UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA DEL 2017-2022.

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO

Miriam Elena Arphi Taco

PUCALLPA-PERU
2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los..22... días del mes de...Junio..... del dos mil Veintitrés, siendo las..15:00.. horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominado **"CARACTERISTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLOGICO Y HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA 2017-2022"** elaborado por la bachiller en Medicina Humana Miriam Elena Arphi Taco.

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

M.C. ELENA ALVAN CÁRDENAS	(Presidente)
M.C. ARMANDO CUNYAS AVILÉS	(Miembro)
M.C. JUAN NEL ROSAS CHAVEZ	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de...APROBADO..... por..UNANIMIDAD.... con el calificativo de ..dieciseis..... Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa,...22.... de ...Junio.... del 2023.

M.C. Elena Alvan Cárdenas
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Armando Cunyas Avilés
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Juan Nel Rosas Chávez
Miembro del Jurado Evaluado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

.....
M.C. Elena Alvan Cárdenas
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. Armando Cunyas Avilés
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Juan Nel Rosas Chávez
Miembro del Jurado Evaluador

.....
Dr. Arturo Rafael Heredia
Asesor de Tesis

.....
Bach. Miriam Elena Arphi Taco
Tesista

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

Nº **V/0268-2023**.

La Dirección de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el Informe final de tesis, titulado:
"CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICO Y HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA DEL 2017-2022"

Autor(es)	:	**ARPHI TACO , MIRIAM ELENA**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	**Dr. RAFAEL HEREDIA , ARTURO**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud 9%.**
En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.
En señal de conformidad y verificación se firma y se sella la presente constancia

Fecha: 12/05/2023

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

UByP - REPOSITORIO INSTITUCIONAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Miriam Elena Arphi Taco

Autor(a) de la TESIS de pregrado titulada:

Caracteristicas clinico - epidemiologico y hallazgos endoscopicas en Pacientes con hemorragia Digestiva alta en el hospital Amazónico de yarinacocha 2017 - 2022.

Sustentada el año: 2023

Con la asesoría de: Dr. Arturo Rafael Herrera

En la Facultad: Mediana Humana

Escuela profesional: Medicina Humana

Autorizo la publicación:

PARCIAL ☐ Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL ☒ Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 28 / 06 / 2023

Email: Miriam_arphi18@Hotmail.com

Teléfono: 996621394

Firma:

DNI: 71023097

PORTADA

DATOS GENERALES

TITULO DE LA INVESTIGACION:

Características clínico-epidemiológicas y hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022.

AREA DE INVESTIGACION

Enfermedades no transmisibles

AUTORA

Miriam Elena Arphi Taco

ASESOR

Dr. Arturo Rafael Heredia

INSTITUCION Y PERSONAS COLABORADORAS

Hospital Amazónico de Yarinacocha

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser una guía en cada uno de mis pasos y que hoy en día me permita cumplir una de mis más grandes metas propuestas.

A mi familia, a mi madre por su amor incondicional y su apoyo a lo largo de estos años, a mi padre por siempre demostrarme que lo imposible es posible, a mis hermanos por alentarme día a día a seguir adelante y, mi más grande motivación mi hijo.

A mis docentes que han sido parte importante en mi formación académica por sus grandes conocimientos y su amplia experiencia.

DEDICATORIA

Aquel ser excepcional que me ha demostrado que todo es posible si uno lo desea. aquel que me inspira con su fortaleza a ser mejor día a día , que me alienta a soñar en grande y poder lograrlo, mi padre .

Y a todas aquellas personas que luchan día a día con cualquier padecimiento, recuerden que dios es médico de médicos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA ..... **iv**
AGRADECIMIENTO ..... **v**
DEDICATORIA ..... **vi**
Índice DE CONTENIDO ..... **vii**
Resumen ..... **xi**
Introducción ..... **xiii**
I CAPITULO: PROBLEMA **1**
1.1 Planteamiento del Problema 1
1.2 Formulación del Problema 2
1.2.1 Problema principal 2
1.2.2 Problema secundario 2
1.3 Objetivo: General y Específicos 2
1.3.1 OBJETIVO GENERAL 2
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3
1.4 Justificación 3
II CAPITULO: MARCO TEÓRICO **4**
2.1 Antecedentes 4
2.1.1 Investigaciones Extranjeras 4
2.1.2 INVESTIGACIONES NACIONALES 5
2.1.3 INVESTIGACIONES LOCALES 7
2.2 Bases Teóricas 7
2.3 Definición de términos básicos 16
2.4 Hipótesis 17
2.4.1 hipótesis General 17
2.5 Variables de estudio. 17
III CAPITULO: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN **20**
3.1 Ámbito de estudio 20
3.2 Tipo de Investigación 20
3.3 Nivel de Investigación 20
3.4 Método de Investigación 20
3.5 Diseño de Investigación 20
3.6 Población, Muestra, Muestreo 21
3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos 21
3.8 Procedimiento de Recolección de Datos 21
3.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos 22

IV CAPITULO: RESULTADOS 23
4.1 Presentación de Resultados 23
4.2 Discusión 25
Conclusiones 27
Recomendaciones 28
Referencia Bibliográfica 29
ANEXOS 34

INDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Etiología de la hemorragia digestiva alta ……..10

Tabla 2. Características epidemiológicas en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022 23

Tabla 3. Características clínicas en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022..... 24

Tabla 4. Hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022..... 24-25

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1 . Clasificación de Forrest para describir los hallazgos endoscópicos en pacientes con ulceras sangrantes y predecir el riesgo a un resangrado……..14

RESUMEN

Introducción. La incidencia de la hemorragia digestiva alta es de 1 a 100 casos por año, en algunos países como Reino Unido es de 103 cada 100 mil habitantes por años; asimismo, la tasa de mortalidad en general por hemorragia digestiva alta es de 14%. La causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta es la ulcera péptica, y representa el 40% de la misma. La cual es producida por la infección del Helicobacter pylori, que es una bacteria espiral, microaerófila, gramnegativa con flagelos que tienen actividad de ureasa, catalasa y oxidasa. En Ucayali, el porcentaje de ulcera péptica es de 23.9%. **Objetivo.** Determinar las características epidemiológicas, clínicas y hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022. **Materiales y Métodos**. El diseño de investigación fue cuantitativo, observacional, descriptivo. No se tuvo una muestra como tal ya que se usó la totalidad de la población siendo esta de 50 participantes; por ello se uso un muestreo tipo censo. **Resultados**. Los resultados que se obtuvieron fue que el sexo más predominante con un 68% fue el masculino; la edad tuvo una media de 53.4 ± 13.9, siendo el rango de edad más presente de 41 a 50 años. El 78% recibió una transfusión sanguínea y el 53% fue de 2 paquetes globulares. Así mismo la causa más frecuente con un 60% fue la ulcera gástrica y la clasificación de Forrest más frecuente fue el tipo III con un 74%. **Conclusión.** Se concluye que existen características epidemiológicas, clínica y hallazgos endoscópicos muy presentes en los pacientes con hemorragia digestiva alta del Hospital Amazónico de Yarinacocha.

Palabras Clave: hemorragia digestiva alta, epidemiologia, clínica, endoscopia.

ABSTRACT

Introduction. The incidence of upper gastrointestinal bleeding is 1 to 100 cases per year, in some countries such as the United Kingdom it is 103 per 100,000 inhabitants per year, in addition the overall mortality rate from upper gastrointestinal bleeding is 14%. The most common cause of upper gastrointestinal bleeding is peptic ulcer, and represents 40% of them. The same one that is produced by the infection of Helicobacter pylori, which is a spiral, microaerophilic, gram-negative bacterium with flagella that have urease, catalase and oxidase activity. In our environment, the percentage of peptic ulcer is 23.9%. **Objective**. To determine the epidemiological and clinical characteristics and endoscopic findings in patients with Upper Digestive Bleeding hospitalized at the Hospital Amazónico de Yarinacocha from 2017-2022. **Materials and methods**. The research design was quantitative, observational, descriptive. There was no sample as such since the entire population was used, with 50 participants, therefore a census-type sampling was used. **Results**. The results obtained were that the most predominant sex with 68% was male; age had a mean of 53.4 ± 13.9, with the most present age range being 41 to 50 years. 78% received a blood transfusion and 53% received 2 globular packages. Likewise, the most frequent cause with 60% was gastric ulcer and the most frequent Forrest classification was type III with 74%. **Conclusion**. It is concluded that there are epidemiological, clinical and endoscopic characteristics that are very present in patients with upper gastrointestinal bleeding at the Yarinacocha Amazon Hospital.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, epidemiology, clinic, endoscopy.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es un problema de salud pública que afecta a gran cantidad de personas en el mundo. La hemorragia digestiva alta se define como la pérdida de sangre en el segmento del tubo digestivo que comprende desde el esófago hasta el ángulo de Treitz. Esta afección puede ser causada por diversas enfermedades, como úlceras, gastritis, varices esofágicas, tumores y lesiones en el tracto gastrointestinal.

En Latinoamérica, la hemorragia digestiva alta es un problema significativo de salud pública, con una alta incidencia en países como México, Colombia y Brasil. En el Perú, se estima que la hemorragia digestiva alta es una de las principales causas de hospitalización en los servicios de gastroenterología, y representa una carga importante para el sistema de salud.

Entre las principales causas de hemorragia digestiva alta en el Perú se encuentran la enfermedad de úlcera péptica, la gastritis, las varices esofágicas y el síndrome de Mallory-Weiss (lesiones en la mucosa del esófago causadas por vómitos violentos).

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son esenciales para prevenir complicaciones graves y reducir la mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta. En los últimos años, se han implementado diversas estrategias para mejorar la atención de esta afección en el Perú y en otros países de la región, incluyendo la capacitación de profesionales de la salud, la mejora de la infraestructura hospitalaria y la promoción de medidas preventivas.

CAPITULO I
PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta es una condición médica común con diversas etiologías y presentaciones. se define como la pérdida de sangre en el segmento del tubo digestivo que comprende desde el esófago hasta el ángulo de Treitz (1).

La incidencia de la hemorragia digestiva alta es de 1 a 100 casos por año en el mundo, en países como Reino Unido es de 103 cada 100 mil habitantes por años, además la tasa de mortalidad en general por hemorragia digestiva alta es de 14%, pero este se reduce sistemáticamente a 0.8% en menores de 60 años, sin malignidad o alguna otra comorbilidad avanzada(2–4).

En el Perú, los datos han sido similares o con poca diferencia frente a las internacionales, es así que la tasa de mortalidad es de 8.9% a 12%; así mismo la tasa de hospitalización es de 3% aproximadamente(5,6). En caso de la región Ucayali, no se ha encontrado literatura vinculante al tema.

La causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta es la ulcera péptica, y representa el 40% de la misma (3,7). Asimismo, la ulcera péptica es producida por que es producida por la infección del Helicobacter pylori, que es una bacteria espiral, microaerófila, gramnegativa con flagelos que tienen actividad de ureasa, catalasa y oxidasa(8). En Ucayali, el porcentaje de ulcera péptica es de 23.9%(9).

La ulcera péptica representa el 10% de la etiología mundial y el 19% de la etiología local para casos de HDA (3,9). Asimismo, se ha evidenciado que existen factores relacionados a la muerte de pacientes con HDA, los cuales pueden ser relacionado o asociados a la muerte de estos pacientes tales como ser ingreso en la unidad de cuidados intensivos/Shock-Trauma, resangrado, hemorragia digestiva alta intrahospitalaria, cirrosis, presencia de hematemesis, neoplasia maligna, número de paquetes globulares transfundidos y edad(9).

Ante lo anteriormente expuesto podemos ver la importancia que tiene conocer las características clínico-epidemiológicas y sus hallazgos endoscópicos que tienen los pacientes con hemorragia digestiva alta, además que al no contar con bibliografía previa en la región, esto ayudara a poder conocer y poder tener una mejor intervención en los mismos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas y hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022?

1.2.2 PROBLEMA SECUNDARIO

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta del servicio de medicina interna del Hospital Amazónico de Yarinacocha 2017-2022?

- ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta del servicio de medicina interna del Hospital Amazónico de Yarinacocha 2017-2022?

- ¿Cuáles son los hallazgos endoscópicos de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta del servicio de medicina interna del Hospital Amazónico de Yarinacocha 2017-2022?

1.3 OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínico-epidemiológicas y hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características epidemiológicas de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta del servicio de medicina interna del Hospital Amazónico de Yarinacocha 2017-2022.

- Describir las características clínicas de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta del servicio de medicina interna del Hospital Amazónico de Yarinacocha 2017-2022.

- Describir los hallazgos endoscópicos de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta del servicio de medicina interna del Hospital Amazónico de Yarinacocha 2017-2022.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva alta es una afección médica que se produce cuando se da una pérdida de sangre en la parte superior del tracto digestivo, como el esófago, el estómago o el duodeno. Es una condición que puede ser potencialmente mortal si no se trata adecuadamente, por lo que es importante investigarla y comprenderla mejor.

La hemorragia digestiva alta es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. La mortalidad asociada a esta afección es especialmente alta en pacientes ancianos o aquellos con enfermedades crónicas. Por lo tanto, es crucial conocer de ella, para mejorar los resultados y reducir la mortalidad.

Es por ello, que conocer sus características clínicas, epidemiológicas o sus hallazgos endoscópicos podrá darnos un visión mas precisa de lo que padece un pacientes en nuestras latitudes. Así pues, podremos dar una mejor calidad de atención médica.

Esto con el fin de contribuir a esa falta de información que existe en referencia a esta patología, que en nuestro medio es muy frecuente.

.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 INVESTIGACIONES EXTRANJERAS

Cabrera Linares, Antonio Ernesto et Al (2018), realizó una investigación en Cuba titulada: ***"Características clínico-epidemiológicas de los adultos mayores ingresados por hemorragia digestiva alta en el Hospital General de Ciego de Ávila,"***. Este es un estudio de tipo observacional descriptivo, se llevó a cabo en pacientes adultos mayores (mayores de 60 años), se realizó el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila. Se estudiaron las variables sexo, edad, etiología, tratamiento, mortalidad y causa de muerte; siendo los resultados los siguientes: el rango de edad predominante fue de 60 a 74 años con el 55.4%, el 70% eran del sexo masculino, la causa más común fue la úlcera péptica con un 41.6%, el tratamiento médico fue el más utilizado con un 82% y la causa de muerte más frecuente fue por shock hipovolémico con un 63%. Se concluyo que la hemorragia digestiva alta constituye un problema de salud en el adulto mayor de 60 años y más de edad, sobre todo antes de los 74 años y en el sexo masculino (10).

Pereira, C., Barrios, A., Arriola, C., Retana, R. (2019), se realizó una investigación en Guatemala titulada: ***"Caracterización epidemiológica y clínica de la hemorragia gastrointestinal superior"***. Se realizo un estudio descriptivo retrospectivo, el cual caracterizo a 168 pacientes ingresados por hemorragia gastrointestinal superior ingresados al departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional de Chiquimula en los meses de enero del año 2013 a diciembre del año 2017. La investigación fue realizada utilizando un instrumento de recolección de datos obteniendo como hallazgos, que el grupo etario con mayor predominio de presentación de morbilidad y mortalidad fue el encontrado en el rango entre 60-75 años con 29% (49), con un ligero predominio del sexo masculino con 51% (85), y una prevalencia de 2 casos por cada 100 pacientes ingresados al departamento de Medicina Interna. Con respecto a las manifestaciones clínicas se pudo observar que las comunes fueron hematemesis

con 79% (133), anemia 71% (120) y dolor abdominal 70% (118). Se determino que las principales comorbilidades fueron alcoholismo con 40% (68), HTA 23% (39), DM 18% (30) y hepatopatías 15% (26) y entre los hábitos se encontraron el tabaquismo 22% (37), uso de AINES 7% (12) y ayuno prolongado 2% (3). Se estableció que el tratamiento más utilizado fueron inhibidores de bomba específicamente omeprazol (11).

Gonzalez De Leon, Noemi (2022), realizó una investigación en Chile titulada: ***"Hallazgos Endoscópicos En Pacientes Con Sangrado Gastrointestinal Alto. Departamento De Gastroenterología. Hospital Central De Las Fuerzas Armadas enero 2020-2021"***. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal de recolección retrospectiva de datos. Con una muestra de 36 pacientes que presentaron sangrado digestivo alto a los que se les realizo endoscopia digestiva que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se trabajó con expedientes clínicos a los que se les aplico un formulario de preguntas abiertas y cerradas que daban respuesta a los objetivos planteados. Dentro de los hallazgos más importantes se encontró que el rango de edad más frecuentemente afectado fue de 51 a 60 años para un 30 % de los casos. El sexo más afectado fue el masculino para un 75 % de los casos. El hábito toxico más frecuente utilizados por estos pacientes fue el café para un 43 % y el alcohol para un 31% de los casos. El antecedente mórbido que se observó con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial para un 37%. Los antihipertensivos fueron los medicamentos más frecuentemente utilizados en la población en estudio para un 30% de los casos. El signo más frecuente fue la melena para un 34% de los casos. El hallazgo endoscópico más frecuente fue la gastropatía erosiva en un 25%de los casos (12).

2.1.2 INVESTIGACIONES NACIONALES

Astocóndor Villar, Rusbel Ezequiel (2018-Lima), realizo una investigación fue una tesis que tuvo el título de: ***Características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017".*** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal cuya técnica fue la revisión de informes endoscópicos de los pacientes con hemorragia digestiva alta mediante una ficha de recolección de datos con una población de 381 pacientes. Dentro de los resultados se determinó que 381 pacientes con hemorragia digestiva alta donde el grupo etario más frecuente fue de 61-70 años con 23.88% con una moda de 64 años y media de 56 años, el sexo masculino predominó sobre el femenino con un 61.68%, la melena fue la característica clínica más frecuente con un 67.19%, la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta fue la ulcera péptica con 38.58 % seguido de las varices esofágicas con 18.11% ,la ulcera duodenal fue la causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta en el sexo masculino con un 16.01%y las varices esofágicas fue la causa más frecuente en el sexo femenino con un 9.29% ,la ulcera gástrica constituyo el hallazgo endoscópico más común con 19.42% , el estómago fue la localización anatómica endoscópica más frecuente con un 44.88%, el antro fue la localización anatómica endoscópica en el estómago más frecuente con un 37.25% , Forrest III fue más frecuente con 24.49%, la inyectoterapia con adrenalina fue el tipo de tratamiento endoscópico más frecuente con 8.66 %, el test de ureasa fue positivo con un 11.29% y la endoscopia diagnostica fue el tipo de endoscopia más frecuente realizada con un 79.27 %. Se llego a la conclusión que la hemorragia digestiva alta es más frecuente en el sexo masculino con gran prevalencia en el adulto mayor caracterizado clínicamente por la presencia de melena cuya causa más frecuente fue la ulcera péptica localizándose más a nivel del estómago en la región antral predominando la endoscopia diagnostica . el test de ureasa positivo y el Forrest III (13).

Mamani Quispe, Sulpicio (2020-Puno), esta investigación fue una tesis y llevo como tituló: ***"Característica epidemiológico clínico y endoscópico de la hemorragia digestiva en el Hospital III EsSalud de Juliaca en el año 2019".***

Esta investigación fue realizada hospital III de Essalud de Juliaca. Es de tipo observacional, transversal, retrospectivo y prueba diagnóstica. La muestra fue de 84 pacientes con hemorragia digestiva alta. Los resultados nos mostraron que el 95.12% presento una hemorragia digestiva alta, además que el rango de edad fue de 41 a 60 años con una frecuencia de 41%, el sexo masculino presento un 57.7% más frecuente que las mujeres y el 65.4% procedía de un ambiente rural. Dentro de los antecedentes patológicos el más frecuente fue la hipertensión arterial con un 23.2% seguido de la obesidad con un 18.3%, los signos clínicos más frecuentes fueron el dolor abdominal, la palidez y la melena los tres superaron el 50%; el órgano más frecuentemente lesionado fue el estómago con un 69.51% y la causa más frecuente fue una ulcera gástrica con un 69.54%, además la clasificación de Forrest más frecuente fue el IIb(14).

Choquehuanca Fernández, Grace Kelly Diana (2021-Tacna), realizo una tesis con tituló: ***"Característica clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019-2020"***. El estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, teniendo un diseño descriptivo, retrospectivo de corte transversal; contando con 112 participantes del estudio. Dentro de los resultados se pudo ver que el sexo masculino era más frecuente con 64.29%, la media de edad fue de 57,7años, el antecedente más importante fue el alcohol con un 27.68% de los casos, el signo clínico más frecuente fue la melena con un 73.21% seguido de hematemesis con un 65.18%, la media de la hemoglobina al momento del ingreso fue de 7,31 g/dl. La lesión las frecuente fue en el estómago en un 50% a causa de una ulcera gástrica en un 28.89%, la clasificación Forrest más frecuente fue del tipo III con un 38.46% y el tratamiento endoscópico más frecuente fue la ligadura con un 11.49%(15).

2.1.3 INVESTIGACIONES LOCALES

No se ha encontrado investigaciones similares.

2.2 BASES TEÓRICAS

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La hemorragia digestiva alta es una condición médica común con diversas etiologías y presentaciones. se define como la pérdida de sangre en el segmento del tubo digestivo que comprende desde el esófago hasta el ángulo de Treitz (1).

La manifestación más común de hemorragia digestiva alta es melena o hematemesis. Sin embargo, la hemorragia digestiva alta también debe sospecharse en pacientes hemodinámicamente inestables que presentan hematoquecia. La gravedad de la hemorragia digestiva alta se define por el estado hemodinámico del paciente y se muestra en rojo requisitos de transfusión de células sanguíneas. Aunque los pacientes que permanecen hemodinámicamente estables pueden manejarse adecuadamente en el entorno ambulatorio, la hemorragia digestiva alta grave requiere una estrecha vigilancia en la unidad de cuidados intensivos con endoscopia digestiva precoz. Esta revisión analiza las diversas etiologías de sangrado gastrointestinal superior y proporciona un enfoque gradual para su manejo(1).

Epidemiología

En los Estados Unidos, hay aproximadamente 350 000 ingresos hospitalarios por sangrado gastrointestinal superior anualmente(16). La incidencia de hospitalizaciones generalmente aumenta con la edad y es más común en hombres que en mujeres(17).Las 3 causas más comunes de hemorragia digestiva alta son la úlcera péptica, las várices esofagogástricas y la esofagitis erosiva. El historial del paciente y el examen físico a menudo pueden proporcionar pistas sobre la etiología específica del sangrado(1).

Clínica

La evaluación inicial de un paciente con sospecha de hemorragia digestiva alta comienza con una historia clínica y un examen físico completos. Debe obtenerse la cronicidad, el inicio, la descripción y la intensidad de los síntomas porque pueden ayudar a los médicos a comprender la gravedad de la hemorragia. En particular, se debe preguntar a los pacientes sobre episodios previos de hemorragia digestiva alta porque puede estar involucrada una

lesión similar. El historial debe incluir una revisión exhaustiva de los medicamentos del paciente, un historial médico y un historial social centrado en el consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Se debe preguntar a todos los pacientes sobre la ingesta de AINE, anticoagulantes, agentes antiplaquetarios e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina porque estos medicamentos aumentan el riesgo de hemorragia. El objetivo del historial del paciente es identificar los factores de riesgo que pueden indicar una etiología subyacente de la hemorragia digestiva alta. Por ejemplo, un paciente con uso diario de AINE para la osteoartritis presentando con sangrado gastrointestinal superior puede tener úlcera péptica, considerando que un paciente con abuso de alcohol y la cirrosis puede tener várices esofágicas(1).

El examen físico debe comenzar con una evaluación de la apariencia del paciente y los signos vitales. La taquicardia en reposo suele ser el primer signo de hipovolemia. Los signos adicionales de pérdida de sangre incluyen hipotensión (ortostática y luego supina), taquipnea, disminución de la producción de orina y síntomas del sistema nervioso central (confusión y letargo)(17). Se debe realizar un examen abdominal y rectal completo con evaluación de los ruidos intestinales, sensibilidad a la palpación, signos peritoneales y presencia o ausencia de melena o sangre roja brillante en la bóveda rectal. La hemorragia digestiva alta grave se define por evidencia de compromiso hemodinámico que requiere reanimación intensiva con volumen junto con una disminución en el nivel de hemoglobina de al menos 2 g/dL (para convertir a g/L, multiplique por 10) desde el inicio o un nivel de hemoglobina inferior a 8 g/dL , que a menudo requiere una transfusión de concentrados de glóbulos rojos(18).

Todos los pacientes deben someterse a un hemograma completo, panel de electrolitos, pruebas de función hepática y exámenes de coagulación. Se deben obtener otros estudios de laboratorio guiados por el historial del paciente y los hallazgos del examen físico. El nivel de hemoglobina puede ser inicialmente falsamente normal y representar el valor de la línea de base porque toma varias horas para reflejar la pérdida de sangre. Por lo tanto, el valor de hemoglobina en la presentación no debe usarse como el único predictor de la gravedad del sangrado porque inicialmente puede ser normal incluso en casos de sangrado severo. Los niveles de hemoglobina en serie deben obtenerse mientras se monitorea al paciente. El sangrado gastrointestinal superior aguda típicamente se presenta como anemia normocítica, mientras que el sangrado gastrointestinal superior crónica suele ser microcítica. La evidencia de trombocitopenia o coagulopatía (en ausencia de

anticoagulantes orales) debe alertar al proveedor sobre la posibilidad de cirrosis e hipertensión portal(1).

Los factores que aumentan la probabilidad de hemorragia digestiva alta incluyen antecedentes de melena en el paciente (razón de probabilidad [OR], 5.1-5.9), melena en el examen (OR, 25), lavado nasogástrico con sangre o contenido de café molido (OR, 9.6) y una proporción de nitrógeno ureico en sangre a creatinina superior a 30 (OR 7,5)(18).

Los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta deben estratificarse en función de todos los factores de su presentación clínica. Los pacientes considerados de alto riesgo son aquellos que presentan inestabilidad hemodinámica a menudo en el marco de una anemia profunda que requiere atención de apoyo agresiva y monitorización en la unidad de cuidados intensivos. Varios sistemas de puntuación publicados (es decir, Glasgow-Blatchford) pueden ayudar a guiar la estratificación del riesgo, pero no pretenden reemplazar la evaluación clínica. Los signos vitales de los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta deben controlarse de cerca en busca de signos de inestabilidad hemodinámica, incluida la evidencia de taquicardia e hipotensión ortostática(1).

Etiología

Las etiologías comunes y poco comunes de la hemorragia digestiva alta se presentan en tabla 1.

Tabla 1. Etiología de la Hemorragia Digestiva Alta

Esófago	Varices esofágicas Esofagitis erosiva Esofagitis infecciosa Esofagitis inducida por píldoras Neoplasia esofágica Desgarro de Mallory-Weiss Esófago negro (isquemia)

Estomago	Úlcera péptica várices gástricas Neoplasia maligna gástrica Gastropatía hipertensiva portal Ectasia vascular antral gástrica Lesión de Dieulafoy
Intestino delgado	Úlcera duodenal Neoplasia maligna duodenal
Miscelánea	Hemobilia Hemosuccus pancreaticus Fístula aortoentérica iatrogénico

La etiología más frecuente que producen la hemorragia digestiva alta esta la Ulcera péptica (siendo las más frecuente de todas), varices esofágicas y esofagitis; en las otras causas la más representativa son las fistulas aortoentericas.

La enfermedad de úlcera péptica

La causa más común de sangrado gastrointestinal superior es úlcera péptica. La ulceración se produce cuando los mecanismos de defensa de la mucosa en el tracto gastrointestinal superior son superados por agentes endógenos (ácido, pepsina, bilis) o factores exógenos. Las 2 causas más comunes de úlcera péptica son el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y Helicobacter pylori infección, las cuales pueden presentarse con ulceración gástrica o duodenal. La ulceración duodenal es más frecuente en pacientes con predominio antral en la gastritis por H pylori, donde la destrucción de las células D productoras de somatostatina conduce a un aumento de la carga de gastrina y ácido en el duodeno. Otras causas menos comunes de úlcera péptica incluyen estrés fisiológico, hipersecreción ácida (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(19).

Los pacientes con úlcera péptica pueden quejarse de dolor epigástrico persistente. 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(1).

Várices esofagogástricas

El sangrado por várices esofagogástricas es la segunda causa más común de hemorragia digestiva alta y siempre debe considerarse en pacientes con antecedentes de cirrosis con hipertensión portal. Aproximadamente la mitad de los pacientes con cirrosis tienen várices gastroesofágicas como consecuencia de un gradiente de presión venoso hepático elevado. (>10-12 mmHg)(20). Sin embargo, es importante considerar que aproximadamente el 60% de los casos de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis no están relacionados con la hipertensión portal(21). La gravedad de la cirrosis subyacente (puntuación de Child-Pugh) está directamente relacionada con la probabilidad de que el paciente tenga várices.

Los pacientes con hemorragia por várices pueden presentar melena, hematemesis o hematoquecia, según la gravedad de la hemorragia. El examen físico debe enfocarse en identificar estigmas de enfermedad hepática crónica que sugieran hipertensión portal (es decir, ascitis, cabeza de medusa, araña angioma)(1).

Esofagitis

La esofagitis representa aproximadamente el 10% de los casos de hemorragia digestiva alta. Reflujo gastroesofágico severo. La enfermedad y el abuso de alcohol son los 2 factores de riesgo más comunes para la esofagitis erosiva complicada con sangrado. Otras causas de esofagitis asociadas con sangrado incluyen esofagitis por píldora y esofagitis infecciosa(22). Aunque es raro, la isquemia puede conducir a necrosis esofágica (esófago negro) y debe sospecharse en un paciente con antecedentes de inestabilidad hemodinámica anterior a la hemorragia digestiva alta. En pacientes con hemorragia digestiva alta secundaria a esofagitis, la hematemesis es más común que la melena(23). La presencia de odinofagia y disfagia asociadas dependerá de la cronicidad y severidad de la condición subyacente(1).

Otras causas

Existe una amplia gama de otras causas de hemorragia digestiva alta que son menos comunes que las etiologías discutidas anteriormente en este documento, muchas de las cuales incluyen etiologías vasculares. Las

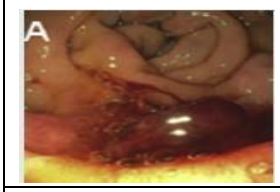
malformaciones arteriovenosas a menudo se encuentran en la endoscopia de rutina y

generalmente son inocuas. Sin embargo, las malformaciones arteriovenosas más grandes pueden dar lugar a hemorragia digestiva alta clínicamente significativa (24). Las causas no varicosas de sangrado gastrointestinal superior en pacientes con enfermedad hepática subyacente incluyen ectasias vasculares antrales gástricas, una patología relativamente poco común que causa estrías rojas y sangrado que se extiende desde el píloro hasta el antro, y gastropatía hipertensiva portal, en pacientes con hipertensión portal concomitante. Las lesiones de Dieulafoy típicamente ocurren en el estómago y representan una arteria submucosa que se erosiona y provoca un sangrado intermitente y potencialmente mortal. Los desgarros de Mallory-Weiss son laceraciones longitudinales de la mucosa esofágica distal/gástrica proximal que típicamente se presentan como hematemesis después de arcadas excesivas. Las neoplasias malignas esofágicas, gástricas y duodenales también pueden conducir a sangrado gastrointestinal superior, aunque estas son una causa relativamente poco común de hemorragia aguda(1).

Las fístulas aortoentéricas son una causa rara pero letal de hemorragia digestiva alta. Las fístulas aortoentéricas pueden ocurrir como una complicación tardía de la cirugía aórtica abdominal o de la reconstrucción vascular(25,26) con los duodenomas el sitio más común de participación(11).La presentación clásica consiste en un “sangrado heraldo” que suele manifestarse como un episodio de hematemesis o hematoquecia, seguido de un período de gracia de varios días, con sangrado masivo posterior y colapso cardiovascular(26).Otros síntomas pueden incluir dolor abdominal o de espalda, fiebre y sepsis(27).

Hallazgos Endoscópico

Los pacientes con hemorragia digestiva alta 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 en el hospital, después de haber recibido la reanimación adecuada como se describe anteriormente en este documento(28). Sin embargo, la endoscopia urgente, idealmente dentro de las 12 horas, debe realizarse en pacientes con características clínicas de alto riesgo(29).Además, la endoscopia dentro de las 12 horas es el estándar de atención para pacientes con sospecha de sangrado por várices(1).

figura 1. Clasificación de Forrest para describir los hallazgos endoscópicos enpacientes con úlceras sangrantes y predecir el riesgo de resangrado					
Endoscopia			Post endoscopia		
Clasificación Forrest		Tratamiento	Resangrado (%)	IBP*	Dieta
	I (Sangrado Activo)				
	Ia (Sangrado a Chorro)	SI	55	Endovenoso (72 horas)	Dieta liquida
	Ib (Sangrado remuzante)				
	II (Estigmas de Sangrado)				
	IIa (Vaso visible)	SI	43	Endovenoso	Dieta Liquida
	IIb (Coagulo adherente)	SI/NO	22	Endovenoso	Dieta Liquida
	IIc (Mancha plana pigmentada)	NO	10	Oral	Dieta regular
	III (Base de ulcera limpia)	NO	5	Oral	Dieta regular
***IBP: Inhibidores de Bombas de Protones**					

La clasificación de Forrest se puede utilizar para describir los hallazgos endoscópicos en pacientes con úlcera péptica (esquema 1)(30). Una úlcera de base limpia se asocia con un riesgo del 5% de resangrado, mientras que las úlceras con estigmas de sangrado reciente se asocian con un riesgo del 10% al 43%. Una úlcera sangrante activa tiene el riesgo más alto de volver a sangrar, estimado en un 55%(31). En consecuencia, la terapia endoscópica se ofrece a los pacientes que presentan una úlcera sangrante activa y aquellos con fuertes estigmas de sangrado 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(32).

La terapia endoscópica de una úlcera con estigmas de sangrado de alto riesgo por lo general implica la inyección de epinefrina para promover la vasoconstricción y el taponamiento por presión combinados. con electrocoagulación bipolar o colocación de hemoclips. La coagulación con plasma de argón es una terapia ablativa sin contacto que puede usarse

para lesiones vasculares superficiales(33).

Manejo Post-Endoscopia

Después de la evaluación endoscópica, se puede considerar que los pacientes tienen un bajo riesgo de resangrado si tienen signos vitales estables, un nivel de hemoglobina normal, sin comorbilidades y una lesión endoscópica que no presenta un alto riesgo de resangrado. La terapia con IBP intravenosos dos veces al día debe continuarse durante 72 horas después del tratamiento endoscópico de los pacientes que tienen una úlcera con sangrado activo o estigmas de alto riesgo de sangrado reciente(34).

Estos pacientes deben comenzar con una dieta de líquidos claros después del procedimiento, y su dieta debe avanzar según la toleren. Por el contrario, los pacientes que tienen úlceras con bajo riesgo de resangrado pueden pasar a PPI oral una vez al día e iniciar 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 malignidad y en casos de esofagitis grave para confirmar la cicatrización y excluir el esófago de Barrett(35).

Las úlceras duodenales idiopáticas no requieren rutinariamente una endoscopia repetida para asegurar la cicatrización. Para pacientes con sangrado refractario a pesar de una segunda endoscopia terapéutica, puede ser necesaria una embolización por cirugía o radiología intervencionista(36).

En pacientes con úlcera péptica secundaria a infección por H. pylori y la erradicación debe confirmarse mediante una prueba de aliento con urea o una prueba de antígeno en heces(37). Las pruebas de confirmación de erradicación deben realizarse al menos 4 semanas después de completar la terapia con antibióticos, y los pacientes deben suspender la terapia de supresión de ácido para minimizar el riesgo de resultados falsos negativos. En pacientes con úlceras asociadas a AINE, se debe suspender el uso de AINE si es posible o, si es necesario, cambiar a un inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa-2, además de la terapia diaria con IBP(38). En pacientes con úlceras asociadas a la aspirina, la aspirina debe suspenderse si se usa para la prevención primaria, pero se debe reanudar dentro de 3 a 7 días junto con PPI diario si se usa para la prevención secundaria. prevención(39). Por último, en pacientes con úlceras idiopáticas, la terapia diaria con IBP debe continuarse

indefinidamente porque el riesgo de hemorragia recurrente por úlceras y la mortalidad en estos pacientes es mayor en comparación con los pacientes con úlceras con una causa identificable(39).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Hemorragia digestiva: eliminación a través del vómito de las deposiciones de sangre fresca o desnaturalizada, originada en el aparato digestivo. (7).
- Características epidemiológicas: Aquellas características que están presentes en el sujeto de estudio implica una relación con e la exposición o desenlace(10).
- Características clínicas: Aquellas características ya sean signos o síntomas que presenta el sujeto(11).
- Hallazgos endoscópicos: Aquellos descubrimientos que se realiza durante una endoscopía(12).
- Hemorragia digestiva alta: Como cualquier hemorragia del tubo digestivo que se origine proximal al ligamento de Treitz(40).
- Ulcera péptica: Es una lesión en forma de herida más o menos profunda, en la capa más superficial (denominada mucosa) que recubre el tubo digestivo. Cuando esta lesión se localiza en el estómago se denomina úlcera gástrica y cuando lo hace en la primera porción del intestino delgado se llama úlcera duodenal. Se debe a una producción excesiva de ácido clorhídrico (ácido que en condiciones normales produce el estómago para ayudar a hacer la digestión de los alimentos) (41).
- Varices esofágicas: son venas anormalmente dilatadas que se encuentran en la parte final del esófago, por las que circula parte de la sangre que en condiciones normales debería pasar a través del hígado. El principal problema de la existencia de las varices esofágicas es el riesgo de rotura, fenómeno que ocurre cuando la presión en el interior de la varice supera la resistencia de su pared. La hemorragia por rotura de varices esofágicas es habitualmente muy abundante y supone una grave complicación, es la principal causa de una cirrosis hepática (42).
- Anemia: Es una afección en la cual careces de suficientes glóbulos rojos sanos para transportar un nivel adecuado de oxígeno a los tejidos del cuerpo. Anemia leve 13 -10 g/dl , anemia moderada 10 – 8 g/dl , anemia severa 8 – 6 g/dl (43).
- Hematemesis: se caracteriza por la presencia de sangre visible en el vómito, lo que indica que proviene del tubo digestivo alto, por lo general del esófago, estómago o la

primera porción del intestino delgado. Cuando se vomita sangre, el vómito es de color rojo intenso si la hemorragia es activa y persistente. Por el contrario, la sangre vomitada puede tener la apariencia de posos de café. Es el resultado de un sangrado que se ha ralentizado o detenido (40).

- Resangrado: En caso de resangrado por hemorragia digestiva no variceal se recomienda realizar un segundo examen endoscópico con posibilidad de terapia hemostática. Si el sangrado no se controla se puede realizar radiología intervencionista (embolización) o cirugía. En caso de resangrado por hemorragia digestiva por várices se recomienda un segundo procedimiento endoscópico con ligadura o escleroterapia (44).
- Lesión de Dieulafoy: malformación vascular del tubo digestivo, cuya rotura o erosión provoca una hemorragia digestiva (45).
- Inhibidores de bomba de protones: constituyen un grupo de medicamentos que impiden la producción de ácido gástrico a través de inhibición la enzima adenosina trifosfatasa H +/ K+ por parte de las células parietales del estómago en caso de HDA . se recomiendan la administración de omeprazol IV 80mg en bolo seguido de 40mg cada 12 horas o infusión de 8mg/hora (46).

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

El trabajo no cuenta con hipótesis ya que tiene una metodología de tipo descriptiva.

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO.

Variable 1: Características epidemiológicas
Variable 2: Características clínica
Variable 3: Hallazgos endoscópicos

.

Variable	Definición / concepto	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Características sociodemográficas						
Edad	Tiempo de vida de una persona, desde su nacimiento.	Número de años cumplidos del pacientedesde su nacimiento hasta el momento del estudio.	25-40 41-59 >60	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos.
Sexo	Características bilógicamentedeterminadas relativamente invariables del hombre y la mujer.	Condición hombre omujer.	Hombre Mujer	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Ficha de recolección de datos.
Estado Civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Situación determinadapor su relación de familia.	Soltero Convivienteo Casado Separado Viudo	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos.
Grado de Instrucción	Grado mayor de estudios.	Ultimo grado académico que cursó.	Sin estudio Primaria Secundaria Tecnico Superior	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos.

Lugar de Procedencia	Lugar del cual proviene una persona	Lugar del cual vive actualmente	Calleria Yarinacocha Manantay Otros	Cualitativa	Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos.
Consumo de alcohol	Consumo de bebidas alcohólicas como hábitos nocivos	Número de veces al mes consume alcohol	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Ficha de recolección de datos.
Consumo de Aines	Consumo de medicamentos antiinflamatorios	Si consume dichos medicamentos	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Ficha de recolección de datos
Características Clínicas						
Transfusión de paquetes globulares	Transfusión sanguínea de paquetes globulares	Numero de paquetes transfundidos	No aplica	Cuantitativa	Discretas	Ficha de recolección de datos.
Episodios previos de HDA	Episodios previos de hematemesis y/o melena	Numero de episodio previo de HDA	No aplica	Cuantitativa	Discretas	Ficha de recolección de datos.
Hallazgos endoscópicos						
Causa del HDA	Solución de continuidad de la mucosa que progresa hasta la muscularis mucosae	Etiología por via endoscópica del origen de la HDA	U. gástrica U. duodenal Varices esofágicas Otros	Cualitativa	Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos.
Clasificación Forrest	Clasificación según la escala de Forrest emitida por la endoscopia	Clasificación según la escala de Forrest emitida por la endoscopia	I A I B II A II B II C III	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos.

CAPITULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de la investigación fue realizado en el servicio de medicina interna del Hospital Amazónico de Yarinacocha, distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es de tipo Cuantitativo, ya que todos los resultados serán expresados en forma numérica, ya sea de forma absoluta o relativa.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es descriptivo, los resultados fueron expuestos en tablas con frecuencias y porcentajes. No se buscó la relación de estas.

3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método que se siguió en esta investigación es el deductivo, ya que se podría tener conclusiones a partir de las diferentes formas en que se presentan los fenómenos de manera general para dar explicaciones singulares; en esencia es ver de los general a lo especifico.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación es un Observacional (No experimental), ya que las variables no fueron manipuladas por el investigador, solo se observó como estas están presentes y se relaciona así mismas en cada participante.

3.6 POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

Población

La población son todos los casos hospitalizados en el servicio de medicina interna con el diagnostico de Hemorragia digestiva alta, en el Hospital Amazónico de Yarinacochaen el intervalo de tiempo comprendido entre los años 2017 al 2022.

Muestra y muestreo

La población total de casos de hemorragia digestiva alta es de 50 pacientes, es por ello por lo que no se hace uso de una muestra ya que se tomó todos los datos. Así mismo, por ello es por lo que el tipo de muestreo es tipo Censo, una vez más por la totalidad de casos obtenidos en el rango de tiempo del 2017 al 2022.

Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta
- Pacientes adultos.
- Pacientes ingresados al servicio de medicina interna del HospitalAmazónico de Yarinacocha.

Criterios de exclusión:

- Pacientes pediátricos
- Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizo una ficha de recolección de datos. En el cual están todos los datos estudiados, los cuales fueron llevados a una base de datos, que fue una hoja de Excel. Así mismo, la información recolectada provenía de las historias clínicas del archivo central del Hospital Amazónico de Yarinacocha.

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se dio a partir de las historias clínicas de pacientes hospitalizados con el diagnostico de hemorragia digestiva alta, para lo cual se realizó la solicitud respetiva del

permiso para acceder a esta información al nosocomio en cuestión. También se debe recalca que los datos como nombre, dirección, número de DNI o algún dato que vulnere el anonimato del participante no será incluido ni el estudio ni en la ficha de recolección de datos.

3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Todos los datos obtenidos durante la recolección de datos fueron sintetizados en una hoja Excel. Y las respectivas pruebas estadísticas serán empleadas en el programa de IMB SPSS versión 26, se describió de la adecuada medida de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico) en el caso de variables numéricas. Para variables categóricas, se mostrarán frecuencias absolutas y relativas.

CAPITULO IV
RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En la investigación, se tuvo como población un total de 50 casos identificados, de los cuales se obtuvo los siguientes resultados. En la primera tabla se ve las características epidemiológicas. El sexo más predominante con un 68% fue el masculino; en caso de edad tuvo una media de 53.4 ± 13.9, siendo el rango de edad más presente de 41 a 50 años, el estado civil más frecuente fue el casado o conviviente con un 70%, el 44% solo tenía primaria y muy cerca con el 40% los que tenían secundaria y el 38% de los casos procedían de otros lugares fuera de Pucallpa. **(Tabla 2).**

Tabla 2. Características epidemiológicas en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022

Sexo	**Frec.**	**%**
Femenino	16	32
Masculino	34	68
Edad		
25-40	8	16
41-59	28	56
≥60	14	28
Estado Civil		
Soltero	11	22
Casado/Conviviente	35	70
Divorciado	1	2
Viudo	3	6
Grado académico		
Sin estudios	1	2
Primaria	22	44
Secundaria	20	40
Técnico	3	6
Superior	4	8
Lugar de procedencia		
Calleria	11	22
Yarinacocha	13	26
Manantay	7	14
Otros	19	38

Fuente: Base de datos

Dentro de las características clínicas, tenemos el consumo de alcohol en el cual 62%

consumió alcohol de forma regular y solo 28% consumió antinflamatorios no esteroides (AINES) un mes antes del episodio de hemorragia digestiva, el 36% contaba con antecedente de haber tenido con anterioridad un episodio de hemorragia, 1 de cada 3 tuvo de 2 a más episodios previos, el 78% recibió algún paquete de transfusión sanguínea y más de la mitad recibió de 2 a más paquetes durante su hospitalización. **(Tabla 3).**

Tabla 3. Características clínicas en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022

Consumo de alcohol	**Frec.**	**%**
No consume	31	62
Si consume	19	38
Consumo de AINES		
No AINES	36	72
Si AINES	14	28
Antecedente de HDA		
Sin antecedente	32	64
Con Antecedente	18	36
Episodios previos de HDA		
1 episodio	12	66.7
2 a más episodios	6	33.3
Transfusión sanguínea		
No recibió transfusión	11	22
Si recibió transfusión	39	78
Numero de Paquetes transfundidos		
1 paquete	11	28.2
2 paquetes	21	53.9
3 a más paquetes	7	18.0

Fuente: Base de datos

Por último, en referencia a los hallazgos endoscópicos, podemos ver que la causa más común de hemorragia digestiva alta era la ulcera gástrica con un 60% delos casos, así también la clasificación según Forrest, elma frecuente fue el tipo III presente en el 74% de los casos, también se pudo ver que tanto el Forrest IIA y IIC están presentes en solo un 11% respectivamente. **(Tabla 4)**.

Tabla 4. Hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022

Causas de la HDA	**Frec.**	**%**
Ulcera gástrica	30	60
Ulcera duodenal	7	14
Varices esofágicas	8	16
Otros	5	10
Clasificación de Forrest		
II A	4	11.4
II B	1	2.9
II C	4	11.4
III	26	74.3

Fuente: Base de datos

4.2 DISCUSIÓN

En esta investigación, se tuvo como objetivo principal determinar las características epidemiológicas, clínicas y de hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva alta. Es por ello, que dentro de las características epidemiológica tenemos a la edad siendo la más frecuente la comprendida entre 41 a 59 años con un porcentaje de 56 similar a los encontrado por Gonzales, el cual encontró que el 30% tenía una edad comprendida entre 51 a 60 años (12); así mismo tuvimos una media de 53.4, similar a la encontrada por Astocondor que tuvo una media de 56 (13). En cambio, en sexo en todos los antecedentes dan un resultado similar que el HDA siendo el sexo más predominante el masculino (10-15). Mamani en su estudio encontró que el 65% de sus casos provenían de un área rural, en nuestro caso el 38% proviene fuera del casco urbano de la ciudad(14).

En referencia al consumo de alcohol, en el estudio se encontró que solo un tercio delos participantes consume alcohol de forma regular, datos similares encontrados por Pereira y Gonzales; en sus

estudios encontraron que el consumo de alcohol está presente en el 40% y 31% respectivamente (11,12). En referencia al consumo de AINES, tenemos que el 28% de la población consumió aines un mes antes previo al evento, esto es mucho más de lo encontrado por Pereira, ya que su investigación encontró que solo el 7% consumía AINES (11), valores 3 veces menos que los encontrados.

En caso de la transfusión sanguínea encontramos que el 78% recibió al menos una trasfusión sanguínea y de esta el 53% recibió al menos dos paquetes de sangre; caso diferente a lo encontrado por Choquehuanca, el cual encontró que el 50% recibió al menos una transfusión sanguínea y de estos el 22% recibió solo un paquete de sangre(15).

Y por último, en caso de los hallazgos endoscópicos tenemos que la patología más frecuente fue la ulcera gástrica con un 60% presente en los casos de hemorragia digestiva alta, cosa similar encontrado por Mamani en su estudio, el cual tuvo que el 69% tenían ulcera gástrica (14). En caso de la clasificación de Forrest se tuvo que el tipo más frecuente fue el tipo III con un 74% de presencia en los casos, en la investigación de Astocondor encontró que el valor más predominante fue el Forrest III pero con un 24% (13).

CONCLUSIONES

- Se concluye que existen características epidemiológicas, clínica y hallazgos endoscópicos que tienen un porcentaje alto de presencia en los pacientes con hemorragia digestiva alta que fueron hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

- Se concluye que los pacientes con hemorragia digestiva alta ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Amazónico de Yarinacocha; era varones, entre 41 a 59 años, casados o convivientes, con primaria y que no procedían del casco urbano de Pucallpa.

- Se concluye que dentro de las características clínicas, tenemos el consumo de alcohol en el cual 62% consumió alcohol de forma regular y solo 28% consumió antinflamatorios no esteroides (AINES) un mes antes del episodio de hemorragia digestiva, el 36% contaba con antecedente de haber tenido con anterioridad un episodio de hemorragia, 1 de cada 3 tuvo de 2 a más episodios previos, el 78% recibió algún paquete de transfusión sanguínea y más de la mitad recibió de 2 a más paquetes durante su hospitalización.

- Se concluye a los hallazgos endoscópicos, podemos ver que la causa más común de hemorragia digestiva alta era la ulcera gástrica con un 60% delos casos, así también la clasificación según Forrest, elma frecuente fue el tipo III presente en el 74% de los casos.

.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda seguir investigando en el ámbito de la hemorragia digestiva alta con el fin de tener mejores métodos diagnósticos y nuevas formas terapéuticas. Así reducir su incidencia y su mortalidad.

- Se recomienda realizar protocolos de atención frente a una hemorragia digestiva alta la cual debe contener directrices para una atención rápida y oportuna, de forma inmediata, mediata y tardía. Con ello haciendo que el coste hospitalario disminuya y las consecuencias negativos de esta patología descienda en la población en general.

- Se recomienda realizar investigación con muchos más recursos y con mayor impacto, así como una sistematización de la historia clínica, para que la información sea mucho más precisa y mucho más fácil de manejar al momento de realizar una investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. Mayo Clin Proc. 1 de abril de 2019;94(4):697-703.

2. Fallah MA, Prakash C, Edmundowicz S. Acute Gastrointestinal Bleeding. Med Clin North Am. 1 de septiembre de 2000;84(5):1183-208.

3. Abdelrahman M, Hornby S. Upper gastrointestinal haemorrhage. Surg Oxf. 1 de noviembre de 2020;38(11):729-37.

4. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. BMJ. 22 de julio de 1995;311(6999):222- 6.

5. Cassana A, Scialom S, Segura ER, Chacaltana A. Validation of the Glasgow-Blatchford Scoring System to predict mortality in patients with upper gastrointestinal bleeding in a hospital of Lima, Peru (June 2012-December 2013). Rev Esp Enfermedades Dig. agosto de 2015;107(8):476-82.

6. Espinoza-Rios J, Aguilar Sanchez V, Bravo Paredes EA, Pinto Valdivia J, Huerta-Mercado Tenorio J. Comparación de los scores Glasgow-Biatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Peru. Rev Gastroenterol Perú. abril de 2016;36(2):143-52.

7. Stabile BE, Stamos MJ. Surgical Management of Gastrointestinal Bleeding. Gastroenterol Clin North Am. 1 de marzo de 2000;29(1):189-222.

8. Kamboj AK, Cotter TG, Oxentenko AS. Helicobacter pylori: The Past, Present, and Future in Management. Mayo Clin Proc. abril de 2017;92(4):599-604.

9. Corzo Maldonado MA, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes EA, Gallegos López RC, Huerta Mercado-Tenorio J, Surco Ochoa Y, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. Rev Gastroenterol Perú. julio de 2013;33(3):223-9.

10. Cabrera Linares A, Hernández González F, Fernández González M, Sánchez Águila M, Torres Mariño E, Hernández Guardarrama Y. Características clínico-epidemiológicas de los adultos mayores ingresados por hemorragia digestiva alta en el Hospital General de Ciego de Ávila. MediCiego [Internet]. 2018 [citado 6 Feb 2023];24(1). Disponible en: https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/830.

11. Pereira Mellado CS. Caracterización epidemiológica y clínica de la hemorragia gastrointestinal superior. Rev. Cun. [Internet]. 30 de agosto de 2019 [citado 6 de febrero de 2023];3(1):109-16. Disponible en: https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/86.

12. Gonzalez De Leon N. Hallazgos Endoscópicos En Pacientes Con Sangrado Gastrointestinal Alto. Departamento De Gastroenterología. Hospital Central De Las Fuerzas Armadas enero 2020-2021 [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2022.

13. Astocondor villar R. Características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017 [Tesis de Pregrado]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.

14. Mamani Quispe S. Perfil epidemiológico clínico y endoscópico de la hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Piura]: Universidad Cesar Vallejo; 2020 [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57840

15. Choquehuanca Fernández GKD. Característica clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4281

16. Acosta RD, Wong RKH. Differential diagnosis of upper gastrointestinal bleeding proximal to the ligament of Trietz. Gastrointest Endosc Clin N Am. octubre de 2011;21(4):555-66.

17. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. Am J Gastroenterol. febrero de 1995;90(2):206-10.

18. Ali T, Harty RF. Stress-induced ulcer bleeding in critically ill patients. Gastroenterol Clin North Am. junio de 2009;38(2):245-65.

19. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W, Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. Hepatol Baltim Md. septiembre de 2007;46(3):922-38.

20. Lyles T, Elliott A, Rockey DC. A risk scoring system to predict in-hospital mortality in patients with cirrhosis presenting with upper gastrointestinal bleeding. J Clin Gastroenterol. septiembre de 2014;48(8):712-20.

21. Grossi L, Ciccaglione AF, Marzio L. Esophagitis and its causes: Who is “guilty” when acid is found “not guilty”? World J Gastroenterol. 7 de mayo de 2017;23(17):3011-6.

22. Guntipalli P, Chason R, Elliott A, Rockey DC. Upper gastrointestinal bleeding caused by severe esophagitis: a unique clinical syndrome. Dig Dis Sci. diciembre de 2014;59(12):2997-3003.

23. Palmer K. Acute upper gastrointestinal haemorrhage. Br Med Bull. 2007;83:307-24.

24. Antinori CH, Andrew CT, Santaspirt JS, Villanueva DT, Kuchler JA, deLeon ML, et al. The many faces of aortoenteric fistulas. Am Surg. mayo de 1996;62(5):344-9.

25. Cendan JC, Thomas JB, Seeger JM. Twenty-one cases of aortoenteric fistula: lessons for the general surgeon. Am Surg. julio de 2004;70(7):583-7; discussion 587.

26. Gutierrez G, Reines HD, Wulf-Gutierrez ME. Clinical review: Hemorrhagic shock. Crit Care. 2004;8(5):373-81.

27. Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, Fisher DA. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? JAMA. 14 de marzo de 2012;307(10):1072-9.

28. Baradarian R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, Skoczylas L, Wang K, Rivilis S, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. Am J Gastroenterol. abril de 2004;99(4):619-22.

29. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, Concepción M, Hernandez-Gea V, Aracil C, et al. Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. N Engl J Med. 3 de enerode 2013;368(1):11-21.

30. ASGE Standards of Practice Committee, Acosta RD, Abraham NS, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Early DS, et al. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. Gastrointest Endosc. enero de 2016;83(1):3-16.

31. Sachar H, Vaidya K, Laine L. Intermittent vs continuous proton pump inhibitor therapy for high- risk bleeding ulcers: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. noviembre de 2014;174(11):1755-62.

32. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. marzo de 2012;107(3):345-60; quiz 361.

33. Bañares R, Albillos A, Rincón D, Alonso S, González M, Ruiz-del-Arbol L, et al. Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: a meta-analysis.

Hepatol Baltim Md. marzo de 2002;35(3):609-15.

34. Lee YY, Tee HP, Mahadeva S. Role of prophylactic antibiotics in cirrhotic patients with variceal bleeding. World J Gastroenterol WJG. 21 de febrero de 2014;20(7):1790-6.

35. Vu QDM, Menias CO, Bhalla S, Peterson C, Wang LL, Balfe DM. Aortoenteric fistulas: CT features and potential mimics. Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc. febrero de 2009;29(1):197-209.

36. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet Lond Engl. 17 de agosto de 1974;2(7877):394-7.

37. Arasaradnam RP, Donnelly MT. Acute endoscopic intervention in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Postgrad Med J. febrero de 2005;81(952):92-8.

38. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. Mayo Clin Proc. abril de 2019;94(4):697-703.

39. Wong GLH, Wong VWS, Chan Y, Ching JYL, Au K, Hui AJ, et al. High incidence of mortality and recurrent bleeding in patients with Helicobacter pylori-negative idiopathic bleeding ulcers. Gastroenterology. agosto de 2009;137(2):525-31.

40. Ansari P. Generalidades sobre la hemorragia digestiva. Manual MSD versión para profesionales. [Internet].

40. Martín de Argila de Prados C., Boixeda de Miquel D.. Úlcera péptica. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2004 Ene [citado 2023 Feb 24] ; 96(1): 81-82.

41Bañares R., Ripoll C. Varices esofágicas. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2004 Dic [citado 2023 Feb 24] ; 96(12): 876-876.

42. Anemia: La descripción general exhaustiva comprende los síntomas, causas y tratamiento de esta deficiencia de glóbulos rojos. [Internet]. Tucson Medical Center Health. [cited 2023 Feb 24]. https://www.tmcaz.com/health-library/conditions/es/con-20156925

43. Guzmán Calderón Gerly Edson. Resangrado de la úlcera péptica en pacientes con y sin enfermedad renal crónica. Horiz. Med. [Internet]. 2018 Oct [citado 2023 Feb 24] ; 18(4): 16-23.

44. Ledo Rodríguez Alejandro, Ledo Barro Luis. Lesión de Dieulafoy. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2012 Mar [citado 2023 Feb 24] ; 104(3): 151-151..

45. Rodríguez Sánchez-Migallón Joaquín, López Viedma Bartolomé, Galván Fernández Mª Dolores,

Alonso Lablanca María, Cabanillas Casafranca Manuel, Rodríguez Sánchez Eduardo. ¿Son útiles los Antisecretores en el manejo de la Hemorragia Digestiva Alta no varicosa?. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2009 Oct [citado 2023 Feb 24] ; 2(8): 408-411.

46. Bañares R., Ripoll C. Varices esofágicas. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2004 Dic [citado 2023 Feb 24] ; 96(12): 876-876.

47. Anemia: La descripción general exhaustiva comprende los síntomas, causas y tratamiento de esta deficiencia de glóbulos rojos. [Internet]. Tucson Medical Center Health. [cited 2023 Feb 24]. https://www.tmcaz.com/health-library/conditions/es/con-20156925

48. Guzmán Calderón Gerly Edson. Resangrado de la úlcera péptica en pacientes con y sin enfermedad renal crónica. Horiz. Med. [Internet]. 2018 Oct [citado 2023 Feb 24] ; 18(4): 16-23.

49. Ledo Rodríguez Alejandro, Ledo Barro Luis. Lesión de Dieulafoy. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2012 Mar [citado 2023 Feb 24] ; 104(3): 151-151..

50. Rodríguez Sánchez-Migallón Joaquín, López Viedma Bartolomé, Galván Fernández Mª Dolores, Alonso Lablanca María, Cabanillas Casafranca Manuel, Rodríguez Sánchez Eduardo. ¿Son útiles los Antisecretores en el manejo de la Hemorragia Digestiva Alta no varicosa?. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2009 Oct [citado 2023 Feb 24] ; 2(8): 408-411.

ANEXO

Anexo 1

Título: "Características clínico-epidemiológicas y hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta enHospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022"

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología de la investigación
Problema principal. ¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022?	**Objetivo general.** Determinar las características epidemiológicas, clínicas y hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022	Hipótesis No necesita hipótesis	Variable 1: Características epidemiológicas Variable 2: Características clínica Variable 3: Hallazgos endoscópicos	**Tipo de investigación:** Descriptivo **Nivel de investigación:** Descriptivo **Población:** La población total de casos de hemorragia digestiva alta es de 50 pacientes. Tipo de muestreo es tipo Censo. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** • Pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta • Pacientes adultos. • Pacientes ingresados al servicio de medicina interna del Hospital Amazónico de Yarinacocha **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** • Pacientes pediátricos • Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja **Técnicas e instrumentos** **Encuestas** • Ficha de recolección de datos: Historias Clínicas **Análisis e interpretación**: • Microsoft Excel versión 2016 • IMB SPSS versión 26
Problemas específicos. ¿Cuáles son las características epidemiológicas en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022? ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022? ¿Cuáles son los hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022?	**Objetivos específicos.** Identificar las características epidemiológicas en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022. Establecer las características clínicas en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022. Indicar los hallazgos endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del 2017-2022.			

ANEXO 02

Ficha de Recolección de Datos

La información recolectara será de las historias clínicas de los pacientes que cumplan con loscriterios de inclusión y exclusión.

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS

1. Sexo: a) Masculino b) Femenino
2. Edad:_____
3. Estado Civil: a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado e) Viudo
4. Grado de Instrucción: a) Sin estudio b) Primaria Completa c) Primaria Incompleta d) Secundaria Completa e) Secundaria Incompleta f) Superior Completa g) Superior Incompleta
5. Lugar de Procedencia: a) Calleria b) Yarinacocha c) Manantay d) Otros

CARACTERISTICAS CLINICAS

1. Episodio Previo de HDA: a)

   Si b) NoSi es si, indique el numero:___

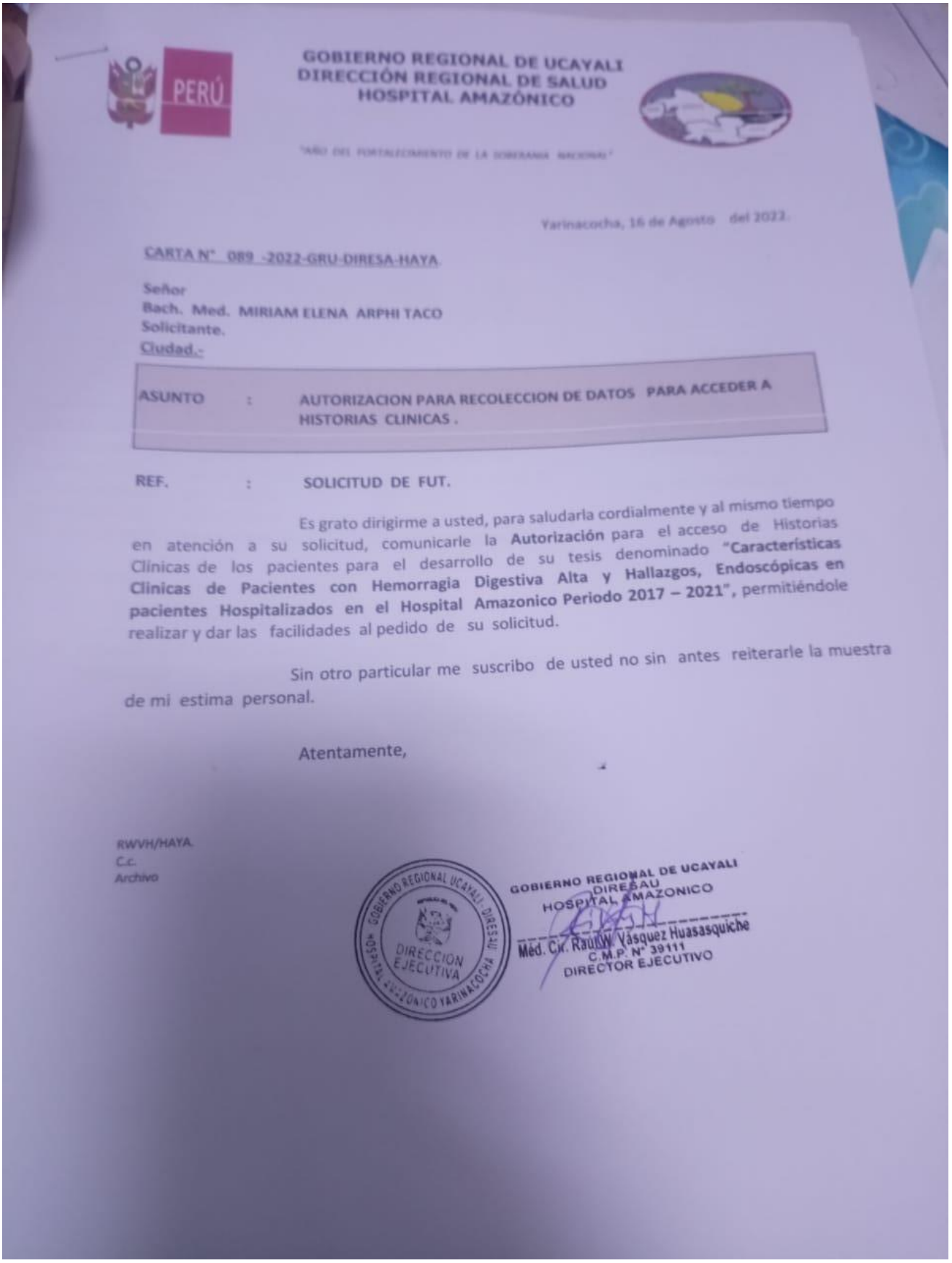
2. Consumo de alcohol al mes: a) Si b) No
3. Consumo de AINES: a) Si b) No
4. Transfusión sanguínea: a) Si b) No
5. Numero de paquetes globulares transfundidos:_____

CARACTERISTICAS ENDOSCOPICAS

1. Causa de la HDA: a) Ulcera gástrica b) Ulcera duodenal c) Varices Esofágicas d) Otros
2. Clasificación de Forrest: a)IA b) IB c) IIA d) IIB e) IIC f) III

ANEXO 03

Autorización para la obtención de datos por parte del Hospital Amazónico deYarinacocha.



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL AMAZÓNICO

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"

Yarinacocha, 16 de Agosto del 2022.

CARTA N° 089 -2022-GRU-DIRESA-HAYA

Señor
Bach. Med. MIRIAM ELENA ARPHI TACO
Solicitante.
Ciudad.-

ASUNTO : AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS PARA ACCEDER A HISTORIAS CLINICAS .

REF. : SOLICITUD DE FUT.

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y al mismo tiempo en atención a su solicitud, comunicarle la **Autorización** para el acceso de Historias Clínicas de los pacientes para el desarrollo de su tesis denominado **"Características Clinicas de Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta y Hallazgos, Endoscópicas en pacientes Hospitalizados en el Hospital Amazonico Periodo 2017 – 2021"**, permitiéndole realizar y dar las facilidades al pedido de su solicitud.

Sin otro particular me suscribo de usted no sin antes reiterarle la muestra de mi estima personal.

Atentamente,

RWVH/HAYA.
C.c.
Archivo

GOBIERNO REGIONAL UCAYALI - DIRESA - HOSPITAL AMAZONICO YARINACOCHA
DIRECCION EJECUTIVA

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRESAU
HOSPITAL AMAZONICO
Méd. Cir. Raúl W. Vásquez Huasasquiche
C.M.P. N° 39111
DIRECTOR EJECUTIVO