

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**“CORRELACIÓN CLÍNICA DE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-
BLATCHFORD Y LOS HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ -
AREQUIPA, ABRIL 2020 – ABRIL 2021”.**

Tesis presentada por los Bachilleres:

Benitez Carreon, Meylin Giovani

Lazo Narrea, Maryorith Stefanny

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Zegarra Marquina, José Alonso

Arequipa – Perú

2021

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 31 de Mayo del 2021

Dictamen: 003872-C-EPMH-2021

Visto el borrador del expediente 003872, presentado por:

2013202162 - LAZO NARREA MARYORITH STEFANNY

2014170022 - BENITEZ CARREON MEYLIN GIOVANI

Titulado:

**CORRELACIÓN CLÍNICA DE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LOS HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA
EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ -
AREQUIPA, ABRIL 2020 - ABRIL 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

1535 - TAMAYO TAPIA PEDRO MANUEL
DICTAMINADOR



2027 - CALDERON PEREZ PERCY OSWALDO
DICTAMINADOR



3064 - RAMOS GUERRA SANDRA NELDA
DICTAMINADOR



DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado en primer lugar a nuestro Creador quien nos ha dado la vida y ha permitido que podamos culminar con nuestra formación universitaria en favor de nuestros semejantes.

En segundo lugar, a nuestras familias que fueron y son soporte vital y apoyo incondicional para nuestra educación y formación profesional.

En tercer lugar, a nuestros docentes quienes fueron ejemplo de dedicación y servicio, quienes además nos mostraron el mayor valor humano que es la vida y como protegerla.

Meylin Giovani Benitez Carreon

Maryorith Stefanny Lazo Narrea

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a Dios por su guía y cuidado para con nosotras durante todos estos años de arduo estudio, por brindarnos salud y familias amorosas.

A nuestros padres, Felipe y Viviana; Reynaldo y Rosa, y hermanos, Wilber y Eduardo; Willy, por apoyarnos durante el transcurso de nuestra carrera incondicionalmente.

También queremos agradecer a los doctores del servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, por brindarnos todos los recursos y herramientas necesarias para llevar a cabo la presente investigación.

Por último, queremos agradecer a nuestras amistades de pregrado, por sus palabras de aliento y apoyo aun cuando nuestros ánimos decaían.

Muchas gracias a todos.

Meylin Giovani Benitez Carreon

Maryorith Stefanny Lazo Narrea



EPÍGRAFE

*«El buen médico trata la enfermedad; el gran médico
trata al paciente que tiene la enfermedad.»*

(William Osler)

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la correlación clínica de la clasificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en la escala de Glasgow-Blatchford (GB) y los hallazgos en endoscopia alta en pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, abril 2020 - abril 2021.

MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, la técnica utilizada fue la observación documental de historias clínicas e informes endoscópicos del total de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta que cumplían con los criterios de selección. Los datos que se requirieron, tomando en cuenta los componentes de la escala en mención, fueron recolectados en una Ficha de Observación Documental los que posteriormente fueron procesados y presentados en forma de tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos, variables de estudio e hipótesis del presente trabajo. Mediante la prueba de Chi-Cuadrado se relacionó las variables en la correlación clínica y en el nivel de significación se utilizó el método exacto.

RESULTADOS: Se incluyeron 145 casos de los cuales 105 fueron muestra significativa representativa. En cuanto a las variables sociodemográficas se encontró que 39 casos (37.14%) eran > 67 años; 66 casos (62.86%) de sexo masculino, y 39 casos (37.14%) de sexo femenino; 40 casos (38.10%) tenían el estado civil: casado; 40 casos (38.10%) eran de profesión: independiente. Referente a la clasificación del riesgo de hemorragia digestiva alta en la escala de GB en cuanto al riesgo alto se encontró 87 casos (82.86%); en relación con el tipo de hemorragia se encontró que 40 casos (38.10%) tuvieron hemorragia moderada; en relación con los hallazgos clínicos se encontró 85 casos (89.47%) con anemia; en relación a la correlación con los hallazgos endoscópicos se encontró 37 casos (35.24%) con úlcera gástrica asociada a alto riesgo, y 18 casos (17.14%) con gastritis asociada a bajo riesgo.

CONCLUSIÓN: Existe correlación clínica de la clasificación de la HDA en la escala de GB y los hallazgos en endoscopia alta, es por ello que el uso de este score debería ser considerado especialmente en los servicios de urgencia y sobre todo para el médico general, ya que ayuda a predecir certeramente que pacientes presentan lesión de alto riesgo con parámetros clínicos y laboratoriales, orientando a la posibilidad de tratamiento ambulatorio o la necesidad de tratamiento endoscópico.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, ESCALA, ENDOSCOPIA, GASTROENTEROLOGIA

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the clinical correlation of the Glasgow-Blatchford (GB) scale risk classification for upper gastrointestinal bleeding and the findings in upper endoscopy in patients of the gastroenterology service of the Goyeneche Hospital - Arequipa, April 2020 - April 2021.

METHOD: A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out, the technique used was the documentary observation of medical records and endoscopic reports of all patients with a diagnosis of upper gastrointestinal bleeding who met the selection criteria. The data that was required, taking into account the components of the scale in question, were collected in a Documentary Observation Sheet which was later processed and presented in the form of tables and graphs according to the objectives, study variables and hypotheses of the present work. By means of the Chi-Square test, the variables were related in the clinical correlation and the exact method was used at the level of significance.

RESULTS: 145 cases were included, of which 105 were a significant representative sample. Regarding the sociodemographic variables, it was found that 39 cases (37.14%) are > 67 years old; 66 cases (62.86%) of the male sex, and 39 cases (37.14%) of the female sex; 40 cases (38.10%) had the marital status: married; 40 cases (38.10%) were by profession: independent. Regarding the classification of the risk of upper gastrointestinal bleeding in the GB scale in terms of high risk, 87 cases (82.86%) were found; Regarding the type of bleeding, it was found that 40 cases (38.10%) had moderate bleeding; Regarding the clinical findings, 85 cases (89.47%) were found with anemia; Regarding the correlation with endoscopic findings, 37 cases (35.24%) were found with gastric ulcer associated with high risk, and 18 cases (17.14%) with gastritis associated with low risk.

CONCLUSION: There is a clinical correlation between the HDA classification on the GB scale and the findings in upper endoscopy, which is why the use of this score should be considered especially in emergency services and especially for the general practitioner, since it helps to accurately predict which patients present high-risk lesions with clinical and laboratory parameters, guiding the possibility of outpatient treatment or the need for endoscopic treatment.

KEY WORDS: HIGH DIGESTIVE HEMORRHAGE, SCALE, ENDOSCOPY, GASTROENTEROLOGY

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la hemorragia digestiva alta (HDA) es un problema de salud común con alta prevalencia tanto a nivel mundial como en el entorno que nos rodea, siendo una patología muy frecuente que puede tornarse grave, es por esa razón que es necesario su correcta clasificación para un adecuado diagnóstico y posterior tratamiento.

Las escalas de clasificación para determinar el riesgo son herramientas de ayuda para el diagnóstico, para una intervención clínica adecuada y para un estudio endoscópico adecuado. Estas son útiles y recomendadas por múltiples estudios actualmente. Las características endoscópicas, clínicas y de laboratorio, son útiles para la clasificación del riesgo de los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta y estas al ser relacionadas con lo encontrado en diferentes escalas, como lo es la escala de Glasgow-Blatchford, dan confiabilidad y seguridad al momento de usarlas.

La mortalidad y morbilidad en la hemorragia digestiva alta están relacionadas con las características de la propia lesión, condición clínica y el deterioro hemodinámico por el sangrado, por ello es necesario actuar de inmediato para disminuir sus complicaciones y aunque la mayor parte de ellas se autolimita, un grupo de pacientes requiere tratamiento endoscópico y hospitalización en unidades especializadas, de acuerdo a lo encontrado al clasificar el riesgo.

Por ello a través del presente estudio deseamos determinar la correlación clínica de la clasificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en la escala de Glasgow-Blatchford y los hallazgos en endoscopia alta en pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, abril 2020 – abril 2021, al ser una escala ampliamente utilizada.

ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
EPÍGRAFE.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	5
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	46
CAPITULO III RESULTADOS.....	52
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	76
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	92
ANEXO 1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	93
ANEXO 2: NOMBRAMIENTO DE JURADO DICTAMINADOR.....	96
ANEXO 3 MATRIZ DE DATOS.....	99

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON HDA	53
TABLA 2. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD EN PACIENTES CON HDA.....	54
TABLA 3. HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES CON HDA	56
TABLA 5. TIPO DE HEMORRAGIA EN PACIENTES CON HDA	60
TABLA 6. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LOS HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES CON HDA	62
TABLA 7. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y CUADRO CLÍNICO EN PACIENTES CON HDA	64
TABLA 8. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LA EDAD DE LOS PACIENTES CON HDA	66
TABLA 9. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW - BLATCHFORD Y EL SEXO DE LOS PACIENTES CON HDA	68
TABLA 10. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW – BLATCHFORD Y EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON HDA	70
TABLA 11.....	72
RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON HDA	72
TABLA 12.....	74

RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y EL TIPO DE
HEMORRAGIA EN LOS PACIENTES CON HDA..... 74



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 2. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD EN PACIENTES CON HDA	55
GRÁFICO 3. HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	57
GRÁFICO 4. CUADRO CLÍNICO EN LOS PACIENTES CON HDA	59
GRÁFICO 5. TIPO DE HEMORRAGIA EN PACIENTES CON HDA	61
GRÁFICO 6. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LOS HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES CON HDA	63
GRAFICO 7. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y CUADRO CLÍNICO EN PACIENTES CON HDA	65
GRÁFICO 8. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LA EDAD DE LOS PACIENTES CON HDA	67
GRÁFICO 9. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW - BLATCHFORD Y EL SEXO DE LOS PACIENTES CON HDA	69
GRÁFICO 10. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW – BLATCHFORD Y EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON HDA	71
GRÁFICO 11. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON HDA	73
GRAFICO 12. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y EL TIPO DE HEMORRAGIA EN LOS PACIENTES CON HDA	75



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

Correlación clínica de la clasificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en la escala de Glasgow-Blatchford y los hallazgos en endoscopia alta en pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, abril 2020 - abril 2021.

1.2. Descripción del problema

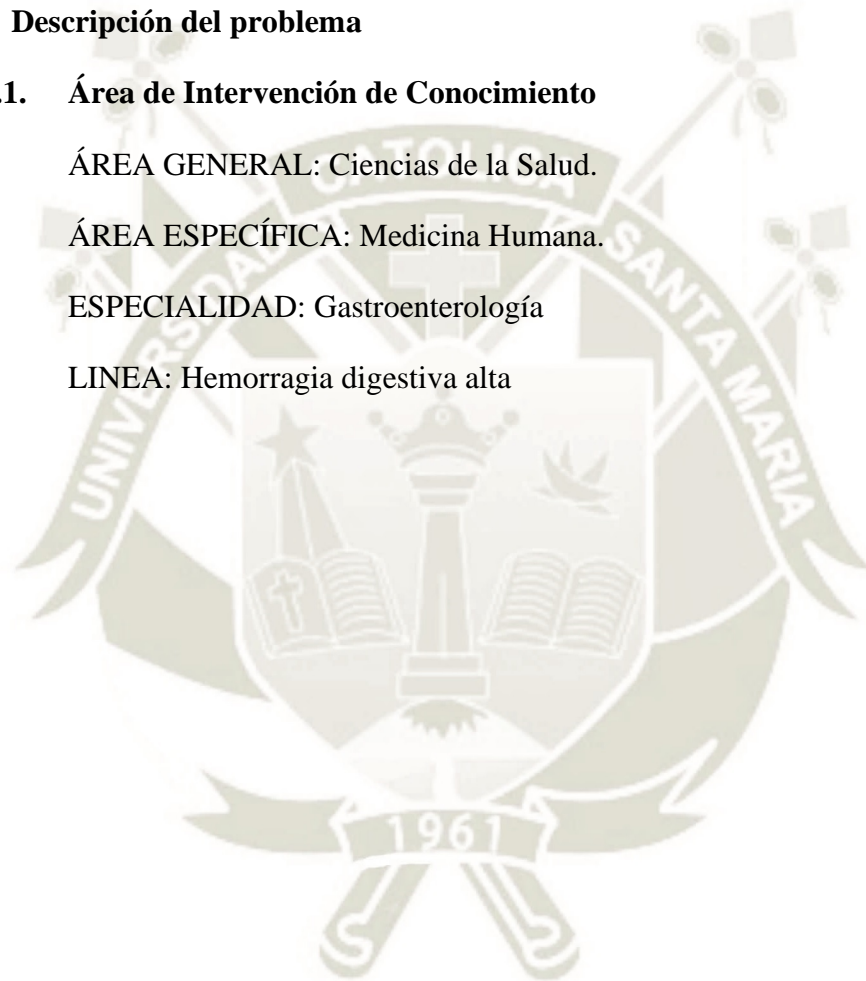
1.2.1. Área de Intervención de Conocimiento

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud.

ÁREA ESPECÍFICA: Medicina Humana.

ESPECIALIDAD: Gastroenterología

LINEA: Hemorragia digestiva alta



1.2.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	
Escala de Glasgow-Blatchford (Escala que permite clasificar como riesgo alto o bajo de presentar complicaciones en hemorragia digestiva alta)	Estructura del instrumento	Valoración del instrumento	
	<i>Urea plasmática (mg/dl)</i>	2	≤ 2: Bajo riesgo ≥ 3: alto riesgo
	≥ □ 38 < 47	3	
	≥ 47 < 58	4	
	≥ 58 < 147	6	
	≥ 147		
	<i>Hemoglobina (g/dl). Varones</i>	1	
	≥ 12.0 < 13.0	3	
	≥ 10.0 < 12.0	6	
	< 10.0		
	<i>Hemoglobina (g/dl). Mujeres</i>	1	
	10.0 < 12.0	6	
< 10.0			
<i>Tensión arterial sistólica (mmHg)</i>	1		
100-109	2		
90-99	3		
< 90			
Pulso ≥ □ 100 lpm	1		
Presentación con melenas	1		
Presentación con síncope	2		
Enfermedad hepática previa	2		
Fallo cardiaco	2		
Hallazgos en la endoscopia digestiva alta (Descubrimiento de la alteración en cuanto a estructura y morfología del aparato digestivo mediante la técnica de endoscopia)	Normal Úlcera gástrica Úlcera duodenal Gastritis Esofagitis Varices Sd. Mallory-Weiss Angioectasia	SI/NO	
Cuadro clínico	Hematemesis Melena Anemia Hematoquecia Síncope	SI/NO	

	Tipo de hemorragia: Leve Moderada Severa	
Sociodemográficas	Edad	18-27 años 28-37 38-47 48-57 58-67 >67
	Sexo	M-F
	Estado civil	Soltero Casado Conviviente
	Ocupación	Viudo Obrero Empleado Profesional Independiente

1.2.3. Interrogantes Básicas

¿Existe correlación clínica de la clasificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en la escala de Glasgow - Blatchford y los hallazgos en endoscopia alta en pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, durante el periodo abril 2020 - abril 2021?

¿Cuáles son los marcadores de riesgo según la escala de Glasgow -Blatchford en los pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, durante el periodo abril 2020 - abril 2021?

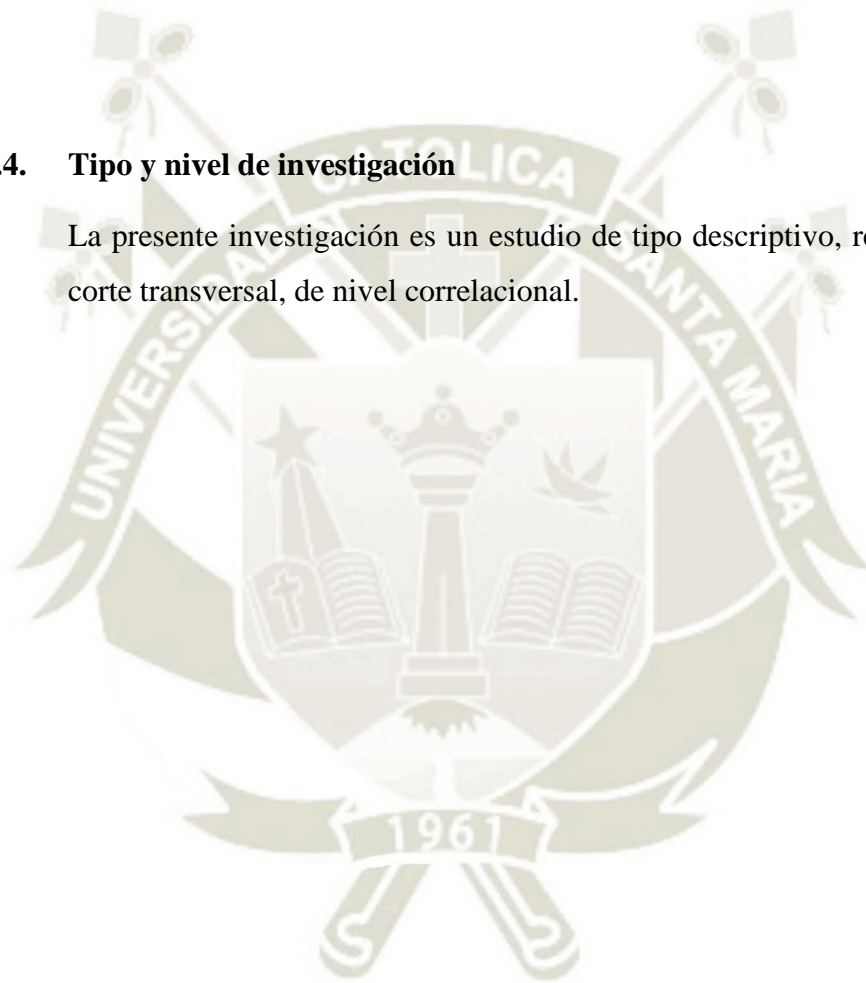
¿Cuáles son los hallazgos en la endoscopia alta en pacientes con HDA del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, durante el periodo abril 2020 - abril 2021?

¿Cuál es el cuadro clínico en los pacientes con HDA del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, abril 2020 - abril 2021?

¿Cuál es la presentación de hemorragia digestiva según el aspecto sociodemográfico en los pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, abril 2020 - abril 2021?

1.2.4. Tipo y nivel de investigación

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, de nivel correlacional.



1.3. Justificación

La presente investigación permitirá correlacionar los datos clínicos usando la escala de Glasgow - Blatchford con los hallazgos endoscópicos para así poder clasificar el riesgo de hemorragia digestiva alta, ya que esta patología es causa frecuente de ingreso hospitalario y cuya incidencia se mantiene en el tiempo a pesar de los adelantos en el tratamiento, por lo que es de relevancia teórica.

Ya que las patologías digestivas que causan hemorragia digestiva alta y sus complicaciones son frecuentes en nuestro entorno, es que es necesario utilizar un score que nos acerque a un diagnóstico oportuno y a su vez poder evitar la realización de procedimientos invasivos que tienen costos adicionales y que generalmente no están al alcance del paciente, por lo que es de relevancia socioeconómica.

Ya que en nuestro ámbito local no se ha desarrollado la presente investigación, creemos que aportara como antecedente a futuras generaciones, por lo que es de relevancia científica.

Al ser una enfermedad tan común, prevenible y en la mayoría de los casos reversible, que aqueja a millones de personas, el tema es de interés actual por lo que realizarla es conveniente y factible.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Hemorragia Digestiva Alta

2.1.1. Introducción

La hemorragia digestiva (HD) es considerada cualquier pérdida sanguínea que provenga del sistema gastrointestinal (tubo digestivo); se considera una de las enfermedades más frecuentes en el servicio de urgencias, ya que tiene una mortalidad de hasta el 10%, la cual va a depender de la etiología del sangrado, si el paciente presenta comorbilidades que podrían empeorar el cuadro, la edad, la cantidad de sangrado y ubicación de este. Por ejemplo, en el caso de la hemorragia digestiva alta de origen variceal, la mortandad se encuentra entre 15 a 20% aproximadamente; por lo que es necesario prever, estratificar el riesgo y establecer el tratamiento precoz y oportuno es de especial relevancia para el médico (1).

Según su localización o lugar de origen, pueden ser catalogadas en hemorragia digestiva alta (HDA), con origen desde la faringe hasta el ángulo de Treitz (o unión duodeno yeyunal), y hemorragia digestiva baja (HDB), con origen desde la parte distal del ángulo de Treitz hasta el ano. Así mismo podemos clasificarla según la cuantía de la hemorragia en leve, moderada, grave y masiva o exsanguinante (2). En este estudio nos centraremos en la hemorragia digestiva alta; la cual podemos clasificar según su origen en variceal y no variceal.

Indistintamente del origen, la causa más importante de HDA es la úlcera péptica, con una incidencia que llega a un 50% de los casos, siendo en la mayoría de las veces de localización gástrica en adultos. Las esofagitis y gastritis tienden a crecer en frecuencia a medida que progresa la edad, siendo la gastropatía variceal y desgarros de Mallory-Weiss más frecuentes en adultos de edad madura o incluso jóvenes. En los casos que se presentan en el servicio de urgencia más de la mitad son de origen péptico, sin embargo, en el caso de sangrado severo, la etiología más frecuente es la HDA variceal (3, 4).

2.1.2. Clasificación de riesgo

En términos generales, dada la elevada morbimortalidad asociada, la mayoría de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta deberían ser hospitalizados en una unidad con monitorización hemodinámica, completar estudio precoz y realizar estudio endoscópico de urgencia. Aquellos que son ingresados con signos de shock, con hematemesis persistente, que requieren de reanimación con hemocomponentes o drogas vasoactivas para su estabilización o aquellos que requirieron o requerirán de estudio endoscópico emergente con vía aérea preservada también requieren de hospitalización en UCI. Algunos pacientes con un riesgo muy bajo de complicaciones y necesidad de intervención podrían ser dados de alta. Varios scores pre endoscópicos pueden ser usados en el servicio de urgencia para estratificar riesgo en hemorragia digestiva alta no variceal y tomar decisiones en cuanto a disposición del paciente.

El score de Glasgow – Blatchford (Tabla N°1) utiliza nueve variables clínicas para determinar la posibilidad de admisión y necesidad de intervención (hemoglobina, nitrógeno ureico, presión sistólica, sexo, frecuencia cardíaca, melena, síncope, daño hepático y falla cardíaca) (3, 4).

TABLA N°1: ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD	
Marcadores de riesgo a la admisión	Valor en la escala
Urea plasmática (mg/dl)	
≥38 <47	2
≥47 <58	3
≥58 >147	4
≥147	6
Hemoglobina (g/dl) Varones	
≥12.0 <13.0	1
≥10.0 <12.0	3
<10.0	6
Hemoglobina (g/dl) Mujeres	
10.0 <12.0	1
<10.0	6
Tensión arterial sistólica (mmHg)	
100-109	1

90-99	2
<90	3
Otros marcadores	
Pulso ≥ 100 lpm	1
Presentación con melenas	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática previa	2
Fallo cardiaco	2

Su utilidad se ve en que puede identificar a los pacientes de bajo riesgo (0,5% de posibilidad de requerir transfusión, cirugía o intervención endoscópica en hospitalización), quienes podrían ser dados de alta desde urgencias y estudiarse de forma ambulatoria (24 a 48 h), promoviendo el ahorro de recursos, además de determinar que pacientes necesitarían transfusión posteriormente.

Aunque se sugiere utilizar scores para estratificar el riesgo de los pacientes y tomar decisiones respecto a disposición, se debe tener especial consideración la realidad local, sobre todo para aquellos pacientes en que se decida estudio ambulatorio u hospitalización en unidad no monitorizada (5).

Entonces podemos decir que esta estrategia de manejo ambulatorio ha sido validada a propósito en un estudio multicéntrico prospectivo realizado en el Reino Unido. El score de Rockall pre endoscópico utiliza las variables de edad, presencia de shock y comorbilidades para determinar la necesidad EDA e ingreso a UCI. Es menos útil en identificar a pacientes de bajo riesgo que el anterior. El AIMS 65 es un predictor de mortalidad derivado de un registro retrospectivo de más de 29000 pacientes. Es un buen predictor de costos y tiempo de estadía. Se publicó un estudio prospectivo multicéntrico donde compararon varias herramientas de estratificación de riesgo.

Al evaluar el rendimiento de cada score, el desempeño de Glasgow – Blatchford, para predecir necesidad de intervención, fue superior (AUROC 0,86), en comparación al AIMS 65 (0,68) y el Rockall pre endoscópico (0,66). Lamentablemente, ningún score resulto rentable en determinar riesgo de resangrado o tiempo de estadía hospitalaria (6).

2.1.3. Etiología

Dentro de las causas más frecuentes encontramos la úlcera péptica gastroduodenal, las várices de origen gastroesofágicas y lesiones erosivas de la mucosa gástrica. Por otra parte, hay ciertas HDA en las que no se logra el diagnóstico etiológico (indeterminadas), siendo la principal causa la realización tardía de la endoscopia y dejaron de sangrar las lesiones agudas. A modo general, las hemorragias digestivas altas se dividen en etiología variceal y no variceal. Esta diferenciación es importante debido a que implica un cambio en el tratamiento y pronóstico. Además, porque la prevalencia de HDA variceal ha aumentado en los últimos años debido al aumento de pacientes con enfermedad hepática crónica (DHC) (7).

Se ha reportado que las causas no variceales son más frecuentes que las variceales, sin embargo, las cifras de esta relación no son exactas. Siau et al, describen que la etiología de origen variceal corresponden al 8% las HDA. Se producen controversias respecto a la primera etiología en pacientes con EHC. Galindo et al plantean la causa ulcerosa, mientras que otros como DeLaney et al y Villanueva et al proponen la causa variceal en un 50% y 75% de estos casos, respectivamente (8).

En un estudio canadiense que incluyó a 2.020 pacientes con HDA, se encontraron factores pre-endoscópicos que acrecentaban la probabilidad de que una HDA fuera de origen variceal, tales como abuso de alcohol, ausencia de uso de antitrombóticos, hematoquecia, hematemesis y estigmas de EHC.

Así, la historia de EHC con estigmas clínicos, se vinculaba a una probabilidad de hemorragia de causa variceal en un 46%, mientras que cuando todos los criterios estaban presentes, esta probabilidad aumentaba a un 94% (9).

2.1.4. Causas de hemorragias no variceales

2.1.4.1. Úlcera gastroduodenal:

Se debe a un desperfecto de la mucosa que se expande más allá de la muscular de la mucosa, y es la primera causa de HDA. Sin embargo, el extenso empleo de inhibidores de la bomba de protones (IBP), el diagnóstico y eliminación

de *Helicobacter pylori* como causa de úlcera péptica y el habitual uso de la endoscopia digestiva alta (EDA) son parte de los factores que han coadyuvado a un giro en su manejo. La clasificación de Forrest para úlceras es ventajosa porque define la conducta y valora la posibilidad de resangrado (10).

Dentro de los factores predisponentes al progreso de úlcera péptica destaca, en primer lugar, la infección por *Helicobacter pylori*, presente en el 90% de las úlceras duodenales y 70% de las gástricas.

El consumo de AINEs es considerado otra causa que lleva a un trastorno de la barrera protectora gastroduodenal, incrementando hasta 40 y 8 veces la probabilidad de desarrollar úlceras en el estómago y duodeno respectivamente. Alrededor de un 20% de los pacientes con uso crónico de AINEs generarán úlceras. Una revisión actual indica una disminución de la HDA gracias al avance de tratamiento de *Helicobacter pylori*, sin embargo, esta reducción se contrarresta con el elevado uso de AINEs y aspirina.

Además, se ha observado que pacientes críticos, con hipertensión intracraneana o grandes quemados, son vulnerables a desarrollar úlceras de Cushing y de Curling respectivamente. El tabaco, consumo crónico de alcohol, sexo masculino y edad >50 años se suman a la asociación con esta etiología (1).

Hemorragia	Tipo	Prevalencia	Visión endoscópica	Riesgo de sangrado	Tratamiento quirúrgico	Mortalidad
Activa	Ia	8%	Sangrado arterial, a chorro	55-90%	50%	11%
	Ib	19%	Sangrado venoso, en napa	60-80%		11%
Reciente	Ila	20%	Vaso visible no sangrante	35-55%	33%	11%
	Ilb	14%	Coágulo rojo adherido	15-30%	10%	7%
	Ilc	14%	Fondo ulceroso pigmentado (mácula)	5-10%	6%	3%
Sin estigmas de sangrado reciente	III	26%	Lesión limpia <5% sin estigma de sangrado	<5%	2%	2%

TABLA N° 2: Clasificación de Forrest

2.1.4.2. Erosiones de la mucosa gástrica.

Las erosiones gástricas originan hemorragias, y una de las causas más frecuentes es la ingesta de AINEs, seguido de la ingesta de alcohol y condiciones de estrés en pacientes graves.

La terapéutica endoscópica es ineficaz, dado el variado número de erosiones, sin embargo, la mayor fracción de estas hemorragias responden al tratamiento médico (3).

2.1.4.3. Síndrome de Mallory-Weiss.

Se define como una laceración traumática de trazo longitudinal no penetrante del estómago proximal o esófago distal originada por el incremento súbito de la presión abdominal, especialmente por causas como vómitos y náuseas.

La historia clínica de varios episodios de vómito sin contenido sanguinolento, seguidos de un episodio aislado de hematemesis es altamente sugerente de esta patología, sin embargo, se confirma con endoscopia. Suele producir sangrado limitado en el 80- 90% de los casos, tratado con estabilización clínica y con una recurrencia de <5%. Sin embargo, en ciertos casos se necesita tratamiento endoscópico y la técnica más utilizada es la inyección de epinefrina o electrocoagulación, y rara vez se requieren cirugía (2).

La garantía de la hemostasia por inyección de epinefrina es controversial. En un estudio se alcanzó una hemostasia primaria con esta técnica en un 100%, no obstante, la tasa de resangrado fue de 5,8% a 44%. Varios estudios han propuesto que la inyección de epinefrina por sí sola suele asociarse a mayor resangrado en comparación con la hemostasia mecánica o con la asociación de la inyección de epinefrina con otra, por lo que no debería utilizarse como monoterapia en esta etiología (11).

2.1.4.4. Lesión de Dieulafoy.

Definida como vaso arterial de gran diámetro, sinuoso, superficial, que comprime la mucosa y cuya erosión por exposición al ácido provoca hemorragia, la que puede ser masiva y recurrente. La localización más frecuente es en el cuerpo y fondo gástrico, sin embargo, también pueden encontrarse en duodeno y esófago distal. El manejo local endoscópico mediante escleroterapia, electrocoagulación o colocación de bandas en casos recurrentes es lo que más se utiliza. Ibañez et al realizaron un estudio en el que compararon 5 distintas técnicas endoscópicas para el manejo de esta lesión (12).

La técnica más utilizada fue la inyección de epinefrina asociada a argón plasma, otras fueron inyección de epinefrina sola o combinada a polidocanol o etonolamina, inyección de epinefrina asociada a hemoclips y coagulación con argón por sí sola. Se logró hemostasia primaria en todos los casos, con una tasa de recurrencia de 7,3% y sin requerimientos quirúrgicos. Sólo algunos logran la embolización, y el 10% de los casos requiere tratamiento quirúrgico (12).

2.1.4.5. Esofagitis.

La inflamación de la mucosa del esófago puede llegar a causar ulceraciones y lesiones de la mucosa que sangran, no obstante, la mayoría de estas son autolimitadas y responden favorablemente a tratamiento médico. El cuadro clínico se afirma en los antecedentes de pirosis, dolor retroesternal, disfagia y manifestaciones de reflujo gastroesofágico, siendo el diagnóstico definitivo la endoscopia. Las lesiones sangrantes pueden ser manejadas con endoscopia (escleroterapia o electrocoagulación) o manejo médico (inhibidores de la bomba de protones en máximas dosis) (2).

2.1.4.6. Lesiones vasculares.

Las más documentadas son la ectasia vascular antral y la angiodisplasia. En la primera se desconoce la patogenia, pero a la endoscopia se observan estrías

congestivas rojas en el antro en forma radiada desde el píloro, razón por la cual acoge el nombre de “estómago en sandía o watermelon stomach”. El tratamiento conservador puede ser preferido en casos leves, mientras que en casos más graves se indica el tratamiento endoscópico.

La angiodisplasia es una enfermedad degenerativa donde los vasos submucosos se encuentran sinuosos y dilatados. Es de origen venoso, por lo que causa un sangrado crónico, lento y recurrente. Es más frecuente en colon ascendente y ciego, pero también puede presentarse en estómago y duodeno (2).

2.1.5. Hemorragia variceal.

Los pacientes con EHC sangran, además de las causas no variceales, por dos causas importantes de su patología: várices gastroesofágicas y gastropatía portal hipertensiva, ambas producidas por la elevación de la presión portal. La gastropatía portal es una alteración de la microcirculación en la pared gástrica debida al aumento de la presión portal, provocando congestión y sangrado.

El diagnóstico se hace con el antecedente de EHC y el uso de endoscopia, y su principal diagnóstico diferencial es la ectasia vascular debido a hallazgos endoscópicos análogos. Las várices se ubican más frecuentemente en la unión gastroesofágica, ya que es más superficial y de paredes más delgadas, produciendo un sangrado autolimitado en el 40% de los casos.

Un sangrado secundario a várices gastroesofágicas debe descartarse ante todo paciente con HDA y datos que sugieran daño hepático. La mortalidad del primer episodio de sangrado variceal es alta (15-20%), y la mayor parte de las muertes se generan después de la recidiva hemorrágica precoz, que ocurre en el 30-50% de los pacientes entre los 7-10 primeros días tras la hemorragia (2).

2.1.6. Clínica

2.1.6.1. Hematemesis

Se define como la expulsión de sangre por la boca con la característica de un vómito, es decir, precedido de náuseas. La sangre puede ser rojo o de color

oscuro como borra de café, si ha sido transformada previamente por el ácido clorhídrico en hematina, entonces se nombra melanemesis.

Es inevitable considerar que no toda expulsión de sangre por la boca es una hematemesis, por ello es adecuado diferenciarla de otros orígenes tales como:

- Estomatorragia o hemorragia; procedente en la propia cavidad bucal. Bastará un rápido examen físico de la boca para comprobar una estomatorragia y localizar su origen.
- Epistaxis; en este caso la hemorragia se origina de las fosas nasales y puede expulsarse por la boca.
- Hemoptisis; signo netamente respiratorio, que consiste en la expulsión de sangre por la boca acompañada de tos y cosquilleo retroesternal. La sangre expulsada es espumosa, aireada, rutilante y se acompaña de síntomas respiratorios, tanto antes de la hemorragia como después.

En cambio, en la hematemesis la sangre es expulsada como un vómito, puede ir acompañado de jugo gástrico o restos de alimentos; es roja o negra y no es espumosa. En algunas ocasiones la sangre procedente de la nariz, de la boca o de las vías respiratoria es tragada consciente o inconscientemente para ser vomitada con posterioridad, entonces recibe el nombre de hematemesis secundaria. Entre las hematemesis secundarias deben considerarse aquellas autoprovocadas por sicópatas y con fines de simulación. Estos sujetos pueden producirse de modo oculto sangrías y tragar la sangre para después tener una hematemesis. Finalmente, las falsas hematemesis, en cuyos casos se vomita una materia que puede confundirse con sangre, por ejemplo, remolacha, grosella, vino rojo, chorizo, fresas (11).

2.1.6.2. Melena

Se define como la expulsión de sangre digerida por el ano. La sangre realmente es defecada, mezclada uniformemente con las heces fecales, como algo homogéneo, ofrece aspecto untuoso, brillante, de color negro, como

alquitranada. En la melena debe tenerse en cuenta la posible confusión con las heces negruzcas secundarias a la ingestión de vino tinto, alimentos ricos en sangre (morcilla, etc.) así como, también, a la administración de medicamentos que oscurecen las heces, como bismuto, hierro, carbón, ratania y, finalmente, exceso de bilis (falsa melena).

Debe diferenciarse de:

- Enterorragia, que es la expulsión de sangre fresca por el ano, la sangre derramada al intestino por cualquier causa, es expulsada al exterior de un modo rápido.
- Hematoquecia: es la expulsión por el ano de sangre fresca no mezclada con las heces, su origen es proximal al ligamento de Treitz y es debido a una hemorragia digestiva alta copiosa, a un peristaltismo intestinal acelerado o a la ausencia de un segmento importante del tubo digestivo, como ocurre en una hemicolectomía o colectomía total. La sangre debe permanecer por lo menos 8 h en el intestino para que por los procesos fermentativos y bacterianos se puedan constituir los sulfitos (8).

Después de una hemorragia aguda se encuentran indicios de sangre en las heces todavía al cabo de 7 días a 3 semanas, sin que se haya renovado la pérdida sanguínea.

Las manifestaciones de la hipovolemia dependen de la intensidad de la hemorragia y de la rapidez de la misma y de si persiste o recidiva, del valor de la hemoglobina anterior a la pérdida de sangre y de los efectos de las enfermedades cardiovasculares, o de otro tipo asociada a la hemorragia. (10).

Anemia por sangrado crónico oculto: el paciente puede consultar por síntomas o signos de anemia, ser un hallazgo de laboratorio o evidenciarse en un test de hemorragias ocultas. La anemia por sangrado crónico suele ser de tipo ferropénica (microcítica, hipocrómica), mientras que aquellas por sangrado agudo son normocíticas y normocrómicas (5).

Las manifestaciones de la hipovolemia dependen de la intensidad de la hemorragia y de la rapidez de la misma y de si persiste o recidiva, del valor

de la hemoglobina anterior a la pérdida de sangre y de los efectos de las enfermedades cardiovasculares, o de otro tipo asociada a la hemorragia (13).

2.1.7. Laboratorio

Cualquier paciente que ha sido evaluado por HDA se debe pedir hemoglobina/hematocrito, recuento plaquetario, urea, creatinina, Tiempo de Protrombina, perfil hepático y pruebas de compatibilidad de grupo ABO y Rh. El uso de hemoglobina/hematocrito tiene algunas consideraciones importantes para especificar la presencia y gravedad de la anemia. Dicho sea de paso, no puede haber cambios bruscos en la fase hiperaguda del sangrado.

Son requeridas hasta 24 horas para permitir la hemodilución en el intravascular, ya sea por administración de cristaloides o por la ingesta de agua. Existe el dato de que puede haber niveles de hemoglobina/hematocrito normales incluso en pacientes graves e inestables con hematemesis masiva. Varios parámetros metabólicos son útiles para la toma de decisiones.

El índice BUN/Creatinina >32 se traduce como hemorragia por sobre el ligamento de Treitz (14).

Esto se explicaría por una elevación significativa de nitrógeno ureico en sangre, esto es debido a la digestión de la hemoglobina y reabsorción de productos nitrogenados provenientes de esta. También se debe estimar la función hepática, preferentemente con el score MELD para precisar el posible daño hepático y junto a la sospecha en la historia clínica y el examen físico elevar la posibilidad de considerar una hemorragia variceal. Instrumentos descritos como el score discriminante de cirrosis de Bonacini (requiere niveles de INR, plaquetas y GPT/GOT), tiene un LR positivo de 13 con más de 8 puntos y un LR negativo de 0,3 con menos de 3 puntos para cirrosis hepática (15).

2.1.8. Diagnóstico diferencial.

La disquisición inicial en la evaluación de la hemorragia digestiva alta es considerar si realmente se trata de un sangrado del tubo digestivo.

Puede ser difícil diferenciar la etiología del sangrado o incluso si realmente es sangre. Clásicamente, la deglución de sangre de un sangrado dental o una epistaxis se puede confundir con sangrado digestivo; la ingesta de bebidas de coloración roja también puede causar este fenómeno. Del mismo modo, el consumo de sulfato ferroso, sustancias que contienen bismuto y pastillas de carbón activado pueden provocar cambios de coloración de las heces, sugiriendo la presencia de melena al tacto rectal.

Por otra parte, la mayoría de veces, la hemoptisis se confunde con hematemesis. La exteriorización del sangrado secundaria a tos, color rojo brillante y de menor cuantía, debería hacer sospechar esto. Es de suma importancia estimar que la existencia de rectorragia puede ser una manifestación de hemorragia digestiva alta en los casos de sangrado masivo, esto debido a que incrementa la motilidad intestinal, evitando así la digestión de la sangre en melena (16).

2.1.9. Historia y examen clínico

La diversidad de pacientes que ingresan al servicio de urgencia y que finalmente se le diagnostica una hemorragia digestiva alta es muy diverso. El paciente con hematemesis activa y melena es fácilmente diagnosticado, empero, se tiene que tomar en cuenta otras manifestaciones más sutiles. La HDA es parte de los diagnósticos diferenciales de varios síntomas cardinales como debilidad, mareos, síncope, dolor abdominal, dolor torácico, disnea y shock indiferenciado. Conocer el entorno en que comienzan los síntomas y las características del paciente nos ayuda diferenciar distintas etiologías y cuantificar el riesgo.

Es útil conocer si existe el precedente de vómitos a repetición (desgarro de Mallory-Weiss o perforación esofágica); uso de AINEs o ingesta de cáusticos (lesiones erosivas en esófago y estomago). El antecedente de ulcera péptica previa, daño hepático crónico, consumo problemático de alcohol o incluso el antecedente de endoscopia digestiva alta anterior nos posibilita elevar la

sospecha de una lesión específica (ulcera, varices o gastritis erosiva) y así orientar el tratamiento.

Resulta significativo considerar dentro de la elección de terapias en la reanimación y tratamiento posterior el antecedente de uso de anticoagulantes o de discrasias hematológicas que incrementan la posibilidad de sangrado. Desde el punto de vista semiológico, la melena se define como heces negras, de intenso olor, de poca solidez, incluso pastosas, frecuentes, comportándose en reiteradas veces como un cuadro diarreico. Esto, en contraposición a las deposiciones oscuras provocadas por el sulfato ferroso que son más duras y habitualmente se asocian a constipación. La melena está asociada a una importante pérdida de sangre, pero puede observarse hasta con volúmenes de 50 ml (14).

En cuanto a la pérdida masiva de sangre (>1000-1500 ml) puede presentarse como rectorragia, situación que describe a un paciente de alto riesgo. Uno de los aspectos con mayor importancia es cuantificar el sangrado. Los pacientes suelen sobrevalorar la cantidad de sangre al preguntarles en forma de cuantos litros o comparar con el término de “tazas”. Muy diferente es observar durante la atención al paciente la traza de sangre fresca en la ropa, piso o en el tacho de basura. Esta situación dispersa las dudas e impone actuar de forma rápida. Muchos pacientes pueden contar una historia que sugiere ortostatismo, sin embargo, no tiene un buen rendimiento en la urgencia la utilidad de obtener medidas de presión arterial o frecuencias cardíacas diferenciales según cambios de posición. Una aproximación útil es evaluar síntomas funcionales en relación a la cuantía de la hemorragia y anemia subyacente, tales como disnea, palpitaciones, cefalea, confusión, dolor torácico, palidez y extremidades frías. Este patrón de signos y síntomas se puede ver con la pérdida de más de 800 ml de sangre y síntomas severos con más de 1500 ml (16).

Un paciente pálido y estable hemodinámicamente nos indica de una hemorragia subaguda con mecanismos de compensación en marcha, no obstante, si se encuentra inestable, la palidez nos habla de un paciente grave que necesita medidas inmediatas.

El examen físico tiene que estar orientado a buscar signos de shock y hallazgos que insinúan una causa. La taquicardia y taquipnea pueden ser signos

prematuros de shock, que no siempre se manifiesta con hipotensión. La alteración del estado de conciencia y mala perfusión cutánea pueden ser los únicos signos. Adultos mayores o usuarios de beta bloqueadores pueden presentarse con bradicardia. Deben revisarse las mucosas y escleras en búsqueda de palidez e ictericia, además de buscar en nariz y faringe otras causas de hemorragia (15).

La zona abdominal debe ser examinada buscando hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, circulación colateral, telangiectasias u otros signos de cirrosis hepática. Así mismo, es importante corroborar la presencia de cicatrices de cirugías previas que podrían indicar reparación de aorta y hacer sospechar fistula aortoenterica. La existencia de dolor abdominal, sobre todo si es severo y concomitantemente presenta signos de irritación peritoneal, guían hacia perforación intestinal.

Si hay presencia de signos de abdomen agudo, se debe considerar la exclusión de este diagnóstico previo a realizar la endoscopia.

El tacto rectal se debe realizar siempre, para poder confirmar la presencia de rectorragia o melena, en caso de que la historia no sea clara o el paciente no presente hematemesis. Aunque la ausencia de rectorragia o melena no descarta una hemorragia digestiva, la inspección y el tacto rectal pueden orientar a fuentes de un sangrado perianal cuando un paciente se presenta con rectorragia (fisuras o hemorroides), estos hallazgos no deben distraer la búsqueda de una causa de hemorragia digestiva alta o baja que pueda ser potencialmente grave (1).

2.1.10. Diagnóstico

Aunque la endoscopia es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta, esta tiene ciertas condiciones que cumplir, tales como la realización de la misma en las primeras 24 horas de llegada del paciente al centro hospitalario; sin embargo, la esofagogastroduodenoscopia en un contexto de urgencia o de emergencia está asociado a una considerable disminución de la precisión, generalmente dada por mala visualización y un aumento de las

complicaciones, como vendrían a ser una depresión respiratoria, aspiración, o perforación gastrointestinal.

Aun así, se debe aplicar un método de tratamiento endoscópico, ya que hacerlo conlleva a disminución de las necesidades de transfusión sanguínea y de cirugía de urgencia, así como una estadía hospitalaria menor; disminuyendo la mortalidad por esta afección (17).

En cuanto a los estudios imagenológicos para identificar el sitio y la causa de la hemorragia podemos dividirlos en cuatro variantes que se describen a continuación:

a) Variante 1.

La endoscopia revela la fuente arterial del sangrado digestivo alto, en este caso se debe emplear en orden:

- La arteriografía visceral: se emplea en pacientes hemodinámicamente inestables, siempre que el sangrado sea al menos de 0,5 ml/min, tiene la desventaja de resultados falsos negativos cuando existe variantes anatómicas vasculares, en estos casos se dificulta y muchas veces no se puede determinar la causa de la hemorragia.
- La angiografía: identifica más del 80 % de los casos, con un gran número de éxitos de la embolización arterial transcatóter, esto disminuye la necesidad de cirugía. Decidir qué agente de embolización usar es a criterio médico, ya que determinar cuál es el mejor es todo un tema de debate e incluye partículas, rollos, esponja de gelatina, pegamento de cianocrilato. Muy útil en el tratamiento del cáncer gástrico, en la pancreatitis hemorrágica, en pacientes con hemodiálisis y en sangramiento postesfinterotomía (18).
- La angiografía tomográfica computarizada del abdomen con contraste endovenoso: es útil en las hemorragias lentas que presentan un sangrado de 0,3 ml/min.
- La tomografía computarizada abdominal: se usa cuando ha fallado la endoscopia, es muy útil para identificar el sangrado activo y determinar su etiología (19).

- El escáner abdominal con glóbulos rojos marcados con Tc-99m: es un examen muy sensitivo, pero es pobre para determinar el sitio exacto del sangrado y raramente está disponible en las salas de urgencias.
- La radiografía contrastada del tracto gastrointestinal superior con bario o contraste iodado: no es útil en el diagnóstico de la hemorragia digestiva alta, debido a que oculta la hemorragia y dificulta la realización posterior de la endoscopia, la angiografía y la tomografía computarizada (20).

b) Variante 2.

La endoscopia confirma la hemorragia digestiva, pero no la fuente, en este caso se emplea la arteriografía visceral, la angiografía tomográfica computarizada del abdomen con contraste endovenoso, la tomografía computarizada abdominal y el escáner abdominal con glóbulos rojos marcados con Tc-99m (20).

c) Variante 3.

Endoscopia negativa, en esta situación la presencia y la fuente de la hemorragia no han sido confirmadas por la endoscopia, a pesar de la presentación de la hemorragia digestiva, es sugerente de una hemorragia lenta o intermitente, para ello se indica la arteriografía visceral, la angiografía tomográfica computarizada del abdomen con contraste endovenoso, la tomografía computarizada abdominal y el escáner abdominal, con glóbulos rojos marcados con Tc-99m (21).

d) Variante 4.

Causas traumáticas o postquirúrgicas, en estos pacientes no es factible realizar la endoscopia por varias razones, que incluyen sitios de nuevas anastomosis, cirugía bariátrica, o resección de un tumor, edema post-operatorio y las posibilidades de perforación son muy altas. En este contexto la evaluación con una angiografía visceral es el estudio primario a realizarse y, además, se puede emplear la angiografía tomográfica computarizada del abdomen con contraste endovenoso, la tomografía computarizada abdominal y el escáner abdominal, con glóbulos rojos marcados con Tc-99m (21).

La cápsula videoendoscópica: inicialmente se empleó en la hemorragia digestiva baja, sobre todo en la oculta u oscura y no era usada en la hemorragia digestiva alta, su papel se extendió más tarde a ella. Existen varias publicaciones que incluyen un estudio aleatorio controlado y tres prospectivos, que evaluaron el empleo de la cápsula videoendoscópica en la clasificación inicial, de los pacientes con hemorragia digestiva alta, que demostró un alto valor de sensibilidad y especificidad, así como un valor predictivo positivo y negativo significativo de la cápsula videoendoscópica, para detectar sangre en el tracto digestivo superior en pacientes que se les sospecha hemorragia digestiva alta.

Sin embargo, estudios adicionales son necesarios para demostrar el papel de la cápsula videoendoscópica en la evaluación de urgencia de los pacientes con riesgo bajo o moderado. La cápsula videoendoscópica sería una modalidad con bajos costos y eficiencia, para darle alta a los pacientes de riesgo bajo en los departamentos de urgencias de los hospitales con seguridad (22).

Existen otros exámenes que se emplean con el fin de determinar el flujo sanguíneo subyacente a la lesión sangrante. Conceptualmente las lesiones que sangran tienen un flujo sanguíneo arterial activo de suministro, esto es importante, porque si la fuente arterial del sangrado ha cesado, la hemorragia de las lesiones que sangran debe de detenerse; es sustancial saber que mientras que el suministro arterial de la lesión está activo, no se detiene el sangrado; afortunadamente en el 80 % de los casos se forma una trombosis intravascular espontánea, con lo que cesa el sangrado.

Teóricamente, las lesiones que paran de sangrar tienen baja probabilidad de recurrencia, siempre y cuando el suministro sanguíneo arterial no sea grande; todos estos elementos son los que fundamentan la necesidad de dotar al gastroenterólogo de las herramientas necesarias para determinar el flujo sanguíneo subyacente a la lesión sangrante. Para ello, se han desarrollado los siguientes exámenes: la sonda con ultrasonido Doppler endoscópico, el ultrasonido endoscópico, la tomografía óptica coherente Doppler a color y la magnificación óptica.

El objetivo de estas técnicas es: valorar la presencia o no de flujo sanguíneo en los vasos sanguíneos adyacentes; evaluar las dudas sobre el estigma de sangrado en la superficie de las lesiones, al analizar el flujo sanguíneo subyacente; diferenciar entre una arteria y una vena; determinar el tamaño y la profundidad de los vasos sanguíneos; determinar la trayectoria de los vasos sanguíneos adyacentes a las lesiones; evaluar la velocidad relativa del flujo sanguíneo; habilidad de valorar la extensión de la terapéutica endoscópica según el flujo sanguíneo; precisar el punto exacto de aplicar la terapia según el flujo sanguíneo; y determinar la anatomía topográfica y los tejidos vecinos a la lesión que motivó el sangrado (24).

2.1.11. Tratamiento

2.1.11.1. Reanimación inicial

Inicialmente se debe estimar de forma sistemática y ordenada a todo paciente que consulta por síntomas sugerentes de hemorragia digestiva alta, teniendo en cuenta que, aunque en el momento no lo presente, existiría un posible compromiso hemodinámico y con ello un potencial daño en los siguientes minutos a horas.

Muchos de los pacientes que ingresan con hematemesis o signos de sangrado activo, ceden espontáneamente, y esto hace que podamos completar la evaluación antes de adoptar decisiones terapéuticas adecuadas (80% de las úlceras pépticas dejan de sangrar sin intervención y no recurren. Sin embargo, se necesita acciones primarias a la brevedad en los pacientes que ingresan con evidentes signos de shock).

El paciente que ingresa con signos de sangrado activo, como hematemesis, rectorragia, o con signos de shock, necesita de maniobras de reanimación inmediatas, se debe permeabilizar 2 vías venosas gruesas (mínimo 18 G), monitorizar funciones vitales, completar la evaluación inicial con determinado énfasis en la evaluación de la perfusión y la toma de muestras de sangre podrán dirigir el tratamiento posterior (grupo ABO y Rh, hematocrito, plaquetas, INR, gases venosos y lactato).

Si fuese el caso de sangrado masivo, la rápida movilización de recursos como la activación del banco de sangre e indicar su pronto actuar al equipo de endoscopia o cirugía son necesarios, ya que en estos casos para alcanzar la hemostasia no será suficiente la terapia médica.

De preferencia el fluido más utilizado para la reanimación de pacientes que ingresan con signos de shock causado por sangrado gastrointestinal activo, son los hemocomponentes, por lo que es necesario realizar las diligencias necesarias para la obtención de dichos productos (25).

No obstante, en lugares que no tengan este recurso o demore un tiempo considerable, la reanimación inicial se debe iniciar con cristaloides, en cantidades moderadas (500 – 1000 mL en bolo), en espera de hemocomponentes o traslado, con la meta de estabilizar hemodinámicamente al paciente o mejorar la perfusión clínica (PaS >100).

Variables como los niveles de hemoglobina o la cantidad de pérdida de sangre según el antecedente no son requeridos para decidir la reanimación con hemocomponentes de forma rápida. Estos elementos no son sensibles para especificar el volumen exacto de disminución de la volemia y suelen ser tardíos.

Esta indicado en pacientes estables, el inicio de cristaloides, como fluidoterapia de mantención y régimen cero. A un paciente hemodinámicamente inestable, con hematemesis activa o signos de shock severo se puede evitar la aspiración y facilitar la endoscopia digestiva alta (VEDA) con la intubación precoz. La técnica de elección para garantizar la vía aérea es la secuencia de intubación rápida, que asume estómago lleno y optimiza las condiciones del paciente para el paso del tubo endotraqueal. Sin embargo, se debe considerar la repercusión hemodinámica de este procedimiento. Inclusive los fármacos conocidos como “cardioestables” (Etomidato, Ketamina) inducen una supresión brusca de la adrenergia y pueden provocar hipoperfusión, dando como resultado el paro cardiorrespiratorio (PCR) en los segundos a minutos siguientes al procedimiento. Además, puede resultar deletéreo en pacientes hipovolémicos el uso de presión positiva.

El “Índice de Shock” (Frecuencia cardíaca / Presión arterial sistólica (mmHg)) en estas situaciones resulta ser un excelente predictor de labilidad hemodinámica y un valor $> 0,9$ está asociado de manera independiente a paro cardiorrespiratorio periintubación (26).

Por esta razón, la reanimación anticipada a la intubación es imprescindible, con la debida optimización de las variables hemodinámicas en los minutos que preceden al procedimiento o durante la preoxigenación.

Otro punto es que los pacientes con sangrado activo y rápida variabilidad en su volemia tienen riesgo de hipotermia, sobre todo al estar encima de una camilla con reevaluaciones constantes; mantenerlos abrigados e incluso bajo calefacción por convección es igual de importante que otras medidas emergentes en las primeras horas (27).

2.1.11.2. Transfusiones

En pacientes que no presentan sangrado activo y hemodinámicamente estables, se han evaluado dos estrategias de transfusión para reponer pérdidas: transfusión liberal (meta de hemoglobina $\geq 9-10$ g/dL) o restrictiva (meta de hemoglobina $\geq 7-8$ g/dL).

En un meta-análisis del año 2017 que incluía 1965 pacientes, se constató que la terapia restrictiva se asociaba a menor riesgo de mortalidad por cualquier causa (RR 0,65, IC 95% 0,44-0,97, $p=0,03$) y menor resangrado (RR 0,58, IC 95% 0,4-0,84, $p=0,004$), utilizando menor cantidad de unidades de glóbulos rojos (diferencia promedio -1,73 unidades, IC 95% -2,36 a -1,11, $p<0,0001$) (28).

A partir de datos más antiguos, se recomienda el uso de un umbral mayor en pacientes adultos mayores y cardiopatas coronarios para evitar fenómenos isquémicos (Hematocrito $<30\%$, hemoglobina <10 g/dL).

Hasta la fecha, no se ha estudiado la transfusión conjunta de glóbulos rojos, plaquetas y plasma de la misma forma que en el contexto de trauma. El empleo de otros hemocomponentes más allá de la corrección de la anemia

está condicionado por el riesgo de sobretransfusión y de provocar mayor hemorragia por aumento de la presión portal.

La administración de plaquetas se sugiere solo en pacientes con sangrado activo y trombocitopenia (plaquetas $<50000/\text{mm}^3$).

Se recomienda el uso de plasma para situaciones de hipofibrinogenemia ($<100 \text{ mg/dL}$), $\text{INR} >1,5$ en pacientes sin enfermedad hepática crónica como causa de la coagulopatía o $\text{TTPK} >1,5$ veces el normal (29).

2.1.11.3. Reversión de anticoagulación

Es un factor clave revertir la anticoagulación de manera oportuna en pacientes que están usando anticoagulantes e ingresan por sangrado digestivo. El uso de concentrado de protrombina, Factor VII, plasma, crioprecipitado, liofilizado y antagonistas de nuevos anticoagulantes, deben ser usados de acuerdo a protocolos locales. En los casos de hemorragia leve basta con la discontinuación del anticoagulante. No obstante, si el sangrado amenaza la vida, se debe dar prioridad a la reversión, utilizando el medio más eficaz y disponible en ese momento.

El uso de nuevos anticoagulantes ha descrito mayor riesgo de hemorragia digestiva (rivaroxaban, dabigatran y edoxaban) en comparación a la warfarina, siendo más frecuente el sangrado digestivo bajo, probablemente explicado por la menor absorción de estas drogas y mecanismos de daño caustico directo (30).

2.1.11.4. Endoscopia digestiva alta

La endoscopia digestiva alta es el cimiento fundamental del diagnóstico y posterior tratamiento de la hemorragia digestiva alta. De acuerdo a la lesión encontrada, confiere información relevante respecto al riesgo de resangrado, lo que hace posible tomar decisiones en cuanto al destino de los pacientes posterior al procedimiento.

En un paciente grave con hematemesis activa y requerimientos de transfusión, se sugiere realizar la EDA de forma emergente. Si bien es cierto

que se necesita de estabilidad hemodinámica para realizar el procedimiento de forma segura, la inestabilidad al ingreso del paciente no es contraindicación para activar al equipo de endoscopia y realizar la preparación del procedimiento mientras se instauran las medidas de reanimación, reversión de anticoagulación y protección de vía aérea. En muchas ocasiones, es la intervención endoscópica el procedimiento clave que consolida la estabilización hemodinámica de manera definitiva. Estudios en que se comparó morbilidad vinculada al procedimiento, en pacientes con hematocritos $>30\%$ y $<30\%$ e INR <3 y normales, no se encontró asociación entre estas variables y riesgo de resangrado o mortalidad (31).

En consecuencia, no se requiere de rangos normales de hemoglobina ni de INR para su ejecución, y la corrección de estos parámetros, de ser necesarios, puede hacerse simultáneamente al procedimiento.

En pacientes inicialmente graves que mejoraron tras medidas iniciales o graves se recomienda realizar la VEDA dentro de las primeras 24 h y dentro de las primeras 12 horas en pacientes con elevado riesgo de resangrado.

Variables que han probado tener un valor pronóstico e identifican al grupo de pacientes de alto riesgo de requerir transfusión o intervención endoscópica o quirúrgica incluyen taquicardia persistente, hipotensión, hematemesis, aspirado hemático en SNG, shock index alterado.

Un estudio que definió a pacientes de alto riesgo como score de Glasgow – Blatchford >12 , encontró un beneficio en mortalidad si la EDA se realizaba antes de las primeras 13 h (32).

En ciertas ocasiones, cuando restos hemáticos no permiten la visualización, identificación o tratamiento adecuado de la lesión causante o la lesión tiene alto riesgo de resangrado, se recomienda repetir la endoscopia en las próximas horas. Sin embargo, esta estrategia no es recomendada en forma rutinaria (31).

El tratamiento endoscópico de la Lesión de Dieulafoy logra hemostasia en la mayoría de los pacientes, con bajas tasas de complicaciones y recidiva. Se han empleado diversas técnicas endoscópicas: inyección de adrenalina (IA) y otras sustancias esclerosantes, coagulación con sondas de calor o argón y

técnicas de índole mecánica como la ligadura endoscópica con bandas (LEB) o la aplicación de hemoclips.

Todas las modalidades de tratamiento endoscópico permiten conseguir tasas de hemostasia inicial por encima de 70%, con tasas de recidiva hemorrágica generalmente menores de 10% (12).

2.1.11.5. Inhibidores de bomba de protones

Los antagonistas de la bomba H^+/K^+ ATPasa de las células parietales gástricas (IBP) fueron desarrollados en un inicio para tratar la enfermedad ulcerosa péptica. Hoy en día son consideradamente utilizados en el contexto de HDA independientemente de la etiología inicial sospechada. Varios meta-análisis han evaluado su empleo en HDA donde existía la evidencia de ulcera péptica en la EDA, dando a conocer que no existe una utilidad en la reducción de la mortalidad, pero si en la reducción del resangrado (NNT 15), necesidad de cirugía (NNT 32) y necesidad de repetir la VEDA (NNT 10).

Sin embargo, no hubo evidencia que demuestre mejores resultados en HDA indiferenciada. La recomendación actual es iniciar el manejo en todo paciente con HDA, independiente de la etiología sospechada y suspenderla en caso que la etiología no sea péptica. Se recomienda usar 80 mg de omeprazol en bolo y luego continuar con una infusión continua de 8 mg/h por 72 h.

Un meta-análisis del 2014 demostró que el uso de IBP de forma esporádica (40 mg c/6 h) no es inferior a la estrategia de infusión continua en pacientes tratados por ulcera de alto riesgo (Long et al., 2015), 40-80 mg c/12 h demostró beneficios similares. La ranitidina, que es frecuentemente utilizada en nuestro medio para el manejo sintomático del síndrome ulceroso, no demostró ser útil en esta patología dada su incapacidad para mantener el pH gástrico alcalino por más de 72 h (32, 23).

2.1.11.6. Prokinéticos

En algunas ocasiones, la endoscopia no logra revelar el sitio de hemorragia, la mayoría de veces por la presencia de sangre y coágulos en el estómago. Varios estudios buscaron demostrar la utilidad del uso de prokinéticos como la eritromicina para incrementar el vaciamiento gástrico y así mejorar la visualización en los casos de hemorragia severa o activa. Un meta-análisis de 558 pacientes demostró que el uso de 250 mg de eritromicina 30 a 120 minutos previo a la EDA mejora la visualización de la mucosa (OR 3,43, 95%IC 1,81- 6,50; $p < 0.01$) y disminuye la necesidad de una segunda EDA (OR 0,47, 95%IC 0,26-0,83; $p = 0,01$). La metoclopramida ha sido menos estudiada y se sugiere tener precaución al momento de usarla por su asociación a efectos adversos neurológicos (33).

2.1.11.7. Análogos de somatostatina

El beneficio de medicamentos como el octreotido se basa en la disminución del flujo sanguíneo esplácnico por contrarregulación de hormonas gástricas, la disminución de la presión portal y, por consiguiente, la reducción de la cantidad de sangrado en el contexto de varices esofágicas y gástricas, aunque también podría existir beneficio en sangrado no variceal. Un meta-análisis comparó pacientes que recibieron análogos de somatostatina más VEDA con VEDA sola. La terapia combinada tuvo mayor tasa de hemostasia precoz (NNT 8) y mayor hemostasia a 5 días (NNT 5), lo que podría traducirse en menor necesidad de reintervención o productos sanguíneos. Con todo, no se encontró beneficio en cuanto a la mortalidad (32, 33).

2.1.11.8. Ácido tranexámico

El ácido tranexámico es un antifibrinolítico que ejerce su acción inhibiendo la conversión del plasminógeno en plasmina. En relación al trauma, se ha demostrado que esta característica tendría un efecto benéfico en disminuir el riesgo de mortalidad en pacientes con la necesidad de transfusión masiva,

dentro de las primeras horas de evolución. No obstante, su uso en HDA todavía es controversial.

Un meta-análisis de la colaboración Cochrane encontró que existiría beneficio en disminuir mortalidad (RR 0,66, IC 95% 0,47- 0,93), pero no en relación a menor sangrado, necesidad de cirugía o requerimientos de transfusión respecto a placebo. Cuando se consideraron solo los estudios con uso de IBP o endoscopia, desapareció el efecto benéfico. Esto conlleva a que muchos no recomienden el uso de ácido tranexámico en estos pacientes dado que el uso de estas otras intervenciones es el estándar de cuidado. Sin embargo, cabe mencionar que los estudios incluidos en esta revisión tenían varias fallas metodológicas, tales como el sesgo de selección y la falta de una adecuada randomización, además de no poseer una suficiente cantidad de pacientes para poder detectar un efecto de manejo confiable.

Se ha llevado a cabo un estudio que reclutó 12000 pacientes, donde buscaban responder la pregunta del uso de ácido tranexámico en HDA (Roberts et al., 2014), en el que afirmaron que debe considerarse su uso en casos donde otras intervenciones hayan fallado y donde continua el sangrado (33, 3).

2.1.11.9. Indicación de cirugía y radiología intervencional

El uso de tratamiento quirúrgico para el manejo de HDA se realizaba con más frecuencia en la pre VEDA e IBP, en la que se realizaban gastrectomías parciales y vagotomía en caso de ulcera péptica. Actualmente, es raramente necesaria en HDA (34).

Dentro de sus indicaciones se encuentra la HDA masiva la que hace imposible la visualización de la lesión sangrante en VEDA esto se da porque la acumulación de sangre es muy rápida y en los casos de sangrado incoercible por cáncer o tejido necrótico no permitiría el uso de ligadura o inyectoterapia.

Además, los pacientes en quienes se realiza cirugía por HDA incoercible suelen tener 3 veces mayor mortandad que el resto de pacientes. Por esta razón, se cree actualmente que estos casos podrían beneficiarse de procedimientos de radiología intervencional con el uso de angiografía. La

angiografía tiene la capacidad de localizar lesiones con pérdidas de hasta 0,5 ml/min con 100% de especificidad y su mejor indicación es en sangrados no variceales que pueden responder positivamente al tratamiento con vasopresina o embolización selectiva (34).

2.1.11.10. Indicación de cirugía y radiología intervencional

El uso de tratamiento quirúrgico para el manejo de HDA se realizaba con más frecuencia en la pre VEDA e IBP, en la que se realizaban gastrectomías parciales y vagotomía en caso de ulcera péptica. Actualmente, es raramente necesaria en HDA.

Dentro de sus indicaciones se encuentra la HDA masiva la que hace imposible la visualización de la lesión sangrante en VEDA esto se da porque la acumulación de sangre es muy rápida y en los casos de sangrado incoercible por cáncer o tejido necrótico no permitiría el uso de ligadura o inyectoterapia.

Además, los pacientes en quienes se realiza cirugía por HDA incoercible suelen tener 3 veces mayor mortandad que el resto de pacientes. Por esta razón, se cree actualmente que estos casos podrían beneficiarse de procedimientos de radiología intervencional con el uso de angiografía. La angiografía tiene la capacidad de localizar lesiones con pérdidas de hasta 0,5 ml/min con 100% de especificidad y su mejor indicación es en sangrados no variceales que pueden responder positivamente al tratamiento con vasopresina o embolización selectiva (34).

2.1.11.11. Consideraciones en sangrado de causa variceal

2.1.11.11.1. Vasopresores

A lo largo del tiempo se encuentra más evidencia de que el empleo concomitante de drogas vasoactivas tiene una alta mejoría con el control del sangrado de origen variceal y asimismo reduce la tasa de resangrado a los 5 días. Dependiendo del centro hospitalario y del

nivel de atención, el uso de drogas como la somatostatina, octreotido, terlipresina o vasopresina pueden llegar a ser de gran utilidad.

La vasopresina tiene efecto vasoconstrictor en la circulación esplácica, disminuyendo la presión portal. Por consiguiente, en pacientes con hemorragia de causa variceal (venoso) la vasopresina sería teóricamente beneficioso. No obstante, el beneficio es casi nulo en cuanto a disminuir el resangrado y por lo tanto no mejoraría la sobrevida. Además, dentro de sus efectos secundarios puede ocasionar isquemia miocárdica, por lo que en la actualidad no se sugiere adicionarlo en el manejo del sangrado variceal.

La terlipresina, en cambio, es un análogo sintético de la vasopresina con una vida media más larga y con menos efectos adversos. Es el único vasoactivo que ha demostrado beneficio en cuanto a mortalidad en estudios clínicos randomizados y meta-análisis. Una revisión Cochrane demostró reducción significativa de mortalidad por cualquier causa (RR 0,66, IC 95% 0,49-0,88). Su administración consiste en dosis de 2 mg cada 4 h endovenoso durante las primeras 48 h y luego 1 mg cada 4 h por los siguientes 3 días, sin embargo, esta dosificación puede cambiar según protocolos locales y/o nacionales. Cabe precisar que la terlipresina esta frecuentemente asociado a efectos adversos cardiovasculares que otros vasopresores (isquemia cardiaca o de extremidades, arritmias, falla cardiaca, muerte súbita). De igual forma, es necesario monitorizar los niveles de sodio plasmático ya que también produce hiponatremia (35).

2.1.11.11.2. Antibióticos

Los pacientes con antecedente de enfermedad hepática crónica que cursan con HDA tienen mayor riesgo de translocación bacteriana y posterior infección, principalmente peritonitis bacteriana espontanea (PBE). Es más, aproximadamente la tercera parte de los pacientes que ingresan por HDA desarrollan algún tipo de infección durante los primeros 7 días de hospitalización. Una revisión Cochrane demostró que el uso de antibioticoterapia profiláctica al ingreso en pacientes

cirróticos con HDA trae beneficio en cuanto a la mortandad. Se confirmó una reducción importante en la incidencia de neumonía, PBE, bacteremia e infección del tracto urinario. No obstante, la calidad metodológica de los artículos de la revisión genera desconfianza en cuanto a que el beneficio en la mortalidad sea tan importante.

Ahora bien, teniendo en cuenta la capacidad de disminuir la incidencia de infección y baja frecuencia de efectos adversos, se sugiere el uso de antibióticos. La ceftriaxona, en dosis de 1g IV en 24 horas sugiere ser más efectivo a comparación del uso de norfloxacin (36).

2.1.11.11.3. Taponamiento con balón y stent esofágico

En casos de HDA que no se autolimita o de difícil contención de etiología variceal el tratamiento de elección es el uso de la sonda de Sengstaken-Blakemore. Este dispositivo está indicado cuando el paciente presenta inestabilidad hemodinámica a pesar de otras medidas y la VEDA no puede realizarse inmediatamente, inclusive puede utilizarse antes que la VEDA o TIPS, es por ello que su uso también es considerado como terapia de rescate.

La sonda de Sengstaken-Blakemor consta de un balón esofágico y otro gástrico, con la capacidad, en teoría, de comprimir varices sangrantes a nivel del esófago distal, unión gastroesofágica y porción periesofágica del cardias. Sin embargo, se asocia a complicaciones como neumonía aspirativa, rotura esofágica y necrosis por presión. Debemos tener en cuenta que el uso de la sonda nunca debe ser usado en pacientes conscientes y sin protección de la vía aérea ya que para ser efectivo es necesario una tracción constante de más o menos 1 kilogramo.

En caso de disponibilidad, se puede utilizar un stent esofágico autoexpandible, el cual tiene una eficacia similar al balón, y con ventaja de menos efectos adversos (37).

Cabe recalcar que este método requiere ingreso en unidad de cuidados intermedios y/o críticos, es por ello que solo se recomienda usarlo cuando la hemorragia no se autolimita o no existe disponibilidad de tratamiento quirúrgico o endoscópico; frente a ello se debe preferir la ligadura endoscópica y la escleroterapia (51).



3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Locales:

Título: “Factores asociados al desarrollo de Hemorragia Digestiva alta no Variceal en Pacientes Hospitalizados en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017”

Autor: Puma Laura, Cesar Augusto.

Resumen: El objetivo del estudio fue identificar los factores que se asocian a los tipos de hemorragia digestiva alta no variceal según diagnóstico endoscópico. De acuerdo al score de Glasgow Blatchford, los pacientes en mayor frecuencia presentaron un riesgo alto en un 87% ($p=0.027$), la escala de Forrest que más se asoció a los tipos de HDANV fue Forrest III en un 25% ($p=0,000$) y el diagnóstico endoscópico más frecuente fue el de úlcera duodenal en un 46%. Se concluyó que los factores personales (como la edad avanzada, el sexo masculino; los factores patológicos, los antecedentes patológicos y enfermedad hepática) se asocian a los tipos de hemorragia digestiva alta no variceal; mientras que factores de pronóstico (como la gravedad de la hemorragia, el score de Glasgow Blatchford y la escala de Forrest) se asocian a los tipos de hemorragia digestiva alta no variceal según diagnóstico endoscópico (52).

Título: “Comparación entre escala Blatchford modificada y escala clínica de Rockall en la predicción de necesidad de terapia endoscópica en hemorragia digestiva alta por úlcera péptica Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo. Arequipa 2014-2015”

Autor: Gutiérrez Myrick, Paul Renato

Resumen: El objetivo del presente estudio fue realizar una comparación entre las escalas Blatchford modificada y escala clínica de Rockall en la predicción de necesidad de terapia endoscópica en pacientes con hemorragia digestiva alta por úlcera péptica. Se incluyeron 119 casos de los cuales 109 casos (91.6%) y 107 casos (89.92%) fueron identificados, respectivamente, por las escalas Blatchford modificada y escala clínica de Rockall, como de necesidad de terapia endoscópica; Según los hallazgos de la endoscopia digestiva alta realizada, 93 casos (78.15%)

necesitaban terapia endoscópica. De este número de casos, 86 (92.47%) fueron identificados por la escala Blatchford modificada y 81 (87.10%) identificados por la escala Clínica de Rockall. El valor predictivo positivo para la escala de Blatchford modificada fue de 78.90% y para la escala Clínica de Rockall 75.70%. El resultado de la prueba Z-normal fue $Z=1.11$ ($p>0.05$), no existiendo estadísticamente diferencias significativas entre las escalas comparadas. CONCLUSIONES: No existen diferencias significativas entre las escalas Blatchford modificada y clínica de Rockall en la predicción de necesidad de terapia endoscópica en hemorragia digestiva alta por úlcera péptica (53).

3.2. Nacionales:

Título: “Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, con alto y bajo riesgo de complicaciones atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomas, 2015-2016”

Autor: Duarte-Chang, Calixto; Beitia, Susan y Adames, Enrique.

Resumen: La escala de Glasgow-Blatchford (GBS) nos permite clasificar al paciente como riesgo alto o bajo de presentar complicaciones. En los pacientes identificados como "bajo riesgo", la realización de una endoscopia temprana, podría disminuir los días intrahospitalarios y en el coste global. En nuestro medio, desconocemos la utilidad de la escala de GBS. Se incluyeron prospectivamente 218 pacientes, y se les realizó en las primeras 24-48 h endoscopia urgente. Éstos se estratificaron, según la escala de GBS, en bajo riesgo ($GBS \leq 2$), y alto riesgo ($GBS \geq 3$). Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de la escala de GBS en nuestro medio basándonos en el requerimiento de tratamiento endoscópico, radiológico (embolización arterial), transfusión de hemoderivados y/o cirugía, como estándar de oro para clasificar a los pacientes en alto riesgo. Resultados: Se incluyó un total de 218 pacientes, con edad media de 56 ± 18 años, de los cuales 121/218 (55%) fueron varones. 156/218 precisaron intervención por lo que fueron clasificados como "alto riesgo" mientras 62/218 no precisaron y se clasificaron como "bajo riesgo". Un valor de corte de $GBS \leq 2$ mostró una sensibilidad del 98% con un VPN de 100%. La utilidad de la escala de GBS mostró un área bajo la curva ROC 0,83 (IC 95% 0,75-0,90). Conclusión: La

escala de GBS utilizada pacientes con HDA no variceal atendidos en el servicio de urgencias posee una validez diagnóstica adecuada para predecir la necesidad de intervención (48).

Título: “Evaluación de escalas de estratificación de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva alta en los hospitales del Cusco – 2020”

Autor: Cuno Huallpa, Edwin Bryan

Resumen: Se trata de un estudio cuantitativo de cohorte prospectivo, donde se utilizaron fichas de recolección de datos y para el análisis estadístico el sistema Microsoft Excel 2010 y SPSS versión 22.0. Resultados. De un total de 30 pacientes seleccionados. El sexo masculino fue el de mayor frecuencia siendo 19 pacientes de un total de 30, representando el 63,3%. La edad de presentación más frecuente estuvo entre 31 y 60 años con 17 pacientes (56,7%). La ulcera gástrica fue la etiología más frecuente (50%). La tasa de mortalidad fue de 16%, y del resangrado del 30%. El área bajo la curva fue de 0,944 para Rockall (IC 0,861 – 1,00) ($p < 0,05$), para AIMS65 fue de 0,980 (IC 0,932 – 1,00) ($p < 0,05$) y para Blatchford Glasgow fue de 0,868 (IC 0,738 – 0,998) ($p > 0,05$) con respecto a la mortalidad. Con respecto al resangrado fue de 0,931 para el AIMS65. Para la estancia hospitalaria fue de 0,624 y para transfusión de 0,762. Conclusiones: El score AIMS65 es similar en cuanto a la alta capacidad de predicción de mortalidad y resangrado que las escalas Rockall y Blatchford Glasgow, y demuestra utilidad para predecir estancia hospitalaria prolongada y necesidad de transfusión sanguínea (54).

Título: Utilidad de la Escala de Glasgow–Blatchford para identificar complicaciones en pacientes con hemorragia digestiva alta aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015 – 2019

Autor: Achachao Almerco, Jonathan Gustavo; Ruiz Eizaguirre, Andrea Yusseli

Resumen: el objetivo del estudio fue determinar la utilidad de la Escala de Glasgow–Blatchford para identificar riesgo de complicaciones en pacientes con hemorragia digestiva alta, siendo un estudio descriptivo de nivel correlacional, retrospectivo, y

correspondiente a prueba diagnóstica. Se revisaron 210 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta durante los años 2015 al 2019 encontrando como resultados: predominio de sexo masculino 52,4%, procedencia de la ciudad de Huancayo con un 67,1%. Los síntomas más frecuentes fueron la hematemesis, con un 63,8% y la Melena con un 41%. La hipertensión arterial se observó en un 72,8%, seguida de ICC con 11,9%; y enfermedad renal crónica con 3,8%. La causa principal de hemorragia digestiva fue ulcera péptica, especialmente la ulcera gástrica en un 27,8%. La complicación más común fue el resangrado durante la hospitalización observándose en un 27,1 %, seguido del requerimiento de transfusión de paquetes globulares en 24,8% de pacientes. El 11% de pacientes tuvieron necesidad de ser intervenidos quirúrgicamente y el 9% fallecieron. El puntaje de Glasgow Blatchford elevado se asoció con el desarrollo de las cuatro complicaciones estudiadas: posibilidad de resangrado, necesidad de transfusión, necesidad de intervención quirúrgica y mortalidad. Ningún paciente con puntaje de Glasgow Blatchford menor a cinco unidades desarrollo estas complicaciones. La disminución de la presión diastólica se asoció con el riesgo de resangrado y la necesidad de transfusión, así como la mortalidad. La urea se asoció solamente con el riesgo de mortalidad y resangrado. El puntaje de Glasgow Blatchford mayor de 4 se asoció con riesgo de complicaciones en los pacientes con hemorragia digestiva alta. Su especificidad fue baja para predecir mortalidad y su rendimiento como prueba diagnóstica fue inferior a la reportada en la literatura, debido a una menor precisión de sus componentes: hemoglobina y presión arterial sistólica (54).

3.3. Internacionales:

Título: “Capacidad predictiva de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en un servicio de urgencias”

Autor: Recio-Ramírez JM, Sánchez-Sánchez MP, Peña-Ojeda JA, Fernández-Romero E, Aguilera-Peña M, del-Campo-Molina E, Zambrana-García JL

Resumen: el objetivo del estudio fue evaluar la capacidad del sistema de puntuación Glasgow Blatchford (GBS) para identificar la necesidad de realizar una endoscopia digestiva alta urgente (EDA) en pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA). Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes que acudieron a Urgencias con sospecha de HDA durante un año. Los pacientes se dividieron en dos categorías, de alto (> 2) y de bajo riesgo (≤ 2), utilizando la puntuación GBS. Resultados: un total de 60 pacientes fueron incluidos. De estos, 46 fueron clasificados como de “alto riesgo” (> 2) y 14 de “bajo riesgo” (≤ 2). Las características de los pacientes del grupo de bajo riesgo fueron: edad media: $46,6 \pm 13,7$ (18-88) años. Varones/mujeres: 7/7. La endoscopia urgente mostró: EDA normal (50%); esofagitis (21,4%); gastritis (14,2%); síndrome Mallory-Weiss (7,1%) y varices sin sangrado (7,1%). Las características de los pacientes del grupo de alto riesgo fueron: edad media: $68,7 \pm 19,8$ (31- 91) años. Varones/mujeres: 30/16. La endoscopia digestiva alta mostró: úlcera gástrica/duodenal (56,52%); EDA normal (17,39%); esofagitis (8,69%); gastritis (8,69%); angioectasia (4,34%) y varices con sangrado (4,34%). Los pacientes con bajo riesgo no presentaron en la endoscopia urgente lesiones que precisaran de tratamiento durante la misma, objetivándose una sensibilidad de la escala GBS para detectar HDA de alto riesgo del 100% (IC 95%: 86,27%, 99,71%) y una especificidad del 48,28% (IC 95%: 29,89, 67,1%). Conclusiones: la escala GBS parece identificar con precisión los pacientes con HDA de bajo riesgo, que pueden ser manejados de forma ambulatoria, realizándose la endoscopia digestiva alta de forma diferida en consultas externas (37).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar la correlación clínica de la clasificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en la escala de Glasgow-Blatchford y los hallazgos en endoscopia alta en pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche – Arequipa, abril 2020 - abril 2021.

4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar los marcadores de riesgo según la escala de Glasgow-Blatchford en los pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche – Arequipa, abril 2020 - abril 2021.
2. Señalar los hallazgos en la endoscopia alta en pacientes con HDA del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, abril 2020 - abril 2021.
3. Precisar el cuadro clínico en los pacientes con HDA del servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche – Arequipa, abril 2020 - abril 2021.
4. Describir la presentación de hemorragia digestiva según el aspecto sociodemográfico en los pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche – Arequipa, abril 2020 - abril 2021.

5. HIPÓTESIS

Dado que la aplicación del score predictivo de la escala de Glasgow-Blatchford basado solo en variables clínicas y de laboratorio ha demostrado ser una herramienta útil en la clasificación de riesgo en hemorragia digestiva alta, es probable que los hallazgos realizados en la endoscopia alta se correlacionen con el puntaje otorgado por este score en los pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche – Arequipa, abril 2020 - abril 2021.



CAPITULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

6.1. Técnicas

Se utilizó la observación documental.

6.2. Instrumento

El instrumento que se aplicó en el presente estudio fue la Ficha de recolección de datos, la misma que fue elaborada por nosotras, incluyendo la escala de Glasgow - Blatchford, en base a la revisión de la literatura y según las variables del estudio.

6.3. Estructura del instrumento

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES	INSTRUMENTO	ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO
Sociodemográficas	Edad	18-27 años 28-37 38-47 48-57 58-67 >67	Ficha de recolección de datos	1.1
	Sexo	M-F		1.2
	Estado civil	Soltero Casado Conviviente Viudo		1.3
	Ocupación	Obrero Empleado Profesional Independiente		1.4
Escala de Glasgow-Blatchford	<i>Urea plasmática (mg/dl)</i> □ 38 < 47 > 47 < 58 > 58 < 147 > 147	2 3 4 6		2.1
	<i>Hemoglobina (g/dl). Varones</i> 12.0 < 13.0 10.0 < 12.0 < 10.0	1 3 6		2.2.1
	<i>Hemoglobina (g/dl). Mujeres</i>			2.2.2

	10.0 < 12.0	1	
	< 10.0	6	
	<i>Tensión arterial sistólica (mmHg)</i>		2.3
	100-109	1	
	90-99	2	
	< 90	3	
	Pulso 100 lpm	1	2.4
	Presentación con melenas	1	2.5
	Presentación con síncope	2	2.6
	Enfermedad hepática previa	2	2.7
	Fallo cardiaco	2	2.8
Hallazgos en la endoscopia digestiva alta	Normal	SI/NO	3.1
	Úlcera gástrica		3.2
	Úlcera duodenal		3.3
	Gastritis		3.4
	Esofagitis		3.5
	Varices		3.6
	Sd. Mallory-Weiss		3.7
	Angioectasia		3.8
Cuadro clínico	Hematemesis	SI/NO	4.1
	Melena		4.2
	Anemia		4.3
	Hematoquecia		4.4
	Síncope		4.5
	Tipo de hemorragia:		4.6
	Leve		4.6.1
	Moderada		4.6.2
	Severa		4.6.3

6.4. MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

- Ficha de recolección de datos
- Impresión del instrumento
- Hojas Bond, material de escritorio
- Laptop
- Sistema Operativo Windows 2010

7. CAMPO DE VERIFICACIÓN

7.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en la ciudad de Arequipa, en el Hospital III Goyeneche, en el Servicio de Gastroenterología.

7.2. Ubicación temporal

El análisis tuvo una recolección de datos de los pacientes atendidos durante el período de abril del año 2020 al mes de abril del 2021.

7.3. Unidades de estudio

El universo está conformado por todos los pacientes que acudieron a los consultorios externos y hospitalización, con el diagnóstico de HDA, del servicio de Gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, 2020 – 2021.

7.3.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Paciente con diagnóstico definido de hemorragia digestiva alta.
- Historias clínicas que tengan todos los datos necesarios para la evaluación de las variables.

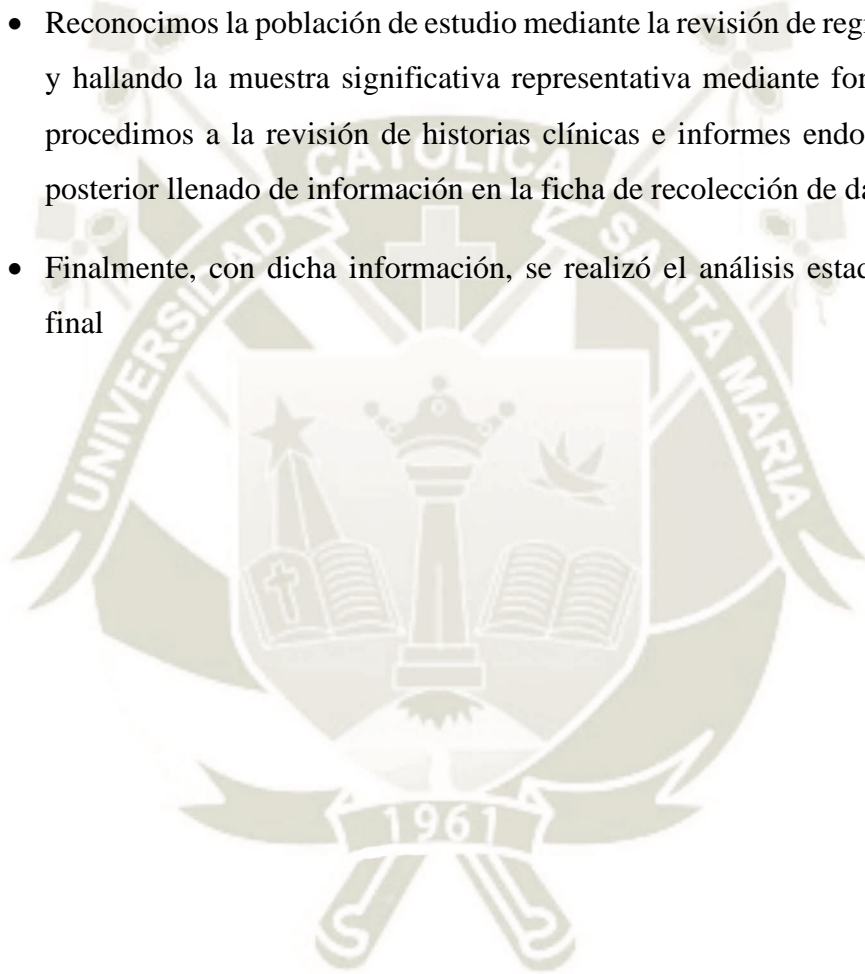
7.3.2. Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que se encuentren incompletas.
- Pacientes con diagnóstico diferente de hemorragia digestiva alta.
- Ausencia de datos confirmatorios del diagnóstico en la historia clínica.
- Pacientes menores de 18 años.

8. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

8.1. Organización

- Posterior a la aprobación del proyecto de tesis por los jurados dictaminadores, se solicitó carta de presentación al Decano de la Facultad de Medicina Humana, con el fin de solicitar la autorización respectiva al director del Hospital y jefe de Servicio de Gastroenterología para desarrollar el estudio.
- Reconocimos la población de estudio mediante la revisión de registros de ingresos y hallando la muestra significativa representativa mediante formula respectiva, procedimos a la revisión de historias clínicas e informes endoscópicos para su posterior llenado de información en la ficha de recolección de datos.
- Finalmente, con dicha información, se realizó el análisis estadístico e informe final



9. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Abril 2021	Mayo 2021	Mayo 2021	Junio 2021
Búsqueda de bibliografía	X			
Plan de tesis	X			
Aprobación del Plan de tesis		X		
Ejecución e Informe final			X	X





CAPITULO III
RESULTADOS

TABLA 1.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON HDA

Sociodemográficas	N.º	%
Edad		
18-27	4	3,81
28-37	5	4,76
38-47	13	12,38
48-57	24	22,86
58-67	20	19,05
>67	39	37,14
Sexo		
Femenino	39	37,14
Masculino	66	62,86
Estado civil		
Casado	40	38,10
Conviviente	35	33,33
Soltero	15	14,29
Viudo	15	14,29
Ocupación		
Empleado	29	27,62
Independiente	40	38,10
Obrero	18	17,14
Profesional	18	17,14
TOTAL	105	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La Tabla N.º 1 muestra que el 37.14% de pacientes se encontraban dentro los mayores de 67 años, El grupo etario entre 48 y 67 años, representa el 41.91%, entre 18 a 47 años representa el 20.95%; asimismo el sexo predominante es el masculino con el 62.86%, seguido del sexo femenino con el 37.14%; el estado civil: casado muestra el 38.10%, seguido de conviviente con el 33.33%; y la ocupación: independiente muestra un 38.10%, seguido de empleado con el 27.62%.

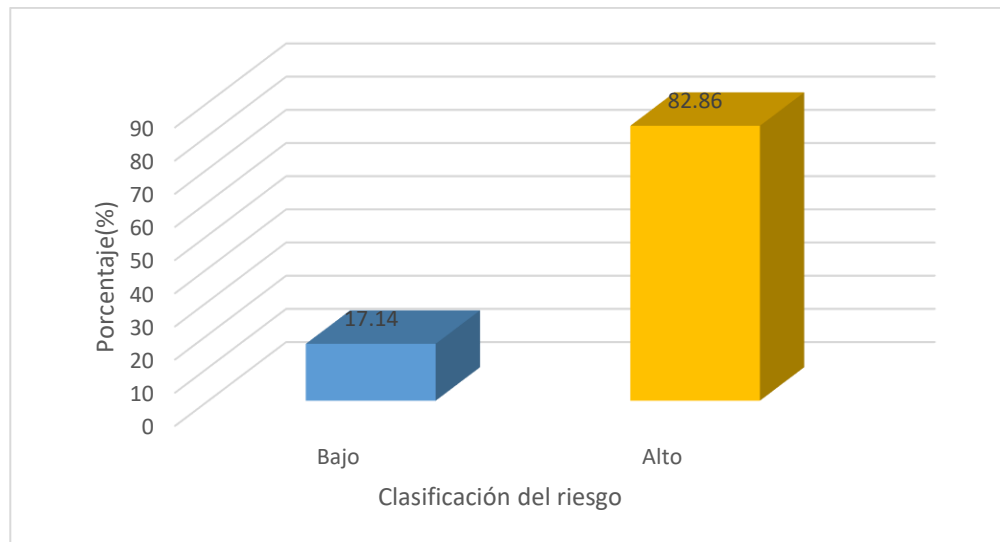
TABLA 2.
**CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN
LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD EN PACIENTES CON HDA**

Riesgo	N.º	%
Bajo	18	17,14
Alto	87	82,86
TOTAL	105	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La *Tabla N.º. 2* muestra que el 82.86% de pacientes presentan riesgo alto de hemorragia digestiva alta en la escala de Glasgow-. Blatchford, mientras que solo el 17.14% de los pacientes presentan riesgo bajo.

GRAFICO 2.
**CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN
LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD EN PACIENTES CON HDA**



Fuente: Elaboración propia

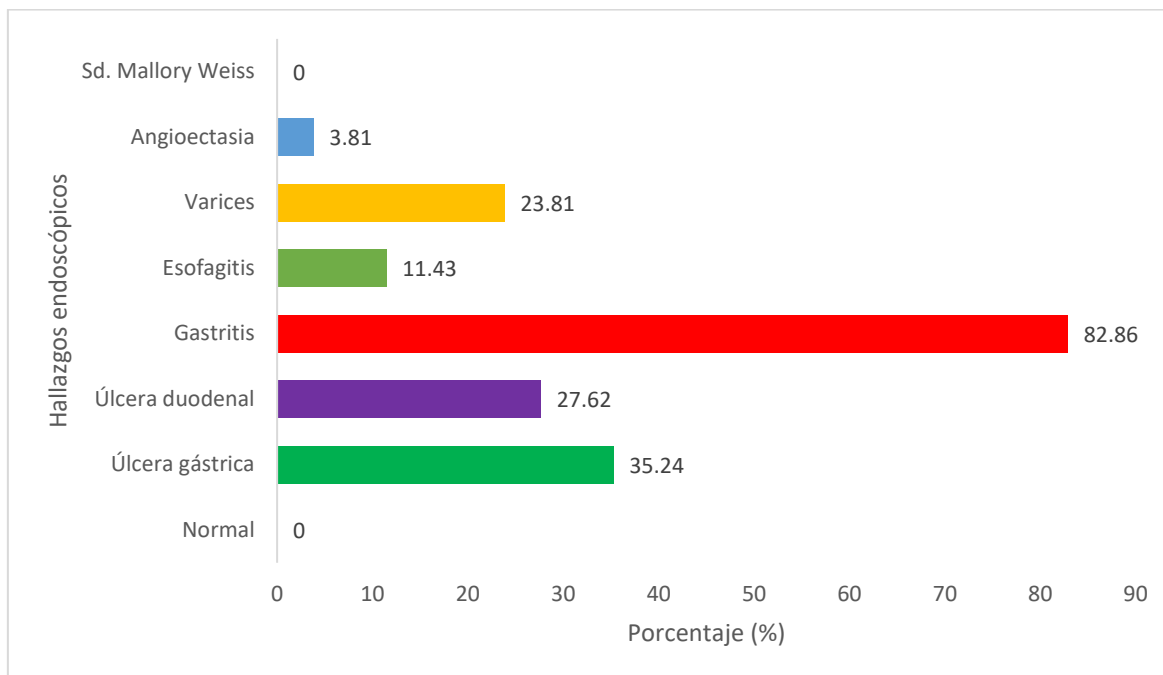
TABLA 3.
HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES CON HDA

Hallazgos	Nº.	%
Normal	0	0,00
Úlcera gástrica	37	35,24
Úlcera duodenal	28	27,62
Gastritis	87	82,86
Esofagitis	12	11,43
Varices	25	23,81
Angioectasia	4	3,81
Sd. Mallory Weiss	0	0,00

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La *Tabla N°. 3* muestra que el 82.86% de pacientes presentan gastritis, seguido del 35.24% de pacientes con úlcera gástrica, el 26.67% presentan úlcera duodenal, el 23.81% tienen varices, y finalmente el resto de hallazgos representan el 15.24%.

GRÁFICO 3.
HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



Fuente: Elaboración propia

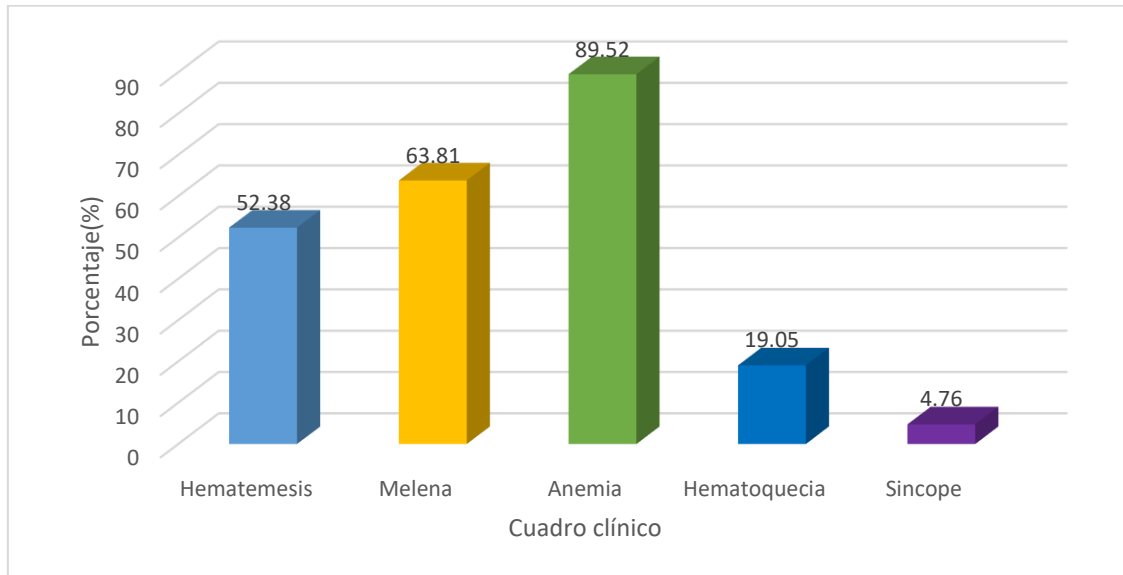
TABLA 4.
CUADRO CLÍNICO EN LOS PACIENTES CON HDA

Cuadro clínico	N°.	%
Hematemesis	55	52,38
Melena	67	63,81
Anemia	94	89,52
Hematoquecia	20	19,05
Sincope	5	4,76

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La *Tabla N°. 4* muestra que el 89.52% de pacientes tienen anemia, seguido del 63.81% de pacientes con melena, el 52.38% tienen hematemesis, el 19.05% tienen hematoquecia, mientras que el 4.76% presentan sincope.

GRÁFICO 4.
CUADRO CLÍNICO EN LOS PACIENTES CON HDA



Fuente: Elaboración propia

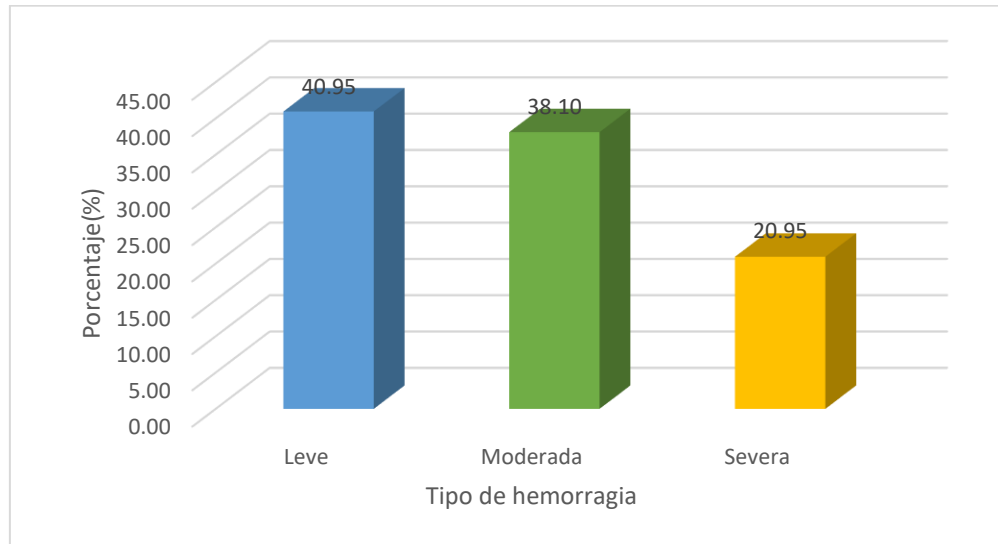
TABLA 5.
TIPO DE HEMORRAGIA EN PACIENTES CON HDA

Tipo de hemorragia	N°.	%
Leve	43	40,95
Moderada	40	38,10
Severa	22	20,95
TOTAL	105	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La *Tabla N°. 5* muestra que el 40.95% de pacientes presentaron hemorragia leve, seguido del 38.10% con hemorragia moderada, mientras que el 20.95% de pacientes tienen hemorragia severa.

GRÁFICO 5.
TIPO DE HEMORRAGIA EN PACIENTES CON HDA



Fuente: Elaboración propia



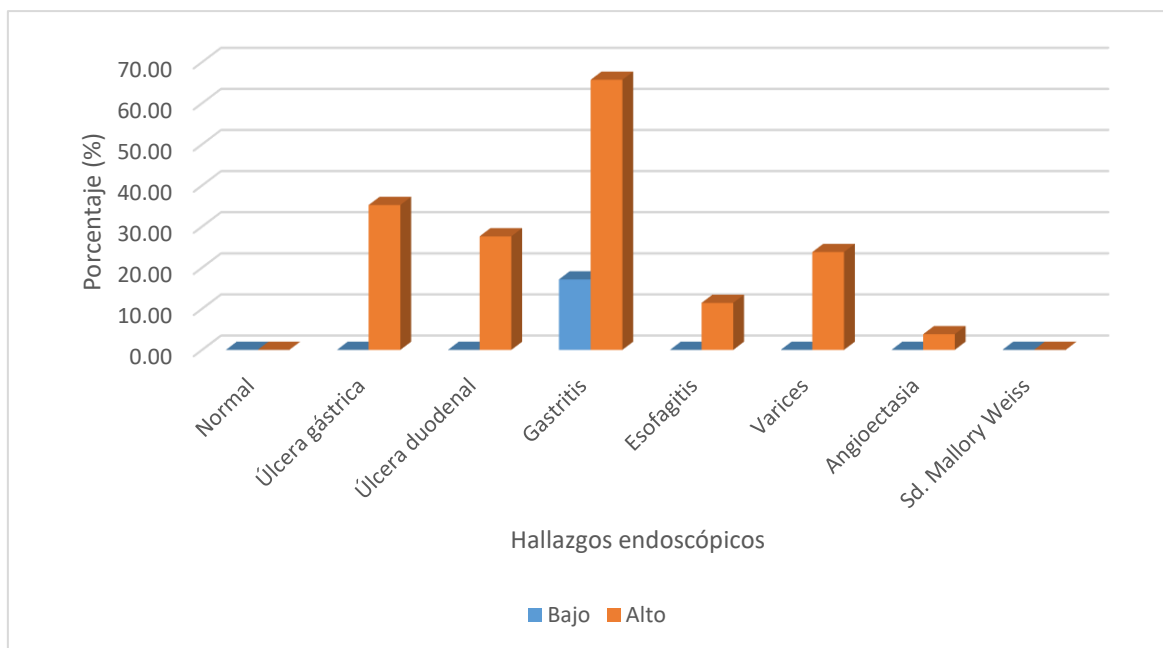
TABLA 6.
**RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LOS
HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES CON HDA**

	Riesgo Glasgow				TOTAL	
	Bajo		Alto		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Normal	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Úlcera gástrica	0	0,00	37	35,24	37	35,24
Úlcera duodenal	0	0,00	29	27,62	29	27,62
Gastritis	18	17,14	69	65,71	87	82,86
Esofagitis	0	0,00	12	11,43	12	11,43
Varices	0	0,00	25	23,81	25	23,81
Angioectasia	0	0,00	4	3,81	4	3,81
Sd. Mallory Weiss	0	00	0	00	0	00
TOTAL	18	17,14	86	82,86	105	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La *Tabla N.º. 6* muestra que el 65.71% de pacientes con riesgo alto presentan gastritis, el 35.24% de pacientes con riesgo alto presentan úlcera gástrica, riesgo alto con úlcera duodenal en 27.62%, riesgo alto con varices en 23.81%, riesgo alto con la presentación de angioectasia en 3.81%; asimismo muestra que 17.14% presentan riesgo bajo con gastritis. Asimismo no se encontraron pacientes con informe endoscópico normal ni hallazgo de síndrome de Mallory Weiss.

GRÁFICO 6.
**RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LOS
HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES CON HDA**



Fuente: Elaboración propia

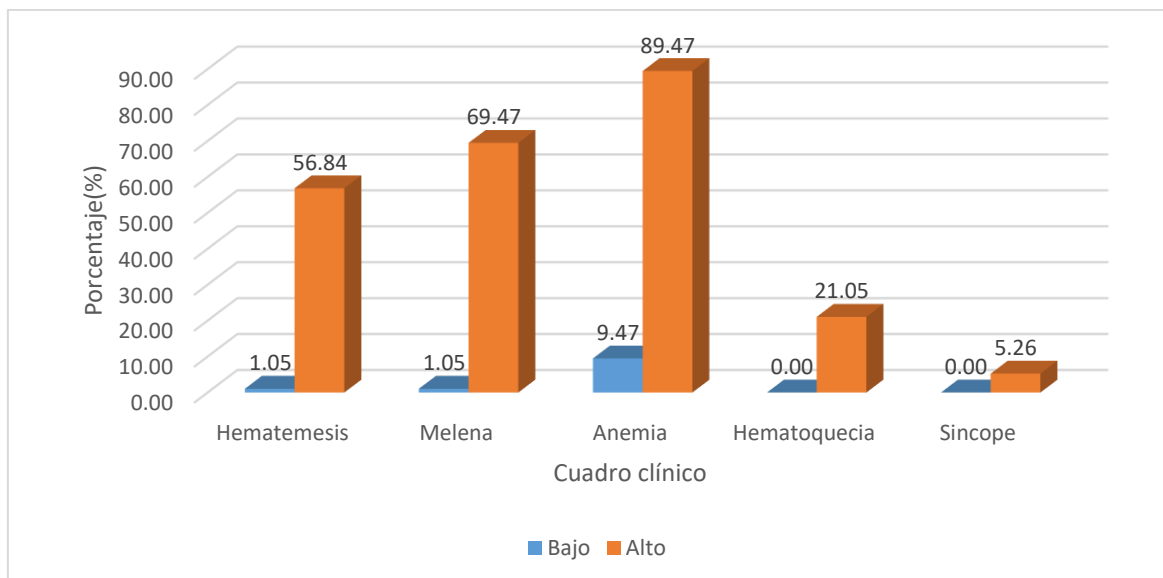
TABLA 7.
**RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y CUADRO
CLÍNICO EN PACIENTES CON HDA**

Cuadro clínico	Riesgo Glasgow				TOTAL	
	Bajo		Alto		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Hematemesis	1	1,05	54	56,84	55	57,89
Melena	1	1,05	66	69,47	67	70,53
Anemia	9	9,47	85	89,47	94	98,95
Hematoquecia	0	0,00	20	21,05	20	21,05
Sincope	0	0,00	5	5,26	5	5,26
TOTAL	10	11,57	85	82,86	95	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La *Tabla N.º. 7* muestra que el 89.47% de pacientes con riesgo alto tienen anemia, seguido del 69.47% de pacientes con alto riesgo que presentan melena, riesgo alto con presencia de hematemesis en 56.84%, riesgo alto con hematoquecia en 21.05%; mientras muestra que el 9.47% presenta riesgo bajo con anemia.

GRAFICO 7. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y CUADRO CLÍNICO EN PACIENTES CON HDA



Fuente: Elaboración propia

TABLA 8.
**RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LA EDAD
DE LOS PACIENTES CON HDA**

Edad	Riesgo Glasgow				TOTAL	
	Bajo		Alto		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
18-27 años	1	0,95	3	2,86	4	3,81
28-37 años	2	1,90	3	2,86	5	4,76
38-47 años	5	4,76	8	7,62	13	12,38
48-57 años	3	2,86	21	20,00	24	22,86
58-67 años	4	3,81	16	15,24	20	19,05
>67 años	3	2,86	36	34,29	39	37,14
TOTAL	18	17,14	86	82,86	105	100

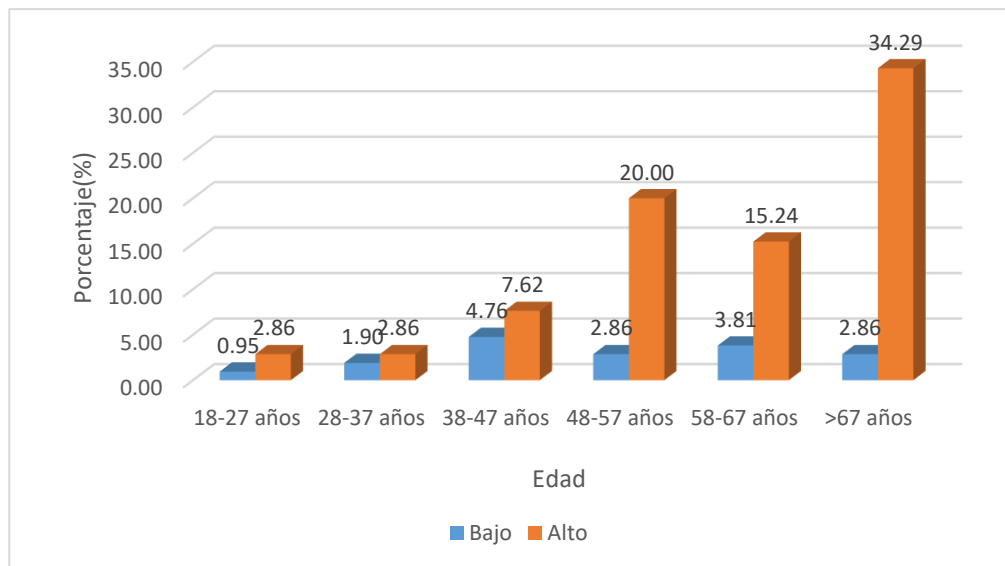
$X^2=9.10$ $P>0.05$ $P=0.10$

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La Tabla N.º. 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.10$) muestra que el riesgo y la edad no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 34.29% de pacientes con riesgo alto son mayores de 67 años, y riesgo alto en 35.24% entre 48 a 67 años; asimismo riesgo bajo en 11.43% entre 38 a 67 años.

GRÁFICO 8. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LA EDAD DE LOS PACIENTES CON HDA



Fuente: Elaboración propia

TABLA 9.
**RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW - BLATCHFORD Y EL
SEXO DE LOS PACIENTES CON HDA**

Sexo	Riesgo Glasgow				TOTAL	
	Bajo		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Femenino	8	7,62	31	29,52	39	37,14
Masculino	10	9,52	56	53,33	66	62,86
TOTAL	18	17,14	86	82,86	105	100

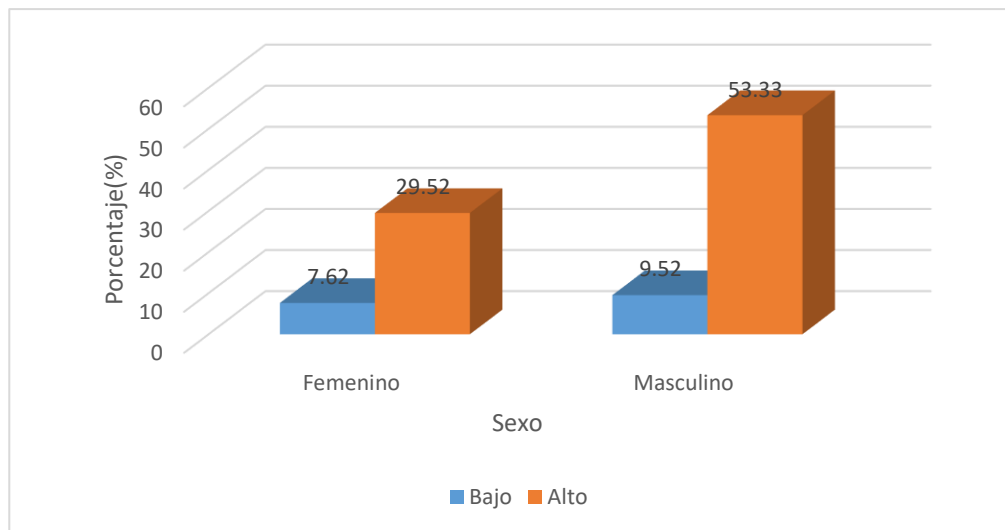
$X^2=0.94$ $P>0.05$ $P=0.48$

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La *Tabla N°. 9* según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.94$) muestra que el riesgo y el sexo no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 53.33% de pacientes de sexo masculino presentan riesgo alto, y el 9.52% presenta riesgo bajo, mientras que el 7.62% de pacientes sexo femenino presentan riesgo bajo, y el 29.52% presentan riesgo bajo.

**GRÁFICO 9. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW -
BLATCHFORD Y EL SEXO DE LOS PACIENTES CON HDA**



Fuente: Elaboración propia

TABLA 10.
**RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW – BLATCHFORD Y EL
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON HDA**

Estado civil	Riesgo Glasgow				TOTAL	
	Bajo		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Casada	7	6,67	33	31,43	40	38,10
Conviviente	6	5,71	29	27,62	35	33,33
Soltera	4	3,81	11	10,48	15	14,29
Viuda	1	0,95	14	13,33	15	14,29
TOTAL	18	17,14	86	82,86	105	100

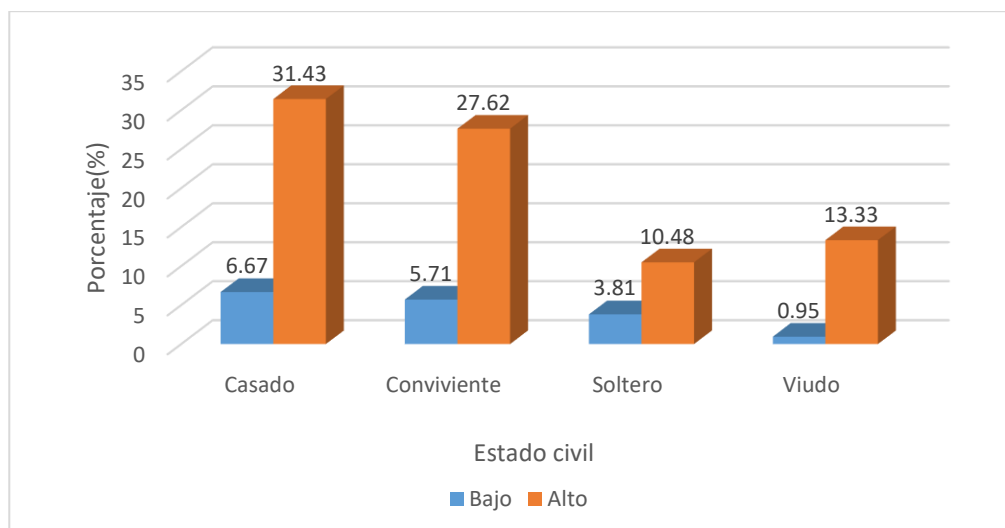
$X^2=2.12$ $P>0.05$ $P=0.54$

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La *Tabla N°. 10* según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.12$) muestra que el riesgo y el estado civil no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 31.43% de pacientes con riesgo alto son casados, con riesgo alto y convivientes se observaron 27.62%; con riesgo bajo entre casado, conviviente, y soltero se observaron 17.14%.

GRÁFICO 10. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW – BLATCHFORD Y EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON HDA



Fuente: Elaboración propia

TABLA 11.

RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON HDA

Ocupación	Riesgo Glasgow				TOTAL	
	Bajo		Alto		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
Empleado	3	2,86	26	24,76	29	27,62
Independiente	7	6,67	33	31,43	40	38,10
Obrero	3	2,86	15	14,29	18	17,14
Profesional	5	4,76	13	12,38	18	17,14
TOTAL	18	17,14	86	82,86	105	100

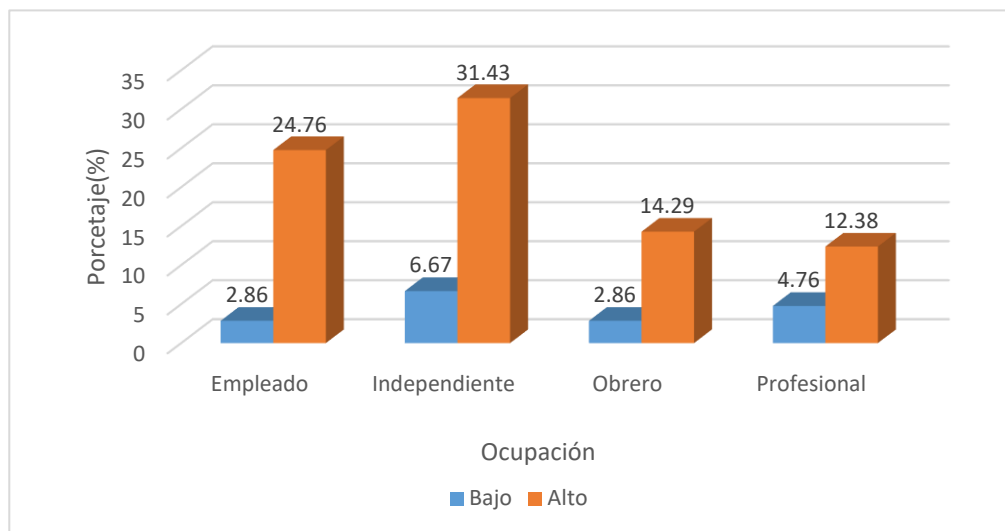
$X^2=2.38$ $P>0.05$ $P=0.49$

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La *Tabla N°. 11* según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.38$) muestra que el riesgo y la ocupación no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 31.43% de pacientes con riesgo alto son trabajadores independientes, con riesgo alto y empleados son 24.76%; con riesgo bajo e independientes 6,67%, con riesgo bajo y profesionales 4.76%

GRÁFICO 11. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON HDA



Fuente: Elaboración propia



TABLA 12.

RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y EL TIPO DE HEMORRAGIA EN LOS PACIENTES CON HDA

Tipo de hemorragia	Riesgo Glasgow				TOTAL	
	Bajo		Alto		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
Leve	18	17,14	25	23,81	43	40,95
Moderada	0	0,00	40	38,10	40	38,10
Severa	0	0,00	22	20,95	22	20,95
TOTAL	18	17,14	86	82,86	105	100

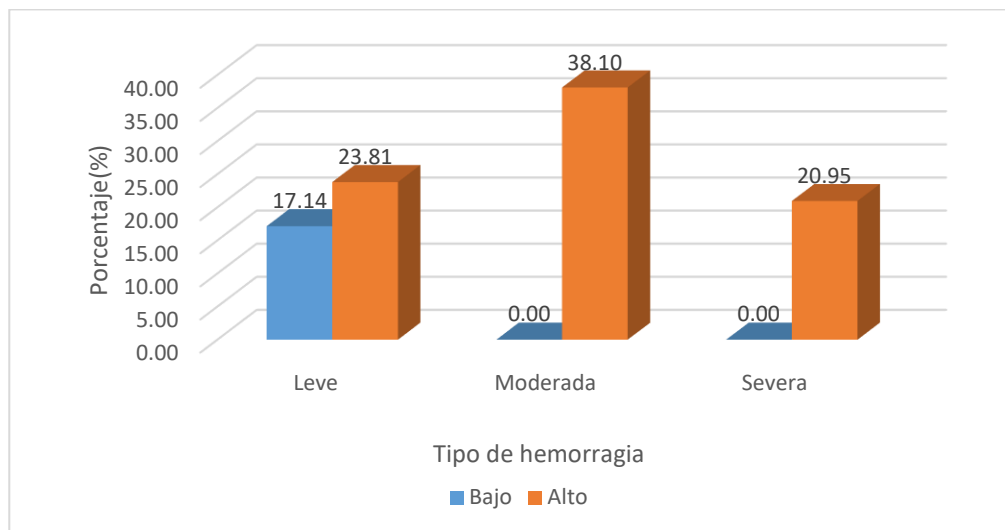
$X^2=31.32$ $P<0.05$ $P=0.00$

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La *Tabla N°. 12* según la prueba de chi cuadrado ($X^2=31.32$) muestra que el riesgo y el tipo de hemorragia si presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 38.10% de pacientes con riesgo alto presentaron hemorragia moderada, con riesgo alto presentaron hemorragia leve el 23.81%, con riesgo alto presentaron hemorragia severa el 20.95%; mientras que con riesgo bajo presentaron hemorragia leve el 17.14%.

GRAFICO 12. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y EL TIPO DE HEMORRAGIA EN LOS PACIENTES CON HDA



Fuente: Elaboración propia



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La hemorragia digestiva alta es una entidad común a nivel mundial, se acompaña de un alto consumo de recursos, y en la gran mayoría de casos que se acompañaban de descompensación de una enfermedad preexistente.

En un estudio, la enfermedad ulcero péptica fue la causa más común de HDA y tras un análisis estadístico se concluyó que la hemorragia intrahospitalaria y la presencia de comorbilidades estaban asociadas a una mayor mortalidad, con aproximadamente un 9,5% en este estudio (49).

Sabemos que una endoscopia temprana, tras la estabilización del paciente, no sólo ofrece un diagnóstico sino en algunos casos un tratamiento hemostático definitivo.

Existen distintas escalas que nos permiten estratificar el riesgo de los pacientes con HDA que acuden al servicio de urgencias, entre ellas, una de las más utilizadas son la escala de Glasgow- Blatchford (GBS) descrita por primera vez en el año 2000, que utiliza parámetros clínicos y analíticos que nos permiten clasificar al paciente como riesgo alto o bajo de presentar complicaciones, esto permitiría gestionar un manejo ambulatorio precoz del grupo clasificado como bajo riesgo, lo cual reduciría la exposición del paciente a las infecciones nosocomiales, endoscopias innecesarias, ingresos no justificados, así como disminución del coste global (48).

Creemos que la aplicación sistemática de la escala de GBS podría lograr significativamente una disminución en la realización de endoscopias digestivas altas no justificadas, la utilización de recursos e ingresos hospitalarios injustificados logrando disminuir el elevado costo que esta postura pudiese conllevar.

Nuestra intención con este estudio, consistió en correlacionar la clínica de la clasificación de riesgo de hemorragia digestiva alta en la escala de GBS y los hallazgos endoscópicos; esto a su vez nos permitió demostrar la utilidad de dicha escala en nuestro medio, y de esta forma, proporcionar las bases para estudios a futuro que valoren el impacto de la implementación de la escala de GBS.

En el presente trabajo la edad de las unidades de estudio vario entre 18 a 91 años; el mayor porcentaje, 37.14% de casos, estuvieron entre los mayores de 67 años. El grupo etario entre 48 y 57 años represento el 22.86% del total. La edad promedio de las unidades de estudio fue de 60.1 años. El sexo de las unidades de estudio tuvo como mayor porcentaje el

masculino con un valor de 62.86%. Los pacientes con estado civil Casados tuvo predominancia con un 38.10%. En cuanto a la ocupación, la de mayor predominancia fue la independiente con 38.10%. (*Tabla N.º 1*).

La HDA es una entidad que se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores, no existen estudios que correlacionan otro tipo de variables sociodemográficas, la mayoría de las veces las personas con ocupación independiente tienden a tener un nivel de educación limitado por lo que suelen automedicarse pudiendo desencadenar la patología, como, por ejemplo, el uso continuo e indiscriminado de AINES.

No se sabe la correlación exacta con el estado civil ya que no hay estudios previos con respecto a estas variables.

Se presenta en ambos sexos de manera similar, con una leve tendencia a ser mayor en los varones; sin embargo, los desencadenantes que precipitan esta patología se presentan de igual manera en ambos sexos por lo que no se puede asegurar que haya un incremento significativo del sexo masculino sobre el femenino en cuanto a la frecuencia de esta enfermedad.

En un estudio realizado en el 2015 la población estuvo conformada por el grupo etario más representado que fue el de 60 años a más con un total de 40 pacientes para un 66,7%; de estos casos, 29 correspondieron a los hombres (61,7%) y 11 a las féminas (84,6%), en orden de frecuencia, pero ya distante, le siguió el grupo de 40 a 49 años con 7 pacientes para un 11,7%, distribuidos en 6 masculinos (12,8%) y sólo 1 femenino (7,7%); población en cuanto a edad similar al nuestro (50).

En nuestras unidades de estudio, el 82.86% de pacientes se clasificaron como alto riesgo en cuanto a presentar complicaciones, mientras que el 17.14% presentaron bajo riesgo mediante la utilización de la escala de Glasgow-. Blatchford. (*Tabla y Gráfico N.º 2*).

Reed planteó como objetivo de un estudio, evaluar la puntuación de Blatchford para la correcta identificación de los pacientes con hemorragia de origen variceal y no variceal probada como alto riesgo y bajo riesgo; en dicho estudio se contó con un total de 1.432 pacientes, el 5% tuvieron un diagnóstico final de hemorragia digestiva alta con alto riesgo, ninguno de este grupo tenía Blatchford menos de 2, el estudio concluye que la puntuación de Blatchford identifica correctamente a los pacientes con HDA de alto y bajo riesgo, que en comparación con lo encontrado en nuestro estudio en el cual se pudo identificar el riesgo

alto mayor o igual a 3 y riesgo bajo menor e igual de dos, encontrando predominancia del alto riesgo sobre el bajo riesgo (38).

En el presente estudio la causa más frecuente de hemorragia encontrada en los pacientes del Servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche fue la presencia de gastritis con un 82.86%, Otras causas de sangrado digestivo alto, que motivaron el ingreso al Servicio de Gastroenterología con HDA en la población estudiada fueron sangrado por úlcera gástrica con 35.24%, seguido de la úlcera duodenal con 27.62%, el 23.81% tienen várices, esofagitis 11.43%, mientras que el 3.81% tienen angioectasia. (*Tabla y Gráfico N.º 3*).

En comparación con un estudio realizado por Ichiyanagui en la revisión epidemiológica de las causas de hemorragia digestiva en el HNERM en el 2006 donde la causa de hemorragia más frecuente fue la úlcera péptica con 44.3 % (39).

Sin embargo, cabe resaltar que la mayoría de los pacientes con gastritis contaba con otra patología asociada, pudiendo es este caso colocar a la úlcera péptica como principal causa de hemorragia digestiva; lo cual cumpliría con trabajos publicados anteriormente tanto en series nacionales como internacionales, aunque es posible que la alta prevalencia de helicobacter pylori sea el factor de riesgo que determine este resultado en la población estudiada (40).

Sung habla sobre la hemorragia digestiva alta (HDA), en especial de úlcera péptica, como una de las causas más importantes de la hospitalización y mortalidad en todo el mundo. En Asia, con alta prevalencia de la infección por Helicobacter pylori, una diferencia de potencial en el metabolismo de fármacos, y diferencia en el tratamiento clínico de la HDA debido a entornos socioeconómicos variables, se considera necesario volver a examinar el consenso sobre la hemorragia digestiva alta no varicosa con énfasis en los datos generados a partir de la región. El grupo de trabajo, que incluía a expertos de 12 países de Asia, recomienda el uso de la puntuación Blatchford para la selección de los pacientes (41).

En cuanto al cuadro clínico se observa la presencia mayoritaria de anemia con un 89.52%, seguido de melena con el 63.81%, el 52.38% tienen hematemesis, el 19.05% tienen hematoquecia, mientras que el 4.76% presentan síncope. Cabe mencionar, que no se consideró la clasificación de anemia. (*Tabla y Gráfico N.º 4*).

Srygley afirmó que los médicos deben clasificar los riesgos de los pacientes con hemorragia digestiva alta, para realizar esto, tuvo como objetivo identificar las características clínicas,

donde varios factores clínicos aumentan la probabilidad de que un paciente tenga HDA grave, incluyendo el nivel de hemoglobina inferior a 8 g / dl (rango LR , 4.5 a 6.2), la presencia de melena (rango LR, 5.1 a 5.9), presencia de hematemesis (LR, 9,6; IC del 95%, 4,0-23,0), llegando a la conclusión que de los pacientes con diagnóstico clínico agudo de HDA, el 36% (IC del 95%, 29% -44%) tuvo una hemorragia severa lo que aumentó la probabilidad de una HDA grave que requiere una intervención urgente, condiciones que según los resultados de nuestro estudio nos llevan a deducir que la presentación de estos síntomas está relacionado con hemorragia digestiva alta (42).

En la clasificación del sangrado de la HDA los pacientes presentaron mayoritariamente una hemorragia leve en 40.95% de los casos, seguidos de hemorragia moderada en 38.10% y por último hemorragia severa en 20.95%; datos que se enmarcan de la cantidad de sangre perdida. (*Tabla y Gráfico N.º 5*). Aunque la prevalencia reside en la hemorragia leve, debemos remarcar que la hemorragia severa presenta un porcentaje importante, lo cual constata con los datos brindados por diferentes estudios.

La relación entre la clasificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta de la escala de Glasgow-Blatchford y los hallazgos en endoscopia alta muestra que el 82.86% del total de la muestra presentan riesgo alto en el score de Glasgow-Blatchford, de los cuales, el 65.71% de pacientes con riesgo alto tienen gastritis, poniendo en 2do lugar a la úlcera péptica con 35.24%. Como ya se hizo mención anteriormente, esta aparente alteración de la causa principal en cuanto frecuencia es debido a los pacientes con gastritis contaba con otra patología asociada. Los pacientes que presentaron únicamente gastritis como hallazgo endoscópico en su totalidad tuvieron un riesgo bajo en la escala de GB, es curioso mencionar que además de los hallazgos endoscópicos contemplados en las variables se haya observado la presencia de otras patologías de origen digestivo asociadas, como neoplasias. No se encontró ninguna endoscopia normal, lo cual nos indicaría un adecuado uso de este procedimiento. (*Tabla y Gráfico N.º 6*).

En un estudio realizado por Lahiff, se hizo un análisis donde incluyó pacientes con HDA todos se sometieron a una endoscopia digestiva alta. Un total de 21% de los pacientes presentó várices sangrantes, esto se tradujo en mayores puntuaciones de riesgo ($P < 0,0001$) y peores resultados clínicos (resangrado $P = 0,004$) (43).

En el estudio de Sung, expertos de 12 países de Asia recomiendan el uso del score de Glasgow - Blatchford para la selección de los pacientes que requirieran una intervención endoscópica; esto permitió el alta temprana de los pacientes de bajo riesgo (41).

La *Tabla N°. 7* muestra que el 89.47% de pacientes del Servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa con riesgo alto tienen anemia, seguido del 69.47% de pacientes con alto riesgo que presentan melena, hematemesis con riesgo alto en 56.84%, hematoquecia con riesgo alto en 21.05%; y en riesgo bajo la anemia tuvo predominancia con 9.47%.

La puntuación de Blatchford ha sido probada como herramienta útil para predecir la presencia de lesiones de alto riesgo de sangrado, tanto en los casos de sangrado en las cuales clínicamente se presente anemia, melena, hematemesis, hematoquecia; en nuestro estudio las puntuaciones más altas se aprecian en los pacientes con lesión de alto riesgo, al calcularse las medias de los puntajes obtenidos entre el grupo con lesión de alto riesgo con el grupo sin lesión de alto riesgo, esto nos lleva a considerar que las puntuaciones más altas son útiles para predecir la presencia de una lesión de alto riesgo.

Aunque se observa que la mayoría de los pacientes con riesgo alto tienen más de 67 años, con un porcentaje de 34.29%, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.10$) muestra que el riesgo y la edad no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo, se observa riesgo bajo prioritariamente entre 38 a 47 años.

Sin embargo, se ha visto que la incidencia y la gravedad del cuadro de HDA aumenta con la edad, donde la mortalidad general en pacientes hospitalizados llega al 14 % y solo por ser de origen no variceal llega al 4 %, teniendo en cuenta que la cuarta parte de los pacientes con várices pueden fallecer en su primer episodio de sangrado, entonces se podía afirmar que un paciente anciano, tiene la mortalidad más alta (25%) (37, 45, 46).

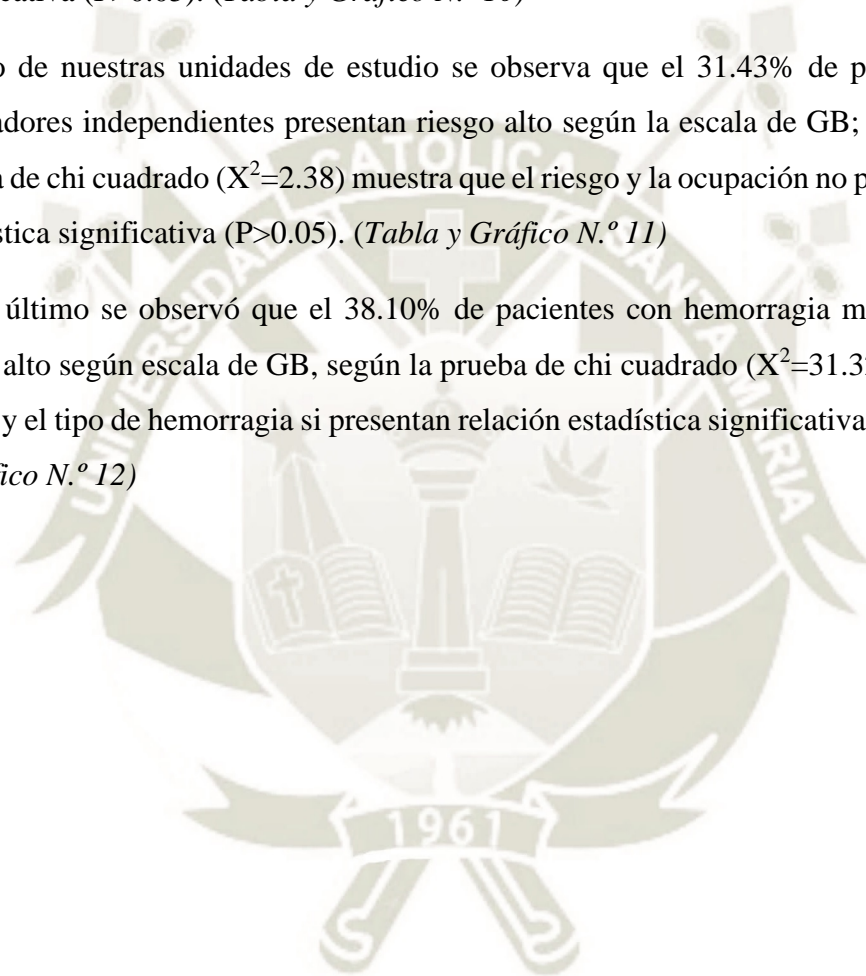
En la *Tabla y Gráfico N°. 9* se observa que el 53.33% de pacientes con riesgo alto son de sexo masculino, y 28.52% de sexo femenino. En cuanto al riesgo bajo el 9.52% son de sexo masculino, mientras que el 7.62% son de sexo femenino. No obstante, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.94$) muestra que el riesgo y el sexo no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

De igual manera, en la unidad de hemorragia digestiva del HNERM se ha reportado que es más frecuente en varones (relación masculino: femenino es 1,7: 1), sin embargo, en el Perú existen muy pocos datos estadísticos formales (45).

En cuanto a el estado civil, se observa que el 31.43% de casados presenta riesgo alto en la escala de GB, seguido de los convivientes con 27.62%. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.12$) muestra que el riesgo y el estado civil no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$). (*Tabla y Gráfico N.º 10*)

Dentro de nuestras unidades de estudio se observa que el 31.43% de pacientes que son trabajadores independientes presentan riesgo alto según la escala de GB; aun así, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.38$) muestra que el riesgo y la ocupación no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$). (*Tabla y Gráfico N.º 11*)

Y por último se observó que el 38.10% de pacientes con hemorragia moderada presenta riesgo alto según escala de GB, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=31.32$) muestra que el riesgo y el tipo de hemorragia si presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). (*Tabla y Gráfico N.º 12*)



CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe correlación clínica entre la clasificación de riesgo y los hallazgos en endoscopia alta, es por ello que el uso de la escala de Glasgow-Batchford debería ser considerado especialmente en los servicios de urgencia y sobre todo para el médico general, ya que ayuda a predecir certeramente que pacientes presentan lesión de alto riesgo con parámetros clínicos y laboratoriales, orientando a la posibilidad de tratamiento ambulatorio o la necesidad de tratamiento endoscópico. Sin embargo no se encontró correlación en cuanto a las variables sociodemográficas.

SEGUNDA: El porcentaje de los pacientes del Servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, entre el periodo de abril 2020 – abril 2021 que presentaron alto riesgo de hemorragia digestiva alta según los marcadores de riesgo de la escala de Glasgow- Blatchford fue de 82.86%, mientras que el 17.14% de los pacientes presentaron bajo riesgo.

TERCERA: El porcentaje de los pacientes del Servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, entre el periodo de abril 2020 – abril 2021 que presentaron gastritis con alto riesgo fue de 65.71%; de los pacientes que presentaron úlcera gástrica con alto riesgo fue de 35.24%, de los pacientes que presentaron úlcera duodenal con alto riesgo fue de 27.62%, el resto de hallazgos endoscópicos suman un 39.09%.

CUARTA: El porcentaje de los pacientes del Servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, entre el periodo de abril 2020 – abril 2021 en cuanto a la relación con alto riesgo en la escala de Glasgow-Blatchford que presentaron anemia fue de 89.47%, de pacientes que presentaron melena fue de 69.47%, de pacientes que presentaron hematemesis fue de 56.84%.

QUINTA: El porcentaje de los pacientes del Servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, entre el periodo de abril 2020 – abril 2021 con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en cuanto a la edad fue de 37.14% en mayores de 67 años; en cuanto al sexo, el sexo masculino fue de 41.91%; de la variable estado civil, en los casados fue de 62.86%; convivientes fue de 71.43%; y en cuanto a la ocupación, la independiente fue de 38.10%.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Recomendamos el uso de la escala de Glasgow - Blatchford como medida inicial en los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta, principalmente en centros de primer nivel y/o en servicio de emergencia de centros con mayor complejidad; ya que así se podría predecir que pacientes presentan lesión de alto riesgo de complicaciones y decidir continuar con un tratamiento ambulatorio o referir en el menor tiempo por si existe la necesidad de tratamiento endoscópico.

SEGUNDA: Aunque los resultados son similares a otras investigaciones recomendamos se deba realizar estudios de índole prospectivo para corroborar nuestros resultados.

TERCERA: Sería importante que este tipo de estudios deban extenderse hacia otras variables en el manejo de la hemorragia digestiva, como decisión de manejo ambulatorio, requerimiento transfusional, estancia hospitalaria y mortalidad, además de investigar las características de la población que generen puntuaciones más altas que en otros estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DeLaney M, Greene CJ. Emergency Department Evaluation And Management Of Patients With Upper Gastrointestinal Bleeding. *Emerg Med Pract.* 2015 Apr;17(4):1-18.
2. Galindo F; Hemorragia digestiva. *Cirugía Digestiva, SACD*, 2009; I-126, pág. 1-19.
3. Chuecas Jofre J, Torres T, Cabezas G, Lara Hernández B. Hemorragia digestiva alta. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas.* 2019; 44(3):24-34.
4. Laine L. Upper Gastrointestinal Bleeding Due to a Peptic Ulcer. *New England Journal of Medicine.*2016;374(24):2357-2376
5. Chandra S, Hess E, Agarwal D, Nestler D, Montori V, Wong L, Song L et al. External Validation of the Glasgow-Blatchford Bleeding Score and the Rockall Score in the US Setting. *The American Journal of Emergency Medicine.*2012;30(5):673-679.
6. Stanley A, Ashley A, Dalton R, Mowat C, Gaya R, Thompson E et al. Outpatient Management of Patients with Low-Risk Upper-Gastrointestinal Haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *The Lancet.* 2009;373(9657):42-47.
7. Siau K, Champan W, Sharma N, Tripathi D, Iqbal T., Bhala N. Management of acute upper gastrointestinal bleeding: an update for the general physician. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh.* 2018;47(3):218-230.
8. Villanueva C., García J., Hervás A. Hemorragia gastrointestinal. Sección II-Síndromes relevantes en hepato-gastroenterología. *Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología.* (s.f) 55-85
9. Alharbi A, Almadi M, Barkun A, Martel M. The REASON investigators. Predictors of a Variceal Source among Patients Presenting with Upper Gastrointestinal Bleeding. *Canadian Journal of Gastroenterology.*2012;26(4):187-192.
10. Trawick E. Management of non-variceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: Controversies and areas of uncertainty. *World Journal of Gastroenterology.* 2012;18(11):1159
11. Kim H. Endoscopic Management of Mallory- Weiss Tearing. *Clinical Endoscopy.* 2015; 48(2):102.
12. Ibáñez A, Castro E, Fernández E, Baltar R, Vázquez S, Ulla J et al. Aspectos clínicos y tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva por lesión de Dieulafoy. *Revista Española de Enfermedades Digestivas.* 2007;99(9).

13. Garg S, Anugwom C, Campbell J, Wadhwa V, Gupta N, Lopez R et al. Early esophagogastroduodenoscopy is associated with better Outcomes in upper gastrointestinal bleeding: a nationwide study. *Endoscopy International Open*. 2017;05(05):E376-E386.
14. Nable J, Graham A. Gastrointestinal Bleeding. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2016;34(2):309-25.
15. Udell J, Wang C, Tinmouth J, Fitzgerald J, Ayas N, Simel D et al. Does This Patient With Liver Disease Have Cirrhosis?. *JAMA*. 2012;307(8):832
16. Walls R, Hockberger R, Gausche-Hill M, Bakes K, Baren J, Erickson T et al. *Rosen's Emergency Medicine*. Philadelphia, Pa: Elseiver; 2018.
17. Kim J, Kim B. Training in Endoscopy: Esophagogastroduodenoscopy. *Clinical Endoscopy*. 2017;50(4):318-321.
18. Sebghatollahi V, Ghomi K, Tamizifar B, Minakari M, Khodadoustan M. The Relationship between the Time of Endoscopy and Morbidity and Mortality Rates in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding. *Advanced Biomedical Research*. 2017;6: 81.
19. Biecker E. Diagnosis and therapy of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics*. 2015;6(4):172.
20. Fitzpatrick J, Bhat R, Young J. Angiographic Embolization Is an Effective Treatment of Severe Hemorrhage in Pancreatitis. *Pancreas*. 2014;43(3):436-439.
21. Nanavati S. What if Endoscopic Hemostasis Fails?. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2014;43(4):739-752.
22. Banshodani M, Kawanishi H, Moriishi M, Shintaku S, Sato T, Tsuchiya S. Intra-arterial Treatment for Massive Subcutaneous Hemorrhage in Hemodialysis Patients. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 2013;n/a-n/a.
23. Lau J, Barkun A, Fan D, Kuipers E, Yang Y, Chan F. Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. *The Lancet*. 2013; 381(9882): 2033-2043.
24. Young P, Cotton B, Goodnough L. Massive Transfusion Protocols for Patients With Substantial Hemorrhage. *Transfusion Medicine Reviews*. 2011;25(4):293-303.
25. Heffner A, Swords D, Neale M, Jones A. Incidence and factors associated with cardiac arrest complicating emergency airway management. *Resuscitation* 2013;84(11):1500-1504.
26. Mihata R, Bonk J, Keville M. Resuscitation of the patient with massive upper gastrointestinal bleeding. *EM Critical Care*. 2013;3(2):1-12.
27. Odutayo A, Desborough M, Trivella M, Stanley A, Dorée C, Collins G et al. Restrictive versus liberal blood transfusion for gastrointestinal bleeding: a systematic review and

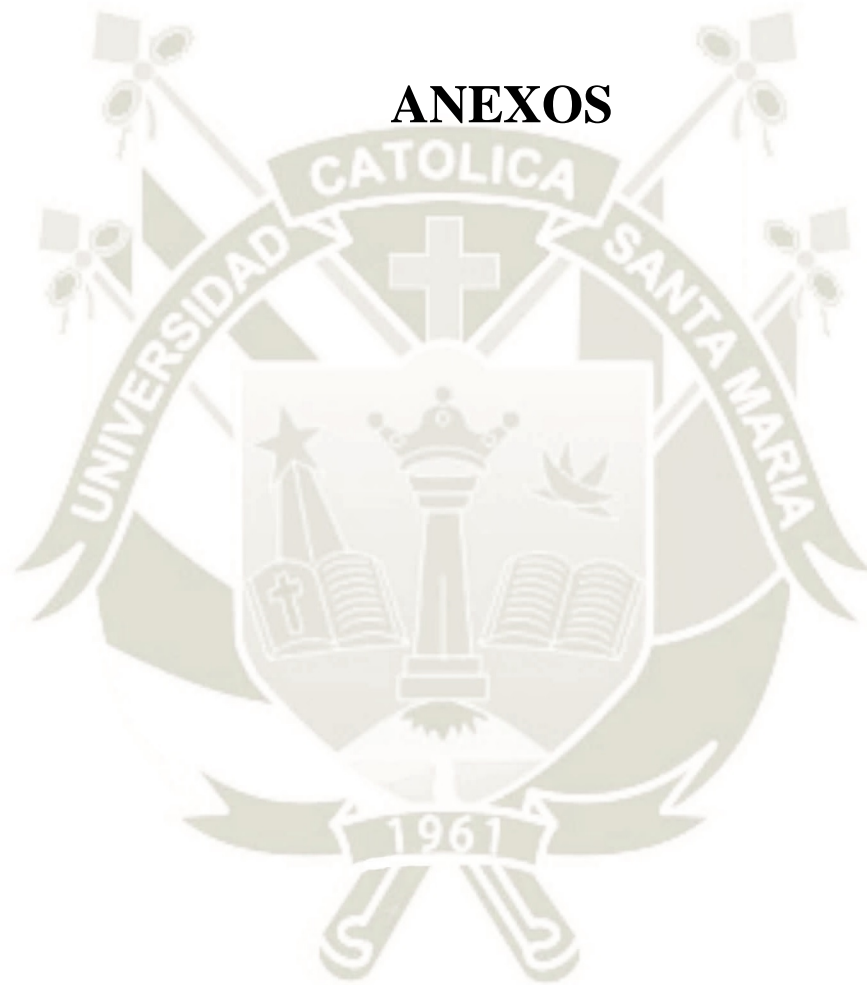
- meta-Analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2017;2(5):354-60.
28. Kravetz D, Bosch J, Arderiu M, Pizcueta M, Rodés J. Hemodynamic effects of blood volume restitution following a hemorrhage in rats with portal hypertension due to cirrhosis of the liver: Influence of the extent of portal-systemic shunting. *Hepatology* 1989;9(6):808-814.
 29. Cheung K, Leung W. Gastrointestinal bleeding in patients on novel oral anticoagulants: Risk, prevention and management. *World Journal of Gastroenterology*. 2017;23(11):1954.
 30. Wolf A, Wasan S, Saltzman J. Impact of Anticoagulation on Rebleeding Following Endoscopic Therapy for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *The American Journal of Gastroenterology*. 2007;102(2): 290-296.
 31. Lim L, Ho K, Chan Y, Teoh P, Khor C, Lim L et al. Urgent endoscopy is associated with lower mortality in high-Risk but not low-risk nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*. 2011;43(04):300-306.
 32. Gralnek I, Dumonceau J, Kuipers E, Lanas A, Sanders DS, Kurien M et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015; 47(10):a1-a46.
 33. Hearnshaw S, Logan R, Lowe D, Travis S, Murphy M, Palmer K. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK Audit. *Gut*. 2011;60(10):1327-1335.
 34. Cremers I, Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2014;7(5):206-216.
 35. Chavez-Tapia N, Barrientos-Gutierrez T, Tellez-Avila F, Soares-Weiser F, Uribe M. Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;.
 36. Hamoui N, Docherty, Crookes P. Gastrointestinal hemorrhage: Is the Surgeon Obsolete? *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2003;21(4):1017-1056.
 37. Recio-Ramírez J, Sánchez-Sánchez M, Peña-Ojeda J, Fernández-Romero E, Aguilera-Peña M, del-Campo-Molina E et al. The predictive capacity of the Glasgow-Blatchford score for the risk stratification of upper gastrointestinal bleeding in an emergency department [Internet]. Scielo.isciii.es.2021 [cited 29 May 2021]. Available from:


- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=s1130-01082015000500003&Ing=es&nrm=iso
38. Reed E, Dalton H, Blatchford O, Ashley D, Mowat C, Gaya D et al. Is the Glasgow Blatchford score useful in the risk assessment of patients presenting with variceal haemorrhage?. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2014;26(4):432-437.
 39. Ichiyanagui Rodríguez C. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva [Internet]. *Scielo.org.pe*. 2021 [cited 29 May 2021]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000300005&script=sci_abstract
 40. Rotondano G. Epidemiology and Diagnosis of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2014;43(4):643-663.
 41. Sung J, Chan F, Chen M, Ching J, Ho K, Kachintorn U et al. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gut*. 2011;60(9):1170-1177.
 42. Srygley F, Gerardo C, Tran T, Fisher D. Does This Patient Have a Severe Upper Gastrointestinal Bleed?. *JAMA*. 2012;307(10):1072.
 43. Lahiff C, Shields W, Cretu I, Mahmud N, McKiernan S, Norris S et al. Upper gastrointestinal bleeding. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2012;24(2):149-154.
 44. Loperfido S, Monica F, Maifreni L, Paccagnella A, Famà R, Dal Pos R et al. Bleeding peptic ulcer occurring in hospitalized patients. *Digestive Diseases and Sciences*. 1994;39(4):698-705.
 45. Contardo Zambrano C, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices [Internet]. *Scielo.org.pe*. 2021 [cited 29 May 2021]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300007
 46. Rauch Sánchez E. Utilidad de la puntuación de blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015 [Tesis para optar el título de especialista en Gastroenterología]. Lima: Universidad San Martin de Porres; 2015.
 47. Infante Velázquez M, Roselló Ortega R, Ramos Contreras J, García Vega M, Acosta González F, Rodríguez Álvarez D. Parámetros clínicos relacionados con la gravedad del episodio agudo de hemorragia digestiva alta no varicosa [Internet]. *Scielo.sld.cu*. 2021 [cited 29 May 2021]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000300002

48. Duarte-Chang C, Beitia S, Adames E. Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, con alto y bajo riesgo de complicaciones atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomas, 2015-2016 [Internet]. Scielo.org.pe. 2021 [cited 29 May 2021]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000200002&fbclid=IwAR19oyUPPWwlQktjJGR2zCtMmPNF4HZ_BRPDhmm-thHY9kNDwKBq1T2Dtyk
49. Corzo Maldonado M, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes E, Gallegos López R, Huerta Mercado-Tenorio J, Surco Ochoa Y et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control [Internet]. Scielo.org.pe. 2021 [cited 29 May 2021]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000300004
50. Rodríguez D, Rodríguez J, Espinosa E, Balado A, Díaz P, Lorenzo F. Evaluación de los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila [Internet]. Revmediciego.sld.cu. 2021 [cited 29 May 2021]. Available from: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/519/892>
51. Daza Toro P. Hemorragia Digestiva. Técnicas de hemostasia endoscopica [Internet]. Aeed.com. 2019 [cited 30 May 2021]. Available from: https://aeed.com/documentos/publicos/taller/Sesion_II_Hemostasia.pdf
52. Puma Laura, C., 2019. Factores asociados al desarrollo de Hemorragia Digestiva alta no Variceal en Pacientes Hospitalizados en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017. [online] Repositorio.uancv.edu.pe. Available at: <<http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/3109>> [Accessed 31 May 2021].
53. Cuno Huallpa, E., 2020. Evaluación de escalas de estratificación de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva alta en los hospitales del Cusco – 2020. [online] Repositorio.uandina.edu.pe. Available at: <http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/3381/1/Edwin_Tesis_bachiller_2020.pdf> [Accessed 31 May 2021].
54. Achachao Almerco, J., 2020. Utilidad de la Escala de Glasgow-Blatchford para identificar complicaciones en pacientes con hemorragia digestiva alta aguda en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015 – 2019. título profesional. Universidad Nacional del Centro del Perú.



ANEXOS





ANEXO 1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Sociodemográficos:

- 1.1. Edad:
- 1.2. Sexo:
- 1.3. Estado civil:
- 1.4. Ocupación:

2. Escala de Glasgow-Blatchford

- 2.1. Urea plasmática (mg/dl):
- 2.2. Hemoglobina (g/dl):
 - 2.2.1. Varones:
 - 2.2.2. Mujeres:
- 2.3. Tensión arterial sistólica:
- 2.4. Pulso:
- 2.5. Presentación con melenas
- 2.6. Presentación con síncope
- 2.7. Enfermedad hepática previa
- 2.8. Fallo cardíaco

3. Hallazgos en la endoscopia digestiva alta

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 3.1. Normal | <input type="checkbox"/> | 3.5. Esofagitis | <input type="checkbox"/> |
| 3.2. Úlcera gástrica | <input type="checkbox"/> | 3.6. Várices | <input type="checkbox"/> |
| 3.3. Úlcera duodenal | <input type="checkbox"/> | 3.7. Sd. Mallory-Weiss | <input type="checkbox"/> |
| 3.4. Gastritis | <input type="checkbox"/> | 3.8. Angioectasia | <input type="checkbox"/> |

4. Cuadro clínico

4.1. Hematemesis

4.4. Hematoquecia

4.2. Melena

4.5. Síncope

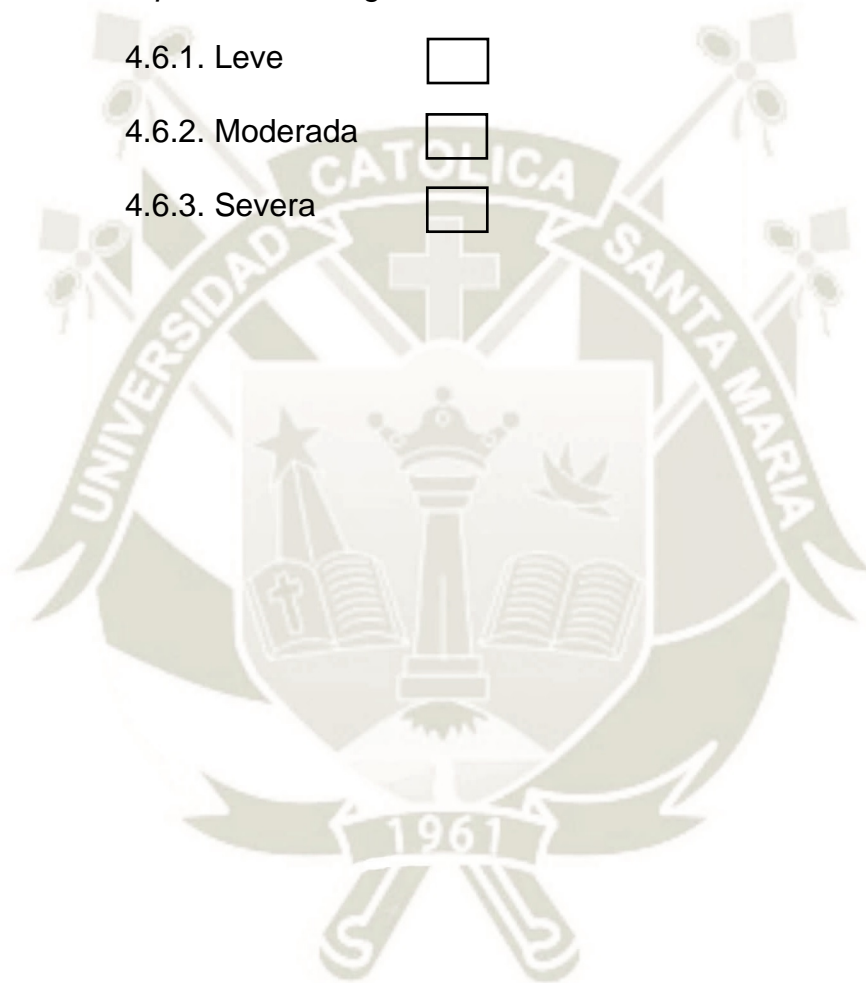
4.3. Anemia

4.6. *Tipo de hemorragia:*

4.6.1. Leve

4.6.2. Moderada

4.6.3. Severa





ANEXO 2: NOMBRAMIENTO DE JURADO DICTAMINADOR



Universidad Católica
de Santa María

051 054 2522221

051 054 2522221

051 054 2522221

051 054 2522221

**NOMBRAMIENTO DE JURADO DICTAMINADOR
PROYECTO DE TESIS**

Registro Mesa de Partes Virtual: E-009039

RECURRENTE:

- BENITEZ CARREON MEYLIN GIOVANI
- LAZO NARREA MARYORITH STEFANNY

TEMÁ:

"CORRELACIÓN CLÍNICA DE LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LOS HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE AREQUIPA 2021"

ASESOR: Dr. José Alonso Zagarín Narciso

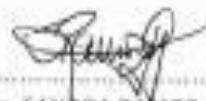
EVALUADOR DE PROYECTO DE TESIS:

Dra. SANDRA RAMOS GUERRA

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR:

*habiendo levantado las observaciones, se emite
DICTAMEN FAVORABLE del proyecto de tesis presentado
para su ejecución.*

16 de mayo del 2021



Dra. SANDRA RAMOS GUERRA

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE PROYECTO / PLAN

Arequipa, 24 de Mayo del 2021

Dictamen: 003872-C-EPMH-2021

Visto el proyecto / plan del expediente 003872, presentado por:

2013202162 - LAZO NARREA MARYORITH STEFANNY

2014170022 - BENITEZ CARREON MEYLIN GIOVANI

Titulado:

CORRELACIÓN CLÍNICA DE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD Y LOS HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE - AREQUIPA, ABRIL 2020 - ABRIL 2021

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1535 - TAMAYO TAPIA PEDRO MANUEL
DICTAMINADOR**



**2027 - CALDERON PEREZ PERCY OSWALDO
DICTAMINADOR**





ANEXO 3
MATRIZ DE DATOS

