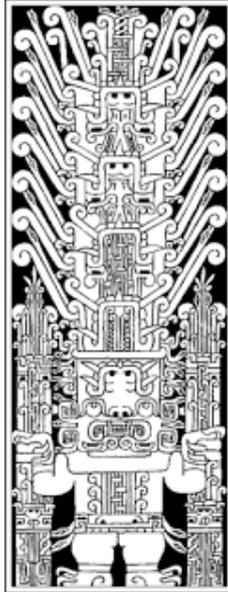


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL**

**FACULTAD DE MEDICINA HIPOLITO UNANUE**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Oficina de grados y títulos**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
ARZOBISPO LOAYZA DURANTE EL 2017**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:**

**ASTOCÓNDOR VILLAR, RUSBEL EZEQUIEL**

**ASESOR**

**DR PICHILINGUE PRIETO, OSCAR ALFREDO**

**LIMA- PERU**

**2018**

## DEDICATORIA

*A mis padres, Ezequiel y Rosa, por su apoyo  
Incondicional, confianza y paciencia, a ellos  
Muchas gracias por estar ahí siempre que  
Los necesité*

*A mi familia, por estar conmigo en los buenos  
y malos momentos*



*A mis hermanas y hermanos  
Quienes me apoyaron en mis decisiones a lo  
largo de mi carrera*

*A todas aquellas personas  
me apoyaron desinteresadamente.*

## AGRADECIMIENTOS

*A mis asesores: Dr. Oscar Pichilingue Prieto y  
Dra. Gloria Vargas Cárdenas por  
apoyo en la elaboración y ejecución  
de este trabajo de investigación*

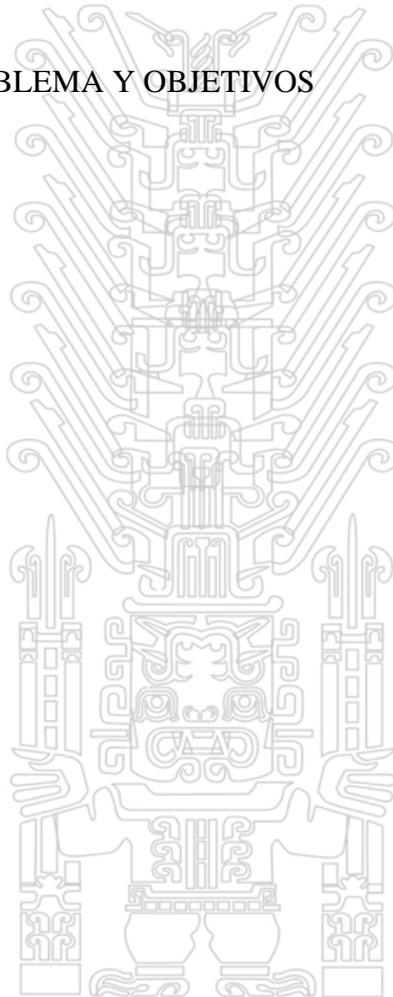
*A la Dra. María Astete Benavides y la Dra. Adelina Lozano  
Miranda por dar facilidades para la realización  
de este trabajo de investigación*

*A todos mis maestros de mi Alma Mater por sus sabias  
enseñanzas que han contribuido a mi formación académica*



## INDICE

	pág.
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
IMPORTANCIA Y JUSTIFICACION	9
MARCO TEORICO	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS	22
METODOS	23
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS	57
ANEXOS	63



## RESUMEN

**Objetivo** Determinar las características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017 **Metodo y material** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal cuya técnica fue la revisión de informes endoscópicos de los pacientes con hemorragia digestiva alta mediante una ficha de recolección de datos con una población de 381 pacientes Se analizo a través de la estadística descriptiva y del software estadístico Epi info 7.2.0.1, con tablas de frecuencias. **Resultados** se determinó que 381 pacientes con hemorragia digestiva alta donde el grupo etario más frecuente fue de 61-70 años con 23.88% con una moda de 64 años y media de 56 años, el sexo masculino predominó sobre el femenino con un 61.68%, la melena fue la característica clínica más frecuente con un 67.19%, la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta fue la ulcera péptica con 38.58 % seguido de las varices esofágicas con 18.11% ,la ulcera duodenal fue la causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta en el sexo masculino con un 16.01%y las varices esofágicas fue la causa más frecuente en el sexo femenino con un 9.29% ,la ulcera gástrica constituyo el hallazgo endoscópico mas común con 19.42% , el estómago fue la localización anatómica endoscópica más frecuente con un 44.88%, el antro fue la localización anatómica endoscópica en el estómago más frecuente con un 37.25% , Forrest III fue más frecuente con 24.49%, la inyectoterapia con adrenalina fue el tipo de tratamiento endoscópico más frecuente con 8.66 % , el test de ureasa fue positivo con un 11.29% y la endoscopia diagnostica fue el tipo de endoscopia mas frecuente realizada con un 79.27 %.

**Conclusiones** la hemorragia digestiva alta es mas frecuente en el sexo masculino con gran prevalencia en el adulto mayor caracterizado clínicamente por la presencia de melena cuya causa más frecuente fue la ulcera péptica localizándose más a nivel del estómago en la región antral predominando la endoscopia diagnostica . el test de ureasa positivo y el Forrest III

**Palabras claves** hemorragia digestiva alta, característica clínica y endoscópica

## ABSTRACT

**Objective** To determine the clinical and endoscopic characteristics of upper gastrointestinal hemorrhage at the Hospital Nacional Arzobispo Loayza during 2017 **Method and material** A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out whose technique was the review of endoscopic reports of patients with upper gastrointestinal bleeding by means of a data collection card with a population of 381 patients It was analyzed through descriptive statistics and statistical software Epi info 7.2.0.1, with frequency tables. **Results** We determined that 381 patients with upper gastrointestinal bleeding where the most frequent age group was 61-70 years with 23.88% with a fashion of 64 years and a half of 56 years, the male sex predominated over the female with 61.68%, the mane was the most frequent clinical characteristic with 67.19%, the most frequent cause of upper digestive hemorrhage was peptic ulcer with 38.58% followed by esophageal varices with 18.11%, the duodenal ulcer was the most frequent cause of upper gastrointestinal bleeding in male sex with a 16.01% and esophageal varices was the most frequent cause in the female sex with 9.29%, gastric ulcer was the most frequent endoscopic diagnosis with a 19.42%, the stomach was the most frequent endoscopic anatomical location with 44.88%, the antrum was the most frequent endoscopic anatomical location in the stomach with 44.88%, Forrest III was more frequent with 24.49%, injecting with Adrenaline was the most frequent type of endoscopic treatment with 8.66%, the urease test was positive with 11.29% and diagnostic endoscopy was the most frequent type of endoscopy performed with 79.27%. **Conclusions** upper gastrointestinal bleeding is more frequent in males with a high prevalence in older adults clinically characterized by the presence of hair whose most frequent cause was peptic ulcer, being located more at the level of the stomach in the antral region, predominating diagnostic endoscopy. the positive urease test and the Forrest III

**Keywords** upper gastrointestinal hemorrhage , endoscopic and clinical feature

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva superior es la expulsión de sangre proveniente del aparato digestivo superior al ángulo de Treitz. Esta patología alcanza a personas de cualquier edad o género, aunque la mayor incidencia de casos se observa en hombres mayores de 60 años. Entre los síntomas de mayor incidencia de la enfermedad se mencionan la hematemesis y la melena, independiente de la lesión de origen (Regordan , Luque y Fragero ,2011)

Constituye una razón frecuente de consulta y de hospitalización en la práctica médica a nivel mundial y en nuestra realidad . La mortalidad esta en función de diversos factores, principalmente la cantidad del sangrado, su origen, la edad del paciente y otras patologías asociadas. (Regordan , Luque y Fragero ,2011,p129-133)

Las causas de este sangrado es variada destacando la ulcera péptica , gastritis y la varices esofágicas (Montero y Jimenes,2011).

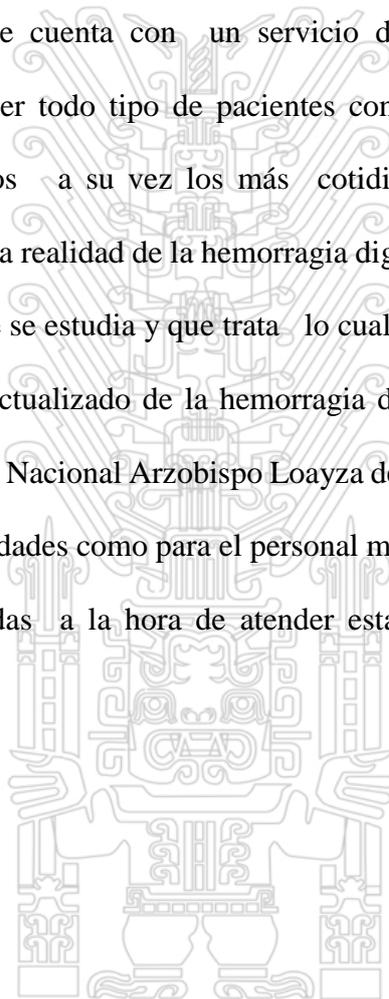
La proporción de hemorragia digestiva alta es mayor incidencia que la inferior, siendo mayor incidencia en el género masculino con una relación 2:1 y aumentando la cantidad de casos a partir de los 60 años. (Almada, Panzardi y vallejos ,2008)

La endoscopia juega un papel esencial en el diagnóstico en el cuadro agudo del sangrado del tubo digestivo alto. Su alta sensibilidad de 95% y especificidad de 98%, ha reemplazado a los demás procedimientos de diagnóstico, como es la radiología con doble contraste o con medio de contraste diluido, la angiografía selectiva y el uso de radioisótopos, haciendo factible también hacer maniobras terapéuticas simultáneas como son: la aplicación de ligas o escleroterapia y la probeta de calor que son recursos de gran importancia en el manejo de estos pacientes. (Moya, 2009, p10-11)

Actualmente, hay características clínicas y endoscópicas que permiten saber qué pacientes son

ingresados en unidades de cuidados críticos; así, como encontrar aquéllos que son de bajo riesgo, que pudieran ser dados de alta desde el mismo servicio de urgencias o ser ingresados en una unidad de hospitalización durante 48 a 72 h. (Portilla, 2010, pág. 11)

Por todo lo dicho es fundamental poder establecer información actualizada con respecto a las características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza ya que es un hospital donde acude no solo población de Lima sino otras regiones del Perú debido a que cuenta con un servicio de gastroenterología altamente especializado y apto para atender todo tipo de pacientes constituyendo un lugar donde se reciben los casos más complejos a su vez los más cotidianos permitiendo poder saber conclusiones más exactas sobre la realidad de la hemorragia digestiva alta en el Perú debido a la pluripatología que recibe, que se estudia y que trata lo cual es importante para el personal de salud el conocimiento más actualizado de la hemorragia digestiva alta no solo para el personal que trabaja en Hospital Nacional Arzobispo Loayza dentro área de gastroenterología sino también para otras especialidades como para el personal médico de otros hospitales para poder tomar decisiones adecuadas a la hora de atender esta emergencia en el ambiente hospitalario.



## IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva alta es una de las emergencias que más se atiende debido que puede causar la muerte de los pacientes de una manera agresiva en cuestión de segundos si es que no se toman las acciones de manera oportuna y precisa ahí la importancia de una atención lo más temprana posible y un ambiente adecuado que permita tomar todas las acciones posibles que eviten la pérdida de cualquier persona que sufra de esta patología frecuente en todos los grupos etarios y que se agudiza conforme pasan los años del paciente y se vayan agregando comorbilidades que empeoren la situación actual del paciente siendo uno de los motivos más frecuentes de hospitalización, por lo tanto, representando una importante carga económica y asistencial.

Por lo tanto, surge el interés de investigar las principales características tanto clínicas como endoscópicas de la hemorragia digestiva alta, en pacientes que consultan al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, debido a que éste es un dato valioso para garantizar la eficacia de las medidas terapéuticas basada en proyecciones epidemiológicas según los resultados que se encuentren.

Los resultados de este estudio permitirán a un mejor conocimiento de las características clínicas y endoscopias en pacientes con hemorragia digestiva alta, con información procedente de nuestra población y que se atiende en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 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 Nacional

Arzobispo Loayza cuenta con una unidad endoscópica de referencia nacional, por lo que es

## MARCO TEORICO

### HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

#### CONCEPTO

La hemorragia digestiva alta consiste en la pérdida de sangre intraluminal en el tubo digestivo, que se genera proximalmente a el ángulo de Treitz o flexura duodeno-yeyunal (Garcia,Martinez y Cañero, 2010 ).

#### EPIDEMIOLOGIA

La hemorragia digestiva alta tiene una incidencia el cual oscila dentro 50 a 170 casos por cada 100 000 personas que residen en las sociedades occidentales por lo cual podemos decir que es la patología más frecuente de emergencia los servicios del aparato digestivo (Corzo et al ,2013).y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Anualmente, mas o menos 100,000 pacientes ingresan a los hospitales de EE. UU para ser tratados por hemorragia digestiva alta . En el Reino Unido, HDA cuenta con 70,000 ingresos hospitalarios cada año, con la mayor cantidad de casos de origen no variceal (Jairath y Desborough,2015). La cantidad de casos de hemorragia digestiva alta tiene una relación de hombre entre mujer de 2 a 1 , en todos los grupos de edad; sin embargo, la tasa de mortalidad es parecido en ambos sexos (Yavorski et al,1995). La población con hemorragia digestiva alta se ha convertido con el paso de los años más vieja, con un aumento concurrente de comorbilidades significativas que incrementan la mortalidad. La mortalidad aumenta con la edad avanzada (> 60 años), tanto en hombres como en mujeres (Piloto et al ,2010). la edad tiene una mortalidad de 14 al 39%, en pacientes por encima de 60 años, a diferencia de una menor mortalidad de 4 al 9 % en personas por debajo de 60 años (Feu ,2000). La cantidad de muertes en una año a nivel mundial

estando en la variación de 5 -15 % en comparación con lo referido a nivel de la realidad peruana que varia de 9.1-12.9 %(Corzo et al ,2013).

## **ETIOLOGÍA**

### **a) Úlcera péptica**

50-75 % de casos de la hemorragia digestiva alta . La hemorragia por úlcera duodenal tiene una relación de 5 a 1 con respecto a la úlcera gástrica, pero ambas tienen la misma tendencia a la hemorragia. La Hemorragia Masiva tiene una prevalencia del 10-15% y generalmente es ocasionada por perforación por el proceso inflamatorio de la arteria regional (Longo et al 2011).

La **úlcera duodenal** es una enfermedad crónica y reincidente , que se presenta en la mayor parte de los casos (95%) en la primera porción duodenal, siendo su prevalencia del 10% de la población. Sin tratamiento reincide a los 2 años en más del 80% de los casos. (Longo et al 2011).

La **úlcera gástrica** suele ubicarse en la unión cuerpo-antro (curvatura menor), siendo de mayor incidencia en el sexo masculino y hacia la sexta década de la vida. Su dimensión suele ser mayor que el de las úlceras duodenales (Longo et al 2011 ).

### **Etiopatogenia**

- El factor etiológico más relevancia es el *Helicobacter pylori*, presente en más de 95% de las úlceras duodenales y en un 60-70% de las gástricas (Longo et al 2011 ).
- Los AINE (incluyendo la aspirina) son la segunda causa de úlcera péptica y la causa mayor importancia de la úlcera gástrica (Longo et al 2011 ).
- Antecedentes familiares de úlcera péptica especialmente los que son del grupo sanguíneo 0. (Longo et al 2011 ).
- Tabaquismo

La úlcera tiene una relación de frecuencia de 2 a 1 en fumadores de los que no fuman, y además el tabaquismo se relaciona a menor respuesta al tratamiento, más reincidencia y más complicaciones. (Longo et al 2011).

- Enfermedades que incrementa el riesgo de úlcera péptica: ERGE, gastrinoma, cirrosis, IRC, EPOC. (Longo et al 2011).

### **Cuadro clínico**

**Úlcera duodenal:** El síntoma mayor incidencia es el dolor epigástrico, que aparece entre una hora y media a tres horas luego de las comidas, y que se atenúa con los alimentos o con antiácidos/anti secretores. El síntoma más distintivo es el dolor que despierta al paciente por la noche, entre las 00 h y las 3 a.m. El dolor es producido por el ácido. Una variación en las características del dolor debe hacernos tomar en cuenta en una complicación ( Longo et al ,2011 )

**Úlcera gástrica:** El dolor epigástrico suele incrementarse con el alimento, sin atenuarse con antiácidos, y se puede relacionar con náuseas, vómitos, anorexia y aversión por la comida. La hemorragia es la complicación frecuentemente que se presenta, relacionándose a una mortalidad mayor que la úlcera duodenal, aunque la causa de mayor frecuencia de hemorragia es la úlcera duodenal por ser más frecuente que la gástrica. Las reincidencias son mayormente asintomáticas.( Longo et al ,2011 )

### **Diagnostico**

La generalización de la endoscopia como instrumento diagnóstico y terapéutico ha ocasionado el desuso de otros procedimientos como el tránsito barritado. Así, la endoscopia es la técnica de elección ya que brinda la visualización directa de la úlcera, la toma de biopsias y la detección de infección de H. pylori. Cuando se diagnostica una úlcera duodenal con un tránsito barritado, no sería obligatorio realizar endoscopia, a diferencia de la úlcera gástrica: una úlcera gástrica

siempre se debe tomar biopsia en el fondo y en los bordes ya que un 5% de ellas son en realidad neoplasias. (Rozman et al 2009)

**Signos endoscópicos de benignidad:** Pliegues rodeando el nicho ulceroso regulares, de aspecto blando, cráter plano y con exudado (Adler et al, 2013 )..

**Signos endoscópicos de malignidad:** Pliegues rodeando el cráter de aspecto irregular, interrumpidos, nodulares, fusionados; márgenes ulcerosos sobre elevados, friables e irregulares; tumoración que protruye hacia la luz (Adler et al, 2013).

## **b) Varices esofágicas y gástricas**

### **Varices esofágicas**

Se aquellas ectasias de las venas ubicada en la submucosa esofágica que se dan mas frecuentemente en personas con hipertensión portal. Es la causa más frecuente de hemorragias en pacientes con cirrosis u obstrucción extrahepática de la vena Porta (Trombosis de la vena Porta). Se origina cuando la presión venosa portal esta por encima de 12mmHg, pero se han informado también sangrados con cifras menores. (Contardo y Espejo, 2006 )

**Características clínicas:** Presentación aguda y masiva. Es menos frecuente la pérdida de sangre crónica. Las várices esofágicas no originan dolor ni molestias, excepto cuando sangran (Contardo y Espejo, 2006 )

### **Diagnóstico**

Se debe efectuar una gastroscopia y ésta debe documentar el tamaño de las varices y la presencia de signos de riesgo endoscópico (puntos rojos, sangrado activo) que asociado con el estadio Child-Pugh son los factores de riesgo más importantes. Frecuentemente, las varices esofágicas se encuentran en la unión esofagogástrica. (Rozman et al, 2009)

### **Tratamiento endoscópico**

**Ligadura endoscópica de las varices.** Más eficaz y segura que la escleroterapia, con menos efectos secundarios. Es el método endoscópico de elección en la hemorragia activa y en el tratamiento endoscópico profiláctico (Longo et al ,2011 ).

**Escleroterapia.** La inyección de sustancias esclerosantes dentro de la variz induce a una reacción inflamatoria con posterior fibrosis y obliteración. (Longo et al ,2011).

### **Varices gástricas**

Las varices gástricas son mayor peligrosidad que las varices esofágicas y suelen encontrarse en el fondo y alrededor de los cardias. como tratamiento de elección se utiliza la inyección endoscópica de cianoacrilato (componente activo de muchos pegamentos de contacto), que polimeriza al unirse con la sangre parando el sangrado. Como riesgo , el cianocrilato puede embolizar a distintas partes del organismo, incluyendo sistema nervioso central y pulmón. ( Rozman et al,2009)

### **c) Lesiones agudas de la mucosa: Gastritis.**

Gastritis es un término histológico que significa inflamación de la mucosa gástrica y, por lo tanto, se necesita de una biopsia para su diagnóstico. (Longo et al ,2011 ).

### **Gastritis de estrés**

El estrés, entendido como situación de gravedad, puede ocasionar un rango de lesiones que comprende desde erosiones superficiales hasta la úlcera péptica complicada. Las erosiones se ve con mayor frecuencia en el cuerpo y fondo , mientras que las úlceras son mayormente frecuentes en antro duodeno. Esta gastritis aguda se ve sobre todo en pacientes hospitalizados que están gravemente enfermos, como los que tienen traumas o infecciones graves, insuficiencia hepática, renal o respiratoria grave, etc. El mecanismo principal por el que se originan no se conoce bien, pero los dos factores patogénicos más relevantes sean la

isquemia de la mucosa y la acidez gástrica, y quizás la primera sea el factor desencadenante más importante en la mayoría de los pacientes. (Longo et al ,2011 ).

Histológicamente se ve una quiebre de la integridad de la mucosa gástrica con erosiones y sangrado difuso. Estas erosiones gástricas no van más allá de la muscular de la mucosa. La forma más frecuente de manifestación clínica es la hemorragia digestiva alta que varía en gravedad. El mejor método de diagnóstico es la endoscopia. (Longo et al ,2011 ).

### **Gastritis por fármacos**

Diversos agentes pueden ocasionar lesiones en la mucosa gástrica parecidas a las originadas en las gastritis de estrés. Entre ellos el ácido acetilsalicílico (AAS), los AINE, los ácidos biliares, las enzimas pancreáticas o el alcohol. Entre los fármacos, el AAS y los AINE, que poseen actividad inhibitoria de la ciclooxigenasa-1, son las etiologías más frecuentes de gastropatía reactiva ( Longo et al ,2011 ).

### **d)Esofagitis:**

Es la inflamación de la mucosa esofágica que en su forma más extrema se relaciona con las úlceras esofágicas clínicamente se manifiesta con odinofagia, dolor torácico y raramente puede producir hematemesis o melena se diagnostica con endoscopia (Almada et al ,1997).

### **e) Síndrome de Mallory-Weiss:**

Es originado por un desgarro mucoso a nivel de la unión escamocilíndrica secundario a vómitos intensos, frecuentemente en varones alcohólicos. Supone el 5-10% de las hemorragias digestivas altas cuyo diagnóstico se establece en antecedentes de náuseas o vómitos más endoscopia (Ríos, 1999).

### **f) Gastropatía de la hipertensión portal**

Ectasias vasculares difusas en la mucosa gástrica originadas por la hipertensión portal, originado un aspecto hiperémico con manchas redondeadas eritematosas, ubicándose sobre todo a nivel antral. Cuando es más grave, toma aspecto en sandía (Longo et al ,2011 ).

### **Clínica**

Son causante de anemia crónica (por pérdidas digestivas altas no identificables) o también pueden originar episodios de hemorragia digestiva alta, aunque menos agresivos que los desencadenados por las varices. (Longo et al ,2011).

### **Tratamiento**

Se administran betabloqueantes, que disminuyen la necesidad de transfusiones. Si hay un sangrado abundante o es una forma severa, poder realizarse tratamiento endoscópico quemando la mucosa afectada con argón. (Longo et al ,2011 ).

### **G) Lesión de Dieulafoy**

La lesión se observa como un gran vaso submucoso que se ha ulcerado. A causa de la importante dimensión del vaso, el sangrado puede ser masivo y rápido. La ruptura del vaso generalmente ocurre en el contexto de la gastritis crónica, que puede inducir necrosis de la pared del vaso (Albeldawi, Qadeer y Vargo ,2011).

### **j) Lesiones vasculares**

Dentro de los cuales más característicos son telangiectasia hereditaria . ectasias vascular y hemangioma . (Montoro y Garcia ,2012)

### **k) Neoplasias**

Sean tanto malignas como benignas cuyo origen puede ser a nivel esófago , estómago y duodeno (Montoro y Garcia ,2012).

### **l) Otras**

Tesis publicada con autorización del autor  
hemobilia , fistulas aortoentericas entre otras causas raras (Montoro y Garcia ,2012).  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**Hematemesis:** Sangre eliminada por la boca, su origen puede localizarse desde el esófago hasta el duodeno, puede cambiar el color en función del grado de digestión, del rojo al marrón oscuro o negro (vómitos en pozo de café) (Longo et al,2011).

**Melena:** Eliminación de sangre digerida combinada con las heces, de color negro, consistencia pastosa y maloliente, sólo se requiere 50-150 ml de sangrado para producirla y debiendo estar en la sangre al menos 8 horas en el tracto intestinal para generarla. Color alquitranado de la hemorragia del tubo gastrointestinal se origina de la producción de hematina ácida por la acción del ácido clorhídrico sobre la hemoglobina o la generación del sulfuro a partir del grupo HEM, o por efecto del sulfuro de hidrógeno sobre el fierro de la hemoglobina. La melena sin hematemesis generalmente indica lesión distal del píloro (Longo et al,2011).

**Hematoquecia:** Es la eliminación de sangre roja o roja vinosa por el recto, combinada con las heces fecales, que se origina de la parte distal del intestino delgado o el colon. Sin embargo, una pérdida de sangre proximal puede originar hematoquecia a causa de un tránsito rápido y ser indicador de sangrado digestivo alto masivo. Para que esto se origine, la hemorragia debe estar por encima de 1000cc y generarse en menos de 1 hora, estando en el tubo gastrointestinal menos de 5 horas. Suele presentarse hasta en un 5% (Morgan y Clamp,1984). De modo general, podemos afirmar que la presentación de hematemesis y melena sugiere que el origen del sangrado está por encima del ángulo duodenoyeyunal y la enterorragia es del intestino delgado

y del colon. (Irap y Mederos, 2012).

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

UNFV

**Dispepsia** Síntoma o conjunto de síntomas que tienen su origen en la región gastroduodenal, siendo los síntomas la pesadez postprandial, saciedad precoz, dolor y ardor epigástrico (Tack et al .2006)

**Palidez blanca** anormal de la piel debido a la reducción del flujo de sangre .(Borrero ,1997 )

## **DIAGNOSTICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

### **Historia clínica.**

Antecedentes personales: hemorragia digestiva alta previa, ulcus, cirrosis, hábitos tóxicos (enolismo, AINE-s, esteroides, anticoagulantes). (Ichiyanagui.2006 )

Historia actual: patrón hemorrágico (tiempo de evolución, características del sangrado), síntomas desencadenantes y acompañantes, síntomas de hipovolemia). (Ichiyanagui.2006 )

### **Exploración física.**

Presión arterial, frecuencia cardíaca, estado de perfusión periférica (palidez, frialdad, sudoración, relleno capilar), nivel de consciencia, estigmas de hepatopatía, exploración abdominal (dolor, masas, megalias, peristaltismo), tacto rectal. (Delgadillo, Londoño y Alvarado,2009)

### **Exámenes complementarios**

La endoscopia es el examen auxiliar de elección ya nos posibilita realizar el diagnóstico , sirve como elemento terapéutico en los casos necesarios y como elemento pronóstico teniendo una triple utilidad lo cual origina menos tiempo en el hospital y incrementa la supervivencia del paciente (Martinez y Calleja, 2005).es de vital importancia entonces proceder a una endoscopia digestiva alta ante cualquier paciente con clínica de hemorragia digestiva alta salvo

insuficiencia respiratoria, sospecha de perforación de víscera hueca, infarto agudo miocardio, aneurisma de aorta, cirugía toracoabdominal reciente. Se recomienda efectuarse la endoscopia lo más pronto posible siendo recomendable en las 12 a 24 horas del episodio por que se relaciona con una mayor precisión diagnóstica, priorizar los casos de más riesgo de los menos riesgo pudiendo efectuar terapia endoscópica y dar de alta tempranamente respectivamente lo cual nos va permitir una disminución de la permanencia en el hospital. menos uso de paquetes globulares de sangre, menos recidiva del sangrado, menos intervenciones quirúrgicas y un aumento de sobrevida del paciente (Martínez y Calleja, 2005).



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

Figura I. Clasificación de Forrest y riesgo de recidiva hemorrágica (Martínez y Calleja, 2005).



## TRATAMIENTO

El objetivo inicial ante toda hemorragia digestiva alta será la evaluación del estado hemodinámico del paciente y la estabilización hemodinámica inicial; luego se procede a la confirmación del sangrado, su localización y tratamiento definitivo según etiología.

(Ichiyanagui.2006 )

- Valoración del estado hemodinámico: leve, moderado, grave masivo esto evaluado según presión arterial, frecuencia cardíaca, clínica.
- Estabilización hemodinámica inicial: medidas generales, reposición de la volemia, uso de hemoderivados. (Ichiyanagui.2006 )

### **Medidas generales.**

- Vía aérea:
  - Intubación orotraqueal (hematemesis masiva, disminución del nivel de consciencia).
  - Oxigenoterapia
- Vía venosa:
  - Canalizar 1-2 vías venosas periféricas gruesas (16-18G)
  - Vía venosa central (hemorragia gastrointestinal superior grave-masiva, cardiopatía, nefropatía).
  - En pacientes inestables y con historia de enfermedad cardíaca conviene colocar un catéter de Swan-Ganz.
- Sonda vesical (control de diuresis)
- Dentro de los objetivos de la reposición de la volemia están:
  - Presión arterial >100 mmHg
  - Frecuencia cardíaca <100 pm
  - Diuresis>30 ml/h

Reponer volemia con cristaloides o coloides. Ritmo de infusión según estado

hemodinámico (1000-2000 ml/h en casos graves). (Lozano, 2001 )

## **Tratamiento hemostático**

### **- Inhibidores de la bomba de protones**

Permiten reducir la cantidad de indicios de signos endoscópicos con alto riesgo y por lo tanto disminuir la aplicación de procedimientos endoscópicos terapéuticos. Por ello está sustentado su uso incluso antes de obtener el diagnóstico de la lesión sangrante. Se realiza tratamiento endovenoso en infusión continua durante 72 h si alto riesgo de recidiva (Forrest Ia, Ib, Ila, I Ib) y vía oral en el resto de casos (Longo et al ,2011).

### **- Somatostatina/terlipresina.**

Se agregara al tratamiento en el caso de sospecha de cirrosis hepática, hasta realizar una endoscopia que descarte el sangrado por varices esofágicas (Longo et al ,2011 ).

## **Tratamiento endoscópico**

La endoscopia urgente (en menos de 24 h) es la prueba de elección para realizar el diagnóstico de la lesión sangrante. Es útil para categorizar al paciente de acuerdo el riesgo de recidiva (clasificación de Forrest). Solamente se realizará tratamiento endoscópico en aquellos pacientes con alto riesgo (Forrest Ia, Ib, Ila, I Ib). El tratamiento endoscópico sugerido combina la inyección de adrenalina con alguna otra técnica (clip, termcoagulación o esclerosis). Si el sangrado recidiva está sugerido realizar un segundo tratamiento endoscópico (Longo et al ,2011 ).

## **Cirugía.**

En hemorragia masiva (inestable a pesar de >6 concentrados de hemáties en <12 h) o hemorragia persistente (fracaso de dos endoscopias). La cirugía de elección es localizar el sangrado y realizar una ligadura del vaso. En casos complicados (perforaciones muy grandes,

hemorragias masivas...) se puede considerar la gastrectomía, que siempre será lo menos extensa posible. El objetivo es solo frenar la hemorragia. (Longo et al ,2011)

### **Embolización arterial por vía percutánea.**

Es una opción a cuando no funciona la endoscopia terapéutica especialmente en aquellos donde la cirugía no está recomendada (Longo et al ,2011).

### **Prevención de recidiva a largo plazo**

- Tratamiento con IBP durante 4 semanas en la úlcera duodenal y 8 en la gástrica.

En el caso de la gástrica además hay que realizar control endoscópico posterior para asegurar su curación (Longo et al ,2011 ) .

- Investigar y tratar la infección por H. pylori.

La detección de H. Pylori no debe realizarse cuando se está dando el proceso agudo de la hemorragia ya que muchos falso negativos (Longo et al ,2011).

- Tratamiento etiológico (gastropatía por AINE, gastrinoma,...). (Longo et al ,2011).

### **Planteamiento del problema**

¿cuáles son las características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017 ?

### **Objetivo general**

Determinar las. características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017

### **Objetivos específicos**

Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según característica clínica.

- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según causa.
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según sexo.
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según edad.
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según edad y sexo.
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según causa y sexo .
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según diagnostico endoscópico.
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según localización anatómico endoscopia.
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según localización anatómico endoscopia en el estomago .
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según la clasificación endoscópica de Forrest.
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según el tipo de endoscopia.
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según tratamiento endoscópico.
- Determinar la distribución de la hemorragia digestiva alta según test de ureasa endoscópico realizado.

## MÉTODOS

### 1.Participantes

#### **Población**

381 pacientes a quienes se les realizó endoscopia por hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el año 2017.

-Informes endoscópicos completos.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con episodios de hemorragia digestiva baja.

- Informes endoscópicos incompletos.

### **Muestra**

En el presente estudio no se utilizó muestra debido a que se trabajó con la población universo.

### **Variables**

**Hemorragia Digestiva Alta:** Se define como la eliminación de sangre gastrointestinal cuyo origen es proximal al ángulo de Treitz (American Society for Gastrointestinal Endoscopy.2004)

**Características clínicas de la hemorragia digestiva alta:** conjunto de particularidades clínicas que lo diferencian de la hemorragia digestiva baja. (Yamada 2000).

**Hematemesis:** Vómitos de sangre de color rojo brillante o de material gástrico con aspecto de asientos de café (Yamada 2000).

**Melena:** Excremento negro, de mal olor, alquitranado que indica degradación intestinal de la sangre (Yamada 2000).

**Hematoquecia:** Es la expulsión de sangre rojo rutilante por el recto. (Yamada 2000).

**Dispepsia** Síntoma o conjunto de síntomas que tienen su origen en la región gastroduodenal, siendo estos síntomas la pesadez posprandial, saciedad precoz, dolor y ardor epigástrico. (Tack et al ,2006)

**Palidez** blancura anormal de la piel debido a la reducción del flujo de sangre. (Borrero

**Hipotensión** presión arterial sistólica < 100 mmHg (Longstreth y Feitelberg , 1994 )

**Edad:** son los años que han pasado desde el momento en que ser humano comenzó a respirar en el ambiente externo de la madre. (Real Academia Española , 2017 )

**Sexo:** estatus que se establece en el ser humano como masculino o femenino. (Real Academia Española, 2017)

**Características endoscópicas de la hemorragia digestiva alta :** hallazgos que se encuentran al realizar al endoscopia de dicha patología los cuales ya sido discutidos en el marco teórico . (Yamada 2000).

## 2. Instrumentos

### Materiales

### Tipo y diseño de investigación

Por la ocurrencia de los hechos: Retrospectivo

Por el acopio de la información: Transversal

Por el análisis de la información: Descriptivo

### Técnicas e instrumento de recolección de datos

#### Técnica

En el estudio según los objetivos establecidos se utilizará el método de revisión documentaria.

#### Instrumentos:

**Ficha de Recolección de datos** Instrumento que permitirá registrar datos clínicos y endoscópicos de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta al servicio de Medicina subespecialidad Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza específicamente sobre edad, sexo, características clínicas, , categorización de lesiones por endoscopia digestiva alta. (anexo 1)

Útiles de escritorio

Bibliógrafo

Ficha de recolección de datos

### **Recursos**

#### **Humanos**

**-investigador** : Rusbel Ezequiel Astocondor Villar

#### **Físicos:**

-Infraestructura del Hospital Nacional Arzobispo Loayza .

--Ambientes del servicio de Medicina subespecialidad de Gastroenterología .

- Población demandante al servicio de Medicina subespecialidad de Gastroenterología.

#### **Financieras:**

Autofinanciado

#### **Control de variables**

#### **Validación**

Se llevó a juicio de expertos para validación de la ficha de encuesta para la recolección de datos sobre las características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta para juzgar la eficacia del instrumento.

#### **Operacionalización de variable**

Es el proceso por el cual se hace una adecuada distribución de las variables en estudio para una mejor recolección de información(**Anexo 2**)

### **3.Procedimiento**

#### **Proceso de recolección de datos**

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

- La investigación se realizó con previa coordinación y autorización de la dirección del departamento de docencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se coordinó con la jefatura del departamento de gastroenterología para el desarrollo de recopilación de información.
- Se comenzó a recopilar la información de los informes endoscópicos mediante la ficha de revisión documentaria.
- La información de la ficha de revisión documentaria se trasladó a una hoja de Excel.
- Se realizó lectura del contenido de la hoja Excel mediante el programa estadístico elegido, para llevar a cabo los respectivos análisis estadísticos.

#### **Procesamiento de datos:**

Se analizó a través del software estadístico Epi info 7.2.0.1 los datos fueron analizados en tablas de frecuencias y desarrollados a través de la estadística descriptiva.

#### **Análisis de datos:**

Se elaboró tablas y gráficos en base a los objetivos del estudio.

#### **Aspecto ético**

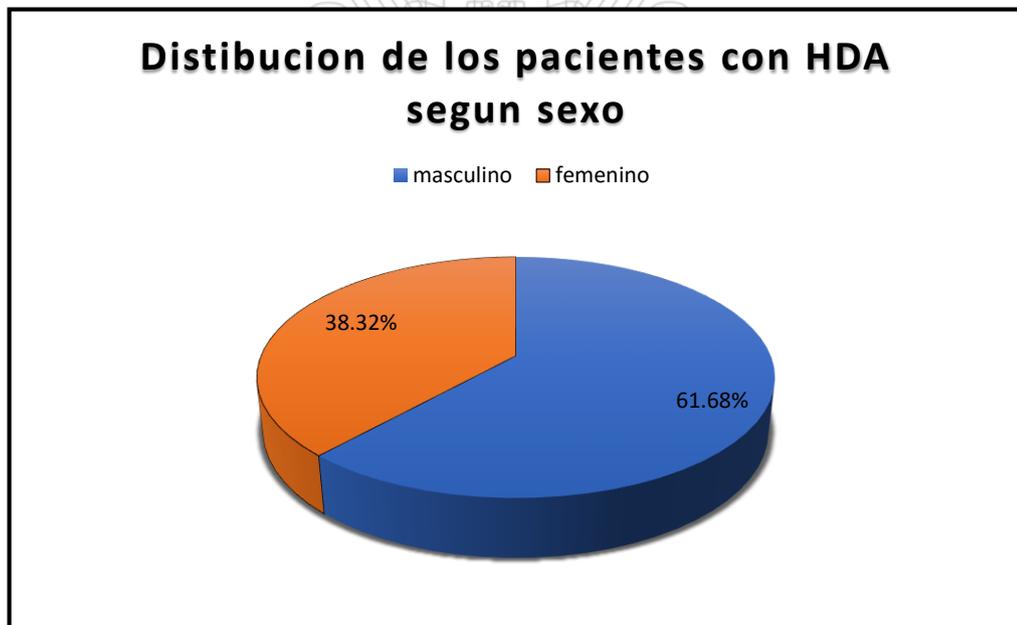
En cuanto se refiere a los aspectos éticos podemos decir que esta investigación no tiene relación que impida su estudio ya que no está inmerso o es parte de estudio experimental y por tanto no requiere seguimiento y consentimiento informado, no va en contra de los valores morales o normas éticas establecidas. No se transgreden derechos constitucionales ni civiles ni se logra criterios de exclusión racial o de género alguna.

## RESULTADOS

**Tabla 1.**

Distribución de pacientes con HDA según sexo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Sexo	N° pacientes	Porcentaje
Masculino	235	61.68%
Femenino	146	38.32%
Total	381	100%



**Figura 1 . Distribución de pacientes con HDA según sexo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.** Se observó que de los 381 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 un 61.68 % fueron del sexo masculino y un 38.32% fueron del sexo femenino.

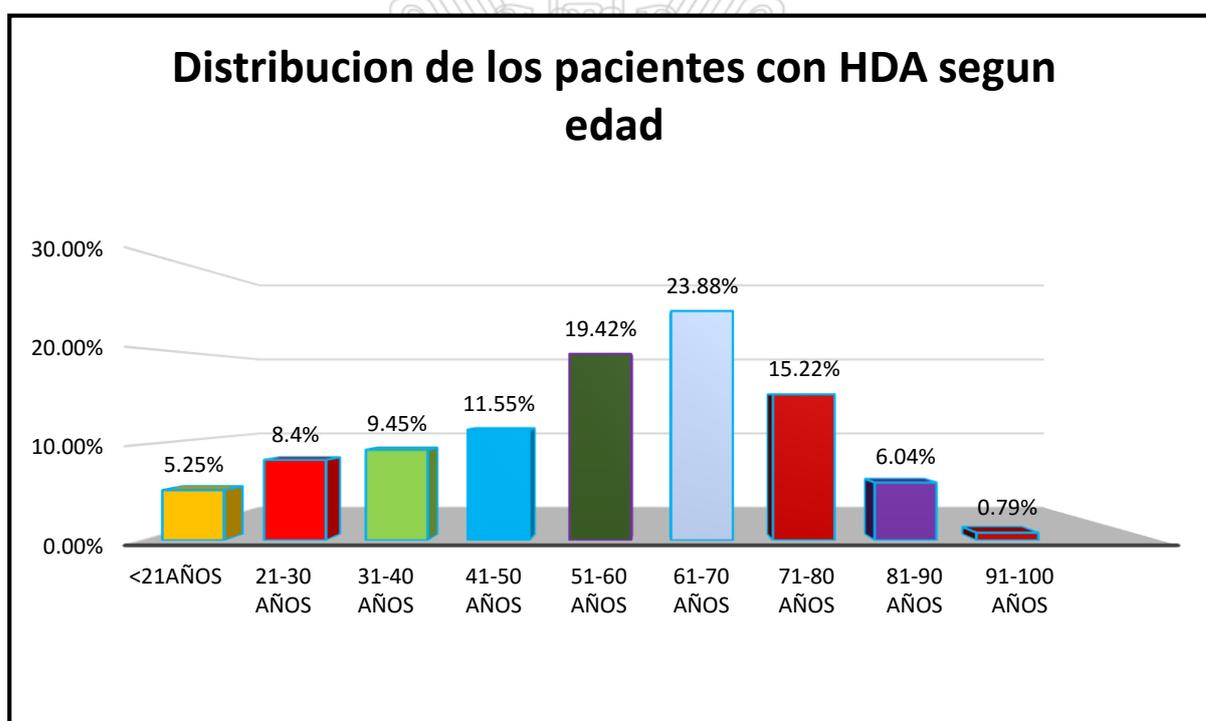
**Tabla 2.**

Distribución de pacientes con HDA según edad , Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

Edad	Cantidad	porcentaje
<21años	20	5.25%
21-30 años	32	8.4%
31-40 años	36	9.45%
41-50 años	44	11.55%
51-60 años	74	19.42%
61-70 años	91	23.88%
71-80 años	58	15.22%
81-90 años	23	6.04%
91-100 años	3	0.79%
<b>TOTAL</b>	<b>381</b>	<b>100%</b>



**Figura 2. Distribución de pacientes con HDA según edad, Hospital Nacional Arzobispo**

**Loayza2017.** Se observó que de los 381 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en

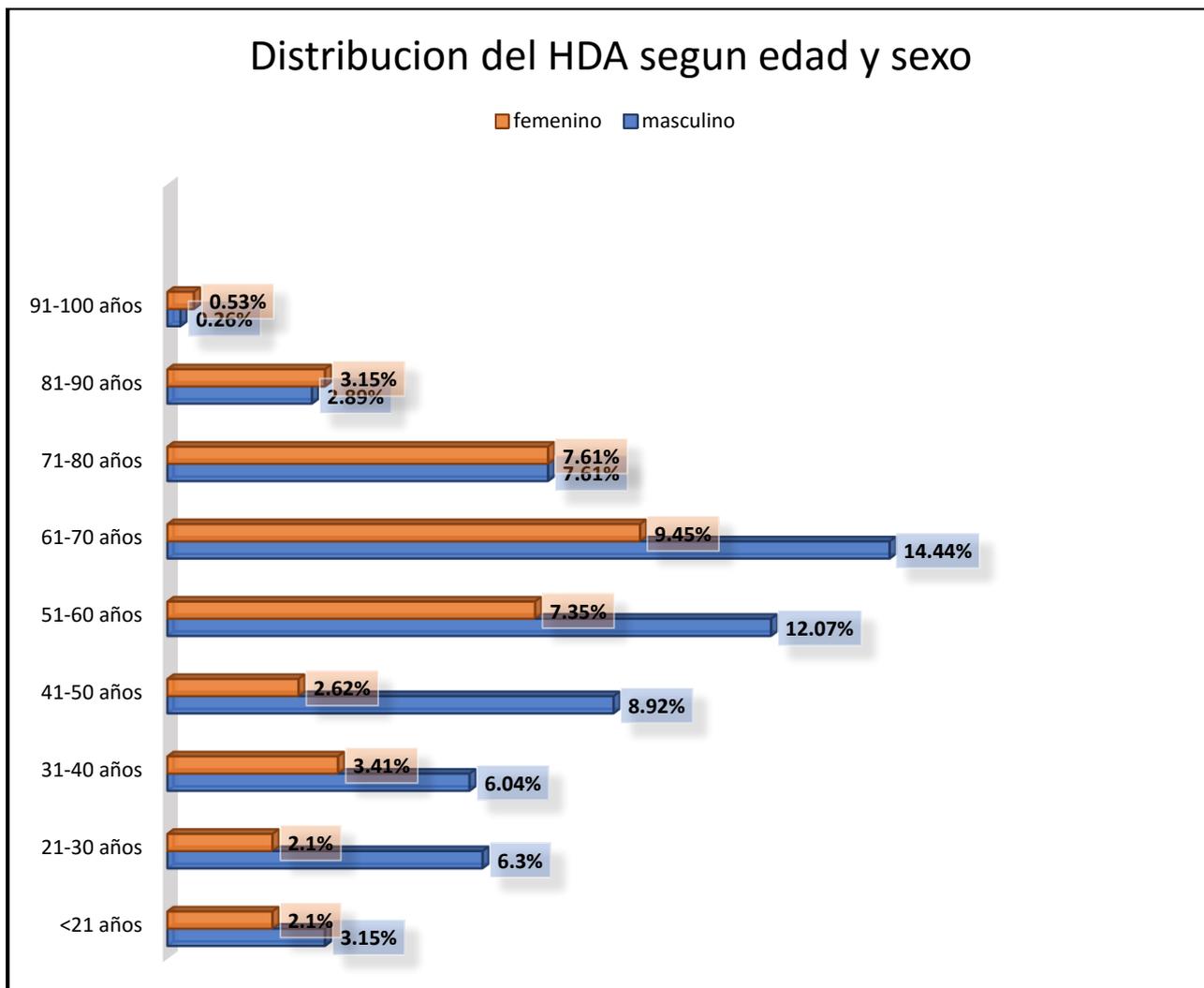
Tesis publicada con autorización del autor  
 el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 el grupo etario <21 años representó  
 No olvide citar esta tesis

5.25 %, el grupo etario 21-30 años representó 8.4 %, el grupo etario 31-40 años representó 9.45 %, el grupo etario 41-50 años representó 11.55 %, el grupo etario 51-60 años representó 19.42%, el grupo etario 61-70 años representó 23.88 %, el grupo etario 71-80 años representó 15.22 % ,el grupo etario 81-90 años representó 8.4 % y el grupo etario 91-100 años representó 0.79 %. así como también es importante mencionar que la edad mínima fue de 14 años y la edad máxima fue de 92 años , la edad más frecuente que se presento fue 64 años y el promedio aritmético de las edades fue de 56 años.

**Tabla 3 .**

Distribución de pacientes con HDA según edad y sexo , Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
<21 años	12	3.15%	8	2.1%	20	5.25%
21-30 años	24	6.3%	8	2.1%	32	8.4%
31-40 años	23	6.04%	13	3.41%	36	9.45%
41-50 años	34	8.92%	10	2.62%	44	11.55%
51-60 años	46	12.07%	28	7.35%	74	19.42%
61-70 años	55	14.44%	36	9.45%	91	23.88%
71-80 años	29	7.61%	29	7.61%	58	15.22/%
81-90 años	11	2.89%	12	3.15%	23	6.04%
91-100 años	1	0.26%	2	0.53%	3	0.79%
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>61.68%</b>	<b>146</b>	<b>38.82%</b>	<b>381</b>	<b>100%</b>



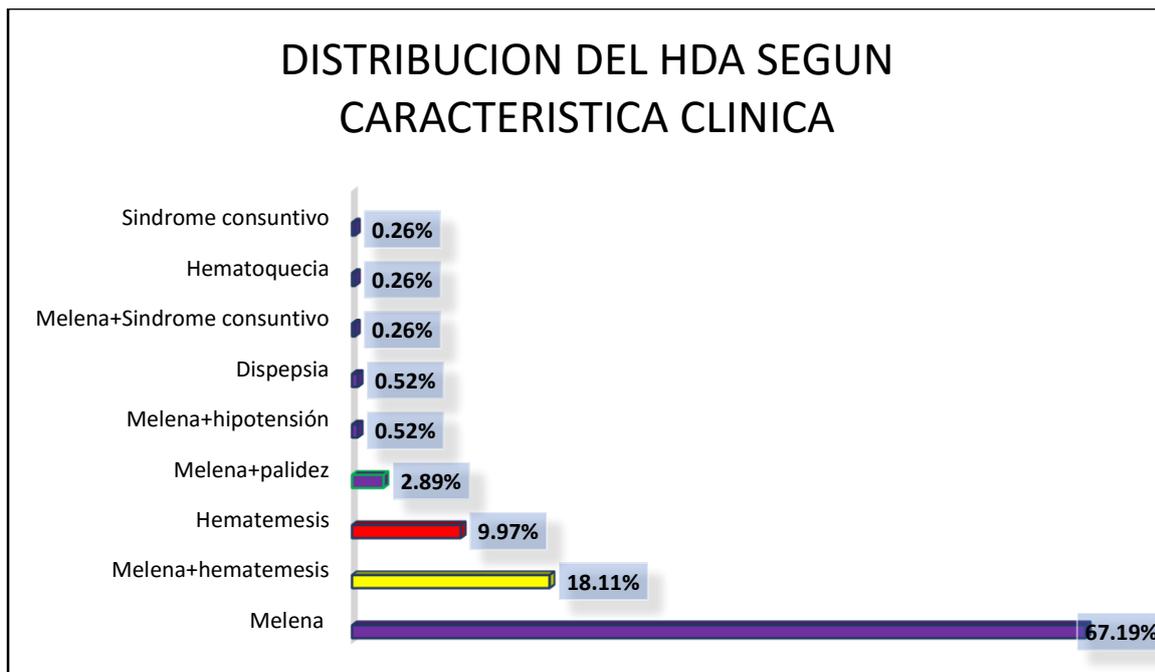
**Figura 3 . Distribución de pacientes con HDA según edad y sexo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017** Se observó que de los 381 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 3.15 % pacientes fueron del grupo etario <21 años con sexo masculino mientras 2.1% pacientes del sexo femenino ,6.3 % pacientes fueron del grupo etario 21-30 años son del sexo masculino mientras 2.1 % pacientes del sexo femenino, 6.04 % pacientes fueron del grupo etario 31-40 años con sexo masculino mientras 3.41 % pacientes del sexo femenino , 8.92% pacientes fueron del grupo etario 41-50 años con sexo masculino mientras 2.62% pacientes del sexo femenino , 12.07% pacientes fueron del grupo etario 51-60 años con sexo masculino mientras 7.35% pacientes del sexo femenino, 14.44% pacientes fueron del grupo etario 61-70 años con sexo masculino

mientras 9.45 %pacientes del sexo femenino , 7.61% pacientes fueron del grupo etario 71-80 años con sexo masculino mientras 7.61% pacientes del sexo femenino , 2.89% pacientes fueron del grupo etario 81-90 años con sexo masculino mientras 3.15% pacientes del sexo femenino y 0.26% pacientes fueron del grupo etario 91-100 años con sexo masculino mientras 0.53% pacientes del sexo femenino .

**Tabla 4 .**

**Distribución de pacientes con HDA según característica clínica, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017**

<b>CARACTERISTICA</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>CLINICA</b>		
<b>Melena</b>	256	67.19%
<b>Melena+hematemesis</b>	69	18.11%
<b>Hematemesis</b>	38	9.97%
<b>Melena+palidez</b>	11	2.89%
<b>Melena+hipotensión</b>	2	0.52%
<b>Dispepsia</b>	2	0.52%
<b>Melena+Síndrome consuntivo</b>	1	0.26%
<b>Hematoquecia</b>	1	0.26%
<b>Síndrome consuntivo</b>	1	0.26%
<b>Total</b>	<b>381</b>	<b>100%</b>



**Figura 4 . Distribución de pacientes con HDA según característica clínica Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017** Se observó que de los 381 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 en un 67.1% de los pacientes clínicamente se manifestó en forma de melena , en un 18.11% de los pacientes se manifestó en forma de melena +hematemesis , en un 9.97 % de los pacientes se manifestó en forma de hematemesis , en un 2.89 % de los pacientes se manifestó en forma de melena + palidez , en un 0.52 % de los pacientes se manifestó en forma de melena hipotensión , en un 0,26 % de los pacientes se manifestó en forma de melena + síndrome consuntivo , en un 0,26 % de los pacientes se manifestó en forma de hematoquecia y en un 0,26 % de los pacientes se manifestó en forma de síndrome consuntivo .

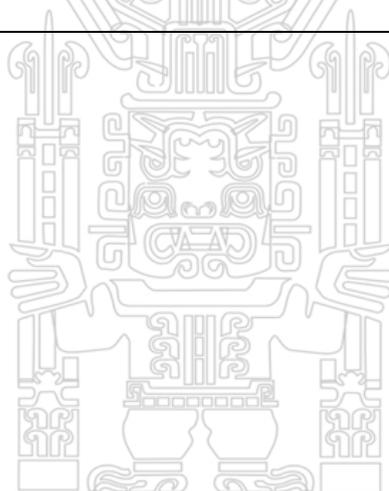
**Tabla 5 .**

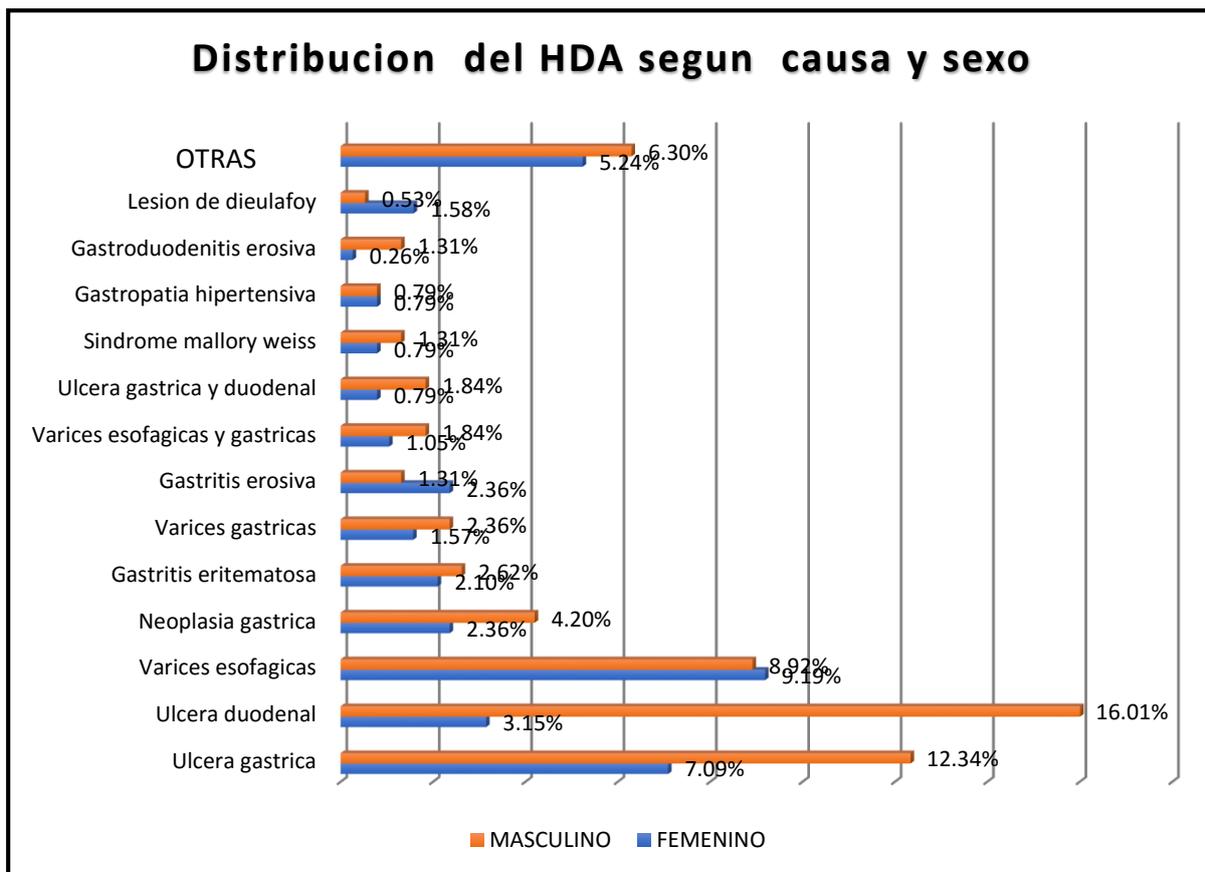
Distribución de pacientes con HDA según causa y sexo , Hospital Nacional Arzobispo

Loayza 2017

CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	Pacientes				Total	
	Femenino		Masculino		Casos	%
	casos	%	Casos	%		
<b>ESOFAGO</b>						
Varices esofagicas	35	9.19%	34	8.92%	69	18.11%
Sindrome mallory weiss	3	0.79%	5	1.31%	8	2.10%
Esofagitis erosiva	2	0.53%	4	1.05%	6	1.57%
Lesion de dieulafoy	3	0.79%	2	0.53%	5	1.31%
Caida de escara de elve	0	0%	3	0.79%	3	0.79%
Lesion vascular	1	0.26%	0	0%	1	0.26%
Ulcera esofagica	0	0%	1	0.26%	1	0.26%
	44	11.55%	49	12.86%	93	24.41%
<b>ESTOMAGO</b>						
Ulcera gastrica	27	7.09%	47	12.34%	74	19.42%
Neoplasia gastrica	9	2.36%	16	4.20%	25	6.56%
Gastritis eritematosa	8	2.10%	10	2.62%	18	4.72%
Varices gástricas	6	1.57%	9	2.36%	15	3.94%
Gastritis erosiva	9	2.36%	5	1.31%	14	3.67%
Gastropatia hipertensiva	3	0.79%	3	0.79%	6	1.57%
Lesion de dieulafoy	3	0.79%	0	0%	3	0.79%
Angiodisplasia	3	0.79%	0	0%	3	0.79%
Ectasias vasculares	2	0.53%	0	0%	2	0.53%
Gastritis erosiva y eritematosa	1	0.26%	1	0.26%	2	0.53%
Lesion subepitelial gastrica erosionada	1	0.26%	1	0.26%	2	0.53%
Lesion vascular gastrica	1	0.26%	1	0.26%	2	0.53%
Lesion ulcerada	0	0%	1	0.26%	1	0.26%
Lesiones elevadas multiples	0	0%	1	0.26%	1	0.26%
Lesion pocistostomia	0	0%	1	0.26%	1	0.26%
Pangastritis erosiva	1	0.26%	0	0%	1	0.26%
Dehiscencia de anastomosis cistogastrica	0	0%	1	0.26%	1	0.26%

	74	19.42%	97	25.46%	171	44.88%
<b>DUODENO</b>						
Úlcera duodenal	12	3.15%	61	16.01%	73	19.16%
Neoplasia duodenal	4	1.05%	0	0%	4	1.05%
Duodenitis erosiva	0	0%	2	0.53%	2	0.53%
Lesión post cepe	1	0.26%	0	0%	1	0.26%
Lesiones ulceradas	0	0%	1	0.26%	1	0.26%
Post infundibulotomía	1	0.26%	0	0%	1	0.26%
Post papiloesfinterotomía	1	0.26%	0	0%	1	0.26%
	19	4.99%	64	16.80%	83	21.79%
<b>MIXTO</b>						
Varices esofágicas y gástricas	4	1.05%	7	1.84%	11	2.89%
Úlcera gástrica y duodenal	3	0.79%	7	1.84%	10	2.62%
Gastroduodenitis erosiva	1	0.26%	5	1.31%	6	1.57%
Neoplasia esofago- gástrica	0	0%	2	0.53%	2	0.53%
Úlcera esofago y gástrica	0	0%	2	0.53%	2	0.53%
Úlcera gástrica y duodenal	1	0.26%	0	0%	1	0.26%
Úlcera de anast.billroth 2	0	0%	1	0.26%	1	0.26%
Úlcera gastroduodenal y varices esofagogastrica	0	0%	1	0.26%	1	0.26%
	9	2.36%	25	6.56%	34	8.92%
<b>TOTAL</b>	146	38.32%	235	61.68%	381	100%

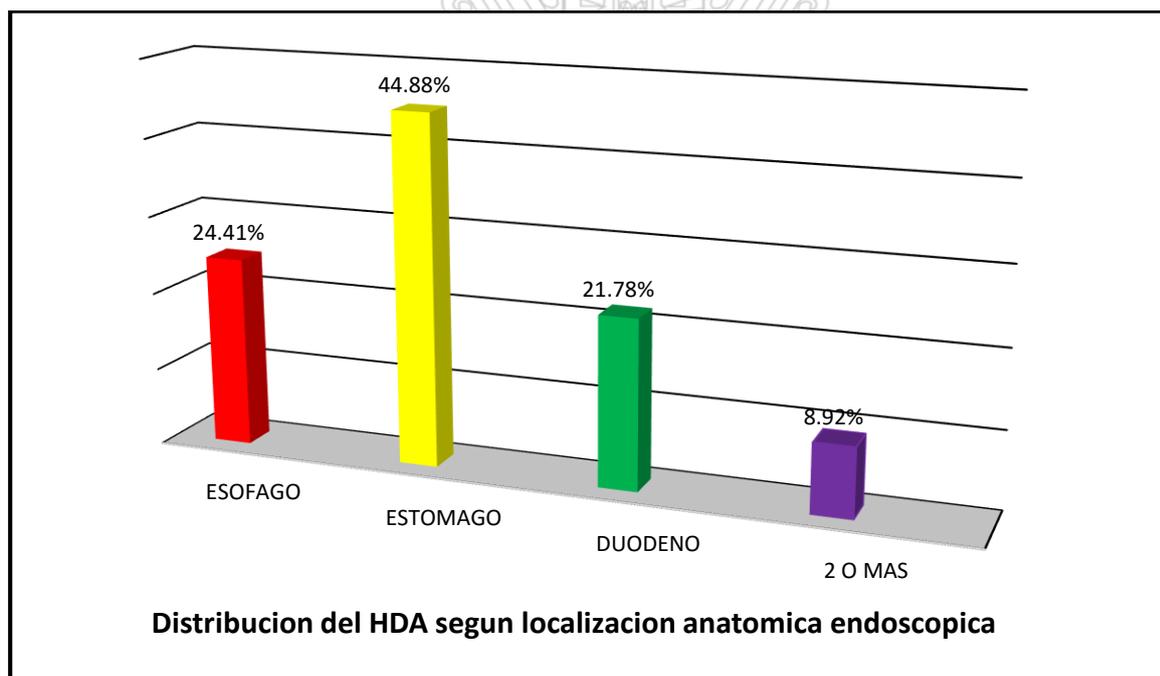




**Figura 5 a . Distribución de pacientes con HDA según causa y sexo Hospital Nacional**

**Arzobispo Loayza 2017** Se observó que de los 381 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 un 12.34% tuvo como causa de la hemorragia digestiva alta la ulcera gástrica fueron del sexo masculino mientras que 7.09% fueron del sexo femenino, un 16.01% tuvo como causa la ulcera duodenal fueron del sexo masculino mientras que 3.15% fueron del sexo femenino, un 8.92% tuvo como causa las varices esofágicas fueron del sexo masculino mientras que 9.19 % fueron del sexo femenino, un 4.2 % tuvo como causa la neoplasia gástrica fueron del sexo masculino mientras que 2.36 % fueron del sexo femenino, un 2.62 % tuvo como causa gastritis eritematosa fueron del sexo masculino mientras que 2.1% fueron del sexo femenino, un 2.36 % tuvo como causa las varices gástricas fueron del sexo masculino mientras que 1.57 % fueron del sexo femenino, un 1.31 % tuvo como causa la gastritis erosiva fueron del sexo masculino mientras que 2.36 % fueron

del sexo femenino, un 1,84 % tuvo como causa las varices esofágicas y gástricas fueron del sexo masculino mientras que 1.05 % fueron del sexo femenino, un 1.84 % tuvo como causa la ulcera gástrica y duodenal fueron del sexo masculino mientras que 0.79 % fueron del sexo femenino, un 1.31% tuvo como causa el síndrome de Mallory Weiss fueron del sexo masculino mientras que 0.79 % fueron del sexo femenino, un 0.79 % tuvo como causa la gastropatía hipertensiva fueron del sexo masculino mientras que 0.79 % fueron del sexo femenino, un 1.31% tuvo como causa la gastroduodenitis erosiva fueron del sexo masculino mientras que 0.26 % fueron del sexo femenino, un 0.53% tuvo como causa la lesión de dieulafoy fueron del sexo masculino mientras que 1.58 % fueron del sexo femenino y un 6.3 % tuvo como causa otras patologías fueron del sexo masculino mientras que 5.24 % fueron del sexo femenino.



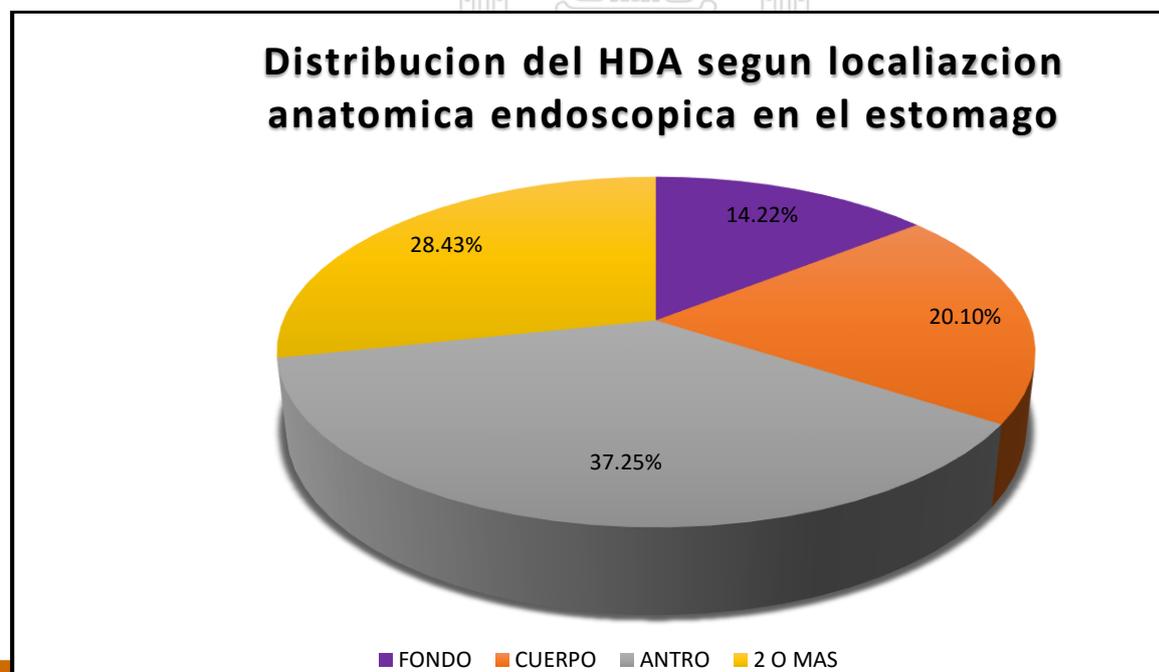
**Figura 5 b . Distribución de pacientes con HDA según localización anatómica endoscópica ,Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017** Se observó que de los 381 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 las lesiones causantes de la hemorragia un 24.41% se encontraron en el

esófago un 44.88% se encontraban en el estomago y un 44.88% se encontraron en el estomago , un 21.78 % se encontraron en el duodeno .

**Tabla 6 .**

Distribución de pacientes con HDA según localización anatómica endoscópica en el estomago Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Localización anatómica del HDA en el estomago	Numero casos	%
Fondo	29	14.22%
cuerpo	41	20.10%
antro	76	37.25%
2 o más áreas del estomago	58	28.43%
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100%</b>



**Figura 6 . Distribución de pacientes con HDA según localización anatómica endoscópica en el estómago ,Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017**

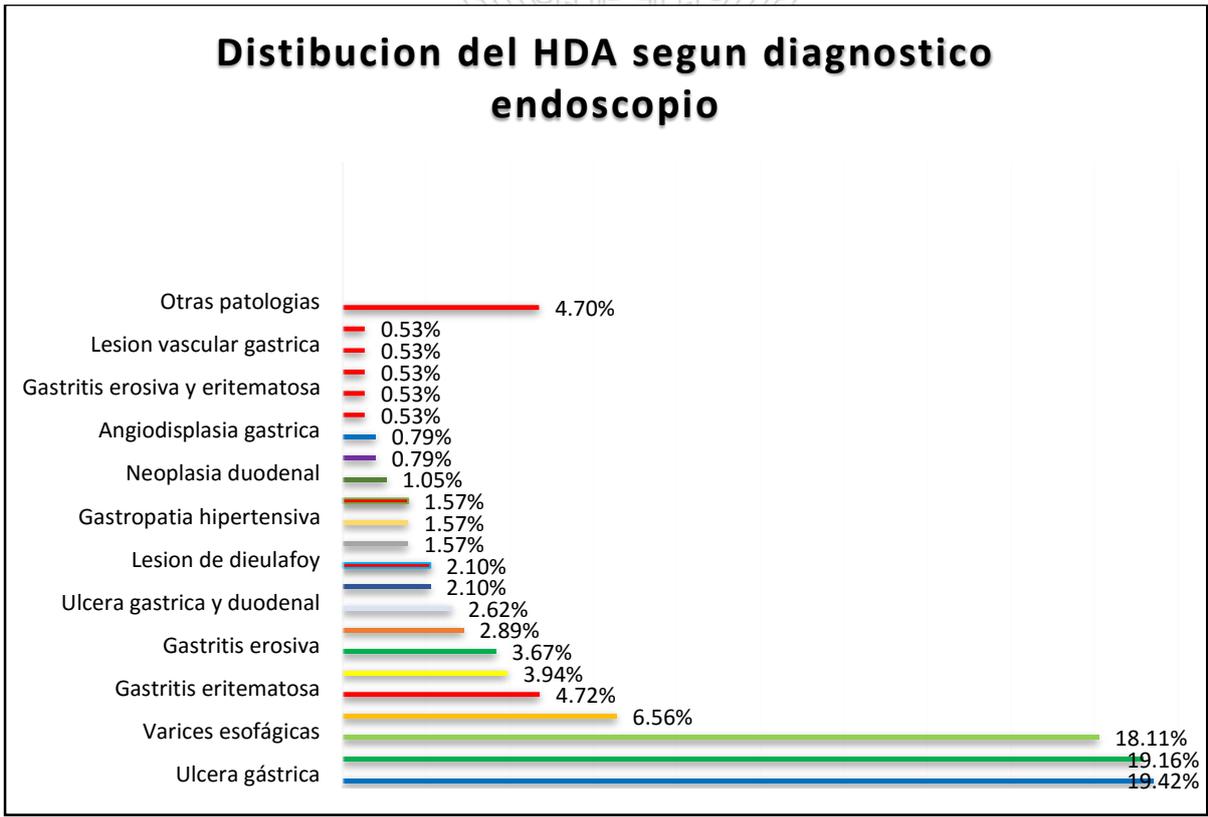
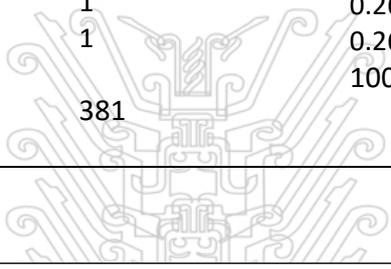
Se observó que de los 204 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 las lesiones causantes de la hemorragia que se ubica a nivel del estómago Un 14.22% se encontraron en el fondo , Un 20.1 % se encontraron en el cuerpo , Un 37.25 % se encontraron en el antro y Un 28.43 % se encontraron en 2 o más regiones del estómago.

**Tabla 7 .**

Distribución de pacientes con HDA según diagnostico endoscópico, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

Diagnostico endoscópico de la hemorragia digestiva alta	Número de casos	%
Úlcera gástrica	74	19.42%
Úlcera duodenal	73	19.16%
Varices esofágicas	69	18.11%
Neoplasia gástrica	25	6.56%
Gastritis eritematosa	18	4.72%
Varices gástricas	15	3.94%
Gastritis erosiva	14	3.67%
Varices esofágicas y gástricas	11	2.89%
Úlcera gástrica y duodenal	10	2.62%
Síndrome Mallory Weiss	8	2.10%
Lesion de dieulafoy	8	2.10%
Esofagitis erosiva	6	1.57%
Gastropatia hipertensiva	6	1.57%
Gastroduodenitis erosiva	6	1.57%
Neoplasia duodenal	4	1.05%
Caida de escara de elve	3	0.79%
Angiodisplasia gastrica	3	0.79%
Ectasias vasculares gastricas	2	0.53%
Gastritis erosiva y eritematosa	2	0.53%
Lesion subepitelial gastrica erosionada	2	0.53%
Lesion vascular gastrica	2	0.53%
Duodenitis erosiva	2	0.53%
Neoplasia esofago- gastrica	2	0.53%
Úlcera esofago y gastrica	2	0.53%
Lesion post-repra	1	0.26%

Lesiones ulceradas duodenales	1	0.26%
Post infundibulotomia	1	0.26%
Post papiloesfinterotomia	1	0.26%
Lesion ulcerada gastrica	1	0.26%
Lesiones elevadas multiples gastricas	1	0.26%
Lesion pocistostomia	1	0.26%
Pangastritis erosiva	1	0.26%
Dehiscencia de anastomosis cistogastrica	1	0.26%
Lesion vascular esofagica	1	0.26%
Ulcera esofagica	1	0.26%
Ulcera gastrica y duodenal	1	0.26%
Ulcera de anast.billroth 2	1	0.26%
Ulcera gastroduodenal y varices esofagogastrica	1	0.26%
<b>TOTAL</b>	<b>381</b>	<b>100%</b>



**Figura 7 . Distribución de pacientes con HDA según diagnostico endoscópico. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017** Se observó que de los 381 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 un 19.42%

Tesis publicada con autorización del autor. No olvide citar esta tesis

diagnostico endoscópico a la ulcera duodenal , un 18.11 % tuvieron como diagnostico endoscópico a las varices esofágicas , un 6.56 % tuvieron como diagnostico endoscópico a la neoplasia gástrica , un 4.72 % tuvieron como diagnostico endoscópico a la gastritis eritematosa , un 3.94 % tuvieron como diagnostico endoscópico a las varices gástricas , un 3.67 % tuvieron como diagnostico endoscópico a la gastritis erosiva , un 2.89 % tuvieron como diagnostico endoscópico a las varices esofágicas y gástricas , un 2.62% tuvieron como diagnostico endoscópico a la ulcera gástrica y duodenal , un 2,1 % tuvieron como diagnostico endoscópico a el síndrome de Mallory Weiss , un 2.1 % tuvieron como diagnostico endoscópico a la lesión de dieulafoy , un 1.57 % tuvieron como diagnostico endoscópico a la esofagitis erosiva , un 1.57 % tuvieron como diagnostico endoscópico a la gastropatía hipertensiva , un 1.57 % tuvieron como diagnostico endoscópico a la gastroduodenitis erosiva y un 9.98 % tuvieron como diagnostico endoscópico otras patologías .

**Tabla 8.**

Distribución de pacientes con HDA según Clasificación endoscópica de Forrest Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017



CLASIFICACION DE FORREST	ULCERA PEPTICA					
	ULCERA GASTRICA		ULCERA DUODENAL		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Ia	1	0.68%	3	2.04%	4	2.72%
Ib	1	0.68%	4	2.72%	5	3.4%
IIa	14	9.52%	7	4.76%	21	14.29%
IIb	8	5.44%	9	6.12%	17	11.56%
IIc	10	6.80%	11	7.48%	21	14.29%
III	12	8.16%	24	16.32%	36	24.49%
No especificada	18	12.24%	15	10.20%	33	22.45%
<b>total</b>	<b>74</b>	<b>50.34%</b>	<b>73</b>	<b>49.66%</b>	<b>147</b>	<b>100%</b>

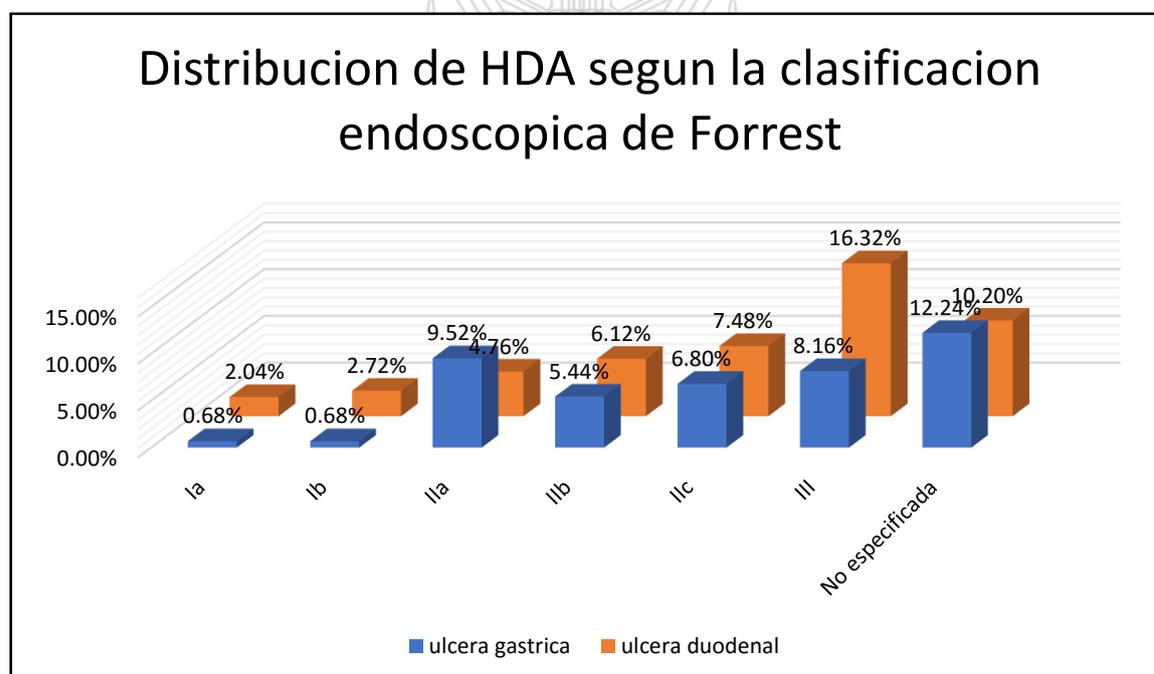


Figura 8. Distribución de pacientes con HDA según Clasificación endoscópica de Forrest

Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017 Se observó que de los 147 pacientes con

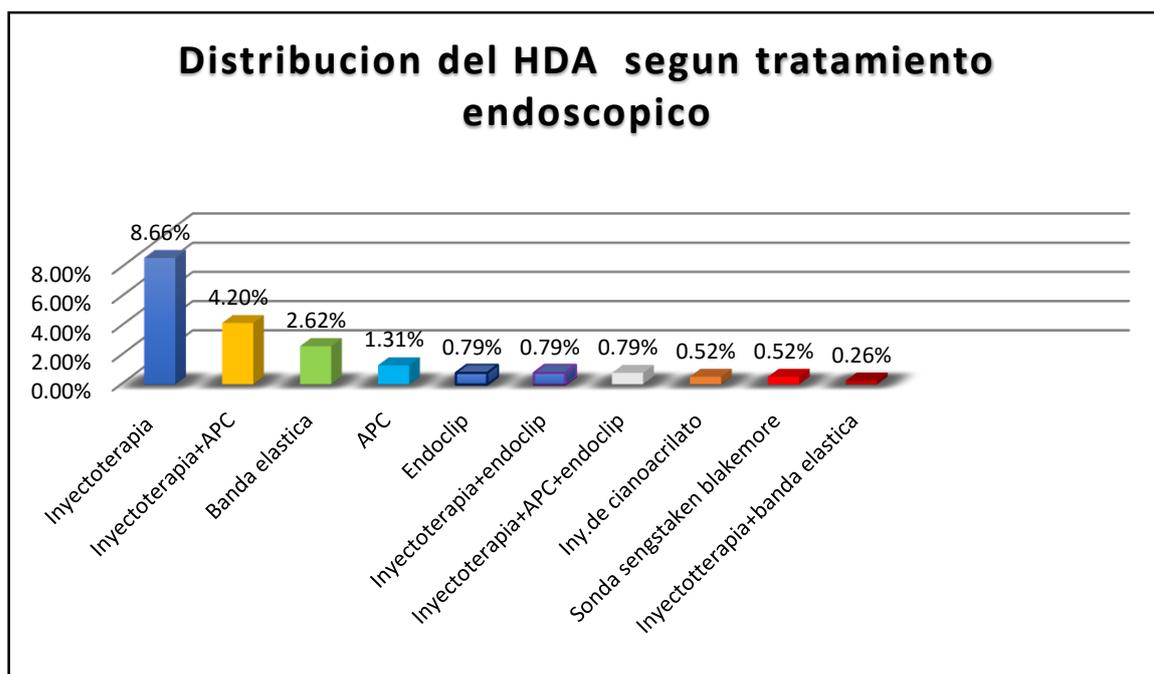
un 0.68 % diagnosticado con ulcera gastrica y un 2.04% diagnosticado con ulcera duodenal presentaron un Forrest de de IA, un 0.68 % diagnosticado con ulcera gastrica y un 2.72 % diagnosticado con ulcera duodenal presentaron un Forrest de de IB, un 9.52 % diagnosticado con ulcera gastrica y un 4.76 % diagnosticado con ulcera duodenal presentaron un Forrest de IIA, un 5.44 % diagnosticado con ulcera gastrica y un 6.12 % diagnosticado con ulcera duodenal presentaron un Forrest de IIB, un 6.8 % diagnosticado con ulcera gástrica y un 7.48% diagnosticado con ulcera duodenal presentaron un Forrest de IIC, un 8.16 % diagnosticado con ulcera gastrica y un 16.32 % diagnosticado con ulcera duodenal presentaron un Forrest de III, un 12.24 % diagnosticado con ulcera gastrica y un 10.2 % diagnosticado con ulcera duodenal no presentaron un Forrest específico .

**Tabla 9 .**

**Distribución de casos de HDA según tratamiento endoscópico. Hospital Nacional**

**Arzobispo Loayza 2017**

<b>Tratamiento endoscópico</b>	<b>Numero casos</b>	<b>%</b>
Inyectoterapia con adrenalina	33	8.66%
Inyectoterapia+APC	16	4.20 %
Banda elastica	10	2.62%
APC	5	1.31%
Endoclip	3	0.79%
Inyectoterapia+endoclip	3	0.79%
Inyectoterapia+APC+endoclip	3	0.79%
Iny.de cianoacrilato	2	0.52%
Sonda sengstaken blakemore	2	0.52%
Inyctoterapia+banda elastica	1	0.26%
No realizado	302	79.27%
<b>Total</b>	<b>381</b>	<b>100%</b>

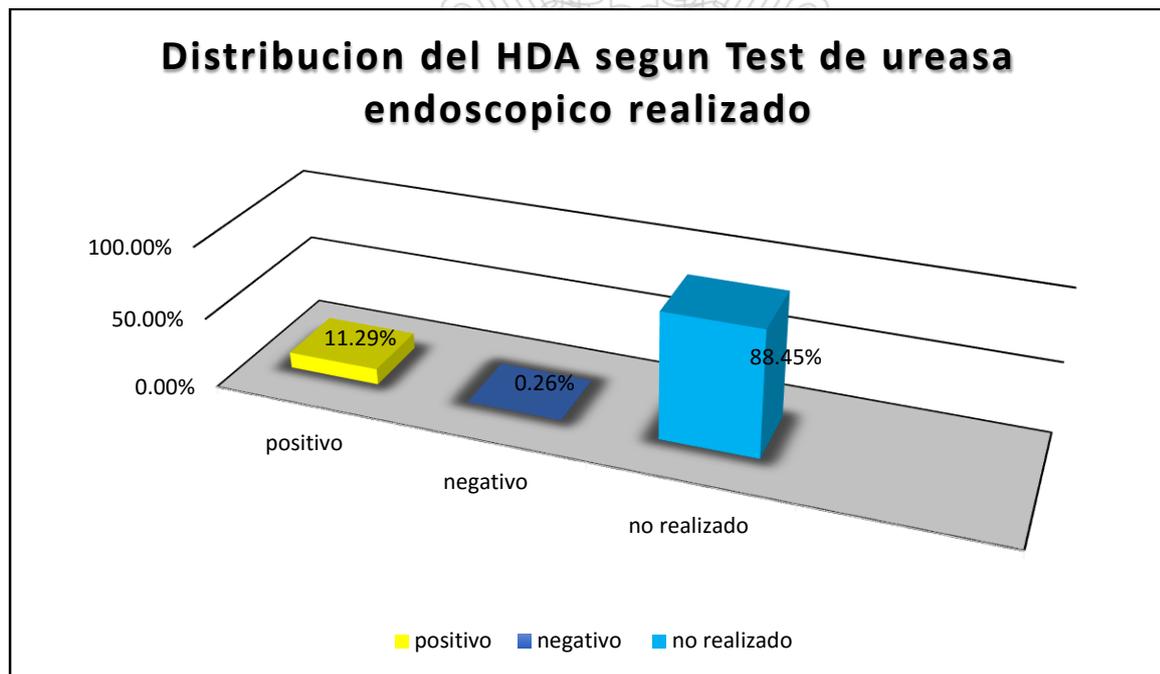


**Figura 9. Distribución de casos de HDA según tratamiento endoscópico. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017** Se observó que de los 381 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 un 8.66 % recibió como tratamiento endoscópico la inyectoterapia , un 4.2 % recibió como tratamiento endoscópico inyectoterapia +electrofulguración con argón plasma (APC ) , un 2.62 % recibió como tratamiento endoscópico la banda elástica , un 1.31% recibió como tratamiento endoscópico con APC , un 0.79% recibió como tratamiento endoscópico el endoclip , un 0.79 % recibió como tratamiento endoscópico inyectoterapia +edoclip , un 0.79 % recibió como tratamiento endoscópico inyectoterapia+APC+endoclip , un 0.52 % recibió como tratamiento endoscópico inyección de cianoacrilato , un 0.26 % recibió como tratamiento endoscópico inyectoterapia + APC . un 0.26% recibió como tratamiento endoscópico inyectoterapia +banda elástica y un 0.53 % recibió como tratamiento la sonda sengstaken blakemore .

Tabla 10 ,

**Distribución de casos de HDA según test de ureasa endoscópico realizado, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017**

test de ureasa	Numero de casos	%
Positivo	43	11.29%
Negativo	1	0.26%
No realizada	337	88.45%
Total	381	100%



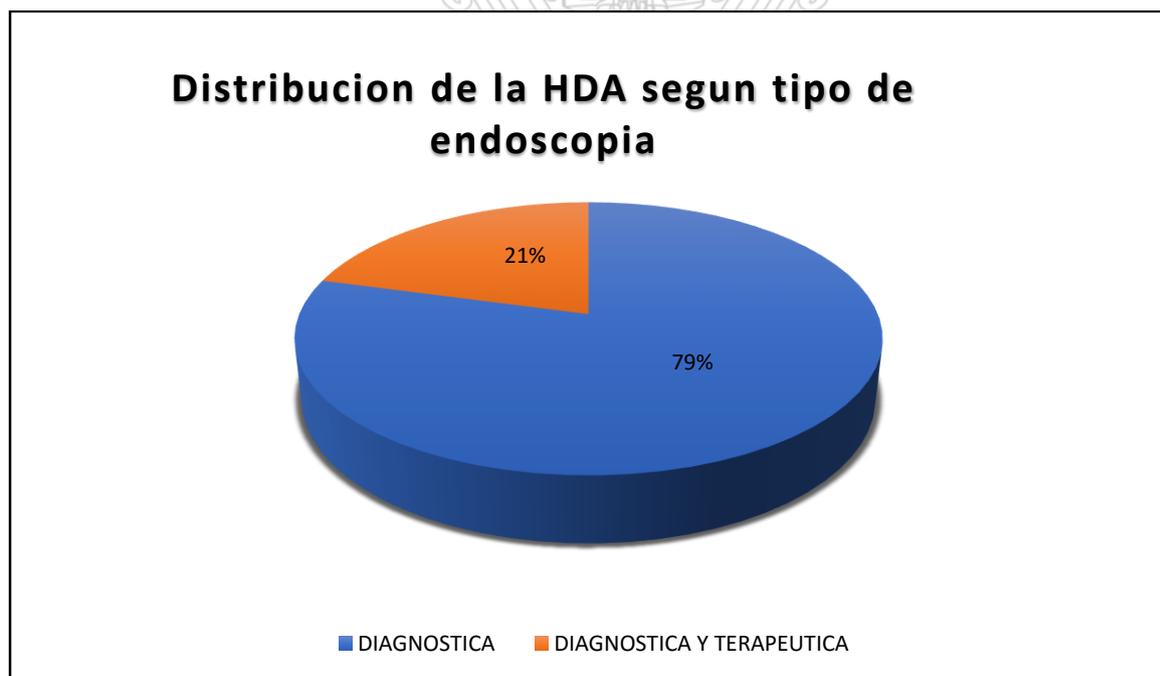
**Figura 10 . Distribución de casos de HDA según test de ureasa endoscópico realizado Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017** Se observó que de los 381 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017

Un 11.29 % presentaron un test de ureasa positivo . un 0.26 % presentaron un test de ureasa negativo mientras un 88.45 % no se realizó el test .

**Tabla 11 .**

Distribución del HDA según tipo de endoscopia, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

TIPOS DE ENDOSCOPIA	Nº	%
Diagnostica	302	79.27%
Diagnóstica y terapéutica	79	20.73%
<b>total</b>	<b>381</b>	<b>100%</b>



**Figura 11 .Distribución del HDA según tipo de endoscopia. Hospital Nacional**

**Arzobispo Loayza 2017** Se observó que de los 381 pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 un 79.27% el tipo de endoscopia realizada fue diagnóstica y un 20.73 % el tipo de endoscopia realizada fue

## DISCUSIÓN

En la tabla 1 y figura 1 se observa la distribución de la hemorragia digestiva alta según sexo donde se determina la mayor incidencia de casos en el sexo masculino con un 61.68% del total con un valor absoluto de 235 pacientes sobre el sexo femenino quien tiene un porcentaje de 38.32 % con un valor absoluto de 146 pacientes mostrándose una relación de sexo masculino sobre femenino de 1.6/1. Los resultados son similares a a los reportados por Sandoval (2015 ) quien refirió el predominio de la hemorragia digestiva alta en sexo masculino con porcentaje de 73.1% así como lo reportado por Ulloa (2016) quien refirió el predominio de la hemorragia digestiva alta en sexo masculino con porcentaje de 63.93% en cuanto a la relación de sexo masculino sobre el femenino se observa discrepancia con lo dicho en el trabajo. Tintaya(2014 ) quien refirió que el predominio notorio de la hemorragia digestiva alta en el sexo masculino con un porcentaje de 74.41% con una relación predominante del sexo masculino sobre el femenino de 2.9/1 en comparación de lo hallado en el trabajo de 1.6/1 .

En la tabla 2 y figura 2 se observa la distribución de al hemorragia digestiva alta según edad donde se determina que la mayor cantidad de pacientes con hemorragia digestiva alta va aumentando conforme pasa los años ya que el grupo etario de <21 años representa 5.25% del total como también el del grupo etario 31-40 representa el 9.45 % y que cuando llega al grupo etario de 61-70 años alcanza la mayor cantidad de porcentaje representando 23.88% es importante mencionar que en el presente trabajo la moda de edad fue de 64 años .la edad minina fue de 14 años y al edad máxima fue de de 92 años y el promedio aritmético de la edad fue de 56 años los resultados son similares a los reportados Moya (2009) donde se determino que las mayor cantidad de pacientes con hemorragia digestiva alta fueron los que pertenecían al

grupo etario de 60-79 años con un porcentaje de 42.86 % así como también concuerda con lo dicho por Pilotto et al ( 2010) quien menciona que la población con hemorragia digestiva

alta se ha transformado con el paso de los años en más vieja, incrementándose a partir de los 60 años debido a la mayor incidencia de comorbilidades pero Taquira y Garcia (2011) encontraron en su trabajo que la mayor incidencia de hemorragia digestiva alta se presentó en aquellos mayores de 70 años de todo esto se determinó en el presente estudio que la hemorragia digestiva alta es una enfermedad frecuente en el adulto mayor un dato importante a la hora de toma de decisiones medicas .

En la tabla y figura 3 se observa la distribución de la hemorragia digestiva alta según edad y sexo se determinó el predominio del sexo masculino sobre el femenino a partir del grupo etario de <21 años de como conforme pasa los años la diferencia es notoriamente evidente hasta los 70 años ya que partir de los 71 años se comenzó a observar de como la relación se terminó con el predominio del sexo femenino sobre el masculino con el paso de los años teniendo una característica creciente y decreciente en el sexo masculino con respecto al grupo etario se pudo observar que el sexo masculino tuvo mayor incidencia en el grupo etario de 61-70 años con un porcentaje de 14.44% así como el sexo femenino con un porcentaje de 9.45% un trabajo similares características fue presentado por Ulloa (2016) quien observó que la hemorragia digestiva alta el sexo masculino predomina en el grupo etario de 60-79 años con un porcentaje de 22.95% así como el sexo femenino con un porcentaje 9.84 % pero difirió con lo encontrado por Zavaleta (2008) trabajo en el cual se observó que la hemorragia digestiva alta tuvo mayor incidencia en el sexo masculino perteneciente al grupo etario de 20-29 teniendo una característica creciente , decreciente y creciente el sexo masculino con respecto al grupo etario.

En la tabla y figura 4 se observó la distribución de la hemorragia digestiva alta según característica clínica se determinó que la melena fue la forma de presentación clínica mas frecuente con un porcentaje de 67.19% con respecto al total teniendo la combinación de

melena mas hematemesis como la segunda forma de presentación clínica mas frecuente con un porcentaje de 18.11% del total y la hematemesis como la tercera forma de presentación

clínica más frecuente con un porcentaje de 9.97 % del total estudios similares concuerdan en que la melena fue la forma de presentación clínica más frecuente de la hemorragia digestiva alta la de Velázquez (2013) donde nos refirió que la melena fue la característica clínica más frecuente de hemorragia digestiva alta no varicial con un porcentaje de 73.2 % del total así como también Velázquez (2016) donde nos indico que la forma de presentación clínica mas frecuente fue la melena con un porcentaje de 52.6% con respecto al total lo mismo dice Ulloa (2016) donde nos refirió que la melena fue forma de presentación clínica más frecuente de hemorragia digestiva alta con un porcentaje de 80.33% pero algunos estudios difieren en lo dicho en el presente estudio como el realizado por Moya (2009) quien refirió que la característica clínica predominante de la hemorragia digestiva alta fue el mareo con un porcentaje de 65.7% de total igual que Zavaleta(2008)quien afirma que la forma de presentación de la hemorragia digestiva no varicial fue la melena mas hematemesis con un porcentaje de 39.8 % del total estas diferencias se explicarían en forma como en que llegan al hospital en su estado hemodinámico y las comorbilidades que acompañan al paciente ya que no es lo mismo un paciente un lesión aguda de mucosa que un rotura de varices esofágicas .

En la tabla y figura 5 se observó la distribución de la hemorragia digestiva alta según Causa y sexo se determino la ulcera duodenal fue la causa mas frecuente de la hemorragia digestiva alta en el sexo masculino con un porcentaje de 16.01 % del total seguido de de la ulcera gástrica como segunda causa mas frecuente con un porcentaje de 12.34 % teniendo como tercera causa las varices esofágicas con un porcentaje de 8.92 % mientras que en el sexo femenino la primera causa de hemorragia digestiva alta fue las varices esofágicas con un porcentaje de 9.19% del total quedando en segundo lugar la ulcera gástrica con un porcentaje de 7.09% de total ocupando la ulcera duodenal el tercer lugar con un porcentaje de 3.15% de total .observamos

hemorragia digestiva alta excepto en las varices esofágicas , gastritis erosiva , angiodisplasia, lesión de dieulafoy , ectasias vasculares , pangastritis erosiva , neoplasia duodenal , lesión post procedimientos y la ulcera gástrica y duodenal donde predominó el sexo femenino similares trabajos tenemos los descritos por Zavaleta (2008) quien refirió que la causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta no variceal en el sexo masculino fue la ulcera duodenal con un 47.1% del total menciona también que la segunda causa más frecuente es la ulcera gástrica con porcentaje de 19.9% del total pero el mismo estudio difirió con respecto al sexo femenino ya que la causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta no variceal en este estudio fue la ulcera duodenal con un porcentaje de 26.2 % del total lo se debe a que en este estudio no se consideró a las varices esofágicas .

En la figura 5 b se observó la distribución de la hemorragia digestiva alta según su localización anatómica endoscópica de dicha distribución se determinó que la localización anatómica más frecuente de la hemorragia digestiva alta fue el estómago con porcentaje de 44.88% del total seguido por localización anatómica a nivel del esófago con un porcentaje de 24.41% del total , el tercer lugar ocupó el duodeno con un porcentaje de 21.78 % del total y más de una localización anatómica constituyó el 8.92 % del total dichos resultados son similares en frecuencia de la localización anatómica a los de Moya (2009 ) quien encontró que el estómago fue la localización anatómica de la hemorragia digestiva alta más frecuente con un porcentaje de 52.9 % seguido del esófago con un porcentaje de 24.3 % siendo el duodeno el tercero más frecuente de localización anatómica con un 22.8% así como también lo dicho por Apaza ( 2003) quien menciona que la localización anatómica más frecuente de la hemorragia digestiva alta fue el estómago con un 47.27 % de casos del total seguido de esófago como segunda localización anatómica más frecuente con un porcentaje de 25.45 % de casos del total quedando en tercer lugar el duodeno con un porcentaje de 24.45 % de casos del total todo esto

se debió a que en el estómago se encontró la causa más frecuente la hemorragia digestiva alta y la pluripatología que se presentó en el estómago .

En la tabla y figura 6 se observó la distribución de la hemorragia digestiva alta según localización anatómica endoscopia en el estómago el presente estudio determinó que a nivel del estómago la localización más frecuente de la hemorragia digestiva alta fue a nivel de la región del antro con un porcentaje de 37.25 % del total , la segunda localización más frecuente fue el cuerpo con un porcentaje de 20.10 % del total quedando tercero como localización más frecuente el fondo con un porcentaje de 14.22% del total mientras un 28.43% del total de las lesiones en el estómago se encontraban en 2 o más áreas del estómago dichos resultados son similares a los descritos por Roca (2016) quien refirió que la hemorragia digestiva alta su localización anatómica a nivel del estómago fue más frecuente a nivel de antro con un porcentaje de 49.5 % de total , la segunda localización más frecuente fue el cuerpo con un porcentaje de 27.3% del total quedando el fondo como localización menos frecuente de la hemorragia digestiva alta con un porcentaje de 8.1% de total .

En la tabla y figura 7 se observó la distribución de la hemorragia digestiva alta según diagnóstico endoscópico el diagnóstico endoscópico más frecuente fue la úlcera gástrica con un 19.42% de casos seguido por la úlcera duodenal como segunda causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta con un porcentaje de 19.16 % mientras que la varices esofágicas se ubica como la tercera causa más frecuente con un porcentaje de 18.11% quedando la neoplasia gástrica en cuarto lugar como causa frecuente de la hemorragia digestiva alta con un porcentaje de 6.56 % después de la cual se encontró a la gastritis eritematosa como la quinta causa más frecuente teniendo un porcentaje de 4.72 % los presentes resultados son similares a los reportados por Tintaya ( 2014) quien determinó que el diagnóstico endoscópico más frecuente

fue la úlcera gástrica con un porcentaje de 41.9 % seguido por la úlcera duodenal como el segundo en frecuencia como diagnóstico endoscópico con un porcentaje de 25.6 % ocupando

el tercer lugar como diagnóstico endoscópico más frecuente las varices esofágicas con un porcentaje de 11.6 % sin embargo difiere con la investigación realizada por Velázquez (2016) Quien determinó que el diagnóstico endoscópico más frecuente fue la úlcera duodenal con un porcentaje de 24.2% del total teniendo segunda causa más frecuente la úlcera gástrica con un porcentaje de 21.3 % esta diferencia se vio influenciada por el tipo de paciente que llega al hospital ya que en ese trabajo se atendió a personas con un estrato social más alto ya eran asegurados en comparación al nuestro .

En la tabla y figura 8 se observó la distribución de la hemorragia digestiva alta según la clasificación endoscópica de Forrest se observó que en las úlceras duodenales el tipo de Forrest que fue más frecuente fue el Forrest III con un porcentaje de 16.32% es decir tenían un riesgo de sangrado mínimo el segundo tipo de Forrest más frecuente fue IIC con un porcentaje de 7.48 % el tercer lugar en frecuencia del tipo de Forrest fue IIB se observó una tendencia decreciente desde el mínimo riesgo de sangrado hacia el máximo riesgo de sangrado mientras que en la úlcera gástrica se observa que el tipo Forrest más frecuente fue IIA con un porcentaje de 9.52% es decir tuvieron un gran riesgo de sangrado quedando en segundo lugar el Forrest III con un porcentaje de 8.16 % del total mientras que el tercer lugar fue ocupado por el Forrest IIC con un porcentaje de 6.8 % de total podemos decir también que de manera global que el tipo de Forrest que predominó en primer lugar fue el Forrest III con un porcentaje de 24.49 % seguido en segundo lugar el cual fue compartido por el Forrest IIA y IIC con un porcentaje de 14.29 % del total quedando en tercer lugar el IIB con un porcentaje de 11.56 % es los resultados son similares a los descritos por Velázquez (2016) quien determinó que el Forrest más frecuente en la hemorragia digestiva alta fue el Forrest III con un porcentaje de 42.2 % al igual que el determinado por Ulloa (2016) quien determinó que el tipo de Forrest más frecuente fue el tipo III con un porcentaje predominante de 75.76 % pero se encuentran diferencias con Apaza (2003) quien encontró que el tipo de Forrest más frecuente fue el IIA con un porcentaje de

26.5 % dicha diferencia se debe a que la realización de la endoscopia fue mas pronto posible encontrando la lesión en una etapa más temprana de ocurrido el sangrado .

En la tabla y figura 9 se observó la distribución de la hemorragia digestiva alta según tratamiento endoscópico donde se determinó que la inyectoterapia con adrenalina fue el tratamiento mas usado con un porcentaje 8.66 % seguido en segundo lugar por el tratamiento combinado de inyecoterapia mas electrofulguración con argón plasma con un porcentaje de 4,2% quedando en tercer lugar la banda elástica con un porcentaje de 2.62% , el cuarto lugar fue ocupado por electrofulguracion con argón plasma con un porcentaje de 1.31 % mientras que el quinto lugar fue ocupado por el Endoclip con porcentaje de 0.79 % con respecto al tipo de tratamiento más frecuente realizado el resultado de este trabajo tiene similitud con lo determinado por Ulloa (2015) quien determino que la inyectoterapia con adrenalina fue el mas frecuente de los tratamiento endoscópico con un porcentaje de 66.67 % del total pero se encuentra diferencias entre el presente trabajo y el realizado por Tintaya ( 2014 ) quien afirmo que el tipo de tratamiento mas frecuente realizado fue el la inyectoterapia mas polidocanol con un porcentaje de 11.6% esta diferencia se debió al tipo de sustancia hemostática con la que cuenta el hospital de ahí la diferencia .

En la figura y tabla 10 se observó la distribución de la hemorragia digestiva alta según test de ureasa endoscópico donde se determino el test de ureasa fue positivo en un 11.29% del total de pacientes mientras fue negativo en un 0.26% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta es decir del total de pacientes realizados el test de ureasa un 97.73 % es positivo teniendo en cuenta que este test se realizó en pacientes con ulcera péptica nos reafirmó una vez mas la fuerte asociación entre el Helicobacter Pylori y la ulcera péptica el presente estudio encontró diferencias con los realizado por Tintaya (2014) quien refirió que al presencia del Helicobacter Pylori de los pacientes con hemorragia digestiva alta el mayor porcentaje fue

negativo en un 86 % del total de casos lo cual nos indico que hay otros factores que también interviene la patogenia de la hemorragia digestiva alta que es necesario indagar .

En la tabla y figura 11 se observó la distribución de la hemorragia digestiva alta según tipo de endoscopia donde se determino que la endoscopia diagnóstico fue el tipo de endoscopia mas frecuente realizado con un porcentaje de 79.27% y que la endoscopia diagnóstica y terapéutica se realizo en 20.73 % del total de casos de hemorragia digestiva alta los presentes resultados son similares a los que fueron encontrados por Ulloa (2016) quien determino que el tipo endoscopia realizada en los pacientes con hemorragia digestiva alta el mas frecuente fue la diagnostica con porcentaje en 85.25 % de total de casos lo cual nos indica una vez más la importancia de la endoscopia como elemento diagnostico imprescindible a la hora de tomas de decisiones .

## **CONCLUSIONES**

-el sexo masculino predomino sobre el femenino con 61.68% del total de casos en la distribución de la hemorragia digestiva alta según el sexo.

-el grupo etario más frecuente fue de 61-70 años con 23.88% con una moda de 64 años y media de 56 años en la distribución de la hemorragia digestiva alta según el sexo .

-el sexo masculino predominó desde el grupo etario de <21 años hasta el grupo etario de 61-70 años mientras que el sexo femenino predomino desde grupo etario 81-90 años hasta 91-100 años en la distribución de la hemorragia digestiva alta según el edad y sexo.

-la melena fue la característica clínica mas frecuente con un 67.19% seguido la hematemesis mas melena como segunda característica clínica mas frecuente con un 18.11% en la distribución de la hemorragia digestiva alta según característica clínica.

-la causa mas frecuente de hemorragia digestiva alta fue la ulcera péptica con 38.58 % seguido de las varices esofágicas con 18.11% y neoplasia gástrica con 6.56 % en la distribución de la hemorragia digestiva alta según causa.

-la ulcera duodenal fue la causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta en el sexo masculino con un 16.01% mientras las varices esofágicas fue la causa mas frecuente en el sexo femenino con un 9.29% en la distribución de la hemorragia digestiva alta según causa y sexo.

-la ulcera gástrica fue el diagnostico endoscópico mas frecuente con un 19.42% seguido por la ulcera duodenal con un 19.16% en la distribución de la hemorragia digestiva alta según diagnostico endoscópico.

-el estómago fue la localización anatómica endoscópica mas frecuente de la hemorragia digestiva alta con un 44.88% en la distribución de la hemorragia digestiva alta según localización anatómica endoscópica.

-el antro fue la localización anatómica endoscópica en el estómago mas frecuente de la hemorragia digestiva alta con un 44.88% en la distribución de la hemorragia digestiva alta según localización anatómica endoscópica.

- el Forrest III fue el tipo de la clasificación endoscópica de Forrest mas frecuente con 24.49%, en la ulcera duodenal predomino el Forrest III con un 16.32% mientras que el ulcera gástrica predomino el Forrest IIA con 9.52 % en la distribución de la hemorragia digestiva alta según clasificación endoscópica de Forrest.

-la inyectoterapia con adrenalina fue el tipo de tratamiento endoscópico más frecuente con 8.66 % seguido por la inyectoterapia mas electrofulguracion con argón plasma con un 4.46% en la distribución de la hemorragia digestiva alta según el tratamiento endoscópico .

-el test de ureasa positivo fue el resultado mas frecuente a la realización de dicho test con un 11.29% en la distribución de la hemorragia digestiva alta según test de ureasa endoscópico

-la endoscopia diagnostica fue el tipo de endoscopia mas frecuente realizada con un 79.27 % en la distribución de la hemorragia digestiva alta según el tipo de endoscopia .

### **RECOMENDACIONES**

- Considerar la hemorragia digestiva alta con una patología frecuente en el adulto mayor.
- elaboración de un estudio prospectivo controlado para potenciar el registro de las variables clínicas y endoscópicas, que contribuiría al mejor conocimiento de esta patología y ayudar así a la mejor atención de los pacientes que acuden al Hospital Nacional Arzobispo Loayza .
- Promover la creación de programas de prevención de enfermedades de tubo digestivo superior, con la finalidad de disminuir la prevalencia de esta patología en la población, específicamente en la de sexo masculino.
- Elaborar flujogramas de atención para el manejo de esta entidad en los servicios de emergencia de acuerdo con la realidad y nivel de atención .

## REFERENCIAS

- Almada C, Panzardi M, Vallejos A (2008). Hemorragia digestiva alta en un hospital público de la Provincia Corrientes. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina.* (180):3. Recuperado de : <http://med.unne.edu.ar/revista>
- Albeldawi M, Qadeer MA, Vargo JJ.(2010) Managing acute upper GI bleeding, preventing recurrences. *Cleve Clin J Med.*; 77(2):131-42. doi: 10.3949/ccjm.77a.09035.
- Apaza A. ( 2003) *Caracterización topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva alta en el Hospital de salud de Puno* (tesis de posgrado )Universidad Nacional Mayor de San Marcos ,Perú
- Adler DG, Jacobson BC, Davila RE, Hirota WK, Leighton JA, Qureshi WA, et al. (2013) ASGE guideline: Complications of EUS. *Gastrointestinal Endoscopy.* 61(1) 8-12DOI: [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(04\)02393-4](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(04)02393-4)
- Amada PB, Rodríguez I, Samada M, Pérez V, Muller ME, Cruz A.(1997) Experiencias en la endoscopía de urgencia en el sangramiento digestivo alto. *Rev Cub Med Dic ; 26(2): 116-121.* Recuperado de :[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865571997000200006&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865571997000200006&lng=es)
- American Society For Gastrointestinal Endoscopy. (2004) ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal Upper-GI hemorrhage. *Gastrointestinal Endoscopy .* 60(4): 497-504. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(04\)01568-8](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(04)01568-8)
- Borrero RJ 8(1997). El paciente en estado crítico. Medellín ,Colombia .Corporación Para Investigaciones Biológicas
- Contardo C, Espejo H. (2006) Hemorragia digestiva alta no originada por vórices. *Acta méd. peruana , 23(3):162-173*

- Corzo Maldonado MA, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes EA, Gallegos López RC, Huerta Mercado-Tenorio J, Surco Ochoa Y, et al.(2013) Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Estudio caso control. *Rev Gastroenterol Peru.* ;33(3):223-9.
- Delgadillo P, Londoño D, Alvarado J. (2009) Incidencia de sangrado digestivo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario San Ignacio. *Revista Acta Médica Colombiana*; 34(2): 7 recuperado en : [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)
- Espinoza J, Huerta J, Lindo M, García C, Ríos S, Vila S, et al. (2009) Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima - Perú. *Rev Gastroenterol Peru* ;29(2):111-7.
- Feu F. (2000) Complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica: manifestaciones clínicas, actitudes diagnósticas e indicaciones terapéuticas. *Medicine* ; 8 (03): 128-133.
- García R, Martínez G, Cañero J.(2010) *Hemorragia digestiva en el área de urgencias Hospital clínico universitario "Virgen de la Victoria. Malaga España* recuperado de :<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemodige.pdf>
- Ichiyanagui CE.(2006) Epidemiología de la hemorragia digestiva . *Acta Med Peruana*; 23(3):152-55.
- Irap J, Mederos O. (2012 ) Sangramiento Digestivo Alto. Hospitales Universitarios. Cuba
- Jairath V, Desborough MJ. (2015 )Modern-day management of upper gastrointestinal haemorrhage. *Transfus Med*.25 (6)351-357 doi: 10.1111/tme.12266
- Liberman DA, De Garmo PL, Fleischer DE, Eisen GM, Helfand M. (2000)Patterns of endoscopic use in the United States. *Gastroenterology* ;118:619.
- Lozano B. (2001) *Diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la hemorragia*

*gastrointestinal superior*. [tesis pregrado ] Universidad de San Carlos de Guatemala.

Guatemala

Longstreth G, Feitelberg S (1994) Hospital care of acute nonvariceal upper

Gastrointestinal bleeding: 1991 versus 1981. *J Clin Gastroenterol* ; 19(3): 189-193

Longo, Fauci, Kasper, Hauser, Jameson, Braunwald (2011 ) *Harrison's: Principles of*

*Internal Medicine*, New York ,USA : McGraw Hill

Martínez, J., Calleja, J. (2005) .hemorragia digestiva alta : etiología y procedimientos

diagnóstico . *Emergencias* ;17:S50-S54

Montero .F.J., Jiménez.L(2011), *Medicina de Urgencias y Emergencias*. Córdoba,

España: Elsevier

Morgan AG, Clamp SE(1984). O.M.G.E. International upper gastroin-testinal bleeding

survey 1978-82. *Scand J Gastroenterol* ;19 (95):41-58

Moya H. (2009) *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*(tesis de pregrado

)Universidad Nacional de Piura ,Perú

Montoro MA, García Pagan JC. (2012 )*Gastroenterología y hepatología. Problemas*

*comunes de la práctica clínica*. Barcelona , España : Jarpyo Editores.

Pilotto A, Maggi S, Noale M, Franceschi M, Parisi G, Crepaldi G. (2010) Development

and validation of a new questionnaire for the evaluation of upper gastrointestinal symptoms in the elderly population: a multicenter study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 65(2):174-8.

Portilla ,G (2010) .*Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de clínica del hospital vicente corral moscoso, cuenca, 2009* (tesis de especialización ) .Universidad de Cuenca,Cuenca,Ecuador.

Real Academia Española (2017) Diccionario de la lengua Española .Recuperado de <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>

Regordan L, Luque D y Fragero E (2011). *Hemorragia digestiva. Manual Terapéutico de Urgencias* . Cádiz ,España : Euromedice

Ríos FC. (1999) Prevalencia de hemorragias digestivas en el Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay. *Rev Chile Cirugía.* ;51(5):477-482

Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB. (2006)Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* ; 38:316. Recuperado en: URL: <http://www.cochrane.com.htm>

Rozman, F Cardellach, JM Ribera, A de la Sierra, S Serrano.(2009) *Farreras-Rozman: Medicina Interna*, Barcelona ,España Elsevier

Roca R,(2016) *lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Santa Rosa en el año 2014*(tesis de pregrado )Universidad Ricardo Palma .Perú

Sandoval E. (2015) .*Características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva*

*alta aguda no variceal Hospital Cayetano Heredia III salud Piura 2004-2010* (tesis de posgrado )Universidad San Martín de Porres, Perú

Taquira C. &García M(2011) Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior(tesis de pregrado )Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala

Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, Stanghellini V. (2006 )Functional gastroduodenal disorders: a working team report for the Rome III consensus on functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology.*;130:1466-79

Tintaya P.(2014) *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*(tesis de pregrado )Universidad Católica de Santa María ,Perú

Ulloa M.(2016) *Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital III Goyeneche Arequipa- 2015*(tesis de pregrado )Universidad Católica de Santa María ,Perú

Velázquez C. (2013) *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*(tesis de pregrado )Universidad Nacional de San Agustín ,Perú

Velázquez L (2016) *Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en la unidad de hemorragia digestiva, servicio de gastroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins-essalud, 2013-2014*(tesis de pregrado )Universidad San Martín de Porres ,Perú

Yamada T. (2000) *Manual de Gastroenterología*. México Editorial Mc-Graw Hill

Interamericana.

Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, Battin LS, Furnia A, Amundson DE. (1995)

Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol.* 90(4):568-73.

Zavaleta J. (2008) Características clínico – epidemiológico - endoscópicas de los

pacientes adultos con hemorragia digestiva alta aguda no varicosa en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2003-2007(tesis de pregrado )Universidad Nacional de Trujillo .Perú

Real Academia Española (2017) Diccionario de la lengua Española .Recuperado

de <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>

# ANEXO

## ANEXO 1

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº de Ficha: \_\_\_\_\_

Nº 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  : .....

Test de ureasa; si  no

Positivo

Negativo

## ANEXO 2

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	UNIDAD CATEGORICA	TIPO DE VARIABLE
<b>Características clínicas</b>	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>• malidez+dispepsia</li> <li>• Melena+dispepsia</li> <li>• otras combinaciones</li> </ul>	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD CATEGORICA	TIPO DE VARIABLE
edad	informe endoscópico	< 21 años 21-30años 31-40 años 41-50años 51-60años 61-70años 71-80 años 81-90 años 91-100 años	ordinal
sexo	informe endoscópico	femenino masculino	Nominal

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>UNIDAD CATEGORICA</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
Características endoscópicas	<p>Endoscopia Diagnóstica:</p> <p>Endoscopia diagnostica y Terapéutica</p> <p>Test de ureasa realizado Positivo Negativo</p> <p>Hallazgos endoscópico Esófago</p> <p>Estomago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fondo</li> <li>• cuerpo</li> <li>• antro</li> </ul> <p>Duodeno</p> <p>Clasificación de Forrest:</p>	<p>Si /No</p> <p>Si /No</p> <p>SI No Si No</p> <p>-Sd. Mallory Weiss -Varices esofágicas -Esofagitis -Ulcera esofagica -Neoplasia</p> <p>-Gastritis erosiva -Gastritis eritematosa -Ulcera péptica -Dieulafoy -Neoplasia -Gastropatia hipertensiva -Malformación vascular -Varices gástricas -lesiones secundarias</p> <p>-Duodenitis erosiva - Ulcera péptica -Neoplasia -Lesiones secundarias</p> <p>Ia Ib II, a, b, c III</p>	Nominal