



Tesis para optar al título de Especialista de Medicina Interna

**Principales factores asociados con Hemorragia Digestiva alta en pacientes del hospital
escuela Carlos Roberto Huembes Enero 2018-Diciembre 2019**

Autor:

Dr. Kenneth Roberto Barba Martínez
Residente de III año de Medicina Interna.

Tutor científico:

Dra. Dunia Vanesa Urbina González
Especialista en medicina interna

Asesor metodológico:

Msc. Dora Florián Montiel

Managua, Nicaragua. Marzo 2020

DEDICATORIA

❖ *A Dios*

Por ser la roca firme que sostiene mi camino y llenar mi vida cada mañana de inmensas bendiciones

❖ *A mi esposa:*

Que camina a mi lado y me ama incondicionalmente, y cree en mí aun cuando yo dudo; tu amor es mi motor.

❖ *A mis padres:*

Mis primeros tutores, me enseñaron de la vida aun sin mencionar ni una palabra, hoy soy quien soy por su amor, paciencia y entrega, gracias por amarme aun desde antes de nacer.

❖ *A mi familia y amigos:*

Por esa palabra de aliento y la motivación para continuar en los días oscuros, aun cuando sin saberlo me impulsaron a seguir.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ *A Dra. Dunia Urbina por su disposición, apoyo y seguimiento en la realización de este trabajo.*

- ❖ *A Master Dora Florián Montiel por su amabilidad, tiempo y entrega. Por ser bondadosa como Madre Teresa de Calcuta*

- ❖ *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.*

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. Kenneth Roberto Barba Martínez titulada: “**Principales factores asociados con Hemorragia Digestiva alta en pacientes del hospital escuela Carlos Roberto Huembes Enero 2018-Diciembre 2019**”, es una herramienta útil para que recordemos como profesionales de la salud los principales factores asociados y la importancia del adecuado manejo médico de dichos pacientes.

Dra. Dunia Vanesa Urbina González
Especialista en medicina interna

RESUMEN

Con el objetivo de analizar los principales factores riesgo y comorbilidades asociados con hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de Enero 2018 a Diciembre 2019; Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo y analítico, sobre las características demográficos, clínicos, Factores asociados, presentación clínica y sitios de sangrado identificados a través de endoscopia digestiva alta, los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivos, prueba de correlación no paramétrica de Pearson. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos se alcanzaron las siguientes conclusiones.

La edad promedio de 43 años, predominando el sexo masculino en un 65% (38), 44% pacientes con habito toxico de alcoholismo, 29.3% fumaba, en menos frecuencia el uso de corticoides con 6.9% y AINES más frecuente con 29%; Existe correlación entre Factores asociados y la sitios de sangrado.

En relación a la forma de presentación se encontró que del total de pacientes el 46.8% se presentó como hematemesis y que 25.2% como melena; En el estudio, la causa más frecuente fue por ulcera duodenal (36.6 %), seguida por la gástrica (32.7 %)

Índice

i Dedicatoria
ii Agradecimientos
iii Opinión del tutor
iv Resumen

I. Introducción.....	1
II. Antecedentes	2
III. Justificación	5
IV. Planteamiento del problema	6
V. Objetivos.....	7
VI. Marco Teórico.	8
VII. Hipótesis	16
VIII. Diseño metodológico.	17
IX Matriz de Operacionalización de Variables	21
X. Resultados.....	30
XI. Discusión.....	36
XII. Conclusiones.....	39
XIII. Recomendaciones	40
XIV. Bibliografía	41

Anexo

I. Introducción.

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión situado en el tracto gastrointestinal, en un punto localizado por encima del ángulo de Treitz, no obstante, en los últimos años se ha introducido un nuevo concepto de la hemorragia digestiva alta que la definen como el sangrado por encima de la ampolla de Váter dentro alcance de una endoscopia superior. (Kim, 2014)

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 y año. Las lesiones de origen péptico son su causa más frecuente. (Huguet, 2016)

La etiología de la HNV 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. (Dr. Sergio Zepeda Gómez, 2010)

La hemorragia digestiva alta (HDA) presenta una incidencia que de 50 a 170 por cada 100 000 habitantes en países occidentales, es una de las causas más frecuente de emergencia en el área de gastroenterología y una de las causas de alta morbilidad y mortalidad. (Corso, 2013)

La mortalidad a nivel mundial en estudios recientes no ha variado, en las últimas cinco décadas, está dentro del rango de 5-15% mientras que en la literatura nacional se reporta una mortalidad de 9,1 a 12,9%. (Corso, 2013) Se ha evidenciado que las defunciones ocurren en mayor cantidad en personas con edad avanzada y con comorbilidades severas. La tasa de mortalidad no se ha visto alterada, cursa con el 10% desde 1945. (Portilla, 2009)

En nuestras instituciones de la salud como el Hospital Antonio Lenin Fonseca, Managua; se evidenció que el sangrado del tubo digestivo alto ocupó el sexto lugar entre las principales causas de mortalidad siendo en este lugar los varones los más afectados, mayores de 50 años, que presentan múltiples enfermedades crónicas. (Castro M. A., 2016). El presente trabajo de investigación pretende determinar los Factores asociados a la hemorragia digestiva alta en el Hospital Carlos Roberto Huembes de enero 2018 a diciembre de 2019.

II. Antecedentes

Numerosos reportes describen la frecuencia del Sangrado Digestivo Alto en las salas de urgencias, el cual está asociado a múltiples factores asociados, tanto no modificables como el sexo y la edad y modificables como la ingesta de medicamentos de manera permanente como los Antiinflamatorios no esteroideos y otras sustancias como el alcohol y el tabaco encargadas de desencadenar este padecimiento, es por ello, que se han venido realizando distintos estudios en diversos lugares del mundo, con el fin de realizar un abordaje completo y prevenir las complicaciones.

A nivel internacional.

Un estudio realizado en Cuba sobre Sangrado digestivo alto: Consideraciones actuales acerca de su diagnóstico y tratamiento, 2007-2008, en 88 pacientes con diagnóstico de sangramiento digestivo alto ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" se encontró que la mayoría de los pacientes, 60,2%, tuvieron una estadía hospitalaria entre 1 y 5 días, siendo los diagnósticos más frecuentes: úlcera duodenal (41,5%) y gastritis aguda erosiva (26,4%). La mayoría de los pacientes (93,2 %) mejoraron con el tratamiento y solo 6 fallecieron (6,8%), de estos: 4 con diagnóstico de várices esofágicas, uno con neoplasia de esófago y uno con gastritis hemorrágica aguda. (Callejas, 2010)

Otro estudio descriptivo realizado en el Hospital Enrique Cabrera, México D.F en un período comprendido entre enero del 2003 y julio del 2007, donde se revisaron las fichas clínicas de los pacientes fallecidos por sangrado digestivo alto, encontraron que de 320 pacientes ingresados por SDA 49 (15%) fallecieron. El 80,6 % de los fallecidos eran mayores de 55 años. Sus principales causas fueron el elevado consumo de antiinflamatorios no esteroideos, de forma mantenida, con un 54,8 %, seguido de cirrosis hepática en un 31,2%. Los diagnósticos etiológicos se demostraron mediante estudios endoscópicos, en donde los sangrados varicosos se presentaron en un 33.0% de los fallecidos, seguido de la gastroduodenitis hemorrágica en un 29.0% y las úlceras gastroduodenales en un 16.0%. (Alonso, 2008)

En Cuba, en el Hospital Militar "Dr. Joaquín Castillo Duany", se realizó estudio sobre el manejo del paciente portador de sangrado digestivo alto en el servicio de urgencias, 2018, donde participaron 92 pacientes encontrando que el sangrado digestivo alto fue más frecuente en hombres, con más de 40 años de edad, a quienes se les aplicó tratamiento médico, con la

combinación de antiácidos, se realizó tratamiento endoscópico al 3,2 % de los pacientes y manejo quirúrgico al 5,4 %. De estos últimos la mitad padecía úlcera péptica gástrica. (Esquivel Vilaseca Sanabria, 2018)

A nivel Nacional.

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, en donde predominó el sexo masculino con un 83.3%, entre las edades de 50 y 59 años (45.2%). Encontrando durante el procedimiento endoscópico en los pacientes con sangrado del tubo digestivo alto un 62% fue causado por la presencia de varices esofágicas, en su mayoría de Grado III y un 26% por úlcera péptica con hemorragia activa (Forrest I). En el 100% de los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto de tipo variceal se utilizó la ligadura endoscópica con aditamento six shooter de Willson Cook de las varices esofágicas. Se obtuvo 100% de control del sangrado. La recidiva del mismo fue del 0%, mientras que en los sangrados no variceales el principal método de hemostasia fue la escleroterapia con 100% de control del sangrado y solamente 6.6% de recidiva, cabe señalar que también se utilizaron medios mecánicos (Triclip) y térmicos (Gold Probe).

Un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN- Managua) sobre el manejo endoscópico del sangrado del tubo digestivo alto en el Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaño octubre 2004 a octubre 2005 se encontró que los parámetros de mortalidad encontrados en los pacientes sometidos a manejo endoscópico del sangrado de tubo digestivo alto fueron los siguientes: comorbilidad en un 69.0%, Shock en un 53.4%, Forrest I en un 21.4%, edad mayor de 60 años en un 9.5%, Forrest II con un 4.7% y el 2.4% con recidiva del sangrado. El porcentaje de pacientes que necesitaron intervención quirúrgica para el manejo del sangrado de tubo digestivo fue del 2.4% de la muestra. (Gonzalez, 2006)

Con el objetivo de describir los hallazgos clínicos endoscópicos en pacientes de 12-30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto 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.

Se les realizó endoscopia digestiva superior encontrando resultados donde predominó el sexo masculino en un 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.

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. (Muñoz, 2012)

Con el objetivo de determinar los factores asociados al fallecimiento de pacientes con sangrado digestivo alto se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles; en el servicio de medicina interna del Hospital Antonio Lenin Fonseca de Managua, fueron 32 pacientes incluidos en el estudio se concluyó que la hematemesis y la melena fueron manifestaciones en el 68,7 y 87,5% de los pacientes, el dolor abdominal fue referido por 15,6% del total afectado sin evidencia significativa factores asociados de fallecimiento con una $p > 0.05$. Al estratificar el riesgo para fallecer según las manifestaciones clínicas en el 28,1% de los que fallecieron el sangrado fue de moderado a severo siendo estadísticamente significativo donde la probabilidad de fallecer era 9 veces más que los de sangrado leve.

III. Justificación

Originalidad .Es importante destacar que en son pocos los hospitales en nuestra región que han realizado estudios como el presente y, que dentro de nuestro hospital no hay un estudio que identifique los factores que se asocian a la hemorragia digestiva alta.

Conveniencia Intitucional. .Es importante como institución tener una referencia que sea realizada con los propio recursos y pacientes que a diario atendemos como centro hospitalario, no solamente tener esa información de manera epidemiológica (porcentajes, incidencia, prevalencia), sino también de manera clínica, así como identificar los factores que se asocian a la hemorragia digestiva alta para continuar con el adecuado seguimiento de estos pacientes, así como tratar de disminuir la estancia intrahospitalaria.

Relevancia social. Es importante garantizar la inserción social de estos pacientes logrando identificar cuáles son los factores que pueden estas más asociados a la hemorragia digestiva alta para así saber identificar que pacientes podrían actuar sobre el factor que más los predispone al sangrado.

Valor Teorico La prevalencia de esta entidad, durante décadas se ha mantenido casi invariables, sin embargo, continúa siendo causa de muerte de pacientes con sangrado digestivo alto independientemente de la etiología del mismo. La importancia de éste estudio es generar una base de revisión con los pacientes de nuestro hospital.

Valor Metodologico .Con la realización de este estudio se pretende generar una base para futuros estudios dentro de nuestro hospital relacionado con el tema que se está revisando.

IV. Planteamiento del problema

Caracterización del problema

La hemorragia digestiva alta es una patología que presenta una incidencia que de 50 a 170 por cada 100 000 habitantes en países occidentales, es una de las causas más frecuente de emergencia en el área de gastroenterología y una de las causas de alta morbilidad y mortalidad. Los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta presentan una incidencia mayor, en el sexo masculino que en el femenino en una relación de 2 a 1 y afecta a diversos grupos etarios, siendo las personas de edades más avanzadas las que presentarían mayor mortalidad.

Delimitación del problema

En el hospital escuela Carlos Roberto Huembes, posee un importante número de casos que atienden de pacientes con hemorragia del tubo digestivo alto. Por lo que es conviene determinar los factores que se asocian a dicha entidad, logrando mejorar los estudios sobre este tema.

Formulación

Ante lo expuesto anteriormente nos planteamos la siguiente interrogante ¿Cuáles son los Principales factores asociados con Hemorragia Digestiva alta en pacientes del hospital escuela Carlos Roberto Huembes Enero 2018-Diciembre 2019.

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con hemorragia del tubo digestivo?

¿Cómo se relaciona los factores asociados de los pacientes con el sitio de sangrado de tubo digestivo alto según hallazgo endoscópico en el servicio de medicina interna?

¿Cómo se Correlacionar los factores asociados de los pacientes con el sitio de sangrado de tubo digestivo alto según hallazgo endoscópico?

¿Cuál es la frecuencia de las características de las úlceras gastroduodenales según la escala de Forrest a través de los hallazgos endoscópicos?

V. Objetivos.

General

Analizar los principales factores y comorbilidades asociados con hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de Enero 2018 a Diciembre 2019.

Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes con hemorragia digestiva alta ingresados en el departamento de medicina interna.
2. Establecer la relación de los factores asociados, comorbilidades y presentación clínica en pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna en el Hospital Carlos Roberto Huembés.
3. Correlacionar los factores asociados de los pacientes con el sitio de sangrado de tubo digestivo alto según hallazgo endoscópico en pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna en el Hospital Carlos Roberto Huembés
4. Conocer la frecuencia de las características de las úlceras gastroduodenales según la escala de Forrest a través de los hallazgos endoscópicos.

VI. Marco Teórico.

VI.1 Definición

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión situado en el tracto gastrointestinal, en un punto localizado por encima del ángulo de Treitz, no obstante, en los últimos años se ha introducido un nuevo concepto que la define como el sangrado por encima de la ampolla de Váter dentro alcance de una endoscopia superior. (Kim, 2014)

La hemorragia digestiva alta (HDA) es, sin duda, una verdadera emergencia y un gran reto para el médico que se enfrenta a ella en el consultorio, el hospital o los servicios médicos de urgencias; su manejo requiere por fuerza conocimientos de atención médica de urgencias y gastroenterología, así como un trabajo en equipo coordinado y disciplinado de todo el personal que interviene en el control de esta emergencia. La hemorragia gastrointestinal es la complicación más grave y fatal de la enfermedad ácido péptica; en su espectro es en especial riesgosa la úlcera péptica y las siguientes afecciones, en orden decreciente de frecuencia: la hipertensión portal, la gastritis erosiva y el síndrome de Mallory– Weiss (Portilla, 2009)

Clínicamente se da por la presencia de sangrado visible, que es apreciado por el paciente en formas variadas, pero casi siempre tangibles, y puede ser masivo, en forma de hematemesis o melena, o tener repercusiones hemodinámicas, como la anemia asociada, que se presenta como una pérdida microscópica. Estos son los datos clínicos de mayor importancia, que en general se toman como referencia para el sangrado proximal o distal y la localización de una lesión en relación con el ángulo de Treitz, con la presentación de hematemesis, melena y hematoquecia. (Portilla, 2009)

La principal característica clínica de la hemorragia gastrointestinal proximal es la inestabilidad hemodinámica: sensación de debilidad al asumir la posición de pie (lipotimia), pérdida del sentido (desmayo) e hipotensión ortostática, lo que conlleva a evidente palidez y descarga vasovagal. Casi siempre hay antecedentes de melena. (Portilla, 2009)

VI.2 Diferenciación entre HDA y HDB

La presentación de la forma de sangrado nos orientara de forma importante sobre el origen alto o bajo del sangrado. Si estamos ante una lesión que produzca sangrado en una porción ubicada arriba del ángulo de Treitz (HDA) el sangrado se visualizará como vómito a manera de sangre roja

(hematemesis) o un vómito negro de sangre con coágulos (vómitos en posos de café), otra forma de presentación que se da es como heces negras (melenas).

La visualización de melenas, es de vital importancia que la sangre permanezca aproximadamente alrededor de diez horas en el tracto gastrointestinal padeciendo la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon. El sangrado que se da por debajo del ángulo de Treitz (HDB) se presenta como heces con sangre roja viva o como sangre roja por el ano que correspondería a lo llamado como rectorragia.

La incidencia de melena como forma de presentación de una HDB rara y si ocurre indica que la lesión se encuentra en el intestino delgado o colon proximal. A su vez, la hematoquecia es una forma poco frecuente de presentación de HDA a no ser que el sangrado sea tan repentino que no dé lugar a la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon. Como se observa las erosiones que producen hemorragia a nivel de intestino delgado pueden manifestarse como melena, hematemesis y hematoquecia. (Ruiz, 2016)

VI.3 Epidemiología

La hemorragia del tubo digestivo alto es un problema de salud pública por su frecuencia y elevada mortalidad. Se estima que en el mundo se da un caso por cada 20,000 habitantes. En Estados Unidos, en el transcurso del último año, se otorgaron 30,000 atenciones hospitalarias y generaron 150 ingresos por cada 100,000 habitantes. Otras series refieren que más de 350,000 pacientes son hospitalizados anualmente en Estados Unidos por sangrado del tubo digestivo alto, y 35-45% de los casos son mayores de 65 años. (Skok, 2000), (Henry D, 1998), (Segal, 2002)

La mortalidad secundaria a hemorragia del tubo digestivo alto en México es de alrededor de 8.5%, pero se incrementa con la edad y entidades comórbidas. (Cruz-Guillén, 2013)

Más aun, se sabe que la mortalidad aumenta incluso a 63% cuando coexisten alteraciones como la insuficiencia renal aguda, hepática, respiratoria aguda y cardiaca. En la población general, 10% de los sujetos mayores de 20 años padecen úlcera péptica y hemorragia del tubo digestivo alto, su complicación más frecuente, en 25% de los casos. (Cruz-Guillén, 2013)

En los sujetos mayores de 60 años, como consecuencia del incremento en la frecuencia de enfermedades concomitantes y del consumo de diversos fármacos (entre ellos los antiinflamatorios

no esteroideos, AINEs), la aparición de úlcera gástrica y duodenal y sus complicaciones suelen aumentar. (Cruz-Guillén, 2013)

El incremento en la frecuencia de enfermedades crónicas, como: hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, se asocia con úlcera péptica y sus complicaciones. Kubba y Friedman informaron que la frecuencia de hemorragia del tubo digestivo alto por úlcera péptica se incrementa significativamente en los pacientes con enfermedad cardiovascular (50%), EPOC (27%), cirrosis hepática (7.3%), enfermedades neurológicas (4.1%), enfermedades renales (2 a 4%) y enfermedades neoplásicas (3%). (Cruz-Guillén, 2013)

VI.4 Clasificación

La hemorragia digestiva se puede clasificar de varias maneras: (Castro D. , 2017)

1.- Topográfica

- 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, paciente asintomático, con una pérdida aproximada de 750 cc (15% de la volemia).
- b. Moderada, con diversas manifestaciones como PAS menor de 90mmHg, Frecuencia cardiaca mayor de 100 lpm, frialdad, presión de pulso disminuida, ortostatismo positivo o negativo. con una pérdida aproximada de 750 cc (15-30% de la volemia)
- c. Severa, con PAS menos de 90mmMg, frecuencia cardiaca mayor de 120 lpm, pulsos débiles, llenado capilar mayor de 2 segundos, frialdad, diaforesis, ortostatismo. Con pérdida de 1500 a 2000cc (30 al 40% de la volemia)
- d. Masiva, Shock, diaforesis, letárgico. Con pérdida mayor de 2000cc (más de 40% de la volemia)

3.- Por Su Curso Clínico.

- a. Aguda
- b. Crónica.

VI.5 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.

VI.6 Causas más frecuentes, en el tubo digestivo superior. (F, 2009)

En segundo lugar está la gastropatía inducida por el elevado consumo de agentes antiinflamatorios no esteroides en la población adulta, y que demandan entre 25 y 35% de los estudios endoscópicos. (Roesch, 2002)

VI.7 Hemorragia por úlcera péptica

La mortalidad de la HDA de origen péptico se ha reducido significativamente en las últimas décadas, lo que resulta atribuible a distintos factores como los avances introducidos en la terapéutica endoscópica, la aparición de antsecretorios cada vez más potentes o el conocimiento del papel del *Helicobacter pylori* en la fisiopatología de la enfermedad ulcerosa. Sin embargo, esta

Diagnóstico	Incidencia (%)
Úlcera péptica	30-50
Desgarro de Mallory-Weiss	15-20
Gastritis o duodenitis erosiva	10-15
Esofagitis	5-10
Malignidad	1-2
Angiodisplasias o malformaciones vasculares	5
Otros	5

mortalidad sigue siendo considerable y se sitúa todavía entre el 5% y 10%, siendo la edad y comorbilidad de los pacientes los principales determinantes en el momento actual. La edad de los pacientes con HDA es cada vez más avanzada, lo que cabe relacionarla con el envejecimiento progresivo de la población en los países desarrollados. En este grupo de edad es más prevalente la coexistencia de enfermedades asociadas graves y un mayor consumo de fármacos potencialmente lesivos para la mucosa gastrointestinal, como el ácido acetil salicílico (AAS) y otros antiinflamatorios no esteroideos (los AINEs).

VI. 8 Hemorragia asociada a hábitos tóxicos (alcoholismo y tabaquismo)

Los estudios sobre hábitos tóxicos como el consumo del alcohol y tabaquismo en relación a la presencia de hemorragia digestiva alta tienen resultados controversiales, no obstante, varios estudios los mencionan como importantes factores asociados. (Denis B, 2011); (Álvarez M, 2015); (Trevizan M, 2017)

En un estudio realizado en Colombia, se evidenció que uno de los principales factores asociados de HDA fue el tabaquismo presente en el 35,8% y la ingesta de alcohol en el 27,8% 61; en el año 2009 en el Hospital Vicente Corral Moscoso – Cuenca se determinó que la HDA se asocia al antecedente de ingesta de alcohol en el 57.8% y de tabaco 9,6 %. (Portilla, 2009)

Se han propuesto muchos mecanismos para sustentar los efectos nocivos del tabaco sobre la mucosa, es así que el tabaquismo y el tratamiento crónico con nicotina estimulan una mayor producción de ácido basal, el consumo de tabaco otorga más probabilidades de desarrollar úlceras pépticas, y éstas son más difíciles de tratar y se asocian a mayor recurrencia; el riesgo de úlcera aumenta progresivamente con el aumento del número de paquetes/año de cigarrillos. En el caso de consumo de alcohol, el principio activo, etanol, daña la barrera de la mucosa gastrointestinal a los iones de hidrógeno y se asocia con lesiones agudas de la mucosa gástrica; sin embargo, pese a sus efectos agudos, no hay evidencia de que el consumo de alcohol cause o exacerbe la úlcera péptica crónica. (Vakil, 2018)

El tabaquismo y el consumo de alcohol también constituyeron factores de riesgo para la aparición de la citada enfermedad, puesto que ambos aumentan el estrés oxidativo de la mucosa, con lo que disminuye la velocidad de curación y aumenta la recurrencia; a esto se añade que el humo del tabaco contribuye al agravamiento de la úlcera péptica porque se atenúa la hiperemia en el margen de la lesión (Jorge Félix Rodríguez Ramos, 2019)

La úlcera péptica es más frecuente en personas fumadoras que en no fumadoras; los fumadores tienen dos veces más posibilidades de padecerla que la población control. La relación entre la úlcera y el tabaco es muy clara. El tabaco retrasa la cicatrización de la úlcera, favorece la aparición de recidivas, puede disminuir la eficacia de alguna pauta erradicadora, incrementa las complicaciones y posiblemente la mortalidad. (Sainz R., 1998)

VI. 9 Hemorragia por Cirrosis hepática

La cirrosis hepática se refiere a la cicatrización del hígado que da como resultado una función hepática anormal como consecuencia de una lesión hepática crónica (de largo plazo). La cirrosis es una de las causas principales de enfermedad y muerte en los Estados Unidos. En su mayoría es ocasionada por el consumo excesivo de alcohol, seguido de otros factores, tales como, hepatitis viral crónica (hepatitis B, C y D), esteatosis hepática, hemocromatosis, entre otros.

La cirrosis hepática y los estadios finales de cualquier enfermedad hepática, pueden llevar a la hipertensión portal. Un incremento en las resistencias intrahepáticas asociado a un aumento del flujo venoso portal, contribuyen al desarrollo de hipertensión portal y varices esofágicas. La hemorragia secundaria a la ruptura de las varices, es la complicación letal más común de la cirrosis, y se presenta con una frecuencia del 5 – 10% al año; identificándose a la pared, características morfológicas de la várice, así como el grado de insuficiencia hepática.

VI. 10 Hemorragia por cáncer gástrico

El cáncer gástrico (CG) es el quinto tumor maligno más frecuente en el mundo. En España en el año 2015 se diagnosticaron casi 8,500 casos nuevos de cáncer gástrico en ambos sexos. Existe una amplia variación geográfica en su presentación. Más de la mitad de los casos se concentran en Japón y China. También es un cáncer común en Sudamérica, Europa del Este y algunos países del Oriente Medio y, en cambio, es poco frecuente en Europa, Estados Unidos, Australia y África.

Es importante tener presente que el Cáncer Gástrico es un grupo heterogéneo de tumores de diferente histopatología, mecanismos y asociaciones patogénicas y también de diferente comportamiento clínico. Una de las clasificaciones más utilizadas para la caracterización histológica es la de Laurén, que reconoce dos tipos básicos de tumor: Cáncer de tipo difuso y Cáncer de tipo intestinal. (P, 1965)

Según estudio realizado en Perú, en pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre febrero del 2007 y enero del 2008 por presentar hemorragia digestiva alta se encontró que de 163 pacientes a los cuales se les realizó endoscopia diagnóstica, 8 pacientes presentaban cáncer gástrico, siendo la principal causa del sangrado, la ruptura de la mucosa gástrica de manera leve a moderada generando micro-hemorragias que ocasionaban el sangrado.

VI.11 Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Hematemesis: sangre con vómito que puede adoptar una coloración negruzca (aspecto de “pozos de café”) o rojo brillante (sangre fresca), dependiendo que haya sido alterada o no por la secreción gástrica.

Melena: evacuaciones con heces negras, alquitranadas, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa. Para que ésta se produzca es preciso un sangrado lo suficientemente lento como para que la sangre permanezca en el tubo digestivo durante al menos ocho horas y tenga lugar la oxidación de la hemoglobina con formación de hematina. (Bogoch, 2004).

Hematoquezia: emisión de sangre por el ano, sola o mezclada con las heces; suele ser indicativa de hemorragia digestiva baja, aunque en ocasiones es una forma de manifestación de la hemorragia del tubo digestivo alto. Sobreviene ante el tránsito acelerado por la abundante y rápida cantidad de sangre en el tubo digestivo, y para que esto suceda, la hemorragia debe ser mayor de 1,000 cc y producirse en menos de una hora, con una permanencia en el tubo digestivo menor de cinco horas. (Montero, 2005)

Además de la posible aparición de hematemesis o melenas y/o inestabilidad hemodinámica, en las horas o días previos a la consulta, en muchos casos aparecen otras complicaciones de la cirrosis hepática como encefalopatía, disfunción renal, alteración hidroelectrolítica e infecciones. Entre estas últimas, cabe destacar la neumonía por broncoaspiración, en especial en pacientes con encefalopatía, y la peritonitis bacteriana espontánea. El diagnóstico se establece mediante endoscopia digestiva alta urgente. Se recomienda practicar la endoscopia dentro de las primeras 12 h desde la llegada al hospital, aunque en caso de inestabilidad hemodinámica y/o hematemesis franca se recomienda acortar este intervalo a 6 h.

VI. 12 Factores clínicos que se asocian a hemorragia digestiva alta

Edad

En los pacientes mayores de 60 años, se observa una incidencia mayor de recidiva hemorrágica y mortalidad mayor (que puede llegar al 39%). Por el contrario, la mortalidad de los pacientes menores de 60 años y sin comorbilidad es inferior al 1%

Presencia de enfermedades asociadas

Gran parte de la mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta puede atribuirse a la descompensación de enfermedades graves, como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, diabetes mellitus, alteraciones neurológicas y neoplasias

Gravedad de la hemorragia

El pronóstico es peor en los pacientes con hemorragia grave, manifestada a su inicio con shock hipovolémico o por un valor de hemoglobina al ingreso inferior a 10 g/dl.

VI.13 Escala de Forrest

El uso rutinario de estas escalas pronosticas permite la toma de decisiones oportunas como: hospitalización, identificación de pacientes de alto riesgo de recurrencia de la hemorragia, candidatos a tratamiento endoscópico, ingreso a la unidad de cuidados intensivos, elementos útiles para el triaje y uso de recursos hospitalarios en forma oportuna y racional. (Griselda Martínez Ramírez, 2016)

Los hallazgos endoscópicos que permiten predecir un riesgo alto de recurrencia de la hemorragia son la presencia de un sangrado activo, de un vaso visible no sangrante o un coágulo adherente. Esto se reconoce desde la publicación de la escala de Forrest, en 1974²². Este sistema es de una amplia utilización en todo el mundo. (Dra. Rebeca Winograd Lay, 2015)

SANGRADO	TIPO	DESCRIPCIÓN	% RESANGRADO
ACTIVO	I A	En Jet (a Chorro)	90%
	I B	En napa (Babeante)	20 - 30%
RECIENTE	II A	Vaso Visible (no sangrante)	30 - 51%
	II B	Coágulo Rojo (Adherido)	25 - 41%
	IIC	Fondo Ulceroso hemático	0 - 5%
SIN SANGRADO	III	Lesión limpia (sin estigma)	0 - 2%

Los parámetros que incluye este sistema son considerados como los mejores predictores del curso clínico subsecuente del enfermo y determinan la necesidad de intervención endoscópica. Los sistemas de evaluación posendoscópica incluyen entre sus variables los estigmas hemorrágicos de la clasificación de Forrest. (Dra. Rebeca Winograd Lay, 2015)

VII. Hipótesis

Los factores asociados tienen un efecto significativo en los sitios de sangrado de los pacientes con hemorragia del tubo digestivo alto, en el servicio de medicina interna del hospital escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo enero 2018 a diciembre del 2019.

VIII. Diseño metodológico.

7.1 Área de estudio

El área de estudio de la presente investigación estará centrada en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes.

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

7.2 Tipo de estudio

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es *observacional* y según el propósito del diseño metodológico el tipo de estudio es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retro-prospectivo (Piura, 2006), por el período y secuencia del estudio es transversal y según el análisis y alcance de los resultados el estudio es analítico (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

7.3 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 realizará mediante la aplicación de un enfoque cuantitativa de investigación.

7.4 Unidad de Análisis

Tomando como referencia los objetivos del estudio y su alcance, la unidad de análisis de la presente investigación corresponderá a los pacientes fallecido con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto en el período de Enero 2015-Diciembre 2018.

7.5 Universo y Muestra

La población objeto de estudio fue definida por todos los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, ingresados en el hospital escuela Carlos Roberto Huembes durante el periodo de enero 2018 a diciembre 2019. El tamaño de la muestra en el presente estudio se corresponde con el censo de todos los individuos disponibles para esta población de estudio que cumplan con los criterios de inclusión.

7.6 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.

7.7 Criterios de selección de la muestra.

Criterios de inclusión

- Pacientes con hemorragia digestiva alta sea primera vez o resangrado. ingresado en el servicio de medicina interna durante el periodo de estudio.
- Pacientes con edades comprendidas entre 20 y 80 años
- Pacientes que se encuentre información completa en el expediente clínico.
- Pacientes que hayan aceptado medidas terapéuticas para su enfermedad.

Criterios De Exclusión

- Paciente que tenga expediente clínico con información incompleta.
- Pacientes que no cumplan todos los criterios de inclusión.
- Pacientes menores de 20 años, pacientes mayores de 80 años
- Pacientes fallecidos

7.8 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.

7.8.1 Instrumento (ficha de recolección).

Se realizó ficha que recopiló información sobre los aspectos sociodemográficos, los factores asociados que influyen, resultados endoscópicos y formas de presentación clínica más frecuente el cual se llenó a través de la revisión del expediente clínico en los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna en el periodo enero 2018 a diciembre 2019 que cumplieron los criterios de inclusión.

7.8.2 Fuente de información

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

7.8.3 Recolección de datos

Previo al inicio de la investigación se solicitó al jefe del servicio de medicina interna y responsable de estadística acceso, a los expedientes clínicos. Se realizó el llenado del instrumento de recolección de la información constituido por fichas a todos los pacientes ingresados en el departamento de medicina interna.

7.9 Plan de tabulación y análisis estadístico.

7.9.1 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)

7.10 Plan de Análisis

7.10.1 Plan de tabulación

A partir de los datos obtenidos del expediente clínico se diseñó la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS versión 24 para Windows. Una vez realizado el control de calidad de los datos registrados, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes tal como: de acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables y guiado por el compromiso definido en cada uno de los objetivos, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes a las variables nominales y/o numéricas entre ellos:

- a. análisis de frecuencia
- b. estadísticas descriptivas según cada caso.

Además, se realizó gráficos de tipo:

- a. Pastel o barras de manera invariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano

- b. Barras de maneras univariadas para variables dicotómicas que permitan describir las respuestas de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.
- c. Se aplicó la prueba Rho Spearman, en su versión de la máxima verosimilitud. Estas pruebas permitieron demostrar la asociación entre variables de categorías, mediante la comparación de la probabilidad aleatoria del suceso y el nivel de significancia preestablecido para la prueba entre ambos factores de manera que cuanto P es menor o igual a 0.005 se estará rechazando la hipótesis nula. Los análisis correspondientes se realizarán de acuerdo a los procedimientos estadísticos descritos en Pedrosa y Discokiy, 2006.

7.10.2 Plan Estadístico.

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

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

También se realizó variables de categoría donde se le aplicarán pruebas de Chi cuadrado.

IX Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar los principales factores de comorbilidades asociados con hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de Enero 2018 a Diciembre 2019

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes		Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
				Ficha de recolección	Encuesta		
Objetivo Específico 1 Describir las Características sociodemográficas de los pacientes con hemorragia digestiva alta	Características Sociodemográficas	1.1 Edad	1.1. Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha.		XX	cuantitativa discreta	Edad cumplida
		1.2 Procedencia	1.2. Ubicación de residencia actual.		XX	cuantitativa nominal	1-Urbana 2-Rural
		1.3 Estado Civil	1.3. Condición legal		XX	cuantitativa nominal	1-Casado 2-Soltero
		1.4 Ocupación	1.4. Cargo laboral que posee		XX	cuantitativa nominal	1. Pregunta Abierta

IX. Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar los principales factores y comorbilidades asociados con hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de Enero 2018 a Diciembre 2019

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes		Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
				Análítica Doctal	Encuesta		
Objetivo Específico 2 Establecer la relación de los factores asociados, comorbilidades y presentación clínica en pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna en el Hospital Carlos Roberto Huembés	2.1 Factores asociados para hemorragia digestiva alta	2.1 Tabaquismo	2.1 Enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas a base de tabaco		XX	cualitativa nominal	1.Si 2.No
		2.2 Alcoholismo	2.2 Consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida.		XX	cualitativa nominal	1.Si 2.No
		2.3 AINES	3.3 grupo de medicamentos ampliamente usados para tratar el dolor y la inflamación		XX	cualitativa nominal	1.Ibuprofen 2.Diclofenac 3.Naproxeno 4.Ketorolac

IX. Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar los principales factores y comorbilidades asociados con hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de Enero 2018 a Diciembre 2019

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes		Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
				Análítica Doctal	Encuesta		
<u>Objetivo Especifico 2</u> Establecer la relación de los factores asociados, comorbilidades y presentación clínica en pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna en el Hospital Carlos Roberto Huembés	2.1 Factores asociados para hemorragia digestiva alta	2.4 Corticoides	2.4 Medicamentos utilizados para el tratamiento de diversos trastornos por ser antiinflamatorio.		XX	cualitativa nominal	1.Si 2.No

IX. Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar los principales factores y comorbilidades asociados con hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de Enero 2018 a Diciembre 2019

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes		Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
				Analítica Doctal	Encuesta		
Objetivo Específico 2 Establecer la relación de los factores asociados, comorbilidades y presentación clínica en pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna en el Hospital Carlos Roberto Huembés	2.2 Comorbilidades asociadas a hemorragia digestiva alta	2.2.1 Cirrosis hepática	2.2.1 Enfermedad crónica e irreversible del hígado que se caracteriza por la sustitución de la arquitectura normal del hígado por bandas de tejido fibroso		XX	cualitativa nominal	1.Si 2.No
		2.2.2 Enfermedad renal crónica	Pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular <60 ml/min/1.73 m ²		XX	cualitativa nominal	1.Si 2.No

IX. Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar los principales factores y comorbilidades asociados con hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de Enero 2018 a Diciembre 2019

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes		Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
				Analítica Doctal	Encuesta		
Objetivo Específico 2 Establecer la relación de los factores asociados, comorbilidades y presentación clínica en pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna en el Hospital Carlos Roberto Huembés	2.2 Comorbilidades asociadas a hemorragia digestiva alta	2.2.3 Cáncer Gástrico	El cáncer de estómago o cáncer gástrico es un tipo de crecimiento celular maligno producido con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos		XX	cualitativa nominal	1.Si 2.No
		2.2.4 Enfermedad reumática	Enfermedades que afectan al aparato locomotor, es decir, a las articulaciones, músculos, tendones y ligamentos, tejido conectivo		XX	cualitativa nominal	1.Si 2.No

IX. Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar los principales factores y comorbilidades asociados con hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de Enero 2018 a Diciembre 2019

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes		Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
				Análisis Doctar	Encuesta		
Objetivo Específico 2 Establecer la relación de los factores asociados, comorbilidades y presentación clínica en pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna en el Hospital Carlos Roberto Huembés	2.3 Presentación Clínica	2.3.1 Hematemesis	2.3.1 Vómito de sangre, rojo rutilante, si es sangrado actual o en borra de café si la sangre lleva un tiempo determinado en el estómago		XX	cualitativa nominal	1.Si 2.No
		2.3.2 Melena	2.3.2 Es la expulsión de deposiciones (heces) negras, viscosas y malolientes debido a la presencia de sangre degradada		XX	cualitativa nominal	1.Si 2.No
		2.3.3 Hematoquezia	2.3.3 Salida de sangre líquida a través del recto		XX	cualitativa nominal	1.Si 2.No

IX. Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar los principales factores y comorbilidades asociados con hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de Enero 2018 a Diciembre 2019

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes		Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
				Análisis Doctal	Encuesta		
Objetivo Específico 3 Correlacionar los factores asociados de los pacientes con el sitio de sangrado de tubo digestivo alto según hallazgo endoscópico en pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna en el Hospital Carlos Roberto Huembés	3.1 Factores asociados para hemorragia digestiva alta 3.2 Origen del sangrado según hallazgos endoscópicos	<u>3.1 Causa</u> Relación de factores asociados			XX	cualitativa nominal	1. Tabaquismo 2. Alcoholismo 3. AINES 4. Cirrosis hepática 5. Enfermedad renal crónica 6. Enfermedad reumática 7. Ca gástrico
		<u>3.2 Efecto</u> Lesión causante de hemorragia digestiva alta			XX	Cualitativa Nominal	1. Úlcera gástrica 2. Úlcera duodenal 3. Úlcera gastroduodenal 4. Várices esofágicas 5. Esofagitis 6. Mallory Weiss 7. Gastropatía erosiva 8. Neoplasias gastroduodenales

IX. Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar los principales factores y comorbilidades asociados con hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de Enero 2018 a Diciembre 2019

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes		Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
				Análítica Doctal	Encuesta		
<p>Objetivo Específico 4 Conocer la frecuencia de las características de las úlceras gastroduodenales según la escala de Forrest a través de los hallazgos endoscópicos</p>	4. Escala de Forrest	4. Escala pronostica que caracteriza las úlceras gastroduodenales según los hallazgos endoscópicos			XX	cualitativa nominal	1.Ia: Sangrado a chorro 2.Ib: sangrado venoso babeante 3.IIa: Vaso visible no sangrante 4.IIb: Coagulo adherido 5.IIc: fondo limpio 6.III: Lesión limpia sin estigmas de sangrado

7.12 Sesgo y su control

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

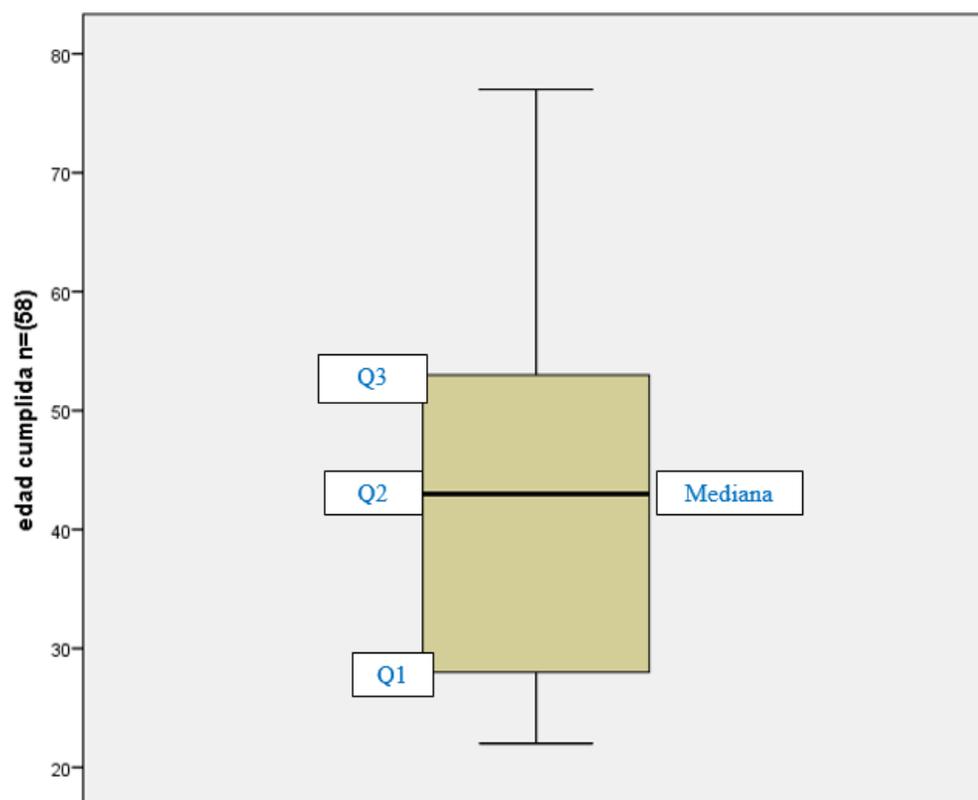
7.13 Consideraciones éticas

Con el presente trabajo en cual se realizará con expedientes de pacientes se garantiza el sigilo y que los datos utilizados serán única y exclusivamente para la realización de este estudio, así mismo se referimos que no habrá daños a terceros.

X. Resultados

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

1. Características sociodemográficas de pacientes con hemorragia digestiva alta



En el gráfico, se presentan la edad, quienes tienen un promedio de 43 años, con un Límite Inferior (L.I.) de 22 años y un Límite Superior (L.S.) de 77 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 53 y 28 años.**

Tabla 1. Sexo de pacientes con hemorragia digestiva alta

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Masculino</i>	38	65.5
<i>Femenino</i>	20	34.5
<i>Total</i>	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección-expediente clínico

En cuanto al sexo se encontró que el 65% de los pacientes (38) son masculinos y los pacientes restantes del sexo femenino.

Tabla 2. Ocupación de pacientes con hemorragia digestiva alta

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Policía</i>	15	25.9
<i>Conductor</i>	12	20.7
<i>Afanadora</i>	6	10.3
<i>Ama de casa</i>	5	8.6
<i>Obrero</i>	15	25.9
<i>Jubilado</i>	5	8.6
<i>Total</i>	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección-expediente clínico

En relación a la distribución de las ocupaciones de los pacientes, del 100% ocupando las más frecuentes policías y obreros con el 25.9% del total de participantes, en segundo lugar conductores con el 20.7% y en menor proporción amas de casa con 8.6%.

Tabla 3. Procedencia de pacientes con hemorragia digestiva alta

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Urbano</i>	55	94.8
<i>Rural</i>	3	5.2
<i>Total</i>	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección-expediente clínico

En cuanto a la procedencia, predominantemente Urbano con 55 pacientes que representan el 94.8% y el restante una mínima cantidad del sector rural con el 5.2%

2. Factores asociados, comorbilidades y presentación clínica.

Tabla 3. Hábitos tóxicos

Tabaquismo	N=(58)	Frecuencia	Porcentaje
	<i>Si</i>		17
<i>No</i>		41	70.7
Alcohol	<i>Si</i>	26	44.8
	<i>No</i>	32	55.2
Consumo Corticoide	<i>Si</i>	4	6.9
	<i>No</i>	54	93.1
Consumo de IANES	<i>Si</i>	17	29.3
	<i>No</i>	41	70.7

Fuente: Ficha de recolección-expediente clínico

Dentro de los factores asociados relacionados a hábitos tóxicos y consumo de fármacos encontramos que en relación a tabaquismo el 70.7% no tenía este hábito, así mismo el consumo de alcohol fue más frecuente hasta en un 44.8%. En cuanto a consumo de fármacos únicamente 6.9% consumían corticoides y 29.3% consumían AINES.

Tabla 4. Asociación de factores asociados y presentación clínica de hemorragia digestiva alta

		<i>Alcohol</i>	<i>AINE</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Corticoide</i>	<i>Alcohol y tabaco</i>	<i>Total</i>
<i>Presentación Clínica</i>	<i>Melena</i>	3	1	7	1	3	15
	<i>Hematemesis</i>	6	1	11	1	8	27
	<i>Melena y Hematemesis</i>	3	0	4	0	5	12
	<i>Hematemesis y Hematoquezia</i>	0	0	2	1	0	3
<i>Total</i>		12	2	24	3	16	58

Fuente: Ficha de recolección-expediente clínico

De la asociación de los factores asociados con la presentación clínica de la hemorragia digestiva alta encontramos que en primer lugar de frecuencia el tabaco se asoció en 11 pacientes con hematemesis, así mismo el tabaquismo se asoció en mayor frecuencia a todas las formas de presentación clínica en comparación con el alcohol, el uso de corticoides y el uso de AINES.

Tabla 5. Asociación de comorbilidades y presentación clínica de hemorragia digestiva alta

	<i>Hepatopatía crónica</i>	<i>Cáncer gástrico</i>	<i>Enfermedad renal</i>	<i>Ninguna</i>	<i>Total</i>
--	----------------------------	------------------------	-------------------------	----------------	--------------

Presentación clínica	Melena	7	0	1	7	15
	Hematemesis	9	1	2	15	27
	Melena y Hematemesis	2	1	2	7	12
	Hematemesis y Hematoquezia	2	0	0	1	3
Total		20	2	5	30	58

Fuente: Ficha de recolección-expediente clínico

En relación a las comorbilidades más del 50% de los pacientes no tenían comorbilidades asociadas a hemorragia digestiva alta, siendo la Hepatopatía crónica como mayor frecuencia a presentaciones tipo hematemesis y melena. Y en menor frecuencia el cáncer gástrico y la enfermedad renal crónica respectivamente.

Medidas simétricas

			Presentación clínica	Comorbilidades
Rho de Spearman	Presentación clínica	Coefficiente de correlación	1.000	.078
		Sig. (bilateral)	.	.566
		N	57	57
	Comorbilidades	Coefficiente de correlación	.078	1.000
		Sig. (bilateral)	.566	.
		N	57	58

Con respecto a la asociación de comorbilidad y presentación clínica de la hemorragia digestiva alta, la prueba de correlación de Rho de Spearman, no aportó evidencia significativa de un valor de $p = .078$, el cual es menor que el nivel crítico en comparación $\alpha = 0.05$, esto indica que se obtuvo no se obtuvo una respuesta estadísticamente no significativa entre la comorbilidad y la hemorragia.

3. Correlación de factores asociados y comorbilidades con el sitio de sangrado en los hallazgos endoscópicos

Tabla 6. Correlación de factores asociados con el sitio de hemorragia de tubo digestivo alto según hallazgos endoscópicos

		<i>Alcohol</i>	<i>AINE</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Corticoide</i>	<i>Alcohol/tabaco</i>	<i>Total</i>
<i>Diagnostico endoscópico de Hemorragia digestiva alta</i>	<i>Úlcera gástrica</i>	6	1	7	0	5	19
	<i>Úlcera duodenal</i>	3	1	9	1	7	21
	<i>Mallory Weiss</i>	2	0	2	0	2	6
	<i>Gastropatía erosiva</i>	2	0	4	1	2	9
	<i>Úlcera Gastroduodenal</i>	0	0	2	1	0	3
<i>Total</i>		13	2	24	3	16	58

Fuente: Ficha de recolección-expediente clínico

Encontramos que el consumo de tabaco se asoció a úlceras duodenales hasta en 9 pacientes, seguidos por la úlcera gástrica asociada al consumo de alcohol y tabaco, y en menos proporción el uso de corticoides con relación a los hallazgos endoscópicos, así como también el uso de AINES que se asoció solamente a Úlceras gástricas y duodenales en 1 paciente respectivamente.

Correlaciones				
			Diagnostico endoscópico de hemorragia digestiva alta	Comorbilidades
Rho de Spearman	Diagnostico endoscópico de hemorragia digestiva alta	Coefficiente de correlación	1.000	-.099
		Sig. (bilateral)	.	.462
		N	58	58
	Comorbilidades	Coefficiente de correlación	-.099	1.000
		Sig. (bilateral)	.462	.
		N	58	58

Con respecto a la asociación Rho de Spearman de factores asociados con el sitio de hemorragia de tubo digestivo alto según hallazgos endoscópicos, la prueba de correlación aportó evidencia de un

valor de p , ,462 el cual es mayor que el nivel crítico en comparación $\alpha = 0,05$ esto indica que no se obtuvo una respuesta estadísticamente significativa entre la comorbilidad y la hemorragia.

Tabla 7. Correlación de comorbilidades con el sitio de hemorragia de tubo digestivo alto según hallazgos endoscópicos

		<i>Hepatopatía crónica</i>	<i>Cáncer gástrico</i>	<i>Enfermedad renal</i>	<i>Ninguna</i>	<i>Total</i>
<i>Diagnostico endoscópico de Hemorragia digestiva alta</i>	<i>Úlcera gástrica</i>	5	2	1	11	19
	<i>Úlcera duodenal</i>	9	0	2	10	21
	<i>Mallory Weiss</i>	2	0	0	4	6
	<i>Gastropatía erosiva</i>	3	0	2	4	9
	<i>Úlcera Gastroduodenal</i>	2	0	0	1	3
<i>Total</i>		21	2	5	30	58

Fuente: Ficha de recolección-expediente clínico

Dentro de las patologías concomitantes asociadas a sangrado del tubo digestivo alto, se encontró que la Hepatopatía crónica fue la más frecuente con el 36% de los pacientes, seguida de pacientes sanos que representaron el 51%, sin ninguna comorbilidad conocida, de lo anterior el hallazgo endoscópico más frecuente fue la úlcera duodenal como primera causa de hemorragia digestiva alta, ocupando el 36%, seguida de la úlcera gástrica con 32.7% y menos frecuente síndrome de Mallory Weiss con 10.3%, llama la atención que las úlceras gastroduodenales ocuparon en total 5.1% de los hallazgos.

4. Conocer la frecuencia de las características de las úlceras según escala Forrest

Tabla 8. Frecuencia de los hallazgos endoscópicos según la escala de Forrest

Escala de Forrest		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Forrest IIa	2	3.4
	Forrest IIb	6	10.3
	Forrest IIC	12	20.7
	Forrest III	22	37.9
	No aplica	16	27.6
	Total	58	100

En relación a la frecuencia de los hallazgos según la escala de Forrest para úlceras gastroduodenales se encontró que con 37.9% (22) Forrest III, y en menor frecuencia la clasificación de Forrest IIa.

XI. Discusión

Se describió la frecuencia de las características sociodemográficas y la asociación de los factores asociados con las causas de hemorragia digestiva alta encontradas a través de endoscopia digestiva, en una muestra de 58 pacientes que ingresaron con dicho diagnóstico al servicio de medicina interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, entre Enero 2018 y Enero 2019, se han realizado estudios similares en este hospital como el **“Perfil clínico del sangrado de tubo digestivo alto, en pacientes del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, abril del 2017 - diciembre del 2018.”** Así mismo se han encontrado otros estudios realizados dentro del país, asociados a hemorragia digestiva alta que incluyen hospitales de León y Managua. De igual manera en la región de las Américas.

Objetivo 1.

En relación al sexo y grupos etarios se observó mayor prevalencia de sangrado digestivo alto en varones que en mujeres, con una proporción 2:1, similar al encontrado en estudios nacionales (Castro D. , 2017), en las edades comprendidas entre los 22-77 en los resultados se menciona edad promedio de 43 años de edad y que eran procedentes del área 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. 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, 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.

Objetivo 2.

En este estudio se asociaron tanto los factores asociados como las comorbilidades de los pacientes con la presentación clínica de la enfermedad, no encontrándose incidencia de consumo de medicamentos tales como AINES que el 70.7 % de nuestra población en estudio no consumían, los glucocorticoides solo consumidos por 2 pacientes (4 %), y alcohol no era consumido por más de la mitad de los pacientes (55.2 %), reflejada en el estudio, ambos factores asociados observados en la bibliografía consultada, tanto el alcohol como el tabaco. Cabe mencionar que dentro de la literatura dichos factores asociado ocupan un papel preponderante en la asociación a la hemorragia

digestiva alta. El tabaquismo y el consumo de alcohol también constituyeron factores de riesgo para la aparición de la citada enfermedad, puesto que ambos aumentan el estrés oxidativo de la mucosa, con lo que disminuye la velocidad de curación y aumenta la recurrencia; a esto se añade que el humo del tabaco contribuye al agravamiento de la úlcera péptica porque se atenúa la hiperemia en el margen de la lesión (Jorge Félix Rodríguez Ramos, 2019)

También es de destacar que en un porcentaje alto (36%) se halló patología asociada como hepatopatía crónica, no obstante al realizar correlación con Rho Speraman, la asociación resultó no significativa, por lo cual se considera no hay correlación directa con la patología digestiva.

En relación a la forma de presentación se encontró que del total de pacientes el 46.8% se presentó como hematemesis y que 25.2% como melena, mismo resultado de estudios similares donde la manifestación más frecuente coincide con nuestro hallazgo como en el estudio de (Muñoz, 2012) donde se concluyeron que el tipo de sangrado estuvo representado por la hematemesis (65,5%), y la melena (63,5%). Dentro de la asociación de los factores el tabaco se encontró está más ligado a presentaciones tipo hematemesis en un 18%, en menos proporción se encontró asociación entre el consumo de fármacos como corticoides y AINES con las formas de presentación de la hemorragia digestiva alta.

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 el estudio, la causa más frecuente fue por úlcera duodenal (36.6 %), seguida por la gástrica (32.7 %) lo que coincide con la bibliografía consultada en la que se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de sangrado, en comparación con otros hallazgos endoscópicos. Esta afección corresponde a la respuesta gástrica común a diferentes noxas asimilables al concepto de stress fisiológico.

Al momento de correlacionar las causas de hemorragia y los factores asociados 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. En relación a los factores asociados a las causas de sangrado según los hallazgos endoscópicos se vio

mayor asociación entre el consumo de tabaco y las úlceras duodenales y gástricas con 31.03%, en comparación a los demás hallazgos que fueron asociaciones inferiores. Y en menor proporción se vieron asociados el uso de fármacos como AINES y corticoides con los sitios de sangrado. Es importante mencionar, que en 9 casos de pacientes con hepatopatía crónica el sitio de sangrado habitual fue a nivel de duodeno por úlcera. Según Rho de Spearman en la correlación no se encontró estadísticamente significativa

Objetivo 4.

En relación a la escala Forrest, se encontró en el estudio que el hallazgo más frecuente fue la úlcera Forrest III, que corresponde a lesiones sin estigmas de sangrado, lo que confiere menor riesgo de resangrado en los pacientes, y en menor frecuencia Forrest IIa, en comparación a estudios que evalúan la capacidad de predicción para resangrar también encontramos datos similares en el estudio Factores pronósticos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta en 2015 donde los resultados fueron los siguientes: Según la clasificación de Forrest para las úlceras pépticas gástricas y duodenales tras la realización de la endoscopia diagnóstica, la mayoría de los pacientes presentaron un Forrest III(30,3 %), seguido del tipo IIc (25,7 %), IIb (21,2 %), IIa (12,1%),Ia (6,06 %) y Ib (4,54%).

XII. Conclusiones

1. Los pacientes mayores de edad y del sexo masculino presentaron mayor riesgo, ya que se encontró la misma proporción conforme a edad en ambos grupos, y el hecho de hacer la comparación entre ambos sexos hay una relación 2:1 para hombres y mujeres respectivamente.
2. En cuanto a la correlación entre los factores asociados, comorbilidades y forma de presentación, se observó que para la gran mayoría de factores existía una correlación significativa, principalmente para el consumo de tabaco. Los antecedentes que tuvieron mayor asociación fueron aquellos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco y este último se asoció de forma significativa con los hallazgos, así como se encontró poca relación con enfermedades crónicas como Hepatopatía, enfermedad renal, enfermedades reumáticas, cáncer gástrico y que la forma más común de presentación fue la hematemesis.
3. En cuanto a los sitios de sangrado definidos a través de la endoscopia digestiva alta se encontró que las úlceras (gástricas y/o duodenales) se vieron asociadas más al consumo de tabaco y alcohol y no al uso prolongado de fármacos como corticoides y AINES; así mismo se encontró asociación no significativa entre las patologías crónicas de los pacientes y el sitio de sangrado.
4. Dentro de los hallazgos endoscópicos según escala de Forrest la más frecuente es la categoría III que se asocia con un mejor pronóstico para los pacientes. Al igual que las estadísticas asociadas a la evaluación de esta escala en el pronóstico de sangrado de los pacientes.

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

- Alonso, C. (2008). Mortalidad por Sangrado digestivo alto en el hospital Enrique Cabrera. *Revista Cubana de Cirugía*.
- Álvarez M, M. (2015). Factores asociados a hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes mayores de 39 años: Hospital Vicente Corral Moscoso. *Revista Médica HJCA*. Obtenido de <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/10>
- UNIVERSIDAD DE CUENCA 52 JHOANNA CRISTINA ALMEIDA ALVARADO
- Bogoch, A. (2004). Hemorragia gastrointestinal, síntomas gastrointestinales. Interpretación clínica. 115-140.
- Caballé, F. F. (2008). Epidemiología, factores pronósticos y causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. Hemorragia Digestiva Alta No Varicosa. *GH Continuada*, 7(4).
- Callejas, C. (2010). Sangrado digestivo alto: Consideraciones actuales acerca de su diagnóstico y tratamiento . *MEDISAN*.
- Castro, D. (2017). Factores de Riesgo asociados al fallecimiento de pacientes con Sangrado de Tubo Digestivo Alto Variceal. Servicio de medicina interna. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca de Enero a Diciembre de 2016. *Factores de Riesgo asociados al fallecimiento de pacientes con Sangrado de Tubo Digestivo Alto Variceal. Servicio de medicina interna. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca de Enero a Diciembre de 2016*. Managua, Managua, Nicaragua: UNAN Managua.
- Castro, M. A. (2016). Factores de riesgo asociados al fallecimiento de pacientes con Sangrado del tubo digestivo alto Varicial del Servicio de medicina interna del Hospital Antonio Lenin Fonseca de enero a diciembre de 2016. *Factores de riesgo asociados al fallecimiento de pacientes con Sangrado del tubo digestivo alto Varicial del Servicio de medicina interna del Hospital Antonio Lenin Fonseca de enero a diciembre de 2016*. Managua, Managua, Nicaragua: UNAN Managua.
- Corso, M. A. (2013). Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 10-14.
- Cruz-Guillén, A. A. (2013). Presentación sindrómica del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Medicina interna México*, 449-457.
- Denis B, T. J. (2011). Factores asociados a sangrado digestivo alto. Servicio de Gastroenterología. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. *Revista médica*

científica., 4-11. Obtenido de http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/278/pdf_23

- Dr. Sergio Zepeda Gómez, e. a. (2010). Hemorragia del tubo digestivo alto no varicial. *Revista de Gastroenterología de México*, 31-34.
- Dra. Rebeca Winograd Lay, e. a. (2015). Predicting scales for prognosis of patients with non-variceal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 73-85. Recuperado el Abril de 2020
- Esquivel Vilaseca Sanabria, e. a. (2018). Manejo del paciente portador de sangrado digestivo alto en el servicio de urgencias. *Revista Cubana de medicina militar*, 2-11.
- F, G. (2009). Hemorragia digestiva. *Universidad Católica Buenos Aires* .
- Gonzalez, P. (2006). Manejo endoscopico del sangrado del tubo digestivo alto en el Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaño octubre 2004 a octubre 2005. *Manejo endoscopico del sangrado del tubo digestivo alto en el Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaño octubre 2004 a octubre 2005*. Managua, Managua, Nicaragua: UNAN Managua.
- Griselda Martínez Ramírez, e. a. (19 de Noviembre de 2016). Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva. *ENDOSCOPIA*, 154-159. Recuperado el 02 de Abril de 2020
- Henry D, e. a. (1998). Meta-analysis in upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology*, 100.
- Huguet, M. M. (2016). *Pràctica Clínica en Gastroenterologia y Hepatologia*. CTO.
- Jorge Félix Rodríguez Ramos, e. a. (2019). Factores de riesgo asociados a la gastritis aguda o crónica en adultos. *MEDISAN*, 5.
- Kim, e. a. (15 de Noviembre de 2014). Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practicar guide for clinicians. *World journal of gastrointestinal pathophysiol*, 5, 467-478.
- Montero, P. (2005). Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en urgencias. *Emergencias*, 540-549.
- Muñoz, C. (2012). Hallazgo Clínico - Endoscópicos en pacientes de 12 A 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresado al servicio de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales En el periodo comprendido de Enero 2009 a Enero 2012. *Hallazgo Clínico - Endoscópicos en pacientes de 12 A 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresado al servicio de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales En el periodo comprendido de Enero 2009 a Enero 2012*. León, León, Nicaragua: UNAN León.
- P, L. (1965). The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal-type carcinoma . *Acta Pathol Microbiol Scand*, 31-49.

- Pagán, G. (2010). Hemorragia Digestiva por Hipertensión portal. En M. *Manual de Emergencia en Gastroenterología y Hepatología*, 65-69.
- Perez, F. M. (2005). Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en Urgencias. *Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en Urgencias*.
- Piura, L. (2006). *Metodología de la investigación científica*. Managua: PAVSA.
- Portilla, G. (2009). Factores de Riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio del Hospital Vicente Corral Moscoso. *Factores de Riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio del Hospital Vicente Corral Moscoso*. Ecuador, Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Roesch, D. (2002). Frecuencia y causas de hemorragia del tubo digestivo alto en la ciudad de Veracruz. *Frecuencia y causas de hemorragia del tubo digestivo alto en la ciudad de Veracruz*. Veracruz, Mexico.
- Ruiz, E. G. (2016). Hemorragia digestiva en el área de urgencias. Teitinus.
- Sainz R., G. F. (1998). *Úlcera péptica, Enfermedades digestivas* (Vol. Tomo 1). Madrid, España: Grupo Aula Médica.
- Segal, W. (2002). Hemorrhage in the upper gastrointestinal tract in older people. *AM J Gastroenterology*, 42-46.
- Skok, P. (2000). The epidemiology of hemorrhage from the upper gastrointestinal tract in the mid-nineties: has anything changed. *Hepatogastroenterology*, 45.
- Trevizan M. (2017). Avaliação do risco de hemorragia digestiva alta e o consumo de álcool e tabaco: um estudo de caso-controle. *Rev Ciên Farm Básica*, 38. Obtenido de <http://seer.fcfar.unesp.br/rcfba/index.php/rcfba/article/view/749/46999>)
- Vakil, N. (2018). Peptic ulcer disease: Genetic, environmental, and psychological risk factors and pathogenesis. Obtenido de https://www-uptodatecom/contents/peptic-ulcer-disease-genetic-environmental-and-psychological-riskfactors-andpathogenesis?search=Unusual%20causes%20of%20peptic%20ulcer%20disease&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9#

ANEXO

Ficha de recolección de datos

Tema: Factores asociados con Hemorragia Digestiva alta en pacientes del hospital escuela Carlos Roberto Huembes enero 2018- diciembre 2019

Nota: la información recolectada es de los expedientes clínicos de los pacientes que cumplen criterios de inclusión

Signos vitales al ingreso del paciente:

Ficha numero:

I. Datos generales del paciente.

1. Número de expediente: _____
2. Sexo: _____
3. Edad: _____ años
4. Ocupación _____
5. Procedencia: Urbano ___ Rural ___

II. Antecedentes personales no patológico y patológicos. (Marque x en lo que padecen)

2.1 Consumo de tabaco: Si ___ No ___

2.2 Consumo de bebida alcohólica: Si ___ No ___

2.3 Consumo de Medicamento antiinflamatorios: Sí ___ No ___

2.3.1 Consumo de AINES

Cuales: _____

2.3.2 Consumo de Glucocorticoide

Cuales: _____

2.4. Enfermedades concomitantes:

- Cirrosis hepática: Sí ___ No ___
- Enfermedad renal crónica: Sí ___ No ___
- Cáncer gástrico: Sí ___ No ___
- Enfermedades reumáticas: Sí ___ No ___

III. Causas de hemorragia digestiva alta encontrada en el paciente a través de endoscopia:

1. Úlcera gástrica _____
2. Úlcera duodenal _____
3. Úlcera gastroduodenal _____
4. Várices esofágicas _____

5. Esofagitis _____
6. Mallory Weiss _____
7. Gastropatía erosiva _____
8. Gastropatía eritematosa _____
9. Neoplasias gastroduodenales _____

IV. Presentación clínica de la hemorragia digestiva alta:

- Melena: _____
- Hematemesis: _____
- Hematoquesia: _____
- Melena y hematemesis _____

V. Escala de Forrest según hallazgos endoscópicos

1	Ia: Sangrado a chorro	
2.	Ib: sangrado venoso babeante	
3.	IIa: Vaso visible no sangrante	
4.	IIb: Coagulo adherido	
5.	IIc: Fondo limpio	
6.	III: Lesión limpia sin estigmas de sangrado	