

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Segunda Especialidad en Medicina de Emergencias y Desastres



**Aspectos epidemiológicos y clínicos de los pacientes con hemorragia
digestiva alta en el servicio de emergencia – trauma shock del Hospital
Carlos Alberto Seguin Escobedo julio 2022 – marzo 2025**

Proyecto de investigación presentado por la M.C:

Ortiz Puma, Mariela Estefania

ORCID: 0009-0009-7991-9653

Para optar el Título de Segunda Especialidad en Medicina de Emergencias y Desastres

Asesor:

Mtro. Mamani Ruelas, Angel Sixto

ORCID: 0000-0001-9082-4975

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
DICTAMEN APROBACIÓN DE PROYECTO / PLAN

Arequipa, 06 de Agosto del 2025

Dictamen: 016081-A-FMH-2025

Visto el proyecto / plan del expediente 016081, presentado por:

2022971032 - ORTIZ PUMA MARIELA ESTEFANIA

Titulado:

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA - TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL CARLOS ALBERTO
SEGUIN ESCOBEDO JULIO 2022 - MARZO 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29227745 - JOVE OBLITAS WALKER DEL CID
DICTAMINADOR**



Aspectos epidemiológicos y clínicos de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia – trauma shock del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo julio 2022 – marzo 2025

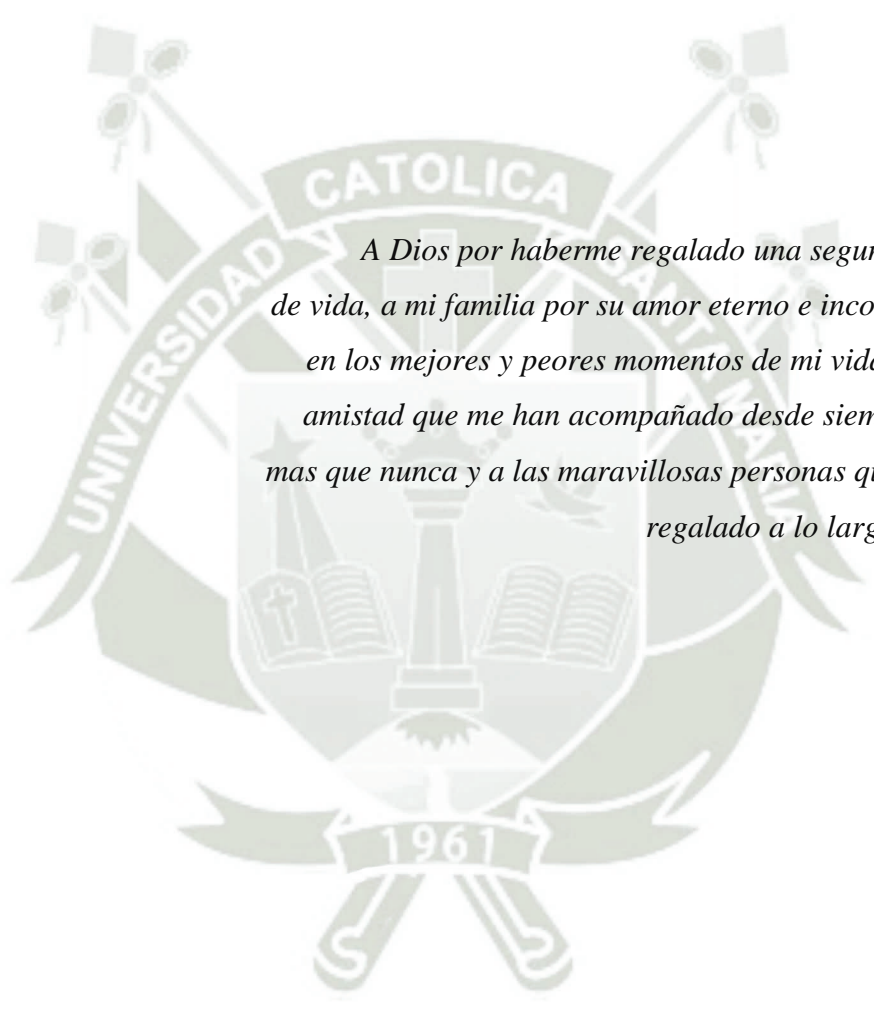
INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	3%
3	actaojs.org.ar Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
7	idoc.pub Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%
9	kerwa.ucr.ac.cr Fuente de Internet	1%

Dedicatoria



A Dios por haberme regalado una segunda oportunidad de vida, a mi familia por su amor eterno e incondicional apoyo en los mejores y peores momentos de mi vida, al amor y a la amistad que me han acompañado desde siempre, pero ahora mas que nunca y a las maravillosas personas que la vida me ha regalado a lo largo de estos años.

Resumen

OBJETIVO: El presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer a mayor detalle las “características propias, epidemiológicas y aspectos clínicos” relevantes así como también el curso del tratamiento y su efectividad de una patología que si bien es cierto puede tener diversas formas de presentación y diferentes mecanismos de causa, todas ellas puede conllevar a un aumento de morbimortalidad y es indispensable saber identificar desde los factores de riesgo que predisponen a los paciente hasta el actuar terapéutico para limitar al máximo los daños al paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Este estudio es considerado un trabajo de tipo descriptivo observacional retrospectivo y de corte transversal donde se evaluarán historias clínicas de paciente que fueron atendido en la unidad de trauma shock, donde se valorarán no solo los criterios demográficos como edad, sexo, sino que también se valorarán criterios que predisponen y factores de riesgo de paciente, haciendo también hincapié de visualizar la presentación clínica y su desenlace posterior a los estudios endoscópico.

RESULTADOS: Con este estudio se logró evaluar los aspectos no sólo clínicos si no que también se logró identificar los factores de riesgo y de predisposición a la aparición de cuadro clínicos como la hemorragia digestiva alta tanto variceal como no variceal las intervenciones terapéuticas que se realizaron al igual que la valoración de las escalas existente hasta el momento para evaluar el pronóstico y manejo de esta patología que se va haciendo más frecuente con el transcurrir de los años.

Palabras clave:

Hemorragia, gastrointestinal, sangrado

Abstract

OBJECTIVE: This study aims to provide a more detailed understanding of the specific epidemiological and clinical characteristics, relevant aspects, and treatment course and effectiveness of this disease. While it is true that it can present in various forms and cause different mechanisms, all of these can lead to increased morbidity and mortality. It is essential to identify the risk factors that predispose patients to therapeutic interventions to minimize harm to the patient.

MATERIALS AND METHODS: This study is considered a descriptive, observational, retrospective, and cross-sectional study. The clinical histories of patients treated in the trauma/shock unit were evaluated. Not only demographic criteria such as age and sex were assessed, but also predisposing criteria and risk factors were also evaluated. Emphasis was placed on visualizing the clinical presentation and outcome after endoscopic studies.

RESULTS: This study evaluated not only clinical aspects but also identified risk and predisposition factors for the development of clinical conditions such as variceal and non-variceal upper gastrointestinal bleeding, therapeutic interventions performed, and assessment of existing scales for evaluating the prognosis and management of this condition, which is becoming more common over the years.

Keywords:

Hemorrhage, gastrointestinal, bleeding

INDICE GENERAL

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	3
1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Enunciado del problema.....	3
1.3. Justificación.....	3
CAPITULO II	6
2. MARCO TEORICO.....	6
2.1. CONCEPTOS TEORICOS	6
2.2. REVISION DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	27
2.3. Hipotesis.....	34
CAPITULO III	35
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	35
3. METODOLOGIA	35
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	35
3.2. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	35
3.3. CAMPO DE VERIFICACIÓN	35
3.4. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39

INDICE DE ANEXOS

Tabla N°1.	ESCALA DE GLASGOW – BLATCHFORD.....	47
Tabla N°2.	ESCALA DE AIMS	48
Tabla N°3.	SCORE DE RIESGO DE ROCKALL	48



Introducción

La hemorragia digestiva alta es un grupo de enfermedades que concierne a las “patologías digestivas” que son relativamente comunes en nuestro medio, pueden llegar a ser potencialmente mortales dependiendo de los factores de riesgo asociados y de los mecanismos de presentación de los mismos, tenemos dos grandes grupos la “hemorragia digestiva variceal” que es la que podría producir mas rapidamente la muerte a traves de la ruptura de varices esofagicas asociado a pacientes con la comorbilidad de cirrosis hepatica que tienen un aumento considerable en la presion portal generando asi una dilatacion de las estructuras vasculares, adelgazamiento de paredes y mayor probabilidad de ruptura con desenlace fatal, porque lleva al paciente a un “estado de shock hipovolemico” y si no es limitada de manera oportuna puede producir la muerte; pero por otro lado tenemos la “hemorragia digestiva no variceal” que es el grupo mas frecuente y con diversas formas de aparicion pero dentro de esta siendo la mas frecuente el uso y abuso de medicamentos como los “antinflamatorios no esteroideos” que producen lesion en la mucosa gastrica como duodenal, siguiendo de cerca las malformaciones arteriovenosas, ulceras gastricas y duodenales, infeccion cronica por “helicobacter pylori”, entre otras minorias que podrian desencadenar sangrado gastrointestinal con diversos desenlaces patologicos.

En el “Perú la hemorragia digestiva alta” tiene una presentación muy variable y muy frecuente llegando a presentarse con una “prevalencia de 150 personas diagnosticadas por cada 100.000 personas atendidas” de manera anual, teniendo un comportamiento incierto de gravedad que muchas veces se desencadena con una tasa de mortalidad que puede variar entre “10 a 20%”, a nivel mundial tiene una frecuencia elevada por los factores de riesgo que se asocian como el “uso crónico de AINES, ingesta abundante de alcohol y uso desmedido de tabaco”.

En el presente trabajo lo que se busca es dar a “conocer las características de la enfermedad, sus formas de presentación, sus factores de riesgo, sus mecanismo de daño, los scores” que al momento tenemos de ayuda para evaluar pronóstico tanto de morbilidad así como también que nos ayudes a “guiar la terapéutica” y finalmente dar a conocer la clínica con sus características más resaltante para objetivamente trabajar en su diagnóstico que muchas veces se hace a la par con el tratamiento definitivos a través del tratamiento que se da de manera endoscópica, todo ello para un manejo más rápido y eficiente en el área de trauma shock.



CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.1. Descripción del problema

Por lo que es común en el área de trauma shock, se atienden los casos más severos con riesgo de vida del paciente y uno de ellos es la hemorragia digestiva alta, algunos cuadros leves que progresivamente van escalando a niveles considerables para ser emergencias potencialmente mortales y por otro lado cuadros que desde el primer momento son verdaderas emergencias hemorrágicas y que por la cantidad de sangre que se pierde son considerados hemorrágicas con riesgo mortal. La forma ideal de poder estar a un buen nivel de atención es conocer bien a detalle las características que están alrededor del cuadro clínico, del nivel de severidad, fisiopatología que rodea a esta enfermedad con el objetivo de estar listo para la atención oportuna y de alta calidad mejorando los niveles de supervivencia.

1.2. Enunciado del problema

¿Cuáles son los aspectos epidemiológicos y clínicos de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia - trauma shock del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo Julio 2022 – Marzo 2025?

1.3. Justificación

1.3.1. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La “hemorragia digestiva alta” en los últimos años se ha visto un aumento en diversos grupos de edades y con múltiples comorbilidades agregadas. Esta enfermedad en muchos de los casos se puede “prevenir” e incluso se puede limitar el “impacto en la mortalidad”. La importancia del presente trabajo busca

primordialmente la “prevención además del manejo” de las comorbilidades y los factores de riesgo. Es por ello que radica la importancia de este trabajo para la identificación de las “características iniciales o incipientes” con el objetivo de disminuir la morbimortalidad.

1.3.2. JUSTIFICACIÓN HUMANA

El conocer las características clínicas y las más importantes características epidemiológicas es de mucha ayuda para un oportuno y adecuado manejo, el cual tendría un impacto en la “reducción de morbimortalidad” por esta patología.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN CONTEMPORÁNEA

Al ser la hemorragia digestiva una patología que anualmente incrementa su frecuencia, así como también su severidad llegando a presentarse en pacientes de diversas edades, muchas veces con “desenlaces fatales” si es que esta hemorragia es masiva es que considero importante conocer las características y reconocer de manera oportuna la presentación clínica para poder realizar un tratamiento óptimo.

1.3.4. FACTIBILIDAD

El presente trabajo de investigación es factible ya que para su diagnóstico se requiere de un buen examen físico y recolección de datos epidemiológicos; posterior a ello se requiere una “endoscopia digestiva alta” la cual es accesible en el servicio de trauma shock, así mismo apoyado con la clínica se da un diagnóstico oportuno.

1.3.5. INTERES PERSONAL

En lo que concierne a mi interés personal el presente estudio permitirá obtener datos relevantes sobre la “realidad en el ámbito epidemiológico”, datos importantes sobre la clínica y los “factores asociados” considerados como riesgo para la presentación de hemorragia digestiva alta, considero importante para mi debido a que me permitirá tener mayor conocimiento de causa para el adecuado tratamiento y me ayuda a dar orientación a los pacientes con el objetivo de disminuir las “potenciales secuelas y sobre todo la mortalidad”

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Describir los aspectos epidemiológicos y clínicos de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia - trauma shock del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo julio 2022 - marzo 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los aspectos epidemiológicos de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia - trauma shock del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo julio 2022 - marzo 2025.
- Establecer los aspectos clínicos de los pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia - trauma shock del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo julio 2022 - marzo 2025.
- Definir los factores de riesgo presentes en los pacientes con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el área de emergencia - trauma shock del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo julio 2022 - marzo 2025.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. CONCEPTOS TEORICOS

UNIDAD DE SHOCK TRAUMA

La unidad de shock trauma o "unidad de choque" es un espacio determinado para la atención de “cuadros clínicos complicados”, severos y agudos, destinado para la atención especial de pacientes en estado "crítico" o sea pacientes cuyo desenlace fatal podría darse rápidamente ante la falta de atención oportuna (1).

Esta área cuenta con “monitoreo constante” de parámetros tipo "funciones vitales" tales como frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación periférica de oxígeno; cuenta además de equipos destinados para la “reanimación vital básica y avanzada” haciendo referencia a desfibriladores, acceso a material de resucitación y ventilación mecánica (10).

Es justamente en este espacio donde se reciben a los paciente que presentan cuadros clínicos compatibles con hemorragia digestiva alta, donde además existe personal, sumamente capacitado ante un “probable paro cardíaco de origen hipovolémico” que suele ser la complicación más severa de un cuadro hemorrágico, teniendo implementada esta área con material de aspiración de fluidos, resucitación con vasopresores y sus respectivas bombas de infusión para las mismas y diversos dispositivos invasivos de vía aérea y circulatoria (39).

El hospital "Carlos Alberto seguin Escobedo" lugar donde se realiza el presente trabajo de investigación cuenta con una “unidad de shock trauma especializada” una de las más "grandes" del sur, debido a que dicho hospital es considerado uno de los hospitales de

"referencia de la región sur del país", es por ello que cuenta con una buena cantidad de casuística recibida del cuadro clínico de hemorragia digestiva alta.

DEFINICIÓN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La hemorragia digestiva "alta" en todas sus formas es considerada una emergencia con alto riesgo de vida, que requiere casi en su totalidad hospitalización para su "manejo agudo", existe una minoría que requiere un tratamiento ambulatorio pero es una cantidad demasiado pequeña (2).

La hemorragia digestiva como tal, no es otra cosa que la "pérdida de contenido sanguíneo" a través de la vía digestiva y para ser catalogada como alta debe presentarse el sangrado por encima del "ángulo de Treitz", o sea cualquier sangrado que se produzca por encima de este ángulo anatómico o cualquier lesión que la produzca hasta antes del mencionado es considerada una hemorragia digestiva alta (5). Importante mencionar que dentro de las múltiples causas y orígenes se van a describir más adelante, existen dos grupos grandes los cuales nos sirven para diferenciar y establecer la "relación causa efecto" (4).

CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

A) HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICIAL

La hemorragia digestiva alta de "origen variceal" es una emergencia médica considerada la "más grave" inclusive mucho más grave que la no variceal debido a que tiene un origen en las "formación y consecuente ruptura" de varices esofágicas que son grandes dilataciones en la parte venosa de las estructuras esofágicas, generalmente esta patología está íntimamente relacionada con "pacientes cirróticos en estadio

avanzado” que desarrollan “hipertensión portal”, en algunos otros casos podría tener relación también con cuadros de “trombosis portal” y en algunos casos muy raros en zonas endémicas donde es frecuente la “esquistosomiasis” (3,8).

Como se mencionó anteriormente este tipo de hemorragia digestiva alta tiene un origen primordialmente en la “cirrosis hepática íntimamente relacionado con una hipertensión portal”, por lo tanto cuando existe un grado elevado de “fibrosis a nivel del hígado” y aparece la formación de nódulos regenerativos que van a generar “obstrucción del flujo sanguíneo” dentro del hígado en la circulación intrahepática lo cual es típico en la cirrosis hepática (29). Es en este punto tan importante que se va a producir una “desviación del flujo portal” normal es por ello que se producirá formación de colaterales con una medida de protección y de alivio a la presión que se viene aumentando, es preciso mencionar que la sangre “busca rutas colaterales” y es donde se producen la formación de “nuevos vasos Porto sistémicos colaterales”, idealmente por donde la presión se alivia es en los vasos del esófago distal y también en vasos del estómago proximal, con esta progresión de la fibrosis del hígado es que estos vasos al intentar aliviar la presión en el sistema venoso es que se “dilatan y generan varices con adelgazamiento de las paredes con un alto flujo y presión” evidentemente ante una poca protección de la mucosa, es que son tejido de fácil desgarro muy frágiles y con mucha “tendencia a romperse” especialmente cuando se tiene presiones en el sistema portal por encima de 12 mm de mercurio considerado un nivel de presión crítico (29,33).

No todos los pacientes que desarrollan “fibrosis hepática” y que tienen varices pueden llegar a la ruptura de las mismas, sin embargo existen algunas condiciones importantes que van a “aumentar el riesgo de la ruptura” de dichas varices, como por ejemplo el “tamaño de las varices” a mayor tamaño mayor probabilidad de desgarro y ruptura así

mismo mayor probabilidad de sangrado importante, “estados avanzado de la fibrosis hepática” y la descompensación de la misma por ejemplo en el “estadiaje de Child Pugh C” que es el nivel más avanzado, pacientes que se haya comprobado una “presión portal elevada por encima de los 12 mm de Mercurio”, otro factor de riesgo importante es la “persistencia del consumo de alcohol” así mismo como un aumento súbito de la “presión intraabdominal”, entre otros factores de riesgo siendo estos los principales podrían llevar a “romperse alguna de las varices” y generar una “hemorragia masiva” teniendo clínicamente cuadros de hematemesis abundante acompañado de melenas y que en muchos casos estos pacientes podrían ingresar al área de trauma shock con cuadros compatibles con “shock hipovolémico” por la pérdida masiva de sangre (7,26,28).

B) HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

La hemorragia digestiva alta “no variceal” a diferencia de la mencionada anteriormente, es aquella que no se origina como consecuencia de las “varices esofágicas o gástricas” y representa un porcentaje mucho mayor en los casos de hemorragia digestiva siendo alrededor de un 80% debido a que tiene “orígenes múltiples” en la aparición de las mismas (5,6).

Fisiopatológicamente hablando de manera general la “hemorragia digestiva alta no variceal” tiene origen en el aumento de los “agresores gástricos” y disminución o alteración de los “factores protectores”; siendo los principales “agresores gástricos” el ácido clorhídrico, la aparición de “*helicobacter pylori*”, el aumento de la “pepsina”, el uso y abuso de “aines”, consumo elevado y agudo de “alcohol” asociado o no al “uso de tabaco” o cigarrillos (3,27). Mientras que por otro lado cuando se habla de

disminución de los “factores protectores” se menciona primordialmente a la “disminución de la producción del moco gástrico”, “disminución de la concentración del bicarbonato”, disminución del flujo sanguíneo en la área mucosa, daños considerables y reiterados en la “integridad del tejido epitelial” (3,13). Como pasaremos a mencionar y explicar en las múltiples causas que siguen a continuación.

ULCERA PEPTICA Y DUODENAL

La enfermedad de tipo ulcerosa tanto “gástrica como duodenal” podría bien ocupar uno de los primeros lugares como causas que generan hemorragia digestiva alta, si bien es cierto esta causa se encuentra cerca del 50% de etiologías de la hemorragia digestiva alta, pero en este grupo si se quiere ser más específico quien predomina más es la “úlcera duodenal” muy por encima de la úlcera gástrica; cuando suele presentarse la “úlcera gástrica” tiene una mayor frecuencia en el cuerpo del estómago, el cual está estrechamente relacionada con la ingesta de medicación que por lo general en su mayoría son los bien conocidos como “antiinflamatorios no esteroideos”, sinergizando por la presencia de la “bacteria helicobacter pylori”, el cual eleva de manera considerable el riesgo de presentarse una hemorragia digestiva alta (17,22).

Cabe recordar que “una úlcera” no es otra cosa que una “lesión” o también conocida como una “llaga” la cual se encuentra en la parte mucosa, ya sea del estómago o del duodeno y que en su origen se da a través del desequilibrio entre los “factores protectores y agresores de la mucosa” propia de este órgano, es importante también hacer un hincapié en que existe una “clínica previa” que podría ser sugerente de la presencia de “enfermedad ulcerosa” como es el caso de náuseas frecuentes, acompañado de “sensación de llenura” o plenitud que va progresando con la aparición de dolor en el epigastrio cuyo nombre técnico es la “epigastralgia” y en casos muy

severos podría darse la presentación del motivo de esta investigación que es la hemorragia digestiva alta (9,12).

De manera objetiva, fisiopatológicamente hablando la aparición de una úlcera tanto “duodenal como péptica”, inicia con un desbalance entre “factores de agresión y protección” de la mucosa, la cual lleva a una “erosión inicialmente superficial” de la mucosa para luego tornarse un tanto más profunda y “alcanza vasos sanguíneos”, los cuales también se lesionan como consecuencia de esta erosión y de este modo puede condicionar la aparición de una hemorragia digestiva alta (6).

DESGARRO DE MALLORY WEISS

Primero, describir que un síndrome de Mallory Weiss, los desgarros de Mallory Weiss no son otra cosa que las “lesiones en disposición longitudinal” de la mucosa pero están ubicadas en el esófago, para ser más preciso en la “unión entre el esófago y el estómago”, conocida como la “Unión gastroesofágica”. Típicamente estos desgarros tienen un origen por cuadros eméticos repetitivos, que generan espasmos y esfuerzo intenso en el esofago, lo cual produce una “laceración” en la mucosa (14).

Es frecuente encontrar este tipo de lesiones en personas que tienen “adicción al alcohol” con subsiguiente intoxicación y presentación de náuseas y vómitos. Por otro lado también se puede presentar en pacientes con “trastornos alimenticios” como es el caso de la “bulimia” que son pacientes que se generan ellos mismos el reflejo de náusea y consecuentemente el vómito. Ampliando un tanto la presentación de esta patología tenemos a las “pacientes embarazadas” con los cuadros de “hiperemesis gravídica aguda” los cuales generan también cuadros de vómitos persistentes, que pueden generar “lesiones longitudinales en la mucosa esofágica” y por lo tanto condicionar la aparición de hemorragia digestiva alta (15).

SINDROME DE DIEULAFOY

El “síndrome de Dieulafoy”, es una causa extremadamente rara, que puede estar relacionada con la hemorragia digestiva alta, este síndrome no es otra cosa que una arteria “estructuralmente anormal y dilatada” que se encuentra ubicada en la submucosa, en todo el sistema digestivo que corresponde al segmento antes del ángulo de treitz, el algunas referencias mencionan que puede ser frecuente en la unión “gastroduodenal”, tiene un porcentaje elevado de encontrarse ubicada en la “curvatura menor del estómago”, es por esta razón que se presenta una erosión en el área de la mucosa sin que necesariamente sea visible como una úlcera(18) . Es muy importante tener este síndrome en mente cuando se hace una “endoscopia alta” y en un primer momento no se logra visualizar “ninguna lesión” pero persiste la caída de hemoglobina y persistencia de clínica digestiva asociada a hemorragia digestiva alta, es en ese caso que será necesario de múltiples intentos endoscópicos e incluso muchos otros exámenes, para la ubicación de dicha lesión (11,15).

Este síndrome clínicamente debe sospecharse bajo el concepto de la presentación de una “caída de hemoglobina abrupta”, que puede estar asociada a “hematemesis y melenas”, sin embargo como se ha mencionado anteriormente puede que en una primera evaluación endoscópica no sea de “fácil visualización” y a pesar del tiempo aún se sigan presentando episodios tanto de “hematemesis como melena” e incluso caídas abruptas de hemoglobina entonces es indispensable sospechar en este síndrome para evaluar de ser necesario repetir los “exámenes endoscópicos” (11).

FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La hemorragia digestiva alta, como muchas otras enfermedades en la medicina tienen “múltiples factores de riesgo”, entendiéndose como factor de riesgo, a toda aquella

“característica particular o condición determinada” e incluso comportamiento adoptado, que pueda “aumentar y/o desencadenar e incluso complicar” la salud de la persona y la posibilidad de que una persona desarrolle una enfermedad como tal; en este caso una hemorragia digestiva alta (3,28). De los “factores de riesgo más importantes” para la presentación de un cuadro clínico de hemorragia digestiva alta tenemos los siguientes:

INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI

El helicobacter pylori, una “bacteria” que pertenece al grupo de las “gram negativas”, que tiene la característica de colonizar la mucosa gástrica, esta bacteria es frecuente sobre todo en aquellos países que se encuentran en “vías de desarrollo”, debido a que la principal forma de transmisión se da por vía “fecal oral y oral oral”; el helicobacter pylori como causa de la hemorragia digestiva alta, se encuentra íntimamente relacionado con las “úlceras gástricas y duodenales”, al ser estas tan frecuentes fisiopatológicamente están relacionadas con una “inflamación de tipo crónica” que se da a nivel del estómago lo que comúnmente se conoce como “gastritis” lo que a la larga va a terminar favoreciendo la “formación de úlceras” y estas mismas pueden ser la causa directa de una hemorragia digestiva alta (2,22).

Si revisamos un poco más a detalle, nos daremos cuenta que esta bacteria tiene la capacidad de “generar daño en la mucosa produciendo” así un cuadro clínico de “gastritis crónica”, que progresivamente puede persistir en el daño y generar “úlceras pépticas y duodenales” las cuales conforme van avanzando en profundidad, erosionan vasos sanguíneos importantes generando así un “sangrado digestivo” cuya presentación clínica va a ser la “hematemesis asociado con melenas” además cuando inicialmente se produce la gastritis crónica se va a presentar por cuadros

caracterizados por “náuseas con o sin vómitos, dolor en epigastrio y posterior a ello se agregará la pérdida sanguínea mencionada anteriormente (18,19).

INGESTA DE AINES

Los “aines” acrónimo que da a conocer a los “antiinflamatorios no esteroideos”, que son un grupo heterogéneo ampliamente usado en la medicina, con el objetivo analgésico para disminuir niveles de dolor, anti inflamatorio caracterizado para “reducir niveles inflamatorios”, antipirético que son los encargados de “disminuir la temperatura” cuando los pacientes presentan fiebre o sensación de alza térmica (3).

Los “antiinflamatorios no esteroideos”, su mecanismo de acción principalmente es inhibir las “enzimas ciclooxigenasas” las cuales son indispensables para que se produzcan las prostaglandinas, que son las sustancias directamente relacionadas con los estados de “dolor, fiebre inflamación”, en adición los COX-1 actúan protegiendo los riñones, las plaquetas y el estómago; por ende el uso inadvertido y excesivo de los antiinflamatorios no esteroideos pueden suspender un “sistema de protección del estómago” lo cual va a generar una caída en el factor de protección de la mucosa gástrica y aparición de hemorragias digestivas altas (30,32).

Los aines como “factores de riesgo” son importantes en la aparición de hemorragia digestiva alta, debido a que van a estar altamente relacionados con las “úlceras gástricas y duodenales”, otro camino es la reducción de secreción mucosa asociada a una “disminución de la producción de bicarbonato” que va a generar de manera global la “disminución progresiva del flujo sanguíneo”, dando origen a la predisposición de úlceras, que progresivamente se van profundizando y son capaces de generar una hemorragia digestiva alta considerable (15,16).

Generalmente la aparición de “hemorragia digestiva alta como consecuencia de los aines” está relacionado con pacientes con una edad mayor a 60 años, personas que están consumiendo aines a “altas dosis y por tiempo extremadamente prolongado”, en algunos casos existen fármacos que se potencian con los aines, como por ejemplo el “uso de antiagregantes o anticoagulantes” como es el caso del consumo de aines asociados con warfarina, aspirina entre otros catalogados en los grupos de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios (24,41).

INGESTA EXCESIVA DE ALCOHOL

La “ingesta excesiva de alcohol” puede considerarse un factor de riesgo muy importante para la aparición de la hemorragia digestiva alta; la “ingesta excesiva de alcohol”, participa de tres maneras: una “directa” actuando sobre el daño de la mucosa y dos “indirectas” empeorando el cuadro de “cirrosis hepática” y las consecuencias de las varices esofágicas mientras que al afectar la función hepática interfiere con la coagulación (42).

Primeramente, cuando se habla del “daño directo” de la mucosa gástrica está relacionada con que, el alcohol “erosiona la barrera del estómago”, sobre todo la primera capa que es “la mucosa” y de este modo se produce la “gastritis crónica alcohólica”, inicialmente este cuadro genera erosiones pequeñas y en algunos casos “microhemorragias” y si estas van progresando con el tiempo se genera un “daño severo más extenso” y acumulativo. Además el alcohol tiene un efecto sobre el aumento de la “secreción ácido del estómago” lo que agrava mucho más la presencia de microhemorragias y erosiones pequeñas que con el tiempo van progresando a “úlceras gástricas y duodenales”, por otro lado, al haber un mayor aumento en la

secreción de contenido ácido también se produce la “disminución del moco protector” de la mucosa generando así un desbalance entre factores de protección y agresión (40).

En el caso indirecto de los pacientes que cursan con cirrosis hepática y varices esofágicas por lo general, tienen un historial de consumo y abuso crónico del alcohol lo cual progresivamente con el tiempo puede generar la “hepatopatía alcohólica” y siguiendo el cuadro de la enfermedad a una cirrosis con hipertensión portal, la cual va a ser responsable directa de la aparición de varices esofágicas y gástricas las cuales pueden estar propensas a rupturas y aparición de “hemorragias digestivas altas masivas”, catalogadas como las más peligrosas debido a que el volumen sanguíneo a perder es mucho mayor y de difícil control (6,31).

Además el consumo crónico de alcohol y su relación con la hepatopatía alcohólica crónica, tiene repercusión en la “síntesis hepática de factores de coagulación” los cuales son muy frecuentes en estados avanzados de la enfermedad hepática, con esto se puede presentar trombocitopenia que no es otra cosa que un “conteo bajo del número de plaquetas” y todo esto agrava mucho más el cuadro de la hemorragia digestiva porque al tener alteración en el perfil de la coagulación el sangrado se puede tornar más “grave, profuso y de difícil control” incluso con un manejo oportuno con tratamiento endoscópico (14).

ESTRES

El estrés como parte de “factor de riesgo” para la aparición de hemorragia digestiva, se da a través de un “mecanismo de respuesta fisiológica y psicológica”, que emite

el cuerpo ante una presión o amenaza o inclusive ante una situación demandante, en algunos casos cuando es agudo generalmente suele ser positivo, sin embargo cuando ya se cronifica tiende a tener “efectos negativos”, por ejemplo un estrés severo puede considerarse un factor importante de riesgo para una hemorragia digestiva alta especialmente en casos de pacientes que se encuentran ya “hospitalizados o que han atravesado por un estado crítico” de salud (43).

Fisiológicamente, el estrés puede estar relacionado con “episodios de hipoperfusión de la mucosa”, ya sea en el área gástrica o en el área duodenal lo cual va a condicionar a un nivel menor de oxigenación de dicha mucosa, por ello con el tiempo se va a producir una “disminución notable en la producción del bicarbonato”, como factor protector del estómago así como también la “disminución de la producción del moco”, que viene a ser otro factor que protege el medio interno del estómago, ante el “desbalance” de los factores protectores obviamente se va a generar un aumento en el ácido gástrico, el cual va a tornar un medio mucho más ácido que lo que puede tolerar la mucosa gástrica provocando “lesiones hiperagudas”, que son conocidas como úlceras por estrés, como toda úlcera inicialmente es superficial en este caso cuando se produce por estrés son múltiples planas y altamente sangrantes las cuales pueden aparecer en pacientes críticos (44,45).

CONSUMO CRONICO DE TABACO

El consumo de tabaco, que se produce de manera crónica es un “factor de riesgo” bien conocido para el cuadro de la hemorragia digestiva alta fundamentalmente en la “complicación de las úlceras” a través de un desbalance entre los “factores protectores y agresores”, el tabaco al ser una planta, que contiene nicotina y que es utilizado para la “fabricación de cigarrillos” asociado con las más de 7000 sustancias

químicas genera aumento en la secreción de ácido gástrico, reduciendo de este modo la producción de moco y bicarbonato como se ha visto en los casos anteriores de factores de riesgo asociados a la aparición de hemorragia digestiva alta, todo esto contribuye a la “disminución del flujo sanguíneo”, principalmente en la mucosa gástrica, además en paralelo genera un “retraso en la cicatrización de las úlceras”, que ya se encuentran existentes por posible aparición por otros mecanismos, además está “relacionado con la interferencia con la respuesta inmunológica local”, lo cual va a generar y favorecer la posible colonización de la bacteria “*helicobacter pylori*” y por ello aumenta el riesgo de recurrencia y aparición de las úlceras sangrantes (46,47).

CUADRO CLÍNICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Ya habiendo sido definida la hemorragia digestiva alta como un “sangrado potencialmente mortal” que puede afectar a cualquier paciente con los factores de riesgo anteriormente mencionados y siendo un sangrado que se produce hasta antes del ángulo de treitz (1,3). Veremos a continuación los principales síntomas que se producen en una hemorragia digestiva alta y los signos iniciales que podrían hacernos sospechar que se esté desarrollando el mencionado cuadro:

- Melena
- Hematemesis (9)

Básicamente estos son los dos principales síntomas que aparecen cuando hay un “cuadro clínico de hemorragia digestiva alta”, sin embargo podrían estar asociados a múltiples síntomas generales de pérdida de sangre como es el caso de:

- Hipotensión

- Taquicardia
- Mareos y vómitos
- Palidez
- Debilidad y fatiga (17,23)

TUMORES DE LA VÍA DIGESTIVA ALTA

Los “tumores de la vía digestiva” como causa de la hemorragia digestiva alta son mucho menos frecuentes que todas las causas mencionadas anteriormente, pero deben considerarse cuando los pacientes son; mayores a los 50 años y que a lo largo de su vida han tenido “síntomas digestivos o hemorragias recurrentes previas”, uno de los principales que puede generar hemorragia digestiva alta son los “cánceres gástricos”, ya sean aquellos que estén ubicados en el “antro, cuerpo o cardias” pueden producir sangrado a través de una “invasión de la mucosa”, “ulceración de los tumores”, que se encuentran hacia la parte interna del estómago o por la propia invasión de los vasos mucosos (48). Existen también una variedad mínima de tumores que pueden generar “hemorragia digestiva alta” como es el caso de “adenocarcinoma esofágico” que es frecuente en pacientes con enfermedades crónicas como “esófago de Barret” o personas que tienen la “enfermedad de reflujo gastroesofágico crónico” asociado en muchas ocasiones con el uso de tabaco y alcohol (49). Existe también otro grupo de los tumores subepiteliales gástricos los conocidos GISTs que son “tumores del tejido mesenquimal del estómago” como también del intestino suelen crecer por lo general hacia el lado de la luz “generando obstrucción) y con mucha probabilidad de ulcerarse causando una hemorragias masivas (47). Por otro lado tenemos los linfomas gástricos también conocidos como tumores difusos de células grandes o los bien conocidos como MALT ,que son tumoraciones que pueden invadir vasos y posterior a ello ulcerarse estos están asociados a la infección crónica por helicobacter pylori. Finalmente existen

“tumoraciones migrantes” como es el caso de metástasis gástricas o metástasis duodenales, que son un grupo muy raro y menos frecuente, que por lo general los tumores principales que pueden generar estas “metástasis” son el cáncer de mama, cáncer de pulmón, melanoma, que son estos tipos de tumores que pueden llegar a metastatizar a la “mucosa gástrica y por ende alteran la estructura normal”, generando así debilidad en los vasos y en la pared predisponiendo un alto grado de lesión con progresión a “ulceración, necrosis y posterior sangrado abundante” (47,48).

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

TERAPIA INICIAL

La “terapéutica inicial” para el manejo de una hemorragia digestiva alta, que sea activa que tenga o no tenga compromiso de la parte hemodinámica y que genere su inestabilidad del mismo; es la “administración de volumen”, a través de lo que se conoce como una “resucitación hídrica”, actualmente la resucitación hídrica se apoya básicamente sobre el “uso de cristaloides”, anteriormente se recomendaba el uso de coloides, sin embargo en la actualidad por la cantidad de complicaciones que puede generar la aplicación de coloides, es que la principal recomendación se da al “uso de cristaloides”, esto con el principal objetivo de mantener una perfusión tisular adecuada; en casos en los cuales la hemoglobina está venida menos la principal intervención además de la resucitación hídrica, que un tanto podría llegar a ser limitada, es el uso de la “transfusión sanguínea”, con su respectiva compatibilidad previa (2,14).

El segundo punto además de la “resucitación hídrica”, es la “farmacoterapia” a través del uso de “inhibidores de la bomba de protones” por vía parenteral, en este caso ante un cuadro de hemorragia digestiva alta, las guías sugieren un “bolo inicial” de

omeprazol de 80 mg endovenoso, con esto se tiene reporte de que se ayuda al proceso de la “acidez gástrica”, manteniéndolo en valores que se consideran óptimos y a través de este medio permite la “formación del coágulo” por ende los “inhibidores de la bomba de protones” también ayudan a mejorar el proceso de la coagulación, posterior a la administración del bolo existen algunos estudios, donde se menciona una “infusión continua” a dosis de 8 mg hora sin embargo existe también una recomendación que se podría utilizar a 40 mg cada 12 horas, con esto mejoraría el pronóstico del paciente de manera aguda; existen además otros estudios en los que se indica que podría utilizarse en reemplazo del omeprazol, al “esomeprazol” como una opción terapéutica de otro inhibidor de la bomba de protones (50,51,53).

Existe también lo que se conoce como “tratamiento inicial para preparar” al paciente para la endoscopia digestiva alta, que es a través del uso de procinéticos como la “metoclopramida o la eritromicina endovenosa”, que se sugieren aplicarse antes del procedimiento endoscópico, con este tratamiento se ha visto que existe una mejor calidad de visualización durante el procedimiento, ya que con esto se produce una mejor apreciación de las lesiones durante la “primera endoscopia”, generando así un beneficio, ya que se reduce considerablemente la necesidad de endoscopias digestivas altas “posteriores al procedimiento principal” y además generando disminución en el tiempo hospitalario, ósea participa como un factor que beneficia al paciente (54,55).

Con respecto al tratamiento de la “transfusión sanguínea” es recomendable transfundir a pacientes sin mayores comorbilidades que se encuentran con un “sangrado activo” con una hemoglobina por debajo de 7 gramos por decilitro y también en pacientes que tienen “patología cardíaca” cuando la hemoglobina se encuentra por debajo de 9 gramos por decilitro, la recomendación es transfundir a estos pacientes antes de la realización de la endoscopia digestiva alta con el objetivo de evitar patologías hipoxémicas, sin embargo

ante una emergencia que requiere la intervención de la endoscopia, puede darse la administración de manera paralela, asegurándonos la “perfusión” debido a que sí se trata de una hemorragia digestiva alta variceal podría haber la probabilidad de un sangrado intraprocedimiento y con una hemoglobina por debajo de las mencionadas anteriormente se corre el riesgo de un shock hemorrágico severo y aparentemente de una muerte inminente; pero la terapia de transfusión debe ser manejada con precaución debido a que si se politransfunde podemos tener complicaciones por transfusiones masivas (53,54,55).

En caso pacientes con hemorragia digestiva alta variceal se sugiere el uso de la “infusión de octreotide”, que es un fármaco análogo de la somatostatina que produce “vasoconstricción esplácnica” y esto ayuda en la “terapéutica” porque disminuye el flujo portal y por ende “disminuye la presión de las varices” generando así disminución del “riesgo de sangrado activo y resangrado”, considerándose este uno de los “pilares importantes” para el tratamiento farmacológico en “hemorragias digestivas altas variceal” existe en este tratamiento un “bolo de carga” que es de 50 microgramos endovenoso lento y su posterior infusión continua que también es de 50 microgramos hora y se aplica a través de una bomba de infusión que puede utilizarse entre 2 a 5 días dependiendo del cuadro clínico y su inicio debe ser de manera inmediata ante la sospecha de una hemorragia de tipo variceal; sin embargo estudios mencionan que podría tener una utilidad importante en el uso para el tratamiento de “úlceras gástricas y duodenales” (56,57,58).

Pacientes cuya presentación de hemorragia de tipo variceal, se suele recomendar el “uso antibiótico profiláctico” como medida de prevención de una “peritonitis bacteriana espontánea”, se tiene registrado que hasta un 50% de los pacientes que han cursado con hemorragia digestiva alta de tipo variceal suelen desarrollar hasta en los primeros 7 días,

si no han recibido tratamiento antibiótico; cuadros de “infecciones bacterianas” podrían complicar mucho más el cuadro clínico inicial, porque además de presentarse la peritonitis bacteriana espontánea pueden generarse también “bacteriemias” por el contacto con la mucosa gástrica, infecciones urinarias severas, así como también neumonías; sin contar que la “infección activa previa” a la hemorragia digestiva puede aumentar la “presión portal” y por ende como ya hemos revisado puede aumentar el riesgo de sangrado además los cuadros infecciosos generan “descompensación de la función hepática” empeorando el cuadro base en los “pacientes con cirrosis hepática”; entonces es por eso que se justifica el “uso profiláctico de antibiótico” para reducir las tasas de cuadros infecciosos, mejorar la supervivencia a nivel global del paciente y así mismo disminuir las tasas de resangrado; generalmente las quinolonas y los betalactámicos solos cada uno o ambos en combinación pueden ser utilizados en pacientes con cirrosis y con presentación de hemorragia digestiva; en lo que concierne a la práctica y en la guía se recomienda el uso de se utiliza ceftriaxona a dosis de un gramo cada 24 horas por un tiempo de 7 días y como alternativa para pacientes que tienen alergias a los betalactámicos se suele utilizar ciprofloxacino a dosis de 400 mg cada 12 horas a tener en consideración que las quinolonas pueden ser restringidas en casos de pacientes que hagan resistencia bacteriana (25,57,58) .

ESCALA DE GLASGOW BLATCHFORD

Esta escala es considerada una herramienta importante para el “pronóstico pre endoscópico” que se utiliza en pacientes con hemorragia digestiva alta porque nos “ayuda a predecir” la necesidad de un “tratamiento inicial médico” y también la necesidad de un “procedimiento endoscópico urgente”; además nos ayuda a “identificar

a las hemorragias digestivas altas que pueden ser manejadas de forma ambulatoria” y las que deben ser manejadas intrahospitalariamente (34).

En esta escala se incluyen; las variables como la hemoglobina tanto en hombres como para mujeres, con valores que veremos en los anexos, los niveles de urea, dosados en un examen de sangre inicial; la presión arterial sistólica, con los diversos valores; el pulso o frecuencia cardíaca y si el paciente tuvo melena, síncope y también si el paciente tiene antecedente de “insuficiencia hepática” así como de “insuficiencia cardíaca”; obteniendo resultados de puntajes que van desde el cero hasta el 23; dónde “menor a 1 es un bajo riesgo” con posibilidad de un manejo ambulatorio; “menor a 3 con un riesgo aun bajo” y sin necesidad de realizar un procedimiento endoscópico, que requiere observación y que podría darse un alta pronta con una adecuada observación y vigilancia; un valor mayor a 6 que es “considerado de alto riesgo” en el cual se refleja que requiere una “intervención urgente endoscópica” y un manejo hospitalario, por las posibles complicaciones que podrían presentarse hasta el momento de la endoscopia digestiva alta. Las “ventajas” que ofrece esta escala es que se puede utilizar con exámenes y antecedentes básicos se usa antes de la endoscopia y es “útil para determinar el manejo intra y extraordinario”; además nos predice el riesgo clínico que tiene nuestro paciente (36,59).

ESCALA AIMS65

La escala mencionada, es una “herramienta sencilla” que permite un “estadaje rápido del riesgo de mortalidad” de pacientes con hemorragia digestiva alta; esta escala puede ser tomada desde el ingreso hospitalario y tiene una utilidad en el ámbito de “predecir estancia hospitalaria” la necesidad del manejo crítico y “predecir la mortalidad” (34).

Utiliza criterios como la “albúmina” menor a 3 gramos por decilitro; el “INR” mayor a

1.5; el “estado mental” a través de la “escala de Glasgow menor a 14” o que simplemente el paciente tenga rasgos de “trastorno del sensorio”; la “presión sistólica” menor a 90 mm de Mercurio y la edad cronológica “mayor igual a 65 años”; dando un puntaje entre 0 a 5, que se interpreta como cero a uno como “bajo riesgo”; pero si el valor obtenido es “mayor o igual a 2” se considera un alto riesgo de mortalidad (34,35)

TERAPIA ENDOSCOPICA

La “terapia endoscópica”, se realiza con fines “diagnósticos pero también terapéuticos” y se realizan a todos aquellos pacientes que cursan con hemorragias digestivas altas, claro está que previamente se debe aplicar la escala de Glasgow y Blatchford para evaluar también la necesidad de este procedimiento; En las guías de procedimientos endoscópicos terapéuticos recomiendan, el “uso de dos opciones terapéuticas” habiendo en la actualidad varias opciones terapéuticas que deben elegirse a través de la “etiología del sangrado”, de la “ubicación”, de las “características macroscópicas” y “morfológicas”; según la “etiología” y también según la disponibilidad por ejemplo se tiene “disponible la inyectoterapia, la terapia térmica, la hemostasia mecánica” actualmente se tiene la “colocación del clip con inyectoterapia” con cianoacrilato; es una de las novedades para realizar “hemostasia terapéutica” con una alta eficacia comparada con procedimientos únicos (19,30). Otro procedimiento como es la “inyectoterapia con adrenalina”, asociado a una “terapia mecánica” como el uso de “endoclips” o terapia térmica, como el caso de “argón plasma” tienen una evidencia científica alta para un mejor control de la hemorragia y se ha registrado que tienen un “bajo nivel de resangrado”; por otro lado cuando se ha utilizado una “terapéutica de doble inyectoterapia” con adrenalina asociado con agentes esclerosantes pueden tener una “efectividad controversial” debido a que en algunos casos aumenta el riesgo de

“desarrollar necrosis de la pared” y por ende aumenta el “riesgo de perforación” de la misma. Sin embargo la elección del método a usar para la “limitación del sangrado” queda restringido a considerar la disponibilidad y las características de la lesión a tratar por ende dicho procedimiento se realiza por el área de gastroenterología (19,20).

Dentro de los cuidados que se debe tener posterior a la endoscopia digestiva alta son primordialmente “vigilancia de un nuevo resangrado” continuar con farmacoterapia con “inhibidores de la bomba de protones” por vía endovenosa y con infusión continua como se mencionó anteriormente a 8 mg hora hasta un total de completar las “72 horas”, desde el momento que se dio el bolo con esto lo que se busca es “controlar la acidez” dentro del espacio gástrico generando así un “PH mayor a 6”, ya que con esto aseguramos que el medio ácido no interfiera con la “agregación plaquetaria” y tampoco exista una “lisis del coágulo” por parte del pepsinógeno activado (21).

ESCALA DE ROCKALL

Esta “escala” es utilizada después de haberse realizado la endoscopia digestiva alta, porque clínicamente es utilizada para estudiar el “riesgo de resangrado” y “mortalidad”, como consecuencia de una hemorragia digestiva alta el objetivo primordial es predecir si es que hay posibilidad de “riesgo de sangrado” y estimar como se mencionó la “mortalidad intrahospitalaria”; además ayuda a decidir el “lugar de manejo”, ya sea un alta pronta o una observación intrahospitalaria extendida o prolongada (37,38).

Esta escala consta de “dos partes”, una “clínica” que es la que puede ser llenada o evaluada desde el primer momento de interrelación con el paciente e incluso “previa a la endoscopia” y una parte más completa que confluye tanto la parte clínica como los hallazgos endoscópicos dado posterior a haber concluido con todo lo requerido en esta valoración (38). Dentro de los datos clínicos están la edad en años; estados clínicos que

sugieren o dan indicios de shock o sea hipotensión y taquicardia, incluso en estados hemorrágicos avanzados podemos aplicar para este acápite el conocido “índice de choque”; otro punto a valorar son las “comorbilidades” donde principalmente se tienen las “cardiopatías como la “insuficiencia cardíaca”, “insuficiencia renal”, cáncer de cualquier origen, “hepatopatías” y fallas múltiples de órganos diversos. Mientras que por los “datos endoscópicos” se toman en consideración los hallazgos que pueden ser “lesiones no sangrantes”, tumores de cualquier estirpe celular, “sangrados activos” con vasos visibles (65). La interpretación final se da a través de un puntaje para entablar los grupos de riesgo y su nivel, de 0 a 2 que tiene un “bajo riesgo de mortalidad” y un “bajo riesgo de sangrado” de no más de 5%; de 3 a 4 que tiene un “riesgo moderado o intermedio de mortalidad como de resangrado” y valores mayores o iguales a 5, que tienen un “alto riesgo de mortalidad y sangrado” con una probabilidad de presentarse el sangrado con subsecuente mortalidad de hasta un 40% (38,65).

2.2. REVISION DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.2.1. A NIVEL LOCAL

AUTOR Paredes Lira, Mirella Alexandra, Carbajal Gonzales, Allison Emili

TITULO “Características epidemiológicas, hallazgos endoscópicos y manejo en pacientes con hemorragia digestiva alta en al Clínica Arequipa, Arequipa 2013-2021”

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las características epidemiológicas, endoscópicas y manejo de la hemorragia digestiva alta en pacientes que asisten a la Clínica Arequipa 2013 - 2021.

MÉTODO: Se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, descriptivo – analítico, observacional de corte transversal. La población de estudio comprendió 180 pacientes

diagnosticados con hemorragia digestiva alta que cumplieron con los criterios de selección. RESULTADOS: el 27.2% de pacientes presentaron hipertensión arterial, seguido del 19.4% con cirrosis, el 7.8% son obesos, mientras que el 10.6% de los pacientes con Hemorragia digestiva alta presentaron enfermedad reumática. El 41.7% de los pacientes consumen medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), el 29.4% de pacientes consumen paracetamol, el 11.7% ibuprofeno, seguido del 21.7% de pacientes que consumen diclofenaco, y el 23.3% salicilatos. El 100% de los pacientes con HDA se les realizó endoscopia diagnóstica, el 71.7% presentaron úlcera péptica, el 16.1% tienen varices esofágicas, solo el 8.3% tuvieron Síndrome de Mallory Weiss, mientras que el 30.6% presentaron otros hallazgos endoscópicos asociados al hallazgo actual. El 55.8% presentaron lesión ulcerada de grado III, el 14.7% presentaron lesión IIC, seguido del 10.9% de pacientes con lesión ulcerada IIA, mientras que el 10.9% 6.2% y 1.6% corresponden a lesiones IIB, IB y IA respectivamente. Al 18.9% de los pacientes con Hemorragia digestiva alta se les administró Inhibidores de la bomba de protones cada 24 horas, al 70.6% de pacientes se les administró IBP cada 12 horas, y al 42.2% se les administró IBP en infusión continua, mientras que al 18.9% de los pacientes se les realizó transfusión sanguínea. CONCLUSIONES: Poco más de la mitad de los pacientes con HDA presentaron lesión ulcerada de grado III, y 10.9%, 6.2%, 1.6% corresponden a lesiones IIB, IB y IA respectivamente. (60)

AUTOR Mengoa Valeriano, Lizbeth Graciela

TITULO “Factores predictores de mortalidad asociados a hemorragia digestiva alta del Hospital III regional Honorio Delgado de Arequipa durante el periodo enero 2018 a febrero 2020”

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar factores predictores asociados a mortalidad en pacientes adultos con hemorragia digestiva alta, en el servicio de gastroenterología del Hospital III regional Honorio Delgado de Arequipa durante el periodo Enero 2018 a Febrero 2020. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico caso-control con una proporción caso: control de 1:2, analizando 105 pacientes. Se aplicó estadística descriptiva, además de Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza de 95%. Posteriormente se realizó un modelo de regresión logística binaria. **RESULTADOS:** Se encontró al sexo masculino con un porcentaje de 63,81%. La edad media fue de 51 a 60 años. La comorbilidad más frecuente fue la cirrosis hepática (37,11%). El signo más frecuente hematemesis (57,1%). El hallazgo endoscópico más frecuente fue la ulcera duodenal (57,4%). Se encontró en el análisis logístico bivariado como variables estadísticamente significativas: la edad mayor o igual 60 años (OR=5,10), hematemesis (OR=3,78), comorbilidades (OR=7,034), shock hipovolémico (OR=19,59), score de Rockall mayor o igual a 4 (OR=10,8) y transfusión sanguínea (OR=4,750). En la regresión logística binaria se encontró solamente las variables shock hipovolémico (OR=9,542) y score de Rockall mayor o igual a 4 (OR=8,504). **CONCLUSIONES:** Los factores que aumentan el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta son: un score de Rockall mayor o igual a 4, Shock hipovolémico al ingreso, presencia de comorbilidades, hematemesis, transfusión sanguínea y la edad mayor o igual a 60 años.(61)

2.2.2. A NIVEL NACIONAL

AUTOR Cristobal Lizarraga, Cristhian Raul

TITULO FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE CASOS DE
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES ADULTOS EN EL
HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ ENERO-DICIEMBRE 2024

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al incremento de casos de hemorragia digestiva alta en pacientes adultos hospitalizados en el Hospital Uldarico Rocca Fernández. Método: El estudio es observacional, retrospectivo, transversal, de tipo descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 60 pacientes adultos con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en comparación con pacientes que no presentaban esta condición, del servicio de Gastroenterología del Hospital Uldarico Rocca Fernández. Resultados: 68.3% de los pacientes consumía AINES, de los cuales el 33.3% desarrolló hemorragia digestiva alta (HDA), en contraste con un 16.7% de HDA en quienes no los consumían con una $p=0.695$. El 43.3% de los pacientes con hemorragia digestiva alta no consumía alcohol, mientras que solo el 6.7% de los afectados sí lo hacía, $p=0.000$. El 40% de los pacientes con hemorragia digestiva alta no consumía tabaco, mientras que solo el 10% de los afectados sí lo hacía, además, el grupo de no consumidores representa el 70.8% del total de la muestra, $p=0.027$. el 50% de los pacientes con hemorragia digestiva alta presentaban antecedentes patológicos, destacando los antecedentes diversos (33.3%) y la hipertensión arterial (10%), $p=0.000$. Conclusiones: Los factores principales que se asocian al incremento de hemorragia digestiva alta fueron el consumo de tabaco, consumo de alcohol y los antecedentes patológicos. (62)

AUTOR Illescas Pinto, Sebastián Alonso; Vargas Romero, Alex Miguel

TITULO Utilidad del score ABC en pacientes con hemorragia digestiva alta en un Hospital Público nivel III en Lima-Perú

RESUMEN

Antecedentes: La Hemorragia digestiva alta (HDA) representa la emergencia gastroenterológica más frecuente e importante a nivel mundial. Actualmente, se recomienda por diversas guías internacionales un triaje adecuado con un score que pueda discriminar entre pacientes de bajo y alto riesgo, teniendo en cuenta las nuevas características epidemiológicas de los pacientes con HDA. Objetivo: Demostrar la utilidad del score ABC para predecir mortalidad hasta 30 días del evento en pacientes con hemorragia digestiva alta comparándola con el score AIMS65. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo analítico de evaluación de prueba diagnóstica mediante el uso de datos de pacientes con HDA que ingresaron por la emergencia del Hospital Cayetano Heredia entre enero y junio del año 2019. Por medio de la utilización de estos datos, se realizó el cálculo de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, likelihood ratio positivo, valor predictivo negativo por cada punto de corte para evaluar mortalidad. Por último, se realizó el cálculo de la curva ROC para los eventos a evaluar. Resultados: Se incluyeron 84 pacientes con una edad promedio de 59,4 años, 64,3% fueron varones. Se detectó la presencia de comorbilidades en el 57.1% de los casos, siendo cirrosis hepática con un 21.4% la más común entre todos los pacientes. El sangrado por úlcera péptica se reportó en un 45.2% de los casos y por causa variceal en un 30.9%. La mortalidad fue de 3.6%, siendo la insuficiencia respiratoria la causa más común de muerte. Además, el 21.4% necesitó la estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el 15.5% de los pacientes tuvieron recidiva de hemorragia y un 30% necesitó transfusión de más de 2 paquetes globulares. Respecto a ambos scores, se observó que la tasa de mortalidad y

de estancia en la UCI aumentó conforme incrementaba el perfil de riesgo para ambos scores. Al evaluar la capacidad de score ABC para predecir mortalidad se reportó un área bajo la curva de 0.809 y para el score AIMS65 fue de 0.899. Asimismo, se realizó la curva ROC para estancia en la UCI con un valor de 0.781 para el score ABC y 0.782 para el score AIMS65, para resangrado con valor de 0.516 para ABC y 0.564 para AIMS65 y por último, para necesidad de transfusión de 3 o más paquetes globulares con valor de 0.649 para ABC y 0.664 para AIMS65. Conclusiones: El score ABC es un buen predictor de mortalidad a 30 días del evento inicial en pacientes con HDA, sin embargo, el score AIMS65 tuvo mejor capacidad que el score ABC para predecir mortalidad en un escenario con un porcentaje mayor de HDA variceal a los encontrados internacionalmente. (63)

2.2.3. A NIVEL INTERNACIONAL

AUTOR Poma Janeta, Luis Fernando, Rodríguez Villón, Peter Robert

TITULO Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con tratamiento anticoagulante en el hospital IESS Ceibos de enero 2021 a diciembre 2022.

RESUMEN

Antecedentes: La hemorragia digestiva es una de las complicaciones que puede afectar a pacientes que han sido tratados con anticoagulantes por alguna patología preexistente, su prevalencia a nivel mundial es de 50-150 casos por 100 mil habitantes por año y puede presentarse en cualquier área, por lo que un diagnóstico preciso solo se puede hacer por la totalidad de los síntomas. Objetivo: Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta atribuido al tratamiento de anticoagulantes en pacientes que acudieron al Hospital del IESS Los Ceibos durante enero 2021 a diciembre 2022. Metodología: La investigación se desarrolló bajo un diseño

observacional retrospectivo, transversal y analítico; en cuanto a su alcance, se trabajó con un tipo de estudio descriptivo y correlacional, mientras que el método se basó en el analítico-sintético. Se trabajó con una muestra conformada por 63 pacientes que fueron atendidos en el área de Gastroenterología por casos de hemorragia digestiva alta, en cuyo caso se realizó la revisión de sus historias clínicas para el posterior procesamiento estadístico de los datos. Resultados: Los resultados de la investigación reflejaron que en los casos de pacientes con hemorragia digestiva alta atribuido al tratamiento con anticoagulantes se registró una mayor prevalencia de pacientes con hemorragia mayor (60,3%), así mismo se identificó que la mayoría de pacientes pertenecían a un grupo etario de 61 a más años (58,7%) y el 55,56% son de sexo femenino; los principales factores de riesgo atribuidos a las complicaciones fueron la gastritis y la insuficiencia renal crónica; finalmente se determinó que el tratamiento con warfarina incidió en el 68,3% de los casos de pacientes que desarrollaron hemorragia digestiva alta. Conclusiones: Se determinó que la gastritis constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones, mientras que el uso de la warfarina y la heparina predisponen en mayor medida al desarrollo de hemorragia digestiva alta en los pacientes. (64)

AUTOR Virgilio Alvarado Gallo, Jimmy Arias Crespo, María Cepeda Mullo, Silvia Campoverde Duchitanga, Víctor Vera Gordillo

TITULO Estudio retrospectivo: comparación de Scores AIMS65, Rockall y Glasgow Blatchford para hemorragia digestiva alta

RESUMEN

Introducción. La hemorragia digestiva alta constituye a nivel mundial una emergencia primordial para los servicios de urgencia. Tiene etiología variada y una terapéutica

amplia, por lo que es necesario el uso de escalas pronósticas para establecer el riesgo del paciente.

Objetivos. Determinar cuál de las cuatro escalas estudiadas presenta una mayor capacidad de discriminación entre los casos de alto riesgo para resangrado, necesidad de transfusión sanguínea y muerte.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo usando la base de datos del Hospital General Guasmo Sur desde el año 2020 hasta el 2022, comparando los puntajes obtenidos al aplicar las escalas a pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta y su evolución para conocer su potencial pronóstico.

Resultados. En predicción de mortalidad, tuvieron mejores AUC: Rockall preendoscópica y AIMS65. con 0,701 y 0,689 respectivamente; las escalas más útiles son Rockall y Rockall preendoscópico, con sensibilidad 95% y VPN 98,3%, con puntos de corte de 4 y 3, respectivamente. En predicción de resangrado, la de mejor AUC fue Rockall con 0,724, y junto con Rockall preendoscópico fueron las más útiles, con una sensibilidad del 91,8% y VPN de 89,8% y 90,1%, con puntos de corte de 4 y 3. En predicción de necesidad de transfusión, el de mejor AUC fue GBS con 0,766, y punto de corte de 5, es la más útil con sensibilidad 97,1% y VPN 82,6%.

Conclusión. Las escalas más útiles para los diferentes outcomes evaluados fueron Rockall, Rockall preendoscópico y GBS. (65)

2.3. Hipotesis

No corresponde al tratarse la presente investigación de un estudio descriptivo

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de tipo descriptivo observacional retrospectivo y de corte transversal

3.2. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

3.2.1. Técnicas: Recolección de datos

3.2.2. Instrumentos: El instrumento a utilizar será las fichas de recolección de datos

3.3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

3.3.1. Ubicacion espacial

El presente trabajo se realizará en el Servicio de Emergencias en área de trauma shock del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo

3.3.2. Ubicacion temporal

La investigación comprende entre julio del 2022 hasta marzo del 2025.

3.3.3. Unidades de estudio

Se considerará como unidades de estudio y formarán parte del presente trabajo a todos aquellos pacientes que fueron ingresados al servicio de emergencia por el área de shock trauma del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

3.3.4. Universo

Conformado el universo por la totalidad pacientes que ingresaron por emergencia área de trauma shock del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo con el diagnóstico y alta sospecha de hemorragia digestiva alta en el periodo establecido desde julio del 2022 hasta marzo del 2025.

3.3.5. Criterios de inclusión

- Edad mayor o igual a 15 años
- Sexo femenino y masculino
- Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta

3.3.6. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de edad
- Pacientes con diagnósticos de epistaxis
- Pacientes con diagnóstico de hemoptisis
- Pacientes que consumieron recientemente medicación como subsalicilato de bismuto

3.3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE EPIDEMIOLOGICA	INDICADOR	UNIDAD CATEGORIA	ESCALA
EDAD	Número de años cumplidos	años	Numerica discreta
SEXO	Género según historia clínica	Femenino masculino	Categoria nominal

VARIABLE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	INDICADOR	UNIDAD CATEGORIA	ESCALA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	Según referencia del paciente en historia clínica imagen sugerente de hemorragia digestiva	SI NO	Categoría Nominal
ESCALA GLASGOW BLATCHFORD	Según referencia del paciente en historia clínica	Puntaje	Numerica Discreta
ESCALA AIMS65	Según referencia del paciente en historia clínica	Puntaje	Numerica Discreta
ESCALA DE ROCKALL	Según hallazgos en EDA e historia clínica	Al ingreso Post EDA	Categoría Nominal

VARIABLES COMORBILIDAD	INDICADOR	UNIDAD CATEGORICA	ESCALA
Tabaco	Segun referencia de historia clinica	SI NO	Categoría Nominal
Alcohol	Segun referencia de historia clinica	SI NO	Categoría Nominal
Antecedentes de HDA	Segun referencia de historia clinica	SI NO	Categoría Nominal

3.4. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Organización

Para el desarrollo del presente trabajo se van a realizar las coordinaciones correspondientes con la jefatura del departamento y servicio de emergencia del hospital nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.

3.4.2. Recursos

3.4.2.1. Recursos humanos :

- Autor: MC. Mariela Estefanía Ortiz Puma
- Asesor
- Colaboradores

3.4.2.2. Recursos físicos y materiales

- Ficha de recolección de datos
- Computadora
- Impresora
- Internet
- Paquetes estadísticos

3.4.2.3. Recursos financieros

- Autofinanciado por la autora

3.4.3. Cronograma

ACTIVIDADES	ABRIL 2025	MAYO 2025	JUNIO 2025	JULIO 2025
Elaboracion de proyecto	X			
Recolección de datos		X		
Estructuración de resultados			X	
Elaboración del informe final				X

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Laine L, Barkun A, Saltzman J, Martel M, Leontiadis G. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding, The American Journal of Gastroenterology, USA: 2021, Noviembre. p.1;116.
2. Martínez G, Figueroa N, Toro P, García C, Csendes J. Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Revista de cirugía. Chile: 2022, Noviembre 23. p. 728-743.
3. Cuartas Y, Martínez L. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. Revista Medicas. Colombia: 2020. Diciembre. p. 9-20.
4. Kate V, Sureshkumar S, Gurushankari B, Kalayarasan R. Acute Upper Non-variceal and Lower Gastrointestinal Bleeding. Journal Gastrointest Surg. USA: 2022. April 26. p.932-949.
5. Mellado J, Mellado Soler J. Variación estacional de la hemorragia digestiva alta. Rev Cuba Reumatologica. Cuba: 2025. Mayo 13. p.1-13.
6. Costable N, Greenwald D. Upper Gastrointestinal Bleeding. Clinica Geriatrica Med. EEUU: 2021. Marzo. p.155-172.
7. Pérez L, Alvarado A, Loza C, Espinoza J. Generación de un test predictivo para el diagnóstico de la etiología de la hemorragia digestiva alta variceal. Revista gastroenterologica. Perú: 2023. Julio. p. 228-235.
8. Martínez L, Brizuela R, Palomino A. Hemorragia digestiva alta. Revista Cubana Quirurgical. Cuba: 2023. Mayo 14. p. 62-68.
9. Jáquez J. Hemorragia de tubo digestivo alto. Revista Endoscopia. Mexico: 2021. Junio 13. p. 6-8.

10. Long B, Gottlieb M. Emergency medicine updates: Upper gastrointestinal bleeding. *American Journal Emergency Med.* EEUU: 2024. p. 116-123.
11. Ainslie K, Gómez E, Silva C, Blanco K, Colina N. Hallazgos clínicos y endoscópicos en niños con hemorragia digestiva inferior. *Gen . Venezuela:* 2025; 79(1): 19-28.
12. Acevedo J. Experiencia actual en hemorragia digestiva alta en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE. *Endoscopia.* 2020; 32 (2): 322-335.
13. Kim J, Kim B, Kim D. Guidelines for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gut Liver.* 2020;14(5):560-570.
14. Martínez G, Figueroa P, Toro J, García C, Juhasz A. Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento.. *Rev Cir.* 2021;73(6).
15. Gralnek I, Stanley A, Morris A. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy.* 2021;53(3):300-332.
16. Lau J, Yu Y, Tang R. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med.* 2020;382(14):1299-1308.
17. Shung D, Laine L. Review article: Upper gastrointestinal bleeding - review of current evidence and implications for management. *Aliment Pharmacol Ther.* 2024; 59(9): 1062-1081.
18. Wasserman R, Abel W, Monkemuller K, Yeaton P, Kesar V. Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Its Endoscopic Management. *Turk J Gastroenterol.* 2024;35(8):599-608.
19. Ledesma J, Rivera M, Alvarez L, Galarza K. V.E.D.A terapéutica en hemorragia digestiva alta. *RECIAMUC.* 2020;4(1):105-113.
20. Lau L, Sung J. Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes. *Dig Endosc.* 2021;33(1):83-94.

21. Mullady D, Wang A, Waschke K. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Therapies for Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Expert Review. *Gastroenterology*. 2020;159(3):1120-1128.
22. Robert R, Gissot V, Pierrot M. Helicobacter pylori infection is not associated with an increased hemorrhagic risk in patients in the intensive care unit. *Crit Care*. 2006;10(3):77-80.
23. Olivare M, García-Montano M, Herrera-Arellano A. Riesgo de resangrado en hemorragia digestiva alta según la escala de Glasgow-Blatchford: herramienta de triaje. *Gac. Méd. Méx.* 2020; 156 (6): 502-508.
24. Mato R, Ramos R, Fernández D. Efectividad del tratamiento con ácido tranexámico en la hemorragia digestiva alta. *Revista Cubana de Cirugía*. 2020;59 (2):1-19.
25. Mauro A, De Grazia F, Anderloni A, Di Sabatino A. Upper gastrointestinal bleeding in coronavirus disease 2019 patients. *Curr Opin Gastroenterol*. 2022; 38 (5): 443-449.
26. Condren J, Cronin J. Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ir Med J*. 2024;117 (6): 981.
27. Dorelo R, Méndez D, Oricchio M, Olano C. Anemia y patología digestiva. *Anfamed*. 2021; 8 (1): 301.
28. Otero M, Figueredo L, Figueredo C, Rosada Y, Polanco A. Sangramiento Digestivo Alto. Factores de riesgo asociados. *Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Med. Clin* 2020; 24 (1): 130-139.
29. Centeno V, Bustamante A, Carriòn P, Maza J, Gutiérrez G, Galarza C. Hemorragia Gastrointestinal Secundaria a Varices Esofágicas por Cirrosis Hepática Alcohólica. A Propósito de un Caso. *Ciencia Latina*. 2024; 8(4): 3925-3949.
30. Vera O. manejo y tratamiento de la ulcera peptica. *Rev. Méd.* 2023 ; 29 (1): 104-112.

31. Kumar M, Venishetty S, Jindal A. Tranexamic acid in upper gastrointestinal bleed in patients with cirrhosis: A randomized controlled trial. *Hepatology*. 2024; 80 (2): 376-388.
32. Banigan M, Kranenburg L, Vise J. Upper Gastrointestinal Bleeding: Evaluation and Diagnosis. *Gastroenterol Nurs*. 2023; 46 (5): 348-358.
33. Rațiu I, Lupușoru R, Popescu A. Acute gastrointestinal bleeding: A comparison between variceal and nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Medicine (Baltimore)*. 2022; 101 (45): 31-43.
34. Akhila P, Thulaseedharan N, Raj R, Unnikrishnan D, Jacob A. AIMS65, Glasgow-Blatchford bleeding score and modified Glasgow-Blatchford bleeding score in predicting outcomes of upper gastrointestinal bleeding: An accuracy and calibration study. *Indian J Gastroenterol*. 2023; 42 (4): 496-504.
35. Hirai R, Shimodate Y, Minami M. AIMS65 predicts prognosis of patients with duodenal ulcer bleeding; a comparison with other risk-scoring systems. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2021; 33 (12): 1480-1484.
36. Olivarec-Bonilla M, García-Montano A, Herrera-Arellano A. Upper gastrointestinal hemorrhage re-bleeding risk according to the Glasgow-Blatchford scale: a triage tool. Riesgo de resangrado en hemorragia digestiva alta según la escala de Glasgow-Blatchford: herramienta de triaje. *Gac Med Mex*. 2020; 156 (6): 493-498.
37. Frías-Ordoñez J, Arjona-Granados D, Urrego-Díaz J, Briceño-Torres M, Martínez-Marín J. validation of the rockall score in upper gastrointestinal tract bleeding in a colombian tertiary hospital. *Arq Gastroenterol*. 2022;59 (1): 80-88.
38. Custovic N, Husic-Selimovic A, Srsen N, Prohic D. Comparison of Glasgow-Blatchford Score and Rockall Score in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding. *Med Arch*. 2020; 74 (4): 270-274.

39. Lau J. Management of acute upper gastrointestinal bleeding: Urgent versus early endoscopy. *Dig Endosc.* 2022; 34 (2):260-264.
40. Shtull-Leber E, Vempati A, Comp G, Narang A. Massive Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Educ Teach Emerg Med.* 2022; 7 (1): 21-50.
41. Benamouzig R, Guenoun M, Deutsch D, Fauchier L. Artículo de revisión: Riesgo de hemorragia gastrointestinal con anticoagulantes orales directos. *Medicamentos Cardiovasc Ther.* 2022; 36 (5): 973-989.
42. Ngu N, Boyd D, Morgan B. Impacto del aumento del consumo de alcohol durante los confinamientos relacionados con la COVID-19 en los ingresos con enfermedad hepática, hemorragia gastrointestinal y pancreatitis en Melbourne, Victoria. *Pasante Med J.* 2023; 53(5):830-834.
43. MacLaren R, Dionne J, Granholm A. Guía de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos y la Sociedad Estadounidense de Farmacéuticos del Sistema de Salud para la prevención de la hemorragia gastrointestinal relacionada con el estrés en adultos críticamente enfermos. *Crit Care Med.* 2024; 52 (8): E421-E430.
44. Clarke K, Adler N, Agrawal D. Indicaciones para el uso de inhibidores de la bomba de protones para la profilaxis de la úlcera por estrés y el sangrado de la úlcera péptica en pacientes hospitalizados. *Am J Med.* 2022; 135(3):313-317.
45. Granholm A, Zeng L, Dionne J. Predictores de hemorragia gastrointestinal en pacientes adultos en UCI: revisión sistemática y metaanálisis. *Medicina de Cuidados Intensivos.* 2019; 45(10):1347-1359.
46. Alexander D, Belal M, Alnounou M. El tabaquismo y el intestino sangrante: impacto en el reingreso a los 30 días con hemorragia recurrente del tracto gastrointestinal superior no variceal. *Dig Dis Sci.* 2025; 2 (2) :1-15.

47. Debnath M, Debnath D, Singh P, Wert Y, Nookala V. Efecto de los cigarrillos electrónicos en el sistema gastrointestinal. *Cureus*. 2022; 14 (7): 27-37.
48. Cervantes-Pérez E, Cervantes-Guevara G, Cervantes-Pérez LA, Cervantes-Cardona GA, González-Ojeda A, Fuentes-Orozco C. Leiomioma gástrico casusing gastrointestinal bleeding. Leiomioma gástrico como causa de sangrado de tubo digestivo. *Cir* . 2020; 88 (1): 116-119.
49. Téllez-Beltrán D, González-Muñoz A, Pinzón F, Lanza A, Pineda M. Paraganglioma gangliocítico en un paciente masculino de 24 años: una causa infrecuente de hemorragia digestiva. *Cir*. 2020; 88 (2): 103-107.
50. Kanno T, Yuan Y, Tse F, Howden C, Moayyedi P, Leontiadis G. Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones iniciado antes del diagnóstico endoscópico en la hemorragia digestiva alta. *Cochrane Rev*. 2022; 1 (1): 1-15.
51. Feng L, Fu J. Somatostatina más administración gastroscópica de omeprazol para el tratamiento de la hemorragia gastrointestinal aguda superior: una exploración de una alternativa prometedora. *Complemento Alternat Med*. 2023.
52. Hindmarsh J, Adelaja M, Abd Latif S, Lee M, Pickard J. Administración de esomeprazol por vía subcutánea a través de un controlador de jeringa en el grupo demográfico de paliativos: una serie de casos. *J Clin Pharm ther*. 2022; 47 (5): 694-698.
53. Teutsch B, Veres D, Pálinkás D, Simon O, Hegyi P, Eröss B. Beneficios potenciales de la transfusión restrictiva en la hemorragia gastrointestinal superior: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *Sci Rep*. 2023; 13 (1): 17-31.

54. Hamarneh Z, Robinson K, Andrews J, Hunt R, Fraser R. Estrategias de transfusión en el tratamiento de la hemorragia gastrointestinal superior: una revisión de la práctica hospitalaria de Australia Meridional. *Pasante Med J*. 2020; 50 (5): 582-589.
55. Jairath V, Kahan B, Gray A. Transfusión sanguínea restrictiva versus liberal para la hemorragia digestiva alta aguda (TRIGGER): un ensayo de factibilidad pragmático, abierto, aleatorizado por conglomerados. *Lanceta*. 2015; 386 (9989): 137-144.
56. O'Neill RS, Wang WJ, Chan P, et al. Una causa oscura de hemorragia gastrointestinal: hemorragia duodenal recurrente por várices tratada con octreotida intramuscular en ausencia de hipertensión portal. *JGH Abierto*. 2022; 7 (1): 78-80.
57. Chang T, Tsai Y, Lin Y. Efectos limitados de la profilaxis antibiótica en pacientes con cirrosis de clase A/B de Child-Pugh y hemorragia digestiva alta. *PLoS Uno*. 2020; 15 (2): 22-44.
58. Gao Y, Qian B, Zhang X, Liu H, Han T. Antibióticos profilácticos en pacientes con cirrosis y hemorragia gastrointestinal superior: un metanálisis. *PLoS Uno*. 2022; 17 (12): 27.
59. Köksal Ö, Özeren G, Özdemir F, Armağan E, Aydın Ş, Ayyildiz T. Validación prospectiva del sistema de puntuación Glasgow Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de urgencias. *Turk J Gastroenterol*. 2022; 23 (5): 448-455.
60. Paredes M, Carbajal G. Características Epidemiológicas, Hallazgos Endoscópicos Y Manejo En Pacientes Con Hemorragia Digestiva Alta En Al Clínica Arequipa, Arequipa 2013-2021. 2021.

61. Aziz M, Haghbin H, Gangwani MK, et al. La eritromicina mejora la calidad de la esofagogastroduodenoscopia en la hemorragia gastrointestinal superior: un metanálisis en red. *Dig Dis Sci.* 2023; 68 (4): 1435-1446.
62. Zaidi S, Alvi M, Irfan Q. El uso de metoclopramida preendoscópica en pacientes con hemorragia digestiva alta: una revisión sistemática y metanálisis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2025; 37 (4): 403-408.
63. Mengoa L. Factores Predictores De Mortalidad Asociados a Hemorragia Digestiva Alta Del Hospital III Regional Honorio Delgado De Arequipa Durante El Periodo Enero 2018 a Febrero 2020. 2021
64. Cristobal C. Factores Asociados Al Incremento De Casos De Hemorragia Digestiva Alta En Pacientes Adultos En El Hospital Uldarico Rocca Fernandez Enero-diciembre 2024. 2025.
65. Illescas S, Vargas A. Utilidad Del Score ABC En Pacientes Con Hemorragia Digestiva Alta En Un Hospital Público Nivel III En Lima-Perú. 2020.
66. Poma Janeta, L., Rodríguez Villón, P. Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con tratamiento anticoagulante en el hospital IESS Ceibos de enero 2021 a diciembre 2022. *Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.* 2023.
67. Alvarado V, Arias J, Cepeda M, Campoverde S, Vera V. Estudio retrospectivo: comparación de Scores AIMS65, Rockall y Glasgow Blatchford para hemorragia digestiva alta. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana.* 2023; 53 (4): 369–377.

ANEXOS

Tabla N°1. ESCALA DE GLASGOW – BLATCHFORD.

<i>Marcadores de riesgo a la admisión</i>	<i>Valor en la escala</i>
<i>Urea plasmática (mg/dl)</i>	
$\geq 38 < 47$	2
$\geq 47 < 58$	3
$\geq 58 < 147$	4
≥ 147	6
<i>Hemoglobina (g/dl). Varones</i>	
$\geq 12.0 < 13.0$	1
$\geq 10.0 < 12.0$	3
< 10.0	6
<i>Hemoglobina (g/dl). Mujeres</i>	
$\geq 10.0 < 12.0$	1
< 10.0	6
<i>Tensión arterial sistólica (mmHg)</i>	
100-109	1
90-99	2
< 90	3
<i>Otros marcadores</i>	
Pulso ≥ 100 lpm	1
Presentación con melenas	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática previa*	2
Fallo cardíaco**	2

* Historia conocida, o evidencia clínica, analítica, de enfermedad crónica o aguda. ** Historia conocida, o evidencia clínica o ecocardiográfica de fallo cardíaco.

FUENTE: SOCIEDAD AMERICANA DE GASTROENTEROLOGIA

Tabla N°2. ESCALA DE AIMS

Variable	Puntaje
Albúmina < 3g/dl	1
INR > 1,5	1
Alteración del estado mental	1
Presión sistólica ≤ 90mmHg	1
Edad > 65	1
Total	0-5

FUENTE: SOCIEDAD AMERICANA DE GASTROENTEROLOGIA

Tabla N°3. SCORE DE RIESGO DE ROCKALL

VARIABLE	0	1	2
EDAD	<60	61-79	>80
SHOCK	NO SHOCK	TAQUICARDIA	HIPOTENSIÓN
PA SISTOLICA	>100	>100	>100
PULSO	<100	<100	<100
COMORBILIDAD	NO	CARD. ISQUEMICA ICC EPOC DIABETES ENF. NEUROLÓGICAS ANTICOAGU- LACIÓN	INSUF. RENAL INSUF HEPÁTICA NEOPLASIA DISEMINADA
DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	SIN LESIÓN MALLORI W.	OTROS DIAGNÓSTICOS	MALIGNIDAD DEL TUBO DIGESTIVO
ESTIGMAS DE SANGRADO RECIENTE	NINGUNO MANCHA RECIENTE		HEMORRAGIA ACTIVA SANGRADO EN CAPAS VASO VISIBLE COAGULO ADHERIDO

FUENTE: REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA