



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Perfil epidemiológico clínico y endoscópico de la hemorragia  
digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Médico Cirujano**

**AUTOR:**

Mamani Quispe, Sulpicio (ORCID: 0000-0002-3751-2953)

**ASESORA:**

Dra. Farfán Valdez, Kathya (ORCID: 0000-0002-2857-1492)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Enfermedades Crónicas

**Piura – Perú**

**2020**

## **DEDICATORIA**

*A nuestro Creador por darme fortaleza y guiarme, a mi familia, amigos por motivarme siempre.*

*A mis docentes de la carrera de Medicina Humana quienes aportaron sus invaluable conocimientos y experiencias en mi formación profesional.*

*A UCV, Director de Medicina Humana, mi director de tesis, quienes con sus conocimientos y su trayectoria, han logrado en mi culminar mis estudios con éxito.*

*A los Hospitales de la Región Puno por abrirme las puertas para mi adecuada formación durante los años de pre grado.*

## **AGRADECIMIENTO**

*"A NUESTRO CREADOR, a mi familia y amigos por apoyo incondicional y ser mi motivación para cumplir mi sueño más anhelado."*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	iv
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	3
III. METODOLOGÍA.....	11
<b>3.1. Tipo y diseño de investigación</b> .....	11
<b>3.2. Variables y operacionalización</b> .....	11
<b>3.3. Población, muestra y muestreo</b> .....	13
<b>3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b> .....	13
<b>3.5. Método de análisis de datos</b> .....	14
<b>3.6. Aspectos éticos</b> .....	14
IV. RESULTADOS.....	15
V. DISCUSIÓN .....	24
VI. CONCLUSIONES.....	27
VII. RECOMENDACIONES .....	28
REFERENCIAS .....	29
ANEXOS.....	33

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 01: Hemorragia digestiva según nivel de sangrado. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.	15
Gráfico 02: Frecuencia cardiaca promedio de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.	19
Gráfico 03: Hemoglobina promedio de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.	20
Gráfico 04: Distribución de las hemorragias digestivas según ubicación anatómica por endoscopia. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.	21
Gráfico 05: Distribución de las hemorragias digestivas según etiología. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.	23
Tabla 01: Características epidemiológicas de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.	16
Tabla 02: Antecedentes médicos de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.	17
Tabla 03: Manifestaciones clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.	18
Tabla 04: Hallazgos endoscópicos de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.	22

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el perfil epidemiológico clínico y endoscópico de la hemorragia digestiva en el Hospital III EsSalud de Juliaca en el año 2019.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se registraron 82 pacientes con hemorragia digestiva entre enero y diciembre del 2019. Se estimaron frecuencias relativas para las variables cualitativas y promedios para las variables numéricas.

**Resultados:** Se encontró una frecuencia de 95.12% (78) de hemorragia digestiva alta y 4.88% (4) 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%. En la evaluación endoscópicas: los Ángeles grado C 33.3% y grado D 66.7%. Clasificación de Forrest: tipo IIb 41.1%, IIa 24.7%, IIC 13.7%, III 11.0%, Ib 6.8% y la 2.7%. entre las principales etiologías: úlcera gástrica 69.54%, úlcera duodenal 15.85%, enfermedad hemorroidal y ulcera esofágica 3.66%.

**Conclusiones:** Predominó la hemorragia digestiva alta entre los varones de 46 a 60 años de procedencia rural y grado de instrucción superior. Mayor frecuencia de hipertensión arterial, obesidad, gastritis y diabetes mellitus. Entre las manifestaciones clínicas: dolor abdominal, palidez, melena, hematemesis y lipotimia. Endoscópicamente se observó lesiones a predominio de estómago, duodeno y esófago, siendo las úlceras pépticas Forrest tipo IIb y las esofagitis los Ángeles grado C las de mayor frecuencia.

**Palabras claves:** Hemorragia digestiva, úlcera péptica.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the clinical and endoscopic epidemiological profile of digestive bleeding at Hospital III EsSalud de Juliaca in 2019.

**Methodology:** quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional study. Eighty-two patients with gastrointestinal bleeding were registered between January and December 2019. Relative frequencies were estimated for the qualitative variables and averages for the numerical variables.

**Results:** A frequency of 95.12% (78) of upper gastrointestinal bleeding and 4.88% (4) of lower gastrointestinal bleeding was found. In both groups the age of 46 to 60 years (41.0% and 50.0%), male sex (57.7% and 75.0%), rural origin (65.4% and 75.0%) and higher education level (65.4% and 50.0%) predominated. Among the medical history: hypertension 23.2%, obesity 18.3%, gastritis 17.1% and diabetes mellitus 15.9%. Among the clinical manifestations: abdominal pain 74.4%, pallor 64.6%, melena 52.4% and hematemesis 20.7%, in addition, the average heart rate was  $89.23 \pm 12.95$  beats per minute. The initial lesion was more frequent in: stomach 69.51%, duodenum 15.85% and esophagus 9.76%. In the endoscopic evaluation: Los Angeles grade C 33.3% and grade D 66.7%. Forrest classification: type IIb 41.1%, IIa 24.7%, IIC 13.7%, III 11.0%, Ib 6.8% and Ia 2.7%. Among the main etiologies: gastric ulcer 69.54%, duodenal ulcer 15.85%, hemorrhoidal disease and esophageal ulcer 3.66%.

**Conclusions:** Upper gastrointestinal bleeding prevailed among men aged 46 to 60 years of rural origin and higher education level. Increased frequency of high blood pressure, obesity, gastritis and diabetes mellitus. Among the clinical manifestations: abdominal pain, paleness, melena, hematemesis and lipothymia. Endoscopically, lesions predominantly in the stomach, duodenum and esophagus were observed, with Forrest type IIb peptic ulcers and Los Angeles grade C esophagitis being the most frequent.

**Keywords:** Gastrointestinal bleeding, peptic ulcer.

## I. INTRODUCCIÓN

El sangrado gastrointestinal o hemorragia digestiva (HD) describe cualquier sangrado que tiene su origen en el tubo digestivo: desde la boca hasta el ano, y su etapa aguda representa una emergencia médica grave que puede provocar la muerte (1).

Se puede clasificar en dos grandes categorías: hemorragia digestiva alta (HDA) y hemorragia digestiva baja (HDB). El punto de referencia anatómico que separa las hemorragias superiores e inferiores es el ligamento de Treitz, también conocido como ligamento suspensorio del duodeno (2). En EE.UU. se reporta una incidencia aproximada de 67 x 100 mil habitantes para HDA (3) y 36 x 100 mil habitantes para HDB (4), las cuales pueden aumentar con la edad, sexo masculino y el consumo múltiple de medicamentos (5).

El sangrado que se origina por encima del Treitz suele presentarse como hematemesis o melena, mientras que el sangrado que se origina por debajo suele presentarse como hematoquecia. La endoscopia es la principal herramienta diagnóstica en pacientes con HD aguda ya que proporciona información que ayuda a predecir el resultado y, lo que es más importante, permite administrar tratamientos que pueden detener el sangrado y reducir el riesgo de que vuelva a sangrar (6). No todos los pacientes responden a los tratamientos endoscópicos y es posible que se necesite una cirugía de emergencia para controlar el sangrado.

Ante la problemática descrita nos planteamos la siguiente pregunta, ¿Cuál es el perfil epidemiológico clínico y endoscópico de la hemorragia digestiva en el Hospital III EsSalud de Juliaca en el año 2019?

Nuestro estudio tiene su origen en la necesidad de generar una base de datos sobre las principales manifestaciones clínicas y endoscópicas del poblador que se atiende en un hospital de nuestra localidad. Consideramos que la identificación oportuna de estas características permitirá guiar una adecuada secuencia diagnóstica



terapéutica que minimice las tasas de morbimortalidad asociadas a esta condición con alto riesgo de mortalidad.

Por lo tanto, nuestra investigación tiene como objetivo principal determinar el perfil epidemiológico clínico y endoscópico de la hemorragia digestiva en el Hospital III EsSalud de Juliaca en el año 2019. Para la obtención del objetivo principal nos apoyaremos en:

1. Identificar el perfil epidemiológico de los pacientes con hemorragia digestiva.
2. Reconocer las principales manifestaciones clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva.
3. Describir los hallazgos endoscópicos más frecuentes de la hemorragia digestiva.

## II. MARCO TEÓRICO

Kim K, et al. 2019. El objetivo del estudio fue identificar los cambios en la etiología, tratamiento y resultados de la hemorragia digestiva baja. Se comparó 2 grupos de pacientes hospitalizados con hemorragia digestiva baja durante 2 períodos de tiempo: 2005 a 2007 (301 pacientes) y 2015 a 2017 (249 pacientes). En 2005 a 2007, la colitis isquémica (12,0%) fue la etiología confirmada más común de hemorragia y la hemorragia diverticular la segunda más común (8,6%), mientras que en 2015 a 2017, la hemorragia diverticular fue la etiología más común (10,4%), seguida de por angiodisplasia (8,4%). Las fuentes de hemorragia del intestino delgado se confirmaron con más frecuencia en el grupo de 2015 a 2017 ( $P = 0,017$ ). Se intentó el tratamiento endoscópico en el 16,6% de los pacientes de 2005 a 2007 frente al 25,3% de 2015 a 2017 ( $p = 0,015$ ). Se observaron tasas más altas de resangrado, mayor duración de la hospitalización ( $4,6 \pm 4,3$  frente a  $5,5 \pm 3,4$  días,  $P = 0,019$ ) y una mayor proporción de pacientes que necesitan una transfusión (62,0% frente a 78,4%,  $P = 0,016$ ) en 2015 a 2017 (7).

López D. 2019. El objetivo del estudio fue determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con HDA no variceal del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo entre julio y diciembre del 2018. El tamaño de la muestra fue de 221 pacientes. El grupo etario que prevaleció fue el < de 65 años con 54%. El 57% fueron varones. La principal causa de HDA no variceal fue la úlcera gástrica con 31%; seguido por lesiones proliferativas (probable cáncer gástrico) con 22% y en tercer lugar la úlcera duodenal con 21%. Un 56% de los pacientes cursaron con melena y un 44% con hematemesis (8).

Wuerth B, et al. 2018. El estudio tuvo como objetivo investigar las tendencias en la etiología y el resultado de la HDA en pacientes hospitalizados en Estados Unidos. Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes internados del 2002 al 2012. La tasa de hospitalización por HD disminuyó en un 21% de 2002 a 2012, de 81 a 67 casos por 100.000 habitantes ( $p < 0,01$ ). Los mayores descensos se produjeron en la gastritis y la enfermedad úlcero péptica, que disminuyeron en un 55 y un 30%, respectivamente ( $p < 0,01$ ). Hubo aumentos de neoplasias, lesiones de Dieulafoy,

angiodisplasia y esofagitis, que aumentaron en un 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 hemorragia causada por varices esofágicas se mantuvo constante y baja (aproximadamente 2%) durante todo el período de estudio; la mortalidad por várices esofágicas también se mantuvo constante en 6-7% (9).

Astocondor R. 2018. Con el objetivo de determinar las características clínicas y endoscópicas de la HDA en el HNAL durante el 2017 se registró los informes endoscópicos de 381 pacientes. Se determinó que el grupo etario de 61-70 años fue el más frecuente 23.9%, con una media de 56 años. El 62.7% fueron varones. La melena se presentó en 67.2%, la principal causa de HDA fue la úlcera péptica con 38.6%, varices esofágicas con 18.2%. La úlcera duodenal fue la causa más frecuente de HDA en varones con 16.1% y las varices esofágicas en mujeres con 9.3%. El estómago fue la localización anatómica más afectada con 44.9%, el antro fue la localización con mayor afectación con 37.3%. Forrest III se observó en 24.5%, la inyectoterapia con adrenalina fue el tipo de tratamiento endoscópico más frecuente con 8.7 % (10).

Malmi H, et al. 2017. Los objetivos del estudio fueron evaluar los hallazgos endoscópicos y supervivencia de los pacientes con enfermedad ulcero péptica (EUP). Se recopilieron datos sobre 1580 casos de endoscopia alta aguda durante 2012-2014. Se incluyeron un total de 649 pacientes con consentimiento informado por escrito. De todos los pacientes ingresados para endoscopia, 147/649 (23%) tenían EUP con síntoma principal de melena. El 35% tenía estigmas importantes de hemorragia (Forrest Ia-IIb) en la endoscopia. Los pacientes con estigmas importantes tenían significativamente más a menudo insuficiencia renal, nivel más bajo de presión arterial con taquicardia y nivel más bajo de hemoglobina, plaquetas y relación de tiempo de tromboplastina. La mortalidad a los 30 días fue del 0,7% (IC 95%: 0,01-4,7), la mortalidad a 1 año fue del 12,9% (8,4-19,5) y la mortalidad a los 2 años fue del 19,4% (13,8-26,8) (11).

Minakari M, et al. 2017. Este estudio tuvo como objetivo investigar la etiología y el resultado en pacientes con HDA en Irán. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con HDA ingresados en el hospital de referencia de Alzahra durante el período 2010 - 2015 en busca de datos demográficos, comorbilidades, antecedentes de tabaquismo y toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), síntomas de presentación, hallazgos endoscópicos, endoscopia terapéutica, infusión de hemoderivados, intervención quirúrgica, resangrado y mortalidad. Se inscribieron un total de 4747 pacientes (69,2% hombres, edad media =  $55,46 \pm 21,98$  años). La hematemesis fue el síntoma de presentación más frecuente (63,5%). La úlcera péptica (úlcera duodenal en la mayoría de los casos) fue considerada la principal causa de HDA (42,4%). El resangrado (presente en el 16,5% de los pacientes) resultó ser más frecuente en pacientes de mayor edad, que presentaban signos de hematoquecia e hipotensión, antecedentes de toma de AINE y tabaquismo, presencia de comorbilidades, antecedentes de sangrado por neoplasia del tracto UGI y várices esofágicas, antecedentes de necesidad de infusión de hemoderivados y antecedentes de endoscopia terapéutica o intervención quirúrgica ( $P < 0,005$ ) (12).

Roca J. 2016. El objetivo del estudio fue determinar las lesiones endoscópicas más prevalentes de la HDA en pacientes del HSR en el año 2014. De los pacientes que se han estudiado el 55% son de sexo masculino, la lesión endoscópica más prevalente fue gastritis erosiva con 26%, con respecto a la edad el 55% eran mayores de 60 años. La localización anatómica afectada con mayor frecuencia fue la región antral de la cámara gástrica. El principal motivo de consulta fue la melena (13).

Ray E, et al. 2015. El objetivo del estudio fue reconocer el diagnóstico diferencial de HD haciendo hincapié en el papel de la endoscopia en el diagnóstico y tratamiento de la HD. Se realizaron un total de 159 endoscopias gastrointestinales (GI) superior e inferior durante el período de estudio con 59 casos de hemorragia GI. Había 50 hombres y 9 mujeres con un rango de edad de 13 a 86 años (edad media  $52,4 \pm 20,6$  años). Las presentaciones primarias fueron hematoquecia, hematemesis y melena en 44 (75%), 9 (15%) y 6 (10%) casos, respectivamente.

Las hemorroides fueron la principal causa de HDB observada en 15 casos (41%). La mayoría de patologías en HDA se observaron en el estómago (39%): gastritis y úlcera gástrica benigna. La escleroterapia por inyección se realizó con éxito en las hemorroides y un caso de varices gástricas. La mortalidad registrada fue del 0% (14).

Nakamura S, et al. 2014. El objetivo del estudio fue evaluar los factores pronósticos en pacientes con hemorragia digestiva alta o baja aguda. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que habían sido sometidos a una endoscopia gastrointestinal de emergencia por sospecha de sangrado gastrointestinal durante los últimos 5 años. Un total de 232 endoscopias (130 esofagogastroduodenoscopias, 102 colonoscopias) de 192 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La mediana de edad fue de 66 años y el 64% de los pacientes eran varones. La endoscopia identificó causas de hemorragia en 173 pacientes (lesiones neoplásicas en 36 casos, divertículos colónicos en 34, úlceras gastroduodenales en 29, erosiones gástricas en 15, ectasia vascular en 14, hemorragia posbiopsia en 13, tumores malignos en 10, afecciones inflamatorias en 9, várices esofagogástricas en 5, desgarros de Mallory-Weiss en 4, hemorragia nasal en 3 y lesión por la ingestión de un blister en 1), mientras que el origen del sangrado permaneció oscuro en 19 pacientes. Se administró transfusión de sangre en 97 pacientes (51%) y 97 (51%) se sometieron a hemostasia endoscópica. Durante el período de seguimiento, 49 pacientes (26%) experimentaron resangrado, siete de los cuales fueron tratados mediante radiología intervencionista. Treinta y nueve pacientes (20%) fallecieron como consecuencia de diversas enfermedades (15).

La hemorragia digestiva (HD) o sangrado gastrointestinal es aquella condición que se caracteriza por cualquier forma de hemorragia o pérdida de sangre que tiene su origen en el tracto gastrointestinal, el pasaje que se extiende desde la boca hasta el ano (16). Las causas de este tipo de hemorragia son numerosas, pero el historial de síntomas y un examen físico suelen ayudar a distinguir las principales etiologías. El sangrado puede variar en severidad desde leve o casi indetectable hasta agudo y potencialmente mortal. Puede clasificarse en dos grandes categorías: fuentes de

sangrado superior e inferior. El punto de referencia anatómico que separa las hemorragias altas y bajas es el ligamento de Treitz, también conocido como ligamento suspensorio del duodeno (17).

Se estima que la incidencia anual de hemorragia digestiva alta (HDA) aguda en los EE.UU. está entre 48 y 160 casos por 100.000, siendo mayor la prevalencia en hombres y ancianos (18). La causa más común de HDA sigue siendo la úlcera péptica y representa hasta el 67% de los casos. Las tasas de resangrado por HDA varían de 25 a 30% en hemorragia por varices y aproximadamente 20% en hemorragia de úlcera péptica, lo que se correlaciona con tasas de mortalidad más altas que oscilan entre 30% y 37% (19). Los factores de riesgo para HDA incluyen infección por *Helicobacter pylori*, consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), medicamentos antiplaquetarios y anticoagulantes. También existe una asociación probable entre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la HDA (20). La hemorragia digestiva baja (HDB) tiene una incidencia estimada de 20 pacientes por cada 100.000 al año. Los factores de riesgo incluyen la edad, el sexo masculino, consumo de medicamentos antiplaquetarios, AINE, anticoagulación y ciertas condiciones comórbidas como el virus de la inmunodeficiencia humana (21).

Para las hemorragias digestivas altas, las tasas de mortalidad intrahospitalaria son aproximadamente del 10% según los estudios observacionales. Esta tasa se mantiene estable hasta un mes después de la hospitalización por hemorragia gastrointestinal. El seguimiento a largo plazo de los pacientes con HDA muestra que a los tres años del ingreso las tasas de mortalidad por todas las causas se acercan al 37% (22). Para hemorragias digestivas bajas, la mortalidad intrahospitalaria por todas las causas es baja: menos del 4%. La muerte por HDB en sí es rara, y la mayor parte de la mortalidad hospitalaria se debe a otras afecciones comórbidas (23). El aumento del riesgo de muerte corresponde al aumento de la edad (como también se observa en los casos de HDA), condiciones comórbidas e isquemia intestinal. Otros factores de pronóstico negativo incluyen hemorragia secundaria (aparición de hemorragia después de ser hospitalizado por

una afección diferente), pacientes con coagulopatías preexistentes, hipovolemia, necesidad de transfusión y sexo masculino (24).

Múltiples estudios han demostrado que la mayoría de los pacientes no muere por pérdida de sangre, sino por lesión de órganos diana, descompensación de comorbilidades y complicaciones de la transfusión sanguínea masiva (25-27). En un estudio de más de 10.000 pacientes con úlcera péptica, el 80% de los pacientes murieron por causas no relacionadas con hemorragias; principalmente insuficiencia multiorgánica, enfermedad cardiopulmonar y neoplasia maligna terminal (27). Por tanto, el pronóstico se correlaciona fuertemente con las comorbilidades. Identificar a los pacientes de alto riesgo para la lesión de órganos diana basada en condiciones médicas crónicas es imperativo, específicamente enfermedad pulmonar subyacente, enfermedad de las arterias coronarias, cáncer, enfermedad hepática, alcoholismo crónico y enfermedad renal en etapa terminal. Otras características históricas importantes para la estratificación del riesgo incluyen cirugía vascular abdominal previa debido al riesgo de desarrollo de fístula aortoentérica y el uso de anticoagulantes, incluyendo Warfarina (28). Sin embargo, la HD severa, definida como la pérdida de sangre documentada con shock o una disminución del nivel de hematocrito del 6%, tiene un mal pronóstico y se asocia con tasas de mortalidad del 20% al 39% (29).

El sangrado que se origina por encima del ligamento de Treitz suele presentarse como hematemesis o melena, mientras que el sangrado que se origina por debajo suele presentarse como hematoquecia. La hematemesis es la regurgitación de sangre o sangre mezclada con el contenido del estómago. La melena son heces oscuras, negras y alquitranadas que típicamente tienen un fuerte olor característico causado por la actividad de las enzimas digestivas y las bacterias intestinales en la hemoglobina. La hematoquecia es el paso de sangre de color rojo brillante a través del recto (30).

Inicialmente, el estado del paciente se puede determinar mediante la pérdida estimada de volumen sanguíneo y el estado hemodinámico. Es útil evaluar el grado de pérdida de sangre con una evaluación funcional. Los mareos, aturdimiento,

síncope, confusión y debilidad pueden ser indicativos de hipovolemia (31). El dolor torácico y, con mayor frecuencia, la disnea o la debilidad pueden ser síntomas de isquemia miocárdica en el contexto de HD (32). La hematemesis sugiere una hemorragia reciente o activa del esófago, el estómago o el duodeno, mientras que la emesis del café molido sugiere una hemorragia que se ha resuelto. La melena es un hallazgo importante de pérdida significativa de sangre, pero se puede ver con tan solo 50 ml de sangre (33).

Los hallazgos de la exploración física que se correlacionan con concentraciones bajas de hemoglobina incluyen el color de la conjuntiva del párpado inferior, el rubor del lecho ungueal, el blanqueamiento del lecho ungueal y el rubor del pliegue palmar. Los signos vitales anormales deben seguirse de cerca en pacientes con sospecha de HD (34). La taquicardia en decúbito supino es una de las anomalías de los signos vitales tempranos más sensibles que indican una pérdida de sangre clínicamente significativa. La ortostática, en el contexto de la HD, es recomendada por múltiples guías, pero su valor clínico para identificar pacientes hipovolémicos sigue siendo controvertido (35).

Los datos de laboratorio pueden ser útiles en la estratificación del riesgo y la reanimación de pacientes con HD. Una hemoglobina inicial baja de menos de 10 g/dl se ha asociado con tasas de mortalidad más altas, sin embargo, un nivel de hemoglobina normal puede ser falsamente tranquilizador, ya que puede llevar hasta 24 horas reflejar con precisión el grado de pérdida de sangre (36). Los perfiles de coagulación, el recuento de plaquetas y las pruebas de función hepática pueden ser útiles para evaluar la coagulopatía. Además, el electrocardiograma y la troponina deben usarse libremente para evaluar la isquemia coronaria, ya que los pacientes con HD a menudo experimentan isquemia sin dolor torácico (37).

Para los pacientes con HDA aguda, la endoscopia alta confirma la fuente y permite el control potencial del sangrado. Se ha demostrado que la endoscopia temprana (dentro de las 2 a 24 horas posteriores a la presentación) es segura y eficaz en todos los grupos de riesgo, sin embargo, el médico de urgencias puede encontrar útil analizar el momento adecuado de una endoscopia para cada paciente con el



gastroenterólogo (38). Se ha demostrado que los pacientes de mayor riesgo, como aquellos con taquicardia, hipotensión, emesis sanguinolenta o aspirado nasogástrico, tienen un beneficio en la mortalidad cuando la endoscopia se realiza dentro de las 12 horas posteriores a la presentación. La hematoquecia puede ser indicativa de una HDA enérgica, por tanto, es razonable realizar una endoscopia digestiva alta antes de la colonoscopia en pacientes inestables con hematoquecia (39). La video cápsula endoscópica puede surgir como una alternativa a la endoscopia tradicional para pacientes con sospecha de HDA.

La colonoscopia permite localizar la fuente de una HDB, también puede permitir el tratamiento de algunos casos de HDB, posiblemente evitando una colectomía (40). La inyección de epinefrina y la ligadura con banda endoscópica son terapias disponibles a través de la colonoscopia y son particularmente útiles para las hemorragias diverticulares agudas (41). En pacientes con hematoquecia aguda, se ha demostrado que la colonoscopia urgente sin preparación intestinal es segura y útil, localizando el sangrado en el 89% de los casos (42).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal.

#### 3.2. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
<b>Características epidemiológicas</b>	Información que describe la realidad sociodemográfica y antecedentes de una persona.	Información anotada en la historia clínica	Edad <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18-30 años</li> <li>• 31-45 años</li> <li>• 46-60 años</li> <li>• 61-75 años</li> <li>• &gt; 75 años</li> </ul> Sexo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul> Procedencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbana</li> <li>• Rural</li> <li>• Urbano marginal</li> </ul> Comorbilidades <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Anticoagulación</li> <li>• Obesidad</li> <li>• HD previa</li> <li>• Gastritis</li> <li>• Hepatopatía crónica</li> <li>• Consumo de AINE</li> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Consumo de tabaco</li> <li>• Otros</li> </ul>	Cualitativa Nominal
<b>Características clínicas</b>	Signos o síntomas que presenta una persona según secundarios a la enfermedad que padece.	Signos o síntomas que presentó el paciente según historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Hematemesis</li> <li>• Hematoquecia</li> <li>• Melena</li> <li>• Shock hipovolémico</li> <li>• Lipotimia</li> <li>• Palidez</li> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Visceromegalia</li> <li>• Tumoración abdominal</li> <li>• Tumoración anorrectal</li> <li>• Proctalgia</li> </ul>	Cualitativa Nominal

<b>Signos Vitales</b>	Datos que valoran el estado hemodinámico y ventilatorio del paciente.	Datos según historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PA: _____ mmHg</li> <li>• FC: _____ x´</li> <li>• FR _____ x´</li> </ul>	Cualitativa Discreta
<b>Características endoscópicas</b>	Hallazgos observados durante el procedimiento.	Hallazgos encontrados según informe de endoscopia.	<p>Ubicación de la lesión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esófago</li> <li>• Estomago</li> <li>• Duodeno</li> <li>• Yeyuno</li> <li>• Íleon</li> <li>• Ciego</li> <li>• Colon ascendente</li> <li>• Colon transverso</li> <li>• Colon descendente</li> <li>• Sigmoides</li> <li>• Recto</li> <li>• Canal anal</li> </ul> <p>Grado de esofagitis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los ángeles A</li> <li>• Los ángeles B</li> <li>• Los ángeles C</li> <li>• Los ángeles D</li> </ul> <p>Grado de úlcera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forrest Ia</li> <li>• Forrest Ib</li> <li>• Forrest IIa</li> <li>• Forrest IIb</li> <li>• Forrest IIc</li> <li>• Forrest III</li> </ul> <p>Tumoración gástrica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borrmann I</li> <li>• Borrmann II</li> <li>• Borrmann III</li> <li>• Borrmann IV</li> </ul>	Cualitativa Nominal
<b>Etiología</b>	Causa de la enfermedad	Causa final según historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esofagitis</li> <li>• Sd. Mallory Weiss</li> <li>• Úlcera esofágica</li> <li>• Tumoración esofágica</li> <li>• Varices esofágicas</li> <li>• Úlcera gástrica</li> <li>• Angiodisplasia</li> <li>• Gastritis erosiva</li> <li>• Tumoración gástrica</li> <li>• Tumoración duodenal</li> <li>• Úlcera duodenal</li> <li>• Tumoración de colon</li> <li>• Enfermedad inflamatoria intestinal</li> <li>• Diverticulitis</li> <li>• Hemorroide complicada</li> <li>• Tumoración rectal</li> <li>• Fisura anal</li> </ul>	Cualitativa Nominal

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva que ingresaron por el servicio de emergencia del Hospital III EsSalud de Juliaca entre enero y diciembre del 2019. El tamaño de la muestra se definió por el universo muestral. Según el libro de ingresos y egresos del departamento de gastroenterología, durante el periodo de estudio, se registraron 91 hospitalizaciones por hemorragia digestiva, de las cuales, 9 tenían datos ilegibles en la historia clínicas. Por lo tanto, la muestra final estuvo conformada por 82 pacientes.

#### **Criterios de inclusión**

Historia clínica de pacientes de ambos sexos mayores de 15 años.

Historia clínica de paciente con diagnóstico de hemorragia digestiva confirmada por endoscopia.

#### **Criterios de exclusión**

Historia clínica de paciente sin evaluación endoscópica.

Historia clínica de paciente ya registrado que presentó reingreso por la misma causa.

Historia clínica con datos incompletos.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

A partir de los objetivos planteado se confeccionó una ficha de recolección de datos (anexo 1) que permitió recabar la información necesaria para el logro de los mismo. Se aplicó la técnica de análisis documental (historias clínicas).

Para la recolección de los datos se solicitó permiso al Director del hospital para tener acceso a las historias clínicas e informes endoscópicos de los pacientes previamente seleccionados. Una vez que se accedió a las historias en archivo, se realizó el vaciado de datos según la información requerida para el estudio.

### **3.5. Método de análisis de datos**

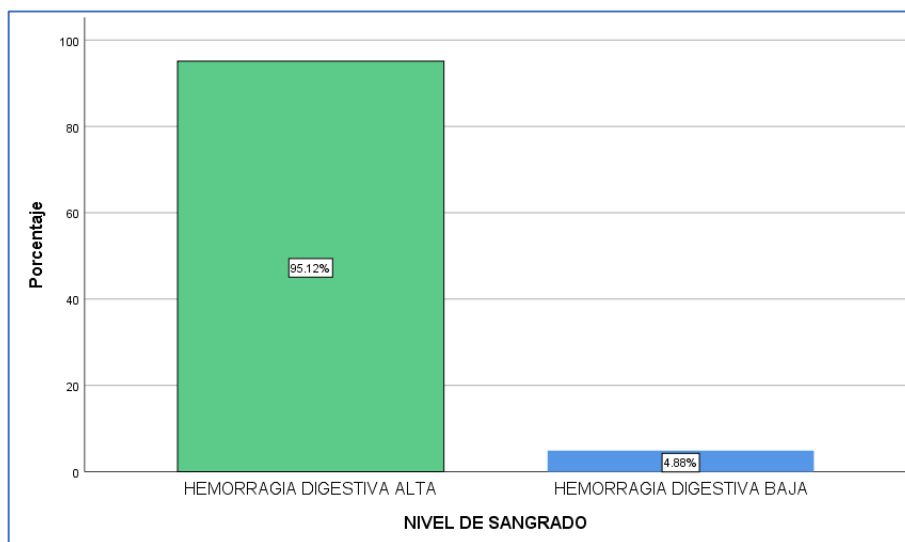
Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v26.0. Toda la información recopilada se tamizó en busca de datos perdidos. Para el análisis descriptivo se calcularon medidas de tendencia central y desviación estándar. Los resultados de variables categóricas se mostraron en tablas generales, para los resultados de variables numéricas, se estimaron valores medios.

### **3.6. Aspectos éticos**

Se realizó una investigación de tipo descriptiva por lo tanto no hubo exposición de los pacientes a factores potencialmente dañinos. En todo momento se mantuvo en reserva los datos obtenidos de las historias clínicas. Además, la información recopilada en las fichas en todo momento refleja la realidad sin alteración de datos que puedan dirigir los resultados.

#### IV. RESULTADOS

**Gráfico 01: Hemorragia digestiva según nivel de sangrado.  
Hospital III EsSalud Juliaca 2019.**



El gráfico muestra que 78 (95.12%) pacientes de la muestra se clasificaron como hemorragia digestiva alta y 4 (4.88%) como hemorragia digestiva baja.

**Tabla 01: Características epidemiológicas de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.**

		HEMORRAGIA DIGESTIVA			
		HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA		HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA	
		Recuento	%	Recuento	%
EDAD	18 - 30 años	1	1.3%	1	25.0%
	31 - 45 años	3	3.8%	0	0.0%
	46 - 60 años	32	41.0%	2	50.0%
	61 - 75 años	28	35.9%	1	25.0%
	> 75 años	14	17.9%	0	0.0%
SEXO	Masculino	45	57.7%	3	75.0%
	Femenino	33	42.3%	1	25.0%
PROCEDENCIA	Rural	51	65.4%	3	75.0%
	Urbana	27	34.6%	1	25.0%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	lletrado	2	2.6%	1	25.0%
	Primaria	11	14.1%	0	0.0%
	Secundaria	14	17.9%	1	25.0%
	Superior	51	65.4%	2	50.0%

La tabla muestra que entre los pacientes con hemorragia digestiva alta y baja hubo predominio del grupo etario de 46 a 60 años (41.0% y 50.0%). Del mismo modo el sexo masculino fue más frecuente en ambos grupos (57.7% y 75.0%). Con respecto a la procedencia, tanto en el grupo de hemorragia digestiva alta y baja, fue más frecuente la procedencia rural (65.4% y 75.0%). Al valorar el grado de instrucción se observa que en grupos el nivel superior fue el más frecuente (65.4% y 50.0%).

**Tabla 02: Antecedentes médicos de los pacientes con hemorragia digestiva.  
Hospital III EsSalud Juliaca 2019.**

HEMORRAGIA DIGESTIVA			
N=82			
		Recuento	%
HIPERTENSION ARTERIAL	Si	19	23.2%
	No	63	76.8%
OBESIDAD	Si	15	18.3%
	No	67	81.7%
DIABETES MELLITUS	Si	13	15.9%
	No	69	84.1%
GASTRITIS	Si	14	17.1%
	No	68	82.9%
HEPATOPATIA CRÓNICA	Si	12	14.6%
	No	70	85.4%
CONSUMO DE AINES	Si	8	9.8%
	No	74	90.2%
CONSUMO DE ALCOHOL	Si	4	4.9%
	No	78	95.1%
OTROS	Si	36	43.9%
	No	46	56.1%

La tabla muestra que el antecedente médico de mayor frecuencia entre los pacientes con hemorragia digestiva fue la hipertensión arterial 23.2%, seguida de obesidad 18.3%, gastritis 17.1%, diabetes mellitus 15.9%, hepatopatía crónica 14.6%, consumo de aines 9.8% y consumo de alcohol 4.9%.

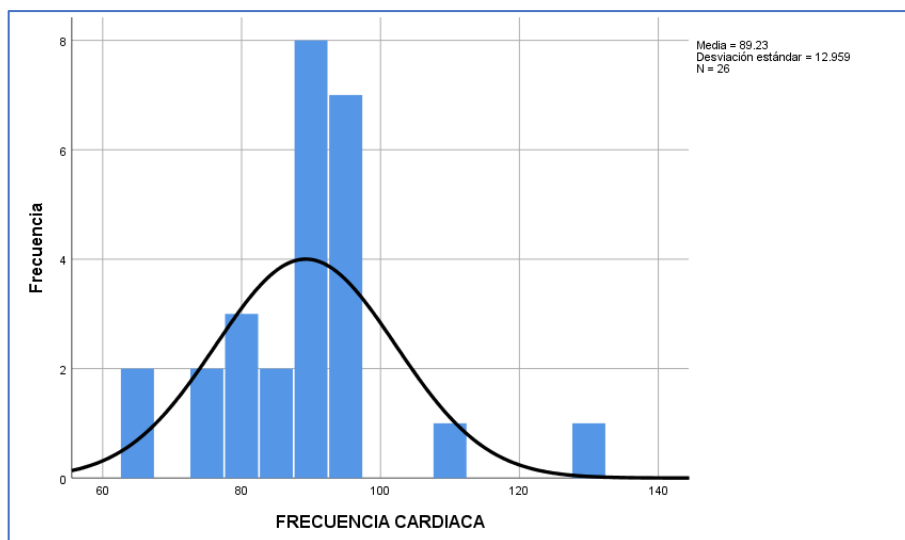


**Tabla 03: Manifestaciones clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.**

HEMORRAGIA DIGESTIVA N=82			
		Recuento	%
DOLOR ABDOMINAL	Si	61	74.4%
	No	21	25.6%
PALIDEZ	Si	53	64.6%
	No	29	35.4%
MELENA	Si	43	52.4%
	No	39	47.6%
HEMATEMESIS	Si	17	20.7%
	No	65	79.3%
LIPOTIMIA	Si	14	17.1%
	No	68	82.9%
HEMATOQUECIA	Si	11	13.4%
	No	71	86.6%
SHOCK	Si	11	13.4%
	No	71	86.6%
PROCTALGIA	Si	2	2.4%
	No	80	97.6%
TUMORACION ANAL	Si	1	1.2%
	No	81	98.8%

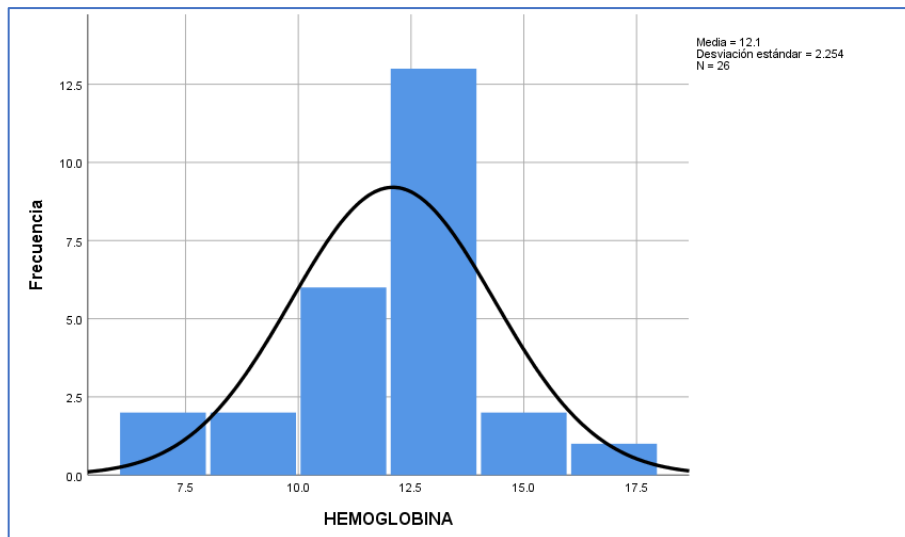
La tabla muestra que el dolor abdominal fue la manifestación clínica más frecuente y se observó en 74.4% de los pacientes, la palidez se presentó en 64.6%, melena 52.4%, hematemesis 20.7% y lipotimia 17.1%. En menor cuantía se observó hematoquecia y shock en 13.4%, proctalgia 2.4% y tumoración anal 1.2%.

**Gráfico 02: Frecuencia cardiaca promedio de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.**



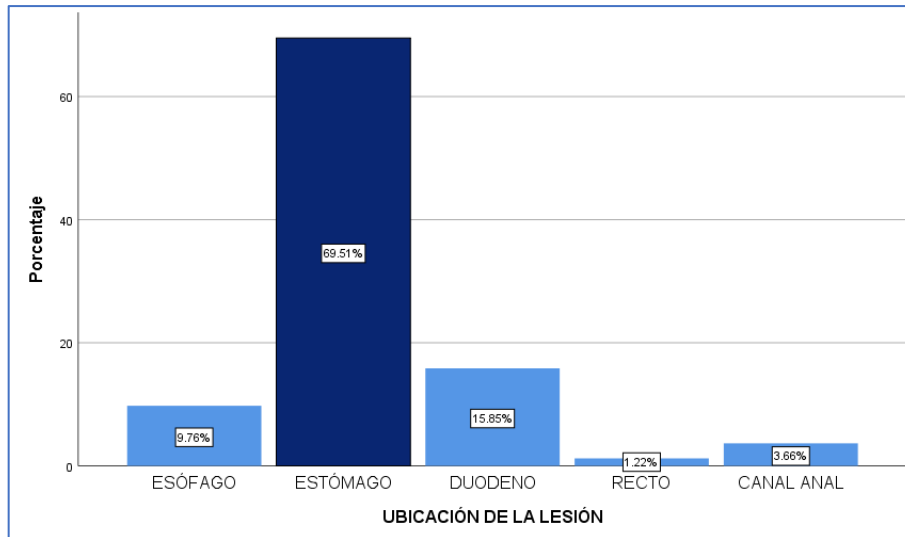
El gráfico muestra que la frecuencia cardiaca promedio de los pacientes con hemorragia digestiva fue  $89.23 \pm 12.95$  latidos por minutos. Además, el valor mínimo y máximo de frecuencia cardiaca fue 65 y 129 latidos por minuto.

**Gráfico 03: Hemoglobina promedio de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.**



El gráfico muestra que la hemoglobina promedio de los pacientes con hemorragia digestiva fue  $12.1 \pm 2.25$  g/dL. Además, el valor mínimo y máximo de hemoglobina fue 7 y 17 g/dL.

**Gráfico 04: Distribución de las hemorragias digestivas según ubicación anatómica por endoscopia. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.**



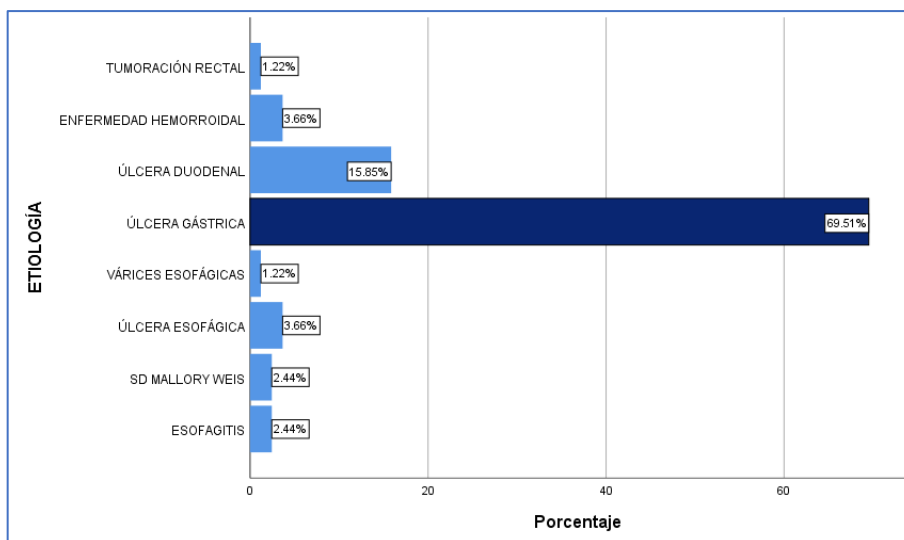
La gráfica muestra que el 69.51% de los pacientes tuvo origen del sangrado a nivel del estómago, 15.85% en duodeno, 9.76% en esófago, 3.66% en canal anal 1.22% en el recto.

**Tabla 04: Hallazgos endoscópicos de los pacientes con hemorragia digestiva. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.**

		Recuento	%
ESOFAGITIS "LOS ÁNGELES"	Grado A	0	0.0%
	Grado B	0	0.0%
	Grado C	1	33.3%
	Grado D	2	66.7%
ÚLCERA PÉPTICA "FORREST"	Ia	2	2.7%
	Ib	5	6.8%
	IIa	18	24.7%
	IIb	30	41.1%
	IIc	10	13.7%
	III	8	11.0%

La tabla muestra que las hemorragias digestivas secundarias a esofagitis tuvieron clasificación endoscópica Los Ángeles grado C 33.3% y grado D 66.7%. Por otro lado, las úlceras sangrantes según clasificación de Forrest fueron de tipo IIb en 41.1%, IIa en 24.7%, IIC en 13.7%, III en 11.0%, Ib en 6.8% y Ia en 2.7%.

**Gráfico 05: Distribución de las hemorragias digestivas según etiología.  
Hospital III EsSalud Juliaca 2019.**



El gráfico muestra que la principal etiología de las hemorragias digestivas en la muestra estudiada fue la úlcera gástrica con 69.54%, seguida de úlcera duodenal con 15.85%, enfermedad hemorroidal y ulcera esofágica con 3.66%.

## V. DISCUSIÓN

El sangrado gastrointestinal es uno de los síntomas predominantes en los trastornos del tubo digestivo. La sangre con elevada frecuencia se presenta en las deposiciones o vómito, pero no siempre se hace visible, ya que puede generar heces negras o alquitranadas. La intensidad del sangrado puede variar de leve a severo y puede ser potencialmente mortal. Si son necesarias, las tecnologías avanzadas de diagnóstico por imágenes suelen identificar la causa del sangrado. El tratamiento depende del origen del sangrado.

El gráfico 01 muestra que 78 (95.12%) pacientes de la muestra se clasificaron como hemorragia digestiva alta y 4 (4.88%) como hemorragia digestiva baja. Siguiendo la tendencia actual encontrada en literatura médica a la fecha (23).

La tabla 01 muestra que entre los pacientes con hemorragia digestiva alta y baja hubo predominio del grupo etario de 46 a 60 años (41.0% y 50.0%). Del mismo modo el sexo masculino fue más frecuente en ambos grupos (57.7% y 75.0%). Con respecto a la procedencia, tanto en el grupo de hemorragia digestiva alta y baja, fue más frecuente la procedencia rural (65.4% y 75.0%). Al valorar el grado de instrucción se observa que en grupos el nivel superior fue el más frecuente (65.4% y 50.0%). en cuanto a la edad de presentación difiere de los resultados encontrados por López D, en el 2019 en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo donde encuentra que la mayor presentación de casos se da en el grupo etario de > 65 años, en este mismo estudio se encontró que 57% de su población estudiada era de sexo masculino, resultado que si es bastante parecido a lo encontrado por nosotros en el presente estudio (8), Roca J encontró también que el 55% de los pacientes eran de sexo masculino (13).

La tabla 02 muestra que el antecedente médico de mayor frecuencia entre los pacientes con hemorragia digestiva fue la hipertensión arterial 23.2%, seguida de obesidad 18.3%, gastritis 17.1%, diabetes mellitus 15.9%, hepatopatía crónica 14.6%, consumo de aines 9.8% y consumo de alcohol 4.9%. En el 2017 Minakari,

en Irán encontró como antecedentes de importancia el tabaquismo y la toma de antiinflamatorios (12).

La tabla 03 muestra que el dolor abdominal fue la manifestación clínica más frecuente y se observó en 74.4% de los pacientes, la palidez se presentó en 64.6%, melena 52.4%, hematemesis 20.7% y lipotimia 17.1%. En menor cuantía se observó hematoquecia y shock en 13.4%, proctalgia 2.4% y tumoración anal 1.2%. El gráfico 02 muestra que la frecuencia cardiaca promedio de los pacientes con hemorragia digestiva fue  $89.23 \pm 12.95$  latidos por minutos. Además, el valor mínimo y máximo de frecuencia cardiaca fue 65 y 129 latidos por minuto. Ray E, et al encontró como síntomas más frecuentes la presentación de hematoquecia, hematemesis y melena (14) Malmi Het al encontró también que el principal síntoma de consulta es la melena (11).

El gráfico 03 muestra que la hemoglobina promedio de los pacientes con hemorragia digestiva fue  $12.1 \pm 2.25$  g/dL. Además, el valor mínimo y máximo de hemoglobina fue 7 y 17 g/dL. Lo cual tiene relación con el volumen sanguíneo perdido, se pueden observar episodios anemizantes agudos y crónicos (27).

La gráfica 04 muestra que el 69.51% de los pacientes tuvo origen del sangrado a nivel del estómago, 15.85% en duodeno, 9.76% en esófago, 3.66% en canal anal 1.22% en el recto.

El gráfico 05 muestra que la principal etiología de las hemorragias digestivas en la muestra estudiada fue la úlcera gástrica con 69.54%, seguida de úlcera duodenal con 15.85%, enfermedad hemorroidal y úlcera esofágica con 3.66%. En Huancayo López y colaboradores encontraron que La principal causa de HDA no variceal fue la úlcera gástrica con 31%; seguido por lesiones proliferativas (probable cáncer gástrico) con 22% y en tercer lugar la úlcera duodenal con 21% coincidiendo inicialmente con la principal causa (8).

La tabla 04 muestra que las hemorragias digestivas secundarias a esofagitis tuvieron clasificación endoscópica Los Ángeles grado C 33.3% y grado D 66.7%.



Por otro lado, las úlceras sangrantes según clasificación de Forrest fueron de tipo IIb en 41.1%, IIa en 24.7%, IIC en 13.7%, III en 11.0%, Ib en 6.8% y Ia en 2.7%. Astocondor R, en el 2018 encontró que el estómago fue la localización anatómica más afectada con 44.9%, el antro fue la localización con mayor afectación con 37.3%. Forrest III se observó en 24.5%, la inyectoterapia con adrenalina.

## VI. CONCLUSIONES

Predominó la hemorragia digestiva alta en el grupo etario de 46 a 60 años, de sexo masculino, procedencia rural y grado de instrucción superior. Mayor frecuencia de hipertensión arterial, obesidad, gastritis y diabetes mellitus.

Entre las manifestaciones clínicas: dolor abdominal, palidez, melena, hematemesis y lipotimia. Además, frecuencia cardiaca promedio de  $89.23 \pm 12.95$  latidos por minutos.

Endoscópicamente se observó lesiones a predominio de estómago, duodeno y esófago. Siendo las úlceras pépticas Forrest tipo IIb y las esofagitis los Ángeles grado C y las de mayor frecuencia.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Se recomienda hacer estudios prospectivos que permitan valorar la sobrevida de los pacientes con hemorragia digestiva por lesiones gástricas, así como, el posible desarrollo de alguna lesión maligna.

Se recomienda el adecuado llenado de historias clínicas para evitar la pérdida de sujetos en futuras investigaciones sobre este y otros temas.

## REFERENCIAS

1. DiGregorio A, Alvey H. Gastrointestinal Bleeding. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. [citado 04 octubre 2020]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537291/>
2. Laghi A, Hara A. Small Bowel Disease. In: Hodler J, Kubik-Huch R, von Schulthess GK. Diseases of the Abdomen and Pelvis 2018-2021: Diagnostic Imaging - IDKD Book [Internet]. Cham (CH): Springer; 2018. Chapter 12. [citado 04 octubre 2020]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543806/>.
3. Lanas A, Dumonceau J, Hunt R, Fujishiro M, Scheiman J, Gralnek I, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Nat Rev Dis Primers. 2018; 4: 18020.
4. Ghassemi K, Jensen D. Lower GI bleeding: epidemiology and management. Curr Gastroenterol Rep. 2013; 15(7): 333.
5. Amin S, Antunes C. Lower Gastrointestinal Bleeding. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. [citado 04 octubre 2020]. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448126/>.
6. Barletta J, Bruno J, Buckley M, Cook D. Stress Ulcer Prophylaxis. Crit Care Med. 2016; 44(7): 1395-405
7. Kim K, Kozarek R, Gluck M, Ross A, Lin O. Changes in Lower Gastrointestinal Bleeding Presentation, Management, and Outcomes Over a 10-Year Span. J Clin Gastroenterol. 2019; 53(10): 463-67.
8. López D. Comportamiento clínico - epidemiológico de la hemorragia digestiva alta en un hospital regional del Perú. [Tesis para optar el título profesional de segunda especialidad en Gastroenterología]. Huancayo. Universidad Peruana los Andes. 2019.
9. Wuerth B, Rockey D. Changing Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Last Decade: A Nationwide Analysis. Dig Dis Sci. 2018; 63(5): 1286-93.
10. Astocondor R. 2018. Características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima. Universidad Nacional Federico Villarreal. 2018.

11. Malmi H, Kautiainen H, Virta L, Färkkilä M. Outcomes of patients hospitalized with peptic ulcer disease diagnosed in acute upper endoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2017; 29(11): 1251-57.
12. Minakari M, Badihian S, Jalalpour P, Sebghatollahi V. Etiology and outcome in patients with upper gastrointestinal bleeding: Study on 4747 patients in the central region of Iran. *J Gastroenterol Hepatol.* 2017; 32(4): 789-96.
13. Roca J. Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014.
14. Ray E, Elenwo S. Endoscopic Evaluation of Upper and Lower Gastro-Intestinal Bleeding. *Niger J Surg.* 2015 Jul-Dec;21(2):106-10.
15. Nakamura S, Matsumoto T, Sugimori H, Esaki M, Kitazono T, Hashizume M. Emergency endoscopy for acute gastrointestinal bleeding: prognostic value of endoscopic hemostasis and the AIMS65 score in Japanese patients. *Dig Endosc.* 2014; 26(3): 369-76.
16. Busch M, Schneider A, Lankisch T, von Hahn T. Acute hemorrhage in the upper gastrointestinal tract. *Internist (Berl).* 2017; 58(3): 226-32.
17. Hreinsson J, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson E. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol.* 2013; 48(4): 439-47.
18. Tarasov E, Bagin V, Nishnevich E, Astafyeva M, Rudnov V, Prudkov M. Epidemiology and risk factors of adverse outcome in nonvariceal upper gastrointestinal bleeding]. *Khirurgiia (Mosk).* 2019 ;(5) :31-37.
19. Laine L, Laursen S, Zakko L, Dalton H, Ngu J, Schultz M, et al. Severity and Outcomes of Upper Gastrointestinal Bleeding With Bloody Vs. Coffee-Grounds Hematemesis. *Am J Gastroenterol.* 2018; 113(3): 358-66.
20. Uysal Y, Babus S, Kose A, Ates F, Biricik S, Erdogan S, et al. The prognostic significance of the risk scores at upper gastrointestinal bleeding. *Niger J Clin Pract.* 2019; 22(8): 1099-108.
21. Hsu P, Tsai T. Epidemiology of Upper Gastrointestinal Damage Associated with Low-Dose Aspirin. *Curr Pharm Des.* 2015; 21(35): 5049-55.
22. Hedayat R, Jehangiri A, Gul R, Khan A, Said K, Gandapur A. Endoscopic findings of upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrosis. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2015; 27(2): 391-4.

23. Simon T, Travis A, Saltzman J. Initial Assessment and Resuscitation in Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2015; 25(3): 429-42.
24. Shafaghi A, Gharibpoor F, Mahdipour Z, Samadani A. Comparison of three risk scores to predict outcomes in upper gastrointestinal bleeding; modifying Glasgow-Blatchford with albumin. *Rom J Intern Med.* 2019; 57(4): 322-33.
25. Kim M, Choi J, Shin W. AIMS65 scoring system is comparable to Glasgow-Blatchford score or Rockall score for prediction of clinical outcomes for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *BMC Gastroenterol.* 2019; 19(1): 136.
26. Kyaw M, Chan F. Pharmacologic options in the management of upper gastrointestinal bleeding: focus on the elderly. *Drugs Aging.* 2014; 31(5): 349-61.
27. Elsebaey M, Elashry H, Elbedewy T, Elhadidy A, Esheba N, Ezat S, et al. Predictors of in-hospital mortality in a cohort of elderly Egyptian patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *Medicine (Baltimore).* 2018; 97(16): e0403.
28. Dewan K, Patowary B, Bhattarai S. A study of clinical and endoscopic profile of acute upper, gastrointestinal bleeding. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ).* 2014; 12(45): 21-5.
29. Chandnani S, Rathi P, Sonthalia N, Udgirkar S, Jain S, Contractor Q, et al. Comparison of risk scores in upper gastrointestinal bleeding in western India: A prospective analysis. *Indian J Gastroenterol.* 2019; 38(2): 117-27.
30. Gross M. Hematochezia. *MMW Fortschr Med.* 2019; 161(11): 43-44.
31. Farrar F. Management of Acute Gastrointestinal Bleed. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2018; 30(1): 55-66.
32. Dorreen A, Moosavi S, Martel M, Barkun A. Safety of Digestive Endoscopy following Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2016; 9564529.
33. Kamboj A, Hoversten P, Leggett C. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo Clin Proc.* 2019 Apr;94(4):697-703
34. Feinman M, Haut E. Lower gastrointestinal bleeding. *Surg Clin North Am.* 2014 Feb;94(1):55-63

35. Laine L, Laursen S, Zakko L, Dalton H, Ngu J, Schultz M, et al. Severity and Outcomes of Upper Gastrointestinal Bleeding With Bloody Vs. Coffee-Grounds Hematemesis. *Am J Gastroenterol*. 2018; 113(3): 358-366.
36. Meltzer A, Klein J. Upper gastrointestinal bleeding: patient presentation, risk stratification, and early management. *Gastroenterol Clin North Am*. 2014 Dec;43(4):665-75.
37. Iqbal U, Siddique O, Jameel A, Anwar H, Chaudhary A. Prognostic Significance of Elevated Cardiac Troponin in Acute Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology Res*. 2017 Aug;10(4):238-243
38. Gralnek I, Dumonceau J, Kuipers E, Lanas A, Sanders D, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015; 47(10): 1-46.
39. Laine L. Colonoscopy for Lower Gastrointestinal Bleeding-Time Is Not of the Essence. *Gastroenterology*. 2020 Jan;158(1):38-39
40. Kouanda A, Somsouk M, Sewell J, Day L. Urgent colonoscopy in patients with lower GI bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2017; 86(1): 107-117.
41. Sengupta N, Tapper E, Feuerstein J. Early Versus Delayed Colonoscopy in Hospitalized Patients With Lower Gastrointestinal Bleeding: A Meta-Analysis. *J Clin Gastroenterol*. 2017 Apr;51(4):352-359
42. Niikura R, Nagata N, Yamada A, Honda T, Hasatani K, Ishii N, et al. Efficacy and Safety of Early vs Elective Colonoscopy for Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology*. 2020; 158(1): 168-175.

## ANEXOS

### ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA. HOSPITAL III ESSALUD JULIACA 2020

FICHA N° \_\_\_\_\_

Edad:

18-30 años	31-45 años	46-60 años	61-75 años
> 75 años			

Sexo: (M) (F)

Procedencia:

Comorbilidades:

Hipertensión arterial	Diabetes mellitus	Anticoagulación	Obesidad
Gastritis	Consumo de AINES	Consumo de alcohol	Consumo de tabaco
Hepatopatía crónica	HD previa	Otros	

Cuadro clínico:

Dolor abdominal	Hematemesis	Hematoquecia	Melena
Shock	Lipotimia	Palidez	Pérdida de peso
Visceromegalia	Tumoración abdominal	Tumoración anal	Proctalgia

Funciones vitales al ingreso:

PA:	FC:	FR:	SO2:
-----	-----	-----	------

Resultados de laboratorio:

Hb:	Urea:		
-----	-------	--	--

Ubicación de la lesión por endoscopia:

Esófago	Estomago	Duodeno	Yeyuno
Íleon distal	Ciego	Colon ascendente	Colon transverso
Colon descendente	Sigmoides	Recto	Canal anal

Hallazgos endoscópicos de esofagitis (Los Ángeles):

Grado A	Grado B	Grado C	Grado D
---------	---------	---------	---------

Hallazgos endoscópicos úlcera péptica:

Ia	Ib	Ila	IIb
IIc	III		



Hallazgos endoscópicos cáncer gástrico temprano (clasificación japonesa):

I	Ila	Ilb	Ilc
III			

Etiología:

Esofagitis	Síndrome Mallory Weiss	Úlcera esofágica	Neoplasia esofágica
Varices esofágicas	Úlcera gástrica	Angiodisplasia	Gastritis erosiva
Tumoración gástrica	Tumoración duodenal	Úlcera duodenal	Tumoración de colon
Enfermedad inflamatoria intestinal	Diverticulitis	Enfermedad hemorroidal	Tumoración rectal
Fisura anal			