

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
(UNAN-MANAGUA)**



Tesis Monográfica para Optar al Título de Especialista en Medicina Interna
Correlación entre la presentación clínica y los hallazgos endoscópicos, en pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva sometidos a endoscopia digestiva alta, en el Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016

Autor:

Luis Fernando Granera Gutierrez

Tutor:

Wilber Mejia

Especialista en Medicina Interna

Managua, Marzo del 2017

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
ANTECEDENTES.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
MARCO TEÓRICO.....	13
Generalidades.....	13
Definiciones.....	13
Causas de hemorragia digestiva alta.....	15
Clasificación de la hemorragia digestiva alta en relación con la gravedad.....	17
Factores endoscópicos con carácter pronóstico.....	18
CLASIFICACIÓN EVOLUTIVA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA.....	18
DIAGNÓSTICO.....	19
Momento de la endoscopia.....	20
MATERIAL Y MÉTODO.....	24
Tipo de estudio.....	24
Área y período de estudio.....	24
Población (Universo).....	24
Muestra.....	24
Paso #1: Determinación del tamaño de la muestra.....	24

Paso #2: Determinación de la técnica de muestreo	25
Criterios de selección.....	25
Criterios de inclusión:	25
Criterios de exclusión:.....	25
Técnicas y procedimientos para recolectar la información.....	26
Ficha de recolección de la información.....	26
Técnicas de procesamiento y análisis de la información	26
Creación de base de datos	26
Estadística descriptiva	27
Exploración de la asociación entre variables (cruce de variables).....	27
Consideraciones éticas	27
RESULTADOS	28
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	39
FICHA DE RECOLECCIÓN	39
Operacionalización de las variables.....	71

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 etáreos. (1)

La hemorragia digestiva alta (HDA) tiene una incidencia que varía de 50 a 170 por cada 100 000 habitantes en países occidentales, considerándose la causa más frecuente de emergencia en el área de la gastroenterología y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Datos procedentes de la región Latinoamericana indican una incidencia de 50 a 100 por cada 100,000 habitantes. (2-4)

La hemorragia digestiva alta (HDA) consiste en la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo en una zona comprendida entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. Este sangrado puede proceder de órganos digestivos o de estructuras adyacentes que vierten su contenido en esta localización, por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) .Se manifiesta clínicamente por hematemesis y melena, independientemente de la lesión de origen, diferenciándose sólo por su magnitud, evidenciable a través de la presencia o ausencia de compromiso hemodinámico y magnitud del mismo. En principio, toda HDA franca debe considerarse como potencialmente grave, y por lo tanto, merecedora de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos intensos. La morbilidad y mortalidad del paciente se relaciona con ciertos factores de riesgos, como la edad, enfermedades asociadas magnitud de la hemorragia, origen de la misma, alcoholismo, ingesta de medicamentos, etc. (5-7)

La endoscopía digestiva alta ocupa una posición importante en la evaluación diagnóstica y manejo terapéutico de la HDA. La seguridad, refinamiento anatómico, y su capacidad para obtener muestras de tejido soportan su uso como principal instrumento diagnóstico e incluso terapéutico, precisando de esta manera la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95%), con una incidencia de complicaciones menor del 0,01%. (8-11)

A pesar de la importancia de la HDA, no existen suficientes estudios nacionales sobre esta temática. Considerando la importancia que reviste la identificación apropiada de los factores de riesgo, manifestaciones clínica vinculados a la Hemorragia Digestiva Alta para disminuir su morbilidad asociada, así como los hallazgos endoscópicos relacionados con su aparición, se decidió llevar a cabo la presente investigación cuyo propósito general es establecer el grado de correlación observada entre la presentación clínica de la HDA y los hallazgos endoscópico en pacientes que fueron atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense entre el 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016.

ANTECEDENTES

1. En el 2006, en Lima, publicó Gustavo Salvatierra Laytén un estudio cuyo objetivo fue identificar la frecuencia de HDA no varicial asociadas al uso de AINES en personas adultas, siendo la lesión más frecuentes e importante la ulcera péptica, principalmente la gástrica. El trabajo fue descriptivo y analítico, se evaluaron pacientes con hemorragia digestiva alta no varicial que ingresaron a los servicio de gastroenterología de los hospitales: Edgardo Rebagliati Martins, Hipolito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia, de los cuales se excluyeron pacientes con cirrosis. Los resultados fueron analizados en Microsoft Excel y programa estadístico Epiinfo. El tiempo de duración fue de trece meses y la muestra fue de 117 pacientes de los cuales 77 fueron varones y 40 pacientes fueron mujeres. Se obtuvo una edad promedio de 57.86 años, de los AINES más utilizados causantes de HDA, se tiene a: aspirina (60%), ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15-8%) y 31% consumía más de dos AINES. (12)

2. En el 2010, en Lima, Sylvana Ayala Rios y et. Al, realizo una publicación que tuvo como objetivo la identificación de los síntomas dispépticos frecuentes de los cuales fueron el dolor epigástrico seguido de distensión abdominal, y en mayor frecuencia la población femenina, estos pacientes fueron sometidos a endoscopias de lo cual la lesión más frecuente encontrada en la población de estudio fue de eritema antral y gastritis. En el trabajo se identifico las características clínicas, endoscópicas e histológicas y su relación con *Helicobacter pylori* en pacientes atendidos en el hospital Hipólito Unanue con una muestra poblacional de 300 pacientes y la utilización del programa estadístico SPSS 15.0. (13)

3. En el año 2009. Alfonso Chacaltana y et. al, publico un artículo relacionado a alteraciones endoscópicas del tracto digestivo superior más frecuentes en pacientes con IRCT, de los cuales se tuvo que fueron las erosiones gástricas, eritema parcelar, ulcera gástrica y erosiones duodenales. El tipo de estudio fue descriptivo y retrospectivo la población fue pacientes mayores de 18 años con diagnostico de IRCT incluidos en el programa de Hemodiálisis del Hospital Central FAP, desde enero 2000 a febrero 2007, con

estudio de endoscopia alta. Revisándose las historias clínicas para la recolección de datos. Se estudio un total de 54 pacientes, la edad promedio fue de 73.2 años siendo más frecuente en varones con un relación M/F de 1.45, la población tenia aproximadamente 32 meses de diagnosticadas de IRCT. La indicación más frecuente del estudio endoscópico fue de hemorragia digestiva alta (29.6%). Los hallazgos endoscópicos mas prevalentes fueron las erosiones gástricas (35.2%), eritema parcellar antral (27.8%), ulcera gástrica (24.1%) y erosiones duodenales (18.5%). (14)

4. En el 2005, en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”, en Lima, Milagros Basto Valencia, realizo un estudio para encontrar los factores de riesgo que incrementan la morbi mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta, estas son: presencia de enfermedades concomitantes como hepatopatía crónica, varices esófago- gástricas y presentación con hematemesis y melena. El estudio realizado de tipo retrospectivo con diseño de caso – control. Se realizo muestreo irrestricto, obteniéndose 104 casos, seleccionados aleatoriamente de todos los pacientes diagnosticados de Hemorragia digestiva alta en Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, en el tiempo comprendido entre 1998 y 2003. Los resultados obtenidos fue que los factores de riesgo asociados a morbilidad son: respecto a mayor pérdida de volumen sanguíneo, corresponde al sexo masculino OR= 1.94, IC (1.08–3.50); antecedente de ingestión de alcohol OR=2.47 IC(1.32–4.66); antecedentes de úlcera péptica OR=2.83, IC(1.16–7.07); hepatopatía crónica OR=4.55, IC(1.36–16.77); manifestaciones clínicas de hematemesis–melena OR=2.85, IC(1.53–5.34); y solo hematemesis OR=3.40, IC(1.62–7.23); la presencia de várices esófago-gástricas OR=4.64, IC(1.96–13.42) (15)

5. En el 2013, en Cuba, Felipe Piñol Jiménez realizo un estudio cuyo objetivo fue de considerar que la hemorragia digestiva alta es una urgencia que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, y que se tienen a la ulcera gastroduodenal con estigmas de sangrado reciente el hallazgo endoscópico más frecuente, el método que se realizó fue una muestra de 40 pacientes estudiados con una edad promedio de 57,3 años

más o menos 13.5 años; del cual el predominio de la sintomatología fue en el varón (72.5%) y la presentación clínica más frecuente fue la melena (65%).

6. En el 2006, en un artículo de revisión. Nos menciona de las causas y procedimientos diagnósticos de hemorragia digestiva alta. Nos mencionan que la anamnesis y la exploración física, son la base esencial para el diagnóstico y que el apoyo de los exámenes auxiliares como hemograma, bioquímica sirven para corroborar dicha patología. También nos menciona las contraindicaciones para la endoscopia, que divide en absolutas y relativas, del cual la más importantes de cada uno de los grupos es: inestabilidad hemodinámica o cardiopulmonar grave y de infarto agudo de miocardio reciente respectivamente. (17)

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

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) se considera un problema de salud pública, tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad; constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, con una incidencia anual estimada de 50 a 100 cada 100.000 habitantes por año, y una tasa de ingreso hospitalario anual de 100 por cada 100.000 ingresos hospitalarios. El procedimiento más preciso para el diagnóstico etiológico de la hemorragia cuyo origen se atribuye al tracto gastrointestinal es la endoscopia digestiva. (11)

La endoscopía digestiva alta proporciona datos pronósticos basados en la presencia de signos predictivos de sangrado, y permite la actuación terapéutica diversa, con métodos capaces de corregir la hemorragia o prevenir la recidiva. (12)

Existe consenso acerca de que, para obtener la máxima rentabilidad diagnóstica, la EDA debe realizarse de manera temprana (primeras 24 h), aunque no está tan clara la indicación de EDA urgente (inmediata), indicación que habitualmente se realiza de manera empírica basándose en el juicio clínico acerca de la situación del paciente, ya que es una técnica diagnóstica que no siempre está disponible inmediatamente en todos los servicios de urgencias hospitalarios o, aun estándolo, exige una adecuada selección del paciente en aras de una buena utilización de los recursos disponibles. (13)

En resumen podemos decir que La HDA con sus síntomas y signos fundamentalmente es una manifestación de una enfermedad que requiere ser diagnosticada, valorada y tratada. La evolución del paciente en períodos iniciales es muy importante y con abordaje apropiado se puede manejar la situación de forma adecuada, el retardo de las decisiones o la conducta conducen a muchas complicaciones, que en ocasiones, provocan la muerte del paciente. (14)

Los resultados de este estudio contribuirán a un mejor conocimiento de la correlación clínica endoscopia en pacientes con hemorragia digestiva alta, con información procedente

de nuestra población y en nuestros hospitales, lo que incrementa su importancia para el personal de salud que participa en el abordaje de esta problemática.

Uno estudio de este tipo reviste incluso mayor importancia debido a que el hospital Alemán es cuenta la unidad endoscópica de referencia nacional, por lo que es relevante documentar la casuística y los hallazgos observado en esta unidad asistencial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de correlación entre la presentación clínica y los hallazgos endoscópicos, en pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva sometidos a endoscopia digestiva alta, en el Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el grado de correlación entre la presentación clínica y los hallazgos endoscópicos, en pacientes hospitalizados sometidos a endoscopia digestiva alta, en el Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y los antecedentes patológicos de la población en estudio.
2. Determinar la presentación clínica (manifestaciones) asociadas a hemorragia digestiva alta, en los pacientes.
3. Describir los hallazgos endoscópicos en los pacientes en estudio.
4. Establecer la correlación entre los antecedentes patológicos, manifestaciones clínicas y los hallazgos endoscópicos, en la población de estudio.

MARCO TEÓRICO

Generalidades

La presencia de sangre, sea de carácter rojo o transformada, constituye un evento muy frecuente en patología digestiva y alarma sobremanera al paciente, a los familiares y al médico y que suele ser una complicación de carácter leve y autolimitada o constituir un evento que puede llevar al paciente a serias complicaciones y aún a la muerte.

Constituye un problema terapéutico fundamental, especialmente en la medicina hospitalaria de urgencia y que exige tomar decisiones correctas en el momento oportuno. (18)

La mortalidad global se estima que varía entre 3.5 a 7% dependiendo del tipo de patología. Esta cifra igualmente puede ser menor si se determina la mortalidad en un centro con unidades de cuidados intensivos o centros especializados en el manejo de esta complicación. (12)

El manejo de esta complicación requiere de clínicos preparados, gastroenterólogos que cuenten con equipamiento y normas adecuadas. Con estas últimas facilidades, al ser el diagnóstico preciso y oportuno, los procedimientos se centraran en patología definida, no solamente por su localización, sino también por su intensidad y desarrollo. (5)

Definiciones

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye un motivo frecuente de consulta. Consiste en la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo en una zona comprendida entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. (12)

Este sangrado puede proceder de órganos digestivos o de estructuras adyacentes que vierten su contenido en esta localización, por conductos naturales (árbol biliarpancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas). (13)

Generalmente el sangrado es moderado o masivo y se manifiesta como hematemesis y/o melena, y rara vez (menos del 5% de los casos), como hematoquezia o rectorragia. El hematocrito desciende en 1 a 3 días desde el comienzo del sangrado. Simultáneamente, se produce un ascenso del nitrógeno ureico, por absorción de proteínas desde el intestino delgado y aparición de una insuficiencia pre renal secundaria a la hipovolemia. Ocasionalmente se presenta como anemia crónica cuando el sangrado es oculto y persistente (14-15)

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

El sangrado del tubo digestivo desde la perspectiva fisiopatológica se debe a (17):

- Sangrado capilar
- Erosión de un vaso
- Ruptura de venas
- Fenómenos inflamatorios que comprometen la mucosa del tracto digestivo alto dando lugar a edema, congestión, erosión; esta última, con necrosis y sangrado.
- En las esofagitis, gastroduodenitis, colitis, y rectitis, más raramente vasculitis, como es el caso de la vasculitis eosinofílica que puede presentarse como angiodisplasia, especialmente en intestino delgado y grueso.
- Aumento anormal de la angiogénesis como ocurre en la rectitis actínica.
- Ectasias vasculares o angiodisplasias que al tener vasos dilatados o tortuosos, formados por plexos capilares y venosos en la mucosa y submucosa en individuos adultos mayores, en pacientes con insuficiencia renal crónica, dan cuadros

hemorrágicos, generalmente leves, pero repetitivos, en nuestra experiencia el sangrado puede ser persistente y severo. Aunque se consigna en la literatura como lo refiere Balanzo que son más frecuentes en el colon e intestino delgado, nosotros lo encontramos con más frecuencia en el estómago, posiblemente porque la hemorragia digestiva alta que observamos en el hospital es mucho más frecuente.

- Procesos reactivos, ante injurias de tipo radiante que producen fenómenos de angiogénesis que determinan que la mucosa este muy vascularizada y friable.
- Las úlceras, gastroduodenales sangran de dos maneras: por compromiso capilar periulceroso y por erosión de un vaso de mayor calibre en el lecho de la ulceración.

Causas de hemorragia digestiva alta

Las dos causas más frecuentes de HDA son la úlcera péptica (duodenal o gástrica) y la secundaria a hipertensión portal, representando el 50 y el 25 % de los ingresos, respectivamente. (18)

Otras causas menos frecuentes son: lesiones agudas de mucosa gástrica, angiodisplasias, síndrome de Mallory Weiss, pólipos, tumores benignos o malignos de esófago, estómago o duodeno, lesión de Dieulafoy, esofagitis hemorrágicas (péptica, infecciosa), úlcera esofágica (idiopática, péptica, virus), duodenitis hemorrágica, fístula aortoentérica, pólipos (gástricos, duodenales o esofágicos), tratamiento anticoagulante (hematomas intramurales), hemobilia (en ocasiones, como complicación de una biopsia hepática); hemorragia pospilotomía (generalmente autolimitada), wirsunorragia y pseudoquiste pancreático perforado a estómago. (11)

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

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

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

Asunto semejante ocurre en el denominado estómago en sandía, pero generalmente producido, no solamente por cirrosis, sino por problemas respiratorios y renales crónicos; este sangrado es de origen capilar encontrándose hipergastrinemia (75%) aclorhidria en (48%) y cirrosis (30%). (23)

Las angiodisplasias. Sangran por hemorragia capilar fundamentalmente, en personas de la tercera edad, asociadas a enfermedad valvular aórtica, enfermedad pulmonar crónica y nefrítica y más raramente a enfermedad de Von Willebrand. (23)

Una formación con vaso ectópico o anómalo y tortuoso, situado en la submucosa, llamada úlcera de Dieulafoy, que en realidad no es una úlcera y que primitivamente fue denominada exulceración simple por Dieulafoy, sangra por ruptura brusca del vaso. Suele localizarse más frecuentemente en la parte alta del estómago, es un sangrado de origen arterial. (23)

La fístula arteriovenosa. En pacientes que han sido operados por by pass aorto - femoral, es causa rara de sangrado. La hemorragia por esofagitis tiene por antecedente generalmente la enfermedad por reflujo gastroesofágico, que causa inflamación de la mucosa con erosiones y aun ulceración. (23)

En el síndrome de Mallory Weiss. Se produce desgarró de la mucosa situada en la región cardioesofágica. La mucosa de la región escamo columnar contiene un plexo de vasos con

paredes finas, en muchos de ellos existe hernia hiatal por deslizamiento y el desgarro ocurre cuando el cardias es intratorácico, momento en el cual, cualquier contracción violenta del diafragma, con el aumento consiguiente de la presión intraabdominal, somete a la zona cardial a un gradiente de presión muy alta entre ambos lados de su pared. (29)

La hemobilia, puede producirse, aparte de lo ya señalado por una biopsia hepática al crearse una comunicación bilioarterial. (23)

Clasificación de la hemorragia digestiva alta en relación con la gravedad

Se describen a continuación aquellos factores pronósticos clínicos y endoscópicos que tienen consecuencias sobre la gravedad de la hemorragia. (11)

Factores clínicos con carácter pronóstico

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

- Edad > 60 años. El hecho de que cada vez se alarga el tiempo de vida media hace que ingresen pacientes con edad más avanzada. El 73 % de la mortalidad por HDA la acumulan los pacientes mayores de 60 años.
- Shock hipovolémico. La presencia de hipovolemia grave al ingreso del paciente está en correlación con una mayor mortalidad y recidiva hemorrágica.
- Recidiva hemorrágica: la mortalidad está en relación directa con la propia recidiva.
- La enfermedad asociada grave (especialmente insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal y hepática) empeora el pronóstico de los pacientes

Factores endoscópicos con carácter pronóstico

Los parámetros endoscópicos que tienen valor predictivo sobre la evolución de la hemorragia, especialmente en los pacientes con HD secundaria a úlcera, son los siguientes (23):

- Sangrado activo arterial, en chorro o babeante (frecuencia de recidiva hemorrágica del 85 %). Vaso visible no sangrante (protuberancia pigmentada, roja, azul o púrpura, situada en el fondo del cráter ulceroso). Se trata de la propia arteria que hace prominencia, de un pseudoaneurisma arterial o de un coágulo rojo taponando el vaso arterial (frecuencia de recidiva hemorrágica del 35-55 %). (11)
- Coágulo rojo taponando la lesión (frecuencia de recidiva hemorrágica del 25 %).
- La ausencia de los signos endoscópicos arriba citados, así como la presencia de manchas oscuras, puntos rojos o coágulos oscuros, nos indican un bajo potencial de recidiva hemorrágica que se sitúa alrededor del 5-7 %.

CLASIFICACIÓN EVOLUTIVA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA

Hemorragia limitada (23):

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

Hemorragia persistente o recidivante (23)

- Signos de hemorragia con:

Repercusión hemodinámica (TA <100 mmHg y FC >100 ppm)

Descenso del hematócrito 6 puntos o más en 24 horas, o pérdidas menores durante más de 2 días.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la HDA incluye dos aspectos: los métodos de diagnóstico (21).

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

El método diagnóstico habitual es la endoscopia alta y con menor frecuencia la arteriografía, la enteroscopia, la gammagrafía y la endoscopia peroperatoria. (21)

Endoscopia digestiva alta o gastroscopia

Deberá practicarse a todos los pacientes con HDA confirmada por la presencia de hematemesis y/o melenas o salida de sangre por la sonda nasogástrica. Se procurará realizarla precozmente, una vez se haya logrado remontar al paciente y cuando éste se encuentre estable hemodinámicamente. Siempre que sea posible se efectuará con sedación del paciente. (19-22)

La realización de una endoscopia urgente y el momento preciso para llevarla a cabo se sopesarán cuidadosamente en pacientes con síndrome de deprivación alcohólica o enfermedades asociadas graves, tales como insuficiencia respiratoria, cardíaca o de miocardio reciente. (19-22)

El informe endoscópico deberá describir: tipo, tamaño y localización de las lesiones; estigmas de hemorragia reciente; presencia o ausencia de sangre fresca o digerida en el tracto digestivo explorado. (19-22)

La gastroscopía urgente debe realizarse en el plazo más breve posible, ya que existe una correlación directa entre la eficacia del diagnóstico endoscópico y el tiempo transcurrido desde el inicio de la hemorragia. (19-22)

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

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

Momento de la endoscopia

La endoscopia digestiva alta es un elemento de gran utilidad en el manejo de los pacientes que tienen una hemorragia digestiva. Sin embargo, el mejor momento para realizarla debe ser definido clínicamente de modo de obtener no solamente la posibilidad de un adecuado diagnóstico, sino también una adecuada acción terapéutica si está indicada. (19-22)

Es necesario tener presente que entre el 70 y el 80% de los pacientes que tienen una hemorragia digestiva alta de causa no variceal, se detiene espontáneamente. Por lo tanto, el paciente debe ser ingresado en una unidad de cuidados intermedios y monitorizado cuidadosamente; si en las próximas horas se observa que el paciente se estabiliza hemodinámicamente, será muy útil darle agua por boca, de manera que lave su estómago y la endoscopia podrá ser realizada dentro de las próximas 8 ó 12 hrs, si por el contrario pese a las medidas de reanimación el paciente se mantiene inestable hemodinámicamente, dependiendo de volumen, con tendencia a la hipotensión o presenta sangrado activo externo (nueva hematemesis o sangre fresca por el recto), unido a inestabilidad hemodinámica, ese paciente requerirá una endoscopia inmediata. (19-22)

Es necesario considerar que la posibilidad de visualización del punto sangrante en una endoscopia intrahemorrágica es mucho menor que si uno logra hacerlo cuando el sangrado se ha detenido. (19-22)

Existen elementos clínicos y endoscópicos que permiten predecir que un paciente va a continuar sangrando o va a recidivar su hemorragia digestiva alta. Entre los elementos clínicos los más importantes están: (19-22)

1. Magnitud del sangrado al momento de la consulta

Aquellos pacientes que han sangrado importantemente antes de llegar al Servicio de Urgencia y que ingresan con gran hipotensión o signos de shock tienen más posibilidades de seguir sangrando o de volver a sangrar que los que no han tenido sangrado de tanta magnitud. (19-22)

2. Presencia de hematemesis y sangrado rectal simultáneamente

Este es un elemento clínico similar al anterior y que indica magnitud del sangrado, y por lo tanto también se asocia a mayor de posibilidad de que la hemorragia no se detenga o que continúe sangrando. (19-22)

3. Patologías asociadas

Los pacientes que tienen daño hepático crónico e insuficiencia renal crónica asociada, alteraciones de la coagulación o enfermedades hematológicas tienen también menos posibilidades de detener su sangrado. (19-22)

4. Sangrado intrahospitalario:

Aquellos pacientes que presentan una hemorragia digestiva estando hospitalizados por otro motivo (Unidad de Cuidados Intensivos, por infarto del miocardio, diálisis, conectados

respirador mecánico, etc.), tienen más posibilidades de no detener su sangrado, o seguir sangrando. (19-22)

Factores endoscópicos de predicción de sangrado digestivo alto

Con este objeto se han utilizados distintas clasificaciones que pretenden relacionar hallazgos endoscópicos con posibilidad de sangrado recidivante o detención espontánea de este. Los criterios más importantes a utilizar son: (19-22)

1. Presencia de un sangrado activo de tipo arterial

Este tipo de situación se asocia a un 90% o más de posibilidades de que el sangrado continúe, por lo tanto tiene indicación absoluta de tratamiento endoscópico si al momento de la endoscopia el que está practicando el procedimiento tiene la capacidad técnica y el instrumental necesario para realizarlo. (19-22)

2. Sangrado difuso al momento de la endoscopia

Este tipo de sangrado tiene más posibilidades de detenerse que el anterior, sin embargo, igual es un sangrado activo y también tiene indicación de tratamiento endoscópico para detener el sangrado. (19-22)

Desde un punto de vista pronóstico no es lo mismo un sangrado difuso desde el centro de una úlcera que el sangrado producto del contacto con el instrumento en los bordes inflamatorios de una lesión ulcerada, sin embargo en ambos casos hay acuerdo en la actualidad que dado el bajo riesgo que implica es preferible tratar estos pacientes. (19-22)

3. Presencia de un coágulo sobre la úlcera

Cuando se encuentra un coágulo sobre una úlcera es signo inequívoco de que de ahí ocurrió el sangrado, lo que se recomienda es hacer un intento de movilización de ese coágulo, si

esto se logra lanzando agua, se va a observar la base de la úlcera con claridad, si se observa que la úlcera esta limpia, sin ningún signo en su superficie, no hay ninguna terapia endoscópica necesaria. En el otro extremo si no es posible desprender el coagulo con facilidad, debe dejárselo en posición y controlar al paciente dentro las próximas 48 horas. Si el coágulo es removido pueden aparecer en el fondo de la úlcera distintos tipos de lesiones que tienen distintos significados pronóstico, y por lo tanto distintas implicancias terapéuticas. (19-22)

4. Vaso visible

Se llama así a un solevantamiento rojo o violáceo en el fondo de una úlcera, (esta lesión no corresponde a un vaso propiamente tal visible en el fondo de la úlcera), sino que corresponde a un pequeño coágulo que está ocluyendo en forma de un tapón, un orificio de una arteriola que está pasando por el fondo de la úlcera. Cuando se encuentra este hallazgo y tiene las características que se han descrito tiene indicación de tratamiento endoscópico porque tiene posibilidades sobre el 60% de volver a sangrar. (19-22)

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Se realizará un estudio tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Área y período de estudio

El estudio se llevará a cabo en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Alemán Nicaragüense y se evaluará el período comprendido del 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016. El Hospital Alemán representa el hospital de referencia nacional para la evaluación de pacientes con hemorragia digestiva alta y tiene la unidad de endoscopia más importante del país a nivel de hospitales públicos.

Población (Universo)

Está constituida por todos los pacientes con diagnóstico de sangrado o hemorragia de tubo digestivo alto (HDA), hospitalizados durante el periodo de evaluación en sala de medicina interna y que se le realizó una endoscopia digestiva alta. **Durante el período de evaluación se identificaron 1345 pacientes, lo que corresponde al universo de este estudio.**

Muestra

La muestra es probabilística. Se aplicó un muestreo aleatorio simple del total de pacientes que corresponden al universo. Para cumplir estas condiciones se llevaron a cabo dos pasos.

Paso #1: Determinación del tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se usó la siguiente fórmula (Mateu y Casal 2003; Piura 2011) (26):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Total de la población (N)	1345
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95% (0.1)*
Precisión (e)	5% (0.05)
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) (p)	15% (0.25)
Tamaño muestral estimado (n)	118

*Valor Z para un nivel de confianza del 90%: 1.64

Paso #2: Determinación de la técnica de muestreo

Para la selección de los pacientes en estudio se siguió un procedimiento aleatorio. La identificación de los casos se hizo en base a un listado elaborado por los autores de este trabajo. Posteriormente se revisaron todos los expedientes de los pacientes identificados para determinar quiénes cumplieron con los criterios de selección. Este listado se usó como marco muestral para la selección aleatoria de los 118 casos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

1. Paciente con diagnóstico de HDA
2. Ingresado en el periodo y área de estudio
3. Que se le haya realizado endoscopia alta

Criterios de exclusión:

1. Que el expediente clínico no haya estado disponible.

2. Expediente clínico que no permitiese el llenado adecuado de la ficha de recolección.
3. Paciente que tenga diagnóstico de HDA pero que sea de otro servicio
4. Paciente sin hospitalización
5. Paciente procedente de otro hospital

Técnicas y procedimientos para recolectar la información

Ficha de recolección de la información

Para la elaboración de la ficha se hizo una revisión de la literatura y se consultaron médicos especialistas con experiencia en el tema, se procedió a elaborar una ficha preliminar (piloto) y se validó con 5 expedientes. Una vez revisada y finalizada la ficha se procederá a la recolección de la información.

La ficha de recolección de la información está conformada por incisos cerrados, los cuales incluyeron información acerca de los siguientes grandes aspectos:

- Datos generales
- Antecedentes patológicos
- Manifestaciones clínicas
- Hallazgos endoscópicos

La fuente de recolección de la información es secundaria, debido a que los datos se recopilaran de los expedientes clínicos de los pacientes.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento será introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 22.0 versión para Windows (SPSS 2013)

Estadística descriptiva

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas) se describirán en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos serán mostrados en tablas de contingencia. Los datos serán ilustrados usando gráficos de barra.

Las variables cuantitativas serán expresadas en términos de medidas de resumen de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango). Los datos serán presentados en tablas resumen e ilustrados a través de histogramas.

Exploración de la asociación entre variables (cruce de variables)

Para explorar la asociación entre variables cualitativas (categóricas) se usará la prueba de Chi cuadrado (χ^2). Para explorar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas se usará la prueba de U de Mann Whitney. Se considera que una asociación o diferencia es estadísticamente significativa si el valor de p fue es <0.05 .

Consideraciones éticas

El estudio recibió la autorización de las autoridades médicas y docentes responsable del Hospital Alemán y de la UNAN Managua. Se garantizará la privacidad y confidencialidad suprimiendo el nombre de los pacientes utilizando un código para la identificación del expediente. La información obtenida será única y exclusivamente para fines de investigación.

RESULTADOS

Resultados del objetivo #1

El universo estuvo constituido por los casos en quienes se realizó endoscopia digestiva al, en el Hospital Alemán Durante el período de estudio. La muestra final, estuvo conformada por 118 pacientes.

La edad máxima de presentación fue de 87 años, con una edad mínima de 19. El mayor porcentaje (60%) estuvo dado por individuos con edades superiores a los 50 años. (Ver cuadro 1)

Con respecto al sexo, se observó que predominó el sexo masculino con un 60%. (Ver cuadro 2)

Con relación a los antecedentes patológicos personales, en la totalidad de los pacientes se evidenció patología previa, ya sea antecedentes de sangrado, hábitos tóxicos o medicamentosos (alcoholismo, AINES, glucocorticoides), o diversas entidades, las cuales fueron agrupadas.

Al agrupar los datos se observó la siguiente frecuencia de antecedentes patológicos y hábitos: Patologías previas 68 (57%) (La más frecuente fueron diabetes e hipertensión), Ingesta de AINES 18 (15%), Ingesta de Glucocorticoides (GCC) 2 (1%), Alcoholismo 15 (13%), Antecedentes de sangrado 15 (13%), e Hipertensión portal (HPTA) 5 (4%). (Ver cuadro 3)

Resultados del objetivo 2

Con respecto a la distribución de las manifestaciones clínicas al momento de realización de la endoscopia se observó el siguiente patrón de frecuencia: Melena 61 (52%). Hematemesis 20 (17%), Melena- hematemesis 16 (14%), Epigastralgia 9 (8%), Anemia 5 (4%), Síndrome ulceroso 4 (4%), Afagia – disfagia 2 (2%), Cuerpo extraño 1 (1%). (Ver cuadro 4)

Resultados del objetivo 3

En cuanto a los hallazgos endoscópicos descritos y registrados en el expediente clínico se encontré que en los pacientes se presentó Úlcera esofágica en un 11 (9%), Gastritis erosiva 25 (26%), Gastropatía erosiva hemorrágica 22 (19%), Úlcera duodenal 6 (5%), Úlcera gástrica 13 (11%), Úlcera duodenal y gástrica 3 (2%), Úlcera duodenal más gastroduodenitis erosiva 7 (6%), Várices esofágicas 19 (16%) y Carcinoma ulcerado 3 (2%) (Ver cuadro 5)

En nuestro estudio de forma adicional se estableció la clasificación Forrest para las úlceras, en correspondencia con los estigmas de sangrado al momento de la EDA. Sobre el total de 29 pacientes con diagnóstico de úlcera gastroduodenal, se aprecia que un 61% corresponde al estadio III (sin evidencia de sangrado). La frecuencia completa se describe a continuación: I.A 2 (5%), I.B 1 (2%), II.A 2 (5%), II.B 5 (17%), II.C 3 (10%), y III 16 (61%).

Resultado de objetivo 4

En cuanto a la correlación entre los antecedentes patológicos y los hábitos con los hallazgos endoscópicos, se observó que para la gran mayoría de factores existía una correlación significativa. Diabetes mellitus se observó mayor relación con gastropatía erosiva hemorrágica con 25%, así mismo se observó la relación de hipertensión arterial y varices esofágicas en 33%, en relación a enfermedad ácido péptica se caracteriza según bibliografía con úlcera gástrica 30% y úlcera duodenal con 23%.

Considerando la presencia de *helicobacter pylori* descrita en expedientes clínicos se observa el diagnóstico endoscópico de úlcera gástrica en alrededor de 45.5%. En enfermedades reumatológicas se observa artritis como factor de riesgo en el desarrollo de gastropatía hemorrágica en hasta un 42%

Dentro de los hallazgos del estudio se determinó el factor de riesgo entre hábitos y diagnóstico endoscópico tomando en cuenta el consumo de AINES se evidencia la presencia de gastritis erosiva en un 27% y de úlcera gástrica en un 22%, alcoholismo con gastropatía erosiva en 33% y varices esofágicas en 26%. Tabaco se relaciona con úlcera gástrica 28% y gastritis erosiva 25%.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, del total de 118 pacientes con HDA diagnosticada por EDA, el 60% correspondió al sexo masculino, lo que concuerda con la bibliografía consultada, donde se recoge que la incidencia de HDA es más frecuente en el varón.^{8,9}

Al analizar la distribución por edades, se comprobó que el mayor número de pacientes se enmarcaba en el grupo de 50 años y más. Este incremento proporcional al aumento de la edad se ha venido acentuando considerablemente en años recientes, lo que es considerado en todas las series revisadas como un factor de riesgo^{4,5} y está incluido en la mayoría de los sistemas de valoración pronóstica.

La mortalidad de los enfermos con HDA mayores de 50 años se duplica con respecto a lo que ocurre por debajo de esa edad, y en determinados grupos etiológicos, como la úlcera péptica, la esofagitis o la hemorragia de origen desconocido, la mortalidad se acumula de forma casi exclusiva en este grupo etáreo.

En nuestros pacientes la HDA se presentó con mayor frecuencia en forma de melena, por este motivo consultaron 77 pacientes (65%). Este aspecto concuerda con lo planteado en las series revisadas. Debemos hacer la salvedad que la forma de presentación de la hemorragia va a depender básicamente de dos factores: el débito de la hemorragia y la localización en el tracto gastrointestinal de la lesión sangrante, varía entonces la incidencia de cada forma de presentación de acuerdo con los factores y los distintos grupos etiológicos^{9,10}.

A pesar de que la HDA 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 la gastritis erosiva hemorrágica (GEH), con un 19%, lo que contrasta con la bibliografía consultada en la que se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de sangrado^{7, 8}. Esta afección corresponde a la respuesta gástrica común a diferentes noxas asimilables al concepto de stress fisiológico.

Esto se correlaciona perfectamente con la alta incidencia de consumo de medicamentos (AINES, glucocorticoides) y alcohol, reflejada en el estudio (16 y 13% respectivamente), ambos factores de riesgo observados en la bibliografía consultada^{11, 12}.

Si a ello agregamos otros irritantes habituales de la sociedad, tales como café, tabaco y condimentos, explicarían su alta frecuencia. También es de destacar que en un gran porcentaje (57%) se halló patología asociada, lo cual puede tener una correlación directa con la patología digestiva, o bien ser inherente a la edad avanzada de los pacientes.

La EDA se ha convertido en el “Gold standard” para diagnóstico de patología digestiva alta, ya que permite localizar e identificar el origen de la hemorragia, evaluar la velocidad de sangrado, definir cuál de todas las lesiones es la causa de sangrado y riesgo de resangrado². El tratamiento endoscópico de las úlceras pépticas ha reducido el riesgo de recurrencia del 20 al 10%, y la necesidad de cirugía del 10 al 5%. Esto se traduce en una estadía hospitalaria más corta, disminución en los costos y en el número de transfusiones sanguíneas, y menor morbilidad¹⁴.

Atendiendo a este motivo, se aplicó la clasificación de Forrest para las úlceras, en correspondencia con los estigmas de sangrado al momento de la EDA. Sobre el total de 29 pacientes con diagnóstico de úlcera gastroduodenal, se aprecia que un 61% corresponde al estadio III (sin evidencia de sangrado).

Esto nos separa de otros estudios realizados al respecto, donde la mayor parte se encuentra en el estadio II (sangrado reciente)^{2, 13}. Esto puede deberse a que un grueso porcentaje de los pacientes reportados por otros estudios son de control ambulatorio, y en ellos la demora en la realización de la EDA es habitualmente mayor a un mes, cuando es sabido que el

éxito en la investigación endoscópica del sitio de sangrado disminuye rápidamente del 78% si se efectúa en las primeras 24 horas de la admisión del paciente, al 32% luego de las 48 horas, lo cual repercute negativamente en los hallazgos endoscópicos ².

En conclusión, por todo lo antes expuesto se hace evidente la relevancia que tiene la HDA dentro de las afecciones más frecuentes en nuestro medio, por lo cual se hace necesario profundizar en los conocimientos relacionados con el diagnóstico, atención y tratamiento, traduciendo esto en una mayor rapidez de los mismos (especialmente, en la pronta realización de la EDA), lo cual redundaría en un mayor bienestar de los pacientes que lo padecen.

CONCLUSIONES

1. El grupo etéreo de mayor frecuencia fue dado por individuos con edades superiores a los 50 años, principalmente del sexo masculino, procedentes del área urbana. En la totalidad de los pacientes se evidenció patología previa, ya sea antecedentes de sangrado, hábitos tóxicos o medicamentosos (alcoholismo, AINES, glucocorticoides), o diversas entidades crónicas en casi el 70% de todos los pacientes..
2. Con respecto a la distribución de las manifestaciones clínicas al momento de realización de la endoscopia, las más frecuentes fueron melena, hematemesis y la combinación melena- hematemesis. Un grupo considerable de pacientes estuvo acompañado de epigastralgia, anemia y otras manifestaciones que podrían ser consideradas síndrome ulceroso.
3. En cuanto a los hallazgos endoscópicos descritos y registrados en el expediente clínico se observó que los hallazgos más frecuentes fueron las gastropatías erosivas y erosivas hemorrágicas, seguido por las várices esofágicas, y en menor frecuencia

las úlceras gástricas o duodenales. En muy pocos pacientes hubo datos sugestivos de cáncer.

4. Con respecto a la clasificación Forrest para las úlceras, en correspondencia con los estigmas de sangrado al momento de la EDA, se concluyó que del total de 29 pacientes con diagnóstico de úlcera gastroduodenal, un 61% corresponde al estadio III (sin evidencia de sangrado).
5. En cuanto a la correlación entre los antecedentes patológicos y los hábitos con los hallazgos endoscópicos, 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, especialmente AINES. Por otro lado el consumo de alcohol y tabaco fueron frecuentes y se asociaron de forma significativas con los hallazgos en especial aquellos relacionados con la gastritis erosiva, gastropatía erosiva sangrante y úlcera gástrica. En este estudio aproximadamente la mitad de los pacientes con antecedentes de infección por helicobacter pylori presentaron úlcera gástrica como hallazgo principal.
6. En cuanto a las manifestaciones clínicas y su correlación con los hallazgos endoscópico también hubo una correlación significativa, la melena, hematemesis y la combinación de ambas se asociaron principalmente con las la gastritis erosiva sangrante, las vrices esofágicas y la úlcera gástrica. En casi 7 de cada 10 hallazgos se asoció a síntomas dispépticos, sobretodo epigastralgia.

RECOMENDACIONES

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

1. Diseñar e implementar un programa de vigilancia y monitoreo de los casos de sangrado digestivo alto, y crear una base con respecto a los hallazgos endoscópicos, la presentación clínica y el manejo de los pacientes, 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 realización de endoscopia precoz, para el tratamiento y manejo adecuado y prevención de complicaciones.
3. Profundizar en esta área con investigaciones clínicas que incluyan el análisis de la recurrencia de sangrado, la morbimortalidad posterior de los pacientes y éxito de las medidas terapéuticas basadas en los hallazgos de endoscopia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Dallas MS, Palmer MR. Upper gastrointestinal hemorrhage. *British Medical J* 2001; 323: 11151117.
- 2) Ferraina P, Oría A. *Cirugía de Michans* 5º ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002:73036.
- 3) Holman RA, Davis M, Gough KR. Value of centraliced approach in the management of haematemesis and melena: Experince in a district general hospital. *GUT* 1999; 31:5048.
- 4) Debognie JC. Endoscopic et Prognostic de l'hrmorragie der tractus digestive superieur. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; 3:3739.
- 5) Mellinger, JD. Upper gastrointestinal endoscopy: current status. *Semin Laparosc Surg*, March 1, 2003; 10 (1): 312.
- 6) Klebl F, Bregenzer N. Risk factors for mortality in severe upper gastrointestinal bleeding. *Int J Colorectal Dis*, January 1, 2005; 20 (1): 4956.
- 7) Domschke W, Lederer P, Luz G. The value emergency endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: Review and annalysys of 2014 cases. *Endoscopy* 1998; 15:12631.
- 8) Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K et al. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 14º ed. México DF: Mc GrawHillInteramericana 1998;vol II:181523.
- 9) Morgan AG, Clamp SE .OMGE: International upper gastrointestinal bleeding survey 19781996. *Scand Gastroenterol* 1998; 36(suppl 210); 518.
- 10) Cello JP. Hemorragia gastrointestinal. En: Cecil Loeb. *Tratado de Medicina Interna*.20 th ed. Vol 1. México: Mc GrawHill Interamericana; 1998:7348.

- 11) MARTÍNEZ A, GONZÁLES A, DOMÍNGUEZ M y col. Patología Digestiva Alta en pacientes de edad avanzada con anemia ferropénica: comparación entre usuarios y no usuarios de anti-inflamatorios no esteroideos. An Med Interna(Madrid) 2001; 18(7):17-20.
- 12) Gustavo Salvatierra Layten, Liz de la Cruz Romero, Marja Paulino Merino, Vanesa Vidal Vidal, Cielo Rivera Davila; Alicia Cano Chuquilin, Oscar Frisancho Velarde.
- 13) Sylvana Ayala Rios, Oscar Pichilingue Prieto, Tito Capcha Loyola; Maria Esther Alba Rodriguez, Catherine Pichilingue Reto. Dispepsia: características clínicas; hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital nacional Hipolito Unanue, Lima, Perú, durante el año 2010
- 14) Alfonso Chacaltana, Hector Velarde, Julio Espinoza. Lesiones endoscópicas del tracto digestivo alto en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.
- 15) Milagros Basto Valencia, Gloria Vargas Cardenas, Pabel Angeles Chaparro. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva Alta en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” 1980 – 2003
- 16) Dra Mayelin Abreu Jarrin, Dra. Solange Ramos Tirado, Lic. Noelvis Trejo Muñoz, Lic. Dominga Cintado Tortolo. Caracterización clínico endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos.
- 17) 18. J. L. Martinez Porras, J.L. Calleja Panero. Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos. Unidad de Aparato digestivo. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. Servicio de gastroenterología. Clínica Puerta de Hierro. Universidad autónoma de Madrid
- 18) 19. C. H. Morales Uribe, S. Sierra Sierra, A. M. Hernández Hernández, F. Arango Durango y G. A. Lopez Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina.
- 19) Cello JP. Hemorragia gastrointestinal. En: Cecil Loeb. Tratado de Medicina Interna. 20 th ed. Vol 1. México: Mc GrawHill Interamericana; 1998:7348.
- 20) Graham DY. The relationship between non steroidal antiinflammatory drugs use and peptic ulcer disease. Gastroenterol Clin North Am 1996; 29:171

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

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha de atención:

Nº Expediente:

Nº de Ficha

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: _____
2. Sexo: Femenino ___ Masculino _____
3. Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Otros _____
4. Nivel socio-económico: Alto ___ Medio _____ Bajo _____
5. Procedencia: Urbano ___ Rural _____

PRESENTACIÓN CLÍNICA

6. Inicio de la enfermedad: a) Brusco ___ b) insidioso___

7. Antecedente patológico:

Antecedentes patológicos y hábitos

8. Antecedente o padecimiento de enfermedad hematológica
 9. Padecimiento de patología crónica a) Si ____ b) No ____
 10. Consumo de alcohol a) Si ____ b) No ____
 11. Consumo de tabaco a) Si ____ b) No ____
 12. Recurrencia de enfermedad: a) Si ____ b) No ____
 13. Utilización de AINES: a) Si ____ b) No ____
 14. Utilización de corticoides: a) Si ____ b) No ____
 15. Utilización de anticoagulantes: a) Si ____ b) No ____
 16. Se le ha realizado Endoscopia anteriormente: a) Si ____ b) No ____
 17. Se ha tomado muestra biopsia: a) Si ____ b) No ____
 18. Presencia de otros antecedentes: _____
-
-

Manifestaciones clínicas

Síntoma más frecuente (puede marcar más de dos opciones)

- a. Melena
 - b. Hematemesis
 - c. Dispepsia
 - d. Melena - hematemesis
 - e. Melena - anemia
 - f. Hematemesis - anemia
 - g. Hematemesis - dispepsia
 - h. Anemia - dispepsia
 - i. Melena - hematemesis – anemia
 - j. Presencia de otros síntomas o signos clínicos
-

Hallazgos endoscópicos

14) Lesiones endoscópicas obtenidas (observadas por endoscopia) post endoscopia:

Descripción endoscópica del tipo de sangrado

Clasificación de Forrest: _____

Operacionalización de las variables

Variables	Definición operacional	Indicadores	Tipo	Valor/Escala
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo.	Dato reportado en el expediente clínico	Cuantitativa discreta	18 -20 21-29 30-39 40-49 50 o más
Sexo	Conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres.	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Carcinoma ulcerado	Lesión neoplasia sangrante que se ubica en el aparato digestivo	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Gastritis erosiva	Erosión de la mucosa gástrica causada por el daño a las defensas de la mucosa	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Malformación vascular	Alteración vascular visible en el examen clínico	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Úlcera duodenal	Lesión de la mucosa con forma crateriforme en el duodeno	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Úlcera esofágica	Lesión de la mucosa con forma crateriforme en el esófago	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Úlcera gástrica	Lesión de la mucosa con forma crateriforme en el estomago	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No

VARIABLES	Definición operacional	Indicadores	Tipo	Valor/Escala
Várices esofágicas	Las varices esofágicas son venas anormalmente dilatadas que se encuentran en la parte final del esófago del esófago	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
AINES	Grupo variado y químicamente heterogéneo de fármacos principalmente antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Alcoholismo	Padecimiento que genera una fuerte necesidad de ingerir alcohol	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Tabaco	Consumo habitual de tabaco en forma de cigarrillos	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Anticoagulante	Sustancia endógena o exógena que interfiere o inhibe la coagulación de la sangre	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Esófago	Conducto muscular del aparato digestivo que comunica la faringe con el estómago	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Estomago	Ensanchamiento del tubo digestivo del hombre y otros animales situado entre el esófago y el intestino, en cuyas paredes están las glándulas que segregan los jugos gástricos que intervienen en la digestión	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Duodeno	Parte del intestino delgado que está comprendida entre el final del estómago y el vevuno	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Melena	Expulsión de deposiciones (heces) negras, viscosas y malolientes debido a la presencia de sangre degradada proveniente del tubo digestivo superior	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No

Variables	Definición operacional	Indicadores	Tipo	Valor/Escala
Hematemesis	Vómito de sangre procedente del aparato digestivo	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Dispepsia	Trastorno de la digestión que aparece después de las comidas y cuyos síntomas más frecuentes son náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Anemia	Disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina	Dato reportado en el expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No

CUADRO 1: EDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.

Edad	Nº de pacientes (%)
15 – 29	8 (7%)
30 – 40	12 (10%)
40- 50	24 (20%)
50 o más	74 (63%)

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 2: SEXO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.

Sexo	Nº de pacientes (%)
Masculino	71 (60%)
Femenino	47 (40%)

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 3: PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.

Procedencia	Nº de pacientes (%)
Urbano	88 (74.5%)
Rural	30 (25.5%)

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 4: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.

	n	%
Diabetes mellitus (1/2)	8	6.8
Hipertensión arterial	6	5.1
Antecedentes de enfermedad ácido péptica	13	11
Antecedente de enfermedad hematológica	1	0.8
Antecedentes de sangrado digestivo	5	4.2
Hipertensión portal (HPTA)	3	2.5
Enfermedad hepatobiliar	7	5.9
Infección por Helicobacter pylori (previamente diagnosticado)	11	9.3
Cáncer	1	0.8
Artritis reumatoide	7	5.9
Traumas	2	1.7
Cirugía anterior	4	3.4
Hepatopatía	50	42.4
TOTAL	118	100.0

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 5: HÁBITOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.

Antecedentes Patológicos Personales	Nº de pacientes
Ingesta de AINES	18 (15%)
Ingesta de Glucocorticoides (GCC)	2 (1%)
Ingesta de anticoagulantes	1 (0.8%)
Alcoholismo	15 (13%)
Tabaquismo	32 (27.1%)

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 6: MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.

Manifestaciones clínicas	Nº de pacientes
Melena	61 (52%)
Hematemesis	20 (17%)
Melena- hematemesis	16 (14%)
Dispepsia (epigastralgia)	15 (12.7%)
Anemia	5 (4%)
Afagia - disfagia	2 (2%)
Cuerpo extraño	1 (1%)

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 7: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.

Hallazgos endoscópicos	Nº de pacientes
Úlcera esofágica	11 (9%)
Gastritis erosiva	25 (26%)
Gastropatía erosiva hemorrágica	22 (19%)
Úlcera duodenal	6 (5%)
Úlcera gástrica	13 (11%)
Úlcera duodenal y gástrica	3 (2%)
Úlcera duodenal más gastroduodenitis erosiva	7 (6%)
Várices esofágicas	19 (16%)
Carcinoma ulcerado	3 (2%)
Otros	

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 8: CLASIFICACIÓN DE FORREST (n=29) EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.

Clasificación de Forrest	Nº de pacientes (%)
I.A	2 (5%)
I.B	1 (2%)
II.A	2 (5%)
II.B	5 (17%)
II.C	3 (10%)
III	16 (61%)

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 9 CORRELACIÓN ENTRE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

	Melena		Hematemesis		Melena/ Hematemesis		Dispepsia		Anemia		p
	61	100	61	100	61	100	61	100	61	100	
Gastritis erosiva	14	23.0	4	20.0	5	31.3	3	20.0	1	20.0	0.02
Gastropatía hemorrágica	16	26.2	6	30.0	4	25.0	2	13.3	1	20.0	0.04
Úlcera esofágica	3	4.9	2	10.0	1	6.3	3	20.0	0	0.0	0.05
Várices esofágica	13	21.3	6	30.0	3	18.8	1	6.7	1	20.0	0.01
Úlcera gástrica	11	18.0	1	5.0	1	6.3	4	26.7	1	20.0	0.01
Úlcera duodenal	4	6.6	1	5.0	2	12.5	2	13.3	1	20.0	0.73

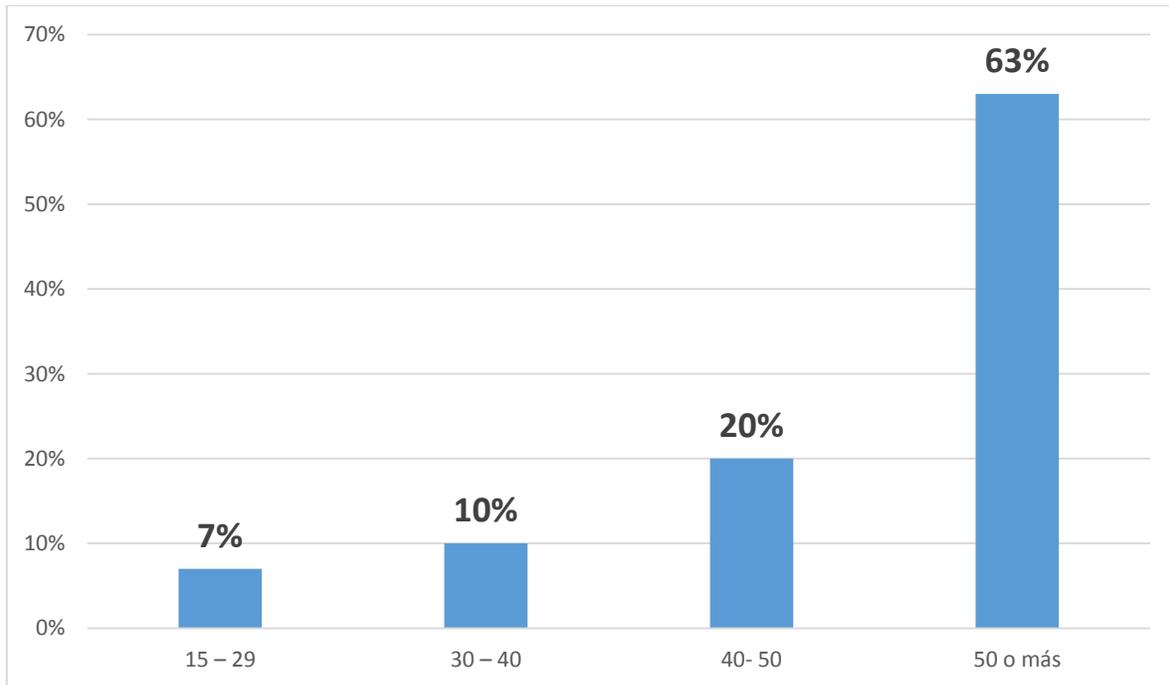
CUADRO 10 CORRELACIÓN ENTRE HABITOS Y LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

	Diabetes		Hepatopatía		EAP	HELICOBACTER PYLORI		ARTRITIS		P	
	8	100	6	100	%	100	11	100	7	100	
Gastritis erosiva	1	12.5	1	16.7	3	23.1	1	9.1	2	28.6	0.001
Gastropatía erosiva hemorrágica	2	25	1	16.7	1	7.7	2	18.2	3	42.9	0.111
Úlcera esofágica	1	12.5	1	16.7	1	7.7	0	0.0	1	14.3	0.021
Várices esofágica	2	25	2	33.3	1	7.7	0	0.0	0	0.0	0.098
Úlcera gástrica	1	12.5	0	0.0	4	30.8	5	45.5	0	0.0	0.001
Úlcera duodenal	1	12.5	1	16.7	3	23.1	3	27.3	1	14.3	0.002

CUADRO 10 CORRELACIÓN ENTRE LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

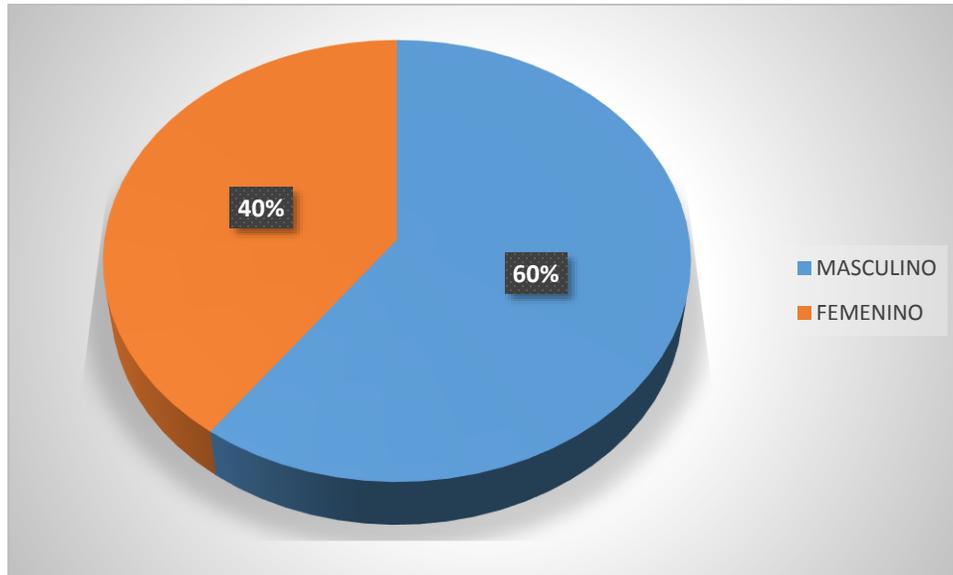
	AINES		ALCOHOLISMO		TABACO		p
	18	100	15	100	32	100	
Gastritis erosiva	5	27.8	2	13.3	8	25.0	0.001
Gastropatía erosiva	3	16.7	5	33.3	7	21.9	0.002
hemorrágica	2	11.1	1	6.7	2	6.3	0.111
Úlcera esofágica	2	11.1	2	13.3	3	9.4	0.042
Várices esofágica	4	22.2	4	26.7	9	28.1	0.021
Úlcera gástrica	2	11.1	1	6.7	3	9.4	0.321
Úlcera duodenal							

GRÁFICO 1: EDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.



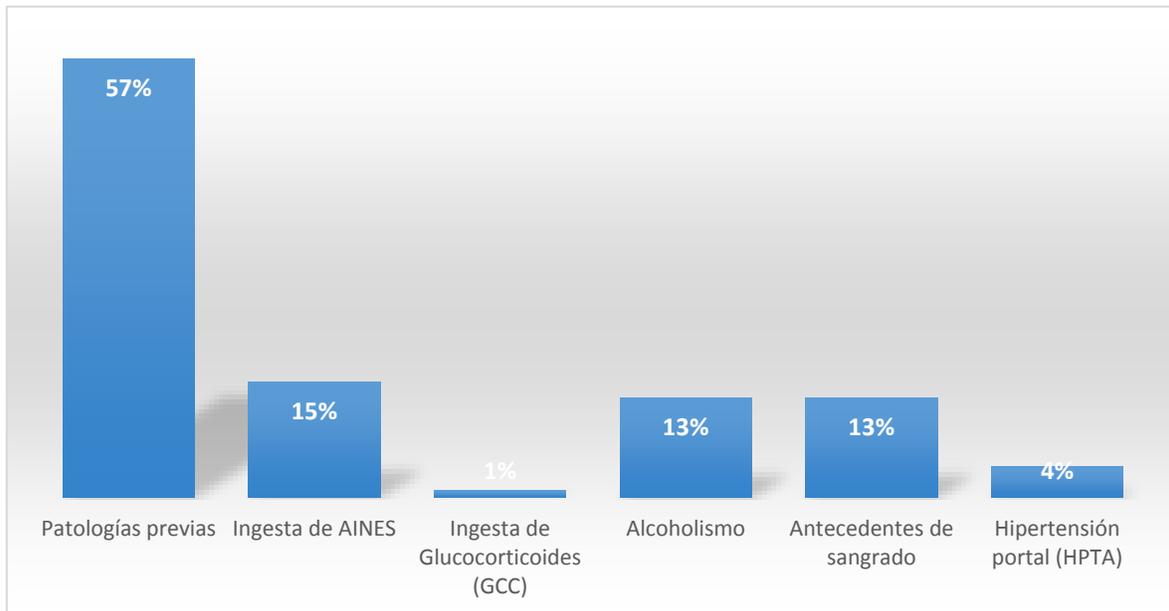
Fuente: Expediente clínico

GRÁFICO 2: SEXO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.



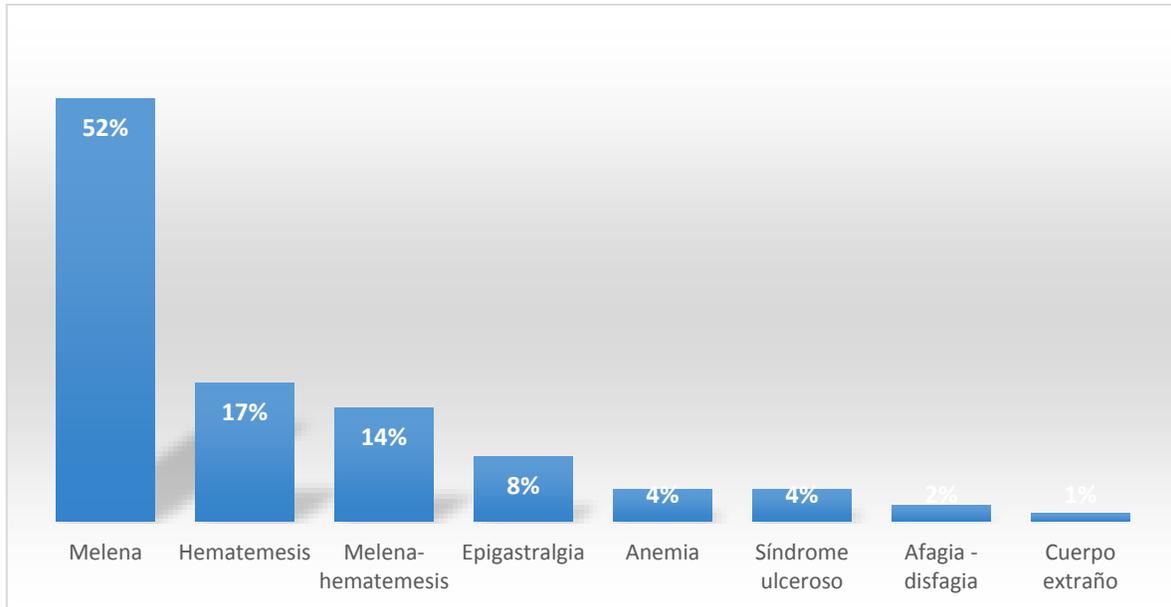
Fuente: Expediente clínico

CUADRO 3: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y HÁBITOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.



Fuente: Expediente clínico

CUADRO 4: MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICRAGUENSE, 2013-2016.



Fuente: Expediente clínico