

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:

“MORTALIDAD Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL TRATADOS POR MEDICINA INTERNA HNR, ENERO/JUNIO 2017”.

PRESENTADO POR:

DRA. MAYRA IVANIA FLORES CANESSA.

DRA. JESSICA MARÍA PINEDA ANGULO.

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

ASESOR DE TESIS:

DR. RENÉ RICARDO RIVAS CONTRERAS.

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a Dios, por siempre iluminarnos en los proyectos trazados, y ser nuestra fuerza.

Además, agradecemos a nuestras familias, nuestro gran pilar, que siempre han estado junto a nosotras, ofreciendo su apoyo incondicional, y apoyándonos en las dificultades encontradas.

A nuestros asesores, por la dedicación y el tiempo brindado para llevar a cabo la investigación y el desarrollo del informe final.

A nuestros jurados, por ser guías en este proceso de investigación.

A nuestros amigos, por ofrecernos apoyo incondicional, a medida nos enfrentamos con mayores dificultades.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	27
PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	28
METODOLOGÍA	30
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	31
TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	31
POBLACIÓN DE ESTUDIO	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	32
INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:.....	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	33
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	34
CRONOGRAMA	35
RESULTADOS.....	36
TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	36
GRÁFICA NO. 1:	37
DISTRIBUCIÓN DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVOSUPERIOR NO VARICEAL POR RANGO DE EDADES.....	37
GRÁFICA NO. 2:	39
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EL SEXO	39
GRÀFICA NO. 3:	40
PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN STDS NO VARICEAL.....	40
GRÀFICA NO. 4:	41
DISTRIBUCIÓN DE LA PRESIÒN ARTERIAL SISTÒLICA AL MOMENTO DE CONSULTAR.....	41
GRÁFICO NO.5:	42

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA CARDÍACA AL MOMENTO DE CONSULTAR.....	42
GRÁFICO NO.6:	43
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTE QUE TENIAN ENDOSCOPIA	43
GRÁFICO NO.7:	44
PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO DE FORMA AMBULATORIA O DE EMERGENCIA	44
GRÁFICO NO.8:	45
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTE CON ETDS COMPLETA O INCOMPLETA.	45
GRÁFICO NO.9:	46
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTE QUE TENÍAN O NO SANGRADO ACTIVO POR MEDIO DE ENDOSCOPIA DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR.....	46
GRÁFICO NO.10:	47
DISTRIBUCIÓN DE LA LOCALIZACION DEL SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR DE ORIGEN NO VARICEAL.....	47
GRÁFICO NO.11:	49
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA POR DIAGNÓSTICO SEGÚN ETDS.....	49
GRÁFICO NO.12:	51
DE LA POBLACION EN ESTUDIO PRESENTA OTRAS PATOLOGIAS MEDICAS.....	51
GRÁFICO NO.13:	52
OTROS TIPOS DE PATOLOGÍA MEDICA ASOCIADA PRESENTA LA POBLACIÓN ESTUDIADA	52
GRÁFICO NO.14:	53
ANTECEDENTES YA CONOCIDOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO.	53
GRÁFICO NO.15:	54
INDICE DE ROCKALL EN LA POBLACION EN ESTUDIO AL MOMENTO DEL INGRESO.....	54
GRÁFICO NO.16:	55
HUBO ALGÚN FALLECIDO EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	55

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	56
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	66
PRESUPUESTO	70

RESUMEN

Se considera Hemorragia Digestiva alta (HDA), al sangrado que se origina en los primeros segmentos del tubo digestivo, desde la boca hasta el ángulo de Treitz. Su frecuencia oscila entre 50 y 150 episodios por c/ 100,000 habitantes x año. Se manifiesta como: hematemesis, melena y hematoquecia. (1)

Realizaremos un estudio descriptivo de corte retrospectivo transversal para describir las causas de mortalidad en sangrado no variceal, de los pacientes que fueron tratados en HNR por la especialidad de medicina interna.

Revisaremos los expedientes clínicos de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, calcularemos el índice de Rockall para evaluación de la hemorragia digestiva alta no variceal; con los datos clínicos de ingreso y con eso predecir la posibilidad de resangrado y la mortalidad estimada en cada caso.

Se tiene como universo a los pacientes de edad igual o mayor de 12 años, que ingresaron al servicio de medicina interna del Hospital Nacional Rosales, con diagnóstico por endoscopia de hemorragia digestiva alta no variceal.

La mortalidad en el presente estudio, fue de 1.2% (1 fallecido), comparado al índice bajo de riesgo evaluado en la escala de Rockall (2 puntos), evidenciado en el 29% de los pacientes.

El diagnóstico por ETDS, más frecuente, que se evaluó en el estudio fue de Gastritis Crónica, en segundo lugar, Hernia del hiato y en 3 lugar, Úlcera duodenal, linitis plástica, esofagitis por reflujo y moniliasis Esofágica.

La mayoría de pacientes del estudio, eran del sexo masculino (62%), con un rango de edades de 66 a 75 años en el 38% de los pacientes

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es un problema clínico muy frecuente, implica más de 300.000 hospitalizaciones anualmente en los Estados Unidos. En los países occidentales, la incidencia de hemorragia digestiva alta (HDA) es de 100 a 150 casos por 100.000 habitantes al año o de 36 a 100 hospitalizaciones por 100.000 habitantes de la población general y es dos veces más frecuente en la población masculina respecto a la femenina. Asimismo, la incidencia se incrementa marcadamente con la edad. (1)

La mayoría de muertes ocurrió en pacientes muy ancianos o que tenían severas enfermedades concurrentes. La mortalidad para pacientes menores de 60 años, en ausencia de malignidad o falla orgánica al momento de presentación, fue sólo del 0.6%. Entre las razones de mayor importancia por las cuales la tasa de mortalidad ha permanecido estable, en aproximadamente, el 10% desde 1945, son la edad creciente de los pacientes que presentan la HDA y el subsecuente incremento de comorbilidades asociadas. (2)

Ciertos cambios en la práctica clínica en los últimos 15 años revelan que la estancia hospitalaria ha decrecido significativamente y que más del 90% de pacientes con HDA son sometidos a endoscopia dentro de las primeras 24 horas de admisión. (4)

Un importante cambio en el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa (especialmente la ulcero péptica) ha sido el uso de la endoscopia alta para determinar el riesgo de resangrado mediante la clasificación de Forrest, lo que permite el manejo ambulatorio de los pacientes con bajo riesgo con el consiguiente ahorro de costos. (4)

En nuestro medio, sin embargo, no existen estudios que hayan evaluado la utilidad del Sistema de Puntaje de Rockall.

La mortalidad con frecuencia se asocia a la descompensación de las condiciones médicas comórbidas preexistentes, que incrementan los costos de atención y la

morbimortalidad. Las escalas pronósticas deben ser realizadas al ingreso del paciente y posteriormente a la endoscopia, como una herramienta útil de soporte para la estratificación del pronóstico. Son necesarios sistemas de puntuación simples y validados que permitan identificar a los pacientes de alto riesgo de recidiva de la hemorragia, con necesidad de hospitalización e intervención. Diversas escalas pronósticas se han validado con los objetivos descritos. Las más conocidas son las escalas de Blatchford, que incluye parámetros clínicos y de laboratorio (puntuación de 0 a 23); la escala de Rockall, que incluye hallazgos endoscópicos; la escala AIMS65, que evalúa parámetros clínicos y de laboratorio y la clasificación de Forrest, que evalúa los hallazgos de la EGD

Las reglas de predicción clínica son un importante campo de investigación clínica y, especialmente, relevantes en nuestro medio ya que el disponer de herramientas de bajo costo y alta eficiencia constituyen elementos fundamentales para la administración racional en sistemas de salud con recursos económicos limitados.

El costo del cuidado de un paciente con HDA aguda se determina por el valor que se asigne a la cama hospitalaria; el acortamiento de la estancia hospitalaria o la eliminación de la necesidad de hospitalización lo disminuye significativamente.

En la mayoría de pacientes, se detiene el sangrado espontáneamente; la tasa de mortalidad está mejor relacionada con las enfermedades subyacentes y no directamente con el sangrado. Sin embargo, el diagnóstico temprano y exacto de pacientes con sangrado severo puede facilitar maniobras terapéuticas que conduzcan a menores tasas de mortalidad.⁽⁶⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta representa una de las condiciones clínicas más prevalentes en los Servicios de Urgencia hospitalaria y de Gastroenterología, además de ser una carga clínica y económica sustancial con una incidencia que varía, según el área estudiada, entre 48 y 160 casos por 100.000 habitantes por año, las lesiones de origen péptico son la causa más frecuente.⁽¹⁾

La mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta se ha mantenido estable en los últimos años, con valores que oscilan alrededor del 10 al 14%.⁽¹⁾

Esta mortalidad se concentra en pacientes con edad avanzada y enfermedades graves asociadas y sobre todo, en aquellos que presentan la recidiva de la hemorragia durante el mismo ingreso hospitalario. No obstante, se ha observado una tendencia a que disminuya la mortalidad (inferior al 5%) probablemente debido, por una parte, al desarrollo de la endoscopia terapéutica que disminuye la recidiva hemorrágica en lesiones de alto riesgo y por otra, a la mejora en el tratamiento de estos pacientes en centros especializados con personal entrenado.

La mortalidad aumenta incluso a 63%, cuando coexisten alteraciones como insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática, insuficiencia respiratoria aguda y cardiaca.⁽⁷⁾

En la población general, 10% de los sujetos mayores de 20 años, padecen úlcera péptica y hemorragia del tubo digestivo alto. En los sujetos mayores de 60 años, como consecuencia del incremento en la frecuencia de enfermedades concomitantes y del consumo de diversos fármacos, la aparición de úlcera gástrica y duodenal y sus complicaciones suelen aumentar.⁽¹⁾

La frecuencia de hemorragia del tubo digestivo alto por úlcera péptica se incrementa significativamente en los pacientes con enfermedad cardiovascular (50%), EPOC (27%), cirrosis hepática (7.3%), enfermedades neurológicas (4.1%), enfermedades renales (2 a 4%) y enfermedades neoplásicas (3%).⁽¹³⁾

Teniendo en cuenta la importancia de ésta patología, nos planteamos la siguiente interrogante, ¿cuáles son los elementos que influyen en la mortalidad y pronóstico de los pacientes con Hemorragia digestiva alta de origen no variceal en el Hospital Nacional Rosales en los meses de enero a junio de 2017?

JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

Por décadas la hemorragia de tubo digestivo alto ha sido considerada como un cuadro clínico que demanda atención urgente, y que además involucra un tratamiento multidisciplinario.

La importancia de la hemorragia de tubo digestivo no variceal radica principalmente por su morbimortalidad.

Es por ello, que al ser la hemorragia de tubo digestivo superior no variceal, una causa frecuente de consulta en la Unidad de Emergencia, y de ingresos en los servicios de Medicina Interna, nos enfocamos en determinar los factores involucrados en la mortalidad, pronóstico y de ésta manera lograr como médicos, actuar de forma rápida y de la mejor manera en éstos, y así disminuir la morbimortalidad que conlleva esta patología.

MARCO TEÓRICO

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICEAL

El STDS es una condición de emergencia común, asociada con alta morbi y mortalidad. Los pacientes con sangrado de tubo digestivo superior (STDS), comúnmente se presentan con hematemesis (sangre o vómitos en pozol de café) y/o melenas. La evaluación inicial de los pacientes incluye la estabilidad hemodinámica de los pacientes, y la resucitación de ser necesario. Existen estudios, (la endoscopia usualmente) que buscan el diagnóstico y cuando es posible el tratamiento de éstos. (3)

La evaluación inicial de un paciente con sospecha clínica de sangrado de tubo digestivo superior incluye la historia clínica, el examen físico, pruebas de laboratorio y en algunos el lavado gástrico. (4)

La meta de la evaluación es reconocer la severidad del sangrado, identificar las causas del sangrado y determinar si hay condiciones que puedan afectar el manejo subsecuente.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia anual de hospitalización para el STDS es de aproximadamente 100 por 100,000 personas y es más común que el STDI. El rango de hospitalización para el STDS es generalmente 6 veces mayor que el sangrado gastrointestinal inferior. (5)

La incidencia, es mayor en hombres que en mujeres (128 vrs 65 por 100,000 personas) e incrementa con la edad. La frecuencia de las causas específicas del STDS cambia y han cambiado con el tiempo.(5)

Estudios de años previos, sugirieron que la úlcera péptica fue responsable en aproximadamente la mitad de los casos de STDS, pero estudios más recientes, sugieren que ésta es ahora una causa menos común (aproximadamente 20-25 % de los casos). (4)

Entre pacientes, con úlceras pépticas sangrantes, las úlceras gástricas son más comunes que las úlceras duodenales. (4)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El STDS, puede ser clasificado en varias categorías basado en la anatomía y factores patofisiológicos.

Desde una perspectiva patofisiológica las lesiones ulcerativas y erosivas (úlceras gástricas, duodenales, esofagitis y gastritis) son más comunes que las lesiones vasculares (várices y angiodisplasia), lesiones de masa (adenocarcinoma y pólipos) o lesiones traumáticas (Mallory Weiss). (3)

En algunas ocasiones, el origen del sangrado, no puede ser identificado en 10 a 15% de los pacientes probablemente porque la lesión causante es difícil de identificar (lesión de Dieulafoy), se oculta por sangre retenida por un coágulo, o porque la lesión sanó en el tiempo que la endoscopía se realizó. (8)

Las causas principales de STDS incluyen las siguientes (en orden descendente de frecuencia) (5)

- Úlcera gástrica o duodenales.
- Várices Esofagogástricas.
- Esofagitis severa o erosiva
- Gastritis/duodenitis severa o erosiva.
- Gastropatía portal hipertensiva
- Angiodisplasia (ectasia vascular)

- Masas (pólipos, cáncer).
- Síndrome de Mallory-Weiss.
- No lesión identificada (10 al 15%)

Otras causas poco comunes:

- Lesión de Dieulafoy
- Ectasia vascular gástrica antral
- Hemobilia
- Fístula aortoentérica.
- Lesiones de Cameron
- Várices ectópicas
- Sangramiento iatrogénico después de la intervención endoscópica (5)

CAUSAS ESPECÍFICAS

Las causas más comunes del STDS, la enfermedad ulcerosa gastroduodenal, esofagitis severa o erosiva y várices Esofagogástricas siguen siendo las principales.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Los síntomas acompañantes (enfermedad ulcerosa, puede estar asociada con dolor o anorexia, mientras que la esofagitis puede estar asociada con síntomas de reflujo gastro esofágico), la severidad del sangramiento y el tipo de sangrado (hematoquecia y hematemesis típicamente es causada por lesiones vasculares) pueden darnos claves para el diagnóstico. ⁽⁵⁾

Sin embargo, en algunos pacientes no es posible predecir la causa del sangramiento, y por lo tanto la endoscopia es requerida.

ÚLCERA PÉPTICA. ⁽⁵⁾

Las úlceras gastroduodenales, son causa común de STDS.

Los 4 mayores factores de riesgo de úlceras pépticas sangrantes son:

- Infección por *Helicobacter pylori*
- Uso crónico de AINES
- Estrés fisiológico
- Exceso de ácido gástrico por uso de otros medicamentos.

H. pylori: *H. Pylori* es una bacteria que infecta la mucosa superficial gástrica y altera la mucosa, haciéndola más susceptible al daño del ácido gástrico.

La inflamación crónica inducida por *H. Pylori*, altera la secreción fisiológica gástrica y lleva a gastritis crónica, que en la mayoría de individuos es asintomática y no progresa.

Sin embargo, en algunos casos la secreción gástrica alterada aunada a daño del tejido puede llevar hacia la úlcera péptica.

AINES: Incluyen el uso de aspirina en dosis bajas, predispone a ulceración del tracto gastrointestinal. Ello ocurre, por efectos locales y por la inhibición de las prostaglandinas. La mayoría de estas úlceras, son asintomáticas y no complicadas. Sin embargo, los adultos mayores, con historia de úlceras sangrantes, tienen un riesgo incrementado de úlceras recurrentes y complicaciones. Además, se han visto implicados, en caso de úlceras no curables.

Stress – Causa común en pacientes hospitalizados por enfermedades no relacionadas al sangramiento.

Éstos tienen una alta mortalidad, que aquellos pacientes ingresados por STDS primario. El riesgo del sangrado de úlceras por estrés, aumenta en pacientes con falla respiratoria y coagulopatía. (5)

El estrés psicológico no ha sido claramente asociado con enfermedad gastroduodenal, y la terapia para reducción del ácido, no está recomendada para ello. (5)

●**Ácido gástrico:** El ácido gástrico y la pepsina con cofactores esenciales en la patogénesis de las úlceras pépticas. (5)

El desequilibrio de la integridad de la mucosa, por factores como H. Pylori, AINES, o estrés lleva al incremento de la permeabilidad de la membrana, con la difusión de iones hidrógeno, resultando en acidosis intramural, muerte celular y ulceración.

Raramente la hiperacidez es la única causa de la úlcera péptica, como en pacientes con Sd de Zollinger-Ellison. (5)

La literatura sugiere, que las úlceras gastroduodenales, asociadas con los diversos factores de riesgo, se comportan de manera diferente clínicamente.

En un estudio realizado en pacientes de Norte América, con úlceras gastroduodenales, aproximadamente la mitad, tenía evidencia de la infección por H. pylori. (5)

El menor rango de resangramiento y mortalidad, fue observado en pacientes con úlceras positivas a Helycobacter Pylori. Los pacientes con úlceras negativas a H. Pylori, y sin historia de uso de AINES tuvieron peores resultados, y enfermedad sistémica más severa. (5)

Esofagitis.⁽⁵⁾

La esofagitis es una causa común de patología del tracto gastrointestinal superior, y de sangramiento.

Los pacientes con esofagitis erosiva generalmente tienen historia de reflujo gastroesofágico. Otros factores de riesgo incluyen medicación (AINES, bifosfonatos orales, tetraciclina), infecciones (Cándida, HSV). ⁽⁵⁾

La hematemesis, es más común en pacientes con sangramiento por esofagitis que en pacientes con sangramiento de otras causas (86% vs 55%)

Por lo contrario, las melenas son menos comunes (38% versus 68% respectivamente). ⁽⁵⁾

Comparado con pacientes con STDS debido a otras causas, los pacientes con STDS por esofagitis, generalmente tienen un curso más benigno, con menor estancia hospitalaria, menor probabilidad de resangrado y menor rango de mortalidad. ⁽⁵⁾

El tratamiento de la esofagitis sangrante, incluye supresión ácida, endoscopia y eliminar los factores de riesgo del reflujo gastroesofágico.

Gastritis / gastropatía y duodenitis / duodenopatía. ⁽⁵⁾

La gastritis y la duodenitis son predominantemente procesos inflamatorios.

Los términos "gastritis" y "duodenitis" se usan para designar una lesión de la mucosa asociada con la inflamación. Sin embargo, la lesión de las células epiteliales y la regeneración no siempre van acompañadas de inflamación de la mucosa. Esta distinción ha causado una considerable confusión ya que los términos "gastritis" y "duodenitis" se usan a menudo para describir las características endoscópicas o radiológicas de la mucosa en lugar de los

hallazgos histológicos específicos. El daño y la regeneración de las células epiteliales con mínima o ninguna inflamación asociada se denominan adecuadamente "gastropatía" o "duodenopatía".⁽⁵⁾

La gastritis y la duodenitis son comunes, pero, en realidad, rara vez conducen a STDS significativa.

Tales anomalías endoscópicas triviales comúnmente identificadas no son típicamente la causa de STDS (significativa) en ausencia de otros factores tales como la anticoagulación o una coagulopatía. Un examen cuidadoso de las lesiones, comúnmente es esencial en pacientes con pérdida de sangre clínicamente significativa en quienes el examen endoscópico revela sólo gastritis o duodenitis. El examen debe incluir una inspección cuidadosa de las úlceras en lugares inusuales, várices y lesiones de Dieulafoy, todas las cuales pueden ser difíciles de identificar. ⁽⁵⁾

Una multitud de trastornos y exposiciones se asocian con gastritis y duodenitis. Muchos de los trastornos asociados o las exposiciones son también factores de riesgo para la úlcera péptica. Otros factores de riesgo incluyen consumo excesivo de alcohol, lesiones por radiación, cirugía de obesidad y reflujo biliar crónico y ciertas enfermedades autoinmunes. El sangrado en pacientes con gastritis / gastropatía o duodenitis / duodenopatía es más común en el contexto del uso de anticoagulantes. ⁽⁵⁾

El diagnóstico diferencial de la gastritis aguda incluye la ectasia vascular antral gástrica (GAVE) y, en particular, la gastropatía hipertensiva portal (PHG).

En pacientes con cirrosis con o sin evidencia manifiesta de hipertensión portal, en pacientes con compromiso gástrico proximal superior a distal y en pacientes con varices concomitantes, se debe sospechar la presencia de PHG. GAVE tiene típicamente un aspecto endoscópico único con agregados lineales de petequias en el antro, dando al área antral la apariencia de una corteza de sandía. ⁽⁵⁾

El diagnóstico de gastritis y duodenitis se realiza casi exclusivamente mediante la evaluación endoscópica de la mucosa. Aunque típicamente no es necesario en el contexto de sangrado agudo, el diagnóstico puede ser confirmado por evaluación histológica. Los hallazgos histológicos pueden variar en un amplio espectro, que van desde la hiperplasia epitelial hasta el daño extenso de células epiteliales con infiltración por células inflamatorias. (5)

El sangrado por gastritis o duodenitis suele ser autolimitado.

El tratamiento incluye la eliminación del agente causal, un curso limitado de supresión de ácido con un inhibidor de la bomba de protones, la suspensión de anticoagulantes cuando pueden contribuir (si es posible) y, si el sangrado es grave, la terapia endoscópica con modalidades como la coagulación con plasma de argón. (5)

COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL. (5)

Varias causas de STDS son el resultado de hipertensión portal, incluyendo varices esofágicas, la gastropatía hipertensiva portal, varices gástricas y várices ectópicas. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los pacientes con hipertensión portal pueden desarrollar STDS de fuentes no relacionadas con la hipertensión portal (p. Ej., Úlcera péptica). En un estudio, aproximadamente el 40 por ciento de los pacientes con cirrosis y STDS tenían una causa no relacionada con la hipertensión portal.

GASTROPATÍA HIPERTENSIVA PORTAL. (PHG) (5)

Es muy común en pacientes con hipertensión portal, es una causa poco frecuente de hemorragia significativa en estos pacientes. Cuando la PHG es la única causa de sangrado, hay mucosa mucosa difusa sin otras lesiones, como várices, para explicar el sangrado gastrointestinal y la anemia. La mucosa es friable, y la

hemorragia presumiblemente ocurre cuando los vasos se rompen. La gravedad de la gastropatía está relacionada con el nivel de presión portal, el nivel de resistencia vascular hepática y el grado de reducción del flujo sanguíneo hepático.

LESIONES VASCULARES ⁽⁵⁾

Las lesiones vasculares en el tracto GI que pueden causar sangrado incluyen: angiodisplasias, lesiones de Dieulafoy y GAVE.

ANGIODISPLASIA. ⁽⁵⁾

Las angiodisplasias son las anomalías vasculares más comunes encontradas en el tracto GI.

Éstas se han relacionado como la causa de la pérdida de sangre en el 4 al 7 por ciento de los pacientes con sangrado gastrointestinal. Estos pacientes pueden presentar sangrado oculto o sangrado manifiesto.

La angiodisplasia suele diagnosticarse mediante endoscopia, pero en algunos casos puede ser necesaria la detección de imágenes radiográficas o cirugía.

LESIÓN DE DIEULAFOY. ⁽⁵⁾

La lesión de Dieulafoy es un vaso submucoso aberrante dilatado que erosiona el epitelio superpuesto en ausencia de una úlcera primaria.

La arteria submucosa no sufre ramificación normal dentro de la pared del estómago. Como resultado, el calibre de la arteria está en el intervalo de 1 a 3 mm, aproximadamente 10 veces el calibre normal de los capilares de la mucosa. Las lesiones de Dieulafoy generalmente se localizan en el estómago proximal a lo largo de la curvatura menor, cerca de la unión esofagogástrica (típicamente a 5 cm), aunque se han encontrado en todas las áreas del tracto gastrointestinal, incluyendo el esófago, el duodeno y el colon. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

La etiología de la lesión de Dieulafoy es desconocida. Además, los eventos que

desencadenan la hemorragia no se entienden bien. Los pacientes que sangran de las lesiones de Dieulafoy suelen ser hombres con comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, hipertensión, enfermedad renal crónica, diabetes o abuso de alcohol.

El uso de AINES también es común entre los pacientes con lesiones de Dieulafoy.

Los episodios hemorrágicos suelen ser auto-limitados, aunque el sangrado suele ser recurrente y puede ser profuso. (5)(6)(7)

La endoscopia es la modalidad diagnóstica de elección para detectar una lesión de Dieulafoy y es particularmente útil cuando se realiza durante el sangrado agudo. Esto se debe a que el bombeo arterial activo puede visualizarse en un área sin una úlcera asociada o una lesión en masa. En ausencia de sangrado activo, la lesión de Dieulafoy puede aparecer como un pezón elevado o un vaso visible sin una úlcera asociada, sin embargo, el vaso aberrante puede no ser visto a menos que haya sangrado activo del sitio. Debido a que la lesión de Dieulafoy puede ser difícil de identificar, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de sangrado sin una fuente clara. La ecografía endoscópica puede ser útil para confirmar el diagnóstico. (5)(6)(7)

Se ha demostrado que varios métodos son eficaces para el tratamiento de las lesiones de Dieulafoy. La hemostasia endoscópica puede lograrse con una combinación de inyección de epinefrina seguida por coagulación de la sonda bipolar, coagulación térmica de la sonda de calentamiento o colocación de hemoclip. Otros enfoques que se han utilizado con éxito para tratar las lesiones de Dieulafoy incluyen ligadura de la banda endoscópica, coagulación de plasma de argón y la inyección de cianoacrilato.(6)

Sin embargo, la ligadura de banda endoscópica debe utilizarse con precaución en este contexto porque se ha asociado con perforación (especialmente cuando se realiza donde la pared gástrica es delgada, como el fondo) y sangrado de la úlcera

resultante una vez que la banda se cae. De manera similar, la ligadura de la banda es probablemente insegura en el intestino delgado y el colon derecho, ya que puede atrapar la serosa y por lo tanto conducir a la perforación.

La ecografía Doppler se ha utilizado para confirmar la ablación de una lesión de Dieulafoy documentando la ausencia de flujo sanguíneo después del tratamiento.

Pocos estudios han comparado los diferentes enfoques de tratamiento, por lo que el tratamiento debe basarse en la experiencia. En la mayoría de los casos, el abordaje inicial para volver a sangrar debe ser endoscopia agresiva y / o angiografía. La resección quirúrgica debe reservarse para hemorragias difíciles de controlar. (10)

LA ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE o el estómago de sandía) (5)

El término "estómago de sandía" se deriva del aspecto endoscópico característico de hileras longitudinales de rayas planas y rojizas que se irradian desde el píloro hacia el antro que se asemejan a las rayas de una sandía. Las franjas rojas representan los vasos mucosos. Una forma punteada (en la que las franjas rojas no son aparentes) también ha sido descrita y parece ser más común en pacientes con cirrosis subyacente.

Si bien puede producirse sangrado agudo, la hemorragia gastrointestinal de bajo grado es más común, a menudo con anemia por deficiencia de hierro. Es poco común que los pacientes presenten sangrado agudo y masivo.

Por lo general es un problema aislado, pero se ha asociado con cirrosis y esclerosis sistémica.

Los pacientes también pueden presentarse con sangrado agudo. La presentación clínica es similar si la hipertensión portal está presente o no, excepto que los

pacientes con hipertensión portal pueden tener angiomas antrales difusos en lugar del patrón lineal clásico ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

El diagnóstico se basa en el aspecto endoscópico clásico. Puede confirmarse con biopsia endoscópica, ecografía endoscópica, escaneo de glóbulos rojos marcados o tomografía computarizada (TC). Histopatológicamente, GAVE se caracteriza por ectasia vascular, proliferación de células fusiformes y fibrohialinosis.

En algunos pacientes se requieren transfusiones episódicas.

La ligadura de banda endoscópica también se ha utilizado con éxito.

TRAUMA O IATROGÉNICA. ⁽⁵⁾

Las causas traumáticas o iatrogénicas del STDS incluyen síndrome de Mallory-Weiss, lesiones de Cameron en pacientes con hernia hiatal, fístulas aortoentéricas, ingestión de cuerpos extraños, hemorragia anastomótica posquirúrgica y sangrado post-polipectomía.

SÍNDROME DE MALLORY-WEISS ⁽⁵⁾

El síndrome de Mallory-Weiss se caracteriza por laceraciones longitudinales de la mucosa (disecciones intramurales) en el esófago distal y el estómago proximal, que usualmente se asocian con vómitos fuertes. Las laceraciones a menudo conducen a sangrado de las arterias submucosas.

La cantidad de pérdida de sangre suele ser pequeña y autolimitada. Sin embargo, la hemorragia masiva que requiere transfusiones e incluso conduce a la muerte puede ocurrir.

Las lágrimas de Mallory-Weiss suelen ser secundarias a un aumento repentino de la presión intraabdominal. Los factores precipitantes incluyen vómitos, fatiga en las heces o elevación, tos, convulsiones, hipo bajo anestesia, masaje de pecho

cerrado, lesión abdominal contundente, preparación colonoscópica con solución de lavado de electrolitos de polietilenglicol y gastroscopia.

La endoscopia es la modalidad diagnóstica de elección para documentar la presencia de un desgarro gastroesofágico. La mayoría de las laceraciones sanan espontáneamente.

LESIONES DE CAMERON. (5,10)

Las lesiones de Cameron son erosiones o úlceras que ocurren en el saco de una hernia hiatal. Se han descrito en hasta el 5% de los pacientes con una hernia hiatal que se someten a endoscopia superior. Por lo general son un hallazgo incidental, pero rara vez causan STDS agudo o masivo. También pueden causar sangrado crónico que conduce a anemia por deficiencia de hierro. Aunque su patogénesis es incompletamente entendida, los posibles factores contribuyentes incluyen la esofagitis por reflujo y el trauma mecánico.

El diagnóstico se realiza visualizando la lesión en el momento de la endoscopia; Aquí se requiere una inspección cuidadosa de la hernia hiatal, así como la familiaridad con la aparición de la lesión (úlceras lineales o erosiones en los pliegues mucosales de una hernia hiatal en la impresión diafragmática). (5,10)

El sangrado agudo puede ser tratado endoscópicamente con técnicas hemostáticas estándar. Los pacientes con deficiencia de hierro por sangrado crónico pueden ser tratados con un inhibidor de la bomba de protones después de la repleción de hierro, lo que puede ayudar a prevenir la recidiva de la anemia. La cirugía para reparar la hernia hiatal puede ser considerada en pacientes con sangrado recurrente a pesar de las medidas anteriores.

FÍSTULAS AORTOENTÉRICAS (5)

La fístula aortoentérica es una causa rara de STDS aguda y es más frecuentemente iatrogénica. Debido a que se asocia con una alta tasa de

mortalidad, representa una verdadera emergencia médica. La tercera o cuarta porción del duodeno es el sitio más común para las fístulas aortoentéricas, seguido por el yeyuno y el íleon.

La mayoría de los pacientes presentan un "sangrado heral" inicial que se manifiesta por hematemesis y / o hematoquezia; Esto puede ser seguido de sangrado masivo y exsanguinación. Se puede observar sangrado intermitente si un coágulo de sangre sella temporalmente la fístula. Otros signos y síntomas pueden incluir dolor abdominal o de espalda, fiebre y signos de sepsis. Con poca frecuencia, una masa abdominal es palpable o se ausculta un soplo abdominal.

Las fístulas aortoentéricas surgen de la comunicación directa entre la aorta y el tracto GI. La fístula aortoentérica primaria en los Estados Unidos es muy rara, y cuando ocurre, es típicamente causada por la erosión de un aneurisma aórtico aterosclerótico en el duodeno. (5,10)

Otras causas, incluso más raras, incluyen la aortitis infecciosa por sífilis o tuberculosis. (5,10)

La presentación clásica es una hemorragia GI masiva, una masa abdominal pulsátil y dolor abdominal (o posterior). Sin embargo, esta tríada estaba presente en sólo el 11 por ciento de 81 pacientes en una revisión. La mayoría de los casos fueron anunciados por sangrado gastrointestinal. (5,10)

La forma más común de las fístulas aortoentéricas son secundarias y se producen después de la colocación de una prótesis abdominal aórtica vascular. (11)

Estos son mucho más comunes que las fístulas aortoentéricas primarias. La necrosis de presión y la infección por injerto han sido implicadas en el desarrollo de fístulas en este contexto. Esta complicación se ha vuelto menos común con la aplicación de medidas preventivas cuidadosas cuando se coloca el injerto. Otras causas secundarias incluyen úlceras penetrantes, invasión tumoral, traumatismo, lesión por radiación e incluso perforación de cuerpo extraño. (11)

Se necesita un alto índice de sospecha para establecer el diagnóstico de una fístula aortoentérica. Este trastorno debe ser considerado en todos los pacientes con STDS masiva o repetitiva y antecedentes de aneurisma aórtico torácico o abdominal o un injerto vascular protésico. (11)

La endoscopía es importante principalmente para excluir otras causas más comunes de STDS agudo, como la úlcera péptica. La mejor prueba diagnóstica para evaluar la posibilidad de una fístula aortoentérica es la TC abdominal, que a menudo muestra un flemón aórtico en la zona de la tercera o cuarta porción del duodeno. La endoscopía con un endoscopio o un endoscopio de visión lateral puede revelar un injerto, una úlcera o erosión en el sitio de un coágulo adherente, o una masa pulsátil extrínseca en el duodeno distal (o raramente, el esófago). (6)

La aortografía es típicamente poco fiable y no se recomienda.

La tasa de mortalidad de una fístula aortoentérica no tratada que se presenta con hemorragia GI superior es casi el 100 por ciento.

La terapia de una fístula aortoentérica debida a un injerto infectado consiste en antibióticos intravenosos y

MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS. (5)

La hematemesis (ya sea vómitos con sangre o vómitos en pozol de café) sugiere sangramiento proximal al ligamento de Treitz. La presencia de emesis roja franca sugiere moderado a severo sangramiento, en cambio el vómito en pozol de café sugiere sangramiento más limitado.

La mayoría de sangrado (melenas) se origina proximal al ligamento de Treitz (90%) aunque también puede originarse en la orofaringe intestino delgado, o colon derecho.

Las melenas, pueden comportarse con grados variables de pérdida sanguínea, aproximadamente de 50 ml de volumen de sangre.

La hematoquezia usualmente ocurre en el sangrado de tubo digestivo inferior. Sin embargo, puede ocurrir en STDS que está típicamente asociado con hipotensión ortostática. (11)

Transfusión sanguínea (5)

La decisión de iniciar transfusión sanguínea debe de individualizarse en cada paciente. El enfoque es iniciar la transfusión sanguínea si la Hemoglobina es menor o igual a 7g/dl para la mayoría de pacientes, con un objetivo de mantenerla mayor o igual a 7 g/dl. (5)

No existe un corte de edad para determinar la hemoglobina, sin embargo, se basa en las condiciones comórbidas del paciente. (5)

Sin embargo, pacientes con sangrado activo e hipovolemia pueden requerir transfusión de hemoderivados a pesar de tener un valor normal de hemoglobina. Es importante evitar la sobretransfusión en pacientes con sospecha de sangrado variceal, ya que puede empeorar el sangramiento (Hb mayor o igual a 10) (5)

Un estudio aleatorizado, sugirió que usar un nivel de Hb bajo, para iniciar la transfusión de hemoderivados mejora los resultados. En este estudio, 921 adultos con STDS se asignaron a 2 estrategias, estrategia restrictiva para la transfusión que incluía una Hb menor a 7 g/dl (edad media de 64 años) y estrategia de transfusión liberal con Hb menor a 9 g/dl (edad media de 66 años). (5,10)

Pacientes con sangrado masivo exanguinante fueron excluidos del estudio (SCA, vasculopatía periférica, ACV, transfusión en un período menor de 90 días, escala de Rockall de 0 con Hb de 12 o más. (6)

La mayoría de pacientes en ambos grupos manifestaron sangrado debido a úlcera péptica (51% y 47% respectivamente) seguido de sangramiento variceal.

Los pacientes en el grupo restrictivo, evitaron en mayor porcentaje la transfusión de hemoderivados y recibieron menos unidades de sangre.

La mortalidad, fue menor en el grupo restrictivo, y, además, tuvieron menor probabilidad de sufrir sangramiento o complicaciones en un futuro.

En los pacientes con cirrosis, los riesgos de mortalidad, y sangramiento posterior fueron menor en el grupo de la estrategia restrictiva en pacientes con Child Pugh A o B, pero fueron similares en pacientes Child Pugh C. Sin embargo, el estudio se dio en pacientes a quienes se les realizó la endoscopia con un tiempo medio de 5 horas, desde la llegada a la unidad de emergencia. (5 y 6)

TRATAMIENTO DE STDS NO VARICEAL.

Se debe evaluar el estado hemodinámico e iniciar las medidas de reanimación según sea necesario. (11)

Es necesaria la pronta sustitución de fluidos con fluidos cristaloides endovenosos, y considerar la transfusión de sangre para hemoglobina <7 g / dl. (11)

Se debe utilizar una escala validada de evaluación de riesgos, como el puntaje de Rockall o Blatchford para informar el momento de la endoscopia, el momento del alta y el nivel de atención. (11,6)

Se debe considerar el alta del departamento de emergencia sin endoscopia para pacientes con todos los siguientes (equivalente a un puntaje de Blatchford de 0):

- nitrógeno ureico <18.2 mg / dL
- hemoglobina \geq 13 g / dL para hombres (12 g / dL para mujeres)
- presión arterial sistólica \geq 110 mm Hg
- pulso <100 latidos / minuto
- ausencia de melena, síncope, insuficiencia cardíaca y enfermedad hepática.

No se recomienda el lavado nasogástrico u orogástrico de rutina, y no se requiere El material similar a la sangre o café molido identifica la probabilidad de hemorragia gastrointestinal alta y puede sugerir una lesión de alto riesgo, además la aspiración nasogástrica negativa puede no ser precisa para descartar hemorragia gastrointestinal alta en pacientes con hematoquecia o melena, pero sin hematemesis (7)

Debe usarse inhibidor de la bomba de protones (PPI) antes de la endoscopia para disminuir la probabilidad de un mayor riesgo de hemorragia en la endoscopia, pero no se debe demorar la endoscopía. (6)

Se debe realizar la esofagogastroduodenoscopia (EGD) dentro de las 24 horas si es posible, y dentro de las 12 horas si las características clínicas de alto riesgo (como taquicardia, hipotensión, vómitos sanguinolentos o aspiración nasogástrica con sangre en el hospital), se llegaran a presentar. (6)

La endoscopía temprana parece segura y puede reducir la duración de la hospitalización en comparación con la endoscopia tardía en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. (6)

En el caso de úlcera péptica, se debe considerar el tratamiento endoscópico para estigmas de alto riesgo (sangrado activo, vaso visible, coágulo adherente resistente a la irrigación) y no se debe administrar terapia endoscópica a los pacientes que tienen una úlcera con una base limpia o una mancha pigmentada plana. (8)

Entre las opciones incluyen inyección de epinefrina (no debe usarse solo), termocoagulación, inyección de esclerosante y hemostasia mecánica (clips) la adición de un segundo método endoscópico (agente esclerosante, hemostasia mecánica o dispositivo térmico) después de la inyección de epinefrina puede

reducir el sangrado y la cirugía en pacientes con hemorragia mayor por úlceras pépticas. (9)

MORTALIDAD DEL STDS NO VARICEAL.

Aún no está claro, si el STDS es un evento gastrointestinal aislado, o un indicador del deterioro del estado de salud del paciente. Además los efectos a largo plazo del STDS son pobremente entendidos, a pesar de ser la causa más gastroenterológica más frecuente en los hospitales. Por lo cual, se realizó un estudio en la que se investigaron las causas de muerte en individuos después de un episodio de STDS no variceal comparado con las muertes en una muestra de la población general (1 y 10)

Algunos estudios controlados, se han limitado a 2 cohortes con la enfermedad ácido péptica desde los 1990s, con menos de 150 muertes, lo que muestra un exceso de mortalidad, no relacionada al evento del sangrado propiamente, pero los estudios no tuvieron acuerdo, en cuales causas se incrementaron. (6)

Por lo tanto, para identificar, cuales intervenciones, podrían reducir la mortalidad luego de un evento de STDS no variceal, se investigaron, las causas de muerte por edad, y tiempo, y posteriormente se comparó con las muertes en una muestra de la población general. (6)

Con respecto a la población se seleccionaron todos los pacientes, con un primer episodio de sangrado de tubo digestivo superior no variceal, además todos los pacientes del estudio, fueron ingresados en el hospital al momento del sangramiento. (6)

De un total de 1,536 muertes, en un período de 30 días posterior al sangramiento, 306 de éstas (17%) tuvieron una causa subyacente codificada como sangramiento de tubo digestivo superior en los códigos ICD 10: hemorragia gastrointestinal, úlcera duodenal crónica con hemorragia (92), úlcera crónica gástrica (44), y úlcera péptica crónica con hemorragia (6).

El rango de mortalidad, en los primeros 5 años, en el STDS fue de 16 por 100 personas. Este número declinó con el tiempo, de 35.7 muertes por 100 personas, (en el 1 año), a 7.3 muertes por 100 personas en los siguientes 4 años. (5)

Los rangos y el riesgo de muerte fueron de 10 a 15% menor para mujeres que para los hombres, pero las diferencias relativas entre las causas de mortalidad fueron similares. (6)

En el primer mes, después de un episodio de sangramiento, el rango de mortalidad incrementó para todas las causas de muerte, pero la mayor mortalidad fue para la enfermedad digestiva no maligna (48 muertes por 100 personas). (6)

La mortalidad con frecuencia se asocia a la descompensación de las condiciones médicas comórbidas preexistentes, que incrementan los costos de atención y la morbimortalidad. Las escalas pronósticas deben ser realizadas al ingreso del paciente y posteriormente a la endoscopia, como una herramienta útil de soporte para la estratificación del pronóstico. Para un óptimo manejo, son necesarios sistemas de puntuación simples y validados que permitan identificar a los pacientes de alto riesgo de recidiva de la hemorragia, con necesidad de hospitalización e intervención. Diversas escalas pronósticas se han validado con los objetivos descrito. Las más conocidas son las escalas de Blatchford, que incluye parámetros clínicos y de laboratorio (puntuación de 0 a 23); la escala de Rockall, que incluye hallazgos endoscópicos; la escala AIMS65, que evalúa parámetros clínicos y de laboratorio y la clasificación de Forrest, que evalúa los hallazgos de la EGD

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO PRIMARIO

Describir la mortalidad y el pronóstico de la hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes ingresados en el área de Medicina Interna del Hospital Nacional Rosales, durante Enero/Junio 2017.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Describir las características clínicas de los pacientes con diagnósticos por gastroscopia de hemorragia digestiva alta no variceal ingresados en servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Rosales.
2. Determinar la frecuencia de los diagnósticos realizados por gastroscopia en hemorragia digestiva alta no variceal.
3. Determinar la mortalidad de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes ingresados en los pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Rosales.
4. Identificar el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no variceal a través de la aplicación del índice de Rockall.

PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la mortalidad y el pronóstico de la hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna del HNR?

P: pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.

O: mortalidad y pronóstico.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

Problemas:

1. ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con diagnósticos por gastroscopia de hemorragia digestiva alta no variceal?
2. ¿Cuál es la mortalidad de la hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna?
3. ¿Cuál es la frecuencia de los diagnósticos por gastroscopia de la hemorragia digestiva alta no variceal?

Hipótesis:

1. La hemorragia digestiva alta no variceal ocurre con más frecuencia en varones (60% de casos), la edad media de los pacientes se sitúa alrededor de los 66 años y puede asociarse a consumo de antiinflamatorios no esteroideos hasta en un 50% de casos.
2. La mortalidad del sangrado de tubo digestivo alto no variceal es de aproximadamente 7-10% según estudios realizados en Guatemala, de lo cual ha disminuido con los conocimientos de los factores de riesgos y tratamiento tanto endoscópico como farmacológico.

Al momento a pesar de la búsqueda de estudios a nivel nacional y local no se logró evidenciar un estudio que nos muestre la prevalencia de esta enfermedad y menos aún las causas que lo originen.

3. Diagnósticos por gastroscopia más frecuentes en el sangrado de tubo digestivo alto no variceal son:

-Gastritis erosiva

-Úlcera péptica

-Esofagitis

-Desgarro de Mallory Weiss

-Neoplasias

-Cuerpo extraño

METODOLOGÍA

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONABILIDAD Objetivo general	Objetivos Especifico	Definición	Valor
<p>Describir la mortalidad y el pronóstico de la hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes ingresados en el área de Medicina Interna del Hospital Nacional Rosales, durante Enero/Junio 2017.</p>	<p>Describir las características clínicas de los pacientes con diagnósticos por gastroscopia de hemorragia digestiva alta no variceal ingresados en servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Rosales.</p>	<p>Descripción del estado del paciente según la evaluación médica.</p>	<p>-Cualitativo: Estado hemodinámico Clasificación de hemorragia Género grupo etario Edad Localidad Signos vitales</p>
	<p>Determinar la frecuencia de los diagnósticos realizados por gastroscopia en hemorragia digestiva alta no variceal.</p>	<p>Entidades clínicas reportadas en la gastroscopia de cada paciente.</p>	<p>-Cualitativo: Gastritis erosiva Úlcera péptica Esofagitis Desgarro de Mallory Weiss Neoplasias Cuerpo extraño</p>
	<p>Determinar la mortalidad de hemorragia digestiva alta no variceal en paciente ingresado en servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Rosales.</p>	<p>La mortalidad de puede cuantificar según la tasa de mortalidad, definida como la relación entre el número de defunciones ocurridas en un periodo de tiempo determinado</p>	<p>Valor expresado en porcentaje de la tasa de mortalidad</p>
	<p>Identificar el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no variceal a través de la aplicación del índice de Rockall.</p>	<p>Escala de Rockall es de utilidad para predecir la recidiva de hemorragia y la necesidad de tratamiento endoscópico</p>	<p>-Pronóstico bueno: ≥ 5 puntos -Pronóstico medio: 3-4 puntos -Pronóstico malo: 0-2 puntos</p>

APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.

Los resultados de este estudio permitirán al personal de las diferentes áreas de Medicina Interna conocer los resultados de la mortalidad, factores de riesgo y manejo de los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal.

La evaluación de los pacientes permite identificar áreas de mejora. Por lo que, si los resultados de esta investigación no son similares a lo reportado internacionalmente, sino que presentamos mayor mortalidad, se obligara a hacer una investigación más precisa de los momentos y procesos a superar para mejorar los indicadores del manejo del sangrado de tubo digestivo alto no variceal.

TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población Diana

Paciente con sangrado de tubo digestivo superior no variceal, ingresados en los servicios de Medicina Interna en el Hospital Nacional Rosales en el mes de Enero/Junio 2017.

Población de estudio/muestra

No se realizará muestreo ya que incluiremos el 100% de los pacientes de edad igual o mayor de 12 años, que ingresaron a los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Rosales, con diagnóstico por endoscopia de hemorragia digestiva alta, durante el mes de enero/junio 2017, datos que se obtendrán previamente del sistema de ESDOMED atreves del SIMMOV.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión:

- 1. Ambos sexos.**
- 2. Mayor de 12 años.**
- 3. Diagnóstico de sangrado de tubo digestivo superior no variceal por endoscopia de tubo digestivo.**
- 4. Que se le realizó gastroscopia en nuestro centro.**
- 5. Pacientes que permanecieron ingresados durante el mes de Enero/Junio 2017**

Criterios de Exclusión:

- 1. Diagnóstico de hemorragia digestiva alta variceal por gastroscopia.**
- 2. Que no cuenten con gastroscopia.**
- 3. Menor de 12 años.**
- 4. Expedientes incompletos.**

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Mediante una matriz de recolección de datos donde incluiremos la información obtenida en los expedientes clínicos, considerando variables socio demográficas, clínicas y reporte de gastroscopia. (Ver anexo 2)

Fuente de Información/ métodos de recolección de datos:

- Por medio de expediente clínicos del Hospital Nacional Rosales codificados por números correlativos basados en el año, se consignaran datos en la matriz de recolección, tomando de ESDOMED los diferentes registros con la patología en estudio y del SIMMOW donde se reporta que durante el período de 1 de enero al 31 de junio del 2017 según la clasificación del CIE10 K92.2 Hemorragia Gastrointestinal no especifica hubieron 88 pacientes con dicha patología; de los cuales según criterios de inclusión quedaron 24 en estudios y excluidos 44 pacientes.

Procesamiento de información:

Utilizaremos el programa de Excel 2010

Calendarización:

Se entrega protocolo de investigación en el mes de julio, recolección de datos desde Julio-Agosto 2018.

Análisis y procesamiento de información desde julio hasta agosto, evaluación de informe final en septiembre, defensa de tesis en noviembre 2018.

Limitaciones y posibles sesgos del estudio:

No acceso al expediente clínico, no se logró realizar endoscopia, no se encontraron algunos reportes de endoscopia, diferencia entre endoscopia privada y la de este centro de salud.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se considerará la declaración de Helsinki, siendo el propósito principal de la investigación médica en seres humanos comprendiendo las causas de mortalidad de STDS no variceal en pacientes ingresados y tratados en Medicina Interna, mejorando las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

La investigación científica, será con revisión de expedientes clínicos, en los diferentes servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Rosales, por lo tanto, no habrá intervención directa a los pacientes.

No se necesitará consentimiento informado debido a que se hará revisión de expedientes clínicos.

El protocolo será entregado al comité de ética e investigación institucional para su aval y aprobación.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

❖ **Entrada y gestión informática de los datos.**

El procesamiento informático será realizado por el programa de excel, vaciando los datos previamente obtenido a través de la información proporcionada por el sistema que utiliza ESDOMED que es el SIMMOW luego se revisara cada expediente clínico para vaciar datos de cada ficha.

❖ **Estrategia de análisis:**

Se presentaran los resultados en tablas comparativas, y gráficos generados a partir de la revisión de los datos obtenidos de los expedientes clínicos y de los datos obtenidos por el programa SIMMOW.

Se interpretarán para obtener respuesta a los objetivos planteados, realizándose la metodología del estudio descriptivo transversal.

CRONOGRAMA

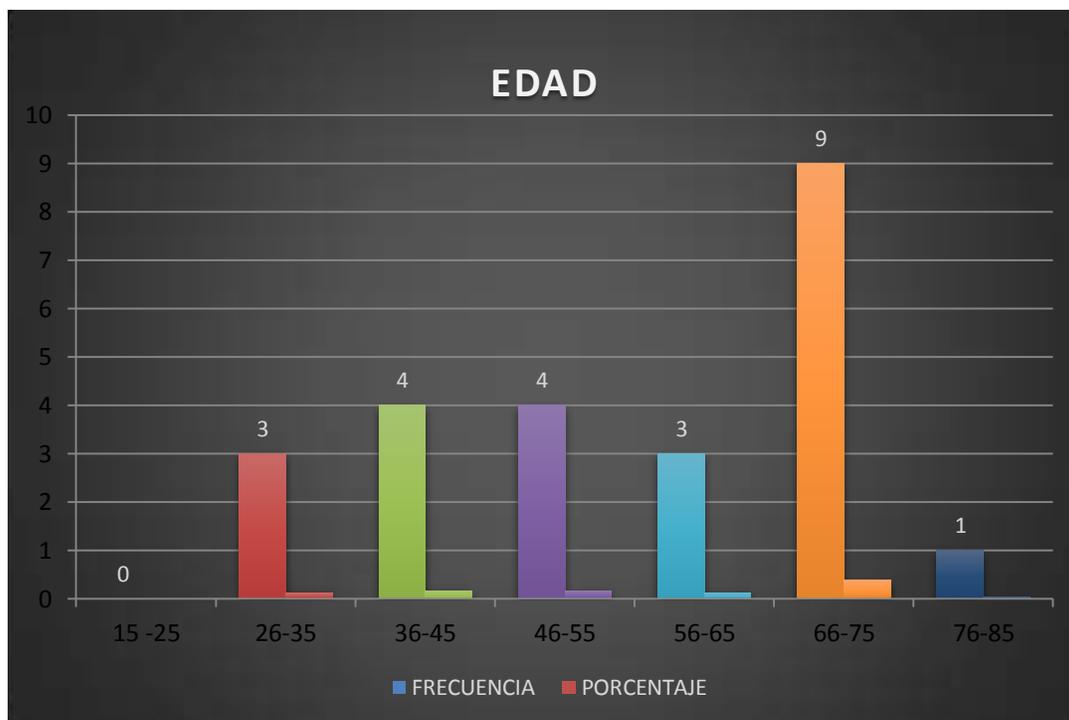
Mes	Junio 2018				Julio 2018				Agosto 2018				Septiembre 2018				Octubre 2018				Noviembre 2018		
Mes / Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Protocolo y revisión Bibliográfica																							
Entrega de protocolo y aprobación de comité de ética			X	X	X	X																	
Recolección de datos							X	X	X	X	X	X											
Entrada y Gestión informática de datos													X	X	X	X							
Análisis de datos y entrega de informe final																		X	X	X			
Defensa de Tesis																					X	X	

RESULTADOS

TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

GRÁFICA No. 1:

DISTRIBUCIÓN DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR NO VARICEAL POR RANGO DE EDADES.



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

ANÁLISIS:

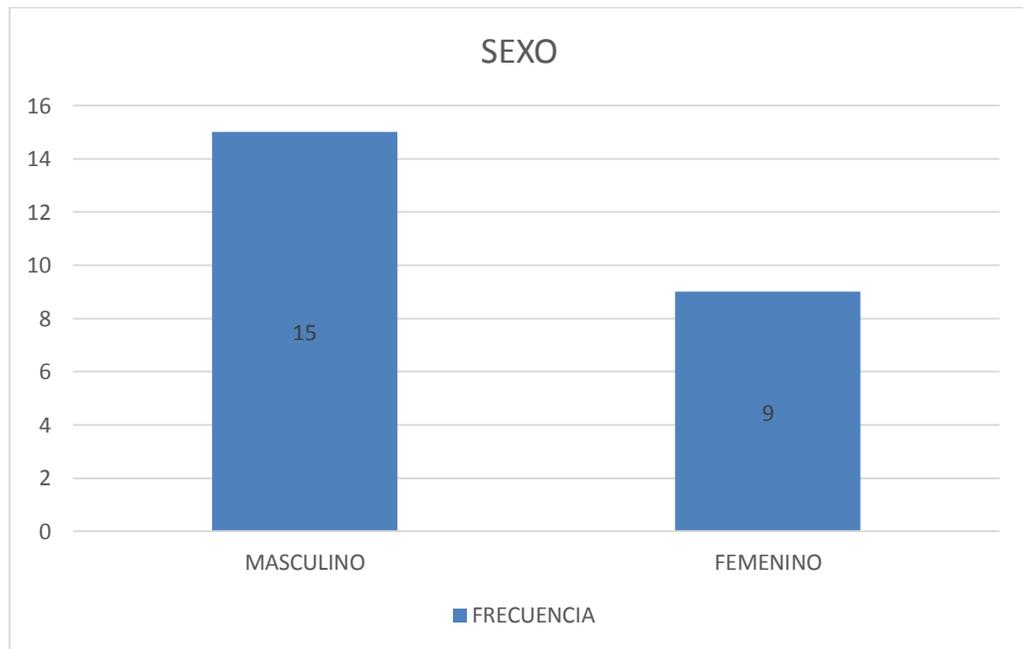
De la población en estudio se encontró que las edades más frecuentes de sangrado de tubo digestivo superior de origen no variceal fueron 66 a 75 años de edad con un porcentaje de 38%, en segundo lugar, las edades entre 36 a 55 años de edad con un porcentaje del 17% seguidamente con un 12% las edades entre 56 a 65 años. Los rangos de edades con menor frecuencia fueron 12 a 25 años y de 76 a 85 años representando el 0% y el 4% respectivamente.

Se puede afirmar que la presentación de casos de STDS no variceal presentó un patrón de frecuencia creciente debido a un deterioro fisiológico de las funciones

gastrointestinales, manteniendo un rango mayor entre las edades de 60 a 75 años. Esto determina que la edad es un factor de riesgo no modificable de presentar STDS no variceal.

GRÁFICA No. 2:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EL SEXO



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

ANÁLISIS:

En la población estudiada se obtuvo que el 62% de los pacientes eran del sexo masculino con una frecuencia de 15 y el resto que es el 38% equivalente a 9 eran del sexo femenino

Estos datos demuestran que hubo una diferencia significativa entre ambos sexos, entre los usuarios participantes de dicho estudio, los cuales en el sexo masculino predomina el STDS no variceal.

GRÁFICA No. 3:

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN STDS NO VARICEAL



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

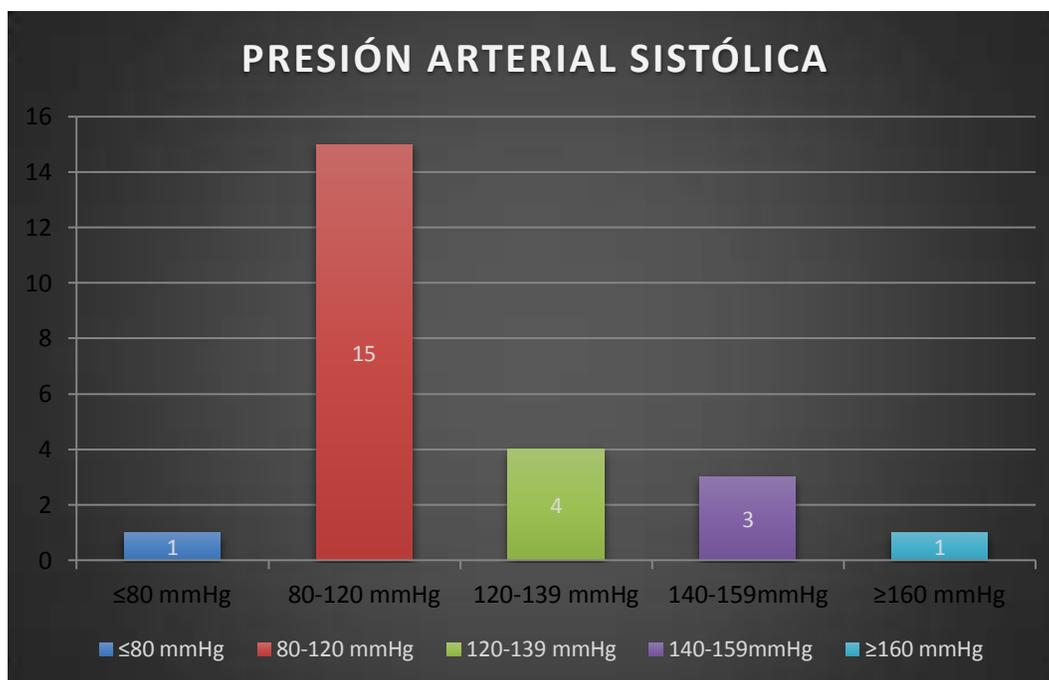
ANÁLISIS:

Entre los principales motivos de consulta se obtuvo que la mayoría consulto por “vomité sangre” que literalmente mencionaba el paciente como Hematemesis en un 83% equivalente a 20 pacientes, otro motivo de consulta fue “hice pupú con sangre” traducido como melenas en un 13% que equivale a 3 pacientes y en tercer lugar 1 paciente que consulto “por diarrea y vómitos”.

Por ende, se evidencia que los principales motivos de consulta en el HNR son los anteriormente mencionados con una alta frecuencia en dicho nosocomio.

GRÁFICA No. 4:

DISTRIBUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA AL MOMENTO DE CONSULTAR



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

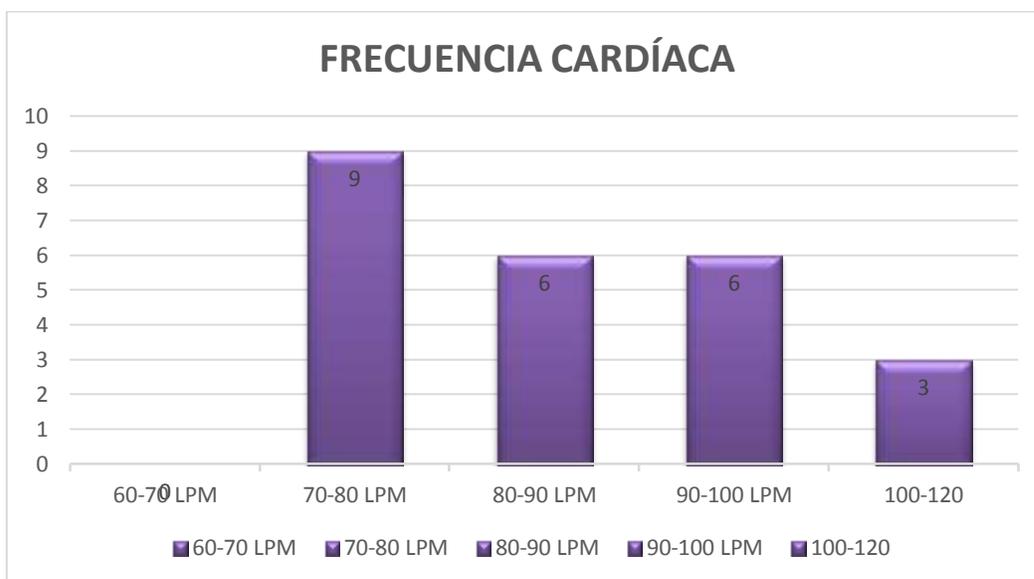
ANÁLISIS:

Se observó que durante el estudio la mayoría de los pacientes se presentaron con signos vitales estables por lo que se deduce que las pérdidas del sangrado eran leves menos del 15%, lo que disminuye el puntaje de la escala de Rockall para esta variable en especial.

El único paciente que presentó presión arterial sistólica baja falleció a causa del sangrado de tubo digestivo superior de origen no variceal.

GRÁFICO No.5:

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA CARDÍACA AL MOMENTO DE CONSULTAR



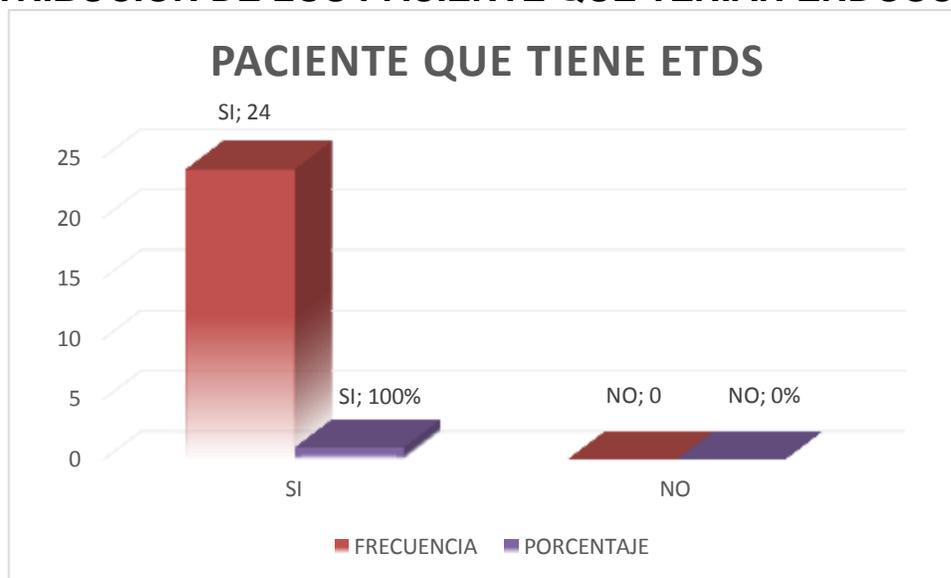
FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio

ANÁLISIS:

De acuerdo al estudio realizado se obtuvo un resultado del 87% de la población presentó una frecuencia cardíaca < 100 lpm, únicamente 3 pacientes se presentaron con frecuencia cardíaca >100lpm sumando un punto en la escala de Rockall, empeorando el pronóstico individual de la mortalidad y de reesangrado de cada paciente.

GRÁFICO No.6:

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTE QUE TENIAN ENDOSCOPIA



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

ANÁLISIS:

El 100% de la población estudiada contaba con endoscopia de tubo digestivo superior al momento del diagnóstico y a la hora de realizar la revisión de los diferentes expedientes, recordando que es un criterio de inclusión el haber sido sometido a dicho estudio.

GRÁFICO No.7:

PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO DE FORMA AMBULATORIA O DE EMERGENCIA



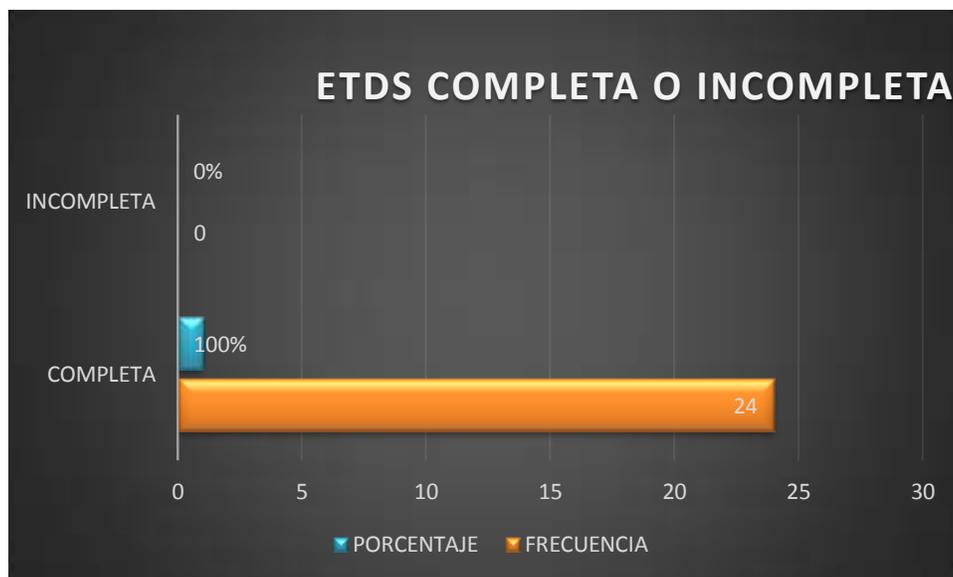
FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

ANÁLISIS:

Se aprecia en la representación circular que más del 80% la endoscopia fue realizado de emergencia como es lo habitual en estos casos de hemorragia activa; la endoscopia ambulatoria en los pacientes estudiados referida a los 4 casos con hemorragia con bajo puntaje de Rockall, a su vez que las mismas no fueron realizados en el Hospital Nacional Rosales.

GRÁFICO No.8:

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTE CON ETDS COMPLETA O INCOMPLETA.



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

ANÁLISIS:

En la realización de las endoscopias tanto intrahospitalarias como particulares se refleja que en su totalidad que las endoscopias de tubo digestivo superior fueron realizadas de manera completas no presentando ninguna complicación medica adyacente.

En sus reportes no hay evidencia de dificultades y las descripciones de cada una de las partes de la endoscopia son adecuadas para evaluación.

GRÁFICO No.9:

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTE QUE TENÍAN O NO SANGRADO ACTIVO POR MEDIO DE ENDOSCOPIA DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR.



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

ANÁLISIS:

El sangrado se evidencia no activo en más del 70% de la población estudiada; solo 7 en estudio se evidencio sangrado al momento del estudio y se reporta como activo al momento del procedimiento, además es corroborado a través del análisis y los resultados en los reportes endoscópicos emitido por el médico gastroenterólogo.

GRÁFICO No.10:

DISTRIBUCIÓN DE LA LOCALIZACIÓN DEL SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR DE ORIGEN NO VARICEAL.



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

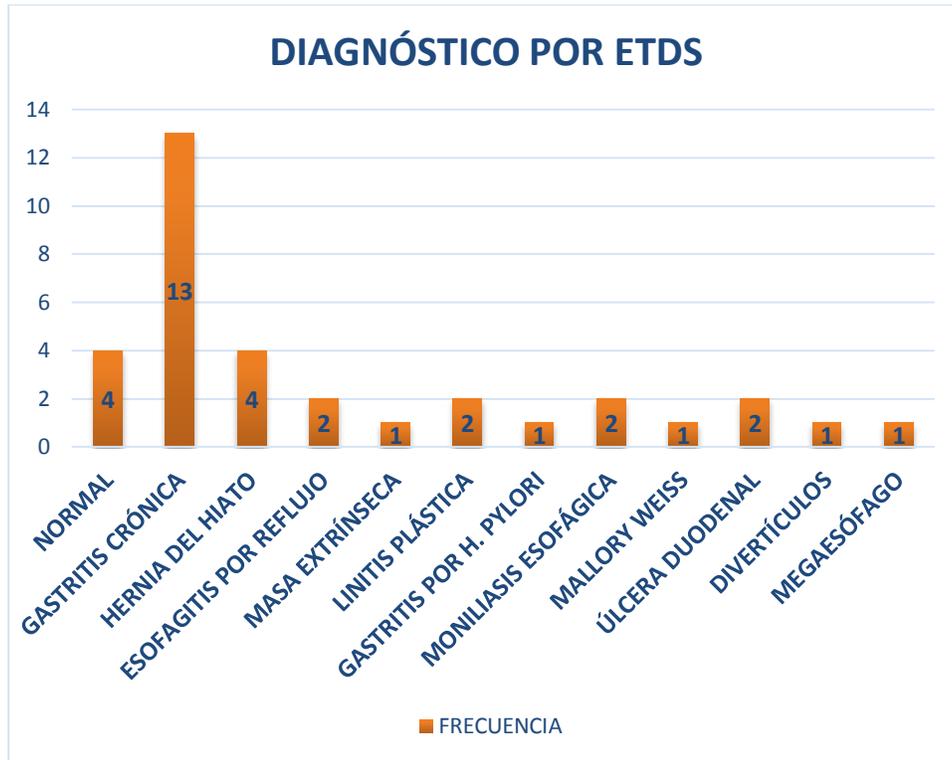
ANÁLISIS:

Las áreas más frecuentes de sangrado en nuestra población en estudio corresponden al cardias y antro gástrico con un 38%, lo que se observa la diferencia entre lo esperado según la literatura que es más frecuente a nivel de duodeno en la primera porción.

A nivel de cuerpo y fondo gástrico representa un 12% respectivamente, con marcada diferencia en la frecuencia del duodeno del 8%. Únicamente 3 pacientes presentaron sangrado a nivel de esófago y 4 pacientes presentaron endoscopia normal.

GRÁFICO No.11:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA POR DIAGNÓSTICO SEGÚN ETDS



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

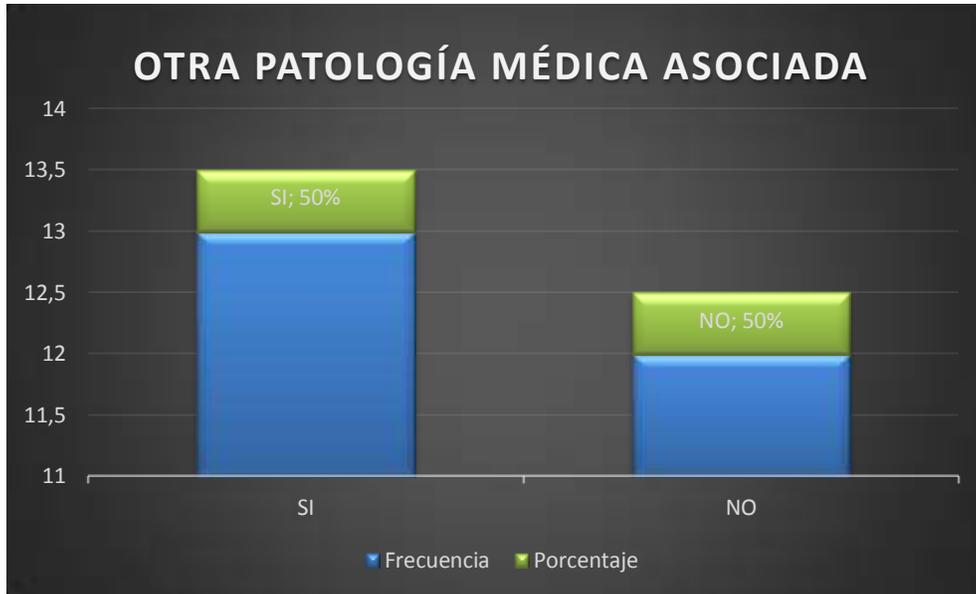
ANÁLISIS:

En la interpretación de los datos de la población estudiada se observa que más del 35% de la población, el diagnóstico por Endoscopia de tubo digestivo superior corresponde a Gastritis Crónica, en segundo lugar, Hernia del hiato con un 12%, seguida de Úlcera duodenal, linitis plástica, esofagitis por reflujo, moniliasis esofágica con un 6% respectivamente que corresponde cada una a 3 pacientes de la población en estudio.

El resto corresponde a un porcentaje mínimo representando cada uno el 1% de los siguientes diagnósticos: gastritis por H. pylori, Sd Mallory Weiss, megaesófago, divertículos y masa extrínseca.

GRÁFICO No.12:

DE LA POBLACION EN ESTUDIO PRESENTA OTRAS PATOLOGIAS MEDICAS



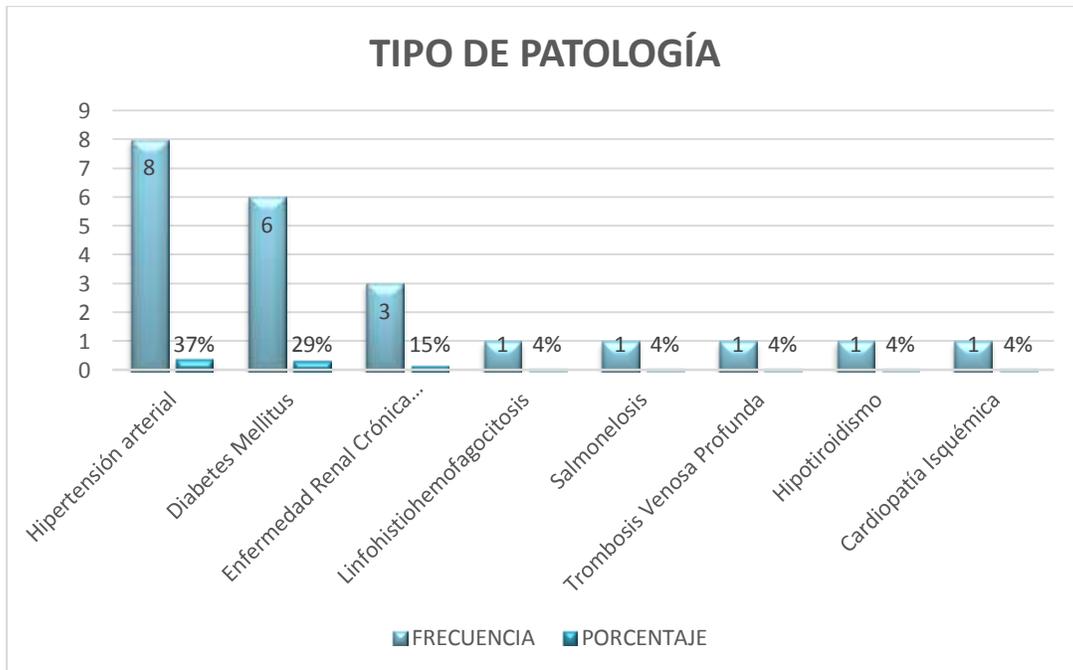
FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

ANÁLISIS:

Según los resultados se indagó si la población en estudio presentaba otra patología médica asociada dando como resultado que más del 50% de la población si presentaba otras comorbilidades asociadas.

GRÁFICO No.13:

OTROS TIPOS DE PATOLOGÍA MEDICA ASOCIADA PRESENTA LA POBLACIÓN ESTUDIADA



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

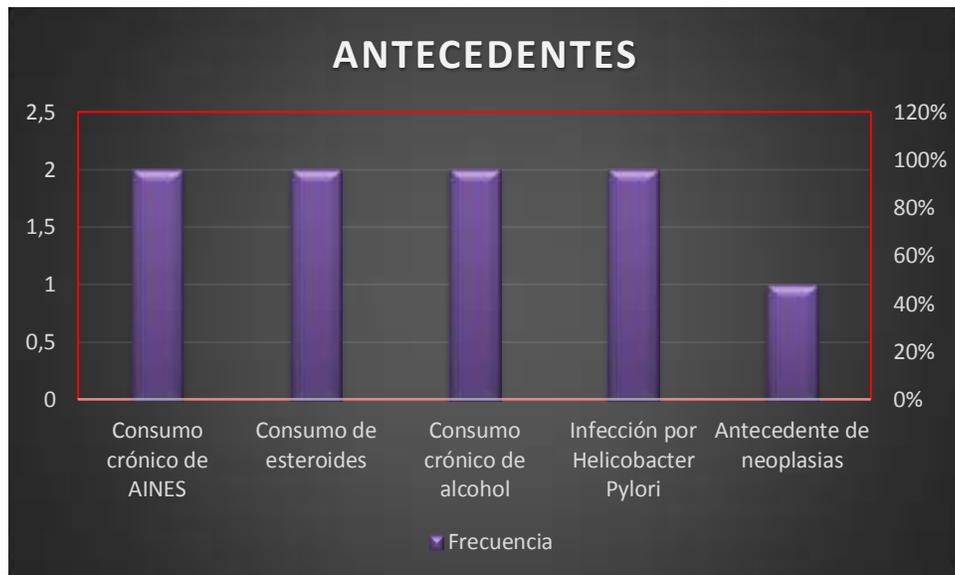
ANÁLISIS:

De acuerdo al estudio se observó que el 36% de la población presentaba HTA como comorbilidad asociada, cabe aclarar que varios pacientes presentaban una o más de una patología médica asociada.

En segundo lugar, en frecuencia y porcentaje se encuentra Diabetes Mellitus con un 27%, Enfermedad renal con 14%, enfermedades cardiacas, tiroideas con un 5% y en menor frecuencia se presentó un paciente con Salmonelosis que como complicación presentó Linfohistiohemofagocitosis.

GRÁFICO No.14:

ANTECEDENTES YA CONOCIDOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO.



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

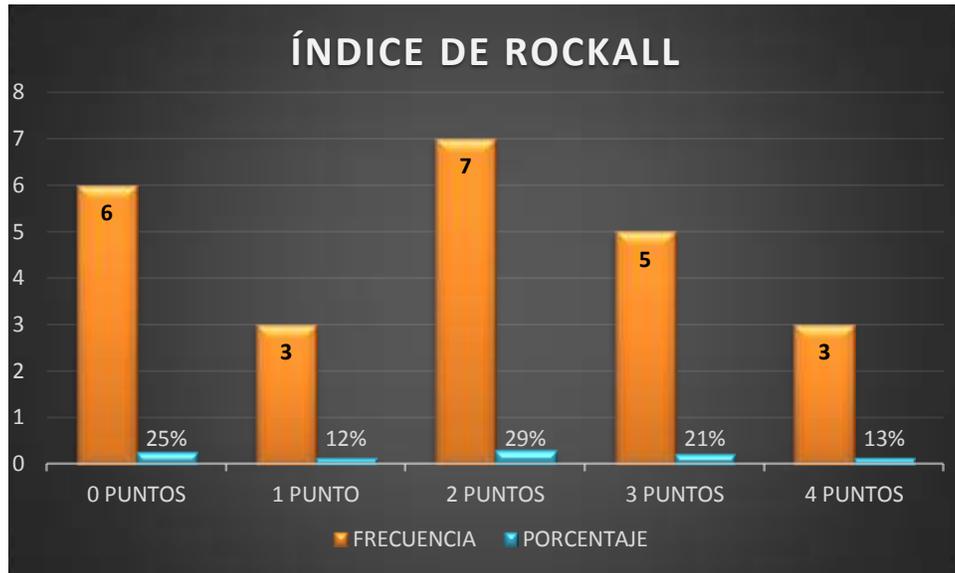
ANÁLISIS:

Durante el estudio poblacional se observó que los primeros antecedentes que presentaba el paciente al momento del diagnóstico fueron: consumo crónico de AINES, Consumo crónico de Esteroides, Consumo crónico de alcohol y la infección por H. pylori con el 80% respectivamente, evidenciando que son los antecedentes más comunes según la literatura.

Por último, en un porcentaje más pequeño del 4% se presentó con antecedentes de alguna neoplasia inespecífica.

GRÁFICO No.15:

INDICE DE ROCKALL EN LA POBLACION EN ESTUDIO AL MOMENTO DEL INGRESO.



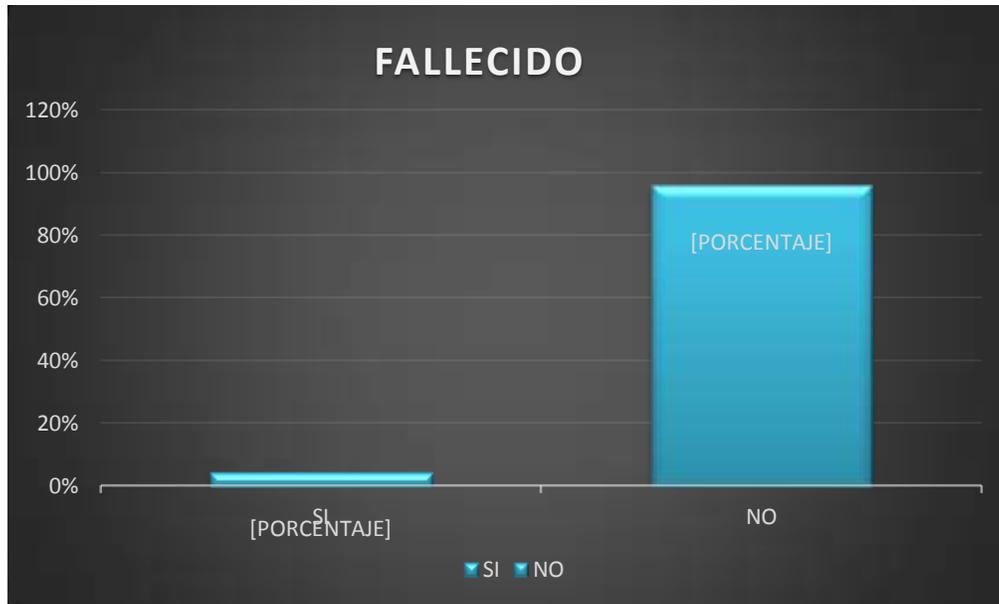
FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

ANÁLISIS:

Con el fin de demostrar la mortalidad y el riesgo de sangrado se utilizó la escala de Rockall en cada uno de la población en estudio, obteniendo los siguientes resultados según su puntuación 66% presentó riesgo bajo y el 34% presentó riesgo intermedio, ninguno presentó puntuación máxima para clasificarlo como riesgo alto.

GRÁFICO No.16:

HUBO ALGÚN FALLECIDO EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO



FUENTE: Ficha de recolección de información que fue utilizada en la población en estudio.

ANÁLISIS:

De la población en estudio se indagó que solamente un paciente falleció durante el ingreso cumpliendo con las características y criterios de inclusión, pues presentaba una hemorragia de moderada a severa con cambios de inestabilidad hemodinámica.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Por medio de la presente investigación se determina que la Gastritis Crónica, la Hernia de hiato y en 3 lugar, Úlcera duodenal, linitis plástica, esofagitis por reflujo y moniliasis esofágica son las causas más frecuentes de hemorragia de tubo digestivo superior no variceal, en los pacientes mayores de 12 años que han sido hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Rosales en el periodo comprendido de enero a junio del 2017; y que además la principal localización del STDS fue en cardias.

De esta manera, se contrasta con un estudio realizado a nivel latinoamericano, en el Hospital Enrique Cabrera de la Habana Cuba, en el periodo comprendido desde enero de 2007 a diciembre de 2008, en el cual se reportaron como principales causas de sangrado digestivo alto a la úlcera péptica crónica y las gastritis hemorrágicas por AINES.

Los datos arrojados por el presente estudio demuestran también que el STDS predomina en el sexo masculino, mayoritariamente entre las edades de 66-75 años, tal como se demuestra en investigaciones y estudios realizados anteriormente, entre ellos, un estudio realizado en Sevilla, España (1999-2005) en el que se demostró que la mayor frecuencia de aparición correspondía al sexo masculino con un 76.41% de los casos, respecto al 23.59% del sexo femenino. Además, se ha demostrado que la frecuencia del STDS aumenta con la edad.

Se logró determinar en este estudio que la mitad de los pacientes presentaban, antecedentes médicos, siendo la Hipertensión arterial crónica la más común, seguida de Diabetes mellitus.

Además, un 33% de los pacientes estudiados, presenta consumo crónico de AINES, de cortico esteroides, o también antecedente de infección por *Helicobacter Pylori*, que pueden llegar a aumentar el riesgo de presentar STDS., tal como demuestra, dos estudios de caso control, en el que se presentaron 132 casos de úlceras pépticas sangrantes, en pacientes tomando AINES, por lo menos

1 vez en la semana previa, contrario a 136 pacientes usando sin complicaciones gastrointestinales, en el que se encontró H. Pylori en el 57% de los casos.

Por último, con respecto a la mortalidad del STDS, en el presente estudio, solo falleció un paciente de los 24 sujetos estudiados, lo que se puede comparar con el índice de Rockall, en que el mayor porcentaje fue de 2 puntos, es decir riesgo bajo.

CONCLUSIONES

- 1- La muestra en este estudio realizado se incluyeron 24 pacientes de los cuales la tasa de mortalidad fue de 1.2% (1 fallecido), comparado al índice bajo de riesgo evaluado en la escala de Rockall (2 puntos), evidenciado en el 29% de los pacientes.

- 2- El diagnóstico por ETDS, más frecuente, que se evaluó en el estudio fue de Gastritis Crónica, en segundo lugar, Hernia del hiato y en 3 lugar, Úlcera duodenal, linitis plástica, esofagitis por reflujo y moniliasis Esofágica.

- 3- La mayoría de pacientes del estudio, eran del sexo masculino (62%), con un rango de edades de 66 a 75 años en el 38% de los pacientes

- 4- Con respecto a los signos vitales de los pacientes al momento de la evaluación, 62% de los pacientes presentó PAS de 80 a 120 mmhg, 38% de los pacientes, PAD de 60-80 mmhg, y 25% de los pacientes presentó Frecuencia cardiaca de 80-100 latidos por minuto.

- 5- El sitio más frecuente de sangrado de tubo digestivo superior no variceal por gastroscopia fue localizado en el cardias con 21% de los pacientes, seguido de antro, cuerpo y fondo.

- 6- En un 17% de los pacientes, no se localizó sangrado activo en la ETDS.

- 7- La mitad de los pacientes del estudio, presentaron patología médica asociada, siendo las más frecuentes la HTA-C y DM.

- 8- Entre los antecedentes más importantes de los pacientes con STDS, se encuentran: consumo crónico de AINES y de corticoesteroides, la infección por H. Pylori, y el consumo crónico de alcohol (8%) de los pacientes.

- 9- Existe una relación directamente proporcional entre la edad y el riesgo de sufrir un episodio de Hemorragia de Tubo Digestivo Superior. Y a medida que incrementa la edad, también incrementan las causas de HTDS en cuanto a variabilidad de estas.

- 10- Son necesarios más datos para poder establecer una asociación verdadera respecto al periodo de aparición más frecuente de Hemorragia de Tubo Digestivo Superior en los usuarios.

- 11- Las principales causas de Hemorragia de Tubo Digestivo Superior, así como las variables de género y edad, asociadas varían enormemente entre distintas poblaciones a nivel local e internacional, por lo que es necesario aportar información específica sobre la población en estudio para obtener un dato más fidedigno.

- 12- En cuanto al pronóstico se concluye que en la población estudiada se obtuvo un resultado de riesgo bajo con un 66% que además demuestra la mortalidad y el riesgo de sangrado.

RECOMENDACIONES

En el presente trabajo de investigación se presentan las principales causas de HTDS según género, edad y periodo de aparición, a continuación, se exponen algunos parámetros que sería oportuno tomar en cuenta:

Al Hospital Nacional Rosales:

- ✓ Incentivar a la realización de un estudio interno a gran escala, con una mayor cantidad de datos y variables, y que los resultados permitan establecer un protocolo de investigación para mejorar la atención a los usuarios que consultan a la unidad de emergencia con un episodio agudo.
- ✓ Tomar en cuenta todos los estudios pertinentes para la realización de un protocolo de atención a los usuarios que presenten HTDS, y que sea realizado en base a la población local.

A la Unidad de Endoscopia del Hospital Nacional Rosales:

- ✓ Unificar criterios en lo referente a las endoscopías que ameritan toma de biopsia, y en las que se toma a pesar de no cumplir criterio especificar el porqué de ello.
- ✓ Unificar criterios para establecer un formato único para el reporte endoscópico incluya datos primarios de la historia clínica por ejemplo los antecedentes relevantes del paciente que permitan un diagnóstico integral y más individualizado para cada usuario, esto permitirá a futuras investigaciones una asociación más directa de aquellos factores que desencadenan un episodio de HTDS y de esta forma establecer medidas preventivas que ayuden a disminuir la incidencia de esta enfermedad.

- ✓ Promover el uso de la escala de Rockall, como escala de pronóstico, en pacientes que consultan por sangrado de tubo digestivo superior.

A la comunidad médica en general:

- ✓ Hacer énfasis en la población sobre la prevención mediante modificación de los estilos de vida, pues las tres principales causas de HTDS en el presente estudio derivan de factores de riesgo modificables como los malos hábitos dietéticos, consumo elevado de alcohol, uso crónico de AINES, etc.
- ✓ De igual forma concientizarles que prácticamente todas las causas de HTDS tienen cierto grado de prevención por lo que un hábito de vida saludable en general es fundamental para disminuir el riesgo de padecerla.
- ✓ Hacer conciencia a los usuarios de la importancia del apego al tratamiento de esta enfermedad, pues en ello radica disminuir la incidencia de esta afección y por ende disminuir la mortalidad y obtener un mejor pronóstico de la misma.
- ✓ Profundizar en los conocimientos relacionados con el diagnóstico, atención y tratamiento actualizado de la HTDS, traduciendo esto en una mayor y mejor aplicación de los mismos lo cual redundaría en el bienestar de los usuarios que la padecen.
- ✓ Tomar en cuenta el uso de la escala de Rockall, en el primer contacto del paciente en la Unidad de Emergencia, para poder determinar el pronóstico y riesgo de resangrado.
- ✓ Indicar periódicamente endoscopía de tubo digestivo superior, en aquellos pacientes atendidos en área de especialidades y subespecialidades, con

uso crónico de AINES, o de esteroides, y de esta manera, evitar complicaciones, e incluso mortalidad en pacientes con sangrado de tubo digestivo superior.

A los usuarios que reciben atención en el Hospital Nacional Rosales:

- ✓ Para que hagan conciencia sobre su padecimiento, y de la importancia de modificación de estilo de vida que incluya dieta adecuada, no consumo de alcohol y entre otros que influyen en la aparición de HTDS y sobre la consulta inmediata cuando esta entidad patológica se presente.

A los estudiantes de la Universidad de El Salvador Facultad de Medicina:

- ✓ Tomar este estudio como punto de partida, para futuras investigaciones, ya que a nivel local es poca la información con la que se cuenta.
- ✓ Realizar estudios que se asemejen al presente, pero llevarlo a cabo a mayor escala lo que permita una visión más amplia del comportamiento de esta enfermedad.
- ✓ Indagar más a fondo sobre las causas del porque se han presentado una elevada cantidad de casos de gastritis crónica, hernia de hiato y úlcera duodenal como predecesores de la HTDS en nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Barkun, A. N, Kuipers, E.J, International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Annals of Internal Medicine*, 152(2) 2010.
- 2- De la Cruz Guillén A, Sánchez Espinoza J. Presentación sindrómica del Sangrado Digestivo alto variceal en el servicio de Urgencias de un hospital Público de segundo nivel. *Medigraphic*, 29(5) 449-457, 2013
- 3- Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T ed, *Textbook of Gastroenterology*. 3rd edition. Lippincott Williams & Wilkins 2005. 714-743.
- 4- Fullarton GM, Birnie GG, MacDonald A et al. The effect of introducing endoscopic therapy on surgery and mortality rates for peptic ulcer hemorrhage: a single center analysis of 1,125 cases. *Endoscopy* 1990; 22(3): 110-113.
- 5- Reyes Pascual. Causas más frecuentes que condicionan sangrado de tubo digestivo alto no variceal, y tratamiento requerido. [Tesis Doctoral] México, Distrito Federal, Instituto Politécnico Nacional, Mayo 2011.
- 6- Rockall TA, Logan FR, Devlin HB y Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995; 311(6999): 222-226.
- 7- Roesch D, García Rodríguez E. Frecuencia y causas de hemorragia del tubo digestivo alto en la ciudad de Veracruz. *Medigraphic*, 70 (1), 3-7,2002
- 8- Rodríguez Hernández, et al. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47 (2): 179-184, 2009.
- 9- Saltzman, J.R, Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults Uptodate, [Monografía en Internet]: UpToDate: 2018 [acceso 28 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

- 10-Jackson Cristian S, Acute upper nonvariceal gastrointestinal bleeding, Dynamed [Monografía en Internet]: Dynamed: 2018 [acceso 20 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.dynamed.com/>
- 11-Montero Pérez F. Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en urgencias. Medigraphic, 17 (2): 540-549. 2005
- 12-Lanari Z. Hemorragia digestiva por úlcera péptica. Revista de la carrera de posgrado de especialización en gastroenterología, (10)18-26, 1997
- 13-Lepore G, et al. Lesiones endoscópicas más frecuentes en un grupo de pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta. Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina 2006: (158) 1, 5-8, 2006
- 14- Yavorski RT, Wong RKH, Maydonovitch C et al. Analysis of 3294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. Am J Gastroenterol 1995; 90(4): 568- 573.
- 15-Spechler SJ, Schummel EM. Gastrointestinal tract bleeding of unknown origin. Arch Intern Med 1982; 142(2): 236-240.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO Nº1.

Causa de STDS no variceal**:

CAUSAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO	
VARICEAL	NO VARICEAL
Varices esofágicas	Gastritis Erosiva
Várices Gástricas	Úlcera Péptica
Enfermedad Hipertensiva Portal	Esofagitis
	Desgarro de Mallory Weiss
	Neoplasias
	Anomalías vasculares
	Cuerpos extraños
	Sangrados provenientes del hígado y vía biliares
	Úlceras postescleroterapia de lesiones
	Consumo de medicamentos (AINES, Esteriodes etc)

ANEXO N°2

Escala de Rockall***.

Se confirma la utilidad del índice de Rockall para identificar a los pacientes con alto riesgo de fallecer y resangrar, lo que puede ser utilizado para el manejo del paciente con hemorragia digestiva no variceal. La cual se utilizara en la investigación.

Tabla 1 Índice de Rockall

Tabla 1. Índice de Rockall

Criterios	0	1	2	3
Edad(años)	< 60	60-79	> 79	
Choque presión arterial sistólica (PAS) y frecuencia cardiaca (FC)	PAS= 100 mmHg FC< 100 por min	PAS= 100 mmHg FC> 100 por min	PAS< 100 mmHg FC> 100 por min	
Comorbilidad	No comorbilidad mayor		Insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, otra comorbilidad mayor	Insuficiencia renal y hepática, neoplasia diseminada
Diagnóstico endoscópico	Síndrome de Mallory-Weiss, no lesión identificada y no estigmas de sangrado reciente	Cualquier otro diagnóstico	Neoplasia del tracto gastrointestinal superior	
Estigmas de hemorragia reciente	Ninguno o solo "mancha oscura"		Sangre en tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, vaso visible	

Bajo 0-2 puntos; medio 3-4 puntos; alto \geq 5 puntos.

Consumo crónico de AINES: SI: _____ NO: _____

Consumo de Esteroides: SI: _____ NO: _____

Infección por Helicobacter pylori: SI: _____ NO: _____

Consumo crónico de Alcohol: SI: _____ NO: _____

Antecedente de neoplasias: SI: _____ NO: _____

Según el Índice de Rockall*** cuantos puntos tiene: _____

Paciente ha fallecido : SI: _____ NO: _____

Si la respuesta es sí, cuál es la causa de muerte? _____

ANEXO 4

PRESUPUESTO

Insumos	Costos
COSTO DIRECTOS:	
Papelería	\$ 50.00
Impresiones	\$100.00
Presentación de resultados:	\$50.00
Llamadas Telefónica de coordinación	\$30.00
Internet	\$30.00
Equipo audiovisual, software, servicios técnicos	\$150.00
Asesoría de investigación	\$50.00 por sesión
Tiempos en horas laborales	\$100.00
COSTOS INDIRECTOS:	
Cuota universitaria	\$125 mensuales
Transporte	\$50.00
Imprevistos	\$10.00
Total	\$835

El trabajo de investigación será autofinanciado por las investigadoras.

ANEXO N°5.

G L O S A R I O.

Ácido clorhídrico: Compuesto de hidrógeno y cloro. Es segregado en el estómago y es el componente principal del jugo gástrico.

Catéter venoso central: Catéter vascular que se introduce a través de la vena yugular interna, la basílica o la subclavia, cuyo extremo se sitúa en la vena cava superior o en la aurícula derecha, y se emplea para tomar la presión venosa central y para la infusión de fármacos o fluidoterapia.

Cirrósisis: Enfermedad degenerativa crónica del hígado en la que los lóbulos se convierten en tejido fibroso, el parénquima degenera y se produce una infiltración grasa. La mayoría de las funciones hepáticas se ven deterioradas.

Coanas: Par de orificios posteriores de la cavidad nasal que comunican esta con la nasofaringe y permiten la inhalación y exhalación del aire. Tienen forma oval y miden aproximadamente 2,5 cm en sentido vertical y 1,5 cm en sentido horizontal.

Digestión: Conversión de los alimentos en sustancias absorbibles en el conducto gastrointestinal. Se realiza mediante el fraccionamiento mecánico y químico de los alimentos en moléculas más sencillas con ayuda del aparato masticador y la secreción de enzimas gástricas e intestinales.

Enzima: Proteína producida por las células vivas que cataliza las reacciones químicas en la materia orgánica.

Epinefrina: Neurotransmisor adrenérgico. Sustancia transmisora liberada fundamentalmente por las terminaciones posganglionares del sistema nervioso vegetativo simpático y médula suprarrenal. Denominada también: adrenalina.

Epitelio: Cubierta o revestimiento de los órganos internos y externos del cuerpo, incluidos los vasos. Está constituido por células unidas entre sí por material conjuntivo que se dispone en un número variable de capas y son de distintos tipos.

Esfínter: Banda circular de fibras musculares que constriñen una vía o cierran una apertura natural del organismo como el esfínter anal externo que cierra el ano.

Esófago de Barrett: Lesión ulcerosa benigna en el epitelio columnar esofágico que la mayoría de las veces es secundaria a la irritación crónica de la pared esofágica por el reflujo gástrico de jugo digestivo ácido.

Estado de shock: Estado fisiológico anormal que constituye la primera reacción del organismo frente a una lesión traumática.

Exócrino: Relativo al proceso de secretar a través de un conducto hacia la superficie de un órgano, tejido o el interior de un vaso, como es el caso de una glándula que secreta a través de un conducto.

GastroscoPIO: Instrumento de fibras ópticas para examinar el interior del estómago.

Hematemesis: Vómito de sangre roja y brillante indicativo de una hemorragia gastrointestinal superior rápida, casi siempre debida a várices esofágicas o a úlcera péptica.

Hemostasia: Interrupción de la hemorragia por medios mecánicos o químicos o por el complejo proceso de coagulación, en el que participan tres mecanismos fundamentales: vasoconstricción, la agregación plaquetaria y la síntesis de la trombina y fibrina.

Heparina: Mucopolisacárido natural que actúa en el organismo como factor antitrombina evitando la coagulación intravascular. Es producida por los basófilos y los mastocitos que se encuentran en gran número en los pulmones y el hígado.

Hipoxemia: Tensión reducida de la concentración de oxígeno arterial, que se caracteriza por cianosis, taquicardia e hipertensión, vasoconstricción periférica, vértigo y confusión mental.

Intubación Endotraqueal: Introducción de un catéter a través de la boca o la nariz hasta la tráquea. Puede utilizarse para mantener la permeabilidad de las vías aéreas, evitar la aspiración de material del tubo digestivo en un paciente inconsciente o paralizado, facilitar la aspiración de secreciones traqueobronquiales o administrar ventilación con presión positiva cuando no puede hacerse de forma eficaz mediante una mascarilla.

Lactato de Ringer: Expansor líquido y electrolítico que se utiliza para corregir la depleción de volumen extracelular, contraindicado en insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca congestiva e hipoproteinemia.

Lavado gástrico: Lavado del estómago con agua o solución salina estériles. Se realiza ente y después de la cirugía para eliminar agentes irritantes o sustancias tóxicas, y antes de exploraciones como la endoscopia o la gastroscopia.

Melena: Heces anormales de color negro y muy adherentes que contiene sangre degradada y alterada, por lo general debida a hemorragia de tubo digestivo superior y suelen ser un signo de úlcera péptica o de enfermedad del intestino delgado.

Metabolismo: Conjunto de procesos químicos que tienen lugar en los órganos vivos y conducen al crecimiento, la generación de la energía, la eliminación de los desechos y otras funciones fisiológicas.

Ph: Escala que representa la acidez o alcalinidad relativas de una solución en la cuál 7,0 es el valor neutro, por debajo de 7,0 se encuentran los valores ácidos y, por encima de 7,0 los alcalinos.

Pirosis: Sensación dolorosa de quemazón localizada en el esófago, inmediatamente por detrás del esternón. Suele deberse al reflujo del contenido gástrico en el esófago, pero también puede responder a hiperacidez gástrica o a la presencia de una úlcera péptica.

Profilaxis: Prevención o protección de la enfermedad, generalmente mediante un agente biológico, químico o mecánico capaz de destruir los organismos infecciosos o impedir su entrada en el organismo.

Sistema endócrino: Conjunto de glándulas sin conductos y otras estructuras que elaboran hormonas y las secretan directamente en la corriente sanguínea afectando la función de órganos efectores específicos. Comprende glándula tiroides, paratiroides, hipófisis anterior e hipófisis posterior.

Sonda: Instrumento utilizado para comprobar la permeabilidad de un conducto, localizar la abertura de una cavidad o canal, valorar su profundidad u observar su contenido.

Suero salino: Solución que contiene cloruro sódico (electrólitos). Dependiendo del uso a que se destine, puede ser hipo, iso, o hipertónica en relación con los líquidos orgánicos.

Úlcera: Lesión en forma de cráter, circunscrita, que afecta a piel o mucosas. Consecutiva a la necrosis que acompaña a ciertos procesos inflamatorios, infecciosos o malignos.

Várices Esofágicas: Conjunto de venas longitudinales y tortuosas situadas en el extremo inferior del esófago que aparecen aumentadas de tamaño e hinchadas, y cuya causa es la hipertensión portal. Esos vasos son especialmente susceptibles a la ulceración y la hemorragia.

Vitamina K: Grupo de vitaminas liposolubles denominadas quinonas, esenciales para la síntesis de protrombina en el hígado y de varias proteínas relacionadas que intervienen