



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE PREGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA UNIDAD DE
HEMORRAGIA DIGESTIVA, SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS-ESSALUD, 2013 – 2014**

**PRESENTADA POR
VANESSA VALERIA VELÁSQUEZ LEÓN**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2016



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE PREGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA UNIDAD DE
HEMORRAGIA DIGESTIVA, SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS-ESSALUD, 2013-2014**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

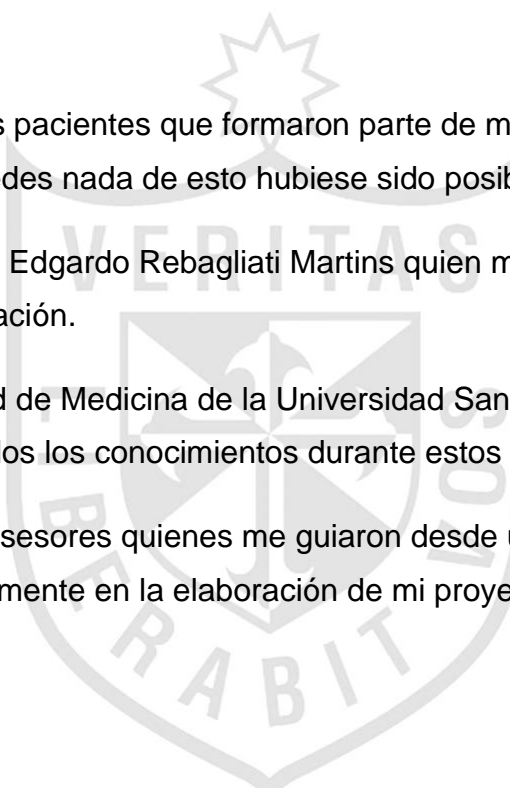
VANESSA VALERIA VELÁSQUEZ LEÓN

LIMA - PERÚ

2016



La autora del trabajo firma como responsable del contenido.



Agradezco a todos los pacientes que formaron parte de mi trabajo de investigación, sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

Agradezco al Hospital Edgardo Rebagliati Martins quien me permitió desarrollar mi trabajo de investigación.

Agradezco la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres por haberme brindado todos los conocimientos durante estos años.

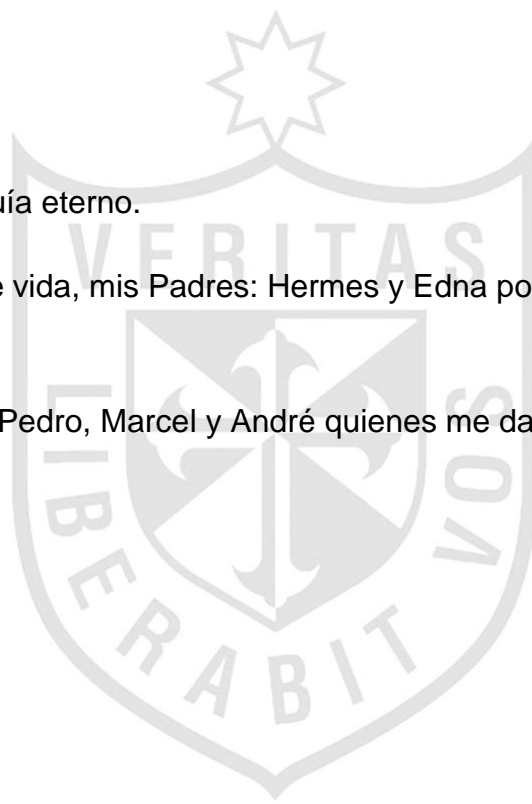
Mi gratitud para mis Asesores quienes me guiaron desde un inicio y me asesoraron constantemente en la elaboración de mi proyecto.

DEDICATORIA

A Dios quien es mi guía eterno.

A mis dos motores de vida, mis Padres: Hermes y Edna por su apoyo y amor incondicional.

A mis hermanos Ida, Pedro, Marcel y André quienes me dan fuerza día a día.



ASESORES:

Dr: Fernando Liberato Felles.

Dra: Milagros Dávalos Moscol.

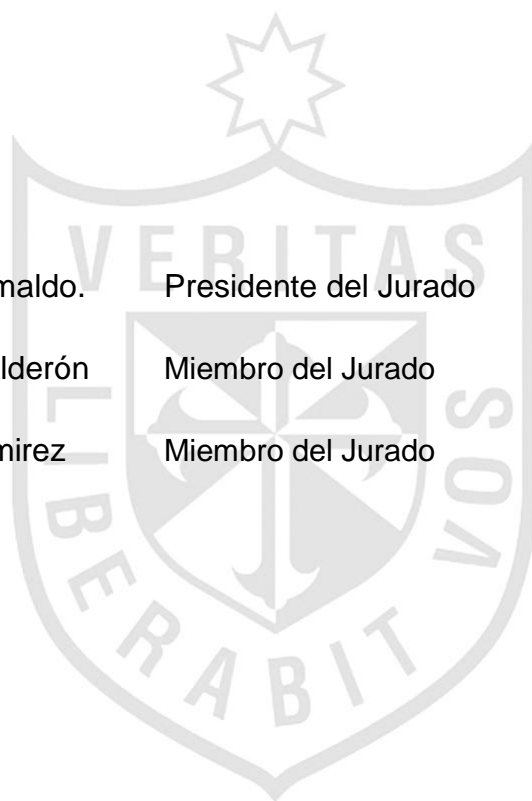
Dr: Pedro Larrea Lúcar.

JURADO:

Dr: Julio Dieguez Grimaldo. Presidente del Jurado

Dr: Sixto Sánchez Calderón Miembro del Jurado

Dr: Mauro Rivera Ramirez Miembro del Jurado



INDICE

Responsabilidad	ii
Agradecimiento	iii
Dedicatoria	iv
Asesores	v
Jurado	v
Indice	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	1
Marco Teórico	3
Antecedentes de la Investigación	3
Bases Teóricas	4
Definiciones Conceptuales y Epidemiología	5
Material y Método	21
Resultados	27
Discusión	33
Conclusiones	37
Recomendaciones	38
Referencias Bibliográficas	39
Anexo	44

RESUMEN

OBJETIVO:

Determinar las características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) admitidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud 2013 – 2014.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos retrospectivo en 412 de 650 pacientes con hemorragia digestiva. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, el Excel y el SPSS fueron usados para su procesamiento.

RESULTADOS:

Del total de pacientes con HDA, 70% (288 pacientes) fueron de sexo masculino. El grupo etario más afectado fue mayores de 60 años (66.2%). La ingesta de AINES fue del 33% y de alcohol fue de 9.7%. La cirrosis hepática fue la patología de mayor predominancia con un 30%. La melena estuvo presente en 51.6%, hematemesis 42.7% y shock hipovolémico 20%. En la valoración endoscópica de pacientes con cirrosis hepática se observó várices 30.5% (126 pacientes), predominando las várices esofágicas 20.8% sobre las varices gástricas 9.7%.

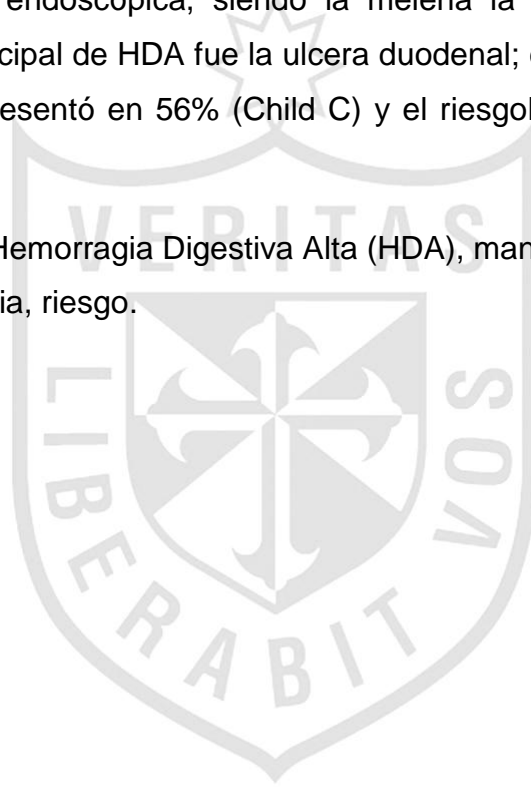
La úlcera péptica (45.6%) de 188 pacientes, siendo mayor el número de casos por úlcera duodenal 24.2% y úlcera gástrica 21.3%. Otros diagnósticos hallados excluyendo várices y úlcera péptica, fueron 19.2% entre los cuales reportamos Cáncer Gástrico, Angiodisplasia Gástrica y Gastritis Erosiva (Lesiones agudas de la mucosa gástrica), MalloryWeiss y otros.

Según la escala de Rockall, el 50% tuvieron alto riesgo de recidiva de sangrado. La enfermedad hepática descompensada se presentó en 52% pacientes (Grado C de escala de ChildPugh). La mortalidad global al momento del alta fue del 1.3%. (6 pacientes)

CONCLUSIONES:

La evaluación de las manifestaciones clínicas en la hemorragia digestiva alta en el presente estudio observacional, determinó la severidad del sangrado (leve-moderada- severa), su repercusión hemodinámica (shock) y los hallazgos endoscópicos para la toma de decisiones en cuanto al tratamiento farmacológico, clínico y de terapia endoscópica, siendo la melena la principal manifestación clínica. La causa principal de HDA fue la úlcera duodenal; el compromiso hepático descompensado se presentó en 56% (Child C) y el riesgoRockall de recidiva alto fue de 50%.

PALABRA CLAVE: Hemorragia Digestiva Alta (HDA), manifestaciones clínicas, pronóstico, endoscopia, riesgo.



ABSTRACT

Objective:

To determine the clinical characteristics of patients with upper gastrointestinal bleeding (HDA) admitted to the Hospital Edgardo Rebagliati Martins EsSalud - 2013-2014

Material and methods:

A descriptive retrospective case series study of 412 650 patients with gastrointestinal bleeding were not carried out. Data were obtained from medical records, the Excel and SPSS were used for processing

Results:

Of all patients with HDA, 70% (288 patients) were male. The most affected age group was over 70 (43%). NSAIDs intake was 33% and alcohol was 9.7%. Liver cirrhosis was the most predominant pathology with 30%. The hair was present in 51.6%, 42.7% and hematemesis hypovolemic shock 20% .In the endoscopic assessment of patients with liver cirrhosis varices 30.5% (126 patients) was observed, predominantly esophageal varices 20.8% of gastric varices 9.7%.

Peptic ulcer (45.6%) of 188 patients, with a higher number of cases duodenal ulcer and gastric ulcer 24.2% 21.3%. Excluding other diagnoses found varices and peptic ulcer were 19.2% among which we reported gastric cancer, gastric angiodysplasia and erosive gastritis (acute lesions of the gastric mucosa), Mallory Weiss and others.

According to the scale of Rockall, 50% had high risk of recurrent bleeding. The UNCOMPASS liver disease occurred in 52% patients (Grade C Child Pugh scale). Overall mortality at discharge was 1.3%. (6 patients)

Conclusions:

The evaluation of the clinical manifestations in upper gastrointestinal bleeding in this observational study, determined the severity of bleeding (level- moderately severe), its hemodynamic (shock) and endoscopic findings for making decisions about drug treatment clinical and endoscopic therapy .

Being the main manifestation of HDA mane, the main cause was the duodenal ulcer decompensatedhepatic involvement was present in 56 % (Child C) and high riesgoRockall recurrence was 50 %.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding (HDA), clinical features, prognosis, endoscopy, risk.



INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) es el sangrado del aparato digestivo por encima del ángulo de Treitz; es la urgencia médica más frecuente en gastroenterología; su incidencia oscila entre 50 y 100 casos por 100.000 habitantes/año. Además la incidencia de eventos clínicamente significativos aumentan con la edad, particularmente en mayores de 60 años y en especial en varones.

La mortalidad generalmente se asocia con la edad avanzada y la presencia de enfermedades concomitantes, como cirrosis hepática, úlcera péptica, diabetes mellitus, enfermedad obstructiva crónica, etc., de tal manera que sólo una tercera parte de las muertes asociadas a episodios de HDA se deben a la hemorragia misma^{2,3} oscilando entre el 4 y el 10% en la HDA de origen no varicoso, a diferencia de la HDA secundaria a hipertensión portal cuya mortalidad es entre el 18 y el 30% al alta hospitalaria

En centros altamente especializados como en la Unidad de Hemorragia Digestiva, del Hospital Rebagliati-EsSalud de Lima-Perú, estas cifras han descendido y mejorado la sobrevida de 10% a 3.6%.

Los recientes avances en el tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva, así como el tratamiento erradicador de *Helicobacter Pylori*, han mejorado notablemente el pronóstico de estos pacientes y, en consecuencia, la evolución clínica; pero ha sido contrarrestado por el envejecimiento de la población y el elevado número de personas que ingieren en la actualidad antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Hoy en día, hay factores clínicos y endoscópicos que permiten conocer qué pacientes son los de riesgo elevado de recidiva y/o persistencia de la hemorragia y cuáles precisan ser ingresados en unidades de cuidados críticos; así, como identificar aquéllos que son de bajo riesgo, que pudieran ser dados de alta desde el propio servicio de urgencias hospitalario o ser ingresados en una unidad de hospitalización durante 48 a 72 h. No se conoce plenamente el comportamiento

de las características clínicas en un hospital de EsSalud de Lima, por lo que es necesario conocerlos e identificar los factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta a fin de disminuir la mortalidad y las complicaciones que se presentan; conocer la magnitud de los problemas que se relacionan con ésta servirán de base para intervenciones más eficaces y oportunas.



CAPITULO I

1.1 Marco Teórico:

1.2. Antecedentes de la Investigación:

En la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se llevó a cabo un estudio que señala que el sangrado por várices corresponde al 18% de ingresos a esa área crítica, ocupando el tercer lugar, luego de los sangrados por úlceras gastroduodenales.³ La recurrencia al año de la hemorragia Variceal es aproximadamente del 60%. De 4 pacientes que nunca sangraron 1 sangrará en los próximos seis meses y de 4 pacientes que sangraron 3 sangrarán en ese mismo tiempo. La mortalidad a las 6 semanas con cada episodio de hemorragia variceal, se incrementará de acuerdo a la reserva funcional hepática.

Gustavo Salvatierra Laytény colaboradores en Enero del 2006 realizaron un estudio descriptivo sobre Hemorragia Digestiva Alta no originada por Várices en los hospitales de Lima Hipólito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia, sobre 117 pacientes, excluyéndose sangrados por várices esófago-gástricas y se llegó a la conclusión que 54% consumieron AINEs; el 65% tenían más de 60 años y la úlcera gástrica fue más frecuente 49%; existiendo una asociación bien establecida de su uso con sangrado por lesiones ulceradas.

Jorge Espinoza Ríos; Jorge Huerta Mercado Tenorio y colaboradores en Julio 2009 realizaron un estudio descriptivo prospectivo para ver la Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en el cual se incluyó a 163 pacientes, mayores de 14 años, admitidos en la Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta a quienes se les realizó una endoscopia dentro de las 72 horas siguientes al ingreso. El diagnóstico clínico de hemorragia digestiva alta incluyó a pacientes con melena 39.8%, hematemesis 38.6%, shock 10%, concluyó que el sistema de Score de Rockall es útil para identificar a los pacientes con alto riesgo de fallecer.

En un estudio realizado en marzo del 2012 por el Dr. Manuel Alejandro Corzo Maldonado y colaboradores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, Perú, encontró que las causas más comunes de mortalidad en pacientes con HDA

son: úlceras gástricas (23,8%) y várices esofágicas (19,04%). Además, la literatura mundial ha encontrado que las variables más relevantes asociadas a un pobre pronóstico en HDA son: resangrado, edad, estado circulatorio, presencia de comorbilidades y sangrado por várices esofágicas en pacientes con cirrosis.

1.3 Bases Teóricas

Históricamente la hemorragia digestiva alta ha sido señalada en antiguos manuscritos chinos que datan aproximadamente del año 2600 a. C., en los que se transcribe una anatomía rudimentaria del estómago, así como en el Papiro de Ebers (1550 a. C.), sugiere que ya en ese entonces, se conocían los síntomas de la úlcera péptica y las complicaciones de la hemorragia. En las Obras Médicas de Hipócrates aparecen las complicaciones hemorrágicas de la úlcera péptica, pero no su etiología. Galeno en el siglo II d. C. narra síntomas y complicaciones de la úlcera péptica y cita, en numerosas ocasiones, la hemorragia digestiva con heces negras. En el siglo XV, se revivió el interés por la anatomía humana lo que proporcionó la base firme para los avances posteriores en el conocimiento de la hemorragia ^{(6-11).} gastrointestinal. ⁽¹⁾

La Hemorragia Digestiva Alta es aquella que se origina por encima del ángulo de Treitz. Clínicamente se manifiesta con sangrado activo sea por Hematemesis (Vómito de sangre o material tipo borra de café) Melena (deposiciones negras como "brea") o, con menor frecuencia Hematoquezia.

La aparición de la endoscopia digestiva ha sido un paso decisivo para conseguir el diagnóstico etiológico de la hemorragia sin cirugía, ni disección ^{(19).} anatómica de ninguna clase. La primera esofagoscopia fue realizada en 1868 por Kussmaul mediante un endoscopio rígido y, en 1932, Rudolf Schindler diseñó el primer gastroscopio semiflexible. Durante los siguientes 25 años, fueron introducidas una serie de mejoras técnicas, pero no fue sino hasta mediados del siglo XX, que los avances tecnológicos permitieron la construcción de endoscopios flexibles de fibra y posteriormente video endoscopia, con lo que la endoscopia se fue convirtiendo en una técnica segura y útil para el diagnóstico y el tratamiento etiológico de la hemorragia digestiva.

1.4. Definiciones Conceptuales y Epidemiología

La Hemorragia Digestiva Alta es una de las emergencias más importantes en gastroenterología clínica y quirúrgica y se define como la pérdida hemática desde el esófago hasta el ángulo de Treitz. Las dos causas más habituales son por úlcera péptica y la secundaria a hipertensión portal.

En los Estados Unidos de Norteamérica y Gran Bretaña, la incidencia anual estimada de Hemorragia digestiva alta, es de 48-160 casos por 100 000 habitantes con mayores prevalencia reportada entre hombre y ancianos ⁽³⁻⁴⁾. Las causas más comunes de HDA son del tipo No Variceal y de estas la enfermedad úlcera péptica registra el 67% de todos los casos ⁽¹²⁾.

En Estados Unidos la tasas de Altas hospitalarias con diagnóstico de HDA por Úlcera Péptica se redujo de 1.400 en 1979 a 700 por 100.00 habitantes en el 2004 ⁽⁵⁾, sugiriendo que ello se deba a la disminución global en la prevalencia de Helicobacter Pylori, además de un aumento en el uso de medicamentos supresores de ácidogástrico

Los factores de riesgo más comunes para HDA No Variceal, incluyen la infección por Helicobacter Pylori, uso de aspirina o AINES y terapia con antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes ⁽¹²⁾. La infección por Helicobacter Pylori y uso de AINES son factores de riesgo independientes y sinérgicos para HDA por Úlcera Péptica ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

La prevalencia de Úlcera Péptica en pacientes usuarios de AINES oscila entre el 15 y 30%

Además hay otros múltiples factores de riesgo para HDA no Variceal que son potenciados con la presencia de AINES ^(10 - 13).

La edad avanzada y la presencia de comorbilidades asociadas, se muestran como indicadores de peor pronóstico, siendo la enfermedad cardiovascular y renal las principales responsables de morbilidad asociada a HDA a nivel mundial.

