



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA DE URGENCIAS**

**“FACTORES PREDISONENTES MAS FRECUENTES EN LA
HEMORRAGIA DE TRACTO DIGESTIVO ALTO VARICEAL EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL RUBEN LEÑERO
EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2022 A JUNIO DEL 2022”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

**PRESENTADO POR
NAYDA ELIZABETH TOBON BERNAL**

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

**DIRECTORES DE TESIS
DRA. ZURY SADAY ROSAS VAQUERO
DR. JOSE FRANCISCO GUTIERREZ ANTONIO**

2021-2024

CIUDAD DE MEXICO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



“FACTORES PREDISPONENTES MAS FRECUENTES EN LA HEMORRAGIA DE TRACTO DIGESTIVO ALTO VARICEAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DR. RUBEN LEÑERO EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2022 A JUNIO DEL 2022”

Autor: Tobon Bernal Nayda Elizabeth

Vo. Bo.

Dra. Ivonne Wendy Diaz Cruz

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina de Urgencias

Vo. Bo.

Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano

Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación

Secretaría de Salud de la Ciudad de México



SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Dra. Zury Saday Rosas Vaquero

Director de tesis

Hospital General Dr. Rubén Leñero

Dr. José Francisco Gutiérrez Antonio

Director de tesis

Hospital General Dr. Rubén Leñero

AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento es para mi gran equipo que desde un principio de la carrera de medicina estuvo conmigo apoyándome siempre en todo momento, mi mamá que siempre ha estado a mi lado en las buenas y en las malas, siempre siendo mi mejor amiga, mi mujer maravilla y mi mufasa, mi tío mauri (mochi) siempre estando a mi lado desde que soy pequeña igual siendo siempre mi apoyo incondicional y mis abuelitos chocorrol que se nos adelantó en el camino pero que siempre estuvo pendiente de mi formación académica y se puso muy feliz de que estudiara medicina, y a mi abuelita cocol que siempre ha estado para apoyarnos como hasta ahora.

Mis hermanos que siempre han estado conmigo contándome las guardias y echándome porras siempre y confiando en mí.

Mi amuleto de la suerte Yahir que él es mi gran motor de vida, y siempre seremos los mejores amigos y siempre estaremos juntos.

Gracias a todos mis profesores que durante la especialidad me ayudaron durante toda mi formación, me enseñaron lo bueno y lo malo y siempre estuvieron ayudándome y me enseñaron lo bonito de la medicina de urgencias.

A todas las personas que han contribuido a mi formación académica gracias a la gente que me he encontrado en el camino a mis r de mayor jerarquía que me fui encontrando en el camino ya que siempre me toco mucha gente que me ayudara y cuidara.

Sin duda alguna mi especialidad me trajo muchas cosas buenas y siempre vamos por más cosas siempre viendo hacia adelante.

Dr. Gutiérrez que siempre ha estado en mi formación académica y que es un gran urgenciólogo y siempre con una gran sonrisa y con su confianza he realizado las cosas, nunca olvidare mi primer infarto con el gracias por todo.

ÍNDICE	PÁGINA
Resumen	9-10
I. Introducción	11
II. Marco teórico y antecedentes	11-18
Marco Teórico	11-18
Antecedentes	11-18
III. Planteamiento del problema	18
IV. Justificación	19
V. Hipótesis	19
VI. Objetivo General	19
VII. Objetivos específicos	19
VIII. Metodología	20
8.1 Tipo de estudio	20
8.2 Población de estudio	20
8.3 Calculo de muestra	20
8.4 Tipo de muestreo	20
8.5 Variables	21
8.6 Mediciones e instrumentos de medición	22
8.7 Análisis estadístico	22
IX. Implicaciones éticas	22
X. Resultados	22
XI. Discusion	22-31
XII. Conclusiones	32-33
XIII. Bibliografía	33-34

Índice de figuras

Figura 1. Sexo de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

Figura 2. Edad de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

Figura 3. Porcentaje de etilismo de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

Figura 4. Porcentaje de tabaquismo de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

Figura 5. Porcentaje de diabetes de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

Figura 6. Porcentaje de diabetes de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

Figura 7. Principal etiología de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

Figura 8. Realización de endoscopia en la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

Figura 9. Principal etiología de acuerdo a sexo, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

Figura 10. Principal etiología de acuerdo a la edad, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

Figura 11. Presencia de toxicomanías en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

Figura 12. Porcentaje de comorbilidades en la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

Figura 13. Presencia de enfermedad hepática crónica en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

Figura 14. Etiología del sangrado en personas con etilismo en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

Figura 15. Etiología del sangrado en personas con tabaquismo en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

Figura 16. Etiología del sangrado en personas con diabetes tipo 2 en población

analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

Figura 17. Etiología del sangrado en personas con hipertensión arterial sistémica en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.....

Figura 18. Motivo de atención en urgencias con síntomas de hemorragia de tracto Digestivo alto, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración medica y hospitalaria.....

“FACTORES PREDISPONENTES MAS FRECUENTES EN LA HEMORRAGIA DE TRACTO DIGESTIVO ALTO VARICEAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL RUBEN LEÑERO EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2022 A JUNIO DEL 2022”

RESUMEN

Introducción: La hemorragia de tracto digestivo alto es una enfermedad frecuente mundialmente con una incidencia anual de 50 a 150 casos anuales por cada 10000 habitantes, es uno de los principales motivos de hospitalización, de motivo gastrointestinal y está asociada a una significativa mortalidad y morbilidad, especialmente en población mayor a los 65 años, también la hemorragia de tracto digestivo alto es una importante y alto gasto de recursos en el área de la salud, un claro ejemplo es en estados unidos que creció de 3.3 billones de dólares en 1989 a 7.6 billones de dólares en el 2009.

La mortalidad de la hemorragia de tracto digestivo alto ha reportado del 5 al 12% de mortalidad sin embargo se ha reportado últimamente que la mortalidad intrahospitalaria ha disminuido por los avances que se ha tenido en el tratamiento médico clínico y endoscópico en los últimos años.

Objetivo General: Identificar los factores predisponentes más frecuentes de la hemorragia de tracto digestivo alto variceal en pacientes del servicio de urgencia del Hospital General Dr. Rubén Leñero.

Hipótesis: La detección inicial y describir los factores predisponentes más frecuentes en la hemorragia de tracto digestivo alto variceal para saber si son igual o diferentes a lo reportado en la literatura y con esto tener un mayor beneficio a los pacientes disminuyendo así, sus complicaciones además de, detectar con qué frecuencia se presenta en los pacientes que asisten de manera espontánea al servicio de urgencias del Hospital General Dr. Ruben Leñero.

Material y métodos: Diseño Observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, en el Hospital Dr. Rubén Leñero, donde se incluyeron hombres y mujeres mayores de 18 años con presencia de hemorragia de tracto digestivo alto durante el periodo de enero a junio 2022 El estudio fue revisado y aprobado por el comité local de ética e investigación.

Resultados: Se realizó una recolección total de 76 pacientes correspondientes a los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio del 2022, obteniendo datos únicamente de expediente electrónico excluyéndose 29 pacientes con una muestra final 57 pacientes en los que se observa de forma inicial que existen más hombres que mujeres que presentan hemorragia del tracto digestivo alto.

La edad promedio de atención fue de 58 años (mediana 55 años, mínimo 24 años máximo 91 años) el grupo de edad más afectado fue de los 58 años (n=8) hasta los 72 (n=4) años con predominio en el sexo masculino.

Se incluyeron en el estudio 57 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del presente trabajo de estos un 70.2% (n=40) fueron hombres y el resto mujeres 29.8%

(n=17). Los principales factores predisponentes que encontramos para hemorragia de tracto digestivo alto en el servicio de urgencias del hospital Rubén leñero fue tabaquismo, alcoholismo, hipertensión arterial sistémica, diabetes, en los que se encontraron en mayor presentación alcoholismo con una presentación 70.2% (n=40), tabaquismo 17.2%(n=10), diabetes 10.5%(n=6), hipertensión arterial 10.5% (n=6).

El motivo de atención de urgencias durante el estudio se observó que ingresaron por síntomas de hemorragia de tracto digestivo alto 84.2% (n=48) y los que venían por síntomas no relacionados fueron el 15.8% (n=9) y que al final presentando hemorragia de tracto digestivo alto.

Durante los 6 meses estudiados en el servicio de urgencias se observó que ingresaron por hemorragia de tracto digestivo alto de tipo variceal en mayor frecuencia presentándose 63.2% (n= 36) del total de los pacientes estudiados predominando el sexo masculino con un porcentaje 47.4% (n=27),predominando la edad de 58 hasta los 72 años y en mujeres 15.8% (n=9) y hemorragia de tracto digestivo alto no variceal el 36.8% (n= 21) del total de los pacientes predominando en sexo masculino 22.8%(n=13) y mujeres 14% (n=8) de los cuales se realizó endoscopia solo al 33.3% (n=19) observándose mayor porcentaje en los que no se realizó endoscopia con un total de 66.7% (n=38)

Conclusiones: Debido a que la atención medica por hemorragia de tracto digestivo alto en los servicios de urgencias en una de las patologías mas frecuentes por sintomatología, es prioritario definir sus principales factores predisponentes, así como sus comorbilidades asociadas y origen de la hemorragia de tracto digestivo alto si es variceal o no variceal.

Dentro de lo que nosotros encontramos en nuestro estudio hay una importante significancia con los principales factores predisponentes como fue alcoholismo 70.2%, en conjunto siendo el mayor afectado el sexo masculino, así como consumo de toxicomanías positivas y las principales comorbilidades fueron enfermedad hepática crónica y enfermedad renal crónica.

II.MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES

Antecedentes históricos

Desde hace 5000 años, los médicos clínicos han observado las características de la hemorragia de tracto digestivo, las primeras descripciones se realizaron en los antiguos manuscritos chinos que se encuentran aproximadamente en el 2600 antes de cristo, donde se encontraba la rudimentaria anatomía del estómago y se identifican diferentes puntos de acupuntura para permitir que los médicos incluyeran esa terapia (Veith, I. et al 1966)

Se han identificado registros procedentes del año 1500 AC en papiros en Egipto que incluyen una pequeña descripción de pérdida sanguínea, el papiro de Ebers refiere que ya se conocían síntomas y signos de ulcera péptica y sus complicaciones en aquellas épocas. (Veith, I. et al 1966)

La primera descripción que se observó de ulcera gástrica fue con Diocles de Cariostos en el siglo IV A.C, los grabados que se encuentran en esa época se encuentran en el templo de Esculapio donde demuestran que la hemorragia de tracto digestivo se aceptaba como una complicación.

Galeno en el siglo II D.C describió que los síntomas y las complicaciones de la ulcera péptica donde el observaba que la hemorragia de tracto digestivo alto cursaba múltiples ocasiones con heces negras. Celio Americano refería que la pérdida sanguínea podía tener múltiples orígenes.

Con el conocimiento de la anatomía y el comienzo de la anestesia general y la antisepsia fueron los principales avances que hicieron viables las intervenciones quirúrgicas posteriores para detener la hemorragia de tracto digestivo. La primera generación que hizo hincapié fue en 1881 pero después de la experiencia obtenida observo que solo la cirugía se indicaba en casos de hemorragia abundante y persistente. A principios del siglo XX los cirujanos en América del norte ante la alta mortalidad cuando se sometían a cirugía estos pacientes, compartían la opinión que la hemorragia de tracto digestivo tenía una mortalidad menor que la de una cirugía de urgencia. En 1937 Gordon y Taylor publicaron los primeros casos exitosos con tratamiento.

El diagnóstico de la hemorragia de tracto digestivo etiológico fue posible gracias a la introducción de la endoscopia. La primera esofagoscopia fue realizada en 1866 por Kussmaul mediante un endoscopio rígido. En 1932 diseño un gastroscopio semiflexible y los 25 años próximos se observó que fueron introducidos varias mejoras técnicas, pero fue hasta mediados del siglo XX cuando mejoraron los avances de los endoscopios y se realizaron los endoscopios flexibles, lo que convirtió a la endoscopia en una técnica útil y segura con el diagnostico etiológico de la hemorragia digestiva. (Taylor, G. et al 1937). Por décadas la hemorragia de tubo digestivo ha sido una urgencia médica, es una situación muy frecuente que involucra a varias especialidades médicas. (Taylor,

G. et al 1937).

Definición

La hemorragia de tracto digestivo alto se define como cualquier hemorragia gastrointestinal por encima del ligamento de Treitz, que incluye el esófago, el estómago y el duodeno proximal. A diferencia de las hemorragias de tracto digestivo medias y bajo se dan origen en el intestino delgado por debajo del ligamento de Treitz o en el colon y recto. (Lanas, A., Dumonceau et al 2018)

Epidemiología

La hemorragia de tracto digestivo es los EE. UU ha requerido hospitalización frecuente y conlleva una morbimortalidad sustancial con más de mil millones de dólares en costos médicos en el año, va a presentar múltiples etiologías que incluyen varices esofágicas, úlcera péptica, esofagitis y gastritis, cada una de estas enfermedades tienen diferentes tasas de mortalidad, así como complicaciones de cada una de ellas (Wuerth, B. A., & Rockey, et al 2018). Las innovaciones técnicas de la endoscopia se cree que ha contribuido a disminuir la mortalidad de la hemorragia de tracto digestivo y también el uso de inhibidores de la bomba de protones ha contribuido a la mejoría de la epidemiología de la hemorragia de tracto digestivo.

Clasificación

Existen dos tipos de hemorragia de tracto digestivo, la hemorragia varicosa donde se observa esofágicas, así como gástricas y la no variceal, la hemorragia digestiva alta que se origina por varices es producida por una dilatación de venas de la submucosa o anastomosis entre ellas por el aumento de la hipertensión portal.

La hemorragia de tracto digestivo alta no variceal es más frecuente que la variceal, la causa más común de la hemorragia de tracto digestivo no variceal, que principalmente es por úlcera péptica por *Helicobacter pylori* o por el tratamiento con analgésicos no esteroideos como el ácido acetil salicílico en dosis bajas.

Entre otras causas menos comunes, están las erosiones de la mucosa, que pueden ser esofágicas (relacionada con el reflujo gastroesofágico), duodenales o gástricas. Estas hemorragias no suelen ser tan importantes, ya que los vasos sanguíneos se van a encontrar en la submucosa, y las erosiones no llegan a alcanzar la submucosa; finalmente se encuentran las lesiones vasculares como la de Mallory Wase. (Rojas, L. A. J et al 2017)

Hemorragia digestiva alta

La hipertensión portal es un término que inicio con Gilbert en 1900 y se define como el incremento patológico de la presión hidrostática intravascular. Se encuentra entre las primeras causas de defunción en el país en el grupo de edad de 25 a 45 años.

En la hemorragia de tracto digestivo alto, la presión portal normal es de 5 a 10 mm hg medida en la misma vena porta y sus colaterales; cuando se eleva por encima de 10

mm hg ya se considera hipertensión portal, y ya se expresa clínicamente con 12 mm hg, En otra definición, cuando el gradiente de presión es más de 6 mm hg en la vena porta y la vena cava inferior o una presión venosa esplénica de 15 mm hg (Chuecas Jofre, J. A., Torres, T., Cabezas, G. y Lara Hernández, B. (2019)).

La primera publicación relacionada con la medición portal fue de 1937; se realiza quirúrgicamente por Thompson en 1951 siendo una técnica previa a la actual cuando se enclavaba un catéter en la vena hepática. El síndrome de hipertensión portal es el conjunto de signos y síntomas que se presentan como consecuencia del incremento persistente de la presión portal por encima de valores normales

Mortalidad

La mortalidad por hemorragia de tracto digestivo alta se asocia principalmente a factores de bajo pronóstico, de acuerdo a la severidad de los sangrados. Los factores que se deben tomar como factor de riesgo en admisión de urgencias son: mayores de 60 años, con enfermedades concomitantes como falla cardíaca, tumores malignos, hepatopatías y neumopatías (Chuecas Jofre, J. A., Torres, T., Cabezas, G. y Lara Hernández, B. (2019))

La mortalidad relacionada con hemorragia de tracto digestivo ha disminuido hasta el 5% con diferencias, entre diversos estudios, énfasis en la mortalidad a los 30 días tras presentar hemorragia de tracto digestivo alto y con pocos datos de la mortalidad al poco tiempo. En series de casos se estimaron tasas entre el 20 y 26% de mortalidad en pacientes que padecían hemorragia de tracto digestivo alto por úlcera péptica tras 6 años de seguimiento (Chuecas Jofre, J. A., Torres, T., Cabezas, G. y Lara Hernández, B. (2019)). Diversos estudios indican que continúa siendo una patología con una morbilidad y mortalidad alta en sí misma y por las complicaciones. En la actualidad, la mortalidad está más relacionada con las complicaciones derivadas de dicha enfermedad.

Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas de la hemorragia de tracto digestivo alto esto va a depender del volumen perdido y de la velocidad con la que se restaure, la presentación más frecuente es la melena blandas y fétidas, también se suele presentar hematemesis, hematoquecia, rojo brillante suele estar más relacionada con sangrado más abundante y de rápida instauración. Hay ocasiones que los síntomas no se llegan a presentar en forma de sangrado, se presenta también en ocasiones con palidez de tegumentos, astenia, adinamia, hiporexia, hipotensión e incluso descompensación en patología de base en pacientes cirróticos o con mucha comorbilidad. (Orbis, P. C. et al 2020)

Los pacientes con úlceras sangrantes que tienen hematoquecia presentan una

hemorragia aproximadamente de 1000 ml en el tracto gastrointestinal superior necesaria para causar datos clínicos mientras que solo se necesita de 50 a 100 ml de sangre para causar melena. La presencia de hematoquecia con signos y síntomas de compromiso hemodinámico como síncope, hipotensión choque, se debe sospechar en una hemorragia de tracto digestivo alto. (Orbis, P. C. et al 2020)

Tabla 1.

Cuadro clínico de la Hemorragia del tracto digestivo alto

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	COMPLICACIONES EVOLUTIVAS
Hematemesis	Choque hipovolémico
Melena	Insuficiencia renal aguda
Hematoquecia	Neumonía por aspiración
Anemia	Ángor hemodinámica
Hipotensión	
Taquicardia, confusión	
Síncope, disnea	

Escalas pronósticas

Las escalas pronósticas han sido evaluados de forma importante en la literatura médica entre todas las escalas el que mejor ha sido valorado ha sido la escala de Glasgow blachford ya que esta mide los siguientes parámetros, hemoglobina, urea, presión arterial, frecuencia cardíaca, sexo, presencia de melena, síncope, enfermedad hepática, y falla cardíaca (Orbis, P. C. et al 2020) su uso se recomienda en varias guías, una de las principales escalas es la que se menciona a continuación:

Escala de Blassford

La escala de Glasgow-Blachford ha demostrado ser superior en la predicción de la necesidad de realizar terapia endoscópica, la mortalidad y en la identificación de los pacientes con hemorragia digestiva alta de bajo riesgo, nos va a permitir la evaluación y el riesgo que presentan los pacientes que tienen hemorragia de tracto digestivo alto en función de varios parámetros clínicos y analíticos que se deben realizar con cada paciente, previo a realizar una endoscopia al paciente, esta escala es una de las de las más validadas. El uso de la escala nos puede orientar a identificar aquellos pacientes con hemorragia de tracto digestivo con un bajo riesgo de efectos adversos que pueden ser controlados en forma ambulatoria. (Orbis, P. C., et al 2020)

Tabla 2*Escala de blassford Glasgow pronostica*

Marcadores de riesgo a la admisión	Valor en la escala
Urea plasmática	
38-47	2
47<58	3
>58<147	4
>147	6
Hemoglobina g/dl varones	
>12 <13	1
>10<12	3
<10	6
Hemoglobina g/dl mujeres	
>10 <12	1
<10	6
Tensión arterial sistólica (mmhg)	
100-109	1
90-99	2
<90	3
Otros marcadores	
Pulso mayor 100 lpm	1
Presentación con melena	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática previa	2
Falla cardíaca	2

Diagnóstico

En los pacientes que presentes hemorragia del tracto digestivo se debe de solicitar biometría hemática, perfil hepático, creatinina, BUN, urea, pruebas de compatibilidad de grupo sanguíneo ya que es muy importante valorar la hemoglobina / hematocrito para poder determinar la presencia de gravedad.

En la fase hiperaguda hemorragia del tracto digestivo alto no puede presentarse cambios de valores, ya que se puede esperar hasta 24 horas para permitir la hemodilución intravascular ya sea por ingerir líquidos o por administración de líquidos cristaloides para la reanimación

En la fase hiperaguda del sangrado puede no haber cambios bruscos de estos valores. Se requieren hasta 24 horas para permitir la hemodilución en el intravascular, ya sea por la ingesta de agua o administración de cristaloides. Varios parámetros metabólicos

son de utilidad para la toma de decisiones. El índice BUN/Creatinina >32 es indicativo de hemorragia por sobre el ligamento de Treitz. Esto se explicará por un aumento significativo de nitrógeno ureico en sangre secundario a la digestión de la hemoglobina y reabsorción de productos nitrogenados derivados de ésta.

También se debe evaluar la función hepática se puede realizar con Score MELD para determinar la posibilidad de daño hepático y junto a la sospecha en la historia y examen físico aumentar la posibilidad de considerar una hemorragia variceal (Chuecas Jofre, J. A., Torres, T., Cabezas, G. y Lara Hernández, B. (2019))

Tratamiento

En 1950 Wangensteen introdujo por primera vez el lavado gástrico con soluciones frías para tratar de controlar la hemorragia de tracto digestivo. El tuvo como propuesta que cuando disminuía la temperatura gástrica favorecía la hemostasia. No existe evidencia que algún tipo de fluido alguna temperatura específica pueda detener o prevenir nuevamente la hemorragia de tracto digestivo. La práctica del lavado gástrico previo a la endoscopia puede facilitar el trabajo del endoscopista y disminuir el discomfort del paciente (Lee S.D et al 2004,).

Los fármacos vasoconstrictores y reductores del ácido, incluyendo vasopresina, prostaglandinas, somatostatina y antagonistas de receptores H₂, se han utilizado para disminuir la secreción ácida. Sin embargo, la mayoría de los estudios han demostrado que estos fármacos no son eficaces para reducir el sangrado (Barkun, A. 2017 pág. 20). La somatostatina es un péptido endógeno que reduce el flujo sanguíneo esplácnico y la motilidad gastrointestinal, inhibe la secreción ácida y puede tener efectos citoprotectores gástricos; es efectiva para controlar la hemorragia por varices esofágicas. (Barkun, A. et al 2017)

Vasopresores

Cada vez se ha encontrado más literatura que refiere que el uso concomitante de drogas vasoactivas mejora el control del sangrado variceal y disminuye la tasa de resangrado hacia los 5 días. Dependiendo del centro, el uso de octreótido, somatostatina, vasopresina o terlipresina puede ser de utilidad. La vasopresina provoca vasoconstricción de la circulación esplácnica, reduciendo la presión portal.

Por lo tanto, en pacientes con hemorragia de origen variceal la vasopresina es de gran utilidad. Sin embargo, se ha visto que tiene un beneficio disminuye el resangrado, así como se ha observado que disminuye la mortalidad. (Cremers & Ribeiro, 2014; Nable & Graham, 2016).

Sin embargo, se ha observado que puede provocar isquemia miocárdica y no se recomienda en el manejo coadyuvante de la hemorragia del tracto digestivo de origen variceal. La terlipresina, en cambio, es un análogo sintético de la vasopresina con una vida media más larga y menos efectos adversos. Es el único vasoactivo que ha

demostrado beneficio en mortalidad en diferentes investigaciones. La dosis que se recomienda es dosis de 2 mg cada 4 h IV durante las primeras 48 h y luego 1 mg cada 4 h por los próximos 3 días. (Cremers & Ribeiro, 2014; Nable & Graham, 2016)

Manejo preendoscópico

Los pacientes que se encuentran hospitalizados con hemorragia de tracto digestivo alto deben de colocarse dos catéteres de gran calibre. Se debe considerar la intubación endotraqueal para pacientes con alto riesgo de aspiración, como aquellos con hematemesis en curso o estado mental alterado. Se debe realizar una corrección temprana en el nivel de hematocrito y hemoglobina la coagulopatía con reanimación agresiva con líquidos porque esto reduce sustancialmente la mortalidad. (Kamboj, A. K., Hoversten, et al 2019).

Se debe de considerar con los pacientes cuando presenten hemoglobina menor a 7g/dl, aunque también se debe de considerar que puede necesitar una transfusión más elevada, por presentar enfermedad arterial o sangrado activo.

Se debe administrar plaquetas cuando la hemorragia se encuentra activo y un recuento 50000-103/ metros. Los pacientes que presenten hemorragia de tracto digestivo alto tienen que recibir tratamiento con inhibidor de bomba de protones con dosis altas intravenosos en el momento de la presentación y así reduce la necesidad de una intervención endoscópica. Se puede usar inhibidor de bomba de protones cada 12 horas y es comparable en bolo más infusión continua es comparable con un régimen de PPI en bolo más infusión continua. Aunque los agentes procinéticos como lo es la eritromicina, pero pueden administrarse 30 minutos antes de la endoscopia para mejorar la visualización endoscópica y disminuir la necesidad de repetir la endoscopia.

Se coloca en pacientes que presenten hemorragia de tracto digestivo alto octreotida porque mejora la terapia endoscópica para lograr la hemostasia inicial, y que perdure en los próximos 5 días y no afecta la mortalidad. La administración de fármacos antibióticos (es decir, ceftriaxona) a pacientes con cirrosis que presentan HDA aguda, independientemente de la etiología subyacente, se asocia con una mejor supervivencia y una disminución del resangrado. Debe suspenderse el uso de Analgésicos esteroideos no inflamatorios.

Los agentes antiplaquetarios y anticoagulantes deben suspenderse en pacientes con HDA grave si son seguros según la indicación del medicamento. Por ejemplo, es probable que los agentes antiplaquetarios se continúen en pacientes con isquemia coronaria reciente (Kamboj, A. K., Hoversten, et al 2019).

Manejo post endoscopia

Después de realizar endoscopia se puede considerar que tienen un bajo riesgo de

resangrado, cuando presentan signos vitales estables, con un nivel de hemoglobina dentro de parámetros normales, sin presentar alguna morbilidad, el manejo con inhibidor de bomba de protones, debe continuarse durante 72 horas posteriores después del manejo endoscópico, en pacientes que presentaron una úlcera con sangrado activo o estigmas de sangrado reciente.

Los pacientes deben iniciar con una dieta líquida después del procedimiento y se debe de ir avanzando según la vayan tolerando a comparación cuando presentan úlceras de bajo riesgo pueden iniciar con inhibidor de bomba de protones cada 24 horas y una dieta blanda. (Kamboj, A. K., Hoversten, et al 2019).

Pronóstico

Aunque la mortalidad general ha disminuido con el tiempo debido a una disminución de número de eventos, la mortalidad ha sido relacionada con el evento hemorrágico, ya que la mayoría de los pacientes fallecen por causas no relacionadas con la hemorragia de tracto digestivo, se ha observado que se mantiene poco contacto con los pacientes después de un evento de hemorragia de tracto digestivo, el manejo adecuado de la anemia y la deficiencia de hierro tiene el potencial de afectar directamente la calidad de vida de los pacientes. (Lanas, A., Dumonceau et al 2018)

III. Planteamiento del problema

La hemorragia de tracto digestivo alto significa hoy en día un problema médico que ocasiona una significativa morbilidad y mortalidad y elevado consumo de insumos sanitarios.

En Estados Unidos de América los pacientes requieren hospitalización y conlleva una morbimortalidad sustancial con más de mil millones de dólares en costos médicos en el año, va a presentar múltiples etiologías que incluyen varices esofágicas úlcera péptica, esofagitis y gastritis, cada una de estas enfermedades con diferentes tasas de mortalidad, así como complicaciones.

La incidencia mundial de hemorragia de tracto digestivo en los países occidentales varía de 50 a 170 por cada 10000 mil habitantes, y se divide de acuerdo al origen tanto alto como bajo.

La mortalidad relacionada con la hemorragia de tracto digestivo ha disminuido hasta el 5% existiendo diferencias entre las poblaciones estudiadas, varios estudios suelen ser énfasis en la mortalidad a los 30 días tras presentar hemorragia de tracto digestivo alto existiendo pocos datos de mortalidad en poco tiempo. En algunas series de casos, se estimaron tasas entre el 20-26% de mortalidad en pacientes que padecían hemorragia de tracto digestivo alto por úlcera péptica tras 6 años del seguimiento.

La etiología más común en hemorragia de tracto digestivo alto siempre ha sido varices

esofágicas, ulcera gástrica principalmente en el sexo masculino, así como sus comorbilidades.

Pregunta de investigación

¿Cuáles serán los factores predisponentes más frecuentes en la hemorragia de tracto digestivo alto variceal en pacientes del servicio de urgencias en el Hospital General Dr. Rubén Leñero?

IV. Justificación

La hemorragia de tracto digestivo alto se considera un problema de salud pública a nivel nacional y mundial tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad. Es responsable aproximadamente de 30,000 muertes por año en México.

En el Hospital General Dr. Rubén Leñero de la secretaria de Salud de la Ciudad de México no existe hasta la actualidad ningún reporte publicado sobre la incidencia y la causa de sangrado de tubo digestivo alto en el servicio de urgencias, por lo que se considera relevante realizar el presente estudio.

En el servicio de urgencias, variando la función de diferentes factores, especialmente en la cuantificación del sangrado, su origen, la edad del paciente, y otras patologías que se asocian, así como la intervención endoscópica.

V. Hipótesis

La detección inicial y describir los factores predisponentes más frecuentes en la hemorragia de tracto digestivo alto variceal para saber si son igual o diferentes a lo reportado en la literatura y con esto tener un mayor beneficio a los pacientes disminuyendo así, sus complicaciones además de, detectar con qué frecuencia se presenta en los pacientes que asisten de manera espontánea al servicio de urgencias del Hospital General Dr. Ruben Leñero.

VI. Objetivo general

Identificar los factores predisponentes más frecuentes de la hemorragia de tracto digestivo alto variceal en pacientes del servicio de urgencia del Hospital General Dr. Rubén Leñero.

VII. Objetivos específicos

- Identificar el motivo de atención de pacientes con hemorragia de tracto digestivo alto.
- Identificar los principales factores predisponentes para hemorragia de tracto digestivo alto.
- Identificar la comorbilidad más frecuente asociado a la hemorragia de tracto digestivo alto de origen variceal.

- Clasificar el tipo de hemorragia de tracto digestivo.
- Identificar a los pacientes con endoscopia por hemorragia de tracto digestivo.

VIII. Metodología

8.1 Tipo de estudio

Clinico, retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional

8.2 Población de estudio

En la ubicación del estudio en espacio será unicéntrico, en el Hospital General Dr. Rubén Leñero durante el periodo comprendido de enero a junio del 2022.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 18 años
- Con presencia de hemorragia de tracto digestivo alto
- Con endoscopia

Criterios de exclusión

- Con hemorragia por ulcera péptica, gastritis erosiva e inmunológica.
- Con hemorragia de tracto digestivo bajo

Criterios de eliminación

- Pacientes sin diagnóstico definitivo
- Expedientes incompletos

8.3 Muestra

Censo de todos los expedientes clínicos que cumplan con los criterios de inclusión

8.4 Tipo de muestreo y estrategias de reclutamiento

No probabilístico intencional. El investigador realizará la selección de expedientes clínicos con los criterios de inclusión; se recolecta la información en una base de datos para su análisis posterior.

8.5 Variables

Variable	Tipo de variable	Definición Operativa	Unidad de medida	Instrumento de medición
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Características fenotípicas y genotípicas	Hombre Mujer	Hoja de recolección de datos
Edad	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos desde el nacimiento	Años	Hoja de recolección de datos
Motivo de atención	Cualitativa nominal	Hemorragia de tracto digestivo	Si/No	Hoja de recolección de datos
Factores predisponentes	Cualitativa nominal	Consumo crónico de alcohol, edad, tabaquismo, consumo de analgésico no esteroideos, ulcera péptica, sexo, ocupación.	Diabetes, insuficiencia hepática, cirrosis hepática, hipertensión portal, hipertensión arterial	Hoja de recolección de datos
Tipo de sangrado	Cualitativa nominal	Alto variceal o no variceal	Endoscopia	Hoja de recolección de datos
Toxicomanías	Cualitativa Independiente	Consumo de sustancias de abuso registrados en el expediente clínico haciendo énfasis en alcoholismo.	Si /No	Hoja de recolección de datos
Comorbilidades	Nominal Independiente	Patologías reportadas en el expediente clínico sin revisar criterios empleados con énfasis en enfermedades hepáticas.	Sí/ No	Hoja de recolección de datos

8.6 Mediciones e instrumentos de medición

Hoja de recolección de datos del expediente clínico (anexo)

8.7 Análisis estadístico

Se aplicarán medidas de resumen (porcentajes y tasas), medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, rango y varianza).

IX. Implicaciones éticas

Conforme al Reglamento en materia de investigación para la Salud de la Ley General de Salud, se trata de una investigación sin riesgo.

X. Resultados

Se realizó una recolección total de 76 pacientes correspondientes a los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio del 2022, obteniendo datos únicamente de expediente electrónico excluyéndose 29 pacientes con una muestra final 57 pacientes en los que se observa de forma inicial que existen más hombres que mujeres que presentan hemorragia del tracto digestivo alto.

Se incluyeron en el estudio 57 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del presente trabajo de estos un 70.2% (n=40) fueron hombres y el resto mujeres 29.8% (n=17) (figura 1).

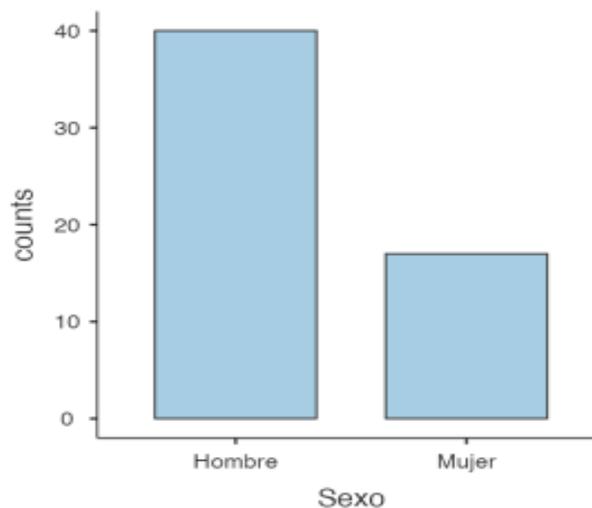


Figura 1. Sexo de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

La edad promedio de atención fue de 58 años (mediana 55 años, mínimo 24 años máximo 91 años) el grupo de edad más afectado fue de los 58 años (n=8) hasta los 72 (n=4) años con predominio en el sexo masculino.

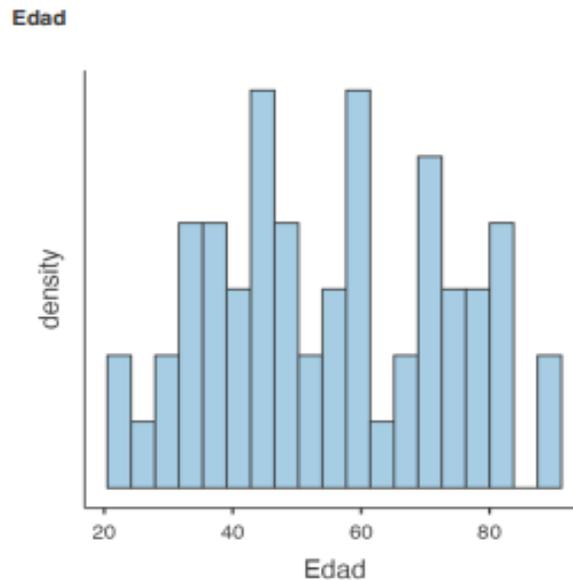


Figura 2. Edad de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

Los principales factores predisponentes que encontramos para hemorragia de tracto digestivo alto en el servicio de urgencias del hospital Rubén leñero fue tabaquismo, alcoholismo, hipertensión arterial sistémica, diabetes, en los que se encontraron en mayor presentación alcoholismo con una presentación 70.2% (n=40), tabaquismo 17.2%(n=10), diabetes 10.5%(n=6), hipertensión arterial 10.5% (n=6)

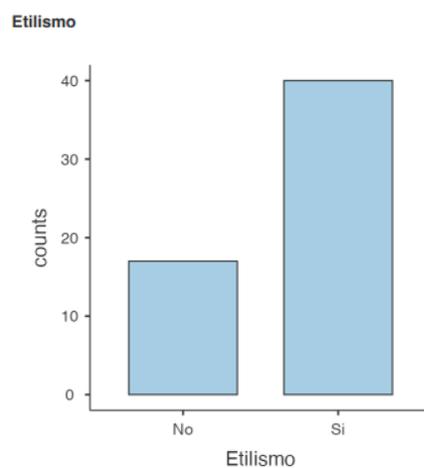


Figura 3. Porcentaje de etilismo de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

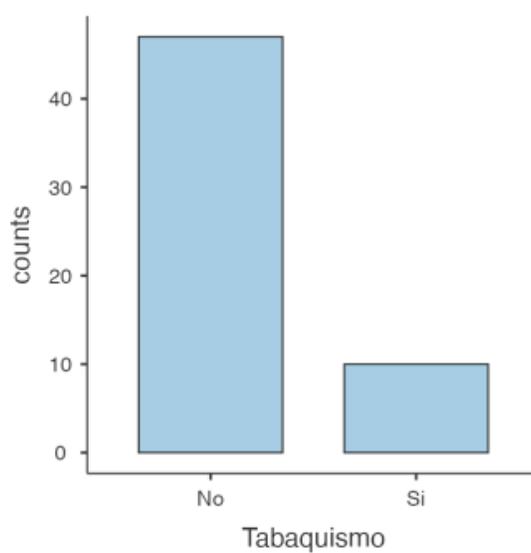


Figura 4. Porcentaje de tabaquismo de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria.

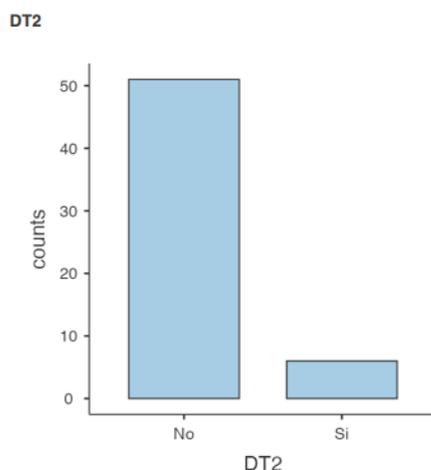


Figura 5. Porcentaje de diabetes de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

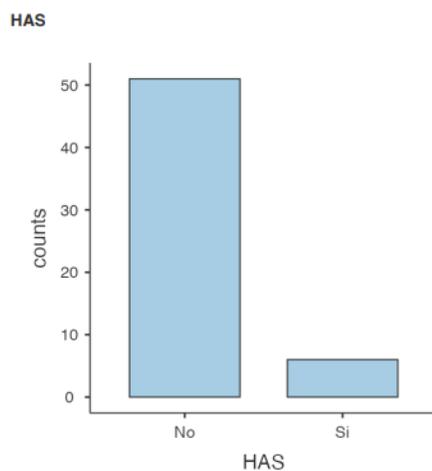


Figura 6. Porcentaje de diabetes de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

Durante los 6 meses estudiados en el servicio de urgencias se observó que ingresaron por hemorragia de tracto digestivo alto de tipo variceal en mayor frecuencia presentándose 63.2% (n= 36) del total de los pacientes estudiados predominando el sexo masculino con un porcentaje 47.4% (n=27),predominando la edad de 58 hasta los 72 años y en mujeres 15.8% (n=9) y hemorragia de tracto digestivo alto no variceal el 36.8% (n= 21) del total de los pacientes predominando en sexo masculino 22.8%(n=13)

y mujeres 14% (n=8) de los cuales se realizó endoscopia solo al 33.3% (n=19) observándose mayor porcentaje en los que no se realizó endoscopia con un total de 66.7% (n=38)

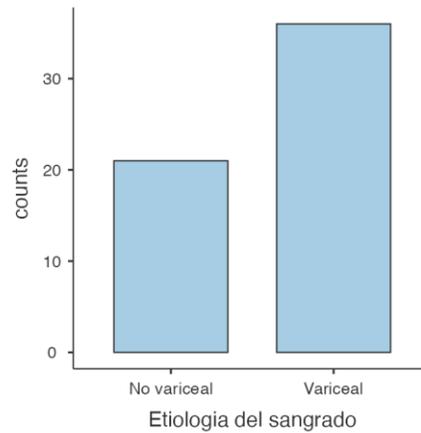


Figura 7. Principal etiología de la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

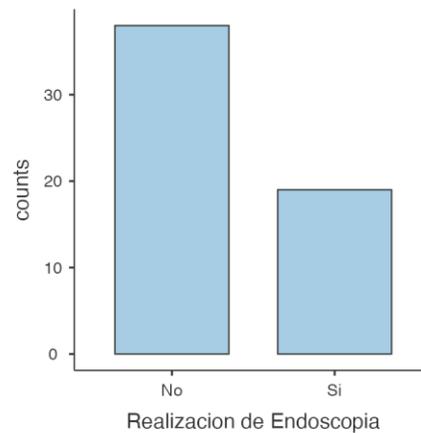


Figura 8. Realización de endoscopia en la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

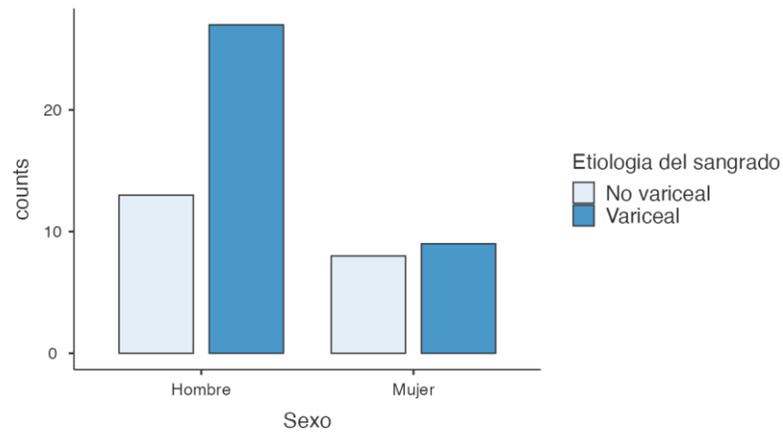


Figura 9. Principal etiología de acuerdo a sexo, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

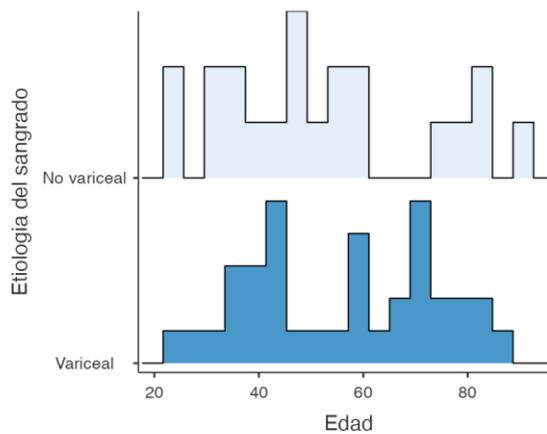


Figura 10. Principal etiología de acuerdo a la edad, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

En los pacientes que acudieron a urgencias se observó que la mayoría presentaban toxicomanías positivas 57.2% (n=33) contra los que no presentaban 42.1% (n=24)

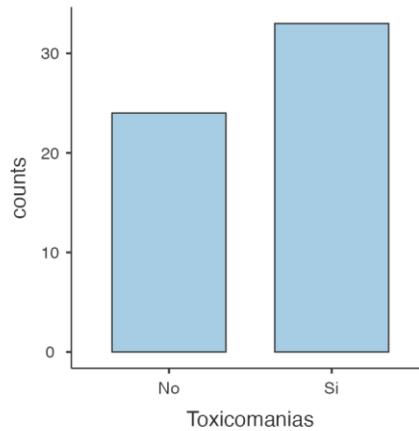


Figura 11. Presencia de toxicomanías en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

Las principales comorbilidades que se observaron en los pacientes que se analizaron se presentó en mayor porcentaje enfermedad hepática crónica en 63.2% (n=36), seguido de enfermedad renal crónica 8.8% (n=5), crisis convulsivas 1.8% (n=1), hepatitis alcohólica 1.8% (n=1), y los que no presentaron alguna comorbilidad fueron 87.7% (n=14) del total de los pacientes.

Frecuencias

Frecuencias de Comorbilidades

Comorbilidades	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
INS. HEP.	33	57.9 %	57.9 %
ENF.REN	1	1.8 %	59.6 %
HEP. ALC.	4	7.0 %	66.7 %
ENF. REN.	4	7.0 %	73.7 %
ENF.REN.	1	1.8 %	75.4 %
COLE.	4	7.0 %	82.5 %
HAS	7	12.3 %	94.7 %
ILEOS.	2	3.5 %	98.2 %
CIRR.	1	1.8 %	100.0 %

Figura 12. Porcentaje de comorbilidades en la población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

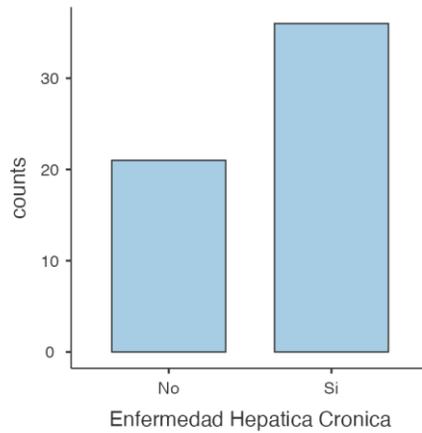


Figura 13. Presencia de enfermedad hepática crónica en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

De acuerdo a la etiología que se presentó en los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias el tipo de hemorragia que se presentaron variceal o no variceal dependiendo de los factores de riesgo se observó que los que tenían factores de riesgo como etilismo presentaron mayor porcentaje en hemorragia tipo variceal en un 54.4% (n=31), con tabaquismo positivo 12.3% (n=7), diabetes 5.3% (n=3), hipertensión arterial 7%(n=4).

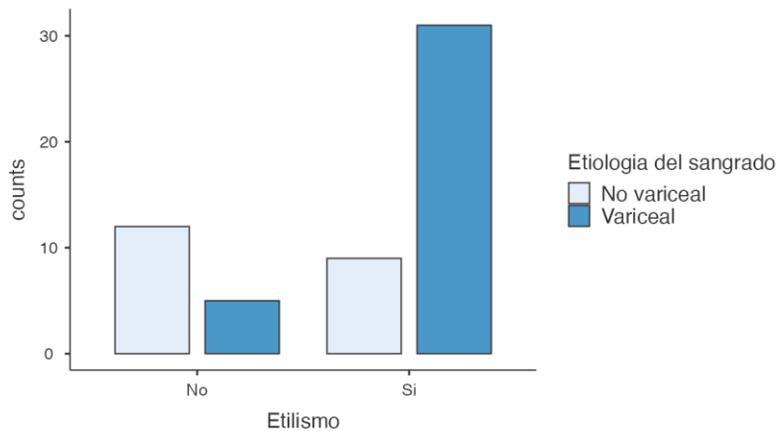


Figura 14. Etiología del sangrado en personas con etilismo en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

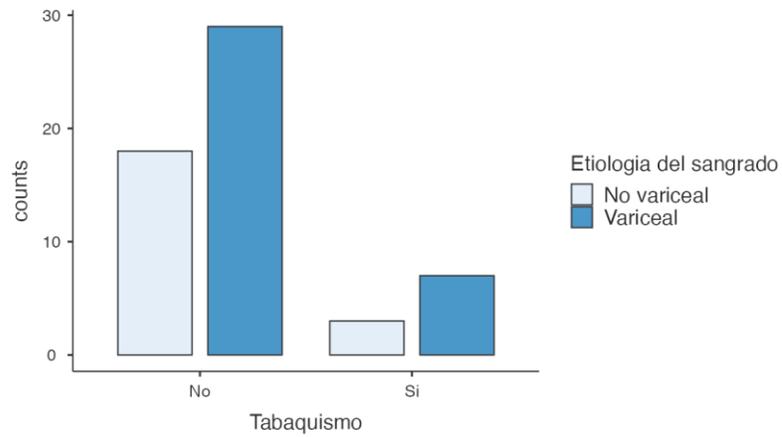


Figura 15. Etiología del sangrado en personas con tabaquismo en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

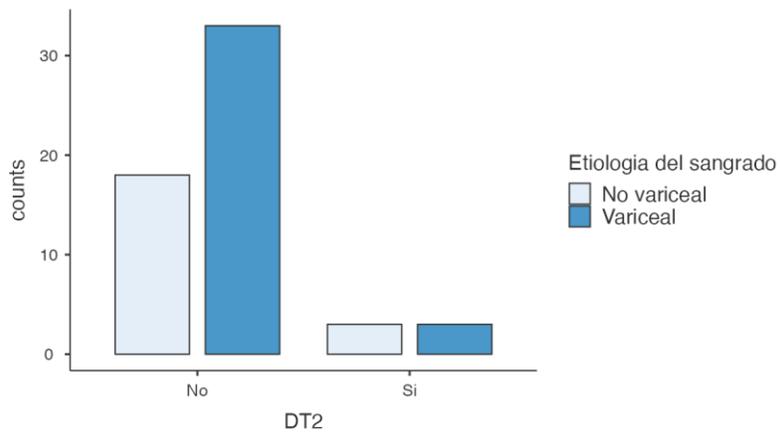


Figura 16. Etiología del sangrado en personas con diabetes tipo 2 en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

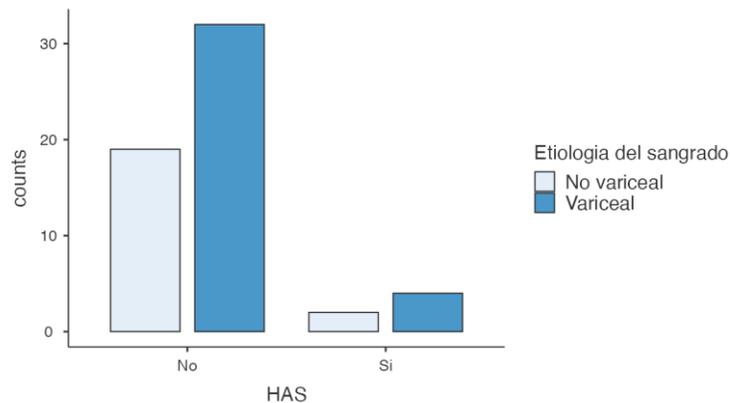


Figura 17. Etiología del sangrado en personas con hipertensión arterial sistémica en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

El motivo de atención de urgencias durante el estudio se observó que ingresaron por síntomas de hemorragia de tracto digestivo alto 84.2% (n=48) y los que venían por síntomas no relacionados fueron el 15.8% (n=9) y que al final presentaron hemorragia de tracto digestivo alto.

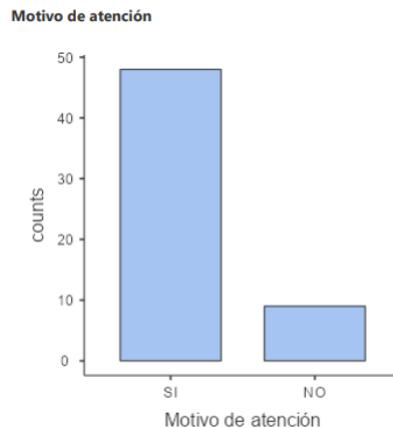


Figura 18. Motivo de atención en urgencias con síntomas de hemorragia de tracto digestivo alto en población analizada, realizada por el autor con datos obtenidos del sistema de Administración Medica e información Hospitalaria

XI. DISCUSION

La hemorragia de tracto digestivo alto es una patología clínica que demanda una atención médica urgente, además de ser una enfermedad muy frecuente que se presenta en el servicio de urgencias y que involucra un tratamiento multidisciplinario.

Esto hace importante definir los factores predisponentes más frecuentes de hemorragia de tracto digestivo alto en el servicio de urgencias del hospital Rubén leñero comorbilidades asociadas, edad mas frecuente, toxicomanías, y motivo de atención al fin de garantizar un tratamiento medico oportuno y una menor morbimortalidad para la entidad clínica.

En este estudio se encontró que el sexo mas afectado fue el masculino con 70.2% (n =40) datos compatibles con lo reportado por (Wuerth, B. A., & Rockey, et al 2018).

La hemorragia de tracto digestivo alto suele presentarse con síntomas característicos como melena, hematemesis dependiendo de su forma de localización y presentación de la hemorragia donde se observó en este estudio que el 84.2% con síntomas característicos de dicha patología.

En los datos publicados por la sociedad americana de endoscopia digestiva se observa la relación entre la mortalidad y la presencia de comorbilidades en la hemorragia de tracto digestivo alto observándose aquellos con enfermedad hepática, sin embargo, en nuestro estudio se observo que las principales comorbilidades asociadas fueron enfermedad hepática crónica con 63.2%, enfermedad renal crónica 8.8%, crisis convulsivas 1.8%, hepatitis alcohólica 1.8%.

La mayoría de los pacientes que se estudiaron presentaban toxicomanías positivas con 57.2%, sin embargo, el tratamiento actualmente de elección son las técnicas de hemostasia endoscópica que tienen un papel importante en el manejo de la hemorragia de tracto digestivo alto en nuestro estudio se observo que se realizo endoscopia a 33.3% de la población estudiada.

Uno de las principales limitantes de este trabajo fue que no ingresaron muchos pacientes con este diagnóstico ya que el hospital aun atendía mayor número de pacientes covid, sin embargo, se necesitan mas estudios para estadificar o estandarizar la realización de endoscopia y así estadificar de mejor manera el tipo de hemorragia de tracto digestivo alto, así como los principales factores predisponentes para hemorragia de tracto digestivo alto.

XII. CONCLUSIONES

Debido a que la atención medica por hemorragia de tracto digestivo alto en los servicios de urgencias en una de las patologías mas frecuentes por sintomatología, es prioritario definir sus principales factores predisponentes, así como sus comorbilidades asociadas y origen de la hemorragia de tracto digestivo alto si es variceal o no variceal.

Dentro de lo que nosotros encontramos en nuestro estudio hay una importante significancia con los principales factores predisponentes como fue alcoholismo 70.2%, en conjunto siendo el mayor afectado el sexo masculino, así como consumo de toxicomanías positivas y las principales comorbilidades fueron enfermedad hepática crónica y enfermedad renal crónica.

Con los resultados del presente estudio se deja abierta la posibilidad de realizar otros estudios para ver mortalidad y complicaciones por ingreso por hemorragia de tracto digestivo alto variceal.

Propuesta

- ° realizar mayor numero de endoscopias para así clasificar de mejor manera la hemorragia de tracto digestivo alto variceal o no variceal
- ° hacer hincapié en el estudio de hemorragia de tracto digestivo alto variceal ya que es una patología muy frecuente en el hospital general Dr. Rubén leñero.

XIII. Bibliografía

- Barkun, A. (2017). What is the ideal timing for endoscopy in acute upper gastrointestinal bleeding? *Endoscopy International Open*, 05(05), E387–E388. <https://doi.org/10.1055/s0043-107613>
- Cremers i Ribeiro, S. (2014). Manejo de la hemorragia gastrointestinal alta varicosa y no varicosa en pacientes con cirrosis. *Avances terapéuticos en gastroenterología*, 7, 206-216.
- Fujita, M., Manabe, N., Murao, T., Osawa, M., Hirai, S., Fukushima, S., Shogen, Y., Nakato, R., Ishii, M., Matsumoto, H., Hata, J., & Shiotani, A. (2017). Differences in the clinical course of 516 Japanese patients with upper gastrointestinal bleeding between weekday and weekend admissions. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 52(12), 1370. <https://doi.org/10.1080/00365521.2017.1377762>
- Gaiani, F., De'angelis, N., Kayali, S., Manfredi, M., Di Mario, F., Leandro, G., ... De'angelis, G.L. (2018). *Clinical approach to the patient with acute gastrointestinal bleeding. Acta Biomedica*, 89, 12–19. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i8-S.7861>
- Chuecas Jofre, J. A., Torres, T., Cabezas, G. y Lara Hernández, B. (2019). Hemorragia digestiva alta. *ARS médica*, 44(3), 24–34. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356>
- Kamboj, A. K., Hoversten, P., & Leggett, C. L. (2019). Upper gastrointestinal bleeding: Etiologies and management. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic*, 94(4), 697–703. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.022>
- Lam, K., Wong, J., & Lau, J. (2015). Pharmacological Treatment in Upper Gastrointestinal Bleeding. *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 13(4), 369–376. <https://doi.org/10.1007/s11938-015-0063-x>
- Lanas, A., Dumonceau, J.-M., Hunt, R. H., Fujishiro, M., Scheiman, J. M., Gralnek,

- I. M., Campbell, H. E., Rostom, A., Villanueva, C. y Sung, J. J. Y. (2018). Sangrado gastrointestinal superior no varico. *Nature Reviews. Cartillas de enfermedades*, 4(1), 18020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.20>
- Lee, S. D., & Kearney, D. J. (2004). A randomized controlled trial of gastric lavage prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 38(10), 861–865. <https://doi.org/10.1097/00004836-200411000-00005>
- Nable, J. V. y Graham, A. C. (2016). Sangrado gastrointestinal. *Clínicas de Medicina de Emergencia de América del Norte*, 34(2), 309–325. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2015.12.001>
- Orbis, P. C., Laguna, C. B., Miguel, I. S., Mallada, G. H., & Arbeloa, A. L. (2020). Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Medicine*, 13(3), 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.01.02>
- Rojas, L. A. J. (s/f). *SANGRADO DIGESTIVO ALTO*. Medigraphic.com. Recuperado el 1 de mayo de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177b.pdf>
- Stanley, A. J., Laine, L., Dalton, H. R., Ngu, J. H., Schultz, M., Abazi, R., Zakko, L., Thornton, S., Wilkinson, K., Khor, C. J. L., Murray, I. A. y Laursen, S. B. (2017). Comparación de los sistemas de puntuación de riesgo para pacientes con hemorragia digestiva alta: estudio prospectivo multicéntrico internacional. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, i6432. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6432>
- Taylor, G. (1937). The problem of bleeding peptic ulcer Br. *Br. J. Surg*, 25, 403–425.
- Veith, I. (1966). *Ching Su Wen et al The yellow emperors classic of internal Medicine Berkeley*. University of California Press.
- Wuerth, B. A., & Rockey, D. C. (2018). Changing epidemiology of upper gastrointestinal hemorrhage in the last decade: A nationwide analysis. *Digestive Diseases and Sciences*, 63(5), 1286–1293. <https://doi.org/10.1007/s10620-017-4882-6>