

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.**

HALLAZGOS CLÍNICOS–ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES DE 12 A 30 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES ARGUELLO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DEL 2009 A ENERO DEL 2012.

AUTOR: Dr. Erick Efrén Cáceres Muñoz.

Doctor en Medicina y cirugía y residente de Medicina Interna.

TUTOR: Dr. Alberto Saavedra Berríos.

Doctor en Medicina y cirugía y Especialista en Medicina Interna.

ASESOR: Lic. E ver Téllez Castillo.

Máster en Epidemiología.

06 de marzo del año 2012.

INDICE PÁGINA

1. Introducción.....	1
2. Antecedentes.....	3
3. Planteamiento del problema.....	4
4. Justificación.....	5
5. Objetivos.....	6
6. Marco teórico.....	7
7. Diseño metodológico.....	19
8. Resultados.....	23
9. Discusión.....	26
10. Conclusión.....	28

11. Recomendaciones.....	29
12. Referencias bibliográficas	30
9. Anexos.....	33

DEDICATORIA

Con todo el amor de mi corazón a la familia que Dios me ha regalado, a mi esposa linda Siakni a quién amo sinceramente, a mi hijo Erick Miguel, y a mi Bebé Erika Celeste.

Agradecimiento

A DIOS, mi padre celestial por darme paciencia sabiduría y discernimiento para la atención de mis pacientes.

A la esposa idónea, Siakni Jarquin, por su atención y esmero todo este tiempo de residencia.

A los maestros del departamento de Medicina Interna por la docencia en estos años de formación y por su incondicional amistad.

Resumen

Introducción: El sangrado digestivo, problema de salud de elevada frecuencia en todo el mundo y causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios.

Objetivos: Describir los hallazgos clínicos endoscópicos en pacientes de 12-30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos en 52 pacientes con sangrado digestivo alto ingresados en el servicio de medicina interna del HEODRA en el período de enero 2009-enero2012, que se les realizó endoscopia digestiva superior.

Resultados: Predominó el sexo masculino en un 71,2% en una proporción 2:1 con respecto al femenino, se encontró que los factores asociados lo constituyen el alcoholismo, ingesta de AINES y el tabaquismo; los antecedentes personales patológicos fueron el 3.8% habían presentado enfermedad gástrica en la niñez, no especificando que tipo de enfermedad, el 21.2% de los pacientes habían presentado hepatopatías en la niñez, y el 15,4% habían presentado anemia.

La sintomatología más frecuente fue el dolor epigástrico(93,3%), nauseas(65,4%), mareos(59,6%), el tipo de sangrado estuvo representado por la hematemesis(65,5%), y la melena(63,5%), los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron la gastritis erosiva(25%), várices esofágicas(25%), las úlceras duodenales(11,5%) y normal (13,5%).

Conclusiones: El sangrado digestivo alto en pacientes de 12-30 años predomina en el sexo masculino debido a los factores asociados como el alcoholismo, tabaquismo, y la ingesta de medicamentos, los hallazgos endoscópicos de mayor frecuencia fueron la gastritis erosiva las várices esofágicas y la úlcera péptica.

INTRODUCCION

El sangrado digestivo alto, problema de salud de elevada frecuencia en todo el mundo y causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios, reviste una gran importancia clínica y sanitaria, a pesar de los cambios que han existido en los últimos años en el conocimiento y manejo de esta patología. La mortalidad por la misma, no ha variado sustancialmente, comportándose de forma similar al resto del mundo, por lo que representa un relevante problema de salud.^{1, 14,19}

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 88 pacientes ingresados con sangrado digestivo alto en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba durante el bienio 2007-2008 en el Predominó el sexo masculino en una proporción de 2:1 en pacientes adultos que tenían como antecedentes patológicos personales la hipertensión arterial y la úlcera duodenal; La ingestión de café y alcohol constituyeron los hábitos tóxicos más comunes. La mayoría de los pacientes experimentó su primer episodio en forma de melena, originada por úlcera duodenal, seguidos de los que presentaron hematemesis y melena por otras causas. La úlcera péptica duodenal, las gastritis y las várices esofágicas fueron los diagnósticos más frecuentes. Se concluyó que las enfermedades crónicas asociadas y los hábitos tóxicos pueden provocar un sangrado digestivo alto, cuya magnitud estará en correspondencia con la lesión existente en el tracto digestivo y con la edad, por lo cual el conocimiento de las características de estos pacientes es primordial para prevenir la recurrencia del sangrado, con la consiguiente disminución de la morbilidad a los efectos.¹⁸

El sangrado digestivo alto es una emergencia médico-quirúrgica frecuente, a pesar de los numerosos avances científicos y técnicos que se han producido en el campo del diagnóstico y del tratamiento, sin embargo la misma mantiene una

elevada morbimortalidad.¹⁹ Al tratarse de un síndrome y no de una enfermedad en sí, es difícil definir su frecuencia de presentación, esto se debe a que es causada por disímiles afecciones, por lo que no se recogen datos significativos de periodización o frecuencia, esta entidad es un problema frecuente de salud en el mundo y es considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios, pero su incidencia es difícil de determinar a pesar de la gran cantidad de reportes que se encuentran en la literatura médica.^{1,4,9,12,19}

La mortalidad global de esta complicación es de un 5-10%, variando en función de factores pronósticos tales como, la edad, enfermedades asociadas, etiología y cuantía del sangrado.^{1, 2, 3, 5, 7,11}

Con este estudio se pretende identificar los hallazgos clínicos-endoscópicos en pacientes de 12-30 años de edad ingresados en la sala de medicina interna del HEODRA, ya que actualmente no disponemos de datos de referencia en este grupo etario.

ANTECEDENTES

Durante el período del 2002-2005 se realizó un estudio sobre los factores de riesgos en la génesis de la úlcera péptica en pacientes diagnosticados por endoscopia de los servicios de cirugía y medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello(HEODRA), el cual concluyó que la úlcera péptica es una enfermedad común en nuestra población principalmente en pacientes mayores de 50 años y que tienen asociación con el uso de antiinflamatorios no esteroideos(AINES), el tabaquismo, alcoholismo y el consumo de café, teniendo como sintomatología más frecuente la dispepsia.^{1,17}

En el período del 2007.2009, se realizó un estudio sobre los hallazgos clínicos endoscópicos e histológicos en niños entre las edades de 4-12 años que fueron sometidos a endoscopia digestiva superior por dolor abdominal tipo dispepsia en el HEODRA, en el cual no se encontraron hallazgos endoscópicos en el 90.3% de los casos y que los factores de riesgos que se encontraron fue la dispepsia, parasitosis, el uso de AINES; y un 38.7% de los pacientes fueron considerados que tenían como causa orgánica la infección por H. Pylori. ¹⁶

Se realizó un estudio sobre la caracterización de los pacientes hospitalizados por sangrado digestivo alto en el hospital general docente Dr. Juan Bruno zayas Alfaro de cuba en el bienio 2007-2008, el cual concluye que las enfermedades crónicas asociadas y los hábitos tóxicos pueden provocar sangrados digestivos, cuya magnitud estará en correspondencia con con la lesión existente en el tracto digestivo y la edad del paciente.¹⁸

En nuestro medio actualmente no se cuenta con un estudio sobre los hallazgos clínico endoscópicos de pacientes que ingresan con sangrado digestivo alto al servicio de medicina interna del hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello

con edades comprendidas entre los 12 a 30 años razón por la cual realizaremos el presente estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los hallazgos clínicos-endoscópicos en los pacientes de 12-30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto, ingresados en el servicio de medicina interna del HEODRA de enero 2009 - enero 2012?

JUSTIFICACION

La utilización de endoscopia digestiva superior como método diagnóstico de patologías gastrointestinales, ha incrementado en las últimas décadas, permitiendo conocer mejor algunas enfermedades; Sin embargo, en Nicaragua este procedimiento no se realiza en todos los pacientes que se les indica, por las limitaciones en relación a equipos médicos y económicas. El sangrado digestivo alto constituye una de las principales causas de consulta, por lo tanto consideramos de vital importancia estudiar los hallazgos clínicos- endoscópicos en los pacientes con sangrado digestivo alto en edades de 12- 30 años, a quienes se les realiza este procedimiento en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, y desde el punto de vista social este estudio permitirá a los demás profesionales de la salud tener conocimientos sobre sus datos demográficos, los factores asociados, la frecuencia de aparición del sangrado digestivo alto, y como modificar la calidad de vida de estos pacientes al ser sometidos a un tratamiento oportuno e integral, mejorando el entorno familiar y social.

Objetivos

Objetivo general:

Describir los hallazgos clínico-endoscópicos en pacientes de 12-30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el servicio de medicina interna del HEODRA durante el período de enero 2009-enero 2012

Objetivos específicos:

1. Describir las características demográficas de los pacientes en estudio.
2. Identificar los factores asociados a sangrado digestivo alto.
3. Describir los hallazgos clínicos de los pacientes en estudio.
4. Describir los hallazgos endoscópicos de los pacientes con diagnóstico de sangrado digestivo alto.

MARCO TEORICO

El sangrado digestivo alto (SDA) está determinado anatómicamente por la existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo duodeno yeyunal de Treitz. Es una patología muy frecuente con una mortalidad media del 10%, variando ésta en función de factores pronósticos tales como la edad, enfermedades asociadas, cuantía del sangrado y etiología de la hemorragia. ^{1, 2, 3, 4, 5,6.}

El sangrado digestivo alto puede manifestarse de diferentes formas:

Hematemesis: es la expulsión de sangre mediante el vómito, pudiendo ser en forma de sangre roja o de color negro «pozos de café»; debe diferenciarse de otras hemorragias que también se exteriorizan por la boca pero que tienen su origen fuera del aparato digestivo. ^{1, 2, 3, 4, 5,6.}

Melena: es la emisión de sangre por el ano, presentando las heces las características de color negro, aspecto brillante y consistencia pastosa. Las heces adquieren este aspecto cuando la pérdida de sangre es superior a 60 ml y han permanecido en el intestino más de 8 horas. ^{1, 2,3, 4, 5, 6.}

En la población general, el sangrado digestivo alto (SDA), se presenta en 10 % de los sujetos mayores de 20 años en forma de úlcera gástrica y se complica, en un 25 % de los casos. La mortalidad varía de 2 a 17 % y cuando se agrega descompensación de alguna enfermedad concomitante puede aumentar a 29.4 %; El consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo cuando se asocia a otros factores

como la ingesta de AINES, es un factor predisponente para sangrado digestivo alto.^{6,8,14.}

Se debe recoger una historia clínica detallada, haciendo hincapié en los antecedentes patológicos, la forma de presentación, y realizar una exploración física general, en ocasiones mientras se estabiliza al paciente, para determinar la etiología, gravedad y catalogar el riesgo del paciente adecuadamente.^{3, 9.} La presencia de sangre fresca nos indica un inicio reciente del SDA, mientras que los pozos de café indican un comienzo más diferido. La presencia de melena necesita un adecuado interrogatorio, y en la mayoría de las ocasiones la realización de un tacto rectal para la confirmación de la misma, pudiendo ser el origen del sangrado alto o bajo.^{3, 7,9.}

La anamnesis dirigida permite conocer si existen antecedentes familiares, episodios previos de sangrado, hábitos tóxicos (alcohol) e identificar los factores de riesgo como la ingesta de fármacos (AINES, ácido acetilsalicílico y anticoagulantes). Se valoran otros síntomas como el dolor epigástrico, pirosis, disfagia o si existen vómitos si han precedido o no al sangrado y la presencia de cortejo vegetativo.^{3 7,9.}

FACTORES PREDISPONENTES DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO.^{2,3.}

1. Ingesta de fármacos (AINES, esteroides).
2. Estigmas de hepatopatías crónicas.
3. Estrés (sepsis, shock, acv, quemaduras, insuficiencia respiratoria).
4. Hipertensión portal.
5. Vómitos a repetición.
6. Tabaquismo.
7. Ingesta elevada de sal en la dieta.
8. Alcoholismo.

9. Insuficiencia renal crónica.
10. Insuficiencia cardiaca congestiva.
11. Diabetes descompensada.

CAUSA DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES ADOLESCENTES.⁸

1. Enfermedad ulcero-péptica
2. Esofagitis
3. Várices esofágicas
4. Gastropatía hipertensiva
5. Úlceras de estrés
6. Síndromes hemorragíparos
7. Tumores esofágicos .

PRINCIPALES CAUSAS DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES ADULTOS JOVENES.^{2,3.}

Esófago:

1. Carcinoma
2. Esofagitis
3. Síndrome de mallory-weiss
4. Várices
5. Aneurisma roto.

Estomago:

1. Carcinoma

2. Gastritis erosiva
3. Telangiectasias hemorrágica hereditaria
4. Úlcera gástrica
5. Úlcera marginal
6. Várices
7. Alteraciones de la coagulación.

Duodeno:

1. Carcinoma de la ampolla de váter
2. Duodenitis
3. Úlcera duodenal
4. Hemofilia.

La úlcera péptica (gástrica, duodenal o de boca anastomótica) es responsable del 40-50% de los sangrados digestivos altos. Se ha estimado que aproximadamente el 20-25% de los pacientes ulcerosos presentan un episodio de sangrado digestivo en el curso de su vida.^{1,3,7.}

Los principales factores predisponentes para el desarrollo de úlcera péptica son la infección por *Helicobacter pylori* y la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Ambos han demostrado ser factores de riesgo independientes para el desarrollo de la úlcera y el incremento de sangrado digestivo alto, e incluso un meta análisis reciente evidenció que la presencia de ambos producía un efecto sinérgico.

Sin embargo, estos factores podrían modificarse en un futuro, debido al uso creciente de la terapia erradicadora frente al *H. pylori*, el desarrollo de AINES menos gastroerosivos o la administración concomitante de inhibidores de la

bomba de protones (IBP), como el esomeprazol, en pacientes con ingesta crónica de AINES. Por otro lado, menos del 0,1% de los SDA por úlcera péptica son debidas a síndromes de hipersecreción, como el síndrome de Zollinger-Ellison.^{1, 3,4, 5, 6, 7,14.}

Cerca de 33% de los pacientes con hemorragia ocasionada por úlcera vuelven a sangrar en un periodo de uno a dos años. La profilaxis de las nuevas hemorragias se dirige a los tres factores de patogénicos principales de la úlcera: *Helicobacter pylori*, los AINES, y el ácido estomacal.^{1.}

La segunda causa, en orden de frecuencia, la constituyen las várices esofagogástrica. Las várices esofágicas traducen la aparición de hipertensión portal, la que es producto del daño crónico del hígado, habitualmente en etapa de cirrosis, y de la esquistosomiasis. En Chile, la gran causa de sangrado digestivo alto por várices esofágicas es la cirrosis hepática por alcohol.^{1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10.}

En las várices esofágicas la endoscopia permite distinguir el grupo que sangra por várices esofágicas (85%), del que lo hace por várices gástricas e identificar el sitio de ruptura de las várices en el 60% de los casos. Existen tres situaciones distintas para tratar las várices esofágicas: antes de que sangren, después que se ha detenido una hemorragia o en relación con una hemorragia activa, nos referiremos al sangrado activo o recientemente detenido.

Los tratamientos endoscópicos son la mejor alternativa terapéutica en las várices esofágicas (VE) y debería preferirse la ligadura a la esclerosis. Si bien ambas aseguran el control de aproximadamente el 95% de los sangramientos activos, la ligadura es más ventajosa por su menor incidencia de complicaciones y por la facilidad de su aprendizaje.^{9,10.}

El balón de **Sengstaken** es un recurso desesperado en el tratamiento del sangrado digestivo alto por várices esofágicas, su utilización debería estar limitada a los casos en los que no se logra detener un sangrado digestivo alto por técnica endoscópica. El balón tiene la ventaja de su disponibilidad y de la facilidad de

instalación. Sus desventajas son la alta incidencia de complicaciones y la mala tolerancia, lo que ha reducido su uso en países desarrollados.^{9,10.}

Algunas complicaciones como la ruptura de esófago, la aspiración y el desplazamiento pueden ser fatales. El balón permite controlar el 80% de las hemorragias activas y su retiro se asocia a 50% de recidivas.

Las complicaciones alcanzan en 20% e incluyen la aparición o profundización de la encefalopatía, sangramientos a peritoneo y oclusión o migración de la prótesis.^{9, 10.}

La mortalidad global del SDA oscila en la mayoría de las series entre 8% y 12%. A pesar de los avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento, ella no ha variado sustancialmente, en los últimos 30 años lo que obedece a múltiples y diversas circunstancias, entre las que por solo citar algunas se encuentra el incremento de la edad en pacientes con SDA, y que los adelantos en los medios diagnósticos y terapéuticos han tenido poca repercusión en sangramientos por várices esofágicas y de origen desconocido, entre otras causas.^{9, 10, 11}

Se ha observado en pacientes con hemorragia digestiva alta que la incidencia en varones es el doble respecto a las mujeres, siendo esto una patología que se incrementa marcadamente con la edad.^{9, 10.}

Esofagitis

La inflamación de la mucosa esofágica, en general como consecuencia de reflujo gastroesofágico ácido o alcalino, puede provocar hemorragia en esta localización, por sangrado difuso del epitelio esofágico o como consecuencia de ulceraciones localizadas, profundas de la mucosa; Es más frecuente que se manifieste por hemorragia crónica con pérdida de sangre oculta en heces y anemia crónica que por hemorragia digestiva alta aguda.⁷

La hemorragia secundaria a esofagitis se correlaciona con la gravedad de la misma, aunque habitualmente es leve. Excepcionalmente, cuando la esofagitis se

asocia a la presencia de una úlcera puede producirse un sangrado que clínicamente sea más relevante.⁷

La úlcera de “stress” y por medicamentos constituyen formas especiales de daño agudo erosivo/ulceroso del estómago. La patogenia de la úlcera de “stress” no está aclarada, aunque se sabe que depende de la hipersecreción de ácido, de la isquemia de la mucosa y de alteraciones en la constitución del mucus. Los SDA se producen en el contexto de una falla orgánica múltiple; habitualmente en pacientes graves la profilaxis del SDA es utilizando antagonistas H₂, inhibidores de la bomba de protones o sucralfato.^{1, 3, 4, 5, 6, 10}

Los medicamentos asociados a SDA son el ácido acetilsalicílico y los AINES, en general, también se asocia a uso de algunos antibióticos como tetraciclina, clindamicina y doxiciclina, y cloruro de potasio. El uso de anticoagulantes juega un importante rol en la incidencia de SDA particularmente cuando existen lesiones con potencialidad de sangrar. El tratamiento en estos pacientes descansa en el retiro de los medicamentos y en el uso de inhibidores de la secreción de ácido.^{1, 3, 4, 5, 6, 10}

En un estudio realizado en Madrid en marzo del 2001, el consumo de bebidas alcohólicas se asoció de manera independiente al riesgo de sangrado digestivo alto, hallazgo consistente con reportes previos en los que se demuestra que el alcohol produce daño a la mucosa gástrica y su consumo mayor de 15 a 20 g por semana incrementa la posibilidad de un evento hemorrágico. La principal causa de hemorragia digestiva alta en este grupo definitivamente es la enfermedad ulcero-péptica.

Tanto la gastritis como las úlceras duodenales y gástricas son en su mayoría el origen del sangrado. Las várices esofágicas secundarias a hipertensión portal hepática y pre hepática le siguen en frecuencia.^{4, 10, 12, 20}

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

La endoscopia en casos de hemorragia digestiva alta es una técnica altamente sensible y relativamente fácil que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95%) con una morbilidad menor del 0.01%. Se reconoce que tiene una sensibilidad del 98%, especificidad del 33%, con un 5% de falsos positivos y 37% de falsos negativos. También permite determinar la posibilidad de persistencia o recurrencia en los casos de úlceras sangrantes para lo cual puede ser útil la clasificación de Forrest.^{1, 7, 9, 10, 12,13.}

Desde 1981 se considera la endoscopia como un método de tratamiento para determinadas lesiones superando los resultados de la medicación farmacológica. Además de esto la exploración de las endoscopias se elige como el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre la continuidad o recidiva de la misma.

La endoscopia digestiva alta ha demostrado su elevado valor para identificar la lesión responsable de hemorragia y establecer pronóstico, además, permite aplicar algún tratamiento hemostático si está indicado. Realizada en forma precoz, ofrece importantes ventajas:

- a) permite detectar aquellos pacientes con lesiones de bajo riesgo y que pueden ser dados de alta precozmente.
- b) en pacientes de alto riesgo podemos aplicar tratamiento hemostático, lo que disminuye la recidiva, la cirugía y la mortalidad.
- c) tiene un efecto positivo sobre los costos de asistencia al evitar ingresos innecesarios de pacientes de bajo riesgo y acorta la estancia hospitalaria en los de alto riesgo.^{1, 7, 9, 10, 12,13.}

La endoscopia inicial debe realizarse tan pronto como sea posible. En los más graves se puede hacer en cuanto se consiga estabilidad hemodinámica. Si no es posible y persiste la hipovolemia grave, debemos valorar la cirugía urgente y con una eventual endoscopia preoperatoria. En el resto de los pacientes debería hacerse antes de las 12 h. siguientes al ingreso y nunca después de las 24 h. porque disminuye mucho el rendimiento diagnóstico. Lo ideal sería dentro de las 6 h. desde el ingreso. ^{10,13.}

En algunas situaciones muy concretas debe valorarse el riesgo de endoscopia en enfermos con reciente infarto agudo del miocardio, insuficiencia respiratoria grave, que hubieran sido sometidos a cirugía reciente, etc. Cualquiera que sea la situación la endoscopia en el SDA debe realizarse en lugar acondicionado para esto, disponiendo de materiales para terapia hemostática y monitorización del enfermo (TA, FC, etc). Es importante la descripción de las lesiones encontradas y la presencia de signos de hemorragia reciente y para esto la Clasificación de Forrest es ideal. ¹³

Clasificaciones de las endoscopias Úlcera duodenal sangrante (Forrest):¹³

Tipo I a) Hemorragia activa con sangrado a chorro (arterial)

b) Hemorragia activa con sangrado babeante (venoso)

Tipo II a) Hemorragia reciente, lesión con vaso visible.

b) Hemorragia reciente, lesión con coágulo adherido

c) Hemorragia reciente, lesión con mancha pigmentada

Tipo III. Úlcera sin estigma de sangrado.

Clasificación de Grados de acuerdo a la cuantía del sangrado: ¹³

Grado I pérdida sanguínea hasta 750ml.

Grado II pérdida sanguínea entre 750 -1500 ml.

Grado III pérdida sanguínea entre 1500 -2000 ml.

Grado IV pérdida sanguínea mayores 2000ml.

EXAMENES DE LABORATORIO: ^{2,3}

Biometría hemática completa	Albuminas	Bilirrubinas
Tipo y Rh	Electrolitos séricos	Tiempos de coagulación
Colesterol	Fibrinógeno	Proteínas
Nitrógeno ureico en sangre	Gasometría arterial	Transaminasas
Creatinina	Radiografía de tórax	

TRATAMIENTO DEL SANGRADO DIGESTIVO SUPERIOR.

Todo paciente con sangrado digestivo superior lo suficientemente intenso para producir cambios en los signos vitales, como para requerir transfusión, o para producir un descenso del hematocrito < 30% debe someterse a una endoscopia superior, igualmente si un paciente vuelve a sangrar debe repetir el examen, la endoscopia debe practicarse cuando el paciente este hemodinamicamente estable, se realiza endoscopia de urgencias dentro las primeras 6h posterior al ingreso del paciente. ^{2.}

- ✓ NPO, según criterio médico.
- ✓ Canalice una vena si el paciente está estable hemodinamicamente, si los signos vitales son inestables canalice dos vías y una vía central(catéter subclavio o yugular)
- ✓ Tome los signos vitales cada 15 minutos, hasta que se normalice la PA, y posteriormente cada 6 horas, o según criterio médico

- ✓ Coloque sonda nasogastrica.

- ✓ Si hay sangrado activo, realice lavado gástrico con 2-3 litros de solución salina normal

- ✓ Mantener la cabeza del paciente elevada a 30 grados

- ✓ Aspirar secreciones sangre del paciente, cuantas veces sea necesario para evitar la bronco aspiración

- ✓ Administre oxígeno a 6 litros utilizando cánula nasal si el paciente presenta hemorragia masiva, shock o hipoxemia

- ✓ Realice intubación endotraqueal si el paciente presenta hematemesis masiva, deterioro neurológico(Glasgow menor de 8 puntos), por shock o encefalopatía hepática

- ✓ Monitoreo hemodinamico

- ✓ Administrar 100mg de Tiamina y 100mg de piridoxina en pacientes alcohólicos, antes de administrar dextrosa

- ✓ Administrar líquidos a chorro si el paciente esta hemodinamicamente inestable hasta que haya criterio de restablecimiento de volumen: PAS > 100 MMHG, PVC >6 CMH₂O, diuresis > 30 ml/h, ausencia de signos físicos de hipo perfusión

- ✓ Si el paciente se encuentra hemodinamicamente estable utilizar líquidos de mantenimiento mixto, y agregue potasio de acuerdo a requerimientos

- ✓ Administre plasma fresco congelado a razón de 5-10 ml/kg, en pacientes con prolongación de los tiempos de protrombina o Coagulopatía intensa.

- ✓ No utilice vasopresores ya que la hipotensión es debida habitualmente ala hipovolemia

- ✓ Transfundir plaquetas en dosis de 1UI/c/10kg pc, en pacientes con hemorragia continua con plaquetas inferiores a 50,000 UI
- ✓ Administre Omeprazol a dosis inicial de 80mg, diluidos en 100ml de ssn a pasar en 20 minutos, seguido de 40mg en 50ml de ssn a pasar en 20 min. Cada 12 horas
- ✓ Administre tratamiento profiláctico para encefalopatía hepática, si hay datos de insuficiencia hepatocelular
- ✓ Si el paciente está estable hemodinamicamente y no hay evidencia de sangrado y el hematocrito es < 30% transfunda paquete globular en dosis de 3cc/kg
- ✓ Si el paciente no defeca espontáneamente realice un enema de limpieza c/24h o según criterio medico
- ✓ Al iniciar la alimentación por vía oral hágase con líquidos claros, a las 8h líquidos completos, a las 24h dieta blanda o corriente. ².

Diseño metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo de Serie de Casos

Área de estudio: Servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) ubicado en el cuarto piso ala noreste, que cuenta con un total de 55 camas sensables y una unidad de cuidados intensivos con un total de 9 camas ubicada en el tercer piso ala sur oeste.

Período de estudio: De enero 2009 a enero del año 2012.

Población de estudio:

Criterios de Inclusión:

1. Tener un rango etario correspondiente con el estudio.
2. Habérsele realizado endoscopia digestiva superior durante su estancia intrahospitalaria.
3. No tener alteración de la conciencia y patología que alteren el estado conductual

Criterios de exclusión: lo contrario a los criterios de inclusión.

Fuente: Secundaria, debido a que información se obtuvo de expedientes médicos

Recolección de datos: Se realizó un Formulario de recolección estandarizado al cual se le realizó un prueba piloto con 8 pacientes, los cuales no formaron parte del estudio.

Plan de análisis: Los datos obtenidos mediante el formulario de recolección se introdujeron en una base de datos realizada en el programa estadístico SPSS V.19, donde se realizó el análisis calculando frecuencias y porcentajes, que posteriormente se presentaron en tablas.

Aspectos éticos: Se solicitó por escrito autorización a la dirección de este centro hospitalario, para tener acceso a la información de los expedientes clínicos archivados en el servicio de estadística. Dicha información obtenida se utilizó únicamente con los fines de la realización del estudio. Manteniéndose el sigilo médico.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	CATEGORIA
Edad	Tiempo en años que ha vivido una persona	12 - 19 años 20 - 30 años.
Sexo	Clasificación del hombre y la mujer	1. Masculino 2. Femenino
Procedencia	Lugar donde habita o procede la persona.	1. Urbano 2. Rural.
Escolaridad	Nivel académico que ha cursado la persona	1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico 4. Universitaria 5. Analfabeto
Estado civil	Estado conyugal ante la ley	1. Soltero 2. Casado 3. Acompañado 4. Viudo
Antecedentes personales no patológicos	Antecedentes o hábitos que tiene el paciente que no constituyen una comorbilidad.	1. Tabaquismo 2. Alcoholismo 3. Consumo de café 4. Ingesta de medicamentos 5. Drogadicción

<p>Antecedentes personales patológicos</p>	<p>Antecedentes de comorbilidad que el paciente ha presentado durante su vida.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades gástricas de la niñez 2. Diabetes 3. Enfermedad renal 4. Anemia 5. Hepatopatías:
<p>Hallazgos clínicos</p>	<p>Características clínicas que presentan los pacientes con sangrado digestivo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipotenso 2. Normotenso 3. Hipertenso. <ol style="list-style-type: none"> 1. Taquicardico 2. Bradicardico 3. Normal. <p>A. Frialdad B. Sudoración</p> <p>C. Estado de conciencia</p> <p>D. Dispepsia E. Dolor epigástrico</p> <p>F. Vomito con sangre</p> <p>G. Palidez H. Debilidad I. Mareos</p> <p>J. Nauseas K. Pirosis</p> <p>L. Distensión Abdominal</p> <p>M. Melena N. anemia</p> <p>O. Cantidad de hematemesis</p> <p>P. Cantidad de melena.</p>
<p>Hallazgos endoscópicos</p>	<p>Hallazgos encontrados en la endoscopia digestiva alta</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Según la clasificación de Forrest 2. Otros.

Resultados

Durante el periodo de enero 2009 a enero 2012, se estudiaron un total de 52 pacientes con diagnóstico de sangrado digestivo alto que ingresaron al servicio de medicina interna con edades comprendidas entre los 12- 30 años , encontrando un grupo etario que predominó entre los 20-30 años con un 53.8% de los casos, de los cuales el 71.2% pertenecían al sexo masculino y un 28.8% al sexo femenino, el 73.15% de los pacientes procedían del área urbana, y tenían un nivel de educación primaria en un 51.9%, y en un 18% secundaria; con respecto al estado civil el 67.3% eran solteros y un 17.3% estaban casados , solamente un 13.5% estaban acompañados.(Tabla 1).

Con respecto a los antecedentes personales no patológicos de los pacientes el tabaquismo ocupó el 30.8% y lo hacían en una cantidad de medio paquete al día para un 19.3%, el alcoholismo en un 46.2% en una cantidad de 1-3 litros semanales para un 34,65% de los casos, y un 21.2% de los pacientes tenían ingesta de café , con un consumo de 1 tazas al día para un 11.5%; al evaluar el consumo o ingesta de medicamentos se encontró que un 30.8% consumían AINES, y solamente un 19,2% otro tipo de medicamentos, de los pacientes en estudio el 7.7% tenían antecedente de drogadicción, en su mayoría marihuana para un total de 3.8%.(Tabla 2).

Al analizar los antecedentes personales patológicos en los pacientes con sangrado digestivo alto se encontró que el 3.8% habían presentado enfermedad gástrica en la niñez, el 21.2% de los pacientes habían presentado hepatopatías en la niñez, y el 15,4% habían presentado anemia. (Tabla 3).

En cuanto a los hallazgos clínicos, los signos vitales que presentaron los pacientes al ingreso se encontró que un 17.3% estaban hipotenso, no siendo así

para el 80.7% que estaban con cifras arteriales normales, al valorar su frecuencia cardiaca se encontraron un 19.2% taquicardicos y en el 80.7% su frecuencia cardiaca era normal. (Tabla 4).

Al valorar clínicamente a los pacientes con sangrado digestivo se encontró que el 92.3% presentaban como sintomatología más frecuente el dolor epigástrico, seguido de pirosis en un 78.8%, nauseas con un 65.4% y mareos en un 59.6%, el tipo de sangrado estaba representado en un 65.4% por la hematemesis y en un 63.6% por la melena, en cantidades entre 600-1000 ml para un 28.8% y entre 100-300ml para un 36.5% respectivamente, encontrándose al ingreso un total de 86.5% de los pacientes con un estado neurológico conservado consciente(Tabla5).

Al realizar la endoscopia digestiva superior a los pacientes con sangrado digestivo alto se encontró que el 25% de los pacientes fueron diagnosticados con gastritis erosiva al igual que un 25% con varices esofágicas , un 13,5% de los pacientes el resultado endoscópico fue normal y en un 11,5% se presentaron las úlceras duodenales y en menor porcentaje con 5,8% se presentaron la úlcera gástrica y la gastritis respectivamente, en un 3,8%la piloritis, bulbitis, esófago de barrett, y en un 1,9% la pangastritis. (Tabla 6).

Al realizar el cruce de variables entre el sexo de los pacientes y el hallazgo endoscópico se encontró que el 24,9% de los pacientes masculinos presentaron várices esofágicas, el 15,3% de los pacientes que presentaron gastritis erosiva eran del sexo masculino, y el 9,6% del sexo femenino, se encontró también que en el 11,5% la endoscopia era normal y pertenecían al sexo masculino, en un 9,5% la úlcera duodenal se presentó en el sexo masculino, y el 3,8% la úlcera gástrica estuvo presente en los masculinos y en un 1,9% en el sexo femenino.(Tabla 7).

Al realizar cruces de variables entre los factores de riesgos y los hallazgos endoscópicos se encontró que el 15,4% de los pacientes con gastritis erosiva tenían alcoholismo, el 11,53% ingerían AINES, además se encontró que el hallazgo endoscópico fue normal en un 7,7% de los pacientes con tabaquismo y

en un 5,77% con alcoholismo; se encontró que el 15,8% de los pacientes con varices esofágicas tenían ingesta de medicamentos y el 9,61% eran alcohólicos, de los pacientes con úlcera duodenal el 5,77% consumieron tabaco, alcohol, medicamentos, respectivamente. (Tabla 8)

Discusión

En el presente estudio sobre los hallazgos clínicos endoscópicos en pacientes con edades comprendidas entre los 12-30 años ingresados en el servicio de medicina interna, se obtuvieron un total de 52 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de los cuales podemos ver que en las variables demográficos el mayor porcentaje de pacientes que predominó fue el sexo masculino(71.2%), para una relación de 2:1, con respecto a las mujeres, , lo cual se relaciona con un estudio realizado en el hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba durante el bienio 2007-2008, lo cual puede explicarse por estar más expuestos los primeros a factores desencadenantes, tales como: alcoholismo, café, tabaquismo, y el estrés como refieren otros autores,¹⁸. En cuanto a la edad el grupo etario para ambos sexo que predominó fue de 20- 30 años, esto tiene que ver con los factores que están expuestos, produciendo un efecto acumulativo que pueden causar episodios de sangrado.¹⁸

Cabe señalar que la mayoría de los pacientes procedían del área urbana, esto no quiere decir que la prevalencia es mayor en la ciudad, sino que podría deberse al fenómeno de urbanización o al uso de otros proveedores de salud, más accesibles para la población, y la mayoría de los pacientes tenían un nivel de educación primaria y eran solteros, lo que se relaciona con la práctica de diferentes factores causales de sangrado digestivo

Podemos decir que la sintomatología clínica más frecuente en este estudio fue el dolor epigástrico, asociada a pirosis y náuseas así como a hipotensión y taquicardia en relación a la presentación del sangrado y cuantía del mismo, como reporta la literatura.¹

El hallazgo endoscópico que predominó fue la gastritis erosiva y las varices esofágicas presentes en el sexo masculino pertenecientes al área urbana, esto se relaciona con un estudio realizado en el hospital docente Saturnino Lora Forres, en el que los hábitos tóxicos como el alcohol y los AINES, se asociaron a sangrado digestivo en los cuales la gastritis erosiva se presentó con mayor frecuencia al igual que las varices esofágicas, esto se debe a su efecto hipersecretor, como reporta la literatura, además la úlcera péptica se presentó en este estudio en menor porcentaje, estando presente los hábitos tóxicos como factores desencadenantes, relacionándose con lo que reporta la literatura que en un 25% de los casos se presenta a partir de los 20 años y su mortalidad varía de 2-17% de los casos.¹⁸

Conclusiones

- El sangrado digestivo alto en pacientes con edades entre los 12-30 años predominó en el sexo masculino.
- Se encontró que los principales factores asociados al sangrado digestivo alto fueron el alcoholismo, AINES y tabaquismo.
- Los hallazgos clínicos más frecuentes son el dolor epigástrico, náuseas, hematemesis y melena.
- Los hallazgos endoscópicos de mayor frecuencia fueron la gastritis erosiva, várices esofágicas y úlcera duodenal.

Recomendaciones

1. Dar seguimiento endoscópico como terapéutico a los pacientes diagnosticados con sangrado digestivo alto por várices esofágicas, gastritis erosiva y úlcera péptica.
2. Promover las medidas educacionales en los pacientes en riesgo que ingresan al servicio de medicina interna, para disminuir la recurrencia de sangrado digestivo alto.
3. Mejorar el llenado y descripción de los reportes endoscópicos, para facilitar el seguimiento de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrison. Principios de medicina interna. Enfermedades del aparato digestivo Mc Graw Hill interamericana. 17 ed. Vol. II. 2010, cap. 271-74
2. Protocolo de sangrado digestivo. Departamento de medicina interna.HEODRA.leon.nicaragua.2004, pág.4-31.
3. Roca R. Smith V, Paz E Losada J, Serret B, Temas de medicina interna. 4^{ta} ed., la habana, 2002, cap. 33. Pág. 310-318.
4. Villarin A, Soto S, Artaza T, Martínez J, Hemorragia digestiva alta, En: Jiménez A. Manual de protocolo y actuación en urgencias, complejo hospitalario de Toledo, 2^{da} ed. 2004. FISCAM, cap. 42, pag.373-380.
5. RodesTeixidor J, Guardia Masso J, Hemorragia Digestiva Alta, En: Ruiz L Medicina Interna, Barcelona, Masoon.SA1997, cap. 25, pág. 210.
6. Matarama M, Llanio R, Muñiz P, Quintana C, Hernández R, Vicente E, Medicina Interna diagnostico y tratamiento Hemorragia digestiva alta, editorial ciencias medicas la habana, 2005.
7. Farreras R, Panes J, Teres J medicina interna, enfermedades del aparato digestivo, 13^{ra} ed. Pág. 249-257.
8. Sarmiento F, et al. Digestive hemorrhage emergency. Revista Gastrohnp año 2006. Vol.8 (1)

9. Martínez J, et al. Hemorragia digestiva alta. Etiología y procedimientos diagnósticos, emergencias 2005, hospital de la cruz roja, Madrid, pág. 550-554.
10. Diagnostico y tratamiento de las enfermedades digestivas, sociedad chilena de gastroenterología, octubre 2002, editorial IKU.
11. Crespo I. Gil L, padrón A. Rittoler A villa M. morbimortalidad por sangramiento digestivo en la unidad de cuidados intensivos, Rev. cubana medicina interna, emergencia 2002, pág. 46-52.
12. Ramil I, Estratificación y manejo de riesgo según hallazgos endoscópicos en la hemorragia digestiva ulcerosa. Medicina interna-CHUAC, 2010.
13. Forrest J, Finlayson C, Shearman D, Endoscopy in Gastrointestinal Bleeding, The Lancet, volume 304, 1974, pág. 394-97.
14. Lanas et al, primer consenso español sobre el tratamiento de hemorragia digestiva por ulcera péptica, medicina clínica (barc.) .2010; 135(13): pág. 608-616
15. Lawrence M. Tierney, diagnostico clínico y tratamiento, manual moderno 41va edición.
16. Chang Martínez A. Hallazgos clínicos endoscópicos e histológicos en niños entre los 4-12 años, sometidos a endoscopia digestiva superior por dolor abdominal tipo dispepsia. HEODRA, 2007-2009. (Tesis doctoral) León Nicaragua UNAN-LEON, 2010
17. Flores Ramírez V. factores de riesgo en la génesis de la ulcera péptica en pacientes diagnosticados por endoscopia. HEODRA, 2002-2005. (Tesis doctora) Leon Nicaragua, UNAN LEON, 2006
18. Rodríguez Fernández C, Caracterización de los pacientes hospitalizados por sangrado digestivo alto. hospital general docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfaro, 2007-2008. Santiago de cuba.

19. Guerrero Y, Morbimortalidad por sangrado digestivo alto en el servicio de cirugía del Hospital general Carlos Font Pupo- cuba enero 2007-diciembre 2009.
.
20. Sánchez C, Rodríguez J, Grisel C, Hipertensión portal en pacientes pediátricos con antecedentes de onfaloclisia ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Venezuela, 1994-1999, revista de la facultad de ciencia de la salud. Universidad de Carabobo. Abril 2003.vol 7, N1.
21. Mabel Andrade Ruiseco, Vladimiro García Pérez, cesar Silverio García. hipertensión portal en niños: análisis de 20 trabajos.rev. cubana pediatr. V. 82 N1.ciudad de la habana, Ene.-Mar 2010.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN LEON

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

FICHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Hallazgos clínico–endoscópicos en pacientes de 12 a 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período comprendido de Enero del 2009 a Enero del 2012.

Fecha:

ficha #:

I. datos demográficos:

1. Edad: A. 12-19 años_____, B. 20-30 años_____
2. Sexo: 1. M ----- 2. F -----
3. Procedencia: 1. Urbano ----- 2. Rural -----
4. Escolaridad: A. Primaria ----- B. secundaria ----- C. Técnico -----
D. Universitaria ----- E. Analfabeto -----
5. Estado civil: A. Soltero ----- B. Casado ----- C. Acompañado -----
D. Viudo(a)_____

II. antecedentes personales no patológicos:

1. Tabaquismo: si ---- no -----.
Cantidad: medio paquete -----, 1-9 cigarrillos/ dia -----
2. Alcoholismo: si ----- no -----.

Cantidad: 1-3 Lts/semana -----, ocasional -----.

3. consumo de café: si ----- no -----.

Cantidad: 1 taza/día -----, 2-3 tazas/día -----

4. ingesta de medicamentos: si----- no-----.

1. AINES: -----, 2. Otros: -----

5. Drogadicción: si----- No-----.

1. Cocaína: -----, 2. Marihuana: -----.

III. antecedentes personales patológicos:

1. Enfermedades gástricas de la niñez: si: ----- No -----.

2. diabetes: si-----, No-----.

3. enfermedad renal: si-----, No-----.

4. anemia: si-----, No-----.

5. Hepatopatías: si-----, No-----

.IV. Hallazgos clínicos:

Signos vitales: **PA:** -----, **FC:** ----- **FR:** ----- **T:** -----.

1. hipotenso----- 2.normotenso----- 3.hipertenso-----.

1.Taquicardico----- 2. Bradicardico ----- 3 Normal: -----

A. Frialdad: ----- **B.** Sudoración: ----- **C.** Estado de conciencia: -----

-

D. Dispepsia: ----- **E.** Dolor epigástrico: ----- **F.** Vomito con sangre: -----

-,

G. Palidez: ----- **H.** Debilidad: ----- **I.** Mareos: -----

J. Nauseas: ----- **K.** Pirosis: ----- **L.** Distensión Abdominal: -----

M. Melena: ----- **N.** anemia -----

O. Cantidad de hematemesis:

A. De 200-500ml _____ B. De 600-1000ml _____ C. > 1000ml

P. Cantidad de melena:

A. De 100-350ml ----- B. De 400-800ml ----- C. > 900ml -----
.

V. hallazgos endoscópicos:

1. Según la clasificación de Forrest:

Tipo: Ia) _____, Ib) _____

Tipo: IIa) _____, IIb) _____, IIc) _____.

Tipo: III. _____

2. Otros:

1. Várices esofágicas _____

2. Gastritis erosiva _____

3. Úlcera duodenal _____

4. Úlcera gástrica _____

5. Normal _____

Tabla1. Hallazgos clínicos–endoscópicos en pacientes de 12 a 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el departamento de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período comprendido de enero del 2009 a enero del 2012.

Datos demográficos de los pacientes con sangrado digestivo alto

Variable	%
Edad	
>12-19 años	46,2
De 20-30 años	53,8
Sexo	
Masculino	71,2
Femenino	28,8
Procedencia	
Urbano	73,1
Rural	26,9
Escolaridad	
Primaria	51,9
Secundaria	34,6
Técnico	1,9
Universitaria	9,6
Analfabeta	1,9
Estado civil	

Soltero	67,3
Casado	17,3
Acompañado	13,5
Viudo	1,9

Fuente secundaria

N=52

Tabla 2. Hallazgos clínicos–endoscópicos en pacientes de 12 a 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el departamento de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período comprendido de enero del 2009 a enero del 2012.

Antecedentes personales no patológicos de los pacientes con sangrado digestivo alto.

Variable	%	Cantidad	
Tabaquismo			
Si	30,8	10 cigarrillos/día	19,3
		1.9 cigarrillos/día	11,5
No	69,2		
Alcoholismo			
Si	46,2	1-3 lts/sem.	34,6
		Ocasional	11,5
No	53,8		
Consumo de café			
Si	21,2	1 taza/día	11,5
		1-3 tazas/día	9,6
No	41		
Ingesta de medicamentos			
Si	50	AINES	30,8
		Otros	19,2

No	50		
Drogadicción			
Si	7,7	Marihuana	3,8
		Cocaína	1,9
No	92,3		

Fuente secundaria

N=52

Tabla 3. Hallazgos clínicos–endoscópicos en pacientes de 12 a 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el departamento de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período comprendido de enero del 2009 a enero del 2012.

Antecedentes personales patológicos de los pacientes con sangrado digestivo alto

Variable	%
Enfermedades gástricas en la niñez	
Si	3,8
No	96,2
Diabetes	
Si	-
No	52
Enfermedad renal	
Si	-
No	52
Anemia	
Si	15,4
No	84,6
Hepatopatías	
Si	21,2
No	78,8

Fuente secundaria

N=52

Tabla 4. Hallazgos clínicos–endoscópicos en pacientes de 12 a 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el departamento de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período comprendido de enero del 2009 a enero del 2012.

Signos vitales de los pacientes con sangrado digestivo alto

Variables	%
Presión arterial	
Hipotenso	17,3
Normotenso	80,7
Hipertenso	2,0
Frecuencia cardiaca	
Taquicardia	19,3
Normal	80,7
Bradicardia	0,0

Fuente secundaria

N=52

Tabla 5. Hallazgos clínicos–endoscópicos en pacientes de 12 a 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el departamento de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período comprendido de enero del 2009 a enero del 2012.

Hallazgos clínicos de los pacientes con sangrado digestivo alto

Signos y síntomas	%
Frialdad	23,1
Sudoración	25
Dispepsia	9,6
Dolor epigástrico	92,2
Palidez	28,8
Debilidad	48,1
Nauseas	65,4
Pirosis	78,8
Distensión abdominal	3,8
Melena	63,6
Hematemesis	65,4
Anemia	32,7
Mareos	59,6
Estado de conciencia	
Consciente	86,5
Cantidad de hematemesis	
200ml-500ml	25

600ml-1000ml	28,8
>100ml	11,5
Cantidad de melena	
100ml-350ml	36,5
400ml-800ml	19,2
>900ml	7,7

Fuente secundaria

N=52

Tabla 6. Hallazgos clínicos–endoscópicos en pacientes de 12 a 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el departamento de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período comprendido de enero del 2009 a enero del 2012.

Hallazgos endoscópicos en pacientes con sangrado digestivo alto

	%
Várices esofágicas	25
Gastritis erosiva	25
Normal	13,5
Úlcera duodenal	11,5
Úlcera gástrica	5,8
Gastritis	5,8
Piloritis	3,8
Bulbitis	3,8
Esófago de barrett	3,8
Pangastritis	1,9

Fuente secundaria

N=52

Tabla 7. Hallazgos clínicos–endoscópicos en pacientes de 12 a 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el departamento de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período comprendido de enero del 2009 a enero del 2012.

Cruces de variables entre los hallazgos endoscópicos y el sexo de los pacientes con sangrado digestivo alto

	Sexo	
	Masculino (%)	Femenino (%)
Várices esofágicas	24,9	0,0
Gastritis erosiva	15,3	9,6
Normal	11,5	1,9
Úlcera duodenal	9,5	1,9
Úlcera gástrica	3,8	1,9
Gastritis	0,0	5,7
Piloritis	1,9	1,9
Bulbitis	1,9	1,9
Esófago de barrett	0,0	3,8
Pangastritis	1,9	0,0

Fuente secundaria

N=52

Tabla 8. Hallazgos clínicos–endoscópicos en pacientes de 12 a 30 años de edad con diagnóstico de sangrado digestivo alto ingresados en el departamento de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período comprendido de enero del 2009 a enero del 2012.

Relación entre los Hallazgos endoscópicos y los factores asociados de los pacientes con sangrado digestivo alto.

Antecedentes personales no patológicos					
Hallazgos endoscópicos	Tabaquismo	Alcoholismo	Consumo de café	Ingesta de medicamentos	Drogadicción
Várices esofágicas	5,77	9,61	1,92	15,38	1,92
Gastritis erosiva	5,77	15,4	5,78	11,53	1,92
Normal	7,7	5,77	3,85	1,92	0,0
Úlcera duodenal	5,77	5,77	3,85	7,69	0,0
Úlcera gástrica	1,92	3,85	1,92	1,92	1,92
Gastritis	0,0	0,0	1,92	3,85	0,0
Piloritis	0,0	1,92	0,0	1,92	0,0
Bulbitis	1,92	1,92	1,92	1,92	1,92
Esófago de barrett	0,0	0,0	0,0	3,85	0,0
Pangastritis	1,92	1,92	0,0	0,0	0,0

Fuente secundaria

N=52