



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA NO VARICEAL  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA III ESSALUD PIURA**

**2004-2010**

**PRESENTADA POR**

**OSCAR FRANCISCO SANDOVAL EVANGELISTA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA INTERNA**

**LIMA – PERÚ**

**2015**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual**  
**CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**SECCION DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA NO VARICEAL  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA III ESSALUD PIURA  
2004-2010**

**TESIS**

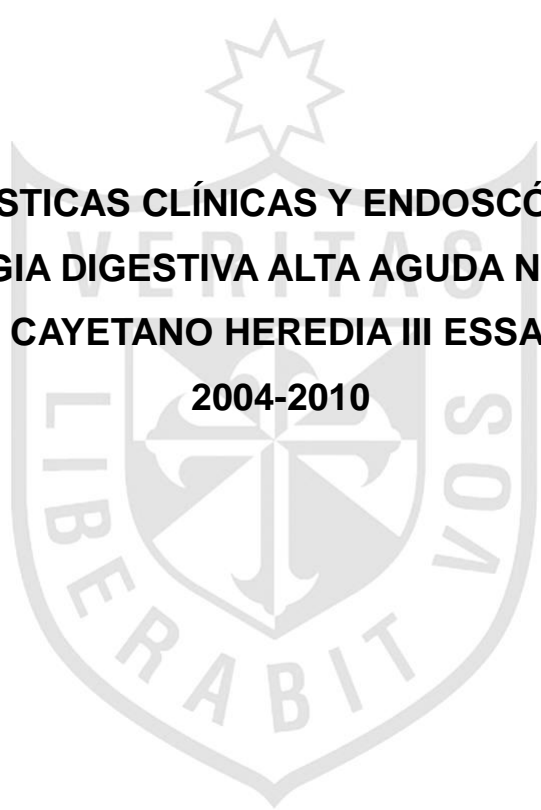
**PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA INTERNA**

**PRESENTADO POR**

**OSCAR FRANCISCO SANDOVAL EVANGELISTA**

**LIMA - PERÚ**

**2015**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA NO VARICEAL  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA III ESSALUD PIURA**

**2004-2010**

## **ASESOR**

Dr. Zoel Huatuco Collantes

## **JURADO**

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero. Doctor en Salud Pública

Miembro. Pedro Javier Navarrete Mejía. Doctor en Salud Pública

Miembro. Manuel Loayza Alarico. Doctor en Salud Pública



## DEDICATORIA

Dedico la presente Tesis a mi familia



## INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	I
INDICE	II
INDICE DE TABLAS	II
INDICE DE GRAFICOS	IV
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCION	3
CAPITULO I MARCO TEORICO	6
1.1 Antecedentes del estudio	6
1.2 Bases teóricas	13
1.3 Definiciones conceptuales	33
CAPITULO II METODOLOGIA	34
2.1 Tipo de estudio y diseño utilizado	34
2.2 Sujetos, universo y muestra	34
2.3 Procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de datos	35
2.4 Instrumentos de recolección utilizados	36
2.5 Aspectos éticos	36
CAPITULO III RESULTADOS	37
CAPITULO IV DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
4.1 Discusión	50
4.2 Conclusiones	55
4.3 Recomendaciones	56
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	66

## INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Edad en pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	37
Tabla 2. Sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	38
Tabla 3. Antecedentes de ingesta de fármacos de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	39
Tabla 4. Tipo de Sangrado Digestivo melena y/o hematemesis de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	40
Tabla 5. Tipo de Sangrado Digestivo hematemesis de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	41
Tabla 6. Comorbilidad (1 o más enfermedad) de los pacientes con	42



hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia

III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

Tabla 7. Hemoglobina de ingreso de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

43

Tabla 8 . Frecuencia cardiaca por minuto de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

44

Tabla 9. Palidez de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

45

Tabla 10. Dolor abdominal de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

46

Tabla 11. Transfusión de sangre de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

47

Tabla 12. Tipo de lesión endoscópica de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III.

ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

48

Tabla 13. Hallazgo endoscópico de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

49



## INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1. Edad en pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	37
Grafico 2. Sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	38
Grafico 3. Antecedentes de ingesta de fármacos de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	39
Grafico 4. Tipo de Sangrado Digestivo melena y/o hematemesis de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	40
Grafico 5. Tipo de Sangrado Digestivo hematemesis de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	41
Grafico 6. Comorbilidad (1 o más enfermedad) de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	42
Grafico 7. Hemoglobina de ingreso de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	43

Grafico 8 . Frecuencia cardiaca por minuto de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	44
Grafico 9. Palidez de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	45
Grafico 10.Dolor abdominal de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	46
Grafico 11.Transfusión de sangre de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	47
Tabla 12. Tipo de lesión endoscópica de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	48
Grafico 13. Hallazgo endoscópico de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010	49

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar las características clínico y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta aguda no variceal del adulto mayor en el Hospital III Cayetano Heredia de Piura en el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2010 .

El tipo de investigación es descriptivo, observacional, transversal, no experimental.

La muestra está constituida por 167 historias clínicas de pacientes mayores a 65 años ingresados por la emergencia

El 74,9% del total de pacientes tienen edad de 65 a 79 años, y el 73.1% son de sexo masculino, el 91% presentaron sangrado melena y el 52,1% sangrado hematemesis, el 66.5% presentaron lesión endoscópica de tipo ulcera y el 46.7% presentaron hallazgo endoscópico Forrest III

Las conclusiones las características de los pacientes son varones mayores de 65 años con tipo de sangrado de melena y hematemesis, la gran mayoría con lesión endoscópica Forrest III

Palabras claves: Hemorragia digestiva alta, melena, hallazgo endoscópico.

## ABSTRACT

This research aims to determine the clinical and endoscopic features of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding in the elderly III Hospital Cayetano Heredia in Piura in the period from January 1, 2004 to December 31, 2010.

The research is descriptive, observational, cross-sectional, and not experimental.

The sample consisted of 167 medical records of patients over 65 admitted by the emergency

74.9% of all patients are age 65-79 years, 73.1% were male, 91% had melena bleeding and hematemesis bleeding 52.1%, 66.5% had endoscopic ulcer lesion type and 46.7% had endoscopic finding Forrest III.

The conclusions the characteristics of the patients are men over 65 with long hair type of bleeding and hematemesis, most endoscopic injury Forrest III

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, melena, endoscopic finding.

## INTRODUCCION

Entre un 35 a 45% de todos los casos de Hemorragia Digestiva Alta Aguda se producen en pacientes con más de 60 años de edad, y de estos, la mitad está provocada por ulcera péptica. Otras causas importantes de hemorragia digestiva alta macroscópica en los ancianos son las erosiones esofágicas y gástricas.<sup>1</sup>

Los pacientes ancianos sufren mayor morbilidad que los pacientes jóvenes en cuanto a la duración, el volumen de sangre transfundida y la frecuencia de la cirugía. Entre las complicaciones que se producen en un episodio de Hemorragia digestiva alta se mencionan la cardiopatía, la nefropatía, la neuropatía, sepsis y reacciones a los medicamentos y a las transfusiones así como el shock hipovolémico la hipoxia y sus consecuencias el fallo multiorganico y el paro cardiorespiratorio.<sup>2</sup>

Además es conocido que los pacientes ancianos tienen más posibilidades que los jóvenes de morir durante el ingreso hospitalario por hemorragia gastrointestinal, sobre todo si la causa es una ulcera péptica complicada o sangrante.<sup>3</sup>

El envejecimiento es un problema irreversible e inevitable. El aumento de la edad se acompaña de cambios que repercuten sobre el proceso fisiológico normal de todos los sistemas del organismo.<sup>4</sup>

En el anciano es frecuente encontrar la atrofia y la insuficiencia funcional del aparato digestivo: se puede constatar un adelgazamiento de la mucosa que ocasiona gastritis atrófica con aumento de leucocitos y agregados linfoides e hipotonía de las capas musculares con disminución de la actividad secretora

tanto de la ptilina como del ácido clorhídrico los jugos gastrointestinales y pancreáticos y reducción de la capacidad de absorción. <sup>5</sup>

Coexisten zonas de hipertrofia regenerativa parcial que ocasiona un cuadro estructural que produce mamelones e invaginaciones y en ocasiones existen inflamaciones silentes que originan erosiones sangrantes. Es frecuente la hipotonía del tubo digestivo. La pérdida de la dentadura crea una mala masticación de los alimentos, por lo cual la primera etapa de la digestión se encuentra deficiente y es provocada por la debilidad de los tejidos gingivales de sostén. <sup>6,7</sup>

La mortalidad a nivel internacional no ha variado y se sitúa en alrededor del 10% a pesar del avance en el manejo endoscópico. La falta de un conocimiento exacto de criterios diagnósticos y de manejo así como la problemática de discernir la severidad o estadio evolutivo de esta emergencia ha determinado retrasos en la conducta terapéutica. Hecho que demuestra la búsqueda y puesta en práctica de scores y escalas clínicas de severidad para toma de decisiones en el manejo de este cuadro. <sup>8</sup>

Es vital saber reconocer las características clínicas de la hemorragia digestiva alta aguda No variceal en este grupo etario con el fin de realizar un diagnóstico precoz y evitar complicaciones agudas que pueda desencadenar pérdidas irre recuperables. Sin embargo estas características clínicas se ven solapadas y se hacen poco evidentes en casos leves y moderados de hemorragia digestiva alta aguda lo que hace difícil su diagnóstico certero y



conlleva retrasos en la conducta terapéutica.

Pocos estudios de validación de escalas de severidad se han llevado a cabo en nuestro país, en el Hospital Cayetano Heredia y otro en el Hospital Hipólito Unanue. Es necesario continuar la investigación de este problema enfocándonos en la caracterización de la parte clínica y el manejo inicial para hacer un correcto estadiaje de severidad y una oportuna intervención por lo que en el presente estudio se pretende mostrar la necesidad de reconocer adecuadamente las características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta aguda No variceal en el adulto mayor.

La importancia de estudiar estas variables radica en que se puede diagnosticar oportunamente la severidad de la hemorragia Digestiva No variceal en el adulto Mayor y así tomar una adecuada conducta terapéutica ya que sabemos que la signo logia en el adulto mayor es variable así como las manifestaciones sintomáticas que en ocasiones pueden pasar por desapercibidas. Asimismo son pocos los estudios en este grupo etario que demuestren la relación de la clínica, la endoscopia y las escalas de riesgo y severidad en el Perú.

Al inicio pueden darse poca relevancia a la clínica en el anciano. Pero con una oportuna evaluación clínica podemos brindar una eficiente atención en los centros hospitalarios.

La magnitud del sangrado digestivo alto es difícil de calcular, aunque existen aproximaciones que pueden ser útiles para la evaluación

El estudio demostró la relación que existe entre las manifestaciones

clínicas y la severidad con que se presenta la hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el adulto mayor. Se obtuvo una validación de los parámetros clínicos en base a los esquemas de estadiaje de severidad más usados en la Hemorragia Digestiva No variceal en el Adulto Mayor con el fin de establecer guías y parámetros de actuación clínica en este grupo etario.

Asimismo se hace una descripción de los hallazgos endoscópicos de esta entidad que se presentan en este grupo etario de esta forma clarificar el contexto en que se presentan las manifestaciones clínicas en relación a los hallazgos endoscópicos.

En cuanto al objetivo general se plantea determinar las características clínica y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta aguda no variceal del adulto mayor en el Hospital III Cayetano Heredia de Piura en el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2010

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes de la investigación

La investigación de Corzo et al. Tuvo como objetivo encontrar que factores se relacionan directamente con la mortalidad de un episodio de Hemorragia digestiva alta y en los 30 días posteriores al evento. El presente estudio se caracteriza por un método de investigación o diseño observacional-analítico caso control retrospectivo. La población muestra estuvo constituida por 180 pacientes siendo 135 los controles y 45 los casos control. Publicado en la Revista de la Sociedad de Gastroenterología del Perú. Los resultados de la investigación: Se encontró que por análisis logístico bivariado para mortalidad a la Edad (OR=1.2), hematemesis (OR=2,57) hemorragia digestiva alta. Se concluye que los factores de riesgo que aumentan la mortalidad son Hemorragia Digestiva Alta Intrahospitalaria (OR=4), enfermedad cirrótica hepática (2.67), enfermedad neoplásica maligna (OR=5,37), ingreso a UCI y/o shock-trauma (OR=9.29), escala de Rockall mayor a 4 puntos (OR=19,75), resangrado (OR=5,65) y más de 2 paquetes globulares transfundidos (OR=1.22).<sup>9</sup>

Alva et al. Realizo una investigación cuyo objetivo fue evaluar le escala de severidad de hemorragia digestiva según el score de Baylor en los pacientes que ingresaron a la emergencia del hospital Cayetano Heredia. La población muestra incluyó a 181 pacientes. El 74 % fueron varones entre 14

y 94 años.

La investigación concluyo que la presentación clínica más frecuente fue la melena (77.9%) seguido de hematemesis 30%., ulcera gástrica (46.9%), ulcera duodenal (30.7%), la tasa de recidiva de hemorragia fue de 5.5% y la tasas de mortalidad fue de 11.05 %, el 60% de pacientes fallecieron por otra causa diferente de la Hemorragia. Y el 50% de pacientes con recidiva de hemorragia fallecieron por esta misma causa. Se agrupo a los pacientes según el valor de puntaje Baylor. Se observó que los pacientes con valor más bajo de Baylor (puntaje  $\geq$  4) No tuvieron recidiva de hemorragia, mortalidad ni paquetes transfundidos. Con valores de ROC bajos (0.81, 0.89 y 0.79 respectivamente). Se concluye que la escala modificada de Baylor es de utilidad en la predicción de mortalidad, recidiva de hemorragia digestiva y en menor medida útil en la predicción para la transfusión de más de 2 paquetes globulares.<sup>10</sup>

El estudio de Zaltzman<sup>11</sup> et al. Realizo un estudio retrospectivo observacional longitudinal. Con el objeto de recomendar una puntuación más sencilla y útil en la HDA. En la población muestra participaron 187 Hospitales Generales en EE.UU y usando recursos de partición estadísticos involucra a 29,222 participantes. La investigación determinó que los 5 mejores factores presentes en la admisión con la mejor discriminación fueron: Albumina  $<$  3.0 gr/dl., INR  $<$  1.5. Alteración del estado del sensorio. Presión arterial sistólica de 90 o menos y edad  $>$  de 65 años. Se determinó el puntaje AIM65 como score validado.

Para los que no tuvieron presentes los 5 parámetros la Mortalidad fue de

0.3% y los que tuvieron presentes los 5 parámetros la mortalidad fue del 31%. Se concluye que el estudio tuvo un alto Valor Predictivo Positivo (0.8) e IC de 95% para determinar severidad en los pacientes con escala de severidad alta de puntuación en la HDA.

Asimismo Laursen et al. Realizo una investigación cuyo objetivo general fue comparar sistemas de evaluación de riesgo en Hemorragia Digestiva Alta/HDA). El estudio se caracteriza por un diseño de tipo prospectivo longitudinal con los sistemas de puntuación de Glasgow Blatchford(GB) y GB extendido con la edad(GBE), el índice de Rockall , el Índice de Hemorragia de Baylor y el Índice Predictivo del centro Médico Cedars Sinai. Siendo el objetivo determinar que escala de riesgo de severidad es la más confiable y útil.

Se realizó el estudio en base a las variables: Necesidad de intervención clínica; Disposición para el alta temprana, probabilidad de resangrado y mortalidad. La población muestra estuvo conformada por 831 pacientes con HDA entre el 2010 y el 2011. Se consideró un diseño AUROC: sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo. Conclusiones: El score Glasgow Blatchford y Glasgow Blatchford extendido son los mejores sistemas de predicción de HDA en cuanto se refiere a la necesidad de intervención temprana e identifican mejor a los pacientes que serán dados de alta de forma segura.<sup>12</sup>

Espinoza, realizo una investigación cuyo objetivo fue validar el sistema de riesgo Rockall para Hemorragia Digestiva Alta/HDA) y encontrar el mejor valor que valide el mayor riesgo entre alto y bajo riesgo de mortalidad,

resangrado y necesidad de transfusión en hemorragia digestiva alta. El estudio se caracteriza por un diseño de tipo descriptivo, prospectivo en pacientes con hemorragia digestiva alta que acudió a la sala de emergencia del Hospital Cayetano Heredia por presentar clínica de hemorragia digestiva alta. Se utilizó el score de Rockall.

Se encontro variables que determinen mejor el riesgo leve y severo. En hemorragia digestiva alta. La población muestra estuvo conformada por 163 pacientes con hemorragia digestiva alta y se consideró el sistema de evaluación ROC (sensibilidad, especificidad y valores predictivos. La investigación determino un alto valor predictivo positivo.

Conclusiones: Se validó el sistema de severidad de Rockall como útil para predecir mortalidad en la hemorragia digestiva alta.<sup>13</sup>

La investigación de Fonseca et al. Se caracteriza por un estudio retrospectivo tipo observacional en doce hospitales de Portugal, siendo el objeto determinar las características clínicas y el manejo terapéutico así como determinar factores adversos asociados.

La población muestra estuvo definida por 404 participantes, la edad promedio fue de 68 años, hubo presencia de comorbilidades (68%). Las úlceras duodenales y gástricas las gastritis erosivas y la esofagitis erosiva fueron las causas principales de sangrado.

Los resultados: El 10% presentaba recidiva del sangrado, la edad mayor a 65 años fue categórica, las comorbilidades, la hematemesis de sangre fresca, shock o síncope, sangrado por sonda nasogástrica previa,

reemplazo masivo de líquidos y transfusiones de eritrocitos fueron factores determinantes.

Las Conclusiones de este estudio es que se ha contribuido a la caracterización de la clínica y los factores más importantes de mal pronóstico de la HDA No variceal así como la importancia del manejo por parte de unidades de hemorragia digestiva para un óptimo manejo de esta entidad.<sup>14</sup>

La investigación de Rodríguez et al. Cuyo diseño de estudio fue descriptivo de corte transversal, tuvo como objetivo conocer la severidad del comportamiento de la hemorragia digestiva no variceal usando el índice de Rockall. Publicado en la Revista Cubana de Cirugia. La población muestra tuvo participación de 182 pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal HDANV.

Resultados: Los Varones fueron los más afectados (54.5%). La ulcera duodenal fue la primera causa (52.2% de casos), La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente (60.7% de casos). El 44% requirió transfusión sanguínea. La mortalidad fue del 8%.

Conclusiones: El índice de Rockall tuvo una sensibilidad de 98.3% y una especificidad de 56.9%. Valor Predictivo del 52.3%. Valor predictivo negativo del 98.3%. En los pacientes clasificados de bajo riesgo la única complicación fue la recidiva 1.4%.<sup>15</sup>

La investigación de Marmo et al. Se caracteriza por un diseño prospectivo observacional siendo el objetivo de comparar el índice de mortalidad de la

escala de Rockall versus el Índice Nacional de hemorragia Digestiva Alta de Italia Propuesto por ellos. Se utilizó el  $\chi^2$  y la escala ROC para evaluar resultados. La población y muestra estuvo conformada por 1620 pacientes. La investigación determinó que se encontró a 60% de pacientes con ulcera péptica, una o más comorbilidades estuvo presente en 66% de casos y 66% pacientes murieron (4.85 % de mortalidad). Concluyendo que el índice Nacional de Hemorragia Digestiva Alta demostró una alta capacidad de discriminación que fue superior al índice de Rockal en predecir mortalidad ROC 0.81% versus 0.66%. Las 10 variables que constituyen el Índice Nacional de Hemorragia fue validada y fue superior al índice Rockall.<sup>16</sup>

La investigación de Pérez et al. Se caracteriza por un diseño retrospectivo observacional sobre el manejo y presentación de la HDA No variceal en España, Bélgica, Grecia, Italia, Noruega, Portugal y Turquía. Siendo el objetivo describir el perfil de presentación de la Hemorragia Digestiva No Variceal en Europa, el manejo clínico y los resultados del tratamiento clínico y endoscópico. La población y muestra incluía 403 pacientes. La mayoría fueron varones (71%), con edad media de 65 años, asociaron comorbilidad un 62% de los pacientes. La investigación determinó que la tasa de mortalidad fue del 30% .El 6.4% presentó persistencia y el 6.7% presentó resangrado después de la endoscopia. La forma de presentación no difiere de otros estudios. Las conclusiones de este estudio permiten conocer la presentación habitual y el manejo médico y endoscópico y se ajusta a las guías recientes propuestas a nivel internacional. Destaca que los pacientes de más edad y los que presentan una mayor cantidad de comorbilidades



explican que la mortalidad se haya mantenido estable en el transcurrir de los años a pesar del manejo más eficiente y oportuno de esta entidad.<sup>17</sup>

La investigación de Stephen et al. Se caracteriza por un estudio retrospectivo observacional. Siendo el objetivo determinar el pronóstico de mortalidad a largo plazo de pacientes que habían tenido Hemorragia Digestiva Alta (HDA) y su seguimiento 3 años después del evento (HDA). La población muestra estuvo definida por 12,212 pacientes en centros hospitalarios del Reino Unido. La investigación determinó que la mortalidad después de 3 años fue del 36% (5215 paciente), la mortalidad se incrementó 53 veces para pacientes más de 85 años. De estos la causa básica fue las neoplasias malignas de esófago, estómago y duodeno (48 y 32 % respectivamente). Las varices ocuparon 2.8% de mortalidad. Un factor de pobre pronóstico estuvo asociado a deprivación social. Se concluye que el estudio demuestra una alta mortalidad temprana con muy pobre pronóstico a largo plazo ya sea por varices esofágicas o enfermedades malignas en casos de Hemorragia digestiva alta.<sup>18</sup>

Asimismo la investigación de Cruz et al. Se caracterizó por un diseño descriptivo, retrospectivo de corte transversal de 320 pacientes. Siendo el objetivo determinar las características de la mortalidad por sangrado digestivo alto cuya población y muestra estuvo conformada por un total de 320 ingresados por HDA. La investigación determinó que el 80.6% eran mayores de 55 años. El consumo de aines fue elevado (54.8% de los casos). El 64% de los fallecidos se encontraba inestable

hemodinámicamente en el momento del ingreso. 47 pacientes fallecieron (15%). Solo se intervino al 32.4% de fallecidos: todos los pacientes que no se operaron fallecieron de un cuadro de shock hipovolémico. Se concluye que una actitud quirúrgica a tiempo podría haber disminuido la mortalidad.<sup>19</sup>

La investigación de Soto et al. Se caracterizó por un diseño descriptivo prospectivo de análisis uni y multivariado siendo el objetivo encontrar un nuevo sistema de puntuación de severidad y pronóstico para la Hemorragia digestiva alta aguda. La población incluyó a 98 pacientes que ingresaron a la emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Lima -Perú. Se consignaron variables clínicas y de laboratorio. Se definió a la HDA complicada como la asociada a resangrado digestivo o necesidad de cirugía.

Se determinó que la mortalidad fue del 9% y la proporción de pacientes con HDA que se complicó fue del 27.5%. El resultado desarrollado fue el siguiente: Probabilidad de HDA complicada  $\text{edad (años) / 2 + 30 (en presencia de ictericia) + 25 (en presencia de trombocitopenia) - 8}$ . El ROC fue de 0.78 (IC 96%). Se concluye que el puntaje desarrollado en el hospital Hipólito Unanue constituye una herramienta útil y fácil de aplicar comparado con el índice de Rockall.<sup>20</sup>

Rodríguez et al. Realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar las características epidemiológicas y clínicas de la hemorragia digestiva alta. El estudio se caracteriza por un diseño observacional retrospectivo con los datos obtenidos de las Historias clínicas desde 1994 al 2005. La población y muestra estuvo definida por más de 8000 pacientes hospitalizados en dicha unidad. La investigación determinó que el 82.7% de las Hemorragias

Digestivas son Altas y 17.3% son hemorragias digestivas bajas. En cuanto a sexo 62.6% son varones y 37.4% son mujeres. El 65.6% son mayores de 60 años de edad y 14.8% son mayores de 80 años de edad. La ulcera duodenal es la más frecuente causa de HDA (24.5%), ulcera Gástrica (19.8%), varices esófago-gástricas (15%), lesiones agudas de mucosa gástrica 6.4%, enfermedad divertículo de colon (5.3%), cáncer gástrico (2.6%), gastropatía hipertensiva portal (3. %). Hubo necesidad quirúrgica en 250 pacientes (5.4%). Se concluye que estas variables se presentan en la mayoría de guías internacionales. La mortalidad en la Unidad de HDA fue del 3%. Entre los principales factores de riesgo de severidad tenemos Volumen del sangrado, hepatopatía crónica y presencia de hematemesis.<sup>21</sup>

Basto et al. Realizó un estudio que se caracteriza por un diseño retrospectivo observacional de caso control con periodo longitudinal y analítico, siendo el objetivo identificar los factores de riesgo que incrementan la mortalidad y la eficacia de los tratamientos empleados en la Hemorragia digestiva alta y cuya población y muestra estuvo definida por muestreo irrestricto, obteniéndose 104 casos para cada grupo seleccionados aleatoriamente. La investigación determinó que los factores de riesgo asociados a morbilidad fueron sexo masculino con respecto a mayor pérdida de volumen (OR=1.94), ingesta de alcohol (OR=2.47), ulcera péptica (OR=2.83), enfermedad hepática crónica (OR=4.55), Hematemesis y melena (OR=2.85), Hematemesis sola (OR= 3.40), varices esofágica (OR=4.64). Se concluyó que los factores de riesgo que incrementan la

morbimortalidad son enfermedad hepática crónica, varices esofágicas, y presentación clínica de hematemesis y/o melena. El tratamiento médico-endoscópico y médico quirúrgico fueron factores denominados protectores (OR= 0.52 y OR =0.09). La disminución de la mortalidad es atribuida a la mejora de las técnicas terapéuticas endoscópicas y a la cirugía oportuna.<sup>22</sup>

Almeida et al. Se caracteriza por un diseño descriptivo retrospectivo siendo el objetivo determinar las características clínicas y demográficas de la hemorragia digestiva alta en Cuba cuya población y muestra estuvo definida por que incluyó a 551 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, admitidos en el servicio de cirugía del Hospital Universitario «Calixto García».La investigación determinó que al 92 % se le realizó endoscopia digestiva. Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva reciente fueron las gastroduodenitis agudizadas, y la hemorragia digestiva activa más frecuente en el momento de la endoscopia fueron las úlceras duodenales. Se realizó tratamiento médico clínico en el 89 % de los casos y tratamiento médico quirúrgico en el 11 % de pacientes. Se reportó que falleció el 6 % de los pacientes y las causas principales fueron las úlceras gastroduodenales, las várices gastroesofágicas y las gastroduodenopatías erosivas en ese orden. Se concluye que la hemorragia digestiva alta ocupa un lugar preponderante entre las causas de ingresos en el Hospital Universitario «Calixto García»<sup>23</sup>

## **1.2 Bases teóricas**

### **La Hemorragia Digestiva Alta**

Sangrado digestivo alto (SDA) o hemorragia digestiva alta (HDA) es toda pérdida hemática de cuantía suficiente como para producir hematemesis, melena o ambas, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. Además de los producidos en un órgano vecino, vierten su contenido al tracto digestivo por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) en el tramo limitado por los dos puntos referidos.<sup>24</sup>

Esta entidad es un problema frecuente en el mundo y es considerada 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 bibliografía médica.<sup>7-9</sup> Estudios realizados informan que su incidencia global en los países occidentales varía de 50 a 150 por cada 100 000 habitantes y representa 50 hospitalizaciones por cada 100 000 pacientes internados, cifra que no es real porque el 50 % de las hemorragias se producen durante la hospitalización.<sup>25</sup>

A pesar de los avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento, la mortalidad por este evento no ha variado sustancialmente en los últimos 30 años, lo que obedece a diversas circunstancias entre las que se encuentran el incremento de la edad de los pacientes. Los adelantos referidos han tenido poca repercusión en las hemorragias por várices esofágicas y de origen desconocido, entre otras causas. La mortalidad global por este síndrome oscila en la mayoría de las series entre 8 y 12 %.<sup>26</sup>

La hemorragia digestiva alta se presenta como hematemesis (vómito de sangre roja, fresca) melena (heces fecales negras) o ambas, con diversos grados de alteración hemodinámica, en dependencia de su localización, velocidad y cuantía de la pérdida sanguínea.<sup>27</sup> Se puede manifestar como hematoquesia, es decir, salida de sangre roja por el recto, generalmente por sangrado bajo o secundaria a sangrado masivo digestivo alto.

La magnitud del sangrado digestivo alto es difícil de calcular, aunque existen aproximaciones que pueden ser útiles para la evaluación. Se han utilizado numerosos términos para describir el grado de hemorragia digestiva, pero no se ha establecido ningún criterio uniforme debido a que ésta puede variar de un momento a otro, por lo que la precisión debe ser dinámica.<sup>28</sup> Esta dificultad es de interés por cuanto el conocimiento de la intensidad de la hemorragia ayuda a determinar la necesidad de una transfusión sanguínea, la eficacia del tratamiento médico y la indicación de la cirugía de urgencia. En principio toda hemorragia digestiva franca debe considerarse como potencialmente grave y, por tanto, requiere esfuerzos diagnósticos y terapéuticos intensos.<sup>29</sup>

Existen varios métodos clínicos para clasificar hemodinámicamente una hemorragia digestiva; uno de los más sencillos desde el punto de vista práctico es considerar la hemorragia leve o grave.<sup>30</sup>

- *Hemorragia leve*: Es aquella en la que la tensión arterial sistólica es superior a 100 mm Hg, el pulso es menor de 100 lpm, el aspecto de la piel es normal y a pesar de levantarse y sentarse el enfermo, no hay cambios ni en la tensión arterial ni en el pulso.

- *Hemorragia grave*: Es aquella en la que la tensión arterial sistólica es menor de 100 mm Hg y el pulso mayor de 100 lpm, acompañado de piel fría, pálida y sudorosa y cuando el ortostatismo produce cambios en la tensión arterial y el pulso.

La morbilidad y la mortalidad del paciente con un SDA se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, enfermedades asociadas, alcoholismo, coagulopatías, inmunosupresión, magnitud de la hemorragia, sangrado durante la hospitalización, origen de la hemorragia (arterial o venoso). La evolución y la mortalidad están muy relacionadas con las causas. Se pueden diferenciar tres grupos etiológicos con diferente significado pronóstico:<sup>31</sup>

- Grupo de bajo riesgo: hemorragias digestivas consecutivas al síndrome de MalloryWeiss, esofagitis, lesiones agudas de la mucosa gástrica (excluidas las úlceras por estrés) que tienen una escasa tasa de recidivas y una mortalidad mínima.
- Grupo de riesgo medio: constituido por el sangrado consecutivo a una úlcera péptica, con una mortalidad relativamente baja a pesar de la elevada proporción de las hemorragias persistentes (25-30 %), debido a la posibilidad de una actuación (endoscópica o quirúrgica).
- Grupo de alto riesgo: formado por las hemorragias de origen no precisado y por las consecutivas a várices esofágicas que presentan una mortalidad en torno a 30 %.

La causa de la hemorragia digestiva alta se identifica en el 80 % de los enfermos, entre ellas tenemos:

- Úlcera péptica.
- Erosiones gastroduodenales.
- Esofagitis.
- Várices.
- Síndrome de Mallory Weiss.
- Malformaciones vasculares.
- Neoplasias.
- Otras.
- No conocida.

Las dos causas más frecuentes de HDA son la úlcera péptica (duodenal o gástrica) y la secundaria a hipertensión portal, las cuales representan el 50 y 25 % de los ingresos, respectivamente.<sup>32</sup>

Otras causas menos frecuentes son: lesiones agudas de mucosa gástrica, angiодisplasias, síndrome de Mallory Weiss, tumores benignos o malignos de esófago, de estómago o duodeno, lesión de Dieulafoy, esofagitis hemorrágicas (péptica, infecciosa), úlcera esofágica (idiopática, péptica, viral), duodenitis hemorrágica, fístula aortoentérica, pólipos (gástricos, duodenales o esofágicos), tratamiento anticoagulante (hematomas intramurales), hemobilia (en ocasiones, como complicación de una biopsia hepática), hemorragia pospilotomía (generalmente autolimitada), hemosuccus pancreático («wirsungrragia») y pseudoquiste pancreático perforado al estómago. Mucho más escasas son las hemorragias debidas a enfermedades hematológicas: periarteritis nodosa, púrpura de Shönlein-Henöch y otras vasculitis,



seudoxantoma elasticum y síndrome de Ehler Danlos, sarcoma de Kaposi y citomegalovirus. Finalmente, vale recordar que entre 5 y 8 % de los ingresos por HDA no se logra hallar la causa de la hemorragia, a pesar de exámenes exhaustivos.

La úlcera péptica continúa siendo la causa más frecuente de HDA; constituye entre el 37-50 % de éstas y es dos veces más frecuente el sangrado por úlcera duodenal que gástrica. La magnitud del sangrado se ha correlacionado con el tamaño (mayor de 2 cm) y la localización, debido a la erosión de grandes vasos, principalmente los de cara posterior del bulbo duodenal (arteria gastroduodenal) y en la porción proximal de la curvatura menor gástrica (arteria gástrica izquierda).<sup>33</sup>

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de úlcera péptica son: la infección por *Helicobacter pylori* y la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Ambos han demostrado ser factores de riesgo independientes pero se ha evidenciado que la presencia de ambos produce un efecto sinérgico.<sup>34</sup> Sin embargo, estos factores podrían modificarse en un futuro, debido al uso creciente de la terapia erradicadora frente a la bacteria, el desarrollo de AINE menos gastroerosivos o la administración concomitante de inhibidores de la bomba de protones, como el omeprazol, en pacientes con ingestión prolongada de AINE.<sup>35</sup>

Las lesiones agudas de la mucosa gástrica constituyen hasta el 20 % de las causas de HDA, aunque habitualmente presentan un sangrado leve. Los factores clínicos asociados con la existencia de estas lesiones son la ingestión

de AINE, alcohol, o estado crítico del enfermo con ventilación mecánica, coagulopatía, lesiones neurológicas graves, politraumatizados, entre otros.<sup>36</sup>

La hemorragia secundaria a esofagitis se correlaciona con la gravedad de aquella, 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. El síndrome de Mallory-Weiss es un desgarramiento localizado en la unión esófago-gástrica que produce habitualmente un sangrado autolimitado. El cuadro típico es la instauración de náuseas o vómitos como antecedente de la hematemesis, principalmente en sujetos alcohólicos. Las neoplasias esófago-gástricas casi siempre se presentan en forma de sangrado crónico y la hemorragia aguda suele evidenciarse en los tumores de células estromales gastrointestinales ulcerados.

Existe un amplio abanico de lesiones vasculares causantes de HDA.<sup>37</sup> La fístula aortoentérica debe sospecharse en todo paciente con hemorragia digestiva e historia de aneurisma aórtico o portador de prótesis vascular aórtica, y se localiza habitualmente en la tercera porción duodenal. Otra causa más inusual, como la hemobilia, se sospechará ante la salida de sangre por la papila en relación con una fístula arteriobiliar traumática; el diagnóstico se confirma mediante angiografía. Las malformaciones arteriovenosas ocasionalmente son origen de hemorragia importante y se observan principalmente en ancianos, valvulopatías, con frecuencia anticoagulados y asociadas al síndrome de telangiectasia hemorrágica hereditaria. La ectasia vascular antral o *watermelon stomach* habitualmente se manifiesta en forma de

anemia ferropénica. La lesión de Dieulafoy, arteria anormalmente larga que, a diferencia del resto de los vasos, mantiene el mismo calibre al atravesar la pared gastrointestinal, suele ser causa de sangrado importante y recurrente, y se localiza habitualmente en la región proximal de la cavidad gástrica.<sup>38</sup>

### **Diagnóstico**

El método diagnóstico habitual es la endoscopia alta y la radiografía baritada de esófago, estómago y duodeno, y con menos frecuencia la arteriografía, la enteroscopia, la gammagrafía y la endoscopia preoperatoria. Las pruebas de laboratorio clínico revelan las alteraciones hematológicas concomitantes.<sup>39</sup>

### **Laboratorio**

Se realiza una analítica general que incluya hemograma, coagulación, bioquímica general, así como pruebas cruzadas para una futura transfusión. La hemoglobina y el hematocrito orientan sobre la cuantía del sangrado, aunque puede que no reflejen la pérdida real hasta pasadas 24-72 h, al ponerse en marcha los mecanismos de restauración. El volumen corpuscular medio será normal y, si se encuentra descendido, sospecharemos pérdidas crónicas. La bioquímica general suele ser normal excepto en pacientes con shock hipovolémico en los que puede existir una alteración de la función renal e incluso fallo multiorgánico. Puede existir elevación de la urea, con una

proporción urea/creatinina mayor de 100, a diferencia de la hemorragia digestiva baja. Las pruebas de coagulación permiten descartar la presencia de coagulopatías asociadas.<sup>40,41,42</sup>

### **Esofagogastroduodenoscopia**

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 enfermos (90-95 %) con una morbilidad menor del 0,01 %. Se reconoce que tiene una sensibilidad del 98 %, especificidad del 33 %, con 5 % de falsos positivos y 37 % de falsos negativos.

Desde 1981 se considera como un método de tratamiento para determinadas lesiones, que supera los resultados de la medicación farmacológica. Además de esto, la exploración endoscópica se erige como el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva, lo que permite identificar a los enfermos que requieran terapia endoscópica de urgencia, para lo cual es muy útil la clasificación de Forrest y colaboradores, en caso de úlcera sangrante, atendiendo al tipo de lesión: <sup>44,45,46</sup>

- Tipo Ia: hemorragia a chorro, arterial.
- Tipo Ib: hemorragia en sábana, venosa.
- Tipo IIa: lesión con vaso visible.
- Tipo IIb: lesión con coágulo.
- Tipo IIc: lesión con base negra.

- Tipo III: úlcera sin signos de sangrado.

El uso de la endoscopia diagnóstica y terapéutica para el control del sangrado gastrointestinal ha revolucionado la conducta frente a este problema de salud. Existen diferentes métodos endoscópicos hemostáticos que se describirán luego, con una eficacia alrededor del 80 %, y se utilizan en función de las disponibilidades y experiencia del endoscopista. Además, la endoscopia permite la toma de biopsias de las úlceras gástricas para descartar malignidad, así como la determinación del *Helicobacter pylori* mediante prueba rápida de ureasa o histología, si bien en el episodio de una HDA disminuye de forma significativa la sensibilidad de la prueba.<sup>47,48</sup>

Idealmente en las primeras 12-24 h, de forma inmediata, se debe realizar una endoscopia digestiva alta en todo paciente con hemorragia, a no ser que existan contraindicaciones, ya que se asocia a una mayor eficacia diagnóstica, permite detectar aquellos pacientes con lesiones de bajo riesgo que pueden ser dados de alta precozmente, y en aquellos enfermos con lesiones de alto riesgo posibilita aplicar una terapia hemostática, lo que determina una reducción de la estancia hospitalaria, menores requerimientos transfusionales, disminución de la incidencia de resangrado y cirugía, y aumento de la supervivencia.<sup>49</sup>

La endoscopia requiere adecuada monitorización del paciente y disponer del material necesario para la terapia hemostática.<sup>50</sup> En los enfermos con sangrado activo o inestabilidad hemodinámica, se debe efectuar inmediatamente tras la estabilización y transfusión sanguínea, previo ingreso en sala de cuidados intensivos. Si el paciente presenta una hemorragia masiva y shock

hemorrágico, se debe valorar la indicación de cirugía urgente con una endoscopia preoperatoria en el quirófano. Si se sospecha una perforación u obstrucción intestinal, se deben realizar radiografías de tórax, abdomen o ambas para descartar estas afecciones antes de empezar la exploración endoscópica.<sup>51</sup>

Es importante la correcta descripción, en el informe endoscópico, del tipo, tamaño y localización de las lesiones, así como la presencia de signos de hemorragia activa, reciente o inactiva según la clasificación de Forrest, ya que el resangrado constituye el factor de riesgo y pronóstico más importante y determina qué pacientes deben recibir tratamiento endoscópico.<sup>52</sup> La presencia de sangrado activo (en chorro o en sábana) o signos de sangrado reciente (vaso visible) presentan elevada incidencia de resangrado y una clara indicación de tratamiento endoscópico, y la presencia de una úlcera con base limpia no precisará esta terapéutica. Sin embargo, debido a la variabilidad del observador de la valoración endoscópica del vaso visible, se ha postulado en los últimos años el examen mediante ecografía Doppler,<sup>10</sup> para la confirmación de vasos subyacentes y seleccionar de forma más precisa los pacientes que requieren terapia endoscópica.<sup>53,54</sup>

En resumen, la endoscopia debe practicarse a todos los pacientes con HDA confirmada por hematemesis, melena o ambas, o salida de sangre por la sonda nasogástrica.<sup>55</sup> La esofagogastroduodenoscopia debe realizarse en el plazo más breve posible, ya que existe una correlación directa entre la eficacia del diagnóstico endoscópico y el tiempo transcurrido desde el inicio de la

hemorragia.<sup>56</sup> No obstante, hay que procurar realizarla precozmente, una vez interrogado y examinado al paciente y cuando éste se encuentre estable hemodinámicamente. Es importante valorar cuidadosamente la realización de una endoscopia urgente en pacientes con síndrome de privación alcohólica o enfermedades asociadas graves, tales como insuficiencias respiratoria, cardíaca o de miocardio recientes.<sup>56</sup>

### **Radiografía baritada**

Su sensibilidad en la detección de la fuente de hemorragia es significativamente menor que la endoscopia; identifica la causa sólo en el 25-50 % de los pacientes, sin capacidad terapéutica y con el inconveniente de impedir la realización de aquella al menos las 6-12 h posteriores como consecuencia de la administración de bario. Por tanto, únicamente queda reservada para aquellos pacientes que presenten contraindicaciones para la realización de endoscopia.<sup>57</sup>

### **Arteriografía**

La indicación de la arteriografía se halla limitada a aquellos enfermos con SDA que presentan una hemorragia 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. Para ello, es condición imprescindible desde el punto

de vista técnico que al inyectar el contraste se esté produciendo una extravasación sanguínea activa en una cantidad mínima de 0,5 mL/min.

La arteriografía, además de su valor diagnóstico, también puede tener una utilidad terapéutica, actuando sobre la lesión sangrante; para ello se debe practicar primero una arteriografía selectiva y una vez localizado el vaso sangrante se procede a la embolización de éste mediante *gelfoam* o esponja de gelatina. Una indicación clara de esta técnica es el caso de hemobilia, aparecida como complicación de una biopsia hepática.<sup>58</sup>

### **Enteroscopia**

Se realizará cuando se haya descartado el origen gastroduodenal por gastroduodenoscopia y del colon por colonoscopia. Es una técnica delicada y precisa de sedación del paciente. Además, permitirá visualizar el intestino delgado.<sup>59</sup>

### **Gammagrafía marcada con tecnecio**

En esta exploración la acumulación del radioisótopo en el lugar de la hemorragia puede ser detectada por el contador gamma. Se utilizará en aquellos casos de HDA de origen no aclarado.<sup>60</sup>

### **Endoscopia peroperatoria**



Se realizará cuando persista la HDA y las exploraciones previamente reseñadas no hayan logrado detectar el origen de la hemorragia.<sup>61</sup>

## **Tratamiento**

La restauración de la volemia es el objetivo inmediato en toda hemorragia, prioritaria para la recuperación de la anemia. Para ello, mientras se efectúan las pruebas de compatibilidad sanguínea previas a la administración de concentrados de hematíes (CH), se pasarán soluciones cristaloides por vía endovenosa, en el plazo más breve posible, y la cantidad se decidirá en función de la situación hemodinámica del paciente. Con frecuencia debe hacerse incluso antes de la realización de la historia clínica detallada.

Ante toda hemorragia es importante colocar una vía venosa central y una sonda vesical. Se monitorizará al paciente con controles de presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión venosa central, saturación de oxígeno y diuresis horaria.<sup>62</sup>

La cantidad de unidades de glóbulos (CH) que transfundir estará en función de las pérdidas estimadas, de la persistencia de la hemorragia y de la situación general del enfermo. Se deben mantener cifras de hemoglobina superiores a 8 g/dL. La administración de plasma o plaquetas estará indicada únicamente

cuando se detecte un trastorno grave de la coagulación, lo cual ocurre en contadas ocasiones, excepto en los pacientes que toman anticoagulantes.<sup>63</sup>

Cuando se sospecha o duda de una HDA, se deberá colocar una sonda nasogástrica y, en caso de detectarse sangre oscura o roja, se realizarán lavados gástricos periódicos con el fin de conocer la evolución de la hemorragia y como preparación previa a la práctica de la endoscopia. Los pacientes con hemorragia grave o riesgo probable de recidiva hemorrágica deben permanecer ingresados en unidades de críticos o de sangrantes.<sup>64</sup>

Con relación al tratamiento específico de la úlcera gastroduodenal, es imperativo recordar que sus dos causas más importantes son el consumo de AINE y la infección por *Helicobacter pylori*. Esta bacteria se halla presente en el 90 % de las úlceras duodenales y el 60 % de las gástricas. Asimismo, en más de la mitad de los ingresos por úlcera existe el antecedente de ingestión de AINE. Actualmente el ácido acetilsalicílico es ampliamente utilizado, ya que se usa como profilaxis de enfermedades vasculares, cardíacas y neurológicas. También es frecuente la HDA en pacientes con tratamiento anticoagulante.

La úlcera péptica sangrante, gástrica o duodenal es la causa más común de HDA. Se autolimita en el 80 % de los enfermos, y por ello se puede dar el alta a un número considerable de pacientes a las 24-48 h del ingreso hospitalario, siempre y cuando no tengan una enfermedad asociada grave.<sup>65</sup>

La mortalidad de los pacientes con HDA por úlcera péptica está en relación directa con la magnitud del episodio inicial de la hemorragia, el número de

unidades de CH administrados, la necesidad de cirugía urgente y la recidiva hemorrágica.

En la actualidad están consensuados en el ámbito mundial una serie de factores pronósticos, clínicos y endoscópicos que permiten identificar a aquellos pacientes con úlcera y riesgo de recidiva hemorrágica. Las características clínicas son: edad mayor de 60 años, hipovolemia grave al ingreso y enfermedad concomitante (hepática, cardíaca, pulmonar, renal).<sup>66</sup>

Las características endoscópicas constituyen la información más útil para predecir la recurrencia hemorrágica. El tamaño de la úlcera mayor de 1 cm, localizada en la cara posterior del duodeno y el aspecto de su base son importantes para predecir la evolución. Siempre que en una úlcera se identifiquen signos endoscópicos de sangrado activo, vaso visible o coágulo rojo, se debe realizar una endoscopia terapéutica.<sup>24</sup> Cuando se trate de una hemorragia masiva, la cirugía urgente será la mejor medida terapéutica. En este caso, la endoscopia previa deberá realizarse con el paciente intubado o bajo control estricto del anestesista.<sup>67</sup>

Otras variables que también han sido relacionadas con la posibilidad de recidiva hemorrágica son la ingestión previa de AINE, los trastornos de la coagulación o una hemorragia intrahospitalaria. El tratamiento farmacológico de la HDA por úlcera péptica con los modernos antiseoretos en dosis intermitentes, como son la ranitidina o los inhibidores de la bomba de protones, especialmente el omeprazol (que ha sido el mayormente estudiado), no han logrado disminuir el riesgo de recidiva hemorrágica ni las necesidades de

cirugía. Sin embargo, es conocido que la secreción ácido péptica, por digestión enzimática proteolítica disuelve el coágulo y promueve una recidiva. Se recomienda el empleo de omeprazol o pantoprazol administrado por vía intravenosa con bomba de perfusión continua en dosis de 8 mg/h, precedido de un bolo de 80 mg. La somatostatina no ha demostrado ser eficaz para el control de la hemorragia aguda.<sup>68</sup>

El principal y más útil tratamiento de la úlcera sangrante es la endoscopia terapéutica, cuyos métodos más importantes son los térmicos, los de inyección y los mecánicos.<sup>69</sup>

Los métodos térmicos se basan en la aplicación de calor para el logro de la hemostasia. Los más empleados son la hidrotermocoagulación, la electrocoagulación multipolar, bipolar, Yag-láser, y el gas argón. La eficacia de los diferentes métodos térmicos es similar.

La hidrotermocoagulación o sonda de calor es el método más popular y económico; tiene la ventaja de que es fácil de manejar y de transportar. Consiste en un cilindro hueco de aluminio, recubierto de teflón, con un alambre interno, que puede ser calentado en segundos hasta 250 °C. Ante una úlcera sangrante se realizan numerosos toques con el electrodo alrededor y en el mismo vaso. Incluso cuando hay un sangrado en chorro se puede detener la hemorragia por compresión sobre la zona. Tiene la ventaja adicional de poder inyectar agua a presión con el fin de visualizar correctamente el sitio sangrante. La electrocoagulación multipolar y el Yag-láser son también eficaces, pero se usan poco porque precisan de aparatos mucho más complicados.<sup>70</sup>

Hoy día se utiliza con mayor frecuencia el gas argón. Es un método bastante seguro, ya que el argón tiene una capacidad de penetración de 2-3 mm y el gas actúa sin contactar con la mucosa. Se trata de una corriente de alta frecuencia que es conducida sobre los tejidos mediante un haz de gas ionizado. Se emplea también en angiodisplasias y en la gastropatía antral.

El método terapéutico endoscópico de inyección es el más popular en nuestro país. Es sencillo, técnicamente fácil y no requiere aparatos accesorios. Se precisa tan sólo un catéter que contiene una aguja en su parte más distal, el cual se introduce a través del canal de biopsia. La inyección de las diferentes soluciones se realiza alrededor del vaso sangrante, e incluso dentro de éste. El primer mecanismo de hemostasia es meramente compresivo y posteriormente, según la sustancia empleada, tendrá un efecto constrictor, esclerosante o favorecedor de la trombosis del vaso. Las sustancias utilizadas son numerosas: cloruro sódico normal o hipertónico, adrenalina al 1/10000, polidocanol al 1 %, etanolamina, alcohol absoluto, trombina o goma de fibrina. Este último es un compuesto de fibrinógeno y trombina que debe inyectarse mediante un catéter de doble luz. Ambas sustancias se mezclan en el extremo distal de la aguja, justo antes de ser inyectadas, no produce trombosis tisular y sí del vaso sanguíneo.

El método mecánico con utilización de clips hemostáticos es aún poco extendido. Pueden colocarse uno o múltiples en la misma sesión, procurando hacerlo siempre sobre el vaso sangrante, o bien sobre el vaso visible situado

en el fondo de la úlcera. En los casos de lesiones sangrantes activas es preferible la inyección de adrenalina en la lesión antes de colocar el clip.

Si bien los estudios experimentales señalaban una superioridad de los métodos térmicos con respecto a los de inyección, los resultados clínicos demuestran que todos los métodos son de una eficacia similar. Recientemente se está empleando una técnica de endoscopia terapéutica que combina los métodos de inyección y electrocoagulación bipolar denominada «gold probe» y que se encuentra en un solo dispositivo.<sup>71</sup>

A pesar del tratamiento endoscópico, aproximadamente el 15 % de los pacientes evolucionan con sangrado persistente o recidivante. Para mejorar estos resultados se han planteado diversas estrategias:<sup>72</sup>

1. Realizar un segundo tratamiento endoscópico dentro de las primeras 24-48 h del ingreso del paciente en el hospital. Ello viene justificado porque la mayoría de las recidivas hemorrágicas tienen lugar en estas primeras horas. Esta conducta terapéutica estaría indicada únicamente en aquellas hemorragias con alto riesgo de recidiva y que, por tanto, correspondería a úlceras localizadas en cara posterior del duodeno (por estar en esta zona la arteria gastroduodenal) y a las de un tamaño superior a 1 cm, especialmente en pacientes con enfermedades asociadas graves.

2. Investigar mediante una sonda Doppler transendoscópica la existencia de una arteria en el fondo del vaso, y así detectar lesiones de riesgo no observadas con la endoscopia convencional. Respecto a las complicaciones

del tratamiento endoscópico, la más relevante pero poco frecuente (0,5 %) es la perforación, especialmente en úlceras de la cara anterior del duodeno.

La exploración endoscópica constituye el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva. Atendiendo al tipo de lesión observada endoscópicamente, Forrest y otros establecieron la clasificación <sup>(13)</sup> que se observa en la Tabla 1. Clasificación de Forrest.

La endoscopia digestiva urgente es la prueba de elección para determinar el origen de la hemorragia aporta datos pronósticos de resangrado y permite realizar la terapia sobre la lesión. Esta endoscopia de urgencia debe realizarse dentro de las primeras 6 horas de ingreso Hospitalario ante una HDA por hipertensión portal y dentro de las 12 horas de ingreso de HDA por otras causas. Es muy importante valorar la posibilidad de transfusión sanguínea y conseguir la estabilidad hemodinámica previamente a la realización de la endoscopia. <sup>(24)</sup>

También se ha estratificado el riesgo de resangrado y mortalidad basándonos en variables clínicas y endoscópicas, tal como lo hizo Rockall <sup>(51)</sup>. Tabla 2. Índice de Rockall.

Como la mayoría de los costos Hospitalarios para proveer cuidados a los pacientes con HDA aguda son causados por el costo de la cama Hospitalaria, el acortamiento de la estancia Hospitalaria o eliminación de la necesidad de Hospitalización puede disminuirlos significativamente. Hace algún tiempo una comparación de costos de cuidados de pacientes con HDA aguda mostró que

los gastroenterólogos proveían cuidados más costo-efectivos que los internistas y cirujanos <sup>(14)</sup>. Este ahorro causado por una menor estancia Hospitalaria reflejó el intervalo de tiempo entre la endoscopia y el alta, no hubo diferencias significativas respecto al tiempo de la endoscopia entre los diferentes servicios <sup>(3,14)</sup>.

La tasa de mortalidad para pacientes con hemorragia digestiva baja es de 3,6%, similar a la de HDA, pero es marcadamente mayor en pacientes que comienzan a sangrar después de la Hospitalización. La mayoría de pacientes detienen el sangrado espontáneamente. La tasa de mortalidad está mejor relacionada con las enfermedades subyacentes y no directamente con el sangrado <sup>(3)</sup>. Sin embargo, el diagnóstico temprano y exacto de pacientes con sangrado severo puede facilitar maniobras terapéuticas que conduzcan a menores tasas de mortalidad <sup>(15)</sup>.

**Tabla 1. Clasificación de Forrest**

Tipo	Descripción	Tasa resangrado
Tipo Ia	Hemorragia a chorro	85 – 100 %
Tipo Ib	Hemorragia en sabana	50 – 60 %
Tipo IIa	Lesión con vaso visible	40 – 55 %
Tipo IIb	Lesión con coágulo	24 – 41 %
Tipo IIc	Lesión con base negra	< 5 %
Tipo III	No signos de sangrado	< 1%



Tabla 2. Índice de Rockall

Variable	Puntuación	
<b>Edad</b>		
< de 60	0	
de 60 a 79	1	
> de 80	2	
<b>Estado circulatorio</b>		
Sin shock (PAS > 100, FC < 100)	0	
Taquicardia (FC > 100, TAS > 100)	1	
Hipotensión (TAS < 100)	2	
<b>Enfermedades asociadas</b>		
Ninguna	0	
Cardiopatía, EPOC, DBT,	1	
IRC, NEO, cirrosis.	2	
<b>Diagnóstico</b>		
Mallory - Weiss, sin lesión	0	
Todos los otros diagnósticos	1	
Neoplásia	2	
<b>Signo de hemorragia reciente</b>		
Sin estigmas.Hematina	0	
Sangre fresca en estomago	2	
Forrest I, IIa y IIb		
<hr/>		
Riesgo bajo: 0 a 2 puntos	Recidiva 5%	Mortalidad 0,1%
Riesgo intermedio: 3 a 4 puntos		
Riesgo alto: 5 a 10 puntos.	Recidiva 25%	Mortalidad 17%

### El paciente anciano que requiere tratamiento quirúrgico

Respecto al tratamiento quirúrgico, durante muchos años se negó la cirugía a muchos pacientes mayores debido al temor de que la edad los pusiera en riesgo de muerte alto. Las tasas de mortalidad actuales son mucho más bajas

que las comunicadas hacen 20 o 30 años, cuando el índice de mortalidad era superior al 20 % para la cirugía electiva en pacientes de 80 años o más.

Una revisión de más de 30 000 enfermos revela que el aumento de la mortalidad posquirúrgica con la edad es gradual. Así, la mortalidad operatoria promedio -independiente de la gravedad de la afección o de la naturaleza de la intervención- es de 2,3 % en los pacientes de 40 a 49 años, y se eleva a 4,4, 6,8 y 8 % para los de las décadas de vida, séptima, octava y novena, respectivamente.<sup>73</sup>

Evidentemente, existen factores de riesgo relacionados con los cambios fisiológicos en los ancianos. A medida que los adultos envejecen, hay una declinación fisiológica de los principales sistemas orgánicos, condicionadas por el envejecimiento mismo y por los procesos patológicos que se observan en las personas mayores.<sup>74</sup>

El sistema cardiovascular sufre grandes modificaciones patológicas y fisiológicas en la senectud. Con el avance de la edad, se hallarán con mayor frecuencia enfermedad coronaria aterosclerótica y estenosis aórtica. El grado de isquemia cardíaca y de lesión endocárdica preexistente limita la magnitud del estrés que el sistema cardíaco puede soportar sin descompensación. La hipertrofia ventricular izquierda que a menudo se desarrolla como mecanismo compensatorio de la hipertensión sistólica, puede dar lugar a un llenado diastólico incompleto y disminución de la elasticidad ventricular. En consecuencia, el individuo está menos capacitado para responder con un volumen sistólico aumentado durante el estrés quirúrgico.<sup>75</sup> El riesgo de infarto

de miocardio intraoperatorio o en el posoperatorio inmediato puede ser del 40 %, si se realiza una operación dentro del mes posterior a un infarto de miocardio.

El anciano es sensible a los efectos adversos de los fármacos y a interacciones medicamentosas. Además de la menor capacidad renal para excretar fármacos, también puede tener disminuida la absorción y el metabolismo hepático de estos agentes.<sup>75</sup>

Otros factores de riesgo en los pacientes añosos son:<sup>75</sup>

- Demencia. Se asocia con una alta tasa de mortalidad, cercana al 45 %. No ha sido bien estudiado si esta se debe a menor cooperación por parte del paciente, mayor sensibilidad a la anestesia o mayor susceptibilidad a otras complicaciones.
- Diabetes. La diabetes es un factor de riesgo, con alteraciones microvasculares que predisponen al enfermo a áreas locales de hipoxia potencial y a mayor susceptibilidad a infecciones por causa de la ineficaz migración de macrófagos y leucocitos.
- Infección y sepsis abrumadora. El riesgo quirúrgico aumenta todavía más en los ancianos por la demora en la cicatrización de la herida, mayor susceptibilidad a las infecciones posoperatorias y menor capacidad para enfrentar el estrés fisiológico de la sepsis.
- Desnutrición. El riesgo de mala cicatrización de la herida y de infección grave aumenta en los pacientes añosos mal nutridos sometidos a cirugía. La función inmunitaria se deteriora en el anciano y declina aun

más en aquél con deficiencia nutricional. Con la inanición o la malnutrición se alteran la cantidad y la función de los linfocitos T, se deteriora la producción de anticuerpos y se altera la fagocitosis del sistema reticuloendotelial. Además, se hace más lenta la cicatrización de las heridas porque se reducen la síntesis de colágeno y la proliferación de fibroblastos.

Aunque es dable esperar que la morbilidad operatoria aumente con la duración de la intervención quirúrgica, esta correlación no ha sido corroborada en los ancianos. En cambio la apreciación clínica del estado de salud general del paciente aparece como el determinante estadístico más simple y más contable del riesgo operatorio de un enfermo. El sistema de clasificación de la ASA (American Society of Anesthesiology) correlaciona la morbilidad y la mortalidad operatoria con el estado clínico del paciente.<sup>76</sup>

Por otra parte, se hallará mayor riesgo entre los pacientes sometidos a cirugía de emergencia, intratorácica o intraperitoneal. Los procedimientos vasculares conllevan un riesgo adicional. La evaluación integral preoperatoria entre internista, cirujano y anestesiólogo sirven para disminuir la probabilidad de acontecimientos desfavorables durante el período trans y posoperatorio.<sup>76</sup>

Los ancianos clínicamente enfermos están en mayor peligro de sufrir complicaciones después de las operaciones de urgencia, debido a retraso en la presentación, diagnóstico e iniciación de la asistencia apropiada. A causa del proceso de envejecimiento, se pueden trastornar con facilidad los

sistemas orgánicos de importancia crítica después de la intervención quirúrgica, y el paciente grave no puede luchar contra estas complicaciones con tanta eficacia como los jóvenes.<sup>76,79</sup>

En la actualidad la cirugía en el anciano con SDA debe reservarse para los pacientes en los que fracasa el tratamiento endoscópico: hemorragia inicial masiva o no controlada, dos recidivas leves o una grave con posterioridad al procedimiento endoscópico. El porcentaje de pacientes ancianos que debe recurrir a la cirugía urgente por HDA es alrededor de 7 %.<sup>77,78</sup>

### 1.3 Definiciones conceptuales

Hematemesis: Vomito de sangre roja fresca.

-Melena: Heces negras o de color de la brea.

-Hematoquezia: Salida de sangre roja por el recto.

-AINES: Antiinflamatorios No esteroideos.

-HDA: Hemorragia digestiva alta por encima del ángulo de treitz del duodeno.

## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGIA**

#### **2.1 Tipo de estudio y diseño utilizado**

El presente investigación es de tipo descriptivo, observacional y trasversal

El diseño metodológico de la investigación es cualitativo. No experimental.

#### **2.2 Sujetos, universo y muestra**

Muestra o Universo estuvo conformado 220 historias clínicas de pacientes mayores a 65 años ingresados por la emergencia del hospital Cayetano Heredia Essalud Piura de las cuales se excluyeron 53 historias por no contener los datos completos o legibles, con los cuales se seleccionaron 167 pacientes.:

#### **Criterios de Inclusión:**

Los criterios de inclusión establecidos para el estudio; son aquellos pacientes con diagnósticos de hemorragia digestiva alta, para adultos mayores de 65 años.

#### **Criterios de Exclusión:**

Todos los pacientes con hemorragia digestiva alta menores de 65 años fue debido a presentar características diferentes a la población objetivo, como es el nivel de hemoglobina y hematocrito; y sus agentes causales; así como, el método para medir y clasificar el grado de hemorragia digestiva alta la cual es exclusivamente para sujetos

adultos. Los pacientes pediátricos tienen menor volumen sanguíneo al compararlo con los adultos, siendo este un posible sesgo.

### **2.3 Procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de datos**

Para la recolección de datos se registró a todo paciente en fichas clínicas, donde todas las pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se siguió el siguiente procedimiento:

1. Se registró al paciente a su ingreso Emergencia.
2. Se procedió a consignar los valores de la historia clínica a la ficha de recolección de datos de la investigación.
3. Se consignó códigos a cada pregunta general
4. La información obtenida de los cuestionarios consignó códigos a cada pregunta y luego se tabuló en una matriz de datos
5. La información se procesó mediante programas estadísticos y luego fueron presentadas a través de tablas y Figuras lo que permitió cumplir nuestros objetivos de la investigación.

Para determinar adecuadamente las variables, se definió operacionalmente cada una de ellas; la hemorragia digestiva alta se estableció bajo los parámetros de clasificación de Forrest y según la Clasificación de Grados por el Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirugía en 1997(78) los que se establecen 4 grados: El grado I pérdida sanguínea hasta 750ml; el Grado II pérdida sanguínea entre 750 -1500 ml; el Grado III pérdida sanguínea entre 1500 -2000 ml y el Grado IV pérdida sanguínea mayores

2000ml. La Ingesta de alcohol, y consumo de fármacos gastrolesivos determinado por AINES y antidepresivos, son variables estudiadas mediante los antecedentes referidos por el paciente. La variable enfermedad concomitante es establecida como: enfermedades crónicas pre-existente en el paciente como diabetes, cardiopatías, enfermedades reumáticas, anemia crónica entre las más representativas. Las otras variables de estudio fueron el sexo, edad y el tratamiento: médico, endoscopio y quirúrgico el cual fue sometido el paciente para su recuperación

Los datos fueron ingresados en una base de datos en el programa Excel 2010, a partir de la cual fueron utilizados para el análisis estadístico descriptivo, por medio del programa SPSS v. 20.0.

#### **2.4 Instrumentos de recolección datos**

El instrumento de recolección de datos estuvo conformado por una ficha de recolección de datos (ver anexo 1).

#### **2.5 Aspectos éticos**

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



encuentra aprobado por el comité de ética del Hospital Cayetano Heredia  
Essalud-Piura.



### CAPITULO III

### RESULTADOS

De la tabla 1 se aprecia que el 74,9% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, tienen edad de 65 a 79 años y el 25,1% tienen edad mayor de 80 años.

Tabla 1. Edad en pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
65 a 79 años	125	74,9
Mayor de 80 años	42	25,1
Total	167	100

Fuente: Elaboración propia

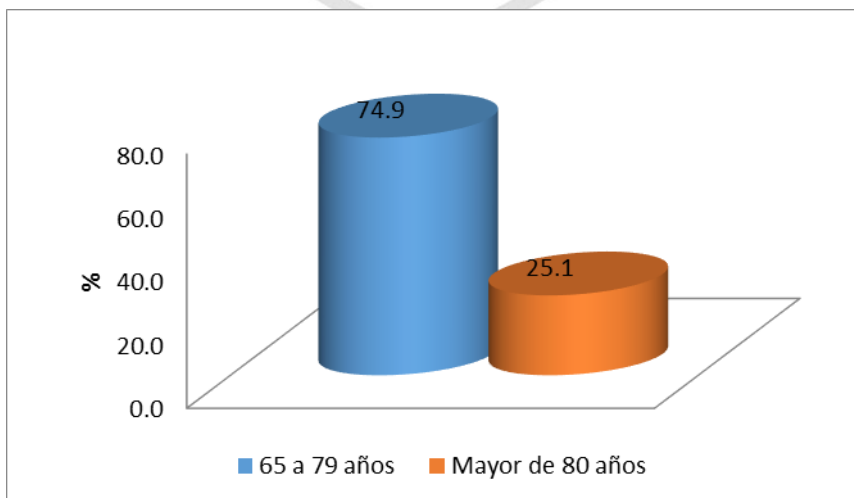


Grafico 1. Edad en pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

De la tabla 2 se observa que el 26.9% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, son de sexo femenino y el 73.1% del total de pacientes son de sexo masculino

Tabla 2. Sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	45	26,9
Masculino	122	73,1
Total	167	100

Fuente: Elaboración propia

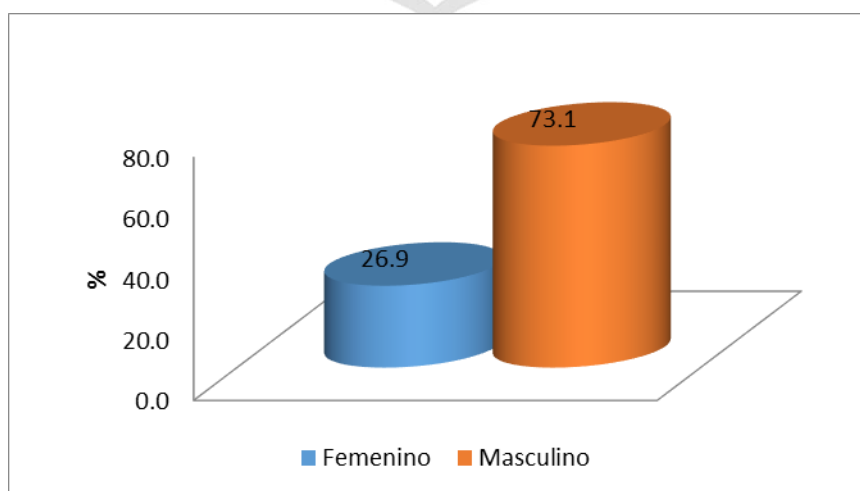


Tabla 2. Sexo de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

De la tabla 3 se observa que el 82.6% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron ingesta de fármacos, mientras que el 17.4%% no presentaron ingesta d fármacos.

Tabla 3. Antecedentes de ingesta de fármacos de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Si	138	82,6
No	29	17,4
Total	167	100

Fuente: Elaboración propia

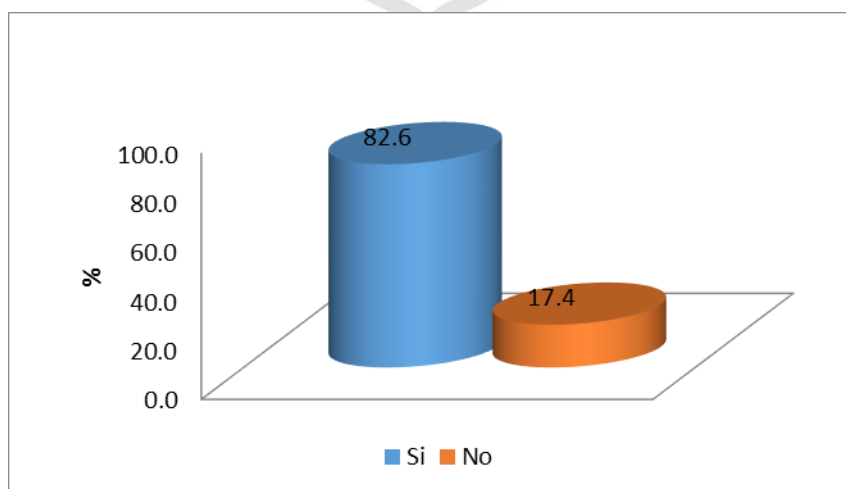


Grafico 3. Antecedentes de ingesta de fármacos de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

De la tabla 4 se aprecia que el 91% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron TSD melena, mientras que el 9% no tienen Tipo de Sangrado Digestivo melena y/o hematemesis..

Tabla 4. Tipo de Sangrado Digestivo melena y/o hematemesis de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Si	152	91,0
No	15	9,0
Total	167	100

Fuente: Elaboración propia

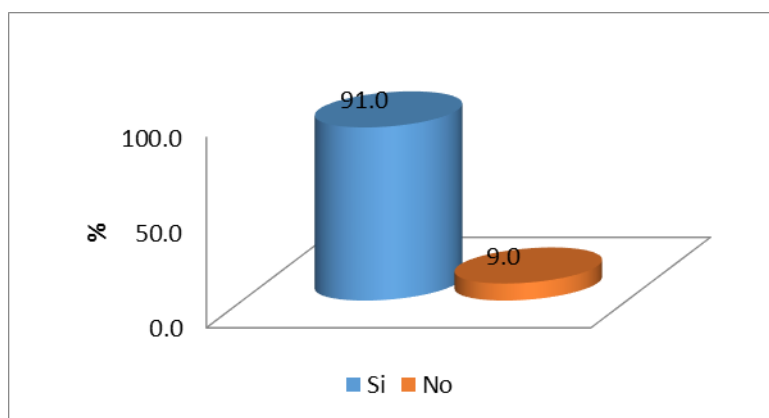


Grafico 4. Tipo de Sangrado Digestivo melena y/o hematemesis de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

De la tabla 5 se aprecia que el 52.1% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron Tipo de Sangrado Digestivo hematemesis, mientras que el 47.9% no tienen Tipo de Sangrado Digestivo hematemesis.

Tabla 5. Tipo de Sangrado Digestivo hematemesis de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Si	87	52,1
No	80	47,9
Total	167	100

Fuente: Elaboración propia

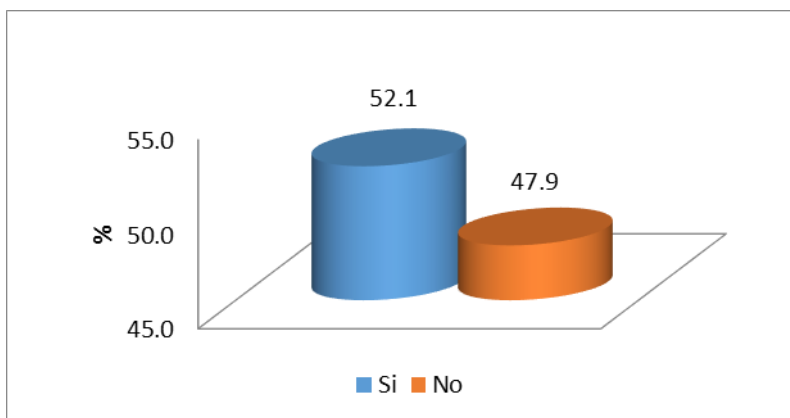


Grafico 5. Tipo de Sangrado Digestivo hematemesis de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

De la tabla 6. De la tabla se aprecia que el 92.8% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron al menos una enfermedad, mientras que el 7.2% no tuvieron enfermedad.

Tabla 6. Comorbilidad (1 o más enfermedad) de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Si	155	92,8
No	12	7,2
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

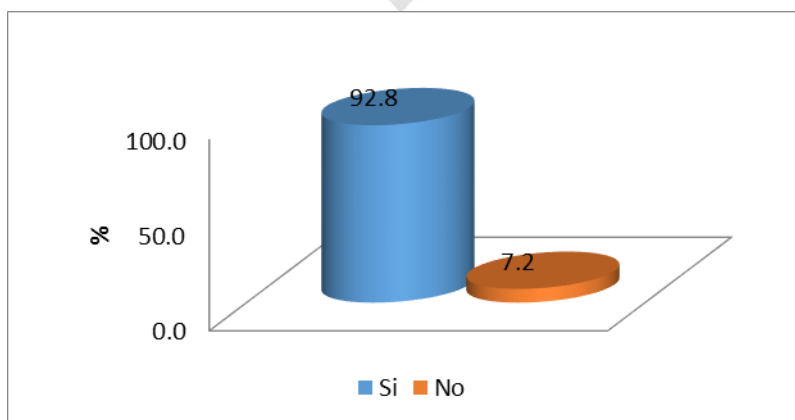


Grafico 6. Comorbilidad (1 o más enfermedad) de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

De la tabla la tabla 7 se aprecia que el 74.3% del total pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron hemoglobina mayor de 10 , mientras que el 25.7% tuvieron hemoglobina menor que 10.

Tabla 7.Hemoglobina de ingreso de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Mayor a 10	124	74,3
Menor que 10	43	25,7
Total	167	100

Fuente: Elaboración propia

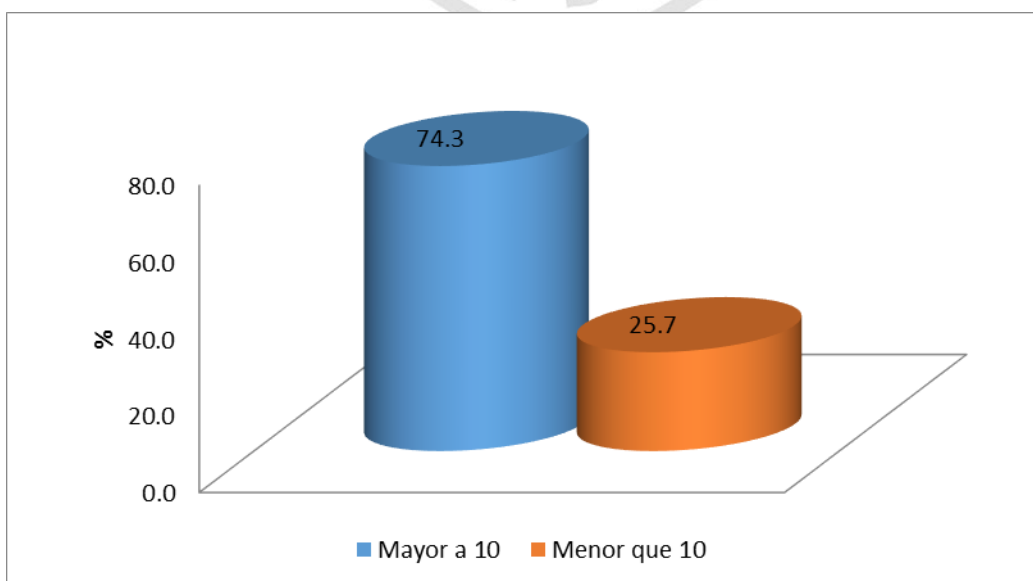




Grafico 7. Hemoglobina de ingreso de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010.

De la tabla 8 se aprecia que el 63.5% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, tuvieron más de 100 de frecuencia cardiaca por minuto, mientras que el 36.5% tuvieron menos de 100 de frecuencia cardiaca por minuto.

Tabla 8. Frecuencia cardiaca por minuto de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Mayor que 100 Frecuencias /minutos	106	63,5
Menor que 100 Frecuencias /minutos	61	36,5
Total	167	100

Fuente: Elaboración propia

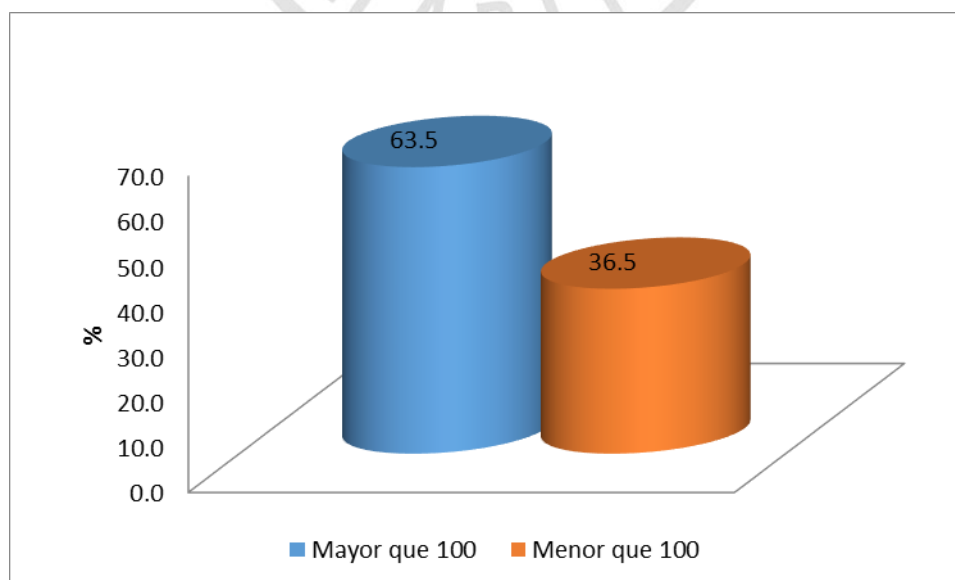


Grafico 8. Frecuencia cardiaca por minuto de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

De la tabla 9 se aprecia que el 38.3% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron palidez, mientras que el 61.7% del total de pacientes no tuvieron palidez.

Tabla 9. Palidez de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	38,3
No	103	61,7
Total	167	100

Fuente: Elaboración propia

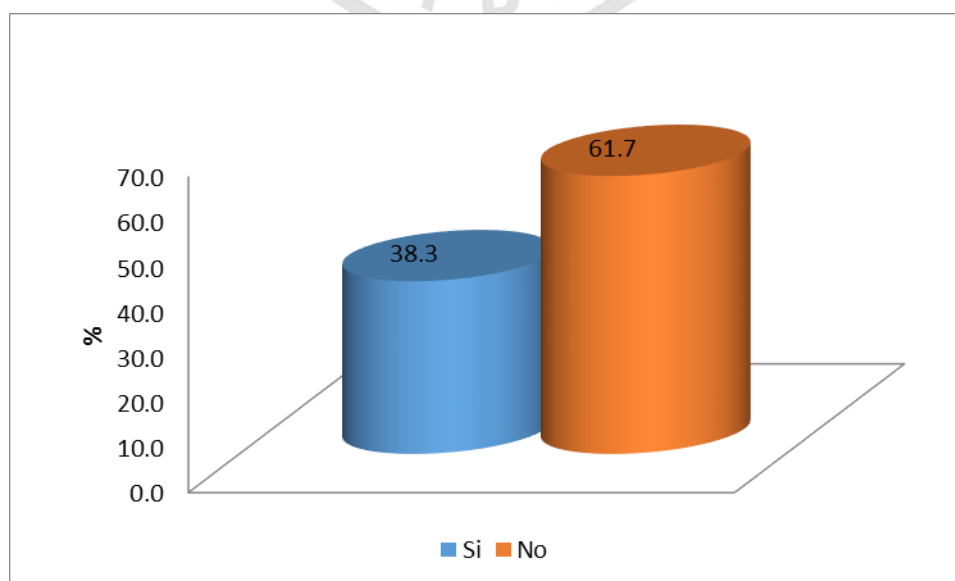


Grafico 9. Palidez de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

De la tabla 10 se aprecia que el 31.7% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron dolor abdominal, mientras que el 68.3% del total de pacientes no presentaron dolor abdominal.

Tabla 10. Dolor abdominal de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Si	53	31.7
No	114	68.3
Total	167	100.0

Fuente: Elaboración propia

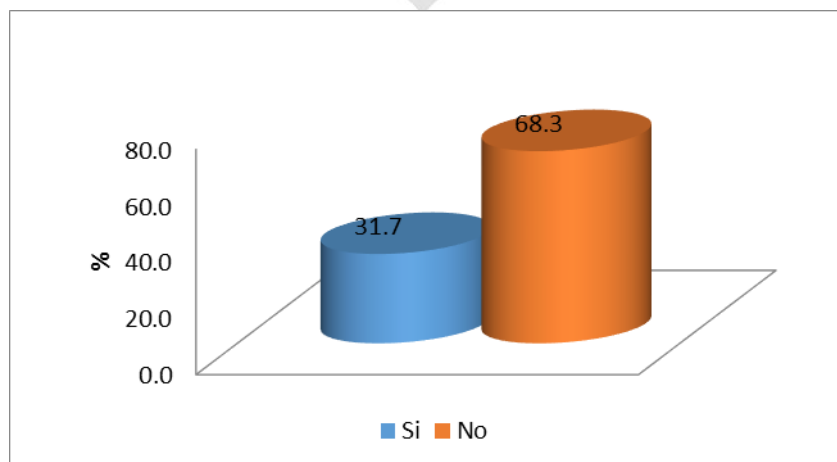


Grafico 10. Dolor abdominal de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

De la tabla 11 se aprecia que el 18.6% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron transfusión de sangre, mientras que el 81.4% del total de pacientes no presentaron transfusión de sangre

Tabla 11. Transfusión de sangre de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	18.6
No	136	81.4
Total	167	100.0

Fuente: Elaboración propia

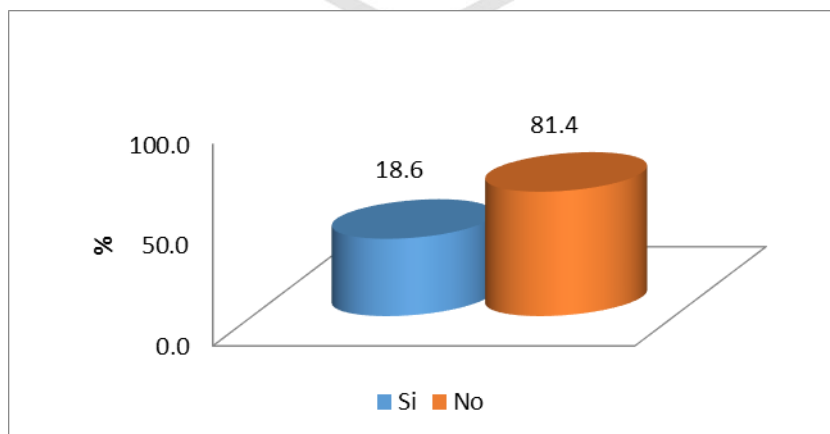


Grafico 11. Transfusión de sangre de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010.

De la tabla 12 se aprecia que el 33.5% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron lesión endoscópica de tipo LAMG, mientras que el 66.5% del total de pacientes presentaron lesión endoscópica de tipo ulcera.

Tabla 12. Tipo de lesión endoscópica de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
LAMG	56	33,5
Ulcera	111	66,5
Total	167	100

Fuente: Elaboración propia

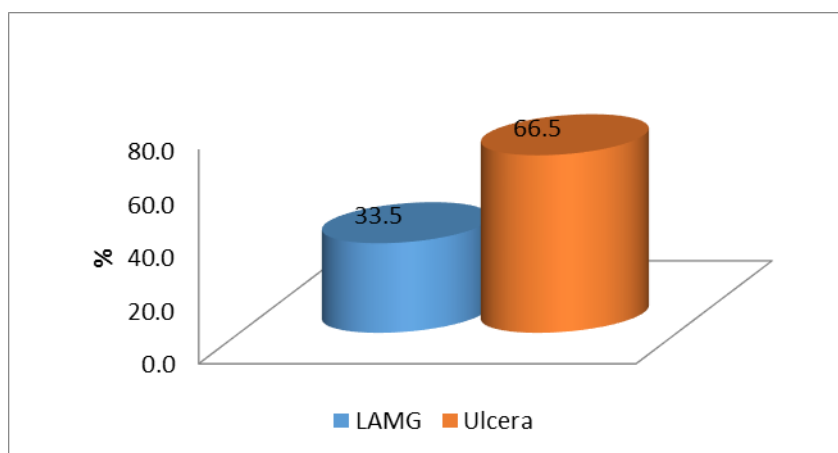


Grafico 12. Tipo de lesión endoscópica de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

De la tabla 13 se aprecia que el 46.7% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron hallazgo endoscópico Forrest III; el 27.6% del total de pacientes presentaron hallazgo endoscópico Forrest II y el 25.7% del total de pacientes presentaron hallazgo endoscópico Forrest I.

Tabla 13. Hallazgo endoscópico de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Forrest III	78	46,7
Forrest II	46	27,6
Forrest I	43	25,7
Total	167	100

Fuente: Elaboración propia

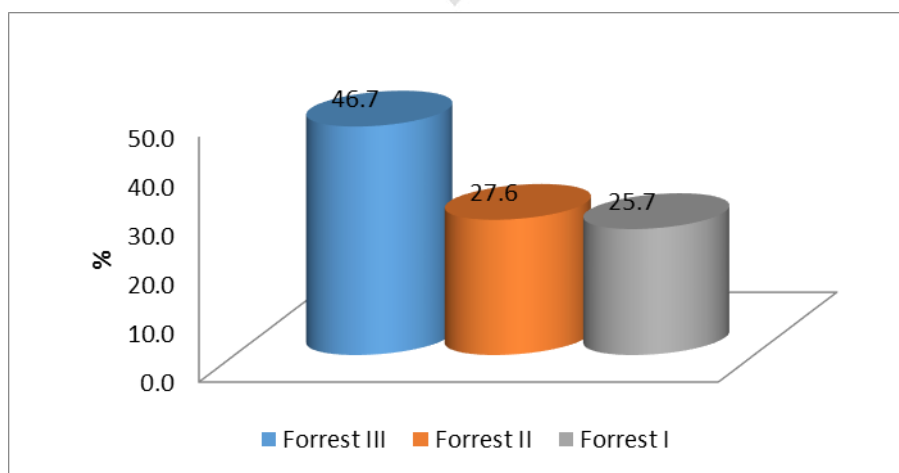


Grafico 13. Hallazgo endoscópico de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal en el Hospital Cayetano Heredia III. ESSALUD Piura durante Enero del 2004 a Diciembre del 2010



## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 Discusión**

La hemorragia digestiva alta (HDA) se considera un problema de salud pública, tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad; constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, con una incidencia anual estimada de 50 a 100 cada 100.000 habitantes por año, y una tasa de ingreso hospitalario anual de 100 por cada 100.000 ingresos hospitalarios. A pesar de los grandes avances en la atención a los pacientes, la mortalidad por esta entidad se ha mantenido relativamente constante entre el 5 y el 10% durante los últimos 50 años. Una posible explicación a este hecho, es el aumento en la esperanza de vida de los pacientes, así como el aumento en la prevalencia de las comorbilidades en los pacientes con HDA, que han contrarrestado los avances diagnósticos y terapéuticos de los últimos veinte años.<sup>36</sup>

Nuestros resultados muestran el 74,9% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, tienen edad de 65 a 79 años, con una edad promedio 70 años y el 73.1% del total de pacientes son de sexo masculino. La HDA constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, por lo que debemos conocer tanto las causas como el tratamiento más adecuado para la misma. En este estudio los resultados coinciden con los encontrados en la bibliografía consultada en Cuba, donde la incidencia de la HDA aumenta con la edad y la proporción entre varones y mujeres es de 2:1.<sup>70</sup> Estos resultados se aproximan con la investigación de Fonseca et al.<sup>14</sup>



quien encontró una edad promedio de la edad promedio fue de 68 años, también coincide con la investigación de Rodríguez <sup>15</sup> quien demostró que los Varones fueron los más afectados (54.5%) y los resultados reportados encontrados se aproximan a la investigación de Basto et al. <sup>22</sup> quien concluyo que los factores de riesgo asociados a morbilidad fueron sexo masculino.

A partir de adulto mayor aumenta la ingestión de medicamentos en general y antiinflamatorios no esteroideos en particular, también comienzan a aparecer con más frecuencia las enfermedades osteomioarticulares degenerativas, las cardiovasculares, las lesiones premalignas y malignas del tubo digestivo y ocurre un efecto acumulativo de los factores de riesgo <sup>8,9</sup>

En nuestro estudio se determinó que el sexo masculino está asociado a la mayor morbilidad, esto es respaldado por otros estudios nacionales como el del hospital 2 de Mayo <sup>(33)</sup> donde se observa predominancia del sexo masculino sobre el femenino en una relación de 3:1. Siendo más frecuente en varones mayores de 50 años. Al igual que el estudio del hospital de Iquitos <sup>(34)</sup> donde predominó los varones en un 76.5% y las edades fluctuaban entre 41 – 70 años en un 53%. Se estratificó la edad en 60 años teniendo en cuenta que en otros estudios fue un buen parámetro comparativo para determinar la morbimortalidad <sup>(2,8)</sup>

En un medio como el nuestro, donde el envejecimiento de la población es progresivo, debemos considerar que este grupo van a presentar episodios más graves, por lo que las medidas terapéuticas han de ser más agresivas.

Asimismo nuestros resultados reportan que el 82,6% presentaron ingesta de medicamentos y el 91% presentaron sangrado melena y el 52,1%

sangrado hematemesis Estos resultados coinciden con la investigación de Basto et al.<sup>22</sup>, quien encontró alto riesgo en Hematemesis y melena (OR=2.85), Hematemesis sola (OR= 3.40), también coinciden con la investigación de Rodríguez que encontró que entre los principales factores de riesgo de severidad tenemos Volumen del sangrado, hepatopatía crónica y presencia de hematemesis,<sup>21</sup>

Nuestros resultados pueden ser avalados por la investigación de Alva et al que encontró que la presentación clínica más frecuente fue la melena (77.9%) seguido de hematemesis 30%. La melena y la hematemesis son las formas de presentación del sangrado más frecuentes, dada la alta incidencia que tienen las enfermedades antes citadas. Estos aspectos concuerdan con lo planteado en las series revisadas donde la melena aparece también como la forma de presentación más común. Debe hacerse la salvedad que la forma de presentación de la hemorragia va a depender básicamente de dos factores: el débito de la hemorragia y la localización en el tracto gastrointestinal de la lesión sangrante, varía entonces la incidencia de cada forma de presentación de acuerdo con estos factores y los distintos grupos causales.<sup>6, 20</sup>

Asimismo nuestros resultados reportan que el 92,8% de pacientes tienen al menos una enfermedad. El padecimiento de varias enfermedades incrementa la posibilidad del sangrado ya que ante la necesidad de ingerir varios medicamentos se produce mayor daño sobre la mucosa gástrica, esto coincide con la opinión de varios autores quienes plantean que las enfermedades cardiovasculares, las osteomusculares y los antecedentes de úlcera duodenal son las más frecuentes en el origen de la hemorragia <sup>11</sup> y otros <sup>12, 13</sup> señalan la

alta asociación del SDA con la ingestión de medicamentos ulcerogénicos.

Nuestros resultados también reportan el 74.3% del total pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron hemoglobina mayor de 10 , mientras que el 63.5% tuvieron más de 100 de frecuencia cardiaca por minuto y el 68.3% del total de pacientes no presentaron dolor abdominal. Los síntomas de una HDA son de dos tipos, los derivados de la pérdida de sangre como malestar general, cansancio intenso, palidez, aumento de la frecuencia cardiaca, hipotensión (tensión arterial baja) y los síntomas derivados de la exteriorización de la sangre desde el aparato digestivo mediante el vómito o la defecación. Si se vomita sangre, lo que se denomina hematemesis, esta puede ser roja brillante o con coágulos, pero si ha permanecido un tiempo en el estómago en contacto con el jugo gástrico a menudo adquiere un aspecto que recuerda a los "posos del café". Si la sangre se expulsa en la defecación, tras haber pasado por todo el tubo digestivo y verse sometida a los procesos de digestión, lo habitual es que se produzcan unas heces blandas, pegajosas, con aspecto que recuerda al alquitrán y que denominamos *melena*. Más raramente una HDANV se manifiesta por la emisión de sangre fresca por el recto (rectorragia) y en ese caso frecuentemente indica que es una hemorragia más severa.

El 18.6% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron transfusión de sangre, mientras que el 66.5% presentaron lesión endoscópica de tipo ulcera y el 46.7% presentaron hallazgo endoscópico Forrest III, los resultados obtenidos son similares a otros estudios realizados, donde la mayor parte de los pacientes se encuentran

en el estadio del grupo II (hemorragia reciente), variando en proporción del IIA al IIC. (76,78)

Según lo descrito en la literatura en el estadio II la incidencia de resangrado es superior al 50% por lo que hay que ser estricto desde el punto de vista terapéutico, pues el riesgo de resangrado es un parámetro importante que va delimitar la situación real de la hemorragia digestiva.<sup>78</sup>

Los ancianos clínicamente enfermos están en mayor peligro de sufrir complicaciones después de las operaciones de urgencia, debido a retraso en la presentación, diagnóstico e iniciación de la asistencia apropiada. A causa del proceso de envejecimiento, se pueden trastornar con facilidad los sistemas orgánicos de importancia crítica después de la intervención quirúrgica, y el paciente grave no puede luchar contra estas complicaciones con tanta eficacia como los jóvenes.<sup>29, 30</sup>

La presencia de pacientes ancianos en los servicios de emergencias es siempre motivo de inquietud, ya que constituyen una población de alto riesgo, sobre todo si son sometidos a intervenciones quirúrgicas de urgencia, porque según su evolución, incrementan la morbilidad y mortalidad.

De ello se deduce que el estudio de estas afecciones en la tercera edad merece especial atención debido a las formas de presentación clínica atípicas o porque se presenta una evolución tormentosa como consecuencia de un diagnóstico difícil y tardío; la mayor probabilidad de complicaciones, especialmente durante y después de la cirugía, muchas veces provocadas por la presencia de enfermedades asociadas que condicionan el empleo frecuente

de fármacos, la poca colaboración para relatar la historia exacta, la exploración física o ambas, o simplemente por el retraso en la aceptación de acudir a la atención médica.

Diversos autores han demostrado que la etiología, la evolución clínica de la enfermedad, así como la mortalidad en este grupo de pacientes es muy distinta al resto, lo cual hace que requieran una conducta diferente y especial.<sup>45, 47</sup>

## 4.2 Conclusiones

1. El 74,9% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, tienen edad de 65 a 79 años, con una edad promedio 70 años y el 73.1% del total de pacientes son de sexo masculino.
2. El 82,6% presentaron ingesta de medicamentos y el 91% presentaron sangrado melena y el 52,1% sangrado hematemesis
3. El 92,8% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron al menos una enfermedad.
4. El 74.3% del total pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron hemoglobina mayor de 10 gr/dl, mientras que el 63.5% de pacientes tuvieron más de 100 de frecuencia cardiaca por minuto y el 68.3% del total de pacientes no presentaron dolor abdominal
5. El 18.6% del total de pacientes con hemorragia digestiva alta aguda no variceal, presentaron transfusión de sangre, mientras que el 66.5%

presentaron lesión endoscópica de tipo ulcera y de estos el 46.7% presentaron hallazgo endoscópico Forrest III.

### 4.3 Recomendaciones

1. Se recomienda el uso de escalas pronósticas para la estratificación precoz de los pacientes en las categorías de bajo y alto riesgo de resangrado y muerte.
2. Deben transfundirse hematíes cuando la hemoglobina es inferior a 7 gr/dl.
3. En pacientes que están recibiendo anticoagulantes hay que corregir la coagulopatía, pero eso no debe retrasar la conducta terapéutica ni la endoscopia.
4. Algunos pacientes seleccionados de bajo riesgo de resangrado en base a los hallazgos clínicos y endoscópicos pueden ser dados de alta precozmente después de la endoscopia.
5. Puede considerarse el uso previo a la endoscopia de inhibidores de la bomba de protones (IBP) para mejorar la cicatrización de la lesión y reducir la necesidad de intervención endoscópica, pero este tratamiento no debe diferir la práctica de la endoscopia.
6. Se recomienda la endoscopia precoz (en las primeras 24 horas) para la mayoría de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda.
7. Se recomienda diseñar fluxogramas de atención para el manejo de esta entidad en los servicios de emergencia de acuerdo a la realidad y nivel de atención de cada centro hospitalario.

8. Es necesario ampliar los estudios de esta entidad nosológica en este grupo etario en los hospitales del Perú.

## BIBLIOGRAFIA

1. Prieto O. Envejecimiento sano. Longevidad satisfactoria: una necesidad de la humanidad. 6 ed. España: Mc Graw-Hill Interamericana; 2013. P. 62.
2. Kane L, Abrass IB. Geriátría clínica. 3 ed. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 2012. Pp. 4, 11, 18, 20.
3. Curso de capacitación en endoscopia digestiva superior a la Atención Primaria de Salud. Libro de Gastroenterología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2009. Pp.30-32.
4. Hettinger LA, McClung HJ. Hemorragia gastrointestinal. En: Wyllie R, Hyams S editors. Gastroenterología. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009. Pp. 75-83.
5. Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E, Pizarro MA, Trigo C. Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 2009-2012. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99(5):275-9.
6. Maratka Z. Maratka, Z. Terminology, definitions and diagnostic criteria in digestive endoscopy. Scan J Gastroenterol 2012; 19(suppl 103):1-74.
7. Leal M, Rodríguez A, Ramos D. Esclerodermia como causa de sangramiento digestivo alto. Rev Cubana Cir. 2000; 39(1):82-4.
8. Colina E, Carrasco MR, Machado MC, Darías A, Diéguez R. Geriátría y Gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2013. Pp. 10, 22-24.



9. Corzo M, et al. Los factores de riesgo asociados a Hemorragia digestiva alta y la mortalidad a los 30 días posteriores al episodio del evento. Hospital Cayetano Heredia. Lima .2013.
10. Alva E, Guzmán P. Utilidad del score de Baylor en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima. Revista de Gastroenterología del Perú Vol. 33.Num 4. 2013, en el Hospital Cayetano Heredia de Lima-Perú.
11. Zaltzman JR. Uso temprano de una puntuación de riesgo para pacientes que se hospitalizan por hemorragia digestiva alta y predicción de mortalidad, tiempo de estancia y costo hospitalario. revista Gastrointestinal Endoscopy Dec.2011; (74):6.
12. Laursen SB. comparación de sistemas de evaluación de riesgo en Hemorragia Digestiva Alta/HDA). Revista Clinics Gastroenterology and Hepatology 2012 Oct. 10(10).
13. Espinoza J. Validación el sistema de riesgo Rockall para Hemorragia Digestiva Alta/HDA). Universidad Cayetano Heredia.2008
14. Fonseca J, Alves C. Estudio multicentrico de hemorragia digestiva alta no variceal en 12 hospitales de Portugal. Lisboa-Portugal. 2008.
15. Rodríguez JK. Comportamiento clínico y endoscópico de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Revista Cubana de Cirugía 2014; 53(1).
16. Marmo R, Koch R. Comparación del índice de mortalidad de la escala de Rockall versus el Índice Nacional de hemorragia Digestiva Alta. Revista American Journal Gastroenterology 2010; 105(6)

17. Pérez A, Nuevo J. Situación actual de la hemorragia digestiva alta en España. Ciudad de Madrid-España. 2008.
18. Stephen R. Pronostico a largo plazo de la hemorragia digestiva Revista Plos One, Gales-Reino Unido. 1999 a 2007.
19. Cruz A. Características clínicas de la Hemorragia Digestiva Alta (HDA) en el Hospital Enrique Cabrera de la Habana. Publicado en la Revista Cubana de Cirugía 47. Núm. 4. Juan en la ciudad de la Habana-Cuba 2008.
20. Soto A. Nuevo sistema de evaluación o escala de predicción de la hemorragia digestiva alta complicada en comparación con el sistema de puntaje de severidad de Rockall. Hospital Hipólito Unanue de Lima – Perú. 2007
21. Rodríguez C. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva Alta desde 1994 hasta el 2005 en la Unidad de hemorragia digestiva del hospital Edgardo Rebagliati Martins.
22. Basto M, Vargas G. Factores de riesgo que incrementan la morbilidad y la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el hospital Arzobispo Loayza. Lima Perú. 2004.
23. Almeida R. características demográficas y clínicas de la hemorragia digestiva alta en Cuba. Habana-Cuba Revista cubana de Cirugía 2010(50).
24. Ovalles D. Hemorragia Digestiva Alta. Actualización. Rev Esp Cir. 2010; 52(2):66-8.

25. Crespo L, Gil L, Padrón A, Rittoles A, Villa M. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en las Unidades de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio de 365 pacientes: Hospital Militar Central "Dr. Luís Díaz Soto". Rev Cubana Med Intens Emerg [serie en Internet]. 2012;1(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1\\_1\\_02/mie08102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie08102.htm)
26. Hierro A, Jiménez N. Sangramiento digestivo alto: comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Rev Cubana Med. 2011;42(4):24-6.
27. Ananya Das MD, Richard C.K., Wong MB. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. Gastrointest Endosc 2010; 60(1):85-93.
28. Rodríguez I, Palomino A, Samada M. Experiencias en la endoscopia de urgencia en el sangramiento digestivo alto. Rev Cubana Med Milit 2009; 26(2):116-21.
29. Ibáñez AL, Baeza PC, Guzmán BS, Llanos LO, Zuñiga DA, Chlanale BJ, *et al.* Tratamiento de la hemorragia digestiva alta de origen no variceal. Evaluación de 10 años de experiencias. Rev Chil Cir. 1998; 50(4):370-8.
30. Ichiyanagui CE. Epidemiología de la hemorragia digestiva. Acta Med Peruana 2006; 23(3):152-55.
31. Ríos E. Medición de la precisión diagnóstica en enfermedades con comprobación endoscópica. Cuadernos 2004; 47:55-62.
32. Koelz HR, Arn M. New epidemiology of acute gastrointestinal haemorrhage. Chirurg 2006; 77:103-10.

33. Canales O., Miyagui J. Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional 2 de Mayo. Rev. Gast del Perú. Comunicaciones Libres XVI Congreso Peruano de Enfermedades Digestivas. XI Congreso Peruano de Endoscopia Digestiva. 23 – 27 Nov. 1998; 59:145.
34. Del Aguila G, Wong H. Hemorragia Digestiva en el Hospital II IPSS Iquitos, Julio 95 – Junio 98. Rev. Gast del Perú. Comunicaciones Libres XVI Congreso Peruano de Enfermedades Digestivas. XI Congreso Peruano de Endoscopia Digestiva. 23 – 27 Nov. 1998; 60:145.
35. Montero FJ, Gosalbez B. Hemorragia digestiva alta no siempre es clínicamente evidente en urgencias. Emergencias 2009;1: 404-12.
36. Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E, Pizarro MA, Trigo C. Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 1999-2005. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99(5):275-9.
37. Domingo Ruiz MA, Navarro Moll MC. Epidemiología de la úlcera péptica en un hospital de tercer nivel: Influencia de los antiinflamatorios no esteroideos y farmacoterapia erradicadora. Pharmaceutical Care España. 2007; 9(1):20-9.
38. García A, Pardo G. Diagnóstico y conducta que se debe seguir en un sangramiento digestivo en Cirugía. Vol.3. Cap.8. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
39. Messmann H, Schaller P, Andres T. Effect of programmed endoscopic follow-up examination on the rebleeding rate of gastric or duodenal

- peptic ulcers treated by injection therapy: a prospective, randomized controlled trial. *Endoscopy* 1998; 30(7):583-9.
40. Hernández H. Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. P. 170.
41. Yavorski RT, Wong RKH, Maydonovitch C et al. Analysis of 3294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterology* 1995; 90(4): 568- 573.
42. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population – based study. *Am J Gastroenterology* 1995; 90(2): 206-210.
43. Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T ed, *Textbook of Gastroenterology*. 3rd edition. Lippincott Williams & Wilkins 2005. 714-743.
44. Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterology* 1997; 92(3): 419-424.
45. Lanas A, Sekar C, Hirschowitz BJ. Objective evidence of aspirin use in both ulcer and non-ulcer upper and lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1992; 103(3): 862-869.
46. Slattery J, Warlow CP, Shorrock CJ et al. Risk of gastrointestinal bleeding during secondary prevention of vascular events with aspirin –analysis of gastrointestinal bleeding during the UK-TIA trial. *Gut* 1995; 37(4):509-511.

47. Pahor M, Guralkik JM, Furberg CD, et al. Risk of gastrointestinal haemorrhage with calcium antagonists in hypertensive persons over 67 years old. *Lancet* 1996; 347(9008): 1061-1065.
48. Rockall TA, Logan FR, Devlin HB y Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995; 311(6999): 222-226.
49. Laine L. Acute and chronic gastrointestinal bleeding. In: Sleisenger and Fortran's Gastrointestinal and Liver Disease. Feldman M, Sleisenger M, Scharschmidt B editors. WB Saunders Company. 6th edition. 1998. p 198 -219.
50. Longstreth GF, Feitelberg SP. Hospital care of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: 1991 versus 1981. *J Clin Gastroenterology* 1994; 19(3): 189-193.
51. Rockall TA, Logal RFA, Devlin HB et al. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1996; 347(9009): 1138-1340.
52. Longstreth GF, Fertelberg SP. Outpatient care of selected patients with acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1995; 345(8924): 108-111.
53. Friedman LS, Petterson WL. Peptic ulcer and related disorder. En: Harrison's. Principles of Internal Medicine. 14th ed. Vol. 2. New York: International Edition; 1998.p.1596-615.

54. Quirk DM, Barry MJ, Aserkoff B et al. Physician specialty and variations in the cost of healing patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1997; 113(5): 1443-1448.
55. Fullarton GM, Birnie GG, MacDonald A et al. The effect of introducing endoscopic therapy on surgery and mortality rates for peptic ulcer hemorrhage: a single center analysis of 1,125 cases. *Endoscopy* 1990; 22(3): 110-113.
56. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ et al. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterol* 1992; 102(1): 139-148.
57. Velásquez H, Espejo H, Ruiz E, Contardo C, Ichianagui C, Román R et al. Reporte de 4772 hemorragias digestivas en una unidad de sangrantes. En: Resúmenes de comunicaciones libres XXVII Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas indizado en: *Rev Gastroenterología Per.* 2001; 21 (4): S12- S13: N°49.
58. Morales R, Frisancho O, Rosas L, Retamozo P. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos. En: Resúmenes de comunicaciones libres XXVII Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas indizado en: *Rev Gastroenterología Per.* 2001; 21 (4): S13- S14: N°52.
59. Salvatierra G., De la Cruz Romero L, Paulino M et al. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev. Gastroenterología. Per.* 2006; 26(1):13-20.

60. Spechler SJ, Schummel EM. Gastrointestinal tract bleeding of unknown origin. Arch Intern Med 1982; 142(2): 236-240.
61. Laine L, hemorragia digestiva aguda y cronica. En: Sleisenger and Fortrand. Enfermedades Gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. &ed. Volumen 2. Buenos Ares. Ed. Medica Panamericana 2005(215-238).
62. Maltz GS, Hematology management of gastroenterology bleeding. Clínica of North. Amer. 2005: 29. (1): 160-187.
63. Diaz et al. En Hemorragia digestiva: Manual de Terapéutica Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre. 4ta ed. Reeditado 2004. 473-485.
64. Wang TC, Fleischer DE, Kaufman PN, Malagelada JR, McDonald WJ, McQuaid KR, et al. The best of times and the worst of times: sustaining the future of academic gastroenterology in the United States--Report of a Consensus Conference Conducted by the AGA Institute Future Trends Committee. Gastroenterology. 2008 Feb;134(2):597-616 Citado en PubMed; PMID: 18242223.
65. Calvo Mayo JM, García Mas P. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva. Medicine[Internet]. 2007[Citado 4 Feb 2012]; 09 (88):5708-14. Disponible en:<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicine-62/protocolo-diagnostico-terapeutico-hemorragia-digestiva-13111325-protocolos-urgencias-2007#d9b89d1eb131f07442202ad362ea247b>
66. Calvet Calvo X, Almela Notari P. Hemorragia digestiva alta. En: Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Cap. 9. Asociación Española de Gastroenterología [Internet]. 2011 [Citado 4 Feb.



2012]

Disponible

en: [http://www.manualgastro.es/ei/ctl\\_servlet? f=1036&id\\_contenido=68](http://www.manualgastro.es/ei/ctl_servlet? f=1036&id_contenido=68)

4

67. Alcedo J, Villanueva C, García Pagán JC. Hemorragia gastrointestinal.

En: Montoro Huguet MA, García Pagán JC. Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. 2010 . p. 53-70

68. Hernández Garcés HR. Manual de endoscopia superior diagnóstica. La

Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 .Cap 9 .p. 170. Disponible

en: <http://www.sld.cu/sitios/gastroenterologia/>

69. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al.

International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med. 2010; 152(2):101-13. Citado en PubMed; PMID: 20083829.

70. Lau JY, Leung WK, Wu JC, Chan FK, Wong VW, Chiu PW, et al.

Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. N Engl. J Med. 2007; 356(16): 1631–40. Citado en PubMed; PMID:17442905

71. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A

national clinical guideline. Septiembre 2008. Cap. 5 .p. 22. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk>

72. Tsoi KK, Chiu PW, Sung JJ. Endoscopy for upper gastrointestinal

bleeding: is routine second-look necessary? Nat. Rev. Gastroenterol Hepatol. 2009 Dec; 6(12):717-22. Citado en PubMed; PMID: 19946305.

73. Almeida Varela R, Pérez Suárez F, Díaz Elías JO, Martínez Hernández JA. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario «Calixto García». Rev. Cubana de Cirugía [Internet] 2011 [citado 12 Sep. 2012]; 50 (1): 40-53. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n1/cir04111.pdf>
74. Basto M, Vargas G, Ángeles P. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1980-2003. Rev. Gastroenterol Per [Internet]. 2005 [citado 4 Feb. 2012]; 25(3):259-67. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292005000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292005000300005&script=sci_arttext)
75. Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A. I Consenso Nacional sobre el Manejo de la Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Primer consenso español sobre el manejo de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Med. Clin. 2010; 135(13):608-16. Citado en PubMed; PMID: 20846695
76. Fillipi J. Clínica y Diagnóstico de la Hemorragia Digestiva Alta. Manual de Patología Quirúrgica. Chile: P Univ. Católica de Chile; 2007.
77. Eisen G, Dominitz J, Faigel D et al. An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc 2001; 53(7): 853-858.
78. Calleja J, Martínez J. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Medicine 2000; 8 (14): 725-735.

79.Manual del Curso Avanzado de Apoyo Vital en Trauma. Colegio Americano de Cirugía. Sexta Edición.1997.



**ANEXO N°01**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Ficha N°: 0..... Historia Clínica N°:  
TOTAL: 167 PACIENTES.
- 1) Edad: 65-79a (1) >80años (2).  
SEXO M (1) F:
- 2) Antecedentes de ingesta de fármacos: No (1). Si (2).
- 3) Tipo Sangrado Digestivo: 3.1) melena No (1) Si (2).  
Al ingreso 3.2) hematemesis No (1) Si(2).
- 4) Comorbilidad(1 o mas enfermed.) No (1) Si (2)
- 5) Hemoglobina de ingreso: >10(1) < 10(2).
- 5) Frecuencia cardiaca por minuto: <100 (1) >100 (2)
- 6) Presión arterial Sistólica: >100 (1) <100 (2)
- 7) Palidez: No (1) Si (2)
- 8) Dolor abdominal: No (1) Si (2)
- 9) Transfusión de sangre: No (1) Si (2).
- 10) Tipo de lesión endoscópica: LAMG (1) Ulcera (2)
- 11) Hallazgo endoscópico Forrest I (3) Forrest II (2) Forrest III (1)