

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**RELACIÓN CLÍNICO - ENDOSCÓPICA EN
PACIENTES CON HEMORRAGÍA DIGESTIVA ALTA
NO VARICEAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO DE
ENERO - NOVIEMBRE DEL 2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

BETZA GALINDO SARAS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA-PERÚ

2018

ASESOR

DR. JUAN VICENTE CARRASCO PÉRRIGO

AGRADECIMIENTO

A Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fé. A mi Tutor, Dr. José Baldera Guayambal por brindarme su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A mí madre por su lucha constante y sacrificio, a mis hermanos y abuelito, que me motivan a seguir luchando y esforzarme. A él que me inspira a lograr mi meta y ser mejor cada día.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación clínico - endoscópica en pacientes con Hemorragia Digestiva alta no variceal (HDANV) atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) en el periodo de enero - noviembre del 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en 111 pacientes con diagnóstico (Dx.) de HDANV en el servicio de Gastroenterología del HNHU en el periodo de enero - noviembre del 2016, los datos se obtuvieron de las historias clínicas e informes endoscópicos. Para el procesamiento de los datos se utilizará el programa estadístico Statistics en su última versión 22.0.

RESULTADOS: En nuestro estudio el lugar de procedencia hay un predominio de pacientes en la ciudad de Lima 95,5% sobre Provincia 4,5 %. Con respecto a edad tienen edad de 19 años a >60 años, con edad promedio de 40 años, quien obtuvo el mayor porcentaje fue >60 años con un porcentaje de 42.3 %, seguido de pacientes entre 36- 59 años con un porcentaje de 40,5 %.

En lo que respecta el sexo se evidencia un mayor porcentaje en masculinos con 71.2 %, mujeres 28.8%.

La presentación clínica que se llegó a encontrar en el presente trabajo fue Hematemesis con un porcentaje de 66,7 %, Melena en un porcentaje de 65,8 %, dolor abdominal con un porcentaje de 66,7 %, hematoquecia 24,3%.

A ingesta de AINES y consumo de tabaco el porcentaje fue de: Sí consumieron Ingesta de AINES 32,4 %, sí presentan antecedentes de consumo de alcohol 36,9 %.

El tipo de endoscopia con mayor porcentaje en el presente estudio fue Diagnóstica con un porcentaje de 82,9 %, la pre-medicación que se llegó a utilizar anestesia local 42 %, sobre biopsia el mayor porcentaje fue 66,7% no se les realizó a los pacientes, sobre las complicaciones durante la endoscopia alta 99,1% no presentó ninguna complicación.

En los hallazgos endoscópicos la úlcera péptica presentó 53,1 %, seguida de gastritis erosiva de antro 26,1 %.

Según los hallazgos endoscópicos de Forrest el Grado III presentó 30,63 %, Grado II a 9,91 %.

CONCLUSIONES: La evaluación de las manifestaciones clínicas en la HDANV en el presente estudio observacional, determino que se encuentra en pacientes >60 años, de sexo masculino en mayor porcentaje como presentación clínica fue hematemesis, la ingesta de alcohol presentó gran porcentaje, tipo de endoscopia fue diagnóstica, los hallazgos endoscópicos la úlcera péptica y según el grado de Forrest el grado II.

PALABRA CLAVE:

HDA, manifestaciones clínicas, endoscopía.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the clinical - endoscopic relationship in patients with high-grade non-variceal bleeding treated at the Hipólito Unanue National Hosp in the period from January to November 2016.

MATERIAL AND METHODS: An observational, descriptive, retrospective study was carried out in 111 patients diagnosed with non-variceal high digestive hemorrhage in the Gastroenterologíaenterology service of the Hipólito Unanue National Hosp in the period of January - November 2016, the data were obtained from the clinical histories and endoscopic reports. For the processing of the data the Statistics statistical program in its latest version 22.0 will be used.

RESULTS: In our study the place of origin there is a predominance of patients in the city of Lima 95.5% on Province 4.5%.

With respect to age, they are 19 years old and older than 60 years, with an average age of 40 years, who obtained the highest percentage was over 60 years with a percentage of 42.3%, followed by patients between 36-59 years with a percentage of 40.5%.

With regard to sex, a greater percentage is found in men with 71.2%, women 28.8%.

The clinical presentation that was found in the present work was Hematemesis with a percentage of 66.7%, Melena in a percentage of 65.8%, abdominal pain with a percentage of 66.7%, hematochezia 24.3%. To intake of NSAIDs and tobacco consumption the percentage was: Yes they consumed NSAID Intake 32.4%, if they have a history of alcohol consumption 36.9%.

The type of endoscopy with the highest percentage in the present study was Diagnosis with a percentage of 82.9%, the pre-medication that came to use local anesthesia 42%, on biopsy the highest percentage was 66, 7% were not performed on patients, on complications during upper endoscopy 99.1% did not present any complication.

In the endoscopic findings, peptic ulcer presented 53.1%, followed by erosive gastritis of the antrum 26.1%.

According to the Forrest endoscopic findings, Grade III presented 30.63%, Grade II to 9.91%.

CONCLUSIONS

The evaluation of the clinical manifestations in non-variceal high digestive hemorrhage in the present observational study, determined that it is found in patients over 60 years of age, male sex in a greater percentage as clinical presentation was hematemesis, alcohol intake had a large percentage, type of endoscopy was diagnostic, the endoscopic findings the peptic ulcer and according to the degree of Forrest grade II.

KEYWORD:

High digestive hemorrhage, clinical manifestations, endoscopy.

INTRODUCCIÓN

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Es la pérdida de flujo sanguíneo se origina del aparato digestivo. Está se define como HDA toda aquella que tiene su inicio por encima del ángulo de Treitz. La HDA sigue siendo una dificultad frecuente de la enfermedad ácido péptica y se considera la urgencia médica más frecuente.

La manera en que está se presenta del sangrado nos orientará en un modo considerable encima del principio alto o bajo del sangrado digestivo.

La hemorragia se manifestará básicamente como un vómito de sangre rojiza, fresca hematemesis, un vómito negro de sangre en coágulos, o bien heces negras melenas.

Es una patología frecuente y constituye en la actualidad una causa relevante de morbilidad entre el 5% y 10 %⁷.

LA ÚLCERA PÉPTICA

Más frecuente de la HDA presenta el 50 % de casos, es una afección heterogénea atribuible a una serie de factores, que de forma aislada o en combinación, actúan produciendo un desequilibrio entre los elementos agresivos y defensivos de la mucosa Gastroenterología duodenal que conlleva la aparición de lesiones en el estómago y/o en el duodeno⁸.

ÍNDICE

CARÁTULA	
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	IX
ÍNDICE	X
LISTA DE TABLAS	XII
LISTA DE GRÁFICOS	XIV
LISTA DE ANEXOS	XVI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2.1. GENERAL	1
1.2.2. ESPECÍFICO	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL AREA DE ESTUDIO	2
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.6. OBJETIVOS	3
1.6.1. GENERAL	3
1.6.2. EPECIFICOS	3
1.7. PROPÓSITO	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	4

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	4
2.2. BASE TEÓRICA	6
2.3. MARCO CONCEPTUAL	8
2.4. HIPÓTESIS	8
2.5. VARIABLES	8
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	9
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	10
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	10
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	10
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	10
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	10
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	10
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	10
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	11
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	12
4.1. RESULTADOS	12
4.2. DISCUSIÓN	29
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
5.1. CONCLUSIONES	31
5.2. RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	36

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 : Lugar De Procedencia De Pacientes Con Dx. De HDANV Atendidos En El Servicio De Gastroenterología Del HNHU De Enero-A Noviembre Del 2016.	12
Tabla 2: Edad Del Paciente Con Dx. De HDANV Atendido En El Servicio De Gastroenterología Del HNHU De Enero - Noviembre 2016	13
Tabla 3: Sexo De Pacientes Atendidos Con Diagnostico De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016	14
Tabla 4: Hematemesis En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016	14
Tabla 5: Melena En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	16
Tabla 6: Hematoquecia En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	17
Tabla 7: Dolor Abdominal En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	18
Tabla 8: Ingesta De Aines En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	18
Tabla 9: Antecedentes De Consumo De Alcohol En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	20
Tabla 10: Tipo De Endoscopia Que Se Realizó En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016	21
Tabla 11: Pre Medicación Del Paciente Atendido Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	22
Tabla 12: Biopsia En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	23

Tabla 13: Complicaciones Durante El Procedimiento En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016	24
Tabla 14: Dx. Endoscópico En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016	24
Tabla 15: Grado De Forrest - Dx. Endoscópico En Pacientes Con Dx. De HDANV En El HNHU De Enero - Noviembre Del 2016.	27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Lugar De Procedencia De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El Servicio De Gastroenterología Del HNHU De Enero- Noviembre Del 2016.	12
Gráfico 2: Edad De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendido En El Servicio De Gastroenterología Del HNHU De Enero - Noviembre 2016.	13
Gráfico 3: Sexo De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	14
Gráfico 4: Hematemesis En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	15
Gráfico 5: Melena En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	16
Gráfico 6: Hematoquecia En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	17
Gráfico 7: Dolor Abdominal En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	18
Gráfico 8: Ingesta De Aines En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	19
Gráfico 9: Antecedentes De Consumo De Alcohol En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	20
Gráfico 10: Tipo De Endoscopia De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	21
Gráfico 11: Pre Medicación En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	22
Gráfico 12: Biopsia En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	23

Gráfico 13: Complicaciones Durante El Procedimiento De Los Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	24
Gráfico 14: Dx. Endoscópico De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.	26
Gráfico 15: Dx. Endoscópico En Paciente Con Dx. De HDANV En El HNHU De Enero - Noviembre Del 2016	28

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización De Variables.	37
Anexo 2: Instrumentos.	38
Anexo 3: Validez De Instrumentos – Consulta De Expertos.	40
Anexo 4: Autorización para la Revisión De historias clínicas para el desarrollo de la investigación.	41
Anexo 5: Matriz de consistencia.	42

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La HDA es la preocupación clínica muy habitual, está considerado como patologías que tienen un desenlace potencialmente mortal sino son intervenidos oportunamente, en la actualidad forma parte de las patologías que son más frecuentes en las emergencias de los Hospes tienen una elevada morbi-mortalidad además que son el origen de alto índice de Hospización por patología digestiva.

La tasa de mortalidad en nuestros Hospes varia aproximadamente de 5 a 10 % entre los enfermos de menores de sesenta años que no presentan neoplasias malignas, ni insuficiencia funcional de ningún órgano la mortalidad es < uno % es por eso la imperiosa necesidad de reconocer a los enfermos con elevado riesgo, desarrollar y más aun de establecer un procedimiento terapéutico efectivo.

Es importante realizar una buena anamnesis para determinar la existencia de la HDA y poder resolver adecuadamente dicha enfermedad con la ayuda de exámenes auxiliares, endoscopia y brindarle un adecuado tratamiento efectivo
1.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación clínico - endoscópica en pacientes con HDANV atendidos en el HNHU en el periodo de Enero - Noviembre del 2016?

1.2.1. GENERAL

Determinar la relación clínico - endoscópica en pacientes con HDANV atendidos en el HNHU en el periodo de Enero - Noviembre del 2016

1.2.2. ESPECÍFICO

Conocer la relación clínico - endoscópica en pacientes con HDANV atendidos en el HNHU en el periodo de Enero - Noviembre del 2016.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La finalidad por la cual se desarrolla el trabajo es que la HDA es una enfermedad con alta incidencia por el cual acuden con mayor frecuencia al servicio de Gastroenterología, con el que se cuenta con un alto índice de morbimortalidad si no se actúa precozmente y se establece el plan terapéutico adecuado.

1.4. DELIMITACIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

- Delimitación espacial: HNHU.
- Delimitación temporal: Se recopilará información en el periodo de enero del 2016 hasta noviembre del 2016.
- Delimitación social: Se realizará en pacientes con Dx. de HDANV.
- Delimitación conceptual: Este estudio se realizará a los enfermos con Dx. de HDANV en las historias clínicas e informes endoscópicos realizadas en el periodo de enero a noviembre del 2016.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Un limitante sería el estado de las historias clínicas e informes endoscópicos de los pacientes, si éstas se encuentran completas o no con los datos necesarios para el posterior análisis.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. GENERAL

Definir la relación clínica-endoscópica en pacientes con Dx. de HDANV atendidos en el servicio de Gastroenterología del HNHU en el periodo de Enero a Noviembre del 2016.

1.6.2. EPECIFICOS

- Identificar la población con Dx. de HDANV en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología en el HNHU en el periodo de enero a noviembre del 2016.
- Conocer el nivel y ubicación más frecuente de la HDANV en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología en el HNHU en el periodo de enero a noviembre del 2016.
- Conocer informe endoscópico que se les realizó a pacientes con HDANV atendidos en el servicio de Gastroenterología en el HNHU en el periodo de enero a noviembre 2016.
- Analizar la relación clínica – endoscópico en pacientes con HDANV en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología en el HNHU en el periodo de enero a noviembre 2016.

1.7. PROPÓSITO

Se espera contribuir al actual conocimiento de esta patología muy frecuente y apoyar la evidencia existente en beneficio a los pacientes con Dx. de HDANV.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

AMarlene Álvarez Serrano, Marcia Vanegas Bravo en su estudio Factores Asociados A HDANV En Pacientes > De 39 Años, Hosp Vicente Corral Moscoso Cuenca Ecuador (2015)².

Métodos: La comparación grupos fue con variables socio demográficas, con diferencia de medias y proporciones; Odds Ratio e (IC 95%). El paquete estadístico utilizado fue EPI.

Resultados: Se incluyeron 243 pacientes, 81 casos y 162 controles. La distribución por edad, residencia, ocupación, instrucción y sexo fue similar entre los grupos. La HDANV fue más frecuente en los pacientes sobre los 65 años (61.7%), en el sexo masculino (56.8%).

Lucas García Orozco Luis Roberto Piña Prieto En Su Estudio Caracterización Clínico Endoscópica De Pacientes Con HDA. Hosp General Pedro Betancourt De Jovellanos (2013)³.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo,

Resultados: Predominó del sexo masculino (72,5 %). La presentación clínica más frecuente fue la melena (65%).

El principal hallazgo endoscópico fue la úlcera duodenal (45%) y la clasificación de la complicación hemorrágica de la úlcera más frecuente fue el sangrado reciente.

Lucas García Orozco, Erian Jesús Domínguez González En Su Estudio " Endoscopía De Urgencia En Pacientes Fallecidos Por Hda Asociada A Úlcera Péptica Gastroenterologíaduodenal " (2013)⁴.

Resultados: El 66,6% de los pacientes eran del sexo masculino y el 75,7% tenían edad superior a los 60 años.

Dashiell Jiménez Rodríguez, Jesús E. Cong Rodríguez, Esther M. Estrada Espinosa, Alberto Bermúdez Balado In Their Study "Assessment Of Risk Factors For Non-Variceal Upper Gastroenterológaintestinal Bleeding Inpatients Of Provincial General Teaching Hosp "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego De Ávila City (2015)⁵.

Results: predominance of male seniors. Gastroenterológíaduodenal peptic ulcer was the most frequent cause. Regarding the socio-economic status of patients, the middle level prevailed without significant differences between the study groups.

Dashiell Jiménez Rodríguez, Frank Yaniel Martínez Lorenzo En Su Estudio "Evaluación De Los Factores De Riesgo De La HDA No Varicosa En Pacientes Del Hosp Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego De Ávila" (2015)⁵.

Resultados: Predominaron los adultos > del sexo masculino. La úlcera péptica Gastroenterológíaduodenal fue la causa más frecuente. Respecto al nivel socio-económico de los pacientes, predominó el nivel medio sin diferencias importantes entre los grupos de estudio.

Castor Samaniego, Eva T. Casco, Carlos M. Cristaldo In Their Study "Upper Gastroenterológaintestinal Bleeding. The Baptist Medical Center's Experience" (2015)⁷.

Patients and methods: A descriptive, retrospective study was done in consecutive cases of upper GI bleeding seen at the Baptist Medical Center between June 2002 and December 2004.

Castor Samaniego, Eva T. Casco, Carlos M. Cristaldo En Su Estudio "HDA No Varicosa. La Experiencia Del Centro Médico Bautista." (2015)⁶.

Pacientes y método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo,

Resultados: La serie incluye 55 casos: 30 hombres y 25 mujeres, con una edad promedio de 59 años; 21 eran consumidores de AINEs.

Los motivos de consulta fueron: melena 27 casos, hematemesis 6, hematemesis y melena 17, lipotimia 3 y rectorragia 2. Las causas del sangrado fueron: Úlcera péptica 32 casos, gastritis 19, esofagitis erosiva 2 y Síndrome de Mallory-Weiss 2.

2.2. BASE TEÓRICA

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Es la pérdida de flujo sanguíneo se origina del aparato digestivo. Está se define como HDA toda aquella que tiene su inicio por encima del ángulo de Treitz. La HDA sigue siendo una dificultad frecuente de la enfermedad ácido péptica y se considera la urgencia médica más frecuente.

La hemorragia se manifestará básicamente como un vómito de sangre rojiza, fresca hematemesis, un vómito negro de sangre en coágulos, o bien heces negras melenas.

Es una patología frecuente y constituye en la actualidad una causa relevante de morbilidad entre el 5% y 10 %⁷.

LA ÚLCERA PÉPTICA

Más frecuente de la HDANV presenta el 50 % de casos, La localización más frecuente de la úlcera péptica es el duodeno, seguido del estómago.⁸

EN LA ÚLCERA DUODENAL

Los factores que actúan en la integridad de la mucosa son:

Factores agresivos: ácido, pepsina, tabaco, alcohol, ácidos biliares, AINE, isquemia, *Helicobacter pylori*⁹.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ÚLCERA PÉPTICA

Está es un padecimiento muy habitual alrededor de aproximadamente 10% de los residentes muestra síntomas de la Úlcera Péptica durante su existencia y un 25% de éstos presentan complejidades graves que requieren auxilio Hospitalario¹⁰.

Úlcera inducida por *Helicobacter pylori*.

Aún se desconoce el dispositivo de transmisión del microbio, aunque hay dos vías que son las más reconocidas ¹¹.

Úlcera inducida por AINE.

Por tanto, su inhibición altera los dispositivos de protección y permite que los ácidos biliares, la pepsina y el ácido clorhídrico ataquen a la membrana ¹².

Úlcera inducida por estrés.

Se manifiesta también en pacientes que se someten a ventilación mecánica y en general en los enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos que presentan enfermedades graves ¹³.

CAUSAS DE RIESGO QUE FAVORECEN EL AUMENTO DE ÚLCERAS.

- Presencia de la historia ulcerosa previa y complicaciones.
- utilización de antiinflamatorios no esteroideos con presencia de altas dosis
- Asociación con corticoides y con anticoagulantes
- Tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina solos o asociados con AINE.
- A mayor edad presenta mayor riesgo, edad > 60 años
- Presencia de la infección por Helicobacter pylori ¹⁴.

Consumo de esteroides:

-Dieta y alcohol: Clásicamente en las recomendaciones terapéuticas que se le daban al paciente con enfermedad ulcerosa se incluía la exclusión de alimentos muy especiados ¹⁵.

La úlcera se diagnostica cuando el bario se guarda en el nicho u orificio ulceroso, apareciendo una figura que se suma al contorno gástrico o bien emerge como una mancha suspendida. ¹⁶.

Los Fármacos protectores de la mucosa

Acexamato de zinc: Llega a provocar descenso de la secreción de ácido al inhibir la liberación de histamina a partir de los mastocitos de la mucosa gástrica y al inhibir la secreción de pepsinógeno¹⁷.

El Helicobacter pylori

Una vez que se llega a erradicada la infección debe hacerse una verificación rutinaria un mes después de terminar el tratamiento¹⁸.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Cándido Villanueva Sánchez en su estudio “Hemorragia Gastroenterología intestinal - Indicación de tratamiento endoscópico” en el que menciona: La endoscopia, además de identificar la etiología en el 95% de las HDA, tiene valor pronóstico y permite aplicar técnicas de hemostasia endoscópica. La endoscopia permite identificar la presencia de sangrado activo o de estigmas de hemorragia reciente, signos que constituyen un indicador preciso del riesgo de recidiva hemorrágica, lo que a su vez permite seleccionar a los pacientes candidatos a la terapéutica endoscópica. ¹⁸.

2.4. HIPÓTESIS

Este estudio es descriptivo y no es necesario redactar la hipótesis.

2.5. VARIABLES

Variable Dependiente

-Síntomas generales

- ✓ Hematemesis
- ✓ Sangre rutilante
- ✓ Melena
- ✓ Hematoquecia
- ✓ Dolor abdominal

Variable Independiente

-Dx. Endoscópico

- ✓ Úlcera gástrica
- ✓ Gastritis Eritematosa
- ✓ Gastritis Erosiva De Antro
- ✓ Úlcera Gástrica SAKITA S1
- ✓ NM Gástrico Borman III

GRADO FORREST:

Ia – Ib- Ila- I Ib- IIc - III

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Definición conceptual:

- Clínica: Es el aprendizaje a la cabecera del paciente, por observación, interrogatorio y métodos de exploración tanto directos o manuales.
- Endoscopia: Es la Técnica médica de Dx. que introduce un instrumento óptico iluminado en el interior de un conducto o una cavidad del cuerpo. Permite visualizar la cavidad, la realización de biopsias y un tratamiento quirúrgico poco invasivo

Definición operacional:

- Hallazgos clínicos: Conjunto de características clínicas, que comprende los antecedentes personales.
- Pronóstico: Clasificación asignada por el Gastroenterólogo/aenterólogo tras la realización de distintas medidas, médicas.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio descriptivo

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- a) cuantitativa: porque se recolectan los datos y se han analizado según su frecuencia de porcentajes e interpretados en tablas estadísticas.
- b) Por su alcance: descriptivo porque la información se ha recolectado sin manipular las variables.
- c) Retrospectivo: porque el inicio del estudio es anterior a los hechos estudiados.
- d) Por su naturaleza: No experimental porque no se manipulo deliberadamente las variables.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Nivel descriptivo

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se utilizará la totalidad de pacientes con Dx. de HDANV en el servicio de Gastroenterología del HNHU en el periodo de Enero - Noviembre del 2016.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que se emplearán serán la documentación por medio de las historias clínicas e informes endoscópicos del paciente.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Observación de las historias clínicas e informes endoscópicos de los pacientes con HDANV.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de los datos se utilizará el programa estadístico Statistics en su última versión 22.0.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

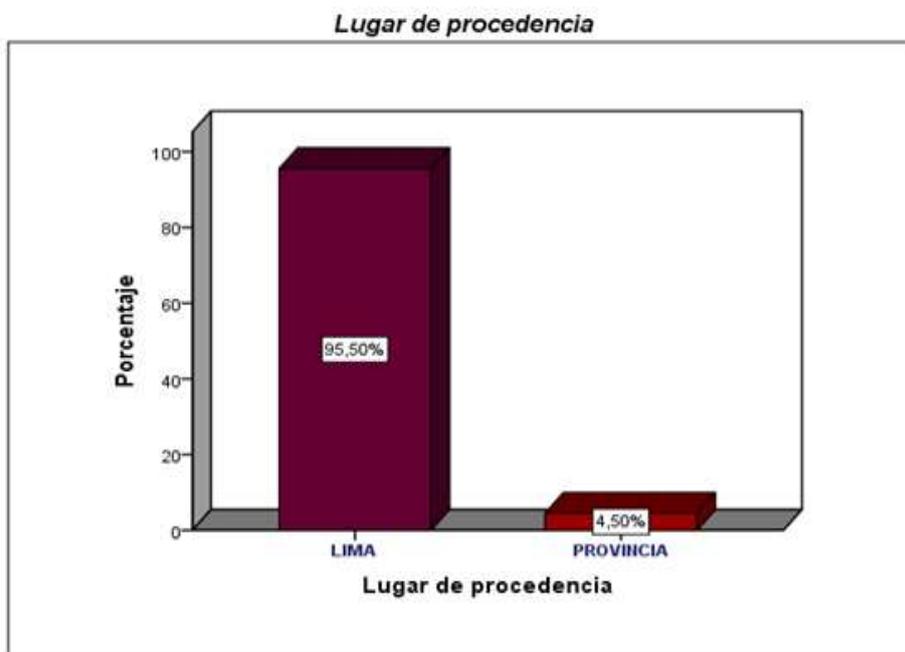
4.1. RESULTADOS

Tabla 1 : Lugar De Procedencia De Pacientes Con Dx. De HDANV Atendidos En El Servicio De Gastroenterología Del HNHU De Enero - Noviembre Del 2016.

LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIMA	106	95,50%
PROVINCIA	5	4,50%
TOTAL	111	100,00%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 1: Lugar De Procedencia De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El Servicio De Gastroenterología Del HNHU De Enero- Noviembre Del 2016.



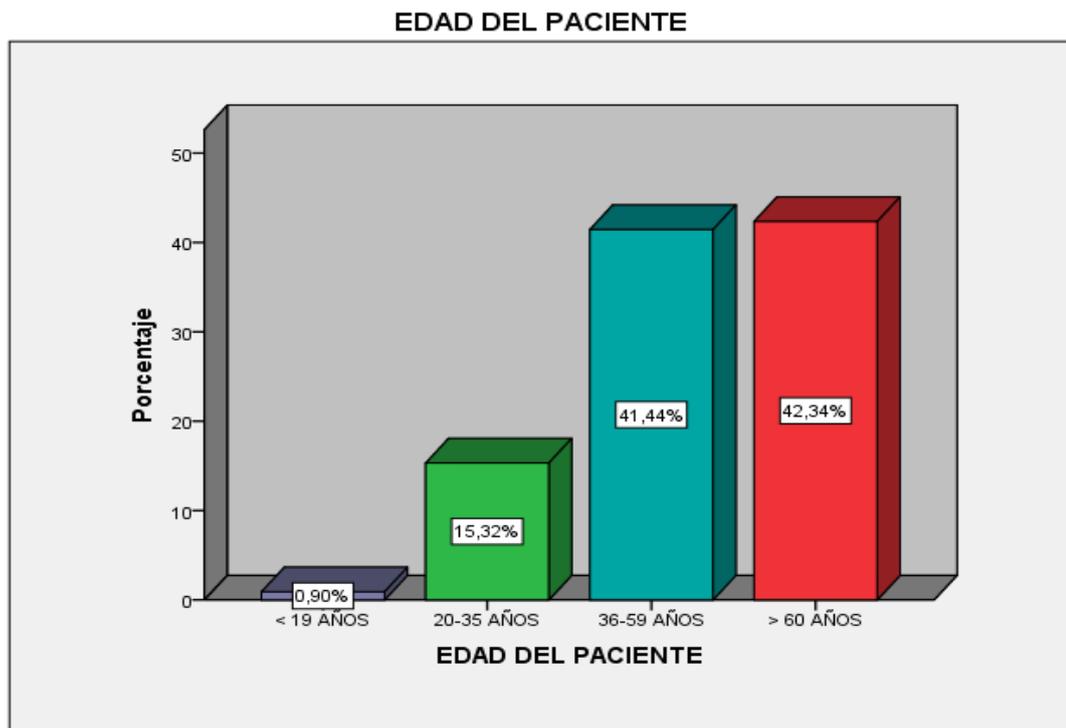
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 1 y el gráfico 1, se observa el 95,50% de pacientes atendidos son de residencia en Lima y el 4,50 % son provenientes de Provincia.

Tabla 2: Edad Del Paciente Con Dx. De HDANV Atendido En El Servicio De Gastroenterología Del HNHU De Enero - Noviembre 2016.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 19 AÑOS	2	1,80%
20-35 AÑOS	17	15,30%
36-59 AÑOS	45	40,50%
> 60 AÑOS	47	42,30%
TOTAL	111	100,00%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 2: Edad De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendido En El Servicio De Gastroenterología Del HNHU De Enero - Noviembre 2016.



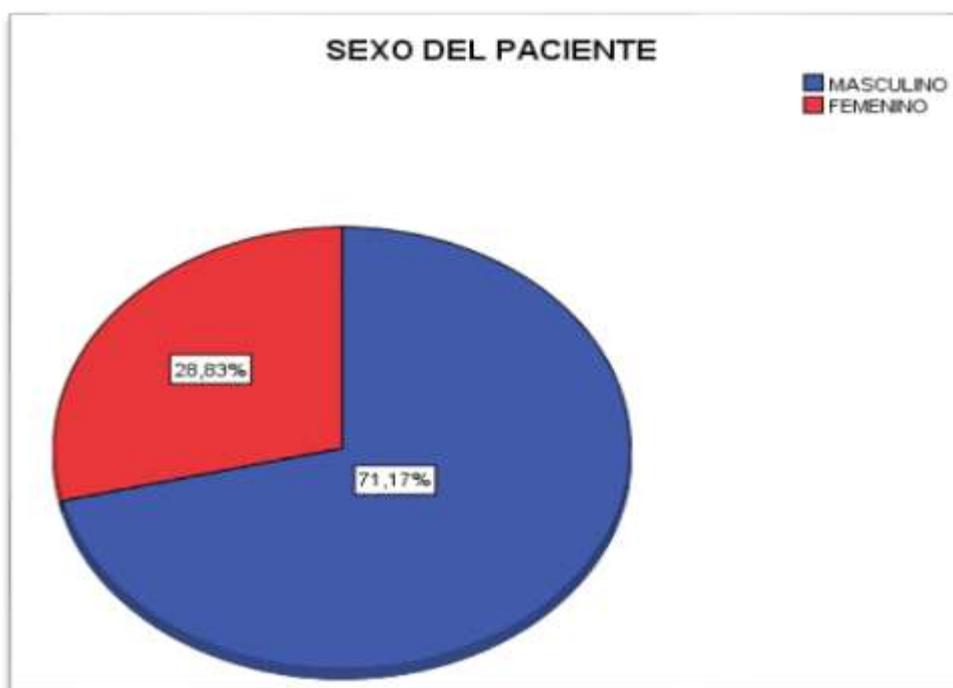
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 2 y el gráfico 2, se observa el 0,90% de pacientes atendidos son < de 19 años, el 15,32% son pacientes de 20-35 años, el 41,44% son pacientes de 36-59 años, 42,34% son pacientes >60 años.

Tabla 3: Sexo De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	79	71,20%
FEMENINO	32	28,80%
TOTAL	111	100,00%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 3: Sexo De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.



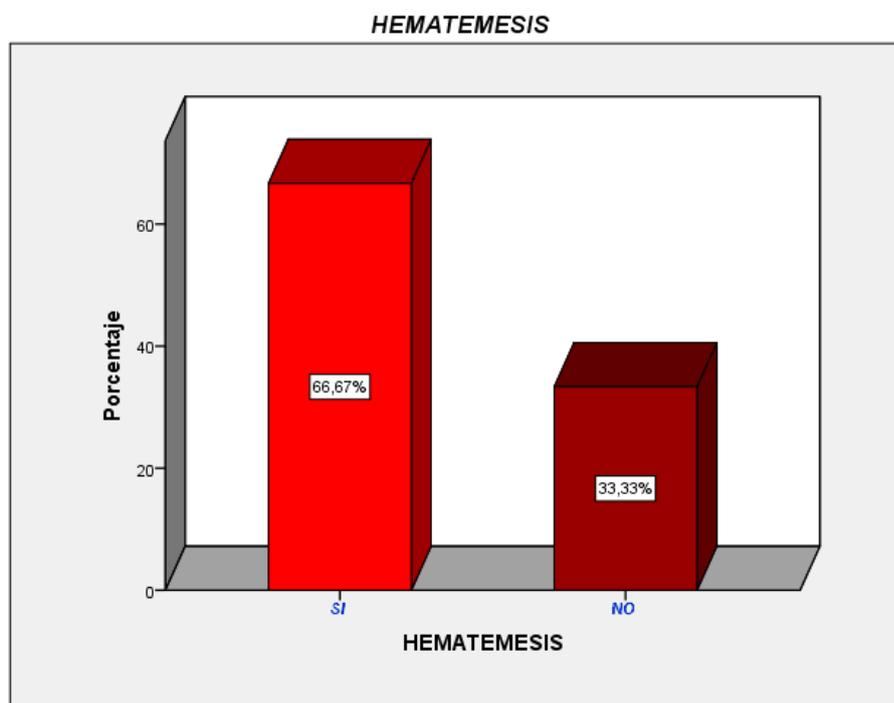
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 3 y el gráfico 3, se observa el 28,83% de pacientes atendidos son del sexo femenino, el 71,17% son pacientes del sexo masculino.

Tabla 4: Hematemesis En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.

HEMATEMESIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	74	66,70%
NO	37	33,30%
TOTAL	111	100,00%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 4: Hematemesis En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.



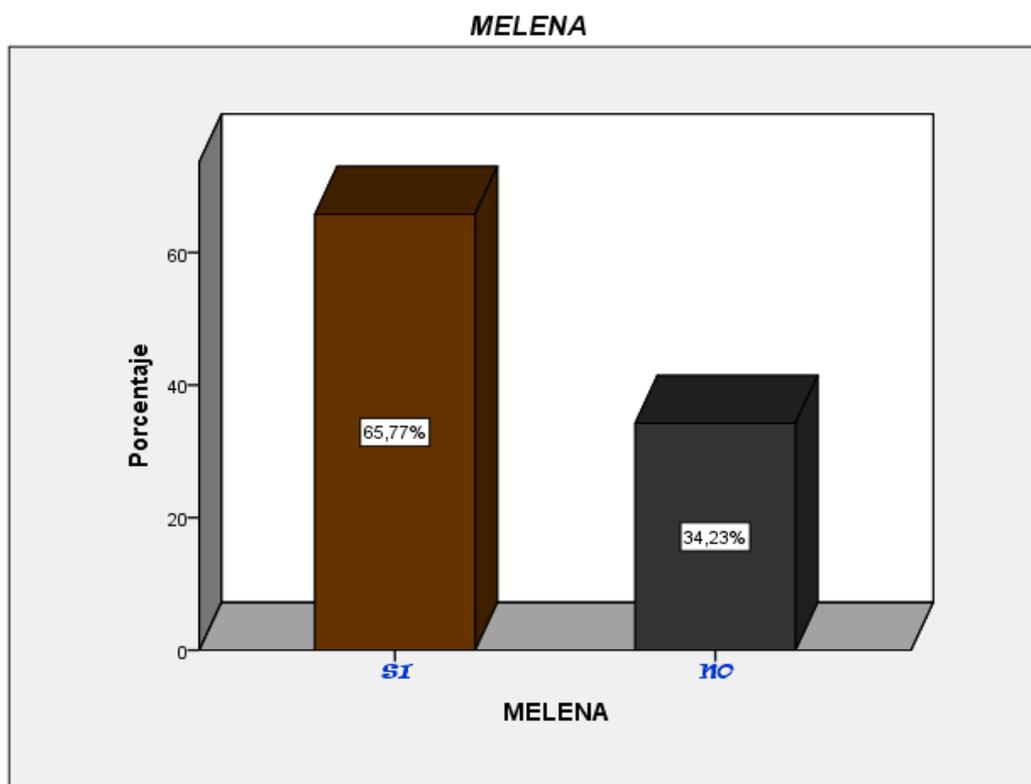
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 4 y el gráfico 4, se observa el 66,67% de pacientes atendidos SÍ presentan hematemesis y el 33,33 % NO presenta hematemesis.

Tabla 5: Melena En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HHU De Enero - Noviembre 2016.

MELENA	Frecuencia	Porcentaje
SI	73	65,80%
NO	38	34,20%
Total	111	100,00%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 5: Melena En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HHU de enero - noviembre 2016.



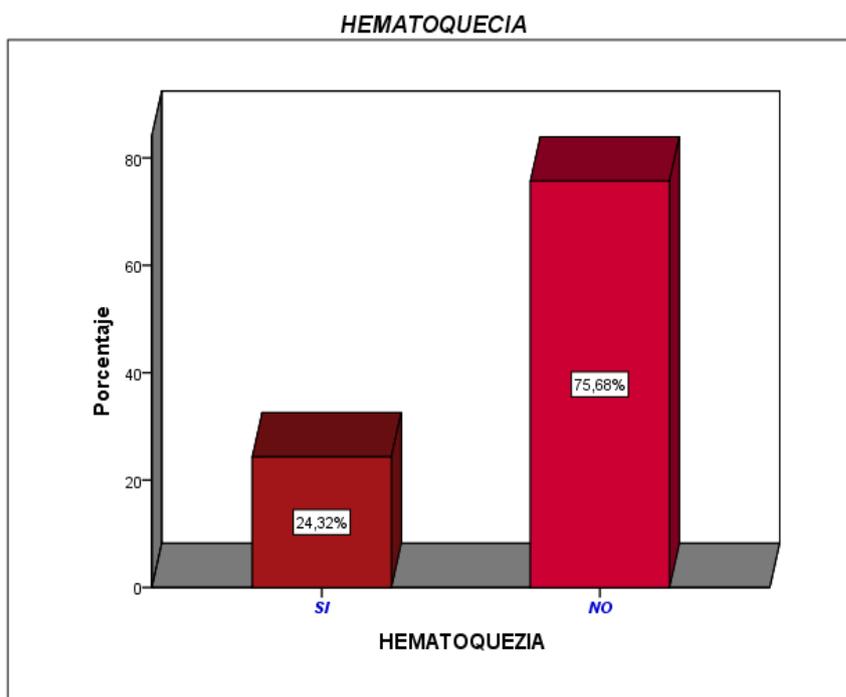
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 5 y el gráfico 5, se observa el 65,77% de pacientes atendidos SI presentan melena y el 34,23 % NO presenta melena.

Tabla 6: Hematoquecia En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HHU De Enero - Noviembre 2016.

HEMATOQUECIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	27	24,30%
NO	84	75,70%
TOTAL	111	100,00%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 6: Hematoquecia En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HHU De Enero - Noviembre 2016.



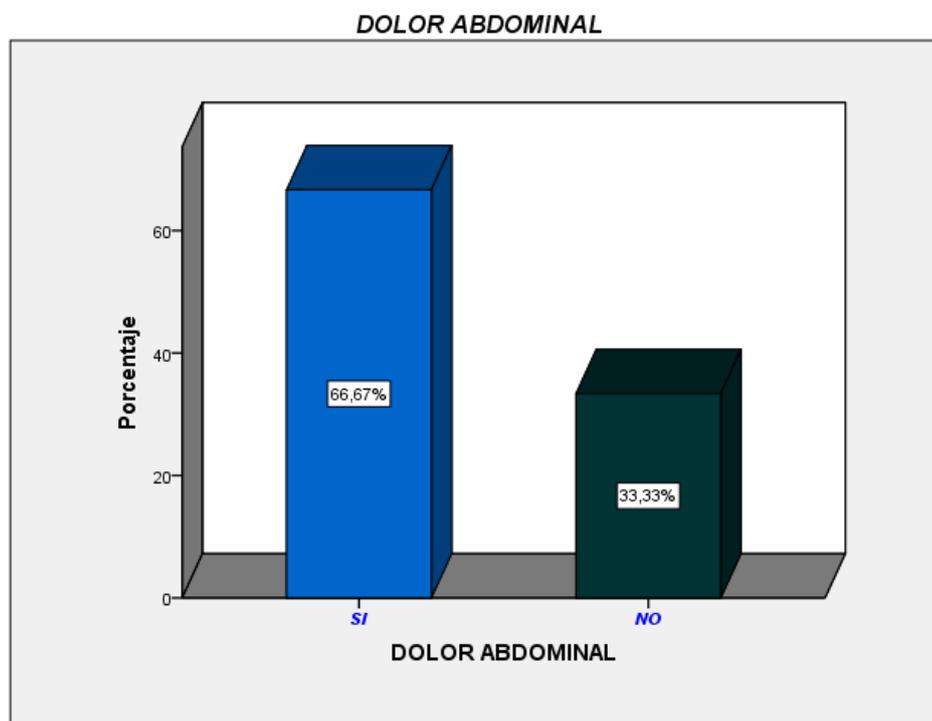
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 6 y el gráfico 6, se observa el 24,32% de pacientes atendidos SÍ presentan hematoquecia y el 75,68 % NO presenta hematoquecia.

Tabla 7: Dolor Abdominal En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HHU De Enero - Noviembre 2016.

DOLOR ABDOMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	74	66,67%
NO	37	33,33%
TOTAL	111	100,00%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 7: Dolor Abdominal En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HHU De Enero - Noviembre 2016.



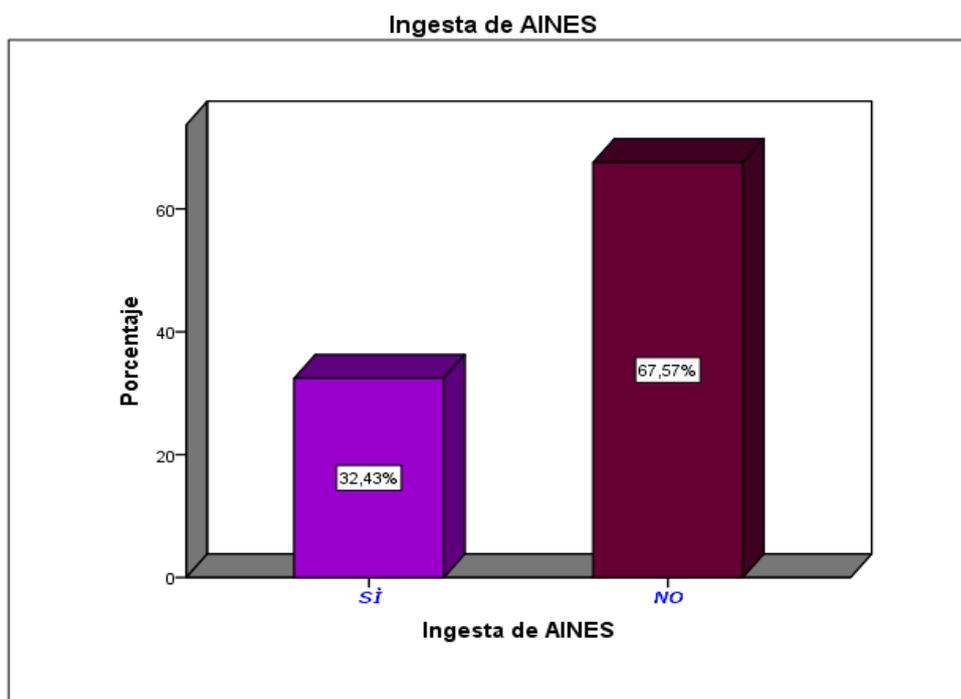
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 7 y el gráfico 7, se observa el 66,67% de pacientes atendidos SÍ presentan dolor abdominal y el 33,33 % NO presenta dolor abdominal.

Tabla 8: Ingesta De AINES En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.

INGESTA DE AINES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	32,4%
NO	75	67,6%
TOTAL	111	100,0%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 8: Ingesta De AINES En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.



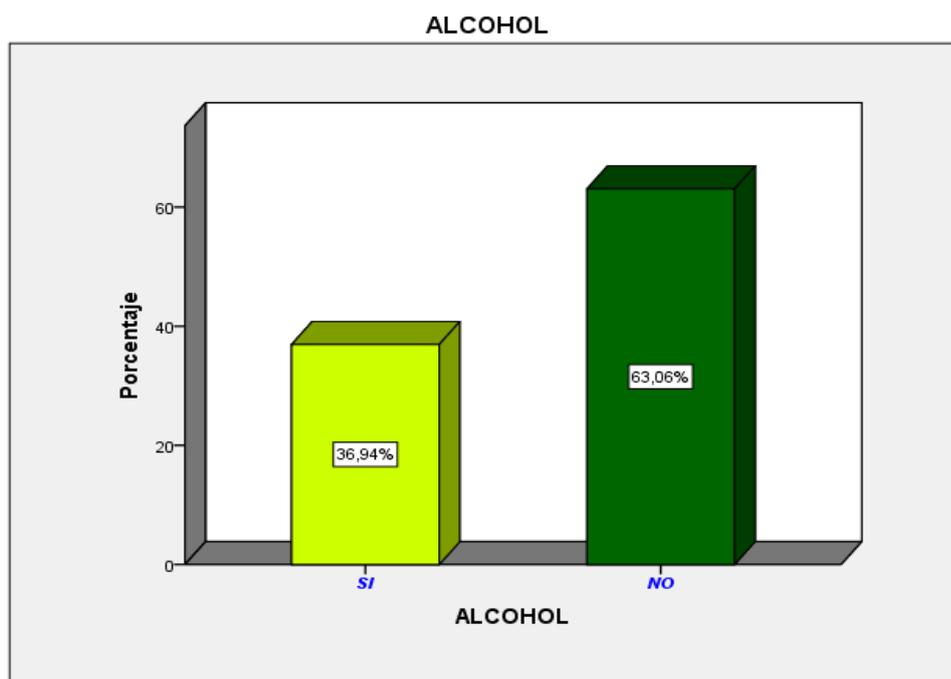
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 8 y el gráfico 8, se observa el 32,43% de pacientes atendidos SI presentan antecedentes de INGESTA DE AINES y el 67,57 % NO presenta antecedentes de INGESTA DE AINES.

Tabla 9: Antecedentes De Consumo De Alcohol En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	41	36,9%
NO	70	63,1%
TOTAL	111	100,0%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 9: Antecedentes De Consumo De Alcohol En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.



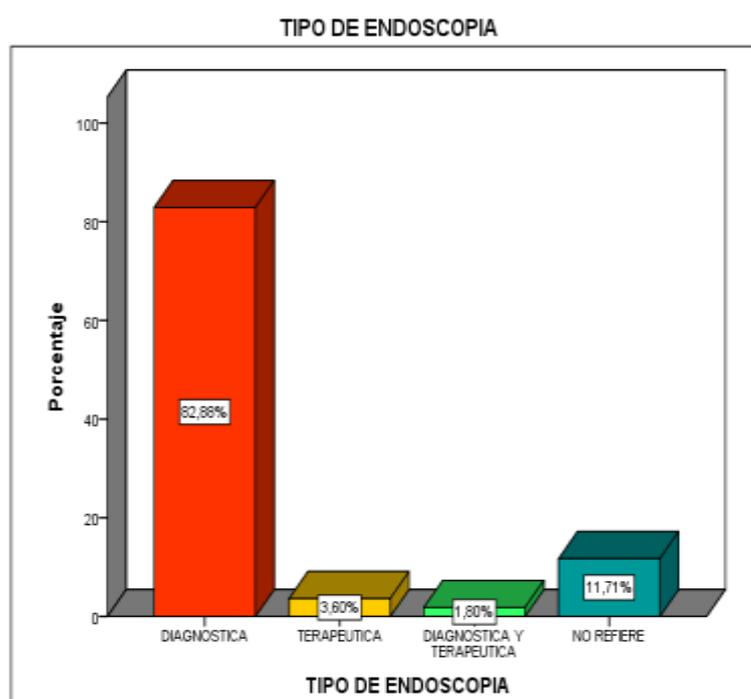
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 9 y el gráfico 9, se observa el 36,94% de pacientes atendidos SÍ presentan antecedentes de consumo de alcohol y el 63,06 % NO presenta antecedentes de consumo de alcohol.

Tabla 10: Tipo De Endoscopia Que Se Realizó En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.

TIPO DE ENDOSCOPIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIAGNOSTICA	92	82,9%
TERAPEUTICA	4	3,6%
DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA	2	1,8%
NO REFIERE	13	11,7%
TOTAL	111	100,0%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 10: Tipo De Endoscopia De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.



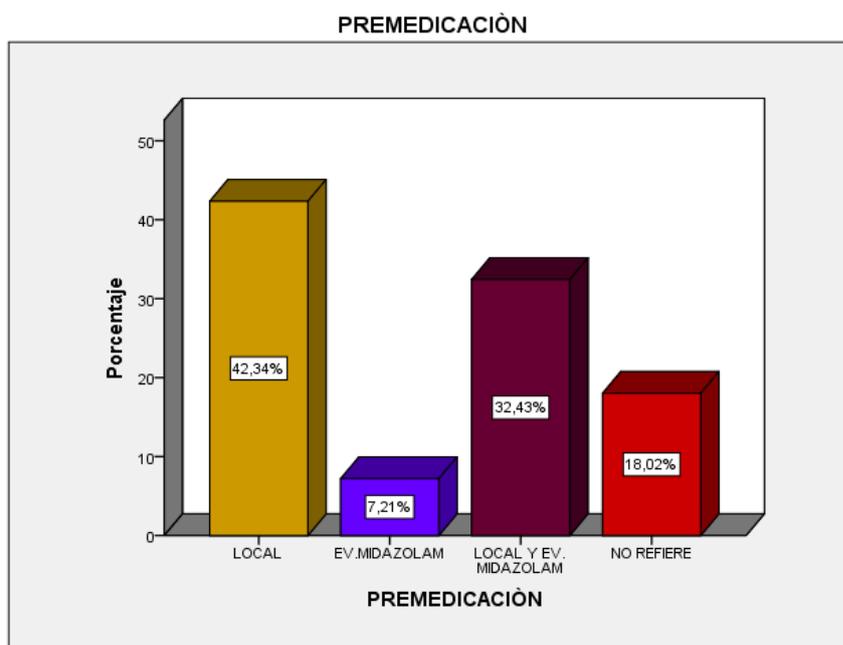
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 10 y el gráfico 10, se observa el 82,88% de pacientes atendidos son de tipo endoscópica, el 3,60% de pacientes son de tipo terapéutica, el 1,80% son ambas de tipo endoscópica y terapéutica y el 11,71% no refiere el tipo de endoscopia.

Tabla 11: Pre Medicación Del Paciente Atendido Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.

PRE MEDICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LOCAL	47	42,3%
EV. MIDAZOLAM	8	7,2%
LOCAL Y EV. MIDAZOLAM	36	32,4%
NO REFIERE	20	18,0%
TOTAL	111	100,0%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 11: Pre Medicación En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.



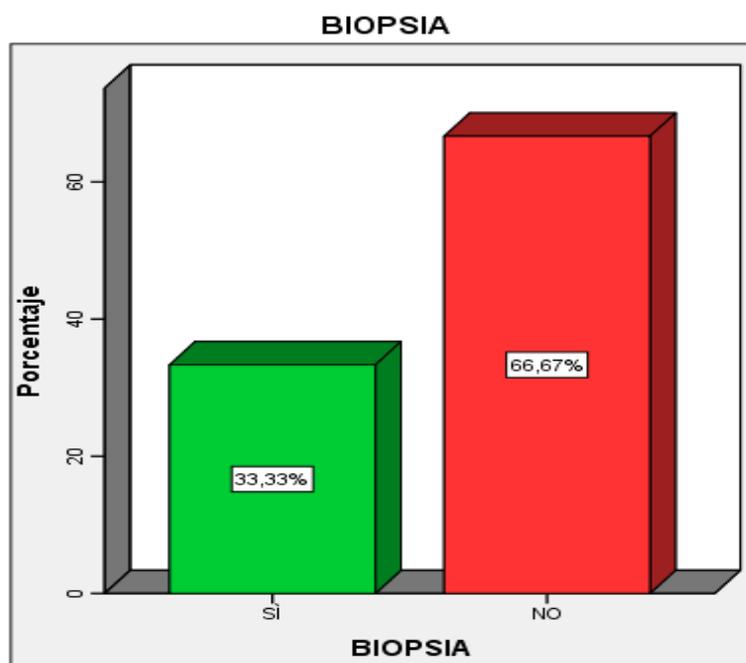
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 11 y el gráfico 11, se observa el 42,34% de pacientes atendidos se realizó pre medicación local, el 7,21% de pacientes fue con Ev. Midazolam, el 32,43% fue con pre medicación local y Ev. Midazolam, el 18,02% no refieren.

Tabla 12: Biopsia En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.

BIOPSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÌ	37	33,3%
NO	74	66,7%
TOTAL	111	100,0%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 12: Biopsia En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.



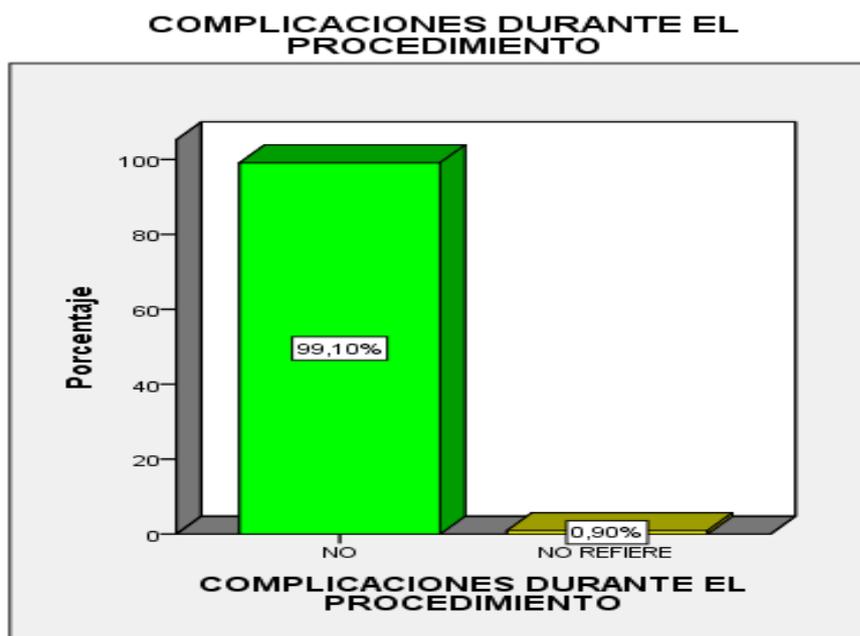
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 12 y el gráfico 12, se observa el 33,33% de pacientes atendidos se les realizó biopsia y el 66,67% de pacientes no se les realizó biopsia.

Tabla 13: Complicaciones Durante El Procedimiento En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.

COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	110	99,1%
NO REFIERE	1	0,9%
TOTAL	111	100,0%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 13: Complicaciones Durante El Procedimiento De Los Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero – Noviembre 2016.



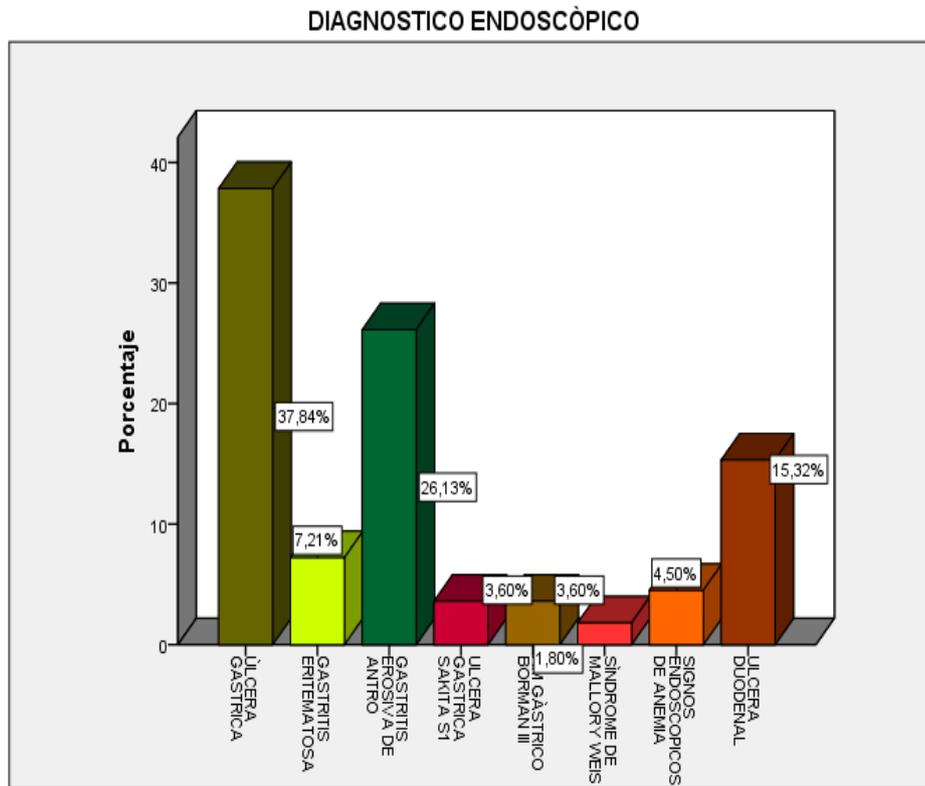
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 13 y el gráfico 13, se observa el 99,10% de los pacientes no presentan complicaciones durante el procedimiento, el 0,90% de los pacientes no refiere complicaciones durante el procedimiento.

Tabla 14: Dx. Endoscópico En Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HNHU De Enero - Noviembre 2016.

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÚLCERA GÁSTRICA	42	37,8%
GASTRITIS ERITEMATOSA	8	7,2%
GASTRITIS EROSIVA DE ANTRO	29	26,1%
ÚLCERA GÁSTRICA SAKITA S1	4	3,6%
NM GÁSTRICO BORMAN III	4	3,6%
SÍNDROME DE MALLORY WEIS	2	1,8%
SIGNOS ENDOSCÓPICOS DE ANEMIA	5	4,5%
ÚLCERA DUODENAL	17	15,3%
TOTAL	111	100,0%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 14: Dx. Endoscópico De Pacientes Atendidos Con Dx. De HDANV Atendidos En El HHU De Enero - Noviembre 2016.



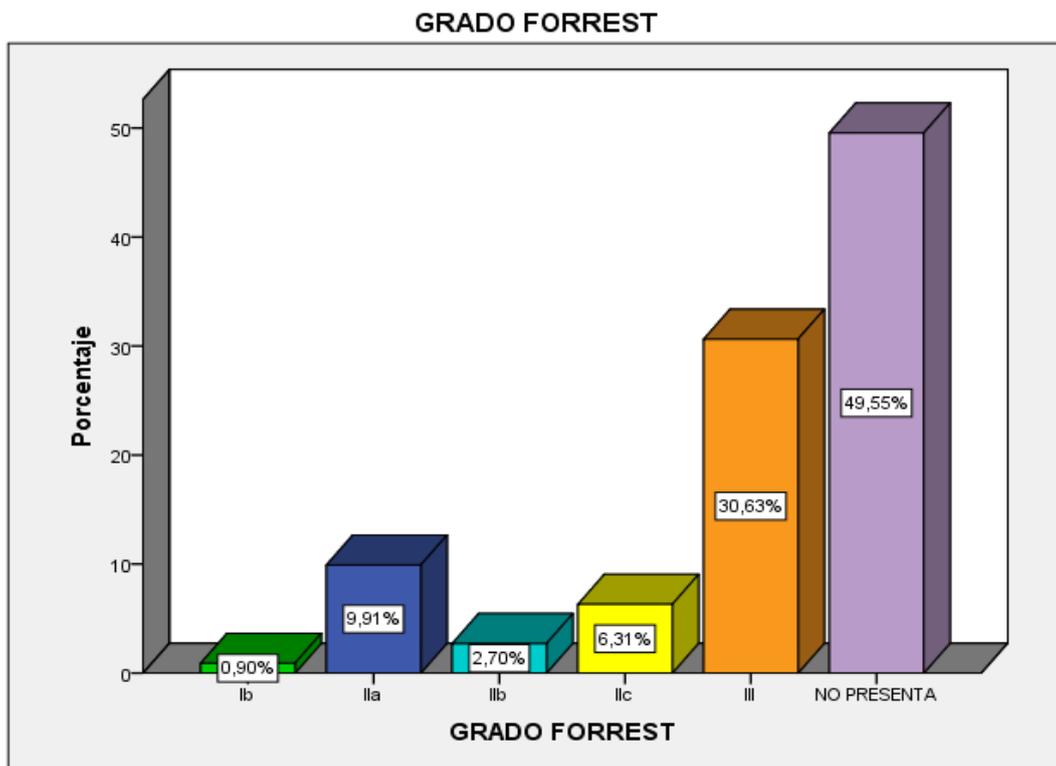
INTERPRETACIÓN: Según la tabla 14 y el gráfico 14, se observa el 37,84% presenta Úlcera gástrica, el 7,21% presenta gastritis eritematosa, el 26,13% presenta gastritis erosiva de antro, el 3,60% presenta úlcera gástrica sakita s1, el 3,60% NM gástrico Borman III, el 1,80% síndrome Mallory Weis, el 4,50% presenta signos endoscópicos de anemia, el 15,32 % presenta úlcera duodenal.

Tabla 15: Grado De Forrest - Dx. Endoscópico En Pacientes Con Dx. De HDANV En El HHU De Enero - Noviembre Del 2016.

GRADO DE FORREST	Frecuencia	Porcentaje
lb	1	0,9%
lia	11	9,9%
lib	3	2,7%
lic	7	6,3%
III	34	30,6%
NO PRESENTA	55	49,5%
TOTAL	111	100,0%

Fuente: ficha- elaboración propia.

Gráfico 15: Dx. Endoscópico En Paciente Con Dx. De HDANV En El HNHU De Enero - Noviembre Del 2016.



INTERPRETACIÓN: Según la tabla 15 y el gráfico 15, se observa el 0,90% presenta grado Forrest Ib, el 9,91% presenta grado Forrest IIa, el 2,70% presenta grado Forrest IIb, el 6,31 % presenta grado Forrest IIC, el 30,63 % presenta grado Forrest II y el 49,55% no presenta grado Forrest.

4.2. DISCUSIÓN

La HDANV, se considera un problema de salud pública, actualmente es una de las patologías más frecuentes y clínicamente graves por las características en las que se presenta en nuestra sociedad, en el que necesita un Dx. y tratamiento oportuno con médicos especialistas capacitados.

En el presente estudio se incluyeron un total de 111 pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Gastroenterología del HNHU en el periodo de enero a noviembre del 2016, con el Dx. de HDANV, mediante la anamnesis, examen clínico, procedimientos como lo es la endoscopia alta.

En nuestro estudio el lugar de procedencia hay un predominio de pacientes en la ciudad de Lima 95,5% (106) sobre Provincia 4,5 % (5).

En lo que respecta el sexo se evidencia un mayor porcentaje en masculinos con 71.2% (79), mujeres 28.8% (32), en el trabajo de AMarlene Álvarez Serrano, se encontró de los 243 pacientes el sexo masculino (56.8%)².

La presentación clínica que se llegó a encontrar en el presente trabajo fue Hematemesis con un porcentaje de 66,7 % (74), Melena en un porcentaje de 65,8 % (73), dolor abdominal con un porcentaje de 66,7 % (74), hematoquecia 24,3% (27) Lucas García Orozco, donde la presentación clínica más frecuente fue la melena (65%).³Castor Samaniego en su estudio descriptivo de 55 casos presentaron melena 27 casos, hematemesis 6, hematemesis y melena 17, lipotimia 3 y rectorragia 2 ⁶.

Con respecto a ingesta de AINES y consumo de tabaco el porcentaje fue de: Sí consumieron Ingesta de AINES 32,4 % (36), sí presentan antecedentes de consumo de alcohol 36,9 % (41) ².

El tipo de endoscopia con mayor porcentaje en el presente estudio fue Diagnóstica con un porcentaje de 82,9 % (92), la pre-medicación que se llegó a utilizar anestesia local 42 % (47), sobre biopsia el mayor porcentaje fue

66,7% (74) no se les realizó a los pacientes, sobre las complicaciones durante la endoscopia alta 99,1% (110) no presentó ninguna complicación.

En los hallazgos endoscópicos la ulcera péptica presentó 53,1 % (59), seguida de gastritis erosiva de antro 26,1 % (29), en su estudio de Castor Samaniego, las causas del sangrado fueron: Ulcera péptica 32 casos, gastritis 19, esofagitis erosiva 2 y Síndrome de Mallory-Weiss 2 ⁶. y según los hallazgos endoscópicos de Forrest el Grado III presentó 30,63 % (34) , Grado II a 9,91 % (11) , según el estudio de Lucas García Orozco el 37% pertenecieron al grupo IIa y el 25,9% al grupo III ⁴.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. En el lugar de procedencia hay un mayor porcentaje de pacientes que habitan en la ciudad de Lima 95,5% (106) otros que acuden de Provincia 4,5 % (5).
2. La edad de pacientes en el estudio es desde los 19 años a >60 años, con edad promedio de 40 años, el quien obtuvo el mayor porcentaje fue > 60 años con un porcentaje de 42.3 % (47), seguido de pacientes entre 36- 59 años con un porcentaje de 40,5 % (45).
3. En lo que respecta el sexo se evidencia un mayor porcentaje en masculinos con 71.2 % (79) que en mujeres con 28.8% (32).
4. La presentación clínica que se llegó a encontrar en el presente trabajo fue Hematemesis con un porcentaje de 66,7 % (74), Melena en un porcentaje de 65,8 % (73), dolor abdominal con un porcentaje de 66,7 % (74), hematoquecia 24,3% (27).
5. Con respecto a ingesta de AINES y consumo de tabaco el porcentaje fue de: Sí consumieron Ingesta de AINES 32,4 % (36), sí presentan antecedentes de consumo de alcohol 36,9 % (41).
6. El tipo de endoscopia con mayor porcentaje en el presente estudio fue Diagnóstica con un porcentaje de 82,9 % (92), la pre-medicación que se llegó a utilizar anestesia local 42 % (47), sobre biopsia el mayor porcentaje fue 66,7% (74) no se les realizó a los pacientes, sobre las complicaciones durante la endoscopia alta 99,1% (110) no presentó ninguna complicación.
7. En los hallazgos endoscópicos la ulcera péptica presentó 53,1 % (59), seguida de gastritis erosiva de antro 26,1 % (29).
8. Según los hallazgos endoscópicos de Grado de Forrest el Grado III presentó 30,63 % (34), Grado II a 9,91 % (11).

5.2. RECOMENDACIONES

1. Tener un equipo multidisciplinario capacitado en HDA, y en todas las emergencias que lleguen al servicio de Gastroenterología.
2. Disminuir las enfermedades que tienen relación medicamentosa y el consumo de alcohol que de alguna manera tiene relación de que aumente la lesión de la mucosa gástrica.
3. Brindar educación mediante charlas, para sensibilizar sobre las consecuencias, causas y complicaciones de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC, for the National Audit of Acute Upper Gastroenterológaintestinal Haemorrhage. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper Gastroenterológaintestinal haemorrhage. Lancet 1996; pag :1138-1140.
2. AMarlene Álvarez Serrano, Ramsés Mora Herrera, Marcia Vanegas Bravo en su estudio "Factores asociados a HDANV en pacientes > de 39 años. Hosp vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador" (2015)
3. Lucas García Orozco¹, Luis Roberto Piña Prieto², Erian Jesús Domínguez González³en su estudio" Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con HDA. Hosp General Pedro Betancourt de Jovellanos" (2013)
4. Lucas García Orozco, Luis Roberto Piña Prieto, Erian Jesús Domínguez González en su estudio" Endoscopía de urgencia en pacientes fallecidos por HDA asociada a úlcera péptica Gastroenterológaduodenal " (2013)
5. Dashiell Jiménez Rodríguez, Jesús E. Cong Rodríguez, Esther M. Estrada Espinosa, AlbertoBermúdez Balado, Pedro M. Rivero Díaz, Frank Yaniel Martínez Lorenzo en su estudio "Evaluación de los factores de riesgo de la HDA no varicosa en pacientes del Hosp Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila" (2015).
6. Castor Samaniego, Eva T. Casco, Carlos M. Cristaldo in their study " Upper Gastroenterológaintestinal Bleeding. The Baptist Medical Center's experience "(2015)
7. Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauster, Joseph Loscalzo. Harrison Principios de Medicina Interna. Vol. 2. 18a ed. México: Cap. 348.

8. Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. Harrison Principios de Medicina Interna- Úlcera péptica y trastornos relacionados. Vol. 2. 18a ed. México: Cap. 348.
9. Eduardo Pérez Torres, Juan Miguel Abdo Francis, Fernando Bernal Sahagún, David Kershenovich Stalnikowitz. Gastroenterología- úlcera duodenal. México cap. 23.
10. Passaro Dj., Parsonnet J. Epidemiología del H. pylori. En: H. pylori en lesiones Gastroenterológicas duodenales. La segunda década. Eds. Prous Science. Barcelona, España. 1998:59-71
11. Edgar Segarra Espinoza. fisiopatología -ulcera péptica. Cuenca 2008.vol 2 16ª ed. Cap. 6.
12. Antonio Ramos, Federico Roesch -Gastroenterología clínica-úlcera inducidas por Aines. México 2013 cap. 12
13. Antonio Ramos, Federico Roesch -Gastroenterología clínica-úlcera inducidas por estrés. México 2013 cap. 12
14. C. Martín de Argila de Prados y D. Boixeda de Miquel-úlcera péptica. Madrid Vol. 96. N.º 1, pp.81-82, 2004.
15. Juan Carlos Weitz, Zoltan Berger, Samuel Sabah -Enf. Digestivas. HDA, Chile 2008. cap. 40
16. Bosch J, Abrales JG, Albillos A, et al. Hipertensión Portal: recomendaciones para su evaluación y tratamiento: documento de consenso patrocinado por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) y el Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Gastroenterología y Hepatología 2012; 35: 421-50.
17. Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A. Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Med Clin (Barc) 2010;135: 608-1

18. José de Jesús Villalobos Pérez, Enf. Gastroenterología intestinal -
Helicobacter pylori. Caracas 2006. pag. 140

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización De Variables.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala	Indicador	Instrumento
Clínica	Estudio a la cabecera del enfermo, por observación, interrogatorio y métodos de exploración directos o manuales	Signos y síntomas encontrados en cada paciente.	Cualitativa	Nominal	Signos Síntomas	Instrumento de recolección de datos de historias clínicas.
Endoscopia	Endoscopia: Técnica médica de Dx. que introduce un instrumento óptico iluminado en el interior de un conducto o una cavidad del cuerpo	Examen que se realizó con Dx. del paciente.	Cualitativa	Nominal	Hemorragia activa Ia Ib Hemorragia reciente IIa IIb IIc Ausencia de signos de sangrado III	Instrumento de recolección de datos endoscópicos.

Anexo 2: Instrumentos.

I.DATOS GENERALES:

01. Lugar de Procedencia: Lima () 1 Provincia () 2

02. Edad: < 19 años () 1 20-35 años () 2 36-59 años () 3 > 60 años () 4

03. Sexo: Masculino () 1 Femenino () 2

II.ANAMNESIS:

SINTOMAS:

04. Hematemesis: Si ()1 No () 2

05. Melena: Si ()1 No () 2

06. Hematoquecia: Si ()1 No () 2

07. Dolor Abdominal: Si ()1 No () 2

III.ANTECEDENTES.

08. Ingesta de AINES: Si ()1 No () 2

09. Alcohol: Si()1 No()2

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE INFORMES
ENDOSCÓPICOS.

IV.EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA

10. TIPO DE ENDOSCOPIA: Diagnóstica 1 Terapéutica Diagnóstica y
terapéutica 3 No refiere 4

11. PRE MEDICACIÓN: Local 1 EV. Midazolam 2 Antiespasmódico 3
Local Y EV. Midazolam 4 No Refiere 5

08. BIOPSIA: SÍ 1 NO 2

10. COMPLICACIONES: SÍ 1 NO 2

11. DIAGNOSTICO ENDOSCÓPICO: Úlcera gástrica 1 Gastritis
Eritematosa 2 Gastritis Erosiva De Antro 3 Úlcera Gástrica SAKITA S1
 4 NM Gástrico Borman III 5 Síndrome De Mallory Weis 6 Signos
Endoscópicos de Anemia 7 Úlcera Duodenal 8

12. GRADO FORREST: Ia 1 Ib 2 IIa 3 IIb 4 IIc 5 III 6

No presenta 7

Anexo 3: Validez De Instrumentos – Consulta De Expertos.

N°	Dimensiones/Items	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencia
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Datos Generales							
1	Lugar de Procedencia	✓				✓		
2	Edad	✓				✓		
3	Sexo	✓				✓		
	ANAMNESIS					✓		
4	Hematemesis	✓				✓		
5	Melena	✓				✓		
6	Hematoquecia	✓				✓		
7	Dolor Abdominal	✓				✓		
8	ANTECEDENTES	✓						
9	Ingesta de AINES	✓				✓		
10	Alcohol	✓				✓		
11	Tipo de endoscopia	✓				✓		
12	Pre medicación	✓				✓		
13	Biopsia	✓				✓		
14	Complicaciones	✓				✓		
15	Diagnóstico Endoscópico	✓				✓		
16	GRADO FORREST	✓				✓		

TABLA DE IDENTIFICACION DE EXPERTOS		
Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA DEL EXPERTO
1	José Baldera Guayambal	
2	Karla Cueva Cueva	
3	Victor Parra Pérez	

Anexo 4: Autorización para la revisión de historias clínicas para el desarrollo de la investigación.



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ANEXO: PERMISO DE LA INSTITUCIÓN A
DESARROLLAR LA INVESTIGACION

SOLICITO: Permiso para revisión de historias
Clínicas del servicio de gastroenterología

DR. WALTER BRYSON MALCA, COORDINADOR GENERAL DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE.

Yo, BETZA GALINDO SARAS, con el DNI: 47139469 domicilio:
Calle isla beata Mz D1 Cedros de villa – Chorrillos. Celular:
944739535, correo electrónico: betsi_147@hotmail.com.

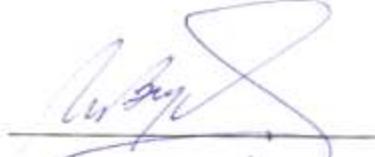
Me presento ante usted con el debido respeto y expongo:

Que, con el motivo de elaborar mi trabajo de tesis en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, sobre "RELACION CLINICA-ENDOSCOPICA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICIAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2016", para optar el título profesional médico cirujano. Solicito a usted por medio del presente, permiso para revisión de historias clínicas del servicio de gastroenterología de dicho hospital.

Por lo expuesto:

Sin otro particular, solicito a usted atender mi petición a la brevedad posible y agradezco su gentil deferencia.

El Agustino 29 de octubre del 2016


DR. WALTER BRYSON MALCA


BETZA GALINDO SARAS

Anexo 5: Matriz De Consistencia.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p><u>Formulación del problema:</u></p> <p>¿Cuál es la relación clínico - endoscópica en pacientes con HDANV atendidos en el HNHU en el periodo de Enero - Noviembre del 2016?</p>	<p><u>Objetivos General.</u></p> <p>Definir la relación clínico - endoscópica en pacientes con HDANV atendidos en el HNHU en el periodo de enero-noviembre del 2016.</p>	<p>Este estudio es descriptivo y no es necesario redactar la hipótesis.</p>	<p><u>Variable (VD)</u></p> <p>-Síntomas generales</p>	<p>-Hematemesis -Melena -Hematoquecia - Dolor Abdominal</p>	<p><u>Tipo de investigación</u></p> <p>Investigación descriptiva, retrospectiva, transversal y no experimental</p> <p><u>Método De Investigación</u> Cuantitativa</p> <p><u>Población</u></p>

<p><u>Planteamiento del problema.</u></p> <p>La HDA es un problema clínico muy frecuente, está considerada dentro de las patologías que tienen un desenlace potencialmente mortal sino son intervenidos oportunamente, en la actualidad forma parte de las patologías que son más frecuentes en las emergencias de los Hospes a pesar de los numerosos avances científicos que se han producido en el campo del Dx. y tratamiento mantiene una elevada morbi-mortalidad.</p>	<p><u>Objetivos específicos</u></p> <p>-Identificar la población con HDANV en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología en el HNHU en el periodo de enero – noviembre del 2016.</p> <p>-Conocer el nivel y ubicación más frecuente de la HDANV en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología en el HNHU en el periodo de Enero – Noviembre del 2016.</p>		<p><u>Variable (VI)</u></p> <p>-Dx. Endoscópico</p>	<p>-Úlcera gástrica -Gastritis Eritematosa -Gastritis Erosiva De Antro -NM Gástrico Borman III -Úlcera Duodenal</p> <p>GRADO FORREST:</p> <p>Ia – Ib- IIa- IIb- IIc - III</p>	<p>Pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del HNHU en el periodo de Enero- Noviembre del 2016. Los cuales son un total de 111 pacientes.</p> <p><u>Muestra</u></p> <p>Para el presente estudio la muestra será total de la población que son atendidos en el servicio de Gastroenterología del HNHU en el periodo de Enero- Noviembre del 2016.</p>
---	--	--	--	--	---