El Dr. Valentín Lisa Catón¹⁴ y colaboradores clasificaron la HDA según criterios de gravedad, para así orientar sobre la actuación más adecuada en cada caso. Sugirieron tenerse en cuenta tres parámetros:

- **Criterios clínicos de gravedad.** Según los hallazgos clínicos, puede estimarse la pérdida de volumen debido a la hemorragia, lo que la define como leve, moderada, grave o masiva. Estos criterios se recogen en la tabla I.
- **Origen del sangrado.** Según el punto sangrante, la HDA puede catalogarse como de alto, medio o bajo riesgo, según se recoge en la tabla II.
- **Signos endoscópicos de riesgo.** La endoscopia digestiva es la exploración de elección para todos los casos de HDA. Debe realizarse dentro de las primeras 12 horas ya que, aparte de su valor diagnóstico y pronóstico, tiene también utilidad terapéutica, de forma que pueden ser tratadas localmente las lesiones detectadas. Según los hallazgos en la endoscopia, las HDA pueden clasificarse como de alto o bajo riesgo, atendiendo fundamentalmente al riesgo de **persistencia o recidiva**. Estos criterios se recogen en la tabla III.

Tabla I.- Gravedad de la HDA según criterios clínicos

Gravedad	Signos clínicos	Pérdida estimada de volumen
Leve	Ninguno	< 500 cc (<15 %)
Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca < 100 • TA sistólica >100 mmHg • Frialdad de pies y manos • Estado de conciencia normal 	750-1250 cc (15-25 %)

Grave	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca 100-120 1250-1750 cc • TA sistólica 90-100 mmHg (25-30 %) • Sudación, palidez, oliguria • Inquietud
Masiva	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca > 120 >1750 cc • TA sistólica <80 mmHg (>35 %) • Frialdad intensa, palidez extrema, anuria • Estupor

Tabla II.- Gravedad de la HDA según el origen del sangrado

Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Mallory-Weiss • Esofagitis • Lesiones agudas de la mucosa gástrica (gastroerosivos)
Riesgo medio	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica
Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> • HDA debida a hipertensión portal (gastropatía, varices esófago-gástricas) • Neoplasia • Malformaciones vasculares • Hemorragia de origen no filiado

Tabla III.- Gravedad de la HDA según los hallazgos endoscópicos

Alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia activa pulsátil • Hemorragia activa por rebosamiento • Vaso visible en la base de la úlcera • Coágulo reciente • Coágulo adherido a la base de la úlcera • Úlceras de gran tamaño • Úlceras localizadas en cara posterior de bulbo duodenal
(Riesgo de recidiva o persistencia > 10%)	

o en parte superior de curvatura menor gástrica

- Bajo riesgo**
- Restos hemáticos en la base de la úlcera
 - Úlcera con base limpia
 - Lesiones agudas de la mucosa gástrica
- (Riesgo de recidiva o persistencia < 10%)**
- Duodenitis sin sangrado activo
 - Hemorragia por hernia de hiato
 - Síndrome de Mallory-Weiss
 - Esofagitis



La erradicación del *Helicobacter Pylori* también ha demostrado que es eficaz a la hora de reducir las tasas de recidiva la hemorragia digestiva de origen péptico

El tratamiento endoscópico hemostático es el tratamiento de elección que hoy en día se acepta para tratar el sangrado digestivo alto, de causa péptica, ya que disminuye de forma significativa las tasas de recidiva y de cirugía

Por lo tanto, si actualmente aplicamos estos tratamientos, tanto las tasas de incidencia, recidiva y cirugía han debido de descender.

En un estudio sobre la hemorragia digestiva alta, Rockall y colaboradores, mediante un análisis multivariante, relacionaron de forma independiente y significativa la mortalidad por esta patología con: la edad, comorbilidades médicas presentes previamente y los hallazgos encontrados durante la endoscopia; e idearon un sistema predictivo de mortalidad validado por otros autores.

Si el envejecimiento de la población es un hecho y con ello ha aumentado la presencia de comorbilidades médicas, entonces según los criterios referidos anteriormente también ha debido de aumentar la mortalidad.

La Hemorragia digestiva alta por hipertensión portal en la cirrosis hepática constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad. Las tasas de defunción más elevadas se registran en Moldavia (91 por 100.000 habitantes) y Hungría (85 por 100.000), mientras que las cifras más bajas, entre 3 y 5 por 100.000 habitantes, corresponden a Irlanda, Colombia, Holanda, Singapur, Israel y Noruega.

En el Perú, la cirrosis hepática con una tasa de mortalidad de 9,48 por 100,000 habitantes, ocupa el 5° lugar, en orden de magnitud entre las defunciones generales, el 2° lugar entre las enfermedades digestivas y hepatobiliares y es la 2° causa de muerte entre las defunciones registradas para el grupo etéreo de 20 a 64 años ^(9,10). Además, constituye actualmente, la primera causa de demanda efectiva de hospitalización y una de las principales de consulta externa registradas en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartins- Es Salud

- **Melena:** Es la expulsión de deposiciones (heces) negras, viscosas y malolientes debido a la presencia de sangre degradada proveniente del tubo digestivo superior boca-ángulo duodenoyeyunal.

- **Hematemesis:** Es el vómito de sangre que puede ser explosivo, debido a una lesión localizada en el esófago, estómago y/o duodeno.

- **Hematoquezia:** Presencia de sangre en las heces que puede ser originada por lesión en el tracto gastrointestinal superior con tránsito acelerado y por sangrado digestivo por debajo del ángulo de Treintz.



1.5. Factores de Riesgo

La HDA es auto limitada en la mayoría de los casos. Sin embargo, hasta en un 20% de casos la hemorragia persiste o recidiva tras el ingreso en el hospital, y es en este grupo de pacientes donde se concentra la mortalidad. Numerosos estudios han demostrado el valor predictivo de recidiva y de mortalidad de factores clínicos como el sexo, la edad avanzada, el antecedente de ingesta de alcohol, consumo de AINES y tabaco; además de la presencia de enfermedades concomitantes ⁽²⁷⁾

Respecto al sexo, se ha observado en pacientes con hemorragia digestiva alta que la incidencia en varones es el doble respecto a las mujeres. El riesgo se incrementa marcadamente con la edad y en un estudio el factor de riesgo más determinante fue la edad mayor de 65 años ⁽²⁷⁾

La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 g en la mujer y 70 g en el hombre. La ingesta reciente de alcohol en grandes cantidades puede ocasionar gastritis erosiva y la ingesta crónica predispone la producción de várices esófago gástricas como expresión de cirrosis hepática e hipertensión portal ⁽²⁵⁾. El alcohol (más de 80 g al día) multiplica por 4 el riesgo de HDA en patología ulcerosa. Después de una inusual ingesta de alcohol, es probable que una hematemesis se deba a lesiones agudas de la mucosa gástrica.

Sólo el 15% de los bebedores excesivos constantes genera daño hepático crónico. La ingesta de alcohol es un factor clave en la mortalidad, inclusive el que ha desarrollado la enfermedad hepática y sigue bebiendo tiene mucha mayor mortalidad. La mayor parte de la población se clasifica en consumidor moderado y consumen < 100 ml alcohol/día ⁽²⁹⁾

Existen fármacos que se relacionan con la presencia de hemorragia digestiva alta como los AINES, que son los más usados mundialmente en los últimos 20 años en la profilaxis secundaria de enfermedades vasculares y que son capaces de causar lesiones a lo largo del tracto digestivo y determinar un mayor riesgo de producir hemorragia digestiva alta ⁽²³⁾.

En el 2003, Frisancho, Salvatierra y colaboradores, concluyeron en su estudio, que el 54.1% de pacientes con hemorragia digestiva consumen antiinflamatorios.

Este último estudio fue prospectivo y multicéntrico (Hospitales Rebagliati, Hipólito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia del Perú), siendo los AINES más consumidos: aspirina (60%), ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15.8%). El 31% de los casos consumieron más de un AINE simultáneamente. Se observa que la tercera parte de los pacientes hospitalizados con hemorragia digestiva alta tienen antecedente de ingesta de AINES 25 y son más frecuentes en pacientes de edad avanzada, mayores de 75 años.

La presencia de 4 o más enfermedades concomitantes aumentan la mortalidad por hemorragia digestiva que puede llegar al 70%; además, los pacientes hospitalizados por otras causas tienen un mal pronóstico cuando presentan una hemorragia digestiva por úlcera durante la hospitalización. En el 2003, Salvatierra y Frisancho concluyen que respecto a los antecedentes patológicos, la presencia de enfermedades cardiovasculares y reumatológicas fueron muy importantes.

1.7. Etiología y Fisiopatología

La úlcera péptica y la HDA secundaria a hipertensión portal son las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta

1.7.1. Etiología de la Hemorragia Digestiva Alta Secundaria a Hipertensión Portal

La HDA secundaria a hipertensión portal suelen presentar mayor severidad y grave pronóstico. La complicación más importante es el desarrollo de: Várices Esófago-gástricas.

1.7.2 Várices Esófago- gástricas

Las várices esófago gástricas están presentes en casi en el 50% de los pacientes con cirrosis en el momento del diagnóstico, con una tasa más alta entre los pacientes con Child-Turcotte-Pugh de clase B o C, de los cuales un 30% tienen un episodio de sangrado en los dos primeros años después del diagnóstico. ⁽²⁵⁾

El riesgo de resangrado después de un primer episodio aumenta hasta en un 70% a los dos años. Las várices gástricas son una extensión de las várices procedentes de esófago o de las localizadas a nivel de fondo gástrico. Las várices

gástricas aisladas suelen aparecer como una complicación de la trombosis de la vena esplénica secundaria a pancreatitis o traumatismos principalmente.

El crecimiento del volumen de las várices esófago-gástricas ocurren con una frecuencia del 7% al año y la primera hemorragia variceal al año es de aproximadamente el 12% (5% para las várices pequeñas y 15% para várices grandes). Los signos rojos endoscópicos de las várices se incrementan con el grado de la enfermedad hepática avanzada (Child clase B o C) identificando a los pacientes con alto riesgo de hemorragia por várices⁽¹⁰⁾.

1.7.3 Gastropatía de la Hipertensión Portal

Este tipo de sangrado suele ser crónico y oculto; pero, también, puede presentarse como hemorragia aguda; representa menos del 5% de las hemorragias variciales.

1.7.4. Fisiopatología de la Hemorragia Digestiva Alta Varicial

La hipertensión portal es un síndrome caracterizado por un aumento de la gradiente de presión, entre la vena porta y la vena cava inferior. Se considera que existe hipertensión cuando éste gradiente es superior a 5 mmHg⁽¹⁰⁾

La presión portal está determinada por la relación entre el flujo sanguíneo portal y la resistencia vascular (Ley de Ohm). En el hígado sano, existe un gran árbol vascular de baja resistencia, sin embargo, en el hígado cirrótico hay un marcado aumento de la resistencia al flujo sanguíneo portal, factor determinante de la hipertensión portal. Para descomprimir el sistema venoso portal, se forma una amplia red de colaterales portosistémicas, siendo las de mayor importancia clínica las várices gastroesofágicas. Las várices esofágicas se forman cuando el gradiente de presión portal está por encima de 10mmHg y se rompen cuando es mayor de 12 mmHg⁽¹⁰⁾

No existe una relación lineal entre el grado de hipertensión y el riesgo de hemorragia, pero sí está establecido la relación: a más hipertensión mayor riesgo de hemorragia; un descenso del 20% o más en el gradiente de presión portal conlleva una disminución del riesgo de sangrado.⁽⁶⁾

Una vez formadas, existen dos factores implicados en el crecimiento de las várices: la elevación de la presión hidrostática en el interior de la varice y la presencia de alto flujo sanguíneo en el territorio portocolateral. Se ha comprobado la relación entre la presión de las várices, su tamaño y la presencia de "signos rojos", así como la relación entre la presión en las várices y el flujo sanguíneo en la vena ácigos. Debido a la distensión de las paredes que hace que aquéllas disminuyan de grosor, aparecen, en determinados puntos de la pared, los llamados "signos rojos", hecho que, junto al tamaño de la varice, se relaciona con el riesgo de hemorragia.^(3,10)

La presión dentro de la varice, factor implicado en el mecanismo de rotura, es más elevada en los pacientes con episodio de hemorragia que en los que no han presentado dicha complicación.

En la actualidad, se acepta que la hemorragia por várices se produce cuando su pared está sometida a una tensión elevada y alcanza el llamado punto de rotura. De acuerdo con la Ley de Laplace, son las várices de gran tamaño y con presión elevada las que presentan un mayor riesgo de hemorragia.⁽⁹⁾

1.7.5. Úlcera péptica:

Es la causa más frecuente de HDA, representa entre el 37-50% de los casos, siendo dos veces más frecuente el sangrado por úlcera duodenal que por úlcera gástrica⁽²³⁾. Cuando la úlcera es mayor a 2 cm de diámetro, existe una mayor incidencia de resangrado y de mortalidad, con o sin tratamiento hemostático endoscópico.

La incidencia también aumenta de acuerdo a la localización de la úlcera, debido a la erosión de grandes vasos, principalmente las localizadas en la cara posterior del bulbo duodenal (arteria gastroduodenal) y en la porción proximal de cuerpo, en la curvatura menor gástrica (arteria gástrica izquierda).

La evaluación del sangrado por úlcera péptica se realiza señalando factores clínicos y endoscópicos. La clasificación de Forrest nos permite tener un pronóstico posible de resangrado.

FORREST			
	HEMORRAGIA	ENDOSCOPIA	RESANGRADO
I a	Activa	Sangrado a chorro	90%
I b	Activa	Sangrado en napa	60%
II a	Reciente	Lesión no sangra, con un vaso visible	40 – 50%
II b	Reciente	Lesión no sangra, con un coágulo adherido.	20 – 30%
II c	Inactiva	Lesión no sangra, con mancha pigmentada plana.	10%
III	Inactiva	Lesión con base limpia, sin sangrado	≤ 5 %

1.7.6. Factores Predisponentes

La infección por *Helicobacter pylori* es la causa más frecuente de úlcera duodenal. Esta bacteria gram negativa coloniza la mucosa gástrica causando gastritis atrófica y está fuertemente implicada en la patogénesis de las úlceras gástricas y duodenales, en carcinomas y linfomas gástricos.

Actualmente, se ha revolucionado el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica, al demostrar que la erradicación de *H. Pylori* puede reducir significativamente la recurrencia de la enfermedad ulcerosa.⁽⁷⁾

El uso de aspirina y otros AINES son causas también de úlceras pépticas y aumentan la probabilidad de complicaciones como la hemorragia, en pacientes con enfermedad ulcerosa de base. Las complicaciones pueden presentarse desde el inicio del tratamiento, pero son más frecuentes durante el primer mes. El riesgo de enfermedad ulcerosa es dosis dependiente de la ingesta de AINES, por lo que un gran número de pacientes deberán ser evaluados cuidadosamente, para asegurar el tratamiento con dosis muy bajas de aspirina. El uso de corticoesteroides no incrementa el riesgo de desarrollar úlcera péptica o hemorragia, sin embargo, si se asocian con AINES este riesgo se incrementa diez veces más.⁽³³⁾

1.7.7. Síndrome de Mallory-Weiss:

La hemorragia digestiva alta es debido al desgarro, a nivel de la unión gastroesofágica producido tras náuseas o vómitos intensos. Constituye entre el 5 y el 15% de los casos de HDA. Es característica la historia de náuseas o vómitos precedidos a la hematemesis en un paciente alcohólico. El sangrado es autolimitado en un 90% de los casos. El resangrado es poco frecuente.

1.7.8. Lesiones Agudas de la Mucosa Gástrica (LAMG):

En general pueden constituir hasta el 20% de las causas de HDA. Los factores clínicos asociados son la toma de AINES, alcohol o estado crítico del enfermo con ventilación mecánica, coagulopatía, lesiones neurológicas graves, politraumatizados, etc. El conjunto de lesiones que aparecen en la mucosa gastroduodenal en situaciones clínicas de gravedad se denominan "úlceras de stress".

1.7.9. Otras causas de HDA menos frecuentes

La hemorragia por Hernia Hiatal, esofagitis de reflujo, neoplasias, fístulas Aorto-entéricas y hemobilia son causas menos frecuente de Hemorragia Digestiva Alta

1.8. Diagnóstico

El paciente con episodio de HDA con hematemesis o melenapresentará inestabilidad hemodinámica, dependiendo de la cuantía y de la velocidad de la pérdida de sangre (shock hipovolémico), lo que conduce a que la primera medida se encamine a su estabilización y reanimación. Estabilizado el paciente, se procede a la anamnesis y a la exploración física minuciosa que nos oriente acerca de la etiología de la hemorragia digestiva.

La endoscopia de emergencia, es el mejor método para conseguir un diagnóstico del origen de la hemorragia, pudiendo llegar a un 95% sobre todo si se realiza en las primeras 24 horas⁽²⁹⁾.

1.9. Escalas Pronosticas de la HDA

1.9.1. Hemorragia Digestiva Alta no Variceal: Índice de Rockall

De todos los índices numéricos pronósticos, el propuesto por Rockall es el más conocido y utilizado

El índice de Rockall evalúa la posibilidad de resangrado, Necesidad quirúrgica y Mortalidad estimada. El cual fue calculado en base a los siguientes parámetros:

- Edad
- Shock (que evalúa Presión Arterial (PA) y Frecuencia Cardiaca (FC))
- Comorbilidad
- Diagnóstico endoscópico
- Estigmas de hemorragia reciente

Con los siguientes valores de puntaje para cada criterio:

1. **Edad:** Menos de 60 años (1 puntos); entre 60 - 79 años (2 punto); mayor de 79 años (2 puntos).
2. **Shock:** Presión Arterial Sistólica (PAS) = 100 mmHg y Frecuencia Cardiaca (FC) menor de 100 por minuto (0 puntos); PAS = 100 mmHg y FC mayor de 100 por minuto (1 punto); PAS menor de 100 mmHg (2 puntos).
3. **Comorbilidad:** No comorbilidad mayor (0 puntos); insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica; otra comorbilidad mayor (2 puntos); insuficiencia renal; insuficiencia hepática; neoplasia diseminada (3 puntos).
4. **Diagnóstico:** Síndrome de Mallory-Weiss, no lesión identificada y no estigmas de sangrado reciente (0 puntos); cualquier otro diagnóstico (1 punto); neoplasia del tracto gastrointestinal superior (2 puntos);
5. **Estigmas e hemorragia reciente:** Ninguno o solo "mancha oscura" (0 puntos); sangre en tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, vaso visible (2 puntos).

Parámetros	Puntuación		
	1	2	3
Edad	< 60	60 a 79	> 80
Frecuencia Cardiaca	< 100	≥ 100	
Presión arterial sistólica	>100	>100	< 100
Enfermedades asociadas	Ninguna	Cardiopatía, EPOC, diabetes	IRC, neoplasia, cirrosis
Diagnóstico	Mallory-Weiss, sin lesión	Todos los otros diagnósticos (úlceras)	Neoplasia
Signos de hemorragia reciente	Sin estigmas. Hematina	-	Sangre fresca en estómago, Forrest I, IIa y IIb.

Riesgo bajo: 0 a 2 puntos

Recidiva: 5 %

Mortalidad: 0.1%

Riesgo intermedio: 3 y 4 puntos

Recidiva: 25 %

Mortalidad: 17%

Riesgo alto: 5 a 10 puntos

1.10. Hemorragia Digestiva Alta Variceal

La HDA debido a Hipertensión Portal sea intra o extra hepática, por ruptura de várices esófago-gástricas, generalmente graves por la cuantía de la pérdida hemática y la gravedad de la enfermedad hepática subyacente, es valorada por los factores pronósticos que establece la Clasificación de Child⁽¹¹⁾

Una de las grandes inquietudes ha sido encontrar factores que se relacionen con el riesgo de presentar el primer episodio de hemorragia por rotura de várices. Diversos estudios ⁽²⁶⁾, han llegado a establecer que dichos factores son los siguientes: alcoholismo activo, várices esofágicas de gran tamaño, "signos rojos" en la pared de la varice y un grado avanzado de deterioro hepático. Se ha establecido que los pacientes cirróticos, con várices grandes y con "signos rojos" en su pared, son los que tienen mayor probabilidad de hemorragia y deberían recibir tratamiento profiláctico primario para disminuir este riesgo.

Para poder clasificar el tamaño de las várices esofágicas en la UHD, se utilizaron "la escala de los cuatro cuadrantes", es decir Grado I, Grado II, Grado III y Grado

IV⁽³⁾, en relación a la localización radial de las mismas, que se correlaciona con la descrita por la Organización Mundial de Endoscopía Digestiva (OMED).

En el 30-50% de los pacientes aparece recidiva hemorrágica precoz, durante la primera semana, lo que hace que las medidas de profilaxis de nuevos sangrados deban aplicarse inmediatamente. Existe gran interés en identificar factores que señalen la probabilidad de recidiva; uno de los más reconocidos es el grado de insuficiencia hepática, evaluado por la clasificación de Child, sin embargo, existen estudios hemodinámicos, que indican que pacientes, con un gradiente de presión portal igual o superior a 16 mmHg, presentan recidiva precoz en más del 50% de los casos, algo que no se evidencia cuando este gradiente es inferior. Otros estudios hablan de que la disminución de la presión varicosa en un 20% reduce significativamente la incidencia de recidiva. ⁽⁷⁾

Otros factores asociados son las várices de gran tamaño y el alcoholismo activo. Cada episodio de hemorragia por várices se asocia a una elevada mortalidad (dentro de las primeras 6 semanas después del episodio de sangrado), que se

sitúa alrededor del 35% después de cada episodio ⁽⁸⁾

La mortalidad puede variar entre < 10% en pacientes cirróticos bien compensados con un grado A de ChildPugh hasta >70% en los que tienen un estadio de cirrosis avanzada ChildPugh C. El riesgo de repetición del sangrado es elevado, alcanzando el 80% en el primer año. ⁽¹¹⁾

1.11 Escala de CHILD-PUGH:

La clasificación de Child-Pugh⁽¹¹⁾ es un sistema de puntuación usado para evaluar la capacidad funcional de la enfermedad hepática crónica.

Medición	1 punto	2 puntos	3 puntos	Unidades
<u>Bilirrubina</u> (total)	<2	2-3	>3	μmol/l (mg/dl)
<u>Albúmina sérica</u>	>3.5	2.8-3.5	<2.8	g/l
<u>INR / Tiempo de protrombina</u>	<1.8 1-3	1.8 – 2.3 4 - 6	>2.3/ >6	sin unidades / %
<u>Ascitis</u>	Ausente	Leve	Moderada-Severa (Refractaria)	sin unidad
<u>Encefalopatía hepática</u>	Ausente	Grado I- II	Grado III-IV	sin unidad

GRADO	Puntos	Sobrevida al año %	Sobrevida a 2 años %
A : Enfermedad bien compensada	5-6	100	85
B: Compromiso Funcional significativo	7-9	80	60
C: Enfermedad Descompensada	10 - 15	45	35

CAPITULO II

Metodología

2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño del presente estudio es observacional descriptivo tipo serie de casos retrospectivo.

2.2. POBLACIÓN

Está conformada por el total de pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, admitidos a la Unidad de Hemorragia entre Octubre del 2013 a Octubre 2014 del Hospital Edgardo Rebagliati Martins - Es Salud Lima

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

.Criterio de Inclusión:

Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta confirmado por endoscopia digestiva alta.

.Criterio de Exclusión:

Pacientes con episodios de hemorragia digestiva baja o intermedia.

.Método de muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia. No se utiliza ninguna técnica de muestreo, se trabajó con la totalidad de la muestra. Se incluyó una cantidad superior a 400 pacientes con HDA.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Sexo	Características fenotípicas del ser humano	Características fenotípicas	Fenotipo	Masculino Femenino
Edad	Registrado en el rango a partir de la Segunda Década	Tiempo	Años cumplidos	11 a 20 21 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 61 a 70 71 a 80 >80 años
Alcoholismo	Ingesta diaria de alcohol superior a 50 grs/d en la mujer y 70grs/d en el hombre y que llega a un estado de embriaguez y produce HDA	Ingesta de alcohol que lleva a la embriaguez	Embriaguez e ingesta crónica de alcohol	Si No
Ingesta crónica de AINES	Tiempo > 6 meses de ingesta AINES capaz de causar HDA	Tiempo de ingesta	Última semana	Si No
Tabaco	Consumo > a 15 cigarrillos/d y que puede causar HDA	Tiempo de consumo	Última Semana	Si No
Hepatopatía Crónica	Enfermedad crónica, difusa e irreversible del hígado	Manifestaciones clínicas y análisis de laboratorio	Incluidos en la historia clínica	Si No
Diabetes Mellitus Tipo II	Enfermedad metabólica multifactorial	Manifestaciones	Paciente con diagnóstico previo de	Si

	caracterizado por niveles elevados de glucosa en sangre.	clínicas y alteraciones de laboratorio	Diabetes Mellitus o que cumplan los criterios de diagnóstico según el ADA	No
Insuficiencia Renal Crónica	Incapacidad de los riñones para excretar los productos de desecho del organismo, concentrar la orina y conservar los electrolitos	Manifestaciones clínicas.	Referido en historia clínica	Si No
Neoplasia de origen digestivo	Tumor que tiende a crecer, invadir y dar metástasis	Antecedente referido	Antecedente referido por el paciente y/o que se incluye en la historia clínica	Si No
Melena	Heces de color negro y muy adherentes que contienen sangre degradada y alterada.	Coloración de las heces	Coloración y consistencia característica de las heces Señalados en HC	Si No

Hematemesis	Vómito de sangre roja y brillante	Vómito con sangre	Vómito con sangre señalados en HC	Si No
Shock Hipovolémico	Estado de colapso físico y postración provocado por pérdida masiva de sangre,	Manifestaciones clínicas	Colapso circulatorio Señalado en HC	Si No

	alteración circulatoria y perfusión inadecuada de los tejidos			
Gravedad de la hemorragia	Pérdida de sangre que proviene del aparato digestivo superior, en relación al volumen y velocidad del sangrado.	Alteraciones hemodinámicas	-Presión Arterial. -Frecuencia Cardíaca	Leve Moderada Grave
Úlcera Gástrica	Es un defecto de la continuidad de la mucosa gástrica, debido a factores agresivos y defensivos	Defecto de la mucosa gástrica	Valoración endoscópica referido en Historia Clínica	Si No
Úlcera Duodenal	Es un defecto de la pared circunscrita en la mucosa del duodeno	Defecto de la mucosa duodenal	Hallazgo endoscópico	Si No
Gastritis Erosiva	Eritema difuso con erosiones múltiples en la mucosa gástrica	Erosión en el estómago	Hallazgo endoscópico	Si No
Esofagitis Erosiva	Inflamación de la mucosa esofágica con formación de múltiples erosiones	Erosiones en la mucosa esofágica	Erosiones en la mucosa esofágica	Si No

Neoplasia del TGI Superior	Crecimiento anormal de tejido maligno en el aparato gastrointestinal	Tumor maligno a nivel del tracto gastrointestinal superior	Hallazgo endoscópico	Si No
Malformaciones Vasculares	Estructura anómala de los vasos sanguíneos	Anomalía vascular	Hallazgo endoscópico	Si No
Síndrome MalloryWeiss	Desgarro en la membrana mucosa en la unión esófago – gástrica.	Desgarro de la mucosa esófago-gástrica	Hallazgo endoscópico	Si No
Várices Esofágicas	Conjunto de venas longitudinales y tortuosas situadas en el extremo inferior del esófago que aparecen aumentadas de tamaño.	Dilataciones tortuosas	Tamaño de las várices	Grado I Grado II Grado III
Endoscopia negativa para lesiones sangrantes	Procedimiento endoscópico en el cual a pesar de evidencia de sangrado activo o reciente no se encuentra la lesión causante de la hemorragia	Ausencia de lesiones	No se observa lesión	Si No
Índice de Rockall	Escala utilizada para discriminar paciente de alto, intermedio o bajo riesgo de recidiva	Escala utilizada para discriminar paciente de alto o bajo riesgo de recidiva	Escala de Rockall	Bajo Intermedio Alto

Riesgo Bajo	Valor para reconocer pacientes con riesgo bajo de mortalidad y recidiva hemorrágica.	Escala de Rockall	Valor \leq a 2	Si No
--------------------	--	-------------------	------------------	--------------

Riesgo Intermedio	Valor para reconocer pacientes con riesgo intermedio de mortalidad y recidiva hemorrágica.	Escala de Rockall	Valor entre 3 y 4	Si No
Riesgo Alto	Valor para reconocer pacientes con riesgo alto de mortalidad y recidiva hemorrágica	Escala de Rockall	Valor \geq a 5	Si No
Escala de ChildPugh	Sistema de estadificación usado para evaluar el pronóstico de una enfermedad hepática crónica.	Sistema de estadificación	Escala de ChildPugh	Clase A Clase B Clase C
Clase A	Valor según la escala de ChildPugh menor a 7 puntos.	Escala de ChildPugh	Valores $<$ a 7 puntos	Si No
Clase B	Valor según la escala de ChildPugh entre 7 y 9 puntos.	Escala de ChildPugh	Valores entre 7 y 9 puntos	Si No
Clase C	Valor según la escala de	Escala de	Valores $>$ a 9	Si

	ChildPugh mayor a 9 puntos.	ChildPugh	puntos	No
Días de hospitalización	Tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente hasta el día de egreso del paciente de la UHD	Tiempo	Días	1 2 3 4 5 > 6
Condición de egreso	Condición al momento del alta.	Tipo de condición	Vivo Operado Fallecido	Vivo Operado Fallecido

2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

-Para la realización del presente estudio se revisó la historia clínica de los pacientes admitidos por HDA comprendidos entre Octubre del 2013 a Octubre 2014 en la Unidad de Hemorragia Digestiva en el servicio de Gastroenterología del Hospital Edgardo Rebagliati M. de Lima, y se usó como instrumento una Ficha elaborada para recolectar los datos a partir de la historia clínica.

2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

-Después de recolectar los datos, las variables fueron ingresadas en una base de datos, en Excel. El análisis fue descriptivo, básicamente constituido por frecuencias absolutas y relativas de las características de los pacientes con HDA. La discusión de los resultados se realizó con los hallados por otros investigadores.

2.7 Aspectos Éticos

La información que se obtuvo fue en forma confidencial. Se tomó en cuenta la reserva de los datos de información de las historias clínicas, En ningún momento se tuvo contacto con los pacientes.

CAPÍTULO III

3.1 Resultados

Durante el período de Octubre de 2013 a Octubre del 2014 ingresaron a la Unidad de Hemorragia Digestiva 650 pacientes, de los cuales 412 fueron diagnosticados de hemorragia digestiva alta, que constituyen el tamaño muestral.

3.1.1. SEXO

Predominaron pacientes de sexo masculino el 70%, al comparar con el número y porcentaje de personas de sexo femenino que fue del 30%

Tabla 1. Distribución de pacientes con HDA según sexo, Hospital E. Rebagliati M.

Sexo	N° pacientes	Porcentaje
Masculino	288	70%
Femenino	124	30%
Total	412	100%

3.1.2 EDAD

La edad mínima fue de 15 años; la máxima, de 99. La media fue de 57 años. La mayoría de pacientes tuvieron una edad mayor o igual a 60 años (n=273 que corresponde al 66%) y el 20% fueron mayores de 80 años (n= 84 pacientes).

Tabla 2. Distribución de pacientes con HDA según edad, Hospital E. Rebagliati Martins.

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
10 – 19 años	06	1.5%
20 – 29	11	2.6%
30 – 39	24	5.8%
40 - 49	31	7.5%
50 – 59	67	16.4%
60 – 69	94	22.8%
70 – 79	95	23%
80 – 89	72	17,5%
90 – 99	12	2.9%
TOTAL	412	100%

3.1.3 HABITOS NOCIVOS E INGESTA DE AINES

Dentro de los hábitos nocivos causantes de hemorragia digestiva alta se observa el predominio de AINES - Aspirina (33%), seguido de ingesta de alcohol (9.7%). El consumo de tabaco no fue consignada en la historia clínica.

Tabla 3: Distribución de pacientes con HDA según hábitos nocivos e ingesta de AINES, Hospital E. Rebagliati M.

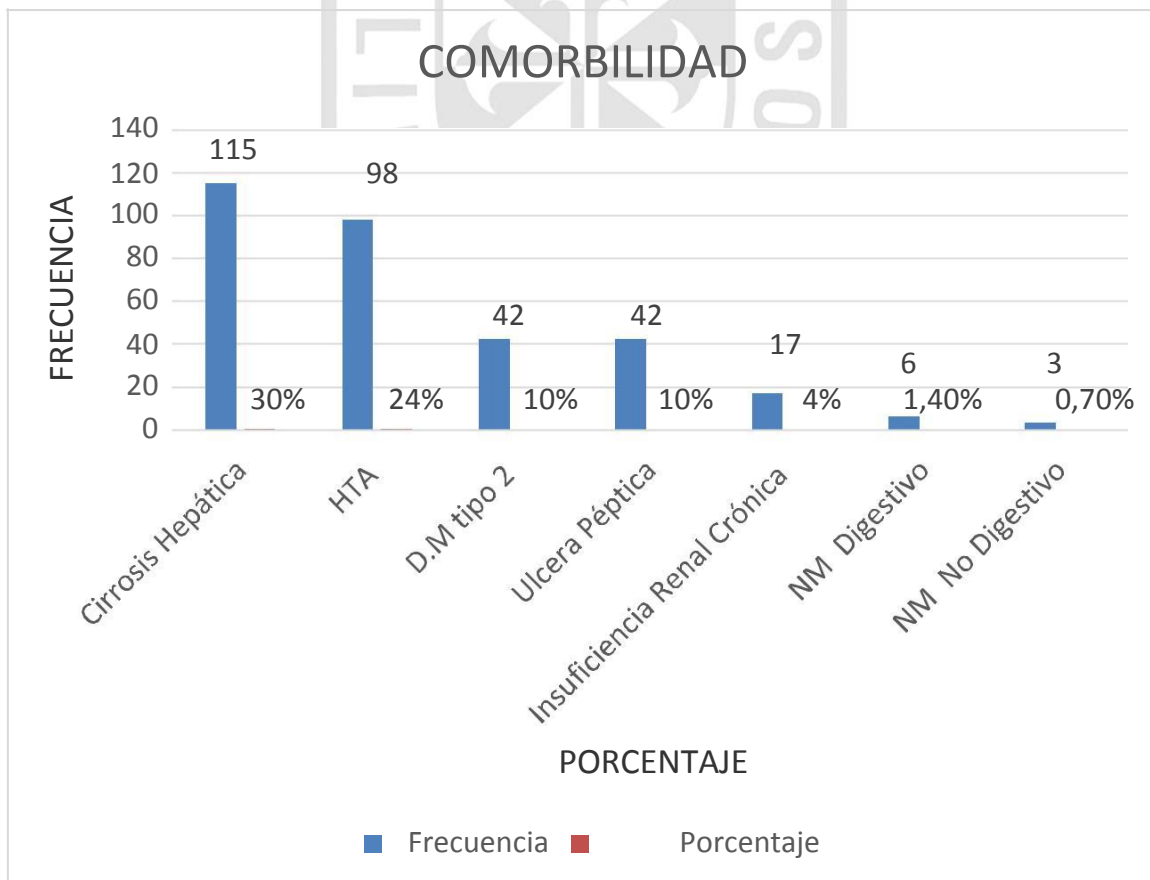


Factores de Riesgo	Frecuencia
Alcohol	40
AINES	95
ASA	42

3.1.4 Comorbilidad:

Se observó predominancia de pacientes con cirrosis hepática (30%), seguido de Hipertensión Arterial (24%), Diabetes Mellitus y Ulcera Péptica (10% cada uno).

Tabla 4: **Distribución de pacientes con HDA según comorbilidad, Hospital E. Rebagliati M.**



3.1.5 Características Clínicas:

El signo más frecuente de presentación clínica fue Melena (51.6%) y Hematemesis (42.7%) Los pacientes que presentaron shock hipovolémico fueron (20%)

Tabla 5: Características clínicas, Hospital E. Rebagliati M.

Manifestaciones Clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Melena	213	51.6%
Hematemesis	176	42.7%
Shock Hipovolémico	83	20%

3.1.6 Frecuencia de Diagnóstico Endoscópico:

En los reportes de estudios endoscópicos, se encontró que las várices representan el 30.5% de las cuales predominan las várices esofágicas con un 20.8% a diferencia de las várices gástricas: 9.7% luego se encuentra a Ulcera Duodenal en un 24.2%, Ulcera Gástrica con un 21.3%,Cáncer Gástrico que corresponde al 3.8%,Angiodisplasia Gástrica con el 3.6%, Gastritis Erosiva 3.6% finalmente, esofagitis erosiva, neoplasias digestivas, Síndrome MalloryWeiss, duodenitis erosiva y malformaciones vasculares en porcentajes menores.

Tabla 6: Determinación de diagnósticos endoscópicos, Hospital E. Rebagliati

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Várices	126	30.5%
Várices Gástricas	40	9.7%
Varices Esofágicas	86	20.8
Ulcera Duodenal	100	24.2%
Ulcera Gástrica	88	21.3%
Cáncer Gástrico	16	3.8%

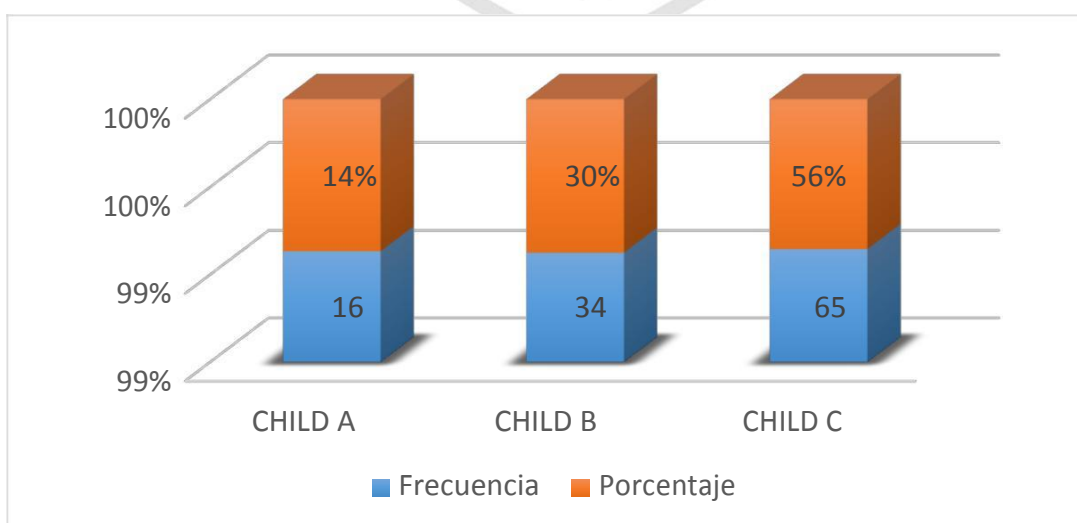
Gastritis Erosiva (LAMG)	15	3.6%
Angiodisplasia Gástrica	15	3.6%
Esofagitis Erosiva	07	1.6%
Leiomioma Gástrico	04	0.9%
MalloryWeiss	14	3.3%
Dielafoy Gástrico	04	0.9%
HDA Post Esfinterotomía	04	0.9%
Ca de Esófago	02	0.4%
Pólipo Gástrico	01	0.2%

3.1.7 Determinación del pronóstico de recidiva del sangrado a través de la aplicación de la escala de Rockall

Tabla 7:

	Frecuencia	Porcentaje
ALTA	94	50%
INTERMEDIA	66	35%
BAJO	28	15%
TOTAL	188	100%

3.1.8 Determinación del pronóstico a través de la aplicación de la escala de ChildPugh.



ChildPugh	Frecuencia
CHILD A	16
CHILD B	34
CHILD C	65

3.1.9 Estancia Hospitalaria

La mayoría de pacientes (141) estuvieron hospitalizados 3 días (34.2%). El rango de días de hospitalización fue de 1 a 8 días, siendo la Úlcera Péptica de menor estancia que los pacientes cirróticos.



Tabla 9. **Determinación de la estancia hospitalaria, Hospital E. Rebagliati M.**

3.1.10 Mortalidad y Necesidad Quirúrgica

Condición al Alta	Frecuencia	Porcentaje
Vivo	406	98%
Fallecido	6	1.3%
Sala de Operaciones	3	0.7%
Total	412	100.0

CAPITULO IV

4.1 Discusión:

El presente trabajo de investigación observacional descriptivo tipo serie de casos retrospectivo, fue desarrollado en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud, entre Octubre del 2013 al 31 de Octubre del 2014, habiéndose constatado 412 pacientes con episodios de hemorragia digestiva alta de un total de 650 admisiones.

Entre los factores de riesgo que causan HDA se evaluaron el sexo, edad avanzada, consumo de AINES – Aspirina, alcohol, tabaco y enfermedades comórbidas.

En el estudio realizado se evidenció la prevalencia de pacientes de sexo masculino 288 a diferencia del sexo femenino 124 en una relación de 1.6 (70% y 30% respectivamente), similares a las encontradas a otras series en la UHD ⁽¹⁵⁾

El grupo etario más ^{(2) (32)} afectado fue a partir de los 60 años (66.2%) en concordancia con estudios anteriores y mayores de 80 años en 20.4%,

El consumo de AINES – ASA está relacionado frecuentemente en pacientes con enfermedades comorbidas (afecciones cardiovasculares y reumatológicas principalmente), es así que en la presente serie este dato se obtuvo en el 33% de las historias clínicas examinadas predominando AINES en un 23% y aspirina (ASA) 10%, , a diferencia de otros estudios que reportan hasta el 54% consumían AINES, principalmente aspirina (60%), ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15.8%); 31% consumieron simultáneamente más de un AINE ⁽³³⁾.

En cuanto a los casos reportados encontramos que casi el ⁽²⁶⁾ 10% de la población estudiada tenían el antecedente de consumo crónico de alcohol este dato, que comparado con otros estudios internacionales era del 57.8%

En la serie reportada no se consignó el dato del consumo de tabaco.

En relación la presencia de comorbilidad, en nuestro estudio, se observó que el 30% de pacientes presentaron hepatopatía crónica, seguido de pacientes con hipertensión arterial (24%), Úlcera Péptica y Diabetes Mellitus tipo 2 en el 10% cada uno entre las más importantes.

La HDA por sangrado de várices esófago-gástrica como complicación de la Hipertensión Portal representó el 30.5%, mientras que otro estudio el 38% ^{(10).}

La incidencia de úlcera péptica en pacientes cirróticos varía según diversos estudios entre 5 y 32%, siendo nuestro reporte del 10% (12 pacientes). La mayoría de trabajos concuerda en que hay una alta incidencia de enfermedad ácido péptico en este grupo poblacional debido a que la hipertensión portal condiciona una disminución en la saturación de oxígeno y en los niveles de prostaglandinas de la mucosa gastroduodenal, lo cual haría a la mucosa más susceptible a la injuria. ⁽³⁶⁾

Las características clínicas de la HDA en el presente trabajo, están asociadas a melena en el 51.6%, hematemesis 42.7% y shock hipovolémico en el 20%. Estos resultados especialmente el de melena, se relacionan con la patología más frecuente de causas del sangrado digestivo, es decir la Úlcera Péptica (45.5%) y el predominio de 110 episodios de HDA con Forrest I y II con un riesgo potencial de resangrado mayor del 50% si no se hubiera realizado endoscopia terapéutica. La Hematemesis fue más frecuente en pacientes cirróticos por ruptura de várices esófago-gástricas, al igual que el shock hipovolémico.

La endoscopia de urgencia y terapéutica que se realiza en la UHD, después de haber compensado hemodinámicamente al paciente, durante su corta permanencia en emergencia y estratificando los criterios de internamiento básicos de la Unidad, como son aquellos pacientes con hemorragia digestiva severa, con factores clínicos de riesgo y hallazgos endoscópicos de lesiones sangrantes o con alto riesgo de recurrencia, permite diagnosticar las causas más frecuentes de HDA en el periodo comprendido del presente estudio. Las causas fueron: Úlcera Péptica 45.5%, con predominio de la úlcera duodenal; Várices esófago-gástricas 30.5%, siendo las esofágicas de mayor importancia.

Llama la atención que la tercera causa de HDA en la serie reportada, fue Cáncer Gástrico (16 pacientes), seguido de las Lesiones Agudas de la mucosa gástrica. Los hallazgos presentados no se diferencian sustancialmente, con otros estudios realizados en la Unidad de Hemorragia Digestiva, durante los últimos 15 años.

Las evidencias actuales sugieren que los pacientes pueden ser estratificados acorde al riesgo de padecer eventos adversos (resangrado y muerte) usando criterios clínicos y endoscópicos ⁽¹²⁾

La escala clínica de Rockall tiene aplicación para clasificar a los pacientes con HDA, según el riesgo de presentar sangrado activo o reciente y que necesitan de la realización urgente de la endoscopia digestiva. Cuando se le añaden los resultados de la endoscopia, la escala de Rockall completa, ha mostrado ser útil para predecir probabilidad de resangrado, necesidad de cirugía o riesgo de mortalidad.⁽³⁷⁾

El análisis realizado sobre este indicador, mostró que el Riesgo Alto fue del 50% (94 pacientes), Intermedio 35% (66 pacientes) y Bajo el 15% (28 pacientes), utilizando sus variables, con resultados favorables en la incidencia de mortalidad y necesidad quirúrgica. Otros estudios concluyen que la escala clínica de Rockall puede ser utilizada con seguridad para la toma de decisiones en relación con la realización urgente de la endoscopia en el paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa⁽³⁷⁾ a diferencia del estudio realizado en el Hospital Cayetano Heredia que concluyó en que este Sistema es útil para identificar a los pacientes con alto riesgo de fallecer, pero no para predecir resangrado o el número de transfusiones en nuestro hospital

La clasificación de Child- Pugh tiene una gran utilidad en evaluar el pronóstico de una enfermedad hepática crónica principalmente Cirrosis, esta misma es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo. En Perú ocupa el 5to lugar entre las causas de mortalidad general y el 2do lugar entre las enfermedades digestivas y hepatobiliares⁽¹⁰⁾. En el estudio realizado se identificó de una totalidad de 126 pacientes con esta patología que el 48% (60 pacientes) presentaron Child C, el 40% (51 pacientes) presentaron Child B y en su minoría el

12% (15 pacientes) Child A, dichos resultados se asemejan a los realizados en el mismo hospital en estudio en donde predominaba Child C sobre las demás.

En cuanto a la Estancia Hospitalaria los días que más permanecieron los pacientes fueron de 3 días equivalente al 34%, seguido de la permanencia de 2 días 22.5% ratificando el buen manejo y terapéutica que se emplea en la Unidad de Hemorragia Digestiva.

La tasa de mortalidad de los pacientes que acuden a un hospital por hemorragia digestiva alta en diversas series varía entre el 5 a 10%, siendo mayor en pacientes hospitalizados por otras causas que desarrollan sangrado durante su hospitalización ⁽⁵⁾. La presente revisión muestra que la mortalidad en la Unidad de Hemorragia Digestiva fue sólo de 6 pacientes (1.3%), siendo sus causas 2 por Ulcera Gástrica y 4 por Neoplasias (2 NM Páncreas y 2 por NM Próstata) asociados a sangrados digestivos. Comparando este resultado con el del año 2006 en la misma unidad, observamos que la mortalidad ha disminuido de 3.25% a 1.3%₍₂₎.

4.2 Conclusiones:

- El grupo etario mayoritario del estudio fueron pacientes mayores de 60 años y el consumo de AINES – ASA.
- La causa más frecuente de HDA fue la Ulcera Péptica con predominio de la Duodenal, seguido de varices esófago- gástricas.
- El Índice de Rockall estratificó a los pacientes con riesgo alto, intermedio y bajo, permitiendo de esta manera tomar decisiones en la sobrevida, resangrado y necesidad quirúrgica.
- La endoscopia terapéutica de emergencia conjuntamente con el tratamiento farmacológico exitoso, permitió el cese del episodio de hemorragia así como su resangrado tanto en ulcera péptica Forrest I y II como en las várices esófago gástricas.

- La enfermedad hepática descompensada se presentó en 56% pacientes (Grado C de escala de ChildPugh).
- La necesidad quirúrgica en la serie reportada fue de 0.7% (3 pacientes) con una mortalidad global fue de 1.3%.
- Los factores relacionados con la mortalidad fueron: Pacientes de la tercera edad, sexo masculino, enfermedades comórbidas crónicas como la cirrosis hepática, score Rockall mayor a 5, ingreso a una unidad de sangrantes, resangrado, HDA intrahospitalaria, hematemesis, neoplasias malignas y número de paquetes globulares transfundidos.

4.3 Recomendaciones:

- En todo paciente con hemorragia digestiva alta por ulcera péptica debe realizarse la valoración del pronóstico (Escala de Rockall).
- Los pacientes categorizados de bajo riesgo pueden ser dados de alta de forma precoz tras realizar la endoscopia; sin embargo, los de alto riesgo deben permanecer hospitalizados durante al menos 72h después de la hemostasia endoscópica.
- La estabilización hemodinámica precoz reduce la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta.
- La endoscopia diagnóstica y terapéutica debe realizarse lo más precoz posible (6 a 12 horas de admitido al paciente a Emergencia)
- Transfundir a los pacientes con HDA a partir de valores de hemoglobina < 7 g/dL. Se debe mantener un umbral de transfusión superior en pacientes con hemorragia activa, patología cardíaca o respiratoria grave de base.
- Valoración permanente de los signos clínicos de melena, hematemesis y shock.
- Implementar Unidades Especializadas de Hemorragia Digestiva en diversos hospitales.

4.3. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1- Artículo Original HEMORRAGIA DIGESTIVA: Fernando Galindo Director de Carrera y Profesor de Cirugía Gastroenterológica en la Universidad Católica Argentina, Bs. As.
- 2- Velásquez Ch, Espejo H et al. XX Congreso Peruano Enfermedades Digestivas 2006 Reporte de 8 320 casos de hemorragia digestiva en el Hospital Rebagliati. Lima, Perú. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300006 . Fecha de acceso a Internet: Octubre del 2013
- 3- Velásquez H. Tratamiento médico y manejo endoscópico de la hemorragia por várices esofágicas. Enfermedades del Aparato Digestivo. 1998; 3: 52-53
- 4- Czernichow P, Hochain P, Nousbaum JB et al. Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal hemorrhage in four French geographical areas. Eur J Gastroenterol Hepatol 2000; 12:175-181
- 5- Vreeburg EM, Snel P, De Bruijine JW et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area: incidence, diagnosis and clinical outcome. Am J Gastroenterol 1997; 92: 236-243.
- 6- Bosch J, Garcia-Pagan JC. Complications of cirrhosis. I. Portal Hypertension. J Hepatol 2000; 32(1 Suppl) 141-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10728801>. Fecha de Acceso a internet: Octubre del 2013.
- 7- Villanueva C, Balanzo J, Novella MT, Soriano G, Sainz S, Torras X, Cusso X, Guarner C, Vilardell F. Nadolol plus isosorbide mononitrate compared with sclerotherapy for the prevention of variceal rebleeding. N. Engl J Med. 1996 Jun 20; 334(25):1624-9
- 8- Espejo, H. Velásquez, Hemorragia Digestiva Aguda, capítulo II revista del Colegio Médico del Perú 2006.
- 9- Laine L. Acute and chronic gastrointestinal bleeding. In : Sleisenger and Fordtrans Gastrointestinal and Liver Disease. Feldman M, Sleisenger M, Scharschmidt B editors. WB Saunders Company. 6th edition. 1998. p 198 - 219

- 10-** Dávalos M, Bustios C, Román R, Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud Revista de Gastroenterología Perú v27 Lima Jul- Set 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000300003&script=sci_arttext. Fecha de Acceso a internet: Noviembre 2013.
- 11-** Dávalos M. Epidemiología de la Cirrosis Hepática en el Perú. Revista ASMEGHOR.
- 12-** Dra. Mirtha Infante Velázquez, Dra. Yanel Guisado Reyes, Dra. Dorelys Rodríguez Álvarez, Dr. Juan Yerandy Ramos Contreras, Dr. Omar Angulo Pérez, Lic. Regla Domínguez Olabarría-Artículo Original: Usefulness of Rockall clinical score in upper non Variceal gastrointestinal bleeding, Hospital "Dr. Luis Díaz Soto. La Habana, Cuba. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281701172_Usefulness_of_Rockall_clinical_score_in_upper_non_variceal_gastrointestinal_bleeding. Fecha de Acceso a internet: Febrero del 2014.
- 13-** Fernando Galindo Director de Carrera y Profesor de Cirugía Gastroenterológica en la Universidad Católica Argentina, Bs. As- Artículo Original HEMORRAGIA DIGESTIVA.
- 14-** Dr. Valentín Lisa Catón: Ingreso de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta (HDA) en la UCE.
- 15-** Carlos Enrique Ichiganay Rodríguez, Acta Médica peruana Vol 23 Num 3. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300005. Fecha de Acceso a internet: Diciembre del 2013
- 16-** Londstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population – based study. Am J Gastroenterol 1995 Feb; 20 (2): p 206 - 210.
- 17-** Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal hemorrhage in the United Kingdom BMJ. 1995 Jul; 311 (6999).
- 18-** Espinoza J, Huerta J. Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima- Perú Rev Gastroenterol Perú 2009 Abr- Jun 29 (2).

- 19-** Villanueva J, López de Guimares D, Avila F. Hemorragia digestiva alta en los andes peruanos: Reporte de 115 casos observados en Huaraz. RevGastroenterol Perú. 1996 May – Ago: 16 (2) Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol_16n2/hemo.htm. Fecha de Acceso a internet: Marzo del 2014
- 20-** Rockey D. Hemorragia Digestiva. In Sleisenger M. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. Madrid:Elsevier, 2008.
- 21-** EltaGH ,Takami M, Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In Yamada T, editor. Principles of Clinical Gastroenterology. Oxford: Wiley- Blackwell; 2008 .Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781444300758.ch8/summary>.
- 22-** Alcedo J. Diagnóstico de la hemorragia digestiva alta no varicose. In Montoro M GJ. Manual de Emergencia en Gastroenterología y Hepatología Madrid: Jarpyo Editores; 2010.
- 23-** Sostres C, Lanasa A Epidemiology and Demographics of Upper Gastrointestinal Bleeding: Prevalence, Incidence, and Mortality. Gastrointest Endoscopy Clin N Am 2011Oct.
- 24-** Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. GastrointestEndosc, 1999, 36.
- 25-** Button L, Roberts S, Evans A, Goldacre MJ, Akbari A, Macey S, et al. Hospitalized incidence and case fatality for upper gastrointestinal bleeding from 1999 to 2007; a record linkage study. 2011 Jan 33 (1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21128984>. Fecha de Acceso a internet:Enero del 2014.
- 26-** Dr. Hermes Velásquez Chamocho, Hemorragia Digestiva por várices esófago – gástricas. Acta Médico Peruana V23 n.3 Lima sep/dic 2006
- 27-** Md. Gicela María Portilla Merino Tesis sobre: Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de clínica hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2009.
- 28-** Jorge Espinoza Ríos¹ , Jorge Huerta Mercado Tenorio² , Mayra Lindo Ricce¹ , Carlos García Encinas² , Sathya Ríos Matteucci¹ , Sandro Vila Gutierrez² , José Pinto Valdivia² , Raúl De los Ríos Senmache² , Alejandro Piscoya Rivera² , Alejandro Bussalleu Rivera². Validación del Score de Rockall en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en un Hospital de

Lima- Perú. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292009000200002&script=sci_arttext. Fecha de Acceso a internet: Abril del 2014.

- 29-** Wara P, Stødkilde H. Bleeding pattern before admission as guideline for emergency endoscopy. Scand J Gastroenterol.1985; 20(1):72–8.
- 30-** Humberto Serpa, Rolando Figueroa, Manejo del Sangrado agudo por vórices esófago – gástricas Revista de Gastroenterología del Perú-Volumen 18, Suplemento N1 1998. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol_18s1/variceseg.htm Fecha de Acceso a internet: Febrero del 2014
- 31-** Milagros Basto Valencia¹; Gloria Vargas Cárdenas²; Pabel Angeles Chaparro Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” 1980-2003 Revista de Gastroenterología del Perú v.25 n.3 Lima jul/set 2005
- 32-** Contardo C. Hemorragia Digestiva Alta por lesión de Dieulafoy- Revista de Gastroenterología del Perú - Volumen 20, N°4 2000. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292005000400011. Fecha de Acceso a internet: Septiembre del 2014
- 33-** Cristián Mendez, Pedro Barros, José Cabello Departamento de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia- Rev. Gastroenterol. Perú Volumen 17 N 2, 1997.
- 34-** Gustavo Salvatierra Laytén¹; Liz de la Cruz Romero¹; Marja Paulino Merino¹; Vanesa Vidal Vidal¹; Cielo Rivera Dávila¹; Alicia Cano Chuquilin¹; Oscar Frisancho Velarde, Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana – Rev. Gastroenterológica. Perú v26n.I Lima ene/mar 2006.
- 35-** Guadalupe Garcia-Tsao, M.D., and Jaime Bosch, M.D. Management of Várices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis. N Engl J Med 2010; 362:823-832.
- 36-** Carlos Ichiyanagui R., Rodolfo Lozano A., César Huamán V., Haydee Iparraguirre L- Enfermedad ulcerosa péptica en pacientes cirróticos, Revista de Gast. Del Perú – Volumen 15, N 1, 1995.

4.4 ANEXO:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

1. Datos Personales

Nombre y Apellido:

Edad:.....

Seguro Social No:.....

Sexo: M F

1. Hábitos Nocivos:

OH AINES TABACO ASA

2. Enfermedades Comorbidas:

U.P D.M HTA IRC NM no
Digestivo

N.M Digestivo CIRROSIS LAMGD Otros

3. Fecha de Ingreso (a/m/d):

4. Procedencia: EMG C.E PISO

5. Diagnóstico Endoscópico:

U.G U.D LAMGD E.E VV.EE

VV.GG N.M.E N.M.G ANGIODISP

M.W L.E.G OTROS

6. Forrest:

Ia Ib Ila I Ib I Ic III

7. Índice de Rockall

Bajo Intermedio Alto

8. Signos y Síntomas:

Hematemesis Melena Hematoquezia
Shock

9. Grupo Sanguíneo:

A B AB ABO O

Rh + Rh -

10. Hemoglobina:

6 a 7 gr/dl 8 a 9 gr/dl 10 a 11 gr/dl >11

11. Estancia Hospitalaria:

1 Día 2 Días 3 Días 4 Dias >5 Dias

12. Escala de Child:

A B C

13. Paquetes Globulares Transfundidos:

I II III IV >IV

14. Endoscopia Terapéutica:

Inyectoterapia Probeta Caliente Argón Plasma

EVE ELVE

15. Destino:

Alta UCI SOP Piso Fallecido