

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEÓN.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA

TESIS PARA OPTAR A TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

TEMA

Manifestaciones clínicas y hallazgos endoscópicos en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de junio a noviembre del año 2021

AUTOR

Dr. Jordy Zamir Castillo Ruiz.

Médico Residente Medicina Interna

TUTOR

Dr. José Luis Silva Rojas.

Especialista en Medicina Interna.

Febrero del 2023

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”

DEDICATORIA

A Dios, por habernos permitido culminar mi especialidad con éxito y salud, por darnos lo necesario para seguir adelante día tras día y por ayudarnos alcanzar nuestras metas.

Principalmente a mi esposa y mi hija quienes fueron mi motor día tras día durante todo mi recorrido en la residencia médica, por comprender en todo momento los sacrificios que implican el difícil proceso de formación de especialista en Medicina Interna.

A mis maestros por aportar parte de sus conocimientos y ejercer su función de guías en mi crecimiento tanto académico como personal durante estos años de residencia médica.

A G R A D E C I M I E N T O

A mi familia por darme el apoyo moral, y alentarme día a día para finalizar mis estudios de especialidad, por todo el amor y empeño que me han brindado durante estos años de crecimiento académico.

Maestros médicos docentes de esta institución, en especial a mi tutor que con sus enseñanzas me motivan a continuar en esta apreciable especialidad para el servicio hacia nuestros semejantes.

A todos quienes me brindaron parte de su tiempo para realizar este proyecto, ya que sin su colaboración y paciencia este trabajo investigativo no hubiese sido posible.

RESUMEN

Actualmente el sangrado digestivo alto presenta tasas de morbi-mortalidad considerables esta misma se encuentra en aumento a pesar de los avances tecnológicos tanto diagnóstico como tratamiento farmacológico. **Objetivo:** Determinar las principales manifestaciones clínicas y hallazgos endoscópicos en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de junio a noviembre del año 2021. **Metodología:** Se realizó un estudio de corte transversal con enfoque correlacional en pacientes hospitalizados con sangrado digestivo alto en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA), la muestra fueron 31 pacientes en el periodo de junio a noviembre del año 2021. **Resultados:** A edad promedio de los participantes fue de 46 años $Ds \pm 10$ año, el rango de edad con mayor porcentaje fue mayores de 50 años 45.2%, del sexo masculino 61.3%, soltero 54.8%, nivel sociodemográfica alto 54.8% y procedencias urbana 71%, el 90% presentaba hipertensión arterial crónica, consumo de alcohol en 71%, tabaco 61.3%, las manifestaciones clínicas al momento de realización de la endoscopia se observó el siguiente patrón de frecuencia: Melena 100%, hematemesis 77.4%, dispepsia 38.7% y anemia 77.4%, gastritis erosiva 71%, ulcera gástrica 32.3%, y gastropatía erosiva hemorrágica 12.9%, se logró identificar correlación significativa entre la manifestación clínica melena y gastritis erosiva 71%, y ulcera gastrina 32.3%, la Hematemesis se correlación con gastritis erosiva 79.2%, y Ulcera duodenal y gástrica 37.5%, la manifestación clínica Dispepsia se correlaciona con gastritis erosiva 91.7% y anemia con gastritis erosiva 79.2%. **Conclusión:** Se identificó correlación significativa entre consumo de alcohol, tabaco, utilización de AINES, utilización de corticoide y utilización de anticoagulante con Gastropatía erosiva hemorrágica, además de ulcera gástrica con consumo de alcohol, tabaco, Utilización de AINES, Utilización de corticoides, y Utilización de anticoagulantes siendo esta relación estadísticamente significativa.

Palabras claves: Sangrado digestivo, endoscopia, HEODRA

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	6
II.	ANTECEDENTES.....	8
III.	JUSTIFICACION.....	11
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
V.	OBJETIVOS.....	13
VI.	MARCO TEORICO.....	14
	A. Generalidades.....	14
	B. Causas de sangrado digestivo alto.....	15
	C. Manifestaciones clínicas	16
	D. Métodos diagnósticos	17
	E. Escalas pronosticas y de severidad de SDA.....	19
VII.	MATERIAL Y METODO.....	20
VIII.	RESULTADOS.....	27
IX.	DISCUSION.....	33
X.	CONCLUSIONES.....	35
XI.	RECOMENDACIONES.....	37
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	38
IX.	ANEXOS.....	41

I. INTRODUCCIÓN

El sangrado digestivo alto (SDA) se define como la presencia de sangre en el tracto digestivo alto, el cual el origen proviene propiamente de la mucosa o vasos sanguíneos que se localizan entre el esófago y ángulo de Treitz, en las cuales las principales manifestaciones clínicas están dadas por la presencia de hematemesis, melena, y en algunos casos hematoquecia, donde la última se relaciona con la velocidad del tránsito intestinal ¹.

Actualmente el sangrado digestivo alto presenta tasas de morbi-mortalidad considerables, esta misma se encuentra en aumento a pesar de los avances tecnológicos tanto diagnóstico como tratamiento farmacológico ¹⁻².

Según datos basados en estadísticas internacionales, se habla de una incidencia de 60 a 200 casos por cada 100 000 habitantes en nuestro medio latinoamericano y representa una mortalidad variable entre el 3.5% al 10%, la cual depende de ciertos factores del paciente tales como edad, comorbilidades, cantidad de sangrado, así como hallazgos endoscópicos ². La causa de sangrado digestivo alto más frecuente es la úlcera péptica (úlcera gástrica 25% y úlcera duodenal 23%) debiéndose a múltiples causas que incluyen utilización de analgésicos no esteroideos (AINES) como las infecciones causadas por *Helicobacter Pylori*³.

Por lo antes mencionado acerca del SDA, no hay suficientes estudios nacionales sobre esta problemática, por lo que se considera de suma importancia la identificación apropiada de los factores de riesgo, manifestaciones clínicas vinculadas, y hallazgos endoscópicos con el propósito de disminuir su morbimortalidad y complicaciones relacionadas, así como el manejo diagnóstico a través de la endoscopia digestiva alta y su relación clínica. Por tanto, este estudio nos permitió identificar dichas variables en los pacientes ingresados con sangrado de tubo digestivo alto en el servicio de Medicina interna en el Hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA)

Se realizó un estudio de corte transversal con enfoque correlacional en pacientes hospitalizados con sangrado digestivo alto en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA), la muestra fueron 31 pacientes en el periodo de junio a noviembre del año 2021.

Se identificó correlación significativa entre consumo de alcohol, tabaco, utilización de AINES, utilización de corticoide y utilización de anticoagulante con Gastropatía erosiva hemorrágica, además de ulcera gástrica con consumo de alcohol, tabaco, Utilización de AINES, Utilización de corticoides, y Utilización de anticoagulantes siendo esta relación estadísticamente significativa.

II. ANTECEDENTES

El sangrado digestivo alto al ser una patología de incidencia extensa, se han realizado múltiples estudios que abordan el propósito de analizar la incidencia, prevalencia y factores de riesgo en nuestro medio nacional como internacional.

En el 2005, en el Hospital Nacional “arzobispo Loayza”, en Lima, Milagros Basto Valencia, realizó un estudio para encontrar los factores de riesgo que incrementan la morbi mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta, estas son: presencia de enfermedades concomitantes como hepatopatía crónica, varices esófago-gástricas y presentación con hematemesis y melena. El estudio realizado de tipo retrospectivo con diseño de caso – control. Se realizó muestreo irrestricto, obteniéndose 104 casos, seleccionados aleatoriamente de todos los pacientes diagnosticados de Hemorragia digestiva alta en Hospital Nacional arzobispo Loayza de Lima, en el tiempo comprendido entre 1998 y 2003. Los resultados obtenidos fue que los factores de riesgo asociados a morbilidad son: respecto a mayor pérdida de volumen sanguíneo, corresponde al sexo masculino OR= 1.94, IC (1.08–3.50); antecedente de ingestión de alcohol OR=2.47 IC(1.32–4.66); antecedentes de úlcera péptica OR=2.83, IC(1.16–7.07); hepatopatía crónica OR=4.55, IC(1.36–16.77); manifestaciones clínicas de hematemesis–melena OR=2.85, IC(1.53–5.34); y solo hematemesis OR=3.40, IC(1.62–7.23); la presencia de várices esófago-gástricas OR=4.64, IC(1.96–13.42) ⁶.

En el 2006, en un artículo de revisión. Nos menciona de las causas y procedimientos diagnósticos de hemorragia digestiva alta. Nos mencionan que la anamnesis y la exploración física, son la base esencial para el diagnóstico y que el apoyo de los exámenes auxiliares como hemograma, bioquímica sirve para corroborar dicha patología. También nos menciona las contraindicaciones para la endoscopia, que divide en absolutas y relativas, del cual la más importantes de cada uno de los grupos es: inestabilidad hemodinámica o cardiopulmonar agudo de miocardio reciente respectivamente ⁵.

En el año 2009. Alfonso Chacaltana y et. al, publico un artículo relacionado a alteraciones endoscópicas del tracto digestivo superior más frecuentes en pacientes con IRCT, de los cuales se tuvo que fueron las erosiones gástricas, eritema parcelar, ulcera gástrica y erosiones duodenales. El tipo de estudio fue descriptivo y retrospectivo la población fue pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de IRCT incluidos en el programa de Hemodiálisis del Hospital Central FAP, desde enero 2000 a febrero 2007, con 7 estudio de endoscopia alta. Revisándose las historias clínicas para la recolección de datos. Se estudió un total de 54 pacientes, la edad promedio fue de 73.2 años siendo más frecuente en varones con una relación M/F de 1.45, la población tenía aproximadamente 32 meses de diagnosticadas de IRCT. La indicación más frecuente del estudio endoscópico fue de hemorragia digestiva alta (29.6%). Los hallazgos endoscópicos más prevalentes fueron las erosiones gástricas (35.2%), eritema parcelar antral (27.8%), ulcera gástrica /24.1%) y erosiones duodenales (18.5%)⁷.

En el 2010, en Lima, Sylvana Ayala Rios y et. Al, realizo una publicación que tuvo como objetivo la identificación de los síntomas dispépticos frecuentes de los cuales fueron el dolor epigástrico seguido de distensión abdominal, y en mayor frecuencia la población femenina, estos pacientes fueron sometidos a endoscopias de lo cual la lesión más frecuente encontrada en la población de estudio fue de eritema antral y gastritis. En el trabajo se identificó las características clínicas, endoscópicas e histológicas y su relación con *Helicobacter pylori* en pacientes atendidos en el hospital Hipólito Unanue con una muestra poblacional de 300 pacientes y la utilización del programa estadístico SPSS 15.0.⁸.

En el 2013, en Cuba, Felipe Piñol Jiménez realizo un estudio cuyo objetivo fue de considerar que la hemorragia digestiva alta es una urgencia que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, y que se tienen a la ulcera

gastroduodenal con estigmas de sangrado reciente el hallazgo endoscópico más frecuente, el método que se realizó fue una muestra de 40 pacientes estudiados con una edad promedio de 57,3 años 8 más o menos 13.5 años; del cual el predominio de la sintomatología fue en el varón (72.5%) y la presentación clínica más frecuente fue la melena (65%) ⁴.

En el año 2017, un estudio de Luis Fernando Granera en el Hospital Alemán Nicaragüense de Managua, Nicaragua, se encontró que las principales causas de sangrado de tubo digestivo alto fueron: Patologías previas 68 (57%) (La más frecuente fueron diabetes e hipertensión), Ingesta de AINES 18 (15%), Ingesta de Glucocorticoides (GCC) 2 (1%), Alcoholismo 15 (13%), Antecedentes de sangrado 15 (13%), e Hipertensión portal (HPTA) (4%) ⁴.

III. JUSTIFICACION

La valoración de las manifestaciones clínicas, factores de riesgo y hallazgos endoscópicos en pacientes con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto es de suma importancia, ya que nos permitió identificar el manejo tanto diagnóstico como farmacológico de dichos pacientes; lo que permite que este estudio sirva de referencia para modificar debilidades y afianzar fortalezas respecto al abordaje y terapéutica médica en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA), o para determinar las intervenciones a realizar cuyo objetivo sea el de concientizar y orientar de manera integral al personal médico encargado del manejo de dichos pacientes.

En Nicaragua la incidencia del sangrado digestivo alto es considerable, y ha venido en aumento en los últimos años. A través de este estudio se obtuvieron datos relevantes los cual son de suma importancia para determinar las intervenciones a realizar en un futuro, con el fin de disminuir complicaciones las cuales a la larga pueden aumentar la mortalidad en pacientes con sangrado digestivo alto en nuestra unidad de salud ¹⁻².

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el sangrado digestivo alto presenta tasas de morbi-mortalidad considerables, esta misma se encuentra en aumento a pesar de los avances tecnológicos tanto diagnóstico como tratamiento farmacológico.

Según datos basados en estadísticas internacionales, se habla de una incidencia de 60 a 200 casos por cada 100 000 habitantes en nuestro medio latinoamericano y representa una mortalidad variable entre el 3.5% al 10%, Se ha determinado que la población más afectada son pacientes con comorbilidades, consumo de AINES, glucocorticoides, infección por Helicobacter Pylori así como etilismo crónico, la cuales muchas veces no se cuenta con estudio endoscópico en el lapso correspondiente, donde muchas veces no se conoce la etiología específica del sangrado del tubo digestivo alto SDA ¹⁻²⁻⁵⁻⁷ .

¿Cuáles son las principales manifestaciones clínicas y hallazgos endoscópicos en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de junio a noviembre del año 2021?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar las principales manifestaciones clínicas y hallazgos endoscópicos en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de junio a noviembre del año 2021.

Objetivos Específicos

- Determinar las principales manifestaciones clínicas de los pacientes hospitalizados con sangrado digestivo alto.
- Mencionar los principales hallazgos endoscópicos en pacientes hospitalizados con sangrado digestivo alto.
- Describir las escalas pronósticas y de severidad de sangrado digestivo alto con hallazgos endoscópicos en pacientes hospitalizados con SDA.
- Correlacionar los principales hallazgos endoscópicos tanto con las manifestaciones clínicas como hábitos de vida en paciente hospitalizados con sangrado digestivo alto.

VI. MARCO TEORICO

Generalidades

El sangrado de tubo digestivo alto (SDA) representa un motivo frecuente de consulta en salas de emergencias, se define como la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo en una zona comprendida entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. Este sangrado puede originarse de órganos digestivos o de estructuras contiguas que depositan su contenido en este nivel, por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) ⁴.

Por lo general, el sangrado de acuerdo a moderado o masivo y se manifiesta clínicamente como hematemesis o melena y en el 5% de los casos se manifiesta como hematoquecia o rectorragia. Las cifras de hematocrito descienden en uno a tres días desde el comienzo del sangrado. Simultáneamente, se produce un incremento del BUN (nitrógeno ureico), por absorción de proteínas desde el intestino delgado y aparición de una insuficiencia pre renal secundaria a la hipovolemia. Ocasionalmente se presenta como anemia crónica cuando el sangrado es oculto y persistente ⁴.

La presencia de hematemesis (sangre en el vómito) generalmente sugiere que el origen del sangrado está próximo al ligamento de Treitz. El aspecto de las heces, también informa la altura del origen del sangrado, cuando la sangre ha permanecido por menos de cinco horas en el intestino, generalmente sale de color rojo en las heces, mientras la sangre que ha permanecido hasta veinte horas es, por lo general con aspecto melénico (heces brillantes, negra alquitranosa, fétida y de consistencia pastosa. La hematoquecia es la emisión de sangre roja por el ano, sola o mezclada con las heces, sin embargo, suelen ser causas propiamente de sangrado digestivo bajo, aunque cuando existe un tránsito acelerado por la abundante cantidad de sangre en el tubo digestivo se puede atribuir la causa al sangrado digestivo alto; para que esto ocurra, la hemorragia debe ser mayor de 1000 mililitros y producirse en menos de una hora ⁶⁻⁷.

Causas de hemorragia digestiva alta

Las causas más frecuentes de sangrado digestivo alto son la úlcera péptica (duodenal o gástrica) y la secundaria a hipertensión portal, representando el 50 y el 25 % de los casos hospitalizados. (18) Otras causas menos frecuentes son: lesiones agudas de mucosa gástrica, angiodisplasias, síndrome de Mallory Weiss, pólipos, tumores benignos o malignos de esófago, estómago o duodeno, lesión de Dieulafoy, esofagitis hemorrágicas (péptica, infecciosa), úlcera esofágica (idiopática, péptica, virus), duodenitis hemorrágica, fístula aortoentérica, pólipos (gástricos, duodenales o esofágicos), tratamiento anticoagulante (hematomas intramurales), hemobilia (en ocasiones, como complicación de una biopsia hepática); hemorragia pospapiotomía (generalmente autolimitada), wirsunorragia y pseudoquiste pancreático perforado a estómago ⁸⁻⁹.

Mucho más escasas son las hemorragias debidas a enfermedades hematológicas: púrpura de Shönlein-Henöch, periarteritis nodosa, sarcoma de Kaposi y citomegalovirus. No obstante, se describe que el 6 % de los casos de sangrado de tubo digestivo alto no se logra definir la causa de la hemorragia, a pesar de métodos diagnósticos avanzados ⁹.

El sangrado de tubo digestivo originado por varices esofágicas por lo general es secundario a complicaciones directas de la disfunción hepatocelular, por aumento de la consistencia hepática por remodelación sinusoidal y modificación de su arquitectura, esto a su vez provoca aumento de la presión portal ocasionando circulación colateral formándose varices esofagogástricas. La ruptura de las várices por estas circunstancias, a la que se agrega acción corrosiva del contenido gástrico refluido, da origen a la ruptura de las venas varicosas ¹⁰.

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

Asunto semejante ocurre en el denominado estómago en sandía, pero generalmente producido, no solamente por cirrosis, sino por problemas respiratorios y renales crónicos; este sangrado es de origen capilar encontrándose hipergastrinemia (75%) aclorhidria en (48%) y cirrosis (30%) ¹⁰⁻¹¹.

Las angiodisplasias son debidas a formación de vaso ectópico o anómalo y tortuoso, situado en la submucosa, llamada úlcera de Dieulafoy, que en realidad no es una úlcera y que primitivamente fue denominada exulceración simple por Dieulafoy, sangra por ruptura brusca del vaso. Suele localizarse más frecuentemente en la parte alta del estómago, es un sangrado de origen arterial ¹².

La hemorragia por esofagitis tiene por antecedente generalmente la enfermedad por reflujo gastroesofágico, que causa inflamación de la mucosa con erosiones y posteriormente ulceración, entre estas se encuentra el síndrome de Mallory Weiss el cual produce desgarramiento de la mucosa situada en la región cardio esofágica. La mucosa de la región escamo columnar contiene un plexo de vasos con diecisiete paredes finas, en muchos de ellos existe hernia hiatal por deslizamiento y el desgarramiento ocurre cuando el cardias es intratorácico, donde cualquier contracción violenta del diafragma, con el aumento consiguiente de la presión intraabdominal, somete a la zona cardial a una gradiente de presión muy alta entre ambos lados de su pared causando sangrado ¹³.

Manifestaciones clínicas

Es indispensable conocer del paciente sus comorbilidades, consumo de medicamentos además de su edad, ya que el consumo de antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes pueden empeorar o precipitar los cuadros de sangrado digestivo. Los pacientes con hepatopatías también son un grupo importante de pacientes por la frecuencia de sangrado digestivo alto variceal, el cuadro clínico con el que se presentan estos sangrados digestivos es muy variado desde síndrome anémico crónico, shock hipovolémico, vómitos con sangre fresca o con residuos hemáticos (en porros de café) deposiciones oscuras, blandas y fétidas

que se dan al digerirse la sangre proveniente del tracto gastrointestinal superior (melena que aparece cuando existe entre 50mL y 200mL de sangre digerida), hematoquecia cuando un paciente tiene una tránsito intestinal rápido y se dan deposiciones con muestras de sangre ¹²⁻¹³ .

Se puede realizar un lavado gástrico en el caso de que el paciente refiera que tuvo hematemesis, aunque la ausencia de sangre fresca en el lavado digestivo no excluye que el sangrado provenga del tracto digestivo superior ya que hasta una 15-20% de los sangrados digestivos no presentan un lavado gástrico positivo por causas como espasmo pilórico u obstrucción del duodeno y una sonda nasogástrica que no está debidamente colocada ¹².

Diagnósticos del sangrado digestivo alto

Se debe evaluar el estado hemodinámico e iniciar las medidas de reanimación si se detecta shock o hipovolemia en este tipo de paciente. Además de monitorizar las constantes vitales (presión arterial y frecuencia cardíaca). Realizar una historia clínica detallada y exploración física adecuada ¹¹.

El objetivo es determinar los requerimientos e intervención urgente del paciente (endoscopia, transfusión, cirugía, etc.) o incluso si se puede retrasar la endoscopia o si es posible el manejo ambulatorio.

Los métodos diagnósticos se basan en las manifestaciones clínicas de sangrado, iniciando con el examen físico en el cual es de suma importancia la realización del tacto rectal, analítica de laboratorio y pruebas alteradas, historia clínica detallada. Al inicio el hematocrito suele estar normal si se trata de una hemorragia muy aguda. Entre los métodos diagnósticos se encuentran:

1. **Gastroscofia:** Debe realizarse luego de la estabilización hemodinámica del paciente en las primeras 24 horas salvo existiese contraindicación. Esto reduce la necesidad de transfusiones, estancia hospitalaria y la necesidad de cirugía.

Además, es importante para determinar los pacientes con riesgo de resangrado y para ello el factor pronóstico más importante para predecir el resangrado de una úlcera péptica es su aspecto endoscópico en el momento del diagnóstico, la endoscopia además permite en muchos casos realizar terapéutica ¹²⁻¹³.

2. **Arteriografía:** Se encuentra limitada a aquellos pacientes con sangrado digestivo alto persistente y no ha podido localizarse su origen por endoscopia alta o baja, y que, por su gravedad, resulta necesario llegar a un diagnóstico de la lesión. Detecta una cantidad mínima de extravasación de sangre de 0.5 ml/min. También puede tener utilidad terapéutica actuando sobre la lesión sangrante. Entre las complicaciones de la embolización la más grave es la isquemia intestinal ¹²⁻¹³.
3. **Cápsula Endoscópica:** Tiene un mayor rendimiento diagnóstico como técnica alternativa en el sangrado digestivo de origen oscuro. En el sangrado digestivo agudo está indicada cuando la gastroscopia y la colonoscopia son normales, juntamente con la arteriografía o la angiotomografía, y previa enteroscopia ¹²⁻¹³.
4. **Enteroscopia:** Se realizará cuando se haya descartado el origen gastroduodenal por gastroscopia y del colon por colonoscopia. Es una técnica delicada, requiere sedar al paciente y nos permitirá visualizar el intestino delgado más allá del ángulo de Treitz. Y en caso de hallar una lesión sangrante realizar un tratamiento endoscópico ¹²⁻¹³.
5. **Gammagrafía marcada con tecnecio 99:** Utiliza hematíes marcados con tecnecio 99; la acumulación del radioisótopo en el lugar de la hemorragia puede ser detectada con el contador gamma. Es capaz de detectar sangrados con extravasación baja 0.1 ml/min, con una capacidad de diagnóstico que varía del 50,0-70,0%. Se utiliza en aquellos casos de sangrado digestivo de origen no aclarado ¹².

Escalas pronósticas y de severidad del sangrado de tubo digestivo alto

Existen también escalas de riesgo de resangrado, mortalidad y riesgo en paciente con sangrado digestivo alto como lo son la escala de Blatchford que utiliza el nitrógeno ureico, la hemoglobina y la presión arterial sistólica además de la ausencia o presencia de melena, enfermedad hepática, síncope o insuficiencia cardíaca; sin embargo, tiene la limitante de no contar con parámetros endoscópicos, sin embargo, permite un alta temprana en los pacientes que tienen un score en 0. Otra escala utilizada es el score de Rockall que incluye entre sus variables edad, shock y comorbilidades además de variables endoscópicas que son estigmas de sangrado y diagnóstico de sangrado. El diagnóstico definitivo se realiza mediante endoscopia, preferiblemente temprana (menos de 24 horas) lo que tiene un impacto en el caso de pacientes con pérdida de sanguínea importante. Se utiliza la escala de Forrest para clasificar ¹⁵.

VII. MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio de corte transversal con enfoque correlacional en pacientes hospitalizados con sangrado digestivo alto en el servicio de medicina interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA).

Área de estudio: El estudio se llevó a cabo en las salas de Medicina de Varones y Medicina de Mujeres del servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA).

Población de estudio: La población de estudio fueron pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) que hayan sido sometidos a estudio endoscópico alto en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de junio a noviembre del año 2021.

Muestra: La muestra fueron 31 los pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) que hayan sido sometidos a estudio endoscópico alto en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de junio a noviembre del año 2021.

Fuente de Información

La fuente fue de tipo secundaria, debido a que se obtuvo información de las fichas de recolección de datos aplicada a los expedientes de los pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de junio a noviembre del año 2021.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento consistió en secciones los cuales se dividieron en 6 ítems o secciones correspondientes a las variables de estudio:

- I. **ITEM 1** Hace referencia a características socio-demográficas de la población.

- II. **ITEM 2:** Hace referencia a presentación clínica del cuadro

- III. **ITEM 3:** Hace referencia a antecedentes patológicos y hábitos.

- IV. **ITEM 4:** Hace referencia a manifestaciones clínica más frecuente

- V. **ITEM 5:** Hace referencia a aplicación de escalas pronosticas y severidad
 - 1. Escala de Glasgow – Blatchford
 - 2. Clasificación de Forrest

- VI. **ITEM 6:** Hace referencia a hallazgos endoscópicos.

Procedimiento para la recolección de datos

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León. Se aplicó a los expedientes la ficha de recolección de datos de todos los pacientes hospitalizados con sangrado digestivo alto durante el periodo de estudio. El investigador fue el único que aplicó dicho instrumento sin alterar de ninguna manera dichas respuestas.

Al final de la recolección de información se procedió a juntar las fichas aplicadas, las cuales fueron debidamente ordenadas, y contabilizadas por el investigador. Se superviso su contenido para asegurar si el llenado fue correcto, luego se ordenó igualmente por el investigador para su respectivo análisis.

Plan de análisis

Una vez recolectada la información se procedió al análisis de los datos, el cual se realizó por distribución de frecuencia porcentual de acuerdo a lo obtenido en las fichas de recolección de datos.

Para la medición de la variable presentación clínica se midió la frecuencia de la misma, la medición de la variable de antecedentes patológicos y hábitos, se midió la frecuencia, la medición de la variable manifestaciones clínicas, se midió la

frecuencia, la medición de hallazgos endoscópicos y escalas pronósticas y de severidad se midió frecuencia.

Posterior a las frecuencias medidas se realizó correlación de variables tanto de manifestaciones clínicas como de hábitos de vida y antecedentes patológicos con hallazgos endoscópicos en dichos pacientes en estudio.

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas) se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos son mostrados en tablas de contingencia. Los datos son ilustrados usando gráficos de barra. Las variables cuantitativas son expresadas en términos de medidas de resumen de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango). Los datos son presentados en tablas resumen e ilustrados a través de histogramas.

Para explorar la asociación entre variables cualitativas (categóricas) se usó la prueba de Chi cuadrado (χ^2). Para explorar la asociación entre variables cuantitativas se utilizó prueba de correlación de Pearson. Se considera que una asociación o diferencia es estadísticamente significativa si el valor de p es <0.05

Los resultados se presentan en forma de tablas o gráficos, que fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 22, Microsoft PowerPoint para la presentación de los resultados.

Consideraciones éticas

Toda la información recolectada en este trabajo se mantuvo en estricta confidencialidad, protegiendo la identidad de los pacientes. También se priorizó el compromiso de no utilizar de manera inadecuada toda la información recaudada de los expedientes clínicos.

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Valores
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento de recoger la información.	>15 años.
Sexo	Característica orgánica propia que establece la diferencia física constitutiva de la especie humana.	Femenino. Masculino.
Procedencia	Sitio o lugar de origen del paciente	Urbano. Rural.
Nivel socio económico	Nivel de calidad de vida del paciente	Alto Medio Bajo
Aplicación de escalas pronóstica y de severidad	Escala de Glasgow – Blatchford	Valor 0= bajo riesgo, > 1 necesita intervención

Clasificación de Forrest	Clasificación que caracteriza ulceras gastroduodenales por endoscopia y predice riesgo de resangrado	A Sangrado en chorro (Activo) IB Sangrado babeante (Activo) IIA Vaso visible (No sangrante) IIB Coágulo adherido (No sangrante) IIC Fondo hemático (No sangrante) III Fondo limpio (Fibrina)
Presentación clínica	Tiempo de establecimiento de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Brusco Insidioso
Hábitos de vida	Comportamientos alimenticios y de distracción que realiza el paciente <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol • Consumo de tabaco • Utilización de AINES • Utilización de corticoides • Utilización de anticoagulantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Antecedentes patológicos	<p>Enfermedades de base que padece el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • HTA • Artritis reumatoide • Enfermedad ácido péptica • Enfermedad Hepatobiliar • Infección por H. Pylori • Cáncer • Enfermedad hematológica <p>Enfermedad renal crónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si <p>No</p>
Manifestaciones clínicas	<p>Signos y síntomas que presenta el paciente de acuerdo a su cuadro clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melena • Hematemesis • Dispepsia <p>Anemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si <p>NO</p>
Presentación clínica	<p>Tiempo de establecimiento de la enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brusco • Insidioso
Hábitos de vida	<p>Comportamientos alimenticios y de distracción que realiza el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol • Consumo de tabaco • Utilización de AINES 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de corticoides • Utilización de anticoagulantes 	
Antecedentes patológicos	<p>Enfermedades de base que padece el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • HTA • Artritis reumatoide • Enfermedad ácido péptica • Enfermedad Hepatobiliar • Infección por H. Pylori • Cáncer • Enfermedad hematológica <p>Enfermedad renal crónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Manifestaciones clínicas	<p>Signos y síntomas que presenta el paciente de acuerdo a su cuadro clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melena • Hematemesis • Dispepsia • Anemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • NO

VIII. RESULTADOS

Los análisis se realizaron en base a los casos hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna, la muestra estuvo conformada por 31 pacientes. A edad promedio de los participantes fue de 46 años $Ds \pm 10$ año, el rango de edad con mayor porcentaje fue mayores de 50 años 45.2%, del sexo masculino 61.3%, soltero 54.8%, nivel sociodemográfico alto 54.8% y procedencias urbanas 71%. Ver tabla 1.

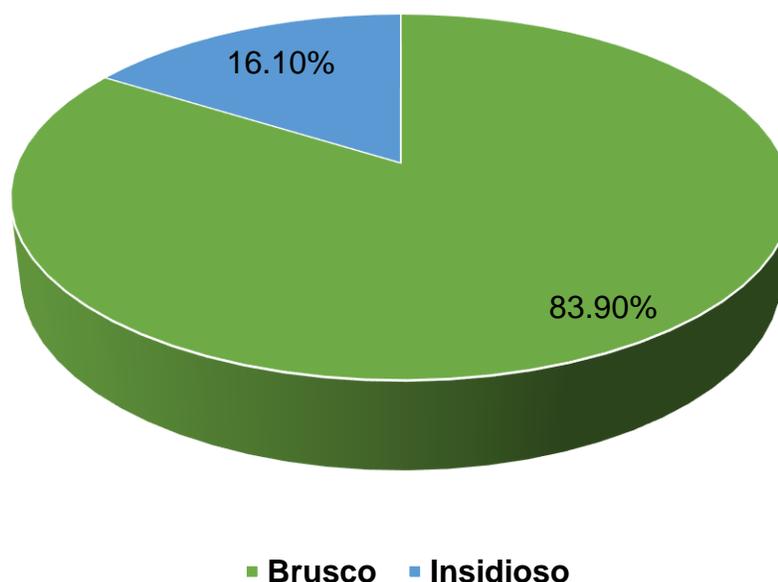
Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna. N=31

Sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
27 a 30 años	2	6.5
31 a 40 años	11	35.5
41 a 50 años	4	12.9
mayor de 50 años	14	45.2
Sexo		
Femenino	12	38.7
Masculino	19	61.3
Estado Civil		
Soltero	17	54.8
Casado	12	38.7
Divorciado	2	6.5
Nivel socio-económico		
Medio	14	45.2
Alto	17	54.8
Procedencia		
Urbano	22	71.0
Rural	9	29.0

Fuente: Expediente Clínico

Se evaluado como fue el Inicio de la enfermedad de pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna identificando que la mayoría de ellos reportaron inicio brusco 83.9%, e insidioso 16.1%. Ver gráfica 1.

Gráfica 1. Inicio de la enfermedad de pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna. N=31



Con relación a los antecedentes patológicos crónicos en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) se evidencio que el 61.3% presentó antecedentes de hipertensión arterial crónica, seguido de enfermedad acido péptica con 58.1%, Diabetes Mellitus 51.6%, Enfermedad Hepatobiliar 45.2%. Ver tabla 2

Tabla 2. Antecedentes patológicos en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna. N=31

Patología crónica	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus	16	51.6
HTA	19	61.3
Artritis reumatoide	2	6.5
Enfermedad acido péptica	18	58.1
Enfermedad Hepatobiliar	14	45.2
Infección por H. Pylori	3	0.93
Cáncer	2	6.5
Enfermedad hematológica:	2	6.5
Enfermedad renal crónica	13	41.9

Fuente: Expediente Clínico

Con relación a los hábitos de vida en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna, se determinó consumo de alcohol y AINES en 71%, tabaco 61.3%, utilización de corticoide 48.4%, utilización de anticoagulante 41.9% y en menor porcentaje recurrencia de enfermedad 3.2%. Ver tabla 3

Tabla 3. Hábitos de vida en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna. N=31

Hábitos de vida	Frecuencia	Porcentaje
Consumo de alcohol	22	71
Consumo de tabaco	19	61.3
Recurrencia de enfermedad:	1	3.2
Utilización de AINES:	22	71
Utilización de corticoides:	15	48.4
Utilización de anticoagulantes	13	41.9

Fuente: Expediente Clínico

Con respecto a la distribución de las manifestaciones clínicas al momento de realización de la endoscopia se observó el siguiente patrón de frecuencia: Melena 100%, hematemesis 77.4%, dispepsia 38.7% y anemia 77.4%. Ver tabla 4

Tabla 4. Manifestaciones clínicas más frecuente en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna. N=31

	Frecuencia	Porcentaje
Melena	31	100
Hematemesis	24	77.4
Dispepsia	12	38.7
Anemia	24	77.4

Fuente: Expediente Clínico

El estudio estableció la clasificación Forrest para las úlceras, de un total de 22 pacientes con diagnóstico de sangrado del tubo digestivo alto (SDA) de origen no variceal, se aprecia que un 40.9% corresponde al estadio IIB (Coagulo adherido), seguido de IIA 27.2%, IIC 22.7% y IB 9.2%. Además, el 100% de los pacientes se identificó en escala mayor de 1 en Glasgow – Blatchford donde se traduce que todos los pacientes con sangrado digestivo alto requirieron intervención médica, transfusión, endoscopia. Ver tabla 5

Tabla 5. Escalas pronósticas y severidad en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna. N=31

	Frecuencia	Porcentaje
Escala de Glasgow – Blatchford		
mayor de 1	31	100
Clasificación de Forrest		
IA	-	-
IB	2	9.2
IIA	6	27.2
IIB	9	40.9
IIC	5	22.7
III	-	-

Fuente: Expediente Clínico

En cuanto a los hallazgos endoscópicos descritos y registrados en el expediente clínico se encontró que en los pacientes se presentó gastritis erosiva 71%, Úlcera gástrica 32.3%, y gastropatía erosiva hemorrágica 12.9%. Ver tabla 6

Tabla 6. Hallazgos endoscópicos en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna. N=31

	Frecuencia	Porcentaje
Gastritis erosiva	22	71
Gastropatía erosiva hemorrágica	4	12.9
Várices esofágicas	9	29
Úlcera gástrica	10	32.3
Úlcera duodenal	2	6.5
Úlcera duodenal y gástrica	9	29
Carcinoma ulcerado	1	3.2

En cuanto a la correlación entre manifestaciones clínicas y hallazgos endoscópicos, se logró identificar correlación significativa entre hematemesis y gastritis erosiva [19 (79.2%); $p=0.040$], además de dispepsia y gastritis erosiva [11 (91.7%); 0.044], y anemia y gastritis erosiva [19 (79.2%); $P=0.043$]. también se identificó correlación entre ulcera duodenal y gástrica y hematemesis [9 (37.5%); $P=0.040$], y dispepsia y ulcera duodenal y gástrica [6 (50%); $P=0.041$]. Ver tabla 7

Tabla 7. Correlación entre manifestaciones clínicas y los hallazgos endoscópicos en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna. N=31

Hallazgos endoscópicos	Manifestaciones Clínicas							
	Melena		Hematemesis		Dispepsia		Anemia	
	N=31 (%)	P	N=24 (%)	P	N=12 (%)	P	N=24 (%)	P
Gastritis erosiva	22 (71)	-	19 (79.2)	.040	11 (91.7)	.044	19 (79.2)	.043
Gastropatía erosiva hemorrágica	4 (12.9)	-	2 (8.3)	.160	-	-	3 (12.5)	.901
Úlcera esofágica	-	-	-	-	-	-	-	-
Varice	9 (29)	-	7 (29.2)	.976	2 (16.7)	.228	6 (25)	.360
Úlcera gástrica	10 (32.3)	-	7 (29.2)	.495	4 (33.3)	.919	8 (33.3)	.813
Úlcera duodenal	2 (6.5)	-	1 (4.2)	.338	-	-	1 (4.2)	.338
Úlcera duodenal y gástrica	9 (29)	-	9 (37.5)	.040	6 (50)	.041	8 (33.3)	.329
Úlcera duodenal y gastro duodenitis erosiva	-	-	-	-	-	-	-	-
Carcinoma ulcerado	1 (3.2)	-	1 (4.2)	.583	-	-	1 (4.2)	.583

Fuente: Expediente Clínico

En relaciona a la correlación entre hábitos de vida y hallazgos endoscópicos, se identificar correlación significativa entre consumo de alcohol y ulcera gástrica [5 (22.7%); $P=0.045$], recurrencia de enfermedad y gastropatía erosiva hemorrágica [1 (100%); $P=0.008$]. Ver tabla 7

Tabla 8. Correlación entre hábitos de vida y los hallazgos endoscópicos en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna. N=31

Hallazgos endoscópicos	hábitos de vida											
	Consumo de alcohol		Consumo de tabaco		Recurrencia de enfermedad		Utilización de AINES		Utilización de corticoides		Utilización de anticoagulantes	
	N=22	P	N=19	P	N=1	P	N=22	P	N=15	P	N=13	%
	(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)	
Gastritis erosiva	16 (72.7)	.73 6	15 (78.9)	.21 8	-	-	16 (72.7)	.76 3	11 (73.3)	.7 79	8 (61.5)	.32 6
Gastropatía erosiva hemorrágica	3 (13.6)	.84 9	3 (15.8)	.54 6	1 (100)	.00 8	2 (9.1)	.32 2	1 (6.7)	.3 16	2 (15.4)	.72 6
Úlcera esofágica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varice	8 (36.4)	.16 0	7 (36.8)	.22 8	-	-	7 (31.8)	.59 3	3 (20)	.2 83	4 (30.8)	.85 6
Úlcera gástrica	5 (22.7)	.04 5	4 (21.1)	.09 3	1 (100)	.14 1	7 (31.8)	.93 5	5 (33.3)	.9 01	3 (23.1)	.35 3
Úlcera duodenal	2 (9.1)	.35 0	2 (10.5)	.24 5	-	-	2 (9.1)	.35 0	1 (6.7)	.9 62	-	-
Úlcera duodenal y gástrica	7 (31.8)	.59 3	7 (36.8)	.22 8	-	-	6 (27.3)	.73 6	5 (33.3)	.6 09	5 (38.5)	.32 6
Úlcera duodenal y gastro duodenitis erosiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Carcinoma ulcerado	1 (4.5)	.51 6	-	-	-	-	1 (4.5)	.51 6	1 (6.7)	.2 94	1 (7.7)	.23 2

Fuente: Expediente Clínico

IX. DISCUSIÓN

La investigación se realizó en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la Ciudad de León, realizando análisis a 31 expedientes de pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna, los datos revelen que la población estudiada poseen características similares a los publicaciones de tema similares edades mayores de 50 años, masculino, solteros, del área urbana, estas características son similares a los reportado en el 2013, en Cuba, Felipe Piñol Jiménez realizó un estudio cuyo objetivo fue de considerar que la hemorragia digestiva alta es una urgencia que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, con una edad promedio de 57,3 años \pm 8 más o menos 13.5 años; del cual el predominio de la sintomatología fue en el varón.

Los hallazgos demostraron que los antecedentes patológicos fueron la hipertensión arterial crónica, así como enfermedad ácido péptica, enfermedad hepatobiliar y Diabetes Mellitus tipo 2, así lo reporta Luis Fernando Granera en su estudio en el Hospital Alemán Nicaragüense de Managua, Nicaragua (2017) donde encontró patologías previas fueron diabetes e hipertensión.

En relación a los hábitos de vida en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) el estudio identificó entre las principales el consumo de alcohol, tabaco, utilización de corticoide, utilización de anticoagulante y en menor porcentaje recurrencia de enfermedad. Estos resultados coinciden con lo reportado por Luis Fernando Granera donde determina hábitos de vida como alcoholismo e ingesta de Glucocorticoides (GCC).

Las manifestaciones clínicas al momento de realización de la endoscopia se la más frecuente fue la Melena y en menor frecuencias hematemesis, dispepsia y anemia, datos muy similares a lo reportado en el estudio por Felipe Piñol donde determina que la presentación clínica más frecuente fue la melena.

El estudio estableció que la clasificación Forrest para las úlceras la más prevalente fue el estadio IIB (Coagulo adherido), además que se determinó que todos los pacientes presentaban nivel grave de sangrado de las úlceras pépticas lo cual permitía un abordaje terapéutico. En cuanto a los hallazgos endoscópicos descritos y registrados en el expediente clínico se encontró que en los pacientes se presentó gastritis erosiva, úlcera gástrica, y gastropatía erosiva hemorrágica. Datos que son respaldados por Alfonso Chacaltana y et. al, de los cuales se tuvo que fueron las erosiones gástricas, eritema parcelar, úlcera gástrica y erosiones duodenales.

Luis Fernández Granera en el 2016 expresa que la causa más frecuente fue la gastritis erosiva hemorrágica (GEH), lo que contrasta con la bibliografía consultada en la que se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de sangrado.

Se determinó que la hemorragia digestiva alta (HDA) puede tener muchas causas, la mayoría de los episodios de sangrado se deben a un tipo reducido de lesión. la causa más frecuente fue la gastritis erosiva hemorrágica (GEH), en la que se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de sangrado. Esta afección corresponde a la respuesta gástrica común a diferentes noxas asimilables al concepto de stress fisiológico.

Esto se correlaciona perfectamente con la alta incidencia de consumo de medicamentos (AINES, glucocorticoides) y alcohol, reflejada en el estudio. Datos similares se reporta en esta investigación donde se establece correlación significativa entre consumo de alcohol, utilización de AINES, corticoide y anticoagulante con Gastropatía erosiva hemorrágica ($p=0.008$), además se estableció correlación entre úlcera gástrica entre consumo de alcohol, tabaco, Utilización, ($p=0.035$).

Otros irritantes habituales de la sociedad, tales como café, tabaco y condimentos, explicarían su alta frecuencia. También es de destacar que en un gran porcentaje (57%) se halló patología asociada, lo cual puede tener una correlación directa con la patología digestiva.

X. CONCLUSIONES

1. El grupo etario de mayor prevalencia en el estudio en pacientes hospitalizados con sangrado del tubo digestivo alto (SDA) en el servicio de Medicina Interna fue de 31 a 40 años de edad, del sexo masculino, solteros, con nivel socio económico alto y de procedencia en su mayoría urbana.
2. Con respecto a los principales hallazgos endoscópicos en pacientes hospitalizados con sangrado digestivo alto fueron más frecuentes ulcera gástricas, gastritis erosiva y gastropatía erosiva hemorrágica.
3. Con respecto a la distribución de las manifestaciones clínicas al momento de realización de la endoscopia, las más frecuentes fueron melena, seguido de hematemesis y anemia.
4. Según la escala Glasgow – Blatchford todos los pacientes tiene una puntuación mayor de 1, lo cual traduce necesidad de intervención médica, transfusión y realización de endoscopia, además los pacientes con diagnóstico de sangrado del tubo digestivo alto (SDA), se situaron en su mayoría en estadio IIB seguido de IIA, IIC y IB en el score de Forrest.
5. Los hábitos de vida más frecuente fueron consumo de alcohol, tabaco, utilización de corticoide, utilización de anticoagulante y en menor porcentaje recurrencia de enfermedad.
6. La patología crónica más frecuente en pacientes en estudio fueron Hipertensión arterial crónica (HTA), Enfermedad Hepatobiliar y Diabetes Mellitus
7. Se determinó correlación entre manifestaciones clínicas y hallazgos endoscópicos, como hematemesis y gastritis erosiva, dispepsia y gastritis erosiva y anemia y gastritis erosiva. también se identificó correlación entre ulcera duodenal y gástrica y

hematemesis, y dispepsia y ulcera duodenal y gástrica habiendo significancia estadística.

8. En relación a la correlación entre hábitos de vida y hallazgos endoscópicos, se identifica correlación significativa consumo de alcohol y ulcera gástrica, recurrencia de enfermedad y gastropatía erosiva hemorrágica, siendo esta relación estadísticamente significativa

XI. RECOMENDACIONES

Al MINSA

- Continuar con los programas de vigilancia y monitoreo de los casos de sangrado digestivo alto, dando seguimiento a la evolución y pronóstico.
- Realizar presentación frecuente y confiable sobre el comportamiento clínico epidemiológico de sangrado del tubo digestivo alto (SDA)
- Promover los espacio de captación de pacientes en riesgo de sangrado del tubo digestivo alto (SDA)
- Realización de endoscopia precoz, para el tratamiento y manejo adecuado y prevención de complicaciones.
- Enfocarse en la optimización de los lineamientos en abordaje de pacientes ingresados con sangrado digestivo alto en el servicio de Medicina Interna.
- Continuar realizando investigaciones clínicas que incluyan el análisis de la más a profundizada que identifiquen factores de riesgo y posibles soluciones.

A los pacientes

- Visitar las unidades de salud más cercana cuando presenten síntomas clínico epidemiológico de sangrado del tubo digestivo alto (SDA)
- Concientización para la realización de endoscopia como método preventivo para evitar complicaciones mayores

XIII.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, Chandrasekhara V, Chathadi K, Decker GA, et al. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* [Internet]. 2012 Jun [cited 2018 May 20];75(6):1132-8. DOI: 10.1016/j.gie.2012.02.033. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22624808>.
2. Dallas MS, Palmer MR. Upper gastrointestinal hemorrhage. *British Medical J* 2001; 323: 1115-1117. 2015.
3. Rockey DC. Gastrointestinal bleeding. En: Sleisenger MH, Feldman M, Friedman LS, editors. *Gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis and management*. Philadelphia: WB Saunders Co; 2002. p. 211-48.
4. Granera Gutierrez, Luis Fernando. Correlación entre la presentación clínica y los hallazgos endoscópicos, en pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva sometidos a endoscopia digestiva alta, en el Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016. Managua, 2017.
5. J. L. Martínez Porras, J.L. Calleja Panero. Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos. Unidad de Aparato digestivo. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. Servicio de gastroenterología. Clínica Puerta de Hierro. Universidad autónoma de Madrid. 2015
6. Milagros Basto Valencia, Vargas Cárdenas G, Chaparro PA. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva Alta en el Hospital Nacional “arzobispo Loayza” 1980 – 2003

7. Chacaltana A, Velarde H, Espinoza J. Lesiones endoscópicas del tracto digestivo alto en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. 2007. Lima Perú
8. Ayala Rios S, Pichilingue Prieto O, Capcha Loyola T; Alba Rodriguez ME, Pichilingue Reto K. Dispepsia: características clínicas; hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital nacional Hipolito Unanue, Lima, Perú, 2010.
9. Zuckerman GR, Prakash C, Askin MP, Lewis BS. AGA technical review on the evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. Gastroenterology[Internet]. 2000 Jan [cited 2018 Aug 15];118(1):201- 21. PMID: 10611170. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10611170>.
10. Rodríguez Z, Acosta D, Fong J, Pagés O. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. Rev Cubana Cir [Internet]. 2010 Mar [citado 2019 Oct 16]; 49(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7493201000100011&lng=es.
11. Bermejo F, Gilbert JP. Protocolo Terapéutico de la Úlcera Gástrica. Servicio Gastroenterología Hospital Universitario Ramón y Cajal. Hospital Universitario de la Princesa Madrid; 2013. [Tesis]. Disponible en: http://medbox.iiab.me/modules/es/dr_min_salud/Gastroenterologia/6_SANGRADO%20DIGESTIVO.pdf.
12. Katschinski B, Logan R, Davies J, Faulkner G, Pearson J, Langman M. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. Dig Dis Sci. 1994 Apr;39(4):706-12. PMID: 7908623. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7908623>.
13. Recio JM, Sánchez MP, Peña JA, Fernández E, Aguilera M, Zambrana JL. Capacidad predictiva de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en un servicio de urgencias. Rev. esp. enferm. Dig [Internet]. 2015[cited 2018 Nov 13]; 107(5):262- 267. ISSN 1130-0108.

Disponible

en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113001082015000500003&script=sci_arttext&tlng=es.

14. Rodriguez H. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 Abril[cited 2018 Jul 25];10(22). ISSN 1695-6141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200003.
15. Loren L, Jensen DM. Management of patients with Ulcer Bleeding 2012 ACG (Am J Gastroenterol[Internet]. 2012 Mar[cited 2018 Nov 15];107(3):345-360. DOI:10.1038/ajg.2011.480. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22310222>.

IX. ANEXOS

Anexo 1.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° de Ficha:

N° Expediente:

ITEM 1 Datos socio-demográficos

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

ITEM 2 Presentación Clínica

6. Inicio de la enfermedad: 1. Brusco ___ 2. insidioso_____

ITEM 3 Antecedentes patológicos y hábitos

3.1 Padecimiento de patología crónica

7. Diabetes Mellitus 1. Si ___ 2. No _____
8. HTA 1. Si ___ 2. No _____
9. Artritis reumatoide 1. Si ___ 2. No _____
10. Enfermedad acido péptica 1. Si ___ 2, No _____
11. Enfermedad Hepatobiliar 1. Si ___ 2. No _____
12. Infección por H. Pylori 1. Si ___ 2. No _____
13. Cáncer 1. Si ___ 2. No _____
14. Enfermedad hematológica: 1. Si ___ 2. No _____
15. Enfermedad renal crónica 1. Si ___ 2. No _____

3.2 Hábitos de vida

16. Consumo de alcohol 1. Si ___ 2. No _____
17. Consumo de tabaco 1. Si ___ 2 No _____
18. Recurrencia de enfermedad: 1. Si ___ 2. No _____

19. Utilización de AINES: 1. Si ___ 2. No ___

20. Utilización de corticoides: 1. Si ___ 2. No ___

21. Utilización de anticoagulantes: 1. Si ___ 2. No ___

Presencia de otros antecedentes: _____

ITEM 4 Manifestaciones clínica más frecuente (puede marcar más de dos opciones)

22. Melena 1. Si ___ 2. No ___

23. Hematemesis 1. Si ___ 2. No ___

24. Dispepsia 1. Si ___ 2. No ___

25. Anemia 1. Si ___ 2. No ___

Presencia de otros síntomas o signos clínicos

ITEM 5 Aplicación de escalas pronósticas y severidad

26. Escala de Glasgow – Blatchford: 1. Menor de 1 ___ 2. Mayor de 1 ___

Clasificación de Forrest:

27. IA: 1. Si ___ 2. No ___

28. IB: 1. Si ___ 2. No ___

29. IIA: 1. Si ___ 2. No ___

30. IIB: 1. Si ___ 2. No ___

31. IIC: 1. Si ___ 2. No ___

32. III: 1. Si ___ 2. No ___

ITEM 6 Hallazgos endoscópicos:

Lesiones endoscópicas obtenidas (observadas por endoscopia) post endoscopia:

33. Gastritis erosiva 1. Si ___ 2. No ___

34. Gastropatía erosiva hemorrágica 1. Si ___ 2. No ___

35. Úlcera esofágica 1. Si ___ 2. No ___

- | | |
|---|-------------------|
| 36. Varice | 1. Si___ 2. No___ |
| 37. Ulcera gástrica | 1. Si___ 2. No___ |
| 38. Ulcera duodenal | 1. Si___ 2. No___ |
| 39. Ulcera duodenal y gástrica | 1. Si___ 2. No___ |
| 40. Ulcera duodenal y gastro duodenitis erosiva | 1. Si___ 2. No___ |
| 41. Carcinoma ulcerado | 1. Si___ 2. No___ |
| 42. Otro | 1. Si___ 2. No___ |