

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN
PACIENTES QUE ASISTIERON AL DEPARTAMENTO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO
GAUTIER, MAYO-DICIEMBRE, 2021



Trabajo de grado presentado por Geckdris Vickitiel Medina Méndez
para optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2023

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	8
I.1. Antecedentes	9
I.1.1. Internacionales	9
I.1.2. Nacionales	10
I.2. Justificación	11
II. Planteamiento del problema	13
III. Objetivos	14
III.1. General	14
III.2. Específicos	14
IV. Marco teórico	15
IV.1. Sangrado digestivo alto	15
IV.1.1. Historia	15
IV.1.2. Definición	15
IV.1.3. Etiología	15
IV.1.4. Clasificación	16
IV.1.5. Fisiopatología	16
IV.1.6. Epidemiología	19
IV.1.7. Diagnóstico	20
IV.1.7.1. Clínico	21
IV.1.7.2. Laboratorio	22
IV.1.7.3. Imágenes	22
IV.1.8. Diagnóstico diferencial	23
IV.1.9. Tratamiento	24
IV.1.10. Complicaciones	28
IV.1.11. Pronóstico y evolución	28
IV.1.12. Prevención	29
V. Operacionalización de las variables	30

VI. Material y métodos	32
VI.1. Tipo de estudio	32
VI.2. Área de estudio	32
VI.3. Universo	32
VI.4. Muestra	32
VI.5. Criterio	33
VI.5.1. De inclusión	33
VI.5.2. De exclusión	33
VI. 6. Instrumento de recolección de datos	33
VI. 7. Procedimiento	33
VI.8. Tabulación	33
VI.9. Análisis	33
VI.10. Aspectos éticos	34
VII. Resultados	35
VIII. Discusión	47
IX. Conclusiones	49
X. Recomendaciones	50
XI. Referencias	48
XII. Anexos	55
XII.1. Cronograma	55
XII.2. Instrumento de recolección de datos	56
XII.3. Costos y recursos	58
XII.4. Evaluación	59

AGRADECIMIENTO

A Dios agradezco por haberme guiado y acompañado a lo largo de este trayecto, darme fortaleza en momentos de debilidad y razones para continuar. Gracias por tu amor y bondad infinita, por los aprendizajes y experiencias vividas, por poner en mi vida personas maravillosas y permitirme celebrar este logro producto de tu gran misericordia.

A mis padres mi razón de ser, el motivo para continuar, gracias por su apoyo incondicional en cada una de mis decisiones y por darme cada día motivos para continuar, por todo el sacrificio puesto en esta etapa de mi vida, sin ustedes nada de esto hubiera sido posible, gracias a ambos por creer en mí. Simplemente fui premiada con unos padres tan maravillosos.

A mi familia agradezco por estar siempre a mi lado, escucharme y apoyarme sin importar la circunstancia.

Mi tío Yovani Medina mi segundo padre, gracias por ser mi guía, por su apoyo incondicional sobre todo en este trayecto, gracias por siempre estar en todo momento. Gracias por todo su cariño y cuidado.

Ambiorix Ferreras agradezco inmensamente a Dios el haberte puesto en mi camino justo en el momento correcto, gracias por estar para mí, por darme la mano en cada caída, sostenerme para que me mantuviera de pie, y sacrificar tu tiempo para apoyarme siempre en lo que necesite.

Las hermanas que me regaló la unphu, gracias por el cariño y las experiencias vividas, gracias por siempre escucharme y hacer la carga menos pesada. Yo que hubiese hecho sin ustedes.

Meirys Ledesma gracias amiga por tu apoyo, por tus consejos, por escucharme y sacrificar tu tiempo para brindarme la ayuda necesaria.

Geckdris Vickitiel Medina Méndez.

DEDICATORIA

A Dios a quien debo cada uno mis éxitos, porque nada sería posible sin su infinita misericordia.

A mis asesores Dr. Pascal Núñez y Dr. Rúben Darío Pimentel quienes emplearon su tiempo y conocimientos para que sea posible la realización de este estudio.

Meirys Ledesma Amiga eres la mejor, sin tu apoyo no hubiese podido continuar.

Lourdes Alcantara esa hermana que siempre estuvo conmigo, formas una parte importante en mi vida.

Dedico este trabajo a todas las personas que le pueda servir de ayuda para aplicarlo en su área profesional y también para aquellos que les pueda servir de punto de partida para realizar otras investigaciones; con el fin de que todo el que lo lea pueda ver algo positivo en él.

Geckdris Vickitiel Medina Méndez.

RESUMEN

El sangramiento digestivo alto puede definirse como toda pérdida hemática cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. La mortalidad por esta causa es variable y esta depende sobre todo de la edad del paciente y sus posibles enfermedades asociadas, la intensidad del sangrado y los hallazgos que se encuentren durante la realización del procedimiento endoscópico. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a sangrado digestivo alto en pacientes asistidos en el departamento de Gastroenterología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, mayo-diciembre, 2021. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 81 pacientes que presentaron sangrado digestivo en el período y lugar antes citados. se evaluó: edad, sexo, comorbilidad, tabaquismo, alcoholismo, uso de AINEs, uso de anticoagulantes, origen del sangrado; que se obtubieron de los expedientes clínicos de los pacientes. Resultados: En los resultados obtenidos predominó el sexo masculino mayores de 70 años, El 75.3 por ciento padecían hipertensión arterial como comorbilidad, el 46.9 y 51.9 por ciento de los pacientes con sangrado digestivo alto consumían tabaco y alcohol, respectivamente. El 50.6 y 22.2 por ciento hacían uso de AINEs y anticoagulantes respectivamente y el 74.1 por ciento presentó úlcera péptica como origen del sangrado. Conclusiones: El sangrado digestivo alto es más frecuente en adultos mayores del sexo masculino siendo la edad un importante factor de riesgo. El consumo de alcohol y el uso de AINEs son factores de riesgo importantes asociados, predominaron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como enfermedades asociadas con sangrado digestivo. Se recomienda mantener el seguimiento y estrecha vigilancia para evitar posibles complicaciones como el resangrado.

Palabras clave: Sangrado digestivo alto, Alcohol, Factores de riesgo, Úlcera péptica, AINEs.

ABSTRACT

Upper gastrointestinal bleeding can be defined as any blood loss whose origin is between the upper esophageal sphincter and the angle of Treitz. Mortality from this cause is variable and depends mainly on the age of the patient and possible associated diseases, the intensity of the bleeding and the findings found during the endoscopic procedure. Objective: To determine the risk factors associated with upper digestive bleeding in patients assisted in the Gastroenterology department of the Dr. Salvador Bienvenido Gautier Hospital, May-December 2021. Material and methods: A descriptive and retrospective study was carried out. The sample consisted of 81 patients who presented digestive bleeding in the aforementioned period and place. The following were evaluated: age, sex, comorbidity, smoking, alcohol consumption, use of NSAIDs, use of anticoagulants, origin of bleeding; obtained from the clinical records of the patients. Results: In the results obtained, the male sex over 70 years predominated, 75.3 percent suffered from arterial hypertension as comorbidity, 46.9 and 51.9 percent of the patients with upper digestive bleeding consumed tobacco and alcohol, respectively. 50.6 and 22.2 percent used NSAIDs and anticoagulants, respectively, and 74.1 percent presented peptic ulcer as the source of bleeding. Conclusions: Upper digestive bleeding is more common in older males, age being an important risk factor. Alcohol consumption and the use of NSAIDs are important associated risk factors, arterial hypertension and diabetes mellitus prevailed as diseases associated with digestive bleeding. It is recommended to maintain follow-up and close surveillance to avoid possible complications such as rebleeding.

Key words: Upper digestive bleeding, Alcohol, Risk factors, Peptic ulcer, NSAIDs.

I. INTRODUCCIÓN

El sangramiento digestivo alto (SDA) puede definirse como toda pérdida hemática cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz (ángulo duodeno-yeyunal), además de las producidas en un órgano vecino, que vierten su contenido al tracto digestivo por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas), o en el tramo limitado por los dos puntos referidos.¹

Las principales manifestaciones clínicas asociadas al sangrado digestivo alto están dadas por la presencia de hematemesis, melena y en algunos casos hematoquezia, esta última relacionada con sangrados que cursan con aceleración del tránsito intestinal. Su presentación puede ser variable y frecuentemente la sospecha y diagnóstico se hace en el servicio de urgencia.^{2,3}

La mortalidad por esta causa es variable y esta depende sobre todo de la edad del paciente y sus posibles enfermedades asociadas, la intensidad del sangrado y los hallazgos que se encuentren durante la realización del procedimiento endoscópico. El sangrado digestivo alto es autolimitado o cesa espontáneamente en el 80,0 por ciento de los casos.²

Las principales causas derivadas de padecer una hemorragia digestiva alta son: lesión aguda de la mucosa gástrica, úlcera péptica, pudiendo ser gástrica o duodenal, síndrome Mallory-Weiss, esofagitis erosiva, erosiones gastroduodenales, varices esofágicas o tumores.⁴

Los factores de riesgo que con mayor frecuencia se asocian a las hemorragias digestivas altas son el tabaco, alcohol, café, AINEs, aspirina, corticosteroides, anticoagulantes y hepatopatía crónicas.⁴

La endoscopia ante un sangrado activo es beneficioso para detectar lo antes posible la causa, identificar el origen del sangrado y adecuar el tratamiento más idóneo ante el paciente, poder deducir cuánto riesgo tiene un paciente en padecer una hemorragia.⁴

La introducción de la endoscopia oral, de novedosos medicamentos antiácidos y protectores de la mucosa gástrica, ha hecho cada vez menos frecuente el empleo de intervenciones quirúrgicas en el manejo del sangrado digestivo alto. Sin embargo, la necesidad del tratamiento quirúrgico no siempre puede obviarse, si se pretende salvar la vida de un paciente con un cuadro severo y rápidamente

progresivo de hemorragia digestiva, o cuando no existe disponibilidad del tratamiento endoscópico.⁵

I.1. Antecedentes

I.1.1. Internacionales

Jaime José Lizola-Hernandez, Luis Ricardo Ramírez-González, Alejandro González-Ojeda, Clotilde Fuentes-Orozco (2018), realizaron un estudio retrospectivo y descriptivo identificando en los expedientes clínicos de 5 años, los pacientes con hemorragia digestiva alta que fueron asistidos mediante un procedimiento quirúrgico, con el objetivo de identificar la morbilidad y mortalidad en pacientes con sangrado del tracto digestivo alto que precisaron un cirugía como tratamiento y fueron asistidos en el Hospital de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, durante un periodo de 5 años. La información fue examinada en un programa estadístico SPSS v15 para Windows. De los 63 pacientes que se incluyeron, 42 fueron hombres (67 %), la edad promedio fue de 60.9 y 12.03 años. Se observó que la causa principal de hemorragia digestiva alta fue por enfermedad ulcerosa péptica con un 50 por ciento de todos los casos. También, se observó que la inestabilidad hemodinámica fue la complicación hospitalaria más común.⁶

Evelyn Franco-Litardo (2016-2017), realizó un estudio retrospectivo, descriptivo no experimental para determinar el porcentaje de recidivas de casos de hemorragia digestiva alta atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil durante un periodo de 2014-2015 que fueron atendido en la consulta de gastroenterología de dicho hospital. Para una muestra de 305 pacientes se estableció que la recidiva fue de 16.39 por ciento, el rango de edad de los pacientes atendidos fue de entre 43-55 y 67-79 años con un 23 por ciento para ambos rangos, el principal factor de riesgo fue la ingesta de AINE (55 %). Las manifestaciones clínicas más observadas fueron la anemia (37 %), shock (33 %), hematemesis (18 %) y melena (12 %).⁷

Carolina Pinto, Pía Parra, José Magna, Abraham Gajardo, Zoltan Berger, Cristián Montenegro, *et al.* (2020), realizaron un análisis observacional retrospectivo donde se tomaron todos los pacientes que fueron hospitalizados con diagnóstico de egreso por hemorragia digestiva alta en el Hospital Clínico Universidad de Chile, entre enero del 2015 a diciembre del 2017. El cual tenía como objetivo determinar la mortalidad hospitalaria y factores de riesgo asociados en pacientes hospitalizados con hemorragia digestiva alta (HDA). Se observó que durante el período evaluado

se encontraron 249 hospitalizaciones por HDA, la edad promedio fue de 62 años. El sexo más afectado fue el masculino con un 62.3 por ciento y el 78.7 por ciento de estos presentaron una comorbilidad. El motivo de consulta más frecuente fue la melena con un 73.5 por ciento y la hematemesis con un 51 por ciento. De los pacientes que presentaron un grado de compromiso hemodinámico estuvo representado por el 59.4 por ciento (34.9 % leve y 24.5 % severo). De los hallazgos por endoscopia se evidenció que el 72 por ciento de todos los pacientes presentó una HDA no variceal y el otro 28 por ciento representó a la HDA por vrices.⁸

Esguel Vilaseca-Sanabia, Henry Rodríguez-Reyes, Miguel Ángel Díaz-Núñez, Martha Arañó-Furet, Ángel Rodríguez-Villar (2018), efectuaron un estudio sobre el manejo del paciente portador de sangrado digestivo alto en el servicio de urgencias. Estudio de tipo descriptivo transversal, en donde tenían como objetivo describir las características clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva alta que fueron atendidos en el Hospital Militar Dr. Joaquín Castillo Duany. Obtuvieron como resultados que los hombres fueron la población más afectada por dicha patología, con una edad por encima de los 40 años. Al 3.2 por ciento de los pacientes se les efectuó tratamiento endoscópico y el 5.4 por ciento se les intervino quirúrgicamente. El 50 por ciento de los pacientes que fueron intervenidos de forma quirúrgica padecía úlcera péptica gástrica. La gastrostomía y la gastrorrafia fueron las técnicas operatorias más utilizadas. La estancia hospitalaria fue menor a 5 días.⁵

Alejandro Palomino-Cabrera (2022), realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital Comandante Pinares en el 2019, sobre la caracterización de pacientes diagnosticados con sangrado digestivo alto en un servicio de cirugía general. Este fue realizado con el objetivo de caracterizar de forma epidemiológica y clínica los pacientes con HDA en un servicio de cirugía. Dentro de sus resultados de los 83 pacientes captados, 51 de ellos fue del sexo masculino (61.45 %). La edad promedio fue de entre 60 y 79 años. La manifestación clínica más frecuente fue la melena con un 80.72 por ciento, a causa de úlcera péptica gastroduodenal con un 49.39 por ciento. En el 50.6 por ciento de los casos la endoscopia presentó lesiones de vaso visible y el 14.46 por ciento mostró sangrado recidivante.¹

I.1.2. Nacionales

Brimary Carolina Arias-María, efectuó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo sobre la estratificación de riesgo del sangrado gastrointestinal alto según la escala clínica de Rockall en los pacientes ingresados por el departamento de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerzas Armadas en un período de enero a diciembre del año 2019, cuyo objetivo era establecer dicha estratificación. En cuanto a sus resultados se pudo ver que el sexo masculino fue el más afectado (62 %). El rango de edad más afectado fue entre los 60 y 79 años (42 %). La frecuencia cardíaca de estos pacientes estaba entre 99 latidos por minuto o menor (71 % de la población). La comorbilidad más comúnmente vista fue la hipertensión arterial con un 44 por ciento. En cuanto a la estratificación arrojó que el riesgo es alto con un 89 por ciento para un total de 34 de 38 pacientes. Las úlceras gástricas/duodenales representan los segundos hallazgos más vistos en la endoscopia, con un 29 por ciento.⁹

I.2. Justificación

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una entidad, cuyo conocimiento y manejo resulta esencial para los médicos en general, así como para cirujanos, intensivistas y gastroenterólogos en particular, sin olvidar tampoco al personal de enfermería, que también debe conocer los aspectos fundamentales de la conducta a seguir con estos pacientes.¹

Se considera que es una emergencia médica-quirúrgica muy frecuente, catalogada como la principal urgencia gastroenterológica por su alta prevalencia, que conlleva a un elevado consumo de recursos sanitarios y que debe ser tratada de forma precoz por su alta morbimortalidad, sobre todo en adultos mayores hospitalizados, a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años.^{1,10}

Dada la diversidad de entidades que pueden ocasionar una hemorragia digestiva, su prevalencia es difícil de precisar; aunque varios estudios coinciden en que la incidencia va en aumento, principalmente debido al envejecimiento poblacional, el consumo de medicamentos y sustancias con efecto nocivo sobre la mucosa gástrica.⁵

Al menos el 50 por ciento de las consultas por sangrado está asociado a enfermedad de úlcera péptica y el segundo diagnóstico más frecuente en 10 por ciento de las veces involucra en su totalidad causas como sangrado de tipo

varicoso, enfermedad erosiva y desgarros de Mallory-Weiss, y con menos frecuencia por diagnósticos como angiodisplasias, postraumáticos y neoplasias.¹¹

Aunque la gravedad del sangrado digestivo alto puede variar y verse influenciado por múltiples factores, ocasionalmente es el responsable de cuadros de shock hipovolémicos graves, que ponen en peligro la vida del paciente. El resangrado es considerado el factor de riesgo más importante para la mortalidad y se produce en el 10-30 por ciento de las personas tratadas.^{5,12}

La mortalidad general del sangrado digestivo alto es alrededor del 15 por ciento, alcanzando 20 por ciento en las de origen variceal, por lo que sospechar, estratificar su riesgo e instaurar el manejo inicial y apropiado es de especial relevancia para el médico de urgencia. Dado que la identificación temprana de factores de riesgo y la predicción del pronóstico pueden inducir una intervención apropiada, reduciendo así la mortalidad, la morbilidad, la estancia hospitalaria y los costos. En este sentido, se han desarrollado varios sistemas de puntuación para predecir la gravedad en pacientes con sangrado digestivo alto.^{3,13}

Dada la importancia en la actualidad de este tema y a las escasas investigaciones y el reducido número de publicaciones sobre este tema en la República Dominicana, motiva realizar el presente estudio, que tiene como interés principal el aporte de nuevas evidencias de dicha enfermedad en nuestro país, para así poder desarrollar acciones que contribuyan a la prevención temprana de las complicaciones y reducción de la morbimortalidad, en aquellos pacientes que presenten una hemorragia de tubo digestivo superior.¹

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sangrado gastrointestinal superior es una enfermedad muy común en los servicios de emergencia y gastroenterología, tiene una importante morbilidad y mortalidad principalmente en adultos mayores. Es una emergencia abdominal potencialmente mortal que sigue siendo una causa común de hospitalización, por lo general significa un gasto elevado de recursos, con una incidencia internacional que varía, según el área estudiada, entre 48 y 160 casos por 100.000 habitantes por año y una mortalidad que representa entre 10-14 por ciento.¹⁴

En los Estados Unidos de Norteamérica causa más de 300.000 ingresos hospitalarios al año, aproximadamente cinco veces más frecuente que el sangrado digestivo bajo. Su etiología es variable, siendo la causa más frecuente la enfermedad úlcero péptica que representa el 50 por ciento de los casos.⁹

En República Dominicana, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, se estima que aproximadamente el 20 por ciento de los ingresos realizados por el departamento de gastroenterología en el año, son pacientes que presentan sangrado de origen gastrointestinal.⁹

El cuadro clínico, el estado hemodinámico y la presencia o no de comorbilidades médicas son factores importantes para tomar en cuenta a la hora de decidir el manejo que se va a implementar. De manera general, la práctica médica consiste en ingresar al paciente, independientemente de la causa y la gravedad de la hemorragia.⁹

La morbilidad y mortalidad de los pacientes se relaciona con ciertos factores de riesgos, como la edad, enfermedades asociadas, magnitud de la hemorragia, origen de la misma, alcoholismo, ingesta de medicamentos, etc. Es de importancia estimar el riesgo del paciente para decidir el manejo adecuado en cada caso, con el propósito de reducir el número y duración de los ingresos hospitalarios sin ocasionar un aumento de la incidencia de recidiva o de la mortalidad.^{3,15}

Es por esto que nos planteamos la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a sangrado digestivo alto en pacientes que asistieron al departamento de Gastroenterología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, mayo-diciembre, 2021?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar los factores de riesgo asociados a sangrado digestivo alto en pacientes asistidos en el departamento de Gastroenterología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, mayo-diciembre, 2021.

III.2. Específicos

1. Identificar el rango de edad donde prevalece el sangrado digestivo alto.
2. Identificar el sexo más afectado en pacientes con sangrado digestivo alto.
3. Determinar las comorbilidades más frecuentes de los pacientes con sangrado digestivo alto.
4. Determinar la frecuencia del tabaquismo en pacientes con sangrado digestivo alto.
5. Determinar la frecuencia del consumo de alcohol en pacientes con sangrado digestivo alto.
6. Determinar la frecuencia del uso de AINEs en pacientes con sangrado digestivo alto.
7. Determinar la frecuencia del uso de anticoagulantes en pacientes con sangrado digestivo alto.
8. Determinar el origen del sangrado de los pacientes con sangrado digestivo alto.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Sangrado digestivo alto

IV.1.1. Historia

La hemorragia digestiva alta (HDA) tiene sus antecedentes recogidos a lo largo de la historia. Hipócrates es el que por primera vez hace referencia 400 años antes de Cristo, con algunos síntomas que corresponden a la misma. Claudio Galeno, médico griego, en el siglo II enfatizo de manera más elocuente la evidencia de la hemorragia digestiva alta y de heces de color negro.¹⁶

IV.1.2. Definición

El sangrado digestivo alto se define como la presencia de sangre en el tracto digestivo alto, que se origina en la mucosa o vasos sanguíneos que se localizan proximal al ligamento suspensorio del duodeno, antes conocido como ligamento de Treitz, por lo que incluye esófago, estómago y duodeno proximal.²

IV.1.3. Etiología

Clásicamente, el Sangrado digestivo alto se distinguía según su etiología en variceal y no variceal. Este método de clasificación de las distintas etiologías de Sangrado digestivo alto obedece a que ambos grupos tienen distintos factores de riesgo, manejo y pronóstico. La frecuencia de Sangrado digestivo alto según etiología es variable; la causa principal de Sangrado digestivo alto es la úlcera péptica, alcanzando un 50 por ciento de los casos, siendo frecuentemente de localización gástrica en adultos y duodenal en niños. La esofagitis y gastritis tienden a incrementar en frecuencia a medida que avanza la edad.¹⁵

Más del 50 por ciento de los casos que acuden a urgencias son de origen péptico, pero en caso de hemorragia masiva, la causa más frecuente es la hemorragia digestiva alta de origen varicoso (Tabla 1).¹⁵

Etiología de sangrado digestivo alto según frecuencia			
Sangrado no variceal	80%	Sangrado variceal	20%
Úlcera péptica	40-50%	Varices gastroesofágica	>90%
Gastritis y duodenitis erosiva	20%	Gastropatía por Hipertensión portal	<5%
Esofagitis erosiva	5-10%		
Desgarro de Mallory Weiss	5-10%		
Malformaciones arteriovenosas	5%		
Tumores	2%		
Otras causas	5%		

Tabla 1. Adaptado de Martínez G, Csendes A & Carreño B.¹⁵

El sangrado digestivo alto de causa variceal continúa representando un gran porcentaje. La localización más frecuente de sangrado es a nivel de la unión gastroesofágica, debido a que las varices son más superficiales y tienen la pared más delgada. El sangrado variceal agudo ocurre en el 25 por ciento al 40 por ciento de los pacientes con cirrosis y conlleva una mortalidad del 25 al 30 por ciento, siendo una de las complicaciones más graves de la hipertensión portal.¹⁵

IV.1.4. Clasificación

Se clasifica según la etiología de origen en variceal o no variceal. La hemorragia digestiva alta de origen varicoso corresponde al sangrado de las várices gastroesofágicas, debido a un aumento de la presión en el sistema vascular portal, permitiendo el reflujo del contenido sanguíneo hacia sistemas venosos de menor capacitancia, produciendo su dilatación y tortuosidad. Por otro lado, la hemorragia digestiva no variceal se presenta por múltiples causas, siendo las más frecuentes la úlcera péptica gastroduodenal y la gastritis erosiva por antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).¹⁰

IV.1.5. Fisiopatología

La pérdida del volumen circulante desencadena una serie de eventos fisiopatológicos, cuyo objetivo es garantizar el suministro de sangre al cerebro y al corazón. La gravedad del proceso patológico estará en relación con la magnitud y la velocidad de la pérdida hemática. La disminución del volumen circulante conduce a

una disminución en el gasto cardiaco secundario a una disminución del aporte sanguíneo al corazón. Esto condiciona respuestas vasopresoras mediadas por la estimulación de barorreceptores carotídeos que conllevan a una vasoconstricción generalizada del territorio esplácnico y liberación de hormona antidiurética y aldosterona. La consecuencia de la redistribución de flujos incide en el riñón con daño a los sistemas colectores y presencia de insuficiencia renal aguda. Del mismo modo, se producen alteraciones bioquímicas en los tejidos secundarias a hipoxia.¹⁷

En las pérdidas crónicas, los mecanismos compensatorios establecen el *cor pulmonale* crónico. En los eventos agudos ilimitados se puede presentar estado de choque.¹⁷

La fisiopatología puede ser variada de acuerdo a las causas por las cuales se origina el sangrado digestivo alto, tal cual se muestra a continuación.¹⁷

Úlcera péptica (UP). Se define como aquella solución de continuidad de la mucosa de más de 3-5 mm de diámetro mayor, con infiltración inflamatoria y necrosis, que está constantemente expuesta a pepsina y ácido clorhídrico, que penetra profundamente en la capa muscular pudiendo extenderse por todo el órgano, inclusive ocasionar su perforación. Por lo tanto, la úlcera péptica siempre deja una cicatriz cuando desaparece, al contrario de las erosiones, que son lesiones que llegan hasta la submucosa y siempre cicatrizan *ad integrum* sin dejar cicatriz. Anatómicamente, se producen con mayor frecuencia en el estómago y en la primera porción del duodeno.¹⁰

La infección por *H. pylori* ocasiona 75-95 por ciento de los casos de úlcera duodenal (UD) y en 60-80 por ciento de los casos de úlcera gástrica. En Chile, se demostró la presencia de *H. pylori* en 88 por ciento de los pacientes con úlcera duodenal.¹⁰

En el estómago y el duodeno existen factores defensivos y agresivos de la mucosa. Dentro de los factores defensivos se distingue el mucus producido por el epitelio cilíndrico simple de la mucosa gastroduodenal, el bicarbonato, flujo sanguíneo, prostaglandinas y las uniones intercelulares (tight-junctions). Así mismo, los factores agresivos se pueden subdividir en dos: (1) Exógenos: *H. Pylori*, AINEs, Ácido acetilsalicílico (AAS), alcohol, tabaco, otros; (2) endógenos: ácido + pepsina, contenido duodenal.¹⁰

Clásicamente, los factores protectores se han dividido en (1) pre-epiteliales, que corresponden a la capa de mucus, y bicarbonato; (2) Epiteliales, que se representan

como la regeneración celular y la capa de fosfolípidos en conjunto con las uniones intercelulares; (3) Post-epiteliales, destacan las prostaglandinas y el flujo sanguíneo.¹⁰

Las úlceras resultan de un desequilibrio entre los factores protectores y agresivos. En las úlceras gástricas existe predominio de la disminución de los factores protectores, mientras que en las úlceras duodenales hay predominio del aumento de factores agresores.¹⁰

Desgarro de Mallory Weiss. Esta lesión se caracteriza por la presencia de laceraciones longitudinales superficiales de la mucosa en el segmento distal del esófago y la región proximal del estómago. Este síndrome puede presentarse como el resultado de múltiples factores, donde se incluye el rápido aumento de la presión del cardias, como lo que ocurre cuando hay múltiples episodios de vómitos posterior al consumo de alcohol. Producto del aumento brusco de presión, se produce una hiperextensión del estómago que limita la movilidad entre la mucosa y la submucosa, provocando un cierre incompetente del cardias.¹⁰

Tomando en cuenta lo anterior, las contracciones musculares no sincronizadas de las diferentes capas del esófago inferior y el cardias, así como la disposición longitudinal de los pliegues de la mucosa en la unión gastroesofágica, ocasionan laceraciones lineales profundas en la capa mucosa. Esto conduce a la exposición de los vasos submucosos al ácido, provocando que se dañen y se produzca la hemorragia. Este desgarro suele ser longitudinal y único, y la lesión tiene una alta probabilidad de cesar espontáneamente el sangrado.¹⁰

Malformaciones vasculares. Dentro de esta patología se encuentra el síndrome de Dieulafoy y las ectasias vasculares. Normalmente, una arteria en el tracto gastrointestinal se va estrechando a medida que llega a su destino final. En el síndrome de Dieulafoy se produce un sangrado producto de una arteria histológicamente normal, pero anormalmente grande (1-3 mm) que tiende a penetrar en la submucosa. Además, presenta un curso tortuoso con protrusión hacia la mucosa como consecuencia de un pequeño defecto de la mucosa (2-5 mm) asociado a una base fibrinonecrótica. Por lo general, esta lesión se ubica en el tercio superior del estómago ya sea en la curvatura menor o más frecuente en la mayor, lugar donde hay mayor cantidad de defectos en la mucosa para la protrusión del vaso.¹⁰

Las ectasias vasculares tienen una patogenia similar a la lesión de Dieulafoy. Estas son vénulas dilatadas que forman estrías lineales de color rojo que convergen longitudinalmente en el antro, produciendo una imagen de sandía. Se ha propuesto que para la formación de estas debe existir una obstrucción venosa de la submucosa intermitente, un flujo sanguíneo intermitente y degeneración vascular local con hipoxemia local. Esta patología tiene asociación con comorbilidades cardíacas, renales, etc. Las ectasias vasculares, se presentan frecuentemente en el antro gástrico, a menudo múltiples o difusas, que puede estar relacionado con la contracción muscular más vigorosa del antro, lo que predispone a la obstrucción venosa.¹⁰

Varices gastroesofágicas. La formación de las colaterales portosistémicas se debe a la aparición de hipertensión portal, las que se generan debido a un factor hemodinámico que consta de un aumento de la resistencia (intrahepática, portal o colateral) e incremento del flujo sanguíneo (vasodilatación esplácnica y sistémico asociado a hipervolemia). Las varices esofágicas son el resultado del aumento de la presión portal desde los 10 mmHg, con un riesgo aumentado de sangrado con un gradiente de 12 mmHg.¹⁰

IV.1.6. Epidemiología

La hemorragia digestiva alta constituye uno de los principales motivos de hospitalización por enfermedades del tracto gastrointestinal, y se puede acompañar de una significativa morbimortalidad en grupos de riesgo, como son los pacientes mayores de 65 años. De modo general, la tasa cruda de la hemorragia digestiva alta a nivel mundial va entre 37 a 172 casos por cada 100.000 habitantes por año. Los factores de riesgo no variceales más comunes, como la úlcera péptica y el uso de fármacos (AINEs y aspirina) se han asociado a mayores tasas de incidencia y mortalidad.¹⁰

La edad de aparición en promedio es de 60-70 años y es 1.3-1.8 veces más común en hombres. Alrededor del 80 por ciento de los sangrados son autolimitados, pero un 15 por ciento sigue sangrando copiosamente y requiere manejo en urgencias. Alrededor de un 5 por ciento de los pacientes requieren tratamiento quirúrgico, principalmente los pacientes de edad avanzada. Gracias a la endoscopia y al tratamiento actual se ha reducido considerablemente la estancia hospitalaria y

la mortalidad en un 3-10 por ciento. La mortalidad es mayor en ancianos y en pacientes con cirrosis, en los que se estima una mortalidad del 15 - 30 por ciento.¹⁸

IV.1.7. Diagnóstico

Es importante realizar una evaluación inicial en la que se determine el estado hemodinámico para realizar un adecuado triage. Preguntar el inicio por: descripción, intensidad, duración y frecuencia de los síntomas, así como por episodios previos o similares. El objetivo es determinar la gravedad del sangrado y la conducta a seguir.¹⁸

Durante la evaluación posterior a la estabilización, debe incluir una historia clínica completa, realizar el examen físico y exámenes de laboratorio y descartar historia de trauma reciente. La anamnesis debe enfocarse en los factores que ayuden a esclarecer la etiología del sangrado, tales como: presencia de coagulopatías u otros antecedentes patológicos, antecedentes farmacológicos, específicamente antitrombóticos, AINEs o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, otras sustancias) y antecedentes quirúrgicos. Interrogar por sangrado debido a vómitos para descartar enfermedad hepática crónica, de causa viral o consecuencias del abuso de alcohol. Indagar por antecedentes familiares de trastornos de la coagulación. Entre los factores predictores de hemorragia del tracto digestivo superior están: hallazgo o historia de melenas, hematemesis que podrían estar acompañados de taquicardia y hemoglobina menor a 8g/dL.¹⁸

IV.1.7.1. Clínico

La hemorragia del tracto digestivo superior puede variar desde asintomático hasta sangrado potencialmente mortal. Clínicamente, hay hematemesis o melanemesis (si hay hemorragia de bajo volumen). Si el paciente se encuentra inestable y tiene hematocritia hay que descartar hemorragia superior masiva (mayor de 1 000cc).¹⁸

La hematemesis generalmente indica hemorragia del tracto digestivo superior, aunque puede ser también de origen nasal u orofaríngeo. La sangre rojo brillante o los coágulos indican sangrado activo. La melanemesis se describe como “café molido”, con color marrón moteado. Las melenas son heces alquitranadas negras

con olor intenso, pueden ser también de origen inferior, que se explican por tránsito lento, por lo que no se debe descartar un sangrado en colon o intestino delgado.¹⁸

Tanto el estado general como el nivel de consciencia del paciente son de vital importancia a la hora de la valoración inicial, donde deben ser monitoreados la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Si el estado del paciente no es crítico, puede ser medido en decúbito y en bipedestación, si hay una disminución de la presión arterial (PA) por encima de 20 mmHg o un aumento de la frecuencia cardíaca mayor a 20 lat/min con el ortostatismo, indicando una importante pérdida hemática (>20% de la volemia) lo que implica una pérdida sanguínea por encima de 1 000cc, entonces Tilt-test es positivo.¹⁹

Gravedad	Clínica	Descenso de la volemia
Leve	– TAS y FC normales. – Asintomático, piel normocoloreada, templada y seca.	10-15 % 500-750 ml
Moderada	– TAS > 100 mmHg y FC < 100 lpm. – Vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales positivos.	15-25 % 750-1.250 ml
Grave	– TAS < 100 mmHg y FC 100-120 lpm. – Taquipnea, intensa vasoconstricción periférica (palidez intensa, frialdad, sudoración, etc.), inquietud o agitación, oliguria, signos posturales positivos.	25-35 % 1.250-1.750 ml
Masiva	– TAS < 60 mmHg y FC > 120 lpm. – Shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria.	>35 % 1.750-2.500 ml

Tabla 2. valoración clínica de la hemorragia. Adaptado de Montaner A.¹⁹

Son sumamente importantes tener en cuenta el color y la hidratación mucocutánea y de igual forma los signos de perfusión periférica. Un estado neurovegetativo alterado sugestivo de inestabilidad hemodinámica puede ser identificado cuando se observa un paciente con una piel pálida, sudorosa y fría. La magnitud de la pérdida hemática puede ser valorada a través de todos los parámetros clínicos antes mencionados.¹⁹

IV.1.7.2. Laboratorio

Hemograma. El hematocrito no constituye un parámetro particularmente útil a la hora de evaluar la magnitud de la hemorragia durante la fase aguda, ya que se pierde la relación estable inicial de eritrocitos a plasma. El hematocrito no disminuye hasta que el plasma se redistribuye por el espacio intravascular y se inicia la reanimación con soluciones de cristaloides. Los niveles de hemoglobina podrán orientar respecto a la necesidad de requerimientos transfusionales. También es importante evaluar los niveles de plaquetas, en especial en pacientes con daño hepático crónico, para determinar la necesidad de requerimientos transfusionales plaquetarios.¹⁵

Creatinina. El sangrado severo puede disminuir la volemia y con ello generar una insuficiencia renal prerrenal.¹⁵

Estudio metabólico. Perfil bioquímico y perfil hepático.¹⁵

Grupo sanguíneo y Rh. Dada la necesidad de transfusión de glóbulos rojos de urgencia.¹⁵

Pruebas de coagulación. Se debe solicitar pruebas de coagulación en forma inicial para corregir coagulopatías en caso que sea necesario con aportes de vitamina K o, en casos severos, requerimientos de plasma fresco congelado, calcio, entre otros.¹⁵

IV.1.7.3. Imágenes

Gastroscopia. Si no hay contraindicaciones, debe realizarse dentro de las primeras 24 horas de la estabilización hemodinámica del paciente. Esto reduce la necesidad de transfusiones, estancia hospitalaria y la necesidad de cirugía. Además, es importante identificar a los pacientes con riesgo de resangrado y para ello el factor pronóstico más importante para predecir el resangrado de una úlcera

péptica sean los hallazgos endoscópicos en el momento del diagnóstico, la endoscopia además permite realizar terapéutica.²

Cápsula Endoscópica. Tiene una mayor eficacia diagnóstica como técnica alternativa en el sangrado digestivo de origen oscuro. Es adecuado en sangrado digestivo agudo cuando la gastroscopia y la colonoscopia son normales, juntamente con la arteriografía o la angiotomografía, y previa enteroscopia.²

Enteroscopia. Se realizará cuando se haya descartado el origen gastroduodenal por gastroscopia y del colon por colonoscopia. Esta es una técnica delicada, requiere sedar al paciente y nos permitirá visualizar el intestino delgado más allá del ángulo de Treitz. Si detecta una lesión hemorrágica realizar un tratamiento endoscópico.²

Gammagrafía marcada con tecnecio 99. Utiliza hematíes marcados con tecnecio 99; la acumulación del radioisótopo en el lugar de la hemorragia se puede determinar con el contador gamma. Es capaz de detectar sangrados con extravasación baja 0.1 ml/min, con una capacidad de diagnóstico que varía del 50-70 por ciento, de gran utilidad en pacientes hemodinámicamente inestables.²

IV.1.8. Diagnóstico diferencial

La primera consideración en la evaluación de la hemorragia digestiva alta es evaluar si realmente es un sangrado del tubo digestivo. Puede ser difícil determinar la etiología del sangrado o incluso si realmente es sangre. Clásicamente, la deglución de sangre de una epistaxis o sangrado dental puede confundirse con un sangrado gastrointestinal; el consumo de bebidas de coloración roja (vino tinto) también puede causar este fenómeno. Asimismo, la ingesta de sulfato ferroso, tabletas de carbón activado y sustancias que contienen bismuto (ej.: peptobismol) pueden provocar cambios de coloración de las deposiciones, sugiriendo la presencia de melena en la historia o el tacto rectal. Por otra parte, la hemoptisis muchas veces es confundida con hematemesis. La exteriorización del sangrado posterior a tos, sangre roja brillante y de menor cuantía, debería hacer sospechar esto.³

Es importante considerar que la presencia de hematoquecia puede ser una manifestación de hemorragia digestiva alta en los casos de sangrado masivo dado que aumenta la motilidad intestinal e inhibe la digestión de la sangre en melena.³

IV.1.9. Tratamiento

Tratamiento preendoscópico. La utilización de la terapia médica es considerado uno de los pilares para el control del sangrado, así como para la resolución de las diferentes causas.¹⁰

Inhibidores de la bomba de protones (IBP). Las dosis de IBP son comúnmente utilizadas cuando hay sospecha de un sangrado digestivo alto. Cuando se activa la pepsina intragástrica por el medio ácido se inhibe la agregación plaquetaria facilitando de esta forma la ruptura de los coágulos. La reepitelización de la mucosa gástrica se acelera cuando se administra IBP de forma precoz.¹⁰

Drogas prokinéticas. El uso de estos fármacos como la metoclopramida o eritromicina demuestran un mejor rendimiento diagnóstico endoscópico en aquellos pacientes que presentan un sangrado digestivo alto no variceal. Por otro lado, disminuyen la necesidad de repetir la endoscopia digestiva alta.¹⁰

Vasoconstrictores espláncnicos. Este conjunto de fármacos está constituido por el octreotide (análogo de la somatostatina) y la terlipresina (análogo de la vasopresina).¹⁰

Antibióticos. El uso de antibióticos es recomendado para todas las várices con hemorragia aguda, esto se debe a un alto índice de infección graves que empeoran el pronóstico y etiopatogenia del sangrado. Como consecuencia del sangrado de las varices, dichos pacientes corren el riesgo de padecer una peritonitis bacteriana espontánea. Algunas literaturas afirman la evidencia de que utilizar tratamiento con antibiótico de amplio espectro por 7 días disminuye los niveles de recidiva del sangrado.¹⁰

Beta bloqueadores no selectivos (propranolol). Este conjunto de drogas favorecen a reducir la presión portal, obteniendo así la disminución del riesgo de recidiva de hemorragia.¹⁰

Ácido tranexámico. Es un fármaco que deriva del aminoácido lisina, posee un efecto importante como antifibrinolítico y puede prevenir la degradación de las mallas de fibrina. En la actualidad existe evidencia de que utilizar este fármaco puede disminuir el riesgo de recidiva del sangrado y la mortalidad en el caso de un sangrado digestivo alto no variceal, sin presentar un aumento en el riesgo tromboembólico. El hecho de que tenga múltiples beneficios, no es recomendado el uso de rutina de dicho fármaco, puesto que aún faltan diversos ensayos clínicos que confirmen su total seguridad en consumo.¹⁰

Tratamiento endoscópico. Es el método gold standard para el diagnóstico, la estratificación del pronóstico y el tratamiento de un sangrado digestivo alto, por tal razón la realización de una endoscopia digestiva alta. Cuenta con una especificidad que va entre el 30 al 100 por ciento, y una sensibilidad casi del 98 por ciento. Los pacientes que se les realiza una endoscopia digestiva alta antes de las 24 horas o de manera precoz, tienen mayor beneficios a diferencia de aquellos que se realizan el estudio en un tiempo superior a este. La diferencia que existe entre un grupo y otro se ve aumentada en una mayor mortalidad, el grado de hemorragia, hospitalización prolongada y una mayor recidiva de la patología. El método de la endoscopia digestiva alta ha podido identificar el lugar de sangrado, el daño del epitelio y la mucosa y de paso efectuar la clasificación de Forrest (Tabla 3), la cual permite posicionar a los pacientes, de acuerdo con las características de la recidiva del sangrado, cirugía y mortalidad, en los diversos estratos de riesgo. Durante la realización de una endoscopia se puede efectuar un tratamiento, que es clasificado en diversas técnicas, como son la inyección, mecánica, térmica y tópica.^{10,17}

Clase	Descripción	Intervención endoscópica	Riesgo de resangrado
IA	Hemorragia arterial activa en Jet o pulsátil	Si	(55 - 90%)
IB	Hemorragia arterial activa en napa o goteo	Si	
IIA	Vaso visible al fondo de la úlcera no sangrante	Si	(43 - 50%)
IIB	Coágulo adherido a la base de la úlcera	Se puede considerar	(22 -33%)
IIC	Mancha plana cubierta de hematina	No	(10%)
III	Úlcera con base limpia	No	(5%)

Tabla 3. Clasificación de Forrest con su necesidad de intervención endoscópica y riesgo de resangrado.¹⁰

Las inyecciones de fármacos están destinadas a proporcionar taponamiento y vasoconstricción local. El agente más común es la adrenalina diluida de 1:10000 y de 1:20000 con solución salina en inyección directa, aplicada en cuatro cuadrantes alrededor de la lesión.¹⁷

Los métodos térmicos utilizan la corriente eléctrica de alta frecuencia, que genera calor para coagular o cortar tejido. Se utilizan electrodos monopolares y bipolares, que logran una temperatura de 100 watts, aunque no permiten controlar la profundidad del daño térmico.¹⁷

El *Heater-probe* es un dispositivo que administra temperatura constante y disminuye el riesgo de resangrado, así como los requerimientos transfusionales y la estancia hospitalaria. Es un filamento de aluminio recubierto de teflón, cuyo principio es comprimir el vaso con una sonda y aplicarse energía térmica, para producir edema tisular, coagulación de proteínas y contracción arterial (coaptación) logrando así la coagulación de vasos sanguíneos de hasta 2.5mm de diámetro. Asimismo, logra temperaturas de más de 250°C en fracciones de segundo.¹⁷

Para las lesiones mucosas superficiales está indicado el tratamiento tópico, incluyendo la aplicación de sustancias adhesivas o agentes hemostáticos que actúan por contacto. En la mayoría de los casos, las lesiones dejan de sangrar en forma espontánea, dado que su afectación no rebasa la *muscularis* mucosa, y reepitelizan en forma rápida de dos a ocho días. Las alternativas de manejo tópico no son empleadas en forma frecuente, por lo que existe poca documentación bibliográfica al respecto.¹⁷

El sistema OVESCO se basa en emplear unos clips con forma redondeados premontados sobre un capuchón de plástico que se ubica en el extremo distal del endoscopio (de forma análoga a los sistemas de bandas que se emplean en las varices esofágicas) que una vez introduce el tejido en el capuchón del endoscopio se liberan, aproximando, comprimiendo y cerrando los bordes de la perforación. El material de los clips que se utilizan son de nitinol, que es una aleación de níquel y titanio que posee memoria termomecánica, también es un material biocompatible superelástico de amplia duración empleado en diversos materiales médicos como las prótesis.¹⁹

La terapéutica mecánica está diseñada para controlar la hemorragia al comprimir las lesiones sangrantes en forma similar a una acción quirúrgica. Esta alternativa, que en el pasado se utilizó poco por su costo y poca disponibilidad, dado

que requería endoscopios con conductos operatorios, se ha desarrollado rápidamente a partir de la aprobación de la FDA (Food and Drug Administration por sus siglas en inglés) del uso de hemoclips y bandas de ligadura.¹⁷

El uso de ligas o bandas similares es de poca útil en la hemorragia no variceal, existen reportes aislados de esta técnica restringida a lesiones localizadas con mucosa móvil capaz de ser ligada, al parecer sin riesgo aparente de perforación. Sin embargo, es muy útil en el tratamiento de las varices esofágicas.¹⁷

Radiológico. La angiografía fue la primera técnica que se utilizó para el diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo hace 40 años por parte de Margulis, quien describió la técnica y desarrolló las primeras modalidades terapéuticas. Actualmente, es de particular importancia para el diagnóstico y el tratamiento, mediante terapia de embolización en las áreas del tracto gastrointestinal en las que el acceso endoscópico es difícil. Por lo general, se utiliza en el manejo de los pacientes que no son candidatos para una cirugía y en los casos en los que la hemorragia no puede ser controlada por endoscopia o hay resangrado después de un procedimiento endoscópico.¹⁷

Quirúrgico. La mayoría de los pacientes con hemorragia del tubo digestivo alto no requieren cirugía. Se estima que la cirugía de urgencia sólo se indica en 3.5 por ciento de los pacientes cuando la terapia endoscópica falla. En el caso de úlcera duodenal, la cirugía que se lleva a cabo es la ligadura del vaso sangrante, con vagotomía y gastrectomía parcial. La cirugía se recomienda para la recidiva de hemorragia; si la úlcera es grande, entonces se requerirá un manejo endoscópico en forma repetida.¹⁷

La cirugía de urgencia se utiliza cuando el paciente está inestable después de la administración del 25 por ciento del volumen sanguíneo. El tratamiento debe ser individualizado y la cirugía se determina con base en los datos clínicos y de laboratorio, y en los hallazgos endoscópicos.¹⁷

Tratamiento posendoscópico. La realización de un tratamiento médico postendoscópico tiene como objetivo el poder disminuir el riesgo de resangrado mientras sana la úlcera o la lesión y evitar las recidivas a lo largo del tiempo. Uno de los métodos consiste en la ingesta precoz de inhibidores de la bomba de protones (IBP) como el omeprazol, lansoprazol, etc., por vía endovenosa, con el propósito de conservar un pH próximo a 6 o mayor a este, esto se debe a que se ha observado una mejor sobrevida en pacientes que reciben este método de administración a

diferencia de los que lo reciben de forma oral. La erradicación de la bacteria *H. pylori* es otro aspecto del tratamiento médico, donde la eliminación de dicho patógeno y su factor de riesgo es considerado el de mejor efectividad a largo plazo para evitar resangrado (terapia triestándar con omeprazol 20 mg/12 h, amoxicilina/ácido clavulánico 1 g/12 h, claritromicina 500 mg/12 h por 14 días). Por último, es importante reconocer que utilizar los AINEs de forma no selectiva aumenta el riesgo de sangrado, por lo cual usarlos en conjunto de IBP reduce el riesgo. También se ha observado que reemplazar por inhibidores selectivos de COX-2 ha podido disminuir el resangrado. Entonces, por esto es recomendado, de primera línea, el uso de los inhibidores selectivos de COX-2 en conjunto de algún IBP de última generación para reducir el resangrado en pacientes después de haberse realizado la endoscopia.¹⁰

IV.1.10. Complicaciones

Dentro de las complicaciones más vistas en este tipo de patología se encuentran la sangramiento recidivante, perforación, encefalopatía portosistémica, la muerte shock hipovolémico, fallo multiorgánico y el tromboembolismo pulmonar.¹

IV.1.11. Pronóstico y evolución

La mayoría de los pacientes evolucionan satisfactoriamente, pudiendo controlarse la hemorragia digestiva mediante métodos endoscópicos, sin complicaciones asociadas.²⁰

Sin embargo, es posible que la terapia endoscópica no permita detectar y/o detener el sangrado, o que el procedimiento se asocie, en un bajo porcentaje de los casos, a alguna complicación (por ejemplo, perforaciones del tubo digestivo).²⁰

Las variables más significativas asociadas a un pobre pronóstico en el paciente que presenta un episodio de hemorragia digestiva alta son el resangrado, la edad avanzada, el estado circulatorio y la presencia de comorbilidad. La existencia de cuatro o más comorbilidades aumenta hasta en un 70 por ciento la probabilidad de muerte. Los pacientes hospitalizados por otras causas empeoran su pronóstico cuando presentan una hemorragia digestiva por úlcera durante el ingreso. Un grupo de esas enfermedades está incluida en las principales escalas que hoy se usan para establecer en ellos un pronóstico evolutivo.²¹

Se debe utilizar el uso de sistemas de estratificación del riesgo. Las escalas aprobadas para este fin son la Clasificación de Rockall y la escala de Glasgow-Blatchford. La Clasificación de Rockall tiene como propósito principal predecir la mortalidad y riesgo de resangrado del paciente con hemorragia digestiva alta, y según eso estimar la realización de una endoscopia digestiva alta previo o durante el manejo. La escala de Glasgow-Blatchford consiste en la utilización de 5 parámetros (BUN, hemoglobina, presión arterial sistólica, pulso, otros marcadores) para evaluar el riesgo. Ha demostrado una mayor utilidad y superioridad a la anterior en múltiples estudios previos, pues permite la evaluación del riesgo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en función de una serie de variables clínicas y cuantitativas sin realización previa de una endoscopia digestiva alta. Además, estima la mortalidad y pronóstico del paciente. Su principal uso es identificar los pacientes de alto riesgo que van a necesitar de una endoscopia digestiva alta de urgencia, transfusión sanguínea o incluso intervención quirúrgica para el control de la hemorragia digestiva alta.¹⁰

IV.1.12. Prevención

Dentro de las medidas que se recomiendan para prevenir o disminuir la aparición temprana de una hemorragia digestiva alta, son no automedicarse, especialmente con antiinflamatorios o medicinas para el dolor de estómago; buscar ayuda médica en caso de dolor, malestar, vómitos constantes u otros problemas en la región; programar citas médicas y exámenes de rutina para comprobar cómo está su salud, lo general; Si el médico prescribe el uso de medicamentos antiinflamatorios durante un largo período de tiempo, use un antiácido asociado; Procure limpiar las frutas y verduras con hipoclorito de sodio para evitar la presencia de bacterias; Tenga una dieta balanceada.²²

Disminuir o anular el consumo de alcohol, evitar fumar, manejar los niveles de estrés y evitar el consumo excesivo de café, son algunas formas de prevenir esta patología.²²

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Sangrado digestivo alto	Sangrado proveniente de la mucosa o vasos sanguíneos que se localizan entre el esófago y el ángulo de Treitz	Sí No	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que diferencia el sexo.	Femenino Masculino	Nominal
Comorbilidad	Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario.	Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Enfermedad pulmonar crónica, Enfermedad cerebrovascular, Enfermedad ulcerosa, Hepatopatía, Insuficiencia cardíaca.	Nominal
Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo adictivo de tabaco.	Sí No	Nominal
Alcohol	Sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia.	Sí No	Nominal

AINEs	Fármacos antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos que constituyen un grupo heterogéneo de compuestos, con frecuencia no relacionados químicamente.	Sí No	Nominal
Anticoagulantes	Fármacos utilizados en la profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica.	Sí No	Nominal
Origen	Evento o estado que inicia o permite otra secuencia de eventos que resultan en un efecto.	Úlcera péptica, Síndrome de Mallory-Weiss, Esofagitis , Várices esofágicas.	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a sangrado digestivo alto en pacientes asistidos en el departamento de Gastroenterología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, mayo-diciembre, 2021. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.2. Área de estudio

El estudio tuvo lugar en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier ubicado en C/Alexander Fleming No.1, Ens. La Fe, Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado, al Norte, por la calle Genaro Pérez; al Sur, por la calle Alexander Fleming; al Este, por la calle 39 y al Oeste, por la calle Juan 23. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo

El universo estuvo representado por todos los pacientes que asistieron al departamento de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, mayo-diciembre, 2021. No. 90 pacientes.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes que se les realizó procedimiento endoscópico con sangrado digestivo alto que asistieron al departamento de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, mayo-diciembre, 2021. No. 81 pacientes.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Paciente con sangrado digestivo alto.
2. Ambos sexos
3. Adultos (≥ 18 años).

VI.5.2. De exclusión

1. Expediente clínico no localizable
2. Expediente clínico incompleto

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Para recolectar la información se elaboró, por parte de la sustentante, un formulario de registro que consta de 8 preguntas, de las cuales 3 son abiertas y 5 cerradas. Incluye preguntas de aspecto sociodemográficos (edad, sexo, comorbilidades, tabaquismo, consumo de alcohol, uso de AINEs, uso de anticoagulantes y origen del sangrado (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento

El anteproyecto se sometió a la Unidad de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y a la Unidad de Enseñanza del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier una vez aprobado en ambas instancias, se procedió a la siguiente parte del estudio, que fue la recolección de datos.

El instrumento de recolección de datos fue llenado por la sustentante a través de la revisión de los expedientes clínicos mayo-diciembre 2021 (Ver anexo XII.1. Cronograma)

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron introducidos a una base de datos estructurada en el programa Microsoft Excel.

VI.9. Análisis

La información obtenida fue analizada en frecuencia simple.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio se ejecutó con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki²³ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).²⁴ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital Dr. Bienvenido Salvador Gautier, cuya aprobación es el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fueron protegidos en todo momento, manejando los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente trabajo de grado tomada por otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

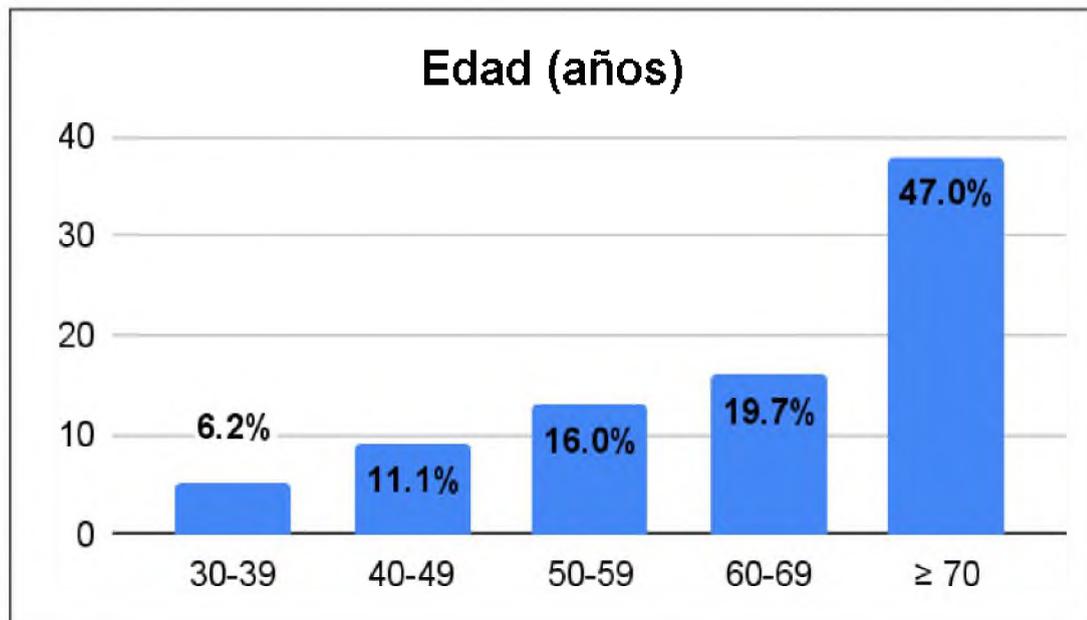
Tabla 1. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según la edad, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.

Edad (años)	Frecuencia	%
30-39	5	6.2
40-49	9	11.1
50-59	13	16.0
60-69	16	19.7
≥ 70	38	47.0
Total	81	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 47.0 por ciento de los pacientes eran mayores de 70 años de edad, el 19.7 por ciento tenían edades de 60-69, el 16.0 tenían edades de 50-59; mientras solo el 6.2 por ciento tenían edades de 30-39 años.

Gráfica 1. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según la edad, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.



Fuente: tabla 1.

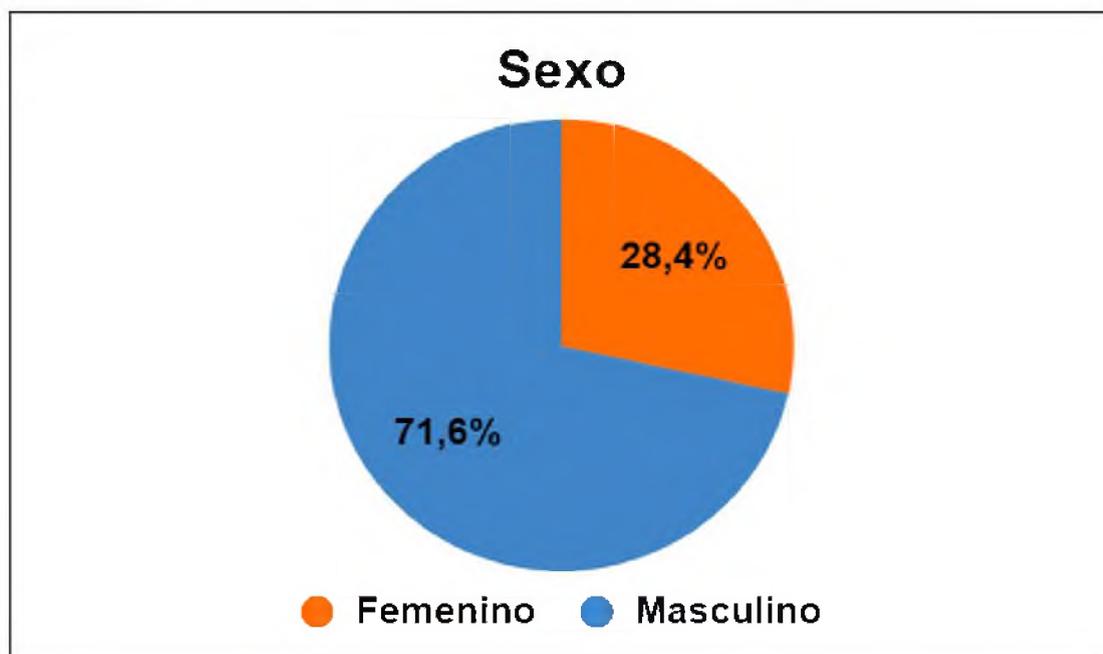
Tabla 2. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el sexo, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre 2021.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	23	28.4
Masculino	58	71.6
Total	81	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 71.6 por ciento de los pacientes eran de sexo masculino; mientras el 28.4 por ciento eran de sexo femenino.

Gráfica 2. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el sexo, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre 2021.



Fuente: tabla 2.

Tabla 3. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según comorbilidades, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.

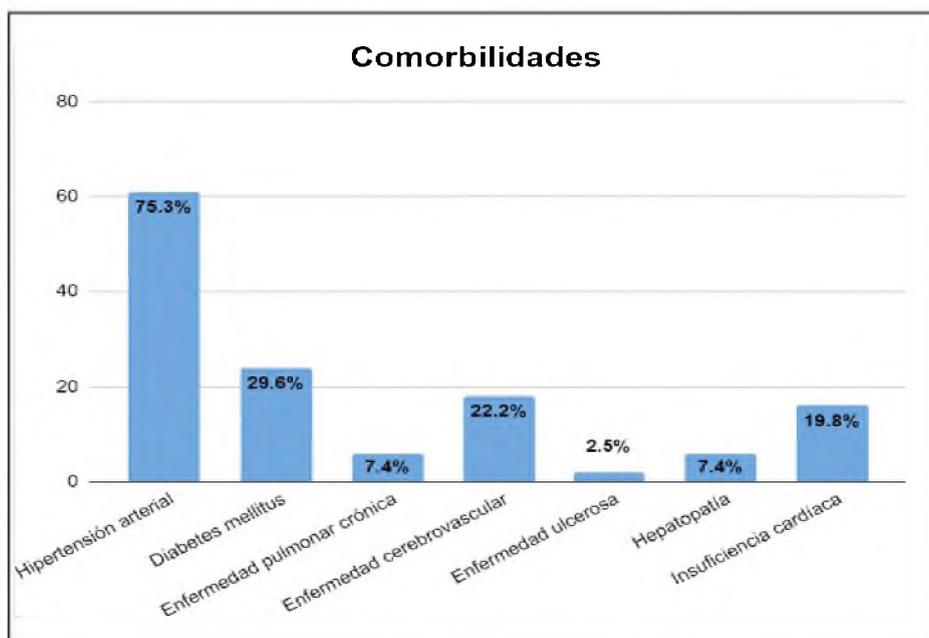
Comorbilidades	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	61	75.3
Diabetes mellitus	24	29.6
Enfermedad pulmonar crónica	6	7.4
Enfermedad cerebrovascular	18	22.2
Enfermedad ulcerosa	2	2.5
Hepatopatía	6	7.4
Insuficiencia cardíaca	16	19.8

Fuente: expediente clínico.

*Un mismo paciente puede presentar más de una comorbilidad.

El 75.3 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial como comorbilidad, el 29.6 por ciento presentaron diabetes mellitus, el 22.2 por ciento presentaron enfermedad cerebrovascular y una proporción menor presentaron enfermedad ulcerosa perteneciente al 2.5 por ciento.

Gráfica 3 Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según comorbilidades, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.



Fuente: tabla 3.

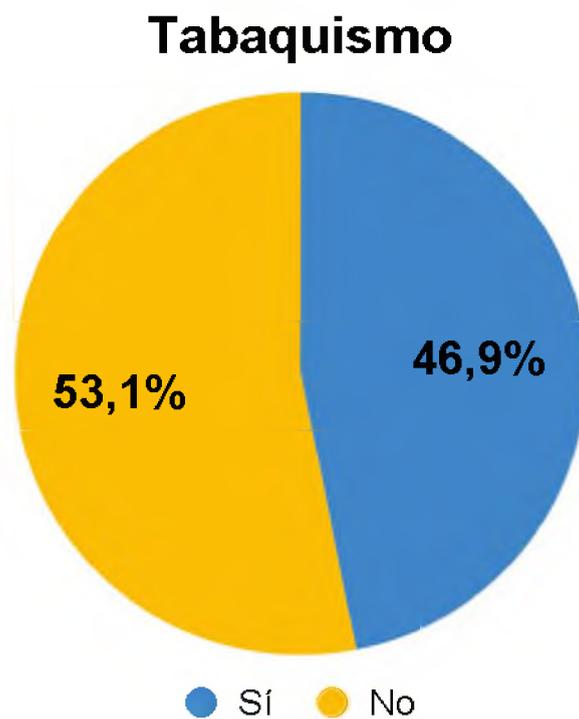
Tabla 4. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según tabaquismo, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.

Tabaquismo	Frecuencia	%
Sí	38	46.9
No	43	53.1
Total	81	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 46.9 por ciento de los pacientes presentaron tabaquismo, consumo adictivo de tabaco; mientras el 53.1 por ciento no presentaron tabaquismo.

Gráfica 4. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según tabaquismo, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.



Fuente: tabla 4.

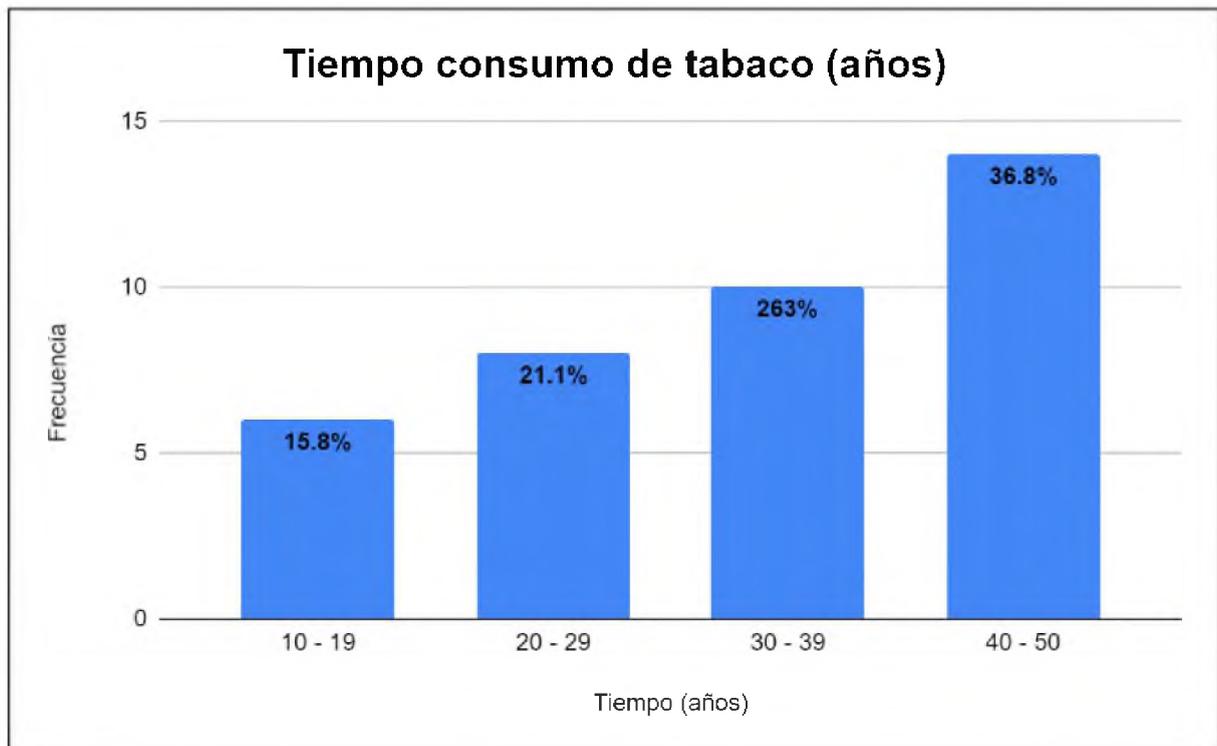
Tabla 5. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el tiempo de consumo de tabaco, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.

Tiempo (años)	Frecuencia	%
10 - 19	6	15.8
20 - 29	8	21.1
30 - 39	10	26.3
40 - 50	14	36.8
Total	38	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 36.8 por ciento de los pacientes consumieron tabaco por un período de 40-50 años, el 26.3 consumieron por un período de 30-39 años y solo un 15.8 por ciento presentó un consumo de 10-19 años.

Gráfica 5 . Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el tiempo de consumo de tabaco, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.



Fuente: tabla 5.

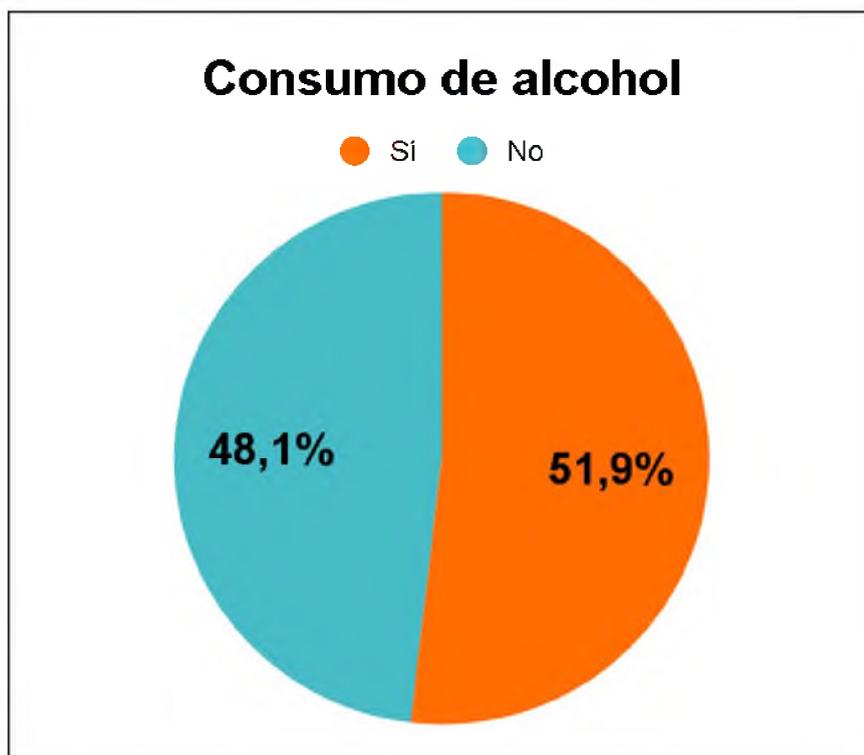
Tabla 6. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el consumo de alcohol, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.

Consumo de alcohol	Frecuencia	%
Sí	42	51.9
No	39	48.1
Total	81	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 51.9 por ciento de los pacientes consumían alcohol; mientras el 48.1 por ciento no consumían alcohol.

Gráfica 6. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el consumo de alcohol, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.



Fuente: tabla 6.

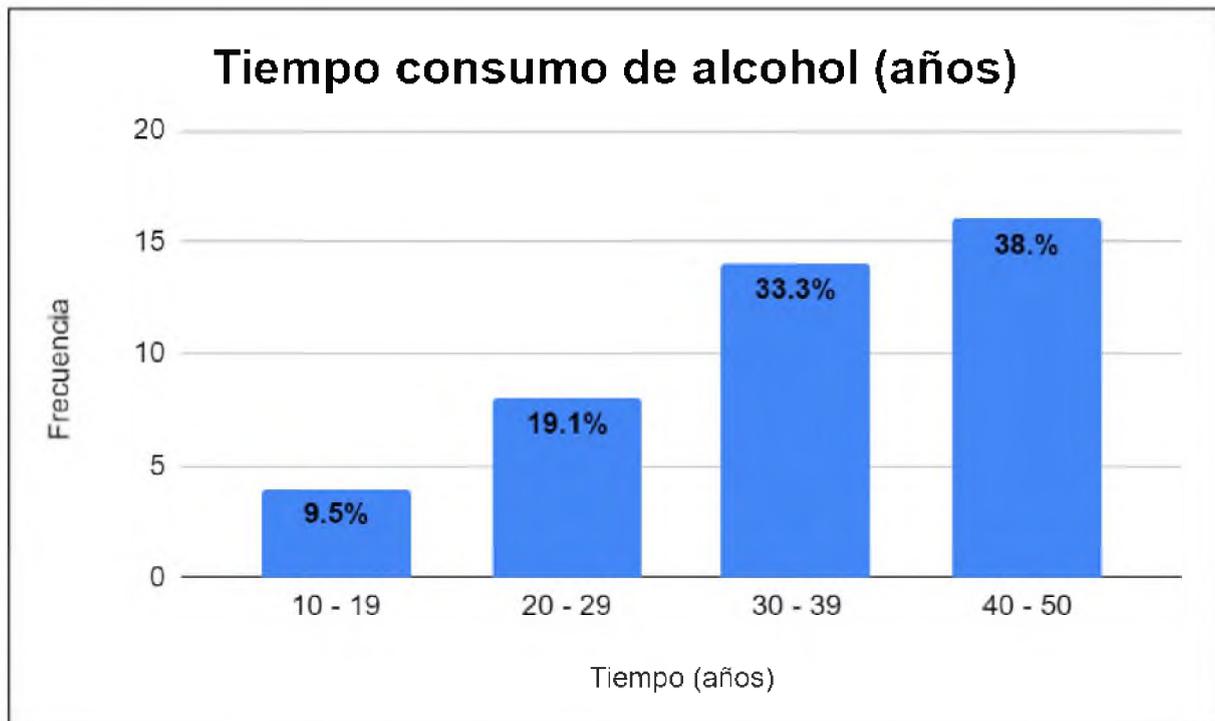
Tabla 7. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el tiempo de consumo de alcohol, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.

Tiempo (años)	Frecuencia	%
10 - 19	4	9.5
20 - 29	8	19.1
30 - 39	14	33.3
40 - 50	16	38.1
Total	42	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 38.1 por ciento de los pacientes consumieron alcohol por un período de 40-50 años, el 33.3 por ciento por un período de 30-39 años y solo el 9.5 consumieron por un período de 10-19 años.

Gráfica 7. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el tiempo de consumo de alcohol, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.



Fuente: tabla 7.

Tabla 8. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el tipo de alcohol, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.

Tipo de alcohol	Frecuencia	%
Cerveza	4	9.5
Ron	18	42.9
Ron y cerveza	13	30.9
Ron y vino	7	16.7
Total	42	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 42.9 por ciento de los pacientes consumían ron, el 30.9 por ciento consumían ron y cerveza, el 16.6 por ciento consumían ron y vino; mientras el 9.5 por ciento consumían sólo cerveza.

Tabla 8. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el tipo de alcohol, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.



Fuente: tabla 8.

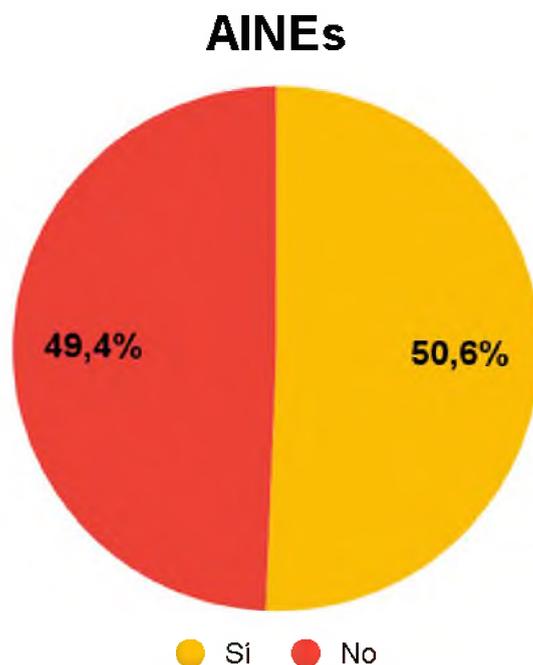
Tabla 9. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el uso de AINEs, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.

Uso de AINEs	Frecuencia	%
Sí	41	50.6
No	40	49.4
Total	81	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 50.6 por ciento de los pacientes usaban AINEs; mientras el 49.4 por ciento no usaban AINEs.

Gráfica 9. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el uso de AINEs, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.



Fuente: tabla 9.

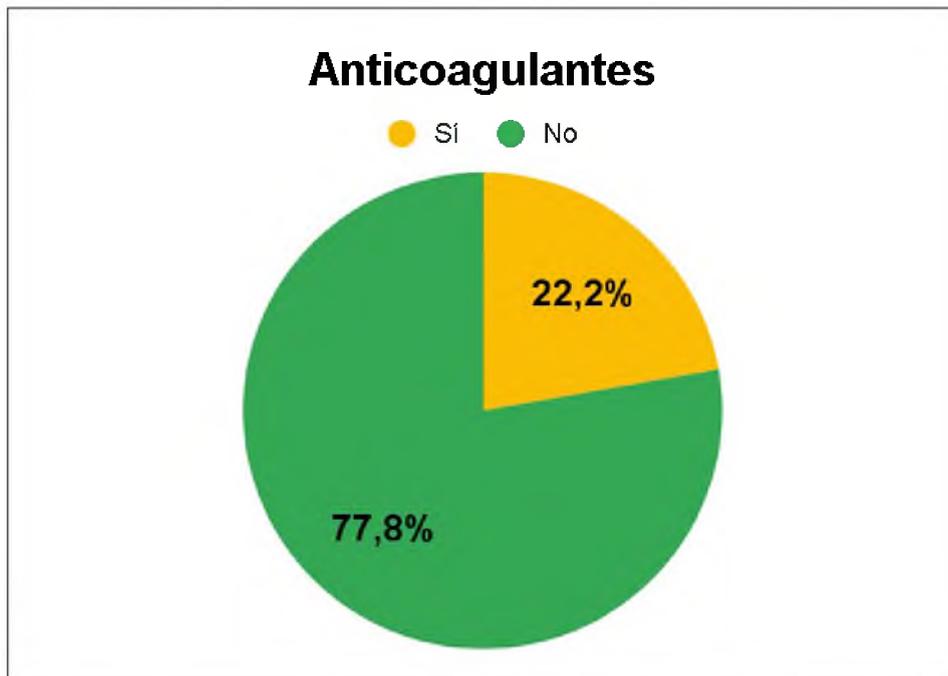
Tabla 10. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el uso de anticoagulantes, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.

Uso de anticoagulantes	Frecuencia	%
Sí	18	22.2
No	63	77.8
Total	81	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 22.2 por ciento de los pacientes usaban anticoagulantes; mientras el 77.8 por ciento no usaban anticoagulantes.

Gráfica 10. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el consumo de anticoagulantes, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre, 2021.



Fuente: tabla 10.

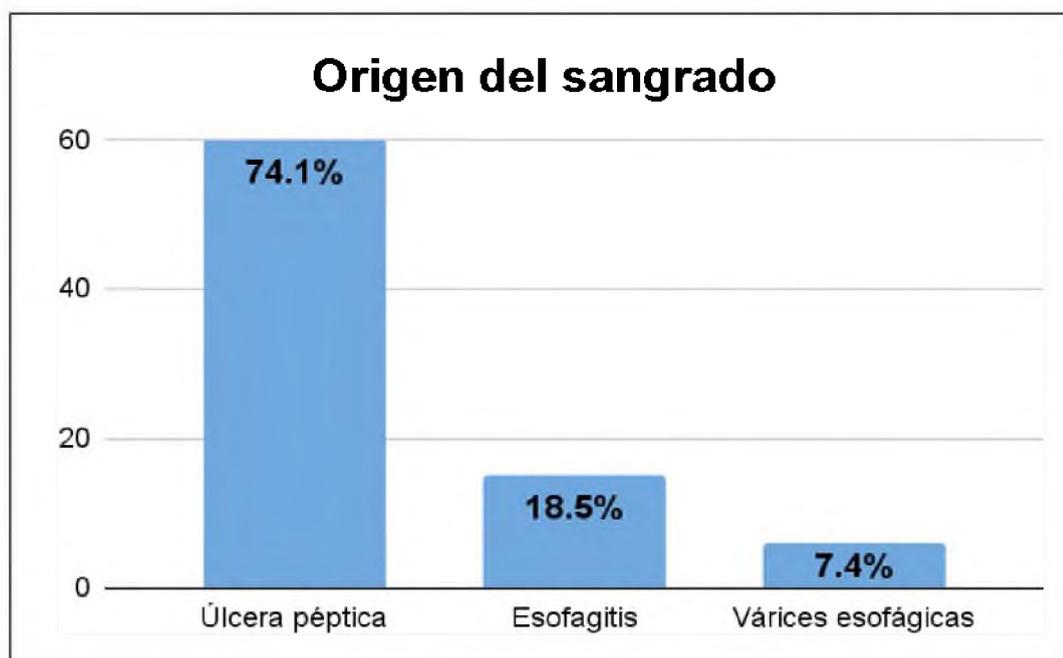
Tabla 11. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el origen del sangrado, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre 2021.

Origen	Frecuencia	%
Úlcera péptica	60	74.1
Esofagitis	15	18.5
Várices esofágicas	6	7.4
Total	81	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 74.1 por ciento de los pacientes presentaron úlcera péptica como origen del sangrado, el 18.5 por ciento de los pacientes presentaron esofagitis y solo el 7.4 por ciento presentó varices esofágicas.

Gráfica 11. Distribución de pacientes con sangrado digestivo alto según el origen del sangrado, Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Mayo-diciembre 2021.



Fuente: tabla 11.

VII. DISCUSIÓN

Un estudio realizado por Portuondo-Avalos I, *et al.* en pacientes asistidos en el servicio de urgencia del Hospital Universitario Héroes del Baire, de la Isla de la Juventud, arrojó como resultado que el mayor porcentaje de pacientes con sangrado digestivo alto se encontraron en el rango de edad de 60-69 años, con un total de 47.5 por ciento; mientras que en este estudio realizado en pacientes con sangrado digestivo alto asistidos por el departamento de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier se obtuvo que el mayor porcentaje de pacientes tenían edad ≥ 70 con un total de 47.0 por ciento de incidencia, aunque difiere con la edad la población más afectada es el adulto mayor.

Según un estudio realizado por Palomino Cabrera en el Hospital Comandante Pinares, Cuba, en paciente diagnosticados con sangrado digestivo alto, se reportó que el sexo más afectado es el masculino con un total de 61.45 por ciento de incidencia, datos que coinciden con los resultados obtenido en este estudio con un total de 71.6 por ciento de incidencia en el sexo masculino.

Un estudio realizado por Arias-María, en pacientes ingresados por el departamento de gastroenterología en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, reportó como las comorbilidades más frecuente en pacientes con sangrado digestivo alto la hipertensión arterial, seguido por la diabetes, datos que coinciden a los obtenidos en el presente estudio.

En un estudio realizado por Otero-Figueredo, *et al.* realizado en el Hospital Carlos Manuel de Céspedes, Janeiro reportó que el 50.0 por ciento de los pacientes con sangrado digestivo alto consumían tabaco; mientras que en el actual estudio se observó que el 46.9 por ciento presentaron tabaquismo, dando a demostrar que el consumo de este producto es muy predominante en los pacientes con sangrado digestivo alto.

En relación al consumo de alcohol se observó que el 51.9 por ciento de los pacientes con sangrado digestivo alto consumían alcohol, datos que difieren con los encontrados por Portuondo-Avalos I, *et al* en el estudio antes mencionado, donde reportó que un total de 26.2 por ciento de los pacientes consumían alcohol. En este mismo estudio se reportó que un total de 20.5 por ciento de los pacientes utilizaban AINEs; mientras que en el presente estudio se reportó que 50.6 por ciento de los pacientes usaban AINEs.

Palomino Cabrera, *et al.* en un estudio realizado en paciente con sangrado digestivo alto, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, reportó que el 49,39 por ciento del sangrado digestivo alto provenían de úlceras pépticas gastroduodenales, seguido por las várices esofágicas sangrantes con un total de 30.1 por ciento ocupando el segundo lugar de incidencia; mientras que en el presente estudio se encontró que el primer lugar de incidencia según origen del sangrado continúa siendo las úlceras pépticas gastroduodenales representado por el 74.1 por ciento, difiriendo en el segundo lugar donde encontramos que provenían de esofagitis con un total de 18.5 por ciento, confirmando que las úlceras pépticas representando el factor etiológico más importante.

IX. CONCLUSIONES.

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. El rango de edad donde prevaleció el sangrado digestivo alto fue en los pacientes ≥ 70 años.
2. El sexo más afectado fue el masculino.
3. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente encontrada en los pacientes con sangrado gastrointestinal alto.
4. De los 81 pacientes con sangrado digestivo alto 38 consumían tabaco.
5. Un porcentaje mayor consumieron tabaco en un período de 40-50 años
6. De los 81 pacientes estudiados 42 presentaron consumo de alcohol.
7. La mayor proporción de los pacientes consumieron alcohol por un período de 40-50 años.
8. El ron fue el tipo de alcohol más frecuente.
9. El uso de AINEs se presentó en una gran proporción.
10. Un porcentaje menor de los pacientes con sangrado digestivo alto usaban anticoagulantes.
11. El origen del sangrado digestivo más frecuente fue la úlcera péptica.

X. RECOMENDACIONES

1. Se exhorta al personal de salud continuar con el llenado correcto de los expedientes clínicos de cada paciente ya que esto contribuye con un adecuado seguimiento e identificación de aquellos pacientes con factores de riesgo para desarrollar en el futuro este tipo de lesiones.
2. Elaborar e implementar protocolos de atención y estrecho seguimiento a los pacientes adultos mayores, en especial aquellos de sexo masculino.
3. Programar citas médicas y exámenes de rutina en aquellos pacientes que requieren tratamientos farmacológicos de uso prolongado que puedan resultar agresivos para la mucosa gástrica y desarrollar posibles lesiones.
4. Desarrollar campañas preventivas-promocionales dirigidos a disminuir o eliminar el abuso de alcohol y tabaco con el propósito de concientizar a los pacientes sobre las consecuencias del abuso de estos y otros hábitos tóxicos sobre la salud.
5. Implementar programas educativos para motivar a la población hacia la práctica de estilos de vida saludables; de esta manera se logrará un mejor control de estos factores de riesgo.
6. Capacitar e incentivar al personal de salud de atención primaria sobre el manejo adecuado de forma oportuna que puede contribuir a la prevención de posibles complicaciones y mantener un número reducido de mortalidad.

XI. REFERENCIAS

1. Palomino-Cabrera A. Caracterización de pacientes diagnosticados con sangramiento digestivo alto en un servicio de Cirugía General. *EsTuSalud* [Internet]. 2021; 4 (1): e178. Disponible en: <http://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/178>
2. Guzmán-Guzmán JD, Dávila-Bedoya ES, Palomeque-Quevedo WF. Tratamiento del sangrado digestivo alto. *Cambios rev méd.* 2018; 17 (2): 95-104. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005258/revista_cambios_julio_2018_pag_95-104.pdf
3. Chuecas J, Torres T, Cabezas G, Lara B. Hemorragia digestiva alta. *ARS med rev de ciencias médicas (Chile)*. 2019; 44 (3): 24-34. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/336212766_Hemorragia_digestiva_alta
4. Jorquera-Zuara S, Valiente-Castillo R, Vazquez-Lobe S, Gómez-Mayayo P, Boix-Sau E, Pérez-Romero C, *et al.* Hemorragia digestiva alta. Revisión bibliográfica. *Rev electrónica portales med.com*. 2021; XVI (6): 256. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hemorragia-digestiva-alta-revision-bibliografica/>
5. Vilaseca-Sanabria E, Rodríguez-Reyes H, Díaz-Núñez MÁ, Arañó-Furet M, Rodríguez-Villar Á. Manejo del paciente portador de sangrado digestivo alto en el servicio de urgencias. *Rev cuba med mil.* 2017; 47 (1): 2–11. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/39/143>
6. Lizola-Hernández JJ, Ramírez-González LR, González-Ojeda A, Fuentes-Orozco C. Morbilidad y mortalidad en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto que requirieron tratamiento quirúrgico, atendidos en el Hospital de alta especialidad centro médico nacional de occidente, en un periodo de 5 años. *Rev. med. clín. Metepec (México)*. 2018; 2 (2): 51-57. Disponible en: <https://zenodo.org/record/1258034>
7. Franco-Litardo ER. Recidivas de hemorragia digestiva alta en el Hospital universitario de Guayaquil entre 2014-2015. [Tesis de grado]. Guayaquil (Ecuador): Universidad de Guayaquil; 2017. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/32166/1/CD%201690-%20FRANCO%20LITARDO%20EVELYN%20ROXANA.pdf>

8. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Rev Med Chil.* 2020; 148 (3): 288–94. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n3/0717-6163-rmc-148-03-0288.pdf>
9. Arias-María BC. Estratificación de riesgo del sangrado gastrointestinal alto según la escala clínica de Rockall en los pacientes ingresados por el departamento de gastroenterología en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, enero-diciembre 2019. Santo Domingo (Rep Dom): Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU); 2020. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/3897/Estratificaci%C3%B3n%20de%20riesgo%20del%20sangrado%20gastrointestinal%20alto-Brimary%20Carolina%20Arias%20Mar%C3%ADa.pdf>
10. Martínez-Salinas GA, Figueroa-Navarro PP, Toro-Pérez JI, García-Carrasco C, Csendes-Juhász A. Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. *Rev Cirugía.* 2021; 73 (6): 728–43. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000600728
11. Jiménez-Pacheco MJ. Revisión bibliográfica acerca las medidas terapéuticas más frecuentemente utilizadas en los pacientes que presentan sangrado digestivo alto en los servicios de emergencias. [Tesis de posgrado]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2020. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81657/Tesis.%20Maria%20Jos%C3%A9%20Jimenez%20Pacheco.pdf?sequence=1>
12. Otero-Figueroa MDJ, Figueroa-González LI, Figueroa-González C, Rosada-Navarro Y, Polanco-Rosales A. Sangrado digestivo alto, Factores de riesgos asociados, Hospital Carlos Manuel de Céspedes, enero 2017 a enero 2018. *Multimed.* 2020; 24 (1): 130-139. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/multimed/mul-2020/mul201j.pdf>

13. Cuartas-Agudelo YS, Martínez-Sánchez LM. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Rev médicas UIS* [Internet]. 2020; 33 (3): 9-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-0319202000300001
14. Jiménez-Rojas LA. Sangrado digestivo alto. *Rev méd sinergia*. 2017; 2 (7): 6–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177b.pdf>
15. Martínez G, Csendes A, Carreño B. Hemorragia digestiva alta. En: *Cirugía en medicina general, Manual de enfermedades quirúrgicas* 1ª ed. Santiago (Chile): Centro de Enseñanza y Aprendizaje, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2020. 98-113.
16. Portuondo-Avalos I, Amaro-Arias E, Rodríguez-Hernández A, Pérez-Pozo M, Barro-Blanco A, Farrat-Rodríguez R. La hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. Hospital Universitario Héroes del Baire. 2002-2012. *Revista de Medicina Isla de la Juventud*. 2014; 14 (2): 133–50. Disponible en: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/78/166>
17. Roesch-Dietlen F, Remes-Troche J, Ramos- De la Medina A. Hemorragia del tubo digestivo alto. En: *Gastroenterología clínica*, 2ª. D. F. (México): Alfi; 2008, 141-152.
18. Rendón-Porras A, Carmona-García V, González-Acosta I, Vásquez-Echeverri I, Mejía-Franco E, Gómez-Pérez L, et al. Hemorragia del tracto digestivo superior, enfoque para el médico general. *Med UPB*. 2022; 41 (1): 67–74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1590/159070317014/1590703172014.pdf>
19. Montaner A. Hemorragia digestiva alta: guía para su tratamiento en urgencias. *Academia de cirugía*. 2020. Disponible en: <https://aaxdemy.com/hemorragia-digestiva-alta-diagnostico-tratamiento-urgencias/>
20. Álvarez D. Hemorragia digestiva alta y baja. *Sociedad chilena cirugía pediátrica*. 2016. Disponible en: <https://www.schcp.cl/wp-content/uploads/2016/10/2.-Hemorragia-digestiva.pdf>

21. Infante-Velázquez M, Román-Martínez Y, Winograd-Lay R, Ramos-Contreras JY, Rodríguez-Álvarez D, Corujo-Arias E. Influencia de la comorbilidad en la evolución del paciente hemorragia digestiva por úlcera péptica. *Rev Habanera de Ciencias Med.* 2016; 15 (4): 551-562. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n4/rhcm07416.pdf>
22. Liboni N. Hemorragia digestiva alta- síntomas, tratamiento y causas [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.minhaveda.com.br/saude/temas/hemorragia-digestiva-alta>
23. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.
24. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2017

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2022-2023	
Selección de tema	2 0 2 2	Febrero
		Marzo
Aprobación del tema		Abril
Búsqueda de referencias		Mayo
Elaboración del anteproyecto		Junio Julio Agosto
Sometimiento y aprobación		Septiembre Octubre Noviembre
Revisar expedientes clínicos	Diciembre	
Tabulación y análisis de la información	2 0 2 3	Enero
Redacción del informe		Febrero
Revisión del informe		Febrero
Encuadernación		Febrero
Presentación		Marzo

XII.2. Instrumento de recolección de datos

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER, MAYO-DICIEMBRE, 2021.

Fecha: _____ No. Historia clínica: _____

1. Edad: _____ años.

2. Sexo:

Masculino

Femenino

3. Comorbilidad:

Hipertensión arterial

Diabetes mellitus

Enfermedad pulmonar crónica

Enfermedad cerebrovascular

Enfermedad ulcerosa

Hepatopatía

Insuficiencia cardiaca

4. Tabaquismo:

Sí

No

5. Consumo de alcohol:

Sí

No

6. Uso de AINEs:

Sí

No

7. Uso de anticoagulantes:

Sí

No

8. Origen del sangrado:

Úlcera péptica

Esofagitis

Síndrome de Mallory- Weiss

Várices

Otro: _____

XII.3. Costos y recursos

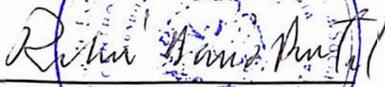
XII.3.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • 2 asesores (metodológico y clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 				
XII.3.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		1 resmas	410.00	410.00
Lápices		1 unidades	20.00	20.00
Borras		1 unidades	25.00	25.00
Bolígrafos		2 unidades	25.00	50.00
Sacapuntas		1 unidades	15.00	15.00
Computador Hardware: Laptop Evoo EVC141-12SL, Evoo Elite Series. Procesador 3.7 GHz ryzen_5_3500u, SDRAM de 8 GB DDR4, 256GB SSD, AMD Radeon Vega 8, tarjeta integrada. Pantalla FHD de 14,1 pulgadas, 1 HDMI 1.4b; 1 USB 2.0 (solo transferencia de datos); 2 USB 3.0 (solo transferencia de datos); 1 combinación de auriculares y micrófono; 1 pin de CA inteligente. Software: Windows 10 Home Microsoft Office		1 unidad	24,750.00	24,750.00
				25,270.00
XII.3.3. Información				
Adquisición de libros		1 libro	750.00	750.00
Revistas		N/A	N/A	N/A
Otros documentos		N/A	N/A	N/A
Referencias (ver listado de referencias)		N/A	N/A	N/A
				750.00
XII.3.4. Económicos*				
Papelería (copias)		200 copias	5.00	1,000.00
Encuadernación		8 informes	80.00	640.00
Empastado		5 unidades	400.00	2,000.00
Alimentación		30 almuerzos	200.00	6,000.00
Transporte		60 viajes	150.00	9,000.00
Inscripción de la tesis		1 inscripción	16,500.00	16,500.00
Presentación de la tesis		1 unidad	16,500.00	16,500.00
Imprevistos 10%		1 unidad	1,500.00	1,500.00
Total				\$79,160.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XII.4. Evaluación

Sustentante:

Geckdris Vickitiel Medina
Geckdris Vickitiel Medina Mendez


Dr. Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

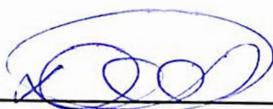
Asesores:


Dr. Pascal Núñez Minaya
(Clínico)


Dra. Tamara Altagracia Moore

Jurado:


Dr. Alejandro Tokuda


Dra. Clarida Rodriguez


Dra. Claudia Maria Scharf
Directora Escuela de Medicina

Autoridades:


Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

UNPHU
MEDICINA

Fecha de presentación: 28/04/2023

Calificación: 97 - A