REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

Relación de factores epidemiológicos y la necesidad de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el HRHD, 2023-2024

Tesis presentada por las Bachilleres:

Zuñiga Garcia, Camila Irene

ORCID: 0009-0009-2032-3046

Espinoza Fuentes, Jennifer Yanina

ORCID: 0009-0008-6068-210X

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor

Dra. Manrique Sam, Maria Cecilia

ORCID: 0000-0001-5229-0810

Arequipa - Perú

2026

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 25 de Febrero del 2026

Dictamen: 016655-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 016655, presentado por:

2019248712 - ZUÑIGA GARCIA CAMILA IRENE
2019802672 - ESPINOZA FUENTES JENNIFER YANINA

Titulado:

RELACIÓN DE FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y LA NECESIDAD DE ENDOSCOPIA DE SECOND LOOK EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HRHD, 2023-2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

29227745 - JOVE OBLITAS WALKER DEL CID
DICTAMINADOR

44968454 - PAMO HERRERA CLAUDIA ESPERANZA
DICTAMINADOR

42259354 - VILCA CACERES JOSHEP
DICTAMINADOR

Relación de factores epidemiológicos y la necesidad de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el HRHD, 2023-2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%	5%	4%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	www.amegendoscopia.org.mx Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Apagado		

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DEDICATORIA

A nuestros padres, por ser el pilar fundamental de nuestra formación personal y profesional. Por su amor incondicional, sacrificio constante y apoyo inquebrantable en cada etapa de este camino. Gracias por creer en nosotras incluso en los momentos de mayor incertidumbre y por enseñarnos que la perseverancia y el compromiso son la base de todo logro.

A nuestros amigos, quienes con su compañía, comprensión y palabras de aliento hicieron más llevadero este proceso. Gracias por estar presentes en los días de esfuerzo, desvelo y aprendizaje, recordándonos siempre la importancia del equilibrio, la fortaleza y la amistad sincera.

Y de manera muy especial, la una a la otra, por haber compartido no solo un proyecto académico, sino una etapa de crecimiento personal y profesional. Por las horas interminables de trabajo, las dudas, el cansancio y también las risas que hicieron todo más ligero. Gracias por la paciencia, el compromiso y el apoyo constante. Más que una tesis, construimos una experiencia que fortalecerá para siempre nuestra amistad y nuestra vocación médica.

Este logro también les pertenece.

Con cariño y gratitud eterna,

Jennifer y Camila

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta de origen no variceal representa una de las emergencias gastrointestinales más frecuentes, siendo una causa relevante de internamientos. Destacando que en nuestro medio aún no existen estudios locales.

Diversos estudios destacan la importancia de los factores epidemiológicos y cómo estos se relacionan con la evolución de la hemorragia digestiva alta no variceal.

El objetivo de esta investigación es determinar la relación de factores epidemiológicos y la necesidad de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal sometidos a endoscopia second look en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 2023 - 2024.

Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo en 63 pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. Se evaluaron variables epidemiológicas (edad, sexo, comorbilidades, hábitos y uso de medicamentos), hallazgos endoscópicos, escalas pronósticas y la realización de endoscopia de second look.

Del total de pacientes, el 25.4% (n=16) requirió endoscopia de second look. La necesidad de este procedimiento se asoció significativamente con la edad entre 61 y 80 años ($p=0.005$), hipertensión arterial ($p=0.021$), diabetes mellitus tipo 2 ($p=0.001$), coagulopatía ($p=0.015$), uso de antiinflamatorios no esteroideos ($p<0.001$) y consumo de alcohol ($p=0.009$). Asimismo, se evidenció asociación estadísticamente significativa con lesiones endoscópicas de alto riesgo según la clasificación de Forrest ($p=0.001$), puntajes elevados en la escala de Rockall ($p<0.001$) y la presencia de resangrado posterior a la terapia hemostática inicial ($p=0.001$).

Los resultados muestran que una proporción de pacientes con HDANV presenta factores epidemiológicos y endoscópicos asociados a la necesidad de endoscopia de second look.

Palabras clave: Hemorragia Digestiva Alta, Endoscopía, Factores de Riesgo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

Non-variceal upper gastrointestinal bleeding is one of the most frequent gastrointestinal emergencies and a significant cause of hospitalizations. It is noteworthy that local studies on this topic are still lacking in our region.

Several studies highlight the importance of epidemiological factors and their relationship to the progression of non-variceal upper gastrointestinal bleeding.

The objective of this research is to determine the relationship between epidemiological factors and the need for second-look endoscopy in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding who underwent second-look endoscopy at the Honorio Delgado Regional Hospital during the period 2023-2024.

An observational, analytical, and retrospective study was conducted on 63 patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Epidemiological variables (age, sex, comorbidities, habits, and medication use), endoscopic findings, prognostic scales, and the performance of second-look endoscopy were evaluated. Of the total number of patients, 25.4% (n=16) required second-look endoscopy. The need for this procedure was significantly associated with age between 61 and 80 years ($p=0.005$), hypertension ($p=0.021$), type 2 diabetes mellitus ($p=0.001$), coagulopathy ($p=0.015$), use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs ($p<0.001$), and alcohol consumption ($p=0.009$). A statistically significant association was also found with high-risk endoscopic lesions according to the Forrest classification ($p=0.001$), high scores on the Rockall scale ($p<0.001$), and the presence of rebleeding after initial hemostatic therapy ($p=0.001$).

The results show that a proportion of patients with non-valvular upper gastrointestinal bleeding (NVUGIB) present epidemiological and endoscopic factors associated with the need for second-look endoscopy.

Keywords: Upper Gastrointestinal Bleeding, Endoscopy, Risk Factors

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPITULO I 2

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 3

1.1. Determinación del Problema 3

1.2. Enunciado del Problema 3

1.3. Descripción del problema 3

1.3.1. Área del conocimiento 3

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores 4

1.4. Interrogantes de la investigación 5

1.4.1. Interrogante general 5

1.4.2. Interrogantes básicas 6

1.5. Tipo de investigación 6

1.5.1. Nivel de investigación 6

1.5.2. Diseño de investigación 6

1.6. Justificación de la investigación 6

1.6.1. Justificación Científica 6

1.6.2. Justificación Social 7

1.6.3. Justificación Contemporánea 7

1.6.4. Originalidad 7

1.6.5. Interés Personal 7

1.6.6. Viabilidad de la investigación 8

2. OBJETIVOS 8

2.1. Objetivo General 8

2.2. Objetivos específicos 8

3. HIPÓTESIS 8

4. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL 9

4.1. Hemorragia digestiva alta no variceal 9

4.1.1. Definición 9

4.1.2. Epidemiología 9

4.1.3. Etiología 9

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4.1.3.1. Tipos de Lesión 9
4.2. Factores epidemiológicos asociados a la hemorragia digestiva alta no variceal ... 10
4.2.1. Edad 10
4.2.2. Sexo 11
4.2.3. Comorbilidades 11
4.3. Uso de medicamentos y hábitos asociados 11
4.3.1. Uso de medicamentos 11
4.3.2. Hábitos 12
4.4. Escalas pronósticas en la hemorragia digestiva alta no variceal 12
4.4.1. Clasificación de Forrest 12
4.4.2. Escala de Rockall 13
4.5. Manejo de la hemorragia digestiva alta no variceal 14
4.5.1. Objetivos del manejo 14
4.5.2. Manejo inicial, estabilización hemodinámica y soporte general 14
4.5.3. Manejo endoscópico 15
4.5.3.1. Terapias hemostáticas endoscópicas 15
4.6. Endoscopia de second look 16
4.6.1. Definición 16
4.6.2. Indicaciones y evidencia actual 17
5. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS 17
5.1. A nivel internacional 17
5.2. A nivel Nacional y local 19
CAPÍTULO II 20
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN 21
1.1. Técnicas 21
1.2. Instrumentos 21
1.3. Materiales 22
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN 22
2.1. Ámbito 22
2.2. Temporalidad 22
2.3. Unidades de estudio 22
2.3.1. Universo 22
2.3.2. Muestra 22
2.4. Criterios de selección 23

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.4.1. Criterios de inclusión 23
2.4.2. Criterios de exclusión 23
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 23
3.1. Organización 23
3.1.1. Validación de instrumento 23
3.1.2. Sistematización de datos 23
3.1.3. Análisis de datos 23
3.2. Recursos 23
3.2.1. Humanos 23
3.2.2. Materiales 24
3.2.3. Financieros 24
CAPÍTULO III 25
RESULTADOS 26
DISCUSIÓN 40
Limitaciones del estudio 44
CONCLUSIONES 45
RECOMENDACIONES 47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 48

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables 4
Tabla 2: Clasificación de Forrest e implicancias 13
Tabla 3: Escala de Rockall e implicancias 14
Tabla 4: Características epidemiológicas de pacientes con HDA 26
Tabla 5: Distribución de pacientes según realización de endoscopia second-look 29
Tabla 6: Número de endoscopias y terapias hemostáticas realizadas. 30
Tabla 7: Tipo de terapia hemostática empleada en pacientes con HDA. 32
Tabla 8: Clasificación endoscópica según escalas de Forrest y Rockall. 33
Tabla 9: Distribución de tipos de lesiones encontradas en endoscopias 34
Tabla 10: Frecuencia de resangrado posterior a terapia hemostática. 35
Tabla 11: Relación entre factores epidemiológicos y endoscopia de second look 36
Tabla 12: Relación entre escalas, características y necesidad de second look 38

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Características epidemiológicas de pacientes HDA 27
Figura 2: Distribución de pacientes según realización de endoscopia second-look 29
Figura 3:Número de endoscopias y terapias hemostáticas realizadas. 30
Figura 4: Tipo de terapia hemostática empleada en pacientes con HDA 32
Figura 5: Clasificación endoscópica según escalas de Forrest y Rockall 33
Figura 6:Distribución de tipos de lesiones encontradas en endoscopias 34
Figura 7: Frecuencia de resangrado posterior a terapia hemostática 35

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 53
Anexo 2 55
Anexo 3 56
Anexo 4 57

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) es una de las emergencias gastrointestinales más frecuentes, la cual presenta una evolución clínica variable dependiendo del contexto de cada paciente ya que se evidencia que algunos pacientes presentan resangrado y requieren una endoscopia de second look mientras que otros con hallazgos similares presentan una evolución favorable que no requiere de una nueva intervención endoscópica. Por tal motivo, la HDANV representa una causa importante de hospitalización, morbimortalidad y consumo de recursos sanitarios.

Esta variabilidad en la evolución clínica de cada paciente, ha generado la necesidad de identificar qué factores epidemiológicos podrían estar influyendo en la necesidad de realizar una endoscopia de second look.

Existen diferentes escalas de estratificación de riesgo de resangrado como la escala de Rockall y la clasificación de Forrest que a pesar de ser herramientas útiles no siempre permiten predecir la recurrencia del sangrado ni la indicación de una endoscopia de second look en los diferentes contextos clínicos de los pacientes.

A causa de que en el ámbito local existe escasa evidencia que muestre la relación entre los principales factores epidemiológicos y la probabilidad de que ocurra un resangrado en pacientes con HDANV, se resalta la importancia de realizar un estudio que identifique qué factores están asociados con la necesidad de realizar una endoscopia de second look y de esta manera optimizar la toma de decisiones clínicas y uso racional de recursos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del Problema

La hemorragia digestiva alta de origen no variceal representa una de las emergencias gastrointestinales más frecuentes que a pesar de un manejo oportuno persiste el riesgo de presentar resangrado, esta situación ocasiona que la estancia hospitalaria se prolongue, necesidad de mayor cantidad de transfusiones, elevada demanda de recursos y aumento de costos hospitalarios y, en algunos casos, complicaciones graves.

El riesgo de resangrado se incrementa especialmente en pacientes con factores epidemiológicos predisponentes como, edad avanzada, sexo, comorbilidades, medicación habitual y hábitos nocivos. Sin embargo existen escasos estudios que determinen aquellos factores que se relacionan al resangrado en nuestra población.

Pese a que existe estudios internacionales sobre la influencia de los factores epidemiológicos relacionados al riesgo de resangrado, dichos factores varían según el contexto epidemiológico.

La ausencia de estudios locales dificulta la toma de decisiones clínicas individualizadas, por lo que resulta necesario identificar los factores epidemiológicos asociados al resangrado en nuestra población.

Estos datos permitirán optimizar la estratificación del riesgo, mejorar la indicación de intervenciones endoscópicas y contribuir a una atención más eficiente y segura de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.

1.2. Enunciado del Problema

¿Qué relación existe entre los factores epidemiológicos y la necesidad de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHDE durante el periodo 2023-2024?

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Medicina Humana
- Área específica: Gastroenterología
- Área de investigación: Hemorragia digestiva alta no variceal
- Línea de investigación: Salud pública, epidemiología, atención clínica

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

Tabla 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
Factores epidemiológicos	Edad – grupo etario	18-40 41-60 61-80 81 a más	Intervalo (cuantitativa)
	Sexo	Masculino Femenino	Nominal (cualitativa)
	Comorbilidades	Hipertensión arterial Insuficiencia renal crónica Cardiopatía Diabetes mellitus	Nominal (cualitativa)
	Medicación habitual previa al episodio de HDA	AINES Corticoides Anticoagulantes Antiagregantes	Nominal (cualitativa)
	Consumo activo de tabaco	Si No	Dicotómica (cualitativa)
	Consumo de alcohol	Si No	Dicotómica (cualitativa)
	Consumo de drogas	Si No	Dicotómica (cualitativa)
Hemorragia digestiva alta	Clasificación de Forrest	Ia Ib IIa IIb IIc III	Ordinal (Cualitativa)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

	Escala de Rockall	Bajo (0–2) Moderado (3–5) Alto (≥6)	Ordinal (Cualitativa)
	Tipo de lesión	Úlcera gástrica Úlcera duodenal Erosiones Neoplasia Lesión de Dieulafoy Lesión de Mallory - Weiss	Nominal (Cualitativa)
	Estado de la endoscopia	Completa Incompleta	Dicotómica (cualitativa)
Endoscopia second look	Número de endoscopias	1 endoscopía 2 o más endoscopías	Ordinal (Cualitativa)
	Número de terapia hemostática	1 técnica 2 o más técnicas	Nominal (Cualitativa)
	Tipos de terapia hemostática	Inyección Clips Coagulación térmica Polvos hemostáticos Combinada	Nominal (Cualitativa)
	Evidencia de resangrado	Si No	Dicotómica (cualitativa)

*Nota: Elaboración propia

1.4. Interrogantes de la investigación

1.4.1. Interrogante general

¿Qué relación existe entre los factores epidemiológicos y la necesidad de realizar una endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 2023–2024?

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.4.2. Interrogantes básicas

- ¿Qué características epidemiológicas (edad, sexo, comorbilidades, medicación habitual, hábitos nocivos) presentan los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal?
- ¿Con qué frecuencia se realizan las endoscopias de second look en los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal?
- ¿Qué tipo de lesiones y estigmas de sangrado se identifican según las clasificaciones de Forrest y Rockall?
- ¿Qué tipos de terapias hemostáticas se aplican durante las endoscopias realizadas?
- ¿Con qué frecuencia se presenta sangrado posterior a la terapia hemostática inicial?
- ¿Qué factores epidemiológicos se asocian más frecuentemente con la necesidad de realizar endoscopia de second look?

1.5. Tipo de investigación

1.5.1. Nivel de investigación

Analítico, ya que esta investigación busca establecer una relación entre los factores epidemiológicos y la necesidad de una endoscopia de second look.

1.5.2. Diseño de investigación

El diseño de la investigación es observacional, analítico y retrospectivo; el cual está basado en la revisión de informes endoscópicos e historias clínicas de pacientes que fueron atendidos durante el periodo de tiempo 2023-2024

1.6. Justificación de la investigación

1.6.1. Justificación Científica

La hemorragia digestiva alta no variceal (HDA-NV) es una de las principales emergencias gastrointestinales, con elevada tasa de morbimortalidad y costos sanitarios. Aunque la endoscopia terapéutica inicial es el pilar del manejo, el resangrado continúa presentándose entre el 8–15% de los casos según estudios internacionales, y representa el principal determinante de mortalidad, necesidad de cirugía y aumento de la estancia hospitalaria. La endoscopia de second-look ha sido evaluada en diferentes investigaciones con resultados contradictorios sobre su eficacia; sin embargo, diversos estudios demostraron que su utilidad podría depender de la presencia de factores epidemiológicos y clínicos de riesgo. En el Perú, y específicamente en Arequipa, no existen estudios que analicen estos factores ni su asociación con la necesidad de second-look. Por ello, este trabajo aporta evidencia local que permitirá comprender mejor las

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

características que predisponen al resangrado en específico aquellas características de nuestra población, fortaleciendo el cuerpo de conocimiento en gastroenterología y aportando a futuros protocolos nacionales basados en riesgo impactando significativamente en el manejo y desenlace de dichos pacientes.

1.6.2. Justificación Social

El resangrado en la HDA-NV representa un incremento en los días de hospitalización, uso de recursos endoscópicos y la mortalidad, afectando principalmente a pacientes adultos mayores y con comorbilidades frecuentes en nuestra población. La identificación de los principales factores epidemiológicos asociados al resangrado permitirá una atención más oportuna, eficiente y adaptada al perfil de riesgo del paciente. Esto podría impactar significativamente en la reducción de complicaciones, menor estancia hospitalaria, disminución de costos para los sistemas de salud y una mejor calidad de vida del paciente.

1.6.3. Justificación Contemporánea

Actualmente, el sistema de salud peruano enfrenta marcadas limitaciones significativas en infraestructura, disponibilidad de material endoscópico y salas de emergencia. En este contexto, se requiere evidencia actual y contextualizada que permita seleccionar con mayor precisión a los pacientes que realmente se beneficiarían de una endoscopía de second-look.

1.6.4. Originalidad

En la ciudad de Arequipa no existen investigaciones que específicamente estudien la relación entre los factores epidemiológicos y la necesidad de realizar una endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. Por esta razón la originalidad del estudio se basa en el abordaje del conocimiento local, las variables epidemiológicas, clínicas y endoscópicas y el impacto que tienen en la toma de decisiones, aportando información para la realidad de la localidad.

1.6.5. Interés Personal

El interés por realizar esta investigación surge de la experiencia adquirida durante las rotaciones clínicas como estudiantes externas y posteriormente como internas en el servicio de Gastroenterología, donde se observó la frecuencia de la HDA-NV y el impacto del resangrado en la evolución del paciente. Asimismo, se evidenció cómo la disponibilidad limitada de recursos condiciona la necesidad de priorizar procedimientos a pacientes con alto riesgo; lo que motivó la inquietud por aportar evidencia que permita

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

optimizar dicha atención. Esta vivencia clínica reforzó el compromiso por investigar un problema frecuente y relevante en nuestro entorno hospitalario.

1.6.6. Viabilidad de la investigación

El estudio es viable desde un punto de vista técnico, económico, temporal y ético. Ya que se cuenta con disponibilidad y acceso a los registros clínicos y endoscópicos del servicio de gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo de 2023 - 2024. Asimismo, existe viabilidad económica ya que la investigación no genera costos adicionales significativos. Respecto a la viabilidad temporal la recolección y análisis de datos se puede realizar dentro del cronograma establecido. Finalmente, desde el punto de vista ético, se garantiza la confidencialidad de la información según lo establecido por las normas vigentes.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la relación de factores epidemiológicos y la necesidad de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos por el servicio de gastroenterología en el HRHD durante el periodo 2023-2024.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal según variables epidemiológicas como edad, sexo, comorbilidades, medicacion habitual, uso de tabaco, alcohol y drogas.
- Identificar la cantidad de endoscopias second look realizadas, número terapias hemostáticas, tipo de terapia utilizada
- Clasificar la hemorragia digestiva alta no variceal según escalas como Rockall y Forrest
- Identificar el tipo de lesión encontrada en la endoscopia
- Determinar la frecuencia de resangrado posterior a la terapia hemostática inicial en los pacientes con HDA no variceal.
- Determinar la asociación entre los factores epidemiológicos y la realización de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.

3. HIPÓTESIS

Los factores epidemiológicos (edad, comorbilidades, hábitos y medicación) de pacientes con hemorragia digestiva alta se relacionan significativamente con el resangrado y la necesidad de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los años 2023–2024."

4. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

4.1. Hemorragia digestiva alta no variceal

4.1.1. Definición

La hemorragia digestiva alta (HDA), urgencia médica común que se define como el sangrado por encima del ligamento del ángulo de treitz (1)

4.1.2. Epidemiología

La hemorragia digestiva alta representa una causa frecuente de morbilidad y elevada mortalidad que llega a alcanzar tasas entre 3.5 - 10% (2). Además representa una parte significativa de ingresos por emergencia y posterior hospitalización en los servicios de gastroenterología.

Se divide en 2 grupos los cuales son: hemorragia variceal y no variceal, siendo el 80-90% de hemorragias de tipo no variceal (2), esta última incluye todas las demás causas que no están relacionadas con hipertensión portal y es más prevalente en los centros hospitalarios (3,4)

4.1.3. Etiología

Entre las causas principales de hemorragia digestiva alta no variceal se encuentran las úlceras pépticas gástricas o duodenales representando aproximadamente el 50% de casos, ambas muy susceptibles de rupturas y sangrado (5), siendo las úlceras duodenales las que se presentan en mayor frecuencia (6).

4.1.3.1. Tipos de Lesión

Úlceras pépticas:

Las úlceras pépticas incluyen las gástricas y duodenales, las cuales se caracterizan por la pérdida de continuidad de la mucosa gastrointestinal, siendo altamente susceptibles a la erosión vascular y sangrado activo (5). Estas suelen asociarse a diversos factores como la infección por Helicobacter pylori y el uso de AINES (6).

Gastritis erosiva y lesiones agudas de la mucosa gástrica:

La gastritis erosiva y las lesiones agudas de la mucosa gástrica se caracterizan por la presencia de múltiple erosiones superficiales que pueden sangrar de forma difusa, especialmente en pacientes con factores de riesgo como el consumo de alcohol, uso de fármacos gastrolesivos o situaciones de estrés fisiológico severo (7).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tumores del tracto digestivo alto:

Los tumores gastrointestinales tanto benignos como malignos se asocian a un sangrado que suele ser crónico e insidioso, sin embargo puede presentarse de manera aguda dependiendo del grado de ulceración tumoral y de la invasión vascular (1).

Esofagitis erosiva:

La esofagitis erosiva puede ocasionar sangrado principalmente en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico avanzada o vómitos persistentes, como consecuencia de la inflamación intensa y la erosión de la mucosa esofágica (7).

Síndrome de Mallory Weiss:

Esta lesión corresponde a desgarros de la mucosa gastroesofágica, longitudinales que por lo general se presenta por episodios repetidos de vómitos o tos violenta. Representa una causa aguda de hemorragia digestiva alta no variceal y casi siempre su curso es autolimitado, siendo en menor cantidad los casos donde se requiere una intervención endoscópica (1).

Lesión de Dieulafoy:

Causa poco frecuente que se caracteriza por la presencia de un vaso en la submucosa del calibre que protruye a través de la mucosa aparentemente normal, sin una úlcera subyacente. Frecuentemente ubicada en la zona proximal del estómago. pudiendo provocar sangrado masivo y recurrente (7).

Angiodisplasia:

También conocida como ectasia vascular, es una malformación vascular en la mucosa y submucosa gastrointestinal. A pesar de ser una causa más común de sangrado crónico, también puede generar episodios de hemorragia digestiva alta no variceal, especialmente en pacientes adultos mayores y que presenten comorbilidades cardiovasculares (1).

4.2. Factores epidemiológicos asociados a la hemorragia digestiva alta no variceal

4.2.1. Edad

Según los diferentes estudios consultados se ha observado que la hemorragia digestiva alta no variceal tiene una mayor incidencia en personas de edad avanzada con una media de presentación alrededor de los 60 años (3); agregando además que el riesgo de resangrado y mortalidad en los pacientes incrementa con la edad.

Tomando en cuenta la escala de Rockall, esta clasifica a pacientes mayores de 60 años como un grupo de riesgo intermedio y a pacientes mayores de 80 años como un grupo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

de alto riesgo. La edad avanzada además representa un factor de riesgo debido a que se relaciona con fragilidad vascular, además de mayor número de comorbilidades y polifarmacia (8).

4.2.2. Sexo

Se ha evidenciado una mayor incidencia de HDANV en el sexo masculino, relacionada a mayor exposición a AINES, tabaco, alcohol y prevalencia a H. pylori (1). No obstante, en otras investigaciones las mujeres de edad avanzada pueden presentar formas más graves debido a las comorbilidades metabólicas asociadas (9).

4.2.3. Comorbilidades

Hipertensión arterial

Comorbilidad frecuente en paciente con HDANV, aunque su relación con el resangrado no está clara, suele coexistir con el uso de fármacos como anticoagulantes o antiagregantes, lo que incrementa el riesgo de complicaciones hemorrágicas (10,11)

Insuficiencia renal crónica

Este grupo de pacientes presentan un mayor riesgo de resangrado y mortalidad que se origina por la uremia, lo que genera alteración plaquetaria favoreciendo los trastornos de la coagulación (3).

Cardiopatías

Los pacientes con antecedente de haber presentado una cardiopatía isquémica generalmente reciben tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes los cuales incrementan tanto la probabilidad de un sangrado digestivo como un resangrado; teniendo además un peor pronóstico clínico por el impacto hemodinámico que tienen (12).

Diabetes Mellitus tipo 2

Los pacientes diabéticos tienen mayor predisposición a hacer cuadros más graves y tener una estadía prolongada en hospitalización ya que generalmente su patología se asocia a otras comorbilidades que complican el pronóstico de la HDANV asociándose a peores desenlaces (5).

4.3. Uso de medicamentos y hábitos asociados

4.3.1. Uso de medicamentos

AINES

Los antiinflamatorios no esteroideos inhiben la síntesis de prostaglandinas y disminuyen la protección de la mucosa gástrica, de esta manera aumenta el riesgo de HDANV y su recurrencia después de intervención endoscópica (6).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anticoagulantes

Los anticoagulantes de acción directa y la Warfarina aumentan de manera significativa el riesgo de hemorragia digestiva, resangrado en pacientes sometidos a second look (13), y mortalidad, en especial en edades avanzadas (14).

Antiagregantes

Fármacos como el ácido acetilsalicílico y el clopidogrel especialmente cuando se usan como terapia dual representan un gran factor de riesgo para hemorragia digestiva alta incluso tras una terapia endoscópica inicial exitosa (15).

Corticoides

Estos fármacos especialmente cuando se asocian a AINES incrementan el riesgo de úlcera gástrica y sangrado digestivo (16).

4.3.2. Hábitos

Tabaco

Favorece la probabilidad de hemorragia y sangrado posterior a la aparición inicial de úlceras pépticas y su relación con la persistencia de H. pylori, dificultando la cicatrización de la mucosa (2,16)

Alcohol

La cronicidad y el exceso de consumo de alcohol representa un factor de riesgo para lesiones gastroduodenales y sangrado digestivo alto, además que su asociación con fármacos como anticoagulantes o AINES pueden potenciar el efecto de estos (1).

Drogas

En pacientes jóvenes y con hábitos de riesgo constituye un factor de riesgo, especialmente relacionado al consumo de cocaína por reportes relacionados a ulceraciones gástricas y sangrado digestivo (16).

4.4. Escalas pronósticas en la hemorragia digestiva alta no variceal

Las escalas pronósticas son herramientas fundamentales en la evaluación de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, permitiendo estratificar el riesgo de resangrado, complicaciones y mortalidad, además de orientar decisiones terapéuticas y de seguimiento endoscópico.

4.4.1. Clasificación de Forrest

La clasificación de Forrest es una herramienta que permite estandarizar las características de una úlcera péptica mediante endoscopía y a la vez, dar un valor predictivo de resangrado y el porcentaje de mortalidad asociado a este (6).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

La utilidad clínica de esta clasificación ha sido validada por diversos estudios y guías de práctica clínica, demostrando mayor especificidad y valor predictivo en comparación con otros sistemas pronósticos.

Esta clasificación permite estratificar el riesgo de resangrado y mortalidad, diferenciando lesiones con sangrado activo (Ia y Ib), estigmas de sangrado reciente (IIa y IIb) y lesiones de bajo riesgo (IIc y III) (6,7,12,17)

Tabla 2: Clasificación de Forrest e implicancias

Clasificación Forrest	Descripción	Riesgo de resangrado	Mortalidad
Ia	Sangrado activo en chorro	55%	11%
Ib	Sangrado activo en napa	55%	11%
IIa	Vaso visible sin sangrado	43%	11%
IIb	Coágulo adherido	22%	7%
IIc	Mácula de hematina	10%	3%
III	Lesión cubierta por fibrina	5%	2%

*Nota: Extraído de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (6)

4.4.2. Escala de Rockall

La escala de Rockall es la más utilizada y preferida para evaluar de manera post endoscópica el riesgo de resangrado y complicaciones de la hemorragia digestiva alta no variceal, además de predecir el riesgo de mortalidad (6,8,18).

Esta escala considera la edad, signos de shock como la frecuencia cardíaca o hipotensión, comorbilidades, causa de sangrado y diagnóstico endoscópico (Tabla 3). Interpretándose el puntaje de 0-2 como un bajo riesgo de resangrado y mortalidad; 3-4 moderado y ≥5 alto riesgo de resangrado y mortalidad (3).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 3:Escala de Rockall e implicancias

Parámetro	0	1	2
Edad	< 60 años	60–79 años	≥ 80 años
Estado hemodinámico	TA normal y FC <100	FC ≥100	TA sistólica <100
Comorbilidades	Ninguna o leve	Enfermedad cardíaca isquémica	Insuficiencia cardíaca, fallo renal, neoplasia diseminada
Diagnóstico endoscópico	Lesión no hemorrágica o sin hallazgo	Sangrado de úlcera péptico, Mallory-Weiss	Cáncer digestivo alto
Estigmas de sangrado reciente (endoscopía)	Ninguno	Sangre fresca en tubo digestivo	Vaso visible, sangrado activo, coágulo adherido FIa, FIb, FIIa, FIIb

*Nota: Extraído de Wang et al (3)

4.5. Manejo de la hemorragia digestiva alta no variceal

4.5.1. Objetivos del manejo

El manejo de la HDANV incluye la estabilización hemodinámica, uso de medicamentos y el pilar del manejo se basa en la intervención mediante endoscopia la cual permite identificar el origen del sangrado, clasificar la lesión así como el manejo hemostático para las lesiones con sangrado activo.

Como objetivos principales el manejo permite restablecer el balance hemodinámico mediante la corrección de la perfusión de tejidos, restablecer la volemia intravascular y prevenir la afección multiorgánica (19).

4.5.2. Manejo inicial, estabilización hemodinámica y soporte general

En la intervención inmediata de un caso de hemorragia digestiva alta debemos brindar especial importancia a la vía aérea y garantizar una respiración óptima, colocar dos vías endovenosas permeables. Asimismo, se deben solicitar los principales exámenes de laboratorio como hemograma, grupo y factor, creatinina, urea, pruebas de función hepática y perfil de coagulación.

Es de especial importancia la toma de un electrocardiograma en pacientes cardiópatas y aquellos que presenten dolor torácico o disnea (1).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Dentro del manejo inicial se debe realizar la estabilización hemodinámica orientada a la reperfusión tisular y restablecimiento de la volemia intravascular, con el objetivo de prevenir la disfunción orgánica debido a la pérdida sanguínea aguda (19).

En el soporte general se considera el tratamiento farmacológico como terapia coadyuvante al tratamiento endoscópico. Se incluye principalmente a los inhibidores de la bomba de protones (IBP), los cuales intervienen en el control del sangrado, facilitando el manejo endoscópico de las lesiones (6).

4.5.3. Manejo endoscópico

La endoscopia digestiva alta es el pilar fundamental del manejo de la hemorragia digestiva alta no variceal, ya que esta permite identificar el origen del sangrado, clasificar la lesión y realizar un tratamiento hemostático si se requiere. Asimismo permite estratificar el riesgo con ayuda de las diferentes clasificaciones endoscópicas, orientando la conducta terapéutica posterior (19).

Es altamente recomendable la intervención endoscópica temprana dentro de las 24 horas posteriores al episodio de hemorragia digestiva alta, con evidencia referente a que la reanimación temprana intensa disminuye drásticamente la mortalidad (19).

4.5.3.1. Terapias hemostáticas endoscópicas

Las terapias hemostáticas endoscópicas representan el tratamiento de elección en pacientes con hemorragia digestiva alta que presentan sangrado activo o estigmas de sangrado reciente evidenciado en la endoscopia.

Estas terapias hemostáticas permiten detener la hemorragia además de disminuir el riesgo agregado de resangrado y necesidad de intervención quirúrgica (20).

Dentro de los diferentes tipos de terapia tenemos:

Inyectoterapia

En este tipo de terapia se pueden utilizar diferentes agentes como lo son la epinefrina, etanol y el cianocrilato. La epinefrina es una de las técnicas más utilizadas, esta se inyecta alrededor de la base de la úlcera en una dosis de 0.5 a 2 ml (14). Este agente actúa mediante taponamiento tisular comprimiendo el tejido circundante, además en parte actúa como un vasoconstrictor(14,21). Esta terapia es eficaz para lograr la hemostasia primaria, sin embargo tiene menor eficacia que otros tipos de monoterapia o terapias combinadas (6).

Otra agente utilizado en la inyectoterapia es el etanol el cual diversos estudios mencionan que reduce el resangrado posterior y además reduce la mortalidad (12).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Clips

Método que deberá aplicarse según las características de la lesión, estabilidad hemodinámica del paciente y experiencia del endoscopista. Los clips convencionales tienen un mecanismo de acción por compresión al vaso sanguíneo sangrante o donde se encuentra la lesión ulcerosa (15), se puede aplicar con resultados de mejor eficacia en lesiones con sangrado activo o en lesiones que en la clasificación de Forrest se encuentren en grado Ia (sangrado a chorro) o Ib (sangrado en napa).

Térmicas

Terapia conocida por ser parte de las terapias convencionales altamente efectivas y conocida por su disponibilidad (22) actúa a través de la aplicación de calor directo sobre la lesión, esto produce coagulación de los vasos sangrantes y necrosis controlada del tejido que se encuentra alrededor (15,23).

Polvos hemostáticos

También conocido como Hemospray, es un polvo inerte mineral, a base de bentonita y otros minerales que se aplican durante la endoscopia con un catéter con conexión a un cartucho con presión. Los polvos al entrar en contacto con la sangre o en general con sustancias líquidas incluyendo las secreciones húmedas de la mucosa gástrica sangrante genera la absorción del agua del sitio sangrante, creación de una barrera mecánica externa que puede permanecer varias horas bloqueando la caída de sangre al lumen digestivo, además que no requiere de localizar con precisión el vaso como en otras técnicas, lo que le brinda la cualidad de poder manejar sangrados difusos, múltiples o aquellos en zonas de poco acceso (20), además de otras características, no produce daño al tejidos circundante que sería una buena opción cuando hay alto riesgo de perforación o mucosa friable.

4.6. Endoscopia de second look

4.6.1. Definición

La endoscopia second look se usa como un procedimiento de control, es un tipo de estrategia que se basa en la realización de una segunda endoscopia después de haber tenido una intervención endoscópica terapéutica inicial, este procedimiento se realiza usualmente en las primeras 24-72 horas. El objetivo del procedimiento es confirmar la efectividad del tratamiento previo, identificar los resangrados y brindarles tratamiento si es necesario (6,12).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4.6.2. Indicaciones y evidencia actual

Este procedimiento no es de rutina debido a que la intervención tiene que ser individualizada (24), pero se recomienda su aplicación en pacientes con riesgo de recurrencia, en otras palabras aquellos con escala de Forrest Ia-Ib-IIa, además de pacientes que tuvieron un tratamiento endoscópico previo incompleto o factores riesgo clínicos que predisponen a mayor riesgo de sangrado (7,25).

En estudios recientes donde se evaluó la eficacia de la endoscopía de second-look posterior a hemostasia endoscópica en pacientes con hemorragia por úlcera péptica no encontró reducción estadísticamente significativa en la tasa de resangrado, necesidad de cirugía ni mortalidad en comparación con el manejo estándar basado en una única endoscopía inicial y reevaluación únicamente ante signos de resangrado (26).

La decisión de realizar una endoscopia second look se basa en el perfil clínico y epidemiológico del paciente para la identificación de personas con mayor riesgo de sangrado a la que el second look podría ir dirigido para la prevención de complicaciones (7). Clínicamente podríamos identificar a pacientes con riesgo clínico utilizando escalas como Rockall que evalúa edad, signos de shock, comorbilidades, diagnóstico endoscópico y estigmas de sangrado, donde el puntaje máximo es de 11 y un puntaje mayor o igual a 6 representa la población de riesgo (3,7).

Entre los aspectos epidemiológicos relacionados a mayor incidencia de second look se encuentra la edad avanzada por mayor fragilidad vascular, puntuaciones elevadas en escalas de riesgo, aquellas comorbilidades que predisponen a complicaciones hemorrágicas y están relacionadas al uso de antitrombóticos como la enfermedad hepática, insuficiencia renal crónica, cardiopatías. Dichos grupos requieren seguimiento endoscópico más frecuente por lo que justifica la intervención second look (3,7,22,24).

5. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

5.1. A nivel internacional

Morris & Hollingworth et al en su revisión “Haematemesis and melaena – a review of upper gastrointestinal bleeding”, los autores detallan que la edad avanzada, el sexo masculino, el consumo de AINEs y la presencia de comorbilidades principalmente cardiovasculares incrementan la incidencia y gravedad de la hemorragia digestiva alta, por lo cual los hallazgos que obtuvieron respaldan que los factores epidemiologicos son de gran importancia en la evolución clínica de la hemorragia digestiva alta, por lo que justifica la necesidad de realiza una endoscopia de second look en pacientes de alto riesgo (1).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Wang et al en "Risk analysis of 30-day rebleeding in acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding", estudiaron factores asociados al resangrado. Identificando como factores predictivos: edad avanzada, Forrest I-IIb, comorbilidades, uso de anticoagulantes y presión arterial baja al ingreso, los cuales aumentan significativamente el riesgo de resangrado, reforzando la relevancia de los factores epidemiológicos como predictores de recurrencia (3).

Peng & Chang et al en "Risk factors for peptic ulcer bleeding one year after the initial episode", los autores investigaron los factores asociados al resangrado luego de un episodio previo. Concluyeron que la edad >65 años, la presencia de comorbilidades, el uso de AINEs y la infección por H. pylori incrementa el riesgo (5).

Gralnek et al En las guías europeas sobre hemorragia digestiva alta identifican como factores de severidad: las comorbilidades, inestabilidad hemodinámica y estigmas de sangrado Forrest Ia–IIb. Reconocen que el resangrado ocurre hasta en un 15% de casos. Se resalta la importancia de identificar y estratificar factores de riesgo clínicos y endoscópicos que guiarán a la toma de decisión terapéuticas oportunas además de recomendar el uso de endoscopia de second look en pacientes de alto riesgo de resangrado mas no de forma rutinaria, sin embargo su uso en pacientes de alto riesgo según sus comorbilidades debería ser considerada (6).

Laine et al en las guías americanas para el manejo de HDA-NV, los autores afirman que los pacientes con comorbilidades cardiovasculares, insuficiencia renal y uso de fármacos gastrolesivos tienen mayor riesgo de resangrado y mortalidad, reafirman que la endoscopia de second look no se debe realizar de forma rutinaria pero representa un procedimiento a tener en cuenta en paciente con alto riesgo, aquellos que presenten comorbilidades, edad avanzada y uso de AINEs (12).

Frías-Ordoñez et al en el estudio "Validation of the Rockall score in upper gastrointestinal tract bleeding in a Colombian tertiary hospital", los autores evaluaron la capacidad de predicción del puntaje de Rockall para identificar riesgo de resangrado y mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. Encontrando que un puntaje Rockall elevado se asocia significativamente con mayor probabilidad de resangrado y necesidad de endoscopia urgente (8).

Kamal et al en el meta-análisis titulado "Role of routine second-look endoscopy in patients with acute peptic ulcer bleeding", se encarga de evaluar la eficacia de realizar una endoscopia de second-look de rutinaria en pacientes con hemorragia digestiva alta. El estudio incluyó ensayos clínicos aleatorizados y se llegó a la conclusión de que la

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

endoscopia de second-look realizado de rutina no reduce significativamente la tasa de resangrado ni la mortalidad cuando se utilizan técnicas modernas de hemostasia inicial. Sin embargo, observaron que en subgrupos con factores de riesgo elevados, una endoscopia de second-look podría tener utilidad clínica (25).

Yang et al en su estudio, demostraron la relación de resangrado en pacientes con lesiones Forrest IIc asociado al mismo riesgo en Rockall ≥6, resaltando la importancia de la correlación clínica con los hallazgos endoscópicos (7).

5.2. A nivel Nacional y local

EsSalud – Guía de práctica clínica HDA detalla como factores de riesgo principales para presentar resangrado: edad avanzada, comorbilidades (cardiacas y renales como principales), cirrosis, uso de AINEs y AAS. Además enfatiza las limitaciones en nuestro medio de disponibilidad para la realización de endoscopía temprana y second look (27).

IETSI – EsSalud, esta guía resalta que la realización de la endoscopia de second look no debe ser realizada de rutina, por lo que menciona la importancia de estratificar el riesgo de los pacientes según los factores clínicos, epidemiológicos y hemodinámicos del paciente ya que estos presentan gran impacto en la evolución de estos pacientes justificando además la necesidad de realizar una endoscopia de second look dentro del contexto nacional (28).

Taco en la tesis “Características clínico-epidemiológicas y hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Amazónico de Yarinacocha” identificó mayor frecuencia de HDA en varones entre 50–70 años, uso de AINEs, comorbilidades cardiovasculares y un 18% de resangrado (29).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Revisión de documentos

Se recopiló datos de manera sistemática de historias clínicas, resultados de laboratorio, informes endoscópicos del servicio de Gastroenterología del HRHDE, de donde se obtuvo los datos epidemiológicos, clínicos y endoscópicos.

Observación indirecta de datos clínicos y endoscópicos

Se revisaron registros de historias clínicas e informes endoscópicos sin que exista una interacción directa con los pacientes, lo que facilitó la apreciación de la evolución, factores epidemiológicos asociados y los diferentes hallazgos en la primera y siguientes endoscopias.

Clasificación y codificación de variables

Se codificó la información en una base de datos en categorías predefinidas (edad, sexo, comorbilidades, medicamentos, escalas de riesgo, hallazgos endoscópicos, tipo de hemostasia, presencia de resangrado, entre otras).

1.2. Instrumentos

Ficha de recolección de datos

Se utilizó un instrumento diseñado en Excel que incluye las variables del estudio junto con su indicador, unidad y escala. Organizada en las siguientes secciones:

- Factores epidemiológicos
- Escalas de estratificación de hemorragia digestiva alta no variceal
- Hallazgos endoscópicos

Registro de historias clínicas

Documento oficial del hospital de cual se obtuvo los datos clínicos necesarios para el estudio

Informes endoscópicos

Documento donde se registran los hallazgos de las endoscopias, incluyendo imágenes, estratificaciones, descripción del origen del sangrado y técnica hemostasia realizada.

Software estadístico

Los datos recopilados fueron procesados y analizados mediante el software estadístico SPSS.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.3. Materiales

- Historias clínicas físicas archivadas en el Hospital Regional Honorio Delgado.
- Informes endoscópicos del servicio de Gastroenterología.
- Ficha de recolección de datos en formato digital.
- Computadora personal para ingresar, almacenar y procesar la información.
- Software estadístico.
- Papelería básica para el registro manual preliminar.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

Se desarrolló en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa, Perú), centro de referencia regional para el manejo de la hemorragia digestiva alta no variceal.

2.2. Temporalidad

Se basa en un diseño retrospectivo, debido al uso de registros documentales de pacientes que fueron atendidos durante el periodo de enero 2023 a diciembre de 2024. La recolección de datos se llevó a cabo en el año 2025.

2.3. Unidades de estudio

La unidad de estudio está representada por cada uno de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no variceal (HDA-NV) en el Hospital Regional Honorio delgado en el periodo 2023 - 2024 quienes hayan sido intervenidos con endoscopia digestiva alta inicial.

2.3.1. Universo

La muestra inicial estuvo constituida por 150 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal en el HRHD.

2.3.2. Muestra

La muestra incluyó 63 pacientes que cumplen con criterios de inclusión establecidos, debido a que se trata de un muestreo no probabilístico por conveniencia, incorporando todos los casos disponibles en el periodo de estudio. De los cuales 6 fueron excluidos por antecedente de cirrosis hepática y 81 por falta de acceso a las historias clínicas completas, lo que impidió la recolección de las variables necesarias para el análisis.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.4. Criterios de selección

2.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Diagnóstico confirmado de HDA no variceal
- Con disponibilidad de historia clínica completa e informe endoscópico inicial

2.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades que complican la evolución natural del cuadro (Cirrosis, infección por VIH, gestantes)

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

3.1.1. Validación de instrumento

Se aplicó una ficha de recolección de datos elaborada para el estudio donde se incluyen las variables epidemiológicas, clínicas y endoscópicas.

3.1.2. Sistematización de datos

Se realizó mediante la recolección de información de historias clínicas e informes endoscópicos, posterior codificación de variables y pacientes los cuales fueron asignados con un código para mantener anonimización, por último se identificó la información duplicada, datos incompletos o inconsistencias.

3.1.3. Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos obtenidos, se realizó utilizando el software SPSS. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para evaluar la asociación entre variables epidemiológicas, clínicas y endoscópicas con la necesidad de endoscopia de second look, se empleó la prueba de Chi-cuadrado; en los casos en que se encontraron frecuencias esperadas menores a 5, se utilizó la prueba exacta de Fisher. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$, con un nivel de confianza del 95%

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Tesistas quienes nos encargamos de la recolección de datos, digitación y análisis de la información
- Asesor de tesis quien supervisó el trabajo
- Personal de salud del servicio de Gastroenterología quienes facilitaron el acceso a los informes endoscópicos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Personal encargado del archivo de historias clínicas quienes facilitaron la localización y acceso a las historias clínicas

3.2.2. Materiales

- Informes endoscópicos del servicio de Gastroenterología
- Historias clínicas físicas
- Ficha de recolección de datos digital
- Laptop personal para el procesamiento de los datos recolectados
- Software estadístico: SPSS
- Papelería: hojas, lapiceros, carpetas

3.2.3. Financieros

El estudio fue autofinanciado por las tesistas, el cual incluye los siguientes pagos.

- Impresiones, material de papelería
- Traslados hacia el hospital para recolección de datos
- Pagos por trámites administrativos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESULTADOS

Tabla 4: Características epidemiológicas de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHD, 2023-2024

Variables epidemiológicas	Categorías	fi	%
Edad	18-40 años	10	15.9%
	41-60 años	21	33.3%
	61-80 años	19	30.2%
	81 a más	13	20.6%
Sexo	Femenino	20	31.7%
	Masculino	43	68.3%
Hipertensión arterial	Si	24	38.1%
	No	39	61.9%
Insuficiencia renal crónica	Si	9	14.3%
	No	54	85.7%
Diabetes mellitus tipo 2	Si	16	25.4%
	No	47	74.6%
Cardiopatía	Si	3	4.8%
	No	60	95.2%
Coagulopatía	Si	2	3.2%
	No	61	96.8%
AINES	Si	13	20.6%
	No	50	79.4%
Anticoagulantes	Si	3	4.8%
	No	60	95.2%
Antiagregantes	Si	2	3.2%
	No	61	96.8%
Corticoides	Si	1	1.6%
	No	62	98.4%
Tabaco	Si	16	25.4%
	No	47	74.6%

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

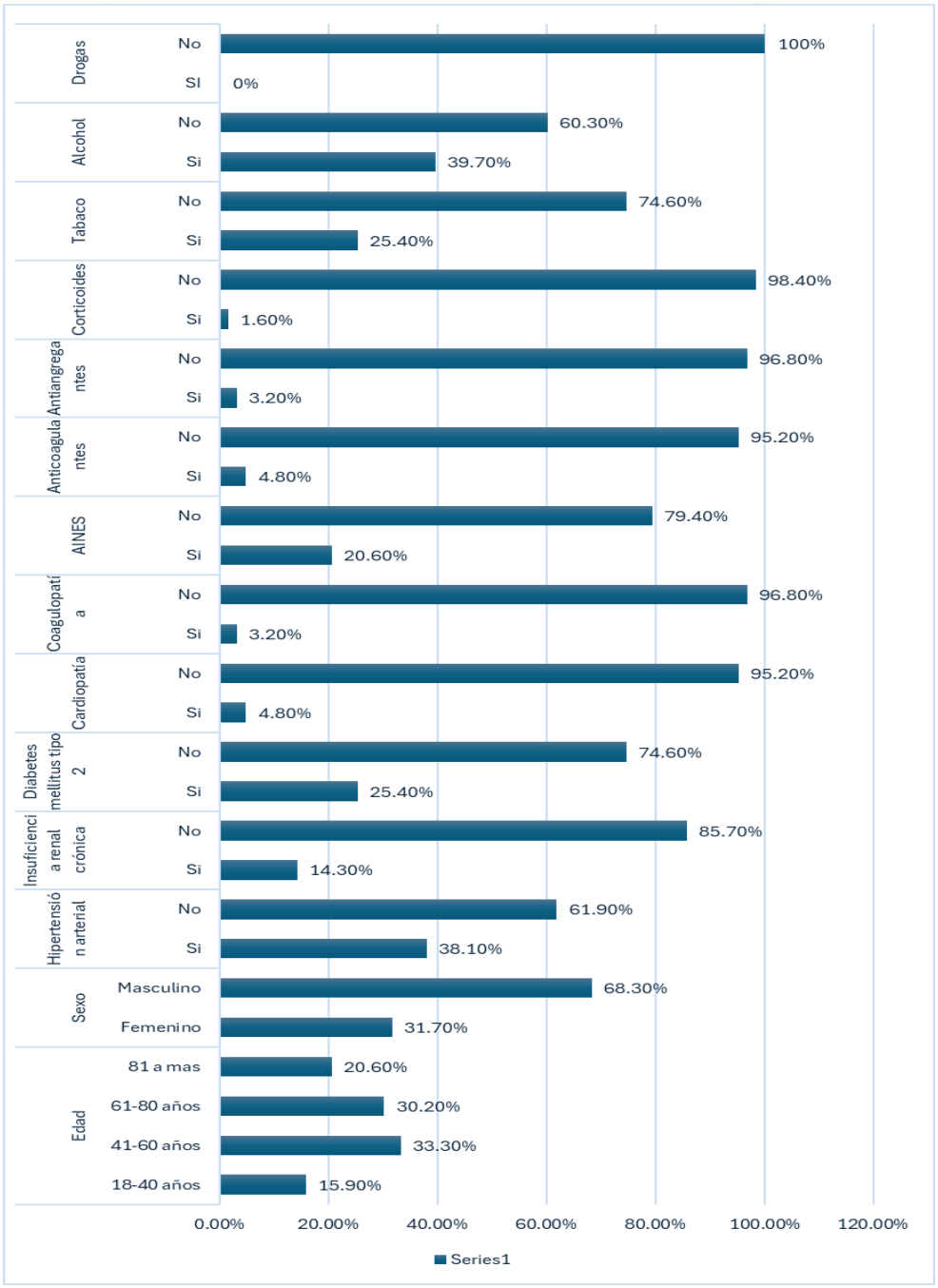
REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Alcohol	Si	25	39.7%
	No	38	60.3%
Drogas	SI	0	0%
	No	63	100%

*Nota: Elaboración propia

Figura 1: Características epidemiológicas de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHD, 2023-2024.



*Nota: Elaboración propia

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Interpretación

La Tabla 4 y figura 1 muestran que la hemorragia digestiva alta no variceal se presentó con mayor frecuencia en pacientes adultos mayores, destacando el grupo de 41 a 60 años con 33.3% y de 61 a 80 años con 30.2%, lo que evidencia que más del sesenta por ciento de los casos se concentra en edades intermedias y avanzadas, coherente con el mayor riesgo descrito para esta población. En la población predominó el sexo masculino con 68.3% de los pacientes que fueron evaluados. Este hallazgo guarda relación con lo reportado en la bibliografía. Entre las comorbilidades, la hipertensión arterial fue la más frecuente con 38.1%, seguida de la diabetes mellitus tipo 2 con 25.4%, mientras que la insuficiencia renal crónica y la cardiopatía fueron menos comunes. En relación con la medicación, el uso de AINES estuvo presente en una quinta parte de los pacientes, siendo el fármaco de riesgo más frecuente, y en cuanto a hábitos, el consumo de alcohol alcanzó 39.7% y el tabaco 25.4%, evidenciando que hay factores epidemiológicos asociados que influyen en la evolución clínica de la hemorragia digestiva alta no variceal en esta población.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

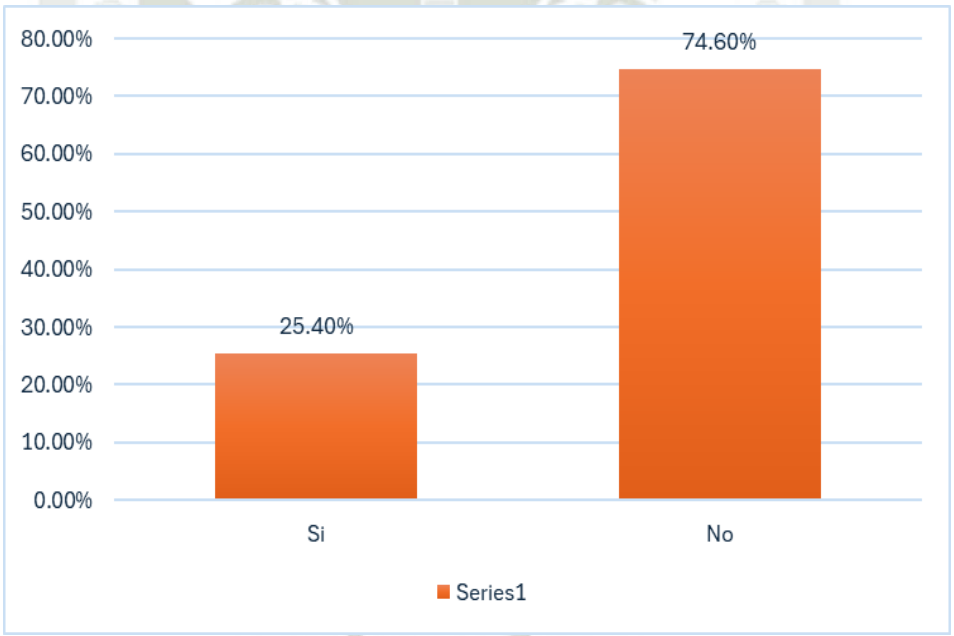
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 5:Distribución de pacientes según realización de endoscopia second-look en hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHD, 2023-2024

Second Look	fi	%
Si	16	25.40%
No	47	74.60%
Total	63	100%

*Nota: Elaboración propia

Figura 2: Distribución de pacientes según realización de endoscopia second-look en hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHD, 2023-2024



*Nota: Elaboración propia

Interpretación

De los 63 pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en la muestra solo a 16 (25.4%) se les realizó endoscopia de second-look, mientras que a 47 (74.6%) no se les practicó este procedimiento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

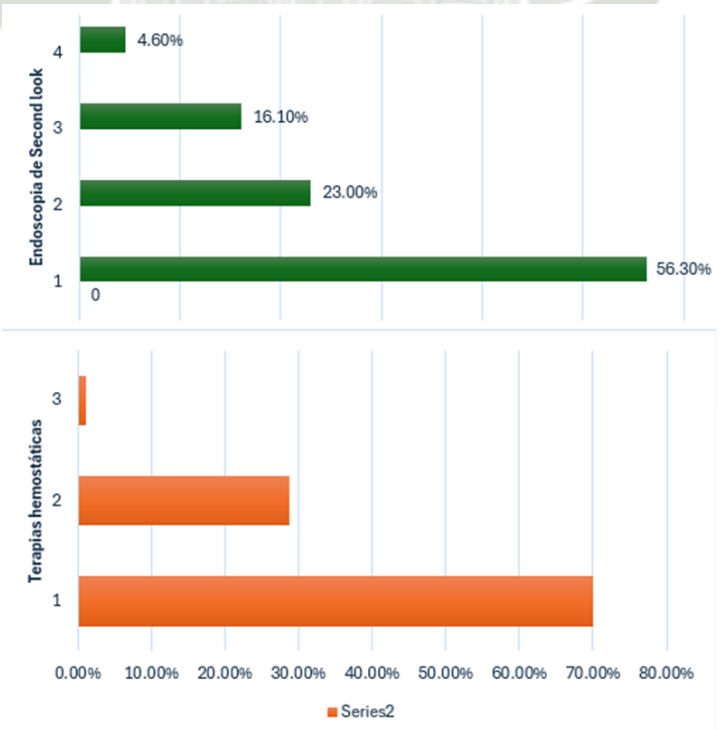
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 6: Número de endoscopias y terapias hemostáticas realizadas en los procedimientos endoscópicos por hemorragia digestiva alta no variceal en el HRHD, 2023-2024.

Endoscopia de Second look	Categorías	fi	%
Número de endoscopías	1	49	56.30%
	2	20	23.00%
	3	14	16.10%
	4	4	4.60%
Total		87	100%
Terapias hemostáticas	0	61	70.10%
	1	25	28.70%
	2	1	1.10%
Total		87	100%

*Nota: Elaboración propia

Figura 3:Número de endoscopias y terapias hemostáticas realizadas en los procedimientos endoscópicos por hemorragia digestiva alta no variceal en el HRHD, 2023-2024.



*Nota: Elaboración propia

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Interpretación

La mayoría de procedimientos fueron endoscopias únicas con 56%. Sin embargo, 44% de los casos requirieron entre 2 y 4 endoscopias. Asimismo los pacientes que requirieron más de tres endoscopías se asociaron con la presencia de signos clínicos de resangrado o la necesidad de completar el estudio endoscópico anterior, ya sea por visualización incompleta o persistencia de hallazgos endoscópicos de alto riesgo, lo que justifica la realización de procedimientos adicionales.

En 70% de los procedimientos no se aplicó terapia hemostática, mientras que en 30% sí fue necesario el uso de al menos una terapia hemostática.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

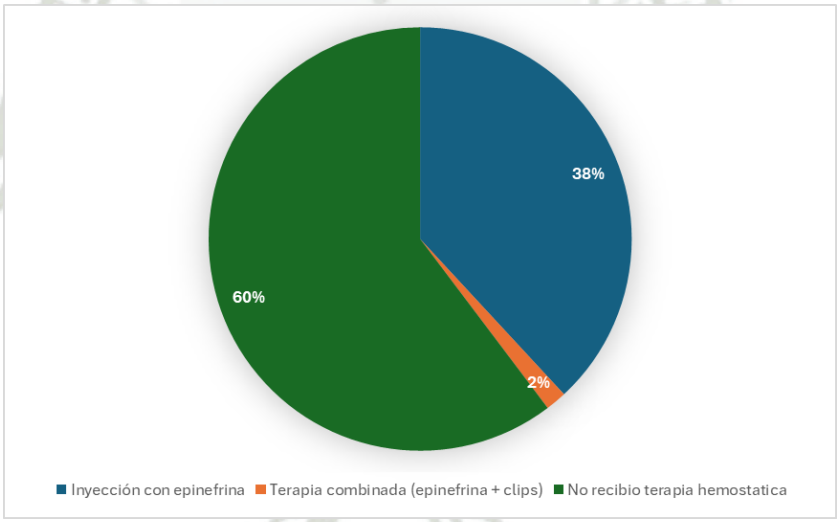
REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 7: Tipo de terapia hemostática empleada en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el HRHD, 2023-2024.

Tipo de terapia hemostática	fi	%
Inyección con epinefrina	24	38.1
Terapia combinada (epinefrina + clips)	1	1.6
No recibió terapia hemostática	38	60.3
Total	63	100

*Nota: Elaboración propia

Figura 4: Tipo de terapia hemostática empleada en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el HRHD, 2023-2024.



*Nota: Elaboración propia

Interpretación

Se observó que en relación con el tipo de terapia hemostática endoscópica utilizada en los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, la mayoría de casos (60.3%) no necesitó la aplicación de una terapia hemostática durante el procedimiento endoscópico. Del total de pacientes, el 38.1% fue tratado mediante inyección con epinefrina como técnica única, mientras que solo el 1.6% recibió terapia combinada con epinefrina y colocación de clip endoscópico.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

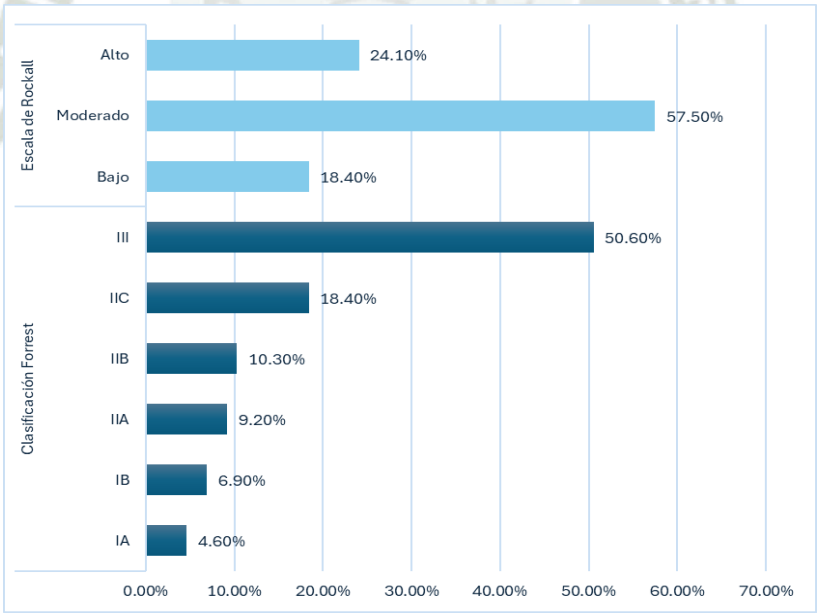
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 8:Clasificación endoscópica según escalas de Forrest y Rockall de hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHD, 2023-2024.

Escalas	Categorías	fi	%
Clasificación Forrest	IA	4	4.6%
	IB	8	9.2%
	IIA	8	9.2%
	IIB	11	12.6%
	IIC	18	20.7%
	III	38	43.7%
Escala de Rockall	Bajo	16	18.4%
	Moderado	50	57.5%
	Alto	21	24.1%

*Nota: Elaboración propia

Figura 5: Clasificación endoscópica según escalas de Forrest y Rockall de hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHD, 2023-2024.



*Nota: Elaboración propia

Interpretación

En la clasificación de Forrest, el 43.7% de los casos presentaron lesiones de bajo riesgo de resangrado (Forrest III), mientras que el 56.3% mostró estigmas de alto y moderado riesgo de resangrado (Forrest I-IIC). Según la escala de Rockall, la mayoría de episodios tuvo riesgo moderado (57.5%), seguido por riesgo alto (24.1%) y bajo (18.4%).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

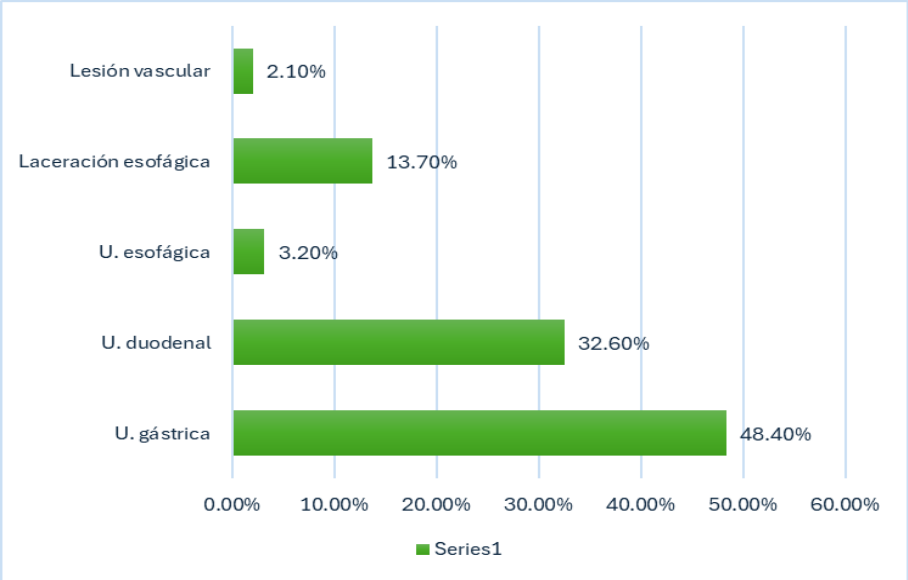
REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 9: Distribución de tipos de lesiones encontradas en endoscopias realizadas por hemorragia digestiva alta no variceal en el HRHD, 2023-2024.

Tipo de lesión	fi	%
Úlcera gástrica	46	48.4%
Úlcera duodenal	31	32.6%
Úlcera esofágica	3	3.2%
Laceración esofágica	13	13.7%
Lesión vascular	2	2.1%
Total	95	100.0%

*Nota: Elaboración propia

Figura 6:Distribución de tipos de lesiones encontradas en endoscopias realizadas por hemorragia digestiva alta no variceal en el HRHD, 2023-2024



*Nota: Elaboración propia

Interpretación

Se pudo observar que las úlceras pépticas fueron las lesiones más frecuentes, representando 84% del total (úlceras gástricas 48% y duodenales 33%). Las laceraciones esofágicas constituyeron 14% de los hallazgos, mientras que las lesiones vasculares fueron las menos comunes con solo 2%

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

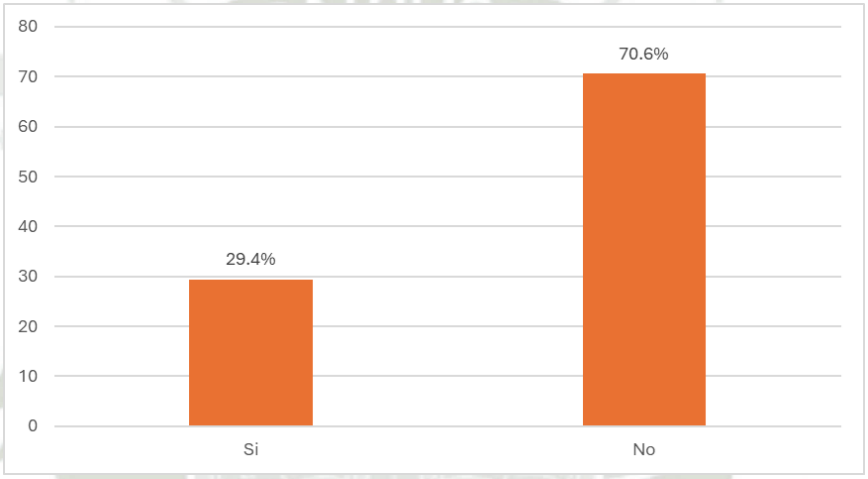
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 10*:* Frecuencia de resangrado posterior a terapia hemostática en episodios de hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHD, 2023-2024.

Resangrado posterior a la terapia inicial	fi	%
Si	5	29.4
No	12	70.6
Total	17	100

*Nota: Elaboración propia

Figura 7: Frecuencia de resangrado posterior a terapia hemostática en episodios de hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHD, 2023-2024



*Nota: Elaboración propia

Interpretación

Del total de pacientes que recibieron terapia hemostática inicial, el 29.4% presentó resangrado posterior al procedimiento, mientras que el 70.6% no presentó un nuevo episodio de sangrado.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 11: Relación entre factores epidemiológicos y necesidad de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHD, 2023-2024

Variables epidemiológicas	Categorías	Second Look				P valor
		Si		No		
		fi	%	fi	%	
Edad	18-40 años	2	3.20%	8	12.70%	0.005
	41-60 años	5	7.90%	16	25.40%	
	61-80 años	7	11.10%	12	19.00%	
	81 a más	2	3.20%	11	17.50%	
Sexo	Femenino	6	9.50%	14	22.20%	0.39
	Masculino	10	15.90%	33	52.40%	
COMORBILIDADES						
HTA	Sí	4	6.30%	20	31.70%	0.021
	No	12	19.00%	27	42.90%	
ERC	Sí	4	6.30%	5	7.90%	0.157
	No	12	19.00%	42	66.70%	
DM	Sí	4	6.30%	12	19.00%	0.001
	No	12	19.00%	35	55.60%	
Cardiopatía	Sí	0	0.00%	3	4.80%	0.408
	No	16	25.40%	44	69.80%	
Coagulopatía	Sí	2	3.20%	0	0.00%	0.015
	No	14	22.60%	46	74.20%	
MEDICAMENTOS						
AINES	Sí	4	6.30%	9	14.30%	0
	No	12	19.00%	38	60.30%	
Anticoagulantes	Sí	0	0.00%	3	4.80%	0.174
	No	16	25.40%	44	69.80%	
Antiagregantes / Antiplaquetarios	Sí	1	1.60%	1	1.60%	0.405
	No	15	23.80%	46	73.00%	
Corticoides	Sí	1	1.60%	0	0.00%	0.084
	No	15	23.80%	47	74.60%	

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabaco	Sí	3	4.80%	13	20.60%	0.264
	No	13	20.60%	34	54.00%	
Alcohol	Sí	8	12.70%	17	27.00%	0.009
	No	8	12.70%	30	47.60%	
Drogas	Sí	0	0.00%	0	0.00%	-
	No	16	25.40%	47	74.60%	

*Nota: Elaboración propia

Interpretación

La necesidad de realizar una endoscopia de second-look se asoció con varios diferentes factores epidemiológicos. El grupo etario de 61 a 80 años presentó la mayor proporción de pacientes que requirieron el procedimiento (11.1% del total, p=0.005). Tanto la hipertensión arterial (6.3% en el grupo con second-look, p=0.021) como la diabetes mellitus tipo 2 (6.3%, p=0.001) y la presencia de coagulopatía (3.2%, p=0.015) mostraron una asociación significativa. El uso de AINES estuvo presente en el 6.3% de los casos que necesitaron second-look (p=0.000). El consumo de alcohol en el 12.7% (p=0.009) del grupo que requirió reevaluación. Estos resultados indican que los pacientes de edad avanzada, con comorbilidades como HTA, diabetes mellitus tipo 2 o presencia de coagulopatía, en tratamiento con AINES o que consumen alcohol, conforman el perfil que con mayor frecuencia requiere una endoscopia de second look.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 12: Relación entre escalas pronósticas, características endoscópicas y necesidad de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el HRHD, 2023-2024

Escalas y Endoscopia de second look	Categorías	Second look				P valor
		Si		No		
		fi	%	fi	%	
Clasificación Forrest	IA	3	3.45%	1	1.15%	0.001
	IB	5	5.70%	3	3.40%	
	IIA	7	8.00%	1	1.10%	
	IIB	4	4.60%	7	8.00%	
	IIC	9	10.30%	9	10.30%	
	III	10	11.50%	28	32.20%	
Escala de Rockall	Bajo	1	1.10%	15	17.20%	0.000
	Moderado	20	23.00%	30	34.50%	
	Alto	17	19.50%	4	4.60%	
Tipo de Lesión	U. gástrica	17	17.71%	29	30.21%	0.169
	U. duodenal	16	16.67%	15	15.63%	
	U. esofágica	1	1.04%	2	2.08%	
	Laceración esofágica	3	3.03%	10	10.42%	
	Lesión vascular	2	5.13%	0	0.00%	
Re sangrado	Si	5	29.41%	0	0.00%	0.001
	No	8	47.06%	4	23.53%	

*Nota: Elaboración propia

Interpretación

Se observa la relación entre las escalas pronósticas, las características endoscópicas y la necesidad de realizar una endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la realización de endoscopía de second look (p = 0.001). En el caso de los pacientes con lesiones Forrest de alto riesgo (Ia, Ib y IIa) presentaron una mayor frecuencia de endoscopía de second look, mientras que aquellos clasificados como Forrest III (base de fibrina) se asociaron predominantemente con la no necesidad de una nueva evaluación endoscópica.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Por otra parte, la escala de Rockall evidenció una asociación estadísticamente significativa con la realización de endoscopía de second look ($p < 0.001$). Los pacientes con puntajes Rockall altos mostraron una mayor proporción de endoscopias de second look, en comparación con los pacientes de bajo riesgo, quienes en su mayoría no necesitaron una segunda endoscopía.

Asimismo en relación con el tipo de lesión endoscópica, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con la necesidad de endoscopía de second look ($p = 0.169$). Las úlceras gástricas y duodenales fueron las lesiones más frecuentes tanto en pacientes que requirieron second look como en aquellos que no lo necesitaron, lo que sugiere que el tipo de lesión, por sí solo, no constituye un factor determinante para indicar una nueva evaluación endoscópica, sino que debe interpretarse en conjunto con la actividad del sangrado y las escalas pronósticas.

Por último, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de resangrado posterior a la terapia hemostática inicial y la realización de endoscopía de second look ($p = 0.001$). En el subgrupo de pacientes que recibieron terapia hemostática endoscópica ($n = 17$), el resangrado ocurrió en el 29.4% de los casos. A todos los pacientes que presentaron resangrado se les realizó una endoscopía de second look, mientras que en el subgrupo de pacientes que recibieron terapia hemostática endoscópica y no presentaron resangrado posterior a la intervención, se observó que una parte de ellos fue sometida a endoscopía de second look (47.06%), mientras que otros no requirieron una nueva evaluación endoscópica (23.53%).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito analizar la relación entre los factores epidemiológicos y clínicos y la necesidad de realizar una endoscopía de second-look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado. La comprensión de estos factores resulta fundamental para optimizar la toma de decisiones terapéuticas, reducir el riesgo de resangrado y racionalizar el uso de recursos En este sentido, los hallazgos obtenidos permiten interpretar la indicación del second-look desde un enfoque basado en la estratificación individual del riesgo.

Al caracterizar a los pacientes según variables epidemiológicas, se encontró un predominio del sexo masculino 68.3%, una alta frecuencia en grupos de edad avanzada de 41-80 años 63.5%, y comorbilidades como hipertensión arterial en 38.1% y diabetes 25.4%, además del uso de AINES en el 20.6% de los casos. Este perfil concuerda con lo reportado por Morris & Hollingworth (1) quienes identificaron precisamente la edad avanzada, el sexo masculino, la presencia de comorbilidades cardiovasculares y el consumo de AINES como los factores que incrementan la incidencia y gravedad de la hemorragia digestiva alta. Estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar estos datos epidemiológicos en la evaluación inicial del paciente con HDA no variceal.

En cuanto al número de endoscopías realizadas por hemorragia digestiva alta, los resultados demuestran que si bien la mayoría corresponden a una endoscopía única (56%), una proporción considerable (44%) requirieron la realización de dos a cuatro procedimientos endoscópicos. Este hallazgo demuestra que un grupo de pacientes presentó una evolución clínica compleja, condicionando a la necesidad de endoscopías adicionales.

Los pacientes que requirieron más de tres endoscopías se explica principalmente por la aparición de signos clínicos de resangrado, persistencia de lesiones de alto riesgo o la necesidad de completar procedimientos endoscópicos previos debidos a una visualización incompleta durante la endoscopía previa. Esta conducta coincide con lo descrito en la ESGE (6), la cual recomienda la repetición de la endoscopía de manera selectiva en pacientes con sospecha clínica de recurrencia del sangrado o con hallazgos endoscópicos de alto riesgo, enfatizando en que no debe realizarse de manera rutinaria.

En relación al número de terapias hemostáticas utilizadas, se encontró que el 70% de los procedimientos no requirió la aplicación de terapia hemostática, lo cual explica que una parte importante de los pacientes presentó lesiones de bajo riesgo o sangrado inactivo al momento de la evaluación. Este hallazgo concuerda con las guías de la ACG (12) quienes sugieren no aplicar terapia hemostática en lesiones de bajo riesgo de resangrado.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Por otra parte, el 30% de los procedimientos endoscópicos requirió la aplicación de por lo menos un tipo de terapia hemostática lo que muestra la presencia de lesiones con mayor potencial de resangrado. Específicamente, se evidencio que el 60.3% no necesitó la aplicación de una terapia hemostática mientras que el 38.1% fue tratado con monoterapia con epinefrina y solo 1.6% recibió terapia combinada. Este hallazgo es consistente con lo descrito por Morris y Hollingworth (1) y Wilkins (10), quienes señalan que una proporción importante de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal presenta lesiones sin estigmas de sangrado activo, en las cuales el manejo conservador resulta suficiente.

No obstante, en los casos que sí requirieron intervención, predominó la monoterapia con epinefrina (38.1%). Aunque esta técnica es ampliamente utilizada por su disponibilidad y facilidad de aplicación, estudios como los reportados por Laine et al. (30) y Mullady et al. (23), así como las recomendaciones del ACG (12) y de la ESGE (6), advierten que la monoterapia se asocia a mayores tasas de resangrado en lesiones de alto riesgo, recomendándose la combinación con métodos mecánicos o térmicos para lograr una hemostasia más duradera .

En nuestro contexto institucional, donde se evidenció una baja aplicación de terapia combinada (1.6%), la elección de monoterapia pudo haber estado influenciada por la disponibilidad de insumos endoscópicos. En este escenario, la endoscopía de second-look adquiere un papel relevante como estrategia de vigilancia en pacientes con mayor riesgo de recurrencia, especialmente cuando la hemostasia inicial se realizó mediante monoterapia.

Si bien Benites-Goñi (26) señala que la realización sistemática del second look no resulta costo-efectiva, sus conclusiones se basan en escenarios donde la hemostasia inicial se realiza predominantemente con terapia combinada. En nuestro medio, donde predomina la monoterapia, el second look podría desempeñar un rol distinto, actuando como una medida de vigilancia crítica ante una mayor probabilidad de recurrencia hemorrágica.

La clasificación de los pacientes según las escalas de Rockall y Forrest reveló que la mayoría se ubicó en riesgo Rockall moderado 57.5% y en la categoría Forrest III (50.6% – base de fibrina).

Sin embargo, un 24.1% presentó riesgo Rockall alto y un 49.0% tuvo lesiones Forrest de alto riesgo (Ia-IIa), lo que indica un subgrupo vulnerable. Este resultado es consistente con la validación realizada por Frías-Ordoñez et al. (8) en Colombia, donde un puntaje Rockall elevado se asoció significativamente con mayor probabilidad de resangrado y necesidad de intervención endoscópica urgente. Por lo tanto el estudio confirma la utilidad de estas escalas en el escenario local para estratificar el riesgo y distinguir a los pacientes que podrían beneficiarse de una endoscopia de second-look.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

En la identificación del tipo de lesión, los resultados mostraron que la úlcera gástrica fue la etiología más frecuente con 48.4%, seguida de la úlcera duodenal 32.6%. Este patrón etiológico, donde las úlceras pépticas constituyen la principal causa de hemorragia digestiva alta no variceal, coincide con lo reportado por Taco (29) en el Hospital Amazónico de Yarinacocha (Ucayali, Perú), quien encontró que la úlcera duodenal representó el 45,2% y la úlcera gástrica el 38,7% de los casos. Aunque en nuestro estudio predominó la localización gástrica, en ambos contextos las úlceras pépticas constituyen la etiología principal, lo cual refuerza la relevancia de estandarizar protocolos diagnósticos y terapéuticos dirigidos a este grupo de lesiones en los servicios de gastroenterología del país.

En el análisis del subgrupo de pacientes que recibieron terapia hemostática endoscópica (n = 17), se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de resangrado posterior a la intervención y la realización de endoscopía de second look (p = 0.001). El resangrado ocurrió en el 29.4% de los pacientes, y en todos estos casos se realizó una endoscopía de second look. No obstante, en los pacientes que no presentaron resangrado posterior a la terapia hemostática, se observó una conducta clínica diferente, ya que una proporción de ellos fue sometida a endoscopía de second look, mientras que otros no requirieron una nueva evaluación endoscópica. Esta variabilidad sugiere que la decisión de realizar un second look en ausencia de resangrado no depende exclusivamente de la evolución clínica inmediata, sino que estuvo influenciada por otros factores de riesgo, tales como la presencia de lesiones endoscópicas de alto riesgo según la clasificación de Forrest, comorbilidades o puntajes elevados en las escalas pronósticas.

De manera complementaria, Wang et al. (3) identificaron el resangrado como un evento crítico asociado a factores como la edad avanzada, la presencia de comorbilidades y el uso de anticoagulantes, destacando que, aunque la tasa de resangrado puede ser menor al 15 % descrito en algunas series, continúa siendo clínicamente relevante, ya que constituye el principal desencadenante para la realización de una endoscopia de reevaluación.

Finalmente, el objetivo general de determinar la relación entre factores epidemiológicos y la necesidad de endoscopia de second-look encontró que esta intervención se realizó en el 25.4% de los pacientes y estuvo significativamente asociada a la edad avanzada (p=0.005), la presencia de hipertensión arterial (6.3%, p=0.021), diabetes mellitus tipo 2 (6.3%, p=0.001), coagulopatía (6.3%, p=0.015), uso de AINES (3.2%, p=0.000), consumo de alcohol (12.7%, p=0.009), un puntaje Rockall alto (19.5%, p=0.000) y la ocurrencia de re sangrado (7.94%, p=0.000). Estos resultados evidencian que la indicación de una segunda endoscopia en nuestro

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

contexto se relaciona principalmente con la presencia de factores epidemiológicos que incrementan el riesgo de recurrencia hemorrágica.

Por lo que en conjunto, la evidencia científica respalda los hallazgos del presente estudio respecto a que la endoscopía de second look no debe indicarse de forma rutinaria, como se menciona en el metaanálisis de Kamal (25), no se evidenció una reducción estadísticamente significativa en la recurrencia de sangrado entre los pacientes sometidos a endoscopia de second look y aquellos con una sola intervención (9,6 % vs. 12 %; RR: 0,79; IC 95 %: 0,51–1,23), lo que refuerza un enfoque individualizado basado en el perfil clínico.

De manera concordante, las guías del IETSI (28) establecen que los principales factores de riesgo para hemorragia digestiva alta no variceal incluyen la infección por Helicobacter pylori, el uso de AINES, anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios, destacando además que el riesgo se incrementa significativamente cuando estos fármacos se emplean en combinación, particularmente con corticosteroides o aspirina; por eso, recomiendan no realizar seguimiento endoscópico de rutina, a excepción de en casos con duda sobre la hemostasia inicial. En la misma línea, la ESGE (6) señala que la endoscopia de second look debe reservarse para pacientes con alto riesgo de resangrado, especialmente aquellos con lesiones endoscópicas de alto riesgo, inestabilidad hemodinámica, comorbilidades relevantes como enfermedad cardiovascular o renal, coagulopatía y uso de AINES o antitrombóticos, factores que en su mayoría se encontraron asociados en nuestro estudio.

Frente a los resultados obtenidos, los hallazgos del presente estudio respaldan una indicación selectiva de la endoscopia de second look basada en la estratificación individual del riesgo. Si bien autores como Benites-Goñi (26) sostienen que la endoscopia de reevaluación no resulta costo-efectiva, dichas conclusiones se fundamentan en contextos donde la terapia endoscópica combinada constituye el estándar de manejo inicial. Sin embargo, en nuestro entorno, donde predomina el uso de monoterapia endoscópica debido a limitaciones en la disponibilidad de insumos, la endoscopia de second look adquiere un rol relevante como estrategia de vigilancia clínica ante la mayor probabilidad de resangrado. Por ello, más que contradecir la evidencia previa, los resultados del presente estudio evidencian cómo las condiciones reales del entorno hospitalario influyen en la toma de decisiones clínicas y en la utilidad del second look como herramienta complementaria en pacientes de alto riesgo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, debido a su diseño observacional retrospectivo, estuvo sujeto a posibles sesgos de información y a la calidad de los registros consignados en las historias clínicas, lo que pudo limitar la disponibilidad de algunas variables clínicas relevantes.

Asimismo, el estudio se desarrolló en un centro hospitalario público, lo que puede restringir los hallazgos en comparación con otras instituciones con mayor disponibilidad de recursos. En este contexto, factores institucionales como la disponibilidad limitada de material endoscópico, la carga asistencial elevada y el número diario de procedimientos realizados pudieron influir en el manejo.

Además, en nuestro medio no se dispone de guías de práctica clínica nacionales específicas y actualizadas para el manejo de la hemorragia digestiva alta no variceal, lo que podría generar variabilidad en la conducta médica y una mayor dependencia de recomendaciones internacionales. Esta situación puede influir en la heterogeneidad en la aplicación de estrategias terapéuticas, especialmente en contextos con limitaciones de recursos.

No obstante, pese a estas limitaciones y a las condiciones hospitalarias que pueden restringir la disponibilidad de recursos y procedimientos, el estudio aporta evidencia relevante en el contexto local al identificar factores epidemiológicos y clínicos asociados a la necesidad de endoscopía de second-look. La adecuada identificación de estos factores de riesgo contribuye a optimizar el manejo de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, favoreciendo una toma de decisiones más precisa y fundamentada en la estratificación individual del riesgo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

CONCLUSIONES

1. Se caracterizó a los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, identificando un perfil epidemiológico predominante: sexo masculino (68.3%), grupos de edad entre 41–80 años (63.5%), hipertensión arterial como comorbilidad principal (38.1%), uso de AINES (20.6%) y consumo de alcohol (39.7%). Este perfil describe a la población más afectada en el contexto del estudio.
2. Se identificó que, aunque la mayoría de los procedimientos fueron endoscopias únicas (56.3%), una proporción significativa de pacientes (25.4%) requirió endoscopia de second-look. Respecto a las terapias hemostáticas, en la mayoría de los procedimientos no se aplicó intervención (70.1%). Esto evidencia que, aunque muchos casos no requieren terapia activa durante la endoscopia, una proporción considerable necesita reevaluación mediante un segundo procedimiento.
3. La clasificación según escalas pronósticas mostró que, según Rockall, la mayoría de los episodios tuvo riesgo moderado (57.5%), pero un 24.1% se clasificó en alto riesgo. Según Forrest, si bien la categoría III (base de fibrina) fue la más frecuente (43.7%), un 56.3% presentó lesiones de alto y moderado riesgo (Forrest Ia–IIc). Estas escalas permitieron estratificar efectivamente la gravedad según el potencial de complicaciones.
4. La identificación del tipo de lesión encontró que la úlcera gástrica fue la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta no variceal, representando el 48.4% de los casos, seguida por la úlcera duodenal (32.6%). Esto confirma que la etiología ulcerosa péptica es la principal responsable de este cuadro en la población estudiada.
5. Se determinó que la frecuencia de resangrado posterior a la terapia hemostática inicial fue del 29.41%. Este evento demostró una asociación absoluta con la necesidad de second-look, ya que a todos los pacientes que resangraron se les realizó una endoscopía de second look.
6. Se determinó que existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores epidemiológicos y la realización de endoscopía de second-look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. La necesidad de second-look se presentó en el 25.4% de los pacientes y se asoció con la edad avanzada (p=0.005), hipertensión arterial (p=0.021), diabetes mellitus tipo 2 (p=0.001), coagulopatía (p=0.015), uso de AINES (p=0.000), consumo de alcohol (p=0.009), puntaje Rockall alto (p=0.000) y resangrado posterior a terapia hemostática (p=0.001). Estos hallazgos enfatizan la importancia de identificar de manera temprana los factores de riesgo clínicos y epidemiológicos, debido a que permiten una estratificación adecuada del paciente y guían la toma de decisiones

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

clínicas individualizadas respecto a la realización de una endoscopía de second-look. De esta manera, se favorece un manejo individualizado a los grupos de mayor riesgo, optimizando recursos y reduciendo intervenciones innecesarias.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

RECOMENDACIONES

- **Para la Práctica Clínica y la Toma de Decisiones:** Se sugiere crear una lista de verificación simple al recibir un paciente con sangrado digestivo alto. Esta lista debe incluir: edad mayor a 60 años, que presente comorbilidades como hipertensión, diabetes o coagulopatía. Además de consumo de AINES (por ejemplo, ibuprofeno o diclofenaco). Al identificar estos factores, el paciente puede ser clasificado como paciente de alto riesgo de resangrado. Esto ayudará a decidir la necesidad de una endoscopía de second look, asegurando un seguimiento más estricto y un uso más eficiente de los recursos hospitalarios.
- **Para la Gestión del Servicio de Gastroenterología:** Se recomienda establecer pautas claras y la creación de guías de práctica clínica dentro del hospital para decidir cuándo es necesario y oportuno realizar una endoscopía de second look. Estas reglas deben priorizar a pacientes que: Presenten edad avanzada, comorbilidades (HTA, Diabetes, coagulopatía), consumo de AINES o alcohol, puntuación de riesgo Rockall alta (≥6) clasificación en la escala de Forrest de Ia al IIa. Al identificar estos factores de riesgo se priorizará la realización de endoscopías de second look, optimizando el manejo clínico y enfocando una segunda intervención en quienes tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morris K, Hollingworth T. Haematemesis and melaena e a review of upper gastrointestinal bleeding. Vol. 53. 2025;53(2):82–7. doi:doi.org/10.1016/j.mpmed.2024.11.006
2. Arıkoğlu S, Tezel O, Büyükturan G, Başgöz BB. The efficacy and comparison of upper gastrointestinal bleeding risk scoring systems on predicting clinical outcomes among emergency unit patients. BMC Gastroenterol. 2025 Dec 1;25(1). doi:10.1186/s12876-025-03684-7 PubMed PMID: 39972434.
3. Wang X, Yang M, Xu J, Kuai Y, Sun B. Risk analysis of 30-day rebleeding in acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Arab Journal of Gastroenterology. 2023 May 1;24(2):136–41. doi:10.1016/j.ajg.2023.05.001 PubMed PMID: 37263819.
4. Raţiu I, Lupuşoru R, Popescu A, Sporea I, Goldiş A, Dănilă M, et al. Acute gastrointestinal bleeding: A comparison between variceal and nonvariceal gastrointestinal bleeding. Medicine (United States). 2022 Nov 11;101(45):E31543. doi:10.1097/MD.0000000000031543 PubMed PMID: 36397398.
5. Peng YX, Chang WP. Risk factors for peptic ulcer bleeding one year after the initial episode. Gut Pathog. 2024 Dec 1;16(1). doi:10.1186/s13099-024-00669-x PubMed PMID: 39609846.
6. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. Georg Thieme Verlag; 2015. p. a1–46. doi:10.1055/s-0034-1393172 PubMed PMID: 26417980.
7. Yang EH, Wu CT, Kuo HY, Chen WY, Sheu BS, Cheng HC. The recurrent bleeding risk of a Forrest IIc lesion at the second-look endoscopy can be indicated by high Rockall scores ≥ 6. Surg Endosc. 2020 Apr 1;34(4):1592–601. doi:10.1007/s00464-019-06919-3 PubMed PMID: 31222633.
8. Frías-Ordoñez JS, Arjona-Granados DA, Urrego-Díaz JA, Briceño-Torres M, Martínez-Marín JD. Validation of the Rockall score in upper gastrointestinal tract bleeding in a Colombian tertiary hospital. Arq Gastroenterol. 2022;59(1):80–8. doi:10.1590/S0004-2803.202200001-15 PubMed PMID: 35442342.
9. Cuartas Agudelo YS, Martínez Sánchez LM. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. Revista Médicas UIS. 2020 Dec 18;33(3). doi:10.18273/revmed.v33n3-2020001

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

10. Wilkins Thad, Wheeler Brittany, Carpenter Mary. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2021 Jan 15;103(3):294–300. PubMed PMID: 33448762.

11. Siebenhüner K, Blaser J, Nowak A, Cheetham M, Mueller BU, Battegay E, et al. Comorbidities Associated with Worse Outcomes Among Inpatients Admitted for Acute Gastrointestinal Bleeding. Dig Dis Sci. 2022 Aug 1;67(8):3938–47. doi:10.1007/s10620-021-07197-7 PubMed PMID: 34365536.

12. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. American Journal of Gastroenterology. 2021 May 1;116(5):899–917. doi:10.14309/ajg.0000000000001245 PubMed PMID: 33929377.

13. Duggal S, Kalra I, Kalra K, Bhagat V. Advancing hemostasis: A meta-analysis of novel vs conventional endoscopic therapies for non variceal upper gastrointestinal bleeding. World J Gastrointest Endosc. 2025 May 16;17(6):107142. doi:10.4253/wjge.v17.i6.107142

14. Alali AA, Barkun AN. An update on the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterology Report. Oxford University Press; 2023. doi:10.1093/gastro/goad011

15. Fujishiro M, Iguchi M, Ono S, Funasaka K, Sakata Y, Mikami T, et al. Guidelines for endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding (second edition). Digestive Endoscopy. 2025 May 1;37(5):447–69. doi:10.1111/den.15019 PubMed PMID: 40114631.

16. Yi K, Ma Y, Zhang P, He H, Lin Y, Sun D. Environmental and Clinical Factors Concerning Gastrointestinal Bleeding: An Umbrella Review of Meta-Analyses. Journal of the American Medical Directors Association. Elsevier Inc.; 2025. doi:10.1016/j.jamda.2024.105412 PubMed PMID: 39818418.

17. Yen HH, Wu PY, Wu TL, Huang SP, Chen YY, Chen MF, et al. Forrest Classification for Bleeding Peptic Ulcer: A New Look at the Old Endoscopic Classification. Diagnostics. 2022 May 1;12(5). doi:10.3390/diagnostics12051066

18. Siau K, Hearnshaw S, Stanley AJ, Estcourt L, Rasheed A, Walden A, et al. British Society of Gastroenterology (BSG)-led multisociety consensus care bundle for the early clinical management of acute upper gastrointestinal bleeding. Frontline Gastroenterol. 2020 Jul 1;11(4):311–23. doi:10.1136/flgastro-2019-101395

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

19. Pasha SF, Shergill A, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi K V., Early D, et al. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. Gastrointest Endosc. 2014;79(6):875–85. doi:10.1016/j.gie.2013.10.039 PubMed PMID: 24703084.

20. Lau JYW, Yu Y, Tang RSY, Chan HCH, Yip HC, Chan SM, et al. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. New England Journal of Medicine. 2020 Apr 2;382(14):1299–308. doi:10.1056/nejmoa1912484 PubMed PMID: 32242355.

21. Wasserman RD, Abel W, Monkemuller K, Yeaton P, Kesar V, Kesar V. Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Its Endoscopic Management. Turkish Journal of Gastroenterology. AVES; 2019. doi:10.5152/tjg.2024.23507 PubMed PMID: 39150279.

22. Li XJ, Fung BM. Advancements in endoscopic hemostasis for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. World J Gastrointest Endosc. 2024 Jul 16;16(7):376–84. doi:10.4253/wjge.v16.i7.376

23. Mullady DK, Wang AY, Waschke KA. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Therapies for Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Expert Review. Gastroenterology. 2020 Sep 1;159(3):1120–8. doi:10.1053/j.gastro.2020.05.095 PubMed PMID: 32574620.

24. Uozumi T, Sumiyoshi T, Tomita Y, Tokuchi K, Sakano H, Yoshida M, et al. Does second-look endoscopy reduce the bleeding after gastric endoscopic submucosal dissection for patients receiving antithrombotic therapy? BMC Cancer. 2021 Dec 1;21(1). doi:10.1186/s12885-021-08679-7 PubMed PMID: 34425774.

25. Kamal F, Khan MA, Lee-Smith W, Sharma S, Imam Z, Henry C, et al. Role of routine second-look endoscopy in patients with acute peptic ulcer bleeding: meta-analysis of randomized controlled trials. Gastrointest Endosc. 2021 Jun 1;93(6):1228-1237.e5. doi:10.1016/j.gie.2020.12.039 PubMed PMID: 33417896.

26. Benites-Goñi H, Alférez-Andía J, Piscoya A, Diaz-Arocutipa C, Hernandez A V. Efficacy of routine second-look endoscopy after endoscopic hemostasis in patients with acute peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analysis. Rev Gastroenterol Peru. 2024 Apr 1;44(2):117–24. doi:10.47892/rgp.2024.442.1623 PubMed PMID: 39019804.

27. Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondan A, Zafra-Tanaka JH, Arcana-López E, Cervera-Caballero L, Contreras-Turin J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Revista

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

de Gastroenterología del Perú. 2018 May 15;38:89–102. doi:https://doi.org/10.47892/rgp.2018.381.876

28. Cervera Caballero L, Brañez Condorena A, Piscoya A, Vásquez Valverde N, Arcana López E, Contreras Turin J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud): actualización 2024. Rev Gastroenterol Peru. 2025 Apr 1;45:202–12.
29. Arphi Taco ME. Caracteristicas clinico-epidemiologico y hallazgos endoscopicos en pacientes con hemorragia digestiva alta en el hospital Amazonico de Yarinacocha 2017-2022. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2023.
30. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. American Journal of Gastroenterology. 2012 Mar;107(3):345–60. doi:10.1038/ajg.2011.480 PubMed PMID: 22310222.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anexo 1:

APROBACIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA

DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Arequipa, 12 de enero del 2026

Investigadores
Zúñiga García, Camila Irene, Espinoza Fuentes, Jennifer Yanina.
Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "Relación de factores epidemiológicos y la necesidad de Endoscopia de second look en pacientes con hemorragia Digestiva alta no variceal en el HRHD, 2023-2024"

Investigadores: Zúñiga García, Camila Irene, Espinoza Fuentes, Jennifer Yanina.

TIPO Y DISEÑO: investigación es de tipo observacional, transversal, analítico y retrospectivo.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo determinar la relación de factores epidemiológicos y la necesidad de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos por el servicio de gastroenterología en el HRHD durante el periodo 2023-2024.

PROCEDIMIENTOS: Revisión de informes endoscópicos e historias clínicas de pacientes atendidos durante el periodo de tiempo 2023-2024.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal que fueron intervenidos a endoscopia de second look en el Hospital Regional Honorio Delgado en un periodo entre 2023-2024.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible personal identificable de las historias clínicas de los pacientes

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
026- 2026

VIGENCIA:

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 12 de enero de 2027.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

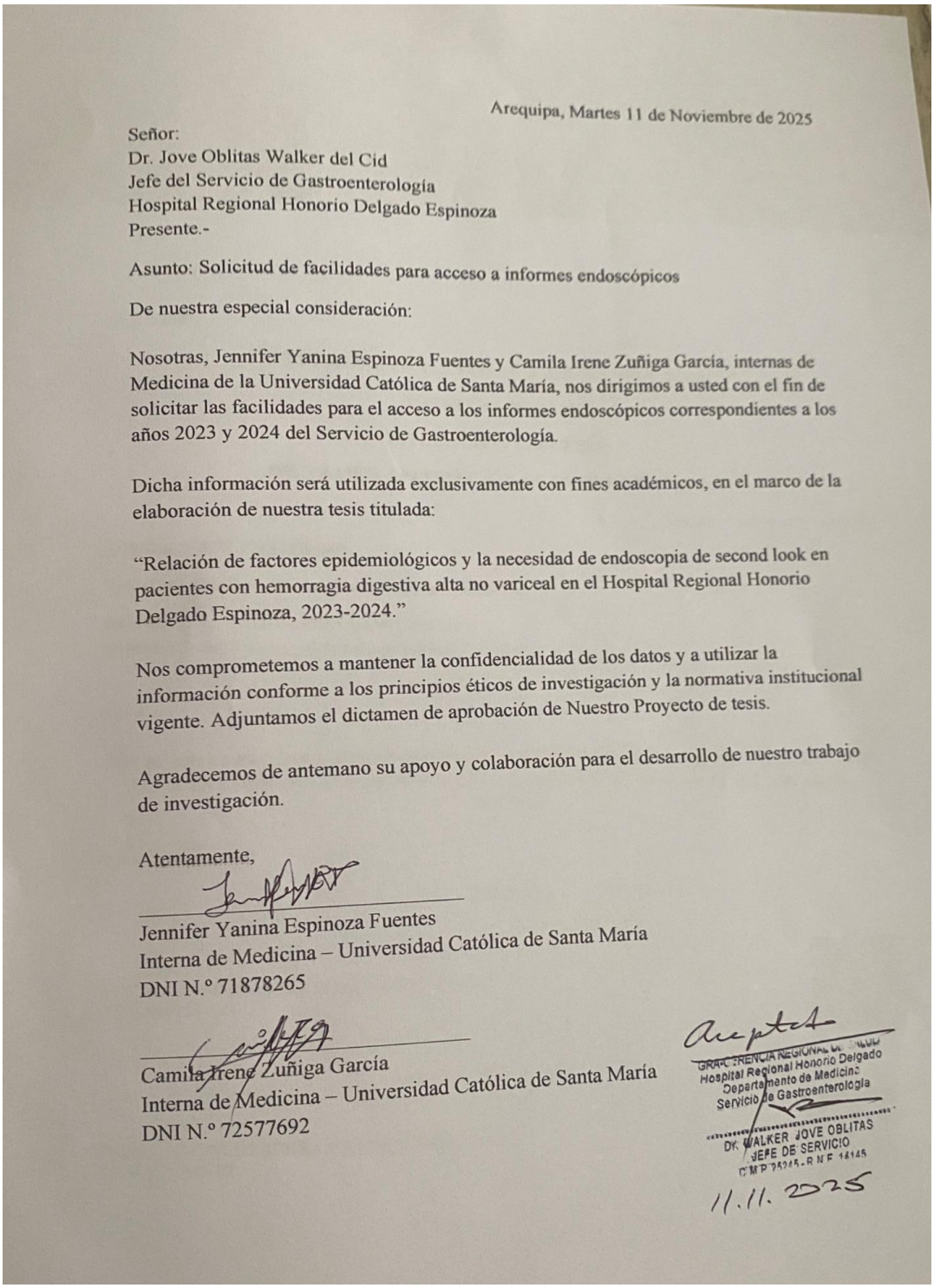
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anexo 2:

SOLICITUD AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PARA ACCESO A INFORMES ENDOSCÓPICOS DE LOS AÑOS 2023 - 2024



Arequipa, Martes 11 de Noviembre de 2025

Señor:
Dr. Jove Oblitas Walker del Cid
Jefe del Servicio de Gastroenterología
Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
Presente.-

Asunto: Solicitud de facilidades para acceso a informes endoscópicos

De nuestra especial consideración:

Nosotras, Jennifer Yanina Espinoza Fuentes y Camila Irene Zuñiga García, internas de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, nos dirigimos a usted con el fin de solicitar las facilidades para el acceso a los informes endoscópicos correspondientes a los años 2023 y 2024 del Servicio de Gastroenterología.

Dicha información será utilizada exclusivamente con fines académicos, en el marco de la elaboración de nuestra tesis titulada:

"Relación de factores epidemiológicos y la necesidad de endoscopia de second look en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2023-2024."

Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de los datos y a utilizar la información conforme a los principios éticos de investigación y la normativa institucional vigente. Adjuntamos el dictamen de aprobación de Nuestro Proyecto de tesis.

Agradecemos de antemano su apoyo y colaboración para el desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

Atentamente,

Jennifer Yanina Espinoza Fuentes
Interna de Medicina – Universidad Católica de Santa María
DNI N.° 71878265

Camila Irene Zuñiga García
Interna de Medicina – Universidad Católica de Santa María
DNI N.° 72577692

Acepta
GRAC. GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado
Departamento de Medicina
Servicio de Gastroenterología
DR. WALKER JOVE OBLITAS
JEFE DE SERVICIO
C.M.P. 28245 - R.N.E. 18145
11.11.2025

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anexo 3:

SOLICITUD AL HRHDE PARA ACCESO DE HISTORIAS CLÍNICAS

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

SOLICITO:
Autorización para revisión de historias clínicas con fines de investigación

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA
DR. CARLOS SEGUNDO MEDINA LINARES

Yo, **Jennifer Yanina Espinoza Fuentes** y **Camila Irene García Zúñiga**, identificadas con DNI N.° **71878265** y N.° **72577692**, con domicilio en **Urb. La Melgarina C-25** y **Calle Manuel Ugarteche N.° 211**, respectivamente, ante Usted con el debido respeto nos presentamos y exponemos lo siguiente:

Que, encontrándonos actualmente realizando el **Internado Médico** en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, nos encontramos también en proceso de elaboración de nuestra **tesis para optar el título de Médico Cirujano**, la cual ha sido debidamente **aprobada por la Facultad correspondiente**, contando con **carta de presentación, dictamen de aprobación de tesis y demás documentos requeridos**, los cuales se adjuntan a la presente solicitud.

En ese contexto, resulta necesario solicitar la **autorización para la revisión de historias clínicas** de pacientes atendidos en este nosocomio, información indispensable para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos de nuestra tesis.

Es preciso señalar que la revisión de las historias clínicas será realizada **únicamente con fines académicos**, respetando estrictamente los **principios éticos**, la **confidencialidad de la información**, y garantizando el **anonimato de los pacientes**, de acuerdo con la normativa vigente y las disposiciones institucionales del hospital.

Por lo expuesto, solicitamos a Usted se sirva **autorizar el acceso y revisión de las historias clínicas necesarias**, en los servicios y periodos establecidos en la tesis, permitiéndonos así culminar satisfactoriamente nuestro trabajo académico.

Sin otro particular, y reiterando nuestro respeto y consideración, quedamos a la espera de una respuesta favorable.

Atentamente,

POR LO EXPUESTO

Pedimos a Usted acceder a mi solicitud gracia que espero alcanzar.

Arequipa, 05 de Enero de 2026

Jennifer Yanina Espinoza Fuentes
DNI N.° 71878265

Camila Irene García Zúñiga
DNI N.° 72577692

HOSPITAL REGIONAL "HONORIO DELG...
TRAMITE DOCUMENTAR...
05 ENE. 2026
Nº Reg. Doc. 911748 Folio: 25
Nº Reg. Exp. 551965 Hora:

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Anexo 4:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de Ficha: _____

Variable / Indicador	Dato registrado
Factores epidemiológicos	
1. Edad	• 18-40 • 41-60 • 61-80 • 81 a más
2. Sexo	• Masculino • Femenino
3. Comorbilidades	• Hipertensión arterial • Insuficiencia renal crónica • Diabetes mellitus tipo 2 • Cardiopatía • Coagulopatía
4. Uso de medicamentos con riesgo de sangrado	• AINES • Anticoagulantes • Antiagregantes • Corticoides
5. Hábito tabáquico	• Si • No
6. Consumo de alcohol	• Si • No
7. Consumo de drogas	• Si • No

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Hemorragia digestiva alta	
8. Clasificación de Forrest	• Ia • Ib • IIa • IIb • IIc • III
9. Escala de Rockall	• Bajo (0–2) • Moderado (3–5) • Alto (≥6)
10. Tipo de lesión sangrante	• Úlcera gástrica • Úlcera duodenal • Erosiones • Neoplasia • Lesión de Dieulafoy • Otros
11. Estado de la endoscopia	• Completa • Incompleta
Endoscopia de second look	
12. Número de endoscopías realizadas	• 1 endoscopía • 2 o más endoscopías
13. Número de terapias hemostáticas aplicadas	• 1 técnica • 2 o más técnicas
14. Tipo de terapias hemostáticas	• Inyección con epinefrina • Terapia combinada (epinefrina + clips) • No recibió terapia hemostática
15. Evidencia de resangrado	• Si • No

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis