

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS  
DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES  
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE  
DE TACNA 2019 - 2020**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Grace Kelly Diana Choquehuanca Fernández**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

TACNA - PERÚ

2021

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

Facultad de Ciencias de la Salud

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y  
ENDOSCÓPICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA  
ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
2019 - 2020

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. GRACE KELLY DIANA CHOQUEHUANCA FERNÁNDEZ**


Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobada por CNA UNIDAD. Ante el siguiente Jurado:

  
\_\_\_\_\_  
**Mgr. Jorge Eliseo López Claros**  
**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Leoncio Edgard Carpio Olín**  
**MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**Med. Hugo Gastón Claros Cohaila**  
**MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**Mgr. Javier Óscar Lanchipa Picoaga**  
**ASESOR**

## **DEDICATORIA**

*A mi primer paciente,  
aquel que me guio hacia el amor por la medicina,  
aquel que con su fortaleza me inspira a ser mejor día a día,  
aquel que me alentó a soñar con lo imposible y lograrlo,  
mi padre.*

*Y a todas aquellas personas que luchan a diario contra cualquier  
padecimiento, recordad que Dios es el médico de médicos.*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ser guía de cada uno de mis pasos y por permitirme cumplir mis metas propuestas. Su amor inagotable me sostuvo aun cuando mi mente se llenó de dudas.

A mi familia, a mi madre por su amor incondicional y apoyo a lo largo de estos años de estudio, a mi padre por brindarme la posibilidad de cumplir mi sueño y a mi hermano por alentarme a seguir adelante, representan mi mayor motivación.

A mis docentes quienes han contribuido en mi formación académica, no solo con conocimientos sino también con su experiencia.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA .....	7
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES: .....	8
1.5. OBJETIVOS .....	9
CAPÍTULO II .....	11
MARCO TEÓRICO .....	11
2.1. ANTECEDENTES .....	11
2.2. BASES TEÓRICAS .....	24
2.2.1. Definición .....	24
2.2.2. Epidemiología .....	24
2.2.3. Etiología .....	27
2.2.4. Examen clínico .....	35
2.2.5. Diagnóstico .....	40
2.2.6. Tratamiento .....	44
CAPÍTULO III .....	51
MARCO METODOLÓGICO .....	51
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	51
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	51
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	53
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO .....	59
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	60
CAPÍTULO IV .....	61
DE LOS RESULTADOS .....	61
CONCLUSIONES .....	121
RECOMENDACIONES .....	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	125
ANEXOS .....	133

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01	DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO	62
TABLA N° 02	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD	64
TABLA N° 03	DISTRIBUCIÓN SEGÚN HáBITOS NOCIVOS Y USO DE MEDICAMENTOS	67
TABLA N° 04	DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	69
TABLA N° 05	DISTRIBUCIÓN SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS AL EPISODIO ACTUAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	72
TABLA N° 06	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EXAMEN FÍSICO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	74
TABLA N° 07	DISTRIBUCIÓN SEGÚN VALORES DE HEMOGLOBINA	77
TABLA N° 08	DISTRIBUCIÓN SEGÚN REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	80
TABLA N° 09	DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	82
TABLA N° 10	DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE EGRESO	84
TABLA N° 11	DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	70
TABLA N° 12	DISTRIBUCIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA FORREST	91
TABLA N° 13	DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO	93
TABLA N° 14	DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIA	95

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO	63
GRÁFICO N° 02.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD	66
GRÁFICO N° 03.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN HáBITOS NOCIVOS Y USO DE MEDICAMENTOS	68
GRÁFICO N° 04.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	71
GRÁFICO N° 05.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS AL EPISODIO ACTUAL	73
GRÁFICO N° 06.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EXAMEN FÍSICO	76
GRÁFICO N° 07.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN VALORES DE HEMOGLOBINA	79
GRÁFICO N° 08.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	81
GRÁFICO N° 09.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	83
GRÁFICO N° 10.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE EGRESO	85
GRÁFICO N° 11a.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	89
GRÁFICO N° 11b.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	90
GRÁFICO N° 12.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA FORREST	92
GRÁFICO N° 13.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO	94
GRÁFICO N° 14.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIA	96

## RESUMEN

**Introducción:** La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) está definida como el sangrado del aparato digestivo que ocurre por encima del ángulo de Treitz. Representa la urgencia médica más frecuente en gastroenterología.

**Objetivo:** Determinar las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019- 2020. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, comprendido por 112 pacientes con diagnóstico de HDA. **Resultados:** Predominó el sexo masculino (64,29%) y el promedio de edad fue 57,7 años. Los principales antecedentes fueron uso de Alcohol (27,68%), HDA previa y cirrosis hepática, La clínica fue melena (73,21%), hematemesis (65,18%). Al examen físico presentaron palidez, taquicardia e hipotensión. El promedio de hemoglobina al ingreso fue 7,31 g/dl. El 50% recibió transfusión sanguínea. La estancia hospitalaria fue de 8,1 días. La mortalidad fue del 17,86%. La localización más frecuente fue el estómago (50%) y la causa úlcera gástrica (28,89%) seguido de várices esofágicas (21,11%). Predominó Forrest III (38,46%). El tratamiento endoscópico más frecuente fue la ligadura (11,49%). El promedio de días hasta la realización de endoscopia fue 3,15 días. **Conclusiones:** Los hallazgos clínicos y endoscópicos de pacientes con HDA son compatibles con una mayor presentación en varones adultos mayores. El tiempo promedio transcurrido desde el ingreso hospitalario hasta la realización de endoscopia es 3,15 días. La mortalidad intrahospitalaria es mayor a lo reportado a nivel nacional.

**PALABRAS CLAVE:** Hemorragia digestiva alta, características, endoscopia

## ABSTRACT

**Introduction:** Upper Digestive Hemorrhage (UHD) is defined as bleeding from the digestive system that occurs above the angle of Treitz. It represents the most frequent medical emergency in gastroenterology.

**Objective:** To determine the clinical, epidemiological and endoscopic characteristics of upper gastrointestinal bleeding in the Hospital Hipólito Unanue de Tacna during the period 2019-2020. **Methods:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out, comprising 112 patients with a diagnosis of HDA.

**Results:** Male sex predominated (64.29%) and the average age was 57.7 years. The main antecedents were the use of Alcohol (27.68%), previous HDA and liver cirrhosis. The symptoms were melena (73.21%), hematemesis (65.18%). Physical examination showed paleness, tachycardia, and hypotension. The average hemoglobin on admission was 7.31 g / dl. 50% received a blood transfusion. The hospital stay was 8.1 days. Mortality was 17.86%. The most frequent location was the stomach (50%) and the cause was gastric ulcer (28.89%) followed by esophageal varices (21.11%). Forrest III predominated (38.46%). The most frequent endoscopic treatment was ligation (11.49%).

The average number of days until endoscopy was 3.15 days. **Conclusions:** The clinical and endoscopic findings of patients with UGH are compatible with a greater presentation in older men. The average time elapsed from hospital admission to endoscopy is 3.15 days. In-hospital mortality is higher than that reported at the national level.

**KEYWORDS:** Upper gastrointestinal bleeding, characteristics, endoscopy

## INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) está definida como la pérdida de sangre a lo largo del tubo digestivo que ocurre por encima del ángulo de Treitz; además, representa la urgencia médica más frecuente en la especialidad de gastroenterología provocando una morbilidad, mortalidad y costos de atención médica importantes.

Los datos a nivel global señalan que la prevalencia de HDA es de 150 por 100 000 adultos por año y la cifra de mortalidad se encuentra entre 10 a 20% <sup>1</sup>, afectando particularmente al sexo masculino y mayores de 60 años. En el Perú las cifras reportadas son similares, la mortalidad por HDA es en promedio 10%, aumentando en aquellos pacientes hospitalizados <sup>2</sup>. En la ciudad de Tacna, es una importante causa de readmisión hospitalaria y mortalidad en los pacientes cirróticos, llegando en conjunto a representar la cuarta causa más frecuente de mortalidad en nuestra región.

Actualmente, no se conoce plenamente el perfil del paciente con HDA en el hospital regional de Tacna, debido a lo anteriormente expuesto se ha realizado el presente estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal de las principales características clínicas, epidemiológicas y

endoscópicas de la hemorragia digestiva alta pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de enero 2019 – diciembre 2020.

La tesis en mención ha sido estructurada en cuatro capítulos: En el primer capítulo se desarrolla el planteamiento del problema que contiene la descripción y formulación del problema, además de la justificación e importancia de la realización del presente estudio, alcances, limitaciones y objetivos de la investigación.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico conteniendo los antecedentes de estudio y bases teóricas siendo estas conceptos, definiciones y teorías existentes.

En el tercer capítulo se desarrolla el marco metodológico, haciendo mención al tipo y diseño de la investigación, población de estudio, operacionalización de las variables, técnica e instrumento de trabajo y el procesamiento y análisis de datos.

Por último, en el cuarto capítulo se presentan los resultados estadísticos a través de las tablas y gráficos, se realiza la discusión y comentarios de la investigación. Finalizando con las principales conclusiones, recomendaciones, bibliografía consultada y anexos.

Se espera que la presente tesis sea un aporte para identificar el perfil de los pacientes con HDA a fin de disminuir la mortalidad y mejorar su atención hospitalaria.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La hemorragia digestiva es un problema de salud frecuente y actualmente es considerada la principal emergencia gastroenterológica. Según su origen, el 83% son hemorragias altas y 17% hemorragias digestivas bajas <sup>2</sup>. La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) se define como la pérdida de sangre que puede ocurrir a lo largo del esófago hasta el ángulo de Treitz.

La prevalencia a nivel mundial de HDA es de 150 por 100 000 adultos por año y la mortalidad se encuentra entre el 10 a 20% <sup>1</sup>. En los Estados Unidos la tasa de mortalidad por HDA fluctúa entre 3,5 a 7%. Un estudio realizado en Reino Unido en el año 1993 en 74 hospitales reportó una tasa de mortalidad de 14%. En el Perú las cifras reportadas son similares, la mortalidad por HDA es 10%, aumentando en aquellos pacientes hospitalizados. En centros de mayor nivel de complejidad como la Unidad de Hemorragia Digestiva, del Hospital Rebagliati-EsSalud, se reporta que la tasa de

mortalidad ha descendido y mejorado la sobrevida de 10% a 3,6%<sup>2</sup>. Por otro lado, en la ciudad de Tacna la HDA es la primera causa de causa de readmisión hospitalaria y mortalidad en los pacientes cirróticos, llegando en conjunto a representar la cuarta causa más frecuente de mortalidad en nuestra región.

La HDA puede clasificarse según su etiología en HDA variceal y HDA no variceal. La HDA de origen variceal representa la principal complicación de la hipertensión portal y es una causa frecuente de muerte o trasplante de hígado en pacientes con antecedente de cirrosis. Las várices pueden estar presentes en el 40% de los pacientes compensados asintomáticos al momento del diagnóstico<sup>3</sup>.

La HDA no variceal continúa representando un desafío en el campo de la gastroenterología tanto a nivel diagnóstico como terapéutico. La causa más frecuente de HDA es úlcera péptica. Actualmente, diversos avances en el manejo de este tipo de lesiones y el tratamiento que permite eliminar el *Helicobacter Pylori* han permitido una disminución en la recurrencia de hemorragia, transfusiones de paquete globular, manejo quirúrgico y estancia hospitalaria. Por otro lado, este hecho ha sido contrarrestado por el envejecimiento poblacional a nivel mundial y el aumento de la cantidad de personas

que consumen medicamentos gastrolesivos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) <sup>4</sup>.

A pesar de ser considerada una patología relevante por su significativa mortalidad sobre todo en pacientes con comorbilidades, especialmente cirrosis hepática, no se dispone de información actualizada sobre los pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en los servicios de emergencia de nuestra región. De acuerdo con lo expuesto, la presente investigación tiene como objetivo describir las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas que permitan elaborar un perfil del paciente con HDA en el Hospital “Hipólito Unanue”, un centro de referencia regional.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Debido al contexto presentado anteriormente, es necesario centralizar esta investigación en la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019 - 2020?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

### **1.3.1 Justificación**

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) actualmente representa la urgencia médica más frecuente en gastroenterología. en la ciudad de Tacna la HDA es la primera causa de causa de readmisión hospitalaria y mortalidad en los pacientes cirróticos, llegando en conjunto a representar la cuarta causa más frecuente de mortalidad en nuestra región. Según el reporte de morbilidad del 2005 publicado el 2006, del Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, muestra que el 6to daño más frecuente son las Hemorragias digestivas no especificadas (40%), y el 8vo las Gastritis No especificadas (29 %)⁵. A pesar de ello no cuenta con investigaciones en nuestra región que describan las principales características asociadas a esta.

Los resultados obtenidos servirán de aporte a todos aquellos que quieran profundizar en investigaciones sobre Hemorragia digestiva alta y enfermedades del tracto digestivo superior. Actualmente, en la ciudad de Tacna existen pocos trabajos realizados acerca de esta patología y ninguno realizado en los últimos 14 años.

### **1.3.2 Importancia**

La hemorragia digestiva alta es una patología con alta tasa de mortalidad, cuya incidencia en nuestra región ha ido aumentando en los últimos años. El presente estudio tiene relevancia dado que sus resultados van a aportar o contribuir a construir el perfil del paciente con HDA; es decir, aporta bases acerca de las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas asociadas a hemorragia digestiva alta, lo cual ayudará en la toma de decisiones sobre el manejo de esta patología, reducir la estancia hospitalaria y disminuir la mortalidad en estos pacientes.

### **1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES**

El estudio permitirá conocer las principales características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de los pacientes con hemorragia digestiva alta. Los resultados de esta investigación ayudarán a plantear estrategias dirigidas para la prevención y manejo de este problema de salud y aportar al beneficio de dichos pacientes. Este estudio, además, contribuirá a conocer especialmente a la población con mayor riesgo de desenlaces adversos, por lo cual ayudará en la toma de decisiones en cuanto a su manejo especialmente en el

ámbito hospitalario para de esta manera reducir la mortalidad de pacientes con esta patología.

Entre las limitaciones tendremos principalmente las escasas investigaciones locales sobre las variables de estudio y ninguna realizada en más de una década en la ciudad de Tacna. Otra limitación importante es un probable sesgo en la descripción de las lesiones endoscópicas debido a que estas fueron realizadas hasta por tres especialistas diferentes.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019 – 2020.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Describir las características epidemiológicas: sexo y edad de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva

alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019 – 2020.

- Determinar las características clínicas: hábitos nocivos y uso de medicamentos, antecedentes patológicos, manifestaciones clínicas, examen físico, valores de hemoglobina, requerimiento de transfusión sanguínea, tiempo de hospitalización y condición de egreso de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019 – 2020.
- Caracterizar la hemorragia digestiva alta según hallazgos endoscópicos: diagnóstico, clasificación Forrest, tratamiento endoscópico y tiempo de realización de endoscopia en los pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019 – 2020.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

##### 2.1.1. Internacionales

**Almadi et al.** realiza en el 2021 una investigación retrospectiva en 290 pacientes del hospital universitario de Riad, desde enero de 2006 a enero de 2015. El promedio de edad fue 57,1 años, los varones constituyeron el 66,8% de la cohorte de estudio. El 20,7% tenía antecedentes de HDA previa, el 12,6% tenía antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica y el 9,2% tenía várices esofágicas conocidas. Una fuente no variceal representó el 80,1% de las causas (IC del 95%: 75,4 a 85,3%), la mortalidad hospitalaria fue del 4,4% (IC del 95%; 2,4% al 6,9%). El estudio encontró que las causas de HDA en esta población de pacientes fueron predominantemente no variceales y las tasas de resangrado y mortalidad se parecieron a las de otros estudios <sup>6</sup>.

**Bhattarai** realiza en el 2020 una investigación descriptiva transversal en 660 pacientes del hospital universitario de Gandaki, Nepal, de enero de 2018 a diciembre de 2019. Las úlceras pépticas y la rotura de varices esofágicas son las

etiologías comunes de sangrado gastrointestinal. La mortalidad hospitalaria se observó en 98 (14,8%) pacientes. El HDA variceal se presenta con una puntuación de Rockall más alta, tiene más posibilidades de resangrado y tiene mayor mortalidad que aquellos con etiologías no variceales. Se recomienda la endoscopia gastrointestinal preferiblemente dentro de las 24 horas para el diagnóstico <sup>7</sup>.

**Kiringa et al.** realizó en el 2020 un estudio analítico, transversal realizado en 1085 pacientes entre septiembre de 2013 y abril de 2014. El autor identificó la prevalencia de síntomas de HDA en 220 pacientes (20,3%). Entre estos, 150 cumplieron los criterios de inclusión. “La mayoría eran hombres (70,7%) y de 40 años o menos (60%). Los diagnósticos clínicos más prevalentes fueron gastritis (39,3%), várices esofágicas (17,3%) y enfermedad ulcerosa péptica (PUD) (16%). Entre los pacientes sometidos a endoscopia, las várices esofágicas (42,2%), PUD (26,3%) y gastritis (15,8%) fueron las principales causas de sangrado. La tasa global de letalidad fue del 16,7% (25/150). La prevalencia de síntomas y la tasa de letalidad de HDA fueron más altos que en los países desarrollados y similares a otros entornos con recursos limitados. El análisis de supervivencia indica que el sexo

masculino, la uremia y la malignidad están asociados con supervivencia reducida”<sup>8</sup>.

**Oakland** realiza en el 2019 una revisión de estudios epidemiológicos en poblaciones occidentales. “La incidencia de HDA se ha reducido y se probablemente impulsado por la erradicación de H. Pylori y el consumo generalizado de inhibidores de bomba de protones. Las tasas de sangrado por varices también han disminuido, atribuidas a mayor uso de profilaxis primaria. Intervenciones como la endoscopia temprana, eficacia mejorada de la hemostasia endoscópica y una sólida evaluación de riesgos han llevado a la reducción de la duración de estancia hospitalaria en HDA, pero la carga económica de la atención ha aumentado. La HDA tiene una incidencia de 47 / 100.000. La incidencia de HDA ha disminuido, impulsada por la erradicación de H. pylori y el uso de este tipo de medicamentos”<sup>9</sup>.

**Rajan et al.** realizó en el 2019 un estudio de cohorte prospectivo de 123 pacientes adultos mayores de 18 años que se presentaron al Hospital Nacional Muhimbili y Centro Médico Académico MUHAS, en Tanzania de julio de 2018 a diciembre de 2018. “La edad promedio fue 42 años (rango intercuartílico

(IQR) 32-64 años), y 87 (70,7%) eran hombres. La hematemesis con melena fue el síntoma más frecuente en urgencias 39 (31,7%). Dentro de los 7 días, 23 (18,7%) pacientes murieron y un tercio 8 (34,8%) de estos murieron dentro de las 24 h. Aproximadamente el 65,1% de los pacientes tenían anemia grave, pero solo 60 (48,8%) recibió transfusión de sangre en el servicio de urgencias. Entre los que tenían antecedentes de várices esofágicas, 7 (41,2%) no recibieron octreótide. Se realizó endoscopia digestiva alta en 46 (37,4%) pacientes, de los cuales solo 8 (17,4%) recibieron endoscopia dentro de las 24 h. Todos los pacientes que recibieron una endoscopia temprana tuvieron un resultado clínico bajo o moderado”<sup>10</sup>.

**Daniş N et al.** realizó en el 2019 un estudio retrospectivo, analítico realizado en 652 pacientes durante dos períodos entre 1993 y 2016 en un centro de atención terciaria de salud en Turquía. “Se observó aumentos significativos en la edad de presentación de los pacientes, en el porcentaje de pacientes con enfermedades comórbidas y en la cantidad de los pacientes que recibieron anticoagulantes orales de acción directa antes de la hemorragia. También observamos un aumento estadísticamente no significativo en los diagnósticos de úlcera gástrica, junto con

una disminución concordante significativa en los diagnósticos de úlcera duodenal como causa de sangrado. El uso de hemostasia quirúrgica de emergencia disminuyó entre los casos de hemorragia por úlcera péptica. La tasa general de mortalidad por hemorragia no cambió significativamente entre los dos períodos. El uso de hemostasia quirúrgica de emergencia se redujo, pero la tasa de mortalidad no cambió significativamente entre los dos períodos específicos”<sup>11</sup>.

**Wuerth y Rockey** realizaron en el 2018 un estudio retrospectivo, observacional, de cohortes, el cuales realizado en los años 2002 a 2012 en hospitales de EE. UU. “La tasa de hospitalización por HDA disminuyó en un 21% de 2002 a 2012, de 81 a 67 casos por 100.000 personas ( $p < 0,01$ ). Hubo aumentos de casos en neoplasias, lesiones de Dieulafoy, angiodisplasia y esofagitis, que aumentaron en 50, 33, 32 y 20%, respectivamente ( $p < 0,01$ ). La tasa de mortalidad hospitalaria por todas las causas de HDA disminuyó un 28% de 2,6 por 100 casos en 2002 a 1,9 en 2012 ( $p < 0,01$ ). La tasa de hospitalización por sangrado de varices esofágicas se mantuvo constante y baja (aproximadamente 2%) durante todo el período de estudio; la mortalidad para las várices esofágicas también se mantuvo constantes en 6-7%”<sup>12</sup>.

**Pinto et al.** en el 2020 realizó un estudio analítico retrospectivo de 249 pacientes (62% varones) en un hospital clínico entre 2015 y 2017. “El 72% de paciente con HDA no era de tipo variceal. El promedio de estancia intrahospitalaria fue 7 días (rango intercuartílico (IQR) 4-13). La mortalidad hospitalaria global fue del 13 y 4% en HDA varicosa y no varicosa, respectivamente ( $p = 0,024$ ). Las variables asociadas a la mortalidad fueron: transfusión de hematíes (OR): 18,7,  $p < 0,01$ ), creatinina elevada al ingreso (OR: 3,30,  $p = 0,03$ ) y sangrado por varices (OR: 3,23,  $p = 0,02$ ). La mortalidad hospitalaria de HDA sigue siendo alta, especialmente en HDA varicosa. Son factores de riesgo de mortalidad: niveles elevados de creatinina al ingreso, necesidad de transfusión de hematíes y la etiología de las várices”<sup>13</sup>.

**Valarezo** realizó en el 2020 una investigación cuantitativa, transversal y descriptiva en 212 pacientes con HDA. “Resultados: Se encontró una mayor prevalencia en mayores de 65 años con un 56,6%, varones 59,9%. El síntoma de mayor prevalencia fue melena en el 85,8% ( $n=182$ ), hematemesis en el 80,2% y anemia en el 38,7%. Como antecedentes se encontró que el alcoholismo en 47 pacientes y consumo de AINES en 12 pacientes, además presentaron patologías previas a la HDA como úlcera péptica

(25,5%), gastritis (18,8%) y várices esofágicas (16%). La HDA se presenta con mayor frecuencia en hombres mayores de 65 años, siendo las patologías más frecuentes previa a la HDA la presencia de úlcera péptica, gastritis y cirrosis hepática” <sup>14</sup>.

**Del Cid** realizó en el 2018 una investigación descriptiva, prospectiva en 77 pacientes que del Hospital Pedro (Guatemala). “Se encontró una mayor prevalencia en mujeres 64,93%, con una edad media de  $59,2 \pm 16,18$ , en cuanto a la causa de mayor prevalencia de HDA fue la gastritis erosiva (50%), úlcera gástrica (28,57%). La cirrosis hepática y coagulopatías fueron las comorbilidades más frecuentes con el 90% y 10% respectivamente. La HDA se asoció en un 94.44% con varices esofágicas y en un 5,55% con gastritis erosiva. La incidencia de HDA en el Hospital Pedro de Bethancourt es 50/10,000 habitantes/año, con mayor frecuencia en mujeres entre la quinta y sexta década de la vida, además se encontró una asociación negativa entre el factor de riesgo y la presentación de la enfermedad” <sup>15</sup>.

### 2.1.2. Nacionales

**Mamani-Quispe** realizó en el 2020 una investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva y de corte transversal en 82 pacientes con HDA entre enero y diciembre del 2019. “Se encontró una frecuencia de 95,12% de hemorragia digestiva alta y 4.88% de hemorragia digestiva baja. En ambos grupos predominó la edad de 46 a 60 años (41,0% y 50,0%), sexo masculino (57,7% y 75,0%), procedencia rural (65,4% y 75,0%) y grado de instrucción superior (65,4% y 50,0%). Entre los antecedentes médicos: hipertensión arterial 23,2%, obesidad 18,3%, gastritis 17,1% y diabetes mellitus 15,9%. Entre las manifestaciones clínicas: dolor abdominal 74,4%, palidez 64,6%, melena 52,4% y hematemesis 20,7%, además, la frecuencia cardiaca promedio fue  $89,23 \pm 12,95$  latidos por minutos. La lesión inicial fue más frecuente en: estómago 69,51%, duodeno 15,85% y esófago 9,76%. La Clasificación de Forrest: tipo IIb 41,1%. Entre las principales etiologías: úlcera gástrica 69,54%, úlcera duodenal 15,85%, enfermedad hemorroidal y ulcera esofágica 3,66%”<sup>16</sup>.

**Bazán** en el 2019 realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional realizado en 74 pacientes desde enero a Setiembre del 2018. “La incidencia de HDA fue 2,7%. Según el tipo, 75,7% era HDA no variceal y 24,3% HDA variceal. Se encontró una mayor incidencia en aquellos pacientes entre de 60-79 años. Respecto al sexo fue más frecuente en varones (68,9%). La enfermedad ulcero péptica (45%) y varices gastroesofágicas (18%) fueron las causas de mayor incidencia. Respecto al consumo de medicamentos se encontró que un 35,1% consumieron aines. Adicionalmente, el antecedente de cirrosis estaba presente en el 25,7 del total; en pacientes con HDA variceal estuvo presente en el 100%. La incidencia de HDA fue de 2,7%, en su mayoría la de tipo no variceal y causado por enfermedad ulcero-péptica. Es más frecuente en varones de 60 a 79 años y procedentes de Lima este”<sup>17</sup>.

**Astocóndor** realizó en el 2018 una investigación tipo descriptivo, retrospectivo y transversal en 381 pacientes. “Se encontró que el grupo etario más frecuente fue 61-70 años (23,88%) y una media de 56 años, el sexo más frecuente fue masculino (61,68%). Los síntomas más frecuentes fueron melena (67,19%). La ulcera péptica (38,58%) seguido de origen variceal (18,11%) fueron las

causas de mayor incidencia, en varones fue la úlcera duodenal (16,01%) y las varices esofágicas en mujeres con un 9,29%. Respecto al estudio endoscópico la úlcera gástrica fue la causa más frecuente (19,42%), la localización anatómica endoscópica de mayor incidencia fue estómago en el 44,8% y la clasificación Forrest III fue la de mayor prevalencia con un 24,9%. Respecto al tipo de tratamiento endoscópico el más usado fue inyectoterapia con adrenalina (8,66%). Se concluyó que la HDA es más frecuente en varones y se presenta clínicamente como melena, además la causa más prevalente fue úlcera péptica tipo Forrest III”<sup>18</sup>.

**Patiño y Tello** realizaron en el 2018 un estudio de cohorte retrospectivo en una unidad especializada de un hospital de la seguridad social en Lima, Perú, 2012-2013. “Es una investigación realizada en 339 pacientes de la UHD del hospital Rebagliati, durante el periodo de junio 2012 y diciembre 2013. Según el tipo de HDA, el 33% fue de tipo variceal y no variceal (67%). La mortalidad fue mayor HDA variceal (10,8%). Los factores asociados a mortalidad por HDA no variceal fueron: frecuencia cardíaca, presión arterial, hematocrito, esofagitis erosiva y tratamiento con argón plasma y clips. En la HDA

variceal los factores asociados a mortalidad fueron: frecuencia cardiaca, urea y tratamiento con escleroterapia variceal”<sup>19</sup>.

**Ulloa** realizó en el 2016 una investigación descriptiva y retrospectivo en 61 pacientes. “La manifestación clínica más frecuente fue melena (80,3%), seguida de hematemesis en el 47,54 %. Entre otros síntomas el 88.89% presentó disminución de apetito, 83,44% dolor abdominal sobre todo en epigastrio. Además, se encontró que el grupo etario predominante fue 60 a 79 años (32,75%), predominando en varones 63,93%. Según los antecedentes de consumo de medicamentos, el mayor consumo fue de ácido acetil salicílico en 34,79% y naproxeno (30,43%), además se encontró consumo de alcohol en el 42,62% y tabaco en 24,59%. Según los antecedentes patológicos, el 22,95% presentó un episodio previo de HDA y 9,84% enfermedad de ácido péptica. Las patologías comórbidas de mayor frecuencia fueron la anemia aguda en 78,69%, la gastritis 37,70% y la HTA. Se realizó endoscopia diagnóstica en el 85,26% y según la localización del sangrado predomina la gastropatía erosiva y eritematosa a nivel gástrico, várices esofágicas y úlcera péptica. La clasificación endoscópica Forrest III predominó en el 75,76%”<sup>20</sup>.

**Mamani y Yucra** realizaron en el 2016 un estudio descriptivo, retrospectivo realizado en 37 pacientes entre setiembre a noviembre del 2015. Los autores concluyen “la presentación clínica y los hábitos nocivos de los pacientes se relacionan con la incidencia de la HDA en adultos” <sup>21</sup>.

**Velásquez** en el 2016 realizó una investigación de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo realizada en 412 de 650 pacientes hospitalizados con HDA. “Se encontró un predominio de esta patología en varones (70%) mayores de 60 años. Respecto a los antecedentes de consumo, se encontró que el consumo de AINES fue 33% y de alcohol fue 9,7%. El antecedente patológico predominante fue cirrosis hepática con un 30%. El síntoma más prevalente fue melena (51,6%) y hematemesis (42,7%), el shock tipo hipovolémico (20%). Al examen endoscópico de pacientes con cirrosis hepática se encontró presencia de várices en el 30,5%, predominando las várices esofágicas en el 20,8% sobre las varices gástricas (9,7%). La enfermedad úlcero-péptica estuvo presente en el 45,6%. Finalmente se encontró que la mortalidad global intrahospitalaria fue 1,3%” <sup>22</sup>.

**Roca** en el 2016 realizó una investigación de tipo descriptivo y retrospectivo. “Se encontró que el 55% de los pacientes fueron varones mayores de 60 años, además al examen endoscópico la lesión más frecuente fue gastritis erosiva (26%). La localización anatómica del punto de sangrado fue en mayor porcentaje a gástrica, sobre todo antral” <sup>23</sup>.

### **2.1.3. Regionales**

No se encontraron antecedentes regionales actuales.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Definición**

La Hemorragia Digestiva Alta es la pérdida de sangre que puede ocurrir desde el esófago hasta el ángulo de Treitz. Representa la emergencia más importante en gastroenterología clínica y quirúrgica. La HDA es una causa reconocida de morbilidad, mortalidad y carga económica <sup>24</sup>.

### **2.2.2. Epidemiología**

La hemorragia gastrointestinal (GI) es el diagnóstico más común en gastroenterología que necesita hospitalización en los Estados Unidos, lo que representa más de medio millón de ingresos anuales). HDA se refiere al sangrado que se origina en sitios en el esófago, estómago o duodeno <sup>25</sup>.

La prevalencia a nivel mundial de HDA es de 150 por 100 000 adultos por año y la mortalidad se encuentra entre el 10 a 20% <sup>1</sup>. En EEUU la cifra de mortalidad por HDA fluctúa entre 3,5 a 7 %. Un estudio realizado en Gran Bretaña en el año 1993 en 74

hospitales reportó una mortalidad del 14%. En el Perú las cifras reportadas son similares, la mortalidad por HDA es 10%, aumentando en aquellos pacientes hospitalizados. En centros de mayor nivel de complejidad como la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Rebagliati, reporta que la tasa de mortalidad ha descendido y aumentado la sobrevida de 10% a 3.6%<sup>2</sup>. Por otro lado, en la ciudad de Tacna la HDA es la primera causa de causa de readmisión hospitalaria y mortalidad en los pacientes cirróticos, llegando en conjunto a representar la cuarta causa más frecuente de mortalidad en nuestra región.

La mortalidad global asociada a HDA no variceal ha disminuido con el tiempo. Un gran estudio de casos y controles de 500.000 personas con HDA no variceal en Inglaterra mostró que la mortalidad dentro de los 28 días de hospitalización disminuyó significativamente del 14,7% en 1999 a 13,1% en 2007. Grandes estudios observacionales documentados reportan una mejora en la supervivencia en los Estados Unidos en varios grupos de edad a lo largo de un intervalo de tiempo similar. La mortalidad asociada con úlcera gástrica y duodenal también disminuyó en Argentina, Australia, Chile, Hong Kong, Japón, México, Singapur y Taiwán entre 1971 y 2004. Curiosamente, la mortalidad

asociada con úlceras gástricas en comparación con úlceras duodenales fue tres veces mayor en México, dos veces mayor en Argentina y Chile y solo un poco más alto en Taiwán y Singapur, mientras que no se observaron diferencias en Hong Kong <sup>26</sup>.

A pesar de estas mejoras, la mortalidad asociada con HDA no variceal permanece alto, con valores que varían entre diferentes estudios y estable, no decreciente a lo largo del tiempo en algunos países (por ejemplo, España. Una revisión sistemática de 18 estudios mostró la mortalidad de NVUGIB que va desde el 1,1% en Japón a 11% en Dinamarca, aunque la mayoría de los estudios incluidos en esta investigación situó esa cifra más cerca del 5%. La mejoría en los resultados de HDA no variceal probablemente se deba a factores como los avances en endoscopia y mejoras en emergencias, cuidados intensivos o medicina geriátrica <sup>26</sup>.

La HDA asociado a úlcera péptica ha disminuido durante los últimos 20 años y ahora se ha estabilizado globalmente. En los Estados Unidos, la incidencia de HDA no variceal asociada con cualquier causa ha disminuido de 78,4 por cada 100.000

personas en 2001 a 60,6 por 100.000 personas en 2009 ( $P = 0,004$ ), y la incidencia de HDA por úlcera péptica ha disminuido de 48,7 por 100.000 personas en 2001 a 32,1 por cada 100.000 personas en 2009 ( $P < 0,001$ ) sobre la base de los datos de alta hospitalaria. Tendencias similares han sido reportadas en Europa, con una incidencia de HDA no variceal de ~ 55 a 60 por 100.000 personas en la década de 1990 a ~ 25–35 por cada 100.000 personas a principios de la década de 2000 <sup>26</sup>.

### **2.2.3. Etiología**

La hemorragia digestiva alta de tipo no variceal tiene como causas más frecuentes a la úlcera péptica con un 20 a 67%, seguido de enfermedad erosiva con un 4 a 31%, esofagitis (3 a 12%) y síndrome de Mallory-Weiss (4 a 12%). Respecto a los principales factores de riesgo para HDA de tipo no variceal se encuentran: consumo crónico de anticoagulantes, corticoides, AINES y a esto se añade la edad avanzada <sup>24</sup>.

Por otro lado, la hemorragia digestiva alta de tipo variceal representa en la mayoría de estudios el 60 a 65% de los pacientes con cirrosis hepática, sobre todo en aquellos con

estadio Child-Pugh C. Este tipo de HDA suele presentarse en pacientes con cirrosis que han desarrollado al largo de los años hipertensión portal y posteriormente várices gastroesofágicas además de gastropatía hipertensiva <sup>24</sup>.

**Enfermedad ulcero-péptica:** Esta patología es una causa común de HDA, predominando en diversos estudios. Se encontró que los principales factores de riesgo para sangrado de úlceras pépticas son <sup>27</sup>:

- ***H. pylori***: esta es una bacteria en forma de espiral cuyo mecanismo de acción es infectar la mucosa superficial del estómago y con ellos consigue alterar la capa mucosa, que se vuelve más susceptible al daño por ácido. Si la presencia de esta bacteria cronifica se produce una alteración de la secreción gástrica conduciendo a una gastritis crónica. Frecuentemente la gastritis suele ser asintomática y autolimitada, sin embargo, en otros casos la secreción gástrica alterada y la lesión a nivel tisular terminan produciendo una enfermedad ulcerosa péptica <sup>27</sup>.

•**AINE**: Este grupo de medicamentos, incluida la aspirina en dosis bajas, representan un factor predisponente para úlcera gastrointestinal. El daño producido se debe tanto a los efectos locales a nivel tisular como a la inhibición sistémica de las prostaglandinas <sup>27</sup>.

•**Estrés**: Representa una causa común sobre todo en aquellos pacientes hospitalizados en estado crítico. Respecto al estrés de tipo psicológico relacionado con eventos psicológicos no se ha asociado específicamente con el desarrollo de enfermedad ulcero-péptica, la terapia de inhibición de la secreción gástrica no está indicada de manera rutinaria en este caso <sup>27</sup>.

•**Ácido gástrico**: Los cofactores esenciales en la patogenia de las úlceras pépticas son el ácido gástrico y la pepsina. El deterioro de la mucosa gástrica por *H. pylori*, consumo de AINEs o estrés produce un aumento de la permeabilidad de la membrana celular a los iones de hidrógeno, lo que da como resultado una acidosis a nivel intramural, muerte celular y por último la formación de úlcera <sup>27</sup>.

**Esofagitis:** la esofagitis es una causa común de patología y sangrado del tracto gastrointestinal superior. En una gran cohorte de pacientes con HDA, el 13 por ciento de los pacientes tenían esofagitis, similar al número de pacientes con úlceras duodenales (12 por ciento). Los pacientes que padecen esofagitis erosiva a menudo tienen antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Los pacientes con HDA causada por esofagitis suelen tener una evolución más benigna, con estancias hospitalarias más cortas, tasas más bajas de resangrado y tasas de mortalidad más bajas <sup>27</sup>.

**Gastritis y duodenitis:** Estos representan procesos inflamatorios. Se utilizan para denotar lesión de la mucosa asociada a inflamación. Sin embargo, la lesión y la regeneración de las células epiteliales no siempre van acompañadas de inflamación de la mucosa. El daño y la regeneración de las células epiteliales con mínima o nula inflamación asociada se define como "gastropatía" o "duodenopatía". La hemorragia en estos casos suele ser autolimitada <sup>27</sup>.

**Hipertensión portal:** Existen diversas causas de HDA que son producidas por la hipertensión portal, por ejemplo: várices

esofágicas o gástricas y várices ectópicas. Adicionalmente, los pacientes con hipertensión portal pueden desarrollar HDA de otras causas no relacionadas (p. Ej., Enfermedad de úlcera péptica). Si bien la mayoría de los pacientes con hipertensión portal tienen cirrosis, la hipertensión portal también puede ocurrir en ausencia de cirrosis, una condición conocida como "hipertensión portal no cirrótica". Las causas de la hipertensión portal no cirrótica incluyen trombosis de la vena porta, esquistosomiasis e hipertensión portal idiopática no cirrótica <sup>27</sup>.

**Varices:** El desarrollo de várices se produce en el 50% de los pacientes con antecedente de cirrosis hepática, como consecuencia de la hipertensión portal. Este tipo de hemorragia variceal se produce a una tasa anual del 5 al 15%. La aparición de HDA tipo variceal generalmente se produce por hipertensión portal significativa. Los pacientes que presentan hemorragia mientras reciben tratamiento con un betabloqueante tienen un pronóstico precario <sup>27</sup>.

Las várices se pueden ser esofágicas y/o gástricas. También pueden verse en sitios distintos del esófago o el estómago, como el intestino delgado (várices ectópicas). Las várices gástricas

aisladas pueden ser el resultado de hipertensión portal segmentaria debida a trombosis de la vena esplénica, que resulta de una lesión de la vena esplénica debida a pancreatitis, carcinoma pancreático o traumatismo en el cuadrante superior izquierdo <sup>27</sup>.

**Gastropatía hipertensiva portal:** Existe una supuración mucosa difusa sin otras lesiones aparentes, como la presencia de várices. La mucosa se vuelve friable y la hemorragia se produce por ruptura de vasos ectópicos. La severidad de esta patología se asocia al grado de hipertensión portal, el grado de resistencia vascular hepática y la disminución del flujo sanguíneo hepático <sup>27</sup>.

**Angiodisplasia:** Representan las anomalías vasculares más frecuentes a nivel del tubo digestivo. La angiodisplasia gástrica o duodenal es la causa de hemorragia en el 4 al 7 % de los pacientes con HDA. Se puede presentar como hemorragia oculta o manifiesta <sup>27</sup>.

**Lesión de Dieulafoy:** Es una dilatación aberrante de un vaso submucoso que logra erosionar el tejido epitelial. La arteria

submucosa no se ramifica normalmente a nivel de la pared gástrica. El diámetro de la arteria llega a ser de 1 a 3 mm, aproximadamente 10 veces más de lo normal. Las lesiones de Dieulafoy suelen localizarse en curvatura menor del estómago, cerca de la unión esofagogástrica (típicamente dentro de los 5 cm), aunque se han encontrado en otras áreas del tubo digestivo, como el esófago, el duodeno y el colon <sup>27</sup>.

Se desconoce el origen de la lesión de Dieulafoy. Los pacientes suelen ser varones con antecedentes de enfermedad cardiovascular, hipertensión, enfermedad renal crónica, diabetes o abuso de alcohol. Los episodios de sangrado suelen ser autolimitados, aunque puede recurrir y en algunos casos ser profuso <sup>27</sup>.

**Síndrome de Mallory-Weiss:** Son laceraciones longitudinales a nivel de la mucosa (intramurales) localizadas en el esófago distal o en el estómago proximal relacionadas a arcadas intensas. Estas lesiones a menudo provocan ruptura de arterias a nivel submucoso. La prevalencia de estos desgarros entre los pacientes que presentan HDA es 5%. La hemorragia suele ser en pequeña cantidad y autolimitada. Son secundarios a un

aumento súbito de la presión intraabdominal. Los factores precipitantes son los vómitos, esfuerzo para defecar o levantar objetos, tos, convulsiones, hipo bajo anestesia, lesión abdominal<sup>27</sup>.

**Lesiones de Cameron:** Se definen como úlceras que se producen en el saco de una hernia hiatal. Presentes hasta en el 5% de pacientes con hernia de hiato que han sido sometidos a un examen endoscópico. Suele ser incidental y rara vez causan HDA aguda o masiva. Pueden producirse sangrado crónico que conducen a anemia ferropénica. Aunque su patogenia no se comprende completamente, los factores asociados son esofagitis por reflujo y trauma mecánico <sup>27</sup>.

**Tumores del tracto gastrointestinal superior:** las neoplasias del tracto gastrointestinal superior representan menos del 3% del total de casos de HDA severo, pero la hemorragia es manifestación inicial de este conjunto de patologías. El sangrado puede ocurrir con lesiones tanto benignas como malignas. El sangrado puede resultar de una ulceración mucosa difusa o de la erosión en un vaso subyacente. Prácticamente cualquier tipo de tumor puede llevar a hemorragia, dentro de estos tenemos a

los adenocarcinomas, los tumores del estroma gastrointestinal, los linfomas y los sarcomas de Kaposi. Los hallazgos endoscópicos sugestivos de malignidad gástrica incluyen márgenes de úlcera irregulares y una masa ulcerada exofítica o fungosa <sup>27</sup>.

#### **2.2.4. Examen clínico**

La evaluación inicial de un paciente con sospecha de HDA clínicamente significativa se deben interrogar por antecedentes, realizar un examen físico primario y solicitar pruebas de laboratorio. El principal objetivo es evaluar la gravedad de la hemorragia, y si es posible identificar las posibles fuentes del sangrado <sup>28</sup>.

Los factores que predicen una hemorragia proveniente de una fuente gastrointestinal superior identificados en un metaanálisis incluyeron: antecedentes de melena informados por el paciente, heces melénicas en el examen (OR 25), sangre o café motivos detectados durante el lavado nasogástrico (OR 9,6), y una asociación entre el nitrógeno ureico sanguíneo y la creatinina sérica superior a 30 (OR 7,5). Los factores asociados con

hemorragias graves incluyeron sangre roja detectada durante el lavado nasogástrico, taquicardia o una hemoglobina de menos de 8 g/dL <sup>28</sup>.

**Manifestaciones hemorrágicas:** Hematemesis (sangre roja o emesis en granos de café) puede sugerir una hemorragia localizada por encima del ligamento de Treitz. La presencia de emesis francamente sanguinolenta indica hemorragia moderada a grave y una emesis en granos de café indica un sangrado más limitado. La mayor parte de la melena tiene origen a nivel proximal del ligamento de Treitz (90%), pero también se origina en la orofaringe o nasofaringe, intestino delgado o colon. La melena se observa en distintas cantidades de hemorragia a partir de solo 50 ml de sangre. La hematoquecia generalmente se debe a una hemorragia digestiva baja. Sin embargo, puede ocurrir con HDA masiva <sup>28</sup>.

**Antecedentes patológicos:** se debe preguntar a los pacientes sobre episodios previos de hemorragia digestiva alta, ya que el 60% sangran por la misma lesión. Las posibles fuentes de hemorragia sugeridas por una adecuada historia clínica anterior incluyen: <sup>28</sup>

- Várices o gastropatía hipertensiva portal en un paciente con insuficiencia o enfermedad hepática.
- Fístula aortoentérica en paciente con antecedente de aneurisma aórtico abdominal.
- Angiodisplasia en caso de insuficiencia renal, estenosis aórtica.
- Enfermedad ulcero-péptica en un paciente con antecedentes de infección por *H. pylori*, uso de AINEs, uso de antitrombóticos o tabaquismo.
- Malignidad en un paciente con antecedentes de tabaquismo, alcoholismo o infección por *Helicobacter pylori*
- Úlceras marginales (en un sitio anastomótico) en un paciente con anastomosis gastroentérica
- Infección por SARS-CoV2: La prevalencia de HDA en pacientes con COVID-19 está en línea con estudios epidemiológicos previos en pacientes que no son ingresados a UCI. La hemorragia digestiva alta complicó la estancia hospitalaria en casi el 0,5% de los pacientes con COVID-19 y la úlcera péptica es el hallazgo más común <sup>29</sup>. La edad avanzada, comorbilidades, uso de aspirina y AINE, y la ventilación mecánica podría predisponer al desarrollo de HDA. El uso cuidadoso de la anticoagulación está justificado

en pacientes con COVID-19 con antecedentes de HDA <sup>30</sup>. El manejo conservador podría ser una opción en pacientes con alto riesgo de complicaciones respiratorias <sup>29</sup>.

**Consumo de medicamentos:** Una historia de medicación a fondo se debe obtener, con especial atención a los fármacos que:

28

- Predispone a la formación de úlceras pépticas, como la aspirina y otros AINE, incluidos los inhibidores de la COX-2.
- Están asociados con esofagitis por píldoras
- Los agentes antiplaquetarios (p. Ej., Clopidogrel) y los anticoagulantes (incluidos los anticoagulantes orales directos)
- Se han asociado con hemorragia gastrointestinal inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), bloqueadores de los canales de calcio y antagonistas de la aldosterona.
- Puede alterar la presentación clínica, como bismuto, carbón, regaliz y hierro, que pueden tornar las heces negras.

**Manifestaciones clínicas:** Los síntomas que sugieren que el sangrado es severo incluyen mareos ortostáticos, confusión, angina, palpitaciones severas y extremidades frías / húmedas.

Los síntomas del paciente pueden sugerir causas específicas de hemorragia digestiva alta: <sup>28</sup>

- Úlcera péptica: dolor abdominal superior
- Úlcera esofágica: odinofagia, reflujo, disfagia
- Desgarro de Mallory-Weiss: antes del sangrado presenta vómitos, arcadas o tos
- Hemorragia varicosa
- Malignidad: disfagia, saciedad temprana, pérdida de peso y caquexia.

**El examen físico:** Es importante en la evaluación de la estabilidad hemodinámica. Los signos de hipovolemia son: <sup>28</sup>

- Hipovolemia leve a moderada (<15% del volumen sanguíneo perdido)
- Taquicardia en reposo.
- Pérdida de al menos 15% del volumen sanguíneo: hipotensión ortostática (disminución de la presión arterial sistólica de más de 20 mmHg y/o un aumento de la frecuencia cardíaca de 20 latidos/minuto al pasar de la posición de decúbito a la bipedestación).
- Pérdida de volumen sanguíneo de al menos el 40%: hipotensión supina.

La existencia de dolor a nivel abdominal, especialmente si es severo y se relaciona con sensibilidad al rebote o protección involuntaria, genera preocupación por la perforación. Si hay algún signo de abdomen agudo, se debe excluir una posible perforación antes de realizar la endoscopia <sup>28</sup>.

### **2.2.5. Diagnóstico**

**Laboratorio:** Se recomienda pedir un hemograma completo, examen bioquímico sérico, pruebas de función hepática y un examen de coagulación. Los electrocardiogramas seriados y enzimas cardíacas se pueden indicar en caso de riesgo de infarto de miocardio, como en adultos mayores, enfermedad de las arterias coronarias o pacientes con dolor torácico o disnea <sup>28</sup>.

El nivel de hemoglobina disminuirá con el tiempo debido a que la sangre se diluye por la entrada de líquido extravascular en el espacio vascular y por el líquido administrado durante el manejo inicial. Si se administra un volumen excesivo el valor de hemoglobina puede resultar falsamente bajo. Se recomienda un control de hemoglobina cada 2 a 8 horas, según la severidad de la hemorragia. Al inicio los pacientes tienen glóbulos rojos

normocíticos si el sangrado es agudo y microcíticos o anemia por deficiencia de hierro si el sangrado es crónico <sup>28</sup>.

La sangre se absorbe cuando pasa por el intestino delgado y puede existir una disminución de la perfusión renal, una proporción elevada de nitrógeno ureico en sangre (BUN) creatinina o urea-creatinina de >30:1 o >100:1, respectivamente<sup>28</sup>.

**Lavado nasogástrico:** no se recomienda el uso de la sonda nasogástrica (NGT) en aquellos pacientes con HDA aguda, debido a que los estudios no han evidenciado que sea beneficioso. El lavado NGT puede usarse cuando no está claro si un paciente tiene hemorragia persistente y, por lo tanto, podría ser beneficiosa la realización de una endoscopia temprana. Además, este procedimiento se puede utilizar para eliminar restos, sangre y coágulos gástricos para facilitar la endoscopia. <sup>28</sup>

**Endoscopia:** Este procedimiento tiene una alta sensibilidad y especificidad para identificar los puntos de sangrado en el tubo digestivo superior. Además, facilita el manejo de estas lesiones

logrando una hemostasia aguda y prevenir el sangrado recurrente <sup>23</sup>.

Puede ser útil administrar un agente procinético como eritromicina o irrigar el estómago previamente a este procedimiento para eliminar los residuos de sangre y otros contenidos gástricos. A pesar de las consideraciones previas, el estómago puede oscurecerse con sangre, lo que potencialmente dificulta obtener un diagnóstico definitivo o un adecuado manejo terapéutico. Los pacientes en los que ocurre esta dificultad, pueden requerir una segunda endoscopia para establecer el diagnóstico y potencialmente aplicar el tratamiento <sup>28</sup>.

- **Endoscopia precoz:** Se recomienda realizar una endoscopia digestiva alta en un plazo de 24 horas, pero solo después de que se haya proporcionado una reanimación adecuada. Para aquellos pacientes con sospecha de HDA por várices, realizamos una endoscopia dentro de las 12 horas posteriores a la presentación <sup>28</sup>.
- **Riesgos de la endoscopia:** Incluyen aspiración pulmonar, reacciones adversas a los medicamentos

utilizados para lograr la sedación consciente, perforación gastrointestinal y aumento del sangrado al intentar un tratamiento. Si bien los pacientes deben estar hemodinámicamente estables antes de someterse a una endoscopia, los datos sugieren que no es necesario tener un hematocrito en valores normales para someterse a una endoscopia de forma segura. Además, la endoscopia parece ser segura en pacientes con anticoagulación leve o moderada <sup>28</sup>.

Los riesgos frente a los beneficios de la endoscopia digestiva alta deben considerarse en pacientes de mayor riesgo, como aquellos con antecedente de infarto de miocardio reciente. En un estudio, por ejemplo, 200 pacientes que se sometieron a endoscopia dentro de los 30 días posteriores al infarto de miocardio (IM) se compararon con 200 controles emparejados por edad, sexo e indicación endoscópica. Las complicaciones (incluida la taquicardia ventricular mortal, el paro respiratorio cercano y la hipotensión leve) ocurrieron con mayor frecuencia en pacientes que habían tenido un IM reciente (8 frente a 2 por ciento) <sup>28</sup>.

- **Factor pronóstico endoscópico:** La HDA por úlceras pépticas se describen utilizando la clasificación de Forrest. Los estigmas de hemorragia reciente están presentes si se observa algo más que una base limpia de la úlcera (Forrest III) o más que un coágulo plano o base negra (Forrest IIc). Sin embargo, solo los pacientes con sangrado activo sangrado a chorro (Forrest Ia) o tipo babeante (Forrest Ib), un vaso visible que no sangra (Forrest IIa) o un coágulo adherido (Forrest IIb) generalmente se considera que tienen un alto riesgo de hemorragia recurrente. Los pacientes con estigmas de alto riesgo requieren tratamiento endoscópico para disminuir el riesgo de hemorragia recurrente. Por otro lado, los pacientes sin estigmas de alto riesgo se consideran de bajo riesgo y no requieren tratamiento endoscópico <sup>31</sup>.

#### **2.2.6. Tratamiento**

El tratamiento inicial de pacientes con hemorragia digestiva alta empieza por rehidratación IV, si es necesaria. En ocasiones e necesario realizar transfusiones de paquete globular, se debe

tener en cuenta que la sobre-transfusión se relaciona con una mayor mortalidad y resangrado <sup>24</sup>.

**Trasfusión sanguínea:** Se recomienda realizar transfusión de paquete globular cuando la hemoglobina sea <7 g/dL. Si hay antecedente de enfermedad cardiovascular: se deberá realizar transfusión de paquete globular con hemoglobina menor a 9 g/dL<sup>24</sup>.

**Inhibidores de bomba de protones:** Previa a la realización de del procedimiento endoscópico algunos autores recomiendan la administración de omeprazol IV 80mg en bolo seguido de 40mg cada 12 horas o infusión de 8mg/hora <sup>24</sup>.

**Sonda De Sengstaken-Blakemore:** Si la hemorragia es de tipo variceal masiva y no se ha logrado la realización de un examen endoscópico oportuno, se podría usar una sonda de Sengstaken-Blakemore <sup>24</sup>.

**Octreótide:** En personas con hemorragia digestiva alta por várices se recomienda la administración de octreótide 0.2 mg/mL IV en bolo de 50mcg seguido de infusión de 50 mcg/hora por 5 días <sup>24</sup>.

**Profilaxis antibiótica en HDA variceal:** En pacientes con HDA variceal sospechada o confirmada se recomienda profilaxis por 7 días con antibióticos como ciprofloxacino IV 200mg cada 12 horas o Ceftriaxona IV (1g cada 24h) que es recomendada en pacientes con cirrosis avanzada (Child Pugh B o C), en hospitales con alta prevalencia de infecciones resistentes a las quinolonas y en pacientes que han tenido profilaxis con quinolonas previamente <sup>24</sup>.

**Terapia médica preendoscópica con eritromicina:** Se recomienda una infusión de eritromicina previo al procedimiento endoscópico (recomendación condicional, calidad muy baja evidencia). La justificación del uso de un agente procinético como la eritromicina es para propulsar la sangre y coagular distalmente desde el tracto gastrointestinal superior y mejorar la visualización en la endoscopia, por lo tanto, mejorando el rendimiento diagnóstico, reducción de la repetición endoscopias y de la estancia hospitalaria <sup>25</sup>.

**Tratamiento endoscópico:** Se realiza con el fin de localizar el origen de la hemorragia y detener el sangrado. En pacientes con puntaje menor a dos en el Índice de Glasgow-Blatchford, podría

darse de alta sin necesidad de realizar un procedimiento endoscópico, es importante informar al paciente sobre la posibilidad de resangrado y orientarlo sobre cómo actuar en ese caso. Los pacientes con puntaje de dos o más en el Índice de Glasgow-Blatchford deberán ser evaluados por un gastroenterólogo, o referidos a un establecimiento de mayor complejidad. La realización de este procedimiento debería idealmente realizarse dentro de las 24 horas post-reanimación hemodinámica. En pacientes con sospecha de sangrado activo se sugiere que la realizar el examen endoscópico 12 horas después del inicio de la reanimación hemodinámica <sup>24</sup>.

- Inyección de adrenalina: Si la hemorragia es de tipo no variceal, se recomienda usar adrenalina junto con una terapia térmica o mecánica, conocida como terapia dual, solo a aquellos pacientes con estigmas de sangrado reciente <sup>24</sup>.
- En pacientes con HDA variceal esofágica se recomienda la ligadura con bandas en vez de escleroterapia. En caso de no controlarse el sangrado, se puede usar sonda de Sengstaken-Blakemore solo durante 24 horas. Si luego de colocar la sonda el sangrado se detiene, se puede someter al paciente a un segundo

examen endoscópico con posibilidad de hemostasia. En caso de hemorragia persistente a pesar de la sonda realizar TIPS o cirugía <sup>24</sup>. En caso de HDA variceal gástrica, se recomienda la administración de cianoacrilato en vez de ligadura y por último realizar TIPS o cirugía <sup>24</sup>.

**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 <sup>24</sup>.

**Endoscopia en tiempos de pandemia:** La pandemia de COVID-19 ha traído consigo dilemas en el manejo de pacientes con hemorragia gastrointestinal. Aunque la endoscopia puede servir convenientemente como herramienta diagnóstica y terapéutica, el riesgo de realizar el procedimiento y transmitir el virus puede superar el beneficio en pacientes con COVID-19. Esto es cierto para todos los procedimientos endoscópicos, de ahí los casos

marcadamente limitados realizados en centros de endoscopia en todo el mundo <sup>32</sup>.

En general, los pacientes ingresados HDA aguda deben someterse a una endoscopia dentro de las 24 horas posteriores a la presentación. Sin embargo, en la práctica, todavía se ha dado prioridad al tratamiento conservador. Los pacientes comienzan con líquidos intravenosos y fármacos IBPs. Las infusiones de octreótide se administran a pacientes con enfermedad hepática sospechada o conocida mientras se corrigen las coagulopatías. Por lo general, a los pacientes no se les da nada por día y se les facilita la transfusión de sangre según sea necesario. Con estas medidas, se evalúa con frecuencia el estado clínico de los pacientes y sus niveles de hemoglobina. Desafortunadamente, no existe una guía específica en el tratamiento de la HDA durante la pandemia, pero en la práctica, se observan los principios básicos de reanimación y optimización del manejo médico. Además, ninguna guía concreta ha establecido ningún umbral para realizar la endoscopia en pacientes que presentan con hemorragia gastrointestinal, pero generalmente se recomienda si un paciente no responde al tratamiento conservador dentro de las 24 horas <sup>32</sup>.

El momento de realización de la endoscopia es controversial, ya que la evidencia disponible varía en los estudios prepandémicos. Aunque la mayoría de los estudios favorecen la endoscopia temprana, hay algunos que han descrito peores resultados. Una investigación reciente de Lau et al. mostró que retrasar la endoscopia durante 24 horas no afecta la mortalidad a los 30 días en comparación con realizar una endoscopia antes. De manera similar, una serie de casos de Cavaliere et al. ha demostrado que 6 pacientes con COVID-19 respondieron al manejo conservador y no requirieron de un procedimiento endoscópico durante su curso clínico. Dado este dilema en el manejo endoscópico de la HDA, además del juicio clínico, se recomienda que las decisiones podrían tomarse mejor utilizando herramientas pronósticas como la escala de Glasgow-Blatchford para la clasificación de riesgo pre-endoscópico <sup>32</sup>.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Nivel descriptivo, tipo observacional, retrospectivo en el tiempo; de corte transversal, llevado a cabo en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019-2020.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población está constituida por todos los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el cual pertenece al Ministerio de Salud (MINSA), durante el periodo de estudio.

##### **3.2.1. Selección y tamaño de la muestra**

La determinación del tamaño y tipo de muestra no fue requerida, debido a que se incluyó para el análisis a toda la población de

estudio, es decir los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del HHUT durante el periodo 2019-2020, siendo un total de 120. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 112 historias clínicas.

### **3.2.2 Criterios de inclusión y exclusión**

#### 3.2.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta que ingresaron al servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna desde el 01 de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2020.
- Pacientes con clínica de hematemesis y/o melena que ingresaron al servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Historias clínicas de pacientes con edad mayor a 14 años.

#### 3.2.2.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes que cuya historia clínica se encuentre extraviada o incompleta.

- Pacientes que reingresaron por la misma causa al Hospital Hipólito Unanue durante el periodo de estudio.
- Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja, media u otros.

### **3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

#### HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) se define como aquel sangrado del aparato digestivo que ocurre por encima del ángulo de Treitz.

#### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

- a) Sexo: Características fenotípicas externas.
- b) Edad: Intervalo de tiempo entre el año de nacimiento y año en que ocurre el hecho.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- a) Hábitos nocivos y uso de medicamentos: Es el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos gastrolesivos relacionados con HDA.
- b) Antecedentes patológicos: patologías crónicas del sujeto de estudio.

- c) Manifestaciones clínicas: signos y síntomas relacionados con HDA como melena, hematemesis, dolor, hiporexia. Astenia, vómitos, síncope, pérdidas de peso, disnea, diaforesis y anorexia.
- d) Examen físico al ingreso: presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca, estado mental, palidez, ictericia, signos de hepatopatía en el examen físico abdominal.
- e) Valores de hemoglobina: cifra registrada en el examen de laboratorio de hemoglobina realizado al ingreso del paciente.
- f) Requerimiento de transfusión sanguínea: número de paquetes globulares transfundidos a los pacientes durante su hospitalización.
- g) Tiempo de hospitalización: Número de días transcurrido desde el ingreso al servicio de Emergencia hasta su egreso hospitalario.
- h) Condición de egreso: mejorado, fallecido, referido, retirado o fugado.

#### CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS

- a) Diagnóstico endoscópico: Causa de sangrado identificada mediante el examen endoscópico
  - a. HDA variceal: Debido a ruptura de várices esofágicas
  - b. HDA no variceal:
    - Síndrome de Mallory Weiss

- Esofagitis erosiva
- Úlcera gástrica
- Úlcera duodenal
- Gastritis erosiva
- Neoplasia
- Lesión de Dieulafoy
- Otras lesiones

b) Clasificación Forrest: Para el caso úlcera péptica se consignaron los estigmas de sangrado según Clasificación de Forrest.

c) Tratamiento endoscópico: Ligadura con banda elástica, inyectoterapia con adrenalina, colocación de endoclip.

d) Tiempo de realización de endoscopia: Número de horas transcurridas desde el ingreso al servicio de Emergencia hasta la realización de endoscopia digestiva superior.

DENOMINACIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	Sexo	Características sexuales secundarias	Sexo biológico indicado en la ficha de atención y/o historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
	Edad	Número de años vividos	Años indicados en la ficha de atención y/o historia clínica.	Cuantitativa	Razón	<21 años 21 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años 61 a 70 años 71 a 80 años 91 a 90 años >90 años
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Hábitos nocivos y uso de medicamentos	Antecedente de consumo de sustancias tóxicas o medicamentos	Hábitos nocivos o tratamientos gastrolesivos descritos en la historia clínica del paciente relacionados con HDA	Cualitativa	Nominal	Alcohol Ingesta de Aines Ingesta de ácido acetil salicílico Ingesta de antiulcerosos Tabaco Alcohol Ingesta de Aines
	Antecedentes patológicos	Historia de enfermedades o hechos que se asocian a HDA	Enfermedades descritas en la historia clínica del paciente	Cualitativa	Nominal	Episodio HDA previo Cirrosis Enfermedad ulcero-péptica Anemia HTA Diabetes Mellitus 2 Artropatía ERC Neoplasia
	Manifestaciones clínicas	Problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección.	Manifestaciones subjetivas relacionadas a la HDA descrita por el paciente	Cualitativa	Nominal	Melena Hematemesis Astenia Dolor Vómitos Sincope Pérdida de peso Disnea Diaforesis Anorexia
	Examen Físico	Exploración clínica realizada en el paciente	Manifestaciones	Cualitativa	Nominal	Presión arterial <90 mmHg Frecuencia cardíaca >100

		objetivas de HDA realizadas al ingreso del paciente			Lúcido Confuso Inconsciente
					Palidez Ictericia
					Dolor abdominal Ascitis Circulación colateral
Valores de hemoglobina	Proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno	Nivel de hemoglobina registrado al ingreso del paciente	Cuantitativa	Continuo	Valor de hemoglobina
Requerimiento de transfusión sanguínea	Necesidad de transfusión de paquetes globulares	Paquetes globulares transfundidos durante la hospitalización	Cuantitativa	Discreto	1, 2, 3, 4, 5
Tiempo de hospitalización	Tiempo transcurrido desde el ingreso hospitalario hasta el egreso del paciente	Número de días transcurrido desde la fecha de ingreso hasta la fecha de egreso	Cuantitativa	Razón	<1 1 a 5 6 a 10 >10
Condición de egreso	Condición al momento del alta	Tipo de condición de egreso	Cualitativa	Nominal	Mejorado Fallecido Referido Retirado Fugado
	Diagnóstico endoscópico	Causa de sangrado determinado por evaluación endoscópica	Descripción de hallazgos de endoscopia digestiva alta		Várices esofágicas Várices gástricas Síndrome de Mallory Weiss Esofagitis erosiva Úlcera gástrica Úlcera duodenal Gastritis erosiva Neoplasia Lesión de Dieulafoy Várices esofágicas

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS	Clasificación endoscópica Forrest	Escala que permite clasificar el carácter y gravedad del sangrado de las úlceras pépticas.	Clasificación de la lesión según Forrest indicada en el informe endoscópico	Cualitativa	Ordinal	Forrest Ia Forrest Ib Forrest IIa Forrest IIb Forrest IIc Forrest III
	Tratamiento endoscópico	Técnica usada para detener la hemorragia digestiva	Tipo de técnica terapéutica descrita en el informe	Cualitativa	Nominal	Ligadura Inyectoterapia Clip
	Tiempo de realización de endoscopia	Tiempo transcurrido desde el ingreso hospitalario hasta la realización de endoscopia	Número de horas transcurridas desde el ingreso al servicio de Emergencia hasta la realización de endoscopia	Cuantitativa	Intervalo	<24 horas 24 a 48 horas 48 a 72 horas >72 horas

### **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO**

**TÉCNICA:** La recolección de datos fue a través del instrumento fue elaborado por el autor del estudio, donde se designa las características epidemiológicas, clínicas y endoscópicas. Posteriormente, con la autorización del director del Hospital Hipólito Unanue, se procedió a revisar las historias clínicas de aquellos pacientes que ingresaron al servicio de Emergencia durante el periodo 2019-2020 que tuvieron como diagnóstico de egreso hemorragia digestiva alta, utilizando para esto la ficha de recolección de datos, siendo pasados por los criterios de inclusión y exclusión. conjuntamente a esto se solicitó apoyo del área de Estadística e Informática.

**INSTRUMENTO:** La ficha de recolección de datos, tiene como nombre: "Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019 - 2020" teniendo 15 ítems dividida en 3 partes, características epidemiológicas, clínicas y endoscópicas.

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para determinar la población se utilizó información brindada por la Oficina de Estadística de informática, consignando el número de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de HDA (cie 10 K92.0) del Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el periodo entre enero 2019 y diciembre 2020.

Posteriormente, se solicitó al área de informática y archivo las respectivas historias clínicas para la recolección de información mediante una ficha. Por último, se ordenó los datos recolectados de las fichas a un medio informático como el programa Excel. Se determinó tablas de frecuencia para el cálculo de los porcentajes a través del programa STATA v15. Las variables cualitativas fueron expresadas usando frecuencias y porcentajes mientras que variables cuantitativas utilizando medidas de tendencia central. La relación entre variables se analizó mediante la prueba de Chi cuadrado y Prueba exacta de Fisher. Para analizar el tiempo hasta la realización de endoscopia según periodo pre y post pandemia se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney. Finalmente, después de las tablas obtenidas, se hizo la interpretación y análisis de los resultados obtenidos.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS**

En el presente estudio, los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de 2019-2020 fueron 120. De los cuales 8 fueron excluidos debido a que no cumplían los criterios de inclusión; por lo que la población de estudio fue de 112 pacientes. A continuación, se describen los resultados de las características epidemiológicas, clínicas y endoscópicas.

**TABLA N° 01**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO**

<b>SEXO</b>	<b>HDA no variceal</b>		<b>HDA variceal</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Femenino	33	37,08	7	30,43	40	35,71
Masculino	56	62,92	16	69,57	72	64,29
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>	<b>23</b>	<b>100,00</b>	<b>112</b>	<b>100,00</b>

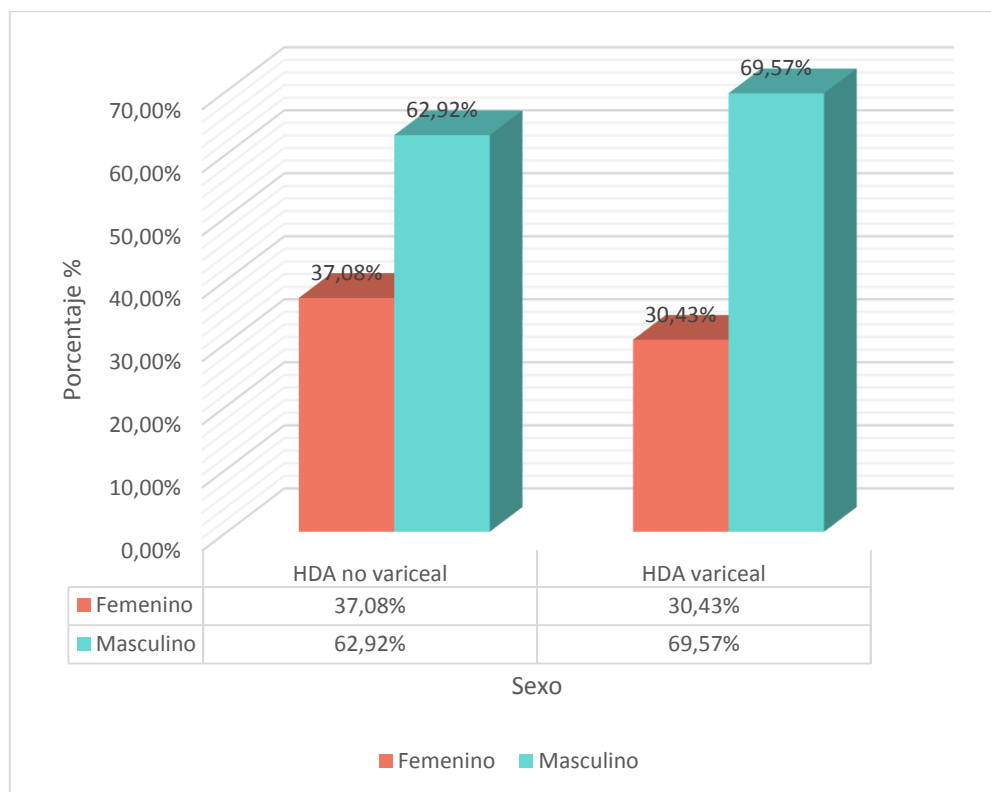
Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### **DESCRIPCIÓN**

Respecto a la distribución según sexo de pacientes con HDA atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los años 2019 y 2020 en la TABLA N° 01, se observa que de los 112 pacientes 72 (64,29%) fueron del sexo masculino y 40 (35,71%) fueron del sexo femenino, con una relación de 1,8:1. El sexo predominante en HDA no variceal y HDA variceal fue masculino en un 62,92% y 69,57% respectivamente.

Chi cuadrado = 0.3514      G. libertad = 1      p = 0.553

**GRÁFICO N° 01**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO**



Fuente: TABLA N° 1.

**TABLA N° 02**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD**

EDAD	HDA no variceal		HDA variceal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<21 años	4	4,49	0	0,00	4	3,57
21 a 30 años	8	8,99	0	0,00	8	7,14
31 a 40 años	7	7,87	3	13,04	10	8,93
41 a 50 años	10	11,24	1	4,35	11	9,82
51 a 60 años	13	14,61	8	34,78	21	18,75
61 a 70 años	23	25,84	5	21,74	28	25,00
71 a 80 años	16	17,98	4	17,39	20	17,86
91 a 90 años	5	5,62	2	8,70	7	6,25
>90 años	3	3,37	0	0,00	3	2,68
Total	89	100,00	23	100,00	112	100,00

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### DESCRIPCIÓN

Respecto a la distribución de paciente según edad en la TABLA N° 02, se observa que el grupo etario con mayor incidencia es de 61 a 70 años representando el 25%, seguido de los grupos etarios de “51 a 60 años” y “71 a 80 años” que representaron el 18,75% y 17,86% respectivamente. La edad mínima fue de 15 años y la edad máxima fue de 95 años, la media de las edades fue de 57,7 años (DS: +/-18,4 años). El grupo etario más frecuente en HDA no variceal fue 61 a 70 años (25,84%) y en HDA variceal fue 51 a 60 años (34,78%).

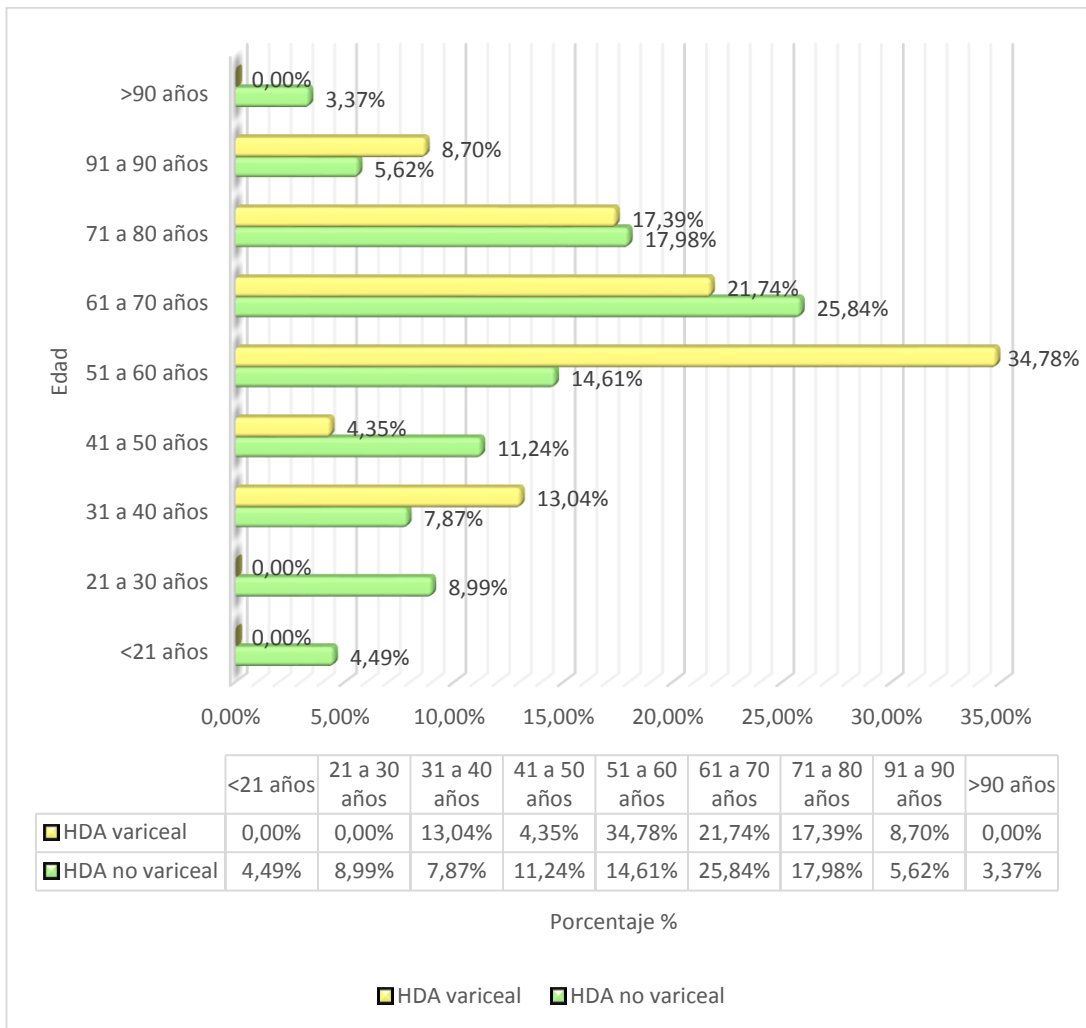
Edad promedio  $\pm$  DS (Rango)

- Varones:  $54,3 \pm 19,06$  años (15 a 91 años)

- Mujeres:  $63,85 \pm 15,6$  años (25 a 95 años)

Prueba t = 2.6790 G. libertad = 110 p = 0,0085

**GRÁFICO N° 02**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD**



Fuente: TABLA N° 2.

**TABLA N° 03**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN HÁBITOS NOCIVOS Y USO DE**  
**MEDICAMENTOS**

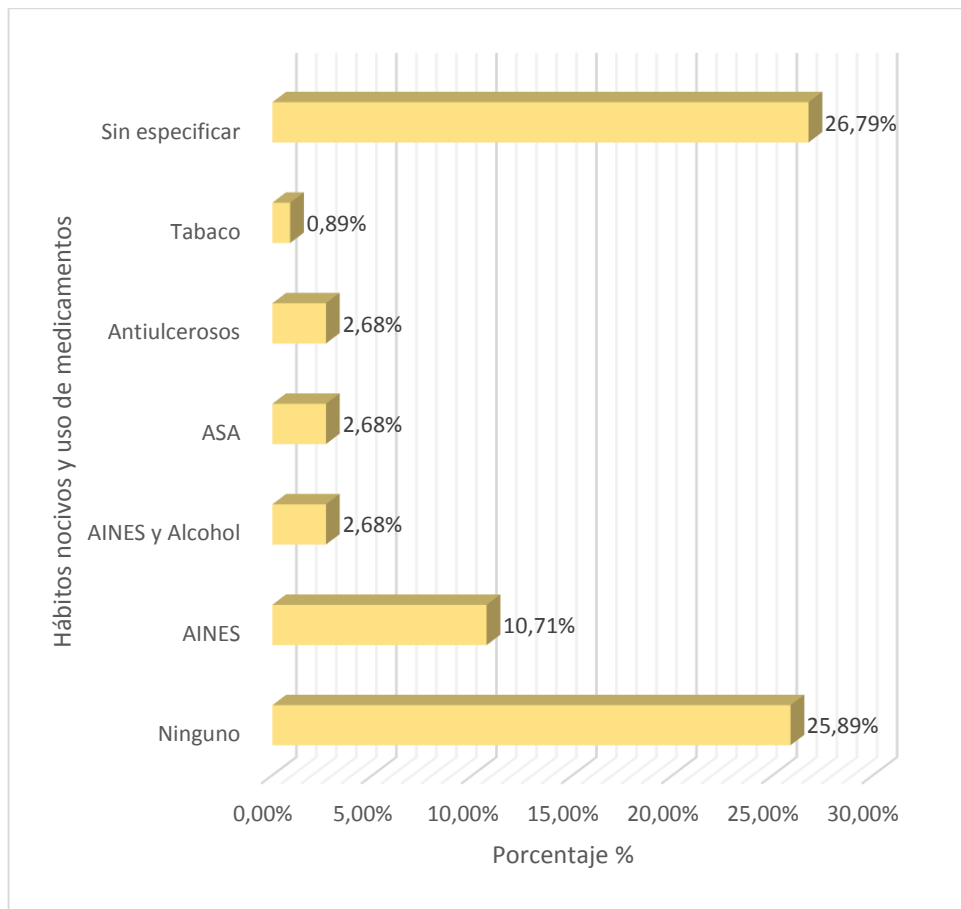
<b>HÁBITO NOCIVO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Alcohol	31	27,68
AINES	12	10,71
AINES Y OH	3	2,68
ASA	3	2,68
Antiulcerosos	3	2,68
Tabaco	1	0,89
Ninguno	29	25,89
Sin especificar	30	26,79
Total	112	100

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### **DESCRIPCIÓN**

Respecto a la distribución según hábitos nocivos y uso de medicamentos frecuente de pacientes con HDA en la TABLA N° 03, se observa que de los 112 pacientes el hábito nocivo con mayor incidencia es el consumo de alcohol representando el 27,68%, seguido del consumo de AINES que representa el 13,39%. El 25,89% niegan antecedentes de hábitos nocivos y/o consumo de medicamentos.

**GRÁFICO N° 03**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN HÁBITOS NOCIVOS Y USO DE**  
**MEDICAMENTOS**



Fuente: TABLA N° 3.

**TABLA N° 04**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

<b>Antecedentes</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
HDA	30	26,79
Cirrosis	30	26,79
Enf, ulcero-péptica	23	20,54
Anemia	22	19,64
HTA	16	14,29
Diabetes Mellitus 2	14	12,50
Artropatía	13	11,61
ERC	8	7,14
Neoplasia	6	5,36
Infección SARS-CoV2	5	4,46
Otros	23	20,54
Sin antecedentes	26	23,21

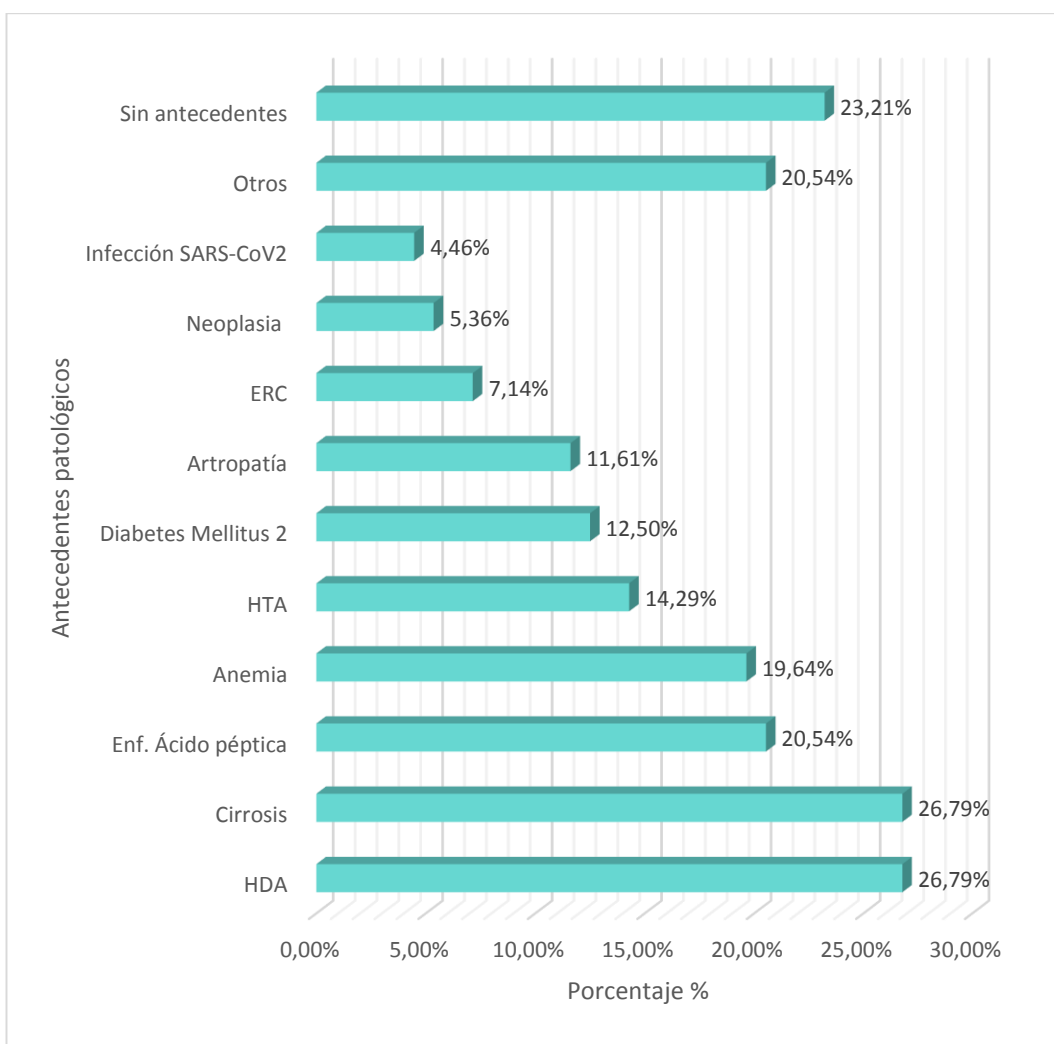
Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

## **DESCRIPCIÓN**

Respecto a la distribución según antecedentes patológicos de pacientes en la TABLA N° 04, se observa que, de los 112 pacientes, el 26,79% refirió antecedente de una hemorragia digestiva previa, el 26,79% refirió diagnóstico de cirrosis, el 20,54% tenían diagnóstico anterior de enfermedad ácido péptica, el 19,64% refirió anemia. Entre otras patologías, destacan la hipertensión arterial 14,29%, diabetes mellitus tipo 2 en 12,50%, artropatías degenerativas en 11,61%, enfermedad renal crónica

en 7,14%, neoplasia en 5,36% y el 4.46% refirió antecedente de infección por SARS Cov-2, El 20,54% refirió otros antecedentes. Un 23,21% refirió que no presentó ningún antecedente de importancia relacionado a la hemorragia digestiva actual.

**GRÁFICO N° 04**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**



Fuente: TABLA N° 4.

**TABLA N° 05**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS**  
**AL EPISODIO ACTUAL**

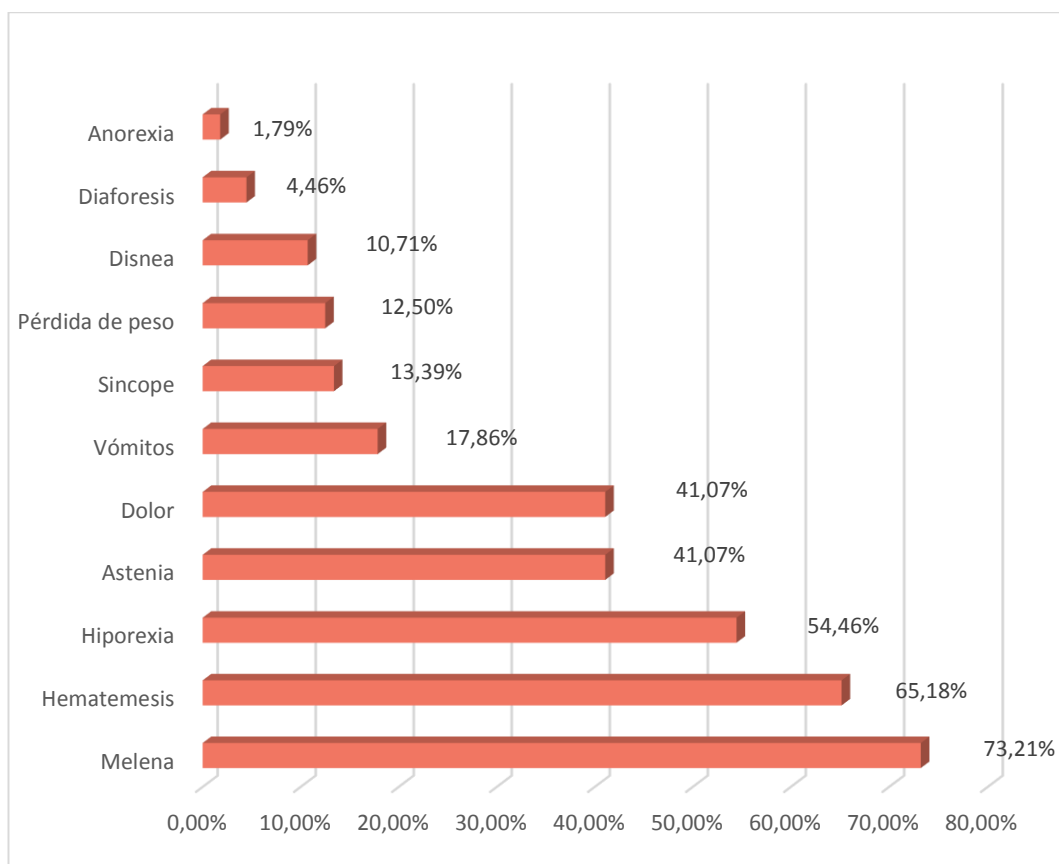
<b>Clínica</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Melena	82	73,21
Hematemesis	73	65,18
Hiporexia	61	54,46
Astenia	46	41,07
Dolor	46	41,07
Vómitos	20	17,86
Síncope	15	13,39
Pérdida de peso	14	12,50
Disnea	12	10,71
Diaforesis	5	4,46
Anorexia	2	1,79

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### **DESCRIPCIÓN**

Respecto a la distribución según manifestaciones clínicas asociadas al episodio actual de HDA en la TABLA N° 05, se observa que, de los 112 pacientes, el más frecuente fue melena 73,21%, acompañado de hematemesis 65,18%. El 54,46% de pacientes refirió hiporexia, el 41,07% refirió astenia, el 41,07% refirió dolor, en un 17,86% manifestó vómitos, un 13,39% presentó síncope y un 12,50% refirió pérdida de peso. Los síntomas menos frecuentes fueron disnea 10,71%, diaforesis 4,46% y anorexia 1,79%.

**GRÁFICO N° 05**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS**  
**AL EPISODIO ACTUAL**



Fuente: TABLA N° 5.

**TABLA N° 06**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EXAMEN FÍSICO**

Examen	Signo	HDA no variceal		HDA variceal		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Presión arterial	Normal	59	66,29	13	56,52	72	64,29
	PAS<90mmHg	30	33,71	10	43,48	40	35,71
Frecuencia cardiaca	Normal	44	49,44	10	43,48	54	48,21
	FC >100	45	50,56	13	56,52	58	51,79
Estado mental	Lúcido	70	78,65	19	82,61	89	79,46
	Confuso	14	15,73	2	8,70	16	14,29
	Inconsciente	5	5,62	2	8,70	7	6,25
Piel	Sin alteraciones	8	8,99	1	4,35	9	8,04
	Palidez	74	83,15	17	73,91	91	81,25
	Palidez e ictericia	6	6,74	5	21,74	11	9,82
	Ictericia	1	1,12	0	0,00	1	0,89
Examen abdominal	Sin alteraciones	30	33,71	7	30,43	37	33,04
	Dolor abdominal	54	60,67	12	52,17	66	58,93
	Ascitis	4	4,49	4	17,39	8	7,14
	Circulación colateral	1	1,12	0	0,00	1	0,89

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### DESCRIPCIÓN

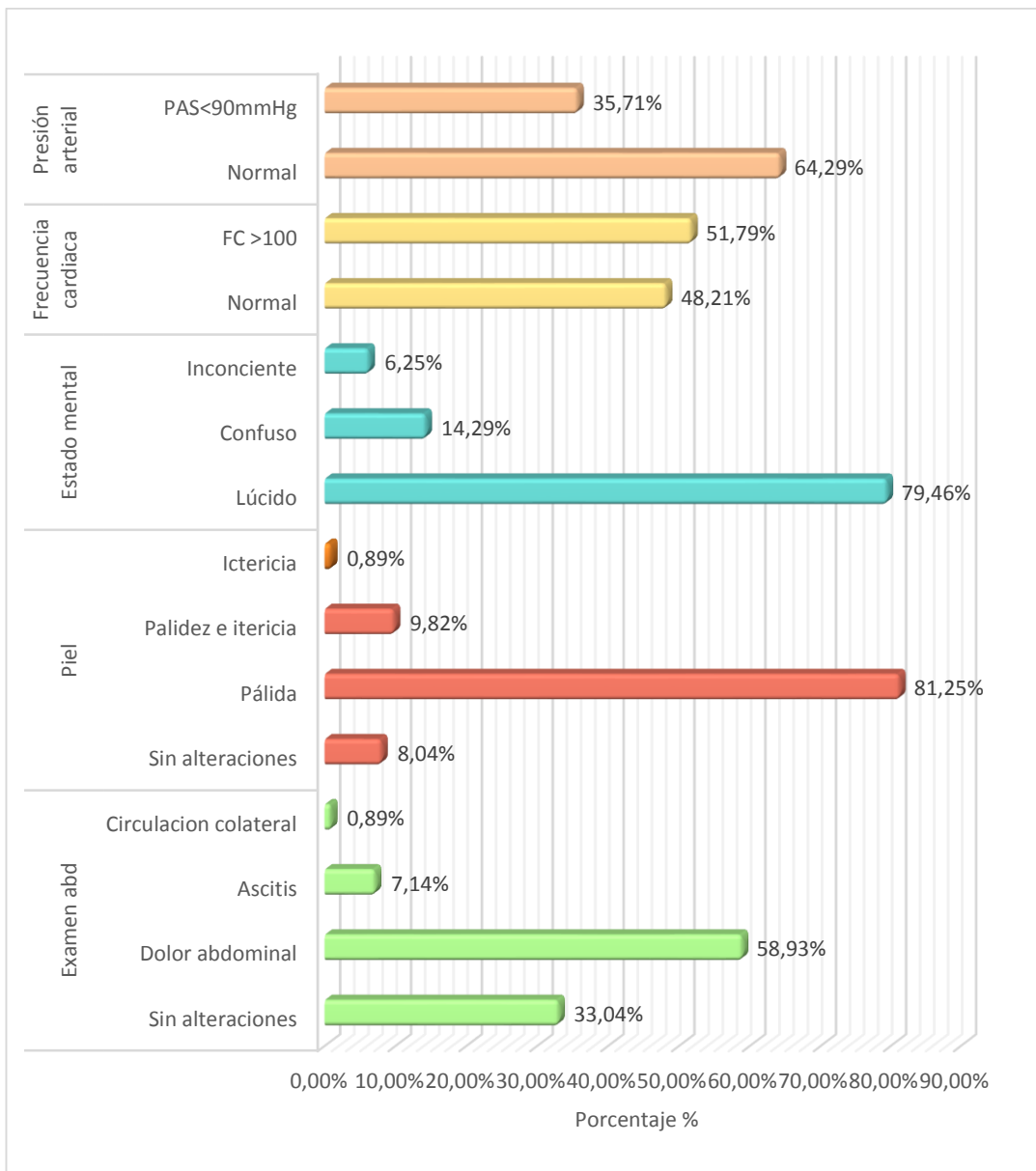
Respecto a la distribución según hallazgos en el examen físico de pacientes con HDA en la TABLA N° 06 se observa que de los 112 pacientes el 35,71% presentó hipotensión. El 51,79% presentó taquicardia. El promedio de frecuencia cardiaca fue de 101 lat/min (DS +/-22,9). Además, el valor mínimo y máximo de frecuencia cardiaca fue 15 y 157 latidos por minuto.

Respecto al estado mental al ingreso, se observó que el 79,46% estuvo en estado lúcido; el 14,29% confuso y el 6,25% llegó en estado inconsciente. Respecto a las características de la piel y mucosas de los pacientes, el 81,25% presentó palidez, el 9,82% palidez e ictericia y el 0,89% solo ictericia.

En cuanto al examen físico preferencial, el 58,93% presentó dolor abdominal, el 7,14% presentó ascitis y solo el 0,89% presentó circulación colateral.

Según el tipo de HDA, de los pacientes con HDA no variceal el 33,71% presentó hipotensión; 50,56% taquicardia; alteración del estado mental 21,35%; palidez 83,15% y dolor abdominal en el 60,67%. Por otro lado, el grupo de pacientes con HDA tipo variceal presentó hipotensión en un 43,58%; taquicardia 56,52%; alteración del estado mental 17,4%; palidez 73,91% y dolor abdominal en el 52,17%.

**GRÁFICO N° 06**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EXAMEN FÍSICO**



Fuente: TABLA N° 6.

**TABLA N° 07**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN VALORES DE HEMOGLOBINA**

Hb (g/dl)	HDA no variceal		HDA variceal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
2 a 2,9	2	2,27	0	0,00	2	1,80
3 a 3,9	6	6,82	0	0,00	6	5,41
4 a 4,9	11	12,50	3	13,04	14	12,61
5 a 5,9	14	15,91	4	17,39	18	16,22
6 a 6,9	16	18,18	5	21,74	21	18,92
7 a 7,9	7	7,95	1	4,35	8	7,21
8 a 8,9	8	9,09	3	13,04	11	9,91
9 a 9,9	6	6,82	4	17,39	10	9,01
10 a 10,9	8	9,09	2	8,70	10	9,01
11 a 11,9	3	3,41	1	4,35	4	3,60
12 a 12,9	2	2,27	1	4,35	3	2,70
13 a 13,9	1	1,14	0	0,00	1	0,90
14 a 14,9	2	2,27	0	0,00	2	1,80
15 a 15,9	1	1,14	0	0,00	1	0,90
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100,00</b>	<b>23</b>	<b>100,00</b>	<b>111</b>	<b>100,00</b>

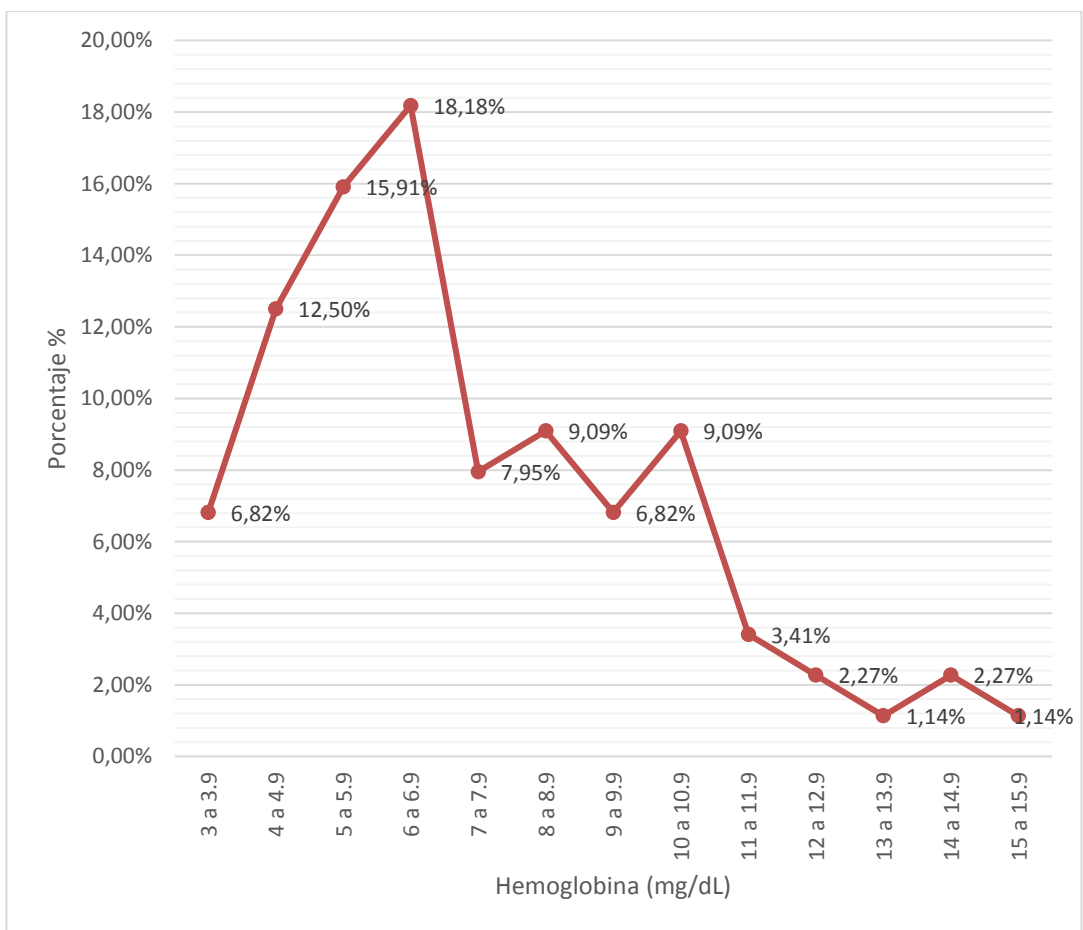
Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### DESCRIPCIÓN

Respecto a la distribución según valores de hemoglobina de pacientes con HDA en la TABLA N° 07 se observa que, de los 111 pacientes, el 18,92% tienen valores entre 6 a 6,9 g/dl; un 16,22% tienen valores entre 5 a 5,9 g/dl; el 12,61% tienen valores entre 4 a 4,9 g/dl; un 9,91% tienen valores entre 8 a 8,9 g/dl; asimismo un 9,01% tienen valores entre 9 a 9,9 y 10 g/dl

a 10,9 g/dl en ambos casos; el 7,21% tienen valores entre 7 a 7,9 g/dl; un 5,41% tienen valores entre 3 a 3,9 g/dl; el 3,60% tienen valores entre 11 a 11,9 g/dl; un 2,70% tienen valores entre 12 a 12,9 g/dl; un 1,80% tienen valores entre 2 a 2,9 y 14 a 14,9 g/dl en ambos casos; y finalmente el 0,90% arrojaron valores comprendidos entre 13 a 13,9 y 15 a 15,9 g/dl. El valor promedio de hemoglobina fue de 7,31 (DS +/- 2,76) con un mínimo y máximo valor de 2,6 y 15,1 respectivamente. Según el tipo de HDA el promedio de hemoglobina en HDA no variceal fue 7,25 g/dl (DS +/-2,88) y en HDA variceal fue 7,53 g/dl (DS +/-2,33).  $p=0.6604$ . Además 69 pacientes (62,17%) presentaron anemia grave ( $Hb < 8$ ).

**GRÁFICO N° 07**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN VALORES DE HEMOGLOBINA**



Fuente: TABLA N° 7.

**TABLA N° 08**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN**  
**SANGUÍNEA**

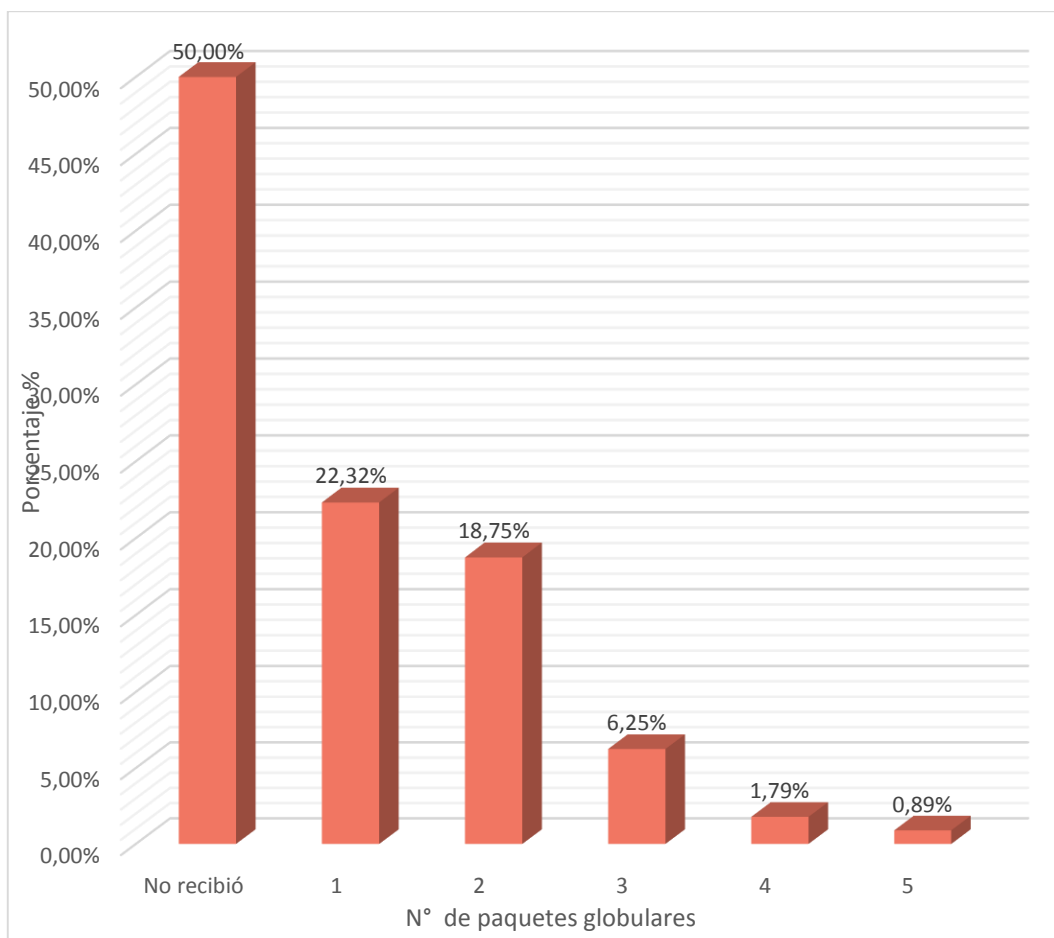
<b>N° de PG</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No recibió	56	50,00
1	25	22,32
2	21	18,75
3	7	6,25
4	2	1,79
5	1	0,89
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### **DESCRIPCIÓN**

Respecto a la distribución según requerimiento de transfusión sanguínea en pacientes con HDA en la TABLA N° 08 se observó que el 50% recibió transfusión de paquete globular; el 22,32% requirió transfusión de 1 paquete globular, un 18,75% requirió 2 paquetes globulares, el 6,25% requirió 3 paquetes globulares; un 1,79% requirió 4 paquetes globulares; asimismo solo el 0,89% requirió 5 paquetes globulares. El promedio de paquetes globulares que recibieron los pacientes fue de 1 paquete globular.

**GRÁFICO N° 08**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN**  
**SANGUÍNEA**



Fuente: TABLA N° 8.

**TABLA N° 09**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN**

<b>DÍAS</b>	<b>HDA no variceal</b>		<b>HDA variceal</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<1	0	0,00	1	4,35	1	0,89
1 a 5	38	42,70	8	34,78	46	41,07
6 a 10	31	34,83	10	43,48	41	36,61
>10	20	22,47	4	17,39	24	21,43
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>	<b>23</b>	<b>100,00</b>	<b>112</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### **DESCRIPCIÓN**

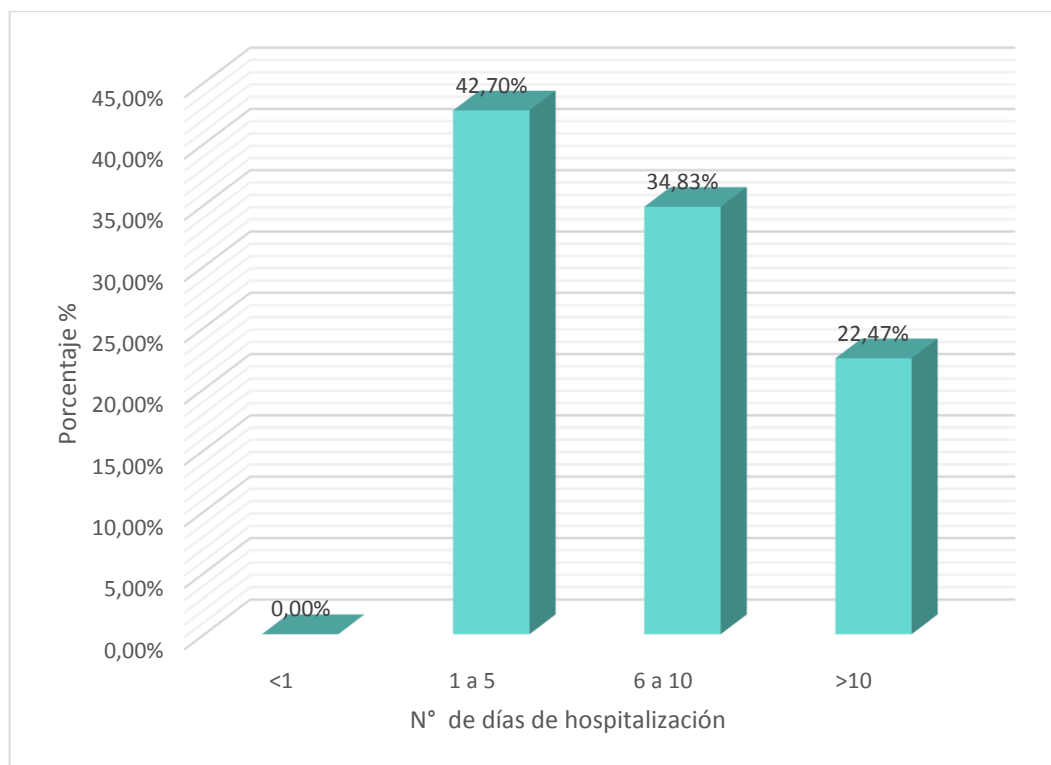
Respecto a la distribución según tiempo de hospitalización de pacientes con HDA en la TABLA N° 09 se observa que, de los 112 pacientes el 41,07% tuvo un tiempo de hospitalización de 1 a 5 días; el 36,61% 6 a 10 días; un 21,43% tuvo un tiempo de hospitalización menor a 1. El tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 8,1 días (DS +/- 6,8); siendo 8,35 días para HDA no variceal y 7,21 días para HDA variceal.

Chi cuadrado = 4,7417

G. libertad = 2

p = 0,192

**GRÁFICO N° 09**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN**



Fuente: TABLA N° 9.

**TABLA N° 10**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE EGRESO**

EGRESO	HDA no variceal		HDA variceal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mejorado	62	69,66	16	69,57	78	69,64
Fallecido	14	15,73	6	26,09	20	17,86
Referido	5	5,62	0	0,00	5	4,46
Retirado o fugado	8	8,99	1	4,35	9	8,04
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>	<b>23</b>	<b>100,00</b>	<b>112</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### **DESCRIPCIÓN**

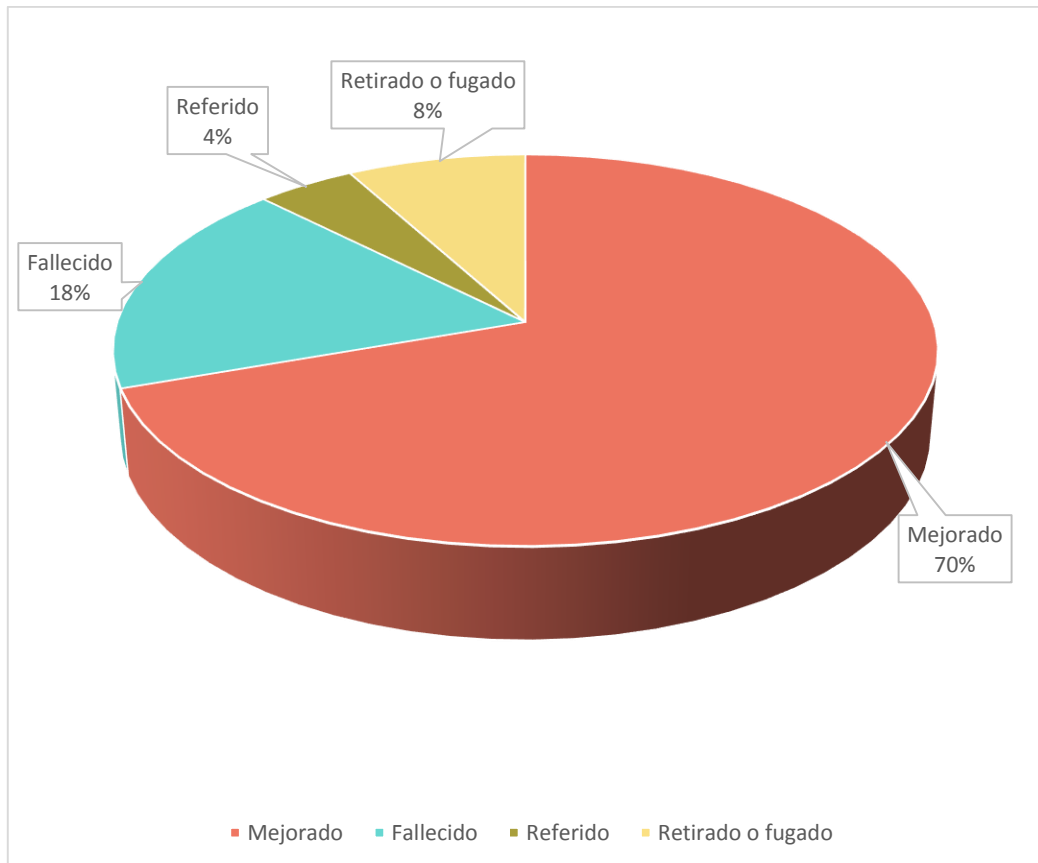
Respecto a la distribución según condición de egreso de pacientes con HDA en la TABLA N° 10 se observa la predominancia de pacientes en condición de mejorado con un 69,64%; el 17,86% egresaron en condición de fallecidos; un 8,04% egresaron en condición de retiro voluntario o fugado; por último, el 4,46% fueron referidos a un hospital de mayor complejidad. La mortalidad según tipo de HDA fue 15,73% en pacientes con HDA no variceal y 26,09% en HDA variceal.

Chi cuadrado = 3,0744

G. libertad = 4

p = 0,545

**GRÁFICO N° 10**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE EGRESO**



Fuente: TABLA N° 10.

#### 4.1.3. De las características endoscópicas

**TABLA N° 11**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO**

Ubicación	Diagnóstico	Femenino		Masculino		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
ESÓFAG O (n=28; 31,11%)	Várices esofágicas	5	5,56	14	15,56	19	21,11
	Mallory Weiss	1	1,11	4	4,44	5	5,56
	Esofagitis erosiva	2	2,22	2	2,22	4	4,44
ESTÓMAGO (n=45; 50%)	Úlcera gástrica	13	14,44	13	14,44	26	28,89
	Gastritis erosiva	1	1,11	3	3,33	4	4,44
	Neoplasia gástrica	1	1,11	3	3,33	4	4,44
	Várices gástricas	2	2,22	2	2,22	4	4,44
	Gastritis atrófica	1	1,11	1	1,11	2	2,22
	Lesión de mucosa gástrica	0	0,00	1	1,11	1	1,11
	Lesión de Dieulafoy	1	1,11	0	0,00	1	1,11
	Pangastritis erosiva	0	0,00	1	1,11	1	1,11
	Gastropatía hipertensiva	0	0,00	1	1,11	1	1,11
	Gastritis eritematosa	0	0,00	1	1,11	1	1,11
	DUO DEN O	Úlcera duodenal	3	3,33	11	12,22	14
MIXTO (n=3; 3,33%)	Úlcera gástrica y duodenal	0	0,00	1	1,11	1	1,11
	Úlcera de Cameron	0	0,00	1	1,11	1	1,11
	Gastroduodenitis erosiva	0	0,00	1	1,11	1	1,11
TOTAL		30	33,33	60	66,67	90	100,00

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

## **DESCRIPCIÓN**

Respecto a la distribución según diagnóstico endoscópico en pacientes con HDA en la TABLA N° 11 se observó que un 31,11% tuvieron lesiones esofágicas; de los cuales el 21,11% presentó sangrado por várices esofágicas; seguido de Síndrome de Mallory Weiss con un 5,56% y esofagitis erosiva con un 4,44%.

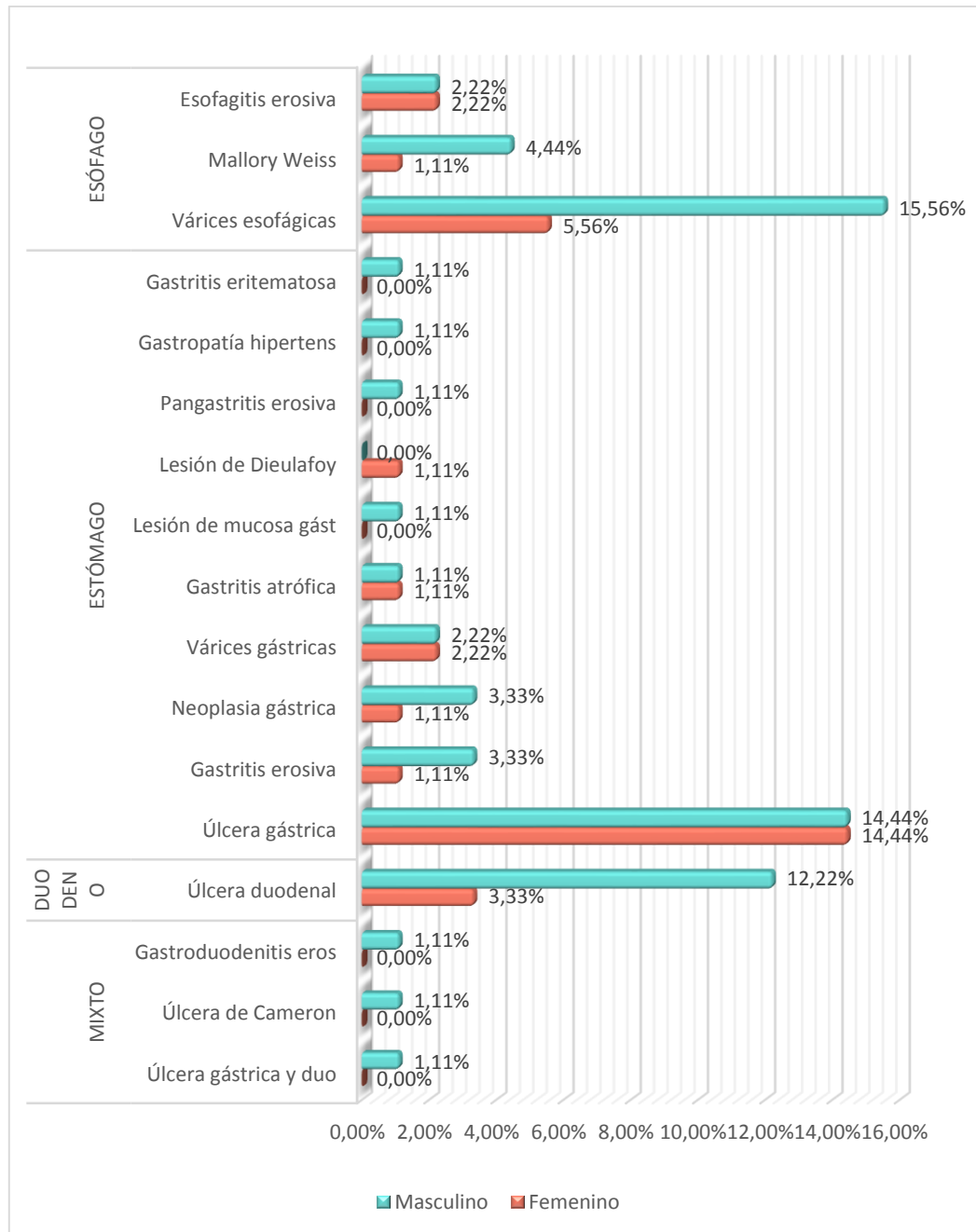
Por otro lado, la mayor incidencia de diagnóstico endoscópico fueron las lesiones gástricas con un 50%; dentro de las cuales la úlcera gástrica representó el 28,89%; el 4,44% presentó el diagnóstico de gastritis erosiva, neoplasia gástrica y várices gástricas para los casos mencionados; un 2,22% presentó gastritis atrófica; seguido de lesión de mucosa gástrica, lesión de Dieulafoy, pangastritis erosiva, gastropatía hipertensiva, y gastritis eritematosa en un 1,11% para todos los casos.

En cuanto a las lesiones duodenales, el diagnóstico de úlcera duodenal representó el 15,56%. Finalmente, un 3,33% tuvieron lesiones en más de una localización topográfica; dentro de los cuales la úlcera gástrica y duodenal, úlcera de Cameron y gastroduodenitis erosiva representaron el 1,11% para los casos mencionados.

Las várices esofágicas fueron la causa de HDA con mayor porcentaje en el sexo masculino con un 15,56%, por otro lado, la úlcera gástrica fue la causa más frecuente en el sexo femenino con un 14,44%.

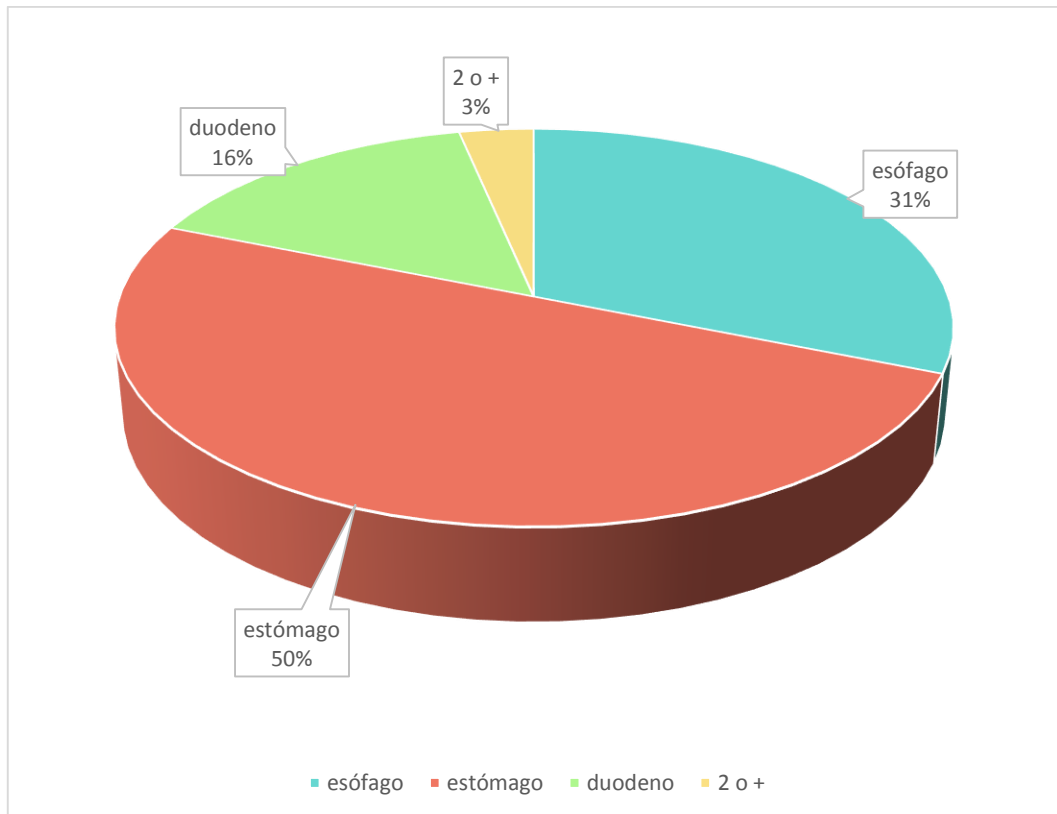
El estudio endoscópico se realizó en el 77,6% de pacientes.

**GRÁFICO N° 11a**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO**



Fuente: TABLA N° 11.

**GRÁFICO N° 11b**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN ANATÓMICA**



Fuente: TABLA N° 11.

**TABLA N° 12**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA FORREST**

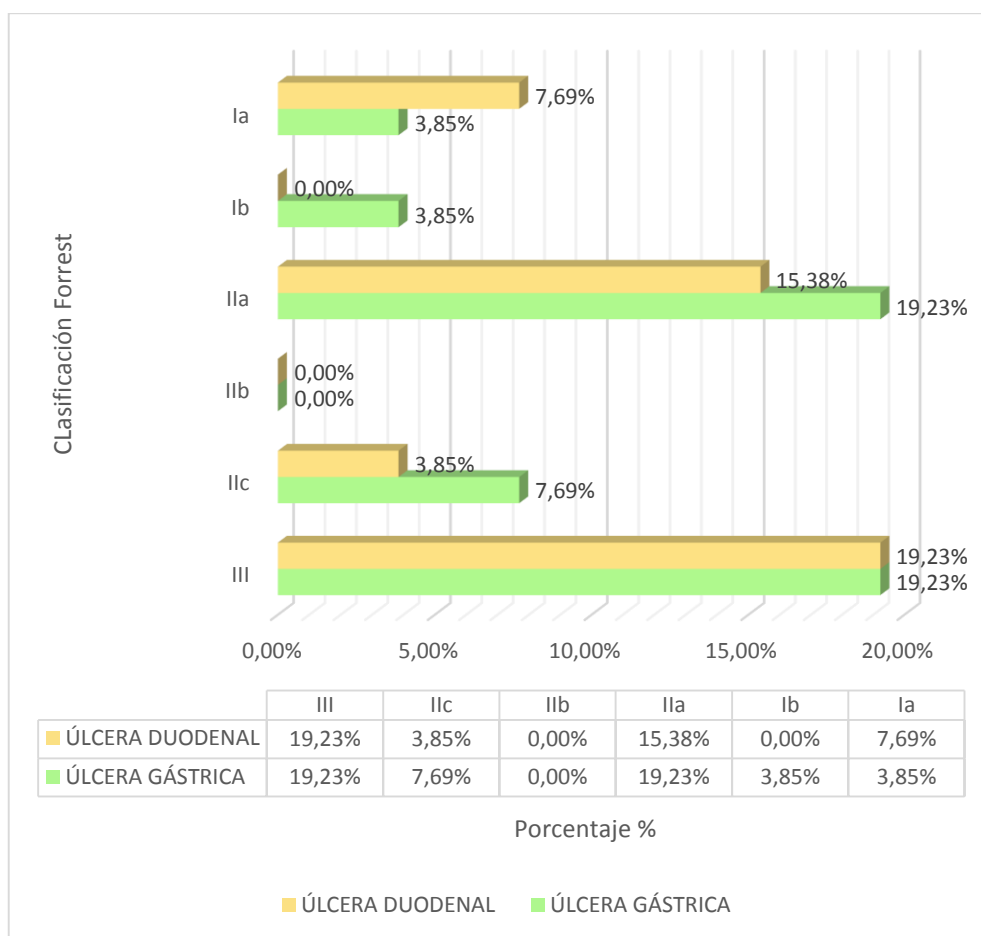
Clasificación	Úlcera gástrica		Úlcera duodenal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ia	1	3,85	2	7,69	3	11,54
Ib	1	3,85	0	0,00	1	3,85
Ila	5	19,23	4	15,38	9	34,62
Ilb	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Ilc	2	7,69	1	3,85	3	11,54
III	5	19,23	5	19,23	10	38,46
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>53,85</b>	<b>12</b>	<b>46,15</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### **DESCRIPCIÓN**

Respecto a la distribución según clasificación endoscópica de pacientes con HDA en la TABLA N° 12 se observó que de 26 pacientes el 38,46% presentó clasificación III siendo esta la de mayor incidencia. Según el tipo de úlcera péptica; el 3,85 % reportó úlcera gástrica y el 7,69% úlcera duodenal presentaron clasificación Forrest IA; un 3,85 % de pacientes con úlcera gástrica presentaron clasificación Forrest de IB; el 19,23% con úlcera gástrica y el 15,38% con úlcera duodenal presentaron clasificación Forrest de IIA; ningún paciente presentó clasificación Forrest de IIB; el 7,69% de úlcera gástrica y el 3,85% de pacientes con úlcera duodenal presentaron clasificación Forrest de IIC; por último el 19,23% con úlcera gástrica y un 19,23% con úlcera duodenal presentaron clasificación Forrest de III.

**GRÁFICO N° 12**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA FORREST**



Fuente: TABLA N° 12.

**TABLA N° 13**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO**

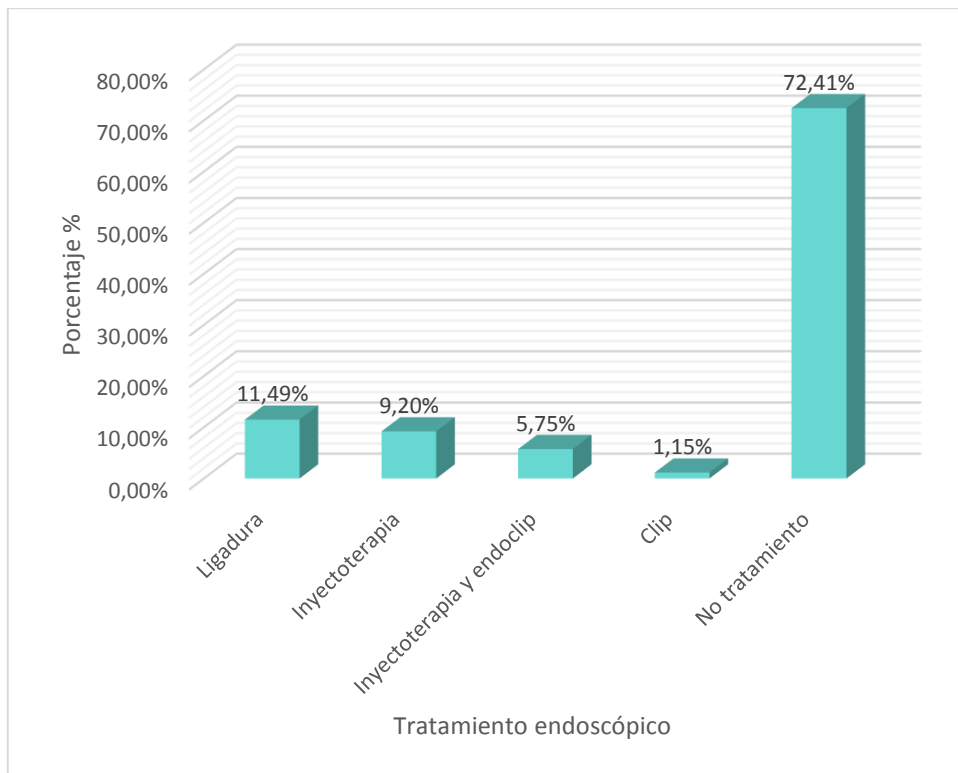
<b>Tratamiento endoscópico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ligadura	10	11,49
Inyectoterapia	8	9,20
Inyectoterapia y endoclip	5	5,75
Clip	1	1,15
No tratamiento	63	72,41
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### **DESCRIPCIÓN**

Respecto a la distribución según tipo de tratamiento endoscópico en pacientes con HDA del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los años 2019 y 2020 en la TABLA N° 13 se observó que de 87 pacientes el 11,49% recibió como tratamiento ligadura con banda elástica; el 9,20% recibió como tratamiento endoscópico inyectoterapia; el 5,75% recibió como tratamiento inyectoterapia + endoclip; un 1,15% recibió como tratamiento endoscópico colocación de endoclip. Por otro lado, el 72,41% solo requirió endoscopia diagnóstica.

**GRÁFICO N° 13**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO**



Fuente: TABLA N° 13.

**TABLA N° 14**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIA**

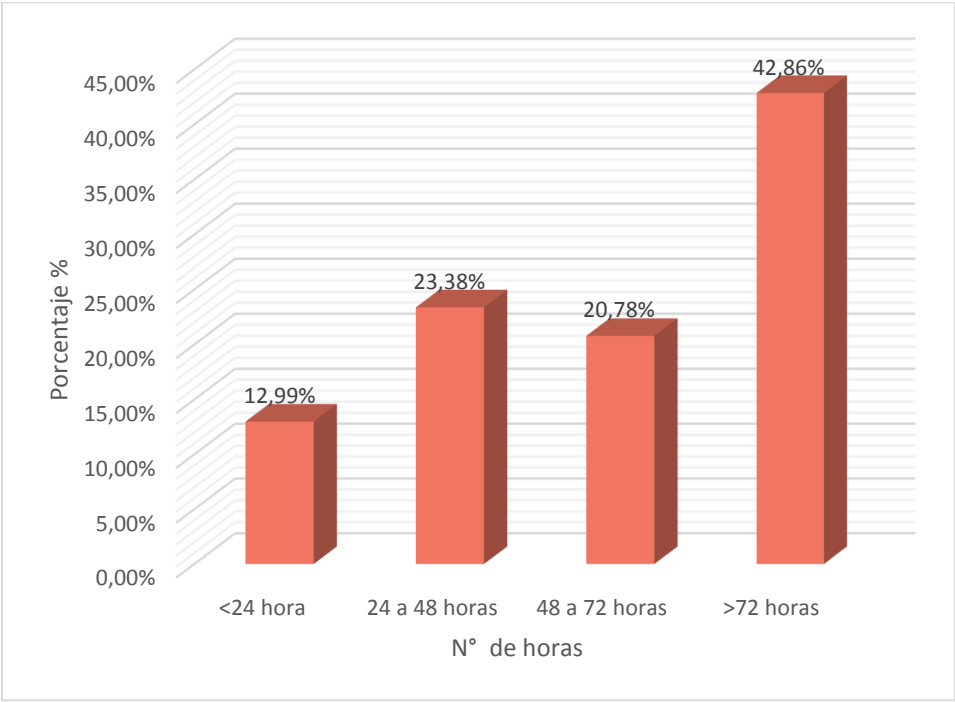
<b>N° horas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<24 horas	10	12,99
24 a 48 horas	18	23,38
48 a 72 horas	16	20,78
>72 horas	33	42,86
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

### **DESCRIPCIÓN**

Respecto a la distribución según tiempo de realización de endoscopia en pacientes con HDA en la TABLA N° 14 se observó que de 77 pacientes, el número de horas transcurridas desde el ingreso hospitalario hasta la realización de endoscopia con mayor incidencia fue de más de 72 horas con un 42,86%, seguido de 24 a 48 horas con un 23,38%; en el 20,78% se realizó endoscopia entre las 48 a 72 horas días de ingreso hospitalario; en el 12,99% se realizó endoscopia dentro de las primeras 24 horas de ingreso hospitalario. El promedio de días hasta la realización de endoscopia es de 3,15 días (DS +/- 3,31). El valor mínimo y máximo de número de días es de 0 y 20 días respectivamente.

**GRÁFICO N° 14**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIA**



Fuente: TABLA N° 14.

## 4.2. DISCUSIÓN

La presente investigación tiene como objetivo determinar las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la HDA en pacientes atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2019 al 2020, existen diferentes estudios realizados sobre esta patología digestiva a nivel nacional e internacional, pero pocas son las investigaciones realizadas en la región de Tacna y ninguna se ha realizado en la última década. Los datos del presente estudio fueron recolectados de las historias clínicas almacenadas en el departamento de archivos clínicos del mismo hospital. Se encontró durante el periodo de estudio 112 historias clínicas atendiendo a los criterios de selección anteriormente expuestos, en ellos se realizó un análisis de las características epidemiológicas y clínicas con enfoque semiológico a nivel objetivo y subjetivo; de los cuales sólo 87 fueron sometidos a estudio endoscópico para diagnóstico y/o tratamiento, de las cuales reportamos las principales características y hallazgos endoscópicos.

Respecto a las características epidemiológicas en la TABLA N° 01, se evidenció que hubo mayor prevalencia en el sexo masculino 64,29% sobre femenino 35,71%; con una relación de 1,8:1, además se

encontró que el sexo predominante en HDA no variceal y HDA variceal fue masculino en un 62,92% y 69,57% respectivamente, no encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el tipo de HDA ( $p=0.553$ ). Comparando los resultados encontrados con estudios realizados a nivel nacional se encontró también un predominio del sexo masculino; con cifras entre 55% y 70% según Roca <sup>23</sup> y Velásquez <sup>22</sup>. Los datos encontrados también son concordantes a los encontrados en estudios a nivel de Latinoamérica por Pinto et al. <sup>13</sup> y Valarezo <sup>14</sup>; sin embargo, son diferentes a los hallados por Del Cid <sup>15</sup>, en el que evidencia en un hospital de Guatemala que el sexo predominante en los pacientes con HDA es el femenino 64,93%. A nivel mundial los datos encontrados concuerdan con lo reportado por Almadi et al. <sup>6</sup>, Bhattarai <sup>7</sup>, Kiringa et al. <sup>8</sup>, Rajan et al. <sup>10</sup>, Danis et al. <sup>11</sup>, Wuerth et al. <sup>12</sup>. Según lo encontrado en la presente investigación, la mayor prevalencia de HDA en varones se debería a una mayor incidencia de cirrosis hepática y úlcera péptica en el sexo masculino, ambas consideradas las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta.

Según la edad en la TABLA N° 02, se evidenció que el grupo etario predominante fue 61 a 70 años 25%, la media de las edades fue 57,7 años (DS: +/-18,4 años). Además, según la edad y tipo de HDA se

encontró que el grupo etario más frecuente en HDA no variceal fue 61 a 70 años (25,84%) y en HDA variceal fue 51 a 60 años (34,78%), no encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el tipo de HDA ( $p = 0.908$ ). Respecto a la edad y sexo, se encontraron diferencias significativas entre las edades de afectación de varones y mujeres, siendo de 54,3 años para los primeros y de 63,8 años para mujeres ( $p=0,0085$ ).

Datos encontrados a nivel nacional por Bazán <sup>17</sup>, Astocóndor <sup>18</sup>, Velásquez <sup>22</sup> y Roca <sup>23</sup> tuvieron como resultado un grupo etario predominante similar a lo encontrado en la presente investigación, además de no encontrar una asociación significativa entre la edad y el tipo de HDA ( $p>0,05$ ). Sin embargo, los datos encontrados son diferentes a los de Patiño<sup>19</sup>, en el que evidencia valores estadísticamente significativos entre la edad y el tipo de HDA ( $p<0,05$ ). Por otro lado, Mamani <sup>16</sup> encuentra una mayor incidencia de HDA en un grupo etario más joven de 46 a 60 años. Así mismo, Ulloa <sup>20</sup> observó que la hemorragia digestiva alta predomina en el grupo etario de 60-79 años tanto para el sexo masculino como femenino con un 22.95% y 9.84 % respectivamente. A nivel de Latinoamérica Pinto et al. <sup>13</sup> y Valarezo <sup>14</sup> encontraron datos similares a la presente investigación; sin embargo, Del Cid <sup>15</sup> evidencia una mayor incidencia

de HDA en el grupo etario de 51 a 60 años 29,87%. A nivel mundial los datos encontrados concuerdan con lo reportado por Oakland <sup>9</sup>, siendo la hemorragia por úlcera péptica más común en hombres y el promedio de edad de los pacientes es de aproximadamente 63 años, respecto al HDA tipo variceal también es más común en los hombres, pero los pacientes tienden a ser más jóvenes, con una edad media de 54 años. Se encontraron datos diferentes a los hallados por Bhattarai<sup>7</sup>, Kiringa et al. <sup>8</sup> y Rajan et al. <sup>10</sup> que reportan una edad de presentación de HDA más temprana con una media de 49, 38 y 42 años respectivamente. Según lo encontrado en la presente investigación coincide con la mayoría de estudios a nivel nacional. La mayor prevalencia en el adulto mayor de 61 a 70 años se debería a que la hemorragia digestiva surge como complicación de patologías crónicas como la cirrosis hepática, las cuales son más frecuentes en este grupo etario.

Respecto a los hábitos nocivos y uso de medicamentos en la TABLA N° 03, se encontró antecedente de ingesta de alcohol en el 27,68% de pacientes, además se observó la frecuencia de uso continuo de medicamentos asociados a hemorragia digestiva en 18,75% de pacientes, siendo los más resaltantes el uso antiinflamatorio no esteroideos (13,39%), ácido acetil salicílico (2,68%) y un 2,68% usaba

ya antiulcerosos como tratamiento de una enfermedad ulcero péptica previa. Los datos encontrados sugieren cifras inferiores de consumo de AINES en contraste con lo reportado por Bazán <sup>17</sup>, Velásquez <sup>22</sup> y Roca <sup>23</sup> siendo el porcentaje de consumo de AINES 35,1%; 23% y 19% respectivamente. Por otro lado, en cuanto al consumo de alcohol se encontraron cifras menores a las reportadas por Ulloa <sup>20</sup> en Arequipa con un 42,62%, pero se encontró que el consumo de alcohol es mayor al reportado en Lima por Velásquez <sup>22</sup> y Roca <sup>23</sup> con un 7% y 11% respectivamente. A nivel mundial se encontraron cifras mayores de antecedente de ingesta de alcohol a las reportadas por Almadi et al. <sup>6</sup> y Danis et al. <sup>11</sup> con un 2.4% y 3%, probablemente debido a diferencias culturales. Si bien el porcentaje de consumo de alcohol fue menor a lo reportado por diversos estudios, constituye el principal hábito nocivo encontrado en pacientes con hemorragia digestiva alta siendo uno de sus factores determinantes.

Según los antecedentes patológicos de importancia en la TABLA N° 04, el 26.79% de pacientes refirió antecedente de una hemorragia digestiva previa, en el mismo porcentaje cirrosis; el 20.54% refirió enfermedad ulcero-péptica. Entre otras patologías de importancia destacan la anemia 19.64%; hipertensión arterial 14.29%; diabetes mellitus 12.5%; artropatías degenerativas en 11.61%; enfermedad

renal crónica 7.14% y neoplasia en 5.36%; en menor porcentaje se encontró casos de tuberculosis, asma y hepatitis. Un 23.51% refirió que no presentó ningún antecedente de importancia relacionado a la patología actual. Los datos encontrados coinciden con lo reportado por Ulloa <sup>20</sup> en Arequipa teniendo como antecedentes patológico más frecuentes anemia 78.69% seguido de gastritis 37.7% y episodio anterior de HDA 22.95%. Patiño <sup>19</sup> en Lima reportó como antecedentes más frecuentes enfermedad hepática 29.8%; enfermedad renal 10% y cardiopatía isquémica 8.3%. Velásquez <sup>22</sup> en Lima reportó como antecedentes patológicos de importancia cirrosis hepática 30% seguido de hipertensión arterial 24% y diabetes mellitus 10%. Los datos obtenidos difieren de los reportado por Mamani <sup>16</sup>, según su investigación en Piura encontró que el antecedente patológico más frecuente fue hipertensión arterial 23,2% seguida de obesidad 18,3% y diabetes mellitus 15,9%.

A nivel internacional, Valarezo <sup>14</sup> reportó en Ecuador antecedentes patológicos de importancia como úlcera péptica 25,25%; gastritis 18,9% y várices esofágicas 16%. En los EE. UU, Oakland <sup>9</sup> reportó que la mayoría de HDA tipo variceal está relacionada con enfermedad hepática alcohólica y observa una situación similar en los países de ingresos bajos y medianos, lo cual coinciden con el presente estudio

teniendo a la enfermedad hepática crónica como uno de los principales antecedentes de hemorragia digestiva alta. Rajan et al.<sup>10</sup> reportaron enfermedad ulcero péptica 40,2% seguida de episodio previo de HDA 25,8% y várices esofágicas 17,5%. Almadi et al.<sup>6</sup> reportó como principales antecedentes hipertensión arterial 48,94%; diabetes mellitus 43,68%; cardiopatía isquémica 24,08%. Bhattarai<sup>7</sup> reportó principalmente antecedentes como enfermedad hepática crónica 46,6%; cardiopatía isquémica 9,7% e hipertensión arterial 7,6%. Podemos observar que una importante cantidad de pacientes tienen como antecedente un episodio previo de hemorragia digestiva alta y enfermedad hepática crónica según lo reportado por distintos autores, lo cual hace necesaria la implementación de medidas preventivas de recurrencia en estos pacientes.

Sobre las manifestaciones clínicas del episodio actual en la TABLA N° 05, los pacientes refirieron con mayor frecuencia melena 73,21%, seguido de hematemesis 65,18%, hiporexia 54,46%; el 41,07% refirió astenia; el 41,07% refirió dolor; en un 17,86% manifestó vómitos; un 13,39% presentó síncope y en cuanto al peso se evidenció en la población de estudio una disminución de peso en el 12,50% de pacientes. En el estudio realizado por Ulloa<sup>20</sup> en Arequipa encontraron que 80,33% de los pacientes con HDA manifestaron

melena, seguido por el 47,54% de pacientes que manifestaron hematemesis y un 44,26% acidez, resultado comparado en similitud con lo encontrado en la presente investigación siendo melena el más frecuente en cuanto a sintomatología del episodio actual de la hemorragia. Astocóndor <sup>18</sup> reportó en su estudio realizado en Lima melena en un 67,1%; melena más hematemesis 18,11%; hematemesis aislada 9,97%. Por otro lado, Velásquez <sup>22</sup> en Lima reportó que el signo más frecuente de presentación clínica fue melena 51,6%; hematemesis 42,7% y shock hipovolémico 20%. Los datos encontrados difieren con lo reportado por Mamani <sup>16</sup> en Piura que encontró como clínica más frecuente dolor abdominal en el 74,4%; palidez en 64,6%; melena 52,4%; hematemesis 20,7% y lipotimia 17,1%. A nivel internacional, Almadi et al. <sup>6</sup> reportaron como principales manifestaciones clínicas melena 66,19%; hematemesis 56,04%; dolor abdominal 44,56% y vómitos 36,36%. Rajan et al. <sup>10</sup> reportó hematemesis 27,6%; melena 26,8% y hematoquecia 8,9%. En la mayoría de estudios observados se encontró como principal manifestación clínica melena seguida de hematemesis lo cual coincide con lo encontrado en la presente investigación.

Respecto a los hallazgos en el examen físico general en la TABLA N° 06. se encontró palidez en 81,25% de los pacientes, taquicardia en

51.79%, hipotensión en 36,61% y alteración del sensorio con estado confusional en 14,29% de los casos y pérdida de conciencia en 6,25%, siendo todos estos signos relacionados a una pérdida aguda de volumen sanguíneo por hemorragia de importante volumen. En cuanto a los signos clínicos en el examen físico preferencial a nivel abdominal se encontró que el signo más importante fue dolor epigástrico en 58,93%, además de ascitis 7,14% y solo uno presentó circulación colateral. Los valores obtenidos respecto al promedio de frecuencia cardíaca 101 lat/min (DS+/-22,9) son mayores a los reportados por Mamani <sup>16</sup> siendo el promedio 89,23 ± 12,95 latidos por minuto.

Patiño <sup>19</sup> reportó que la media de frecuencia cardíaca en HDA no variceal fue de 85 lat/min y en HDA variceal fue 84 lat/min, respecto a la presión arterial sistólica tuvo una media de 110 para ambos tipos de HD. A nivel internacional, estudios realizados por Pinto et al. <sup>13</sup> reportaron en Chile compromiso hemodinámico en el 59,4% de los pacientes manifestado como taquicardia en un 34,9%, siendo en HDA tipo no variceal y variceal 38,3% y 26% respectivamente; por otro lado, reportó hipotensión en 24,5%, siendo 21,6% en HDA tipo no variceal y 31,8% en HDA variceal. Almadi et al. <sup>6</sup> reportaron que la media de frecuencia cardíaca fue de 90 latidos/min (DS 22,4), la presión arterial sistólica de 124 mmHg (DS +/-21,3); además reportó que dentro de su

población de estudio solo el 8,5% tenía una presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg, siendo este un porcentaje menor a lo encontrado en la presente investigación.

En la población estudiada se encontró un porcentaje mayor de taquicardia en comparación con lo reportado por los autores mencionados, probablemente debido a un mayor compromiso hemodinámico al momento de la admisión hospitalaria. Según los tipos de HDA se observó un mayor porcentaje de taquicardia e hipotensión en HDA variceal lo cual coincide con lo reportado por Bhattarai <sup>7</sup>, su grupo de pacientes con HDA tipo variceal que presentaron shock hipovolémico fue el doble que en aquellos con HDA no variceal. Mamani <sup>16</sup> y Yucra reportaron según el estado de conciencia obnubilación 20%; sopor 10,8% y coma 8,1%; lo cual difiere con lo encontrado siendo menor el porcentaje de pacientes con alteración de estado mental. Ulloa <sup>20</sup> reportó que el signo predominante a la exploración física fue el dolor abdominal 93.44%, así mismo observó en menor frecuencia la presencia de ascitis en el 21.31% y circulación colateral 14.75%, ambos como signos de cirrosis hepática.

Referente a los niveles de hemoglobina encontrados en la población de estudio en la TABLA N° 07, predominaron valores entre 6 a 6,9 g/dl en el 18,92%. En general el nivel promedio fue de 7,31 g/dL; según el tipo de HDA el promedio de hemoglobina en HDA no variceal fue 7,25 g/dl (DS +/-2,88) y en HDA variceal fue 7,53 g/dl (DS +/-2,33) no encontrándose diferencia significativa  $p=0.6604$ . Además 69 pacientes (62,17%) presentaron anemia grave ( $Hb < 8$ ). En la hemorragia digestiva por lo general la pérdida de sangre es paulatina y crónica, llevando a niveles de anemia incluso con valores de 3 g/dl. Los valores obtenidos difieren a lo reportado por Mamani <sup>16</sup> en Piura, encontrando una hemoglobina promedio de  $12.1 \pm 2.25$  g/dl. Patiño <sup>19</sup> y Tello reportaron en Lima que el promedio de hemoglobina fue 8,3 g/dl. Según el tipo de HDA, Mamani <sup>16</sup> y Yucra reportaron que menores cifras de hemoglobina al ingreso se asocian a HDA variceal. A nivel mundial, los datos obtenidos coinciden con lo reportado por Bhattarai <sup>7</sup> siendo el promedio de hemoglobina 7,3;  $6,71 \pm 1.63$  para HDA variceal y  $8,18 \pm 1.48$  para HDA no variceal. Los valores obtenidos en la presente investigación son menores a lo reportado por autores a nivel nacional, probablemente debido a que los pacientes acuden tardíamente al servicio de Emergencia presentando mayor compromiso hemodinámico y cuantificación de sangrado.

Respecto a la transfusión sanguínea en la TABLA N° 08, se encontró que el 50% de pacientes recibió transfusión de paquete globular y el promedio de paquetes globulares que recibieron los pacientes fue de 1 paquete globular. A nivel nacional, Pinto et al. <sup>13</sup> reportaron la necesidad de transfusión de glóbulos rojos en 53,4% de los pacientes recibiendo una mediana de 2 paquetes globulares, siendo de 3 unidades en los pacientes con HDA variceal lo cual fue estadísticamente significativo ( $p=0,048$ ). Se observó que si bien el porcentaje de pacientes que recibieron transfusión sanguínea es similar a lo reportado por Pinto et al. <sup>13</sup> en Chile el promedio de paquetes transfundidos es menor. A nivel internacional, Rajan et al. <sup>10</sup> reportaron que, a pesar de la alta proporción de pacientes con anemia grave, menos de la mitad de los pacientes recibieron transfusión (47,9%), probablemente debido a las dificultades en la obtención de sangre para transfusiones, incluida una indisponibilidad general de sangre, sangre coincidente en el banco de sangre junto con retrasos en obtención de sangre. En el presente estudio se encontró que de los pacientes que presentaron anemia grave el 72,4% recibió transfusión sanguínea, si bien esta cifra es superior a lo reportado por Rajan <sup>10</sup>, podemos observar que un porcentaje importante de pacientes no recibió transfusión de paquetes globulares probablemente debido a la poca disponibilidad de sangre y de donantes.

Respecto al tiempo de hospitalización en la TABLA N° 09, se encontró que el 41,07% tuvo una estancia hospitalaria de 1 a 5 días y el tiempo promedio fue de 8,1 días (DS +/- 6,8); siendo 8,35 días para HDA no variceal y 7,21 días para HDA variceal. Velásquez <sup>22</sup> reportó que el rango de días de hospitalización fue de 1 a 8 días, además hubo una menor estancia hospitalaria en pacientes con la Ulcera Péptica comparado con los pacientes cirróticos. Pinto et al. <sup>13</sup> reportaron que los pacientes con HDA variceal presentaron estadía hospitalaria más prolongada que aquellos con HDA no variceal (11 vs 5, p=0,001). Wuerth et al. <sup>12</sup> en EEUU reportó que el tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 4.7 días. Se observó que los datos encontrados en la presente investigación difieren con lo reportado por los autores mencionados, presentando un promedio mayor de días de hospitalización siendo uno de sus factores el retraso en la realización de endoscopia y mayor número de complicaciones de esta patología. Además, se encontró que los pacientes con HDA variceal presentaron un tiempo de hospitalización menor probablemente debido a una mayor mortalidad durante los primeros días de hospitalización.

Respecto a la condición de egreso en la TABLA N° 10, se observa la predominancia de pacientes en condición de mejorado con un

69,64%; el 17,86% egresaron en condición de fallecidos. La mortalidad intrahospitalaria es alta en comparación con la tendencia mundial. Un tercio de todas las muertes ocurrió en las primeras 24 h. Un 8,04% egresaron en condición de retiro voluntario o fugado y por último el 4,46% fueron referidos a un hospital de mayor complejidad. La mortalidad en el grupo de HDA variceal (26,03%) fue mayor comparado con el de grupo de HDA no variceal (15,73%), a pesar de que no se encontró asociación estadísticamente significativa.

La mortalidad encontrada fue mayor comparado con lo reportado por Velásquez <sup>22</sup> quien encontró que en la Unidad de Hemorragia Digestiva en el hospital Rebagliati de Lima la mortalidad fue sólo de 6 pacientes (1.3%), debido a la mayor capacidad resolutive del mencionado establecimiento de salud. Patiño y Tello <sup>19</sup> reportaron una mortalidad por HDA de 8,9%; además encontraron que la mortalidad en el grupo de HDA variceal (10,8%) fue mayor respecto al grupo de HDA no variceal. Así mismo se encontró una mayor mortalidad comparado con investigaciones internacionales como lo reportado por Bhattarai <sup>7</sup> quien observó una mortalidad global del 14,8%; además la mortalidad también fue más alta y casi 5 veces más en el grupo de HDA variceal en comparación con el grupo de HDA no variceal (31,25% vs 6,4%). Wuerth et al. <sup>12</sup> en EEUU reportó que la tasa de

mortalidad disminuyó desde 2012 en comparación con 2002 (de 2,6 a 1,9 por 100 casos) pero las diferencias de mortalidad para la hemorragia por varices esofágicas con el tiempo no fueron significativamente diferentes. Asimismo, Oakland<sup>9</sup> reportó que entre 1989 y 2009 la tasa de mortalidad se había reducido a la mitad, pasando del 4,5 al 2,1%. Por otro lado, Kiringa et al.<sup>8</sup> y Rajan et al.<sup>10</sup> informaron una tasa de mortalidad 16,7% y 18,7% respectivamente, similar a lo reportado por la presente investigación.

A nivel mundial la tasa de mortalidad por HDA varía de 8 a 10% en hospitalizaciones por hemorragia, al 26% en pacientes que ya están hospitalizado por otro motivo<sup>34-35</sup>. Las tasas de mortalidad de HDA no variceal tienden a ser más bajas que los de HDA variceal<sup>35</sup>. Actualmente existen varios grandes estudios que han demostrado una reducción de la mortalidad. En el Reino Unido se observó que las muertes debidas a HDA no variceal cayeron de 11,3% en 1999 al 9,3% en 2007<sup>36</sup>. La mayoría de las muertes ocurren en pacientes con comorbilidad médica preexistente, como insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y malignidad<sup>35</sup>. Se cree que la reducción de las tasas de mortalidad se debe a diversos motivos como la estratificación de riesgo temprana, mejoras en el acceso y la calidad de la endoscopia, procesos mejorados de tratamiento y la adopción

de mejores prácticas basadas en guías clínicas. Se puede observar que, si bien las cifras encontradas a nivel mundial marcan una tendencia en disminución de la mortalidad por HDA, difiere de lo reportado a nivel nacional. En Tacna se encontró que entre los años 2000 al 2005 hubo una mortalidad del 4,7%<sup>5</sup>; comparado con los datos actuales se observa un aumento en la mortalidad de pacientes con HDA. Esto puede ser un reflejo de la gravedad de la enfermedad observada entre estos pacientes al momento de su admisión hospitalaria. La literatura menciona que la realización de una endoscopia temprana se relaciona con una disminución de la mortalidad y estancia hospitalaria <sup>37-38</sup> por lo que la demora en la realización de un diagnóstico y/o tratamiento endoscópico y la poca disponibilidad de los equipos podrían estar relacionados con este elevado porcentaje de mortalidad.

El estudio endoscópico se realizó en el 77,6% de pacientes. Respecto al diagnóstico endoscópico por ubicación en la TABLA N° 11, se encontraron hallazgos de lesiones esofágicas en 31,11% de casos, de los cuales las varices sangrantes tienen un 21,11%, seguido de Síndrome de Mallory Weiss 5,56% y esofagitis erosiva con un 4,44%; en cuanto a las lesiones gástricas representan el 50%, de los cuales la úlcera gástrica representó el 28,89%; el 4,44% presentó gastritis

erosiva, neoplasia gástrica y várices gástricas para cada caso mencionado; y finalmente, las lesiones duodenales en 15,56%. Un 3,33% tuvieron lesiones en más de una localización topográfica; la úlcera gástrica y duodenal, úlcera de Cameron y gastroduodenitis erosiva representaron el 1,11% para los casos mencionados. La causa más prevalente fue úlcera gástrica, seguida de várices esofágicas. Según la distribución según causa y sexo, en el presente estudio se encontró que las várices esofágicas fueron la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta en varones con un 15,56%, por otro lado, la úlcera gástrica fue la causa más frecuente en mujeres con un 14,44%.

Los datos encontrados difieren con lo reportado en un estudio local anterior realizado por Bedoya <sup>5</sup>, entre los años 2005 y 2006, encontrando una mayor frecuencia de lesiones gástricas 64,7%, siendo la causa más frecuente de HDA lesión aguda de mucosa gástrica 44,1%, seguida de úlcera péptica 32,4% y várices esofágicas 11,8% <sup>5</sup>. Además, se observó en la presente investigación un porcentaje mayor de HDA variceal comparado con lo reportado por Paucara <sup>33</sup> en nuestro mismo centro, entre los años 2000 a 2005, en donde la HDA variceal fue el 8,2% <sup>33</sup>; asimismo. Por lo tanto, se

observa un aumento en el porcentaje de casos de HDA variceal en la ciudad de Tacna.

A nivel nacional, los datos encontrados coinciden con lo reportado por diversos autores respecto a la principal causa de HDA. En Piura, Mamani<sup>16</sup> reportó que la principal etiología úlcera gástrica con 69,54%. Bazán<sup>17</sup> encontró que en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima la enfermedad ulcero péptica 45% era más frecuente; 18% las varices gastroesofágicas; 8% gastropatía erosiva; 2% para angiodisplasias o malformaciones vasculares y un 1% síndrome de Mallory Weiss. Patiño<sup>19</sup> reportó, en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que la úlcera péptica (54,9%) fue la de mayor frecuencia además un 33% presentó HDA variceal. Esta diferencia en el porcentaje de pacientes con HDA variceal podría deberse a se trata de un centro de referencia de hepatología, lo cual se manifiesta en el aumento de pacientes con cirrosis complicada. Respecto a la distribución según causa y sexo, los datos encontrados difieren con lo reportado por Astocóndor <sup>18</sup>, en su estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza determinó que la ulcera de tipo duodenal fue la principal causa en varones (16,01%); mientras que en mujeres fue varices esofágicas (9,19%).

A nivel latinoamericano, Pinto et al.<sup>13</sup> reportó en Chile 72% de HDA no variceal, siendo la causa más frecuente la úlcera péptica y 28% de HDA variceal. Del Cid<sup>15</sup> reportó 54,5% para las de origen no variceal (úlcera Gástrica 28.57%) y 45,4% de origen variceal. A nivel mundial, Oakland<sup>9</sup> encontró que estudios y de bases de datos de EE. UU y el Reino Unido demuestran que la enfermedad ulcero-péptica sigue siendo la causa más común de HDA en un porcentaje de aproximadamente el 32 al 36%, seguido por esofagitis (24%), gastritis o erosiones gástricas (18-22%) y duodenitis (13%); además el HDA variceal representa aproximadamente 11%. Otras causas como malignidad, lesión de Dieulafoy y desgarros aislados de Mallory Weiss individualmente representan menos del 4%. Por otro lado, Wuerth et al.<sup>12</sup> realiza una comparación en EEUU entre los años 2002 a 2012, encontrando que la tasa de hospitalización por enfermedad ulcero péptica disminuyó un 30% de 41 a 30 casos por 100,000 habitantes, Según lo encontrado en la presente investigación, se observa que, a pesar de ser la causa más frecuente, hay una tendencia de disminución en el porcentaje de HDA por úlcera péptica. Además, se observa un aumento del porcentaje de HDA variceal, debido al incremento de patología crónicas como la cirrosis hepática.

Respecto a la distribución según clasificación endoscópica Forrest en la TABLA N° 12; la de mayor incidencia fue III 38,46% es decir tenían un riesgo de sangrado mínimo, seguida de IIa 34,62%. La clasificación más frecuente en la úlcera gástrica fue Forrest IIa y III con 19,23% cada uno, por otro lado, en la úlcera duodenal predominó el Forrest III con un 19,23%. Se observó de los 40 pacientes que presentaron úlcera péptica solo 26 (65%) contaban con clasificación endoscópica en el informe de endoscopia. Coincidentemente, Astocóndor <sup>18</sup> reportó que en las úlceras duodenales el tipo más frecuente fue el Forrest III 16.32%; mientras que en la úlcera gástrica fue IIa 9.52%; y de manera global que el tipo de Forrest que predominó fue el Forrest III con un porcentaje de 24.49 %. Ulloa <sup>20</sup> reportó en Arequipa que el hallazgo más frecuente fue la úlcera péptica Forrest III en el 75%. Por otro lado, los datos encontrados difieren a lo reportado por Mamani <sup>16</sup>, encontrando una mayor proporción de Forrest tipo IIb en 41.1%.

Según los autores mencionados y lo encontrado en la actual investigación se observa con importante frecuencia que el sangrado es autolimitado, sin embargo debe tenerse en cuenta que en la mayoría de pacientes el procedimiento endoscópico no fue realizado en las primeras 24h, lo que podría alterar los hallazgos en la endoscopia al disminuir la efectividad del diagnóstico en relación al

tiempo; además se debe tener en cuenta que solo el 65% de los casos de úlcera péptica contaban con clasificación endoscópica.

Respecto al tipo de tratamiento endoscópico realizado en la TABLA N° 13, el más frecuente fue la ligadura con banda elástica 11,49% seguido por la inyectoterapia 9,20%. En el 72,41% la endoscopia fue solo diagnóstica. Los datos encontrados difieren de lo reportado por Astocóndor <sup>18</sup>, siendo la inyectoterapia con adrenalina el tratamiento más usado con un porcentaje 8,66 %. Ulloa <sup>20</sup> también reportó que la inyectoterapia con adrenalina 66,67% fue el procedimiento más frecuente seguido de ligadura con bandas elásticas 33,33% en el tratamiento de la HDA. Esta diferencia podría deberse a un número mayor número de pacientes con HDA variceal. En los EE. UU. las tasas de mortalidad han caído y la frecuencia de hemostasia endoscópica ha aumentado <sup>39</sup>. Principalmente las mejoras en calidad endoscópica y terapéutica han resultado en una reducción de las tasas de resangrado y uso métodos invasivos de terapia hemostática, como la cirugía.

Respecto al tiempo transcurrido entre el ingreso a la entidad hospitalaria y la realización del examen endoscópico en la TABLA N° 14, se encontró que en la mayoría de pacientes fue mayor de 72 horas

con un 42,86% y solo el 12,9% de pacientes recibió endoscopia temprana (en las primeras 24h). El promedio de días hasta la realización de endoscopia fue de 3,15 días (DS +/-3,31). Cabe resaltar que las endoscopías digestivas altas sólo se realizaron en 87 de los 112 casos (77,6%); en el resto de pacientes fueron diferidas debido a que no se consideró clínicamente necesaria la realización de este estudio y por diversos factores como la falta de mantenimiento de los equipos o ausencia del especialista encargado. Rajan et al.<sup>10</sup> reportaron en su investigación que solo el 17,5% recibió endoscopia temprana y ninguno recibió endoscopia urgente (<12h); además la endoscopia realizada en cualquier momento se asoció con menor mortalidad.

Una de las actividades que más se ha visto afectada dentro del nuevo esquema de atención priorizada producto de la pandemia de infección por SARS CoV-2 fue la realización de endoscopias. La endoscopia constituye un procedimiento potencialmente generador de aerosoles, se considera que tiene un alto riesgo de contagio de SARSCoV-2. En este contexto, diversas recomendaciones han sido publicadas por varias sociedades científicas a nivel internacional, dando pautas basadas en la evaluación de la urgencia del procedimiento, estratificación del paciente con respecto al riesgo de severidad y el

uso adecuado de equipo de protección personal (EPP) <sup>36</sup>. En la presente investigación se encontró que las horas transcurridas desde la llegada al hospital y la realización del procedimiento endoscópico fueron más prolongadas durante la fase pandémica, siendo el promedio en la fase pre pandémica 2,9 días y en la fase de pandemia 3,3 días con una diferencia estadísticamente no significativa ( $p=0,526$ ). Benitez-Goñi et al. <sup>40</sup> en una investigación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins encontrando que el tiempo entre el ingreso hospitalario y la realización del procedimiento endoscópico fue mayor a lo largo de la actual pandemia (10,00 frente a 13,08 horas,  $p =0,019$ ).

La literatura menciona que la realización de una endoscopia temprana se relaciona con una disminución de la mortalidad y estancia hospitalaria <sup>37-38</sup>, es por ello que la evaluación y el tratamiento endoscópico son consideradas una importante piedra angular en el manejo de HDA. Desafortunadamente, no existen guías clínicas para el tratamiento de HDA a lo largo de la actual pandemia, algunos autores sugieren optimizar al inicio un manejo conservador, priorizando la realización de procedimientos basados en el juicio clínico y el uso de herramientas de pronóstico pre-endoscópicas como la Escala de Glasgow-Blatchford. Además, a pesar de la falta de

evidencia para recomendar un período de tiempo ideal para realizar endoscopia en pacientes con COVID-19, se ha descrito que esto debe hacerse en casos donde el paciente no responde al manejo conservador después de 24 horas <sup>40</sup>.

## CONCLUSIONES

1. Los pacientes con hemorragia digestiva alta son predominantemente del sexo masculino (64,29%) y tienen un promedio de edad de 57,7 años. Existe una diferencia significativa entre las edades de afectación de varones y mujeres siendo 54,3 años y 63,8 años respectivamente.
2. Los pacientes con hemorragia digestiva alta tienen como hábito nocivo más frecuente el consumo de alcohol (27,68%), seguido de antiinflamatorios no esteroideos. Como antecedentes predomina la hemorragia digestiva previa (26,79%) y cirrosis hepática. La clínica más frecuente es melena (73,21%) y al examen físico destaca palidez en 81,25%, dolor epigástrico, taquicardia e hipotensión. El valor promedio de hemoglobina es de 7,31 g/dl y el 62.17% presenta anemia grave. La mitad de pacientes recibió transfusión sanguínea. El promedio de estancia hospitalaria es de 8,1 días. La mortalidad intrahospitalaria de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2019 – 2020 del 17,86%, alta en comparación con estudios nacionales e internacionales.

3. La endoscopia se realiza en el 77,6% de pacientes con hemorragia digestiva alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019 y 2020. El diagnóstico predominante es úlcera gástrica (28,89%) seguido de várices esofágicas (21,11%). Respecto a la úlcera péptica, la clasificación Forrest III (38,46%) es la más frecuente. El tratamiento endoscópico más usado es ligadura con banda elástica. El tiempo promedio transcurrido desde el ingreso hospitalario hasta la realización de endoscopia es 3,15 días, mayor a lo recomendado por la literatura.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la implementación de un protocolo de manejo de HDA propio del Hospital Hipólito Unanue, en coordinación con el servicio de emergencia, medicina interna y gastroenterología.
2. Se recomienda la creación del centro preventivo de enfermedades del tracto gastrointestinal superior. Promover cambio en el estilo de vida de pacientes con factores de riesgo, educar sobre los signos de alarma y eventos desencadenantes, realizar un screening a los pacientes con trastorno de consumo por alcohol. Además, priorizar el seguimiento de pacientes con cirrosis, mediante control endoscópico regular, debido al incremento de incidencia, complicaciones y mortalidad en pacientes con HDA variceal.
3. Incentivar la capacitación del personal de salud sobre el manejo oportuno de esta patología y fomentar la práctica clínica basada en evidencia actualizada, ayudará a brindar el mejor tratamiento a estos pacientes.

4. Se recomienda la realización de un adecuado mantenimiento del equipo endoscópico y una mejora en la implementación del servicio de gastroenterología.
  
5. Fomentar la realización de estudios prospectivos que permitan valorar la sobrevida de los pacientes con HDA por lesiones gástricas, que fue la principal etiología encontrada. Evaluar el impacto de la endoscopia digestiva sobre la mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva alta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cremers I, Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. *Therap Adv Gastroenterol.* 2014 Sep;7(5):206-16.
2. Ichiyanagui Rodríguez Carlos Enrique. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. *Acta méd. peruana [Internet].* 2006 Sep [citado 2021 Ago 06]; 23 (3): 152-155.
3. Velásquez Chamochumbi Hermes. Hemorragia digestiva por várices esófago - gástricas. *Acta méd. peruana [Internet].* 2006 Sep [citado 2021 Ago 06]; 23(3): 156-161.
4. Acosta González Daniel, Rodríguez Fernández Zenén, Fong Estrada Juana Adela, Pagés Gómez Odalis. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. *MEDISAN [Internet].* 2009 Abr [citado 2021 Jul 04]; 13(2).
5. Bedoya M. Caracterización topográfica y etiología de la hemorragia digestiva alta en el servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna años 2005 - 2006. [Tesis de pregrado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2007.
6. Almadi MA, Almutairdi A, Alruzug IM, Aldarsouny TA, Semaan T, Aldaher MK, AlMustafa A, Azzam N, Batwa F, Albawardy B,

- Aljebreen A. Upper gastrointestinal bleeding: Causes and patient outcomes. *Saudi J Gastroenterol* 2021; 27:20-7.
7. Bhattarai S. Clinical Profile and Endoscopic Findings in Patients with Upper Gastrointestinal Bleed Attending a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2020 Jun 30;58(226):409-415.
  8. Kiringa SK, Quinlan J, Ocamo P, Mutyaba I, Kagimu M. Prevalence, short term outcome and factors associated with survival in patients suffering from upper gastrointestinal bleeding in a resource limited-setting, the case of Mulago hospital in Kampala, Uganda. *Afr Health Sci.* 2020 Mar;20(1):426-436.
  9. Oakland K. Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2019 Oct-Dec;42-43:101610.
  10. Rajan SS, Sawe HR, Iyullu AJ, Kaale DA, Olambo NA, Mfinanga JA, Weber EJ. Profile and outcome of patients with upper gastrointestinal bleeding presenting to urban emergency departments of tertiary hospitals in Tanzania. *BMC Gastroenterol.* 2019 Dec 10;19(1):212.
  11. Daniş N, Tekin F, Akarca US, Ünal NG, Işık Erdoğan E, Akat K, Demirkoparan Ü, Karasu Z, Turan İ, Oruç N, Aydın A, Ersöz G, Vardar R, Özütemiz Ö, Günşar F. Changing patterns of upper

- gastrointestinal bleeding over 23 years in Turkey. *Turk J Gastroenterol.* 2019 Oct;30(10):877-882.
12. Wuerth BA, Rockey DC. Changing Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Last Decade: A Nationwide Analysis. *Dig Dis Sci.* 2018 May;63(5):1286-1293.
13. Pinto Carolina, Parra Pía, Magna José, Gajardo Abraham, Berger Zoltan, Montenegro Cristián et al. . Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Rev. méd. Chile [Internet].* 2020 Mar [citado 2021 Jul 02]; 148(3): 288-294.
14. Valarezo J. Características clínicas y epidemiológicas de hemorragia digestiva alta en pacientes adultos del Hospital Teófilo Dávila [Tesis de pregrado]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2020.
15. Del Cid J. Incidencia de hemorragia digestiva alta en adultos. [Tesis de postgrado]. Guatemala: Universidad san Carlos de Guatemala; 2018.
16. Mamani S. Perfil epidemiológico clínico y endoscópico de la hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019. [Tesis de pregrado]. Piura: Universidad César Vallejo; 2020.
17. Bazan P. Incidencia de hemorragia digestiva alta y factores de riesgo más frecuentes asociados a este, en el servicio de medicina Interna

- del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los meses de enero a setiembre-2018. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Federico Villareal; 2019.
18. Astocóndor R. Características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
19. Patiño L, Tello AC. Mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: Estudio de cohorte retrospectivo en una unidad especializada de un hospital de la seguridad social en Lima, Perú, 2012-2013 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2018.
20. Ulloa F. Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital III Goyeneche Arequipa. [Tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2016.
21. Mamani C; Yucra N. Factores asociados con las formas de presentación e incidencia de la hemorragia digestiva alta en adultos hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, de setiembre a noviembre del 2015. [Tesis de pregrado]. Juliaca: Universidad Néstor Cáceres Velásquez; 2016.

22. Velásquez V. Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en la unidad de hemorragia digestiva, servicio de gastroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins-Essalud, 2013 – 2014. Lima, Perú. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2016.
23. Roca J. Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
24. Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondan A, Zafra-Tanaka J, Arcana-López E, Cervera-Caballero L, Contreras-Turin J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2018 Ene [citado 2021 Jul 07]; 38(1): 89-102.
25. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. Am J Gastroenterol. 2021 May 1;116(5):899-917.
26. Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, Campbell HE, Rostom A, Villanueva C, Sung JJY. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Nat Rev Dis Primers. 2018 Apr 19;4:18020.

27. Rockey DC. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults. [base de datos en Internet]. En: UpToDate, Shefner JM (Ed), Waltham, MA: UpToDate; 2020 (accedido el 16 de junio de 2021). Disponible en: <https://www.uptodate.com>
28. Saltzman J. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in Adults. En: UpToDate, Feldman M (Ed), Waltham, MA: UpToDate; 2021 (accedido el 16 de junio de 2021). Disponible en: <https://www.uptodate.com>
29. Mauro A, De Grazia F, Lenti MV, Penagini R, Frego R, Ardizzone S, et al. Upper gastrointestinal bleeding in COVID-19 inpatients: Incidence and management in a multicenter experience from Northern Italy. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2021 May;45(3):101521.
30. Sharma S, Kumar R, Shalimar. Management of Gastrointestinal Bleeding in Coronavirus Disease: Exploring the Options. Am J Gastroenterol. 2021 Apr;116(4):843-844.
31. Saltzman J. Overview of the treatment of bleeding peptic ulcers. En: UpToDate; Feldman M (Ed), Waltham, MA: UpToDate; 2021 (accedido el 16 de junio de 2021). Disponible en: <https://www.uptodate.com>

32. Aguilera EJT, Cua IHY, Raymundo NTV. The Dilemma in the Management of Gastrointestinal Bleeding During the COVID-19 Pandemic. *Gastroenterology*. 2021 Apr;160(5):1889-1890.
33. Paucara G. Frecuencia y características clínico – epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes mayores de 14 años del Hospital Hipólito Unanue De Tacna. Enero 2000 - diciembre 2005. [Tesis de pregrado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2006.
34. Quan S, Frolkis A, Milne K, Molodecky N, Yang H, Dixon E, et al. Upper gastrointestinal bleeding secondary to peptic ulcer disease: incidence and outcomes. *World J Gastroenterol* 2014;20:17568-77
35. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmer KR. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. *Gut* 2011;60:1327-35.
36. Crooks C, Card T, West J. Reductions in 28-day mortality following hospital admission for upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 2011;141:62-70
37. Cho SH, Lee YS, Kim YJ, Sohn CH, Ahn S, Seo DW, et al. Outcomes and role of urgent endoscopy in high-risk patients with acute nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2017;16(3): 370–7.

38. Sarin N, Monga N, Adams PC. Time to endoscopy and outcomes in upper gastrointestinal bleeding. *Can J Gastroenterol.* 2009;23(7):489–93.
39. Abougergi MS, Travis AC, Saltzman JR. The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis. *Gastrointest Endosc* 2015;81:882-8.
40. Benites-Goñi Harold, Pascacio-Fiori Martín, Monge-del Valle Fiorella, Plácido-Damián Zuly, Gonzales-Carazas Evelyn, Padilla-Espinoza Miguel et al. Impact of the COVID-19 pandemic in the time to endoscopy in patients with upper gastrointestinal bleeding. *Rev. gastroenterol. Perú [Internet].* 2020 Jul [citado 2021 Ago 07]; 40(3): 219-223. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292020000300219&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000300219&lng=es).

# **ANEXOS**

## ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2019 - 2020”

N° HC: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Edad: .....(AÑOS)

Sexo:  masculino:  femenino:

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- a) Tiempo de enfermedad: \_\_\_\_\_
- b) Hábitos nocivos y medicación de uso frecuente:
  - a. Tabaco
  - b. Alcohol
  - c. AINES
  - d. ASA
  - e. ANTIULCEROSOS
- c) Antecedentes patológicos:
  - a. Anterior diagnóstico de HDA
  - b. Cirrosis hepática
  - c. HTA
  - d. DM2
  - e. Enfermedad ácido-péptica
  - f. Enfermedades articulares (osteoartrosis, artritis reumatoide)
  - g. Enfermedad renal crónica
  - h. Anemia
  - i. Neoplasia
  - j. Otros:.....
- d) Signos y síntomas
  - a. Melena
  - b. Hematemesis
  - c. Dolor
  - d. Disnea
  - e. Hiporexia
  - f. Anorexia
  - g. Shock
  - h. Vómitos
  - i. Astenia
  - j. Síncope
  - k. Diaforesis
  - l. Taquicardia
  - m. hipotensión

- e) Examen físico preferencial
- Circulación colateral
  - Ascitis
  - Dolor
    1. Epigastrio
    2. Difuso
    3. No dolor
- f) Valor de Hemoglobina al ingreso: \_\_\_\_\_
- g) N° de paquetes globulares transfundidos: \_\_\_\_\_
1. Tiempo de estancia hospitalaria: \_\_\_\_\_ (días)
  2. Condición de egreso:
    - a. Mejorado
    - b. Fallecido
    - c. Referido
    - d. Otros

### **CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS**

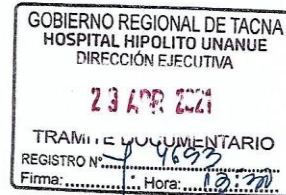
- a. Tiempo de realización: \_\_\_\_\_ (días)
- b. Localización topográfica:  esófago,  estómago,  duodeno
- c. Causa
  - a. Lesión ulcerada (enfermedad ácido péptica)
  - b. Síndrome de Mallory Weiss
  - c. Angiodisplasia
  - d. Enfermedad de Dieulafoy
  - e. Neoplasia
  - f. Hemorragia variceal
  - g. Otras lesiones
- d. Clasificación: FORREST \_\_\_\_\_ SAKITA \_\_\_\_\_
- e. Tipo de endoscopia: diagnóstica \_\_\_\_\_ terapéutica \_\_\_\_\_
- f. Sangrado activo:  si,  no
- g. Tratamiento endoscópico:
  - a. Inyectoterapia
  - b. Clip
  - c. Ligadura

# ANEXO 02: FUT DE INGRESO AL CENTRO DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA



TRÁMITE DOCUMENTARIO

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"



## FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE F.U.T.

1. NOMBRES Y APELLIDOS: (DATOS DEL SOLICITANTE)

Grace KELLY DIANA CHOQUENWANCA FERNÁNDEZ

2. D.N.I. :

76852720

3. DOMICILIO :

P.J San Martín M2-F LT:02

4. DISTRITO :

Alto de la Alonzo

- CONSTANCIA DE TRABAJO
- CONSTANCIA DE INCENTIVOS
- PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES
- AUTORIZACIÓN ACCESO INFORMACIÓN
- LICENCIA POR CAPACITACIÓN

- LICENCIA SIN GOCE DE HABER
- ADELANTO DE VACACIONES
- POSTULAR A PLAZA
- ÓRDENES DE SERVICIO
- OTROS

5. TEXTO :

Solicitó datos estadísticos acerca de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta CIE10: K92 durante los años 2019 y 2020, (número de historias clínicas)

6. ADJUNTA :

- COPIA D.N.I.
- RECIBO DE PAGO
- OTROS: .....

7. FIRMA

Grace Kelly Fernández

# ANEXO N° 03 AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO E INGRESO A ARCHIVOS DE HISTORIAS CLINICAS



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION

Por Resolución Gerencial General Regional N°405-2020-GGR/GOB.REG.TACNA

### CERTIFICA

Que el Proyecto de Investigación:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA HEMORROGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2019-2020"	<b>CÓDIGO</b> 034-CIEI-2021
---	--------------------------------

Autor (es):

GRACE KELLY DIANA CHOQUEHUANCA FERNÁNDEZ

Dictamen otorgado el Dr. César Juvenal Gallardo Recavarren, Miembro Activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular  Suplente  del Comité Institucional de Ética en Investigación, Según Resolución Directoral N°266-2020-DIREC-EJEC-HHUT-DRSS/GOB.REG.TACNA  
Quién luego de la revisión del trabajo determinó que el trabajo:

Puede ser desarrollado: SI  NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos: SI  NO

Vulnera derechos del paciente SI  NO

Aplicará Instrumentos:

- Pacientes
- Personal
- Otros


Consentimiento informado: Verbal: SI  NO  Pertinente: SI  NO

Escrito: SI  NO  Virtual  Impacto Ambiental: Positivo  Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto SI  NO  cumple con todos los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado y en consecuencia SI  NO  otorga su aprobación por intermedio de Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Se expide el presente documento el día 17 de mayo del 2021.

  
Méd. Edgar Rogelio Concori Coaquira  
Director Ejecutivo  
Hospital Hipólito Unanue Tacna

  
VºBº  
JEFE  
  
Dra. Blanca Raquel Zevallos Delgado  
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación  
Hospital Hipólito Unanue Tacna

ANEXO N° 04 MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTOR: GRACE KELLY DIANA CHOQUEHUANCA FERNÁNDEZ

Título de la investigación	Pregunta de investigación	Objetivo general y específicos	Variable	Metodología	Instrumento
Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019 – 2020.	¿Cuáles son las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019 - 2020?	<p>GENERAL: Determinar las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019 – 2020.</p> <p>ESPECIFICOS: a) Describir las características epidemiológicas: sexo y edad de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019 – 2020. b) Determinar las características clínicas: hábitos nocivos, antecedentes patológicos, manifestaciones clínicas, examen físico, valores de hemoglobina, requerimiento de transfusión sanguínea, tiempo de hospitalización y condición de egreso de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019 – 2020. c) Caracterizar la hemorragia digestiva alta según hallazgos endoscópicos: diagnóstico, tratamiento endoscópico y tiempo de realización de endoscopia en los pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2019 – 2020.</p>	<p>CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: sexo y edad.</p> <p>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Hábitos nocivos y uso de medicamentos, antecedentes patológicos, manifestaciones clínicas, examen físico al ingreso, valores de hemoglobina, requerimiento de transfusión sanguínea, tiempo de hospitalización, condición de egreso.</p> <p>CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS: Diagnóstico endoscópico, clasificación Forrest, tratamiento endoscópico, tiempo de realización de endoscopia.</p>	<p>TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>Nivel descriptivo, tipo observacional, retrospectivo en el tiempo; de corte transversal.</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>La población está constituida por todos los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo de estudio 2019-2020, siendo un total de 120. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 112 historias clínicas.</p>	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS