

Dentro de las principales complicaciones del sangrado digestivo alto destacan:

La más relevante y afortunadamente poco frecuente (0,5 %) es la perforación, especialmente en úlceras de la cara anterior del duodeno.

La HDA secundaria a lesiones sangrantes que a su vez son complicaciones de la presencia de H T P, suelen presentar mayor severidad y peor pronóstico. Los pacientes con HDA y antecedentes o datos clínico-biológicos de hepatopatía deben ser evaluados y monitorizados con extrema precaución. (Depolo, Dobrila Dintinjana, Uravi , Grbas, & Rubini, 2001)

Las principales lesiones sangrantes son:

*Varices Esofagogástricas:* Las varices se presentan en el 50% de los cirróticos de los cuales un 30% presentarán un episodio de sangrado en los dos primeros años después del diagnóstico. (Dr. Rioseddy & Agalvez, 2011)

Tras un primer episodio el riesgo de resangrado aumenta hasta en un 70% a los dos años. Las varices gástricas pueden ser, extensión de varices procedentes de esófago, bien ser varices localizadas a nivel de fundus (varices fúndicas). Pueden aparecer varices gástricas aisladas como complicación de una trombosis de la vena esplénica secundaria a pancreatitis o traumatismos principalmente. (Dr. Ibañez, 2003)

*Úlcera péptica (UP):* Es la causa más frecuente de HDA constituyendo el 50% de los casos. Es más frecuente el sangrado procedente de la úlcera duodenal que de la úlcera gástrica. Como factores etiológicos más importantes de la hemorragia secundaria a úlcera péptica se encuentran el *Helicobacter pylori* (HP) y la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) siendo este último el más importante. El riesgo de una hemorragia digestiva por toma de AINES es dosis-dependiente y también se correlaciona con otros factores como son una edad mayor de 70 años, historia de UP y/o hemorragia digestiva y enfermedad cardíaca subyacente. (Farrell & Friedman , 2001)

*Síndrome de Mallory-Weiss:* se denomina así al desgarró a nivel de la unión gastroesofágica producido tras náuseas o vómitos intensos. Constituye entre un 5 y un 15% de los casos de HDA. Es característica la historia de náuseas y vómitos precediendo a la hematemesis en un paciente alcohólico. El sangrado es auto limitado en un 90% de los casos. El re sangrado es poco frecuente. (Friedman & Martin , 2003)

1. Los factores defensivos los podemos agrupar según su localización:

Pre-epiteliales (por encima del epitelio digestivo):

Mucus: Secreción formada por mucina, proteína muy resistente a la acción de las proteasas, que se encuentra en forma de gel muy adherida sobre el epitelio, para así disminuir el roce y la difusión a través de esta pared. Es secretado por las células caliciformes de las glándulas gástricas.

Bicarbonato ( $\text{HCO}_3^-$ ): Es secretado por las células caliciformes, en forma dependiente de la secreción ácida por cada protón secretado, se libera un  $\text{HCO}_3^-$ ). Permite mantener un PH neutro sobre el epitelio, para así evitar la retro difusión del ácido.

1.1 Epiteliales:

Capa de fosfolípidos.

Rápido recambio celular: las células epiteliales se renuevan cada 3-5 días.

1.2 Sub-epiteliales:

Angiogénesis: formación de vasos sanguíneos para mantener un buen flujo sanguíneo del epitelio digestivo y así favorecer una rápida reparación de daños superficiales de la cubierta epitelial.

Prostaglandinas (PG): las  $\text{PGE}_2$  y  $\text{PGI}_2$  estimulan la proliferación celular y la microcirculación. A su vez, actúan sobre los centros del SNC para disminuir la secreción de acetilcolina, que es un estimulador de la secreción ácida.

□ Factores de crecimiento: como EGF (factor de crecimiento epidérmico) y TGF- $\alpha$  (factor de crecimiento tumoral). También actúan estimulando la proliferación celular y la microcirculación. (Henry, Dobson , & Turner, 2003)

Los factores agresivos son los siguientes:

□ Pepsina: es una proteasa (digiere proteínas) que puede dañar el epitelio digestivo por su acción sobre las proteínas que lo componen. Es secretada por las células principales del estómago, en forma de pepsinógeno, que es transformado en pepsina por el pH ácido.

□ Ácido Clorhídrico (HCl): es secretado por el epitelio gástrico en respuesta a 3 estímulos principales: Histamina (el más importante, secretado por células enterocromafines), Gastrina (células G) y Acetilcolina (nervios intrínsecos). Estas sustancias tienen sus receptores en la membrana basal de las células parietales, que al ser estimulados, llevan a la secreción ácida por la membrana apical, mediante la H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPasa.

Se ha visto que las úlceras se ubican exclusivamente en áreas vecinas a la mucosa productora de ácido y que la supresión de la secreción ácida (mediante fármacos) se asocia generalmente a una rápida cicatrización de la úlcera (aunque recurre rápidamente al suspender el tratamiento). (Hernandez & Baptista C, 2014)

□ Infección por *Helicobacter Pylori* (Hp): actualmente es considerada la principal causa de úlcera péptica, a pesar de que el mecanismo exacto que la produce es desconocido. Es sabido que altera la regulación de la secreción ácida, ya que aumenta la secreción de gastrina (estimulante de la secreción de HCl) y disminuye la de somatostatina (inhibidora

de la secreción de gastrina). Además, produce gastritis y duodenitis, pero se ignora cómo ocurre la transformación de inflamación de la mucosa a una úlcera.

En la práctica se ha visto que al erradicar esta bacteria, se obtiene una rápida cicatrización de la úlcera (a pesar de no inhibir concomitantemente la secreción ácida), demostrando su papel patogénico. (Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus, 2012)

□ Anti-inflamatorios no esteroides (AINES) y Aspirina (AAS): son la segunda causa más frecuente de úlcera péptica (las personas que consumen AINES en forma crónica tienen 7 veces más riesgo de desarrollar úlcera).

El mecanismo de acción sería la inhibición de la secreción de prostaglandinas, que son una importante forma de protección de la mucosa gastroduodenal (favorecen la reparación epitelial ya que estimulan la proliferación celular y la microcirculación).

□ Otros factores: Serían menos importantes, pero se consideran factores de riesgo para desarrollar úlcera péptica:

a. Estrés fisiológico intenso: quemaduras, traumas del SNC, sepsis o cirugía mayor. Se asocian a la presencia de erosiones y úlceras.

b. Tabaco y alcohol: son agresores directos de la mucosa gástrica y al parecer el tabaco causa un retardo en la curación de las úlceras. Se considera consumo de riesgo de alcohol aquel que supera los límites del consumo moderado (o prudente) y que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento (Gunzerath y cols, 2004). El consumo de riesgo ha sido definido como un consumo casi



diario superior a 40gr de etanol al día en varones y superior a 24 gr de etanol al día en mujeres (Rehm y cols, 2004). Estas medidas son puntos de corte extraídos de estudios epidemiológicos que comparaban el riesgo de sufrir problemas de salud con los consumos de alcohol relatados por las personas entrevistadas. Un consumo superior a 40 gr al día (en varones) doblaba su riesgo de padecer: enfermedades hepáticas (el 60% presentan alteraciones hepáticas al cabo de 10 años), hipertensión arterial, algunos cánceres y para sufrir una muerte violenta. En mujeres, el consumo superior a 24 gr de etanol al día, aumenta el riesgo de padecer enfermedades hepáticas y cáncer de mama (Corrao y cols, 1999)

c. Estrés psicológico y factores dietéticos: tienen escasa relevancia.

*La hipertensión portal* se caracteriza por el aumento de la presión portal por sobre 15 mmHg. La presión portal normal es de 5-10 mmHg (3-5 mmHg > presión de cava inferior).

Clínica: Basta alguna de sus manifestaciones: circulación colateral, várices esofágicas, esplenomegalia, ascitis. (Huangjq, Sridhar, & Huntrh, 2002)

Clasificación:

1. Intrahepática, es la más frecuente y se produce en la cirrosis.
2. Suprahepática, por trombosis en el árbol vascular suprahepático.
3. Extrahepática, por obstrucción de la vena porta.

*Mecanismos de producción y mantención:*

1. Aumento de la resistencia: Se produce por tres mecanismos, dos de ellos de naturaleza anatómica (y generalmente irreversible) y el tercero de carácter dinámico:

- Fibrosis subendotelial de los sinusoides
  
- Distorsión del árbol vascular por nódulos y fibras de colágeno, en las etapas más avanzadas o cirrosis.
  
- Vasoconstricción sinusoidal. Este mecanismo da lugar a intervenciones farmacológicas.
  
- Aumento del continente: hay un componente anatómico y permanente que es la circulación colateral y otro dinámico y susceptible al intervenir farmacológicamente, que es la vasodilatación periférica.
  
- Aumento del contenido: aumento del volumen circulante. En el daño hepático crónico se desencadenan mecanismos que favorecen una retención indebida de sodio y agua por el riñón, como respuesta a una vasodilatación periférica generalizada. No está aclarado por qué mecanismo la enfermedad hepática produce esta vasodilatación.
  
- Aumento del flujo sanguíneo:

De los factores patogénicos de la HP, la fibrosis y la distorsión vascular que implica la cirrosis son, al menos en gran parte, irreversibles. Al contrario, hay tres factores dinámicos y por consiguiente susceptibles a la intervención farmacológica: la vasodilatación periférica, el aumento del volumen circulante y la vasoconstricción sinusoidal. (Villanueva C & al, 1998)

El aumento del volumen circulante se produce por la estimulación en el riñón de los mecanismos de retención de sodio y agua, como consecuencia de la vasodilatación periférica. La retención de sodio y agua es mediada por el aumento de la secreción de aldosterona y del sistema adrenérgico. La retención de agua pura es mediada por el aumento de la secreción de la ADH. (Quintana, JO; Avila Romero, HG; Galvan Roman, L; Lara Miranda, S; al., et, 2013)

La vasoconstricción sinusoidal depende de la activación de las células estrelladas. Como consecuencia de su activación, 1) se expresan proteínas contráctiles del citoesqueleto, con lo que adquiere capacidad contráctil. 2) Se expresan receptores para mediadores vasoactivos (endotelina, tromboxano A2, PGF2a, adrenomodulina, substancia P), 3) hay producción autocrina de endotelina-1 y de óxido nítrico. (Villanueva C & al, 1998)

Además de estas características, la ubicación perivascular de la célula estrellada explica como por este proceso fisiopatológico se adquiere un nuevo componente en la función de vasorregulación de la circulación hepática. (Kubba, Choudari, Rajgopal, Ghosh, & Palmer, 2007)

La vasoconstricción de los sinusoides que colabora al desarrollo y mantención de la HP es consecuencia del efecto de la endotelina sobre la célula estrellada. La endotelina proviene fundamentalmente de las células endoteliales. El factor que parece ser más importante para la secreción de endotelina son las endotoxinas (provenientes de la pared de las bacterias gramnegativas que habitan normalmente en el lumen intestinal). Las endotoxinas actúan directamente sobre la célula sinusoidal e indirectamente a través de la secreción de citoquinas por las células de Küpffer. (*Gastroenterologia*, 2006)

## **Factores de riesgo**

- Edad > 60 – 65 años.
- Patología concomitante (cirrosis hepática, alteraciones de la coagulación).
- Ingesta de fármacos (antiinflamatorios no esteroidales, anticoagulantes, ASPIRINA: Aproximadamente 130% más de riesgo de Hemorragia). (*Gastroenterología, 2006*)
- Antecedentes personales de úlcera. (*Harrison, 2001*)
- Sangrado anterior.
- Ingesta de alcohol. (*Gastroenterología, 2006*)

Grupos de Riesgo	Causa
Bajo riesgo	Mallory – Weiss; esofagitis; lesiones agudas.
Riesgo medio	Úlcera péptica
Alto riesgo	Várices esofágicas; origen no determinado, es decir no encontrar la causa.

Hernia de hiato: puede llegar a ser causa de importantes sangrados crónicos a partir de lesiones erosivas lineales. (*Gastroenterología, 2006*)

Esofagitis: es una causa rara de hemorragia aguda, aproximadamente un 2% del total. Cuando se produce suele ser secundaria a úlceras esofágicas (esofagitis grado IV).

*Otras causas de menor frecuencia y/o importancia son:*

*Gastropatía erosiva y hemorrágica:* son hemorragias subepiteliales y erosiones que se originan fundamentalmente en situaciones de ingesta de AINES, alcohol y stress (cirugía mayor, quemaduras importantes). Por lo general no ocurren sangrados significativos a no ser que terminen desarrollando úlceras.

*Duodenitis:* muy infrecuente.

*Neoplasias:* entre otros destacan carcinomas, linfomas, leiomiomas, leiomiomas, leiomiomas, carcinoide y pólipos adenomatosos. Son más propensos a producir sangrados crónicos ocultos que grandes hemorragias. (*Gastroenterología, 2006*)

*Hemobilia:* se produce de forma secundaria a traumas, biopsia hepática, litiasis, etc. El paciente puede manifestar clínica de ictericia, cólico biliar y HDA.

*Fístulas aorto-entéricas:* Se clasifican en primarias, menos frecuentes y originadas a partir de un aneurisma aórtico. Y las secundarias más frecuentes y que se originan principalmente a partir de prótesis aórticas (otra causa más rara son los cuerpos extraños). Comunican en el 75% con el duodeno La forma de presentación es fundamentalmente melenas o hematemesis. Es característico de las fístulas aortoentéricas la “hemorragia heráldica” en la que un sangrado auto limitado precede a una hemorragia masiva con un intervalo de tiempo que varía de horas a incluso meses.

## **VII. HIPOTESIS**

El perfil clínico podría tener un efecto significativo en el control de los pacientes hospitalizado con sangrado del tubo digestivo alto, en el servicio de medicina interna del hospital escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo abril del 2017 - diciembre del 2018. Siempre y cuando hayan sido diagnosticado y clasificado según las causas en menor número de comorbilidades más frecuentes

## **VIII. DISEÑO METODOLOGICO**

### ***8.1 Área y periodo de Estudio***

El área de estudio de la presente investigación fue el servicio de medicina interna. De los pacientes hospitalizados por sangrado de tubo digestivo alto del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, localizado en el departamento de Managua, situado en el nuevo pase desnivel de las piedrecitas.

### ***8.2 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 de correlación. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retro-prospectivo, por el período y secuencia del estudio es longitudinal y según el análisis y alcance de los resultados el estudio es analítico (Hernandez & Baptista C, 2014)

### ***8.3 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.

#### **8.4 Unidad de Análisis**

Tomando como referencia los objetivos del estudio y su alcance, la unidad de análisis de la presente investigación corresponde a los expedientes clínicos con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto del servicio de medicina interna en el periodo de estudio abril 2017- diciembre 2018.

#### **8.5 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 45 pacientes que fueron atendidos en el servicio Medicina interna en el periodo de tiempo comprendido abril 2017- diciembre 2018. El tamaño de la muestra seleccionada fue no probabilística, con 45 pacientes con sangrado de tubo digestivo alto se usó el muestreo aleatorio simple.

#### **8.6 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 aplicó ningún procedimiento para determinación del tamaño muestra o selección muestra, por lo que corresponde a un muestreo no probabilístico con el método aleatorio simple.



## **8.7 Criterios de selección de la muestra.**

### ***Criterios De Inclusión***

- Pacientes que ingresaron con sangrado de tubo digestivo alto
- Pacientes que se encuentren dentro del periodo de estudio.
- Pacientes que se encuentre información completa en el expediente clínico.
- Pacientes que cumpla todos los criterios de inclusión.
- Paciente debe encontrarse vivo durante el periodo de estudio.

### ***Criterios De Exclusión***

- Paciente que tenga expediente clínico con información incompleta.
- Pacientes que no se consigne con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto
- Pacientes que no cumplen todos los criterios de inclusión.

## **8.8 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 consiste 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.

### **8.8.1 Instrumento (ficha de recolección).**

Para la elaboración de la ficha se hizo una revisión de la literatura y se consultaron médicos con experiencia en el tema, se elaboró una ficha preliminar (piloto) y esta fue validada con

5 pacientes Una vez revisada e integrados los hallazgos de la validación se diseñó una versión final

### **8.8.2 Fuente de información**

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

### **8.8.3 Recolección de datos**

Previa autorización de las autoridades del hospital Carlos Roberto Huembes (dirección y docencia) para el acceso a la información del libro de registro de Hospitalización del servicio de medicina Interna Posteriormente se visitó admisión donde se solicitó los expedientes y se revisaron para llenar la ficha de recolección de datos. Este proceso se llevó a lo largo del 2017 y 2018.

## **8.9 Plan de tabulación y análisis estadístico.**

### **8.9.1 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)

## **8.10 Plan de Análisis**

### **8.10.1 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

### **8.10.2 Plan Estadístico.**

Se realizó en el software estadístico SPSS, v.24 para Windows.

Se realizaron variables numéricas continuas y las estadísticas respectivas con intervalos de confianza para variables numéricas.

También se realizó variables de categoría donde se le aplicaron pruebas no paramétricas con el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman y prueba de cramer para variables categóricas cualitativa

## IX. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

### Matriz de Operacionalización de Variables (Movi)

**Objetivo General.** Analizar el perfil clínico y causas más frecuentes del sangrado de tubo digestivo alto en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes.

Objetivos Específico	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos
				Ficha de Recolección (Expedientes)
<b>Objetivo Especifico 1</b> Identificar las características socio demográfica de la población en estudio.	<b>Características sociodemográfica</b>	1. 1. Edad	1.1.1 Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la recolección de la información	XX
		1.2. Sexo	1.2.1 conjunto de características biológicas físicas, fisiológica anatómicas que definen a los seres humanos.	XX
		1.3.Estado civil	1.3.1 Relación conyugal existente entre dos personas.	XX
		1.4. Procedencia	1.4.1 se refiere a la residencia habitual del paciente	XX

**Matriz de Operacionalización de Variables (Movi)**

**Objetivo General. Analizar el perfil clínico y causas más frecuentes del sangrado de tubo digestivo alto en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes.**

Objetivos Específico	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos
				Ficha de Recolección (Expedientes)
<b>Objetivo Especifico 2</b> Asociar la relación existente entre los antecedentes patológicos personales y las manifestaciones clínicas.	<b>Antecedentes patológicos</b>	1.1. Antecedentes patológicos	1.1.1 Información sobre la salud personal de cada persona	XX
		1.2. Antecedentes de hábitos tóxicos	1.2.1 Se refiere al historial de uso de drogas u otras sustancias	XX
		1.3. Manifestaciones clínicas	1.3.1 Se refiere a las condiciones clínicas con las que se puede presentar un paciente al iniciar un sangrado digestivo alto.	XX

**Matriz de Operacionalización de Variables (Movi)**

**Objetivo General.** Analizar el perfil clínico y causas más frecuentes del sangrado de tubo digestivo alto en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes.

<b>Objetivos Específico</b>	<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables, o Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Técnicas de Recolección de Datos</b>
				<b>Ficha de Recolección (Expedientes)</b>
<b><u>Objetivo Especifico 3</u></b> Describir las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta.	<b>Causas más frecuentes</b>	1.1. Causas de hemorragia digestiva	1.1.1 se refiere a las patologías más frecuentes que pueden provocar sangrado digestivo alto	XX

**Matriz de Operacionalización de Variables (Movi)**

**Objetivo General. Analizar el perfil clínico y causas más frecuentes del sangrado de tubo digestivo alto en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes.**

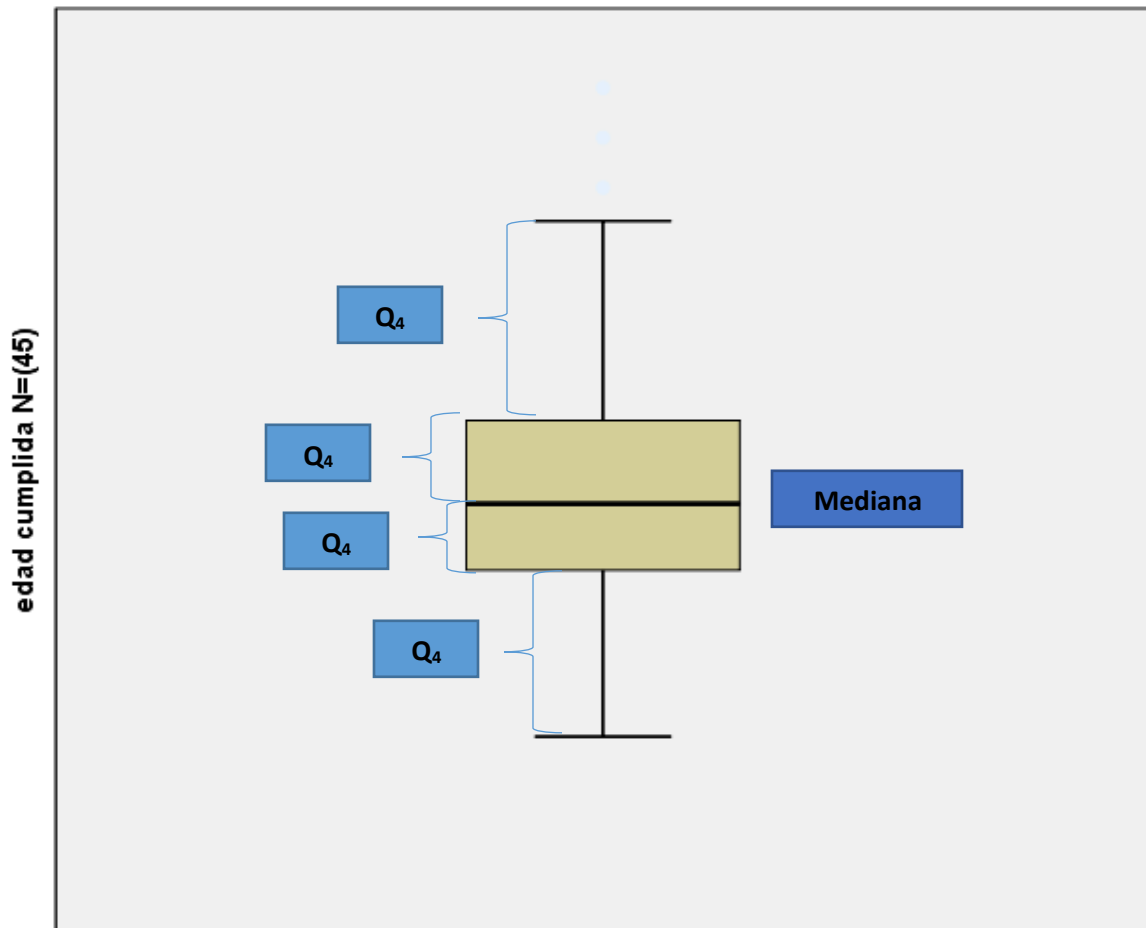
<b>Objetivos Específico</b>	<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables, o Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Técnicas de Recolección de Datos</b>
				<b>Ficha de Recolección (Expedientes)</b>
<b><u>Objetivo Especifico 4</u></b> Correlacionar los factores de riesgo con las principales causas de sangrado de los pacientes en estudio.	<b>Causas más frecuentes y antecedentes</b>	1.1. Factores de riesgo y antecedentes.	1.1.1 Se refiere al cruce de variable de interés clínico al combinar los factores de riesgo y las causas más frecuentes de sangrado digestivo de la población en estudio.	XX

## X. RESULTADOS

En base a los datos obtenidos de la investigación, les presentamos los siguientes resultados:

### 1. Características Sociodemográficas.

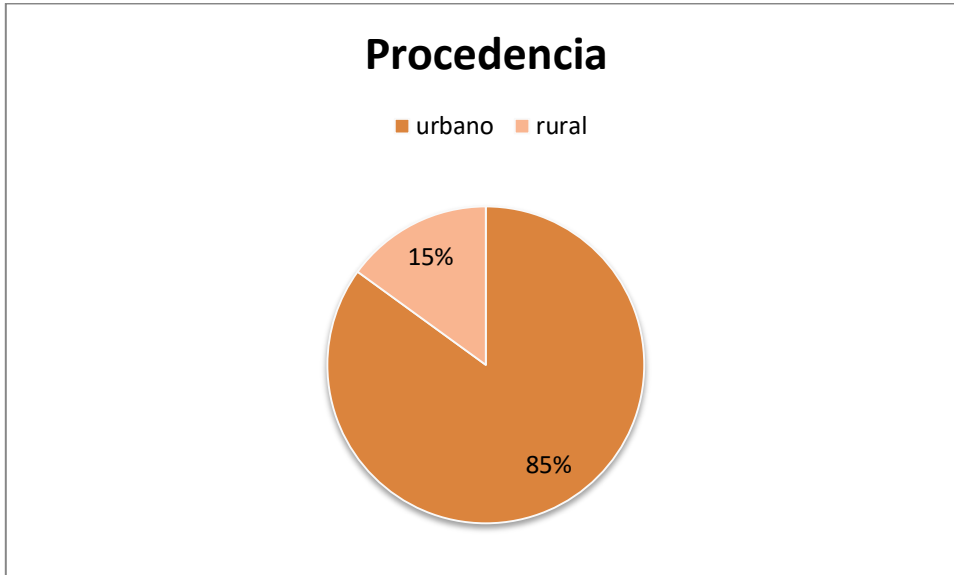
En cuanto a la edad de los pacientes estudiados se presentó una media de 44.33 años, con **mediana de 43**, moda bimodal siendo la de 41 la más baja con una desviación estándar de 8.099, con un rango de 39, mínimo de 29 y máximo de 68. (Tabla1)





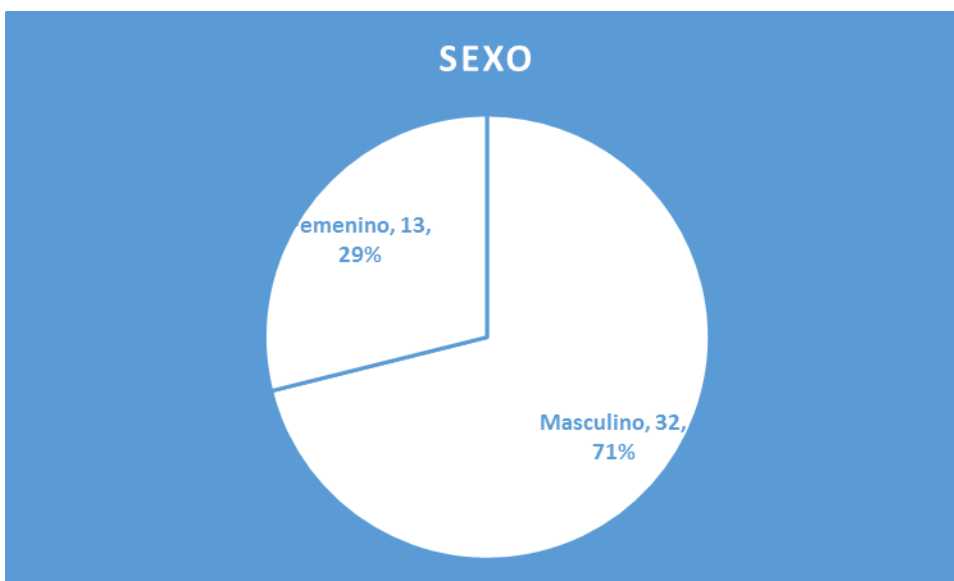
## Gráficos características sociodemográficas

**Grafico 1. Procedencia**



En cuanto al nivel de procedencia que predominó en de los pacientes estudiados fue el urbano con el 85%, seguido por el rural con el 15% rural. (Grafico 1)

**Grafico 2. Sexo**

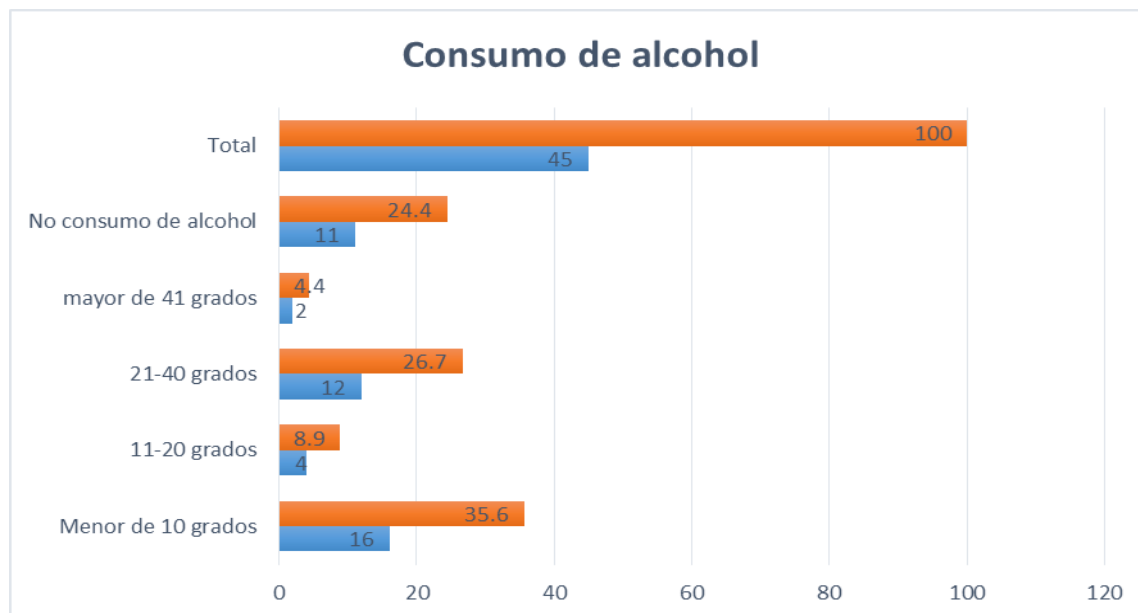


En relación al sexo predominó el masculino con el 71% (32), seguido del grupo femenino con el 29% (13).

Pudiéndose observar que en los grupos de edades predominó el sexo masculino con el 64% en edades de 41-50, 20% con edades de 31-40 y el 7% en mayores 61 años respectivamente.

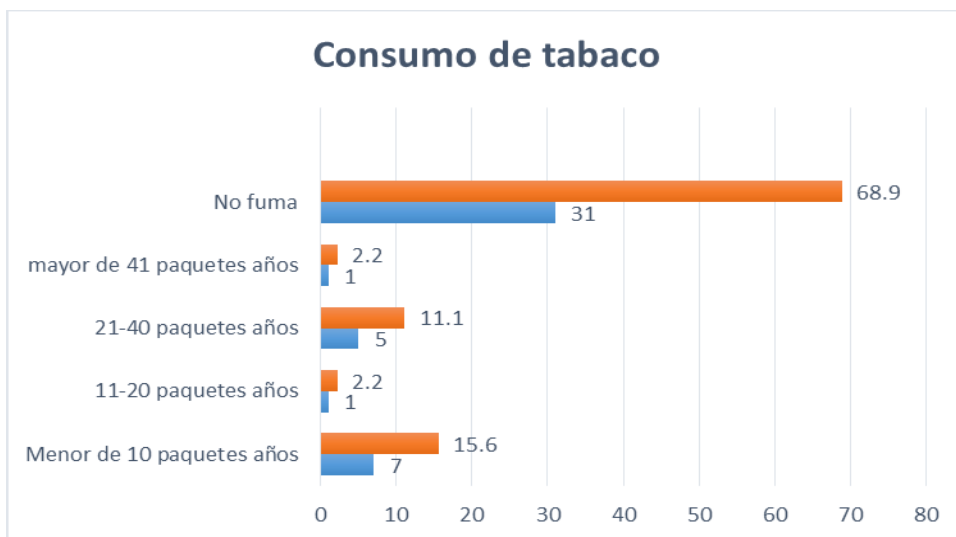
***Antecedentes patológicos personales de la población en estudios.***

**Grafico 3. Consumo de alcohol**



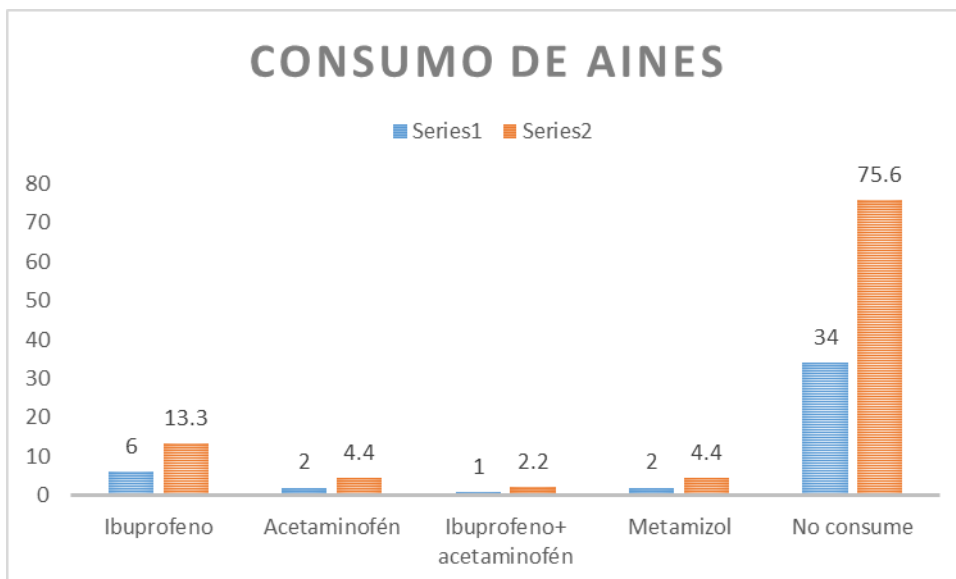
En cuanto a los antecedentes de nuestra población en estudio el 76 % (34) consumía alcohol (Grafico 3), seguido por el consumo de tabaco con el 31 % (14) reflejado en grafico número 4

**Grafico 4. Consumo de tabaco.**



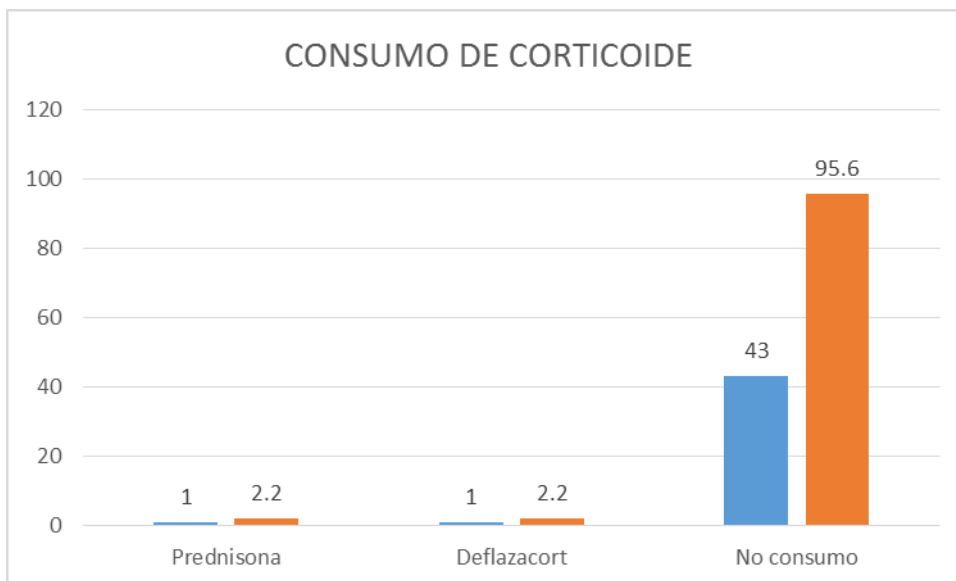
El tercer grupo está constituido por los pacientes que consumían AINES (Grafico 5) predominando el no consumo de los mismos con el 76 % (34).

**Grafico 5. Consumo de AINES**



Finalmente en los gráficos 6 y 7 un 4 % (2) el sangrado estaba asociado a corticoides y apenas un 2 % (1) asociando al uso de anticoagulantes orales, en este caso la warfarina.

**Grafico 6. Consumo de corticoides.**

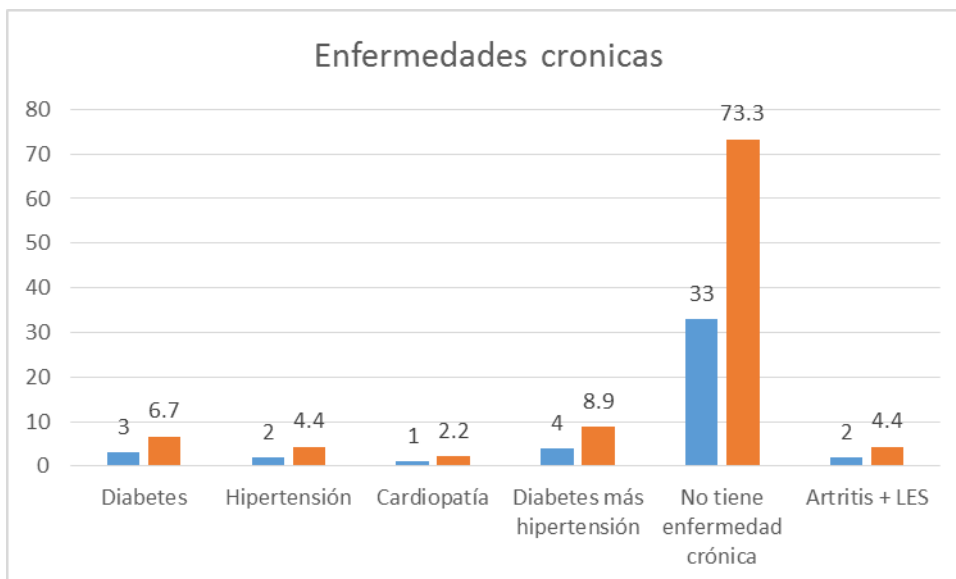


**Grafico 7. Consumo de anticoagulantes.**



Las enfermedades más frecuentes relacionadas al objeto de nuestro estudio fueron la diabetes asociada a hipertensión en un 9 % (4) con un total de 74 % (33) que no tenían enfermedades crónicas.

**Grafico 8. Enfermedades crónicas.**



En la tabla número 1 se representa la correlación existente entre los antecedentes personales de la población que fue estudio con respecto a las manifestaciones clínicas, y se puede observar como el consumo de alcohol es significativo para que los pacientes presenten cualquier manifestación clínica de sangrado, siendo en nuestro caso presentado con taquicardia y melena. En menor proporción se encontró el consumo de anticoagulantes y corticoides.

**Tabla 1. Correlaciones entre los antecedentes personales y las manifestaciones clínicas.**

	Manifestaciones clínicas	Consumo de Tabaco	Consumo de AINES	Consumo de corticoides	Consumo de anticoagulantes warfarina	Consumo de alcohol
Manifestaciones clínicas N=(45)	1	-.069	-.024	.012	.009	-.080
Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		.651	.875	.936	.953	.603
N	45	45	45	45	45	45

Consumo de Tabaco	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.069 .651	1 45	.084 45	-.126 45	-.093 45	.007 45
Consumo de AINES	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.024 .875	.084 45	1 45	.363* 45	-.079 45	-.519** 45
Consumo de corticoides	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.012 .936	-.126 45	.363* 45	1 45	-.031 45	-.295* 45
Consumo de anticoagulantes warfarina	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.009 .953	-.093 45	-.079 45	-.031 45	1 45	.167 45
Consumo de alcohol	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.080 .603	.007 45	-.519** 45	-.295* 45	.167 45	1 45

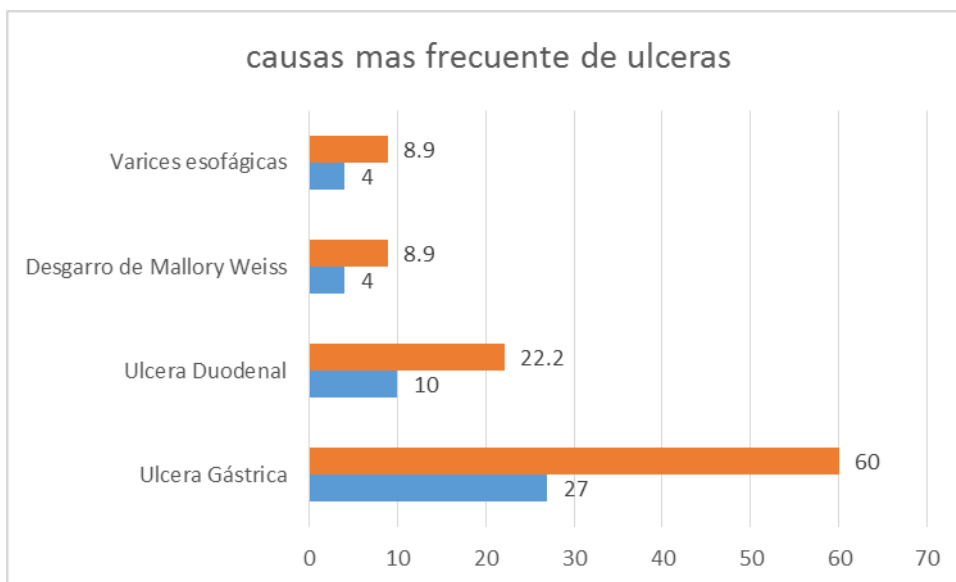
\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

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

## 2. Causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta.

La causa de hemorragia encontrada en nuestro estudio y de mayor relevancia fue la úlcera gástrica con un 60 % (27), seguida de la duodenal 22 % (10), datos reflejados en el gráfico 9.

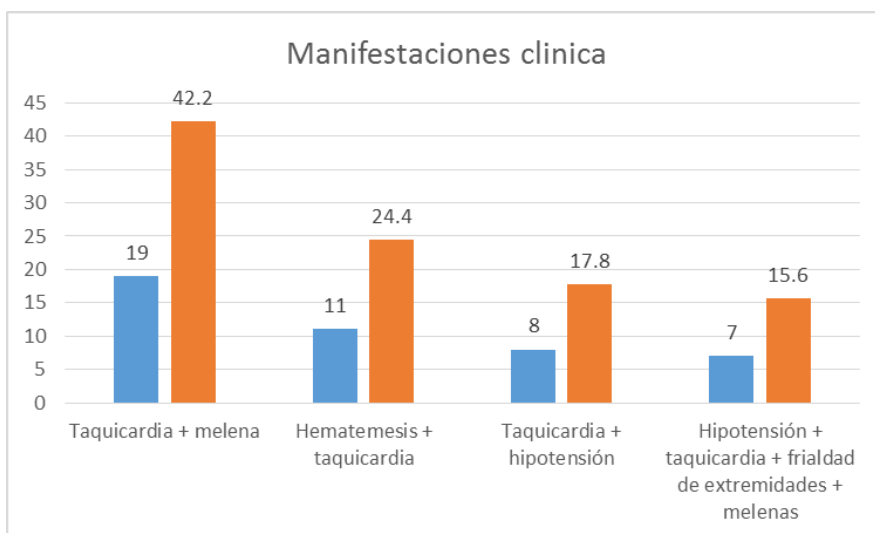
**Gráfico 9. Causas más frecuentes de úlceras**



## 3. Manifestaciones clínicas de los pacientes estudiados.

Las combinaciones de taquicardia con melena 42 % (19) fue una de las manifestaciones clínicas de mayor frecuencia en nuestro estudio, solo seguidas de hematemesis y taquicardia en un 25 % (11) los cuales se pueden confirmar en el gráfico 10.

### Grafico 10. Manifestaciones clínicas



#### 4. Correlación de causas de hemorragia digestiva alta y antecedentes de la población estudiada.

**Tabla 2. Correlaciones de manifestaciones clínicas y causas de hemorragia.**

Manifestaciones clínicas	Causas de hemorragia digestiva alta			
	Úlcera gástrica	Úlcera duodenal	Desgarro de Mallory Weiss	Varices esofágicas
Taquicardia + melena	12	4	3	0
Hematemesis + taquicardia	4	4	0	3
Taquicardia + hipotensión	5	2	1	0
Hipotensión + taquicardia + frialdad de extremidades + melenas	6	0	0	1
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Al momento de realizar una tabla de contingencia de las manifestaciones clínicas y las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta en la población estudiada encontramos que la causa del mismo de mayor prevalencia era la úlcera gástrica y que independiente de la causa la taquicardia y melena eran las manifestaciones clínicas más frecuentes (Tabla 2).



## **XI. DISCUSIÓN**

Se estudiaron 45 pacientes que se presentaron con sangrado de tubo digestivo alto, en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, en el periodo comprendido entre abril del 2017 y diciembre del 2018.

**Objetivo 1.** En relación al grupo etario se observó mayor prevalencia de sangrado digestivo alto en las personas del sexo masculino, en las edades comprendidas entre los 41 – 50 en los resultados se menciona edad promedio de 43 años de edad y que eran procedentes del casco urbano, lo que concuerda con la bibliografía consultada, donde se recoge que la incidencia de hemorragia digestiva alta es más frecuente en el hombre, al analizar la distribución por edades, (*Quintana, Avila Romero, Galvan Roman, Lara Miranda, & al., 2013*). Se comprobó que el mayor número de pacientes se enmarcaba en el grupo antes mencionado. Este incremento proporcional al aumento de la edad se ha venido acentuando considerablemente en años recientes (*Hernandez & Baptista C, 2014*), lo que es considerado en todas la series revisadas como un factor de riesgo y está incluido en la mayoría de los sistemas de valoración pronóstica. (*Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus, 2012*)

**Objetivo 2.** Esto no se correlaciona con la alta incidencia de consumo de medicamentos tales como AINES ya que el 76 % de nuestra población en estudio no consumían, y es apenas los glucocorticoides (2 % respectivamente), y alcohol (66 %), reflejada en el estudio, ambos factores de riesgo observados en la bibliografía consultada. Pero en la literatura si es de importancia esos factores de riesgo, en nuestro caso no fue

significativo por el universo de estudio que fue muy pequeño, pero en cuanto a proporción y complicaciones si cobra su importancia. (*Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus, 2012*)

También es de destacar que en un gran porcentaje (37%) se halló patología asociada, lo cual puede tener una correlación directa con la patología digestiva, o bien ser inherente a la edad avanzada de los pacientes.

Tal como se conoce la alta prevalencia del padecimiento de diabetes e hipertensión en el mundo según la OMS afirma que lo padecen el 8.5% de la población (OMS, 2016), posiblemente sea la razón de identificar que el 16 % de todos tenían como antecedentes patológicos estas enfermedades, pero en definitiva estos antecedentes patológicos no se relacionaban con el riesgo de sufrir sangrado digestivo alto.

**Objetivo 3.** A pesar de que la hemorragia digestiva alta puede tener muchas causas, la mayoría de los episodios de sangrado se deben a un tipo reducido de lesión. En nuestro estudio, la causa más frecuente fue por ulcera gástrica (60 %), seguido de la duodenal (22 %) lo que coincide con la bibliografía consultada en la que se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de sangrado. Esta afección corresponde a la respuesta gástrica común a diferentes noxas asimilables al concepto de stress fisiológico. En nuestros pacientes la hemorragia digestiva alta se presentó con mayor frecuencia en forma de taquicardia y melena, por este motivo consultaron 19 pacientes (42%). Este aspecto concuerda con lo planteado en las series revisadas. (*Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus, 2012*)

**Objetivo 4.** Al momento de correlacionar las causas de hemorragia y los factores de riesgo más frecuentes de esta serie fueron el tabaquismo (31 %) y el alcoholismo (76 %); lo que comparándolo con estudios nacionales se observaría que coincide, en el estudio de Almeida V, prevaleció el consumo de AINEs y aspirina. Series nacionales e internacionales se comportan de forma similar. (*Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus, 2012*)

## **XII. CONCLUSIONES**

1. Se acepta la hipótesis donde los pacientes mayores de edad y del sexo masculino presentaran mayor riesgo, ya que se encontró la misma proporción conforme a edad en ambos grupos, y el hecho de hacer la comparación entre ambos sexo era desproporcionado ya que la gran mayoría de los pacientes eran hombres.

2. En cuanto a la correlación entre los antecedentes patológicos y los hábitos, se observó que para la gran mayoría de factores existía una correlación significativa. Los antecedentes que tuvieron mayor asociación fueron aquellos relacionados con las enfermedades ácidos pépticas y las patología que podría relacionarse con polifarmacia, por otro lado el consumo de alcohol y tabaco fueron frecuentes y se asociaron de forma significativas con los hallazgos.

3. En cuanto a los causa más frecuente descrita y registrada en el expediente clínico se observó que los hallazgos más frecuentes fueron las úlceras gástricas y duodenales, seguido por el desgarro Mallory Weiss y las várices esofágicas. Y esto fue independiente de los factores de riesgo, consideramos que el sesgo fue secundario a que el universo que se tomó en cuenta era pequeño.

4. Con respecto a la distribución de las manifestaciones clínicas, las más frecuentes fueron la combinación de taquicardia - melena, hematemesis - taquicardia. Un grupo más reducido se acompañó de hipotensión - taquicardia - frialdad de extremidades y melenas.

### **XIII. RECOMENDACIONES**

Se hace evidente la relevancia que tiene el sangrado digestivo alto 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. Por lo tanto recomendamos lo siguiente:

Al personal médico asistencial.

1. Realizar análisis basado en evidencia sobre las principales manifestaciones clínicas de los diferentes grupos para así poder intervenir adecuadamente en su manejo.
2. Conformar un grupo de médicos de base que permita analizar y orientar acerca de los antecedentes de las personas y así poder intervenir en la sociedad.

A nivel hospitalario

1. Diseñar e implementar un programa de vigilancia y monitoreo de los casos de sangrado digestivo alto, y crear una base con respecto a las principales causas de presentación clínica para así contar con información confiable sobre el comportamiento clínico epidemiológico de este tipo de entidades.
2. Crear un programa de captación de pacientes en riesgo y así realizar una intervención adecuada para prevenir que los pacientes se compliquen con sangrado digestivo alto.

#### **XIV. BIBLIOGRAFÍA**

*(Barkun , AN; Bardou, M; Kuipers, EJ; Sung , J; Hunt, RH; Martel , M; Sinclair, P, 2010, págs. 101-113)*

*(Bobadilla, J; Vargas Vorackova, F; Gomez, A; Villalobos, JJ, 1996, págs. 31-35)*

*(Capell, MS; Nadler, SC, 1995, págs. 256-262)*

*(Ciociola , AA; Mc Sorley, DJ; Turner , K; Sykes, D; Palmer , JB, 2009, págs. 1834-1840)*

*(Depolo, A; Dobrila Dintinjana, R; Uravi , M; Grbas, H; Rubini, M, 2001, págs. 772-776)*

*(Dr. Rioseddy, Gustavo; Agalvez, Daniel, 2011, págs. 45-57)*

*(Dr. Ibañez, L, 2003, págs. 332-340)*

*(Farrell, JJ; Friedman , LS, 2001, págs. 80-93)*

*(Friedman , LS; Martin , P, 2003, págs. 717-721)*

*(Marban Libros S. L., 2006)*

*(Harrison, Dr., 2001, págs. 1332-1358)*

*(Henry, D; Dobson , A; Turner, C, 2003, págs. 1078-1088)*

*(Hernandez, Fernandez; Baptista C, 2014)*

*(Huangjq; Sridhar, S; Huntrh, 2002, págs. 14-22)*

*(Hyams, J; Leichtner , A; Schwartz A, 2005, págs. 1-9)*

*(Kubba, AK; Choudari, C; Rajgopal, C; Ghosh, S; Palmer, KR, 2007, págs. 265-268)*

*(Laine, L., 2000)*

*(Laine, L; Peterson , WL, 2004, págs. 717-727)*

*(Quintana, JO; Avila Romero, HG; Galvan Roman, L; Lara Miranda, S; al., et, 2013, págs. 254-259)*

*(Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus, 2012, págs. 4-19)*

*(Villanueva C, Balanza J; al, ed, 1998, págs. 13-63)*

## **XV. ANEXOS**



**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

Ficha N°:

**I. Identificar las características socio demográficas de la población en estudio.**

1. Edad:

2. Sexo:

1. Femenino

2. Masculino

3. Estado civil:

1. Soltero

2. Casado

3. Divorciado

4. Unión de hecho

5. Procedencia:

1. Urbano

2. Rural

**II. Indagar los antecedentes patológicos personales de la población en estudios.**

1. Consumo de alcohol

2. Consumo de tabaco

3. Utilización de AINES

4. Utilización de corticoides

5. Utilización de anticoagulantes

6. Enfermedad crónica

Especifique.....

**III. Describir las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta.**

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Úlcera gástrica        | <input type="checkbox"/> |
| 2. Úlcera duodenal        | <input type="checkbox"/> |
| 3. Desgarro Mallory Weiss | <input type="checkbox"/> |
| 4. Varices esofágicas     | <input type="checkbox"/> |
| 5. Otros                  | <input type="checkbox"/> |

**IV. Señalar las manifestaciones clínicas de los pacientes en estudio.**

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Hipotensión              | <input type="checkbox"/> |
| 2. Taquicardia              | <input type="checkbox"/> |
| 3. Frialdad de extremidades | <input type="checkbox"/> |
| 4. Melena                   | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hematemesis              | <input type="checkbox"/> |

**Tabla 1. Características sociodemográficas**

<b>Edad cumplida</b>	
<b>N</b>	<b>45</b>
Media	43
Error estándar de la media	1.207
Mediana	43
Moda	41
Desviación estándar	8.099
Varianza	65.591
Rango	39
Mínimo	29
Máximo	68
Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico	

**Tabla 2. Procedencia**

<b>Procedencia</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>
<b>Urbano</b>	38	85 %
<b>Rural</b>	7	15 %
<b>Total</b>	45	100 %
Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico		

**Tabla 3. Sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Masculino</b>	32	71.1 %
<b>Femenino</b>	13	28.9 %
<b>Total</b>	45	100 %
Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico		

**Tabla 4. Consumo de alcohol.**

Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menor de 10 grados	16	35.6	35.6	35.6
11-20 grados	4	8.9	8.9	44.4
21-40 grados	12	26.7	26.7	71.1
mayor de 41 grados	2	4.4	4.4	75.6
No consumo de alcohol	11	24.4	24.4	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico

**Tabla 5. Consumo de tabaco.**

Consumo de tabaco	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menor de 10 paquetes años	7	15.6	15.6	15.6
11-20 paquetes años	1	2.2	2.2	17.8
21-40 paquetes años	5	11.1	11.1	28.9
mayor de 41 paquetes años	1	2.2	2.2	31.1
No fuma	31	68.9	68.9	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico

**Tabla 6. Consumo de AINES**

Consumo de AINES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ibuprofeno	6	13.3	13.3	13.3
Acetaminofén	2	4.4	4.4	17.8
Válidos Ibuprofeno+ acetaminofén	1	2.2	2.2	20.0
Metamizol	2	4.4	4.4	24.4
No consume	34	75.6	75.6	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico

**Tabla 7. Consumo de corticoides.**

Consumo de corticoides	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Prednisona	1	2.2	2.2	2.2
Deflazacort	1	2.2	2.2	4.4
No consumo	43	95.6	95.6	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico

**Tabla 8. Consumo de anticoagulantes.**

Consumo de anticoagulantes warfarina	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	1	2.2	2.2	2.2
No	44	97.8	97.8	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico

**Tabla 9. Enfermedades crónicas.**

Enfermedades crónicas	Frecuencia	Porcenta je	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Diabetes	3	6.7	6.7	6.7
Hipertensión	2	4.4	4.4	11.1
Cardiopatía	1	2.2	2.2	13.3
Diabetes más hipertensión	4	8.9	8.9	22.2
No tiene enfermedad crónica	33	73.3	73.3	95.6
Artritis + LES	2	4.4	4.4	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico

**Tabla 10. Antecedentes personales patológicos.**

Antecedentes patológicos personales	Consumo de alcohol N=(45)	Consumo de tabaco N=(45)	Consumo de AINES N=(45)	Consumo de corticoides N=(45)	Consumo de anticoagulantes warfarina N=(45)	Enfermedades crónicas N=(45)
Correlación de Consumo de alcohol Pearson Sig. (bilateral)	1	.007	-.519**	-.295*	.167	-.185
Consumo de tabaco Pearson	.007	1	.084	-.126	-.093	-.167

	Sig.	.961		.583	.409	.543	.273
	(bilateral)						
Consumo de AINES	Correlación de Pearson	-.519**	.084	1	.363*	-.079	-.217
N=(45)	Sig.	.000	.583		.014	.607	.153
	(bilateral)						
Consumo de corticoides	Correlación de Pearson	-.295*	-.126	.363*	1	-.031	-.222
N=(45)	Sig.	.049	.409	.014		.841	.142
	(bilateral)						
Consumo de anticoagulantes warfarina	Correlación de Pearson	.167	-.093	-.079	-.031	1	.124
N=(45)	Sig.	.274	.543	.607	.841		.419
	(bilateral)						
Enfermedades crónicas	Correlación de Pearson	-.185	-.167	-.217	-.222	.124	1
N=(45)	Sig.	.224	.273	.153	.142	.419	
	(bilateral)						
	N	45	45	45	45	45	45

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Tabla 11. Causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta**

Causas de hemorragia digestiva alta		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Úlcera Gástrica	27	60.0	60.0	60.0
	Úlcera Duodenal	10	22.2	22.2	82.2
	Desgarro de Mallory Weiss	4	8.9	8.9	91.1
	Varices esofágicas	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico

**Tabla 12. Manifestaciones clínicas.**

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Taquicardia + melena	19	42.2	42.2	42.2
Hematemesis + taquicardia	11	24.4	24.4	66.7
Taquicardia + hipotensión	8	17.8	17.8	84.4
Hipotensión + taquicardia + frialdad de extremidades + melenas	7	15.6	15.6	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico



**Tabla 13. Correlaciones de manifestaciones clínicas y causas de hemorragia.**

Manifestaciones clínicas	Causas de hemorragia digestiva alta			
	Úlcera gástrica	Úlcera duodenal	Desgarro de Mallory Weiss	Varices esofágicas
Taquicardia + melena	12	4	3	0
Hematemesis + taquicardia	4	4	0	3
Taquicardia + hipotensión	5	2	1	0
Hipotensión + taquicardia + frialdad de extremidades + melenas	6	0	0	1
Total	27	10	4	4