

UNIVERSIDAD SALVADOREÑA ALBERTO MASFERRER
FACULTAD DE MEDICINA



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
ESPECIALIDAD MEDICINA INTERNA**

**Caracterización de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior
en el Hospital Militar Central de enero a julio 2021.**

PRESENTADO POR:

Kevin Noé Hernández Solís

ASESOR

Dra. Marcela Beatriz Águila de Arita

DICIEMBRE, 2021

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

AUTORIDADES

DRA Y LICDA. DAYSI CAROLINA MARQUINA DE GÓMEZ

RECTOR

LIC. JOSÉ LUIS CASTRO MARQUINA

VICERRECTOR

LIC. JULIO ALFREDO RIVAS HERNÁNDEZ

SECRETARIO GENERAL

LIC. THELMO PATRICIO ALFARO RUGLIANCICH

FISCAL

ING. JUAN JOSÉ GÓMEZ MARQUINA

DIRECTOR

**DRA. MARGARITA MARTÍNEZ DE FUENTE
DECANA FACULTAD DE MEDICINA**

JURADO CALIFICADOR

DRA. MARGARITA MARTÍNEZ DE FUENTE
PRESIDENTE

DRA. MARLENE ARGUETA DE FLORES
SECRETARIO

DRA. JESSICA ROSSEL HERNÁNDEZ
VOCAL

Contenido

RESUMEN	i
ABSTRACT.....	ii
INTRODUCCIÓN.....	iii
CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Situación problemática.....	1
1.2 Antecedentes del problema	1
1.3 Formulación del problema	2
1.4 Justificación.....	3
1.5 Alcances y limitaciones.....	4
1.6 Delimitación	4
1.7 Objetivos	5
CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA	6
2.1 Definición de hemorragia digestiva superior.....	6
2.2 Clasificación según presentación clínica.....	6
2.3 Epidemiología	6
2.4 Causas de hemorragia digestiva superior	7
2.4.1 Enfermedad por úlcera péptica	7
2.4.2 Varices esofagogástricas	7
2.4.3 Esofagitis	8
2.4.4 Gastropatía (gastritis) hemorrágica y erosiva	8
2.5 Causas de hemorragia gastrointestinal alta en pacientes no cirróticos.....	9
2.6 Causas de hemorragia digestiva superior en pacientes cirróticos	9
2.7 Factores de riesgo para hemorragia digestiva superior	10
2.8 Manifestaciones clínicas	11
2.9 Características del sangrado por úlcera péptica en pacientes cirróticos con várices esofágicas y gástricas	12
2.10 Tratamiento	12
2.10.1 Manejo pre-endoscopico.....	12
2.10.2 Intervención endoscópica.	13
2.10.3 Manejo post-endoscopia.....	14

2.11 Otros tratamientos	15
2.11.1 Inhibidores de bomba de protones	15
2.11.2 Ligadura de varices vrs ninguna intervención.	15
2.11.3 Acido tranexámico:	15
2.11.4 Octreotida, Vasopresina, Terlipresina.	15
CAPITULO III. SISTEMA DE VARIABLES	17
3.1 Variables	17
3.1.1 Variable Conceptual.....	17
3.1.2 Variable Operacional.....	17
3.2 Relación de variables	17
3.3 Operacionalización de variables	18
CAPITULO IV. MARCO METODOLÓGICO	21
4.1 Tipo de estudio	21
4.2 Área de estudio	21
4.3 Unidad de análisis	21
4.4 Población y muestra.....	21
4.4.1 Población	21
4.4.2 Muestra.....	21
4.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	21
4.5.1 Criterios de inclusión	21
4.5.2 Criterios de exclusión.....	21
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos	21
4.6.1 Métodos	21
4.6.2 Técnicas.....	21
4.6.3 Instrumento de recolección de datos.	21
4.7 Procedimientos	22
4.7.1 Recolección de datos	22
4.7.2 Procesamiento y análisis de datos	22
4.7.3 Análisis e interpretación de los resultados.....	22
4.8 Contexto ético de la investigación	22
CAPITULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	24
5.1 Análisis de los resultados	24

5.2 Discusión.....	32
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.	35
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	36

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de hemorragia digestiva superior por grupos de edad.	24
Tabla 1.1. Prevalencia por sexo.....	24
Tabla 2. Signos/síntomas al momento de la consulta	25
Tabla 2.1 Resultados de laboratorio más frecuentes.....	25
Tabla 3. Factores de riesgo.....	26
Tabla 4. Tratamiento médico administrado.....	27
Tabla 4.1 Tratamiento endoscópico.....	27
Tabla 4.2 Tratamiento inicial con Octreotida	28
Tabla 5. Causas más frecuentes identificadas a través de endoscopia	29
Tabla 6. Días de estancia intrahospitalaria.....	30
Tabla 7. Condición de egreso del paciente.....	31
Tabla 7.1 Causas de hemorragia más frecuente asociada a fallecimiento.....	31
Tabla 7.2 Factores de riesgo asociados a fallecimiento	31

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 Clasificación child pugh.....	39
ANEXO 2. Clasificación forrest para hemorragia por úlcera péptica.	40
ANEXO 3. Ficha de recolección de datos	41
ANEXO 4. Prevalencia de hemorragia digestiva superior por grupos de edad.	43
ANEXO 5. Prevalencia por sexo	43
ANEXO 6. Signos/síntomas al momento de la consulta	45
ANEXO 7. Resultados de laboratorio más frecuentes	45
ANEXO 8. Factores de riesgo	46
ANEXO 9. Tratamiento médico administrado	46
ANEXO 10. Tratamiento endoscópico.....	47
ANEXO 11. Causas más frecuentes identificadas a través de endoscopia.....	47
ANEXO 12. Condición de egreso del paciente.....	48

ANEXO 13. Causas de hemorragia más frecuente asociada a fallecimiento	48
ANEXO 14. Factores de riesgo asociados a fallecimiento	49

RESUMEN

Este estudio describe las características de los pacientes con hemorragia digestiva superior en el Hospital Militar Central de enero a julio 2021. Para ello, se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo de tipo transversal; se recolectaron datos de un total de 27 pacientes, a través de revisión de expediente clínico, y a través del análisis de datos se obtuvieron los resultados: la hemorragia digestiva superior afecta frecuentemente a pacientes mayores de 65 años, del sexo masculino, con factores de riesgo como gastritis crónica 37%, enfermedad renal crónica 26% y hepatopatía crónica 22%, siendo las manifestaciones más comunes, melenas 85% y hematemesis 48%, acompañado de taquicardia 59% e hipotensión 56%. La causa más frecuente de hemorragia digestiva superior fue la gastropatía erosiva 30%, seguido de úlcera duodenal 26% y varices esofágicas 22%, para lo cual se brindó tratamiento con inhibidores de bomba de protones 100%, transfusión de glóbulos rojos empacados 56%, octreotida 26%, y se obtuvo mortalidad del 22%, asociada principalmente a neoplasias gastrointestinales como factor de riesgo; la media de estancia hospitalaria fue de 6.3 días. Desde una perspectiva descriptiva, este estudio, enfatiza en las características del paciente con hemorragia digestiva superior, y así brindar un tratamiento adecuado para obtener impacto en la morbimortalidad por esta patología.

Palabras clave: Hemorragia gastrointestinal, melena, varices esofágicas y gástricas, endoscopía, cirrosis hepática.

ABSTRACT

This study describes the characteristics of patients with upper gastrointestinal bleeding at the Central Military Hospital from January to July 2021. For this, a descriptive, retrospective, cross-sectional observational study was carried out; Data were collected from a total of 27 patients, through a review of the clinical record, and through data analysis the results were obtained: upper gastrointestinal bleeding frequently affects patients over 65 years of age, male, with risk factors such as Chronic gastritis 37%, chronic kidney disease 26% and chronic liver disease 22%, the most common manifestations being melena 85% and hematemesis 48%, accompanied by tachycardia 59% and hypotension 56%. The most common cause of upper gastrointestinal bleeding was erosive gastropathy 30%, followed by duodenal ulcer 26% and esophageal varices 22%, for which treatment with proton pump inhibitors 100%, transfusion of packed red blood cells 56%, octreotida 26%, and mortality of 22% was obtained, mainly associated with gastrointestinal neoplasms as a risk factor; the mean hospital stay was 6.3 days. From a descriptive perspective, this study emphasizes the characteristics of the patient with upper gastrointestinal bleeding, and thus provide adequate treatment to obtain an impact on morbidity and mortality from this pathology.

Key words: Gastrointestinal hemorrhage, melena, esophageal and gastric varices, endoscopy, liver cirrhosis.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva superior, genera aproximadamente 350,000 ingresos hospitalarios al año en Estados Unidos, situación que aumenta con la edad y es más común en hombres, generando con ello alta tasa de morbilidad y mortalidad en la población.

En El Salvador ocupó la tercera causa de mortalidad en hombres en el año 2020 y la sexta en mujeres, y a nivel nacional tiene una mortalidad hospitalaria del 10% la cual aumenta respecto a los comórbidos del paciente.

En nuestro hospital, no contamos con datos sobre dicha patología, por ello la pregunta central del trabajo es ¿Cuáles son las características de los pacientes con hemorragia digestiva superior que ingresaron en el Hospital Militar Central en el período de enero a julio 2021?; cuyo objetivo central es: caracterizar los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior en el Hospital Militar Central, de enero a julio de 2021.

Para llevar a cabo el estudio, se ha estructurado en 5 capítulos: en el capítulo I se realiza el planteamiento del problema, exponiendo los antecedentes relevantes en nuestro país, en el capítulo II se desarrolla el marco de referencia, en el cual se describe la definición, clasificación, epidemiología, causas etiológicas, manifestaciones clínicas y el tratamiento tanto médico como endoscópico en los pacientes con hemorragia digestiva superior, capítulo III y IV se describen las variables y el marco metodológico siendo un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo con corte transversal, con área de estudio en el Hospital Militar Central y la recolección de datos, se realizó a través de una ficha de recolección de datos, la cual se completó con datos obtenidos de expedientes clínicos, en el capítulo V se describe a través de tablas y gráficos los resultados para cada una de las variables en estudio.

CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La hemorragia digestiva superior, genera aproximadamente 350,000 ingresos hospitalarios al año en Estados Unidos, situación que aumenta con la edad y es más común en hombres, generando con ello alta tasa de morbilidad y mortalidad en la población. En el Salvador ocupó la tercera causa de mortalidad en hombres en el año 2020 y la sexta en mujeres (1) (2), y a nivel nacional tiene una mortalidad hospitalaria del 10%. En nuestro hospital, no se cuenta con datos sobre dicha patología, por ello, se pretende establecer la caracterización de estos pacientes, con el fin de obtener estadísticas propias y establecer un abordaje integral que permita disminuir morbilidad y mortalidad y en consecuencia reducir costos hospitalarios por esta causa.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Para el 2013 un estudio retrospectivo transversal describe las causas más frecuentes de hemorragia digestiva superior en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel reportando como causa principal la gastritis erosiva con un 34.3%, seguida de las vrices esofágicas con un 21.6% y la úlcera gástrica con un 19.2%, con una prevalencia similar para cada género con un 49.8 para el género femenino y un 50.2% para el masculino. La edad de la mayor parte de los usuarios estaba repartida entre la quinta y octava década de la vida, con media 56.2 años. Las lesiones neoplásicas representan el 10% de todos los casos, con un 7.5% para las lesiones benignas representadas en este estudio en un 100% por pólipos, y las lesiones malignas se presentaron en un 2.8% siendo el 83.33% adenocarcinomas gástricos de tipo infiltrantes, y el 16.66% adenocarcinomas duodenales. (3)

Para el 2017 un estudio descriptivo de corte retrospectivo transversal describe las causas y la mortalidad en sangrado no variceal de pacientes que ingresaron con el diagnóstico de hemorragia digestiva superior mayores de 12 años en el Hospital Nacional Rosales de El Salvador, obteniendo como resultado mortalidad del 1.2%, siendo más frecuentemente afectados: el sexo masculino con edad entre 66-75 años, con los factores de riesgo principales: consumo crónico de AINES, esteroides, etilismo e infección por *Helicobacter pilory* en 80% de la población estudiada, e identifican las manifestaciones clínicas más frecuentes hematemesis y melenas, así como también los hallazgos más frecuentes en el estudio endoscópico Gastritis crónica, hernia de hiato, úlcera duodenal, linitis plástica, esofagitis por reflujo y moniliasis esofágica. (4)

La mortalidad aumenta incluso a 63%, cuando coexisten alteraciones como insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática, insuficiencia respiratoria aguda y cardiaca. (4)

La hemorragia digestiva superior es una emergencia médica común que tiene una mortalidad hospitalaria del 10%, y a pesar de los cambios en el manejo, la mortalidad no ha mejorado significativamente en los últimos cincuenta años. En El Salvador, las causas más comunes son las várices esofágicas y la enfermedad ácido péptica. (5)

En El Salvador, en el año 2019 ocupó la cuarta causa de mortalidad en hombres y la quinta en mujeres; para el año 2020 ocupó el tercer lugar como causa más frecuente de mortalidad en hombres y la sexta en mujeres (1) (2).

En nuestro hospital, no se cuenta con datos que caractericen a los pacientes con hemorragia digestiva superior, tomando en cuenta el impacto que tiene en lo económico y en la morbimortalidad se realizó el presente estudio.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características de los pacientes con hemorragia digestiva superior que ingresaron en el Hospital Militar Central en el periodo de enero a julio 2021?

1.4 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocó en caracterizar los pacientes con hemorragia digestiva superior, tomando en cuenta, que es un problema clínico frecuente en todo el mundo y genera morbimortalidad importante, es de relevancia conocer estadísticas propias.

Así, el presente trabajo de investigación permitió identificar prevalencia, causas frecuentes de hemorragia digestiva superior, factores de riesgo asociados, las manifestaciones clínicas más frecuentes, y también, determinará la mortalidad por dicha patología.

Con el fin de caracterizar dichos pacientes y de realizar medidas enfocadas en la prevención e identificación temprana, este estudio, permitió establecer un protocolo de tratamiento para un abordaje integral que permita disminuir morbilidad, mortalidad y costos hospitalarios.

1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.5.1 Alcances

Se logro determinar las características con hemorragia digestiva superior.

Asimismo, se pretende que los resultados de esta investigación sean utilizados para establecer protocolos de manejo que permitan disminuir morbilidad, mortalidad y costos hospitalarios en el Hospital Militar Central y con ello poder mejorar la atención, prevención y tratamiento a la población que lo requiera.

1.5.2 Limitaciones

Debido a la pandemia por COVID 19, la población consultante disminuyo, lo cual podría disminuir la prevalencia.

1.6 DELIMITACIÓN

1.6.1 Temporal: El período que abarcó el trabajo de investigación enero a julio 2021.

1.6.2 Geográfica: Hospital Militar Central, Avenida Bernal, San Salvador.

1.6.3 Social: Población salvadoreña que ingresó en el Hospital Militar Central con diagnóstico de hemorragia digestiva superior en el año 2021.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 Objetivo general

Caracterizar los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior en el Hospital Militar Central, en el período comprendido de enero a julio de 2021

1.7.2 Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva superior en pacientes ingresados en Hospital Militar Central
2. Reconocer las manifestaciones clínicas más frecuentes de consulta en pacientes con hemorragia digestiva superior
3. Describir la causa más frecuente de hemorragia digestiva superior
4. Identificar factores de riesgo de hemorragia digestiva superior
5. Detallar el tratamiento recibido en los pacientes con hemorragia digestiva superior
6. Definir promedio días de estancia hospitalaria
7. Establecer la mortalidad por hemorragia digestiva superior

CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA

2.1 DEFINICIÓN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR

Meltzer et al. define la hemorragia digestiva superior como la pérdida de sangre que tiene una fuente próxima al ligamento de Treitz y se divide en fuentes varicosas y no varicosas. (6)

Aunque la hemorragia digestiva puede ser el resultado de una patología benigna, las hemorragias potencialmente mortales, las várices, las úlceras y las neoplasias malignas deben considerarse y excluirse cuidadosamente. Dada la amplia gama de patología subyacente y las diferencias en su enfoque de diagnóstico apropiado, es crucial que los médicos definan el tipo de hemorragia gastrointestinal en función de la presentación clínica. (7)

2.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN PRESENTACIÓN CLÍNICA

Dependiendo de la tasa de pérdida de sangre, la hemorragia digestiva superior puede manifestarse de varias formas y puede clasificarse como: manifiesta, oculta u oscura.

- El sangrado digestivo superior manifiesto, también conocido como hemorragia digestiva superior aguda, es visible y puede presentarse en forma de hematemesis, emesis en "posol de café", melena o hematoquecia. (7)
- La hemorragia digestiva oculta o crónica como resultado de una hemorragia microscópica puede presentarse como heces positivas para sangre oculta con o sin anemia ferropénica. La Asociación Estadounidense de Gastroenterología define la hemorragia digestiva oculta como la presentación inicial de un resultado positivo en la prueba de sangre oculta en heces y / o anemia por deficiencia de hierro cuando no hay evidencia de pérdida de sangre visible para el paciente o el médico. (7)
- El sangrado gastrointestinal oscuro se refiere al sangrado recurrente en el que no se identifica una fuente después de una endoscopia digestiva alta y una colonoscopia. El sangrado oscuro puede ser manifiesto u oculto. (7)

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

En los Estados Unidos, hay aproximadamente 350.000 ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva superior al año. La incidencia de hospitalizaciones generalmente aumenta con la edad y es más común en hombres que en mujeres. (8)

En El Salvador, en el año 2019 ocupó la cuarta causa de mortalidad en hombres y la quinta en mujeres; para el año 2020 ocupó el tercer lugar como causa más frecuente de mortalidad en hombres y la sexta en mujeres. (4) (5)

2.4 CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR

Las 3 causas más comunes de hemorragia digestiva superior son la úlcera péptica, várices esofagogástricas y esofagitis erosiva. La historia clínica y el examen físico del paciente a menudo pueden proporcionar pistas sobre la etiología específica de la hemorragia. (8)

2.4.1 Enfermedad por úlcera péptica

Una de las causas más comunes de hemorragia digestiva superior es la enfermedad por úlcera péptica. La ulceración se produce cuando los mecanismos de defensa de las mucosas en el tracto gastrointestinal superior se ven abrumados por factores endógenos (ácido, pepsina, bilis) o exógenos. Las 2 causas más comunes de úlcera péptica son el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y la infección por *Helicobacter pylori*, que pueden presentarse con ulceración gástrica o duodenal. La ulceración duodenal es más común en pacientes con gastritis por *Helicobacter. pylori* de predominio antral, donde la destrucción de las células D productoras de somatostatina conduce a un aumento de la gastrina y la carga ácida en el duodeno. Otras causas menos comunes de úlcera péptica incluyen estrés fisiológico, hipersecreción de ácido (es decir, gastrinoma) y malignidad. La ulceración inducida por estrés es más probable que se observe en pacientes gravemente enfermos en la unidad de cuidados intensivos, con ventilación mecánica a largo plazo y coagulopatía como factores de riesgo predominantes. Los pacientes con úlcera péptica pueden quejarse de dolor epigástrico punzante. Clásicamente, los pacientes con úlceras gástricas tienen dolor que empeora con el consumo de alimentos, y aquellos con úlceras duodenales informan una disminución del dolor con la ingesta de alimentos. Las úlceras pépticas también pueden presentarse sin dolor independientemente de la etiología subyacente. (8)

2.4.2 Varices esofagogástricas

La hemorragia por várices esofagogástricas es la segunda causa más común de hemorragia digestiva superior y siempre debe considerarse en pacientes con antecedentes de cirrosis con hipertensión portal. Aproximadamente la mitad de los pacientes con cirrosis tienen varices gastroesofágicas como consecuencia de un gradiente de presión venosa hepática elevado (> 10-12

mm Hg). Sin embargo, es importante considerar que aproximadamente el 60% de los casos de hemorragia digestiva superior en pacientes con cirrosis no están relacionados con hipertensión portal. La gravedad de la cirrosis subyacente (puntuación de Child-Pugh) (ver anexo 1) está directamente relacionada con la probabilidad de que el paciente tenga várices. Los pacientes con hemorragia por varices pueden presentar melena, hematemesis o hematoquecia, según la gravedad de la hemorragia. El examen físico debe centrarse en identificar los estigmas de la hepatopatía crónica que sugieran hipertensión portal (es decir, ascitis, cabeza de medusa, angiomas de araña). (8)

2.4.3 Esofagitis

La esofagitis representa aproximadamente el 10% de los casos de hemorragia digestiva superior. La enfermedad por reflujo gastroesofágico y el abuso de alcohol son los dos factores de riesgo más comunes de esofagitis erosiva complicada por sangrado. Otras causas de esofagitis asociada con hemorragia incluyen esofagitis por uso de AINES y esofagitis infecciosa. (6) Aunque es poco común, la isquemia puede conducir a necrosis esofágica y debe sospecharse en un paciente con antecedentes de inestabilidad hemodinámica anterior a hemorragia digestiva superior. En pacientes con hemorragia digestiva superior secundaria a esofagitis, la hematemesis es más común que la melena. La presencia de odinofagia y disfagia asociadas dependerá de la cronicidad y gravedad de la afección subyacente. (8)

2.4.4 Gastropatía (gastritis) hemorrágica y erosiva

Es la denominación utilizada para designar a las hemorragias y erosiones subepiteliales que se identifican en la endoscopia. Se trata de lesiones de la mucosa y que por tanto no producen hemorragias importantes. Aparecen en varias situaciones clínicas, siendo las más importantes la ingestión de antiinflamatorios no esteroideos o de alcohol, y el estrés. Cerca de 50% de los pacientes que ingieren prolongadamente antiinflamatorios no esteroideos tienen erosiones (15 a 30% sufren úlceras). (3)

Las lesiones de la mucosa gástrica relacionadas con estrés solo aparecen en pacientes muy graves, como los que han sufrido traumatismos intensos, intervenciones de cirugía mayor, quemaduras de extensión superior a un tercio de la superficie corporal, enfermedades intracraneales graves o alguna otra enfermedad importante (dependencia de un ventilador mecánico, coagulopatías). Es probable que las hemorragias no sean importantes, salvo que existan úlceras. (3)

La incidencia de hemorragias en las úlceras o en las lesiones de la mucosa gástrica relacionadas con el estrés ha disminuido mucho en los últimos años, tal vez debido a los mejores cuidados prestados a los pacientes gravemente enfermos. La profilaxis farmacológica de las hemorragias puede estar indicada en esos pacientes de alto riesgo. (3)

2.5 CAUSAS DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL ALTA EN PACIENTES NO CIRRÓTICOS

La hemorragia digestiva no variceal es causada con mayor frecuencia por úlceras pépticas (una ruptura de la barrera mucosa que expone la submucosa a los efectos dañinos del ácido y la pepsina presentes en la luz gastroduodenal), que se asocian comúnmente con la infección por *Helicobacter pylori* y el uso de AINE (incluida la aspirina) dosis de ≥ 500 mg o aspirina en dosis bajas (dosis de ≤ 325 mg que típicamente es de 75 a 100 mg). Por el contrario, la hemorragia digestiva superior de origen variceal, está causada por várices esofágicas o gástricas (venas submucosas dilatadas), que generalmente se asocian con enfermedades hepáticas crónicas y / o hipertensión portal. La incidencia de hemorragia digestiva no variceal en la mayoría de los países es cinco veces mayor que la de origen variceal. (9)

2.6 CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN PACIENTES CIRRÓTICOS

En un estudio observacional retrospectivo realizado en el Internal Medicine Clinics of Ostrava and Olomouc University Hospitals for acute upper gastrointestinal bleeding en 2009 y 2010, se reportó que, las causas más frecuentes de hemorragia aguda fueron: várices esofágicas (57,7%), úlceras pépticas gástricas y duodenales (18,2%), gastropatía por hipertensión portal (9,5%), várices gástricas (5,1%), esofagitis por reflujo (2,9%), Mallory- Síndrome de Weiss (2,9%) y gastropatía erosiva (1,5%). Se realizó un diagnóstico negativo en no más del 2,2% de los pacientes. La mayoría de los casos mostraron múltiples hallazgos en el tracto digestivo superior, cada uno de los cuales fue una posible causa de hemorragia. La mortalidad en todos los pacientes cirróticos sangrantes fue del 14,6%, de los cuales el 18,6% ocurrió en el tipo de sangrado varicoso y el 7,8% en el tipo no varicoso. La hipertensión portal provocó hemorragia por varices y gastropatía por hipertensión portal en el 72,3% de los pacientes, el 62,8% de los pacientes sufrió hemorragia puramente varicosa y el 37,2% hemorragia no varicosa. (10)

2.7 FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR

En la población general, la úlcera péptica se presenta en 10 % de los sujetos mayores de 20 años y la hemorragia digestiva superior, su complicación más frecuente, en 25 % de los casos. En los pacientes hospitalizados por úlcera péptica y hemorragia digestiva superior, la mortalidad varía de 2 a 17 % y cuando se agrega descompensación de alguna enfermedad concomitante puede aumentar a 29.4 %. En los sujetos mayores de 60 años, como consecuencia del incremento en la frecuencia de enfermedad concomitante y del consumo de diversos fármacos (entre ellos los antiinflamatorios no esteroideos, AINEs), la aparición de úlcera gástrica y úlcera duodenal y sus complicaciones suele aumentar. Otros factores de riesgo para hemorragia digestiva superior son sexo masculino, diabetes mellitus, uso de anticoagulantes. (11)

La hemorragia digestiva superior, cuyo pronóstico depende principalmente de las enfermedades concomitantes, es una de las principales causas de demanda de atención en hospitales de segundo nivel. Los factores de riesgo asociados de manera independiente a la ocurrencia de hemorragia digestiva superior en el estudio, fueron el tabaquismo, la ingesta de bebidas alcohólicas y la historia previa de HTDA, mientras que los factores asociados a mortalidad fueron EPOC e hipertensión arterial. Otros factores de riesgo tales como la infección por *Helicobacter pylori* y la ingesta de AINEs no mostraron asociación independiente con la ocurrencia de hemorragia digestiva superior ni la mortalidad. (11)

Por lo general, 9 % de los pacientes con úlcera péptica recurrente suele presentar hemorragia digestiva superior y complicaciones como la perforación, con mayor frecuencia cuando existe úlcera gástrica. (11)

Los factores de riesgo vinculados a la hemorragia digestiva superior en sujetos con úlcera péptica son la ingesta de AINEs, el tabaquismo y la infección por *Helicobacter pylori*; sin embargo, solo el tabaquismo se asocia de manera independiente con la ocurrencia de hemorragia digestiva superior. (11)

En la población caucásica, 17.5 % de los pacientes con úlcera péptica suele estar infectado con *Helicobacter pylori* y 2.4 % presenta historia previa de úlcera péptica. Chan y colaboradores en pacientes sin historia previa de úlcera péptica encontraron que la erradicación de *Helicobacter pylori* disminuye la recurrencia de úlcera péptica; la asociación con esta bacteria aumenta dos a cuatro veces la posibilidad de complicaciones, por lo que se recomienda su búsqueda intencionada para su erradicación. (11)

Se conoce que el consumo de AINEs y la infección con *Helicobacter pylori* no son factores sinérgicos para la ocurrencia de hemorragia digestiva superior; en los sujetos con ingesta de AINEs la prevalencia de

Helicobacter pylori es menor a 50 %, lo que sugiere que la primera pudiera ejercer cierto factor de protección para la infección por *Helicobacter pylori*. (11)

El consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo cuando se asocia a otros factores como la ingesta de AINEs, es un factor de riesgo para hemorragia digestiva superior. (11) La prevalencia de úlcera péptica en pacientes con uso regular de AINE es de aproximadamente 15% a 30%. (12)

Existe una creciente evidencia de que el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se asocia con un mayor riesgo de hemorragia digestiva superior, y que este riesgo aumenta aún más con el uso concomitante de AINE e inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). Debido a que la serotonina induce la agregación plaquetaria, se ha postulado que los ISRS aumentan el riesgo de hemorragia digestiva superior al disminuir la serotonina generada por las plaquetas, lo que da como resultado una agregación plaquetaria y hemostasia deficientes, alternativamente pueden aumentar el riesgo de úlceras pépticas y hemorragia digestiva superior por úlceras del tracto gastrointestinal superior. (12)

La úlcera péptica es una causa común de hemorragia digestiva superior, independientemente de la edad del paciente. La administración de antiinflamatorios no esteroideos y aspirina es un factor de riesgo importante de hemorragia digestiva superior e inferior, por lo que en pacientes de 65 años o más se recomienda una terapia concomitante con inhibidores de la bomba de protones para prevenir el sangrado de úlceras. Incluso en personas muy mayores, la endoscopia debe usarse para el diagnóstico de hemorragia gastrointestinal, lo que brinda la oportunidad de una terapia endoscópica definitiva. (13)

2.8 MANIFESTACIONES CLINICAS

La hemorragia digestiva superior se produce en un lugar proximal al ligamento de Treitz. Estos pacientes suelen presentar hematemesis (vómitos de sangre o de material en «posos de café») o melena (heces negras como el alquitrán). Alrededor de la mitad de los pacientes de una serie amplia manifestaron hematemesis y melena; un 30%, solo hematemesis; y un 20%, solo melena. No obstante, en ocasiones la única manifestación de una úlcera sangrante es la hematoquecia (emisión de sangre roja o coágulos por el recto) y en el 15% de todos los pacientes que acuden por hematoquecia el origen del sangrado es alto. (14)

2.9 CARACTERÍSTICAS DEL SANGRADO POR ÚLCERA PÉPTICA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON VÁRICES ESOFÁGICAS Y GÁSTRICAS

En un estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital General del PLA de China en el periodo de julio 2012 a junio 2018. La hemorragia digestiva superior es común en la cirrosis hepática. Aunque las várices esofágicas y gástricas son la principal fuente de hemorragia, todavía había una proporción de pacientes con hemorragia por úlcera péptica. (15)

El grupo de hemorragia varicosa se presentó con mayor frecuencia como emesis de sangre roja y posos de café (67,16%), mientras que el grupo de úlcera péptica se manifestó principalmente como melena (62,10%). Los signos vitales estables fueron más frecuentes en el grupo de hemorragia por úlcera péptica que en el grupo de hemorragia por varices. El nivel de albúmina en el grupo de hemorragia por varices fue mayor, pero la bilirrubina sérica, la creatinina y el tiempo de protrombina fueron significativamente menores. El grupo de hemorragia por úlcera péptica tuvo una puntuación Child-Pugh más alta.

Los pacientes con hemorragia por úlcera péptica eran propensos a ser ancianos y varones, y la edad era mayor que en el grupo de hemorragia por varices y que en la población general con úlcera péptica previamente informada. (15)

La patogenia de la úlcera péptica en la cirrosis hepática sigue sin estar clara. Los hallazgos en este estudio indicaron que la infección por *Helicobacter pylori* puede no ser la razón principal de la úlcera péptica, mientras que los factores farmacológicos, psicológicos y el trauma quirúrgico podrían contribuir más. (15)

2.10 TRATAMIENTO

2.10.1 Manejo pre-endoscópico

Los pacientes hospitalizados con hemorragia digestiva superior deben tener colocados 2 catéteres intravenosos (IV) periféricos de gran calibre. Se debe considerar la intubación endotraqueal en pacientes con alto riesgo de aspiración, como aquellos con hematemesis en curso o estado mental alterado. (8)

Se debe realizar una corrección temprana de la hemodinámica, el nivel de hematocrito y la coagulopatía con reanimación intensiva con líquidos, ya que esto reduce sustancialmente la mortalidad. Se debe considerar la transfusión de sangre para la mayoría de los pacientes cuando el nivel de hemoglobina es menor de 7 g / dl, aunque un umbral de transfusión más alto puede ser necesaria para pacientes con arteriopatía coronaria inestable o sangrado activo y continuo. Se debe administrar una transfusión de plaquetas a pacientes con sangrado activo y un recuento de plaquetas inferior a 50.000. (8)

En los casos en los que se justifica una endoscopia urgente, la endoterapia se puede realizar de forma segura con un índice internacional normalizado inferior a 2,5. La decisión de interrumpir o revertir la anticoagulación debe sopesar los riesgos de tromboembolismo frente a la hemorragia en curso. En pacientes con hemorragia digestiva superior potencialmente mortal que toman warfarina, se debe suspender la warfarina y administrar el complejo de protrombina de 4 factores. (8)

Los pacientes con hemorragia digestiva superior grave deben recibir tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) intravenosos en dosis altas en el momento de la presentación porque esto reduce la necesidad de una intervención endoscópica en el momento de la endoscopia. Se puede usar IBP intermitente dos veces al día y es comparable con un régimen de IBP en bolo más infusión continua. Aunque los agentes procinéticos como la eritromicina no mejoran los resultados clínicos, pueden administrarse 30 minutos antes de la endoscopia para mejorar la visualización endoscópica y disminuir la necesidad de endoscopia repetida. Octreotida debe administrarse a pacientes con hemorragia aguda por várices porque mejora la eficacia de la terapia endoscópica para lograr la hemostasia inicial y a los 5 días, aunque no afecta la mortalidad. La administración de antibióticos (es decir, ceftriaxona) a pacientes con cirrosis que presentan La hemorragia digestiva superior aguda, independientemente de la etiología subyacente, se asocia con una mejor supervivencia y una disminución de las nuevas hemorragias. Se debe suspender el uso de AINE. Los agentes antiplaquetarios y anticoagulantes deben mantenerse en pacientes con hemorragia digestiva superior grave si son seguros según la indicación del medicamento. Por ejemplo, los agentes antiplaquetarios probablemente continuarían en pacientes con isquemia coronaria reciente (<3 meses) o colocación de un stent coronario liberador de fármacos. (8)

2.10.2 Intervención endoscópica.

Los pacientes con hemorragia digestiva superior deben someterse a una esofagoduodenoscopia porque puede ser diagnóstica y terapéutica. Para la mayoría de los pacientes, se debe realizar una esofagoduodenoscopia dentro de las 24 horas posteriores al ingreso hospitalario, después de haber recibido la reanimación adecuada. Sin embargo, la endoscopia urgente, idealmente dentro de las 12 horas, debe realizarse en pacientes con características clínicas de alto riesgo. La endoscopia dentro de las 12 horas es el estándar de atención para los pacientes con sospecha de hemorragia por varices. La clasificación de Forrest (anexo 2), se puede utilizar para describir los hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva superior por úlcera péptica. Una úlcera de base limpia se asocia con un 5% de riesgo de resangrado, mientras que las úlceras con estigmas de sangrado reciente se asocian con un 10% a 43 % riesgo. (8)

Una úlcera sangrante activa tiene el mayor riesgo de resangrado, estimado en 55%. En consecuencia, la terapia endoscópica se ofrece a los pacientes que presentan una úlcera sangrante activa y aquellos con fuertes estigmas de hemorragia reciente. Por lo general, no se requiere terapia endoscópica en pacientes con una úlcera que contiene una mancha pigmentada plana o una úlcera de base limpia. La terapia endoscópica de una úlcera con estigmas de alto riesgo de hemorragia generalmente implica la inyección de epinefrina para promover la vasoconstricción y el taponamiento a presión combinados con electrocoagulación bipolar o colocación de hemo clip. La coagulación con plasma de argón es una terapia ablativa sin contacto que puede usarse para lesiones vasculares superficiales. (8)

2.10.3 Manejo post-endoscopia.

Después de la evaluación endoscópica, se puede considerar que los pacientes tienen un riesgo bajo de resangrado si tienen signos vitales estables, un nivel de hemoglobina normal, no comorbilidades y una lesión endoscópica que no tiene un alto riesgo de resangrado. La terapia con IBP intravenosos dos veces al día debe continuarse durante 72 horas después del tratamiento endoscópico de pacientes que tienen una úlcera con sangrado activo o estigmas de alto riesgo de sangrado reciente. Estos pacientes deben comenzar con una dieta de líquidos claros después del procedimiento, y su dieta debe ser avanzado según lo tolerado. (8)

Por el contrario, los pacientes que tienen úlceras con un riesgo bajo de resangrado pueden pasar a IBP oral una vez al día e iniciarse con una dieta regular. La endoscopia ambulatoria repetida no se realiza de forma rutinaria, pero puede estar indicada en casos de úlceras gástricas idiopáticas para descartar una malignidad. y en casos de esofagitis grave para confirmar la cicatrización y excluir el esófago de Barrett. Las úlceras duodenales idiopáticas no requieren de forma rutinaria endoscopia repetida para asegurar la cicatrización. (8)

Para pacientes con hemorragia refractaria a pesar de una segunda endoscopia terapéutica, es posible que se requiera cirugía o embolización radiológica intervencionista. En pacientes con hemorragia digestiva superior secundaria a infección por *Helicobacter pylori*, debe tratarse y la erradicación debe confirmarse mediante una prueba de urea en el aliento o una prueba de antígeno en heces. Las pruebas de confirmación de la erradicación deben realizarse al menos 4 semanas después de la finalización de la terapia con antibióticos y los pacientes deben dejar la terapia de supresión de ácido para minimizar el riesgo de resultados falsos negativos. En pacientes con úlceras asociadas a AINE, los AINE deben suspenderse si es posible o, si es necesario, cambiarse a un inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa-2, además de la terapia

diaria con IBP. En pacientes con úlceras asociadas a aspirina, la aspirina debe suspenderse si se usa para la prevención primaria, pero se reanuda en un plazo de 3 a 7 días junto con IBP diario si se usa para prevención secundaria. Por último, en pacientes con úlceras idiopáticas, la terapia diaria con IBP debe continuarse indefinidamente porque el riesgo de hemorragia ulcerosa recurrente y la mortalidad en estos pacientes es mayor en comparación con el de los pacientes con úlceras con una causa identificable. (8)

2.11 OTROS TRATAMIENTOS

2.11.1 Inhibidores de bomba de protones El tratamiento con IBP iniciado antes de la endoscopia para la hemorragia digestiva alta podría reducir la proporción de participantes con Sangrado recidivante en la endoscopia inicial y reducir significativamente la necesidad de tratamiento endoscópico durante la endoscopia inicial. Sin embargo, no hay evidencia de que el tratamiento con IBP afecte resultados clínicamente importantes, a saber, la mortalidad, las nuevas hemorragias o la necesidad de cirugía. (16)

2.11.2 Ligadura de varices vrs ninguna intervención. En pacientes con cirrosis, la ligadura con banda de las várices esofágicas reduce la mortalidad, la hemorragia digestiva superior, la hemorragia por várices y los eventos adversos graves en comparación con ninguna intervención. (17)

2.11.3 Ácido tranexámico: De acuerdo con la evidencia disponible, el ácido tranexámico es un medicamento eficaz para pacientes con hemorragia digestiva superior. Es posible que valga la pena recomendar la administración temprana de ácido tranexámico para tratar la hemorragia digestiva superior en el servicio de urgencias. (18)

2.11.4 Octreotida, Vasopresina, Terlipresina. Una ventaja fundamental de las terapias farmacológicas para hemorragia aguda es que se pueden administrar temprano y no requieren conocimientos técnicos especiales. (19)

Por lo tanto, la terapia farmacológica se ha convertido en un enfoque atractivo de primera línea en pacientes con probable hemorragia por varices. (19)

La vasopresina reduce el flujo sanguíneo esplácnico y la presión portal. Debido a su corta vida media, la vasopresina debe administrarse mediante perfusión intravenosa continua. Su uso es limitado porque puede causar vasoconstricción sistémica y complicaciones vasculares graves como isquemia e infarto de miocardio y mesentérico. (19)

La adición de nitroglicerina a la vasopresina da como resultado en una eficacia terapéutica mejorada y una reducción en los efectos secundarios vasculares. (19)

La terlipresina es un análogo de vasopresina sintética con menos efectos secundarios y una vida media más larga que la vasopresina y, por lo tanto, se puede utilizar en forma de bolo. Esta ventaja ha llevado a su uso exitoso para sospechas de varices. (19)

Aunque la terlipresina parece ser al menos tan eficaz como la vasopresina, la somatostatina o la terapia endoscópica, actualmente no está disponible en los Estados Unidos. (19)

Somatostatina, un péptido natural, y sus análogos sintéticos, octreotida y vapreotida, detiene la hemorragia por varices en hasta el 80% de los pacientes y generalmente se consideran equivalentes a la vasopresina, la terlipresina y la terapia endoscópica para el control de la hemorragia aguda por vórices. El mecanismo de acción de la somatostatina y la octreotida no está claro, pero pueden funcionar previniendo hiperemia (la sangre en el intestino estimula flujo sanguíneo) o reduciendo la presión portal a través de efectos sobre péptidos vasoactivos (es decir, sustancia P o glucagón). Tanto la somatostatina como la octreotida, administradas por vía intravenosa, tienen pocos efectos secundarios (que incluyen hiperglucemia leve y calambres abdominales). Porque su excelente perfil de seguridad y la ausencia de efectos circulatorios sistémicos, somatostatina, octreotida y vapreotida pueden utilizarse sin un seguimiento especial. (19)

Un nuevo enfoque importante del tratamiento ha sido el uso de agentes farmacológicos como octreotida en combinación con terapia endoscópica. La adición de octreotida (o vapreotida) a escleroterapia endoscópica o ligadura por un período de cinco días resultó en mejor control del sangrado y reducción de la transfusión, particularmente dentro de los primeros 24 a 48 horas. (19)

CAPITULO III. SISTEMA DE VARIABLES

3.1 VARIABLES

3.1.1 Variable Conceptual

Prevalencia de hemorragia digestiva superior: Sexo biológico, edad en años agrupada en 3 rangos de edad 18-30 años, 31-65 años y mayor a 65 años.

Manifestaciones clínicas: presencia o ausencia de melenas, taquicardia, hipotensión, epigastralgia, hematemesis, melanemesis, vértigo.

Causa frecuente: Hallazgo endoscópico reportado; gastropatía erosiva, úlcera gástrica y duodenal, varices esofágicas, gastropatía porto hipertensiva, neoplasias de esófago y/o gástricas, lesión de Dieulafoy.

Factores de riesgo: Presencia de hepatopatía crónica, gastritis crónica, etilismo, infección por *H. pylori*, consumo de AINES, ulcera péptica, enfermedad renal crónica, tabaquismo, neoplasia gastrointestinal.

Tratamiento administrado: Tratamiento recibido en unidad de emergencia inhibidor de bomba de protones, infusión de octreotida, acido tranexámico, ceftriaxona, glóbulos rojos empacados, sonda de balones, ligadura de varices, escleroterapia con adrenalina.

Días de estancia intrahospitalaria: Total de días que permaneció ingresado el paciente.

Mortalidad: Número de fallecidos reportados con hemorragia digestiva superior.

3.1.2 Variable Operacional

Prevalencia según sexo y edad de los pacientes

Conjunto de signos y síntomas presentes al momento de la consulta

Hallazgos endoscópicos

Factores de riesgo identificados

Medidas terapéuticas proporcionadas

Cantidad de días de hospitalización

Cantidad de fallecidos

3.2 Relación de variables

Se relacionaron las variables independientes respectivas, con las variables dependientes contenidas en el estudio

3.3 Operacionalización de variables

Tema: Caracterización de los pacientes con hemorragia digestiva superior del Hospital Militar Central en el período de enero a julio 2021.							
Objetivo General: Caracterizar de los pacientes mayores de 18 años, que ingresaron con diagnóstico de hemorragia digestiva superior en el Hospital Militar Central, en el periodo comprendido de enero a julio de 2021							
Objetivo específico	Unidad de Análisis	Variable conceptual	Variable operacional	Tipo	Indicador	Valor del indicador	Técnica y tipo de instrumento por utilizar
Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva superior en pacientes ingresados en hospital militar central.	Pacientes con hemorragia digestiva superior	Prevalencia de hemorragia digestiva superior	Prevalencia según sexo y edad de los pacientes	Cualitativa Cuantitativa	Sexo Biológico Edad en años	Masculino, Femenino 18-30, 31-65 y mayor a 65 años	Revisión de Expediente clínico Ficha de recolección de datos
Reconocer las manifestaciones clínicas más frecuentes de consulta en pacientes con hemorragia digestiva superior.		Manifestaciones clínicas	Conjunto de signos y síntomas presentes al momento de la consulta	Cualitativa	Melenas Taquicardia Hipotensión Epigastralgia Hematemesis Melanemesis Vértigo	Si y No	Revisión de Expediente clínico Ficha de recolección de datos

<p>Describir la causa más frecuente de hemorragia digestiva superior.</p>		<p>Causa frecuente</p>	<p>Hallazgos endoscópicos</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Gastropatía Erosiva Úlcera duodenal Varices Esofágicas Úlcera Gástrica Gastropatía Porto Hipertensiva Varices Gástricas Neoplasia de Esófago Lesión de Dieulafoy Neoplasias Gástricas</p>	<p>Si y No</p>	<p>Revisión de Expediente clínico Ficha de recolección de datos</p>
<p>Identificar factores de riesgo de hemorragia digestiva superior.</p>		<p>Factores de riesgo</p>	<p>Factores de riesgo identificados</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Hepatopatía Crónica Gastritis crónica Etilismo Infección por <i>Helicobacter Pylori</i> Consumo de AINES Úlcera péptica Enfermedad renal crónica Tabaquismo Neoplasia Gastrointestinal</p>	<p>Si y No</p>	<p>Revisión de Expediente clínico Ficha de recolección de datos</p>

Detallar el tratamiento recibido en los pacientes con hemorragia digestiva superior.		Tratamiento administrado	Medidas terapéuticas proporcionadas	Cualitativa	Inhibidor de bomba de protones Infusión Octreotida Ácido tranexámico Ceftriaxona Glóbulos rojos empacados Sonda de balones Ligadura de varices Escleroterapia con adrenalina	Si y No	Revisión de Expediente clínico Ficha de recolección de datos
Definir promedio días de estancia hospitalaria.		Días de estancia intrahospitalaria	Cantidad de días de hospitalización	Cuantitativa	Días de estancia hospitalaria	1-21 días	Revisión de Expediente clínico Ficha de recolección de datos
Establecer la mortalidad por hemorragia digestiva superior		Mortalidad	Cantidad de fallecidos	Cuantitativa	Número de fallecidos	1-6 fallecidos	Revisión de Expediente clínico Ficha de recolección de datos

CAPITULO IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, de tipo descriptivo, corte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Pacientes con hemorragia digestiva superior.

4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de hemorragia digestiva superior.

4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.4.1 Población

Mayores de 18 años, con diagnóstico de hemorragia digestiva superior en el Hospital Militar Central de enero a julio de 2021.

4.4.2 Muestra

Se tomaron en cuenta 27 pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia digestiva superior en el periodo comprendido del estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.5.1 Criterios de inclusión

1. Pacientes mayores de 18 años.
2. Ingresaron con diagnóstico de hemorragia digestiva superior.

4.5.2 Criterios de exclusión

1. Expedientes clínicos que no permitan el llenado adecuado del formulario de recolección de datos.
2. Pacientes menores de 18 años
3. Que ingresaron con diagnostico diferente a hemorragia digestiva superior.

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.6.1 Métodos

Revisión de expediente clínico y análisis.

4.6.2 Técnicas

Selección de expedientes que forman parte de la investigación y verificación de los datos recolectados en la ficha.

4.6.3 Instrumento de recolección de datos.

Ficha de recolección de datos. Se recolectarán a través de la revisión del expediente clínico, separando la boleta en dimensiones: dimensión I datos generales, dimensión II factores de riesgo parra hemorragia digestiva superior, dimensión III: manifestaciones clínicas al momento del ingreso, dimensión IV hallazgos

de laboratorio, dimensión V tratamiento brindado, dimensión VI causas de hemorragia/hallazgos endoscópicos, dimensión VII días de estancia intrahospitalaria y condición de egreso.

4.7 PROCEDIMIENTOS

4.7.1 Recolección de datos

Se revisaron manualmente cada uno de los expedientes de todas las personas que ingresaron con el diagnóstico de hemorragia digestiva superior en el período del estudio; se identificaron las características clínicas de la enfermedad, así como los hallazgos endoscópicos descritos.

4.7.2 Procesamiento y análisis de datos

Para hacer el análisis de la información recolectada, se le dio un orden, se organizaron los datos de acuerdo con los objetivos planteados, y se obtuvieron de la ficha de recolección de datos la cual se completo según los registros en el expediente clínico.

El procesamiento y tabulación de datos se realizó mediante tablas o cuadros, así como de manera gráfica, para de esa manera agruparlos, clasificarlos y relacionarlos con las variables de interés en conocer.

La tabulación de los datos se clasifico por dimensiones, según la ficha de recolección de datos Dimensión I datos generales, dimensión II Factores de riesgo, dimensión III Manifestaciones clínicas, dimensión IV Hallazgos de laboratorio, dimensión V tratamiento administrado, dimensión VI causas de hemorragia/hallazgos endoscópicos, dimensión VII días de estancia intrahospitalaria/condición de egreso.

4.7.3 Análisis e interpretación de los resultados.

El análisis estadístico es univariado y bivariado de tipo descriptivo utilizando como herramienta de análisis Excel, los resultados que se obtuvieron se representaron de manera porcentual en tablas y gráficas, también se realizaron medidas de tendencia central y dispersión.

4.8 CONTEXTO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó de manera discreta, considerada, para no violentar o perjudicar la dignidad de los pacientes. Se solicito de manera escrita a las autoridades del Hospital Militar Central la autorización para revisión de expedientes clínicos, siendo aprobada de manera voluntaria, con el fin de realizar el estudio.

1. El trabajo de investigación no influyó o afectó la salud de las personas.
2. Los resultados obtenidos no fueron manipulados y fueron presentados tal como los instrumentos y el análisis los determine.

3. Toda la información de este estudio se mantuvo bajo confidencialidad, resguardando su identidad como paciente.
4. Se apegó a lo normado por el protocolo de procesos de investigación determinado por el Comité de ética de la Universidad Salvadoreña “Alberto Masferrer”.

CAPITULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Entre enero y julio 2021 ingresaron un total de 854 pacientes al servicio de medicina interna del Hospital Militar Central, de los cuales 27 pacientes ingresaron con el diagnóstico de hemorragia digestiva superior; de estos, todos cumplieron con los criterios de inclusión, con lo cual mediante la fórmula (Prevalencia = #personas con la enfermedad/# personas en la población) se calcula el porcentaje de prevalencia de la enfermedad obteniendo como resultado 3.16%.

Tabla 1. Prevalencia de hemorragia digestiva superior por grupos de edad.

<i>GRUPO DE EDAD</i>	<i>n=27</i>	<i>%</i>
Mayor a 65 años	15	56%
31 - 65 años	9	33%
18 - 30 años	3	11%
	27	100%

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Tabla 1.1. Prevalencia por sexo.

<i>SEXO</i>	<i>n=27</i>	<i>%</i>
Masculino	17	63%
Femenino	10	37%
	27	100%

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Análisis Tabla 1, 1.1. Se identificó que el 56% de los pacientes, se encontraban dentro del grupo de mayores de 65 años, siendo este grupo el más afectado, 33% en el grupo de 31-65 años y 11% en menores a 30 años. Se identificó también que la hemorragia digestiva superior fue más frecuente en el sexo masculino obteniendo 63% de prevalencia y en el sexo femenino 37%.

Tabla 2. Signos/síntomas al momento de la consulta

<i>SINTOMA</i>	<i>n=27</i>	<i>%</i>
Melenas	23	85%
Taquicardia	16	59%
Hipotensión	15	56%
Epigastralgia	14	52%
Hematemesis	13	48%
Melanemesis	11	41%
Vértigo	3	11%

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Tabla 2.1 Resultados de laboratorio más frecuentes

Hallazgo de laboratorio	N=27	%
Anemia (Hb M <12 H <13)	22	81 %
Hipoalbuminemia	22	81 %
TPT >35 seg	10	37 %
Trombocitopenia (Plaquetas <150000)	7	26 %
INR > 1.5	3	11 %

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Análisis tabla 2; 2.1. Dentro de las manifestaciones clínicas se obtuvo que las melenas fue el hallazgo más frecuentemente reportado en un 85% de la población en estudio, seguido por taquicardia 59% e hipotensión 56%, otros hallazgos relevantes incluyen epigastralgia 52%, hematemesis 48%, melanemesis 41%, vértigo 11%. La anemia y la hipoalbuminemia fueron los hallazgos más frecuentes 81%, manifestándose con Hemoglobina menor a 12 g/dl en mujeres y 13 g/dl en hombres; la trombocitopenia se presentó en el 26% de los pacientes, el INR prolongado se encontró en 11% y TPT mayor que 35 seg se presentó en el 37%.

Tabla 3. Factores de riesgo

<i>Factor de riesgo</i>	<i>n=27</i>	<i>%</i>
Gastritis crónica	10	37%
Enfermedad renal crónica	7	26%
Hepatopatía Crónica	6	22%
Úlcera péptica	6	22%
Etilismo	6	22%
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>	5	19%
Neoplasia Gastrointestinal	4	15%
Consumo de AINES	3	11%
Tabaquismo	3	11%

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Análisis tabla 3. El factor de riesgo asociado a mayor incidencia de hemorragia digestiva superior fue la gastritis crónica 37%, seguido de Enfermedad renal crónica 26%, hepatopatía crónica 22%, etilismo 22%, úlcera péptica 22%, la infección por *Helicobacter pylori* se presentó en el 19%, Neoplasia gastrointestinal 15%, los factores de riesgo que se reportan con menor frecuencia son el tabaquismo y el consumo de AINES 11%.

Tabla 4. Tratamiento médico administrado

<i>TRATAMIENTO ADMINISTRADO</i>	<i>N=27</i>	<i>%</i>
Inhibidor de bomba de protones	27	100%
Glóbulos rojos empacados	15	56%
Infusión Octreotida	7	26%
Ácido tranexámico	6	22%
Ceftriaxona	4	15%
Plasma fresco congelado	3	11%
Sonda de balones	2	7%

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Tabla 4.1 Tratamiento endoscópico

<i>Tratamiento Endoscópico</i>	<i>Fr</i>	<i>%</i>
Ligadura de varices	4	15%
Escleroterapia con adrenalina	2	7%
No se realizó endoscopia	7	26%

Fuente. Ficha recolectora de datos

Tabla 4.2 Tratamiento inicial con Octreotida

OCTREOTIDA			
Hepatopatía Crónica	No	Si	Total
No	19	2	21
Si	1	5	6
Total	20	7	27

Fuente. Ficha recolectora de datos

Análisis tabla 4, 4.1, 4.2. Dentro del tratamiento médico administrado con más frecuencia, se reporta que los inhibidores de bomba de protones se utilizaron en el 100% de la población, el 56% de la población requirió transfusiones de glóbulos rojos empacados; y en aquellos pacientes con alta sospecha de hemorragia por varices se utilizó la infusión de octreotida 26%, ácido tranexámico 22%, y ceftriaxona en el 15% de los pacientes. Se realizó endoscopia a 20 pacientes de los cuales solo 6 requirieron procedimiento terapéutico endoscópico siendo la ligadura de varices 15% y la escleroterapia con adrenalina 7%, en el 26% no se realizó endoscopia por inestabilidad hemodinámica, fallecimiento en las primeras 24 horas, o denegatoria por paciente al procedimiento.

Tabla 5. Causas más frecuentes identificadas a través de endoscopia

<i>HALLAZGOS ENDOSCOPICOS</i>	<i>n=20</i>	<i>%</i>
Gastropatía Erosiva	8	30%
Úlcera duodenal	7	26%
Varices Esofágicas	6	22%
Úlcera Gástrica	5	19%
Gastropatía Porto Hipertensiva	5	19%
Varices Gástricas	2	7%
Neoplasia de Esófago	1	4%
Lesión de Dieulafoy	1	4%
Neoplasias Gástricas	1	4%

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Análisis tabla 5. Se realizó endoscopia de tubo digestivo superior a un total de 20, se reportan 1 o más hallazgos endoscópicos, y de estos destaca que la causa más frecuente de hemorragia digestiva superior fue la gastropatía erosiva 30%, seguido de Úlcera duodenal 26%, varices esofágicas 22%, Úlcera gástrica 19%, gastropatía porto hipertensiva 19%, neoplasias de esófago y gástricas 4%.

Tabla 6. Días de estancia intrahospitalaria

Medida de tendencia central	Promedio
Mínimo	1
Media	6.33
Mediana	6
Moda	6
Máximo	21

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Análisis tabla 6. En los pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia digestiva superior se evidencio que los días de estancia hospitalaria en promedio se encontraban en un mínimo de 1 y máximo de 21 días, teniendo como media 6.33 días y moda de 6.

Tabla 7. Condición de egreso del paciente

<i>Condición de egreso</i>	<i>N=27</i>	<i>%</i>
Vivo	21	78%
Fallecido	6	22%
	27	100%

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Tabla 7.1 Causas de hemorragia más frecuente asociada a fallecimiento

<i>Hallazgo endoscópico</i>	<i>N=6</i>	<i>%</i>
Varices esofágicas	1	17%
Úlcera duodenal	1	17%
Neoplasia Gastrointestinal	1	17%
No se realizó endoscopia	3	50%

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Tabla 7.2 Factores de riesgo asociados a fallecimiento

<i>Factor de riesgo</i>	<i>N=6</i>	<i>%</i>
Hepatopatía crónica	1	17%
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>	1	17%
Úlcera péptica	1	17%
Neoplasia gastrointestinal	3	50%

Fuente. Ficha recolectora de datos.

Análisis tabla 7, 7.1, 7.2. En la población de estudio se observó mortalidad de 22%, siendo las causas principales identificadas dentro de los fallecidos las varices esofágicas 17%, Úlcera duodenal 17%, y hemorragia asociada a neoplasia gastrointestinal 17%; no se realizó endoscopia en el 50% de los pacientes por muerte en las primeras 24 horas o inestabilidad hemodinámica. Dentro de los factores de riesgo identificados en la población fallecida el 50% tenía antecedentes de neoplasia gastrointestinal siendo este el factor de riesgo asociado más frecuente, seguido por hepatopatía crónica 17%, infección por *Helicobacter pylori* 17%, Úlcera péptica 17%.

5.2 DISCUSIÓN

En el 2013 un estudio retrospectivo transversal describe las causas más frecuentes de hemorragia digestiva superior en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel reporto como causa principal la gastritis erosiva con un 34.3%, seguida de las várices esofágicas con un 21.6% y la úlcera gástrica con un 19.2%. En el estudio actual se reporta como causas más frecuentes gastropatía erosiva 30%, úlcera duodenal 26%, varices esofágicas 22%, úlcera gástrica 19%, gastropatía porto hipertensiva 19%, neoplasias de esófago, gástricas y lesión de dieulafoy 4%.

En ese mismo estudio se reporta que la edad de los usuarios estaba repartida entre quinta y octava década de la vida, con frecuencia acumulada de 84% entre estas edades, con una media de 56.21 años. En el estudio actual se reporta edad media de 63.2 años siendo el grupo de edad más frecuentemente afectado mayor a 65 años 56%.

En el 2017 un estudio descriptivo de corte retrospectivo transversal realizado en el Hospital Nacional Rosales de El Salvador describe el sexo masculino como el grupo más afectado, y describe también los factores de riesgo principales: consumo crónico de AINES, esteroides, etilismo e infección por *Helicobacter pylori*, e identifican las manifestaciones clínicas más frecuentes hematemesis y melenas.

En el estudio actual el sexo masculino fue mayormente afectado 63% en comparación al femenino 37%, siendo el factor de riesgo más frecuente gastritis crónica 37%, seguido de enfermedad renal crónica 26%, etilismo, hepatopatía crónica y úlcera péptica 22%, infección por *Helicobacter pylori* 19%, neoplasia gastrointestinal 15%, y consumo de AINES 11%, también las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron melenas, taquicardia e hipotensión 85%, 59%, 56% respectivamente.

En ese mismo estudio realizado en el Hospital Nacional Rosales se reporta mortalidad del 1.2% la cual aumenta incluso a 63% cuando coexisten alteraciones, como enfermedad renal, insuficiencia cardiaca, falla hepática. En el estudio actual se observó que dentro de los tratamientos que se utilizaron frecuentemente fueron: la infusión de inhibidor de bomba de protones 67%, transfusión de glóbulos rojos empacados 56%, infusión de octreotida 26%, ácido tranexámico 22%, se agregó ceftriaxona al 15% de los pacientes, se realizó ligadura de varices al 15%, el 7% de los pacientes requirieron sonda de balones como parte del tratamiento, no se realizó endoscopia al 26% de los pacientes en estudio. La mortalidad del 22%, asociado principalmente a pacientes con neoplasias gastrointestinales, ya conocidas, como factor de riesgo, al 50% de los fallecidos no se logró realizar endoscopia; la media de estancia intrahospitalaria fue de 6.3 días siendo el rango mínimo 1 día y el máximo 21 días, acá se toma en cuenta que el paciente que permaneció 21 días

de ingreso, presento exacerbación de los comórbidos e infecciones concomitantes no asociadas a hemorragia digestiva superior.

CONCLUSIONES

1. La hemorragia digestiva superior tiene una prevalencia del 3.16%, afectando principalmente al sexo masculino y con mayor prevalencia en mayores de 65 años.
2. La manifestación clínica más frecuente fue la melena y hematemesis, acompañado de signos hipotensión y taquicardia; con hallazgos de laboratorio más comunes anemia, e hipoalbuminemia.
3. Se identificó que la causa más frecuente de hemorragia digestiva superior fue en primer lugar la gastropatía erosiva, segundo lugar la úlcera péptica, y las varices esofágicas.
4. Los factores de riesgo más frecuentemente relacionados con la aparición de eventos de hemorragia digestiva superior fueron: la gastritis crónica, enfermedad renal crónica y hepatopatía crónica.
5. Los tratamientos utilizados con mayor frecuencia fueron la administración de inhibidores de bomba de protones, transfusión de glóbulos rojos, y en pacientes con alta sospecha de hemorragia por varices se utilizó octreotida y ceftriaxona.
6. La estancia hospitalaria promedio fue de 6.2 días, y se prolongó hasta 21 días en algunos pacientes, principalmente asociado a exacerbación de las enfermedades crónicas de base y procesos infecciosos acompañantes.
7. Se determinó mortalidad del 22% en el presente estudio.

RECOMENDACIONES.

1. Se recomienda al personal médico y de enfermería de las unidades militares, realizar educación continua sobre la prevención de la hemorragia digestiva superior.
2. Se recomienda identificar pacientes con factores de riesgo para neoplasias gástricas y también con riesgo de varices esofágicas, para poder realizar medidas de prevención adecuadas según la necesidad del paciente.
3. Al personal de salud, se recomienda, realizar una adecuada identificación de los pacientes con mayor riesgo de complicación asociados a hemorragia digestiva superior, así como también derivar de manera oportuna hacia el gastroenterólogo, para la realización de endoscopia de tubo digestivo superior, tomando en cuenta, que dicho procedimiento, es diagnóstico y terapéutico.
4. A la población general se recomienda, evitar el tabaquismo, dar un adecuado seguimiento a la gastritis crónica, evitar el consumo de AINES, y consultar de manera oportuna.
5. Al ministerio de defensa y a las jefaturas del Hospital Militar central se recomienda mantener el adecuado abastecimiento de medicamentos utilizados en el tratamiento de la hemorragia digestiva superior, así como también kit de ligaduras de varices como parte de las herramientas básicas en el abordaje de los pacientes con hemorragia digestiva superior.
6. A las jefaturas de los bancos de sangre de nuestro país, mantener una adecuada reserva de los derivados sanguíneos, siendo este parte importante en el tratamiento del paciente con hemorragia digestiva superior.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Minsal. Transparencia.gob.sv. [Online].; 2019. Acceso 22 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/estadisticas>.
2. Minsal. Transparencia.gob.sv. [Online].; 2020. Acceso 22 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/estadisticas>.
3. Araniva Urrutia SM, Cruz Velasquez FG, Juarez Medrano JJ. Causas mas frecuentes de hemorragia de tubo digestivo superior en los usuarios hospitalizados en los servicios de medicina interna entre las edades de 15 a 80 años en hospital nacional regional san juan de Dios San Miguel periodo de enero a diciembre 2012. Tesis. San Miguel: Universidad de El Salvador, San Miguel.
4. Flores Canessa MI, Pineda Angulo JM. Mortalidad y pronostico en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal tratados por medicina interna HNP enero/junio 2017. Tesis. San Salvador: Universidad de El Salvador, San Salvador.
5. Salud Md. Lineamientos tecnicos para la atencion prehospitalaria del sistema de emergencias medicas. LINEAMIENTOS. San Salvdor: Ministerio de Salud, San Salvador.
6. Meltzer AC, Klein JC. Upper Gastrointestinal Bleeding Patient Presentation, Risk Stratification, and Early Management. *Gastroenterology clinics of North America*. 2014; 43(4).
7. Kim BSM, Li BT, Engel A, Samra JS, Clarke S, Norton ID. Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians. *World Journal of gastrointestinal pathophysiology*. 2014; 5(4).
8. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett. C. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Manegement. *Mayo Clinic*. 2019; 94(4).
9. Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH. Non variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nature reviews*. 2018; 4(18020).
10. Svoboda P, Konecny M, martinek A, Hrabovsky V, Prochazka V. Acute upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2012; 156(3).
11. Heriberto RodríguezHernández MRMJLGJOJQ. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Social*. 2009; 47(2).
12. Glaser J. Gastrointestinale Blutungen im fortgeschrittenen Lebensalter. *Ubersicht*. 2013; 139(74).
13. Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Epidemiology and risk factors for Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastrointest Endoscopy Clin*. 2015; 25(25).
14. Goldman L, Ausiello DA, Schafer AI. Tratado de Medicina Interna. 25th ed. España: Elsevier; 2021.

15. Lu Z, Sun X, Han J, Jin B, Zhang W, Han J. Characteristics of peptic ulcer bleeding in cirrhotic patients with esophageal and gastric varices. *Nature research*. 2020; 15(15).
16. Sreedharan A, Martin J. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Library*. 2012; 7(5415).
17. CWK Y, S V, MY M, LL G. Banding ligation versus no intervention for primary prevention in adults with oesophageal varices. *Cochrane Database of systematic reviews*. 2017; 5(012673).
18. PL L, KS Y, HW T, SK H, YN K, CC C. Tranexamic acid for gastrointestinal bleeding: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *Am J Emerg Med*. 2021; 4(29).
19. SHARARA AI, ROCKEY DC. GASTROESOPHAGEAL VARICEAL HEMORRHAGE. *New England journal Medicin*. 2001; 345(9).

ANEXOS

ANEXO 1 CLASIFICACIÓN CHILD PUGH

TABLA 31-2 Clasificaciones pronósticas de la cirrosis hepática

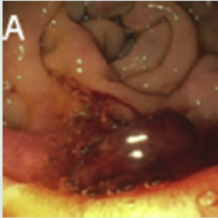
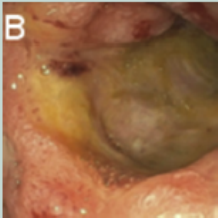
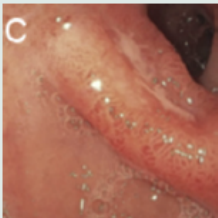
Clasificación de Child-Pugh^a			
	1 punto	2 puntos	3 puntos
Bilirrubina (mg/dL)	< 2	2-3	> 3
Albúmina (g/L)	> 32	28-32	< 28
Tasa de protrombina (%)	> 50	30-50	< 30
Ascitis	Ausente	Moderada	Abundante
Encefalopatía	Ausente	Grados I-II	Grados III-IV

A: 5-6 puntos; B: 7-9 puntos; C: 10-15 puntos

Fuente. Goldman L, Ausiello DA, Schafer AI. Tratado de Medicina Interna. 25th ed. España: Elsevier; 2021.

ANEXO 2. CLASIFICACIÓN FORREST PARA HEMORRAGIA POR ÚLCERA PÉPTICA.

TABLE 2. Forrest Classification for Describing Endoscopic Findings in Patients With Bleeding Ulcers and Predicting Risk of Rebleeding^a

		Endoscopy		After endoscopy		
		Forrest classification	Therapy	Rebleeding (%)	PPI	Diet
	I	Active bleeding				
	Ia	Spurting bleed	Yes	55	IV ^b	Clear liquid ^c
	Ib	Oozing bleed				
	II	Stigmata of bleeding				
	IIa	Visible vessel	Yes	43	IV	Clear liquid
	IIb	Adherent clot	Yes/No	22	IV	Clear liquid
	IIc	Flat pigmented spot	No	10	Oral	Regular diet
	III	Clean ulcer base	No	5	Oral	Regular diet

^aIV = intravenous; PPI = proton pump inhibitor.
^bIntravenous PPI therapy twice daily should be continued for 72 hours after endoscopic management before transitioning to oral PPI once daily.
^cClear liquid diet should be started immediately after the endoscopic procedure and then advanced as tolerated.

Fuente, Kamboj AK, Hoversten P, Leggett. C. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. Mayo Clinic. 2019; 94(4).

ANEXO 3. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Universidad Salvadoreña “Alberto Masferrer”
Facultad de Medicina Dr. Carlos Uriarte González



Caracterización de los pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva superior en el Hospital Militar Central de Enero a Julio 2021.

Dimensión I. Datos generales

Datos generales: Expediente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dimensión II. Factores de Riesgo

Hepatopatía crónica/Cirrosis hepática <input type="checkbox"/>	Consumo de AINES y/o Esteroides <input type="checkbox"/>
Gastritis crónica <input type="checkbox"/>	Úlcera péptica o gástrica <input type="checkbox"/>
Etilismo <input type="checkbox"/>	Tabaquismo <input type="checkbox"/>
Infección por H. Pylori <input type="checkbox"/>	Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/>

Dimensión III. Manifestaciones Clínicas

Epigastralgia <input type="checkbox"/>	Hematemesis <input type="checkbox"/>	Vómitos en pozol de café/MELANEMESIS* <input type="checkbox"/>
Melenas <input type="checkbox"/>	Mareo/ Vértigo <input type="checkbox"/>	Palpitaciones <input type="checkbox"/>
Dolor torácico <input type="checkbox"/>	Hipotensión <input type="checkbox"/>	Taquicardia <input type="checkbox"/>
Ascitis <input type="checkbox"/>	Encefalopatía <input type="checkbox"/>	Grado de Encefalopatía _____

Dimension IV. Hallazgos de laboratorio

Hemograma	Hb		Htco		Plaq		GB			
Química	Na		K		Glu		TGO		TGP	
	Bil tot		Alb							
Coagulacion	TP		INR		TPT					

Dimensión V. Tratamiento administrado.

- **Medico:**

Inhibidor de Bomba de protones: Infusión continua Cada 12 horas

Octreotida Acido tranexámico Ceftriaxona

Transfusiones: Glóbulos rojos empacados Plasma Fresco Congelado Plaquetas

Maniobras invasivas: Colocación sonda de balones/sengstaken/blakemore

- **Endoscópico.**

Ligadura de varices sangrantes Escleroterapia con adrenalina Electrocoagulación

No se realizó endoscopia

Dimension VI. Causas de Hemorragia/Hallazgos endoscópicos

Varices esofágicas Neoplasias de esófago Desgarro de mallory Weiss

Úlcera péptica Varices gástricas Neoplasias gástricas

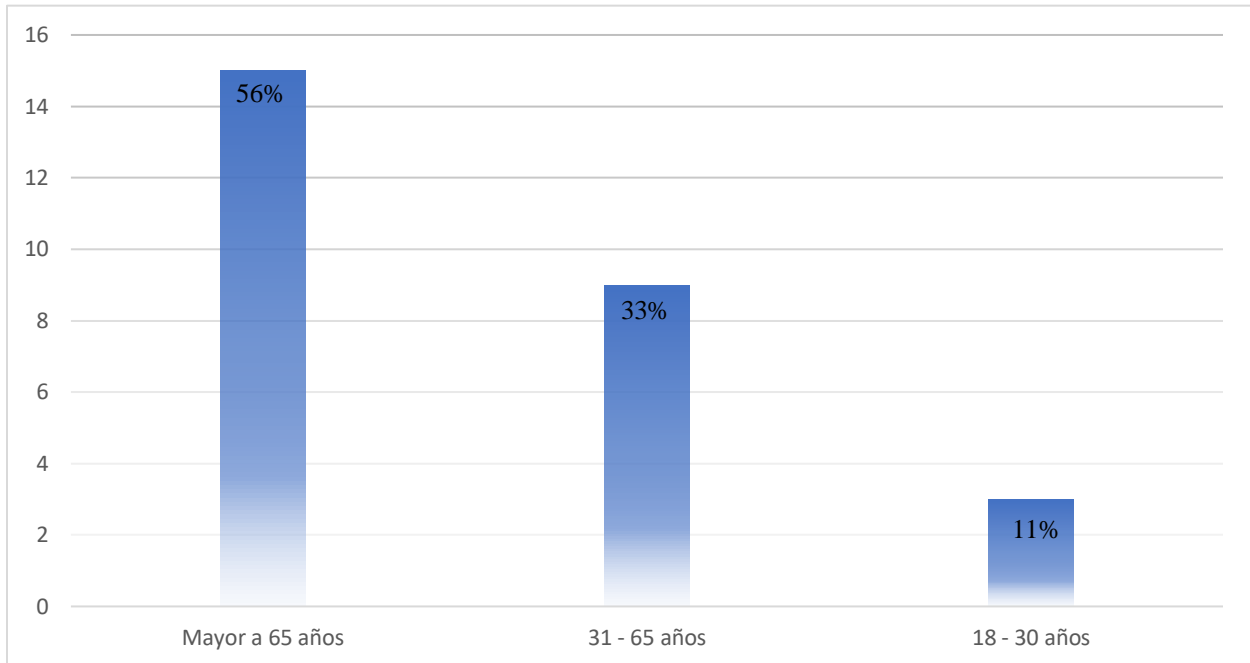
Gastropatía porto hipertensiva Lesión de Dieulafoy Úlcera duodenal

Dimension VII. Dias de estancia intrahospitalaria/Condición de Egreso

Días de estancia Intrahospitalaria _____

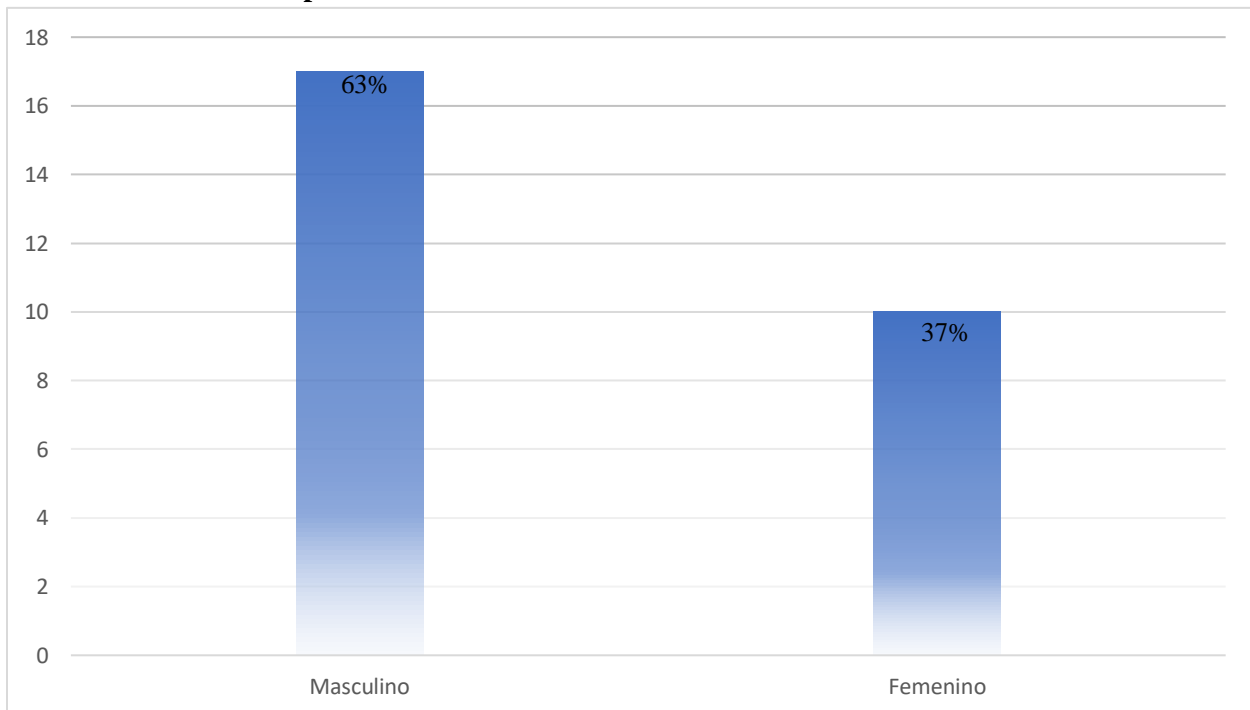
Condición de egreso: Vivo Fallecido

ANEXO 4. Prevalencia de hemorragia digestiva superior por grupos de edad.



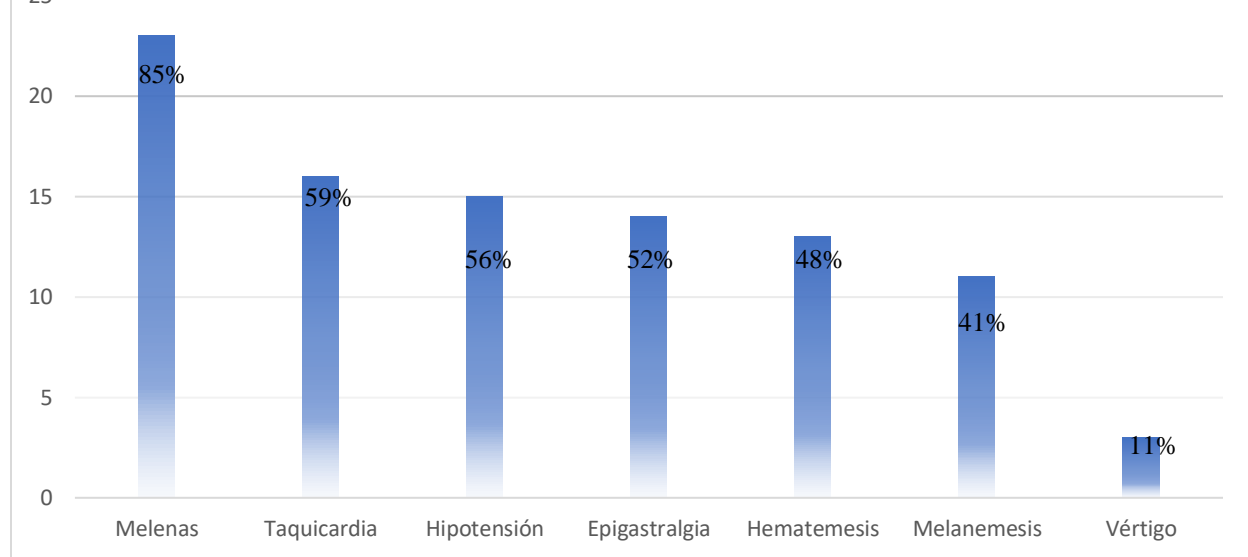
Fuente: Tabla 1

ANEXO 5. Prevalencia por sexo



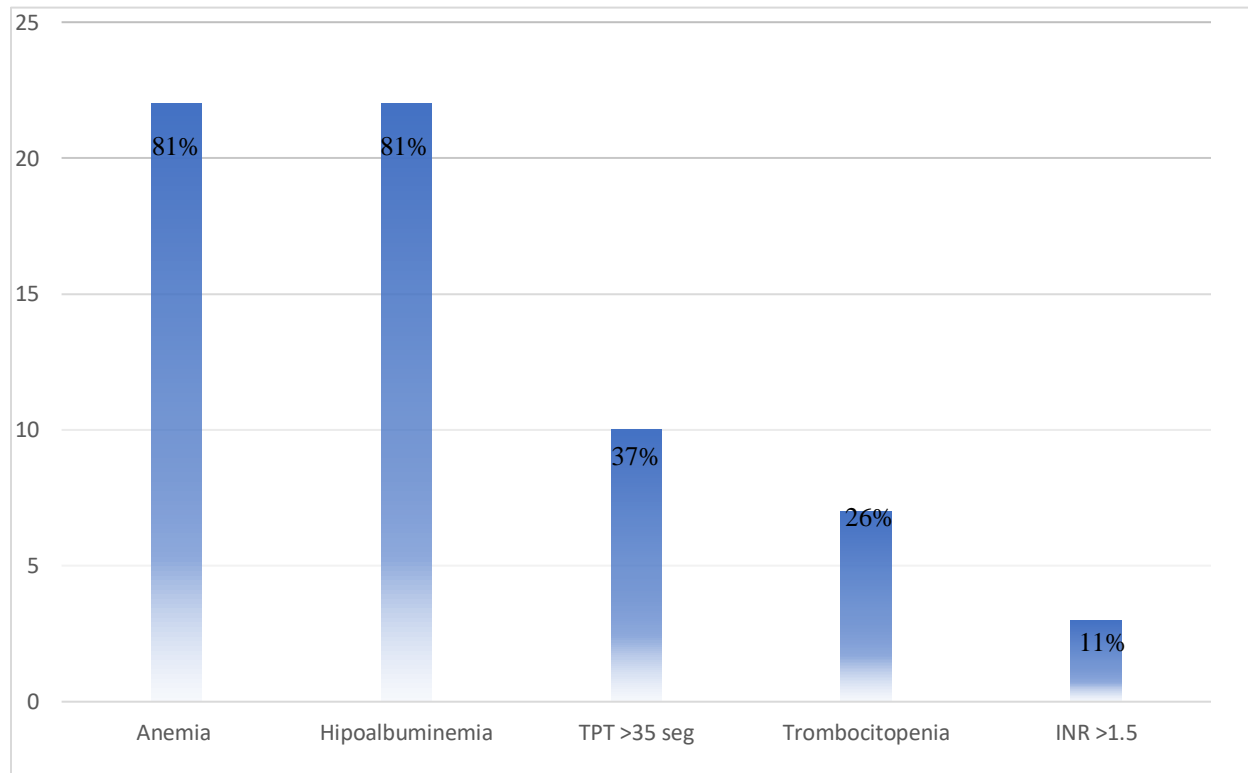
Fuente: Tabla 1.1

ANEXO 6. Signos/síntomas al momento de la consulta



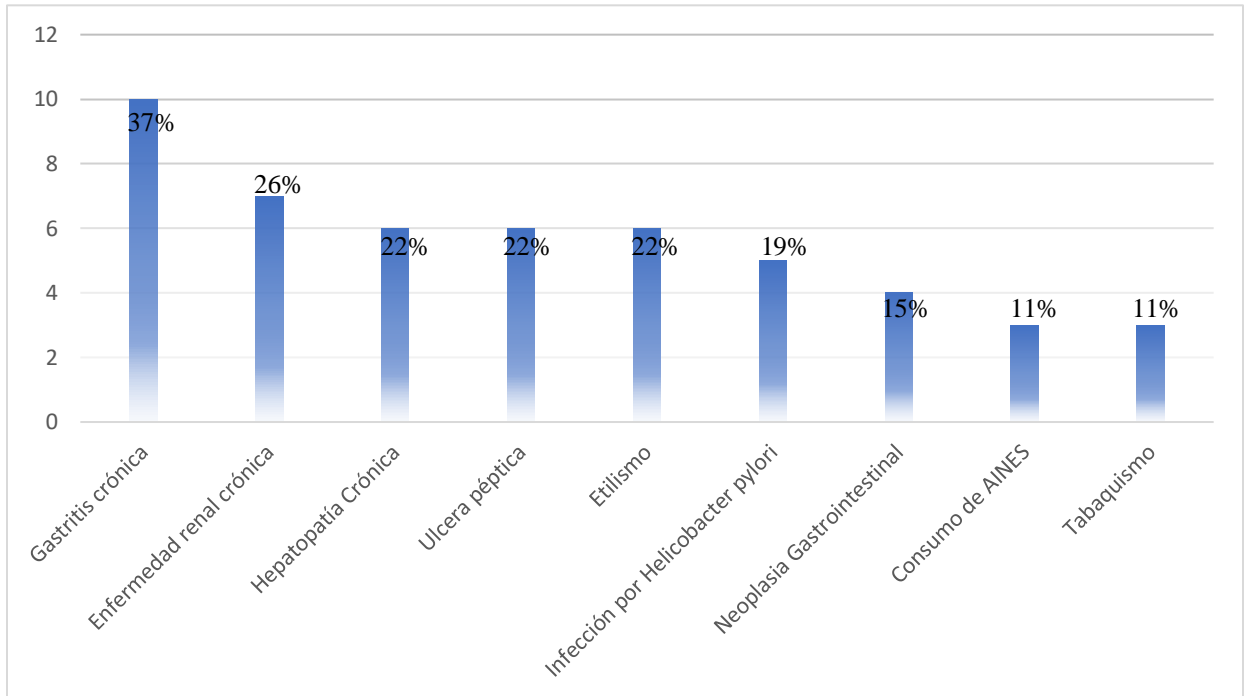
Fuente: Tabla 2

ANEXO 7. Resultados de laboratorio más frecuentes



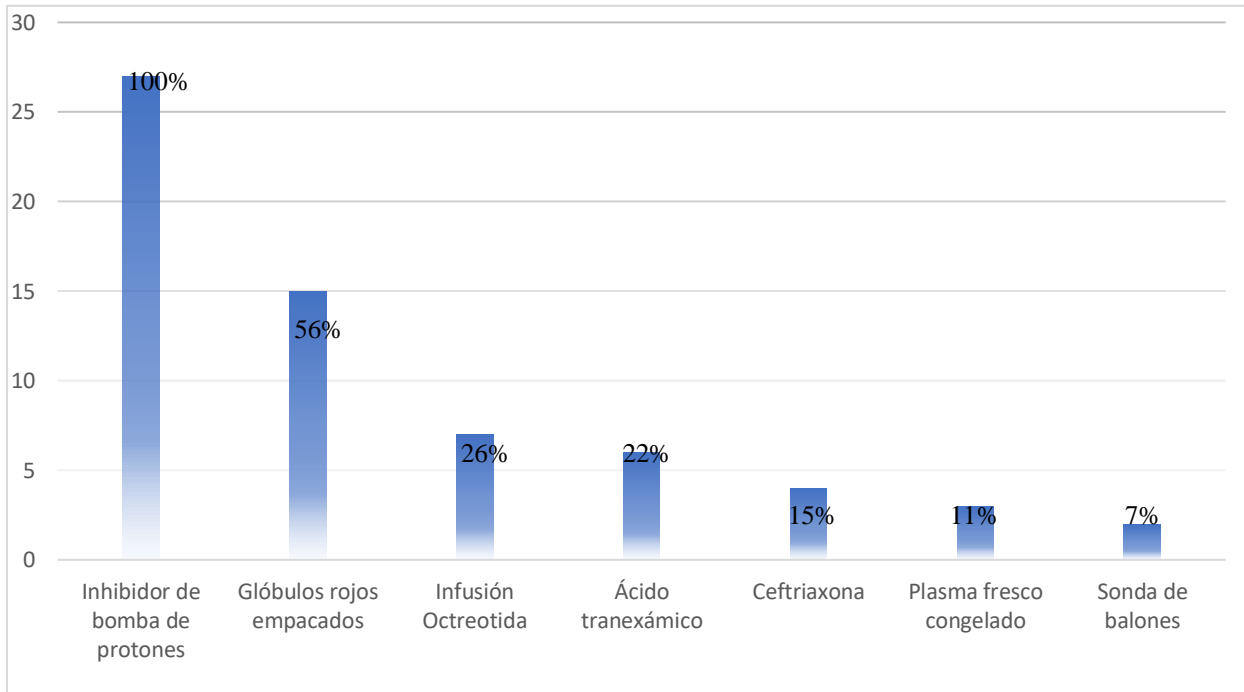
Fuente: Tabla 2.1

ANEXO 8. Factores de riesgo



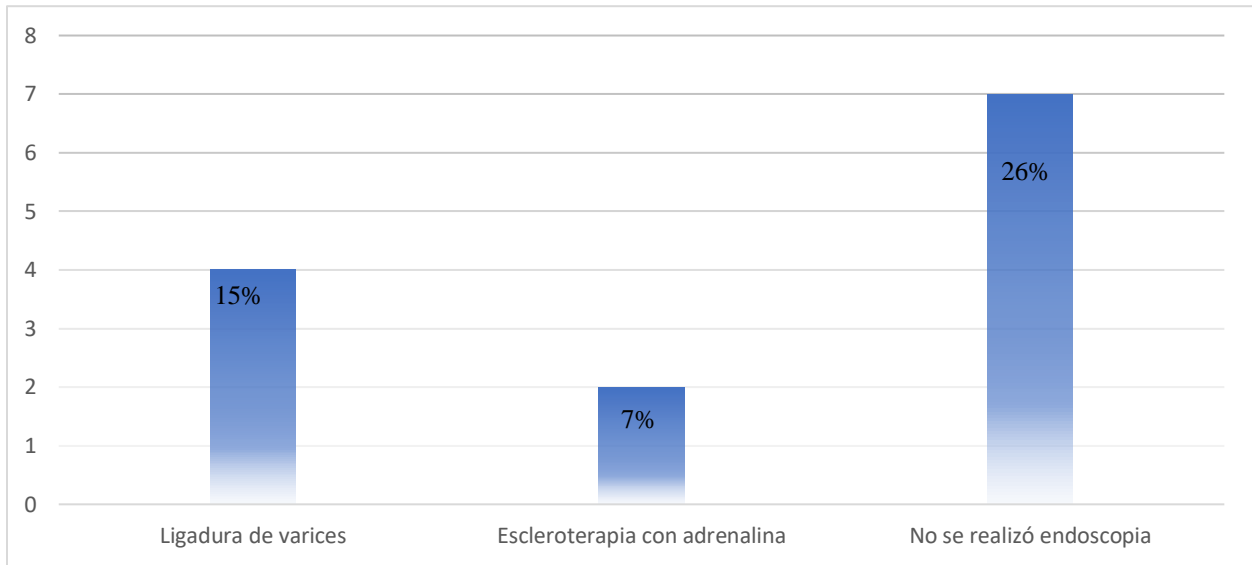
Fuente: Tabla 3

ANEXO 9. Tratamiento médico administrado



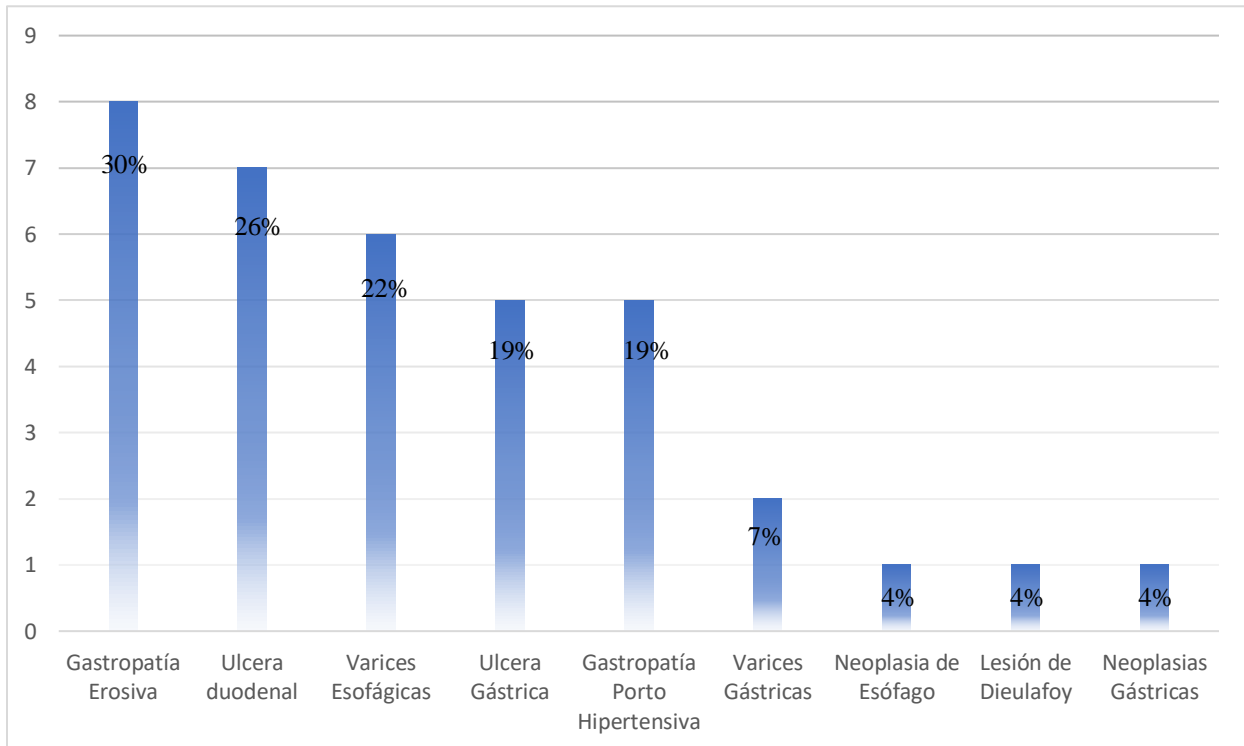
Fuente: Tabla 4

ANEXO 10. Tratamiento endoscópico



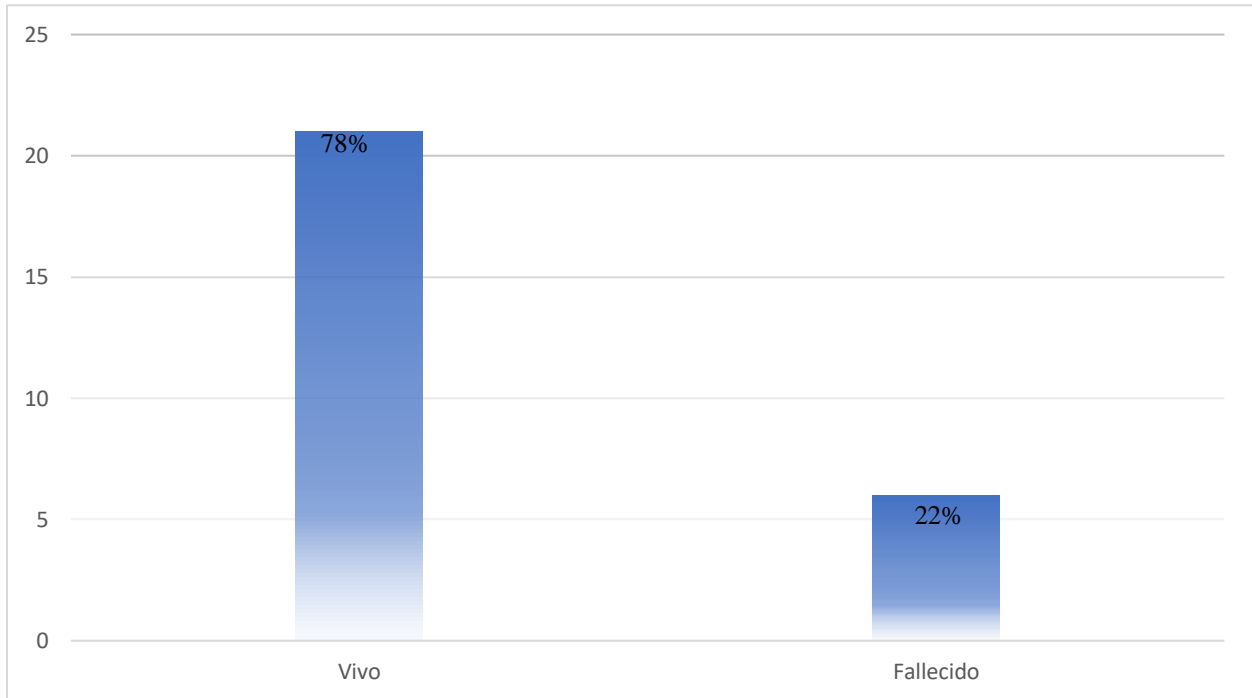
Fuente: Tabla 4.1

ANEXO 11. Causas más frecuentes identificadas a través de endoscopia



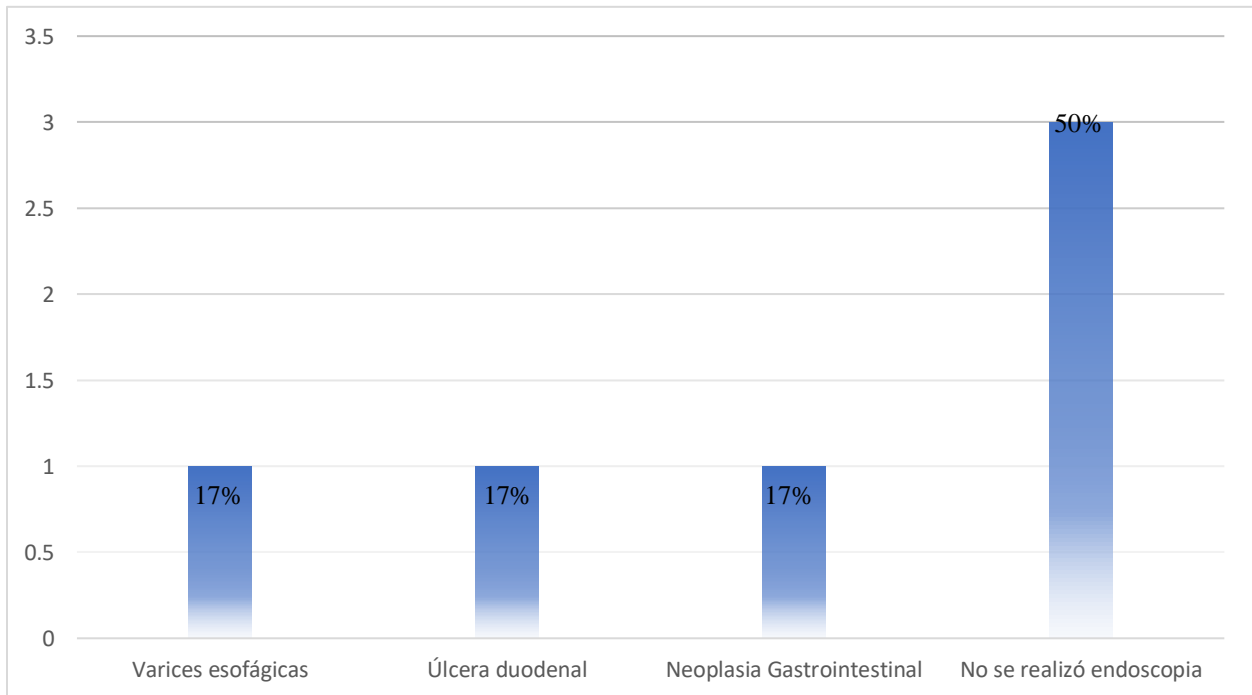
Fuente: Tabla 5

ANEXO 12. Condición de egreso del paciente



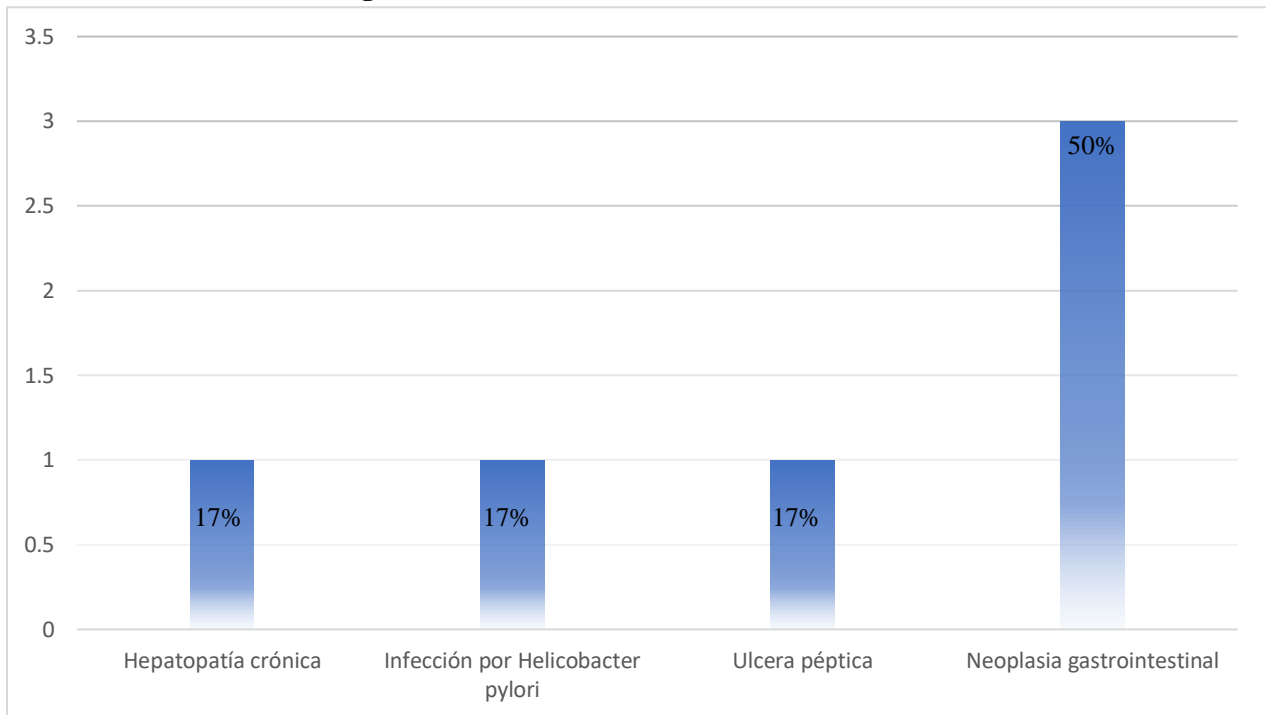
Fuente: Tabla 7

ANEXO 13. Causas de hemorragia más frecuente asociada a fallecimiento



Fuente: Tabla 7.1

ANEXO 14. Factores de riesgo asociados a fallecimiento



Fuente: Tabla 7.2