



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO
VARICEAL EN TERAPIA ENDOSCÓPICA DE URGENCIA HOSPITAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2020-2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA
PRESENTADO POR
EDWIN ALAN VILLEGAS PARI**

**ASESORA
ROSSELL PERRY PERCY EDUARDO**

**LIMA- PERÚ
2023**



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
NO VARICEAL EN TERAPIA ENDOSCÓPICA DE URGENCIA
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2020-2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR**

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA

**PRESENTADO POR
EDWIN ALAN VILLEGAS PARI**

**ASESOR
DR. ROSSELL PERRY PERCY EDUARDO**

**LIMA, PERÚ
2023**

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES DE RIESGO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN TERAPIA ENDOSCÓPICA DE URGENCIA

AUTOR

EDWIN ALAN VILLEGAS PARI

RECuento de palabras

13170 Words

RECuento de caracteres

75259 Characters

RECuento de páginas

50 Pages

Tamaño del archivo

436.5KB

Fecha de entrega

Nov 6, 2023 10:53 AM GMT-5

Fecha del informe

Nov 6, 2023 10:56 AM GMT-5

● **20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente

ÍNDICE

	Págs.
Portada	
Índice	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	15
2.3 Definición de términos básicos	26
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	27
3.1 Formulación de la hipótesis	27
3.2 Variables y su operacionalización	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	33
4.1 Tipos y diseño	33
4.2 Diseño muestral	33
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	34
4.4 Procesamiento y análisis de datos	35
4.5 Aspectos éticos	36
CRONOGRAMA	37
PRESUPUESTO	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	39
ANEXOS	47
Matriz de consistencia	47
Instrumento de recolección de datos	48

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La hemorragia digestiva alta es una emergencia médica frecuente en cualquier parte del mundo, responsable de aproximadamente el 10% de muertes hospitalarias en el mundo; a pesar de hubo valiosos avances en los últimos años, la mortalidad no baja de ese porcentaje. (1) Siendo una importante carga clínica y económica en el sistema de salud, tiene una incidencia de entre 48 a 160 casos por cada 100 000 adultos en Estados Unidos. (2)

En España, se llegó a registrar 1200 muertes a causa de esta hemorragia en un año. Entre los factores asociados se encontró a la edad, enfermedades crónicas o hemorragia digestiva alta previa, fármacos gastrolesivos como los corticoides, los anticoagulantes o los antiinflamatorios no esteroideos (AINE); para el año 2001, un tercio de las hemorragias gastrointestinales se debieron al uso de AINEs. (3)

En Cuba, hubo incremento de la cirrosis hepática en la población, hace que esta se vincule a la aparición de hemorragia digestiva alta. En el 2016, las complicaciones derivadas de la cirrosis hepática provocaron 1 506 defunciones, cuya causa de muerte predominante correspondió a ese tipo de sangrado, que generó en Santiago de Cuba una tasa bruta de mortalidad de 10,5 por cada 100 000 habitantes. (4)

En Chile se calcula una incidencia del 8.9% de casos, siendo la úlcera péptica el 50% la causa de esta hemorragia. Los factores asociados a mayor morbimortalidad son la edad mayor de 60 años, enfermedad hepática avanzada, shock hemodinámico al ingreso que terminan con altos requerimientos de transfusión de sangre, hallazgo de sangrado activo o hemorragia reciente en la endoscopia, presencia de varices o antecedente de melena o hematoquecia. (5)

En el Perú, la hemorragia digestiva alta tiene una gran incidencia de casos, siendo la primera causa de emergencia gastroenterológica. En el Hospital Cayetano Heredia, la principal etiología de la hemorragia digestiva alta no variceal es la enfermedad ulcero-péptica asociada a la infección por *Helicobacter*

pylori o el uso de AINEs o dosis baja de aspirina. (6) En un estudio realizado en este hospital, se obtuvo como factores asociados para la mortalidad por hemorragia digestiva alta a aquellos pacientes con clasificación de Rockall mayor a 4, ingreso a la unidad de cuidados intensivos, resangrado, hemorragia digestiva alta después de la hospitalización, cirrosis, presencia de hematemesis, neoplasia maligna, número de paquetes globulares transfundidos y edad promedio de 64 años. (7)

En el Hospital Edgardo Rebagliati Martins se creó la primera unidad de hemorragia digestiva altamente especializada en 1994. Esta unidad al ser creada, inicio sus actividades con pacientes que presentaban urgencia de endoscopía terapéutica, posteriormente, fue agregando pacientes que requerían seguimiento de manera programada. Cada año brinda atención a alrededor de 20 mil asegurados por este problema de salud. (8) En un estudio en este hospital se halló que la hemorragia digestiva era 87 % y 13% de origen altas y bajas respectivamente. Respecto al sexo, el 63% de hemorragias digestivas se dieron en varones y el 37% en mujeres. Aquellos que presentaron esta entidad, mayores de 60 años fueron un 66% y 15% los mayores de 80 años. Por lo que sería un hospital de referencia para realizar un análisis de este problema de salud que aqueja a la población peruana. (9)

Por lo mencionado anteriormente, este tipo de hemorragias sigue siendo un problema de salud para nuestro país, en el Perú no hay muchos estudios que nos expliquen los factores de riesgo para la población peruana antes este tipo de hemorragia, por ello se plantea la necesidad de identificar los factores de riesgo en la hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes que reciben tratamiento endoscópico de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo en la hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022?

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo en la hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022.

Objetivos Específicos

- Describir las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022.
- Identificar los factores de riesgo en los pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal y que presentaron complicaciones en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022.
- Determinar los factores de riesgo asociados con la hemorragia digestiva alta no variceal y con sus complicaciones en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022.

1.4 Justificación

El estudio en la unidad de hemorragia digestiva altamente especializada nos permitirá conocer los factores de riesgo de los pacientes con cuadros de hemorragia digestiva alta no variceal, para desarrollar un manejo del paciente y poder mejorar las guías de práctica clínica que ya se han implementado. A su vez se podrá actualizar los datos estadísticos de esta patología y las principales razones que la causan, también nos permitirá saber qué terapias se están

implementando y cuáles son las que más se utilizan, como su posible asociación con las complicaciones. También es importante el presente estudio porque no hay muchas investigaciones que nos mencionen los factores de riesgo de la población peruana ante la hemorragia digestiva alta no visceral, con ello se puede ahondar en el tema preventivo y promocional de salud.

1.5 Viabilidad Y Factibilidad

Este estudio de investigación es factible, ya que contará con personas idóneas para indagar y obtener la información necesaria (asistentes, residentes e internos del servicio de Gastroenterología) para después organizarla y llegar a una conclusión que será verificada. Importante recalcar que se cuenta con un registro en la base de información del área de admisión de los pacientes que padecieron esta patología, los recursos materiales, equipos técnicos y soporte requerido para el desarrollo de la investigación, así como también el permiso del área de capacitación, docencia e investigación del Hospital Edgardo Rebagliati Martins para llevar a cabo este proyecto, el cual a su vez estará revisado por el área de Post grado de la Universidad San Martín de Porres.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Chimbaco D et al. en el 2014 tuvieron como objetivo identificar los factores relacionados a la hemorragia digestiva alta en pacientes de la unidad de cuidados intensivos en un hospital público de Colombia. Es estudio retrospectivo, serie de casos. Los pacientes seleccionados fueron de la unidad de cuidados intensivos que presentaron hemorragia gastrointestinal alta y recibieron profilaxis. La información se recolectó a través de la revisión de historias clínicas y aplicando el instrumento diseñado; se procesó la información a través del programa Epi info V7. Resultados. Se encontró que el 32% de las comorbilidades se asocian a la ventilación mecánica. Se evidenció que el 32% de los pacientes tenían como antecedente el uso de la ventilación mecánica. En el 32% de los pacientes se evidenció que el sitio de lesión fue a nivel del Antro. El 47% de los pacientes desarrollaron hemorragia gastrointestinal alta durante el primer día en UCI. El 26% de los pacientes que fallecieron durante su estancia en UCI no estuvo asociado a la hemorragia gastrointestinal alta (10).

Basto M et al. en el 2015 tuvieron como objetivo estudiar los factores que condicionan un incremento de la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. Fue observacional, analítico y de tipo casos y controles; la muestra fue de 104 casos y 104 controles de pacientes del Hospital Loayza identificó los factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad y la eficacia de los tratamientos empleados en pacientes quienes tuvieron un cuadro de hemorragia digestiva alta, para ello se realizó un trabajo de investigación retrospectivo, tipo caso control. Durante el proceso de designación de población representativa se realizó un muestreo sin condiciones, resultando un total de 104 casos para cada grupo de trabajo, fueron asignados al azar los pacientes diagnosticados como hemorragia gastrointestinal alta, durante el período de tiempo en mención. Los resultados después de realizado el estudio se encontraron como factores de riesgo que incrementan la morbilidad y mortalidad: presencia de enfermedades concomitantes como hepatopatía crónica, varices esófago-gástricas y presentación con hematemesis y melena. En conclusión, la

terapéutica médica y quirúrgica combinada son factores protectores. Se presentó una disminución de la mortalidad aproximadamente de 0.48%, probablemente esto es al mejoramiento de las técnicas de endoscopia terapéutica y la indicación quirúrgica (11).

En el 2015, Winograd R et al. en Cuba tuvieron como objetivo mostrar la experiencia de un grupo de trabajo en la realización de la endoscopia de urgencia para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. Fue un estudio descriptivo, de corte transversal, que incluyó 314 pacientes con episodio agudo de hemorragia digestiva alta. Entre sus resultados obtuvieron un predominio del sexo masculino con un 63,7 %; la edad promedio fue de $61,6 \pm 17,8$ años. La úlcera péptica fue la lesión que más se encontró con 44,9 % de los casos, predominó la localización duodenal con 96 casos. Según la clasificación de Forrest los grupos más frecuentes resultaron el III y el IIc con un 30% de casos cada uno, y el Ib con 14 %. Recibieron terapéutica endoscópica 77 casos, con recidiva en 23. Necesitaron cirugía 11 enfermos representando el 3,5%. La mortalidad fue de 2,2 %. Concluyendo que la realización temprana de endoscopia logró el control inicial de la hemorragia en todos los casos tratados, con lo que se redujo la necesidad de tratamiento quirúrgico, la recidiva y la mortalidad (12).

En el 2016, Romero P tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con úlcera péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas. Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, la población fue de 64 pacientes como casos y 64 pacientes como controles. Para sus resultados, el análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo de hemorragia digestiva alta fueron: el uso de AINES, la Polifarmacia, Helicobacter pylori, la Edad Avanzada, Alcoholismo. Encontrándose asociación entre el uso de AINES, Polifarmacia (Naproxeno, Ibuprofeno y Ácido Acetil Salicílico), la edad avanzada > 65 años y el Alcoholismo; no se encontró asociación entre la presencia de Helicobacter pylori y HDA en grupo de casos. Concluyendo que la polifarmacia (Naproxeno, Ibuprofeno y Ácido Acetil Salicílico), el uso AINES, el alcoholismo y la edad avanzada, mayor de 65 años,

son factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con Úlcera Péptica (13).

Jiménez D et al. en el 2017 tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes hospitalizados en un hospital de Cuba. Se realizó un estudio observacional, analítico de tipo casos y controles, fueron en total 60 los pacientes tanto para los casos como para los controles. Los resultados fueron, mayor prevalencia en adultos mayores del sexo masculino. La úlcera péptica fue la etiología más frecuente. El nivel socio-económico que más predominó fue el medio. La ingestión de café de manera regular fue el hábito tóxico más usual, y resultó significativamente mayor en el grupo de pacientes lo que aumentó tres veces el riesgo de enfermar. El consumo de medicamentos gastrolesivo con la presencia de antecedentes de enfermedad previa del tracto gastrointestinal; aumentaban 12 veces el riesgo de aparición de la hemorragia. Concluyendo que existió asociación entre algunas variables clínicas y epidemiológicas con la aparición de hemorragia digestiva alta (14).

En el 2017, Valdés L tuvo como objetivo determinar los factores asociados a hemorragia digestiva alta grave en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz. Fue un estudio de casos y controles, la muestra fue de 111 casos y controles. Se analizaron antecedente de alcoholismo crónico; consumo de fármacos ulcero génicos, antecedentes de úlcera péptica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, edad avanzada, y el diagnóstico etiológico, así como tratamiento. Fueron formados dos grupos: hemorragia grave y no grave, definiéndose la gravedad por la presencia de choque hipovolémico, anemia aguda con hematocrito inferior a 30% o eritrocitos por debajo de 2.500.000 y/o necesidad de transfundir por lo menos 2.000 ml de sangre en las primeras 24 horas. Como resultados halló una edad promedio de 61 años en ambos grupos. La sintomatología fue anemia aguda en grupo grave 68 (97%) y no grave 0%; melena 53 (76%) en grave y no grave 34 (83%). De los riesgos, úlcera péptica, en el grupo de graves 7 (10%) y no graves 0%, OR 1.6 (IC 95% 1.4-1.9) $p < 0.036$. Concluyendo que los factores asociados a hemorragia digestiva alta grave fueron la úlcera péptica y el sexo masculino (15).

En el 2018, Ayón Y y Zambrano M, buscaron determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta por varices esofágica en pacientes menores de 50 años. Fue una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo, para la cual se registró una muestra de 114 pacientes menores de 50 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Entre los resultados obtenidos se encontró una prevalencia del 65% en pacientes masculinos, no se determinó una asociación entre el sexo masculino y el desarrollo de esta patología. La media de edad fue de 33 años en sexo femenino y 40 en sexo masculino. La mortalidad de estos pacientes fue de un 16%. El consumo de AINES estuvo presente en un 66% de todos los casos. El consumo de alcohol como el tabaquismo estuvieron presentes en un 55% y 58% de los casos, determinándose una asociación significativa entre la presencia de estos hábitos con el desarrollo de Hemorragia Esofágica por Várices ($p < 0,005$). Llegando a la conclusión de que los pacientes de sexo masculino tienen mayor riesgo de desarrollar Hemorragia Digestiva por Várices Esofágicas, encontrándose a su vez un incremento en el riesgo de mortalidad. Se comprobó la asociación existente entre el desarrollo de esta patología y hábitos del paciente como el consumo de tabaco, de alcohol y de AINES de manera crónica, incrementando el riesgo de mortalidad. La enfermedad hepática grave, clase C, demostró una asociación con el incremento de riesgo de mortalidad (16).

Cotton C et al. en el 2019 tuvieron como objetivo analizar la asociación entre la hemorragia digestiva alta y esquizofrenia, determinar los factores de riesgo asociados. Fue una investigación observacional, descriptivo, con una muestra de 39998 pacientes con esquizofrenia. Los datos vinculados de los registros basados en la población en Dinamarca. Entre los pacientes con esquizofrenia incidente en 1980-2011, calcularon las incidencias acumuladas y las razones de incidencia estandarizadas de HDA, úlceras sangrantes y úlceras no sangrantes en comparación con la población general. Entre sus resultados los cocientes de incidencia estandarizados fueron 2,92 para HDA, 2,36 para úlceras sangrantes y 2,00 para úlceras no sangrantes; las tres con un intervalo de confianza del 95%. Los factores de riesgo para la HDA y las úlceras no sangrantes incluyeron la edad, la comorbilidad somática y el uso de medicamentos. La HDA y las

úlceras no sangrantes se asociaron con el posterior aumento de la mortalidad. Concluyendo que la esquizofrenia se asocia con un mayor riesgo de HDA y úlceras no sangrantes, cuyos factores de riesgo en pacientes con esquizofrenia son similares a los de la población general (17).

En el 2019, Pei-Jui L et al. tuvieron como objetivo identificar los factores de riesgo de la aparición por primera vez de hemorragia digestiva alta no varicosa entre los usuarios de aspirina después de ajustar los factores de confusión como la edad, el género, las comorbilidades subyacentes y los medicamentos. Fue un estudio observacional analítico, cohorte. Utilizaron la base de datos de investigación del seguro de salud nacional de Taiwán y emparejaron la edad, el sexo, las comorbilidades subyacentes y el tiempo de inscripción por puntaje de propensión, se identificaron 11105 usuarios de aspirina y 11105 controles para compararlos a partir de un conjunto de datos de cohorte de un millón de sujetos seleccionados al azar. Según el análisis de regresión de riesgos proporcionales de Cox, se encontró que el uso de aspirina aumentó el riesgo de aparición de HDA por primera vez. La edad, el sexo masculino, la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), la diabetes, la enfermedad renal crónica (ERC), la cirrosis, los antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica no complicada y el uso de AINE, inhibidores de la COX-2, esteroides y tienopiridinas fueron factores de riesgo independientes para HDA entre usuarios de aspirina. Concluyendo que además de la edad, el sexo masculino, la infección por *H. pylori* y el uso concomitante de AINE, inhibidores de la COX-2, esteroides y tienopiridinas, las comorbilidades subyacentes, como diabetes, ERC, cirrosis, antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica, también son factores de riesgo importantes para la aparición por primera vez de HDA no varicosa en usuarios de aspirina (18).

Carolina Pinto et al. en el 2019 en su trabajo tuvieron como objetivo hallar la mortalidad intrahospitalaria y características de pacientes con hemorragia digestiva alta. Fue un estudio prospectivo de cohorte; se trabajó en una revisión de historias clínicas de 249 pacientes (62% varones) dados de alta con diagnóstico de HDA en un hospital clínico entre 2015 y 2017. Tuvieron como resultados que el 62% de las HDA no eran varicosas (úlceras pépticas en el 44%).

Dos pacientes requirieron cirugía (ambos murieron). La mediana de la estancia hospitalaria fue de 7 días. La mortalidad hospitalaria global fue del 13 y 4% en HDA variceal y no variceal. Las variables asociadas con mortalidad fueron: transfusión de glóbulos rojos, creatinina elevada al ingreso y hemorragia por varices. Concluyendo que la mortalidad hospitalaria de HDA sigue siendo alta, especialmente en la HDA variceal. Son factores de riesgo de mortalidad: niveles elevados de creatinina al ingreso, la necesidad de la transfusión de glóbulos rojos y la etiología de las varices (19).

Chuecas J et al. en el 2019 desarrollaron un estudio con el objetivo de presentar el correcto diagnóstico, categorización de riesgo y manejo terapéutico de la hemorragia digestiva alta desde la perspectiva de la medicina de urgencias. Fue un estudio de revisión bibliográfica de la literatura. Tuvo como resultados que en pacientes que se presentan con inestabilidad hemodinámica y hematemesis activa, el diagnóstico es fácil de hacer, pero en el paciente estable algunos datos de la historia y examen físico y pruebas diagnósticas son necesarias. A diferencia de otros tipos de shock, los pacientes que se presentan en shock secundario a hemorragia digestiva requieren reanimación con hemocomponentes de manera precoz y endoscopia digestiva alta de urgencia. A pesar que la mayoría de los pacientes con HDA dejan de sangrar de forma espontánea, su riesgo de descompensación hemodinámica si ocurre un resangrado previo a una enfermedad diarreica aguda, sugiere que se hospitalicen en una unidad monitorizada. Pacientes con muy alto riesgo de resangrado, aquellos que requirieron reanimación inicial agresiva, riesgo alto de sangrado de origen variceal o necesidad de realizar endoscopia con vía aérea protegida podrían requerir ingreso a UCI. Se concluyó que la hemorragia digestiva alta es una patología asociada a alta morbimortalidad. Solo a algunos pacientes de muy bajo riesgo de complicaciones, podrían ser manejados en sala básica en espera de endoscopia digestiva alta o dados de alta para estudio ambulatorio precoz, si las condiciones locales lo permiten. (5)

Rakotondrainibe A et al. en el 2020 tuvieron como objetivo evaluar los factores de riesgo de mortalidad clínica de la hemorragia digestiva alta. Se realizó un estudio observacional retrospectivo de cohortes durante un período de 8 años,

del 2010 al 2017, en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Universitario J.R. Andrianavalona, Antananarivo, en pacientes ingresados por hemorragia digestiva alta confirmado por endoscopia y clínica. Entre sus resultados tuvieron que de 1920 pacientes ingresados por hemorragia digestiva de cualquier causa digestiva; el origen del sangrado fue variceal en 269 pacientes (14%). La población predominantemente masculina (proporción de sexos = 2,5), con edad de $47,1 \pm 13,7$ años, fue en su mayoría clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos 1 (58,4%). En el 56,5% de los pacientes el sangrado digestivo no había ocurrido antes. La tasa de mortalidad fue del 16,0%. Concluyendo que hay relación significativa entre sexo masculino y hemorragia digestiva alta y que la hemorragia digestiva alta puede ser potencialmente mortal sino se actúa rápido (20).

En el 2020, Cuartas-Agudelo S y Martinez-Sanchez L tuvieron como objetivo describir aspectos clave relacionados con la etiología, diagnóstico, factores de riesgo y escalas de evaluación que se han usado en pacientes con esta entidad. Fue un estudio de revisión bibliográfica, se incluyeron artículos publicados en idiomas español e inglés, la mayoría entre 2013 y 2019 que tuvieran contenido relacionado con hemorragia digestiva alta. Entre sus resultados estuvo entre los factores de riesgo estuvieron el consumo de AINES, el reflujo gastroesofágico grave y el abuso de alcohol. Concluyendo que La HDA es la principal emergencia gastroenterológica y continúa siendo una patología de distribución e importancia global por su prevalencia, mortalidad y amplios gastos en salud que debe intervenir (21).

Otero M et al. en el 2020 tuvieron como objetivo describir los factores de riesgo asociados al desarrollo de la hemorragia digestiva alta, mediante un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con 40 pacientes como muestra, que presentaron este sangrado, atendidos en el Hospital Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, en Cuba. Tuvieron como resultados que en el estudio predominó el sexo masculino y los pacientes comprendidos entre los 61-80 años de edad. La mayoría eran consumidores de medicamentos sedantes. La causa de sangrado más frecuente fue la gastritis, seguida por la úlcera gastroduodenal.

La forma de presentación clínica más habitual lo constituyó la melena. Concluyendo que los factores de riesgo para la hemorragia digestiva alta fue el sexo masculino y la edad avanzada, así como que el consumo de café puede provocar el desencadenamiento de esta patología (22).

En el 2020, Yunga A y Montenegro A tuvieron como objetivo describir los factores de riesgos asociados a las hemorragias digestivas altas. Fue un estudio documental, descriptivo. Entre los diversos estudios encontró que se demuestran que los factores de riesgos asociados a las hemorragias digestivas altas son la úlcera péptica gastroduodenal y várices esofágicas, complicaciones graves con alto riesgo de mortalidad en pacientes de edades avanzadas, por lo que se debe actuar con rapidez, eficacia y efectividad. Concluyendo que a pesar de los avances de la tecnología y de la farmacología, la tasa de mortalidad global por hemorragia digestiva alta no ha mejorado. Esta realidad se explica por el aumento significativo en la edad de los pacientes que hoy ingresan a los servicios de urgencias con esta complicación (23).

Sauhing S y Esinosa R en el 2020 buscaron determinar los factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital General Quevedo en Ecuador. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de corte transversal, observacional, descriptivo y deductivo, con una muestra de 189 pacientes. Los resultados obtenidos fueron que el sexo masculino es predisponente a padecer esta patología, y el rango de edad que más se ve afectado es a partir de los 50 años, teniendo relación con la hipertensión arterial y el consumo de ácido acetil salicílico. La anemia es una patología que se asocia con frecuencia en un 83% de los casos. La video endoscopia alta, fue el procedimiento de predilección para el diagnóstico y el tratamiento de los episodios de hemorragia digestiva alta aguda o crónica, realizándose en el 73% de los pacientes. Concluyendo que existe una asociación significativa entre la hipertensión arterial y el consumo de ácido acetil salicílico con la hemorragia digestiva alta (24).

En el 2021, Lakatos L et al. evaluaron la incidencia, el tratamiento, los factores de riesgo y los resultados de la HDA aguda no varicosa en un estudio poblacional de Hungría. Fue prospectivo de un año involucró a seis importantes hospitales comunitarios en el oeste de Hungría que cubrieron una población de 1 263 365 personas en el año 2016. La muestra fue de 688 casos de HDA aguda no varicosa. Se tuvo como resultado una tasa de incidencia de 54,4 por 100.000 por año. La endoscopia se realizó dentro de las 12 horas en el 71,8%. El 5,3% de los pacientes requirieron tratamiento quirúrgico y la mortalidad global fue del 13,5%. La presentación en fin de semana se asoció con mayores requerimientos transfusionales, cirugía y mortalidad. La presentación con inestabilidad hemodinámica o presencia de comorbilidades se asoció con transfusión, endoscopia de segunda mirada, resangrado, mayor estancia hospitalaria y mortalidad. En sus conclusiones tuvieron que las tasas de incidencia de HDA aguda no varicosa en el oeste de Hungría están en línea con las tendencias internacionales. El mayor tiempo prehospitalario, las comorbilidades, la inestabilidad hemodinámica, la presentación en fin de semana, el tratamiento con anticoagulantes o antiinflamatorios no esteroideos se asoció con peores resultados (25).

En el 2021, Wan W et al. tuvieron como objetivo determinar la asociación entre la hemorragia digestiva alta y los medicamentos usados para la artritis gotosa. Fue un estudio transversal con revisión retrospectiva de registros, tuvo una muestra de 403 pacientes con artritis gotosa establecida para determinar la incidencia de HDA y los factores asociados entre los pacientes con gota que tomaban regularmente medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Entre sus resultados se halló que la edad media de los 403 pacientes con artritis gotosa fue de 55,7 años y la mayoría (n = 359/403; 89,1%) eran hombres. La incidencia de HDA entre los pacientes con artritis gotosa que tomaban AINE fue del 7,2 % (n = 29/403). Edad avanzada, medicación con diclofenaco, medicación con pantoprazol, insuficiencia renal terminal, tabaquismo, hipertensión y la creatinina fueron factores de riesgo significativos de HDA entre los pacientes con artritis gotosa en el análisis univariable. Concluyendo que la edad y el diclofenaco se asociaron significativamente con la HDA entre los pacientes con

artritis gotosa que tomaban AINE, estos pacientes deben controlarse de forma rutinaria para evitar la posible aparición de HDA. Nuestros datos también sugieren que el diclofenaco debe prescribirse durante el menor tiempo posible para minimizar el riesgo de desarrollar HDA en estos pacientes (26).

En el 2021, Mengjun Z et al. tuvieron como objetivo el investigar las características clínicas y los factores de riesgo de los pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta. Fue de tipo observacional, se seleccionaron un total de 116 pacientes con cirrosis hepática ingresados en nuestro hospital desde julio de 2018 hasta julio de 2019 y se dividieron en grupo hemorrágico (cirrosis hepática complicada con hemorragia digestiva alta, $n = 71$) y grupo no hemorrágico (cirrosis hepática, $n = 45$). Se recogieron los datos clínicos de los pacientes de los dos grupos, incluidos datos generales, función hepática, análisis de orina, función de coagulación y datos de imagen. De los 116 pacientes, 45 pacientes presentaron sangrado digestivo alto, con una tasa de incidencia de 38,79%, incluyendo 18 pacientes (40,00%) con ruptura de várices esofágicas, 9 (20,00%) con ruptura de várices gástricas, 9 (20,00%) de gastropatía hipertensiva portal, 8 (17,78%) con úlcera péptica, 1 (2,22%) con gastritis hemorrágica erosiva aguda; 14 (31,11%) experimentaron hemorragia recurrente dentro de las 72 horas posteriores al tratamiento, pero no se produjo la muerte. Hubo 45 casos (38,79%) en el grupo con sangrado y 71 (61,21%) en el grupo sin sangrado, y las diferencias en el curso de la cirrosis hepática, el grado de varices esofágicas, úlcera péptica, hipertensión portal, no la medicación con esteroides y el TP entre el grupo con sangrado y el grupo sin sangrado fueron significativos ($P < 0,05$). Las várices esofágicas graves, la cirrosis hepática, la úlcera péptica, la hipertensión portal, la medicación con fármacos no esteroideos y la $TP \geq 16$ s fueron factores de riesgo de cirrosis hepática complicada con hemorragia digestiva alta mediante análisis de regresión logística. Concluyendo que clínicamente es necesario tomar las medidas de intervención correspondientes para disminuir la incidencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática y mejorar el pronóstico de los pacientes con cirrosis hepática (27).

En el 2022, Xuesong J et al. tuvieron como objetivo identificar factores de riesgo previos a la endoscopia simples y precisos para la identificación temprana de hemorragia digestiva alta de alto riesgo. Fue un estudio observacional, donde se recuperaron los pacientes que ingresaron en el Hospital de Medicina Tradicional China y Occidental Integrada de Suzhou debido a una hemorragia gastrointestinal superior, y se recopilaron los datos clínicos detallados de los pacientes anteriores, fue una muestra de 916 pacientes. Los pacientes con un diagnóstico definitivo de sangrado por várices esofágicas y gástricas fueron asignados al grupo de alto riesgo. Los pacientes con hemorragia no causada por várices se dividieron en un grupo de alto riesgo y uno de bajo riesgo de acuerdo con el estándar de calificación y puntuación de Forrest (grupo de alto riesgo Forrest Ia-IIb, grupo de bajo riesgo Forrest IIc-III). Entre sus resultados tres factores de riesgo entre los factores de riesgo examinados (1) hemoglobina ≤ 85 g/L, (2) vómitos con sangre roja y (3) "heces con sangre roja" se analizaron mediante el análisis de la curva ROC. Las especificidades de cada factor fueron 78,4%, 94,5% y 96,7%, respectivamente, y las sensibilidades fueron 71,8%, 55,9% y 23,1%, respectivamente. También derivamos un sistema de puntuación de predicción de riesgo para los tres factores que cumplen con el alto riesgo, como (1) hemoglobina ≤ 83 g/L, (2) vómitos con sangre roja y (3) "heces rojas con sangre". El área bajo la curva ROC (AUROC), la sensibilidad y la especificidad fueron 0,877, 0,904 y 0,746. Concluyendo que la hemoglobina ≤ 85 g/L, los vómitos con sangre roja y las heces con sangre roja se incluyeron en un estándar de puntuación simple para predecir pacientes con HDA de alto riesgo antes de la endoscopia. El nuevo sistema de puntuación de predicción de riesgos requiere solo tres indicadores y tiene las ventajas de una alta precisión, un consumo de tiempo corto y una aplicación sencilla (28).

2.2 Bases teóricas

La hemorragia digestiva alta (HDA) no variceal es una urgencia frecuente del servicio de Gastroenterología y constituye la causa más frecuente de hospitalización por enfermedad digestiva. (18) Se han establecidos respuestas que explican el porqué de este descenso benéfico, en cuanto al aspecto farmacológico se considera el ingreso de los inhibidores de bomba de protones,

que suprimen la secreción de ácido clorhídrico por las células parietales; y el descubrimiento mediante Anatomía patológica de la bacteria *Helicobacter pylori* como agente patogénico y causante de la úlcera péptica (19). Aunque, este descenso no se ha efectuado en los adultos mayores, ya que este cuadro clínico ha permanecido estable, hasta podría decirse que ha aumentado en proporción a los últimos años esta disminución no se ha dado en la población anciana, donde este cuadro ha permanecido estable o ha aumentado en proporción en los últimos años, como producto de otras condicionantes de riesgo: ingesta crónica de antiinflamatorios no esteroideos(AINEs), dosis profiláctica para eventos cardiovasculares de ácido acetilsalicílico (AAS), terapia antiagregante plaquetaria y anticoagulación (29).

Tipos de Hemorragia Digestiva Alta

Se describen dos tipos de hemorragia gastrointestinal alta, la de origen variceal producto de la hipertensión portal secundaria a una hepatopatía crónica terminal y la descrita como HDA no varicosa, comúnmente este último es de origen péptico. La hemorragia gastrointestinal varicosa se produce debido a una dilatación de las venas esofágicas o gástricas producto de una hipertensión portal. La hemorragia gastrointestinal no variceal es la más frecuente y se debe de sospechar en un paciente que no tenga antecedentes patológicos. La enfermedad ulcerosa péptica es la causa más frecuentemente hallada en las hemorragias no variceales, esto puede darse por el consumo de AINEs, Aspirina o una infección por *Helicobacter pylori*. Las causas de HDA poco halladas o no comunes son las que comprometen la mucosa del esófago, estómago y duodeno. Estos cuadros agudos no suelen cursar con compromiso hemodinámico del paciente ya que estos vasos sanguíneos se encuentran por debajo de la mucosa, siendo no afectada por esta entidad patológica aguda. También encontramos las lesiones vasculares de Dieulafoy o angiodisplasias, el síndrome de Mallory Weiss y las neoplasias propias de tubo gastrointestinal alto (31, 32).

Etiologías de la Hemorragia Digestiva Alta

Enfermedad ulcerosa péptica

Es la causa que más se ha encontrado en las hemorragias digestivas altas no variceales, aunque su incidencia ha bajado últimamente. En esta entidad patológica hay una pérdida de la continuidad de la mucosa gástrica, esta discontinuidad puede afectar la submucosa gastroduodenal. La ubicación más frecuente de esta lesión es la duodenal. La úlcera péptica se ha estudiado ampliamente, encontrándose agentes relacionados con la etiología de ésta, la principal fue el hallazgo de infección por *Helicobacter pylori*, el consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos y el ácido acetil salicílico en dosis bajas. El diagnóstico de úlcera idiopática ha aumentado en la última década, ya que cada vez hay más casos de enfermedad ulcerosa péptica en pacientes que no tienen ningún factor de riesgo para desarrollarla. Aunque hay varios trabajos de investigación que definen que este tipo de patología es poco frecuente, ya que se trata de úlceras causadas por factores que aún no llegamos a identificar. Aún nos encontramos estudiando los factores de riesgo que nos condiciona a cursar con este cuadro clínico (31).

Desgarro de Mallory Weiss

Este cuadro clínico se da cuando aumenta excesivamente la presión intraluminal a nivel de los cardias, dado esto por vómitos de gran intensidad y número de frecuencia. Este aumento de la presión va a producir un desgarro de la mucosa y su desplazamiento, exponiendo la vasculatura de la submucosa condicionando así una hemorragia gastrointestinal considerable (30).

Lesiones vasculares

Existen numerosas lesiones vasculares que se relacionan con hemorragia gastrointestinal alta, el más característico de ellos es el Síndrome de Dieulafoy, las ectasias vasculares y las angiodisplasias del cuerpo gástrico. El síndrome de Dieulafoy es una anomalía vascular localizada en el fondo gástrico y consiste en la presencia de una arteria de gran calibre en la submucosa y ocasionalmente en la mucosa, definitivamente el diagnóstico es por Anatomía patológica. Importante saber que el cuadro mencionado cursa con frialdad en la pared

gástrica y presenta cierto riesgo a hacer trombosis o cuadros isquémicos. Las angiodisplasias es una patología que más frecuentemente se aprecia en los extremos de la vida y se caracteriza por ubicarse en el antro gástrico. Cursa normalmente con una hemorragia que no lleva a la inestabilidad hemodinámica (33).

Factores asociados a riesgo de HDA

Los factores asociados a presentar riesgo de HDA no variceal más importantes son la presencia de infección por *Helicobacter pylori*, consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos, el hábito de fumar, el estrés, ingesta de larga data de alcohol y la hipersecreción de ácido clorhídrico. (29)

Ingesta de AINEs

Se considera dentro de este grupo farmacológico al más empleado, el ácido acetil salicílico (AAS). Ya que sus empleos en la prevención de patologías vasculares son numerosos, actualmente es el AINE más empleado por la población. Posee diversas propiedades terapéuticas tales como: analgésico, antipirético, antiagregante y teóricamente es un antiinflamatorio. Está documentado el efecto gastrolesivo de los AINEs, específicamente el efecto tóxico es en la mucosa pudiendo llegar hasta la submucosa; esto se da por la inhibición sistémica de la actividad de la cicloxigenasa de manera no específica. No importa la vía de administración de este grupo de fármacos, ya sea vía oral, endovenosa o intramuscular, al final el efecto es en todo el sistema y el riesgo de producir úlceras gástricas o duodenales se mantiene constante en la población. Es importante considerar que el riesgo de producir una hemorragia gastrointestinal por el consumo constante de AINEs es dosis dependiente y se asocia de manera sinérgica con otros factores como la edad (mayores de 65 años), antecedente de haber presentado úlcera péptica, de hemorragia gastrointestinal alta y de patología cardíaca (2). La dosis que se emplea de ácido acetil salicílico en la profilaxis de eventos trombóticos es de 100 mg por día, se sabe que sólo la ingesta de 10 mg por día esto ya inhibe de manera considerable la producción de prostaglandinas gástricas. (6, 29)

Infección por Helicobacter pylori

Es una bacteria gram negativa que tiene la forma espiral, se ubica generalmente en la mucosa del estómago y la forma de contraer la infección es a través de la vía fecal oral. Este patógeno se caracteriza por no invadir el epitelio gástrico, no lo daña; pero afecta de manera tal que sea más sensible al daño por el jugo gástrico (ácido clorhídrico y pepsina) produciendo adherencia de las enzimas y toxinas a la mucosa gastroduodenal. Posterior al proceso mencionado, se inicia una respuesta inflamatoria con mediadores proinflamatorios que perpetúan la injuria de la mucosa gastroduodenal. La respuesta inflamatoria crónica que es inducida por esta bacteria, conlleva a la pérdida del equilibrio entre los factores protectores y gastrolesivos de la mucosa gástrica, conduciendo a una gastritis crónica. Se realizaron estudios observacionales, transversales, concluyendo que la mayor parte de la población que presenta a este germen no tiene síntomas y la patogenicidad no progresa. En un porcentaje inferior se produce alteración de la mucosa gástrica por incremento o variación de la secreción ácida gástrica, llevando a la enfermedad ulcerosa péptica, un porcentaje aún menor podría progresar a una gastritis atrófica, metaplasia intestinal y al adenocarcinoma gástrico. Es raro, pero de suma importancia que hay casos en que el estímulo constante al sistema inmune conlleva a una hiperplasia del tejido linfóide gástrico, y esto podría traer consigo la formación de linfoma gástrico. Según las últimas guías de prácticas clínicas se recomienda la eliminación con antibióticoterapia de la Helicobacter pylori en todo paciente que ha sido diagnosticado con esta infección y a la vez presenten una úlcera péptica, ya que esto ayudará a disminuir el porcentaje de recidiva o recurrencia de enfermedad ulcerosa péptica y hemorragia gastrointestinal alta. (29)

Tabaco

Se realizó un estudio de investigación sistemático y exhaustivo sobre el consumo de tabaco y el riesgo de padecer de enfermedad úlcero péptica, en Reino Unido. Se halló que de los pacientes que presentan úlcera péptica, la cuarta parte de ellos presentaban el hábito de fumar diariamente. Esto refuerza la asociación entre el consumo de tabaco, la enfermedad úlcero péptica y la infección por Helicobacter pylori. Se podría creer que el tabaquismo es factor de riesgo para

recidiva de la úlcera péptica, pero la evidencia niega esta asociación; sobre todo en pacientes que ya se haya retirado la infección por la *Helicobacter pylori*. (30)

Consumo de alcohol

La ingesta de bebidas alcohólicas estimula la secreción ácido clorhídrico por las células parietales y en elevadas concentraciones este mismo líquido hace una injuria a la mucosa por contacto, estimulando el ingreso de iones de hidrógeno a la submucosa, por tal punto se sabe que esto guarda relación directa con lesiones agudas del epitelio gástrico. (31)

Estrés

Las lesiones gastroduodenales por estrés o úlceras por estrés se entienden como erosiones de la capa muscular que afecta tanto al cuerpo y fundus del estómago, faltan más investigaciones que lo demuestren, pero también puede existir asentado en el antro gástrico, esófago distal o duodeno. Estas lesiones se caracterizan por no comprometer profundamente las paredes gastrointestinales, entonces si llegan a producir una hemorragia será en sabana o babeo, debido a la ruptura de pequeños capilares. Aunque se ha descrito la existencia de ulceraciones profundas, que penetran la submucosa y pueden ocasionar una hemorragia masiva o hasta una perforación gástrica. (30)

El ácido gástrico

El jugo gástrico contiene secreciones tanto de las células parietales como de las principales, siendo importante considerar la pepsina y el ácido gástrico, ya que juegan un papel en la génesis de la enfermedad úlcero péptica. Normalmente la mucosa gastroduodenal tolera a estas secreciones sin alterar su estructura, pero la integridad de ésta se ve afectada con la presencia de infección por *Helicobacter pylori*, consumo de AINEs o estrés. Al alterarse la continuidad de la mucosa gástrica, aumenta la accesibilidad de la membrana celular, aumentando la permeabilidad de los iones que ingresan a las células que conforman el epitelio, originando cierto grado de acidosis interna, desencadenando una serie de respuestas que llevan a la muerte celular, provocando la ulceración mural de la cámara gástrica. (29)

Manifestaciones clínicas

Los síntomas y signos que se pueden observar en el paciente que presenta una hemorragia digestiva alta depende de cuánto de volemia ha perdido y del tiempo de progresión. El síntoma hallado más común en los pacientes es la melena, que se caracteriza por ser una deposición negra brillante de olor peculiar y semiformada. Otros pacientes inician el cuadro clínico con vómitos borrañosos o más conocidos como hematemesis. La hematoquecia se podría dar en los cuadros de hemorragia digestiva alta y se caracteriza por presentar deposiciones rojo vinosas, es una mezcla de deposiciones con sangre, y esto se da cuando la hemorragia es masiva o el tracto gastrointestinal presenta un peristaltismo aumentado. Importante considerar que la melena y hematoquecia no son exclusivos signos de hemorragia digestiva alta, ya que también se pondría en lesiones de colon ascendente o de cualquier otra parte del intestino delgado y grueso. Es frecuente que el inicio de los síntomas no sea con un sangrado que se pueda observar ectoscópicamente durante la evaluación física, podría el paciente presentar taquicardia, palidez moderada, desgarro, caída de la presión arterial o signos de bajo gasto cardiaco. Las complicaciones que se pueden dar si no se trata a tiempo esta pérdida podrían ser el choque hipovolémico (por pérdida de gran volumen sanguíneo), insuficiencia renal aguda pre renal con oliguria, neumonía aspirativa. (31)

Complicaciones

Las complicaciones digestivas son infrecuentes, pero, en algunos casos se asocian a una mayor mortalidad. El factor etiológico importante a considerar es la hipoperfusión de los tejidos periféricos. Dentro de los antecedentes patológicos del paciente que guardan relación con el grado de futuras complicaciones son, las de origen cardiovascular. Son los ejemplos de ésta, el riesgo de desarrollar tromboembolismo, desorden cerebro vascular, etc.

Si la fuente de una hemorragia gastrointestinal no se identifica ni se trata, puede provocar complicaciones graves, especialmente en pacientes con hemorragia excesiva o prolongada. Las complicaciones del sangrado gastrointestinal incluyen:

Anemia: el sangrado prolongado puede provocar una falta de hemoglobina y glóbulos rojos, lo que provoca anemia. Los síntomas incluyen dolor en el pecho, mareos, fatiga, debilidad, dolores de cabeza, dificultad para respirar y falta de claridad mental.

Hipovolemia: en casos de pérdida severa de sangre debido a una hemorragia GI aguda, el corazón de una persona puede tener dificultad para bombear suficiente sangre por todo el cuerpo. Los signos de esta afección potencialmente mortal son piel fría y húmeda, confusión, agitación, disminución de la producción de orina, debilidad, piel pálida, respiración rápida y pérdida del conocimiento.

Shock: las hemorragias gastrointestinales que se presentan rápidamente y progresan rápidamente pueden provocar una falta de flujo de sangre al resto del cuerpo, lo que daña los órganos y provoca una insuficiencia orgánica. Sin tratamiento, el shock puede empeorar y causar daños irreversibles o incluso la muerte. Los signos y síntomas de shock incluyen presión arterial extremadamente baja, labios y uñas azulados, dolor de pecho, confusión, mareos, ansiedad, palidez de la piel, disminución o inexistencia de la producción de orina, pulso acelerado pero débil, respiración superficial e inconsciencia. (34)

Entre otras complicaciones tenemos el infarto agudo de miocardio, injuria renal aguda, patología neuronal isquémica (32).

Estrategia terapéutica

Manejo inicial

Lo primero que se debe realizar en un paciente con signos de hemorragia gastrointestinal activa, tenga o no inestabilidad hemodinámica, es la administración de un volumen de fluidos ya sean cristaloides o coloides para mantener una perfusión continua a los tejidos periféricos. Seguidamente a esto, se inicia farmacoterapia con inhibidores de bomba de protones (IBP) vía endovenosa. Se ha visto que la administración de IBPs ayuda a mejorar el proceso de coagulación, ya que va a mantener la acidez gástrica en valores óptimos ($\text{pH} > 6$) que permitan formar el coágulo. Por ello se recomienda la

administración de este fármaco antes del procedimiento endoscópico alto. La primera dosis es de 80 mg en bolo, seguidamente de una dosis de mantenimiento de 8 mg cada hora o 40 mg cada 12 horas por 3 días. Esta terapéutica permite estabilizar el coágulo y mejora el pronóstico de este cuadro agudo (30, 35).

La escuela americana utiliza un procinético, la eritromicina endovenosa en 250 mg, una o dos horas antes del procedimiento endoscópico. Se ha visto que mejora la calidad del procedimiento, ya que la mejora la visión de esto. Reduce la necesidad de un second look y la estancia hospitalaria (38).

Es importante el manejo de la anemia en pacientes que estén cursando con cuadro este cuadro, sobre todo si es severa. Un paciente que no tenga comorbilidades y que posea hemoglobina menor de 7 gr/dL, deberá ser transfundido antes de realizar la endoscopia digestiva alta. El objetivo de la transfusión es que el paciente presente una hemoglobina mayor a 7 y evitar patología hipoxémica coronaria tipo 2. Si el paciente presenta antecedentes de patología coronaria o cardiovascular, se debe de transfundir hasta obtener una hemoglobina mayor de 9 gr/Dl. En todo momento la indicación de transfusión es dirigida a los objetivos, es decir, es restrictiva (31).

Manejo con procedimiento endoscópico

Las endoscopías con fines terapéuticos se realizan en aquellos pacientes que cursan con úlcera sangrante tipo Forrest I o IIa (vaso visible) debe emplearse en las úlceras con sangrado activo (Forrest Ia y Ib) y con vaso visible (Forrest IIa). Aquel paciente que presente una lesión tipo Forrest IIb, se recomienda desplazar el coágulo de la lesión, para analizar si amerita urgentemente procedimientos hemostáticos. Los procedimientos endoscópicos terapéuticos, según las últimas guías de diferentes sociedades gastroenterológicas recomiendan usar 2 tipos de opciones hemostáticas diferentes. En la actualidad hay varias opciones terapéuticas y se debe de elegir una de acuerdo a la naturaleza de la etiología del sangrado, sus características morfológicas y su ubicación. Por mucho tiempo se ha tenido disponible la terapéutica con inyectoterapia, hemostasia mecánica y la terapia térmica. En estos últimos años contamos con medidas y terapias hemostáticas que controlan eficientemente la hemorragia. El clip Over the scope

y la inyectoterapia con cianoacrilato representan la novedad en la terapéutica hemostática, con una eficacia comparada con los procedimientos estándar recomendado por diferentes instituciones. La inyectoterapia con adrenalina agregado una opción mecánica (endoclips) o una opción térmica (argón plasma) tiene una alta evidencia científica para el control de la hemorragia, y se ha visto que reduce sustancialmente la tasa de resangrado, la necesidad de cirugía y las tasas de morbimortalidad (34).

Se ha descrito la inyectoterapia doble, empleando adrenalina sumado un agente esclerosante (etoxiesclerol 2%), de acuerdo a algunos estudios su efectividad ha sido comprobada ante un cuadro de hemorragia digestiva alta; así como también se ha encontrado cierto riesgo a desarrollar necrosis de pared gastroduodenal y perforación. Para escoger un método uno de los métodos ya mencionados, se debe de considerar la disponibilidad y las características específicas de las lesiones a tratar antes de desarrollado el procedimiento. Se ha observado dificultad a la hora de iniciar la terapia con endoclips en aquellas lesiones localizadas alrededor de la curvatura menor o aquellas que se encuentran en la pared posterior del segmento duodenal. Las lesiones que presentan fibrosis que rodea sus bases, presentan dificultad para la aplicación de endoclips (35).

Manejo post procedimiento endoscópico alto y complicaciones

Después de realizado la endoscopia terapéutica y con ello, el control de la hemorragia gastrointestinal alta, es recomendable seguir con la farmacoterapia con inhibidores de bomba de protones vía endovenosa, en perfusión continua de 8 mg/ hora hasta completar las 72 horas desde el ingreso. Lo que se busca con esta terapia farmacológica es disminuir la acidez dentro de la cámara gástrica, en términos de pH se busca cifras mayores a 6. La explicación de este objetivo es que se ha encontrado que valores de pH menores a 6 obstaculiza la agregación plaquetaria y estimula la lisis del coágulo por el pepsinógeno activado. Es importante tener la información que en los últimos estudios han demostrado que el omeprazol vía oral en forma no continua, es decir cada 12 horas, también tiene un efecto positivo para controlar el sangrado y disminuye las tasas de resangrado y complicaciones post endoscopia (36, 37).

Según las últimas guías de manejo de hemorragia digestiva alta, aquellas lesiones que son catalogadas como Forrest IIc y III, se podría considerar inicio de dieta de manera precoz, dándose de alta hospitalaria de manera precoz si no presenta signos de alarma con tratamiento farmacológico con IBP vía oral cada 12 horas, con reevaluación dentro de la primera semana por consultorio externo. Si se encuentra úlceras con riesgo de resangrado alto, es recomendado considerar el alta hospitalaria a los 3 a 5 días de iniciado el cuadro agudo hemorrágico, ya que se ha observado que las recidivas en un 75% se dan en las primeras 72 horas post procedimiento endoscópico. En cuanto a la dieta, se debería iniciar en los pacientes que presenten bajo riesgo de resangrado de manera precoz, es decir dentro de las 24 horas. Si la úlcera presenta un elevado riesgo de recidiva se recomienda no iniciar la dieta dentro de las primeras 48 horas, ya que si se presente un sangrado nuevamente y se ingresa vía endoscópica a la cámara gástrica que presenta restos alimenticios, será difícil poder realizar un adecuado procedimiento hemostático (38).

2.3 Definición de términos básicos

Hemorragia digestiva alta: es aquel sangrado gastrointestinal por encima del ligamento de Treitz. Esto incluye cuadros hemorrágicos en el esófago, estómago y las primeras porciones duodenales (3).

Melena: se considera a las deposiciones negras como la brea, alquitranada y con un olor característico (39).

Escala de Forrest: es un examen observacional que realiza el endoscopista durante el procedimiento y que consiste en clasificar a las lesiones sangrantes en el área gástrica, para evaluar riesgo de resangrado (36).

Escala de Rockall: sistema de puntuación de riesgo de Rockall intenta identificar a los pacientes con riesgo de resultados adversos después de una hemorragia digestiva alta aguda (40).

AINES: medicamentos antiinflamatorios no esteroides, son algunos de los analgésicos más utilizados en adultos. También son un tratamiento común para los problemas de salud crónicos (41).

Helicobacter Pilory: bacteria gram negativa de forma espiralada, se ha encontrado como causante de la úlcera péptica ya sea gástrica o duodenal en varios estudios (42).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

H0: No hay factores de riesgo asociados a la hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022.

H1: Hay factores de riesgo asociados a la hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022.

3.2 Variables y su operacionalización

Edad: edad cronológica en la que ingresó al servicio de emergencia

Sexo: sexo biológico del paciente

Estado civil: estado civil del paciente al momento del ingreso a emergencia

Talla: talla en metros del paciente

Peso: peso en kilogramos del paciente al momento del ingreso a emergencia

IMC: índice de masa corporal del paciente al momento del ingreso a emergencia

Estado de conciencia: Cual fue el estado de conciencia del paciente al momento de entrar al hospital

Presión arterial: La presión arterial que tuvo el paciente al entrar al hospital

Alcohol: Si el paciente tuvo problemas de alcohol o consumo excesivo de este antes de entrar al hospital

Tabaco: Si el paciente consumo de tabaco al momento antes de entrar al hospital

Antecedente de gastropatía y/o enfermedad ulcero péptica: Si el paciente presentó antecedente de gastropatía y/o enfermedad ulcero péptica antes de entrar al hospital

Enfermedad metabólica: Si el paciente presentó antecedente de enfermedad metabólica antes de entrar al hospital

Enfermedad cardíaca: Si el paciente presentó antecedente de enfermedad cardíaca antes de entrar al hospital

Enfermedad reumatológica: Si el paciente presentó antecedente de enfermedad reumatológica antes de entrar al hospital

Hepatopatía: Si el paciente presentó antecedente hepatopatía antes de entrar al hospital

Neoplasia: Si el paciente presentó antecedente de neoplasia antes de entrar al hospital

Antecedente quirúrgico: Si el paciente presentó antecedente quirúrgico antes de entrar al hospital

Coagulopatía: Si el paciente presentó antecedente de coagulopatía antes de entrar al hospital

Ingreso del paciente: Por donde fue ingresado el paciente al hospital, si por consultorio externo o emergencia

Hemoglobina de ingreso: Hemoglobina al ingreso del paciente en el hospital

Transfusión de paquete globular: Si recibió transfusión de paquete globular al ingreso del paciente al hospital

Consumo de AINES y/o fármacos gastrolesivos: Si el paciente estuvo consumiendo AINES y/o fármacos gastrolesivos antes de su ingreso al hospital

Estrés: Si el paciente sufría de estrés antes del ingreso al hospital

Infección por *Helicobacter pylori*: Si el paciente ya tenía esta infección antes del ingreso al hospital.

Hipersecreción gástrica: Si el paciente padecía de esto antes de ingresar al hospital.

Días de hospitalización: Días que estuvo hospitalizado el paciente

Diagnóstico etiológico endoscópico: Diagnostico encontrado en la endoscopia

Clasificación de Forrest: Clasificación de Forrest que se le dio al ingreso

Clasificación de Rockall: Clasificación de Rockall que se le dio al ingreso

Resangrado: Si hubo resangrado durante su estancia en el hospital a causa de la hemorragia digestiva alta no visceral

Terapia endoscópica: Terapia de elección según el médico especialista

Variables	Definición	Tipo	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Edad	Edad cronológica en años.	Cuantitativa continua	Cantidad de años transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta el día de hospitalización	Razón	Años	Historia clínica
Sexo	Sexo con el que se nace.	Cualitativa dicotómica	Sexo biológico	Nominal	Masculino Femenino	Historia clínica
Peso	Peso en kilogramos.	Cuantitativa continua	Peso al momento de ingreso	Razón	Kilogramos	Historia clínica
Talla	Talla en metros	Cuantitativa continua	Talla al momento de ingreso	Razón	Metros	Historia clínica
IMC	Índice de masa corporal	Cuantitativa continua	Resultado de fórmula con peso y talla	Razón	Número de IMC kg/m ²	Historia clínica
Estado de conciencia	Es aquel en que se encuentran activas las funciones neurocognitivas superiores.	Cualitativa politómica	Estado de conciencia al ingreso	Nominal	Lucidez Obnubilación Estupor Coma	Historia clínica
Presión arterial	La fuerza de su sangre al empujar contra las paredes de sus arterias.	Cuantitativa continua	Presión arterial al momento de ingreso	Razón	Milímetros de mercurio	Historia clínica
Alcohol	Líquido con etanol en su composición	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda consumía alcohol	Nominal	No Si	Historia clínica
Tabaco	Consumo de cigarrillos por la persona.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda había consumo de tabaco	Nominal	No Si	Historia clínica
Gastropatía y/o enfermedad ulcero péptica	Problemas a nivel gástrico.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda tenía antecedente de gastropatía y/o enfermedad ulcero péptica	Nominal	No Si	Historia clínica
Enfermedad metabólica	Problemas metabólicos que puede tener una persona.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda tenía antecedente de enfermedad metabólica	Nominal	No Si	Historia clínica
Enfermedad cardíaca	Problemas en el sistema cardíaco que puede padecer una persona.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda tenía antecedente de enfermedad cardíaca	Nominal	No Si	Historia clínica
Enfermedad reumatológica	Problemas reumatológicos que afligen a una persona.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda tenía antecedente de enfermedad reumatológica	Nominal	No Si	Historia clínica
Hepatopatía	Problemas con el hígado.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda tenía antecedente	Nominal	No Si	Historia clínica

			de hepatopatía			
Neoplasia	Problemas con tema de cáncer.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda tenía antecedente de neoplasia	Nominal	No Si	Historia clínica
Antecedente quirúrgico	Si tuvo operaciones quirúrgicas antes.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda tenía antecedente quirúrgico	Nominal	No Si	Historia clínica
Coagulopatías	Problemas en coagulación de la sangre.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda tenía antecedente de coagulopatías	Nominal	No Si	Historia clínica
Otros	Algún otro problema que pueda presentar como antecedente clínico.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda tenía otros antecedentes	Nominal	No Si	Historia clínica
Ingreso	Forma de ingreso al hospital	Cualitativa dicotómica	De cómo fue ingresado a la clínica	Nominal	No Si	Historia clínica
Hemoglobina de ingreso	Pigmento rojo contenido en los hematíes de la sangre.	Cuantitativa continúa	Dosaje de hemoglobina al momento del ingreso	De razón	Gramos por decilitro	Historia clínica
Transfusión de paquete globular	Transfusión sanguínea cuando hay shock hipovolemico.	Cualitativa dicotómica	Si recibió trasfusión de paquete globular	Nominal	No Si	Historia clínica
Consumo de AINES y/o fármacos gastrolesivos	Medicamentos antiinflamatorios no esteroides	Cualitativa dicotómica	Si antes de la hda hubo consumo de AINES y/o fármacos gastrolesivos	Nominal	No Si	Historia clínica
Estrés	Es un sentimiento de tensión física o emocional.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la HDA tenía problemas de estrés	Nominal	No Si	Historia clínica
Infección Helicobacter pylori	Bacteria que causa problemas de infección.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la HDA tenía o tiene infección por Helicobacter pylori	Nominal	No Si	Historia clínica
Hipersecreción gástrica	Enfermedad ulcerosa grave del tracto digestivo superior.	Cualitativa dicotómica	Si antes de la HDA tuvo hipersecreción gástrica	Nominal	No Si	Historia clínica
Días de hospitalización	Ingreso al hospital debido a indicación médica.	Cuantitativa continúa	Cantidad de días que estuvo hospitalizado	De razón	En días	Historia clínica
Diagnóstico etiológico endoscópico		Cualitativa politómica	El diagnóstico etiológico que recibió después de la endoscopia	Nominal	Helicobacter pylori AINES Gastritis erosiva Esofagitis Lesiones vasculares Mallory Weiss	Historia clínica

Clasificación de Forrest	Examen observacional que realiza el endoscopista durante el procedimiento y que consiste en clasificar a las lesiones sangrantes en el área gástrica, para evaluar riesgo de resangrado	Cualitativa politómica	Clasificación de Forrest que se le otorgó	Nominal	I a I b II a II b II c III	Historia clínica
Clasificación de Rockall	Sistema de puntuación de riesgo de Rockall intenta identificar a los pacientes con riesgo de resultados adversos después de una hemorragia digestiva alta aguda	Cualitativa politómica	Clasificación de Rockall que se le otorgó	Nominal	Bajo Medio A	Historia clínica
Resangrado	Pérdida de sangre después de otra.	Cualitativa dicotómica	Si hubo resangrado durante su estadía en clínica	Nominal	No Si	Historia clínica
Terapia endoscópica	Tratamiento médico.	Cualitativa politómica	Elección de la terapia según etiología	Nominal	Terapia térmica Adrenalica Clips Polvo hemostático	Historia clínica
Complicaciones de la HDA	Consecuencias que trae la HDA.	Cualitativa dicotómica	Complicaciones que trajo al paciente después de la HDA	Nominal	No Si	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

El presente trabajo de investigación es un estudio observacional, transversal, analítico, de diseño caso y control

4.2 Diseño muestral

Población universo

El universo estará conformado por todos los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal que ingresaron a la unidad de hemorragia digestiva del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Población de estudio

El total de pacientes que recibieron por presentar hemorragia digestiva alta no variceal y recibieron terapia endoscópica que ingresaron a la unidad de hemorragia digestiva del Hospital Edgardo Rebagliati Martins entre el 2020 y el 2022.

Tamaño de la muestra

Muestreo o selección de la muestra

Se utilizará la siguiente fórmula, ya que se conoce que son más de 20 000 casos que se atienden por año en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Para obtener la muestra mencionada, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

Donde:

n= tamaño muestral.

p_1 = frecuencia de la exposición entre los casos: 0,15 ⁽¹⁰⁾.

p_2 = frecuencia de la exposición entre los controles: 0,17⁽¹⁰⁾.

p = promedio entre p_1 y p_2 ().

$Z_{1-\alpha/2}$ = valor de la distribución normal estándar para un nivel de seguridad de 95% (1,96).

$Z_{1-\beta}$ = valor de la distribución normal estándar para una potencia estadística del 80 % (0,80).

Obteniendo como resultado 150 casos y 150 controles.

Criterios de selección

Criterios de inclusión para casos

Historias clínicas de pacientes que ingresaron por emergencia a la unidad de hemorragia digestiva con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta no visceral y recibieron terapia endoscópica en el Hospital Rebagliati.

Criterios de inclusión para controles

Historias clínicas de pacientes que ingresaron a la unidad de emergencia del Hospital Rebagliati.

Criterios de exclusión para casos y controles

Historias clínicas de pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva alta sin endoscopia digestiva alta.

Historias clínicas de pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva alta sin terapia endoscópica.

Historias clínicas incompletas.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Técnica

Al ser un estudio descriptivo se hará una revisión documental de la historia clínica, esta información será recolectada con una ficha de recolección de datos, esta pasará por juicios de expertos antes de aplicar el presente estudio.

Recolección de datos

Con los permisos obtenidos, se procederá a recolectar la información de los números de historias de aquellos que cumplan con los criterios de inclusión.

Recursos: Se cuenta con recurso humano, recurso económico y de materiales para que el estudio se aplique con rapidez y profesionalismo.

Procesos: Ya se estableció las medidas de las variables; así mismo se cuenta con personal de salud capacitado para el desarrollo de tablas, gráficos y todo lo que necesite el estudio y su respectiva presentación de resultados y datos.

Capacitación: El investigador cuenta con capacitación en el uso del programa SPSS 28, como para el correcto llenado de la ficha de recolección de datos.

Supervisión: Se cuenta con un asesor de tesis, quien nos supervisará todo momento y cuando él lo crea necesario, se cuenta con la supervisión por parte de la unidad de hemorragia digestiva para una recolección de información brindando confiabilidad al estudio.

Coordinación externa e interna

Se coordinará con el jefe de la Oficina de Docencia e Investigación del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, para poner en marcha este proyecto de investigación empleando una solicitud dirigida de autorización. Posterior a ello, se enviará una solicitud al Servicio de Estadística de dicha institución, para tener acceso a la data donde se encuentran archivadas las historias clínicas de los pacientes que han ingresado a la población que ha de ser estudiada, también se considerarán sus informes endoscópicos.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Con el fin de conocer los hallazgos del estudio se formará una base de datos en el programa Excel XP de Windows 2022 ®, y el análisis de la data obtenida se hará usando el programa de SPSS.

Para el análisis descriptivo se usará las frecuencias relativas con sus intervalos de confianza al 95% para las variables cualitativas, y los promedios con sus desviaciones estándar para las variables cuantitativas.

Para el análisis inferencial se utilizará la prueba de Chi cuadrado en las variables cualitativas y la prueba t de Student o la prueba de Mann Whitney para las variables cuantitativas, según la distribución de la normalidad, que se hará con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis multivariado, para determinar los factores de riesgo asociados, se empleará modelos de regresión logística, los que serán ajustados por la edad, sexo, IMC, morbilidad previa, consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de AINES, Estrés, Infección por *Helicobacter pylori*, Hipersecreción gástrica, estado de conciencia al ingreso, diagnóstico etiológico y presencia de complicaciones. Se calcularán los OR, con sus intervalos de confianza al 95% y significancia del 0.05.

4.5 Aspectos éticos

Por parte del investigador se contará con todos los principios de la bioética cuando se realice la presente investigación, con el fin de proteger la dignidad y derechos y datos de las personas que serán parte del estudio. Se contará con los aspectos éticos tales como la confidencialidad cuando se haga la toma de datos de las historias clínicas; no divulgando información y respetando la privacidad; se debe mencionar que no se utilizará consentimiento por ser revisión de historia clínica. La no maleficencia estará presente al uso de datos solo para la esta investigación. En el tema de la beneficencia se busca mejorar las guías clínicas con datos actualizados sobre la hemorragia digestiva alta no visceral y cuáles son las terapias más utilizadas para esta patología. Siempre se tendrá en cuenta y respetará los protocolos que mencione el Hospital Rebagliati para la recolección de datos. Según la Declaración de Helsinki, es deber respetar el derecho de los participantes de una investigación, como el proteger su integridad, por ello se velará la confidencialidad de la información de cada historia clínica y así evitar alguna posible consecuencia de la investigación sobre la integridad física y mental del participante (43).

CRONOGRAMA

Pasos	2022									
	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Redacción final del proyecto de investigación	X									
Aprobación del proyecto de investigación		X								
Recolección de datos			X	X	X	X				
Procesamiento y análisis de datos							X			
Elaboración del informe								X		
Correcciones del trabajo de investigación									X	
Aprobación del trabajo de investigación										X
Publicación del artículo										X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	20.00
Soporte especializado	50.00
Empastado de tesis	100.00
Impresiones	30.00
Logística	100.00
Traslado y refrigerio	150.00
TOTAL	450.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. National Institute for Health Care Excellence. Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management. [Internet] 2012 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg141>
2. Barkun A, Bardou M, Kuipers E, Sung J, Hunt R, Martel M. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 101–113. [Internet] 2010 [citado el 13 de setiembre del 2022]. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20083829/>
3. Alvarez-Ibáñez C, Guerra-García MM. Evolución de la incidencia de la hemorragia digestiva alta en España en relación con el consumo de antiulcerosos. *Aten Primaria.* 2012; 44(8): 478-484. [Internet] 2012 [citado el 13 de setiembre del 2022]. Disponible: 10.1016/j.aprim.2012.01.004.
4. Moreira O, Rodríguez Z, Manzano E, Rodríguez S, Nazario A, Martínez I. Conocimientos vigentes en torno a la hemorragia digestiva alta varicosa. *Rev Cub Med Mil.* 2018; 47 (3): 1-14. [Internet]. 2018 [citado el 13 de setiembre del 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000300014&lng=es.
5. Chuecas J, Torres T, Cabezas G, Lara B. Hemorragia digestiva alta. *Revista de Ciencias Médicas.* 2019; 44 (3): 24-34. [Internet]. 2019 [citado el 13 de setiembre del 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356>
6. Pinto J, Aguilar V, Gómez P. Guía Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta. [Internet] 2018 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/RD_241-2018-HCH-DG-1.pdf
7. Corzo M, Guzmán P, Bravo E, Gallegos R, Huerta T, Surco Y. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. *Rev. gastroenterol. Perú.* 2013; 33 (3): 223-229. [Internet]. 2013 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en:

- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000300004&lng=es.
8. ESSALUD. Unidad de Hemorragias Digestivas del hospital Rebagliati atiende aproximadamente 20 mil pacientes al año. [Internet]. 2014 [citado el 13 de setiembre del 2022]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/unidad-de-hemorragias-digestivas-del-hospital-rebagliati-atiende-aproximadamente-20-mil-pacientes-al-ano/>
 9. Ichiyanagui C. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. Acta méd. Peruana. [Internet]. 2006 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300005&lng=es
 10. Chimbaco Bonilla Diego Fernando, Leal Cardoso María Alejandra, González Suárez Juan Pablo, Caviedes Pérez Giovanni. Factores relacionados a hemorragia gastrointestinal alta en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pese a la profilaxis. Revista médica Risaralda [Internet]. 2014 Jan [cited 2022 Nov 04] ; 20(1): 9-13. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000100003&lng=en.
 11. Basto M, Vargas G, Angeles P. Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" 1980-2003. Rev. gastroenterol. 2005; 25 (3): 259-267. [Internet] 2005 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292005000300005&lng=es
 12. Winograd R, Williams E, Rodríguez D, Ramos J, Guisado Y, Angulo O. Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev Cub Med Mil. 2015; 44 (2): 187-194. [Internet] 2015 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200007&lng=es.
 13. Romero Mondalgo P. Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con ulcera péptica. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2076>

14. Jiménez D, Rodríguez J, Estrada E, Bermúdez A, Rivero P, Martínez F. Evaluación de los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. [Internet]. 2015 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/519/892>
15. Valdés Saucedo L. Factores asociados a hemorragia digestiva alta grave en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/49781/ValdesSaucedoLR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Ayón Ronquillo Y, Zambrano Ronquillo M. Factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta por varices esofágica en pacientes menores de 50 años. Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Enero del 2015 a diciembre del 2016. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/10524>
17. Cotton CC, Farkas DK, Foskett N, Sørensen HT, Milosavljevic-Ristic S, Balas B, Ehrenstein V. Risk of Upper Gastrointestinal Bleeding and Gastroduodenal Ulcers in Persons With Schizophrenia: A Danish Cohort Study. *Clin Transl Gastroenterol.* 2019 Feb;10(2):e00005. doi: 10.14309/ctg.0000000000000005. PMID: 30829916; PMCID: PMC6407813. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30829916/>
18. Luo PJ, Lin XH, Lin CC, Luo JC, Hu HY, Ting PH, Hou MC. Risk factors for upper gastrointestinal bleeding among aspirin users: An old issue with new findings from a population-based cohort study. *J Formos Med Assoc.* 2019 May;118(5):939-944. doi: 10.1016/j.jfma.2018.10.007. Epub 2018 Oct 23. PMID: 30366771. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30366771/>
19. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, Muñoz P. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Rev. méd. Chile.* 2020; 148 (3): 288-294. [Internet]. 2020 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000300288&lng=es.

20. Rakotondrainibe A, Rahanitriniaina NMP, Randriamizao HMR, Raelison JG, Ramanampamonjy RM, Rajaonera AT, Sztark F. Clinical mortality risk factors of variceal upper gastrointestinal bleeding in a Malagasy surgical intensive care unit. *Afr J Emerg Med.* 2020 Dec;10(4):188-192. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33299747/>
21. Cuartas-Agudelo S, Martinez-Sanchez L. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Médicas UIS*, vol. 33, núm. 3, 2020. https://revistas.uis.edu.co/visores/Medicas UIS_Vol_33_Num_3/151568135002/
22. Otero Figueredo. Manuel de Jesús, Figueredo González. Liliam Inés, Figueredo González. Carmen, Rosada Navarro. Yumey, Polanco Rosales. Ariatna. Sangramiento Digestivo Alto. Factores de riesgo asociados. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Enero 2017 a enero 2018. *Multimed [Internet].* 2020 Feb [citado 2022 Nov 04] ; 24(1): 130-139. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100130&lng=es.
23. Yunga Quim, A. X., & Montenegro Villavicencio, A. F. (2022). REVISIÓN TEÓRICA DE LOS FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVAS ALTAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS.: Theoretical review of risk factors associated with high digestive hemorrhage in geriatric patients. *Más Vida*, 2(2), 68–75. <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/87>
24. Sauhing Peralta SD, Moreira Zambrano AA. Tesis [Internet]. 2020 [citado el 4 de Noviembre de 2022]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52757>
25. Lakatos L, Gonczi L, Lontai L, Izbeki F, Patai A, Racz I, Gasztonyi B, Varga-Szabo L, Ilias A, Lakatos PL. Incidence, Predictive Factors, Clinical Characteristics and Outcome of Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding - A Prospective Population-based Study from Hungary. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2021; 30 (3): 327-333. [Internet]. 2021 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34375379/>

26. Wan Ghazali WS, Wan Zainudin WMKB, Yahya NK, Mohamed Ismail A, Wong KK. Older age and diclofenac are associated with increased risk of upper gastrointestinal bleeding in gout patients. *PeerJ*. 2021 May 20;9:e11468. doi: 10.7717/peerj.11468. PMID: 34055491; PMCID: PMC8142925. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34055491/>
27. Zhang M, Huang S, Ye N, Wang X. Clinical characteristics and risk factors of patients with flupirtine-induced liver cirrhosis complicated with upper gastrointestinal bleeding. *Am J Transl Res*. 2021 May 15;13(5):5582-5588. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34150161/>
28. Jin X, Wang X, Mao P. Early Identification of High-Risk Factors for Upper Gastrointestinal Bleeding. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2022 Oct 13;2022:5641394. doi: 10.1155/2022/5641394. PMID: 36276848; PMCID: PMC9584689. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36276848/>
29. Lanás A, García LA, Polo M, Alonso I, Pérez MA, et al. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. *Am J Gastroenterol*. 2009; 104 (7): 1633-1641. [Internet]. 2009 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19574968/>
30. Sostres C, Lanás A. Epidemiology and demographics of upper gastrointestinal bleeding: prevalence, incidence, and mortality. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*. 2011; 21: 567-81. [Internet]. 2011 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21944411/>
31. Lanás A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Prim*. 2018;19; 4:18020. [Internet]. 2018 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29671413/>
32. Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Epidemiology and risk factors for upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2015;25(3):415-28. [Internet]. 2015 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26142028/>
33. Nagata N, Sakurai T, Shimbo T, Moriyasu S, Okubo H, Watanabe K, et al. Acute gastrointestinal tract bleeding is associated with an increased risk of thromboembolism and death. *Clin Gastroenterol Hepatol*.

- 2017;15(12):1882-9. [Internet]. 2017 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28634133/>
34. Kindred Hospitals. Gastro Intestinal Complications. 2022 <https://www.kindredhospitals.com/our-services/ltac/conditions/gi-complications#:~:text=Complications%20of%20Gastrointestinal%20Bleeding&text=Symptoms%20include%20chest%20pain%2C%20dizziness,enough%20blood%20throughout%20the%20body.>
35. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, Concepción M, Hernandez-Gea V, Aracil C, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med.* 2013; 368(1):11-21. [Internet]. 2013 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23281973/>
36. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanás A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47(10): 41-46. [Internet]. 2015 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26417980/>
37. Haddara S, Jacques J, Leclaire S, Branche J, Leblanc S, Le Baleur Y, et al. A novel hemostatic powder for upper gastrointestinal bleeding: a multicenter study (the «GRAPHE» registry). *Endoscopy.* 2016; 48 (12): 1084-1095. [Internet]. 20 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27760437/>
38. Lau JYW, Sung JJY, Lam YH, Chan ACW, Ng EKW, Lee DWH, et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *N Engl J Med.* 1999;340(10):751-6. [Internet]. 1999 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10072409/>
39. Cortés P. Clasificación de Forrest. *Gastroenterol. latinoam* 2010; Vol 21, Nº 1: 59-62. [Internet]. 2010 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2010n100012.pdf>
40. Infante-Velázquez M, Guisado-Reyes Y, Rodríguez-Alvarez D, Ramos-Contreras J, Angulo-Pérez O, Domínguez-Olabarría R. Utilidad de la escala clínica de Rockall en la hemorragia digestiva alta no varicosa.

- Revista Cubana de Cirugía. 2014; 53 (3): 240-250. [Internet]. 2014 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/137>
41. American College of Rheumatology Empowering Rheumatology Professionals. AINE (Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroides). 2022. <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Tratamientos/AINEs>
42. MedlinePlus. Infecciones por Helicobacter pylori [Internet]. 2020 [citado el 19 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/helicobacterpyloriinfections.html>
43. Asociación Médica Mundial (WMA). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet] 2022 [citado el 30 de marzo del 2022]. Disponible en: https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion_helsinski.pdf

ANEXOS

Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores de riesgo en la hemorragia digestiva alta no variceal en terapia endoscópica de urgencia Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2020-2022	¿Cuáles son los factores de riesgo en la hemorragia digestiva alta no variceal en terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022?	<p>Objetivo general Determinar los factores de riesgo en la hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022 • Identificar los factores de riesgo en los pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal y que presentaron complicaciones en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022. • Determinar los factores de riesgo asociados con la hemorragia digestiva alta no 	La presente investigación corresponde a un estudio observacional, trasversal, analítico. Se recolectarán datos de historias clínicas de los pacientes que ingresaron al hospital por hemorragia digestiva alta no visceral.	<p>Población: Pacientes que recibieron por presentar hemorragia digestiva alta no variceal y recibieron terapia endoscópica que ingresaron a la unidad de hemorragia digestiva del Hospital Edgardo Rebagliati Martins entre el 2020 y el 2022.</p> <p>Tamaño de la muestra: Se calculó una muestra de 270 personas por cada año.</p> <p>Procesamiento de datos: El análisis de la data obtenida se hará con SPSS versión 28.0 para Windows.</p> <p>Para el análisis descriptivo frecuencias relativas con sus IC95% para variables cualitativas, y promedios con DS para variables cuantitativas.</p> <p>Para el análisis inferencial prueba de Chi cuadrado en variables cualitativas y prueba t de Student o prueba de Mann Whitney para variables cuantitativas, según distribución de normalidad (prueba de Kolmogorov-Smirnov). Para el análisis multivariado, se empleará modelos de regresión logística, que serán ajustados y se calcularán OR, con IC95% y significancia del 0.05..</p>	Se hará uso de una ficha de recolección de datos para la presente investigación.

		variceal y con sus complicaciones en los pacientes que recibieron terapia endoscópica de urgencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 2020 al 2022.			
--	--	---	--	--	--

Ficha de recolección de datos

Código participante:

Edad: Sexo: Masculino () Femenino ()

Peso: Talla: IMC:

Estado de conciencia: PA:

Antecedentes y patologías asociadas:

Alcohol: Si () No () Tabaco: Si () No ()

Antecedente de gastropatía y/o enfermedad ulcero péptica: No () Si () ¿Cuál?

Enfermedad metabólica: No () Si () ¿Cuál?

Enfermedad cardiaca: No () Si () ¿Cuál?

Enfermedad reumatológica: No () Si () ¿Cuál?

Hepatopatía: No () Si () ¿Cuál?

Neoplasia: No () Si () ¿Cuál?

Antecedente quirúrgico: No () Si () ¿Cuál?

Coagulopatía No () Si () ¿Cuál?

Otros: No () Si () ¿Cuál?

Estrés: No () Si ()

Infección por Helicobacter pylori: No () Si ()

Hipersecreción gástrica: No () Si ()

Hemorragia digestiva alta

Emergencia () Consultorio externo ()

Hb de ingreso: Transfusión de paquete globular: Si () No ()

Consumo de AINES y/o fármacos gastrolesivos: No () Si () ¿Cuál?

Días de hospitalización:

Hallazgo endoscópico

Diagnóstico etiológico endoscópico:

Clasificación de Forrest:

Clasificación de Rockall: Bajo () Intermedio () Alto ()

Resangrado: No () Si ()

Terapia endoscópica: