



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## **Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRIA EN MEDICINA HUMANA**  
**MENCIÓN GESTIÓN DE SERVICIO DE SALUD**



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LESIONES ENDOSCÓPICAS DE LA  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2017”.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA HUMANA**

**AUTOR:**

**MC. CARLOS ALBERTO ARCOS SALAS**

**ASESOR:**

**DR. LUIS ERNESTO CUROTTO PALOMINO**

**ICA – PERU**

**2019**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. Y no menos importante, agradecerles a mis padres por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y su apoyo incondicional.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa quienes han creído en mí siempre, siempre con humildad y sacrificio siempre inculcando el ejemplo valorando lo que la vida nos ofrece.

## INDICE

CARATULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
SUMMARY.....	vii
CONTRACARATULA.....	viii
MAESTRIA.....	viii
TESIS.....	viii
AUTOR.....	viii
ASESOR.....	viii
INTRODUCCION.....	ix
CAPITULO I: MARCO TEORICO.....	1
1.1. ANTECEDENTES.....	1
a) A Nivel Internacional.....	1
b) A Nivel Nacional.....	4
c) A Nivel Regional/Local.....	7
1.2. BASES TEÓRICAS.....	8
1.3. MARCO CONCEPTUAL.....	19
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
2.1. Situación del Problema.....	21
2.2. Formulación del Problema.....	22
a) Problema General.....	22
b) Problemas Específicos.....	22
2.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
2.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
a) Objetivo General.....	24
b) Objetivos Específicos.....	24
2.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
2.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
a) Identificación de variables.....	25
b) Operacionalización de Variable.....	26

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	28
3.1. Tipo, Nivel y Diseño de Investigación .....	28
3.2. Población y muestra .....	28
CAPITULO IV: TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION .....	30
4.1. Técnica de recolección de datos.....	30
4.2. Instrumentos de recolección de datos.....	30
4.3. Técnicas de procesamiento análisis e interpretación de resultados	30
CAPITULO V: CONTRASTACION DE HIPOTESIS.....	
CAPITULO VI .....	31
6.1 Presentación e interpretación de resultados.....	31
6.2 Discusión de resultados.....	41
CONCLUSIONES .....	44
RECOMENDACIONES.....	45
FUENTES DE INFORMACION.....	45
ANEXOS .....	51

## RESUMEN

**Introducción:** Para definir el concepto de hemorragia digestiva alta se define como aquella extravasación de la sangre teniendo un recorrido al tubo digestivo que ocurre proximalmente al ángulo de Treitz, es decir, en algún punto a lo extenso del esófago, estómago o duodeno.

**Objetivo:** “Determinar las características clínicas y lesiones endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica año 2017”.

**Metodología:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo. Se realizará revisión de Historias Clínicas. Se procesarán los datos en Excel 2017 y en SPSS 23.0.

**Resultados:** Según el sexo: varón (45.5%) y mujer (59.5%). Según la edad: <21 años (5.4%), 21-30 años (8.1%), 31-40 años (8.1%), 41-50 años (16.2%), 51-60 años (13.5%), 61-70 años (27%), 71-80 años (13.5%), 81-90 años (5.4%) y 90-100 años (2.7%). Según la clínica: melena (56.8%), melena+hematemesis (18.9%), hematemesis (81%). Según la causa de la lesión endoscópica y sexo: La úlcera gástrica es la enfermedad más común y principal en las mujeres, seguida de la úlcera duodenal en las mujeres, y la parte más frecuente del sistema digestivo es el estómago. Según la localización anatómica endoscópica en el estómago: fondo (11.8%), cuerpo (16.8%), antro (35.4%), 2 o más áreas (35.4%). Según las clasificaciones endoscópicas de Forrest: Ia (7.7%), Ib (7.7%), IIa (7.7%), IIc (7.7%), III (38.5%) y no especificada (38.5%). Según tipo de endoscopia: diagnóstica (67.6%) y diagnóstica y terapéutica (32.4%). Según el tratamiento endoscópico: inyectoterapia + clips (83.3%) y ligadura (16.6%).

**Conclusión:** La HDA que se obtuvo fue en el sexo femenino con más frecuencia, el grupo de edad más frecuente 61-70 años, la clínica más frecuente melena, siendo el más frecuente el estómago y su porción más frecuente fue el antro. Las clasificaciones de Forrest son las más frecuentes III. La endoscopia diagnóstica fue más frecuente y el tratamiento endoscópico más frecuente fue la inyectoterapia + clips.

**Palabras claves:** HDA, características clínicas y endoscópicas, medicina interna



## SUMMARY

**Introduction:** Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is defined as the extravasation of blood to the lumen of the gastrointestinal tract that occurs proximally to the Treitz angle, that is, somewhere along the esophagus, stomach, or duodenum.

**Objective:** To determine the clinical characteristics and endoscopic lesions of upper digestive hemorrhage in the Department of Internal Medicine of the Regional Hospital of Ica year 2017.

**Methodology:** Retrospective, observational, transversal, descriptive study. A review of Clinical Histories will be made. The data will be processed in Excel 2017 and in SPSS 23.0.

**Results:** According to sex: male (45.5%) and female (59.5%). According to age: <21 years (5.4%), 21-30 years (8.1%), 31-40 years (8.1%), 41-50 years (16.2%), 51-60 years (13.5%), 61-70 years (27%), 71-80 years (13.5%), 81-90 years (5.4%) and 90-100 years (2.7%). According to the clinic: melena (56.8%), melena + hematemesis (18.9%), hematemesis (81%). According to the cause of the endoscopic lesion and sex: Gastric ulcer was the most frequent and predominant in the female sex, followed by the duodenal ulcer to predominantly female sex, and the segment of the digestive system with the highest frequency of injuries was the stomach. According to the anatomical endoscopic location in the stomach: fund (11.8%), body (16.8%), antrum (35.4%), 2 or more areas (35.4%). According to Forrest's endoscopic classification: Ia (7.7%), Ib (7.7%), IIa (7.7%), IIc (7.7%), III (38.5%) and unspecified (38.5%). According to type of endoscopy: diagnostic (67.6%) and diagnostic and therapeutic (32.4%). According to the endoscopic treatment: injection therapy + clips (83.3%) and ligature (16.6%).

**Conclusion:** The HDA is more frequent in the female sex, the most frequent age group is 61-70 years, the most frequent clinical feature is hair, the most frequent place was the stomach and its most frequent portion was the antrum. The most frequent Forrest classification III. Diagnostic endoscopy was more frequent, and the most frequent endoscopic treatment was injecting + clips.

**Key words:** upper digestive hemorrhage, clinical and endoscopic characteristic, internal medicine

**MAESTRIA EN MEDICINA HUMANA**  
**MENCIÓN GESTIÓN DE SERVICIO DE SALUD**

**TESIS**

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LESIONES ENDOSCÓPICAS DE LA  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2017”.**

**AUTOR**

**MC CARLOS ALBERTO ARCOS SALAS**

**ASESOR**

**DR. LUIS ERNESTO CUROTTO PALOMINO**

## INTRODUCCION

Dentro del desarrollo de la presente hablaremos sobre HDA que viene hacer la hemorragia digestivas alta la cual se clasifica como aquella extravasación de sangre hacia la luz del tubo digestivo que ocurre proximalmente al ángulo de Treitz, es decir, en algún punto a lo largo del esófago, estómago o duodeno. Aunque de manera estricta la boca y la faringe pueden considerarse parte del tubo digestivo, las hemorragias que tienen origen en estos territorios normalmente se excluyen de la definición la HDA. <sup>(1, 2)</sup>

La hematemesis forma parte de la clínica de la HDA. Cuando es roja y fresca indica sangrado moderado-severo, en curso. Cuando está rojo y fresco, indica sangrado de moderado a severo. Si es del tipo café molido, significa que la cantidad de sangrado es baja o se ha detenido.<sup>(3)</sup> Debido a la degradación de la sangre, las heces son heces negras, blandas, brillantes y aceitosas. Ante cualquier estigma de hemorragia gastrointestinal aguda, se debe realizar un examen físico para evaluar su impacto en la hemodinámica. Antes de diagnosticar la UHD, se debe evaluar su gravedad.<sup>(3)</sup> Esto dependerá de la cantidad de sangrado y la velocidad del sangrado, así como de la función cardiovascular del paciente; la evaluación clínica se realiza mediante hemodinámica.<sup>(3)</sup>

Es una entidad frecuente en las unidades de emergencia, representando un elevado número de ingresos anuales y un consumo elevado de recursos sanitarios. Anualmente en todo el mundo la tasa de ingresos hospitalarios por HDA son más de 500 000. (Comportamiento de HDA durante el período de cinco años de 2009 a 2013) En países / regiones de la región occidental, la proporción de pacientes de HDA es tan alta como 100 casos por cada 100.000 residentes. (Comportamiento de HDA durante el quinquenio 2009 a 2013) En un estudio realizado en el Departamento de Hemorragia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima-Perú, se determinó que el 82% de los 5000 pacientes hospitalizados correspondían a UHD, ls la principal causa de

úlcera duodenal (24,5%) y úlcera gástrica (19,8%), lo que confirma otros estudios realizados en América Latina.<sup>(4-7)</sup>

El uso de las endoscopias (o gastroscopia) en los diagnósticos y tratamientos de HDA ha revolucionado este problema de salud en cuanto a pronóstico.<sup>(8)</sup> Desde sus inicios en el año 1981 se le considera como un método terapéutico que supera en resultados a la medicación farmacológica.<sup>(9)</sup> El estudio determinó que la decisión de tratamiento endoscópico se basa en el juicio clínico del endoscopista, si existe un estigma hemorrágico activo o reciente, y la clasificación de Forrest.<sup>(5)</sup>

Es por ello que el objetivo del presente trabajo es “Determinar las lesiones endoscópicas en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el departamento de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica año 2017”.

# CAPITULO I

## MARCO TEORICO

### 1.1. Antecedentes

#### a) A Nivel Internacional

**Cevallos y Cisneros (2018):** presentaron su tesis para optar por el título de Médico titulado “Características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta. Área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso 2014-2016”. Describe el estudio cuantitativo, 272 pacientes con UGH, recogidos en una tabla. Entre las HAD no varicosas, los varones representaron el 59%, la edad de presentación fue de 64 años, representando el 58%, la tasa de recurrencia fue del 17% y la tasa de mortalidad fue del 7%. La cardiopatía es la comorbilidad más común y la gastroscopia es la principal comorbilidad, representando el 66%. En la UHD de venas varicosas, los hombres representan el 64%, la edad de 44 a 64, 49%, recaída 38% y tasa de mortalidad 16%<sup>(17)</sup>

**Granera-Gutiérrez L (2017):** presentó su tesis para optar por el título de especialista en Medicina Interna titulado “Correlación entre la presentación clínica y los hallazgos endoscópicos, en pacientes hospitalizados por HDA, en el Hospital alemán nicaragüense, entre el 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016”. Se realizará un estudio tipo observacional, descriptivos, retrospectivos, de corte transversal. La constitución mediante el diagnóstico de sangrado o de hemorragia en el HDA en pacientes hospitalizados durante un lapso de la evaluación dentro de la sala de medicina interna en la cual se hizo una endoscopia digestiva alta. Los hallazgos endoscópicos descritos y registrados en el expediente clínico se encontró 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%). 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%).<sup>(18)</sup>

**Mahajan P, Singh-Chandail V (2017):** publicaron un artículo en la Journal of Mid-life Health titulado “Etiological and Endoscopic Profile of Middle Aged and Elderly Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding in a Tertiary Care Hospital in North India: A retrospective analysis”. De un total de 1790 pacientes que acudieron al hospital entre mayo de 2015 y agosto de 2017 con hemorragia digestiva alta y se les practicó la HDA, se compilaron y analizaron retrospectivamente datos de 1270 pacientes de 40 años o más. Las causas más comunes en estos pacientes fueron coherentes con las hipertensiones portales (varices esofágicas, gástricas y duodenales, gastropatía hipertensivas portales y ectasia vasculares antral gástrica GAVE), observadas en el 53,62% de los pacientes, seguidas de la enfermedad de úlcera péptica (gástrico y úlceras duodenales) en el 17,56% en los atendidos. Las erosiones gástricas / gastritis representaron el 15,20% y las erosiones duodenales se observaron en el 5,8% de las hemorragias gastrointestinales superiores. La tasa de mortalidad intrahospitalaria en nuestra población de estudio fue del 5,83%.<sup>(19)</sup>

**Winograd-Lay et al (2015):** publicó en la revista Cubana de Medicina Militar un artículo titulado “Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa”. Este estudio descriptivo transversal incluyó a 314 pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no varicosa entre el 1 de septiembre de 2011 y el 31 de diciembre de 2013. Estos pacientes recibieron tratamiento

"Luis Díaz" en el Departamento de Endoscopia del Hospital Central Militar. El médico "trata a Soto". Se analizan las variables demográficas y otras relacionadas con la endoscopia, el diagnóstico y el tiempo de tratamiento endoscópico. Como resultado, los hombres representaron la mayoría (63,7%); la edad promedio fue de  $61,6 \pm 17,8$  años. Las primeras 24 horas (media: 22,5). La úlcera péptica es la lesión más común (44,9%) y la posición del duodeno es dominante (96 casos, 30,5%). Según Forrest, las poblaciones más comunes.<sup>(5)</sup>

**Abreu-Jarrin et al (2013):** público en la Revista Médica Electrónica su artículo titulado "Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Betancourt de Jovellanos". Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, que consideró variables clínicas y endoscópicas como edad, sexo, manifestaciones clínicas, tipo de lesión y clasificación del sangrado ulceroso; estas se expresan en frecuencia absoluta y relativa en tablas y gráficos. El resultado fue que la edad promedio de los 40 pacientes estudiados fue de 57,3 años +/- 13,5 años, predominando el sexo masculino (72,5%). La manifestación clínica más común es el melasma (65%). Los principales hallazgos de la endoscopia son las úlceras duodenales (45%). La complicación hemorrágica más común de las úlceras es el sangrado reciente.<sup>(20)</sup>

## **b) A Nivel Nacional**

**Aztocondor-Villar (2018):** presento una tesis para optar el título de médico cirujano titulado “Características clínicas y epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017”. Se realizaron estudios descriptivos, retrospectivos y transversales; la técnica incluyó el uso de 381 formularios de recolección de datos de pacientes para revisar informes endoscópicos de pacientes con hemorragia digestiva alta. Se ha determinado que entre los 381 pacientes con UHD, la población con mayor frecuencia es la de 61 a 70 años, representando el 23,88%, de los cuales predominan los varones (61,68%). La causa más común de UHD es la úlcera péptica (35,58%), el estómago es el sitio más común (44,88%) y Forrest III es el más común (24,49%). <sup>(21)</sup>

**Ulloa-Muñoz (2016):** presento una tesis para optar por el título de médico Cirujano titulado “Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital III Goyeneche Arequipa-2015”. La investigación es descriptiva y retrospectiva. La población de estudio incluyó las historias clínicas de 61 pacientes diagnosticados de hemorragia digestiva alta (HDU). La tecnología utilizada es un método de revisión de documentos y el instrumento es una tarjeta de revisión de documentos. En cuanto a las características endoscópicas, la endoscopia diagnóstica representó el 85,26%, la erosión gástrica y la gastropatía eritematosa el 65,6%, las várices esofágicas esofágicas el 19,7% y la úlcera péptica duodenal el 23,0%. Forrest II y / o el 75,76% de los pacientes con úlcera péptica se clasifican III. <sup>(22)</sup>

**Roca-Reyes J (2016):** presentó su tesis para optar por el título de médico cirujano titulado “Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014”. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo,



en el que se revisó el informe de endoscopia digestiva alta (EDA) realizado por el Servicio de Gastroenterología; incluyendo pacientes que habían sido verificados para UHD mediante EDA. En estos casos, se deben considerar las siguientes variables: edad, sexo, historial médico personal, síntomas de la enfermedad actual y resultados de la endoscopia. Entre los pacientes estudiados, los hombres representaron el 55% y la lesión endoscópica más común fue la gastritis erosiva con el 26%. En cuanto a la edad, el 55% de nosotros representamos a personas mayores de 60 años. Las localizaciones anatómicas más comunes se encuentran a nivel del estómago y el área del antro gástrico. El motivo de consulta más habitual es el cabello. <sup>(23)</sup>

**Tintaya-Pinto (2014):** presento una tesis para optar por el título de Médico Cirujano titulado “Características clínicas y endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima - enero 2012- diciembre 2013”. Se trata de una revisión de los registros de pacientes diagnosticados de hemorragia digestiva alta. Los resultados se muestran mediante estadísticas descriptivas. Hubo 43 casos; esta tendencia aumentó gradualmente durante el estudio, con un promedio de 19 a 24 casos por año. Los hombres (74,41%) son significativamente más altos que las mujeres (25,58%) y las mujeres tienen entre 61 y 80 años (32,56%) y más de 80 años (44,18%). La endoscopia encontró que la incidencia de úlcera péptica fue de 67,5%, de las cuales Forrest IIC y Forrest III fueron 25,6% y 30,2%, várices esofágicas 11,6%, Mallory Weiss 2,3 %, y otros hallazgos fueron 60,5% causados por sonda nasogástrica de estómago, hipertensión, enfermedad de Dieulafoy, hiperplasia vascular y enfermedad esofágica. <sup>(24)</sup>

**Velasquez-Ccoa J (2013):** presentó su tesis para optar por el título de médico cirujano con el nombre “Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta no variceal en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012”. Realizar estudios observacionales, retrospectivos y transversales. Un análisis retrospectivo de las historias clínicas de 164 pacientes que fueron hospitalizados en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa en 2012 reveló que no hubo sangrado gastrointestinal varicoso. Entre ellos, el primer caso de diagnóstico endoscópico fue la gastritis erosiva, que representó el 62,2%, seguida de la úlcera duodenal, que representó el 36,6%. Según la clasificación Forrest, el porcentaje más alto corresponde al 56,1% de la clasificación Forrest III. En la puntuación de Rockall, el 50% de los pacientes tenía una puntuación de  $\leq 2$  (puntuación leve) y la incidencia de resangrado en pacientes con hemorragia digestiva alta sin venas varicosas fue del 26,7%. La tasa de mortalidad es del 3,7%. <sup>(25)</sup>

**Bedoya-Cruz M (2007):** presento su tesis para optar por el título de médico cirujano con el nombre “Caracterización topográfica y etiología de la hemorragia digestiva alta en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna años 2005-2006”. Se revisaron 118 historias clínicas. Se consideraron para el análisis 68 pacientes que cumplieron los criterios de selección. La causa más común de UHD es el daño agudo de la mucosa gástrica (44,1%). Le sigue la úlcera péptica (32,4%), seguida de las várices esofágicas (11,8%) y el síndrome de Malovs (2,9%). En cuanto a las lesiones ulcerosas, las úlceras duodenales (17 casos) son más frecuentes que las gástricas (12 casos). Según la clasificación de Forrest en el estómago, el tipo IIb es el más común (5 casos, que representan el 41,7%), seguido de las úlceras (3 casos). ) (12%) de los casos (25%)

son más frecuentes a nivel duodenal, siendo 11b y 11c 7 casos (41,2%) y 4 casos (23,5%) respectivamente. Según la intensidad del sangrado, leve representa el 61,8%, moderado representa el 29,4% y severo representa el 8,8%. <sup>(26)</sup>

**Apaza-Apaza O (2003):** presentó su tesis para optar el título de Especialista en medicina interna con el título “Caracterización topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva alta en el Hospital de Essalud III DE Puno”. Los estudios de caso descriptivos y retrospectivos de HUA se llevaron a cabo en 2000, 2001 y 2002. Estos pacientes se sometieron a una endoscopia hasta 48 horas después del inicio del sangrado. Se revisaron 132 casos. Se consideraron para el análisis 110 casos que cumplieron con los criterios de selección. El número total de casos es igual a 80 pacientes, lo que significa que durante el período de estudio, algunos pacientes tuvieron más de una HDU. Las posiciones topográficas de estómago, esófago y duodeno fueron 47,27%, 25,45% y 24,5%, respectivamente. En 2 casos (1,8%), no se pudo determinar la ubicación. La causa más común de UHD es la úlcera péptica (44,5%). La úlcera duodenal (24,5%) es ligeramente más alta que la úlcera gástrica (20%). En segundo lugar, sangrado por várices esofágicas (25,5%), seguido de LAMG (20%), síndrome de Mallory Weiss (5,5%), proliferación vascular (1,8%), enfermedad de Dieulafoy (0,9%). En dos casos (1,8%) no se confirmó la lesión. <sup>(27)</sup>

### **c) A Nivel Regional/Local**

En el ámbito regional y local no se han encontrado trabajos relacionados al tema de investigación.

## 1.2. Bases Teóricas

### Hemorragia digestiva alta

#### A) Definición:

La hemorragia digestiva alta (HDA) es aquella que se origina en el tracto digestivo proximal al ángulo de Treitz (unión duodeno yeyunal). <sup>(4, 28)</sup>

#### B) Etiología

Hay muchas razones para UGH, pero en la mayoría de los casos, el sangrado es el resultado de úlceras en el estómago o en el área duodenal. La HDA generalmente se divide en dos tipos: venas varicosas y venas no varicosas. <sup>(4, 29)</sup> La mayoría de los casos de DHU no son venas varicosas, incluida la úlcera péptica, la enfermedad por erosión de la mucosa, el síndrome de Mallory-Weiss y otras enfermedades raras. <sup>(30-36)</sup> Según la ubicación de las varices, la HDA de las varices se subdivide en HDA de las varices esofágicas y HDA de las varices gástricas. <sup>(30)</sup>

Aquí se colocan las causas que producen una HDA de acuerdo con el órgano afectado: <sup>(4)</sup>

Causas de HDA distribuidas por órgano	
Esófago	Varices esofágicas Esofagitis erosiva, Ulceraciones Síndrome de Mallory-Weiss Cáncer
Estomago	Úlcera péptica Gastritis hemorrágica Lesión de Dieulafoy Varices gástricas Malformaciones vasculares Linfomas y carcinomas gástricos
Duodeno	Úlcera péptica Malformaciones vasculares Fistulas aortoentéricas Varices
Otros	Úlcera de boca anastomótica Hemobilia

## C) Fisiopatología

- **HDA no variceal**

Son varios los mecanismos, excluyendo la relacionada a hipertensión portal (HTP), que pueden originar un cuadro de HDA. La úlcera péptica es la principal causa de HDA no varicosa, que puede ocurrir en la región proximal del estómago o el duodeno. Factores mucosos criminales (como ácido, pepsina) y factores defensivos (como moco, bicarbonato, prostaglandinas, barrera mucosa, sangre) apoyados por varios factores (como *Helicobacter pylori* y fármacos antiinflamatorios no esteroideos) causan el inicio de esta enfermedad. (4, 37)

- **HDA variceal**

Tiene como causa subyacente la elevación de la presión en el sistema porta hepático, conocida como hipertensión portal (HTP), siendo la causa más frecuente la cirrosis hepática.<sup>(38)</sup> Se denomina HTP cuando ocurre un aumento en la gradiente de presión venosa portosistémica (vena porta – vena hepática o cava inferior) superior a 5 mmHg, siendo clínicamente significativa cuando se eleva por encima de 10 mmHg pues se desarrollan las varices esofágicas (>12 mmHg: ruptura).

Normalmente el 100% de la sangre del sistema porta debe atravesar el hígado llegando así a las venas hepáticas y a la vena cava inferior, cuando se presenta un obstáculo a este recorrido se produce un incremento de la presión y el desarrollo de red de vasos colaterales y descomprimen el sistema hipertenso.

Entre estas redes colaterales, destaca la localizada en la unión esofagogástrica, a ese nivel las venas del plexo submucoso del esófago se dilatan (varices esofágicas) para permitir el flujo de sangre, que proviene de las venas gástricas cortas y coronarias, hacia la circulación sistémica por la vena ácigos y vena cava

superior. La ruptura de una varice esofágica o gástrica por elevación de la presión de sistemas porta desencadenan un evento de HDA de origen variceal.

#### **D) Factor de riesgo asociado** (4, 39-42)

- Medio ambiente  
La falta de saneamiento adecuado, agua potable y hábitos básicos de higiene, los malos hábitos alimenticios y el hacinamiento juegan un papel importante en la epidemia de infección por *Helicobacter pylori*. Por lo general, se considera que *Helicobacter pylori* es la causa de las úlceras pépticas.
- Estilos de vida  
El uso de fármacos nocivos para la mucosa gastrointestinal (antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos, bifosfonatos, corticosteroides, anticoagulantes, tabaco y alcohol) puede aumentar el riesgo de enfermedad. Sangrado gastrointestinal superior. La edad aumenta el riesgo de UHD, especialmente en mujeres mayores de 60 años.
- Factores hereditarios  
Aproximadamente del 20% al 50% de los pacientes con úlcera duodenal tienen antecedentes familiares de úlcera duodenal. Las personas con sangre tipo O tienen un 30% más de riesgo de padecer esta enfermedad. Se especula que algunos factores genéticos de la úlcera duodenal solo representan la transmisión familiar de *Helicobacter pylori*.

#### **E) Cuadro clínico** (4)

La HDA se manifiesta clínicamente como:

- Hematemesis: vómitos con sangre viva, oscuro o coágulos.
- Melena: heces negras, como “brea” con olor sui generis, como resultado de la degradación de la sangre.
- Vómito borraqueño: vómito en “borra de café”

- Hematoquecia: presentación poco usual, consiste en la evacuación de sangre rojo-vinosa, con coágulos, de forma aislada o junto con las heces, producto de la sangre de origen digestivo alto que no fue digerida debido a sangrado masivo o tránsito intestinal acelerado.

La presión arterial sistólica <100 mmHg, frecuencia cardiaca <100 lpm, pulsos finos, taquipnea, hipotensión postural, midriasis, extremidades frías y sudorosas apuntan a inestabilidad hemodinámica. Que pueden condicionar una Hemoglobina menor a 10 gr/dl siendo un factor importante de hemorragia grave. <sup>(43)</sup>

#### **F) Criterios Diagnósticos <sup>(4)</sup>**

- Datos clínicos:

La HDA se manifiesta generalmente como hematemesis, melena o vomito borbóceo.

Es importante comprobar el uso de fármacos (AINE, AAS, anticoagulantes, etc.), consumo de alcohol y antecedentes médicos, como hemorragias previas y comorbilidades. (ej. Cirrosis hepática) pues permitirá una aproximación al diagnóstico etiológico.

- Examen físico:

A través del examen rectal digital y el lavado gástrico, el examen físico puede diagnosticar UHD, lo cual no es clínicamente obvio. El examen físico también puede evaluar el estado hemodinámico del paciente, que es esencial para las medidas de reanimación, y puede inducir a la UGH a causar la causa y recordar los exámenes.

Se debe incidir en la pesquisa de signos de hepatopatía crónica que permitan orientarnos una etiología variceal del sangrado.

## **G) Diagnostico Endoscópico**

La endoscopia digestiva alta (EDA) es el principal examen y método del que se dispone para el abordaje del paciente con HDA, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y el pronóstico. Los hallazgos endoscópicos de las lesiones confirma el diagnóstico.

## **H) Diagnostico diferencial**

- Pseudomelena: heces oscuras causadas por la ingesta de sustancias como hierro o bismuto.
- Hemorragia digestiva baja: cuando se presentan con hematoquecia.
- Hemoptisis, sangrado posnasal y sangrado de encías: sangre extraída de la boca, pero no estrictamente del tracto digestivo.

## **Endoscopia digestiva alta diagnostica <sup>(4)</sup>**

La endoscopia puede identificar lesiones que causan sangrado, identificar la ubicación del sangrado, determinar si hay signos de sangrado activo o sangrado reciente y predecir el riesgo de resangrado. El 90% de los casos son responsables del diagnóstico de la causa. Esto es seguro para el paciente y es vital para el gastroenterólogo.

## **A) Momento de EDA**

Momento EDA La EDA preliminar debe completarse lo antes posible; preferiblemente dentro de las 12 horas y no más tarde de las 24 horas (EDA temprana) del paciente.

- a) La administración de EDA debe realizarse lo antes posible debido a sus importantes beneficios, por lo que los pacientes con riesgo de resangrado y muerte deben estratificarse. Podemos mencionar las ventajas del ADD temprano:
  - a) Puede detectar pacientes de bajo riesgo que pueden ser dados de alta lo antes posible.
  - b) Para pacientes con lesiones de alto riesgo, se puede realizar terapia hemostática para reducir la recurrencia, la cirugía y la mortalidad.



c) Tiene un impacto positivo en los costos médicos porque evita la hospitalización innecesaria de los pacientes de bajo riesgo y acorta la duración de la hospitalización de los pacientes de alto riesgo.

d) Mejorar significativamente el rendimiento diagnóstico.

## **B) Condiciones del paciente previa EDA**

Se establecen recomendaciones, pero no se prescinde del buen sentido del profesional médico para la realización de una endoscopia, más aun teniendo en cuenta la complejidad del acto médico. Se sugiere:

- Idealmente, estabilizado hemodinámicamente antes de la endoscopia.
- Los pacientes con inestabilidad persistente, alteraciones sensoriales o vómitos deben intubarse. Durante la endoscopia, puede reparar las vías respiratorias y prevenir la succión.
- En pacientes con cirrosis hepática, las plaquetas > 20.000 / mm<sup>3</sup> pueden diagnosticarse como EDA, para cirugías con mayor riesgo de sangrado, como la endoscopia terapéutica para varices esofágicas, se deben considerar plaquetas > 50.000 / mm<sup>3</sup>. Transfusión de plaquetas cuando sea necesario.
- El INR de los pacientes con anticoagulantes es de 1,5 a 2,5, lo que puede lograr un diagnóstico exitoso y una EDA terapéutica. El TP / INR no es un indicador fiable del estado de coagulación de los pacientes con cirrosis hepática. No hay datos disponibles para determinar el INR necesario para un tratamiento endoscópico seguro y eficaz de pacientes con insuficiencia hepática, pero el rango anterior (<2,5) puede ser considerado como tal. Si es necesario, transfusión de plasma fresco congelado (PFC).

### **C) Lugar de realización de la EDA**

La EDA se ejecuta en el Centro Endoscópico del Servicio de Gastroenterología, excepto que por las condiciones del paciente o por la seguridad del mismo se correcto efectuarlo en ambientes del Servicio de Emergencias y Trauma Shock (EMG) o Cuidados Críticos (UCI) con una adecuada monitorización del paciente.

### **D) Control endoscópico**

No se les recomiendan los controles endoscópicos (“second-look”) de rutina ya que en algunos casos no brindan un pronóstico para mejorarse y tampoco las incidencias de recidivas, siendo consideradas ineficaz y de alto costo. Solo es necesario repetir la EDA en caso de recidiva, para obtener biopsias o si el primer estudio endoscópico no fue satisfactorio.

## **Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive (4)**

### **A) Evaluación inicial**

#### **Anamnesis y examen físico**

Anamnesis rápida, la presencia de hematemesis de sangre fresca puede sugerir una pérdida hemática cuantiosa, mientras que el vómito borraqueo suele indicar una hemorragia de bajo flujo o inactiva en ese momento.

Debemos interrogar al paciente sobre aspectos específicos de gran interés en la HDA, como son los hábitos nocivos (alcohol), la ingesta de fármacos potencialmente gastrolesivos (AINEs, AAS, etc.), la historia de enfermedad ulcero péptica o de dispepsia, y el antecedente de hepatopatía crónica. Un rápido examen físico nos permitirá evaluar hallazgos de importancia, como inestabilidad hemodinámica, palidez de la piel y las mucosas y estigmas de hepatopatía crónica (ictericia, hepatoesplenomegalía, ascitis, etc.) entre otros.

Es de utilidad la realización de un tacto rectal a fin de detectar la presencia de melena y la colocación de una SNG, que permita

confirmar la presencia de sangre y valorar la actividad del sangrado.

### B) Determinar la gravedad de la pérdida sanguínea

La determinación de la presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca (FC) permite estimar la pérdida de sangre y su gravedad. <sup>(44)</sup>

Clasificación de la gravedad de la hemorragia atendiendo a parámetros clínicos	
Gravedad	Síntomas/signos clínicos
HDA leves	Pacientes asintomáticos, normalidad normal, tono de piel normal, piel cálida y seca. Indica una pérdida de hasta un 10% del volumen de sangre circulante
HDA moderadas	Presión arterial sistólica > 100 mmHg, FC <100 lpm, ligera vasoconstricción periférica (pálido, escalofríos) y posición negativa. La pérdida de sangre es del 10-25%.
HDA graves	Presión arterial sistólica <100 mmHg, FC: 100-120 lpm, vasoconstricción periférica severa (palidez, frío, sudoración, etc.), inquietud o inquietud, oliguria, postura positiva. La pérdida de volumen sanguíneo es del 25-35%
HDA masivas	Choque hipovolémico, vasoconstricción periférica severa y colapso venoso, inquietud, estupor o coma, anuria. La pérdida de sangre superó el 35%.

FC: frecuencia cardíaca, HDA: hemorragia digestiva alta, lpm: latidos por minuto; TA: tensión arterial.

### C) Medidas iniciales

- Acceso venoso

- Estabilización hemodinámica: infusión de cristaloides, uso de coloides y toma de funciones vitales.
- Transfusión de hemoderivados: Transfusión de Paquete globular (pacientes con Hb<7 gr/dl, como objetivo Hb entre 7-9 gr/dl). La transfusión de PFC se recomienda cuando el valor de TP (INR) o TTP excede 1,5 veces en el control normal en pacientes con sangrado digestivo.
- Entubación endotraqueal
- Lavado gástrico

## Terapéutica <sup>(4)</sup>

### A) Fármacos

- **Inhibidor de bombas de protón (IBP)**

En casos de HDA no varicosos, se debe indicar la administración de dosis altas por vía intravenosa (IV) porque reduce la tasa de resangrado. El bolo inicial de omeprazol de 80 mg de EV seguido de una infusión continua de 8 mg / hora mantiene el pH gástrico por encima de 6 de forma continua, lo que favorece la agregación plaquetaria y la coagulación del plasma, que debe mantenerse durante 3 días.

- **Fármacos vasoactivos**

La terlipresina, un análogo sintético de la vasopresina se administra en bolos de 2 mg EV cada 4 horas durante las primeras 48 horas seguido de 1 mg EV cada 4 horas, durante 5 días para evitar una recidivas hemorrágicas precoces.

- **Antibióticos**

Ceftriaxona a una dosis de 1 gr/día EV. Se puede emplear también el norfloxacin 400 mg VO dos veces por día durante 7 días o el ciprofloxacino.

- **Procinéticos**

- B) Endoscopia digestiva alta terapéutica** <sup>(4, 45)</sup>

Para pacientes con hemorragia activa o signos endoscópicos de alto riesgo de hemorragia, se recomienda la EDA terapéutica. La EDA permite el tratamiento endoscópico de focos hemorrágicos y afecta el desarrollo clínico de los pacientes al reducir los factores que determinan el pronóstico. Se recomienda la endoscopia temprana (dentro de las 24 horas posteriores al ingreso) porque puede estratificar el riesgo de recurrencia y el alta temprana en pacientes de bajo riesgo. Además, puede realizar tratamiento endoscópico lo antes posible en pacientes de alto riesgo. <sup>(46)</sup>

- a) HDA no variceal

Existen varios métodos endoscópicos de hemostasia que pueden emplearse para el manejo de la HDA no variceal. La elección del método dependerá del tipo y de la localización de la lesión, así como de los conocimientos y experiencia del Médico Gastroenterólogo endoscopista que deberá usar la técnica a que está habituado.

- Métodos de inyección (inyectoterapia): el más económico, más fácil de ser aprendido y el más utilizado. El agente más utilizado es la adrenalina diluida en suero fisiológico o agua destilada (1/10000).
- Métodos mecánicos: colocación de clips metálicos o bandas elásticas directamente sobre el foco de sangrado.
- Métodos térmicos: el método de fotocoagulación o electrofulguración con argón plasma (APC), se utiliza una corriente eléctrica monopolar por medio del gas de argón ionizado.

b) HDA variceal

El tratamiento endoscópico de la HDA variceal, como complicación de la hipertensión portal (HTP), difiere según se trate de várices esofágicas o gástricas.

- Varices esofágicas: se utilizan los métodos de endoligadura y de escleroterapia de varices esofágicas (ELVE y EVE respectivamente) para detener el sangrado agudo.
- Varices gástricas (VVGG): en la gran mayoría de casos el sangrado de VVGG es muy grave puesto que ocasiona gran pérdida sanguínea debido al grueso calibre de los vasos. Los tratamientos son con la escleroterapias intravariceales utilizándose adhesivo tisular.

c) Tratamiento alternativo

- Balón esofágico
- Tratamiento quirúrgico
- Radiología intervencionista

**C) Contraindicaciones** <sup>(47)</sup>

Contraindicaciones de la gastroscopia
Absoluta: negativa del paciente a realizársela
Relativas mayores Perforación (salvo que la endoscopia se solicite para tratar la perforación) Inestabilidad hemodinámica
Relativas menores Infarto agudo de miocardio reciente Accidente cerebro vascular reciente Insuficiencia respiratoria severa Insuficiencia cardíaca descompensada Deficiente colaboración del paciente

## D) Escala de Forrest

Para evaluar el sangrado en la ulcera se debe hacer una serie de factores clínico-endoscópicos. Esta clasificación permite a los especialistas determinar el posible pronóstico de resangrado.<sup>(48-51)</sup>

FORREST			
	HEMORRAGIA	ENDOSCOPIA	RESANGRADO
Ia	Activa	Sangrados a chorros	90%
Ib	Activa	Sangrados en napas	60%
IIa	Reciente	Lesión no sangra, con un vaso visible	40-50%
IIb	Reciente	Lesión no sangra, con un coagulo adherido	20-30%
IIc	Inactiva	Lesión no sangran, con manchas pigmentadas planas	10%
III	Inactiva	Lesión en bases limpias, sin sangrados	<5%

### 1.3. Marco Conceptual

#### **Edad**

Tiempo de vida de una persona medida en años.

#### **Sexo**

Facultad de ser hombre o mujer determinado por el sexo biológico.

#### **Características clínicas**

Signos clínicos evaluables e identificados que cursan junto con las hemorragias digestivas altas según los grados de las complejidades de la mismas.

#### **Endoscopia diagnostica**

El examen endoscópico permite identificar la lesión responsable de la hemorragia, precisar el lugar del sangrado, establecer la presencia o

no de sangrados activo o de signos de sangrado reciente y prever el riesgo de resangrado.

### **Endoscopia terapéutica**

Tratamiento indicado para pacientes con signos endoscópicos de sangrados activos o riesgos de los resangrados altos.

### **Hallazgos en esófago**

Hallazgos endoscópicos de Sd. Mallory Weiss y Varices esofágicas

### **Hallazgos en estomago**

Hallazgos endoscópicos en la zona gástrica de Gastritis erosiva, Gastritis eritematosa, Gastritis eritematosa, Úlcera péptica, Dieulafoy, Malignidad, Malformación vascular y Varices gástricas

### **Hallazgos en duodeno**

Hallazgos endoscópicos en la zona duodenal Duodenitis erosiva y Úlcera péptica



## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 2.1. Situación del Problema

La HDA es una entidad frecuente en las unidades de emergencia, representando un elevado número de ingresos anuales y un consumo elevado de recursos sanitarios.

En EE. UU. ocurren cerca de 300000 internamientos al año por hemorragia digestiva, siendo el 75% de casos debido a HDA. Se considera un gran problema de salud debido a sus altas morbilidades y mortalidades que pueden llegar al 14%, esto debido a que hay factores asociados como son la edad<sup>(10)</sup>, las presencias de las hematemesis, la HDA intrahospitalaria y el ingreso a shock trauma.<sup>(11)</sup> La literatura refiere que el 80 a 90% de las HDA no variceales cesan cesan espontáneamente, pero que solo el 40% a 50% que tienen un origen variceal tiene la misma evolución. <sup>(4)</sup> Es por ello que en la práctica clínica se utiliza la utilización de predictores de mortalidad y resangrado durante los primeros 30 días después del primer episodio de HDA y el uso de la escala de Rockall. <sup>(12-15)</sup>

El exterminio de la HDA no variceales han descendidos encontrándose actualmente entre el 5 a 15%, aunque en estudios recientes habría descendido hasta un 2%. La disminución de las mortalidades observadas se debe principalmente al mejor conocimiento de los factores pronósticos en la HDA y sobre todo a la introducción y el desarrollo de diferentes técnicas de terapéutica endoscópica que ha condicionado un notable descenso de los acaecimientos de recidivas de las hemorragias y de las necesidades de los tratamientos quirúrgicos. <sup>(4)</sup>

Desde su establecimiento en 1981, la endoscopia ha jugado un papel vital en el diagnóstico de hemorragia digestiva alta aguda. Su alta

sensibilidad del 95% y su especificidad del 98% han sustituido a otros procedimientos diagnósticos, como la radiología con contraste dual o diluido, la angiografía selectiva y el uso de radioisótopos.<sup>(16)</sup>

Por tanto, es necesario conocer las características clínicas de los pacientes con UTA y la frecuencia y características de la endoscopia la frecuencia y las características de las lesiones de esta entidad en los departamentos de medicina interna del “Hospital Regional de Ica año 2017”, teniendo en cuenta que este hospital es el de mayor referencia de otras regiones próximas a la ciudad de Ica y al que concurren con mayores frecuencias las personas de la localidad; asimismo que cuenta con los equipos y los profesionales adecuados para la especialidad.

## **2.2. Formulación del Problema**

### **a) Problema General**

¿Cuáles son las características clínicas y lesiones endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Ica año 2017?

### **b) Problemas Específicos**

**P.E. 1:** ¿Cuáles son las características clínicas de la Hemorragia Digestiva Alta en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Ica año 2017?

**P.E. 2:** ¿Cuáles son las lesiones endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Ica año 2017?

## **2.3. Justificación e Importancia de la investigación**

### **2.3.1. Justificación de la investigación**

La H.D.A. como se mencionó anteriormente es una emergencia bastante frecuente en cualquier servicio de emergencia a nivel mundial, así mismo es causa de muerte en paciente que cursan con sucesos de hemorragias agudas sino se tratan oportunamente. De esta manera surge la interrogante y el interés de conocer que tan frecuente son las lesiones relacionadas a HDA en la población de pacientes usuarios del Hospital Regional de Ica, siendo datos valiosos para garantizar medidas preventivas de acuerdo con los resultados que se hallen.

Se justifica el trabajo pues los beneficiarios de los resultados del trabajo serán: 1) la población de la cual se extraerán los datos, mejorando a posterior su atención médica, 2) los profesionales de salud del hospital, que se beneficiarán con el conocimiento epidemiológico de su centro de labor, 3) el Hospital Regional de Ica, beneficiándose con datos estadísticos de sus pacientes atendidos para futuros planes de atención y 4) la población en general, pues de la misma manera se beneficiaran de una mejor atención médica.

### **2.3.2. Importancia**

En nuestro país existe una sala de restricción con mayor resolución en la capital, denominada sala de sangrado gastrointestinal. A nivel nacional, por diversas razones, no cuenta con una estructura descentralizada unificada para describir la particularidad de cada lugar, y enfrenta el desafío de resolver el problema de los recursos disponibles. Si bien se trata de una patología y se han realizado muchos estudios en muchos aspectos, aún faltan estudios que describan con claridad las características del sangrado digestivo alto para comprender

claramente y brindar una atención hospitalaria de calidad con rapidez.

Los resultados que se encontrarán en este estudio nos darán una mejor visión de las lesiones que son causa de HDA con información procedente del Hospital Regional de Ica, lo que resulta importante para el personal de salud que trabaja en dicho nosocomio para abordar esta problemática de la mejor manera, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Finalmente, la importancia es inclusive mayor, pues el establecimiento cuenta con los equipos y el personal especialista, por lo que es relevante documentar los casos y hallazgos que se encuentren.

#### **2.4. Objetivos de la investigación**

##### **a) Objetivo General**

“Determinar las características clínicas y lesiones endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica año 2017”.

##### **b) Objetivos Específicos**

**O.E. 1:** “Determinar las características clínicas de la hemorragia digestiva alta en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica año 2017”.

**O.E. 2:** “Determinar las lesiones endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica año 2017”.

## **2.5. Hipótesis de la investigación**

El estudio por ser de diseño descriptivo no requiere planteo hipótesis.

## **2.6. Variables de la investigación**

### **a) Identificación de variables**

- ✓ **Variable desenlace:** Característica clínica y endoscópica
- ✓ **Co-variables:** Sexo y edad.

## b) Operacionalización de Variable

VARIABLES	INDICADORES	UNIDAD CATEGORICAS	TIPOS DE VARIABLE	
Edad	Historia clínica	Años	De razón	
Sexo	Historia clínica	Masculino/ Femenino	Nominal	
Características clínicas	Historia clínica	Hematemesis Melena Hematoquecia Palidez Dispepsia Hipotensión Mas de 1 característica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melena + hematemesis</li> <li>• Melena + hipotensión</li> <li>• Melena + palidez</li> <li>• Palidez + dispepsia</li> <li>• Melena + dispepsia</li> <li>• Otras combinaciones</li> </ul>	Nominal	
Características endoscópicas	Endoscopia diagnostica	Si No	Nominal	
	Endoscopia terapéutica	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inyectoterapia + clips</li> <li>• Inyector + polidocanol</li> <li>• Inyector + Pinza caliente</li> <li>• Ligadura</li> </ul>	Nominal
		No		
	Hallazgos en esófago	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esofagitis</li> <li>• Sd. Mallory Weiss</li> <li>• Varices esofágicas</li> <li>• Ulcera esofágica</li> <li>• Neoplasia</li> </ul>	Nominal	
	Hallazgos en estomago	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastritis erosiva</li> <li>• Gastritis eritematosa</li> <li>• Ulcera péptica</li> <li>• Dieulafoy</li> <li>• Malignidad</li> <li>• Malformación vascular</li> <li>• Varices gástricas</li> <li>• Lesiones secundarias</li> </ul>	Nominal	
Hallazgos en duodeno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duodenitis erosiva</li> <li>• Ulcera péptica</li> <li>• Neoplasia</li> </ul>	Nominal		

		• Lesiones secundarias	
	Grado de Forrest	<ul style="list-style-type: none"><li>• I.a.</li><li>• I.b.</li><li>• II. a, b, c</li><li>• III.</li></ul>	Ordinal

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1. Tipo, Nivel y Diseño de Investigación**

El tipo de investigación es retrospectivo, de corte transversal, descriptivo y observacional.

Es retrospectivo porque los datos de los registros médicos solicitados previamente a las agencias pertinentes se utilizarán para contar los registros anteriores del estudio propuesto.

De corte transversal, porque se realizará en un periodo de tiempo determinado.

Descriptivo porque investiga y describe las variables del estudio tal y como se observan en la realidad.

Observacional porque no se modifica lo encontrado ni se interfiere con los resultados.

#### **3.2. Población y muestra**

##### **Población**

La población estará constituida por las historias clínicas del “Hospital Regional de Ica en el periodo de tiempo que comprenderá el año 2017”. Se cuenta con 1920 pacientes en las áreas de medicina interna con endoscopia alta, 37 de ellos confirmados con hemorragias digestivas altas, comprendidos entre 15 a 97 años de edad.

##### **Muestra**

Se cubrió la totalidad de la población presentada.

##### **Criterios de inclusión y exclusión**

###### **“Criterios de Inclusión”**

- “Historia clínica de pacientes con hemorragia digestiva alta”.



- “Historia clínica de pacientes en los que se realizó pruebas de endoscopia alta y con hallazgos”.

**“Criterios de Exclusión”**

- “Historias clínicas de pacientes con HDA sin prueba endoscópica alta”.
- Paciente con ficha epidemiológica incompleta.

## **CAPITULO IV**

### **TECNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACION**

#### **4.1. Técnica de recolección de los datos**

En nuestra recolección de información necesaria para el estudio se realizó el siguiente procedimiento:

“Se tomarán los datos de acuerdo con el trabajo planteado de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de HDA del hospital regional de Ica, mediante la ficha de recolección de datos que se usara para este estudio”.

#### **4.2. Instrumentos de la recolección de los datos**

Se utilizó la ficha de recolección de datos realizada y validada por Astocóndor-Villar R <sup>(21)</sup>, adecuándose a nuestro objetivo de nuestra investigación, no siendo necesario la realización de una prueba piloto.

La ficha cuenta con las siguientes partes:

- 1) Una primera parte de datos generales (Edad y sexo)
- 2) Una segunda parte de manifestaciones clínicas
- 3) Una tercera parte que corresponde a la evaluación endoscópica (diagnostica o diagnóstica y terapéutica y de que tipo) y a las lesiones endoscópicas encontradas en los diferentes segmentos del aparato digestivo que corresponden a una HDA.

#### **4.3. Técnicas de procesamiento análisis e interpretación de resultados**

Los datos que se obtengan serán ingresados al paquete estadístico Microsoft Excel 2017 para luego ser exportados al paquete estadístico SPSS 23.0 para análisis y procesamiento, para posterior presentación de los mismos datos en gráficos y tablas correspondientes.

## CAPITULO V

### PRESENTACION, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

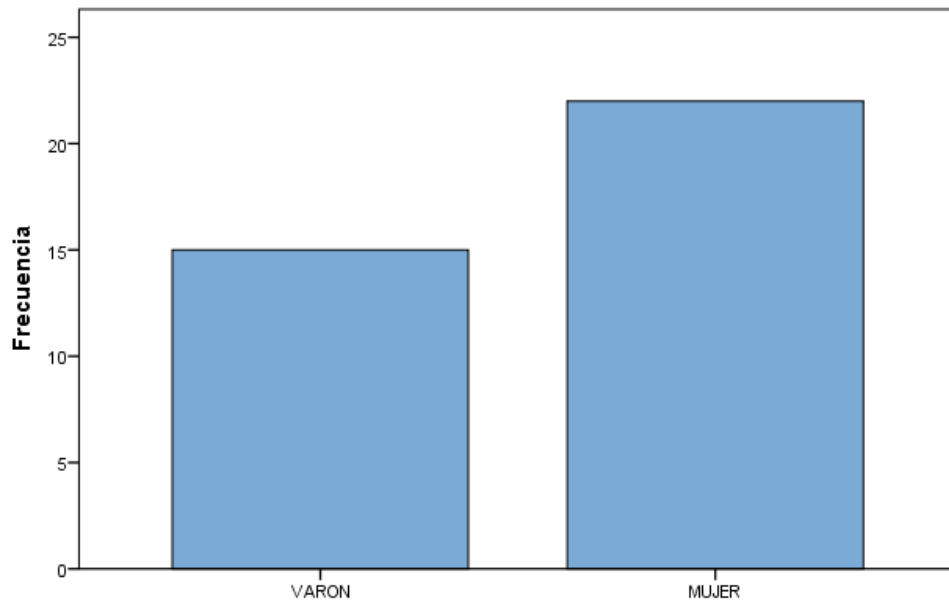
#### 5.1 Presentación e interpretación de resultados

**TABLA N°1**  
**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN SEXO.**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL**  
**DE ICA AÑO 2017.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VARON	15	40,5
MUJER	22	59,5
Total	37	100,0

**GRAFICO N°1**

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN SEXO. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2017.

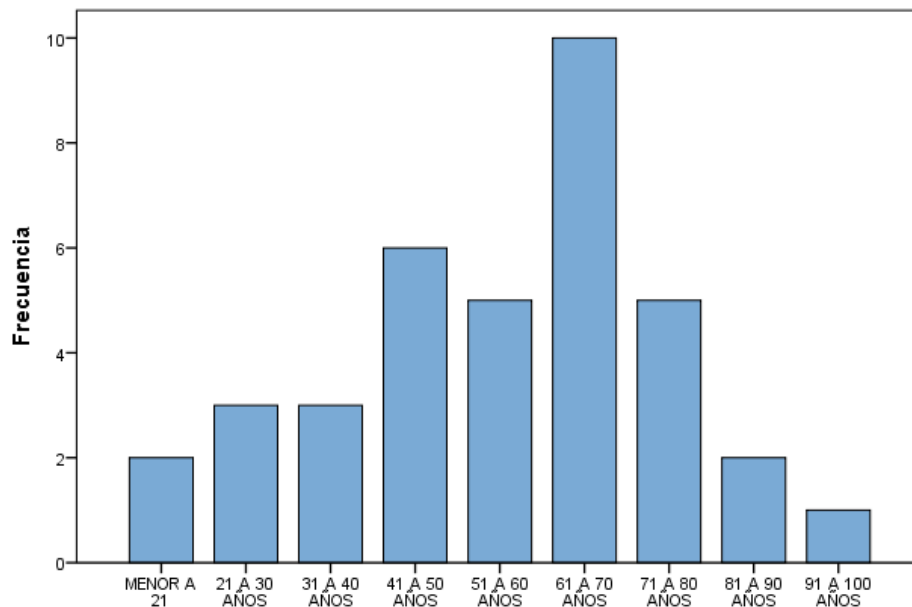


**TABLA N°2**  
**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN EDAD.**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE**  
**ICA AÑO 2017.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR A 21	2	5,4
21 A 30 AÑOS	3	8,1
31 A 40 AÑOS	3	8,1
41 A 50 AÑOS	6	16,2
51 A 60 AÑOS	5	13,5
61 A 70 AÑOS	10	27,0
71 A 80 AÑOS	5	13,5
81 A 90 AÑOS	2	5,4
91 A 100 AÑOS	1	2,7
Total	37	100,0

**GRAFICO N°2**

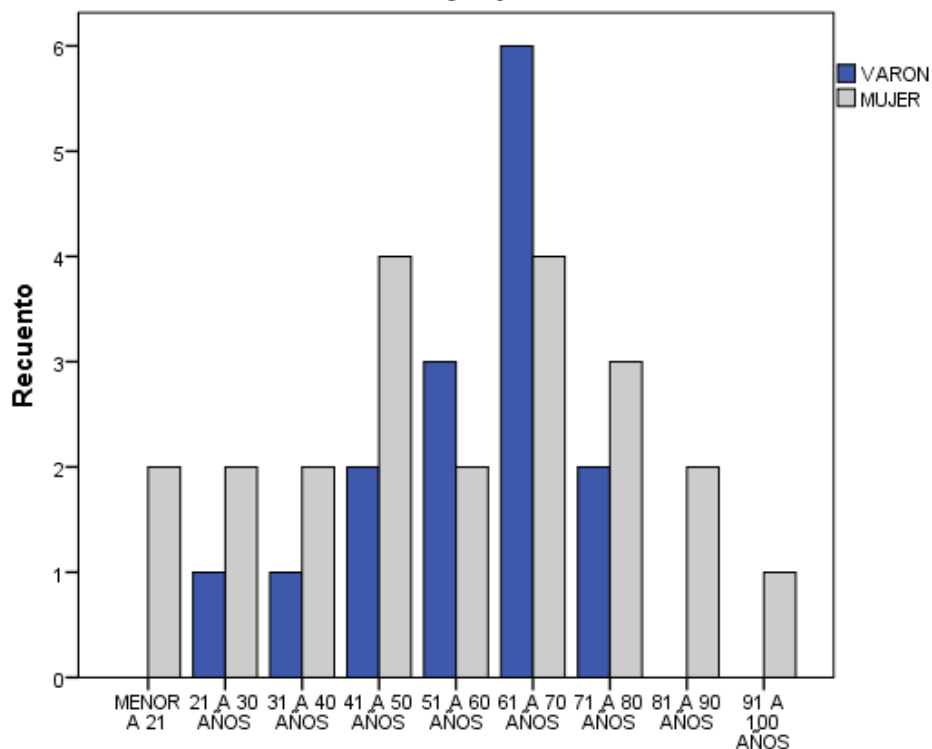
**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN EDAD. DEPARTAMENTO DE**  
**MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2017.**



**TABLA N°3**  
**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGÚN SEXO Y EDAD.**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA**  
**AÑO 2017.**

	VARON		MUJER	
	RECUESTO	%	RECUESTO	%
MENOR A 21	0	0,0%	2	5,4%
21 A 30 AÑOS	1	2,7%	2	5,4%
31 A 40 AÑOS	1	2,7%	2	5,4%
41 A 50 AÑOS	2	5,4%	4	10,8%
51 A 60 AÑOS	3	8,1%	2	5,4%
61 A 70 AÑOS	6	16,2%	4	10,8%
71 A 80 AÑOS	2	5,4%	3	8,1%
81 A 90 AÑOS	0	0,0%	2	5,4%
91 A 100 AÑOS	0	0,0%	1	2,7%

**GRAFICO N°3**  
**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGÚN SEXO Y EDAD.**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA**  
**AÑO 2017.**



**TABLA N°4**  
**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN CLINICA.**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL**  
**DE ICA AÑO 2017.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MELENA	21	56,8
MELENA + HEMATEMESIS	7	18,9
HEMATEMESIS	3	8,1
MELENA + PALIDEZ	3	8,1
MELENA + HIPOTENSION	1	2,7
DISPEPSIA	1	2,7
HEMATOQUECIA	1	2,7
TOTAL	37	100,0

**GRAFICO N°4**

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN CLINICA. DEPARTAMENTO**  
**DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2017.**

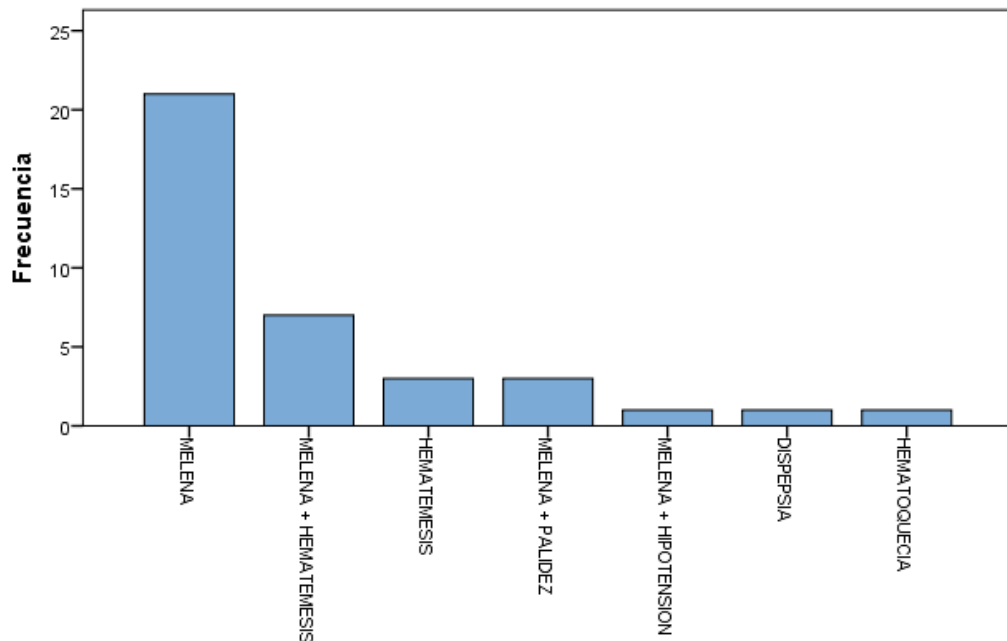


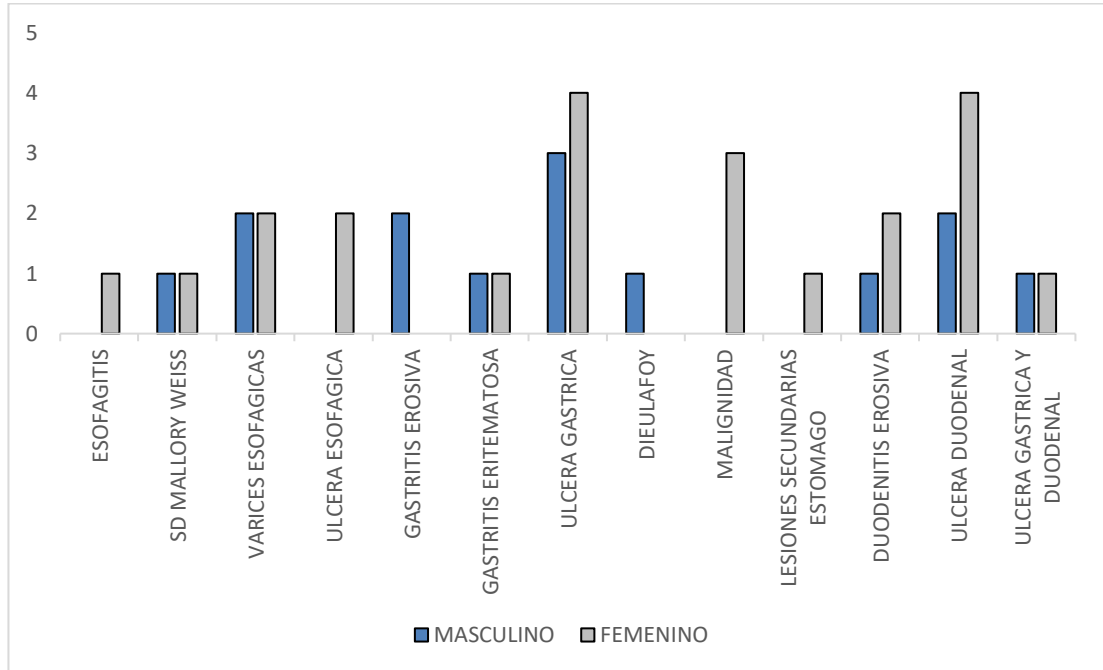
TABLA N°5

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGÚN CAUSA Y SEXO.  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
AÑO 2017

		VARON		MUJER		TOTA
			%		%	L
ESOFAGO	ESOFAGITIS	0	0,0%	1	11,2%	1
	SD MALLORY WEISS	1	11,1%	1	11,1%	2
	VARICES ESOFAGICAS	2	22,2%	2	22,2%	4
	ULCERA ESOFAGICA	0	0,0%	2	22,2%	2
	NEOPLASIA	0	0,0%	0	0,0%	0
		3	33.3%	6	66.7%	9
ESTOMAG O	GASTRITIS EROSIVA	2	11,8%	0	0,0%	2
	GASTRITIS ERITEMATOSA	1	5,9%	1	5,9%	2
	ULCERA PÉPTICA	3	17,6%	4	23,5%	7
	DIEULAFOY	1	5,9%	0	0,0%	1
	MALIGNIDAD	0	0,0%	3	17,6%	3
	MALFORMACIÓN VASCULAR	0	0,0%	0	0,0%	0
	VARICES GÁSTRICAS	1	5,9%	0	0,0%	1
	LESIONES SECUNDARIAS	0	0,0%	1	5,9%	1
		8	47.1%	9	52,9%	17
DUODENO	DUODENITIS EROSIVA	1	11,1%	2	22,2%	3
	ULCERA PÉPTICA	2	22,2%	4	44,5%	6
	NEOPLASIA	0	0,0%	0	0,0%	0
	LESIONES SECUNDARIAS	0	0,0%	0	0,0%	0
		3	33.3%	6	66.7%	9
MIXTA.	VARICES ESOFAGICAS Y GASTRICAS	0	0,0%	0	0,0%	0
	ULCERA GASTRICA Y DUODENAL	1	50,0%	1	50,0%	2
	GASTRODUODENITIS EROSIVA	0	0,0%	0	0,0%	0
	NEOPLASIA ESOFAGO-GASTRICA	0	0,0%	0	0,0%	0
	ULCERA ESOFAGO Y GASTRICA	0	0,0%	0	0,0%	0
	ULCERA GASTRICA Y DUODENAL	0	0,0%	0	0,0%	0
	ULCERA DE ANAST BILLROTH 2	0	0,0%	0	0,0%	0
	ULCERA GASTRODUODENAL Y VARICES ESOFAGOGASTRICA	0	0,0%	0	0,0%	0
		1	50.0%	1	50.0%	2
						37

### GRAFICO N° 5

#### DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGÚN CAUSA Y SEXO. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2017



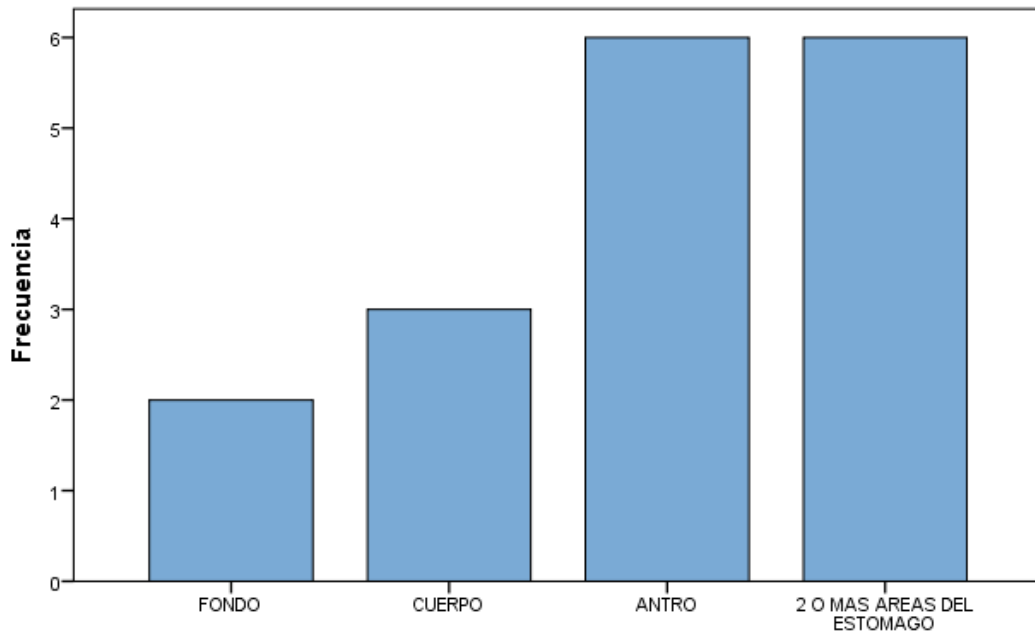


**TABLA N°6**  
**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN**  
**LOCALIZACION ANATOMICA ENDOSCOPICA EN EL**  
**ESTOMAGO. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL**  
**REGIONAL DE ICA AÑO 2017.**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FONDO	2	11.8
CUERPO	3	16.4
ANTRO	6	35.4
2 O MAS AREAS DEL ESTOMAGO	6	35.4
Total	17	100

**GRAFICO N°6**

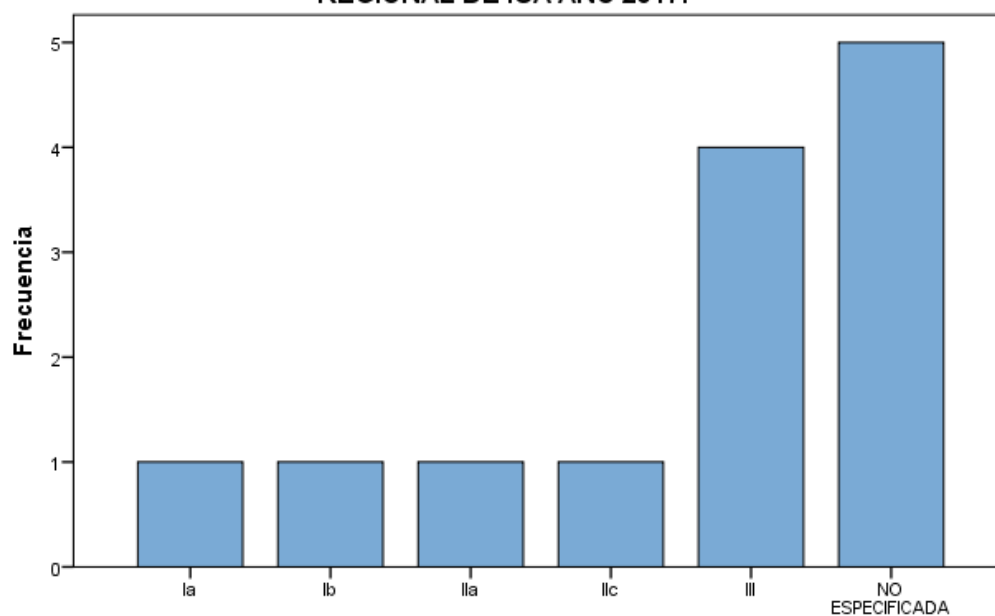
**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN LOCALIZACION ANATOMICA**  
**ENDOSCOPICA EN EL ESTOMAGO. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL**  
**HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2017.**



	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ia	1	7.7
Ib	1	7.7
Ila	1	7.7
Ilb	0	0
Ilc	1	7.7
III	4	30.7
NO ESPECIFICADA	5	38.5
TOTAL	13	100

### GRAFICO N°7

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN CLASIFICACION ENDOSCOPICA DE FORREST. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2017.

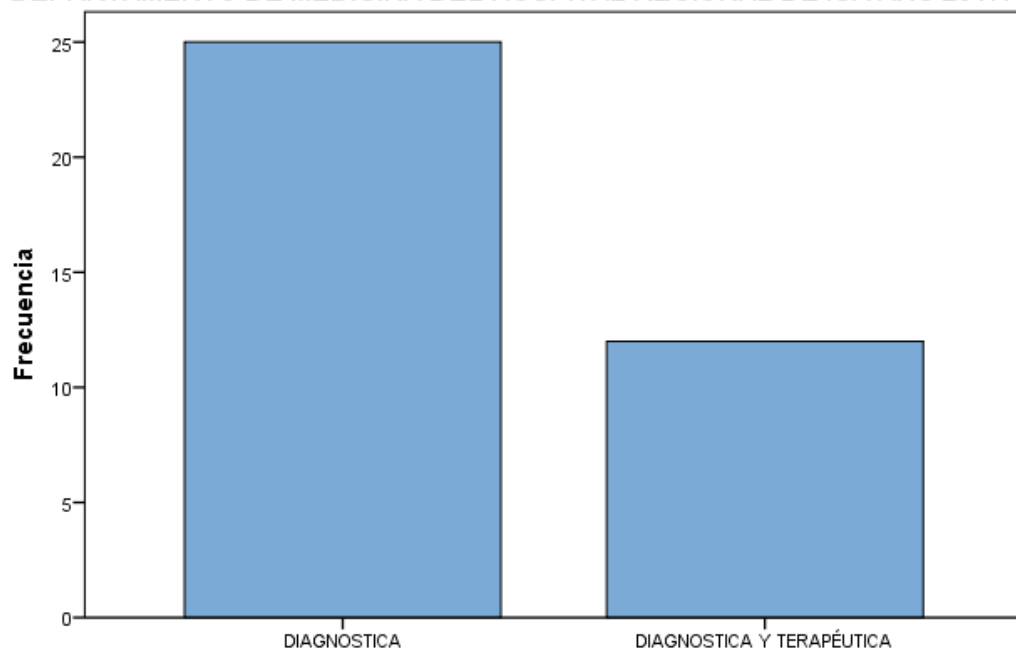


**TABLA N°8**  
**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN TIPO DE ENDOSCOPIA.**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO**  
**2017.**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
DIAGNOSTICA	25	67,6
DIAGNOSTICA Y TERAPÉUTICA	12	32,4
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

**GRAFICO N°8**

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN TIPO DE ENDOSCOPIA.**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO 2017.**

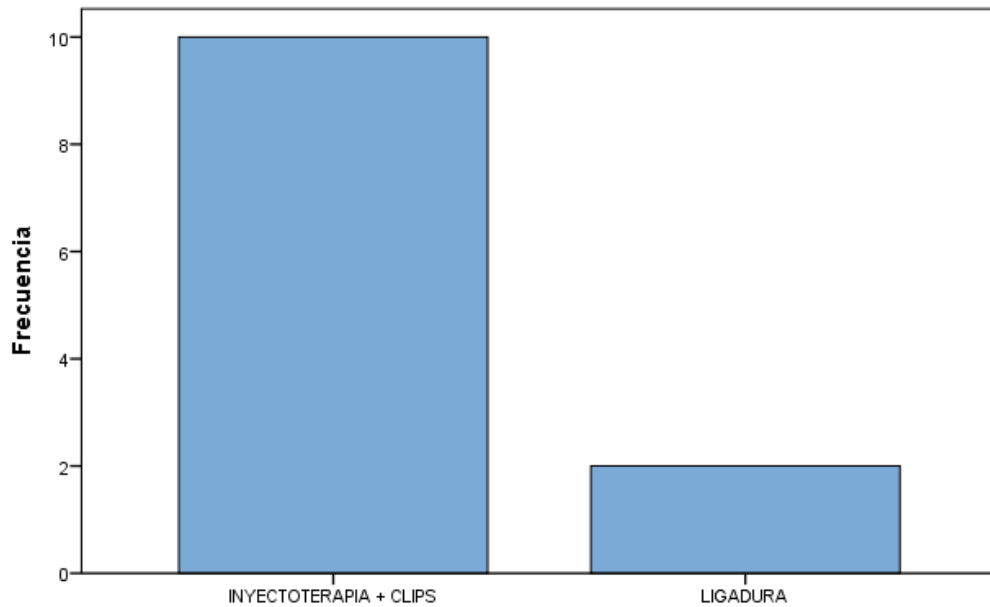


**TABLA N°9**  
**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN TRATAMIENTO**  
**ENDOSCOPICO. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL**  
**DE ICA AÑO 2017.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INYEOTERAPIA + CLIPS	10	83.3
LIGADURA	2	16.6
TOTAL	12	100

**GRAFICO N°9**

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HDA SEGUN TRATAMIENTO**  
**ENDOSCOPICO. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE**  
**ICA AÑO 2017.**



## 5.2 Discusión de resultados

En cuanto al sexo, la distribución observada determina que la incidencia de hemorragia digestiva alta en las mujeres es superior a la de los hombres, en un 59,5%, mientras que en los hombres es del 40,5%. La distribución por grupos de edad de los pacientes con hemorragia digestiva alta. Con el aumento de edad se encuentran cada vez más casos, pues se encuentra entre 61-70 años, 27% de casos entre hombres y mujeres, y el porcentaje de menores 40 años Menor. Estos resultados son similares a los hallazgos de Cevallos y Cisneros<sup>(17)</sup>. Su edad de reporte es de 64 años, lo que representa el 58%, que es lo mismo que los hallazgos de Winogrand-Lay<sup>(5)</sup>. La edad promedio es en este grupo de edad, Aztocondor-Villar <sup>(21)</sup> La edad más avanzada es la misma que en esta encuesta.

Se relacionó las edades y sexos de la población para hallar la distribución de HDA, donde existen con mayores frecuencias de los casos (6 que corresponde al 16.2%) en varones entre los 61-70 años, y en sexo femenino la distribución fue bimodal entre los grupos etarios de 41-50 años y 61-70 años con 10.8% en ambos casos. Estos resultados son equiparables a los encontrados por Aztocondor-Villar <sup>(21)</sup>, lo mismo para Ulloa-Muñoz <sup>(22)</sup> donde predominó el sexo masculino entre los 60-79 años y para Tintaya-Pinto <sup>(24)</sup> donde hubo mayor frecuencia en varones que estaban entre las edades de 61-80 años.

Se observa la distribución de los pacientes según la clínica que presentó, siendo la melena el signo clínico más frecuente (56.8%), seguido de la presencia de hematemesis y melena (18.9%) y teniendo a la hematemesis como tercer lugar (8.1%), siendo las demás formas clínicas en menor porcentaje. Este resultado también fue encontrado por Abreu-Jarrin et al <sup>(20)</sup> donde la melena fueron las presentaciones clínicas más frecuentes (65%) y por Aztocondor-Villar <sup>(21)</sup> con 67.19% para la melena.

Según las distribuciones de las lesiones endoscópicas causales de la HDA relacionadas con el sexo y la edad, se puede observar que la úlcera

gástrica es la lesión más común en mujeres, principalmente mujeres. (23.5% en lesiones del estómago), en segundo lugar está la úlcera duodenal en mayor proporción para el sexo femenino (44.5% en lesiones del duodeno) y en tercer lugar las varices esofágicas en igual proporción para ambos sexos (22.2% en lesiones del esófago para ambos sexos). Estos resultados son contrastables a los encontrados por Aztocondor-Villar <sup>(21)</sup> quien encontró en primer lugar a la úlcera duodenal en hombres, en segundo lugar, a la úlcera gástrica en hombres, pero si en tercer lugar a las varices esofágicas en mujeres. Otros estudios como el realizado por Cevallos-Cisneros <sup>(17)</sup> encuentran en el primer lugar a la úlcera péptica (36%), Winogrand-Lay <sup>(5)</sup> 44.9% para úlcera péptica y Abreu-Jarrin <sup>(20)</sup> un 45% para úlcera duodenal. Sin embargo, estudios como el de Mahajan (19) encontraron que la causa más común está relacionada con la hipertensión portal (primeras varices esofágicas), seguida de úlceras pépticas y terceras lesiones erosivas.

Asimismo, se determinó que el lugar donde se encontraron más lesiones endoscópicas fue en el estómago 17 (45.9%) y una distribución similar para el esófago y duodeno (24.3% para cada uno). Estos resultados difieren para los realizados por Winogrand-Lay <sup>(5)</sup> donde la localización más frecuente fue el duodeno (30.5%), pero para Aztocondor-Villar (21) el estómago si fue el primer lugar en frecuencia (44.88%).

Según las distribuciones de las hemorragias digestivas altas y lesiones endoscópicas, se encontró que las lesiones en el antro (35,4%) y las lesiones en dos o más áreas (35,4%) ocurrieron con mayor frecuencia. Roca-Reyes <sup>(23)</sup> encontró resultados similares a nivel del área anal y Aztocondor-Villar <sup>(21)</sup> encontró 37.25% en el área antral.

De acuerdo con las distribuciones de HDA según la clasificación endoscópica de Forrest, se observó en mayor frecuencia Forrest III (30.7%) y no especificada (38.5%). Estos resultados son equiparables con Granera-Gutiérrez <sup>(18)</sup> donde el Forrest III tenía un 61%., Aztocondor-Villar <sup>(21)</sup> con un 24.49% para Forrest III, Ulloa Muñoz <sup>(22)</sup> con un 75.76% para dicha clasificación, Velasquez-Coa <sup>(25)</sup> con un 56.1% para Forrest III.

Según el tipo de endoscopia, se determinó que la distribución de HDA fue la endoscopia diagnóstica como el tipo de endoscopia realizada con mayor frecuencia, con un 67,6% y la endoscopia diagnóstica y terapéutica con un 32,4%. Ulloa-Muñoz <sup>(22)</sup> determinó asimismo que la endoscopia diagnóstica fue la más utilizada en un 85.25%, siendo un elemento importante en el momento de la toma de decisiones.

Por último, la distribución de la HDA según el tratamiento endoscópico el uso de inyectoterapia + clips fue más frecuente en un 83.3% y la ligadura en 16.6%. Para Aztocondor-Villar <sup>(21)</sup> El tratamiento endoscópico más común es la terapia de inyección de adrenalina.

Dentro de las limitaciones que encontramos en nuestro estudio esta el numero limitado de pacientes que entraron en el estudio, lo que sugiere que deberían hacerse futuros estudios con muestras mucho mayores. También esto nos podría indicar un posible pobre diagnóstico de esta patología en pacientes que llegan por emergencia o la falta de personal capacitada y disponible las 24 horas del día.

## CONCLUSIONES

1. Las hemorragias digestivas altas en el área de Medicina Interna del “Hospital Regional de Ica año 2017” se atendieron 1920 pacientes, confirmados de HDA 37 de ellos. HDA confirmó 37 de ellos. La HUA se presenta principalmente en mujeres, el grupo de edad más frecuente es de 61 a 70 años y la manifestación clínica más común es la melena.
2. Los hallazgos endoscópicos mas frecuentes se encuentran a nivel del estómago en región antral, seguido del duodeno. La ulcera gástrica se presenta con mayor frecuencia y en segundo lugar la ulcera duodenal. La escala de Forrest que se presentó con mayor frecuencia fue III. La endoscopia que se utilizó más fue la diagnostica y el tratamiento endoscópico mas frecuente fue la inyectoterapia + clips.



## RECOMENDACIONES

1. Considerar la hemorragia digestiva alta como una causa más común entre los pacientes de edad avanzada, y ayudar a estos pacientes con la atención primaria a través de un plan de prevención de enfermedades gastrointestinales altas, a fin de reducir la ocurrencia de esta situación.
2. Se recomienda realizar estudios similares en la población anciana para determinar la frecuencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con mayor precisión y rangos de error menores. Difundir los resultados obtenidos en este trabajo al área de salud y autoridades competentes para que se puedan tomar las medidas correspondientes en el sector salud.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Colomo A. Hemorragia Digestiva Alta: Prevención y Tratamiento. Barcelona: Universidad Autonoma de Barcelona; 2016.
2. Rivera D, Martínez J, Tovar J, Garzón M, Hormaza N, Lizarazo J, et al. "Caracterización de los pacientes con hemorragia digestivas altas no varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia". Rev Col Gastroenterol. 2013;28(4):278-85.
3. Ures A, Lapieddra D. Hemorragia Digestiva Alta. Clin Quir Fac Med UdelaR. 2018.
4. MINSA. Guia tecnica: Guia de práctica clinica de Hemorragia Digestiva Alta. Perú2016.
5. Winogrand-Lay R, Williams-Guerra E, Rogríguez-Alvarez Y, Yerandy-Ramos J, Guisado-Reyes Y, Angulo-Pérez O, et al. Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev Cuba Med Milit. 2015;44(2):187-94.
6. Urquiza R, Rodríguez M, Mera M, Chávez H, Rodríguez Y. Hemorragia digestiva alta no variceal. Estadía y variables clínico-endoscópicas relacionadas. Lenin's Hospital. 2012. Multimed. 2015;19(1).
7. García L, L P, Lozada G, Domínguez E, Escalona M. "Mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta por enfermedad ácido péptica en pacientes operados". Medisan. 2013;17(4):617.
8. Riverón K, González L, Deborah A, Dinza S. "Endoscopia de urgencia en pacientes con episodio agudo de sangrado digestivo alto". Medisan. 2012;16(11):1656.
9. Oliver L, Alonso J, Moya A, Concepcion A. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el quinquenio 2009 a 2013. Rev Med Electron. 2017;39(3):432-42.
10. Plaza R, Froilán C, Martín M, Suárez J, Aldeguer M. "La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años". Rev Esp Geriatric Gerontol. 2012;47(3):110-3.
11. Corzo M, Guzmán P, Bravo E, Gallegos R, Mercado-Tenorio J, Surco Y, et al. "Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia

digestiva alta en pacientes de un hospital público". Estudio caso control. Rev Gastroenterol Peru. 2013;33(3):223-9.

12. Infante-Velazquez M, Guisado-Reyes Y, Ramos J, Angulo-Pérez O, Winogrand-Lay R. "Riesgo de resangrado en el paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa". Rev Haban Cienc Med 2014;13(6):837-44.

13. Guinwa A, Serrano A, Hernández I, Lizarzábal M. "Predictores de recurrencia de sangrado en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal". Revista Gen. 2014;68(3):99-107.

14. Pérez A, Nuevo J, López A, González A, De Argila C, Aviñoa D, et al. "Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España". Gastroenterol Hepatol. 2012;35(7):468-75.

15. Armenteros M, Palomino A, Mora S, Valladares D, Blanco M. "Utilidad del índice de Rockall en pacientes con episodios de hemorragia digestiva alta no variceal". Rev Cuba Med Milit. 2014;43(2):176-84.

16. Moya H. "Las características clínico-epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud - Piura, entre los años 2004-2008". Piura: Universidad Nacional de Piura; 2009.

17. Cevallos A, Cisneros V. "Características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas en pacientes con Hemorragia Digestiva alta. Área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso 2014-2016". Ecuador: Universidad de Cuenca; 2018.

18. Granera-Gutierrez L. "Correlación entre la presentación clínica y los hallazgos endoscópicos, en pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva sometidos a endoscopia digestiva alta, en el Hospital Alemán Nicaraguense, entre el 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016". Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017.

19. Mahajan P, Singh V. Etiological and Endoscopic Profile of Middle Aged and Elderly Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding in a Tertiary Care Hospital in North India: A Retrospective Analysis. J Midlife Health. 2017;8(3):137-41.

20. Abreu-Jarrin M, Ramos-Tirado S, Trejo-Muñoz N, Cintado-Tortolo D. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva

alta. "Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos". Rev Med Electron. 2013;35(2).

21. Astocóndor-Villar R. "Características clínicas y endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017". Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2018.

22. Ulloa-Muñoz F. Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el hospital III Goyeneche arequipa-2015. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2016.

23. Roca-Reyes J. Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.

24. Tintaya-Pinto D. "Características clínicas y endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta del servicio de gastroenterología del hospital central de La fuerza aérea del Perú, lima enero 2012-diciembre 2013". Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2014.

25. Velazquez-Ccoa J. Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2013.

26. Bedoya-Cruz M. Caracterización topográfica y etiología de la hemorragia digestiva alta en el servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna años 2005-2006. Arequipa: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2007.

27. Apaza-Apaza O. "Caracterización topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva alta en el hospital de Essalud III de Puno". Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.

28. Harrison. "Principios de Medicina Interna: Enfermedades del aparato digestivo, úlcera péptica y trastornos relacionados. Gastroenterología". 18 ed 2012. p. 293:2409.

29. De la cruz-Guillén A, Sánchez-Espinosa J. "Presentación sindromática 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 descriptivos y comparativos con las prevalencias nacionales. Med Int mex. 2013;29:449-57.

30. IETSI. Guia de Practica Clinica para la evaluacion y el manejo de Hemorragia Digestiva Alta. Guia en Version Corta. GPC N°6. Peru2017.
31. Samuel R, Bilal M, Tayyem O, Guturu P. "Evaluation and management of gastrointestinal bleeding". Dis Mon. 2018;18(30024-5).
32. Hirayama Y, Takai C, Korekawa K, Saitoh M, Akasaka A, Nagasawa H, et al. Gastric Arteriovenous Malformation with Characteristic Endoscopic Findings. Intern Med Advance Publicaction. 2018.
33. Aguayo O, Torres A, Sosa K, Ramirez A, Rodríguez C, Fernández A, et al. "Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa". Cir Parag. 2013;37(1).
34. Rivera D, Martínez J, Garzón M, Rey M, Pinto R, Lizarazo J, et al. "Hemorragia digestiva alta secundaria a lesion Dieulafoy". Rev Cienc Salud 2012. 2012;10(3):421-8.
35. García B, García R, Vargas A, Belchí E, Ortiz M, Carballo F. Visión endoscópica de hemorragia digestiva alta secundaria a tumor del estroma (GIST). A propósito de dos casos. Rev Esp Enferm Dig. 2012;104(1):35-6.
36. Botello Z, Domínguez L, Núñez E, González M, Rosas V, Torices E. Tratamiento endoscopico de lesiones de Dieulafoy. Rev Esp Méd Quir. 2013;18:322-7.
37. Romero-Mondalgo P. "Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con ulcera peptica". Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
38. Casas M, Calvet X, Vergara M, Bella M, Junquera F, Martínez-Bauer E, et al. "Lesiones vasculares gastricas en la cirrosis: gastropatía y ectasia vascular antral". Gastroenterol Hepatol. 2015;38(2):97-107.
39. Jiménez D, Cong J, Estrada E, Bermúdez A, Rivero P, Martínez F. "Evaluación de los facotres de riesgo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes del Hospital Provincial General Docente" "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila. Mediciego. 2015;21(4).
40. Lanas A. Actualizacion en hemorrugia gastrointestinal de origen no varicoso. Gastroenterol Hepatol. 2013;36(2):57-65.
41. Olivos-Massa P. Prevalencia y factores asociados a Hemorragia Digestiva alta en adultos, en el hospital Vicente Corral Moscoso de enero 2015 a diciembre 2016. Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2017.

42. Alcalá-Tineo E. "Estilos de vida en pacientes adultos con Hemorragia Digestiva Alta atendidos en emergencia del Hospital Nacional Sergio Bernales de enero a diciembre del 2015". Lima: Universidad San Juan Bautista; 2017.
43. Infante-Velazquez M, Rosello R, Ramos J, García M, Acosta F, Rodríguez D. "Parámetros clínicos relacionados con la gravedad del episodio agudo de hemorragia digestiva alta no varicosa". Rev Cub Med Mil. 2016;45(3):267-76.
44. Betés M, Muñoz-Navas M. "Hemorragia digestiva alta no varicosa". Medicine. 2016;12(02):82-91.
45. Gallach M, Calvet X, Lanás A, Feu F, Ponce J, Gisbert J, et al. "Guía de práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa". Emergencias. 2013;25.
46. García-Iglesias P, Bortagues J, Feu F, Villanueva C, Calvet X, Brullet E, et al. "Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia". Gastroenterol Hepatol. 2017.
47. Muñoz-Navas M, Betés M. Protocolo de indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de la endoscopia en el tracto superior. Medicine. 2016;12(3):152-6.
48. Velásquez-León V. "Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en la unidad de Hemorragia Digestiva, Servicio de Gastroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud, 2013-2014". Lima: Universidad San Martín de Porres; 2016.
49. Winogrand-Lay R, Infante-Velazquez M, Guisado-Reyes Y, Angulo-Pérez O, González-Barea I, Williams-Guerra E. "Escalas de predicción en el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa". Rev Cub Med Mil. 2015;44(1):73-85.
50. Martínez G, Manrique M, Chávez M, Hernández N, Pérez E, Pérez T, et al. "Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria úlcera péptica". Endoscopia. 2016;28(4):154-9.
51. Lucero P, Gutiérrez I, Camporro F, Bertorello M. "Correlación de escalas de riesgo en hemorragia digestiva alta no variceal con mortalidad, resangrado y necesidad de intervención". Methodo. 2017;2(4):123-5.

## ANEXOS

### ANEXO N°1: “FICHAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS”

Ficha de la recolección de los datos utilizada y validada por Astocóndor-Villar R. “Características clínicas y endoscópicas de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017”. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2018.<sup>(21)</sup>

#### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° de Ficha: \_\_\_\_\_

N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

**Datos generales:**

Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo: Varón  Mujer

**Manifestaciones Clínicas:**

Melena  Hematemesis  Hematoquecia  Rectorragia.   palidez  hipotensión

Dispepsia

Otros: .....

**Evaluación endoscópica:**

Endoscopia Diagnóstica: Si  No

Endoscopia Diagnostica y Terapéutica: Si  No

**Esófago:**

Esofagitis  : leve  moderada  severa  Síndrome MalloryWeiss  úlcera esofágica   
neoplasia  Varices esofágicas  Normal

Otros  : .....

**Estómago:**

Úlcera  :

Cuerpo  Forrest .....

Antro  Forrest .....

Fondo  Forrest .....

2 o mas regiones  Forrest .....

Lesiones vasculares  : Lesión de dieulafoy

Angiodisplasia

Gastritis erosiva  varices gástricas  neoplasia

Normal  Otros  : .....

**Duodeno**

Úlcera ;  Forrest .....

Duodenitis erosiva  Neoplasia  Lesiones vasculares

Otros: .....

**Tratamiento Endoscópico**

inyectoterapia  Inyector+Clips  Inyector+polidocanol  Inyector+pinza caliente

Inyector+APC  Ligadura

Otros  : .....

## ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL</b> ¿Cuáles son las características clínicas y lesiones endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Ica año 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b> ¿Cuáles las características clínicas de la hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Ica año 2017? ¿Cuáles son las lesiones endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Ica año 2017?</p>	<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b> “Determinar las características clínicas y lesiones endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Ica año 2017”.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> “Determinar las características clínicas de la hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Ica año 2017”. “Determinar las lesiones endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Ica año 2017”.</p>	Al ser un estudio descriptivo no lleva hipótesis.	Edad	Años	<p><b>TIPO:</b> Descriptivo Retrospectivo Transversal</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</b> Descriptivo</p> <p><b>TÉCNICA:</b> Revisión de historias clínicas</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b> Ficha de recolección de datos</p>
			Sexo	Masculino/ Femenino	
			Características clínicas	Hematemesis Melena Hematoquecia Palidez Dispepsia Hipotensión Mas de 1 característica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melena hematemesis +</li> <li>• Melena hipotensión +</li> <li>• Melena palidez +</li> <li>• Palidez dispepsia +</li> <li>• Melena dispepsia +</li> <li>• otras combinaciones</li> </ul>	
Características endoscópicas	Endoscopia diagnóstica				



				Endoscopia terapéutica	
				Hallazgos en esófago	
				Hallazgos en estomago	
				Hallazgos en duodeno	
				Grado de Forrest	