



República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina  
Hospital Central De las Fuerzas Armadas  
Residencia de Gastroenterología

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON SANGRADO  
GASTROINTESTINAL ALTO. DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA.  
HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS ENERO 2020-2021

Tesis de post grado para optar por el título de Magíster en:

**GASTROENTEROLOGÍA**

**Sustentante:**

Noemi Gonzalez De Leon

**Asesores:**

Dra. Kirsys Romero (Clínico)

Dra. Claridania Rodriguez (Metodológico)

Los conceptos emitidos en el presente  
anteproyecto de tesis de post grado  
son de la exclusiva responsabilidad de  
la sustentante del mismo.

Distrito Nacional:2022

**HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON SANGRADO  
GASTROINTESTINAL ALTO. DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA.  
HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS ENERO 2020-2021**

# Índice

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>4</b>
<b>DEDICATORIAS</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>9</b>
<b>I.1 Introducción</b>	<b>10</b>
<b>I.1.1. Antecedentes</b>	<b>11</b>
<b>I.1.2. Justificación</b>	<b>13</b>
<b>I.2. Planteamiento del problema</b>	<b>14</b>
<b>I.3. Objetivos</b>	<b>16</b>
<b>I.3.1. Objetivo general</b>	<b>16</b>
<b>I.3.2. Objetivos Específicos</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>17</b>
<b>Marco Teórico</b>	<b>17</b>
<b>II.1. Definición</b>	<b>18</b>
<b>II.2. Epidemiología</b>	<b>19</b>
<b>II.3. Úlcera péptica</b>	<b>19</b>
<b>II.3.1. Factores de riesgo</b>	<b>20</b>
<b>II.3.2. Factores pronósticos de hemorragia por úlcera péptica</b>	<b>21</b>
<b>II.4. Valoración de la infección por H. pylori</b>	<b>23</b>
<b>II.5. Tratamiento</b>	<b>24</b>
<b>II.5.1. Uso de somatostatina y octreotide</b>	<b>24</b>
<b>II.5.2. Hemostasia endoscópica</b>	<b>24</b>
<b>II.5.2.1. Hemorragia activa y vasos visibles no sangrantes</b>	<b>24</b>
<b>II.5.3. Coágulos adherentes</b>	<b>25</b>

<b>II.5.4. Úlcera de base limpia</b>	<b>26</b>
<b>II.5.5. La endoscopia de segunda inspección (second look)</b>	<b>26</b>
<b>II.5.6. Hemorragia recurrente después del tratamiento endoscópico</b>	<b>26</b>
<b>II.5.7. Angiografía y Cirugía</b>	<b>27</b>
<b>II.5.8. Inhibición de la secreción gástrica de ácido</b>	<b>28</b>
<b>II.6. Otras causas de hemorragia no varicosas</b>	<b>29</b>
<b>II.6.1. Esofagitis</b>	<b>29</b>
<b>II.6.2. Desgarro de Mallory-Weiss</b>	<b>29</b>
<b>II.6.3. Úlceras gástricas y duodenales</b>	<b>30</b>
<b>II.6.4. Hemorragia ulcerosa en pacientes hospitalizados</b>	<b>31</b>
<b>II.6.5. Tumores malignos digestivos altos</b>	<b>31</b>
<b>II.6.6. Lesiones vasculares Lesión de Dieulafoy.</b>	<b>31</b>
<b>II.7. Hemorragias de origen variceal</b>	<b>32</b>
<b>II.7.1. Várices esofágicas</b>	<b>32</b>
<b>II.8. Tratamiento de la hemorragia varicosa</b>	<b>33</b>
<b>II.8.1. Tratamiento farmacológico</b>	<b>33</b>
<b>II.8.2. Ligadura endoscópica</b>	<b>34</b>
<b>II.8.3. Escleroterapia</b>	<b>35</b>
<b>II.8.4. Derivaciones portosistémicas.</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>36</b>
<b>III.1 Variables</b>	<b>37</b>
<b>III.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b>	<b>38</b>
<b>III.3 DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>41</b>
<b>III.3.1 Tipo de estudio</b>	<b>41</b>
<b>III.3.2 Demarcación geográfica</b>	<b>41</b>
<b>III.3.3 Unidad de Análisis</b>	<b>41</b>
<b>III.3.4 Tiempo de realización</b>	<b>42</b>

<b>III.3.5 Población</b>	<b>42</b>
<b>III.3.6 Muestra</b>	<b>42</b>
<b>III.3.7 Criterios de inclusión</b>	<b>42</b>
<b>III.3.8 Criterios de exclusión</b>	<b>42</b>
<b>III.3.9 Procedimientos métodos técnicas</b>	<b>42</b>
<b>III.3.10 Procesamiento y análisis de los datos</b>	<b>43</b>
<b>III.3.11 Presentación de los datos</b>	<b>43</b>
<b>III.3.12 Aspectos éticos</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>44</b>
<b>IV.1. Resultados</b>	<b>45</b>
<b>IV.2. Discusión</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>57</b>
<b>V.1. Conclusión</b>	<b>58</b>
<b>V.2. Recomendación</b>	<b>59</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>62</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios:**

Por ser mi guía y marcar el rumbo de mis días. Por hacerme más fuerte cada día.

### **Al Hospital Central de Las Fuerzas Armadas:**

Por ser la cuna de mi formación y por inculcar cada día más en mí el respeto, la disciplina y la responsabilidad.

### **A mis maestros:**

Por no darse por vencidos, por creer que el tiempo dedicado en nuestra formación es una inversión de vida. Porque su única remuneración es la satisfacción de que seamos mejores galenos en el mañana. Gracias por ser nuestros defensores cuando lo necesitamos y creer en nosotros. Gracias por el tiempo, las palabras y el cariño dedicado. Muy especialmente Dra. Maria Paulino, Dra. Denisse Herrera,, Dra. Berna Polanco, Dra. Kirsis Romero, Dr. Jose Gregorio Felix, Dra. Yeisa Lugo,, Dra. Aurelis Duval,, Dra. Maribel Mercedes, Dra, Madelaina Adames, Dra. Liliam Cordero y Dr. Perez. Gracias!

## **DEDICATORIAS**

### **A Dios:**

Por ser mi protector, ayudador y guía cada día. Porque cuando sentía que no podía avanzar me cargabas en tus brazos y me decías “yo te ayudo”. Gracias, porque tus promesas son ciertas y aunque en ocasiones parezca tardar siempre llegan. Gracias por las lecciones de humildad, amor al prójimo y perseverancia. Gracias por las cosas buenas y no tan buenas que durante estos cuatro años permitiste en mi vida para forjar el carácter.

### **A mis padres:**

#### **Cleortilde De Leon y Fernando Gonzalez Ortiz**

Por empujarme a volar con mis propias alas pero siempre estar pendiente de mi vuelo. Gracias Mami porque sin importar las circunstancias siempre estás ahí para mí; Gracias papá porque aunque no estás aquí presente para verme graduarme siempre creíste en mí. Este logro se los dedico a ustedes.

### **A mi Esposo:**

#### **Felix De Jesus Perez**

Gracias por tu apoyo sin condiciones. Gracias porque fuiste ese hombro en donde llorar, por tu aliento cuando lo necesité, porque siempre apostaste a mí, por nunca reclamar mis ausencias, escaso tiempo y por velar mis sueños. Gracias mi amor. Este logro no hubiese sido posible sin tu ayuda.

### **A mis hermanos:**

#### **Yarissa Mercedes De Leon, Milagros Gonzalez, Harolin Mercedes y Fernando Gonzalez jr**

Porque me apoyan siempre y están presente sin pedir nada a cambio. Gracias!!!

**A mis compañeras:**

Porque compartimos las mismas lágrimas, risas, ansiedades, desesperación, insomnios y logros juntos. Porque nos convertimos en más que compañeras en amigas, en familia Patricia Cuevas y Jennifer Encarnacion, siempre estarán en mi corazón:

## **RESUMEN**

Para determinar los “Hallazgos endoscópicos en pacientes con sangrado gastrointestinal alto. Departamento de gastroenterología. Hospital central de las fuerzas armadas octubre 2017-octubre 2018”. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal de recolección retrospectiva de datos. Con una muestra de 36 pacientes que presentaron sangrado digestivo alto a los que se les realizó endoscopia digestiva que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se trabajó con expedientes clínicos a los que se les aplicó un formulario de preguntas abiertas y cerradas que daban respuesta a los objetivos planteados. Dentro de los hallazgos más importantes se encontró que el rango de edad más frecuentemente afectado fue de 51 a 60 años para un 30 % de los casos. El sexo más afectado fue el masculino para un 75 % de los casos. El hábito tóxico más frecuente utilizado por estos pacientes fue el café para un 43 % y el alcohol para un 31% de los casos. El antecedente mórbido que se observó con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial para un 37%. Los antihipertensivos fueron los medicamentos más frecuentemente utilizados en la población en estudio para un 30% de los casos. El signo más frecuente fue la melena para un 34% de los casos. El hallazgo endoscópico más frecuente fue la gastropatía erosiva en un 25% de los casos.

**Palabras claves:** endoscopia, sangrado alto.

## **ABSTRACT**

To determine “Endoscopic findings in patients with upper gastrointestinal bleeding. Department of gastroenterology. Central hospital of the armed forces October 2017-October 2018”. An observational, descriptive cross-sectional study of retrospective data collection was performed. With a sample of 36 patients who presented with high digestive bleeding who underwent digestive endoscopy that met the inclusion and exclusion criteria. For the collection of data, clinical files were used to which an open and closed question form was applied that responded to the objectives set. Among the most important findings it was found that the most frequently affected age range was 51 to 60 years for 30 percent of cases. The most affected sex was male for 75 percent of cases. The most frequent toxic habit used by these patients was coffee for 43 percent and alcohol for 31 percent of cases. The morbid history that was observed most frequently was arterial hypertension for 37 percent. Antihypertensives were the most frequently used medications in the study population for 30 percent of cases. The most frequent sign was the mane for 34 percent of cases. The most frequent endoscopic finding was erosive gastropathy in 25% of cases.

**Keywords:** endoscopy, high bleeding.

## **CAPÍTULO I**

**Introducción**

**Antecedentes**

**Justificación**

**Planteamiento del Problema**

**Objetivos**

## I.1 Introducción

El sangrado gastrointestinal alto se define como una hemorragia provocada por una lesión en el tracto digestivo por encima del ángulo de Treitz.

La incidencia de las hospitalizaciones por hemorragias digestivas altas es cercana a 25 de cada 100.000 habitantes, y aproximadamente un 45% de las personas hospitalizadas son mayores de 60 años. Es más común el sangrado digestivo alto en hombres que en mujeres en una proporción 2:1, mientras que el sangrado digestivo bajo es más común en mujeres que en hombre. Además de las causas de sangrado digestivo alto no variceal representa un 80-90% siendo la enfermedad Ulcero Péptica la principal<sup>1</sup>.

La endoscopia digestiva alta es un método de exploración indoloro cuyo propósito es visualización del tracto digestivo superior. La misma diagnóstica enfermedad del segmento digestivo explorado y el tratamiento de algunas de ellas a través del endoscopio. La endoscopia digestiva alta tiene por objetivo identificar el sitio del sangrado y realizar la hemostasia terapéutica en la mayoría de los pacientes con sangrado digestivo. En los pacientes hemodinámicamente estables se recomienda realizar endoscopia de urgencia en las primeras 12 horas de su ingreso. En aquellos que presenten cirrosis o fistula aortoentérica o que vuelven a sangrar en la estancia hospitalaria deben de ser sometidos a endoscopias de urgencia dentro de las primeras 6 horas de su ingreso con el objetivo de identificar la causa de sangrado y si es necesario realizar tratamiento endoscópico<sup>2</sup>.

Debido a la importancia que tiene la realización de este estudio en los pacientes que presentan sangrado gastrointestinal alto, esta investigación tiene como propósito, determinar los hallazgos endoscópicos que presentan los pacientes que cursaron con esta condición y que fueron atendidos por el departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas en el Periodo Enero 2020-2021.

---

<sup>1</sup> Jiménez Rojas, L; Sangrado digestivo alto. Revista Médica Sinergia. [Internet] 2017. [citado 27 de octubre 2021]. 2 (7): 6-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177b.pdf>.

<sup>2</sup> Feldman, M., Friedman, L. and Brandt, L. (2017). Sleisenger y Fordtran, Enfermedades digestivas y hepáticas. 10th ed. Barcelona: Elsevier, pp.297-321.

### I.1.1. Antecedentes

La incidencia de sangrado gastrointestinal alto es bastante elevada a nivel mundial y son más cada día los pacientes quienes por múltiples comorbilidades y hábitos tóxicos llegan a padecer de esta entidad. González Sosa et al. en su investigación “Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal”; en Cuba. Donde tomó 104 pacientes con historia de sangrado gastrointestinal alto, arrojó que entre los hábitos tóxicos más frecuentes estaba el consumo en exceso de café en un 94 %, un 50 % tomaban alcohol, 37 % tomaba medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. El 61,5 % padecían de hipertensión arterial y el 55,8 % de gastritis crónica, respectivamente. El sexo masculino fue el más afectado en un 61,5% y los mayores de 70 años en un 37,5 %, eran más propensos a desarrollar esta entidad. La melena fue la forma de presentación clínica más frecuente de esta enfermedad en un 71,8%; la endoscopia de urgencia se le realizó solo al 25 % de los casos y predominó como diagnóstico la pangastritis eritematosa en el 51,1 % de los pacientes<sup>3</sup>.

Ray W. et al realizó un estudio titulado “Riesgo de hospitalizaciones por úlcera péptica en usuarios de AINES con cototerapia con gastroprotección versus coxibs” donde se identificó que los usuarios actuales de AINES sin terapia gastroprotectora tuvieron una incidencia ajustada de hospitalizaciones por úlcera péptica de 5,65 por 1000 personas-año, 2,76 (intervalo de confianza del 95%, 2,35-3,23) veces mayor que la de las personas que actualmente no usan AINES. Los usuarios simultáneos de AINES e inhibidores de la bomba de protones tuvieron una reducción del riesgo del 54% (27% -72%), muy similar a la reducción del 50% (27% -66%) para los usuarios simultáneos de inhibidores de la bomba de protones y coxibs<sup>4</sup>.

Belanová y Gřiva en su investigación titulada “Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal” arrojó que los síntomas de sangrado agudo más frecuente fueron hematemesis y melena presentado en el 73% de los pacientes. El 32% de los pacientes con sangrado no variceal tenían antiplaquetarios, el 19% de

---

<sup>3</sup> Sosa G, Fabra M, Córdova K, Barrientos O, Valdés D, Chávez P. Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal [Internet]. Rev cirugía.sld.cu. 2019 [citado 29 noviembre 2021]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/310/0>.

<sup>4</sup> Ray WA, Chung CP, Stein CM. Riesgo de hospitalizaciones por úlcera péptica en usuarios de AINE con cototerapia con gastroprotección versus coxibs. Gastroenterology [Internet]. 2015. [citado 31 Julio 2021]; 133(3):790-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17854591>.

anticoagulantes y el 10% usaban medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o corticosteroides<sup>5</sup>.

Según el estudio realizado por J. A González - González et al. en la ciudad de México titulado “Hipoalbuminemia en el desenlace clínico de pacientes con sangrado gastrointestinal alto no variceal”; en el cual se tomó ciento ochenta y cinco pacientes diagnosticados con sangrado gastrointestinal alto no variceal, se evidenció que el sexo masculino predominó en un 56.7% y la edad media fue de  $59.1 \pm 19.9$  años<sup>6</sup>. Datos similares fueron evidenciados por Belanová y Gřiva en su investigación titulada “Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal” donde se observó que el 90%, de los 111 pacientes que participaron en el mismo, tenían edades comprendidas entre los  $70 \pm 15$  años, y un 61% eran del sexo masculino.

El sangrado de origen no variceal representó El 90% de los casos siendo la causa más frecuente de sangrado fue la úlcera gástrica y duodenal en un 54%. Ninguno de los pacientes con hemorragia por varices (10% de los pacientes) tomó antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes<sup>7</sup>.

Agarwal A. et al. en su estudio “Sutura endoscópica para el tratamiento de la hemorragia gastrointestinal alta relacionada con la úlcera péptica: una experiencia preliminar” donde se tomaron una serie de casos internacionales de pacientes sometidos a sutura endoscópica para sangrado gastrointestinal alto. Arrojando que el hallazgo endoscópico más frecuente era úlcera péptica observándose en 5 (50%) Forrest Ib , Ila en 3 (30%), Iib en 1 (10%) e Iic en 1 (10%)<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Belanová V, Gřiva M. Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal. Article in Czech. [Internet]. 2015. [citado 31 Julio 2021]. 61(12):1016-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26806495>.

<sup>6</sup> González-González, J. et al. Hipoalbuminemia en el desenlace clínico de pacientes con sangrado gastrointestinal alto no variceal. Revista de gastroenterología de México [Internet]. 2016. [citado 13 marzo 2021]; 81(4):183-189. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300325>

Belanová V, Gřiva M. Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal. Article in Czech. [Internet]. 2015. [citado 31 Julio 2021]. 61(12):1016-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26806495>.

<sup>8</sup> Agarwal A. Sutura endoscópica para el tratamiento de la hemorragia gastrointestinal alta relacionada con la úlcera péptica: una experiencia preliminar. Endoscopy Intern [Internet]. 2018. [citado 13 marzo 2021]; 6(12): E1439-E1444. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejoumals/abstract/10.1055/a-0749-0011>

### **I.1.2. Justificación**

Este estudio busca diagnosticar de manera certera, a través de la endoscopia digestiva alta la causa del sangrado gastrointestinal alto y posteriormente a esto la aplicación de un tratamiento temprano para mejorar el pronóstico estos pacientes. Entre las causas más importantes de sangrado gastrointestinal alto se destaca la ulcera péptica, la rotura de varices esofágicas, desgarró de Mallory-Weiss entre otros; de estas la ulcera péptica es la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta de origen no varicial.

Al determinar la causa más frecuente de sangrado gastrointestinal alto y los factores de riesgo que con más relevancia influyen en el padecimiento del mismo, este estudio marcará precedentes para el desarrollo de pautas que prevengan, ya sea a través de la eliminación de factores de riesgo o el control de las diferentes patologías, el desarrollo de esta condición.

Busca disminuir la incidencia de sangrado gastrointestinal alto, su hospitalización y complicaciones paralelo a esto, la disminución del consumo de los insumos sanitarios que representa esta patología gastroenterológica.

Esta investigación dará respuesta a cuáles son los hábitos tóxicos más comunes utilizados en los pacientes que padecieron de esta condición. De esta manera se busca determinar qué tan frecuentemente podrían estar involucrado los diferentes hábitos tóxicos en el desarrollo de la patología y con ello incentivar al paciente de manera enérgica al abandono de los mismos.

Orientar a los pacientes sobre la injuria gástrica que produce la polimedicación innecesaria e incluso la automedicación; en particular el uso deliberado de antiinflamatorios no esteroideos con el fin de reducir la incidencia de dicha patología. Enfatizar con el seguimiento estricto a través de los diferentes screenig clínicos en pacientes con hepatopatopatias crónicas que predispongan a hipertensión portal para evitar el desarrollo de varices esofágicas o esofagogástricas y por lo tanto reducir el índice de sangrado varicial.

## I.2. Planteamiento del problema

El sangrado gastrointestinal alto representa la emergencia médica gastroenterológica más frecuente constituyendo un problema de relevancia médica, con una morbimortalidad importante que presenta un elevado consumo de los insumos sanitarios.

A pesar de los avances médicos, los múltiples adelantos científicos y el énfasis en la prevención y el desarrollo fármaco-terapéutico que se ha alcanzado la incidencia y mal pronóstico del mismo continúa aumentando.

En EE.UU. la tasa de hospitalización por hemorragia digestiva alta es de 350 ingresos hospitalarios por 100.000 habitantes. Un 50% de los ingresos por hemorragia digestiva en este país es de origen alto, solo el 40% corresponde a hemorragias bajas y un 10% a sangrado de origen oscuro.

En los países occidentales se estima su incidencia entre 48-160 casos por 100,000 habitantes cada año, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, más común en envejecientes que en pacientes jóvenes incluso se estima que más de un 60 % se presentan en mayores de 60 años y alrededor de un 20 % en mayores de 80 años se ha establecido que la alta incidencia de estos en pacientes ancianos se debe a la polimedicación utilizada por el número de patologías que padecen así como también el uso deliberado de AINES lo que hacen que tales parámetros hayan aumentado en los últimos años<sup>9</sup>.

En un 60 - 67 % de los casos son secundarias a la ulcers pépticas de las cuales de un 43% a un 56% se detectan *Helicobacter pylori* positivo<sup>10</sup>.

Se ha observado que la realización de la endoscopia urgente, durante las primeras 24 horas, en estos pacientes es esencial tanto para el diagnóstico como para la

---

<sup>9</sup> Feldman, M., Friedman, L. and Brandt, L. (2017). Sleisenger y Fordtran, Enfermedades digestivas y hepáticas. 10th ed. Barcelona: Elsevier, pp.297-321.

<sup>10</sup> Crowe Sheila; Paura David. H. pylori y Ulceras pépticas. National institute of Diabetes and Kidney Diseases [Internet]. 2015 [citado 25 marzo 2021]. 5(17): 27-32. disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/h-pylori-ulceras-pepticas>

terapéutica de los mismos evidenciándose una eficacia de un 94% de los casos reduciendo la necesidad de cirugía urgente en un 4.9% y la mortalidad en un 5.8%.

La endoscopia digestiva alta identifica el sitio del sangrado y permite la hemostasia terapéutica en la mayoría de los pacientes con hemorragia digestiva<sup>11</sup>.

En un 80% de los pacientes con sangrado gastrointestinal alto el sangrado es autolimitado. El otro 20% recidiva o vuelve a sangrar. Evidenciándose una tasa de mortalidad de un 30-40%. Por lo que los pacientes con alto riesgo de sangrado recurrentes se benefician de tratamiento tanto medico como endoscópico para su mejoría clínica<sup>12</sup>.

Por lo que en esta investigación se plantea la siguiente interrogante ¿cuáles son los hallazgos endoscópicos más frecuentes en pacientes con sangrado gastrointestinal alto. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas enero 2020-2021?

---

<sup>11</sup> Gómez H., Wilfredo. Manejo Inicial del Sangrado Digestivo. [Internet]. 2014. [citado 14 feb 2021]. LXV (586): 341-350. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art6.pdf>

<sup>12</sup> Áreas, M; Sangrado Digestivo Alto y Bajo Características y Manejo. [Internet]. 2014. [citado 14 Feb. 2021]. LXX (608): 705-713. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc134z.pdf>

### **I.3. Objetivos**

#### **I.3.1. Objetivo general**

Determinar los hallazgos endoscópicos más frecuentes en pacientes con sangrado gastrointestinal alto. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021

#### **I.3.2. Objetivos Específicos**

1. Determinar el rango de edad más frecuente en la que se presenta el Sangrado gastrointestinal alto (SGIA).
2. Identificar el sexo más afectado.
3. Identificar hábitos tóxicos más frecuentes.
4. Determinar antecedentes personales patológicos más frecuentes en los pacientes que presentan SGIA.
5. Identificar los medicamentos que con más frecuencia consumen estos pacientes.
6. Determinar signo o síntoma más frecuente en los pacientes que presentan SGIA.
7. Identificar hallazgos endoscópicos más frecuentes encontrados en los pacientes que presentaron SGIA.

## **CAPÍTULO II**

### **Marco Teórico**

## II. MARCO TEÓRICO

### II.1. Definición

El sangrado gastrointestinal alto (SGIA) se define como una hemorragia provocada por una lesión en el tracto digestivo por encima del ángulo de Treitz<sup>13</sup>.

El ligamento de Treitz es un repliegue de peritoneo que cubre el tercio caudal del musculo suspensorio del duodeno o musculo de Treitz y es la marca que define la transición entre el duodeno y el yeyuno. En esta área se puede observar la transición de la cuarta porción del duodeno, que es retroperitoneal, y el inicio del asa yeyunal, intraperitoneal, que es a lo que en la jerga quirúrgica se denomina ángulo de Treitz<sup>14</sup>.

El SGIA se puede manifestar de diferentes formas. En forma de hematemesis que se define como el vómito de sangre que puede ser roja rutilante, indicando un sangrado reciente, o en ocasiones en borra de café que hace pensar que el sangrado se detuvo hace algún tiempo. Melena son heces de color negro y la consistencia pegajosa (como alquitrán), malolientes esto debido a la degradación de la sangre a hematina o a otros hemocromos por las bacterias intestinales. Para que la misma se produzca debe de haber una extravasación de al menos 50- 100 ml de sangre procedente del tubo digestivo alto. También la melena puede aparecer también en hemorragias procedentes del intestino delgado o del colon derecho, especialmente si existe un tránsito lento<sup>15</sup>. La hematoquecia es la salida, a través del ano, de sangre roja fresca o de color rojo oscuro. Esta puede verse en sangrados masivos del tubo digestivo alto (al menos 1000 ml) generalmente asociadas a un tránsito rápido o a la presencia de una hemicolectomía derecha. Sin embargo es más común verla en sangrado gastrointestinal bajo como en pacientes con afectación colónicas como divertículos, angiodisplasias, neoplasias entre otras<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> Jiménez Rojas, L; Sangrado digestivo alto. Revista Médica Sinergia. [Internet] 2017. [citado 27 de Abril 2019]. 2 (7): 6-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177b.pdf>.

<sup>14</sup> Ramírez C. Ligamento, músculo y ángulo duodeno-yeyunal: El legado del profesor Václav Treitz [Internet]. Drcesarraamirez.com. 2019 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: <https://drcesarraamirez.com/cirug%C3%ADa-mbe/130-ligamento.-m%C3%BAsculo-y-%C3%A1ngulo-duodeno-yeyunal-el-legado-del-profesor-v%C3%A1clav-treitz.html>.

<sup>15</sup> Feldman, M., Friedman, L. and Brandt, L. (2017). Sleisenger y Fordtran, Enfermedades digestivas y hepáticas. 10th ed. Barcelona: Elsevier, pp.297-321.

<sup>16</sup> Villanueva C, García J. Hemorragia Gastrointestinal [Internet]. 1st ed. España: CTO Editorial; 2016 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03\\_Gastroenterologia.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf)

## **II.2. Epidemiología**

La úlcera péptica es la causa más frecuente de SGIA representando un 40% de los casos y su mortalidad ronda en un 10% de los casos<sup>17</sup>.

A groso modo podemos dividir la etiología del SGIA en de origen variceal o no variceal. La hemorragia de origen varicosas no está entre las más frecuentes sin embargo está entre las más elevadas se considera que su tasa de mortalidad es de alrededor de 30 % y la supervivencia a largo plazo es menor de 40%.

Luego de la estabilización hemodinámica y de una evaluación completa del paciente, hay que conocer la causa de la hemorragia y a plantear el proceso diagnóstico.

Aunque la incidencia de SGIA todavía es importante se ha visto que la introducción de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) y los esfuerzos para erradicar la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) han reducido notablemente la incidencia de hemorragia por úlcera péptica. Por otro lado, la población estadounidense ha ido envejeciendo y la frecuencia de enfermedades comorbilidades relacionadas con la edad que predisponen a hemorragia digestiva alta ha aumentado. El riesgo de hemorragia digestiva alta es mayor en ciertos grupos de pacientes, sobre todo aquellos con enfermedad cardiovascular subyacente, insuficiencia renal crónica y quizá los pacientes mayores de 65 años. Clásicamente, la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta era la enfermedad ulcerosa gastroduodenal, aunque otras lesiones mucosas en el tubo digestivo alto representan una proporción sustancial de casos.

## **II.3. Úlcera péptica**

Anteriormente la úlcera péptica era la responsable del 50% de las hemorragias digestivas altas la tasa de mortalidad asociada a la hemorragia de úlcera péptica es de alrededor de un 10%.

---

<sup>17</sup> Feldman, M., Friedman, L. and Brandt, L. (2017). Sleisenger y Fordtran, Enfermedades digestivas y hepáticas. 10th ed. Barcelona: Elsevier, pp.297-321.

### II.3.1. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la enfermedad úlcero péptica. Entre los más relevantes está la disminución de la defensa por el ácido acetilsalicílico u otros AINES y la infección por *H. pylori*. Además, de estos existen factores médicos y clínicos subyacentes que predisponen a la enfermedad ulcerosa y al SGIA entre las que se encuentra las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares que fueron factores predictivos Independientes de sangrado alto relacionada con úlcera péptica. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la cirrosis están relacionadas también con enfermedad ulcerosa péptica. Clásicamente, los glucocorticosteroides estaban relacionados con un aumento del riesgo de úlcera péptica, aunque nuevos hallazgos han provocado dudas sobre esta asociación sobre todo el Alendronato, u bifosfonato, está relacionado con la aparición de úlceras gástricas<sup>18</sup>.

Un 50 % de la población mundial está infectada con *H. pylori*. Un 80% de los cuales son de países en vía de desarrollo. El 80% jóvenes entre 20 -30 anos. Entre los factores que predisponen a su desarrollo está el nivel socioeconómico, hacinamiento, la disposición de agua potable entre otros. La gastritis por *H. pylori* afecta con mayor frecuencia al antro y predispone a los pacientes a úlceras duodenales, mientras que la gastritis que predomina en el cuerpo gástrico se asocia a úlceras gástricas.

Debido a que los AINES son la medicación más utilizada en EE.UU. hay que considerarlos como una entidad de importancia clínica en el sangrado alto. En su mecanismo de acción inhiben la síntesis de prostaglandinas citoprotectoras mediada por la ciclooxigenasa lo que altera la protección de la mucosa gástrica y con ello predispone al sangrado sin mencionar la acción como antiagregante plaquetaria que tiene en especial el ácido acetilsalicílico, que predispone aún más a hemorragia en los pacientes que la consumen.

Distintos cofactores son importantes en la úlcera por AINES. Por ejemplo, la edad y la hemorragia digestiva alta previa son factores predictivos importantes de

---

<sup>18</sup> Feldman, M., Friedman, L. and Brandt, L. (2017). Sleisenger y Fordtran, Enfermedades digestivas y hepáticas. 10th ed. Barcelona: Elsevier, pp.297-321.

hemorragia asociada a AINE. Un estudio determinó que una edad superior a 75 años y los antecedentes de cardiopatía, úlcera péptica y hemorragia digestiva previas eran factores independientes predictivos de complicaciones por AINES.

En el caso del clopidogrel como antiagregante plaquetario en un estudio se hizo un seguimiento longitudinal a 70 pacientes en tratamiento con clopidogrel 75 mg/día. Tras un seguimiento de 1 año, el 12% presentaron una hemorragia digestiva. La hemorragia digestiva asociada a clopidogrel fue significativamente más frecuente en pacientes con antecedentes de hemorragia digestiva que en aquellos sin dicho antecedente.

### **II.3.2. Factores pronósticos de hemorragia por úlcera péptica**

La mayoría de las hemorragias por úlcera son autolimitadas y se asocian a una recuperación sin complicaciones. Sin embargo, un grupo de pacientes presenta hemorragia continua o recurrente que se asocia a peor pronóstico. Los factores pronósticos indicados para la hemorragia digestiva alta se aplican en especial a las hemorragias por úlcera, que comprenden la mayoría de las lesiones con hemorragia digestiva alta. Por ejemplo, la edad avanzada, la presencia de comorbilidad, la evidencia clínica de hemorragia grave, las úlceras grandes (mayores de 2 cm de diámetro) y el inicio de la hemorragia mientras el paciente está hospitalizado son factores predictivos importantes de resangrado de la úlcera y de mal pronóstico.

La escala de Forrest se utiliza para estratificar los hallazgos en la evaluación endoscópica de una úlcera péptica sangrante en la misma una lesión con sangrado activo tiene un riesgo de persistencia hemorrágica o de recidiva superior al 90% (IA). Si se evidencia un sangrado rezumante o en sábana la recidiva es de un 60-80% (IB). Cuando se visualiza un vaso visible no sangrante el riesgo es del 50%(IIA). Se define como vaso visible la presencia de una elevación, con aspecto de pezón, de distintos colores (roja, granate, oscura o incluso blanca) en el fondo de la lesión. La probabilidad de recidiva disminuye al 20-30% (IIB) si se observa un coágulo adherido, a un 5-10% (IIC) cuando sólo hay manchas planas de hematina (signos indirectos,) y a un 1-2% (III) cuando el fondo de la lesión es limpio. La clasificación

de Forrest, basada en estos parámetros, ha permitido sistematizar los estigmas de hemorragia<sup>19</sup>.

La **clasificación de Sakita-Miwa** clasifica las úlceras gástricas basándose en 3 estadios: úlcera activa, cicatrización, curación. **Úlcera Activa** A1 La mucosa que rodea está edematosamente hinchada y el epitelio de regeneración no es visto endoscópicamente. A2 El edema que la rodea se ha reducido, el margen de la úlcera es claro, y una ligera cantidad de epitelio de regeneración se ve en el margen de la úlcera. Un halo rojo en la zona marginal y una escara blanca circular en el margen de la úlcera son visualizados frecuentemente. Por lo general, la convergencia de los pliegues de mucosa puede ser seguidos hasta el margen de la úlcera. **Cicatrización** H1 Una fina capa blanca de regeneración del epitelio se está extendiendo en la base de la úlcera. El gradiente entre el margen de la úlcera y la base de la úlcera se está convirtiendo en plano. El cráter de la úlcera es aún evidente y el margen de la úlcera es marcado. El diámetro del defecto mucoso es de aproximadamente la mitad a dos tercios de A1. H2 El defecto es más pequeño que en H1 y la regeneración del epitelio cubre la mayor parte del piso de la úlcera. El área de la capa blanca es de aproximadamente un cuarto a un tercio que el de A1. **Curación:** S1 El epitelio de regeneración cubre completamente el fondo de la úlcera. La capa blanca ha desaparecido. Inicialmente, la región de regeneración es marcadamente rojo. Tras una minuciosa observación, muchos capilares pueden ser vistos. Esto se llama « cicatriz roja». S2 En varios meses a unos pocos años, el enrojecimiento se reduce al color de la mucosa circundante. Esto se llama «cicatriz blanca».

El riesgo de sangrado recurrente de una úlcera péptica disminuye de manera considerable en 72 horas luego del primer episodio hemorrágico.

A pesar de la dificultad para evaluar los signos de hemorragia por úlcera, ciertas características de la úlcera en la endoscopia aportan información pronóstica importante. Por ejemplo, un tamaño grande (>1 cm) se asocia a una frecuencia más elevada de resangrado y mortalidad. La hemostasia endoscópica tiene peores

---

<sup>19</sup> Villanueva C, García J. Hemorragia Gastrointestinal [Internet]. 1st ed. España: CTO Editorial; 2016 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03\\_Gastroenterologia.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf).

resultados en las úlceras mayores de 2 cm que en las más pequeñas. También es importante el aspecto de la base de la úlcera. La úlcera puede tener: 1) una base limpia; 2) una base con una mancha pigmentada plana; 3) una base con un coágulo adherido; 4) una base con un vaso visible (también denominada protuberancia pigmentada o coágulo centinela, con aspecto elevado y redondeado, y resistente al lavado), o 5) una base que contiene un vaso visible o un coágulo adherente con rezumado o chorro activo<sup>20</sup>.

#### **II.4. Valoración de la infección por H. pylori**

En todo paciente con una úlcera sangrante se debe de realizar biopsia endoscópica de la mucosa del antro y de la curvatura media de la parte media del cuerpo para investigar la presencia de H. pylori.

Numerosos estudios han demostrado que un pH gástrico superior 6.8 contribuye con la coagulación normal (agregación plaquetaria y formación de fibrina). Un pH menor de 5.4 anula la agregación plaquetaria y la coagulación plasmática. Por consiguiente es posible la reducción de hemorragia aguda y hemorragia recurrente manteniendo un pH mayor a 6. Los antagonistas de los receptores H2 pueden elevar el pH intragástrico en etapa aguda, pero se desarrolla tolerancia a estos fármacos de tal manera que en 24 horas el pH regresa a su estado natural. Por lo que se recomienda el uso de IBP ya que los mismos pueden mantener un pH luminal por encima de 4 o 6 durante una infusión de 72 horas.

La tasa de hemorragia recurrente en pacientes que presentaron estigmas endoscópicos de alto riesgo de hemorragia por úlcera péptica que no habían sido sometidos a hemostasia endoscópica y a omeprazol. Se demostró que la tasa de hemorragia recurrente en el grupo tratado fue solo de un 11% en comparación con el grupo tratado con placebo que fue de un 36%. Se considera también que la administración de IBP previos a endoscopia reduce de manera considerable la proporción de pacientes con estigmas de hemorragia reciente en la endoscopia

---

<sup>20</sup> Feldman, M., Friedman, L. and Brandt, L. (2017). Sleisenger y Fordtran, Enfermedades digestivas y hepáticas. 10th ed. Barcelona: Elsevier, pp.297-321.

índice en comparación con placebo o bloqueantes del receptor H2, pero no redujo la tasa de mortalidad, hemorragia recurrente o cirugía.

## **II.5. Tratamiento**

### **II.5.1. Uso de somatostatina y octreotide**

La somatostatina es un péptido de 14 aminoácidos que inhibe la secreción de distintas hormonas gastrointestinales y pancreáticas, algunas de las cuales contribuyen al mantenimiento de la hipertensión portal. La somatostatina y sus análogos, como la octreotida o el lanreótido, provocan vasoconstricción esplácnica cuando se administran a dosis terapéuticas. Esto origina un descenso del flujo sanguíneo portal y portal colateral y un descenso de la presión portal. Su acción es selectiva sobre la circulación esplácnica, lo que confiere a la somatostatina una marcada seguridad. Este efecto vasoconstrictor probablemente está mediado por la inhibición de la liberación de péptidos vasodilatadores, como principalmente el glucagón. Sin embargo, estudios recientes sugieren que el octreótido también ocasiona una vasoconstricción directa que parece originada por una potenciación del efecto de otros agentes vasoconstrictores.<sup>7,8</sup> Se han clonado cinco receptores de somatostatina, uno de los cuales (el receptor 2) es expresado por los vasos sanguíneos<sup>21</sup>.

Se ha observado una disminución de la motilidad gastrointestinal, inhibición de la secreción ácida gástrica y péptica, y efectos citoprotectores de la mucosa gástrica.

### **II.5.2. Hemostasia endoscópica**

#### **II.5.2.1. Hemorragia activa y vasos visibles no sangrantes**

Se ha demostrado a través de numerosos estudios que la inyección con adrenalina o tratamiento con sonda térmica disminuye de manera significativa la tasa de sangrado ulceroso recurrente, la cirugía y la mortalidad en pacientes con estigmas de alto riesgo como hemorragia activa y vaso visible no sangrante. El tratamiento indicado

---

<sup>21</sup> Villanueva C, López J. La somatostatina en el tratamiento de la hemorragia aguda por varices. GH cont. 2015; 6(1): 292-297.

con mayor frecuencia en todo el mundo para la hemorragia por úlcera péptica es la inyección con adrenalina; y parece ser más eficaz cuando se administra a dosis alta (13-20 ml) que a dosis baja (5-10 ml).

En pacientes con SGIA no variceal, se recomienda usar terapia dual (adrenalina con terapia térmica o adrenalina con mecánica) en vez de usar monoterapia con adrenalina (recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia: muy baja para mortalidad y falla de hemostasia, pero moderada para resangrado)<sup>22</sup>.

En caso de una hemorragia ulcerosa activa a chorro se sugiere inyectar de 0.5 a 1 ml de adrenalina a través de una aguja de escleroterapia en los cuatro cuadrantes de la úlcera a 1-2 mm del sitio sangrante. Luego de la inyección con adrenalina, se coloca sonda térmica directamente sobre el sitio sangrante para taponarlo y detener la hemorragia, y se aplica coagulación con pulsos largos y presión firme con una regulación de potencia baja. Luego, se retira con lentitud la sonda de la úlcera y se repite la coagulación térmica según sea necesario para detener la hemorragia y aplanar cualquier vaso visible subyacente

En el caso del vaso visible no sangrante se recomienda la misma técnica endoscópica que para la hemorragia activa debido a que hasta ahora, no se ha observado diferencias significativas entre la inyección con adrenalina y el tratamiento térmico. La colocación de hemoclips también puede ser eficaz para prevenir la hemorragia recurrente de un vaso visible no sangrante si el clip se coloca a través del vaso y se administra IBP a dosis altas por vía intravenosa durante 72 horas<sup>23</sup>.

### **II.5.3. Coágulos adherentes**

Se define como un coágulo de sangre sobre una úlcera que es resistente a varios minutos de irrigación enérgica dirigida con chorro de agua. La tasa de hemorragia recurrente de úlceras con coágulo adherente con tratamiento médico solo es del 8 al 35 %.

---

<sup>22</sup> Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondán A, Zafra-Tanaka J, Arcana-López E, Cervera-Caballero L, Contreras-Turín 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) [Internet]. Scielo.org.pe. 2018 [cited 2 May 2021]. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292018000100015](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000100015)

<sup>23</sup> Feldman, M., Friedman, L. and Brandt, L. (2017). Sleisenger y Fordtran, Enfermedades digestivas y hepáticas. 10th ed. Barcelona: Elsevier, pp.297-321.

Se recomienda inyectar adrenalina 1ml, en los cuatro cuadrantes alrededor del pedículo del coagulo y, luego, utilizar asa fría giratoria para a guillotinar por partes el coagulo sin arrancarlo de la base, hasta que se identifique un estigma subyacente de hemorragia en la base de la úlcera o queda un pedículo del coagulo de 3mm o menos. La coagulación o la colocación de hemoclips se realizan si se observa hemorragia activa, un vaso visible o un pedículo residual.

#### **II.5.4. Úlcera de base limpia**

Los pacientes con úlcera de base limpia tras irrigación dirigida tienen una tasa de hemorragia recurrente inferior al 5%.

Estos pacientes no requieren tratamiento endoscópico. Se debe de realizar biopsia del borde de la úlcera y de la mucosa gástrica para descartar tumores malignos subyacentes.

#### **II.5.5. La endoscopia de segunda inspección (second look)**

Se realiza 24 horas después de la hemostasia endoscópica inicial, con hemostasia endoscópica adicional si se observan estigmas endoscópicos de alto riesgo persistentes, se ha propuesto como una medida para mejorar el pronóstico del paciente. Estudios han revelado que reduce las tasas de hemorragias recurrentes y la cirugía.

#### **II.5.6. Hemorragia recurrente después del tratamiento endoscópico**

A pesar de la alta tasa con que el tratamiento endoscópico consigue la hemostasia inicial, sobre un 10-15% de los pacientes presentarán recidiva habitualmente en el curso de las primeras 72 h. No existe una definición consensuada de fracaso del tratamiento endoscópico inicial, que engloba la persistencia o recidiva hemorrágica. Se puede considerar fracaso cuando tras el tratamiento inicial existen signos de actividad hemorrágica (hematemesis o melenas) junto con inestabilidad hemodinámica y anemia (más de 20 g/l en un periodo < 12-24 h).

En caso de fracaso del tratamiento endoscópico, es recomendable un segundo intento de terapéutica endoscópica, antes de plantear la cirugía. Esta actitud se sustenta en los resultados de un estudio prospectivo y aleatorizado, que evaluó de forma comparativa los resultados de la terapéutica endoscópica con los de la cirugía en un grupo de pacientes con signos de recidiva hemorrágica. La endoscopia se asoció a una menor tasa de complicaciones que la cirugía, sin incrementar el riesgo de mortalidad<sup>24</sup>.

### **II.5.7. Angiografía y Cirugía**

En aquellos pacientes con hemorragia persistente o recidivante, puede realizarse una arteriografía selectiva del tronco celíaco y arteria mesentérica superior. Esta exploración permite diagnosticar hemorragias arteriales o capilares si existe un extravasado sanguíneo mínimo de 0,5 ml/min, aunque no suele detectar sangrados venosos. La embolización arterial percutánea puede ser una alternativa a la cirugía cuando fracasa la terapia endoscópica, especialmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico y/o en los centros que cuentan con un servicio de radiología vascular intervencionista experimentado. Para la embolización de lesiones sangrantes, se han utilizado esponjas de gelatina, alcohol polivinílico, pegamentos cianoacrílicos o "coils". La angiografía también puede ser útil para diagnosticar lesiones que pueden pasar desapercibidas a la endoscopia, como tumores submucosos o lesiones vasculares.

Se debe plantear la cirugía urgente en caso de recidiva tras un segundo tratamiento, o en caso de recidiva masiva tras un primer tratamiento endoscópico, o como tratamiento inicial en hemorragias masivas en las que no se consigue la estabilidad hemodinámica inicial con reposición intensiva de la volemia. En el contexto de la emergencia, la cirugía de elección suele ser la sutura de la lesión sangrante asociada a una vagotomía y piloroplastia. Como ya se ha comentado, la angiografía terapéutica constituye una alternativa a la cirugía, particularmente cuando la condición clínica del enfermo es muy precaria y el riesgo quirúrgico es prohibitivo.

---

<sup>24</sup> Villanueva C, García J. Hemorragia Gastrointestinal [Internet]. 1st ed. España: CTO Editorial; 2016 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03\\_Gastro enterologia.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastro%20enterologia.pdf).

### **II.5.8. Inhibición de la secreción gástrica de ácido**

La inhibición de la secreción ácida gástrica favorece la cicatrización de las lesiones mucosas y además favorece la agregación plaquetaria y la formación y estabilización del coágulo. Se estima que para optimizar la hemostasia se debe mantener un pH intragástrico  $> 4$  (o mejor  $> 6$ ) de forma sostenida, lo que consiguen con mayor eficacia dosis altas de IBP, en infusión continua capaz de evitar fluctuaciones. En la actualidad, dada la eficacia probada de los IBP y el beneficio marginal de los antagonistas-H<sub>2</sub>, no se recomienda la utilización de estos últimos en la HDA. En pacientes con estigmas endoscópicos de alto riesgo, la terapia endoscópica debe asociarse a la administración inicial de un bolus de IBP e infusión endovenosa con dosis altas (8 mg/h) que se suele mantener durante las primeras 72 horas ya que éste es el periodo de máximo riesgo de recidiva. En comparación con el tratamiento con anti-H<sub>2</sub> o placebo, el tratamiento con IBP reduce en estos pacientes la incidencia de recidiva y la necesidad de cirugía y, según indica el metaanálisis de los ensayos aleatorizados con más de 5.000 pacientes, también reduce la mortalidad en pacientes con vaso visible no sangrante o hemorragia activa. Está por establecer si las dosis usuales de IBP endovenoso, o dosis altas de IBP oral también podrían ser efectivas. Su empleo puede considerarse cuando no se dispone de tratamiento con dosis altas intravenosas. Tras las primeras 72 horas, dado el menor riesgo de sangrado, se puede seguir el tratamiento oral con IBP hasta la cicatrización de la úlcera, para lo que puede ser suficiente una dosis estándar. Tras un episodio de HDA, los pacientes deben ser dados de alta hospitalaria con tratamiento de IBP por vía oral por un tiempo apropiado a su patología de base. Aunque la administración de IBP a dosis estándar es suficiente para la curación de la mucosa de las úlceras pépticas, es frecuente en nuestro medio utilizar dosis dobles durante el periodo de cicatrización tras una HDA por úlcera péptica. No hay evidencia que soporte esta medida, si bien tanto los costes como los riesgos asociados son mínimos. La duración y, en ocasiones, las dosis del tratamiento deben adaptarse a la patología del paciente, recomendándole cuatro semanas para la úlcera duodenal y ocho para la úlcera gástrica. Además, los pacientes que estén en tratamiento con AAS o AINE

pueden necesitar un tratamiento profiláctico con un IBP por un tiempo más prolongado. Octreotido/somatostatina Se ha sugerido que el tratamiento con somatostatina u octreótido puede reducir el riesgo de resangrado observado con antagonistas-H2 o placebo, aunque no se ha demostrado que mejore la eficacia de los IBP solos o asociados a tratamiento endoscópico, por lo que no deben administrarse de manera rutinaria en la hemorragia por úlcera péptica. Ferroterapia La mayoría de los pacientes (cerca de las 2/3 partes) presentan anemia ferropénica tras un episodio de HDA, por lo que es aconsejable cursar un estudio del metabolismo férrico antes del alta y administrar suplementos de hierro, en caso de que se requieran, por vía oral o endovenosa si existe anemia grave y/o según comorbilidad.

## **II.6. Otras causas de hemorragia no varicosas**

### **II.6.1. Esofagitis**

La esofagitis es una causa frecuente de hemorragia digestiva alta que afecta a casi el 15% de los pacientes sometidos a endoscopia por hemorragia. Sin embargo, la hemorragia grave por esofagitis es menos frecuente. La hemorragia por esofagitis produce pérdida oculta de sangre con más frecuencia que la hemorragia aguda. La hemorragia clínicamente evidente es más probable en pacientes con enfermedad erosiva extensa o con coagulopatía subyacente. El tratamiento específico va dirigido a la causa de la lesión subyacente (por lo general esofagitis por reflujo) y consiste en general en un inhibidor de la bomba de protones (IBP) en dosis altas. No suele ser necesario un tratamiento endoscópico de las lesiones sangrantes, pero puede beneficiar a los pacientes con úlceras esofágicas, vaso visible y hemorragia grave. El tratamiento endoscópico debe ser delicado en estos pacientes por el riesgo de perforación.

### **II.6.2. Desgarro de Mallory-Weiss**

Los desgarros de Mallory-Weiss son laceraciones en la región de la unión gastroesofágica que afectan por lo general a la mucosa gástrica, aunque el 10% -20% afectan a la mucosa esofágica. Suponen el 5% -10% aproximadamente de los

casos de hemorragia digestiva alta. Aunque existe la idea de que estos desgarros se deben al esfuerzo del vómito, este antecedente sólo está presente en el 29 % de los pacientes. El sangrado por desgarros de Mallory-Weiss se detiene espontáneamente en el 80% -90% de los pacientes, y menos del 5% de los pacientes vuelven a sangrar (con más frecuencia aquellos con diátesis hemorrágica subyacente). Los pacientes que no están sangrando durante la endoscopia y que no tienen otros problemas de salud que requieran hospitalización sólo reciben por lo general tratamiento de soporte y pueden recibir pronto el alta. El tratamiento endoscópico con métodos térmicos, inyección, hemoclips o bandas detiene el sangrado con efectividad y debe aplicarse en las lesiones con sangrado activo o con signos que indiquen un alto riesgo de resangrado. También puede estar indicada la angiografía con infusión intrarterial de vasopresina o embolización. Pocas veces es necesario el tratamiento quirúrgico<sup>25</sup>.

### **II.6.3. Úlceras gástricas y duodenales**

La enfermedad ulcerosa es la causa específica de hemorragia digestiva alta aguda identificada con más frecuencia. Aunque se ha comprobado que la úlcera péptica es responsable de casi el 50 % de los casos de hemorragia digestiva alta esta frecuencia puede estar sobrevalorada. Aunque la hospitalización y las tasas de mortalidad global por úlcera péptica descendieron desde 1992 hasta 1999, la tasa de mortalidad por hemorragia digestiva causada por enfermedad ulcerosa péptica se ha mantenido estable durante este período. La razón de estas tendencias dispares podría estar relacionado con la interacción entre el uso más frecuente de AINES y el de antiácidos. La incidencia de hemorragia por úlcera duodenal es el doble aproximadamente de la úlcera gástrica. Se prevé que la incidencia de hemorragia por úlceras descenderá debido a la mejora de la eficacia del tratamiento farmacológico de la enfermedad ulcerosa y a la posibilidad de modificar los factores predisponentes. No obstante, la tasa de hospitalización por hemorragia digestiva

---

<sup>25</sup> Feldman, M., Friedman, L. and Brandt, L. (2017). Sleisenger y Fordtran, Enfermedades digestivas y hepáticas. 10th ed. Barcelona: Elsevier, pp.297-321.

relacionada con úlcera ha permanecido constante entre 40 y 60 casos por 100.000 pacientes.

#### **II.6.4. Hemorragia ulcerosa en pacientes hospitalizados**

Son úlceras causadas por el estrés, las primeras se caracterizan por sangrado difuso a partir de erosiones y úlceras superficiales. La segunda categoría corresponde a las úlceras de pacientes hospitalizados, que son úlceras grandes, focales de aspecto crónico, indoloras y que debutan con hemorragia digestiva alta grave manifiesta por hematoquecia, melena o vómitos sanguinolentos.

Los pacientes ingresados en UCI son los principales que ameritan tratamiento farmacológico de prevención para evitar las úlceras por estrés.

#### **II.6.5. Tumores malignos digestivos altos**

Las neoplasias de esófago, estómago e intestino delgado proximal producen una hemorragia digestiva alta aguda con escasa frecuencia. Estas lesiones se asocian con más frecuencia a hemorragia oculta, asintomática, que suele ser autolimitada. La mayoría de los tumores asociados a una hemorragia digestiva alta aguda con trascendencia clínica son malignos. De los numerosos tumores que causan hemorragia digestiva alta, el más frecuente es el adenocarcinoma gástrico avanzado. Una pequeña proporción de las lesiones sangrantes puede tratarse mediante inyección o tratamiento de coagulación, y las lesiones polipoides sangrantes pueden extirparse en ocasiones mediante electrocoagulación con cepo, pero las lesiones hemorrágicas grandes o sésiles requieren por lo general tratamiento quirúrgico. Los pacientes con hemorragia digestiva alta por tumores tienen una supervivencia al año de tan sólo el 11%.

#### **II.6.6. Lesiones vasculares Lesión de Dieulafoy.**

Esta lesión, se refiere a una arteriola anormalmente gruesa que conserva el calibre de su vaso nutricio conforme se aproxima a la mucosa. Se cree que este vaso grueso comprime la mucosa y provoca una erosión pequeña, con rotura del vaso

hacia la luz. Las lesiones de Dieulafoy no son infrecuentes ya que representan hasta el 6% de los casos de hemorragia digestiva alta. Estas lesiones se localizan por lo general en la porción proximal del estómago, habitualmente a menos de 6 cm de la unión gastroesofágica, pero pueden aparecer en cualquier lugar del tubo digestivo. La hemorragia es con frecuencia masiva y recurrente. A menudo es difícil identificar la lesión a menos que presente sangrado activo o se asocie a estigmas endoscópicos de hemorragia reciente. La ecoendoscopia puede ayudar a detectar una lesión de Dieulafoy en un paciente con hemorragia digestiva alta inexplicable. El tratamiento con técnicas de inyección, coagulación, hemoclips y bandas puede controlar la hemorragia y evitar el resangrado en más del 95 % de los casos. El pronóstico a largo plazo de los pacientes con lesión de Dieulafoy es excelente en ausencia de otras enfermedades concomitantes. Ectasia vascular. Las lesiones vasculares son causas infrecuentes, pero importantes, de hemorragia digestiva alta.

## **II.7. Hemorragias de origen variceal**

### **II.7.1. Várices esofágicas**

Las várices esofágicas son colaterales porto-sistémicas. Es decir, canales vasculares que unen la circulación venosa portal con la sistémica. Se forman preferentemente en la submucosa del esófago inferior como consecuencia de la hipertensión portal (una complicación progresiva de la cirrosis). La ruptura y el sangrado de las várices son complicaciones mayores de la hipertensión portal y se asocian con tasa elevada de mortalidad. El sangrado varicoso es responsable de entre 10 y 30% de todos los casos de sangrado gastrointestinal alto<sup>26</sup>.

Si bien las várices se pueden formar a cualquier nivel a lo largo del tubo digestivo, lo más frecuente es que aparezcan en los últimos centímetros distales del esófago. Aproximadamente 50% de los pacientes con cirrosis presentan várices gastroesofágicas. Las várices gástricas se encuentran presentes en el 5-33% de los pacientes con hipertensión portal. La frecuencia de várices esofágicas varía entre

---

<sup>26</sup> LaBrecque, D, Dite, P. et al. [Internet].Várices esofágicas. 2014 [citado 4 mayo 2021]. Disponible en: file:///C:/Users/Cardis07/Desktop/Tesis%20sangrado%20gastrointestinal/esophageal-varices-spanish-2014.pdf.

30% y 70% de los pacientes con cirrosis, y 9–36% de los pacientes presentan lo que se conoce como várices de “alto riesgo”. En los pacientes con cirrosis, las várices esofágicas aparecen a una tasa anual de 5–8%, pero tienen un tamaño suficiente como para plantear riesgo de sangrado solo en 1–2% de los casos. Aproximadamente 4–30% de los pacientes con várices pequeñas pasarán a tener várices de gran tamaño cada año, por lo que estarán en riesgo de sangrado.

Existen diversas escalas que engloban las varices esofágicas en pacientes con hipertensión portal entre las más destacadas está la de Baveno que las clasifica en pequeñas < 5mm y grande >5mm. También y bastante utilizada la clasificación de Sarín para varices gástricas la cual establece: VEG (varices esófagogástricas) tipo 1 son continuación de las várices esofágicas extendiéndose hasta 5cm debajo de la unión esofagogástrica a lo largo de la curvatura menor del estómago, las VEG tipo 2 se extienden por debajo de la unión esofagogástrica hacia el fondo gástrico. Las VGA se dividen en VGA (varices gástricas aisladas) tipo 1, localizadas en el fondo, y VGA tipo 2, localizadas en cualquier otra parte del estómago<sup>27</sup>.

## **II.8. Tratamiento de la hemorragia varicosa**

### **II.8.1. Tratamiento farmacológico**

El objetivo de este tratamiento es prevenir la aparición de la primera hemorragia por rotura de varices en pacientes que nunca han sangrado.

Uso de  $\beta$  bloqueantes no cardiosselectivos (propranolol, nadolol, o carvedilol), comenzando a dosis bajas, de ser necesario aumentando la dosis paso por paso hasta que la frecuencia cardíaca de reposo se reduzca 25%, pero no menos de 55 latidos/min<sup>28</sup>.

La somatostatina y su análogo el Octeotido, causan vasodilatación esplácnica selectiva y reducen la presión portal sin provocar las complicaciones cardiacas

---

<sup>27</sup> Narvaez, R. and Gonzalez, J. (2014). *Consenso Mexicano de Hipertension Portal*. Mexico: Revista Mexicana de Gastroenterologia, pp.[https://www.researchgate.net/figure/Clasificacion-de-las-varices-gastricas-Clasificacion-descrita-por-Sarin-las-VEG-tipo-1\\_fig1\\_236690302](https://www.researchgate.net/figure/Clasificacion-de-las-varices-gastricas-Clasificacion-descrita-por-Sarin-las-VEG-tipo-1_fig1_236690302).

<sup>28</sup> LaBrecque, D, Dite, P. et al. [Internet]. Varices esofágicas. 2014 [citado 4 mayo 2021]. Disponible en: file:///C:/Users/Cardis07/Desktop/Tesis%20sangrado%20gastrointestinal/esophageal-varices-spanish-2014.pdf.

observadas con la vasopresina. La dosis de octreotide en la hemorragia varicosa es de 50 ug/h en bolo, seguido por una infusión continua de 50 ug/h hasta por 5 días.

Hasta el 20% de los pacientes cirróticos hospitalizados tienen una infección bacteriana en el momento del ingreso, o sobreviene una infección en el 50% de los casos por lo diferentes estudios han arrojado la importancia de la administración de antibióticos durante su estadía hospitalaria en pacientes cirróticos con hemorragia varicosas. Se ha evidenciado una disminución de la mortalidad y de infecciones bacterianas. Los antibióticos prescritos con mayor frecuencia son fluorquinolonas, como norfloxacino oral (400mg c/12h), levofloxacino (500 mg cada 12h) Intravenoso.

Ceftriaxona IV 1g cada 24 horas: de elección en pacientes con cirrosis avanzada (Child Pugh B o C), en ámbitos hospitalarios con alta prevalencia de infecciones bacterianas resistentes a las quinolonas, y en pacientes que han tenido profilaxis con quinolonas previamente<sup>29</sup>.

### **II.8.2. Ligadura endoscópica**

La ligadura endoscópica de las varices mediante bandas elásticas es la técnica endoscópica de elección por su menor riesgo y mayor eficacia que la escleroterapia. La primera sesión se suele efectuar durante la endoscopia diagnóstica (si ésta es realizada por personal experimentado). Se recomienda una segunda sesión a los 10-15 días de la primera a fin de acelerar el proceso de erradicación de las varices y prevenir recidivas.

Se puede lograr hemostasia de la fase aguda de un 80-85% de los casos, con una tasa de hemorragia recurrente de un 25-30%. La ligadura se asocia a menos complicaciones locales y requiere menos sesiones de tratamiento endoscópico que la escleroterapia<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Villanueva C, García J. Hemorragia Gastrointestinal [Internet]. 1st ed. España: CTO Editorial; 2016 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03\\_Gastroenterologia.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf).

<sup>30</sup> LaBrecque, D, Dite, P. et al. [Internet].Varices esofágicas. 2014 [citado 4 mayo 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/Cardis07/Desktop/Tesis%20sangrado%20gastrointestinal/esophageal-varices-spanish-2014.pdf>.

### **II.8.3. Escleroterapia**

La escleroterapia endoscópica puede utilizarse en caso de que la ligadura no sea técnicamente posible (varices de pequeño tamaño, imposibilidad técnica en la succión de la variz, etc.). Ésta consiste en la inyección mediante control endoscópico de sustancias esclerosantes (polidocanol al 1-2%, etanolamina al 5%) dentro de la variz o perivariceal. Así se consigue la obliteración de las varices esofágicas mediante trombosis y/o reacción inflamatoria a su alrededor 4 horas, intravenoso, por 7 días.

Entre sus complicaciones están: úlceras que pueden sangrar o perforarse, estenosis esofágicas, mediastinitis, entre otras.

### **II.8.4. Derivaciones portosistémicas.**

La derivación portosistémica percutánea intrahepática (DPPI), más conocida como TIPS, acrónimo de las iniciales de su denominación anglosajona (transjugular intrahepatic portosystemic shunt), ha sustituido prácticamente a la cirugía derivativa, tanto en situaciones de urgencia como electivas. La DPPI consiste en la creación de una derivación portosistémica intrahepática de diámetro prefijado («calibrada») por métodos de radiología intervencionista. El procedimiento per se entraña una serie de riesgos: hemoperitoneo, hemobilia, lesiones vasculares, lo que exige que sea realizada por personal altamente cualificado en centros de referencia, que permitan, realizar un mínimo de exploraciones anuales que probablemente nunca debería ser inferior a 5-10 procedimientos<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Villanueva C, García J. Hemorragia Gastrointestinal [Internet]. 1st ed. España: CTO Editorial; 2016 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03\\_Gastroenterologia.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf).

## **CAPÍTULO III**

### **Variables**

#### **Operacionalización de las variables**

#### **Diseño metodológico**

### **III.1 Variables**

- Edad
- Sexo
- Hábitos Tóxicos
- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes medicamentosos
- Signos y síntomas
- Hallazgos endoscópicos

### III.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Números de años cumplidos desde el momento del nacimiento hasta el momento del estudio.	Años cumplidos según expediente	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 16-30 años</li> <li>● 31-40 años</li> <li>● 41-50 años</li> <li>● 51-60 años</li> <li>● 61-70 años</li> <li>● 71-80 años</li> <li>● 81-90 años</li> <li>● &gt;90 años</li> </ul>
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos	Género	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femenino</li> <li>● Masculino</li> </ul>
Hábitos tóxicos	Sustanciales perjudiciales para la salud.	Conjunto de sustancias que pueden ser perjudiciales para la salud y por lo tanto que su consumo, ya sea en pequeñas dosis o en exceso, pueden predisponer a episodios de SGIA. Registrados en expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alcohol</li> <li>● Café</li> <li>● Tabaco</li> <li>● Drogas ilícitas</li> <li>● Tisanas</li> <li>● Ninguno</li> <li>● Otros.</li> </ul>

<p>Antecedentes personales patológicos</p>	<p>Condición clínica que pudieran influir en causas de sangrados.</p>	<p>Patologías con la que cursa el paciente. Según expediente clínico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diabetes mellitus</li> <li>● HTA</li> <li>● Gastritis crónica</li> <li>● Enfermedad ulcero péptica</li> <li>● Enfermedad cerebro vascular (EVC)</li> <li>● Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>● Hepatitis B</li> <li>● Hepatitis C</li> <li>● Cirrosis Hepática</li> <li>● Insuficiencia Renal crónica</li> <li>● Ninguno</li> <li>● Otros</li> </ul>
<p>Antecedentes medicamentosos</p>	<p>Medicamentos usados por paciente debido a patología de base.</p>	<p>Medicamentos que puedan predisponer a SGIA. Detallado en expediente clínico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● AINES</li> <li>● Ácido Acetilsalicílico</li> <li>● Clopidogrel</li> <li>● Antihipertensivos (especifique)</li> <li>● Anticoagulantes</li> <li>● Antidiabéticos orales oral</li> <li>● Ninguno</li> <li>● Otros</li> </ul>

Signos y síntomas	Signo: son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica. Síntomas: elementos subjetivos percibidos únicamente por el paciente.	Manifestaciones objetivas y subjetivas que presentó el paciente previo, en el transcurso o posterior al episodio de sangrado. Según expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Melena</li> <li>● Hematemesis</li> <li>● Hematoquecia</li> <li>● Mareos</li> <li>● Epigastralgia</li> <li>● Pirosis</li> <li>● Náuseas</li> <li>● Vómitos</li> <li>● Mareos</li> <li>● Otro.</li> </ul>
Causas de Sangrado: Hallazgos endoscópicos	Hallazgos arrojados por endoscopia digestiva alta.	Causa de sangrado gastrointestinal alto archivado en expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Úlcera duodenal</li> <li>● Úlcera Gástrica</li> <li>● Gastropatías erosivas</li> <li>● Gastropatía eritematosa</li> <li>● Gastropatía Hemorrágica</li> <li>● Varices esofágicas</li> <li>● Desgarro de Mallory – Weiss</li> <li>● Esofagitis erosiva</li> <li>● Otras</li> </ul>

### III.3 DISEÑO METODOLÓGICO

#### III.3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal de recolección retrospectiva de datos.

#### III.3.2 Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas ubicado en la avenida Ortega y Gasset esquina Dr. Heriberto Pieter, ensanche Naco, distrito Nacional. Delimitado al Norte, calle Dr. Heriberto Pieter; al sur calle Prof. Aliro Paulino; al este Avenida Ortega y Gasset y al oeste por la calle del Carmen.



#### III.3.3 Unidad de Análisis

Se utilizaron expedientes clínicos de los pacientes que fueron asistidos por el departamento de gastroenterología que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los cuales se les realizó endoscopia digestiva.

### **III.3.4 Tiempo de realización**

Se trabajó con los expedientes clínicos en el periodo comprendido enero 2020-2021

### **III.3.5 Población**

Estuvo representada por todos los pacientes que fueron diagnosticados con hemorragia digestiva alta en el periodo de estudio a los que se les realizaron endoscopia digestiva.

### **III.3.6 Muestra**

Se tomaron los pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta a los que se les realizó endoscopia digestiva y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

### **III.3.7 Criterios de inclusión**

Se trabajó con expedientes clínicos de los pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta en el periodo de tiempo establecido.

Pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva alta.

Pacientes con expedientes completos.

Mayores de 16 años.

### **III.3.8 Criterios de exclusión**

Pacientes ambulatorios.

Pacientes que no presentan hemorragia digestiva alta.

### **III.3.9 Procedimientos métodos técnicas**

La recolección de la información se realizó en varios pasos, iniciando la misma con la revisión del banco de datos de los ingresos del departamento de gastroenterología donde se contabilizaron los diagnósticos de sangrado

gastrointestinal alto en el periodo de estudio antes citado. Así como también fueron revisados los archivos de diagnósticos endoscópicos del departamento donde se tomó el número de expediente de los pacientes cuyo motivo para la realización de la endoscopia fuese sangrado gastrointestinal alto para posterior recolección de la información.

La recolección de datos fue mediante el llenado de un formulario que constaba de 8 preguntas, abiertas y cerradas, aplicadas a los expedientes clínicos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión dando las mismas, respuesta a los objetivos anteriormente planteados.

Las variables fueron analizadas estadísticamente, calculando medidas de tendencia central y disposición, tasas, proporciones y razones, presentándose un informe escrito con tablas y gráficas de los datos más relevantes.

### **III.3.10 Procesamiento y análisis de los datos**

Los datos obtenidos fueron procesados mediante recursos informáticos, comprobando las variables consideradas y expresándose mediante tablas para facilitar su análisis e interpretación.

### **III.3.11 Presentación de los datos**

Los datos fueron procesados y analizados en Microsoft Word 2019 y Microsoft Excel 2019 donde se realizaron estadísticas de los datos mediante distribución de frecuencia absoluta y relativa.

### **III.3.12 Aspectos éticos**

Este estudio se realizó bajo los dictámenes de principios de bioética universal, confidencialidad, respeto al pudor y dignidad de los pacientes. Además de la autorización y permiso de lugar de las autoridades hospitalarias correspondientes.

## **CAPÍTULO IV**

**Resultados**

**Discusión**

## IV.1. Resultados

**Tabla 1.** Número de pacientes diagnosticados con sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021

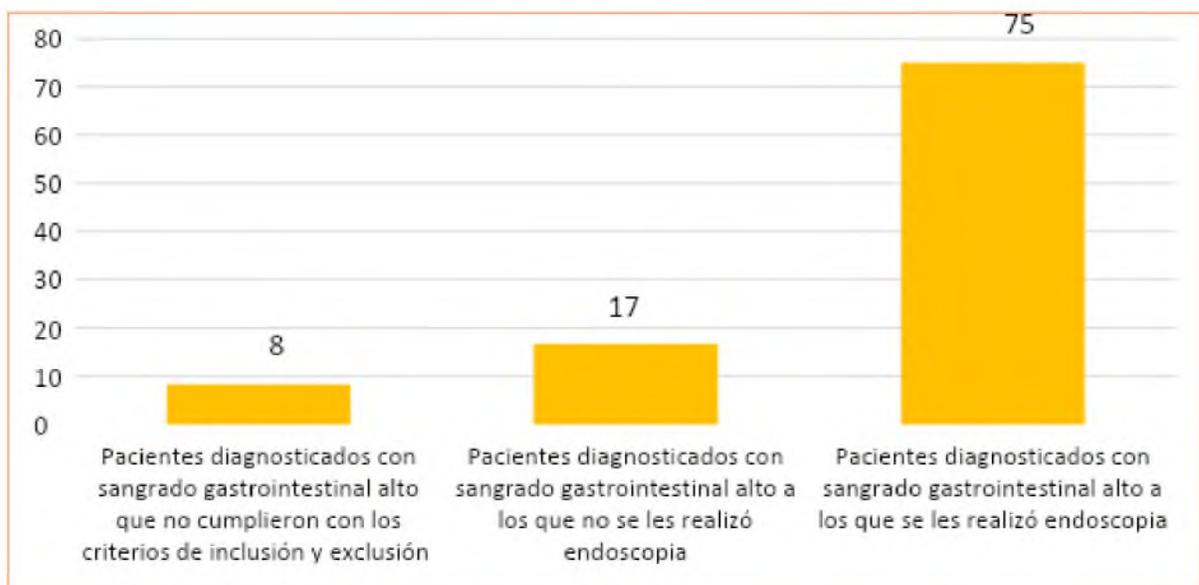
**Tabla No. 1**

Variable	Fr.	%
Pacientes diagnosticados con sangrado gastrointestinal alto a los que no se les realizó endoscopia	8	17
Pacientes diagnosticados con sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia	36	75
Pacientes diagnosticados con sangrado gastrointestinal alto que no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión	4	8
Total	48	100

*Fuente: Expedientes clínicos.*

**Gráfico 1.** Número de pacientes diagnosticados con sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021.

**Gráfico No. 1**



*Fuente: Tabla No. 1*

**Tabla 2.** Rango de edad más frecuente en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021

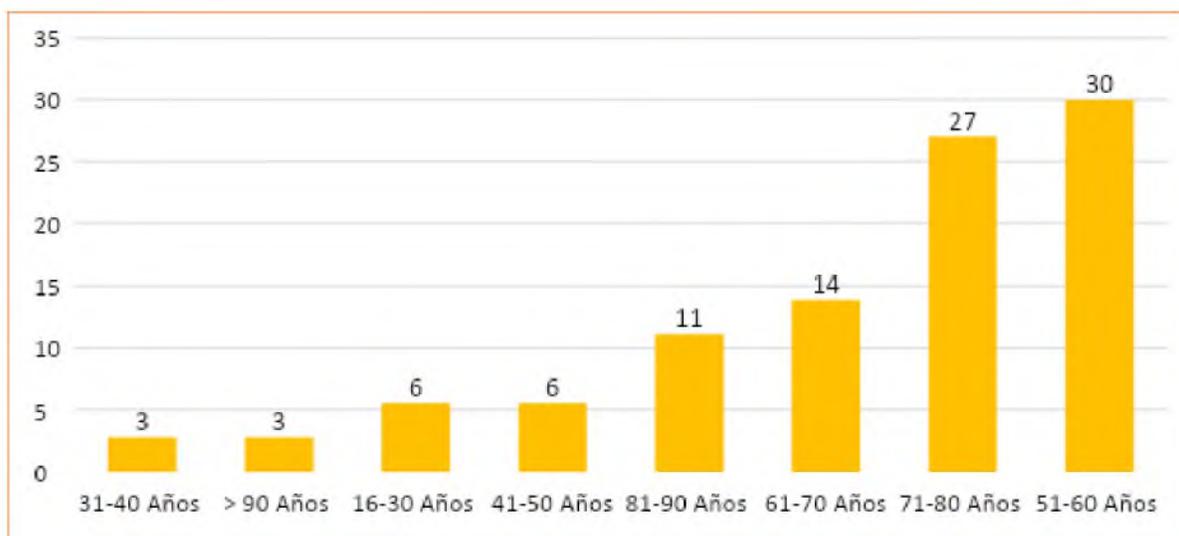
**Tabla No. 2**

Edad	Fr.	%
16-30 Años	2	6
31-40 Años	1	3
41-50 Años	2	6
51-60 Años	11	30
61-70 Años	5	14
71-80 Años	10	27
81-90 Años	4	11
> 90 Años	1	3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

*Fuente: Expedientes clínicos*

**Gráfico 2.** Rango de edad más frecuente en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021.

**Gráfico No. 2**



*Fuente: Tabla No. 2*

**Tabla 3.** Sexo más afectado en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021

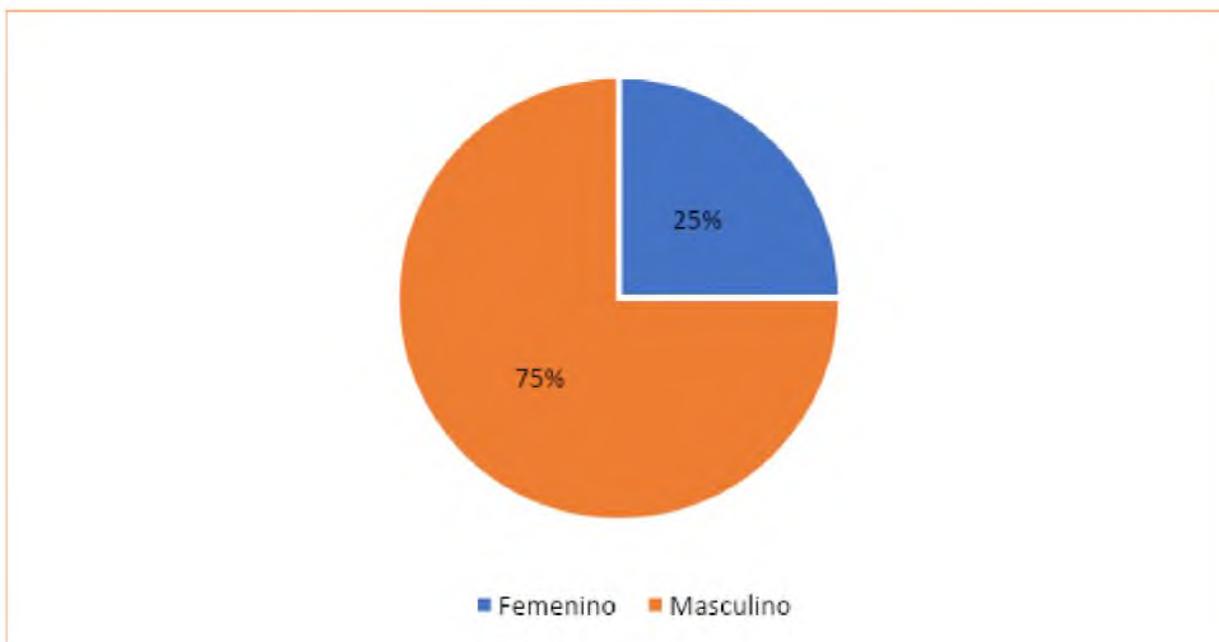
**Tabla No. 3**

Sexo	Fr.	%
Femenino	9	25
Masculino	27	75
Total	36	100

*Fuente: Expedientes clínicos.*

**Gráfico 3.** Sexo más afectado en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021

**Gráfico No. 3**



*Fuente: Tabla No. 3*

**Tabla 4.** Distribución según hábito toxico en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021

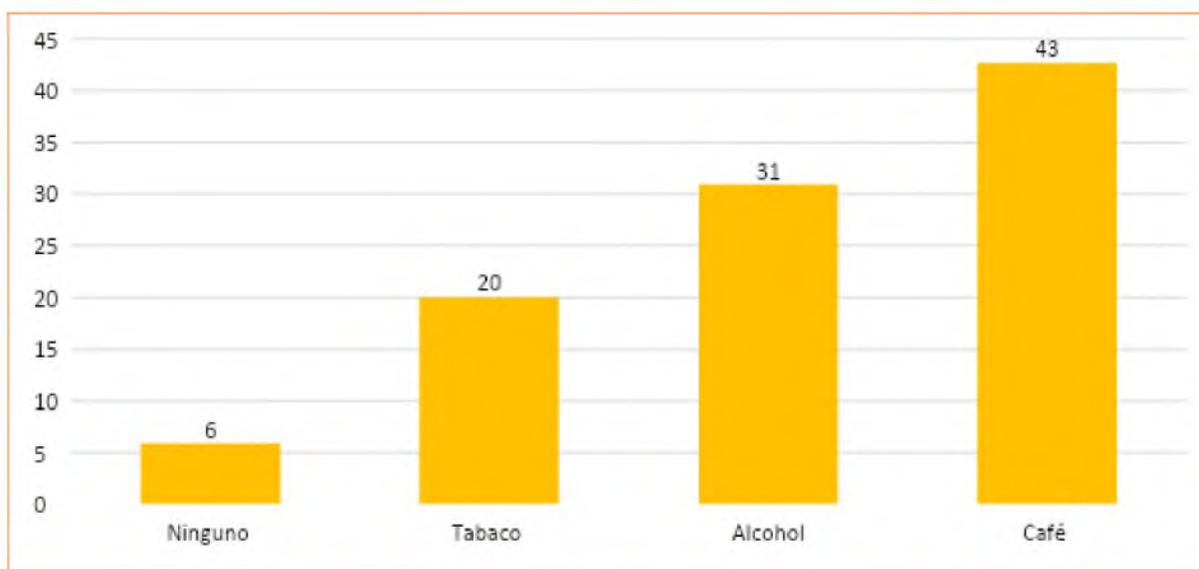
**Tabla No. 4**

Hábitos Tóxicos	Fr.	%
Alcohol	21	31
Café	29	43
Tabaco	14	20
Drogas Ilícitas	0	0
Tizanas	0	0
Ninguno	4	6
Otros	0	0

*Fuente: Expedientes clínicos.*

**Tabla 4.** Distribución según hábito toxico en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021

**Gráfico No. 4**



*Fuente: Tabla No. 4*

**Tabla 5.** Antecedentes personales patológicos más frecuentes en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021.

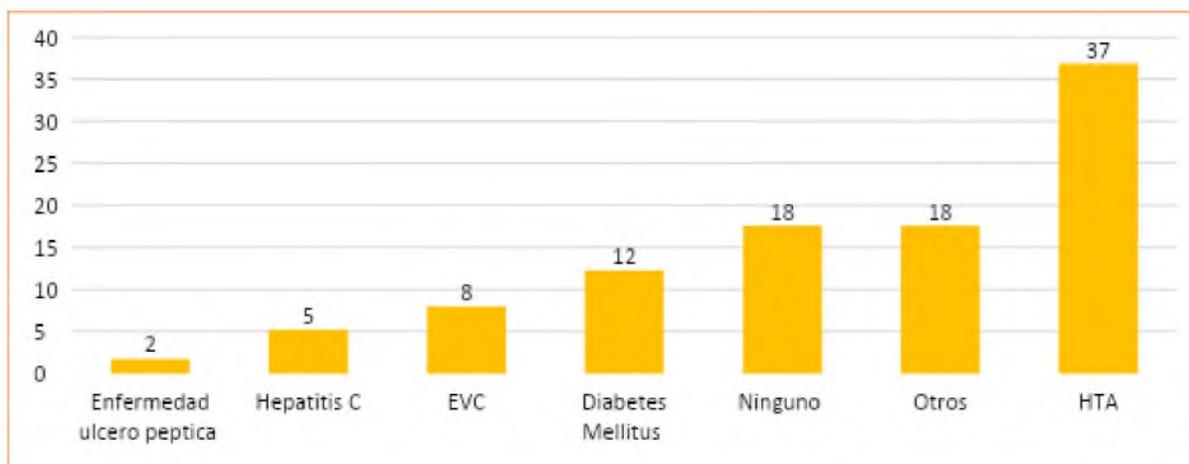
**Tabla No.5**

Antecedentes personales patológicos	Fr.	%
Diabetes mellitus	7	12
HTA	21	37
EVC	5	8
Gastritis crónica	0	0
Enfermedad ulcero péptica	1	2
Hepatitis B	0	0
Hepatitis C	3	5
Cirrosis hepática	0	0
Insuficiencia renal crónica	0	0
EPOC	0	0
Ninguno	10	18
Otros	10	18

*Fuente: Expedientes clínicos.*

**Gráfico 5.** Antecedentes personales patológicos más frecuentes en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021.

**Gráfico No. 5**



*Fuente: Tabla No.5*

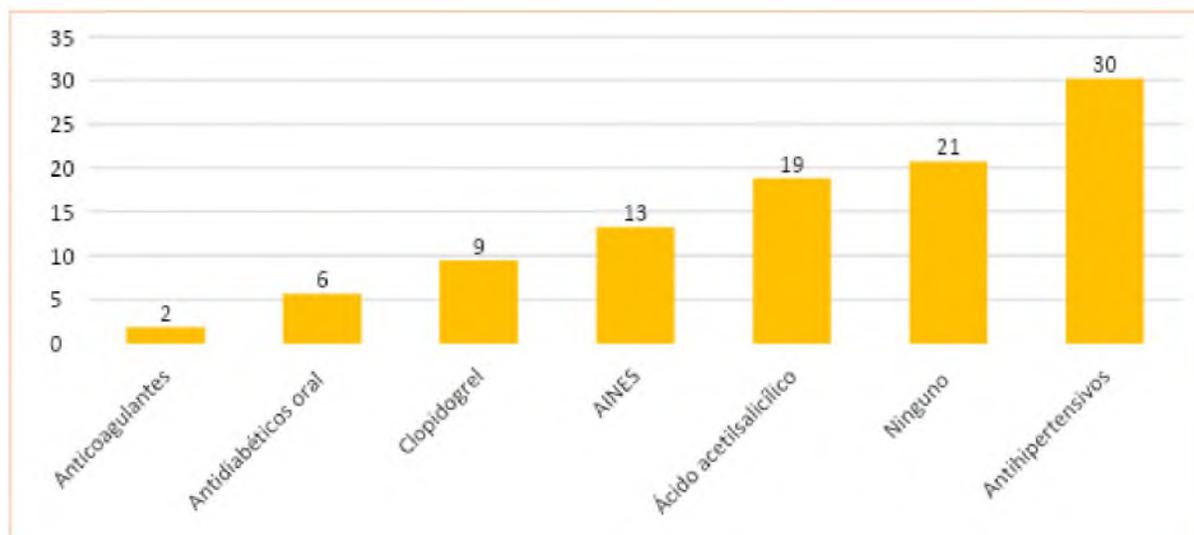
**Tabla 6.** Distribución según antecedentes medicamentosos en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021.

**Tabla No. 6**

Medicamentos	Fr.	%
<b>AINES</b>	7	13
<b>Ácido acetilsalicílico</b>	10	19
<b>Clopidogrel</b>	5	9
<b>Antihipertensivos</b>	16	30
<b>Anticoagulantes</b>	1	2
<b>Antidiabéticos oral</b>	3	6
<b>Ninguno</b>	11	21
<b>Otro</b>	0	0

*Fuente: Expedientes clínicos.*

**Gráficos 6.** Distribución según antecedentes medicamentosos en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021.



*Fuente: Tabla No. 6*

**Tabla 7.** Signo o síntoma más frecuente en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021.

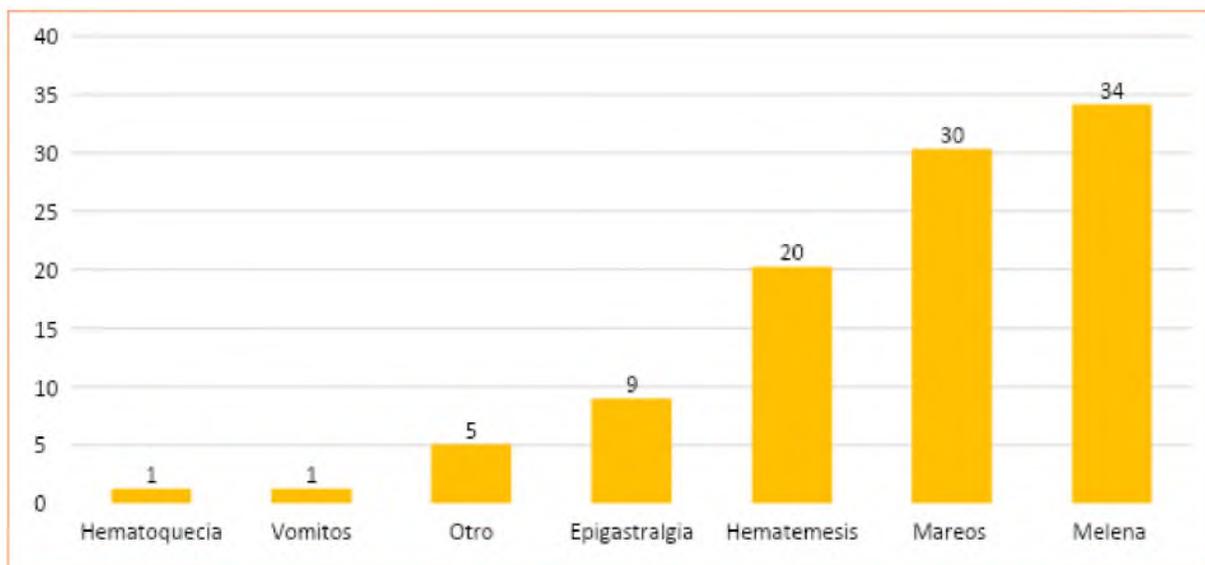
**Tabla No. 7**

Signos y síntomas	Fr.	%
Melena	27	34
Hematemesis	16	20
Hematoquecia	1	1
Mareos	24	30
Epigastralgia	6	9
Pirosis	0	0
Nauseas	0	0
Vómitos	1	1
Otro	4	5

*Fuente: Expedientes clínicos.*

**Gráfico 7.** Signo o síntoma más frecuente en pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto a los que se les realizó endoscopia digestiva. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021.

**Gráfico No. 7**



*Fuente: Tabla No. 7*

**Tabla 8.** Hallazgos endoscópicos más frecuentes en pacientes con sangrado gastrointestinal alto. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021.

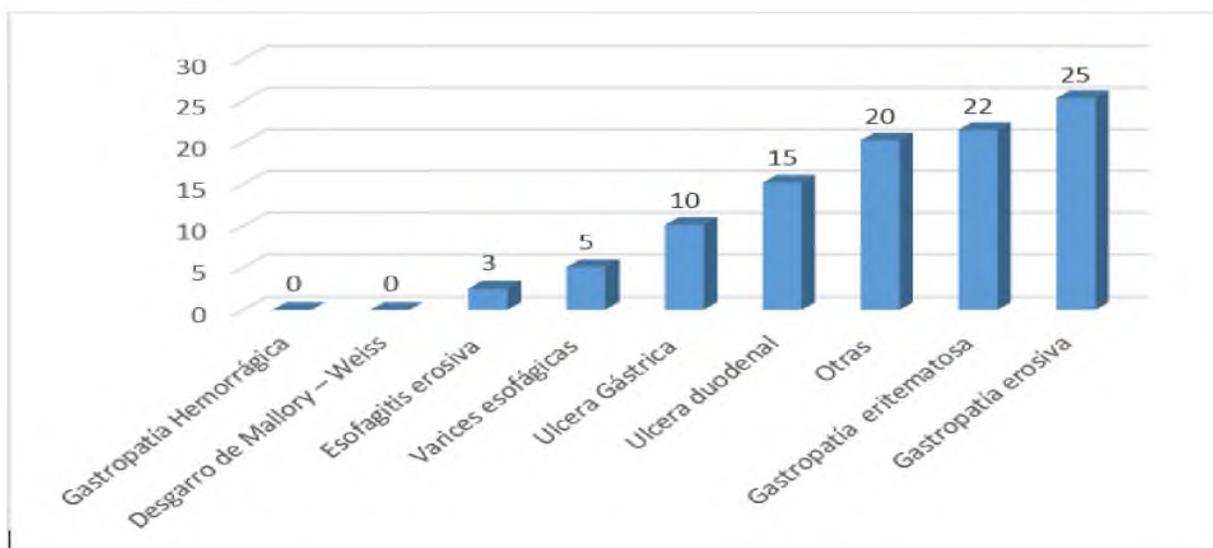
**Tabla No. 8**

Hallazgos endoscópicos	Fr.	%
Úlcera duodenal	12	15
Úlcera Gástrica	8	10
Gastropatía erosiva	20	25
Gastropatía eritematosa	17	22
Gastropatía Hemorrágica	0	0
Varices esofágicas	4	5
Desgarro de Mallory-Weiss	0	0
Esofagitis erosiva	2	3
Otras	16	20

*Fuente: Expedientes clínicos.*

**Gráfico 8.** Hallazgos endoscópicos más frecuentes en pacientes con sangrado gastrointestinal alto. Departamento de gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero 2020-2021.

**Gráfico No.8**



*Fuente: Tabla No. 8*

## IV.2. Discusión

Este estudio titulado “Hallazgos endoscópicos en pacientes con sangrado gastrointestinal alto. Departamento de gastroenterología. Hospital central de las fuerzas armadas Enero 2020-2021.”. Fueron diagnosticados 48 pacientes con sangrados gastrointestinal alto de los cuales 8 no se les realizó endoscopia digestiva alta y 4 pacientes no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión quedando por lo tanto un total de 36 pacientes que conformaron la muestra de este estudio. Esta investigación arrojó que el rango de edad más frecuentemente afectado fue de 51 a 60 años de edad para un total de 11 pacientes representado por el 30% de los casos. Datos similares se obtuvieron en la investigación realizada por J. A González - González et al. en la ciudad de México titulado “Hipoalbuminemia en el desenlace clínico de pacientes con sangrado gastrointestinal alto no variceal”; en el cual se tomó ciento ochenta y cinco pacientes diagnosticados con sangrado gastrointestinal alto no variceal, donde se evidencio que la edad media de los implicados era de  $59.1 \pm 19.9$  años<sup>32</sup>. Igual similitud arrojó la investigación realizada por Belanová y Gřiva, titulada “Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal” donde se observó que el 90%, de los 111 pacientes que participaron en el mismo, tenían edades comprendidas entre los  $70 \pm 15$  años<sup>33</sup>.

El sexo más afectado fue el masculino, un total de 27 pacientes, para un 75 por ciento de los casos. Datos similares fueron encontrados por González Sosa et al. en su investigación “Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal”; en Cuba. Donde tomó 104 pacientes con historia de sangrado gastrointestinal alto, evidenciándose el sexo masculino predominio en un 61,5% de los pacientes en estudio<sup>34</sup>. Al igual que la

---

<sup>32</sup> González-González, J. et al. Hipoalbuminemia en el desenlace clínico de pacientes con sangrado gastrointestinal alta no varicial. Revista de gastroenterología de México [Internet]. 2016. [citado 13 marzo 2021]; 81(4).183-189. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300325>

<sup>33</sup> Belanová V, Gřiva M. Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal. Article in Czech. [Internet]. 2015. [citado 31 Julio 2021]. 61(12):1016-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26806495>.

<sup>34</sup> Sosa G, Fabra M, Córdova K, Barrientos O, Valdés D, Chávez P. Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal [Internet]. Rev cirugía.sld.cu. 2019 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/310/0>.

investigación realizada por J. A González - González et al. en la ciudad de México titulado “Hipoalbuminemia en el desenlace clínico de pacientes con sangrado gastrointestinal alto no variceal”; cuya muestra fue de ciento ochenta y cinco pacientes, la cual que arrojó que el masculino predominó en un 56.7%<sup>35</sup>. Belanová y Gřiva observaron datos similares en su investigación titulada “Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal” con ciento once pacientes que participaron en la misma, donde el sexo masculino predominó en un 61%<sup>36</sup>.

El hábito tóxico que con más frecuencia era utilizado por estos pacientes fue el café, 29 personas, para un 43% de los casos y el alcohol en un 31 por ciento. González Sosa et al. en su investigación “Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal”; en Cuba. En un estudio donde participaron 104 pacientes con historia de sangrado gastrointestinal alto, arrojó que el hábito tóxico más frecuente era el consumo en excesivo de café en un 94 % seguido por el consumo de alcohol en un 50%<sup>37</sup>.

El antecedente mórbido que se observó con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial, un total de 21 pacientes, para un 37% de los casos. Similar al estudio realizado por González Sosa et al. en su investigación “Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal”; en Cuba. Donde tomó 104 pacientes con historia de sangrado gastrointestinal alto, donde el 61,5 % padecían de hipertensión arterial<sup>38</sup>.

Los antihipertensivos fueron los medicamentos más utilizados por la población estudiada, 16 pacientes para un total de un 36%. A diferencia de la investigación realizada por González Sosa et al. titulada “Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal”; en

---

<sup>35</sup> González-González, J. et al. Hipoalbuminemia en el desenlace clínico de pacientes con sangrado gastrointestinal alta no varicial. Revista de gastroenterología de México [Internet]. 2016. [citado 13 marzo 2019]; 81(4):183-189. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300325>

<sup>36</sup> Belanová V, Gřiva M. Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal. Article in Czech. [Internet]. 2015. [citado 31 Julio 2021]. 61(12):1016-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26806495>.

<sup>37</sup> Sosa G, Fabra M, Córdova K, Barrientos O, Valdés D, Chávez P. Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal [Internet]. Rev cirugía.sld.cu. 2019 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: <http://www.revcirologia.sld.cu/index.php/cir/article/view/310/0>.

<sup>38</sup> Sosa G, Fabra M, Córdova K, Barrientos O, Valdés D, Chávez P. Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal [Internet]. Rev cirugía.sld.cu. 2019 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: <http://www.revcirologia.sld.cu/index.php/cir/article/view/310/0>.

Cuba. Donde se evidencio que los medicamentos más utilizados por los pacientes que presentaron sangrado gastrointestinal alto fueron los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para un 37 por ciento de los casos<sup>39</sup>.

El signo más frecuente fue la melena en un total de 27 pacientes para un 34% de los casos. González Sosa et al. en su investigación “Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal”; en Cuba. Donde tomó 104 pacientes con historia de sangrado gastrointestinal alto se evidenció que la melena fue la forma de presentación clínica más frecuente de esta enfermedad en un 71,8%<sup>40</sup>. Al igual que la investigación realizada por Belanová y Gřiva titulada “Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal” arrojó que los signos más frecuente fueron la hematemesis y la melena presentado en el 73% de los pacientes<sup>41</sup>.

El hallazgo endoscópico más frecuente fue la gastropatía erosiva evidenciada en 20 de los casos y para un 25% de la totalidad. Seguida por la gastropatía eritematosa en 7 de los casos representando un 22% de los casos. Algo diferente se observó en el estudio realizado por Belanová y Gřiva titulado “Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal” donde la causa más frecuente de sangrado fue la úlcera gástrica y duodenal en un 54%<sup>42</sup>. Igual dato fue evidenciado por Agarwal A. et al. en su estudio “Sutura endoscópica para el tratamiento de la hemorragia gastrointestinal alta relacionada con la úlcera péptica: una experiencia preliminar” donde se tomaron una serie de casos internacionales de pacientes sometidos a sutura endoscópica para sangrado gastrointestinal alto. Arrojando que el hallazgo endoscópico más frecuente era ulcera péptica observándose en 50% de los casos<sup>43</sup>. Otro dato divergente fue

---

<sup>39</sup> Sosa G, Fabra M, Córdova K, Barrientos O, Valdés D, Chávez P. Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal [Internet]. Rev cirugía.sld.cu. 2019 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/310/0>.

<sup>40</sup> Sosa G, Fabra M, Córdova K, Barrientos O, Valdés D, Chávez P. Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal [Internet]. Rev cirugía.sld.cu. 2019 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/310/0>.

<sup>41</sup> Belanová V, Gřiva M. Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal. Article in Czech. [Internet]. 2015. [citado 31 Julio 2021]. 61(12):1016-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26806495>.

<sup>42</sup> Belanová V, Gřiva M. Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal. Article in Czech. [Internet]. 2015. [citado 31 Julio 2021]. 61(12):1016-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26806495>.

<sup>43</sup> Agarwal A. Sutura endoscópica para el tratamiento de la hemorragia gastrointestinal alta relacionada con la úlcera péptica: una experiencia preliminar. Endoscopy Intern [Internet]. 2018. [citado 13 marzo 2021]; 6(12): E1439-E1444. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejou/mals/abstract/10.1055/a-0749-0011>

observado por González Sosa et al. en su investigación “Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal”; en Cuba donde se vio que la causa más frecuente de sangrado alto era la pangastritis eritematosa en el 51,1 % de los pacientes<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Sosa G, Fabra M, Córdova K, Barrientos O, Valdés D, Chávez P. Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal [Internet]. Rev cirugía.sld.cu. 2019 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: <http://www.revcirurgia.sld.cu/index.php/cir/article/view/3100>.

**CAPÍTULO V**  
**Conclusión**  
**Recomendación**

## V.1. Conclusión

Luego de la realización de la investigación titulada “Hallazgos endoscópicos en pacientes con sangrado gastrointestinal alto. Departamento de gastroenterología. Hospital central de las fuerzas armadas Enero 2020-2021.” Se llega a las siguientes conclusiones:

- El rango de edad más frecuentemente afectado fue de 51 a 60 años para un 30% de los casos.
- El sexo más afectado fue el masculino para un 75% de los casos.
- El hábito tóxico más frecuente utilizado por estos pacientes fue el café para un 43% de los casos y el alcohol para un 31%.
- El antecedente mórbido que se observó con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial para un 37%.
- En cuanto a los antecedentes medicamentosos se evidencio que un 30% de los pacientes usaban antihipertensivos.
- El signo más frecuente fue la melena para un 34% de los casos.
- El hallazgo endoscópico más frecuente fue la gastropatía erosiva en un 25% de los casos.

## **V.2. Recomendación**

Después de haber realizado la investigación titulada “Hallazgos endoscópicos en pacientes con sangrado gastrointestinal alto. Departamento de gastroenterología. Hospital central de las fuerzas armadas Enero 2020-2021..” Se dan las siguientes recomendaciones:

### **Al Ministerio De Salud Pública**

- Concientización de la población general sobre el uso indiscriminado de medicamentos como los Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES) y su daño sobre la mucosa gástrica.
- Campañas de seguimiento y concientización en pacientes una vez diagnosticados con *Helicobacter pylori* por su alta prevalencia en nuestra población.

### **Al Hospital Central De Las Fuerzas Armadas**

- Realizar banco de datos organizados por año y mes de los diferentes diagnósticos de ingreso y egreso de los pacientes vistos en el centro, para facilitar información requerida en futuras investigaciones.
- Dentro de lo posible, se recomienda la realización de endoscopia digestiva alta durante el periodo de ingreso de los pacientes diagnosticados con sangrado gastrointestinal alto para la obtención de un diagnóstico y/o tratamiento más certero del mismo.

### **A Los Pacientes**

- No uso indiscriminado de medicamentos sobre todo uso de AINES como profilaxis para el desarrollo de dicha condición.
- Acogerse a los screening de seguimiento en pacientes diagnosticados con hepatopatías.
- Disminuir la ingesta excesiva de café y alcohol. Ya que queda evidenciado que su uso en exceso podría estar relacionado con el desarrollo de esta condición.

- Debido a la influencia que tiene el *Helicobacter pylori* en el desarrollo de la úlcera péptica se recomienda el apego al tratamiento del mismo, posterior al diagnóstico y seguimiento indicado.

## **Referencias bibliográficas**

## Referencias bibliográficas

- 1- Jiménez Rojas, L; Sangrado digestivo alto. Revista Médica Sinergia. [Internet] 2017. [citado 27 de octubre 2021]. 2 (7): 6-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177b.pdf>
- 2- Feldman, M., Friedman, L. and Brandt, L. (2017). Sleisenger y Fordtran, Enfermedades digestivas y hepáticas. 10th ed. Barcelona: Elsevier, pp.297-321.
- 3- González Sosa, G. et al; uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no varicial. revista cubana de cirugía [Internet]. 2015. [citado 29 noviembre 2021]; 54(1). Disponible en: <http://www.revcirologia.sld.cu/index.php/cir/article/view/310/0>
- 4- González-González, J.A. et al. Hipoalbuminemia en el desenlace clínico de pacientes con sangrado gastrointestinal alta no varicial. Revista de gastroenterología de México [Internet]. 2016. [citado 13 marzo 2021]; 81(4).183-189. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300325>
- 5- Belanová V, Gřiva M. Terapia antitrombótica y sangrado gastrointestinal superior no variceal. Article in Czech. [Internet]. 2015. [citado 31 Julio 2021]. 61(12):1016-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26806495>.
- 6- Feldman, M., Friedman, L. and Brandt, L. (2017). Sleisenger y Fordtran, Enfermedades digestivas y hepáticas. 10th ed. Barcelona: Elsevier, pp.297-321

- 7- Agarwal A. Sutura endoscópica para el tratamiento de la hemorragia gastrointestinal alta relacionada con la úlcera péptica: una experiencia preliminar. *Endoscopy Intern* [Internet]. 2015. [citado 13 marzo 2021]; 6(12). Disponible en:  
<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0749-0011>
- 8- Savides T., Jesen Dennis. Hemorragia digestiva. *Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas*. Vol. 1. 10ma ed. España: Elsevier; 2017. P. 297-321.
- 9- Crowe Sheila; Paura David. H. pylori y Úlceras pépticas. *National institute of Diabetes and Kidney Diseases* [Internet]. 2015 [citado 25 marzo 2021]. 5(17): 27-32. disponible en:  
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/h-pylori-ulceras-pepticas>
- 10- Gómez H., Wilfredo. Manejo Inicial del Sangrado Digestivo. [Internet]. 2014. [citado 14 feb 2021]. LXV (586): 341-350. Disponible en:  
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art6.pdf>
- 11- Áreas, M; Sangrado Digestivo Alto y Bajo Características y Manejo. [Internet]. 2014. [citado 14 Feb. 2021]. LXX (608): 705-713. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc134z.pdf>
- 12- Ramírez C. Ligamento, músculo y ángulo duodeno-yeyunal: El legado del profesor Václav Treitz [Internet]. *Drcesarraamirez.com*. 2019 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en:  
<https://drcesarraamirez.com/cirug%C3%ADa-mbe/130-ligamento.-m%C3%BAsculo-y-%C3%A1ngulo-duodeno-yeyunal-el-legado-del-profesor-v%C3%A1clav-treitz.html>.

- 13-Villanueva C, Garcia J. Hemorragia Gastrointestinal [Internet]. 1st ed. España: CTO Editorial; 2016 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03\\_Gastroenterologia.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf)
- 14- Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondan A, Zafra-Tanaka J, 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) [Internet]. Scielo.org.pe. 2018 [cited 2 May 2021]. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292018000100015](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000100015)
- 15-Villanueva C, García J. Hemorragia Gastrointestinal [Internet]. 1st ed. España: CTO Editorial; 2016 [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03\\_Gastroenterologia.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf).
- 16-Villanueva C. López J. La somatostatina en el tratamiento de la hemorragia aguda por varices. GH cont. 2015; 6(1): 292-297.
- 17-LaBrecque, D, Dite, P. et al. [Internet].Varices esofágicas. 2014 [citado 4 mayo 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/Cardis07/Desktop/esis%20sangrado%20gastrointestinal/esophageal-varices-spanish-2014.pdf>.
- 18-Narvaez, R. and Gonzalez, J. (2014). *Consenso Mexicano de Hipertension Portal*. Mexico: Revista Mexicana de Gastroenterologia, pp.[https://www.researchgate.net/figure/Clasificacion-de-las-varices-gastricas-Clasificacion-descrita-por-Sarin-las-VEG-tipo-1\\_fig1\\_236690302](https://www.researchgate.net/figure/Clasificacion-de-las-varices-gastricas-Clasificacion-descrita-por-Sarin-las-VEG-tipo-1_fig1_236690302).

19- LaBrecque, D, Dite, P. et al. [Internet].Varices esofágicas. 2014 [citado 4 mayo 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/Cardis07/Desktop/Tesis%20sangrado%20gastrointestinal/esophageal-varices-spanish-2014.pdf>.

## ANEXO



República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina  
Hospital Central De las Fuerzas Armadas  
Residencia de Gastroenterología

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON SANGRADO  
GASTROINTESTINAL ALTO. DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA.  
HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS ENERO 2020-2021

**FORMULARIO**

**No. De Expediente:**

**Dirección del paciente:**

**Edad:**

**Sexo:**

1- ¿Signos o síntomas que presentó el/ la paciente?

- a) Melena
- b) Hematemesis
- c) Hematoquecia
- d) Mareos
- e) Epigastralgia
- f) Pirosis
- g) Náuseas
- h) Vómitos
- i) Rectorragia

- j) Mareos
- k) Otro. (especifique)
- l)

2- Hábitos tóxicos

- a) Alcohol
- b) Café
- c) Tabaco
- d) Drogas ilícitas
- e) Tisanas
- f) Ninguno
- g) Otros (especifique)

3- Antecedentes personales patológicos

- a) Diabetes mellitus
- b) HTA
- c) EVC
- d) Gastritis crónica
- e) Enfermedad ulcero péptica
- f) Hepatitis B
- g) Hepatitis C
- h) Cirrosis hepática
- i) Insuficiencia Renal crónica
- j) EPOC
- k) Ninguno
- l) Otros (especifique)

4- Antecedentes medicamentosos

- a) AINES
- b) Ácido acetilsalicílico
- c) Clopidogrel
- d) Antihipertensivos (especifique)
- e) Anticoagulantes

- f) Antidiabéticos oral
- g) Ninguno
- h) Otros (especifique)

5- Factores de riesgo

- a) AINES
- b) Hepatopatías
- c) Anticoagulantes
- d) Antiagregantes plaquetarios
- e) Helicobacter pylori
- f) Ninguno
- g) Otro (especifique)

6- Causa del sangrado hallazgos endoscópico

- a)
- b) Úlcera duodenal
- c) Úlcera F Gástrica
- d) Gastropatías erosivas
- e) Gastropatía eritematosa
- f) Gastropatía Hemorrágica
- g) Varices esofágicas
- h) Desgarro de Mallory – Weiss
- i) Esofagitis erosiva
- j) Otras (especifique)