



Secretaría
de Salud

SECRETARÍA DE SALUD



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**Factores de riesgo de los pacientes ingresados por hemorragia de tubo digestivo
alto al servicio de urgencias en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón en el
año 2018.**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA

DR. ERNESTO LÓPEZ ÁVILA

TUTOR

DR. SERGIO ABDALI HERNANDEZ SALGADO

Acapulco de Juárez, Gro, 16 de febrero del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Secretaría
de Salud

SECRETARÍA DE SALUD





Indice

1.	Resumen.....	5
2.	Marco teórico	7
3.	Marco Conceptual	8
4.	Marco Referencial.....	34
5.	Marco Legal.....	38
6.	Planteamiento del Problema.....	39
7.	Justificación	40
8.	Objetivos.....	41
	Objetivo general.....	41
	Objetivo específico.....	41
9.	Metodología	41
	Tipo y diseño de estudio	41
	Población, lugar y tiempo de estudio	41
	Tipo y tamaño de la muestra.....	41
	Criterios de selección.....	41
	Tabla de variables.....	42
	Método e instrumento	43
	Análisis Estadístico	43
	Consideraciones éticas.....	43
10.	Resultados.....	44
11.	Discusión	52



12. Conclusión	55
13. Recomendaciones	56
14. Bibliografía	57
15. Anexos	62



Resumen

Introducción: El sangrado digestivo constituye hoy en día un problema médico que implica una significativa morbilidad y mortalidad. La incidencia global del sangrado digestivo en los países occidentales varía de 50 a 170 por cada 100,000 habitantes.¹

Objetivo: Describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes ingresados por hemorragia de tubo digestivo alto en el H.G Dr. Donato G. Alarcón, año 2018. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo. Se tomó un censo y se incluyeron 30 expedientes de pacientes ingresados y diagnosticados por hemorragia de tubo digestivo alto en el lugar y año antes mencionado. Para el análisis estadístico, se ocupó la estadística descriptiva. **Resultados:** Predomino el sexo masculino, una media de edad de 57 años, una moda de 64 años. Se obtuvo una media de días de estancia hospitalaria de aproximadamente 5 días. Un 35.1% tenía una medicación previa al HTDA con AINES. Casi el 60% presentaba alguna comorbilidad. Se observó que predominó la hemorragia de tubo digestivo alto variceal en un 73.3%. **Conclusiones:** Es necesario capacitar sobre las complicaciones de la hemorragia de tubo digestivo alto en especial de origen variceal a los pacientes que tienen presencia de factores de riesgo.

Palabra clave: hemorragia de tubo digestivo alto.



Abstract

Introduction: Digestive bleeding is today a medical problem that implies significant morbidity and mortality. The overall incidence of digestive bleeding in Western countries varies from 50 to 170 per 100,000 inhabitants.¹ **Objective:** Describe the clinical epidemiological characteristics of patients admitted for bleeding from the upper gastrointestinal tract in the HG Dr. Donato G. Alarcon, year 2018. **Material and methods:** Observational, descriptive study. A census was taken and 30 records of patients admitted and diagnosed by bleeding from the upper gastrointestinal tract were included at the place and year mentioned above. For the statistical analysis the SPSS v. 21, descriptive statistics were also used. **Results:** The male sex predominated, an average age of 57 years, a fashion of 64 years. An average of days of hospital stay of approximately 5 days was obtained. 35.1% had a medication prior to HTDA with NSAIDs. Almost 60% had some comorbidity. It was observed that hemorrhage of the variceal upper gastrointestinal tract prevailed in 73.3%. **Conclusions:** It is necessary to train patients who have a presence of risk factors about the complications of bleeding from the upper gastrointestinal tract, especially of variceal origin.

Keyword: upper gastrointestinal bleeding.



1. Marco teórico.

El sangrado digestivo constituye hoy en día un problema médico que implica una significativa morbilidad y mortalidad. Representa una de las condiciones clínicas más prevalentes en los Servicios de Urgencia hospitalaria.¹ La incidencia global del sangrado digestivo en los países occidentales varía de 50 a 170 por cada 100,000 habitantes. Tradicionalmente se ha dividido, según su lugar de origen, en alto y bajo (proximal o distal al ángulo de Treitz) y según su etiología, como el de origen varicoso o no varicoso, con tratamiento y pronósticos diferentes.²

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión situado en el tracto gastrointestinal, en un punto localizado por encima del ángulo de Treitz. Suele manifestar por hematemesis y/o melena. La presencia de hematemesis (sangre en el vómito) generalmente sugiere que el origen del sangrado está próximo al ligamento de Treitz. El aspecto de las heces, también informa la altura del origen del sangrado, cuando la sangre ha permanecido por menos de 5 horas en el intestino, generalmente sale de color rojo en la heces, mientras la sangre que ha permanecido por 20 horas es, por lo general melénica (heces negras, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa). Las principales causas del HDA son las úlceras gástricas o duodenales presentes hasta en un 67%.^{3, 4.}

El incremento en la frecuencia de enfermedades crónicas, como: hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, insuficiencia hepática, se asocia con úlcera péptica y sus complicaciones.^{5, 6}

En los sujetos mayores de 60 años, como consecuencia del incremento en la frecuencia de enfermedades concomitantes y del consumo de diversos fármacos (entre ellos los antiinflamatorios no esteroideos, Aines), la aparición de úlcera gástrica y duodenal y sus complicaciones suelen aumentar.^{7, 8}



Marco Conceptual

Anatomía

La circulación portal presenta, tanto desde el punto de vista anatómico como fisiológico, particularidades diferentes del resto de la economía. Este sistema se encuentra entre dos grandes lechos capilares, representados por los órganos gastrointestinales, páncreas y bazo de una parte, y el hígado por otra. De ahí que se le denomine "sistema portal" a todo sistema venoso del organismo que se encuentre situado entre dos territorios capilares. (Glándula suprarrenal e hipófisis).⁹

El sistema portal presenta cuatro características de igual importancia:¹⁰

1. Estar situado entre dos territorios capilares.
2. Alcanzar la presión venosa en el sistema portal valores superiores a los del sistema venoso central. Ello es debido a que la sangre que viene por él debe sortear la barrera de los sinusoides hepáticos antes de desaguar en el sistema cava inferior.
3. Existir entre los sistemas porta y cava una red colateral que, en condiciones normales, desempeña un reducido papel en cuanto a su calibre y efecto derivativo de sangre; que sin embargo, en condiciones patológicas se convierte en el camino obligado de desagüe de la sangre portal para llegar a la circulación general.
4. Carecer de válvulas. Este hecho particular es, quizás, el de mayor trascendencia en el determinismo de la fenomenología clínica por la "facilidad" relativa con que puede producirse una inversión de la dirección del flujo sanguíneo.



La vena porta está formada por la reunión de tres grandes troncos venosos, que son: la vena esplénica, la vena mesentérica superior y la vena mesentérica inferior. En su trayectoria la vena porta recibe afluentes que desaguan en ella misma o cualquiera de sus ramas, derecha o izquierda; o en ocasiones en la mesentérica superior. A través de estos vasos la circulación portal establece comunicación con la circulación general.

Estas comunicaciones son de tres tipos: ¹¹

1. Esofágicas: anastomosis de la coronaria estomáquica con las esofágicas inferiores, que drenan en las intercostales y las ácigos. Aquí intervienen los vasos breves tendidos entre la esplénica y las esofágicas, razón del término esófago-gástricas.
2. Rectales: a causa de que la mesentérica inferior establece comunicación con la cava a través de las hemorroidales y vena hipogástrica.
3. Peritoneales: los llamados sistemas de Retzius y Sappey.

El sistema de retzius es el de mayor importancia: aparece en todo tipo de bloqueo, está formado por una serie de pequeñas ramificaciones venosas tendidas entre ambas venas mesentéricas y la cava inferior, en la propia pared intestinal que son, muy frecuentes en el duodeno, colon ascendente y descendente.

El sistema de sappey no es más que el "sistema portal accesorio": formado por un grupo de venas que penetra en el hígado, independiente de la porta y que se divide en cinco grupos:

- a) Gastriepiploico
- b) Cístico
- c) Nutricio
- d) Del ligamento suspensorio
- e) Para umbilical



De los grupos mencionados solamente los dos últimos tienen importancia en patología, por lo cual vamos a describirlos.¹²

El grupo del ligamento suspensorio consiste en un grupo de pequeñas venas que nacen en la pared anterior del abdomen y llegan al hígado a través del propio ligamento suspensorio y cuya dilatación determina la clásica imagen de la cabeza de Medusa (exponente del síndrome de Cruveilhier-Baumgarten).

Estas colaterales se abren o comienzan a hacerse patentes en el síndrome de hipertensión portal, con presiones de forma mantenida de 10 o más mm de Hg por encima de las presiones normales.

La vena porta intrahepática:

El hígado es la glándula más voluminosa del organismo, tiene más de 500 funciones externas e internas, sobre todo en relación con el metabolismo intermediario. Recibe sangre a partir de la arteria hepática y de la vena porta (75% sangre portal y 25% de sangre arterial). Está formado por unos 250 000 lobulillos y cada un lobulillo (hepatón) constituye la unidad funcional, un hígado en miniatura.

En el centro del hepático se encuentra la vena centrolobulillar y en la periferia se dispone el tejido conjuntivo, dependiente de la cápsula de Glisson, que los separa del resto. El microscopio electrónico y la histoquímica cambiaron la concepción clásica de la estructura hepática obtenida con el microscopio convencional. Hace 100 años Hering definía la masa celular atravesada por capilares hasta hace unos años en que Remak describe sus cordones:



Es a partir de los trabajos de Hans Elias que se postula la concepción tridimensional, con un sistema irregular de paredes (esponjoso), tabique o sistema de cavidades comunicantes, lagunas o sinusoides hepáticos. Al llegar al hígado tanto la vena porta como la arteria hepática se subdividen ininidad de veces y corren por los tabiques conjuntivos perilobulillares; de ahí parten ramas en ángulo recto que penetran en el lobulillo y van a terminar en el senoide hepático, el cual a su vez desagua en la vena centrolobulillar, en la profundidad del lobulillo.

Como se ve, se mezclan la sangre venosa y arterial, y se establece un "shunt" fisiológico. Hay autores que afirman que existen ramas arteriales que desembocan directamente en la vena centrolobulillar, con la consiguiente arterialización de la sangre venosa. Bajo condiciones normales existen tres tipos de anastomosis arteriovenosas dentro del hígado:

1. Intralobulillar por el senoide.
2. Perilobulillar-perisinusoidal, arteriovenosa directa sin capilares originada por una ruptura de la arquitectura hepática y que produce un daño por anoxia a la célula hepática.
3. Perilobulillar por sistema capilar. Además existen comunicaciones veno-venosas, normales y patológicas. La normal ha sido descrita por Ravinovitch entre la rama perilobulillar y la sublobulillar. Funciona en los períodos interdigestivos, lobulillos en fase de descanso.

La otra comunicación veno-venosa aparece en el hígado cirrótico, entre la porta perilobulillar y la vena centrolobulillar, directa, sin capilares intermedios. Por último, constantemente están ocurriendo en el hígado cambios en los capilares que intercomunican todos estos vasos, sinusoides, venas y arterias perilobulillares, así como anastomosis normales veno-venosas y arteriovenosas que tienen independencia contráctil unas de otras, pudiendo un senoide, en determinado momento, recibir sangre venosa o arterial pura.¹³



DEFINICION

La hemorragia gastrointestinal es la pérdida sanguínea intraluminal que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, que se extiende desde la boca hasta el ano. La hemorragia digestiva alta se refiere a la pérdida sanguínea macroscópica que se origina proximal al ligamento de Treitz y que generalmente se manifiesta como hematemesis, emesis de "café molido" y / o melena con o sin compromiso hemodinámico. La cual a su vez se divide en etiología variceal y no variceal.

El tipo más común de hemorragia digestiva alta es "no variceal" e incluye diagnósticos como úlcera péptica (gástrica y duodenal) el cual representa hasta el 67% de los casos, erosiones gastroduodenales, desgarros de Mallory-Weiss, esofagitis erosiva, malformaciones arteriovenosas, lesión de Dieulafoy y tumores del tracto gastrointestinal superior y tumores malignos. La hemorragia digestiva baja se origina debajo del ligamento de Treitz y tiene una incidencia estimada de 20 pacientes por 100,000 anualmente.¹⁴

.

EPIDEMIOLOGIA

La hemorragia gastrointestinal superior es más frecuente que la inferior. La incidencia de hemorragia gastrointestinal superior es entre 50 y 150 casos por cada 100 000 adultos y año. La incidencia de hemorragia gastrointestinal inferior es entre 20 y 30 casos por cada 100 000 adultos y año. En Estados Unidos alrededor de 300 000 personas ingresan en un hospital en el transcurso de un año por hemorragia gastrointestinal. El riesgo de muerte oscila entre el 5 y el 30%. El riesgo de presentar hemorragia gastrointestinal es mayor en varones y aumenta con la edad.¹⁵⁻¹⁷

Últimamente en otras áreas geográficas, se realizado estudios epidemiológicos, que han observado su evolución en los años; como la realizada en Holanda, donde se evidencia un descenso en la incidencia: de 61. 7 en 1993 a 47,7 casos por cada 100.000 habitantes.¹⁸

La tasa de resangrado que permanece en torno al 15% en la última década. Sin embargo, la intensidad y la frecuencia dependen de diversos factores de riesgo como la



edad, la presencia de enfermedades concomitantes y el uso de fármacos gastro lesivos como los anti-inflamatorios no esteroideos que son los más usados mundialmente en los últimos 15 años en la profilaxis secundaria de enfermedades vasculares y en artropatías degenerativas, son capaces de causar lesiones a lo largo del tracto digestivo y con mayor riesgo de producir Hemorragia Digestiva Alta.²⁰

Se ha reportado que entre el 10 al 20% de los usuarios de AINES sufren complicaciones como sangrado digestivo y perforaciones ulcerosas y son más frecuentes en pacientes de edad avanzada mayores de 75 años, los que contribuyen incrementando el número de muertes producidas por esta complicación. Dentro de las características clínicas del paciente, la edad presenta una mortalidad de 14 al 39%, en pacientes mayores de 60 años, a diferencia de una menor mortalidad de 4 al 9 % en menores de 60 años.^{21,22}

Respecto al sexo se ha observado en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal que la incidencia en varones es el doble respecto a las mujeres, siendo esta una patología que se incrementa marcadamente con la edad.

Aunque ha mejorado la calidad del tratamiento que se ofrece a estos pacientes tanto endoscópicamente, como médicamente, gracias a los inhibidores de la bomba de protones. Los pacientes afectados tienen una edad cada vez más elevada, lo que lleva consigo que presenten más comorbilidades médicas; lo que hace que la mortalidad y la tasa de recidiva permanezcan estables.²³

Asimismo, la presencia de 4 o más enfermedades concomitantes aumentan la mortalidad de la hemorragia digestiva que puede llegar al 70%, además los pacientes hospitalizados por otras causas tienen un peor pronóstico cuando presentan una hemorragia digestiva por úlcera durante la hospitalización. Estudios señalan que las perforaciones ulcerosas son más frecuente en pacientes que tienen las siguientes características: edad mayor de 60 años, altas dosis de AINES por tiempo prolongado, tratamiento con corticoides y anticoagulantes; y con antecedente de enfermedad ulcerosa previa.²⁴



ETIOLOGIA

Las dos causas más frecuentes son por ulcera péptica, y la secundaria a hipertensión portal, al considerarse la HDA.

La ulcera péptica continua siendo la causa más frecuente de HDA construyendo entre el 35 y 50% de los casos, siendo dos veces más frecuentes el sangrado por ulcera duodenal que por ulcera gástrica. La magnitud del sangrado se ha correlacionado con el tamaño >2 cm y la localización de la ulcera, debido a la erosión de grandes vaso, principalmente localizadas en cara posterior del bulbo duodenal (arteria gastro duodenal) y la porción proximal de la curvatura menor gástrica, (arteria gástrica izquierda).²⁵

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de ulcera péptica son la infección por *H. Pylori* y la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Ambos han demostrado ser factores de riesgo independientes para el desarrollo de ulcera y el incremento de HDA, incluso en un metanálisis reciente se evidencio que la presencia de ambos producía un efecto sinérgico.²⁶

Sin embargo estos efectos podrían modificarse en un futuro debido al uso creciente de la terapia erradica frente *H. Pylori* el desarrollo de AINE menos gastroerosivos o la administración concomitante de inhibidores de la bomba de protones (IBP) como el esomeprazol en paciente con ingesta crónica de AINE. Por otro lado menos del 0.1% de las HDA por ulcera péptica son debidas a síndrome de hipersecreción como síndrome de Zollinger Ellison.

Las lesiones agudas de la mucosa gástrica constituyen hasta el 20% de las causas de HDA aunque habitualmente presentan un sangrado leve. Los factores clínicos asociados con la existencia de estas lesiones son la toma de AINE, alcohol, o estado crítico del enfermo con ventilación mecánica coagulopatía lesiones neurológicas graves, politraumatizados etc.

La hemorragia secundaria a esofagitis se correlaciona con la gravedad de la misma, aunque habitualmente es leve. Excepcionalmente cuando la esofagitis se asocia a la



presencia de una ulcera puede producirse un sangrado clínicamente sea más relevante.

El síndrome de Mallory Weiss es un desgarramiento localizado en la unión esófago gástrica produciéndose habitualmente un sangrado auto limitado. El cuadro típico es la instauración de náuseas y vómitos como antecedentes de la hematemesis principalmente en sujetos alcohólicos.

Existe un amplio abanico de lesiones vasculares causantes de HDA, las malformaciones arteriovenosas ocasionalmente son origen de hemorragia importante, observándose principalmente en acciones, vasculopatías, con frecuencia anti coagulados, y asociados al síndrome de telangiectasia hemorragia hereditaria. La ectasia vascular antral o Watermelon, stomach habitualmente se manifiesta en forma de anemia ferropénica.

La lesión de Dieulafoy arteria anormalmente larga que a diferencia del resto de los vasos, mantiene el mismo calibre al atravesar la pared gastrointestinal suele ser la causa de sangrado importante y recurrente localizándose habitualmente en la región proximal de la cavidad gástrica.²⁷

Tabla 1
ETIOLOGIA DE LA HDA

ULCERA PEPTICA	37-50%
VARICES ESOFAGICAS	10-15%
LESIONES AGUDAS DE LA MUCOSA GASTRICA	8-15%
ESOFAGITIS	5-15%
LESION DE MALLORY WEISS	5-8%
CARCINOMA	1-5%
MISCELANEA	1-5%

Bibliografía J.L Martínez Porras, J.L Calleja Panero, Hemorragia digestiva alta, etiología y procedimientos diagnósticos Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Central de la Cruz Roja Madrid 2005:17.S50, S54

:



FISIOPATOLOGIA

En condiciones normales, la cantidad de sangre perdida por el tubo digestivo es aproximadamente de 0,5-1,5 ml. Cualquier pérdida superior a esta cantidad se denomina hemorragia digestiva. Consiste en el paso a la luz del tubo digestivo de sangre contenida en los vasos de la mucosa.²⁸

La mucosa gástrica normal se encuentra bien protegida contra el efecto corrosivo del ácido por un grupo de mecanismos que en forma conjunta constituyen la barrera mucosa gástrica. Estos mecanismos incluyen la capa mucosa, el gradiente de pH, la hidrofobicidad de la membrana celular, la capacidad de secreción de bicarbonato y el flujo sanguíneo de la mucosa.²⁹

La renovación del epitelio gástrico es normalmente muy rápida, la mucosa total puede ser reemplazada en tres o cuatro días. Este reemplazo depende de un flujo sanguíneo mucoso adecuado; cualquier causa que dificulte o interrumpa este flujo sanguíneo aumentará el riesgo de erosiones por estrés.

La capacidad de la mucosa gástrica de aumentar su flujo sanguíneo es el factor de protección más significativo. Las concentraciones elevadas de ion hidrógeno determinan un aumento en el flujo sanguíneo de la mucosa gástrica, el cual contribuye a disipar el ácido. En adición, este flujo sanguíneo provee bicarbonato sistémico, y promueve una secreción intraluminal de ácido.

La isquemia parece ser el factor desencadenante que disminuye la capacidad de la mucosa gástrica de protegerse a sí misma del ácido luminal. Estudios recientes con tonometría intragástrica han demostrado una relación directa entre el descenso del pH intramucoso (pH), como medida de la isquemia visceral, y la incidencia de hemorragia aguda de la mucosa.³⁰

Si bien actualmente se acepta que la citoprotección por prostaglandinas juega un rol significativo en el mantenimiento de la integridad de la mucosa gástrica, el mecanismo de acción no es totalmente conocido. Se ha sugerido que las prostaglandinas



aumentan el flujo sanguíneo de la mucosa gástrica o facilitan la regeneración de las células epiteliales.

También podrían aumentar la secreción de las células mucosas, ya que existe cierta relación entre la producción de prostaglandinas y la cantidad y calidad de la capa de mucus. La contribución precisa de cada uno de los factores precedentes no ha sido establecida, y además, los estudios realizados han tratado de explicar el rol de los mismos en la generación de las lesiones mucosas por estrés pero no en la consecuencia resultante, la hemorragia digestiva. Ninguno de los factores fisiopatológicos explica satisfactoriamente el volumen de pérdida sanguínea que resulta de lesiones gástricas aparentemente superficiales.

La diferencia de sangrado que se observa en estas circunstancias, comparadas con erosiones similares en otras partes del organismo, puede depender de las características locales del estómago.³¹

Los estudios de Kaplan y colaboradores demostraron que la presencia de pepsina y el pH del jugo gástrico en los pacientes con úlcera por estrés dificultan la formación y estabilidad del tapón hemostático, y por tanto interfieren con el mecanismo convencional de hemostasia. Estos estudios indican que cualquier agente que pueda inhibir o neutralizar la acidez gástrica puede promover la hemostasia y por ende ser útil en el tratamiento de las úlceras sangrantes. La Hemorragia digestiva puede ser visible, pero en ocasiones la pérdida de sangre es tan pequeña que se detecta microscópicamente o por medio de reacciones químicas (sangre oculta en heces). Es la denominada hemorragia digestiva oculta o inaparente³²

La fisiopatología común a todas las hemorragias digestivas es la de hemorragia masiva perdida de volumen circulante y hemoderivados que llevan a un shock hipovolémico y posteriormente al paro cardio respiratorio y la muerte.



Enfermedad ácido péptica.

Es la primera causa de HDA lesión de continuidad en mucosa gástrica/duodenal, enfermedad crónica recurrente, su origen puede ser neoplásico por lo que requiere confirmación anatomopatológica del diagnóstico.

Desde el punto de vista fisiopatológico el cuadro se debe a un desbalance entre los factores protectores (mucus, bicarbonato, prostaglandinas, unión y regeneración celular) y noxas (Pylori, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) alcohol y acidez entre otros³³

H. pylori: Gram negativo productor de ureasa alcaliniza el medio local mediante la formación de urea en amonio. Además de la inflamación local aumenta la producción de gastrina aumentando la producción de ácido clorhídrico.

AINE: bloquean la acción de las prostaglandinas disminuyendo así la liberación de bicarbonato factor protector estudio local mostro un consumo previo de aproximadamente 30% en pacientes ingresados por HDA.

La enfermedad ulcerosa péptica que incluye úlceras gástricas, duodenal, esofágica, y de estomas es la causa más común de hemorragia de tubo digestivo alto.

Gastritis y esofagitis erosivas

La gastritis, esofagitis y duodenitis erosivas son en conjunto las causantes de casi 13% de todos los casos de hemorragia de tubo digestivo alto. Los factores predisponentes incluyen el consumo de alcohol, salicilatos.

Síndrome de Mallory Weiss

Desgarros no perforantes en la mucosa gastroesofágica secundaria a aumento bruscos de la presión abdominal. Es la hemorragia de tubo digestivo alto secundario a un desgarro longitudinal de la mucosa en la región cardioesofágica. Los antecedentes clásicos es el vómito repetido seguido de hematemesis roja brillante pero también se han reportado como causa a maniobra de valsalva extrema como en casos de tos.



Varices gástricas y esofágicas

Las varices esofágicas son anormalmente dilatadas que se encuentran en la parte final del esófago por la que circula parte de la sangre que en condiciones normales debería pasar a través del hígado. Su dilatación es consecuencia de la dificultad que el hígado ofrece al paso de la sangre, su principal problema es la existencia de las varices esofágicas es el riesgo de rotura fenómeno que ocurre cuando la presión en el interior del interior de la varice supera la resistencia de su pared.

Para que se desarrollen varices el aumento en el gradiente de la presión portal (GPP) debe de superar el umbral de 10 mm/Hg por ello a este valor se le ha denominado hipertensión portal clínicamente significativa, una vez formadas se estima que las varices pequeñas definidas como aquellas menores de 5 mm de diámetro aumentan de tamaño a grandes mayores de 5 mm a un ritmo de 12% anual. La ruptura de la varice se producirá cuando la tensión de la pared de la misma supera un punto crítico o un punto de rotura. De acuerdo con la ley de Laplace, la tensión de la pared de las varices.

$$\text{Tensión de Pared Varice} = \frac{\text{GRADIENTE DE PRESION ENTRE EL INTERIOR DE LA VARICE Y LA PRESION INTRALUMINAL X RADIO}}{\text{GROSOR DE LA PARED}}$$

La presión intravariceal depende del GPP, múltiples estudios han demostrado que el GPP debe de superar un valor de 12 mm/Hg para que se produzca la ruptura de la pared de la varice.

Esta ecuación también permite deducir que la dilatación de las varices aumento del radio/tamaño de la varice, y el adelgazamiento de la pared, variceal facilitando su ruptura, por ello el riesgo de hemorragia es mucho mayor en pacientes con varices grandes convulsiones.

Las varices esofágicas y gástricas son consecuencia de la hipertensión portal, en Estados unidos más a menudo son la consecuencia de la hepatopatía alcohólica, las varices explican solo el 7% de los casos de hemorragia de tubo digestivo alto en los Estados Unidos, pero se acompañan de altas tasas de recidiva del sangrado y conllevan tasas de mortalidad cercanas a 16%, sin embargo varios pacientes con cirrosis en etapa terminal nunca desarrollan varices, muchos sujetos con varices documentadas nunca presentan hemorragia y muchos pacientes con antecedentes



documentados de varices acuden con hemorragia de tubo digestivo alto en realidad pudieran estar sangrado en sitios no relacionados con varices.

Secundario a hipertensión portal, hay un aumento de circulación esplénica y presión del sistema portal, hay un aumento de circulación esplénica y presión del sistema portal por lo que dificulta el drenaje venoso de la zona desarrollándose colaterales a nivel de venas esofágicas y gástricas ubicadas en la submucosa.

Otras Causas

Las úlceras por estrés, malformaciones arteriovenosas y cáncer son otra causa de hemorragia de tubo digestivo alto, la hemorragia proveniente de oídos, nariz y faringe puede ocultar una hemorragia de tubo digestivo alto.

Que produce la ruptura de una varice esofágica, Si se rompen las varices, muchas son las teorías que lo explican algunas son:

- 1) Incremento brusco de la presión portal por aumento súbito de la presión intrabdominal (crisis de tos, esfuerzos de defecación). No obstante se sabe que los pacientes que inician la hemorragia en su mayoría en reposo y sin esfuerzo previo.
- 2) Lesión de una varice por alimentos conformación grosera o cuerpos extraños.
- 3) Aumento de la presión portal en el postprandial o por mecanismo de un incremento del shunt arteriovenoso. Por este mecanismo se rompería cualquier varice dilatada y no solo las esofágicas.
- 4) Esofagitis erosiva sobre las varices, esta es una de las que tiene más peso, ya que en necropsias con frecuencia y endoscopias las exulceraciones del esófago distal se encuentran acompañada a las varices sin embargo otros plantean que no es tan frecuente esta asociación.
- 5) Esofagoespasmo en zona de alta presión esta teoría también tiene peso por que junto con la distribución venosa en el esófago distal explicaría la ruptura recordar que los trastornos de esofágicos del tránsito tiene relación con cirrosis y no con las varices.

Se ha observado que la causa de la hemorragia varice rota, se encuentra en los últimos 4 o 5 centímetros distales del esófago.



CLASIFICACION

Desde el punto de vista práctico, resulta de utilidad clasificar las HDA según criterios de gravedad, porque ello orienta sobre la actuación más adecuada en cada caso. Deben tenerse en cuenta tres parámetros:

- **Criterios clínicos de gravedad.**

Según los hallazgos clínicos, puede estimarse la pérdida de volumen debido a la hemorragia, lo que la define como leve, moderada, grave o masiva.

- **Origen del sangrado.**

Según el punto sangrante, la HDA puede catalogarse como de alto, medio o bajo riesgo.

- **Signos endoscópicos de riesgo.**

La endoscopia digestiva es la exploración de elección para todos los casos de HDA. Debe realizarse dentro de las primeras 12 horas ya que, aparte de su valor diagnóstico y pronóstico, tiene también utilidad terapéutica, de forma que pueden ser tratadas localmente las lesiones detectadas. Según los hallazgos en la endoscopia, las HDA pueden clasificarse como de alto o bajo riesgo, atendiendo fundamentalmente al riesgo de persistencia o recidiva.

Clasificación de Rockall

Clasificar a los pacientes en grupos de alto o bajo riesgo para re-sangrado o mortalidad es importante para un adecuado manejo. Para estratificar a los pacientes que presentan HDA, se han desarrollado diferentes sistemas de clasificación de riesgo de modo de facilitar la agrupación de los pacientes según grado de riesgo de re sangrado, mortalidad, necesidad de admisión en unidad de alto riesgo y determinar la necesidad de endoscopia de urgencia. Estas herramientas diagnósticas se han usado exclusivamente en estudios de investigación y sólo ocasionalmente se utilizan en la



práctica clínica. Se ha identificado diferentes variables clínicas y endoscópicas asociadas al aumento en el riesgo de re sangrado y mortalidad después de la admisión. No existe consenso respecto de cuál es el factor pronóstico más importante. Se han propuesto varios sistemas para clasificar a los pacientes en grupos de alto y bajo riesgo para re sangrado y mortalidad.³⁴

TABLA 2

VARIABLE	PUNTAJE			
	0	1	2	3
EDAD	< 60 AÑOS	60-79 AÑOS	> 80 AÑOS	
SHOCK	NO SHOCK PAS > 100 FC < 100	TAQUICARDIA FC>100 PAS >100	HIPOTENSION PAS < 100	
COMORBILIDAD	SIN COMORBILIDAD MAYOR		INSUFICIENCIA CARDIACA CORONARIA CUALQUIER COMORBILIDAD MAYOR	INSUFICIENCIA RENAL DAÑO HEPATICOC CRONICO
DIAGNOSTICO	MALLORY WEISS SIN LESION IDENTIFICABLE	ULCERA Y OTRO DIAGNOSTICO	NEOPLASIA DE TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR	
SIGNOS DE SANGRADO RECIENTE	NO O PUNTO OSCURO		SANGRE EN TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR COAGULO ADHERIDO, VASO VISIBLE	

Clasificación de rockall. Adaptada rockall TA, logan RF, devlin, northfield TC. Risk assessment after

Acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996; 38 PAS: presión arterial sistólica; FC frecuencia Cardíaca. Puntaje máximo: 11

MANIFESTACIONES CLINICAS

La presentación más común para una hemorragia gastrointestinal superior es hematemesis, emesis en posos de café o melena. La hematemesis (ya sea sangre roja o emesis de café molido) sugiere hemorragia proximal al ligamento de Treitz. La presencia de una emesis francamente sanguinolenta sugiere una hemorragia de moderada a grave que puede estar en curso, mientras que la emesis con café molido sugiere una hemorragia más limitada.

La mayoría de melena (heces negras, alquitranadas) se origina proximal al ligamento de Treitz (90%), aunque también puede originarse en la orofaringe o la nasofaringe, el intestino delgado o el colon derecho. Se puede ver melena con grados variables de



pérdida de sangre, y se ve con tan solo 50 ml de sangre. La hematoquecia (sangre roja o marrón en las heces) generalmente se debe a una hemorragia digestiva baja. Sin embargo, puede ocurrir con hemorragia digestiva alta masiva, que típicamente se asocia con hipotensión ortostática.³⁵

Las hemorragias nasales, las hemorragias dentales, las hemorragias tonsilares y las bebidas rojas o los alimentos pueden confundirse con hematemesis; los medicamentos que contienen bismuto como pueden imitar a la melena; y el sangrado vaginal y la hematuria macroscópica pueden simular sangre roja brillante por el recto.

El tipo más común de hemorragia aguda del tracto gastrointestinal superior es la hemorragia no variceal, que incluye la enfermedad de la úlcera péptica, desgarró de Mallory-Weiss y las lesiones de Dieulafoy. La hemorragia por varices generalmente ocurre en pacientes con hipertensión portal y siempre se considera de alto riesgo de nuevas hemorragias y mortalidad. La hemorragia GI superior no variceal puede presentarse con un rango de severidad de auto limitado a potencialmente mortal. Como parte del curso natural de la enfermedad, el 80% de las hemorragias no variceales se resuelven espontáneamente, pero el 10% conduce a la muerte.³⁶

DIAGNOSTICO

Consiste en localizar el sitio del sangrado. El médico tomará nota del historial médico completo del paciente y realizará un examen físico. Síntomas tales como cambios en los hábitos de evacuación, heces negras o rojas y dolor o sensibilidad en el abdomen podrían indicarle al médico qué área del tracto digestivo está sangrando.

Es posible que el médico tenga que hacer una prueba para detectar sangre en las heces. Una prueba de sangre puede ayudar a determinar la gravedad del sangrado y si el paciente es anémico. El lavado nasogástrico es un procedimiento que se puede usar para determinar si la hemorragia proviene del tracto digestivo superior o inferior.³⁶

Diagnostico Endoscópico

La endoscopia es el método más común para descubrir la causa de la hemorragia en el tracto digestivo. Es la técnica más precisa para identificar hemorragia en dicha parte



anatómica, la endoscopia predice la morbilidad y cuando se le utiliza con fines terapéuticos se asocia con mejores resultados, la endoscopia terapéutica temprana cuando está disponible es el tratamiento preferido para la hemorragia significativa de tubo digestivo:

La endoscopia es el primer estudio de gabinete que se debe practicar en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto previa valoración de Rockall el tiempo de la realización de la endoscopia no está bien definido debe de esperarse a la estabilización del paciente se sugiere una endoscopia temprana entre las 12 y 24 horas pues reduce la necesidad de transfusión y la estancia hospitalaria pero no hay evidencia que esta conducta modifique la mortalidad.

A través de la endoscopia se establece el diagnóstico etiológico de la hemorragia úlcera péptica esofágica, gastritis sola y erosiva erosión duodenal varices esofágicas malignidad desgarró de Mallory Weiss y malformaciones vasculares. El médico puede usar el endoscopio para hacer una biopsia, la cual requiere el extirpar una muestra pequeña de tejido para ser examinado bajo un microscopio.³⁷

Clasificación de Forrest

La clasificación de Forrest describe los estigmas de sangrado y los estratifica; dando la primera clasificación pronóstica utilizada por los gastroenterólogos, y además, sigue vigente en la práctica endoscopia habitual (tabla 2).

En 1974, J.A.H. Forrest describió esta clasificación que ha sido utilizada con mínimas modificaciones por más de 35 años basado en las diferentes características endoscópicas de úlceras pépticas gastroduodenales con sangrado activo o reciente, las cuales se asocian a diferentes riesgos de sangrado recurrente o persistente.

El primer grupo, Forrest I, incluye a las úlceras pépticas con sangrado activo, pulsátil (Forrest IA) o sangrado en napa desde el lecho ulceroso (Forrest IB).³⁷



El segundo grupo, Forrest II, incluye a úlceras sin sangrado activo al momento de su observación, pero con signos o estigmas de sangrado reciente en el lecho ulceroso, como el vaso visible (Forrest IIA) que se describe como una protuberancia pigmentada de superficie lisa, de menos de 3 mm, la cual corresponde a un pequeño coágulo ubicado sobre el defecto de la pared del vaso que originó el sangrado y que proporciona una hemostasia inestable, el coágulo adherido (Forrest IIB) definido como una lesión amorfa, roja, café o negra, de tamaño variable, en general mayor a 5 mm, adherida al lecho ulceroso y que no se desprende con aspiración o lavado del coágulo, señal de una hemostasia algo más avanzada, y finalmente la mácula plana (Forrest IIC) la cual se describe como una mancha pigmentada plana, sin relieve evidente en el lecho de la úlcera.

Las lesiones tipo Forrest III corresponden exclusivamente a las úlceras pépticas con fondo limpio fibrinoso, sin ningún tipo de protuberancia o cambio en coloración.

TABLA 3

FORREST	TIPO DE LESION	% Riesgo de Resangrado (sin tratamiento)	% Mortalidad (sin tratamiento)
IA	Sangrado pulsátil	55 (17-100)	11 (0-23)
IB	Sangrado en napa		
IIA	Vaso visible	43 (0-81)	11 (0-21)
IIB	Coagulo Adherido	22 (14-36)	7 (0-10)
IIB	Macula Plana	10 (0-13)	3 (0-10)
III	Fondo Limpio	5 (0.10)	2 (0-3)

Adaptado de Laine L: Acute and chronic gastrointestinal bleeding. In Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF (eds): Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management, ed 6. Philadelphia, WB Saunders, 1998, pp 198-219; with permission.

Utilidad de la clasificación de Forrest

El riesgo de sangrado persistente o recurrente se correlaciona con el estigma endoscópico observado y es una guía para realizar el tratamiento endoscópico al definir un grupo con alto riesgo de re sangrado y otro con bajo riesgo.



El tratamiento endoscópico está indicado en los pacientes con hemorragia activa, de tipo pulsátil (Forrest IA, 60- 80% de riesgo de persistir o recurrir) o en napa (Forrest IB, 30% de riesgo) o con un vaso visible (Forrest IIA, 50% de riesgo)

El tratamiento del coágulo adherido (Forrest IIB, 10-30% de riesgo) es controversial, reservándose en general para los pacientes con algún otro predictor clínico de alto riesgo.

Las lesiones Forrest IIC y III se consideran de bajo riesgo (menor al 10%) por lo que no se sugiere realizar tratamiento endoscópico.

TRATAMIENTO

Tratamiento de la hemorragia digestiva alta, se puede dividir en variceal y no variceal, motivo por el cual se pueden dar los siguientes manejos.

Ante una hemorragia de tubo digestivo alto grave o masiva con paciente hemodinámicamente inestable se deben de tomar las siguientes medidas de reanimación³⁷

- 1.- Evaluar el ABC (A vía aérea, B ventilación, C circulación) en caso de sangre en cavidad oral aspirar para evitar compromiso respiratorio y/o lateralizar a decúbito lateral izquierdo para evitar aspiraciones
- 2.- Aportar oxígeno al 100% por puntas nasales o mascarilla intubar si paciente presenta Glasgow menor de 8 o hematemesis masiva que dificulte la ventilación o genere alto riesgo de aspiración.
- 3.- Instalar dos vías venosas periféricas gruesas de 14 a 18 G idealmente en cada extremidad, paciente que sea cardiópata o nefropatía es recomendable CVC para medir PVC.
- 4.- Reanimar con cristaloides isotónicos – suero cloruro de sodio, ringer lactato- el objetivo es mantener la PAS >100 mm/Hg y PVC >5.
- 5.- Aportar hemoderivados cuando haya indicación



- Transfusión urgente – paciente inestable- en HTDA masivas en el que no responde a los volúmenes aportados se deben de indicar hemoderivados rápidamente.
- Transfusión no urgente paciente estable en estos casos las transfusiones están indicadas cuando la hemoglobina es menor de 7 g/dl o el hematocrito es menor de 21%. Con hemoglobina objetivo de 7 g/dl versus 9 g/dl.
- En pacientes con hipertensión portal no conviene superar el hematocrito de 27 a 28% debido a que puede aumentar excesivamente la presión portal aumentando el riesgo de sangrado.

6.- Instalar sonda vesical en casos graves para medición estricta de diuresis inicialmente debe de procurar alcanzar un debito urinario de 0.5 a 1 cc/kg/hora.

7.- Mantener monitorización estricta en pacientes de alto riesgo valorando parámetros como diuresis, objetivo de > 0.5 ml/kg/hora o 30 ml/hora PVC entre 0 a 5 mm/Hg presión arterial sistólica >100 mm/Hg.³⁸

Tratamiento de hemorragia de tubo digestivo alto no variceal

La estabilización inicial del paciente con sangrado de tubo digestivo debe de iniciarse de inmediato con soluciones y oxígeno.

Estos pacientes deben de ser admitidos, valorados y manejados en una unidad que cuenta con una aérea específica dedicada a sangrado gastrointestinal.

La prioridad en el manejo es el soporte circulatorio más que identificar la causa de sangrado por lo que la endoscopia se realizara una vez que se estabilice al paciente de preferencia dentro de las 24 horas

Los paciente chocados deben de recibir de forma temprana reposición de volumen, la transfusión de concentrado globular está indicada después de una pérdida del volumen sanguíneo del 30% o más.

Tanto las soluciones cristalinas como las coloides pueden ser usadas para adquirir una adecuada restauración del volumen previo a la administración de productos sanguíneos.³⁹



Se deben de usar dosis intravenosas de inhibidor de bomba de protones (v.gr. omeprazol o pantoprazol en bolos de 80 mg seguidos por 8 mg/hora en infusión durante 72 horas) en pacientes con ulcera péptica sangrante (sangrado activo o no visible el vaso sangrante) seguido de terapia endoscópica hemostática).

Los inhibidores con bomba de protones, parecen reducir las recidivas, de la hemorragia y la necesidad de la intervención, quirúrgica, para el tratamiento de úlceras pépticas, sangrantes. Se utilizan mejor como auxiliares en el tratamiento endoscópico.

Los regímenes intravenosos, son de 60 mg seguidos por goteo continuo de 6 mg/h de lansoprazol y una dosis inicial de 80 mg seguidas de goteo continuo de 8 mg/h de esomeprazol, y pantoprazol.

La administración en goteo intravenoso de somastostatina o sus derivados, ocreotido se han utilizado en el tratamiento, de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto.

El ocreotido es inferior a las técnicas endoscópicas pero puede considerarse en pacientes con hemorragia incontrolable mientras esperan la endoscopia, (cuando esta no ha tenido éxito), está contraindicada o no está disponible.⁴⁰

La dosis es de 25 a 50 ug en dosis intravenosas seguida de goteo continuo de 25 a 50 ug/h se utilizan dosis más bajas en personas de edad avanzada o en aquellos con hepatopatía.

Tratamiento endoscópico de la HTDA no variceal

Previo al tratamiento endoscópico a los pacientes se le debe de administrar terlipresina.

Deben de tomarse muestras de biopsia para descartar patología maligna si hay lesión anormal y realizar el test de ureasa para demostrar la presencia de *Helicobacter pylori* al inicio de la endoscopia previo al comienzo de terapia de inhibidor de bomba de protones. El espécimen de biopsia debe de ser valorado rápidamente cuando la prueba es negativa.

Tratamiento Hemorragia de Tubo digestivo Alto Variceal

Se sugiere ingresar al paciente a unidad de cuidados intensivos, e iniciar el manejo de la vía aérea, restitución cuidadosa del volumen para evitar la fuga de líquido al tercer espacio (ascitis, derrame pleural etc.).



El uso de fármacos como la somatostatina o sus análogos octreotides, vaproetide o terlipresina deben de ser administrados de 3 a 5 días posterior a la conformación del diagnóstico de sangrado agudo.

Se considera a la **terlipresina** como el medicamento de elección:

Dosis inicial es el bolo de 2mg IV seguidos por 1 a 2 mg cada 4 horas IV durante 48 horas se puede continuar hasta 5 días a una dosis de 1 mg cada 4 horas IV.

Los beta bloqueadores NO deben de ser usados en los cuadros de sangrado agudo.

Los paciente con cirrosis (Child Pugh C/B) y sangrado del tracto gastrointestinal alto tienen un riesgo elevado de desarrollar infecciones bacterianas severas (peritonitis bacteriana espontánea y otras infecciones) que se asocian con una recurrencia temprana de hemorragia variceal por lo que se recomienda el uso de antibióticos profilácticos:

- Norfloxacin o ciprofloxacino oral o IV 400 mg dos veces al día por siete días
- En sospecha de resistencia a las quinolonas usar ceftriaxona 1 gr IV al día por siete días.

En pacientes con varices del fondo gástrico y sangrado agudo el tratamiento de elección es el cianocrilato en caso de contar con él.

El tratamiento de segunda elección es la ligadura y en caso de no contar con estos métodos aún sigue siendo aceptado mundialmente el uso de la sonda de balones Sengstaken Blakmore para el manejo de sangrado agudo en pacientes con varices gástricas.

Una vez que el paciente se encuentre en condiciones hemodinámicas adecuadas se debe de realizar el estudio endoscópico alto para ofrecer además de tratamiento con ligadura o escleroterapia.

En paciente con cirrosis y varices pequeñas o grandes que no han sangrado, pero que tienen criterios para un mayor riesgo de hemorragia (Child Pugh B/C o presencia de estigmas de sangrado) se recomienda el uso de B bloqueador no selectivo

- Propanolol iniciar con 20 mg dos veces al día o con
- Nadolol: iniciar con 40 mg una vez al día



Ajustar dosis de acuerdo a la respuesta del paciente y a su tolerancia máxima darlos en forma indefinida.

En pacientes con varices grandes e intolerancia a los beta bloqueadores se puede realizar como segunda elección ligadura.

La vasopresina también se ha utilizado para el control de la hemorragia gastrointestinal más a menudo la causa por varices, sin embargo son más comunes las reacciones adversas entre las que se incluyen hipertensión, arritmias, isquemia miocárdica, esplénica disminución del gasto cardiaco y gangrena local en el sitio de infiltración.

Tienen prioridad las medidas de reanimación inmediata. Los pacientes con hemorragia profusa de tubo digestivo alto pueden requerir de tratamiento definitivo de las vías respiratorias para evitar la bronco aspiración de sangre.

Se de sustituir el volumen perdido con cristaloides, la decisión de administrar sangre depende de las manifestaciones clínicas de pérdida de volumen o hemorragia continua más que las cifras iniciales de hematocrito.

Las guías generales para el inicio de hemotransfusión son hemorragia continua activa y la incapacidad para mejorar la perfusión, y los signos vitales después de la administración de 2 litros de solución cristaloides. El punto de referencia para la administración de sangre debe ser más bajo en individuos de edad avanzada.⁴¹

Las intervenciones terapéuticas, incluyen tratamiento con inyección, tratamiento de coaptación, aplicación de grapas endoscópicas, y ligadura con ligas, se ha estudiado diversas soluciones para inyección, lo que incluyen: epinefrina, trombina, etanol y otras sustancias, aunque ninguna solución parecer superior a otras.

Los tratamientos con coaptación, incluyen termo coagulación, con sondas calientes, electrocoagulación multipolar, y electrocoagulación con láser.

En el tratamiento combinado se utilizan, técnicas de inyección y de coaptación, y parece ser superior a la aplicación de una modalidad terapéutica sola. Las varices esofágicas pueden tratarse por vía endoscópica con ligadura o con inyecciones aunque el uso de ligas tiene menos complicaciones.



Tratamiento Endoscópico de HTDA Variceal

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, 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.

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 varice etc.

Esta consiste en la inyección mediante control endoscópico de sustancias esclerosantes polidocanol al 1-2% etanolamina al 5% dentro de la varice o perivariceal así consigue la obliteración de las varices esofágicas mediante trombosis y/o reacción inflamatoria a su alrededor.⁴²

Los pacientes que sobreviven un episodio de hemorragia aguda. Tienen un riesgo de re sangrado del 60% y una mortalidad del 33% en los siguientes dos años si no reciben tratamiento por lo que se recomienda iniciar tratamiento preventivo para re sangrado con beta bloqueador y ligadura en las primeras 24 horas del control del sangrado.

En tratamiento combinado (beta bloqueador y ligadura de varices) es la mejor opción para la prevención secundaria de hemorragia variceal.

Aquellos pacientes que no toleren o no respondan al tratamiento con beta bloqueador deberán de ser sometidos a estudio endoscópico con valoración de ligadura variceal como tratamiento de primera elección.

Se debe de considerar el uso de TIPS (TRANSYUGULAR INTRAHEPATIC PORTAL SYSTEMIC SHUNT) en pacientes con hemorragia de varices en el fondo gástrico que no pueden ser controlados o en quienes el sangrado recurre a pesar del tratamiento combinado (farmacológico y endoscópico).

La colocación de TIPS no debe de ser considerado una alternativa terapéutica para pacientes que no responden al tratamiento convencional solo debe de ser utilizado como tratamiento de rescate en el paciente que no responde a la terapia o en el paciente candidato a trasplante a corto plazo⁴³



Tratamiento con Sonda:

Una opción terapéutica utilizada con poca frecuencia hoy en día para las hemorragias de tubo digestivo alto es el taponamiento con globo con sonda de Sengstaken – Blakemore o sus variantes, por la incidencia de reacciones adversas el uso de taponamiento con globo es muy poco frecuente hoy en día, y debe considerarse solo como medida transitoria hasta que se disponga de tratamiento endoscópico ⁴⁴

El taponamiento con globo puede proporcionar beneficios terapéuticos e información diagnóstica, presuncional, el dispositivo consiste en globo esofágicos, y dependiendo de algunas variaciones también puede incluir sitios de acceso para aspiración gástrica o esofágica.

El taponamiento con globo se asocia con frecuencia con reacciones adversas a menudo graves, se ha reportado ulceraciones de la mucosa, perforación gástrica o esofágica, asfixia por desalojamiento de los globos, compresión traqueal, secundaria al inflado de los globos y bronco aspiración. En consecuencia muchos autores recomiendan la intubación endotraqueal profiláctica sistemática antes de utilizar taponamiento con globo con el fin de evitar complicaciones pulmonares.⁴⁵

Cirugía

Con pacientes que no responden al tratamiento médico y endoscópico puede ser necesaria la intervención quirúrgica de urgencia.⁴⁶

Es poco utilizado y queda reservado para los pacientes que no se logran detener el sangrado por medio de endoscopia y fármacos. Para las úlceras duodenales se realiza piloroplastia y para las gástricas se realiza gastrectomías parciales.

El tratamiento de soporte con transfusiones sanguíneas queda reservado para los pacientes con inestabilidad hemodinámica que presentan una hemoglobina menor a 7g/dL para una meta de 7-9 g/dL, en caso de coagulopatías se debe corregir la anticoagulación.⁴⁷

Destino y vigilancia del paciente

Los pacientes con hemorragia necesitan hospitalización y valoración temprana por una endoscopia. Las características clínicas que presiden los resultados adversos incluyen el hematocrito inicial de <30% presión arterial sistólica < 100 mm/Hg presencia de



sangre en líquido del lavado gástrico, antecedentes de cirrosis o ascitis en la exploración y antecedentes de vomito sanguinolento.

Por el contrario puede haber pacientes que se encuentran en riesgo bajo y podrán ser elegibles para el alta temprana.

Es posible clasificar el riesgo de los pacientes utilizando criterios clínicos y endoscópicos.

El sistema de clasificación Glasgow-Blatchford se basa en criterios clínicos de los pacientes con una clasificación de BUN, hemoglobina, para varones y mujeres, presión arterial sistólica, pulso, la ausencia de melena, síncope, insuficiencia cardíaca congestiva o hepatopatía, se encuentran en riesgo de acuerdo a sus resultados clínicos adversos o baja probabilidad de beneficiarse del tratamiento endoscópico. Estudios preliminares sugieren el subgrupo de pacientes con una calificación de cero pueden ser dados de alta, con seguridad de la sala de urgencias sin la realización de endoscopia.

Pueden identificarse subgrupos adicionales de pacientes con bajo riesgo, con bajo riesgo con base en los datos endoscópicos. Si se realiza con rapidez una endoscopia es posible que tales pacientes se identifiquen y se evite con seguridad una hospitalización.⁴⁸



MARCO REFERENCIAL

Cabrera LAE., y colaboradores realizaron un estudio en el año 2018, con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta en los adultos mayores de 60 años ingresados durante el 2012-2014. Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila en un universo de 101 pacientes mayores de 60 años. De los resultados predominaron el grupo de edades de 60 a 74 años y el sexo masculino. Las causas de hemorragia más frecuentes fueron: la úlcera gástrica, la gastritis erosiva y la úlcera péptica duodenal, y el tratamiento médico fue el más utilizado. La mortalidad fue mayor en los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, la hipovolemia y el fallo multiorgánico fueron las principales causas de muerte. La mayor mortalidad se presentó en el grupo de más 75 años y en el sexo femenino. En conclusión la hemorragia digestiva alta constituye un problema de salud en el adulto mayor de 60 años y más de edad, sobre todo antes de los 74 años y en el sexo masculino. Las úlceras gástrica y duodenal, y la gastritis erosiva fueron las causas más frecuentes. El tratamiento médico resolvió el sangrado en la mayoría de los casos y la mortalidad fue superior en los ancianos intervenidos de forma quirúrgica.¹⁵

Velásquez público en el 2016 un estudio con el objetivo de determinar las características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) admitidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2013 - 2014. Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos retrospectivo en 412 de 650 pacientes con hemorragia digestiva. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, el Excel y el SPSS fueron usados para su procesamiento. De los resultados del total de pacientes con HDA, 70% (288 pacientes) fueron de sexo masculino. El grupo etario más afectado fue mayores de 60 años (66.2%). La ingesta de AINES fue del 33% y de alcohol fue de 9.7%. La cirrosis hepática fue la patología de mayor predominancia con un 30%. La melena estuvo presente en 51.6%, hematemesis 42.7% y shock hipovolémico 20%. En la valoración endoscópica de pacientes con cirrosis hepática se observó várices 30.5% (126 pacientes), predominándolas várices esofágicas 20.8% sobre las varices gástricas 9.7%. La úlcera péptica (45.6%) de 188 pacientes, siendo mayor el número de casos por úlcera duodenal 24.2% y úlcera gástrica 21.3%. La mortalidad global al momento del alta fue del 1.3%. (6 pacientes). En conclusión la evaluación de las manifestaciones



clínicas en la hemorragia digestiva alta en el presente estudio observacional, determinó la severidad del sangrado (leve-moderada-severa), su repercusión hemodinámica (shock) y los hallazgos endoscópicos para la toma de decisiones en cuanto al tratamiento farmacológico, clínico y de terapia endoscópica, siendo la melena la principal manifestación clínica. La causa principal de HDA fue la úlcera duodenal; el compromiso hepático descompensado se presentó en 56% (Child C) y el riesgo Rockall de recidiva alto fue de 50%.¹⁶

Rukewe A., y colaboradores en un estudio realizado en el año 2015 tuvo el objetivo de describir las características demográficas, clínicas y el resultado de los pacientes que se presentaron al Departamento de Emergencias. Se realizó un estudio de cohorte de todos los pacientes ingresados con sangrado del tracto gastrointestinal superior desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2012, se revisaron retrospectivamente desde el ingreso hasta el alta o la muerte. De los resultados hubo 169 pacientes con mediana de edad de 44.0 años (rango 13-89); 25 (15.0%) de ellos eran pacientes conocidos con enfermedad de úlcera péptica. La mayoría (69,2%) de los pacientes eran varones. El síntoma de presentación más común fue hematemesis (34,9%) seguido de melena (16,6%). Hubo antecedentes de uso de AINE en el 16,8% y la ingestión de alcohol en el 12%. La endoscopia gastrointestinal superior se realizó en 6,8% de los casos. Veintitrés (13,6%) pacientes murieron. Hubo asociación entre mortalidad y presión arterial diastólica; ocurrieron más muertes (1/7; 14.3%) en aquellos con presión arterial diastólica > 90 mmHg en comparación con ≤90 mmHg (5/70; 7.1%) (P = 0.002). Hubo más muertes entre los pacientes que no recibieron transfusión de sangre (4/40; 10.0%) en comparación con aquellos que recibieron transfusión de sangre (2/37; 5.4%) (P = 0.008). En conclusión las presentaciones comunes fueron hematemesis y melena, principalmente en hombres de mediana edad con mortalidad en uno de cada siete pacientes. La alta mortalidad puede deberse a comorbilidades y servicios de apoyo deficientes.¹⁸

Deep y colaboradores en el año 2014, publicaron un artículo con el objetivo de estudiar el perfil clínico, endoscópico y la mortalidad asociada en pacientes que se presentan con sangrado gastrointestinal superior. Se realizó un estudio prospectivo, consistió en los datos clínicos y endoscópicos obtenidos de 114 pacientes consecutivos con



sangrado gastrointestinal superior que acudieron al departamento de emergencias del Instituto de Ciencias Médicas del Himalaya, Dehradun, durante un período de 1 año (enero de 2011 a diciembre de 2012). De los resultados la edad media de los pacientes fue de $49 \pm 14,26$. La mayoría de ellos eran hombres (83,33%) y la relación hombre / mujer era 5: 1. La causa más común de sangrado gastrointestinal superior fue la hipertensión portal relacionada (varices esofágicas y gástricas) observada en el 56.14% de los pacientes, se observó hemorragia relacionada con la úlcera péptica en el 14.91% de los pacientes, las erosiones gástricas fueron responsables de la hemorragia en el 12.28% de los pacientes, desgarro de Mallory-Weiss se observó en el 8,77% de los casos, la malignidad gástrica representó el 4,38% de los casos, la lesión de Dieulafoy fue responsable del sangrado en el 1,75% de los casos y el 1,75% tenía pólipo duodenal. La tasa de mortalidad por sangrado gastrointestinal superior en nuestra cohorte de pacientes fue del 21,05%.

En conclusión, la hemorragia por varices fue la causa más común de sangrado gastrointestinal superior, seguida de la hemorragia por úlcera péptica. La mortalidad general se observó en el 21.05% de los casos; sin embargo, la mayoría de la mortalidad se observó en el sangrado relacionado con la hipertensión portal.¹⁹

Plaza R., y colaboradores en el año 2012, publicaron un artículo con el objetivo de analizar las características al ingreso, el curso evolutivo y el pronóstico de la hemorragia digestiva alta (HDA) en el paciente anciano. Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 103 pacientes con edad igual o superior a 80 años, que ingresaron en una Unidad de Sangrantes por un episodio de HDA en un año. Se analizaron los antecedentes personales, características de la hemorragia, realización de la endoscopia urgente diagnóstica y terapéutica y factores pronósticos asociados. De los resultados la etiología más frecuente de la HDA fue el sangrado por úlcera gastroduodenal en el 65.1%, siendo el 60.2% consumidores crónicos de antiinflamatorios no esteroideos. Se realizó endoscopia diagnóstica urgente en todos ellos, con una eficacia del 94.2% y terapéutica en el 28.2%. La tasa de re sangrado fue del 8%, requiriendo cirugía urgente el 4.9%, con una mortalidad global del 5,8%. En conclusión la realización de endoscopia urgente y la aplicación de terapéutica endoscópica es un método seguro y eficaz para detener el sangrado por HDA en el



anciano, lo cual ha reducido la necesidad de cirugía urgente, mejorando la supervivencia del enfermo anciano sangrante.²⁴

Halland M., y colaboradores en el año 2010, publicaron un artículo con el objetivo de evaluar las características y los resultados de los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior durante un período de 4 años en un hospital de referencia terciario. Se recolectó prospectivamente datos sobre pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta en el Hospital John Hunter entre agosto de 2004 y diciembre de 2008. Las variables de interés incluyeron edad, sexo, comorbilidades y tiempo hasta la endoscopia. Los resultados principales incluyeron etiología, tratamiento y supervivencia. Las hemorragias varicosas y no varicosas se analizaron por separado. Hubo 792 ingresos de 734 pacientes únicos (61% hombres) con una edad media de 66 años. Las causas más frecuentes de hemorragias no varicosas (88%) incluyeron úlceras 265 (33%); Mallory Weiss lágrima 91 (11%); esofagitis 60 (8%) y malignidad 29 (4%). La mayoría de los pacientes tenían una o más comorbilidades (74%). La transfusión no se empleó en el 41%. La mortalidad global fue del 4,0% (5,4% en el grupo varicoso y 3,9% en el grupo no varicoso). Solo el 1.9% de los pacientes se sometieron a cirugía. En conclusión los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta son en general ancianos con comorbilidades significativas. Nuestras tasas generales de mortalidad y cirugía son más bajas que en los datos internacionales publicados anteriormente.¹⁴



MARCO LEGAL

Diagnóstico y tratamiento de várices esofágicas en el adulto. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017.

Tiene como objetivo establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.⁴¹

Diagnóstico y Tratamiento de Úlcera Péptica Aguda Complicada. México: Secretaría de Salud; 5 de octubre de 2015.

Esta Guía de Práctica Clínica contiene clasificación, preguntas a responder, aspectos generales, evidencias y recomendaciones sobre Úlcera Péptica Aguda Complicada.⁴²

Guía de Práctica Clínica. Atención Integral en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto en los tres niveles de atención, Evidencias y recomendaciones. México. Secretaria de Salud 2010.

Establece una referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.⁴²



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una emergencia médica quirúrgica que conlleva una elevada tasa de mortalidad, a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años. Se estima que aproximadamente 35-45 % de todos los pacientes con HDA se encuentran sobre los 60 años de edad. Se estima que en el mundo se da un caso por cada 20,000 habitantes. En Estados Unidos más de 350,000 pacientes son hospitalizados anualmente por esta patología. La mortalidad secundaria a hemorragia del tubo digestivo alto en México es de alrededor de 8.5%, pero se incrementa con la edad y entidades comórbidas. Más aun, se sabe que la mortalidad aumenta incluso a 63% cuando coexisten alteraciones como las insuficiencias renales agudas, hepáticas, respiratorias agudas y cardíaca.

De acuerdo a CONEVAL del año 2010, las entidades federativas con mayores rangos de pobreza de acuerdo al porcentaje en la población, son el estado de Guerrero, Oaxaca y el estado de Chiapas. El municipio de Acapulco ha tenido un aumento considerable en los índices de alcoholismo, drogadicción, y violencia por consiguiente los problemas sociales que se derivan de todo este enjambre social que lamentablemente no es el único en el país. El factor más importante en nuestro medio que determinar el riesgo de desarrollar esta enfermedad es la hipertensión portal secundaria a la cirrosis provocada por la ingesta crónica de bebidas alcohólicas.⁵⁰

Siendo uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades como la insuficiencia hepática, por consiguiente el progreso de varices esofágicas, aunado al incremento en las comorbilidades, de los pacientes se aumenta la incidencia y la mortalidad, en los grupos de mayor edad. Con esto incrementan la incidencia de mortalidad, en los grupos de mayor edad, asimismo el crecimiento en la tasa de pacientes con ulcera gástrica que contribuyen a un gran número de pacientes que ingresan a nuestro servicio por esta patología. Debido a lo anterior y que actualmente no se tiene el conocimiento sobre las características de paciente de hemorragia de tubo digestivo alto ingresados el H.G. Dr. Donato G. Alarcón, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo de los pacientes ingresados por hemorragia de tubo digestivo alto al servicio de urgencias en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, año 2018?



JUSTIFICACION

La Hemorragia Digestiva Alta es la urgencia médica más frecuente en gastroenterología; su incidencia oscila entre 50 y 100 casos por 100.000 habitantes/año. Además la incidencia de eventos clínicamente significativos aumenta con la edad, particularmente en mayores de 60 años y en especial en varones.

La mortalidad generalmente se asocia con la edad avanzada y la presencia de enfermedades concomitantes, como cirrosis hepática, úlcera péptica, diabetes mellitus, enfermedad obstructiva crónica, etc., de tal manera que sólo una tercera parte de las muertes asociadas a episodios de HDA se deben a la hemorragia misma, oscilando entre el 4 y el 10% en la HDA de origen no varicoso, a diferencia de la HDA secundaria a hipertensión portal cuya mortalidad es entre el 18 y el 30% al alta hospitalaria.⁴⁵

Es de suma importancia el tratar de Identificar oportunamente al paciente con HDA en el servicio de urgencias ya que estos pacientes ingresan al área de choque, debemos determinar el origen del sangrado, con una alta sospecha de origen variceal, completandose el proceso hasta contar con una endoscopia. El realizar un diagnóstico oportuno, temprano, es de suma importancia, sus antecedentes, la clínica del paciente, su estabilización hemodinamica, el tratar de realizar una endoscopia, para un diagnóstico y/ol tratamiento definitivo. Con ello se acortan los tiempos de estancia intrahospitalaria, teniendo consigo una disminución en los días cama de los pacientes y disminución en los insumos y gastos del hospital. En cuanto al servicio hemotransfusional de banco de sangre, todos sabemos que la sangre es un recurso costoso y limitado que nos puede causar complicaciones ya que el uso de hemoderivados es uno de las principales pilares en el tratamiento, para ello es necesario una valoración optima del paciente con HDA.

Por los datos anteriormente mencionamos, así como el desconocimiento de esta patología en cuanto a factores de riesgo y diagnóstico oportuno, nos generan un retraso en tiempo y unos elevados insumos y/o costos hospitalarios, por lo cual consideramos necesaria la presente investigación.



OBJETIVO GENERAL

Describir los factores de riesgo de los pacientes ingresados por hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Ejemplificar las causas etiológicas más frecuentes que condicionan la hemorragia de tubo digestivo alto.

Establecer las principales comorbilidades asociadas a HDA

Describir el tipo de HDA

Determinar los hallazgos clínicos en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto.

Clasificar la severidad de los pacientes con HDA

Documentar hallazgos endoscópicos de acuerdo a la clasificación de Forrest

Establecer los días cama intrahospitalarios

MATERIAL Y METODOS

Tipo y diseño de estudio: Observacional, retrospectivo, descriptivo.

Población, lugar y tiempo de estudio: Pacientes ingresados por hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Tipo y tamaño de la muestra: Se tomará un censo y se incluirán todos los pacientes ingresados por hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Criterios de selección:

Se revisaron las bitácoras de enfermería y se tomaron los expedientes de 39 pacientes con el diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo se excluyeron aquellos que no tuvieran consigo un reporte por escrito de la endoscopia, solo fueron seleccionados 30 que tuvieran esta característica, ya que hubo algunos que en las notas medicas se mencionaba, dicho reporte pero lamentablemente no se contaba con la evidencia física para poder ser seleccionado.



Criterios de inclusión: Expedientes de pacientes ingresados y diagnosticados por hemorragia de tubo digestivo alto de acuerdo al resultado de la endoscopia digestiva alta, en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Criterios de exclusión: Expedientes de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja.

Criterios de eliminación: Expedientes incompletos.

Tabla de variables:

Variable	Tipo de variable	Definición	Alcance operacional	Escala
Sexo	Cualitativa Nominal	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Sexo referido en expediente clínico	1. Femenino 2. Masculino
Edad	Cuantitativa Discreta	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Edad referida en expediente clínico	Años
Toxicomanías	Cualitativa Nominal	Uso de drogas ilícitas o uso de medicamentos de venta libre o alcohol con propósitos distintos de aquellos de los que se supone que deben usarse, o en cantidades excesivas.	Afirmación o negación de alcoholismo, tabaquismo o drogadicción referida en el expediente clínico.	1. Alcoholismo 2. Tabaquismo 3. Drogadicción
Hemorragia de tubo digestivo alto	Dependiente Cualitativa Nominal	Sangrado originado en la porción de tubo digestivo proximal al ligamento de Treitz y representa una situación de urgencia importante.	Diagnóstico confirmado de HTDA por endoscopia	1. Si 2. No
Consumo de AINES	Cualitativa Nominal	Uso de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) Generalmente usados para tratar el dolor, la inflamación y la fiebre.	Consumo de AINES referido en el expediente clínico	1. Si 2. No
Antecedente de HDA	Cualitativa Nominal	Es la historia clínica completa a los pacientes con HDA.	Antecedente de HDA referido en el expediente clínico	1. Si 2. No
Enfermedad acido péptica	Cualitativa Nominal	Inflamación y ulceración de la mucosa del tubo digestivo, que se encuentra en contacto con el jugo gástrico, cuando los mecanismos normales de defensa de la mucosa son ineficientes para contrarrestar los factores agresivos.	Enfermedad acido péptica referida en el expediente clínico	1. Si 2. No
Características clínicas	Cualitativa Nominal	Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente, a diferencia de los síntomas, que son elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente.	Características clínicas referidas en expediente clínico	1. Hematemesis 2. Porráceos 3. Melena 4. Hematoquecia 5. Regurgitación 6. Acidez 7. Flatulencia 8. Apetito



Anemia	Cualitativa Nominal	Es una afección por la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos le suministran el oxígeno a los tejidos corporales.	Anemia referida en el expediente clínico	1. Si 2. No
Clasificación de Forrest	Cualitativa Ordinal	Es una escala que permite clasificar el carácter y gravedad del sangrado de las úlceras pépticas	Resultado de la Clasificación de Forrest	1. IA 2. IB 3. IIA 4. IIB 5. IIC 6. III
Días de hospitalización	Cuantitativa Discreta	Es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso	Días de hospitalización referidos en el expediente clínico	Días

Método: Primeramente se pedirán los permisos pertinentes a las autoridades del Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, para la revisión de expedientes clínicos de todos los pacientes ingresados y diagnosticados por hemorragia de tubo digestivo alto de acuerdo al resultado de la endoscopia digestiva alta, en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, año 2018, se elaboró un instrumento con base a los antecedentes de la “Guía de Práctica Clínica para la evaluación y el manejo de hemorragia digestiva alta”, con el cual se recolectaran datos personales, epidemiológicos, manifestaciones clínicas, diagnóstico endoscópico. **Anexo 1**

Análisis Estadístico:

Para la codificación de datos se utilizará el programa Excel asimismo se ocupara la estadística descriptiva y se calcularán porcentajes, frecuencias. Se generarán tablas, gráficas de barra y sectores.

Consideraciones éticas

Se realizará la presente investigación respetando los artículos del Código de Ética Médica de Núremberg 1947, procurando el bienestar y la integridad del investigado. Se informará por escrito el objetivo del estudio por medio de un consentimiento informado tal como se señala en el Art. 6 y 8 del Código de Núremberg, la información obtenida se resguardará con absoluta confidencialidad en archivos del grupo de investigadores en formato electrónico y solo se tendrá acceso por autorización escrita cuando lo requieran otros investigadores. Se garantizará que los datos se mantendrán en anonimato.

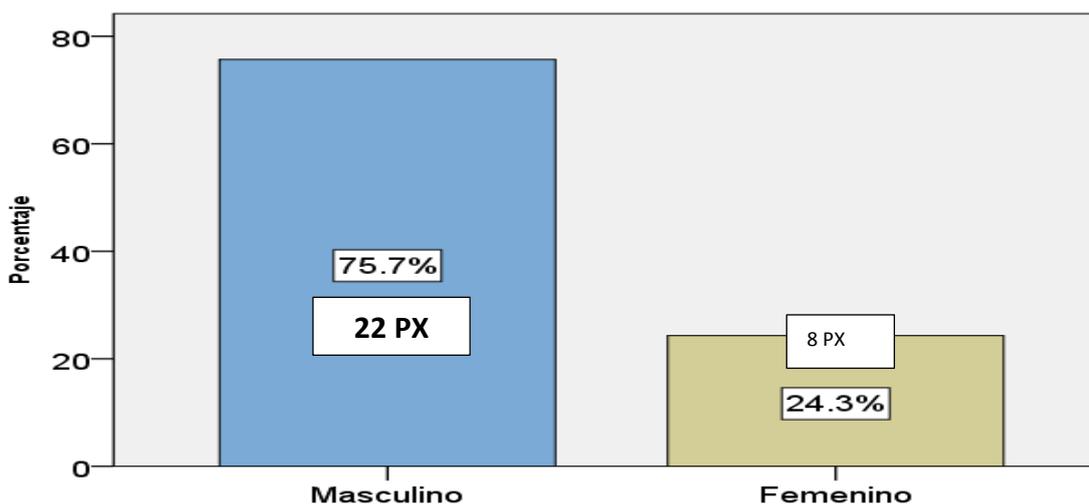
Anexo 2. Consentimiento informado



RESULTADOS

Se estudiaron un total de 30 pacientes ingresados y diagnosticados con hemorragia de tubo digestivo alto de acuerdo al resultado de endoscopia, solo se incluyen pacientes con Endoscopia, aunque esta fue realizada en otra unidad, ya que no se cuenta con este servicio en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, en el año 2018. Siendo más afectado el sexo masculino, con una prevalencia de 75.7% seguido del sexo femenino con un 24.3%.

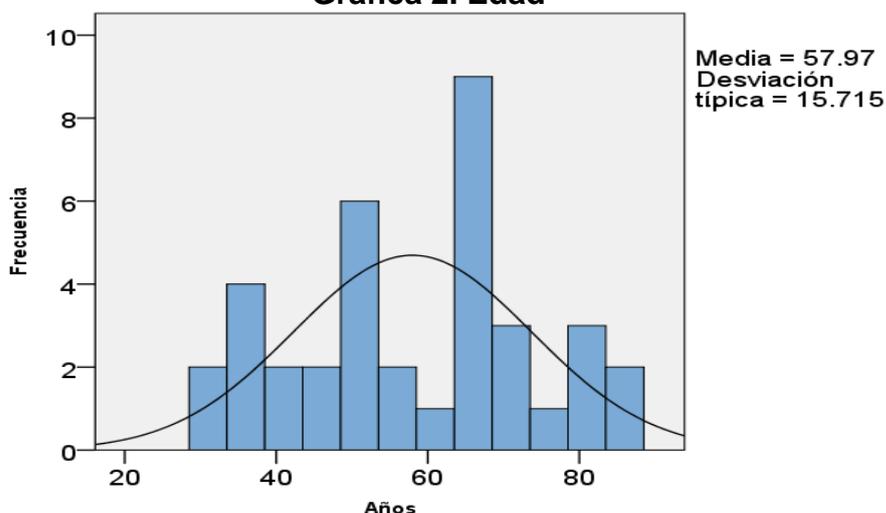
Gráfica 1. Sexo



Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Se obtuvo una media de edad de 57 años, una moda de 64 años, la edad mínima encontrada fue de 31 años y máxima de 87 años.

Gráfica 2. Edad

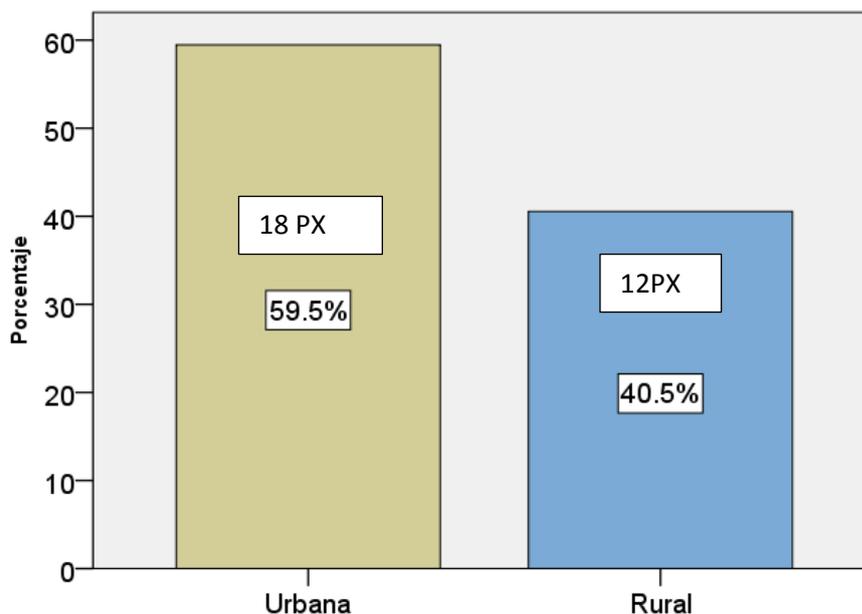


Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.



Se observó que el lugar de residencia más prevalente en los pacientes con HTD alto fue el rural.

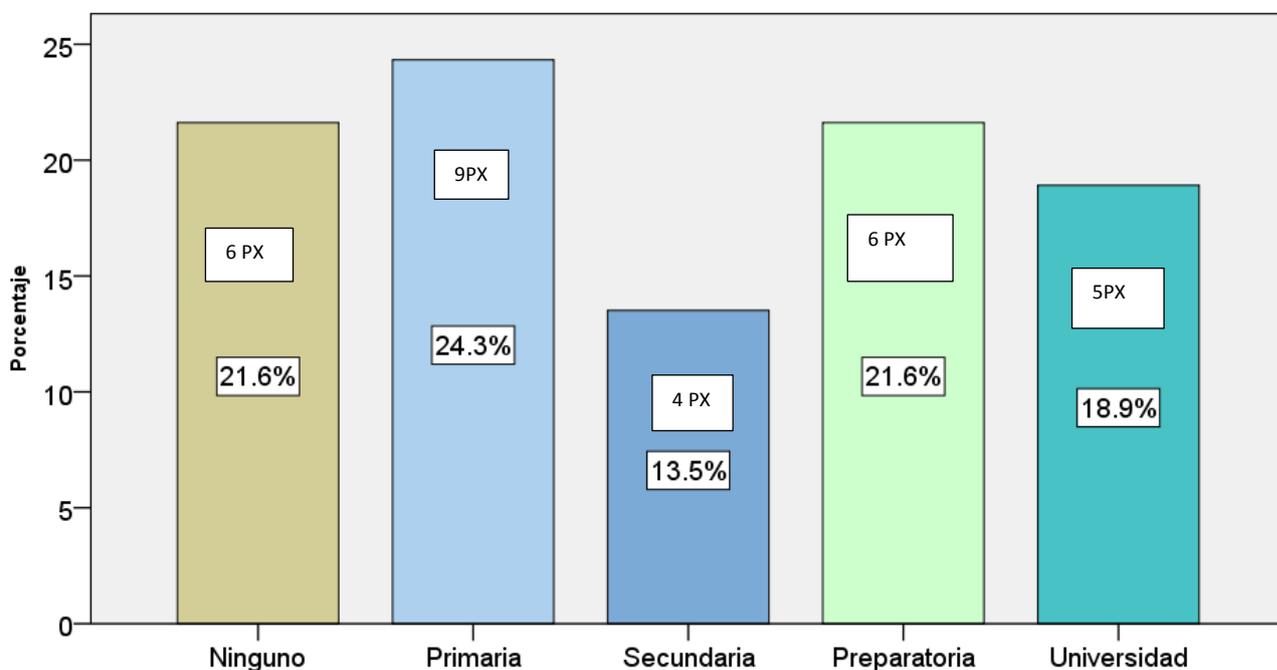
Gráfica 3. Lugar de residencia



Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Se observó que la mayoría de los pacientes tenían de primaria a ninguna escolaridad en un 45.9%, sin embargo la mayoría tenía algún grado de escolaridad.

Gráfica 4. Escolaridad

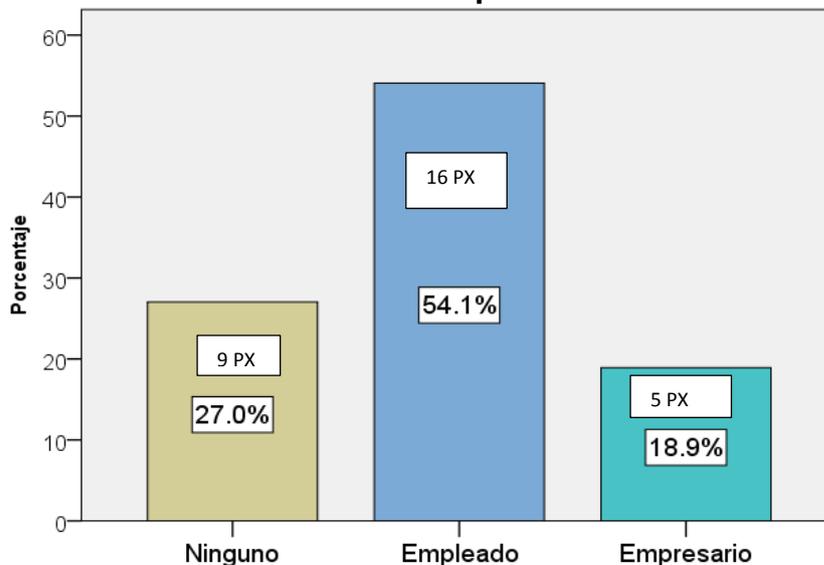


Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.



Poco más de 50% eran empleados, y hasta un 27% no tenían ocupación, y la minoría eran empresarios o tenían sus negocios propios.

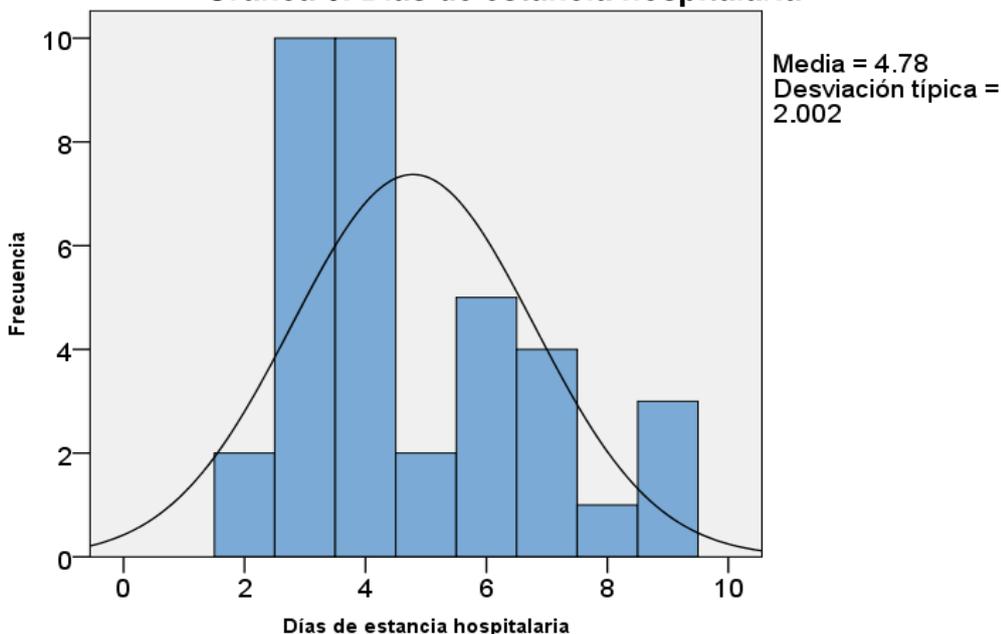
Gráfica 5. Ocupación



Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Se obtuvo una media de días de estancia hospitalaria de aproximadamente 5 días, una moda de 3 días, los días mínimos fueron 2 y máximos 9.

Gráfica 6. Días de estancia hospitalaria

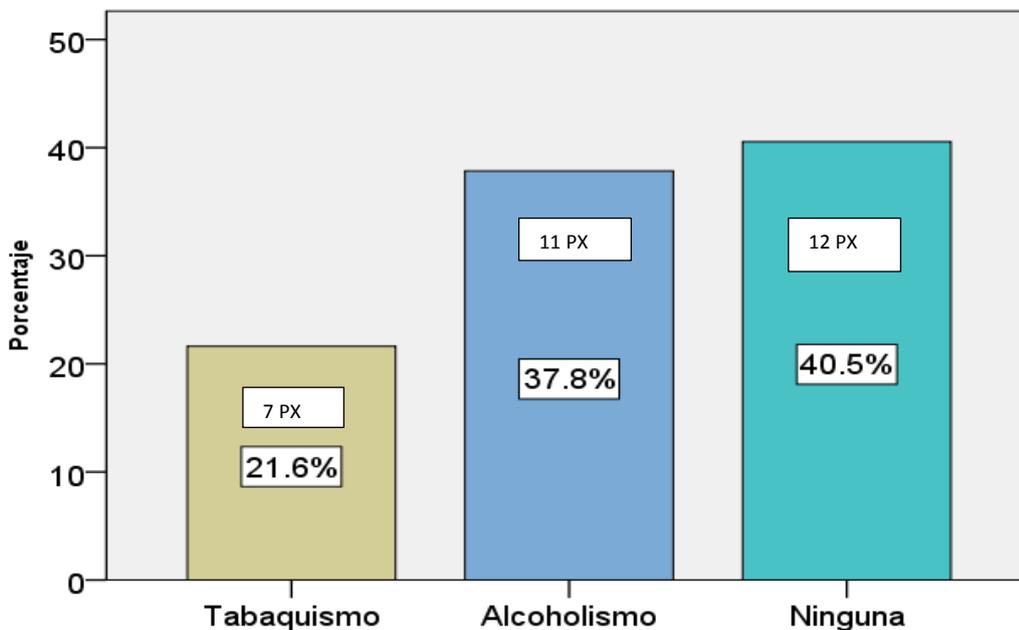


Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.



Se observó que la mayoría de los pacientes tenían toxicomanías, 37.8% alcoholismo y 21.6% tabaquismo.

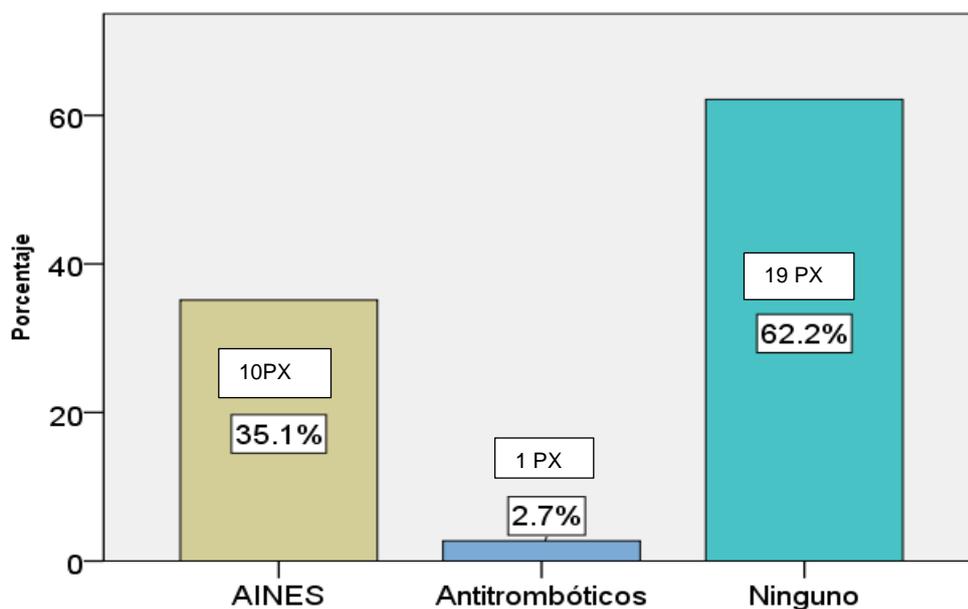
Gráfica 7. Toxicomanías



Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Un 35.1% tenía una medicación previa al HTDA con AINES y un 2.7% con antitrombóticos.

Gráfica 8. Medicación previa

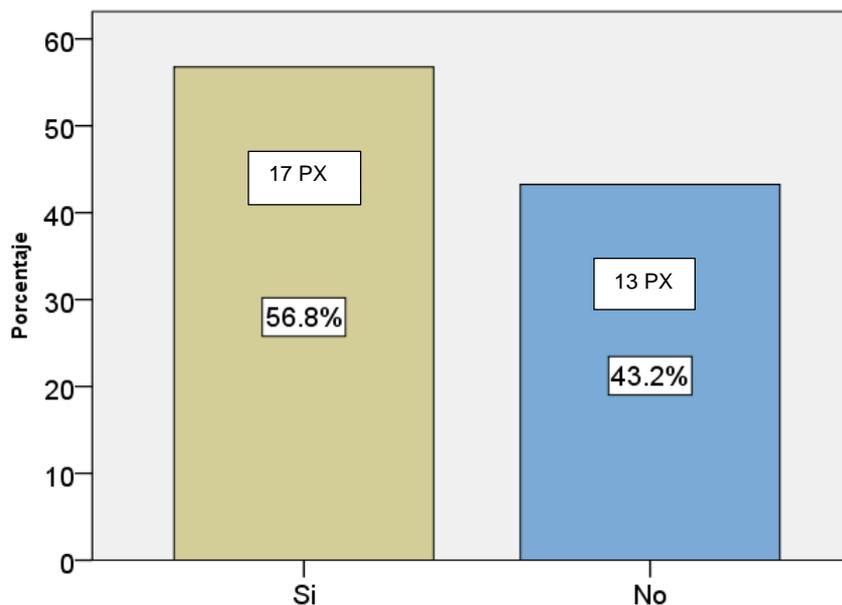


Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.



Casi el 60% presentaba alguna comorbilidad y un 43.2% no presentaba.

Gráfica 9. Comorbilidades



Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Se observó que predominó la hemorragia de tubo digestivo alto variceal en un 73.3%, seguido de un 26.7% de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto no variceal.

Tabla 1. Distribución del tipo de hemorragia

Hemorragia digestiva alta	Pacientes	
	Nº	%
HDA no variceal	8	26.7
HDA variceal	22	73.3

Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.



Entre los signos y síntomas más comunes se encuentran epigastralgia, anemia, pérdida del apetito, astenia y adinamia en un 100%, 93.3%, 76.7% y 73.3% respectivamente.

Tabla 2. Distribución según síntomas y/o signos

	Si	
	#	%
Hematemesis	10	33.3
Melena	21	70
Hematoquecia	20	66.7
Astenia	22	73.3
Adinamia	22	73.3
Cefalea	21	70
Anemia	28	93.3
Epigastralgia	30	100
Pérdida del Apetito	23	76.7

Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

De acuerdo a la severidad de la hemorragia predominó la moderada en un 63.3% seguida de leve en un 30%.

Tabla 3. Severidad de hemorragia digestiva alta

Gado de hemorragia	Pacientes	
	N°	%
Leve	9	30
Moderada	19	63.3
Severa	2	6.7
Masiva	0	0
Total	30	100%

Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.



De acuerdo a los diagnósticos endoscópicos, las varices esofágicas son las más frecuentes en un 73.3%, seguida de la gastritis erosiva 16.7%, ulcera gástrica en un 10%.

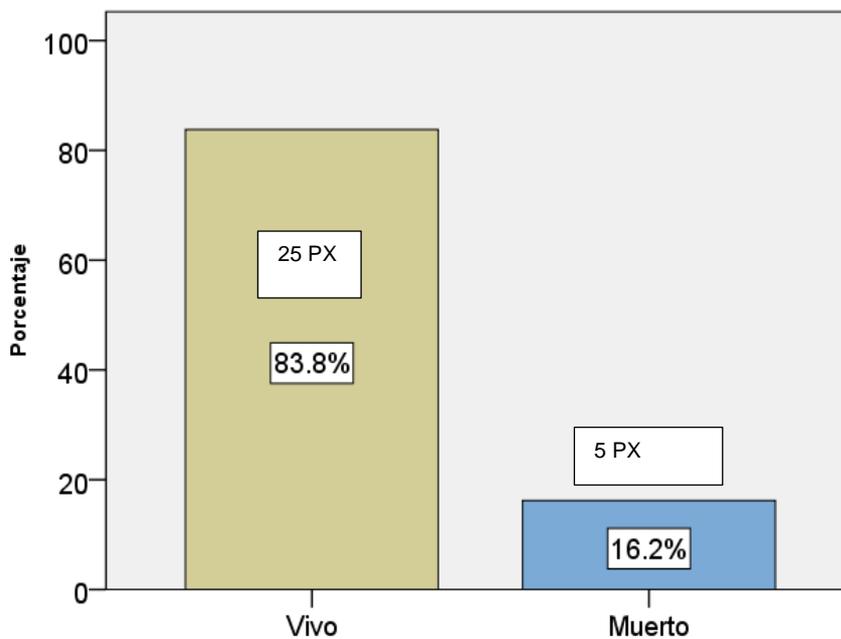
Tabla 4. Distribución de diagnósticos endoscópicos

Dx. Endoscópico	Pacientes	
	Nº	%
Varices esofágicas	22	73.3
Gastritis erosiva	5	16.7
Úlcera gástrica	3	10
Total	30	100%

Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Se observó que el 16.2% de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto fallecieron.

Gráfica 10. Egreso



Fuente: 30 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con HTD alto en el H. G. Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.



CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA POR MES 2018

<u>MES</u>	<u>TOTAL POR MES</u>	<u>HOMBRE</u>	<u>MUJER</u>
• Enero	116	42	74
• Febrero	115	40	75
• Marzo	114	40	74
• Abril	87	29	58
• Mayo	114	40	74
• Junio	114	40	74
• Julio	114	40	74
• Agosto	43	15	28
• Septiembre	114	40	74
• Octubre	114	40	74
• Noviembre	115	40	75
• Diciembre	211	75	136
<u>TOTAL</u>	<u>1371</u>	<u>481</u>	<u>890</u>

TABLA POR MES DEL AÑO 2018 DIVIDIDO ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN EL HOSPITAL GENERAL DR. DONATO G ALARCON ACAPULCO GUERRERO

HOMBRES PROMEDIO POR MES 40

MUJERES PROMEDIO POR MES 74

TOTAL AL AÑO MUJERES 890 Y HOMBRE 481

TABLA POR GRUPO DE EDAD EN EL AÑO 2018

PACIENTES POR GRUPO DE EDAD EN EL HOSPITAL DR DONATO G ALARCON EN 2018

<u>MES</u>	<u>MENOR DE 18</u>	<u>DE 18 A 55 AÑOS</u>	<u>DE 56 A 90 AÑOS</u>	<u>TOTAL</u>
• ENERO	0	78	38	116
• FEBRERO	0	76	39	115
• MARZO	0	80	34	114
• ABRIL	0	76	11	87
• MAYO	0	70	44	114
• JUNIO	0	62	52	114
• JULIO	0	76	38	114
• AGOSTO	0	27	16	43
• SEPTIEMBRE	0	67	47	114
• OCTUBRE	0	90	24	114
• NOVIMBIENBRE	0	80	35	115
• DICIEMBRE	7	162	42	211
<u>TOTAL</u>	<u>7</u>	<u>944</u>	<u>420</u>	<u>1371</u>



Discusión

En nuestro estudio trabajamos con un total de 30 pacientes, los cuales fueron ingresados y diagnosticados con hemorragia de tubo digestivo alto por endoscopia, con un reporte por escrito, sustentado en el expediente clínico del paciente en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Se observó que predominó el sexo masculino con un 75.7%, seguido del sexo femenino con un 24.3%; similar a lo descrito por Angel A. Rosero, estudio realizado en Colombia que refiere tasas más altas de hemorragia digestiva en hombres que en mujeres, que coinciden con nuestro trabajo realizado en el 2018 siendo más común en el sexo masculino ya que de los 30 pacientes 22 pertenecen a este grupo.

En el estudio realizado por Cabrera y cols. en el año 2012-2014, en España en la provincia de Avila, al describir las características epidemiológicas de pacientes internados por HTDA predominó de 60 a 74 años y de sexo masculino ya que estos reportes coinciden con nuestro estudio, realizado en el Hospital General Dr. Donato G Alarcón, con en el rango de edad, así como en el género ya que un 75% fueron de sexo masculino así como pacientes de la sexta década de la vida con una media de 57 años, con lo cual se coincide con nuestro estudio. La variable sexo como en otros estudios sobre esta patología muestra que la población masculina continúa siendo la más frecuente. Esto se puede atribuir a que en esta población predominan los factores de riesgo como lo son el alcoholismo crónico y el tabaco.

Velázquez publicó en 2016 en Perú, con el objetivo de determinar las características clínicas de pacientes con HDA, que la ingesta de AINES fue un 33% en promedio similar mostrado en un nuestro estudio con la ingesta de este tipo de medicamentos en un 35% así como en el número de paciente de 10.

El alcoholismo en el estudio que Velázquez realizó fue un 9.7%, a diferencia de nuestro estudio realizado ya que no coinciden con nuestro trabajo en donde esta toxicomanía alcanzó un 37.8% en 11 pacientes que se incluyeron en el estudio.



Así mismo Velazquez comenta en su estudio determina la severidad del sangrado así como su repercusión hemodinámica (shock) se encontró una asociación entre la mortalidad y ya que en nuestro estudio la severidad de la hemorragia fue en 30% el sangrado leve y un 63% moderado y en 6.7% severa, no se encontraron sangrados masivos.

Halland M. y colaboradores en el año 2010, en Australia publicaron un artículo con el objetivo de evaluar las características clínicas en pacientes con HDA ya que en este estudio coinciden con las comorbilidades de los pacientes ya que en un 74% tenían más comorbilidades ya que en nuestro estudio realizado no coinciden con nuestro estudio realizado en forma parcial ya que muestran un porcentaje de 56% con comorbilidades con 17 pacientes con alguna comorbilidad agregada, estando por debajo del porcentaje encontrado en la literatura.

Rukewe y Colaborados realizaron en el 2015 un estudio en el país de Perú en donde en un estudio de para referir las características clínicas el síntoma principal más común fue la hematemesis en un 34% y en segundo lugar a la melena en un 16% a diferencia con nuestro estudio en donde no coinciden con la literatura reportada ya que en nuestro estudio el 100% de los pacientes reportan con espigastralgia y en segundo lugar se encuentra anemia en un 93%. Y en donde se registró a la hematemesis en un 33% y la melena con un 70%.

Así mismo se reporta que Rukewe y colaboradores en su trabajo que la estancia intrahospitalaria se encontró reportado. La mayoría de pacientes estuvieron hospitalizados 3 días (34.2%). El rango de días de hospitalización fue de 1 a 8 días, ya que estos resultados de este trabajo no coinciden con los obtenidos en nuestro trabajo en donde se mantuvo una estancia hospitalaria en promedio de 5 días, en donde los mínimos fueron de 2 días y lo máximo de 9 días, es decir caso dos días más de hospitalización en el servicio de urgencias.



Plaza y colaboradores en el año 2012, en España realizaron un estudio con el objetivo de analizar las características de ingreso y pronóstico de HDA, así como un diagnóstico de endoscópico de urgencia en pacientes ancianos, dentro de los resultados no coinciden con los nuestros ya que los reportes de endoscopia la etiología más frecuente de la HDA fue el sangrado por úlcera gastroduodenal en el 65.1%, ya que en nuestros resultados la valoración por endoscopia se observó varices en 30% de los pacientes no coincide en nuestro estudio, ya que reportamos por endoscopia un porcentaje de aproximadamente 73% es decir a 22 pacientes con reporte de varices esofágicas.

En el año 2014 Deep y colaboradores, en Perú, publicaron un estudio con el fin de estudiar el perfil clínico, endoscópico y la mortalidad asociada en pacientes con HDA, en este estudio en el que presentan una tasa de mortalidad por el sangrado en un 21.05%, esto concuerda con un similar porcentaje con nuestro estudio ya que se reportó en un 16.2% con cinco pacientes con defunción de un total de 30.



Conclusión

El sangrado del tubo digestivo alto es frecuente en el servicio de urgencias del Hospital General Dr. Donato G Alarcón, la principal causa es secundaria al síndrome de hipertensión portal, manifestada por varices esofágicas.

Entre las limitantes del estudio está la cantidad en el número de pacientes, la comparación estadística con otros estudios no es diferente porque no hay estudios multicéntricos en México, que describan la verdadera epidemiología de esta enfermedad se estudiaron un total de 30 pacientes ingresados y diagnosticados con hemorragia de tubo digestivo alto de acuerdo al resultado de endoscopia, en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, año 2018, por ello podemos concluir en: que la mayoría de los casos fueron en sexo masculino, con una media de edad de 57 años, de predominio que viven en zona urbana, y el factor de alcoholismo es el que más se presenta en estos pacientes, y este tipo de pacientes el sangrado es de tipo variceal, dentro de las características clínicas, los síntomas más comunes fueron la epigastralgia en un 100%, seguido de anemia, astenia, adinamia, y pérdida del apetito, dentro del tipo de hemorragia se presentó la severidad moderada

Los principales factores de riesgo de sangrado de tubo digestivo alto que ingresan al servicio de urgencias del HG Donato G Alarcón son el sexo masculino, una edad de 57 años, el lugar de residencia más prevalente en los pacientes con HTD alto fue el rural. La mayoría de los pacientes tenía de primaria a ninguna escolaridad en un 45.9%.

El 37.8% refirieron alcoholismo y 21.6% tabaquismo. Un 35.1% tenía una medicación previa al HTDA con AINES. Casi el 60% presentaba alguna comorbilidad y un 43.2% no presentaba. Se observó que predominó la hemorragia de tubo digestivo alto variceal en un 73.3%, seguido de un 26.7% de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto no variceal.



1. Recomendaciones

- Capacitar sobre las complicaciones de la hemorragia de tubo digestivo alto en especial de origen variceal a los pacientes que tienen presencia de factores de riesgo de hemorragia de tubo digestivo y con ello prevenir su aparición y muerte por este padecimiento.
- Realizar el análisis de confirmación de presencia de H. pylori y si es positivo iniciar el tratamiento correspondiente para erradicarlo.
- Formar un equipo integral de respuesta ante el paciente inestable, en estado de choque, o bien ante una hemorragia masiva o severa, para evitar la muerte de los pacientes.
- Capacitar continuamente al equipo integral sobre la atención del paciente inestable, en estado de choque, o bien ante una hemorragia masiva o severa.



Referencias bibliográficas

1. De la Cruz A, Sánchez J. Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Med Int Mex* 2013; 29:449-457.
2. Villanueva C, García J, Hervás A, Hemorragia gastrointestinal, *Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología, Sección II - Síndromes relevantes en hepato-gastroenterología, Sección II* [Consultado el 30 de julio de 2019] Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf
3. Ángel A, Rosero G, Crispín M, Valencia J, Muñoz A, Cadavid A. Sangrado Digestivo Oculto y Oscuro. Comité de Cirugía Gastrointestinal ACC. [Consultado el 30 de julio de 2019] Disponible en: www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/sangradoDigestivo.pdf.
4. Montero F. J. Claves Diagnósticas y Terapéuticas Para el Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta en Urgencias. *Emergencias* 2005; 17:S40-S49.
5. Kubba A, et al. Reduced long term survival following major peptic ulcer hemorrhage. *Br J Surg* 2004, 84; 265- 268.
6. Friedman L, et al. The problem of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology Clin North Am* 2002; 22(4): 717-721.
7. Farrell J, et al. Gastrointestinal bleeding in older people. *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 29 (1): 1-36.
8. Rodríguez Hernández, et al. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social* 2009; 47 (2): 179-184.
9. Northover JMA, Terblanche J. A new look at the arterial supply of the bile duct in man and its surgical implications. *Br. J. Surg.*66: 379-384, 1979
10. Benson EA, Page RE. A practical reappraisal of the anatomy of the extrahepatic bile ducts and arteries. *Br. J. Surg.* 63: 853-860, 1996
11. Lázaro G. Hemorragia digestiva alta. Diagnóstico y Tratamiento. *Salud Rural* 2003; XX (1):1-6.



12. Burnett W, Gairns FW, Bacsich P. Some observations on the innervation of the extrahepatic biliary system in man. *Ann Surg.* 159: 8-26, 1964-
13. Espinosa T. Hemorragia aguda del tubo digestivo alto. Diagnóstico endoscópico y manejo quirúrgico. *Endoscopia* 2005; 11:89-94.
14. Magnus Halland, Melissa Young, Michael N. Fitzgerald Kerry Inder, John M. Duggan, Anne Duggan, Characteristics and Outcomes of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in a Tertiary Referral Hospital. *Digestive Diseases and Sciences.* Diciembre de 2010, Volumen 55, Número 12, págs. 3430–3435.
15. Cabrera LAE, Hernández GF, Fernández GM, Sánchez ÁM, Torres ME, Hernández GY., Características clínico epidemiológicas de los adultos mayores ingresados por hemorragia digestiva alta en el Hospital General de Ciego de Ávila. *Mundiciego.* Volumen 24 No 1, 2018.
16. Velásquez L, Vanessa V, Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en unidad de hemorragia digestiva, servicio de gastroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2013 – 2014. *Repositorio Académico USMP.* Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
17. Lisa V, Flaño C, Gómez S, Soriano R, Guallar P. Ingreso de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta (HDA) en la UCE. Nov. 2005. [Consultado el 30 de julio de 2019]; Disponible en:
<https://www.riojasalud.es/profesionales/urgencias/protocolos-de-urgencias/ingreso-de-pacientes-con-hemorragia-digestiva-alta-hda-en-la-uce>
18. Rukewe A, J.A. Otegbayo y A. Fatiregun, Características clínicas y resultado de pacientes con sangre gastrointestinal superior en el departamento de emergencia de un Hospital Terciario en Nigeria, *Ann Ib. Postgrad Med.* Dic 2015; 13 (2): 89–93.
19. Anand Deep, Gupta Rohit, Dhar Minakshi, Ahuja Vivek, Perfil clínico y endoscópico de pacientes con sangrado gastrointestinal superior en el centro de atención terciaria del norte de India, *Journal of Digestive Endoscopy.* 2014, Vol. 5, Núm. 4 Pág. 139-143.
20. Diagnóstico y tratamiento de várices esofágicas en el adulto. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. [Consultado el 30 de julio de 2019]; Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/087GER.pdf>



21. Diagnóstico y Tratamiento de Úlcera Péptica Aguda Complicada. México: Secretaría de Salud; 2015. [Consultado el 30 de julio de 2019]; Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-169-09/ER.pdf>
22. Guía de Práctica Clínica. Atención Integral en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto en los tres niveles de atención, Evidencias y recomendaciones. México. Secretaria de Salud 2010. [Consultado el 30 de julio de 2019]; Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-306-10/ER.pdf>
23. Granera Gutiérrez LF, Mejía W. Correlación entre la presentación clínica y los hallazgos endoscópicos, en pacientes hospitalizados por hemorragia digestivas sometidos a endoscopia digestivas altas, en el Hospital Alemán Nicaragüense, Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017 [Consultado el 30 de julio de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4296/1/96878.pdf>
24. Rocío Plaza Santosa, Consuelo Froilán Torres, María Dolores Martín Arranzb, José Manuel Suárez de Pargab, Mercedes Aldeguer Martíneza. La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años. Rev Esp. Geriatr Gerontol. 2012; 47(3):110–113.
25. Jasmohan S Bajaj. (2016). Methods to achieve hemostasis in patients with acute variceal hemorrhage. Up-to-date,
26. Kim, BS; Li, BT; Engel, A; Samra, JS; Clarke, S; Norton, ID; Li, AE (15 de noviembre de 2014). «Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians. ». World journal of gastrointestinal pathophysiology 5 (4): 467-78.
27. Westhoff, John «Gastrointestinal Bleeding: An Evidence-Based ED Approach To Risk Stratification. 2004. Emergency Medicine Practice 6 (3).
28. Jairath, V; Hearnshaw, S; Brunskill, SJ; Doree, C; Hopewell, S; Hyde, C; Travis, S; Murphy, «Red cell transfusion for the management of upper gastrointestinal haemorrhage». Jairath, Vipul, 2010 ed. Cochrane database of systematic reviews.
29. Jurado. A. Evolución de la epidemiología y tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Valoración de la endoscopia. España. Tesis doctoral. Granada. Universidad de granada. 2008.
30. Villanueva J, López D, Ávila F. Hemorragia digestiva alta en los Andes Peruanos: Reporte de 115 casos observados en Huaraz. Rev. Gast del Perú 1996; 16 (2):99-104.



31. Vreeburg EM, Snel P, De Bruijne JW, Bartelsman JFW, Rauws EAJ, Tytgat GNJ. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam Area: Incidence, Diagnosis, and clinical Outcome. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:236-43.
32. Kaplan M., Watkins W.: New concepts in critical care: stress ulceration, Gastrointestinal bleeding, And acid aspiration. *Proceedings of a Symposium. J of Crit Illness* 3: 9(Suppl) September 1988
33. Velásquez Ch, Espejo H et al. XX Congreso Peruano Enfermedades Digestivas 2006 Reporte de 8 320 casos de hemorragia digestiva en el Hospital Rebagliati. Lima, Perú. [Consultado el 30 de julio de 2019]; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300006.
34. Calleja J, Martínez J. Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Medicine* 2000; 8 (14): 725-735.
35. Blanc JF, Lepreux S, Balaboud C et al. Histophysiologie Hépatique. *Encycl Med Chir. Elsevier, Paris, Hépatologie* 7-005-A-10,2002, 13pp
36. J.L Martínez Porras, J.L Calleja Panero, Hemorragia digestiva alta, etiología y procedimientos diagnósticos Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Central de la Cruz Roja Madrid 2005:17.S50, S54
37. Juan Miguel Abdo-Francis. (2011). Actualidades en hemorragia no variceal. *Revista de Gastroenterología de México; Supl.1 (76)* ,46-48.
38. Andrew C. Meltzer. (2014). Upper Gastrointestinal Bleeding. Patient Presentation, Risk Stratification, and Early Management. *Gastroenterology Clinics of North America*, 43, 665–675.
39. Montero F. Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia. Digestiva alta en urgencias. *Emergencias* 2005;17;40-49
40. Tintinalli Medicina de Urgencias 7ª Edición Judith E. Tintinalli MD, MS Capitulo 78 paginas 543, 544, 545.
41. Guía de referencia rápida “Diagnóstico y tratamiento de Varices Esofágicas” GPC Catálogo de guías de práctica clínica IMSS 087-08
42. Guía de Referencia Rápida Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Aguda del Tubo Digestivo alto no variceal en los tres niveles de atención. GPC Guía de Práctica Clínica Catalogo Maestro ISSSTE 133-08



43. Hemorragia Digestiva Alta J. Schimtz, AJ Zarate Universidad de Finís Terrae páginas 20, 21, 22,23.
44. Cook DJ, Guyatt GH, Ssalena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute non variceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis Gastroenterology 1992; 102: 139-48.
45. Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales, Health Information Center. Abril de 2012. [Consultado el 30 de julio de 2019]; Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/hemorragia-tracto-digestivo>
46. González J. Sangrado digestivo alto no variceal. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, LXXII 2015 (614), 141 - 148.
47. Skok P. The epidemiology of hemorrhage from the upper gastrointestinal tract in the mid-nineties: has anything changed. Hepatogastroenterology 2000; 45. 2228.
48. Henry D, et al. Meta-analysis in upper gastrointestinal hemorrhage. Gastroenterology 1998; 100. 1481.
49. Segal WN. Hemorrhage in the upper gastrointestinal tract in older people. Am J Gastroenterology 2002; 92:42-46.
50. www.coneval.gob.mx



Anexos

Anexo 1. Cuestionario

Instrucciones: Favor de contestar con forme a la información del expediente, colocar una **X** en cuadro que corresponda.

Folio: _____

Edad: _____ Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

Lugar de residencia: 1. Rural 2. Urbano

Nivel de institución: 1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universidad

Ocupación: 1. Ninguna 2. Estudiante 3. Empleado 4. Empresario 5. Ama de casa
6. Otro _____

Días de estancia hospitalaria: _____

Toxicomanías 1. Tabaquismo 2. Alcoholismo 3. Drogas 4. Todas

Medicación previa: 1. AINES 2. Antitrombóticos 3. Antiagregantes 4. Otros

Comorbilidades	1. SI	2. NO
Cardiopatía		
Enfermedad metabólica		
Enfermedad renal		
Enfermedad vascular		
Hepatopatía		
Gastropatía		
Neoplasia		
Infecciones		

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Hematemesis: 1. Si () 2. No () Porráneos: 1. Si () 2. No ()

Melena: 1. Si () 2. No () Hematoquecia: 1. Si () 2. No ()

Regurgitación: 1. Si () 2. No () Acidez: 1. Si () 2. No ()

Disfagia: 1. Si () 2. No () Flatulencia: 1. Si () 2. No ()

Diaforesis: 1. Si () 2. No () Anemia: 1. Si () 2. No ()

Vomito en pozo de café 1. Si () 2. No () Dolor abdominal 1. Si () 2. No ()



Apetito: 1. Disminuido () 2. Normal () 3. Aumentado ()

Examen físico:

Dolor Abdominal: 1. Si () 2. No () Localización: _____

Ascitis: 1. Si () 2. No () Circulación colateral: 1. Si () 2. No ()

Hepatomegalia: 1. Si () 2. No () Esplenomegalia: 1. Si () 2. No ()

Tacto rectal: 1. Positivo () 2. Negativo ()

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS

Endoscopia Diagnóstica: 1. Si () 2. No ()

Endoscopia Terapéutica 1. Si () 2. No ()

Tipo de hemorragia digestiva alta: 1. Variceal 2. No variceal

Hallazgos endoscópicos de acuerdo a la etiología:.....

Clasificación de lesión ulcerada por Escala de Forrest:

Ia	Ib	IIa	IIb	IIc	III
----	----	-----	-----	-----	-----

Tipo de tratamiento: _____

Condición de egreso: 1. Vivo 2. Muerto



Anexo 2. Consentimiento informado

El siguiente estudio tiene por objetivo describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes ingresados por hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General Dr. Donato G. Alarcón, año 2018.

Los procedimientos que se llevarán a cabo en el estudio no tendrán ningún riesgo para los pacientes ya que se tomarán los datos de expedientes clínicos.

Con ello se realizará un diagnóstico de la situación en el lugar y tiempo de estudio, posteriormente se generarán recomendaciones y sugerencias para la mejora y beneficio de los pacientes que acuden al hospital, asimismo se beneficiará a la institución de salud con la mejora de conocimientos y de posibles intervenciones de prevención de esta patología por ende se podrían reducir los costos.

Los datos de identificación se mantendrán en forma confidencial y estará resguardada por los responsables del estudio.

Nota: Si usted identifica que se han violado sus derechos puede reportarlo al CEEI al teléfono (presidente del CEEI) 01 (747) 49 43 100 Ext. 1235 y/o al correo martha.teliz@hotmail.com



Anexo. 3. Cronograma del protocolo de investigación

	Abril-mayo				Junio-julio				Agosto-septiembre				Octubre-noviembre			
	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4
Pregunta de investigación																
Planteamiento del problema. Antecedentes. Marco teórico																
Objetivos. Justificación. Hipótesis																
Material y métodos.																
Bibliografía y Anexos.																
Realización de modificaciones																
Autorización del protocolo CEI.																
Registro de protocolo																
Recolección de datos																
Análisis de datos																
Resultados y conclusiones																
Recomendaciones																
Entrega de tesis																



Anexo 4. Presupuesto

Concepto	Descripción	Precio Unitario	Cantidad	Total
Costo en recursos humanos				
Recolección de datos	Médicos internos de pregrado	\$80/día /persona	1 personas /30 días	\$2,400.00
Costo en recursos materiales				
Lapiceros		\$ 80 / paquete	1 paquete	\$80.00
Copias		\$100 / 200 copias	400 copias	\$200,00
Costo de inversión				
Laptop		\$6,000.00	1	\$6,000.00
TOTAL				\$8.680.00