

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR

FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES
INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUAN JOSÉ
ORTEGA DE COATEPEQUE EN EL PERIODO DE ENERO 2013 A DICIEMBRE 2018.



DIEGO ARMANDO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

201316316

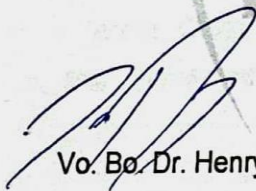
G643

QUETZALTENANGO, JUNIO 2022

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR

FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES
INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUAN JOSÉ
ORTEGA, COATEPEQUE EN EL PERIODO DE ENERO 2013 A DICIEMBRE 2018.

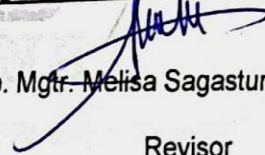


Dr. Henry Oswaldo Mejía Morales
Médico y Cirujano
Colegiado 18,082

Vo. Bo. Dr. Henry Oswaldo Mejía Morales

Asesor

Licda. Melisa Sagastume
Licenciada en Fisioterapia
Colegiado: CA-423



Vo. Bo. Mgtr. Melisa Sagastume

Revisor

DIEGO ARMANDO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

201316316

QUETZALTENANGO, JUNIO 2022

Resumen

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR; FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUAN JOSÉ ORTEGA, COATEPEQUE EN EL PERIODO DE ENERO 2013 A DICIEMBRE 2018

La hemorragia gastrointestinal superior, es todo sangrado producido por encima del ángulo de Treitz, manifestándose con una expulsión de sangre ya sea por el ano o por la boca, esté producido en el sistema digestivo, por lo cual es necesario identificar la causa de origen.

Objetivo: determinar los factores de riesgo y causas más frecuentes de hemorragia gastrointestinal superior en pacientes que ingresen al servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Dr. Juan José Ortega de Coatepeque, Quetzaltenango durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2018.

Metodología: estudio tipo descriptivo retrospectivo tomando como población a 100 pacientes diagnosticados con hemorragia gastrointestinal superior e ingresados al Departamento de Medicina Interna del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque.

Resultados: el rango de edad promedio de pacientes con hemorragia gastrointestinal superior ingresados al hospital en el intervalo de cinco años fue de 30 a 40 años representado por el 24% de pacientes. El sexo masculino representó el grupo con mayor número de casos, siendo este de 75%. El antecedente predominante fue alcoholismo crónico con un 29% siendo el género masculino el más comprometido, la hematemesis fue el mayor motivo de consulta por el cual los pacientes llegaron a emergencia siendo el 68%, la mayoría de pacientes se presentaron con sangrado activo siendo este el 61% de la población estudiada, a el 68% se le indicó endoscopia, la complicación predominante fue anemia severa con un 56%; el mayor tiempo de estancia hospitalaria fue entre 6 y 10 días y esto se dio en el 56% de los casos.

Conclusión: se determinó que el alcoholismo crónico es el factor de riesgo más frecuente, mientras la causa más frecuente fue varices esofágicas, esto presentado en los pacientes ingresados por hemorragia gastrointestinal superior

Palabras clave: factor de riesgo, edad, sexo, alcoholismo, hemorragia gastrointestinal.

AUTORIDADES UNIVERSIDAD MESOAMERICANA

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa -Rector
Dr. Luis Fernando Cabrera Juárez - Vicerrector General
Pbro. Mgtr. Rómulo Gallegos Alvarado, sdb. - Vicerrector Académico
Mgtr. Teresa García K-Bickford - Secretaria General
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales- Tesorera
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet- Vocal II
Mgtr. Luis Roberto Villalobos Quesada - Vocal III

CONSEJO SUPERVISOR SEDE QUETZALTENANGO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet
Mgtr. Miriam Maldonado
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales
Dra. Alejandra de Ovalle
Mgtr. Juan Estuardo Deyet
Mgtr. Mauricio García Arango



AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Mgtr. Juan Carlos Moir Rodas -Decano Facultad de Medicina
Mgtr. Jorge Antonio Ramos Zepeda -Coordinador Área Hospitalaria



Quetzaltenango, junio 2022

El trabajo de investigación con el título: **"HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR"** factores de riesgo y causas más frecuentes en los pacientes ingresados al servicio de medicina interna del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de enero 2013 a diciembre 2018, presentado por el estudiante Diego Armando González Hernández que se identifica con el carné número 201316316, fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, como requisito previo para obtener el Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciado.

Vo.Bo.



Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda
Coordinador Área Hospitalaria

Vo. Bo.



Dr. Juan Carlos Moir Rodas
Decano
Facultad de Medicina

Quetzaltenango, junio de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.

Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario

Facultad de Medicina

Universidad Mesoamericana

Ciudad.

Respetables doctores:

YO, Diego Armando González Hernández estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, me identifico con el carné número 201316316, de manera expresa y voluntaria manifiesto que soy el autor del trabajo de investigación denominado **"HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR"** factores de riesgo y causas más frecuentes en los pacientes ingresados al servicio de medicina interna del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de enero 2013 a diciembre 2018, el cual presento como requisito previo para obtener el Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciado. En consecuencia con lo anterior, asumo totalmente la responsabilidad por el contenido del mismo, sometiéndome a las leyes, normas y disposiciones vigentes.

Sin otro particular

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Diego Armando González Hernández', with a long horizontal line extending to the right.

Diego Armando González Hernández

201316316

Quetzaltenango, junio de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.


Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que asesoré el trabajo de investigación designado con el título "**HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR**" factores de riesgo y causas más frecuentes en los pacientes ingresados al servicio de medicina interna del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de enero 2013 a diciembre 2018 realizado por el estudiante Diego Armando González Hernández quien se identifica con el carné número 201316316 como requisito previo para obtener el Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciado, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente

Dr. Henry Oswaldo Mejía Morales
Médico y Cirujano
Colegiado 18,082


Dr. Henry Oswaldo Mejía Morales
Asesor del Trabajo de Investigación

Quetzaltenango, junio de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.

Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario

Facultad de Medicina

Universidad Mesoamericana


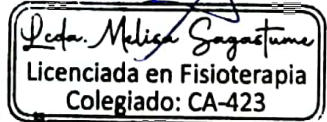
Ciudad.

Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de investigación designado con el título "**HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR**" factores de riesgo y causas más frecuentes en los pacientes ingresados al servicio de medicina interna del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de enero 2013 a diciembre 2018, realizado por el estudiante Diego Armando González Hernández quien se identifica con el carné número 201316316 como requisito previo para obtener el Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciado, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente

Lcda. Melisa Sagastume
Licenciada en Fisioterapia
Colegiado: CA-423

Mgtr. Melisa Sagastume
Revisora del Trabajo de Investigación

DEDICATORIA.

A Dios.

Por la protección, vida y salud que me ha dado durante todo el trayecto de mi carrera y me dio la oportunidad de poder culminar con la tesis.

A mi familia.

En especial a mis padres: Benjamín González Vásquez y Sebastiana Cristina Hernández Huinac, por el esfuerzo, apoyo, consejos, amor y comprensión que me han brindado durante toda mi formación académica.

A mis hermanas: Magdalena González y Cristina González, por el apoyo, darme ánimo a seguir adelante y no darme por vencido.

A mis abuelos, en especial a mi abuela: Magdalena Huinac ya que sin su apoyo y consejos no hubiese salido adelante, por siempre ser positiva y darme el ánimo de avanzar y no rendirme.

AGRADECIMIENTO.

A mis docentes.

Por haber compartido sus conocimientos y por haberme brindado apoyo y paciencia con mi persona durante mis años de estudio, tanto hospitalaria como universitaria.

A mi asesor de tesis: Dr. Henry Mejía Morales

Por su comprensión, experiencia, paciencia y ayuda para la realización de esta tesis. Y por la gran motivación a culminar con la misma.

A mi revisora: Lcda. Melisa Sagastume

Por su apoyo, paciencia en la revisión metodológica de este trabajo de investigación

Al Hospital Juan José Ortega de Coatepeque

Por haberme permitido el acceso a los expedientes y así poder realizar la recolección de datos el cual fue necesario para la realización de la tesis.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	2
III.	MARCO TEÓRICO.....	3
	A. Hemorragia gastrointestinal superior (HGIS).....	3
	1. Definición.....	3
	2. Epidemiología.....	3
	3. Edad.....	4
	4. Sexo.....	4
	5. Etiología.....	5
	B. Manifestaciones clínicas de la HGIS.....	7
	1. Diagnóstico de la HGIS.....	7
	2. Presentación.....	8
	C. Conducta médica ante la hemorragia digestiva.....	9
	D. Laboratorios.....	10
	E. Diagnóstico según Intensidad y evolución de la hemorragia.....	11
	1. Según la intensidad, pueden ser:.....	11
	F. Clasificación.....	11
	1. Por su localización.....	11
	2. Por su magnitud.....	12
	3. Por su curso clínico.....	12
	4. Sistema de puntuación de Rockall:.....	13
	5. Clasificación de FORREST.....	13
	G. Antecedentes clínicos principales.....	15
	1. Alcoholismo.....	15
	H. Hallazgos clínicos.....	15

1. Pirosis.....	16
I. Hallazgos endoscópicos.....	19
1. Radiología baritada.....	20
2. Angiografía	20
3. Gammagrafía.....	21
J. Hallazgos por biopsia	21
1. Infección por Helicobacter Pylori.....	21
2. Carcinoma gástrico.....	22
K. Tratamiento.....	22
1. Reposición de la volemia	23
2. Transfusión sanguínea	24
3. Tratamiento médico	25
4. Tratamiento endoscópico.....	26
5. Tratamiento angiográfico	31
6. Tratamiento quirúrgico	31
IV. OBJETIVOS.....	33
V. Métodos materiales y técnicas.....	34
A. Tipo de estudio.....	34
B. Universo.....	34
C. Población.....	34
D. Criterios de inclusión y de exclusión de la muestra.....	34
1. Criterios de inclusión:	34
2. Criterios de exclusión:	34
E. Variables	35
VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	39
A. Características epidemiológicas.....	39

B.	Antecedentes	42
C.	Hallazgos clínicos	45
D.	Tratamiento	47
E.	Complicaciones	49
F.	Tiempo de estancia hospitalaria	50
VII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	51
A.	Generalidades	51
B.	Antecedentes	51
VIII.	CONCLUSIONES	54
IX.	RECOMENDACIONES	55
X.	Bibliografía	56
XI.	ANEXOS	59



I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades en la vía gastrointestinal superior son muy comunes hoy en día, sobre todo como consecuencia de una mala alimentación y malos hábitos de vida. Las personas con estos padecimientos generalmente no suelen darse cuenta hasta que el trastorno o la enfermedad están avanzados, es decir necesitan de intervención médica o quirúrgica de urgencia.

La hemorragia digestiva alta (HDA) es el sangrado del aparato digestivo por encima del ángulo de Treitz por lo que su incidencia y mortalidad son tan elevadas que han requerido un mayor análisis y estudio sobre este tema.

La hemorragia digestiva constituye una de las afecciones más alarmantes con las que se encuentra el clínico que trabaja tanto en emergencia como el médico internista. Por lo que tomar una buena actitud terapéutica y saber con exactitud las prioridades que se deben seguir permiten un buen manejo de este tipo de enfermos.

Tanto la prevención de complicaciones como la de síntomas asociados al tratamiento son de gran importancia, por lo tanto se debe conocer las causas y factores de riesgo, que permitan prevenir las complicaciones más frecuentes y mortales de esta enfermedad.

Por lo anterior, en el presente informe se detalla los hallazgos de los 100 pacientes entre hombres y mujeres ingresados al servicio de Medicina Interna con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior en el Hospital Juan José Ortega, Coatepeque en el periodo de enero 2013 a diciembre 2018.

Se conocerá en qué rango de edad es que las personas padecen con mayor frecuencia hemorragia gastrointestinal superior, como así mismo que género es más vulnerable y si hay alguna causa que se tiene en común a que los pacientes presenten tal enfermedad.

En el presente informe se presenta la forma en que el personal de salud maneja a tales pacientes y de la misma manera conoceremos la viabilidad y la progresión que se tiene con los pacientes los cuales cumplieron con tratamiento intrahospitalario.

De igual manera se da a conocer las comorbilidades más relevantes en tales pacientes como así mismo el factor de riesgo que podrían llegar a desencadenar aún más el padecimiento de hemorragia gastrointestinal superior.



II. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva alta es una urgencia médica muy frecuente con una incidencia anual entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes. Esto representa un elevado número de ingresos hospitalarios anuales y un gran consumo de recursos sanitarios.

Conocer la realidad en cuanto a los factores de riesgo y causas, de la hemorragia digestiva alta permitirá mejorar las estrategias de manejo y detectar a tiempo potenciales determinantes de hemorragia digestiva alta grave. Si se conoce dichos factores, es posible mejorar el pronóstico y evitar hasta donde sea posible la muerte.

Debido a que no se han realizado estudios que describan la correlación entre los principales factores de riesgo en el medio, se pretende identificar estas características para mejorar el pronóstico de los pacientes y disminuir su mortalidad. Con lo expuesto, es posible actuar de modo oportuno en el diagnóstico y establecimiento de la gravedad de la enfermedad, implementando estrategias en la atención integral y mejorada para el paciente.

El Hospital de Coatepeque, recibe una cantidad considerable anualmente de pacientes con hemorragia gastrointestinal superior, por lo que, al identificar los factores de riesgo de estos pacientes, se podrá mejorar el pronóstico, actuando oportunamente para disminuir las tasas de mortalidad en la enfermedad, de igual manera se darán a conocer datos del método que se utiliza para el tratamiento de los pacientes, por lo que se dará una referencia de la eficacia de tales tratamientos.

Además, se podrá conocer las causas más frecuentes para desarrollar HGIS, luego de identificarlas se podrá promover acciones como: charlas, programas de ayuda y motivación a la población, se podría dar ideas de cómo ayudar tanto a pacientes como a personal de salud para mejor manejo de los hallazgos.

El estudio también favorecerá en nuevos aportes médicos sobre los hallazgos clínicos más frecuentes y así estar preparados para actuar oportunamente.



III. MARCO TEÓRICO

A. Hemorragia gastrointestinal superior (HGIS)

1. Definición

Según Jiménez: el sangrado gastrointestinal superior es una enfermedad muy común en los servicios de emergencia y tiene una alta morbilidad y mortalidad principalmente en adultos mayores. Es una emergencia abdominal potencialmente mortal que sigue siendo una causa común de hospitalización y por lo general significa un gasto elevado de recursos porque su manejo puede involucrar gastroenterólogos, endoscopistas, cirujanos, transfusiones y medicamentos. (Curbelo, Sierra, & Gigato, 2016)

Sin embargo, otros autores como Zárate (2003), define que: “La hemorragia digestiva (HD) es toda pérdida de sangre proveniente del tubo digestivo. Constituye una enfermedad frecuente en los servicios de urgencias, con una tasa de mortalidad entre el 5- 10%, dependiendo de la etiología del sangrado, comorbilidad, edad, cuantía y ubicación.” (pág.1)

El Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas de Córdoba afirma que:

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida sanguínea provocada por una lesión situada en el tracto gastrointestinal, en un punto localizado por encima del ángulo de Treitz. Representa una de las condiciones clínicas más prevalentes en los Servicios de Urgencia hospitalaria y de Gastroenterología, con una incidencia que varía, según el área estudiada, entre 48 y 160 casos por 100.000 habitantes y año. Las lesiones de origen péptico son su causa más frecuente. (Gallindo, 2009)

2. Epidemiología

La HDA es alrededor de 4-6 veces más frecuente que la baja, con una prevalencia mundial de 48-160 por cada 100.000 personas al año. Es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres y predomina en edades avanzadas, siendo la tasa de mortalidad similar en ambos sexos.

El origen gastroduodenal es actualmente el más frecuente. La HDA tiene una mortalidad del 6-10%, estando directamente relacionada con la causa del sangrado y las comorbilidades del paciente.

Sung y Graham (2016) evidenciaron que el 80% de los pacientes con HDA por úlcera péptica fallecían por causas no asociadas a la hemorragia. En el caso particular de las úlceras pépticas, se ha constatado una mortalidad del 5- 10%, siendo la edad y comorbilidades los principales determinantes. Los pacientes con hemorragias por várices gastroesofágicas, por su parte, reportan mortalidades de hasta 20% por evento en Estados Unidos. En un estudio canadiense se estimó una tasa de mortalidad a 6 semanas por episodio de hemorragia variceal de 16%, cifra muy distinta al 42% de mortalidad previo a los avances endoscópicos, uso de antibióticos y terapia farmacológica. (Nable & Graham, 2016)

3. Edad

Según el sistema de información gerencial de salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del año 2010, la morbilidad de gastritis no especificada y enfermedad péptica en pacientes adultos mayores fue 12 de 56,100 casos a nivel nacional. Otras gastritis 467, gastritis crónica no especificada 303 casos en el año. Úlcera péptica 177 casos, Gastroduodenitis 103 casos, Hemorragia gastrointestinal no especificada 76 casos. (IGSS, 2011)

4. Sexo

Con relación a la proporción hombre/mujer, se observa una relación 2:1. La incidencia aumenta con la edad, el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINES) y consumo frecuente de alcohol estimaron una incidencia global de HGIS no varicosa de 108 casos por 100000 habitantes, de los cuales casi la mitad se asociaron al consumo previo de AINES. (Santos & Marcy Elizabeth de Paz Chaw, 2014)

Arango, De Paz y Sánchez (2013) investigaron que “en estudios realizados en Guatemala, en los años 2001 y 2011, en los hospitales General San Juan de Dios, Nacional “Pedro de Bethancourt” y General de enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el sexo más afectado fue el masculino”.(Pág. 7).

5. Etiología

Las causas de hemorragia gastrointestinal superior difieren dependiendo de la población de pacientes, así como del área geográfica como del centro hospitalario de estudio. Entre las causas más frecuentes se encuentran: la enfermedad úlcero péptica, la gastritis erosiva y las varices esofágicas y representan aproximadamente tres cuartas partes de los sangrados digestivos altos. (Dávila, 2011)

a. Úlcera péptica

Es la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior constituyendo el 50% de los casos. Es más frecuente el sangrado procedente de la úlcera duodenal que de la úlcera gástrica. La causa de la úlcera péptica es multifactorial.

Como factores etiológicos más importantes de la hemorragia secundaria a úlceras pépticas se encuentran el helicobácter pylori y la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) siendo este último el más importante. El riesgo de una hemorragia digestiva por toma de AINES es dosis-dependiente y también se correlaciona con otros factores como son una edad mayor de 70 años, historia de úlcera péptica y/o hemorragia digestiva y enfermedad cardíaca subyacente. (Cárcamo, López, & Cardemil, 2005)

b. Desgarro de Mallory-Weiss

Se denomina así al desgarro a nivel de la unión gastroesofágica producido tras náuseas o vómitos intensos. Constituye entre un 5 y un 15% de los casos de hemorragia gastrointestinal superior. Es característica la historia de náuseas y vómitos precediendo a la hematemesis en un paciente alcohólico. El sangrado es auto limitado en un 90% de los casos. El resangrado es poco frecuente. (Dávila, 2011)

c. Varices esofágicas

Manifestación clínica y complicación frecuente de la hipertensión portal. Consiste en la dilatación de los plexos venosos profundos, en el caso de las esofágicas se observan más frecuentemente en la porción distal del esófago y pueden extenderse hasta la línea z dentro del cardias gástrico.



Las várices son más fáciles de detectar por endoscopia, su identificación se basa en la sombra que producen (como racimo de uvas) y su tinte azulado. La hemorragia por varices corresponde al 2 a 15% de todos los pacientes graves y persistentes. Para detectar el sitio de la hemorragia activa por varices esofágicas o gástricas es esencial la endoscopia temprana. (Cuesta, 2011)

d. Gastropatía hemorrágica erosiva

Su incidencia es de 17 a 45%. Se caracteriza por lesiones en la superficie de la mucosa que pueden penetrar a planos más profundos. Los cambios endoscópicos incluyen petequias, erosiones rojas y negras. Esofagitis que es una causa rara de hemorragia aguda, aproximadamente un 2% del total. Cuando se produce suele ser secundaria a úlceras esofágicas (esofagitis grado IV). Duodenitis, se manifiesta por edema y enrojecimiento de la mucosa con erosiones y hemorragia dispersas, principalmente en la porción distal del bulbo duodenal y la proximidad de la porción descendente del duodeno. (Cárcamo, López, & Cardemil, 2005)

e. Malformaciones arteriovenosas

Estructuras vasculares dilatadas de pared fina, nodulares o sobreelevadas, muy poco frecuentes en el tubo digestivo y de probable origen congénito.

f. Neoplasias

En menos del 3% de todas las causas de HGIS. La hemorragia ocurre por ulceración de la mucosa de un vaso subyacente. Las más frecuentes son: carcinomas, linfomas, leiomiomas, leiomiomas, carcinoide y pólipos adenomatosos. Son más propensos a producir sangrados crónicos ocultos que grandes hemorragias. (Marcotegui, Zabalza, & Gonzalo, 2012)

g. Fístulas aortoentéricas

Se clasifican en primarias, menos frecuentes y originadas a partir de un aneurisma aórtico. Y las secundarias más frecuentes y que se originan principalmente a partir de prótesis aórticas (otra causa más rara son los cuerpos extraños). Comunican en el 75% con el duodeno, la forma de presentación es fundamentalmente melenas o hematemesis.

Esta es característica de las fístulas aortoentéricas la “hemorragia heráldica” en la que un sangrado autolimitado precede a una hemorragia masiva con un intervalo de tiempo que varía de horas a incluso meses. (Cuesta, 2011)



h. Hemobilia

Se produce de forma secundaria a traumas, biopsia hepática, litiasis, etc. El paciente puede manifestar clínica de ictericia, cólico biliar y hemorragia gastrointestinal superior.

B. Manifestaciones clínicas de la HGIS

Frente a un enfermo con HDA es preciso una valoración inicial, durante o tras estabilizar al paciente, que incluye la confirmación de la misma, determinación del lugar de sangrado (alto o bajo), su gravedad y la realización de procedimientos diagnósticos para clarificar su causa, pronóstico y aplicar una terapéutica específica.

A continuación se exponen los procedimientos diagnósticos que habitualmente se realizan ante una HDA.

1. Diagnóstico de la HGIS

La anamnesis y examen físico permiten en la mayor parte de los casos valorar la magnitud de la hemorragia y la causa de la misma.

La edad tiene importancia porque guarda frecuentemente relación con la causa. Los antecedentes de una cirrosis, de úlcera gastroduodenal o de otras enfermedades condicionantes de hemorragia, la ingesta de anticoagulantes o antiagregantes como la ingesta de AINES, o de vómitos previos a la hemorragia, hablan a favor de una hemorragia alta y la posibilidad, en este último caso, de un desgarro de Mallory-Weiss.

Los antecedentes de enfermedades inflamatorias del colon, divertículos, hablan de una hemorragia baja. Antecedentes quirúrgicos llevan a pensar en otras posibilidades, ej. Fístula aorticomesentérica en cirugía de la aorta. Se deberá interrogar si hubo hematemesis y la cuantía de la misma. El dolor abdominal puede observarse y orientar el diagnóstico como ocurre en úlceras pépticas, isquemia mesentérica o colónica.



En caso de pérdida de sangre por vía anal ver si se trata de una melena, hematoquexia o una proctorragia. La sangre roja, no mezclada con materias fecales y sin coágulos, generalmente se deben a hemorroides pero éstas raramente dan lugar a una hemorragia grave. Las modificaciones del hábito intestinal hablan de un probable origen colónico y la disminución del peso corporal de una neoplasia. (Sanzberro, Bañuelos, & Fernández, 2002)

2. Presentación

La forma de presentación varía según la localización del sangrado, la cantidad del sangrado y la velocidad del tránsito intestinal.

- a. Hematemesis: se refiere al vómito de sangre roja fresca o melenemesis o sangre digerida. (“chingaste de café”).
- b. Melena: se refiere a heces negras, brillantes, pastosas, pegajosas y malolientes. Requiere que la sangre permanezca en el tubo digestivo al menos 8 horas y volúmenes mayores de 100-200 ml. Habitualmente indican hemorragia gastrointestinal superior, aunque pueden aparecer en hemorragia gastrointestinal inferior con tránsito lento. (Chuecas, Torres, & Lara, 2019)
- c. Pseudomelena: por consumo de Hierro, bismuto.
- d. Hematoquexia: heces sanguinolentas. Habitualmente indica hemorragia gastrointestinal baja aunque puede aparecer en hemorragia gastrointestinal superior con tránsito rápido y pérdidas importantes. (Kasper, 2016)
- e. Anemia microcítica-hipocrómica (hemorragia digestiva crónica) se presenta con síntomas de hipovolemia sin manifestaciones externas de sangrado: Síncope, hipotensión, disnea, taquicardia, mareo.

C. Conducta médica ante la hemorragia digestiva

El médico debe tratar los trastornos hemodinámicos provocados por la pérdida sanguínea, hacer el diagnóstico causal, detener la hemorragia y tratar su causa y si es posible prevenir su recurrencia.

El primer paso es clasificar, sin pérdida de tiempo y con los elementos clínicos a su alcance si la hemorragia es leve, moderada, grave o masiva. Estas dos últimas requieren la reposición de la volemia con soluciones con cristaloideas mientras se tipifica el grupo sanguíneo y se repone la sangre.

Los pacientes con hemorragia grave o masiva deben ser atendidos en unidades de cuidados intensivos.

Para mejorar el diagnóstico y seguimiento de la terapéutica es conveniente el control de la diuresis, de la presión venosa central, monitoreo de la función cardiaca y respiratoria, mientras se efectúan análisis de laboratorio de rutina incluyendo hematocrito, recuento de glóbulos, plaquetas, hemoglobina y estudio de la coagulación. Debe tenerse presente que siempre existe la posibilidad que requiera cirugía.

La corrección de las condiciones hemodinámicas, dentro de valores aceptables con la vida, es prioritario al diagnóstico lesional. No obstante, hay casos desesperantes, afortunadamente menos frecuentes por el avance de la terapéutica endoscópica, de hemorragias masivas en que los pacientes deben ser perfundidos por varias vías y ser tratados de urgencia por el cirujano según el diagnóstico probable que se tenga. (Dávila, 2011)

El diagnóstico de la lesión se hace en base a los antecedentes clínicos y los estudios por imágenes. Es conveniente clasificarlas en alta o baja. La existencia de hematemesis o sangre obtenida por medio de una sonda nasogástrica habla de hemorragia alta.

En una hemorragia de origen no precisado siempre es aconsejable comenzar por la endoscopia alta dejando la colonofibroscofia en segundo término.

Es necesario después de un examen físico exhaustivo, y una buena historia clínica solicitar laboratorios que permitan evaluar la gravedad del paciente.



D. Laboratorios

Es importante el hemograma, incluyendo el hematocrito y determinación de hemoglobina, plaquetas y pruebas de coagulación (tiempo de coagulación, sangría, protrombina, KPTT, recuento de plaquetas y otras según los antecedentes). Estas pruebas sirven para evaluar la hemorragia y el tratamiento, siempre unidas al criterio clínico.

El uso de hemoglobina/hematocrito para determinar la presencia y gravedad de la anemia tiene algunas consideraciones importantes. 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 (Nable & Graham, 2016).

Pacientes graves e inestables, con hematemesis masiva pueden tener inicialmente niveles de hemoglobina/hematocrito normales (Mihata et al., 2013).

El Nitrógeno ureico tras su paso al intestino, por la acción de las bacterias, da lugar a la producción de urea que al ser absorbida aumenta los niveles en sangre. Este aumento no se correlaciona con la creatinina sérica.

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 (LR+ 7,5) (Nable & Graham, 2016).

Esto se explicaría por un aumento significativo de nitrógeno ureico en sangre secundario a la digestión de la hemoglobina y reabsorción de productos nitrogenados derivados de ésta (DeLaney & Greene, 2015).

También se debe evaluar el estado de función hepática, idealmente con el 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.



Instrumentos descritos como el score discriminante de cirrosis de Bonacini (requiere niveles de plaquetas, GPT/GOT e INR), tiene un LR positivo de 13 con más de 8 puntos (IC 95% 2,4-72) y un LR negativo de 0,3 con menos de 3 puntos (IC 95% 0,1-0,5) para cirrosis hepática (Udell et al., 2012).

E. Diagnóstico según Intensidad y evolución de la hemorragia

1. Según la intensidad, pueden ser:

- a. Hipovolemia leve: tensión arterial sistólica superior a 100 mmHg, frecuencia cardiaca inferior a 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica. Pérdida estimada de hasta un 10% de la volemia, se considera autolimitado.
- b. Hipovolemia moderada: tensión arterial sistólica superior a 100 mmHg, frecuencia cardiaca superior a 100 ppm. Se estima una pérdida de un 10-25% de la volemia.
- c. Hipovolemia grave: tensión arterial sistólica inferior a 100 mmHg, frecuencia cardiaca superior a 100 ppm, signos de hipoperfusión periférica, anuria. Pérdida del 25-35% de la volemia, hemorragia activa, necesita sangre para mantener la hemodinamia.

F. Clasificación

Hay múltiples clasificaciones de las hemorragias digestivas, sin embargo, las principales son según el sitio de origen y cuantía de la hemorragia.

1. Por su localización

- a. Hemorragia alta o superior: cuando se origina entre el ángulo duodeno-yeyunal (Treitz) y la boca.
- b. Hemorragia baja o inferior: aquella que se origina desde el ángulo de Treitz hasta el ano.
- c. Hemorragia de origen oscuro: cuando sucede un sangrado en el tracto gastrointestinal sin causa evidente, siendo el área más afectada entre el ángulo duodeno yeyunal y la válvula ileocecal; por lo que su diagnóstico es difícil. (Curbelo, Sierra, & Gigato, 2016)

2. Por su magnitud
 - a. Leve: cuando corresponde al 10% del volumen circulante.
 - b. Moderada: entre el 10 y el 20% del volumen sanguíneo.
 - c. Severa o masiva: hemorragia mayor al 20% de la volemia.

3. Por su curso clínico
 - a. Aguda
 - b. Crónica

Según Schmitz (2003) su localización o sitio de origen, pueden clasificarse en hemorragia digestiva alta (HDA), con origen desde la faringe hasta el ángulo de Treitz (o unión duodenoyeyunal), y hemorragia digestiva baja (HDB), con origen desde distal a este punto hasta el ano. (Pág. 1)

Tabla 1
Gravedad de la HDA según criterios clínicos

GRAVEDAD	SIGNOS CLÍNICOS	PERDIDA ESTIMADA DE VOLUMEN
Leve	Ninguno	< 500 cc (<15 %)
Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca < 100 • TA sistólica > 100 mmHg • Frialidad de pies y manos • Estado de conciencia normal 	750-1250 cc (15-25 %)
Grave	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca 100-120 • TA sistólica 90-100 mmHg • Sudación, palidez, oliguria • Inquietud 	1250-1750 cc (25-30 %)
Masiva	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca > 120 • TA sistólica < 80 mmHg • Frialidad intensa, palidez extrema, anuria • Estupor 	> 1750 cc (> 35 %)

Fuente: Hemorragia digestiva alta, 2019

Es recomendable el uso de escalas pronósticas para la estratificación precoz de los pacientes en bajo y alto riesgo de recidiva hemorrágica y muerte. En los últimos años se han desarrollado diversas escalas, como el índice de Rockall, el de Baylor, el índice predictivo del Cedars-Sinai o

el índice de Blatchford. La mayoría de ellos requieren de la información proporcionada por la endoscopia. El índice de Blatchford permite estratificar el riesgo basándose exclusivamente en datos clínicos y de laboratorio. Uno de los más empleados es el índice de Rockall. (Lanas, 2016)

4. Sistema de puntuación de Rockall:

La puntuación de Rockall es un sistema establecido y útil para evaluar la hemorragia digestiva alta. El sistema de Rockall ha demostrado que representa un predictor exacto y válido de resangrado y muerte, con un mejor desempeño en el segundo que en el primero.

El score de Rockall ha sido diseñado para combinar información como la edad del sujeto, la ocurrencia de shock evaluado por la presión arterial sistólica y la frecuencia cardiaca, presencia y severidad de comorbilidades, diagnóstico y estigmas endoscópicos de sangrado reciente. (Sánchez & Hervás, 2003)

Los pacientes que presentan hemorragia gastrointestinal superior deben tener una valoración inicial, preendoscópica, utilizando la puntuación de Rockall.

Una valoración completa, postendoscópica con el sistema de Rockall es predictiva de mortalidad en pacientes no seleccionados con hemorragia gastrointestinal superior. Esto incluye pacientes con úlceras y várices sangrantes.

Es menos satisfactorio su valor predictivo en cuanto al resangrado. Se recomienda el uso de la puntuación de Rockall postendoscópica para considerar las posibilidades de mortalidad en casos con HGIS (IGSS, 2011)

5. Clasificación de FORREST

En 1974, J.A.H. Forrest describió esta clasificación que ha sido utilizada con mínimas modificaciones por más de 30 años basado en las diferentes características endoscópicas de úlceras pépticas gastroduodenales con sangrado activo o reciente, las cuales se asocian a diferentes riesgos de sangrado recurrente o persistente.

La clasificación de Forrest y los riesgos asociados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de Forrest

Hemorragia aguda	
Forrest Ia	Chorro activo
Forrest Ib	Exudación activa
Signos de hemorragia reciente	
Forrest Ila	Vaso visible sin sangrado
Forrest I Ib	Coágulo adherido
Forrest I Ic	Hematina pigmentada plana en la base de la úlcera
Lesiones sin sangrado activo	
Forrest III	Úlcera de base limpia

Fuente: adaptado de Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ, Endoscopy in gastrointestinal bleeding, Lancet 1974

El primer grupo, Forrest I, incluye a las úlceras pépticas con sangrado activo, pulsátil (Forrest IA) o sangrado en napa desde el lecho ulceroso, el segundo grupo, Forrest II, incluye a úlcera, fase sin sangrado activo al momento de su observación, pero con signos o estigmas de sangrado reciente en el lecho ulceroso, como el vaso visible (Forrest IIA) que se describe como una protuberancia pigmentada de superficie lisa, de menos de 3 mm, la cual corresponde a un pequeño coágulo ubicado sobre el defecto de la pared del vaso que originó el sangrado y que proporciona una hemostasia inestable, el coágulo adherido (Forrest IIB) definido como una lesión amorfa, roja, café o negra, de tamaño variable, en general mayor a 5 mm, adherida al lecho ulceroso y que no se desprende con aspiración o lavado del coágulo, señal de una hemostasia algo más avanzada, y finalmente la mácula plana (Forrest IIC) la cual se describe como una mancha pigmentada plana, sin relieve evidente en el lecho de la úlcera. Las lesiones tipo Forrest III corresponden exclusivamente a las úlceras pépticas con fondo limpio fibrinoso, sin ningún tipo de protuberancia o cambio en coloración. (Rodríguez, 2015)

La clasificación de Forrest como se muestra en la Tabla 2, es utilizada para observar el riesgo de sangrado persistente o recurrente el cual se correlaciona con el estigma endoscópico observado y es una guía para realizar el tratamiento endoscópico al definir un grupo con alto riesgo de resangrado y otro con bajo riesgo.

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

El tratamiento del coágulo adherido (Forrest IIB, 10-30% de riesgo) es controversial, reservándose en general para los pacientes con algún otro predictor clínico de alto riesgo. Las lesiones Forrest IIC y III se consideran de bajo riesgo (menor al 10%) por lo que no se sugiere realizar tratamiento endoscópico. (Graz, 2005)

G. Antecedentes clínicos principales.

Información de los pacientes acerca de registros médicos que se tengan sobre alergias, enfermedades que se padezcan o bien vicios y manías que podrían llevar una relación con HGIS.

1. Alcoholismo

El alcohol es causa de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. El alcohol incrementa el riesgo de estas enfermedades y lesiones de forma dosis dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un efecto umbral. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos. (Organización Panamericana de la salud, 2008)

El antecedente de úlcera péptica previa, daño hepático crónico, consumo problemático de alcohol o incluso el antecedente de endoscopia digestiva alta previa nos permiten aumentar la sospecha de una lesión específica (úlceras, várices o gastritis erosiva) y así guiar el tratamiento (Walls et al., 2017).

H. Hallazgos clínicos

Signos y síntomas encontrados en un paciente correlacionados con pruebas diagnósticas con resultados e interpretación de las mismas que tienen relación con HGIS.

1. Pirosis

El ardor o acidez de estómago, también denominado pirosis, se describe como una sensación de quemazón dolorosa detrás del esternón que surge del estómago y puede irradiarse desde la zona del epigastrio (“boca del estómago”) hasta la garganta. Esta sensación desagradable se origina cuando los jugos gástricos ácidos refluyen hacia el esófago, en ocasiones acompañados de eructos que pueden transportar líquido con sabor agrio y ardiente hasta la faringe o la boca (Roncero, 2016)

La aparición de episodios de pirosis puede ser consecuencia de determinados factores entre los que se encuentran los siguientes:

a. Trastornos digestivos

- Dispepsia: es un trastorno funcional que agrupa síntomas de ardor y dolor de estómago, pesadez posprandial, distensión abdominal o saciedad precoz. Se relaciona con alteraciones en la digestión sin detección de lesiones gástricas.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): es el conjunto de síntomas y lesiones digestivas que se presentan cuando la válvula que separa el esófago y el estómago, el cardias, no funciona correctamente y se debilita o relaja, permitiendo el paso del líquido gástrico al esófago. (Marcotegui, Zabalza, & Gonzalo, 2012)

b. Gastritis y úlcera péptica.

- Infección por *Helicobacter Pylori*: la infección por *H. pylori* es la causa fundamental de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal y constituye un cofactor primordial en el desarrollo del adenocarcinoma y linfoma gástricos
- Embarazo: la pirosis es especialmente frecuente en las mujeres durante la gestación debido a que la progesterona relaja sustancialmente la musculatura, incluyendo el cardias. Además, debido al incremento del tamaño del útero, se produce un aumento de la presión intraabdominal que también afecta al estómago.
- Obesidad: aumenta la presión abdominal, lo cual puede hacer que el contenido del estómago pase al esófago. (Sánchez & Hervás, 2003)

- Factores psíquicos: cerca de 2 tercios de los pacientes asocia el inicio o la exacerbación de sus síntomas con el estrés.
- Comidas copiosas y ciertos alimentos que pueden favorecer la pirosis (comidas grasas, condimentadas o fritas, chocolate, café, té, alcohol y bebidas gaseosas). Su influencia varía de un paciente a otro. (Marcotegui, Zabalza, & Gonzalo, 2012)

c. Varices esofágicas

Las várices gastroesofágicas están presentes en casi la mitad de los pacientes con cirrosis en el momento del diagnóstico, con una tasa más alta entre los pacientes con Child-Turcotte-Pugh de clase B o C, de los cuales un 30% tienen un episodio de sangrado en los dos primeros años después del diagnóstico.

Tras un primer episodio, el riesgo de resangrado aumenta hasta en un 70% a los dos años. Las várices gástricas son una extensión de las várices procedentes del esófago o de las localizadas a nivel de fundus (várices fúndicas).

Las várices gástricas aisladas suelen aparecer como una complicación de la trombosis de la vena esplénica secundaria a pancreatitis o traumatismos principalmente. (Gisbert, 1998)

d. Esófago de Barrett

El esófago de Barrett (EB) es el principal factor de riesgo conocido para desarrollar adenocarcinoma del esófago (AcE), si bien existe una enorme variación informada en la tasa de incidencia de esta progresión. (Cuesta, 2011)

e. Lesión de Dieulafoy

La lesión de Dieulafoy, arteria anormalmente larga que, a diferencia del resto de los vasos, mantiene el mismo calibre al atravesar la pared gastrointestinal, suele ser causa de sangrado



importante y recurrente; localizándose, habitualmente, en la región proximal de la cavidad gástrica. (Graz, 2005)

f. Desgarro de Mallory Weiss (Baena Díez JM, 1998)

Es el desgarro a nivel de la unión gastroesofágica producido tras náuseas o vómitos intensos. Constituye entre el 5 y el 15% de los casos de HDA. Es característica la historia de náuseas o vómitos precedidos a la hematemesis en un paciente alcohólico. El sangrado es autolimitado en un 90% de los casos. El resangrado es poco frecuente. (Sánchez & Hervás, 2003)

- Fisiopatología del Síndrome de Mallory-Weiss

La patogenia de esta lesión está en relación con el aumento de la presión intragástrica provocado por los vómitos con contracción de los músculos de la pared abdominal, descenso del diafragma y cierre pilórico, lo cual condiciona la inversión del peristaltismo, el desgarro del cardias y la rotura de los vasos submucosos de la unión cardioesofágica, que es la zona anatómica donde el aumento de la presión es más notable. (Dávila, 2011)

La patogenia es la misma que la que ocurre en la rotura espontánea del esófago o Síndrome de Boerhave, en la que la rotura es completa.

g. Hernia de Hiato

Puede llegar a ser causa de importantes sangrados crónicos a partir de lesiones erosivas lineales del esófago. La hemorragia secundaria a esofagitis se correlaciona con su gravedad; aunque, habitualmente, es leve; aproximadamente, un 2% del total. Cuando se produce, éste suele ser secundaria a úlceras esofágicas (esofagitis grado IV).

h. Tabaco

Corvalán (2017) afirma que; “el tabaco disminuye la salivación y dificulta el aclaramiento esofágico. Induce en menor medida el peristaltismo y da lugar a un menor contenido de

bicarbonato en el bolo alimenticio, lo que afecta negativamente a su capacidad para neutralizar el ácido”. (Corvalán, 2017)

i. Diversos fármacos

El tratamiento continuado con determinados fármacos puede favorecer la aparición de pirosis por diversas causas. Por otra parte, se presentan casos de episodios de pirosis no relacionadas con el reflujo gastroesofágico. Si éstos aparecen de forma continuada durante al menos 6 meses, entonces se habla de pirosis funcional.

Se define como un trastorno esofágico caracterizado por presencia de episodios de quemazón retroesternal en ausencia de reflujo gastroesofágico patológico y sin evidencia de una causa estructural o metabólica, ni de un trastorno de la motilidad esofágica que lo justifique.

Se ha observado que los pacientes que presentan este tipo de pirosis, presentan un mayor grado de ansiedad y somatización que los que presentan síntomas asociados al reflujo. (Roncero, 2016)

I. Hallazgos endoscópicos

Reconocimiento de imágenes características de cambios en la mucosa que se esté evaluando por medio de endoscopia con el fin de ayudar a un mejor diagnóstico y tratamiento.

En la unidad de aparato digestivo del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, afirman que la endoscopia es la exploración diagnóstica de referencia y permite establecer un diagnóstico, pronóstico del paciente y, en la mayoría de los casos, se convierte en una exploración terapéutica de eficacia demostrada, reduciendo la estancia hospitalaria y mejorando la supervivencia.

Existen diferentes métodos endoscópicos hemostáticos (térmicos, inyección de sustancias, mecánicos y tópicos) con una eficacia demostrada similar, alrededor del 80%, utilizándose habitualmente en función de las disponibilidades y experiencia del endoscopista. Además, la endoscopia permite la toma de biopsias de las úlceras gástricas para descartar malignidad, así

como la determinación de *H. pylori* mediante test rápido de ureasa o histología, si bien en el contexto de una HDA disminuye de forma significativa su sensibilidad. (Panero & Calleja, 2005)

Se debe realizar una endoscopia digestiva alta en todo paciente con HDA a no ser que existan contraindicaciones.

Debe realizarse de forma precoz, idealmente en las primeras 12-24 horas, ya que se asocia a una mayor eficacia diagnóstica, permite detectar aquellos pacientes con lesiones de bajo riesgo y que pueden ser dados de alta precozmente, y en aquellos pacientes con lesiones de alto riesgo nos permite aplicar una terapia hemostásica, lo que determina una reducción de la estancia hospitalaria, menores requerimientos transfusionales, disminución de la incidencia de resangrado y cirugía y un aumento de la supervivencia.

1. Radiología baritada

Su sensibilidad en la detección de la fuente de hemorragia es significativamente menor que la endoscopia, identificando la causa sólo en el 25-50% de los casos, sin capacidad terapéutica y con el inconveniente de impedir la realización de la misma al menos las 6-12 horas posteriores como consecuencia de la administración de bario. Por tanto, únicamente queda reservada a aquellos pacientes que presenten contraindicaciones para la realización de endoscopia.

2. Angiografía

La angiografía permite localizar la extravasación de sangre estableciendo el tratamiento de la misma mediante embolización de material reabsorbible (Gelfoam) o no reabsorbible (coils). Para que sea realmente eficaz necesita un sangrado activo, debido a la corta duración (30 segundos) del contraste en la circulación, con un débito mayor de 0,5 ml por minuto, y un conocimiento adecuado de la anatomía vascular, precisando la cateterización de la arteria celiaca y mesentérica superior, y en ocasiones de forma selectiva la arteria gástrica izquierda, gastroduodenal, pancreátoduodenal y esplénica. (Sanzberro, Bañuelos, & Fernández, 2002)

Su papel en la HDA queda reservado para aquellos casos con un sangrado masivo que no permite la visualización de la mucosa por endoscopia, o bien en aquellos casos refractarios al tratamiento médico y endoscópico con elevado riesgo quirúrgico.

3. Gammagrafía

La gammagrafía con sulfuro coloidal o hematíes marcados se utiliza sólo de forma excepcional en la HDA. Laparotomía si el episodio de HDA es masivo o bien no es posible el control de la misma mediante endoscopia o arteriografía, y siempre que no se trate de una hemorragia por hipertensión portal, deberá plantearse una cirugía urgente. Se debe tener en cuenta que la imposibilidad de realizar las técnicas diagnósticas habituales, no debe retrasar la indicación quirúrgica urgente.

La mortalidad de la HDA de origen péptico se ha reducido significativamente en las últimas décadas, lo que resulta atribuible a distintos factores como los avances introducidos en la terapéutica endoscópica, la aparición de antsecretorios cada vez más potentes o el conocimiento del papel del *Helicobacter pylori* en la fisiopatología de la enfermedad ulcerosa.

Sin embargo, esta mortalidad sigue siendo considerable y se sitúa todavía entre el 5% y 10%, siendo la edad y comorbilidad de los pacientes los principales determinantes en el momento actual. La edad de los pacientes con HDA es cada vez más avanzada, lo que cabe relacionarla con el envejecimiento progresivo de la población en los países desarrollados.

En este grupo de edad es más prevalente la coexistencia de enfermedades asociadas graves y un mayor consumo de fármacos potencialmente lesivos para la mucosa gastrointestinal, como el ácido acetilsalicílico (AAS) y otros antiinflamatorios no esteroideos (los AINE). (Sánchez & Molina, Hemorragia gastrointestinal)

J. Hallazgos por biopsia

1. Infección por *Helicobacter Pylori*

Métodos de diagnóstico de la infección por *H. pylori* Los métodos diagnósticos de la infección por *H. pylori* se han clasificado tradicionalmente en directos e indirectos.



La infección por *Helicobacter pylori* es un problema de salud mundial. Su presencia se ha asociado al desarrollo de patologías digestivas, destacando la úlcera péptica y el cáncer gástrico, y extradigestivas, como el púrpura trombocitopénico idiopático. (Villalón, y otros, 2020)

a. Tratamiento erradicador de *H. pylori*

La combinación de un IBP junto con claritromicina y amoxicilina ha sido la terapia más ampliamente utilizada en España. Desde la I Conferencia de Consenso Española se han publicado múltiples datos que confirman su eficacia, lo que explica que siga siendo considerada como la pauta de primera elección en las Reuniones de Consenso más recientes, incluida la II Conferencia de Consenso Español (publicada en el año 2005) y la III Conferencia de Consenso Europeo (publicada en el año 2007).

La terapia cuádruple clásica (bismuto junto con un IBP, tetraciclina y metronidazol) ha obtenido como tratamiento de primera línea resultados similares a los de la triple terapia, tanto en eficacia como en seguridad. La eficacia del tratamiento cuádruple con bismuto no depende de la resistencia a la claritromicina (ya que no incluye este antibiótico) y solamente disminuye ligeramente en presencia de resistencia al metronidazol. (Gisbert, 1998)

2. Carcinoma gástrico

Las neoformaciones de estómago son otras de las entidades que pueden causar hemorragia intestinal alta. Entre otros destacan carcinomas, linfomas, leiomiomas, leiomiomas, leiomiomas, carcinoide y pólipos adenomatosos. En general, se presentan como pérdidas de sangre oculta, sin embargo, en ocasiones pueden provocar una hemorragia significativa. (Portillo, 2009)

K. Tratamiento

El tratamiento de la hemorragia digestiva incluye medidas de tipo genérico, sea cual sea su origen, dirigidas a estabilizar la situación hemodinámica y otras medidas específicas que dependerán de la etiología.



La primera medida terapéutica, que se debe establecer de inmediato en caso de repercusión hemodinámica, consiste en reponer la volemia con el fin de recuperar la situación hemodinámica. Esto puede evitar que se dañen órganos vitales como consecuencia de una inadecuada oxigenación tisular.

La gravedad de la hipovolemia asociada a la hemorragia dependerá tanto de la cantidad de sangre pérdida como de la rapidez con la que se ha producido dicha pérdida. Un mismo volumen de hemorragia distribuido en el tiempo puede ser bien tolerado, mientras que si se pierde bruscamente puede provocar un cuadro de shock hipovolémico.

En el tratamiento farmacológico se recomienda la utilización de inhibidores de bomba de protones para el manejo de los sangrados digestivos altos en dosis de inicio de 80mg en bolo y 8mg por hora en infusión continua por tres días.

En el tratamiento endoscópico se pueden utilizar varios métodos para tratar de detener el sangrado en el caso de los métodos endoscópicos entre ellos la inyección con adrenalina con solución salina 1:10.000 que detiene el sangrado en un buen porcentaje de las veces, pero tiene un riesgo de resangrado de un 15-20% de las veces. También se utilizan métodos de rayos laser y electrocoagulación; y ligaduras de varices en el caso de varices esofágicas y vasos sangrantes. (Rodriguez, 2015)

1. Reposición de la volemia

La hipovolemia ocasionada por la hemorragia se debe corregir para evitar las graves consecuencias que se pueden derivar, como la insuficiencia renal o el daño isquémico en órganos como el cerebro o el corazón.

La volemia se debe reponer con cristaloides (solución salina fisiológica o Ringer Lactato) o coloides (gelatinas, dextrans, etcétera) a un ritmo adecuado para evitar la hipoperfusión de los órganos vitales, lo que se puede conseguir manteniendo la TAS > 100 mmHg, la PVC entre 0 y 5 mmHg y la diuresis > 30 ml/h.

No es necesaria la transfusión sanguínea para reponer la volemia. Es recomendable ajustar la reposición a las necesidades de cada caso, ya que una expansión plasmática excesiva podría



favorecer la recidiva hemorrágica. Para conseguirlo es preciso ajustar la reposición mediante una estrecha monitorización en unidades dotadas de los requerimientos pertinentes (semicríticos o UCI). (Galindo, Marty, Ramírez, Díaz, & A, 1997)

2. Transfusión sanguínea

El objetivo de la transfusión sanguínea es mejorar el transporte de oxígeno a los tejidos, que puede verse comprometido en caso de anemia extrema. En general, no es preciso el empleo de sangre completa para reponer la volemia, ya que ello puede llevarse a cabo con soluciones cristaloides y expansores plasmáticos. Lo más adecuado es transfundir unidades de concentrados de hematíes (UCH).

Un reciente estudio muestra que, en pacientes con hemorragia digestiva aguda, una estrategia transfusional restrictiva, consistente en transfundir cuando la hemoglobina desciende por debajo de 7 g/dl para mantenerla entre 7 y 9 g/dl, es más efectiva que una estrategia liberal con un umbral transfusional de hemoglobina inferior a 9 g/dl y el objetivo de mantenerla entre 9 y 11 g/dl.

Con la transfusión restrictiva se consiguió una probabilidad de supervivencia a las 6 semanas significativamente superior a la obtenida con la estrategia liberal de transfusión, y también se consiguió mejorar distintos parámetros relacionados con la eficacia, tales como la tasa de recidiva hemorrágica, la necesidad de tratamiento de rescate y la duración de la estancia hospitalaria.

La incidencia global de complicaciones también mejoró. Además, con la estrategia transfusional restrictiva se aumentó de forma significativa la tasa de pacientes que no requirieron ninguna transfusión y se redujo significativamente el número de UCH transfundidas. En todo caso, la decisión de transfundir sangre debe ser individualizada en cada paciente. En pacientes de alto riesgo, incluyendo a los ancianos y aquellos con comorbilidad cardiovascular o respiratoria, se debe considerar la transfusión ante niveles de hemoglobina < 8-9 g/dl. (Sánchez & Molina)

Cabe recordar que los valores iniciales de hemoglobina (o hematocrito) no son precisos en la hemorragia aguda. Sólo cuando se ha producido el proceso de hemodilución, reflejan adecuadamente la intensidad de la pérdida hemática y este periodo puede alcanzar las 48-72

horas. Inversamente, durante la reposición volémica, una administración excesiva de fluidos puede hacer descender artificiosamente estos valores. En consecuencia, es aconsejable repetir su determinación con la periodicidad necesaria en cada caso.

No se dispone de una evidencia concluyente en la que basar la indicación de transfundir plaquetas o plasma fresco en el contexto de la hemorragia digestiva. En pacientes con hemorragia activa y coagulopatía (INR > 1.7) o plaquetopenia (< 50.000) parece aconsejable valorar la transfusión de plasma fresco (o crioprecipitados) o plaquetas, respectivamente. Si el paciente presenta una coagulopatía específica (hemofilia, enfermedad de Von Willebrand, etc.) se reemplazarán los factores deficitarios

3. Tratamiento médico

a. Inhibición de la secreción gástrica de ácido

La inhibición de la secreción ácida gástrica favorece la cicatrización de las lesiones mucosas y además favorece la agregación plaquetaria y la formación y estabilización del coágulo. Se estima que para optimizar la hemostasia se debe mantener un pH intragástrico > 4 (o mejor > 6) de forma sostenida, lo que consiguen con mayor eficacia dosis altas de IBP, en infusión continua capaz de evitar fluctuaciones.

En la actualidad, dada la eficacia probada de los IBP y el beneficio marginal de los antagonistas-H₂, no se recomienda la utilización de estos últimos en la HDA. En pacientes con estigmas endoscópicos de alto riesgo, la terapia endoscópica debe asociarse a la administración inicial de un bolus de IBP e infusión endovenosa con dosis altas (8 mg/h) que se suele mantener durante las primeras 72 horas ya que éste es el periodo de máximo riesgo de recidiva. (Sanzberro, Bañuelos, & Fernández, 2002)

b. Octreotida/somatostatina

Se ha sugerido que el tratamiento con somatostatina u octreótido puede reducir el riesgo de resangrado observado con antagonistas-H₂ o placebo, aunque no se ha demostrado que mejore

la eficacia de los IBP solos o asociados a tratamiento endoscópico, por lo que no deben administrarse de manera rutinaria en la hemorragia por úlcera péptica. (García)

c. Ferroterapia

La mayoría de los pacientes (cerca de las 2/3 partes) presentan anemia ferropénica tras un episodio de HDA, por lo que es aconsejable cursar un estudio del metabolismo férrico antes del alta y administrar suplementos de hierro, en caso de que se requieran, por vía oral o endovenosa si existe anemia grave y/o según comorbilidad. (J. Schmitz, 2003)

4. Tratamiento endoscópico

La endoscopia digestiva alta es la exploración de elección para efectuar el diagnóstico de la lesión sangrante y se debería realizar en la práctica totalidad de los pacientes. La endoscopia permite, además, estratificar el riesgo y adaptar las medidas terapéuticas en consecuencia.

Se debe realizar cuando el paciente ya se encuentra recuperado de la situación de shock, adecuadamente perfundido y bien oxigenado, dentro de las 12-24 h siguientes al ingreso, para establecer el diagnóstico y estratificar el caso según el riesgo de recidiva. (Ordóñez, 2016)

En casos de bajo riesgo, la endoscopia urgente puede facilitar estancias más cortas y costes más bajos.

En los pacientes con hemorragia grave es recomendable practicar la endoscopia de forma precoz, en las primeras 4 a 6 h, para realizar tratamiento endoscópico en pacientes de alto riesgo. La endoscopia precoz estará particularmente indicada en pacientes con inestabilidad hemodinámica, en aquellos con hematemesis reciente o aspirado de sangre fresca por SNG y en aquellos con marcada anemia aguda (hemoglobina menor a 80 mg/dl) (Sung JJY, 2003)

En casos excepcionales, con Shock refractario, a pesar de una buena reposición volémica, puede estar justificado realizar la endoscopia en condiciones de inestabilidad hemodinámica en el quirófano y bajo intubación orotraqueal con intención de practicar terapéutica endoscópica o, si ésta fracasa, intervenir quirúrgicamente al paciente de forma inmediata.

Sin embargo, existen consideraciones previas a la endoscopia:

Los pacientes con hemorragia activa que presentan hematemesis, especialmente si presentan alteración del nivel de consciencia, tienen un alto riesgo de sufrir una aspiración broncopulmonar. Por ello además de colocar al paciente en posición decúbito lateral se debe valorar su intubación orotraqueal, particularmente en caso de deterioro del nivel de consciencia.

Para evitar las complicaciones inherentes a la exploración, debe valorarse la relación riesgo/beneficio en las situaciones con más posibilidades de complicaciones, como es el caso de síndrome coronario agudo, insuficiencia respiratoria o cuando exista sospecha de perforación. En estos casos puede ser preferible retrasarla o diferirla.

La endoscopia debe ser llevada a cabo por un endoscopista asistido por personal de enfermería adiestrado en endoscopia terapéutica y en una dependencia dotada del material necesario para realizar una reanimación urgente si es necesario. Las técnicas endoscópicas para tratamiento hemostático son complejas y requieren de personal de apoyo entrenado.

Por otro lado, y especialmente en el paciente inestable y/o grave, se debe contar con el personal médico adecuado para monitorizar la situación hemodinámica y respiratoria del paciente grave, administrar sedación si es necesario e iniciar maniobras de reanimación si el paciente las precisa.

La aspiración por SNG ha sido utilizada durante tiempo con el fin de mejorar la visión durante la endoscopia y disminuir el riesgo de broncoaspiración. Como se ha comentado, en la actualidad su empleo es más cuestionado.

No se ha demostrado la utilidad del empleo sistemático de agentes procinéticos antes de la endoscopia. Se ha sugerido que la eritromicina, un agonista de los receptores de la motilina con propiedades procinéticas, administrada en una dosis única de 3 mg/kg i.v. entre 30 y 90 min antes de la endoscopia, puede facilitar la evacuación de los restos hemáticos y mejorar notablemente la visibilidad y la calidad del examen endoscópico. (Nable & Graham, 2016)



Un reciente metaanálisis sugiere que los procinéticos reducen la necesidad de repetir la endoscopia, aunque no se ha demostrado que disminuyan la estancia hospitalaria, los requerimientos transfusionales o la necesidad de cirugía, por lo que no es aconsejable su empleo de forma rutinaria. Se puede considerar su uso cuando existan indicios de preparación subóptima, como en casos con hematemesis reciente o aspirado hemático por SNG. (Sánchez & Molina)

Resulta recomendable el tratamiento con IBP antes de la endoscopia para reducir la frecuencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo y, por tanto, la necesidad de terapia endoscópica, y parece que el beneficio se puede optimizar con el empleo en perfusión endovenosa a dosis altas. Sin embargo, esta actitud no mejora las tasas de mortalidad, recidiva hemorrágica o cirugía. Su empleo puede ser más relevante en los centros en donde la endoscopia no se pueda realizar de forma precoz.

a. Riesgos y contraindicaciones potenciales de la endoscopia

Las complicaciones que pueden aparecer antes o durante la endoscopia digestiva alta incluyen la broncoaspiración (especialmente en pacientes agitados o con depresión del nivel de consciencia), la hipoventilación (que puede estar asociada a sedación excesiva) y la hipotensión. El riesgo de broncoaspiración es más elevado durante la gastroscopia, por lo que para su prevención puede ser útil valorar la posibilidad de intubación orotraqueal previa en los pacientes de alto riesgo como en aquellos comatosos o con hemorragia masiva.

Factores como la broncoaspiración, la hipovolemia mantenida o la multitransfusión pueden inducir un inadecuado intercambio gaseoso. Será, por tanto, preciso disponer de gasometría arterial o de pulsioximetría con una determinada periodicidad que dependerá de la situación clínica. La oxigenoterapia y la fisioterapia respiratoria deberán formar parte del tratamiento en los casos adecuados. Otras complicaciones asociadas especialmente con la endoscopia terapéutica incluyen la inducción de hemorragia o la perforación. (IGSS, 2011)

El riesgo de la endoscopia es máximo en presencia de infarto agudo de miocardio, arritmias graves, insuficiencia cardíaca o respiratoria grave, abdomen agudo y en pacientes incapaces de cooperar.

b. Indicación de tratamiento endoscópico

La endoscopia, además de identificar la etiología en el 95% de las HDA, tiene valor pronóstico y permite aplicar técnicas de hemostasia endoscópica.

La endoscopia permite identificar la presencia de sangrado activo o de estigmas de hemorragia reciente, signos que constituyen un indicador preciso del riesgo de recidiva hemorrágica, lo que a su vez permite seleccionar a los pacientes candidatos a la terapéutica endoscópica.

Una lesión con sangrado activo tiene un riesgo de persistencia hemorrágica o de recidiva superior al 80%. Cuando se visualiza un vaso visible no sangrante el riesgo es del 50%. (Galindo, Marty, Ramírez, Díaz, & A, 1997)

Se define como vaso visible la presencia de una elevación, con aspecto de pezón, de distintos colores (roja, granate, oscura o incluso blanca) en el fondo de la lesión. La probabilidad de recidiva disminuye al 20-30% si se observa un coágulo adherido, a un 5-10% cuando sólo hay manchas planas de hematina (signos indirectos,) y a un 1-2% cuando el fondo de la lesión es limpio. La clasificación de Forrest, basada en estos parámetros, ha permitido sistematizar los estigmas de hemorragia. (Sánchez & Molina)

Existe indicación de tratamiento endoscópico en pacientes con sangrado activo o vaso visible no sangrante ya que su eficacia en estos casos ha sido constatada desde hace más de dos décadas.

c. Técnicas de tratamiento endoscópico

En la actualidad se dispone de distintas técnicas de hemostasia endoscópica, que incluyen básicamente técnicas de inyección (adrenalina, esclerosantes, pegamentos), procedimientos térmicos de contacto (electro-coagulación mono o bipolar, termocoagulación) o no (láser, gas argón) y procedimientos mecánicos (hemoclips, ligadura con bandas). (Graz, 2005)

El principal mecanismo por el que actúan los distintos métodos de tratamiento endoscópico consiste en el efecto ocasionado sobre los tejidos (químico, térmico o mecánico) que acabará originando la formación de un trombo que ocluye el punto sangrante de la pared vascular

También la inducción de vasoconstricción (principalmente con la inyección de adrenalina) y el edema que comprime el vaso sangrante contribuyen a obtener la hemostasia. Para evitar complicaciones, es importante que el efecto del tratamiento quede confinado selectivamente a su lugar de acción y que no afecte a otras capas de la pared intestinal.

En modelos experimentales de úlcera sangrante, los métodos térmicos han resultado más efectivos que la inyección para conseguir la hemostasia, mientras que entre los métodos térmicos los de contacto ha resultado más efectivos. En estos modelos, incluso los métodos térmicos han resultado escasamente efectivos para conseguir hemostasia en los vasos de mayor calibre (de más de 2 mm). Sólo determinados métodos mecánicos, no disponibles en la práctica clínica rutinaria, parecen efectivos en vasos de gran calibre. Sin embargo, los modelos de úlcera experimental no se adecuan a la úlcera péptica de los humanos. (Rodríguez, 2015)

d. Eficacia clínica de la endoscopia

Tanto los estudios controlados como su metaanálisis han constatado la eficacia de la inyección endoscópica en el control de la hemorragia por úlcera. Otros parámetros, como los requerimientos transfusionales, la necesidad de cirugía urgente y la duración de la estancia hospitalaria, también mejoran significativamente, mientras que el metaanálisis ha demostrado que también mejora la supervivencia.

Con la inyección endoscópica es posible conseguir la hemostasia inicial en más del 95% de las úlceras sangrantes. Sin embargo, aunque también disminuye significativamente la tasa de recidiva, ésta todavía se sitúa alrededor del 20% de casos.

La técnica más utilizada es la inyección de adrenalina sola o asociada a polidocanol o etanolamina. Incluso la inyección de suero salino ha resultado efectiva, aunque menos que otros métodos, lo que sugiere la trascendencia del efecto compresivo sobre el vaso conseguido por el

volumen depositado. Empleando métodos térmicos se han conseguido resultados similares a los observados con las técnicas de inyección. (Curbelo, Sierra, & Gigato, 2016)

5. Tratamiento angiográfico

En aquellos pacientes con hemorragia persistente o recidivante, puede realizarse una arteriografía selectiva del tronco celíaco y arteria mesentérica superior.

Esta exploración permite diagnosticar hemorragias arteriales o capilares si existe un extravasado sanguíneo mínimo de 0,5 ml/min, aunque no suele detectar sangrados venosos.

La embolización arterial percutánea puede ser una alternativa a la cirugía cuando fracasa la terapia endoscópica, especialmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico y/o en los centros que cuentan con un servicio de radiología vascular intervencionista experimentado.

Para la embolización de lesiones sangrantes, se han utilizado esponjas de gelatina, alcohol polivinílico, pegamentos cianoacrílicos o “coils”. (Lanas, 2016)

La angiografía también puede ser útil para diagnosticar lesiones que pueden pasar desapercibidas a la endoscopia, como tumores submucosos o lesiones vasculares.

6. Tratamiento quirúrgico

Es poco utilizado y queda reservado para los pacientes que no se logran detener el sangrado por medio de endoscopia y fármacos.

Se debe plantear la cirugía urgente en caso de recidiva tras un segundo tratamiento, o en caso de recidiva masiva tras un primer tratamiento endoscópico, o como tratamiento inicial en hemorragias masivas en las que no se consigue la estabilidad hemodinámica inicial con reposición intensiva de la volemia.



En el contexto de la emergencia, la cirugía de elección suele ser la sutura de la lesión sangrante asociada a una vagotomía y piloroplastia. Como ya se ha comentado, la angiografía terapéutica constituye una alternativa a la cirugía, particularmente cuando la condición clínica del enfermo es muy precaria y el riesgo quirúrgico es prohibitivo.

Para las úlceras duodenales se realiza piloroplastia y para las gástricas se realiza gastrectomías parciales. El tratamiento de soporte con transfusiones sanguíneas queda reservado para los pacientes con inestabilidad hemodinámica que presentan una hemoglobina menor a 7g/dL para una meta de 7-9g/dL, en caso (Cárcamo, López, & Cardemil, 2005)



IV. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo y causas más frecuentes de hemorragia gastrointestinal superior en pacientes que ingresen al servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Dr. Juan José Ortega de Coatepeque, Quetzaltenango durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2018.

B. Objetivos específicos

1. Determinar las principales características epidemiológicas de los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior en pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna del Hospital de Coatepeque.
2. Establecer los antecedentes y comorbilidades que presentan los pacientes con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior.
3. Identificar los hallazgos clínicos por el cual consultan los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior.
4. Determinar el tratamiento empleado en los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior.
5. Conocer las complicaciones que presentan los pacientes ingresados por hemorragia gastrointestinal superior.
6. Identificar el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes en el servicio de medicina interna por hemorragia gastrointestinal superior.

V. MÉTODOS MATERIALES Y TÉCNICAS

A. Tipo de estudio

Descriptivo retrospectivo

B. Universo

Pacientes de ambos géneros, que fueron ingresados por la emergencia al departamento de medicina interna del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque, en los periodos comprendidos de enero 2013 a diciembre del 2018.

C. Población

Pacientes de ambos géneros que fueron ingresados por la emergencia al departamento de medicina interna de hombres y mujeres del hospital Juan José Ortega de Coatepeque, en los periodos comprendidos de enero 2013 a diciembre del 2018 cuyo diagnóstico fue hemorragia gastrointestinal superior.

D. Criterios de inclusión y de exclusión de la muestra

1. Criterios de inclusión:

Todos los pacientes de ambos géneros que fueron ingresados al servicio de medicina interna de hombres y mujeres del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque, en los periodos comprendidos de enero 2013 a diciembre del 2018 con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior.

2. Criterios de exclusión:

Todos los expedientes que no contengan los datos necesarios para la investigación, papeletas incompletas, pacientes cuyo diagnóstico fue diferente a hemorragia gastrointestinal superior y papeletas las cuales no se encuentren en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2018.

E. Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operativa	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Instrumento de medición
Género	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Menor de 30 años 30 a 35 años 36 a 40 años 41 a 45 años 46 a 50 años 51 a 55 años 56 a 60 años 61 a 65 años 66 a 70 años Mayor de 70 años	Cuantitativa	Numérica continua	Historia Clínica
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en	Soltera(o) Casada(o) Unida(o)	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica

	función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Divorciada(o) Viuda (o)			
Procedencia	Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo	Departament os Aldeas Barrios Caseríos	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
Nivel educativo	Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	Analfabeto Primaria Básico Bachillerato Universidad	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias que son propias de un determinado grupo	Ninguna Católica Evangélica Mormón Testigos de Jehová Adventista Otros	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
Motivo de consulta	Razón o circunstancia por la que decide buscar ayuda	Hematemesi s Shock	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
clasificación de la hemorragia digestiva	Se pueden clasificar según el sitio de origen, según la	Grado I Grado II Grado III Grado IV	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica

	visibilidad y la cuantía de la hemorragia.				
Intensidad de hemorragia	Cantidad de pérdida hemática	Hipovolemia leve Hipovolemia moderada Hipovolemia grave	Cualitativa	ordinal	Historia Clínica
Evolución de la hemorragia	Resolución de la hemorragia	Limitada Persistente Recidivante	Cualitativa	Porcentual	Historia Clínica
Factores de riesgo	Es una situación o hecho que se ha producido en el pasado	Cirrosis Úlcera gastroduodenal Síndrome Mallory Weiss Ingesta de AINES Alcoholismo Gastritis H. pylori Esteatosis hepática	Cualitativa	Porcentual	Historia Clínica
Comorbilidades		Diabetes mellitus HTA Cáncer SIDA EPOC	Cualitativa	Porcentual	Historia Clínica

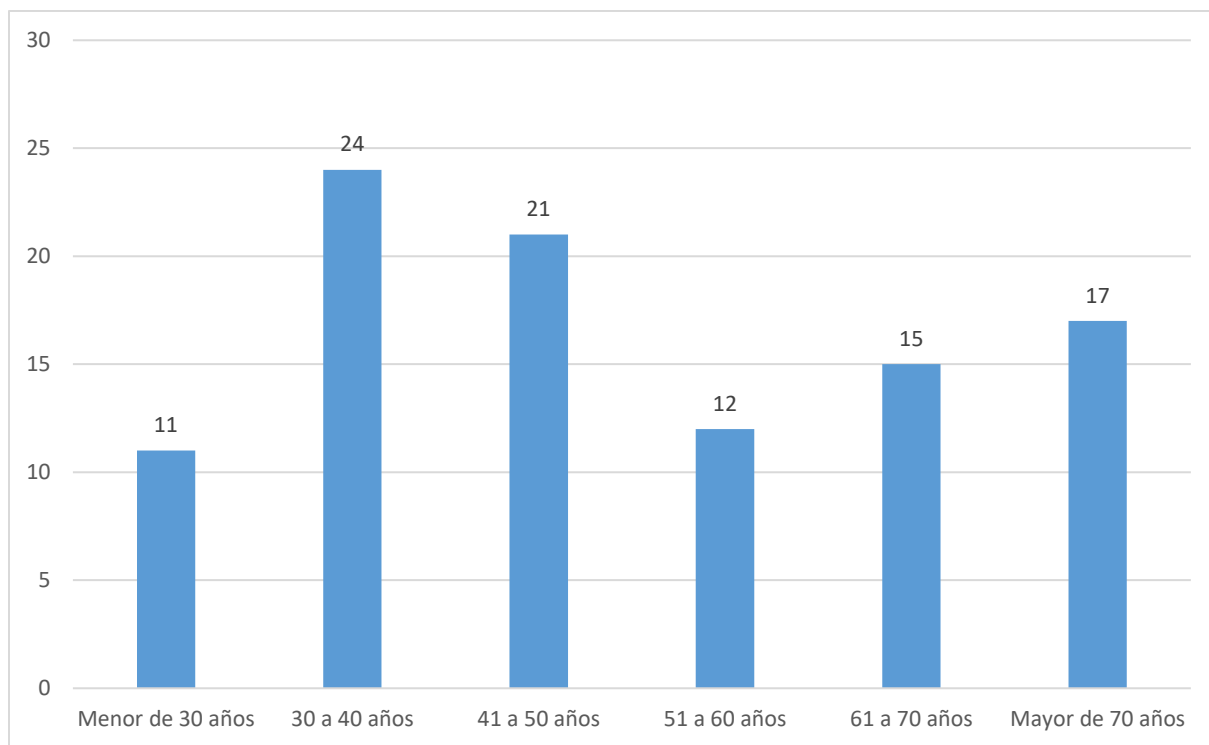
		Síndrome convulsivo Otro			
Tratamiento	Conjunto de medios	Reanimación Inhibidores de bomba Endoscopia Tratamiento quirúrgico	Cualitativa	Porcentual	Historia Clínica
Estancia Hospitalaria	Tiempo transcurrido en días de estancia en un hospital	<5 días 6- 10 días 11-15 días >15 días	Cuantitativa	Porcentual	Historia Clínica
Complicaciones	problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento	Insuficiencia Renal Infecciones bacterianas severas Anemia severa Muerte	Cualitativa	porcentual	Historia clínica

VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A. Características epidemiológicas

Tabla. A.1

Edad de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 - 2018

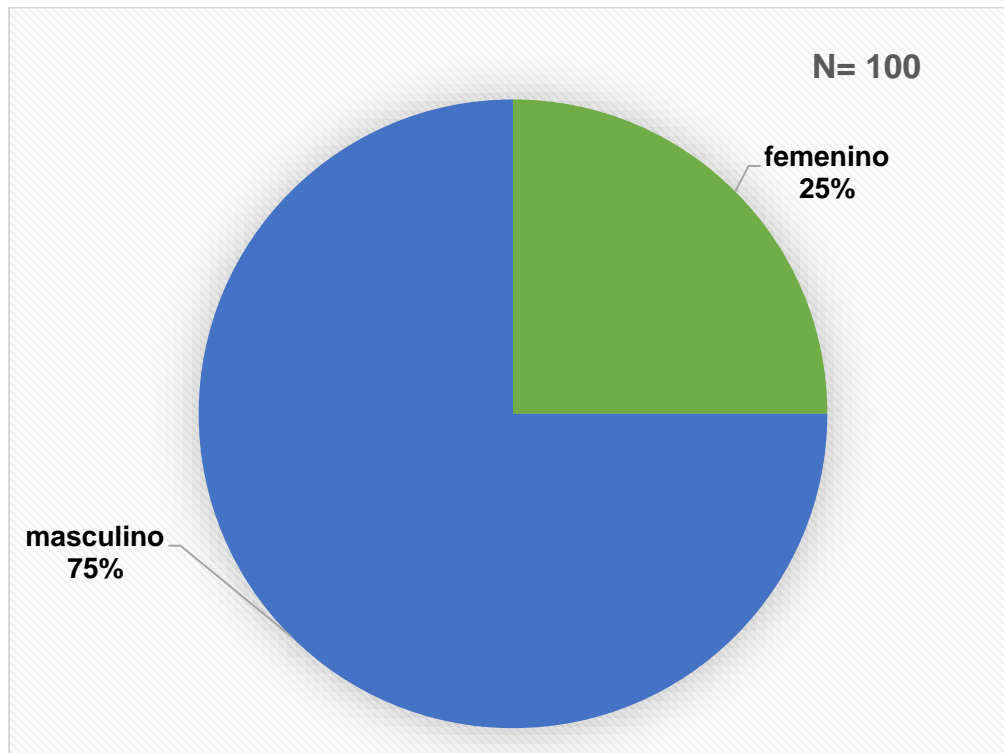


Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación a la tabla anterior el 24% de la población estudiada se encontraba en los rangos de 30 a 40 años, el 21% en las edades de 41 a 50 años, y sólo el 11% eran menores de 30 años de edad.

Gráfica A.2

Género de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 a 2018

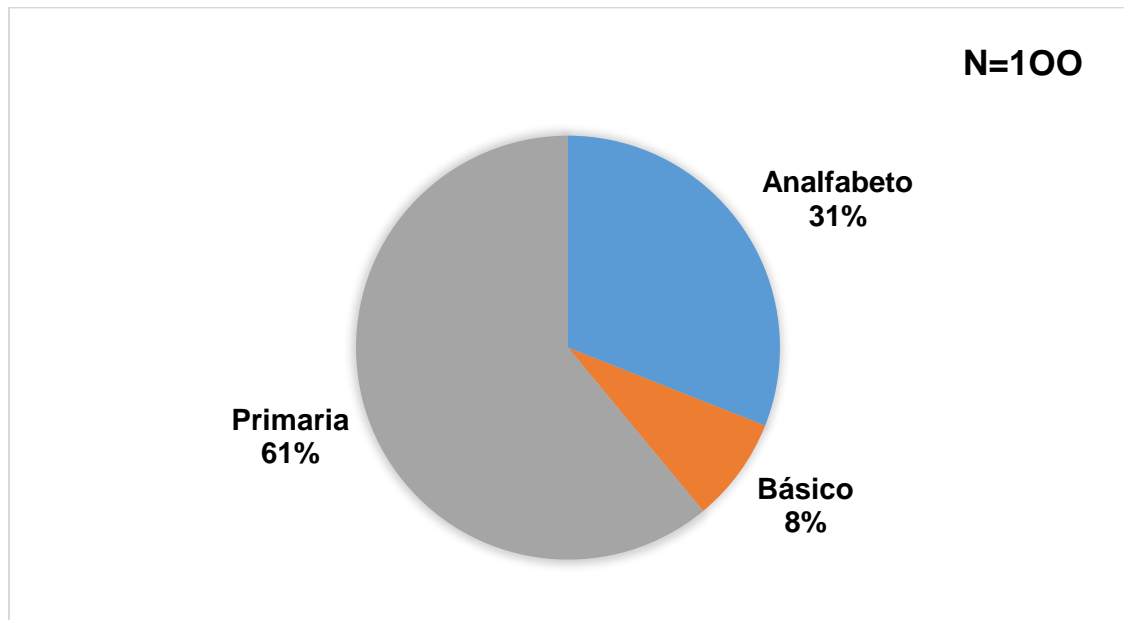


Fuente: boletas de recolección de datos.

En la gráfica anterior se detalla que el 75% de la población estudiada eran de género masculino y el 25% eran de género femenino

Gráfica A. 3

Nivel educativo de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 a 2018



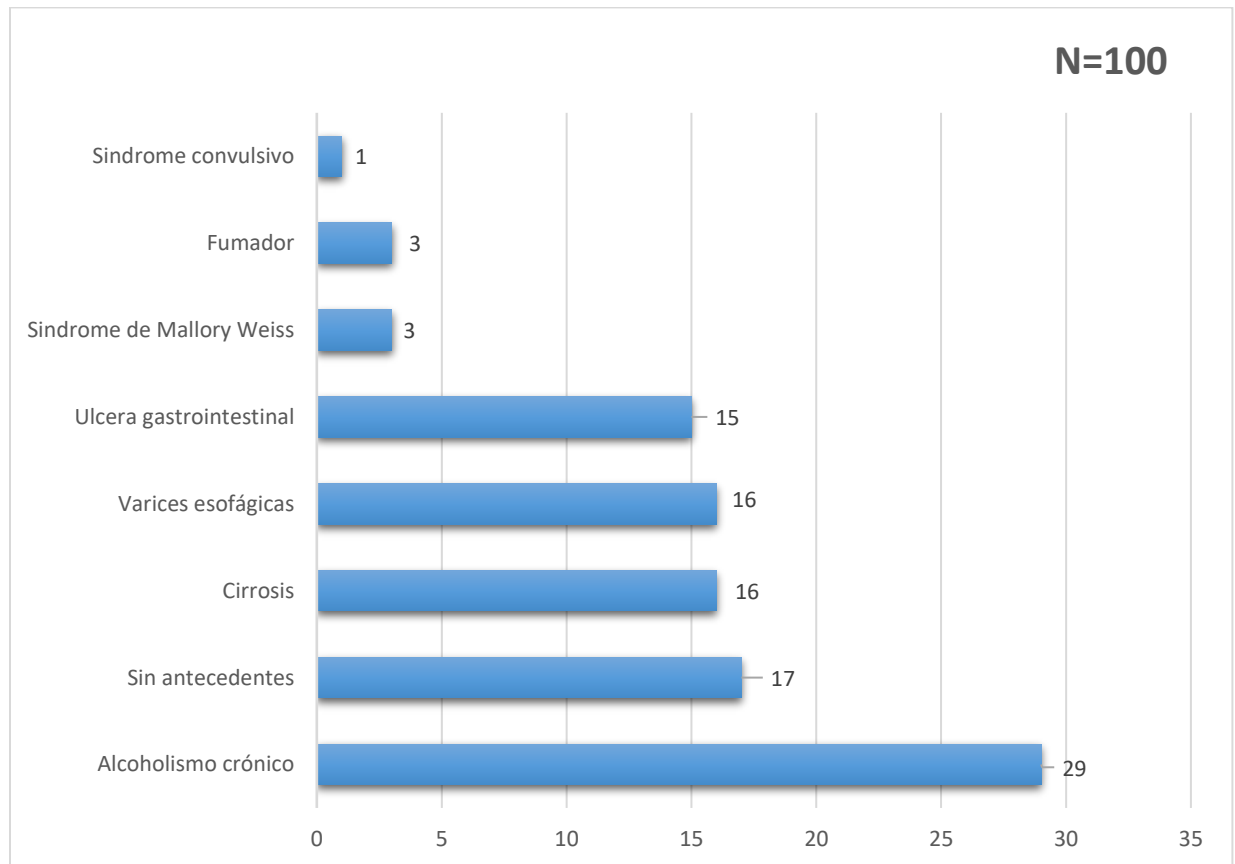
Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación a la gráfica anterior, se encontró que: el 61% cursaron con nivel primario, el 31% es analfabeto y el 8% estudió nivel básico.

B. Antecedentes

Tabla B.1.

Antecedentes de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 al 2018



Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación a la gráfica anterior sobre los antecedentes, se encontró que 29 personas referían ser alcohólico crónico, 17 no tenían ningún antecedente durante su vida, el 16 padecían cirrosis y varices esofágicas respectivamente, 15 habían sido diagnosticado con úlcera gastrointestinal, 3 con síndrome de Mallory Weiss, 3 son fumadores y 1 padecía de síndrome convulsivo.

Tabla B.2

Antecedente y género de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 al 2018

Antecedentes/género	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Alcoholismo crónico	5	5.00%	24	24.00%	29	29.00%
Sin antecedentes	5	5.00%	12	12.00%	17	17.00%
Cirrosis	2	2.00%	14	14.00%	16	16.00%
Varices esofágicas	7	7.00%	9	9.00%	16	16.00%
Úlcera gastrointestinal	4	4.00%	11	11.00%	15	15.00%
Fumador	1	1.00%	2	2.00%	3	3.00%
Síndrome de Mallory Weiss	1	1.00%	2	2.00%	3	3.00%
Síndrome convulsivo	0	0.00%	1	1.00%	1	1.00%
Total	25	25.00%	75	75.00%	100	100%

Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación con la tabla anterior; de los 29 pacientes con alcoholismo crónico 24 son de sexo masculino y 5 son de sexo femenino; de los 17 pacientes que no presenten ningún antecedente personal, 12 son varones y 5 mujeres y 1 paciente padece de síndrome convulsivo.

Tabla B.3

Comorbilidades de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 al 2018

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus	36	36.00%
Hipertensión arterial	26	26.00%
Sin antecedentes	21	21.00%
DM e HTA	10	10.00%
Cáncer	5	5.00%
EPOC	2	2.00%
Total	100	100.00%

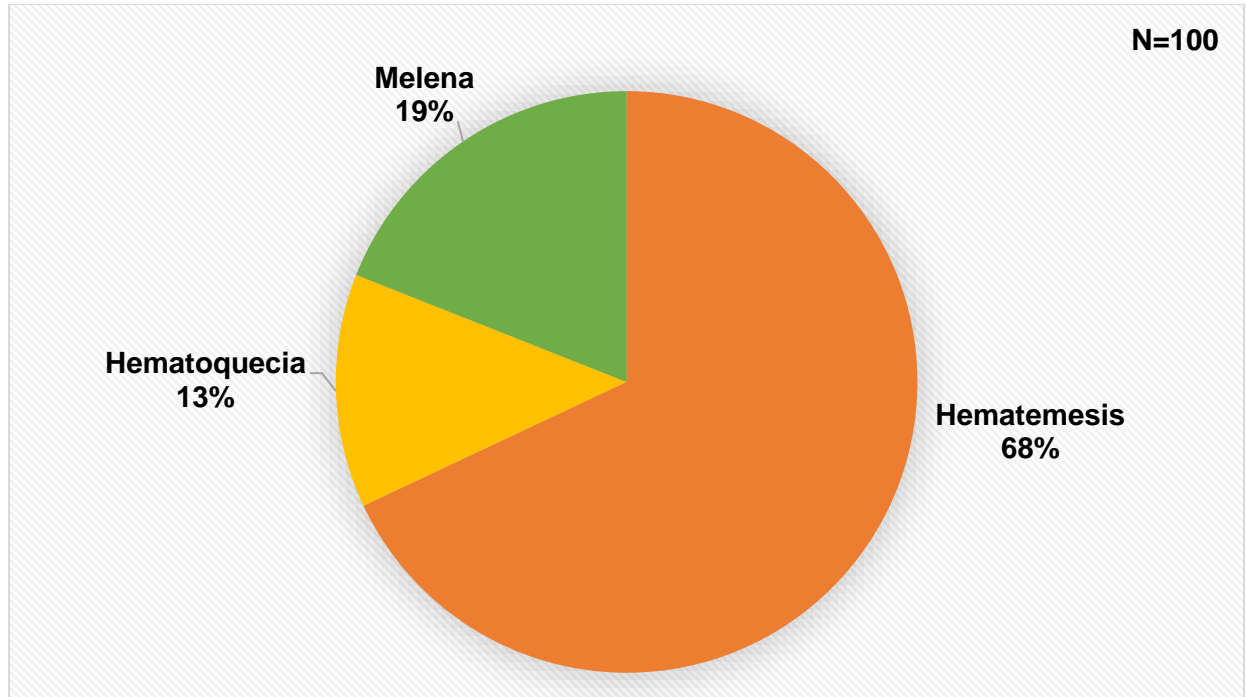
Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación a la tabla anterior; el 36 % padece de diabetes, el 26% padece hipertensión arterial, el 21% no padece ninguna enfermedad, el 10% padece diabetes e hipertensión, el 5 % padece de cáncer y el 2% padece EPOC.

C. Hallazgos clínicos

Gráfica C.1

Hallazgos clínicos de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 al 2018.

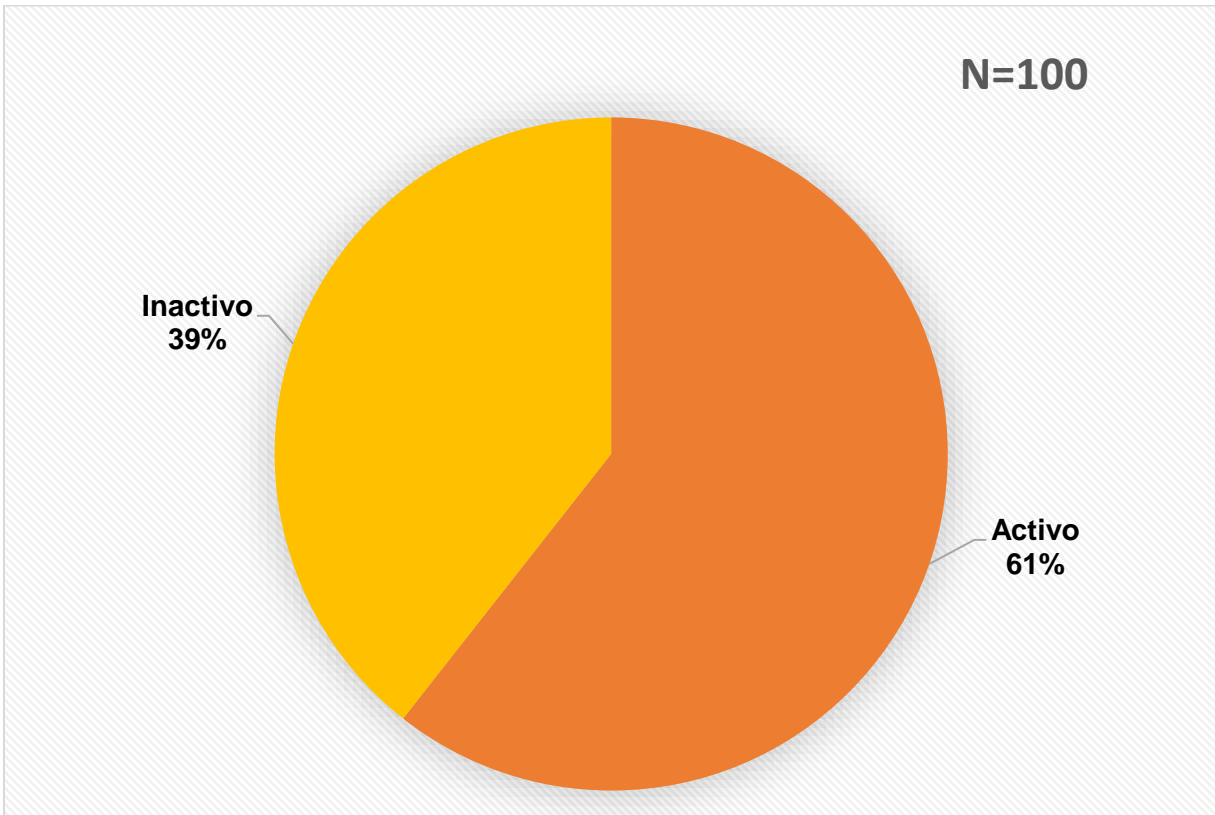


Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación al motivo de consulta se encontró que el 68% presentó hematemesis, el 19% melena y el 13% hematoquecia.

Gráfica C.2

Sangrado de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 al 2018.



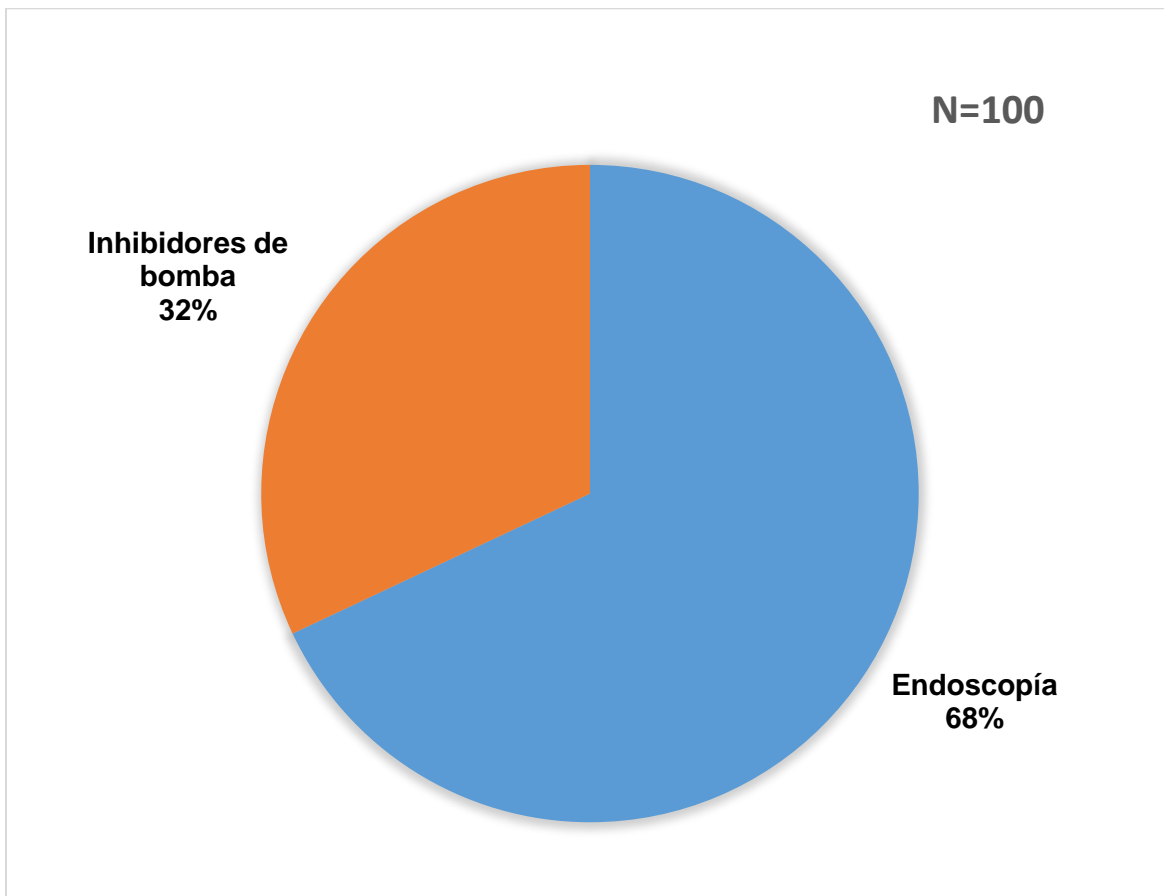
Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación con la gráfica anterior, el 61% presentó sangrado activo y el 39% sangrado inactivo.

D. Tratamiento

Gráfica D.1

Tratamiento de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 al 2018.



Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación con la gráfica anterior, el 68% se realizó endoscopia y el 32% utilizó inhibidores de bomba.

Tabla D.2

Tratamiento y motivo de consulta de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 al 2018.

Motivo de consulta	Endoscopia	%	Inhibidores de bomba	%	Total	%
Hematemesis	46	46.00%	22	22.00%	68	68.00%
Melena	15	15.00%	4	4.00%	19	19.00%
Hematoquecia	7	7.00%	6	6.00%	13	13.00%
TOTAL	68	68.00%	32	32.00%	100	100%

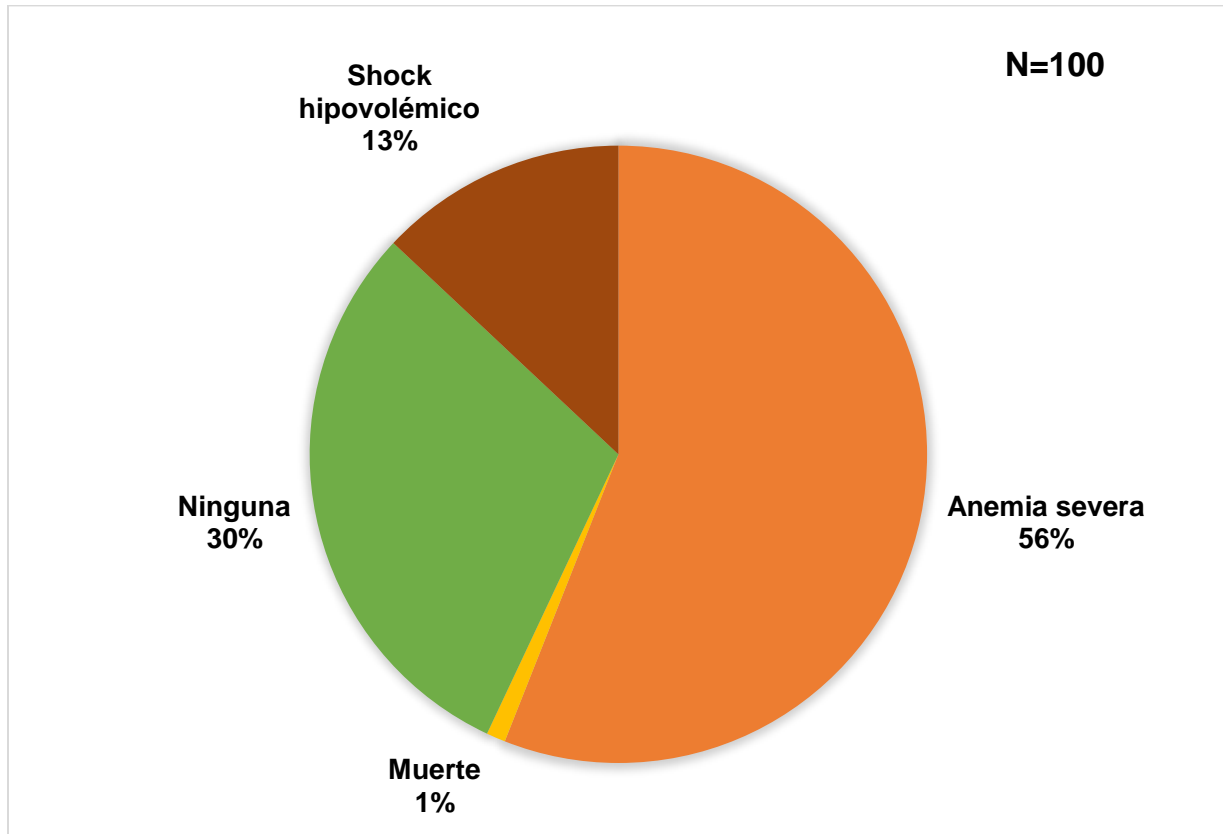
Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación a la tabla anterior, de los 68 pacientes que consultaron por hematemesis, a 46 se les realizó endoscopia y a 22 se trató con inhibidores de bomba. De los 19 pacientes que consultaron por melena. A 15 se les realizó endoscopia y a 4 inhibidores de bomba. De los 13 pacientes que presentaron hematoquecia, a 7 se les realizó endoscopia y a 6 se les trató con inhibidores de bomba.

E. Complicaciones

Gráfica E.1

Complicaciones de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 al 2018.



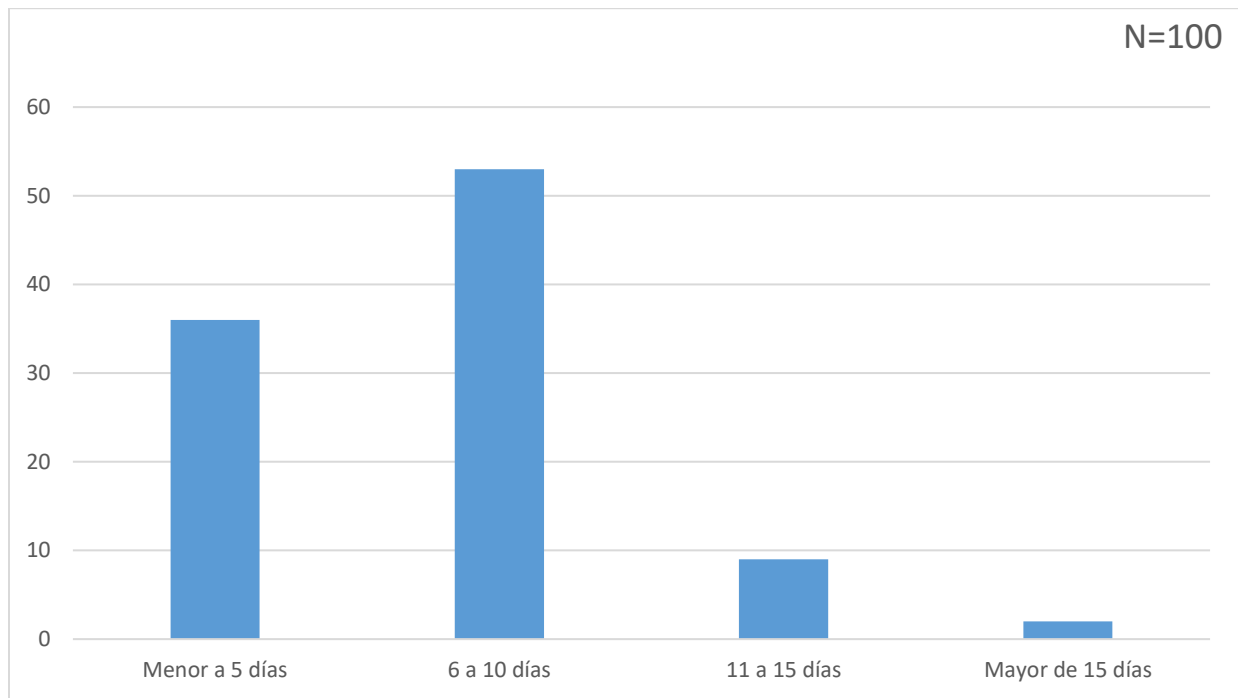
Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación a la gráfica anterior se observa que el 56% de la población estudiada presentó anemia severa, el 30% no tuvo ninguna complicación, el 13 % shock hipovolémico y el 1% falleció.

F. Tiempo de estancia hospitalaria

Gráfica F. 1

Estancia hospitalaria de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por HGIS del Hospital Nacional de Coatepeque en el periodo de 2013 al 2018



Fuente: boletas de recolección de datos.

En relación a la gráfica anterior sobre la estancia hospitalaria, el 53% estuvo de 6 a 10 días, el 36% menos de 5 días, el 9% tardó entre 11 a 15 días y el 2% estuvo más de 15 días



VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A. Generalidades

La mayoría de los pacientes estudiados se encontraron entre los 30 a 40 años representando el 24% de la población, esto se relaciona con varios estudios que afirman que el HGIS es más frecuente en la edad media, y que se debe a diversos factores y sólo el 11% eran menores de edad. Esto se debe a que la HGIS, es una enfermedad resultado de diversos factores personales, hábitos, manías y no es determinada por la herencia o genética.

Con relación al género de la población estudiada el 75% corresponde al género masculino y el 25% al género femenino, esto se debe a que durante muchos años el género prevaleciente fue el masculino con respecto al consumo de alcohol, y en consecuencia incrementó su incidencia y prevalencia de la enfermedad en estudio.

En cuanto a la educación se encontró que el 61% cursaron con nivel primario, el 31% es analfabeto y el 8% estudió nivel básico. Esto es muy frecuente ya que los padres en Guatemala consideran la educación como un privilegio y no como un derecho, la pobreza también ha aportado su parte en este hecho lamentable.

B. Antecedentes

Con respecto a los antecedentes personales que refirieron los pacientes se encontró que el 29% refería ser alcohólico crónico, el 17% no tenía ningún antecedente durante su vida, el 16% padeció cirrosis y varices esofágicas respectivamente, el 15% había sido diagnosticado con úlcera gastrointestinal, 3% con síndrome de Mallory Weiss y el 1% padecía de síndrome convulsivo. Como dato adyacente se tiene que el 75% de los pacientes estudiados en algún momento de su vida consumieron bebidas alcohólicas en exceso. Como afirma la Organización Panamericana de la salud (2008) que el alcohol es causa de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. Por lo que se puede afirmar que éste antecedente es de gran importancia en el desarrollo de la enfermedad.

De los 29 pacientes con alcoholismo crónico 24 son de sexo masculino y 5 son de sexo femenino; esto se debe a que la población estudiada en su mayoría es de género masculino, lo cual se relaciona con la frecuencia de consumo de alcohol. Como la literatura afirma que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de padecer cirrosis hepática y pancreatitis aguda y crónica. El antecedente de úlcera péptica previa, daño hepático crónico, consumo problemático de alcohol o incluso el antecedente de endoscopía digestiva alta previa, permite aumentar la sospecha de una lesión específica (úlceras, várices o gastritis erosiva) y así guiar el tratamiento (Walls et al., 2017). Los estudios afirman que la HDA es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres y predomina en edades avanzadas, siendo la tasa de mortalidad similar en ambos sexos.

Con respecto a las comorbilidades el 36 % presentó diabetes, el 26% hipertensión arterial, el 21% no presentó ninguna enfermedad, el 10% diabetes e hipertensión, el 5 % cáncer y el 2% padece EPOC. Según la investigación, La HDA tiene una mortalidad del 6-10%, estando directamente relacionada con la causa del sangrado y las comorbilidades del paciente. Menos del 3% de todas las causas de HGIS. La hemorragia ocurre por ulceración de la mucosa de un vaso subyacente. Las más frecuentes son: carcinomas, linfomas, leiomiomas, leiomiomas, carcinoide y pólipos adenomatosos. Eso confirma que a mayor presencia de comorbilidades, mayores complicaciones presentará el paciente.

C. Historia de la enfermedad actual

Según el motivo de consulta se encontró que el 68% consultó por hematemesis, el 19% por melena y el 13% por hematoquecia.

Con respecto a la hematemesis el 61% presentó sangrado activo y el 49% sangrado inactivo. Esto se debe a que en su mayoría consultó en el servicio de emergencia por hemorragia activa y que fue necesario su hospitalización.

La literatura afirma que la presencia de sangrado activo o de estigmas de hemorragia reciente son signos que constituyen un indicador preciso de la HDA y presentan riesgo de recidiva hemorrágica. El tacto rectal se debe realizar siempre, para confirmar la presencia de melena o rectorragia, en caso de que la historia no sea clara o el paciente no presente hematemesis. Sin embargo, la ausencia de melena o rectorragia no descarta una hemorragia digestiva. Si bien la inspección y el tacto pueden orientar a fuentes de un sangrado perianal cuando un paciente se presenta con rectorragia (hemorroides o fisuras), estos hallazgos no deben distraer la búsqueda



de una causa de hemorragia digestiva alta o baja potencialmente grave (DeLaney & Greene, 2015)

Del total de los pacientes estudiados el 68% se realizó endoscopia y el 32% utilizó inhibidores de bomba. Esto se debe a que el 61% presentó hemorragia activa y el tratamiento a elección es la endoscopia; diversos estudios han demostrado la utilidad de éste, método.

Las complicaciones más frecuentes encontradas en los pacientes estudiados fueron: el 56% presentó anemia severa, el 30% no tuvo ninguna complicación, el 13 % shock hipovolémico y el 1% falleció.

Según la literatura: menciona que la hemoglobina. Su descenso guarda relación con la anemia y es útil su determinación para conocer la evolución y tratamiento de la hemorragia. Un paciente que ingresa con sangrado activo (hematemesis, rectorragia, shock) requiere medidas de reanimación inmediatas como permeabilizar 2 vías venosas gruesas (mínimo 18 G), monitorizar, completar la evaluación primaria con especial énfasis en la evaluación de la perfusión y tomar muestras de sangre que podrán orientar el tratamiento posterior (grupo ABO y Rh, hematocrito, plaquetas, INR, gases venosos y lactato). La rápida movilización de recursos como la activación del banco de sangre y dar aviso al equipo de endoscopia o cirugía son necesarios en casos de sangrado masivo, dado que la terapia médica aislada en estos casos no será suficiente para lograr la hemostasia. (Chuecas, Torres, & Lara, 2019)

Los resultados de éste estudio demostraron que las transfusiones se realizaron con una hemoglobina inferior de 10mg/dl, y se transfundió a los pacientes que ingresaron con hemorragia activa.

Con respecto a la estancia hospitalaria se encontró que: el 53% estuvo de 6 a 10 días, el 36% menos de 5 días, el 9% tardó entre 11 a 15 días y el 2% estuvo más de 15 días.

Aunque la literatura no establece un tiempo exacto de estancia hospitalaria, según lo estudiado, el tiempo promedio va a depender de la gravedad de los pacientes y sus comorbilidades, ya que éstas comprometerán la evolución y resolución de la enfermedad.



VIII. CONCLUSIONES

1. Las principales características epidemiológicas presentes en los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior demuestra que es más frecuente en el género masculino en el rango de edades de 30 a 40 años.
2. Se comprobó que el alcoholismo crónico es el antecedente personal más frecuente y en mayor porcentaje en los pacientes de género masculino.
3. Se logró establecer que las comorbilidades presentes más relevantes fueron: diabetes mellitus e hipertensión.
4. Se logró identificar que los hallazgos clínicos por el cual consultaron los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior fueron hematemesis como causa principal, melena como segunda causa.
5. Se determinó que el tratamiento más empleado en los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior fue la endoscopía.
6. Las complicaciones que presentaron los pacientes ingresados por hemorragia gastrointestinal superior fueron: anemia severa predominando y shock hipovolémico
7. El tiempo promedio de estancia hospitalaria de los pacientes en el servicio de medicina interna por hemorragia gastrointestinal superior fue de 6 a 10 días.



IX. RECOMENDACIONES

1. Al personal médico, junto con el apoyo del personal de trabajo social, concientizar a los pacientes y familiares sobre la importancia de realizarse la endoscopía, ya que en varios casos no se la realizaron y se fueron contraindicados. Esto para evitar mayores complicaciones posteriores y en especial la muerte del individuo.
2. A los médicos ampliar y detallar la historia clínica para encontrar la información necesaria para futuros estudios.
3. Al personal médico y equipo de psicología referir a todo paciente con problemas de alcohol a una clínica de rehabilitación, enfatizando su importancia y relevancia, ya que al continuar con los mismos hábitos, la vida del paciente corre peligro.
4. Al personal médico y de enfermería, brindar un amplio plan educacional sobre la enfermedad, sus complicaciones y tratamiento, para evitar que los pacientes tomen decisiones erradas sobre la conducta de su salud.
5. A los futuros investigadores realizar el estudio con una población con los factores expuestos, sin haber presentado hemorragias ya que se podrá medir el grado de riesgo de desarrollar dicha enfermedad.
6. Al equipo médico del Hospital de Coatepeque en conjunto con el banco de sangres, se pueda realizar charlas, conferencias sobre la importancia de donar sangre y los beneficios que conlleva la misma, así poder tener abastecido el banco de sangre, con todos los grupos de sangre que existe, para poder emplearlos a los pacientes que ingresan por anemia severa, shock hipovolémico, entre otros.



X. BIBLIOGRAFÍA

- Baena Díez JM, S. P. (1998). *Tratamiento con omeprazol, claritromicina y amoxicilina durante una semana. Efectividad y tolerancia en la erradicación de Helicobacter Pylori. Atención primaria.*
- Balanzó, J. (2006). Hemorragia digestiva. *Revista española de enfermedades digestivas*, 272.
- Bonilla, D. F., Cardoso, M. A., & Pérez., J. P. (2013). *Factores relacionados a hemorragia gastrointestinal alta en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pese a la profilaxis*. Habana, Colombia: Semillero Pre-ciencia OCESUR.
- Cárcamo, C., López, J., & Cardemil, D. (2005). *Cirugía de la Hemorragia digestiva alta no variceal*. Chile: Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina.
- Chávez Bocanegra, A. M. (2005). *Caracterización biológica, clínica y endoscópica de pacientes adultos sometidos a endoscopia gastrointestinal superior*. Guatemala.
- Chuecas, J., Torres, T., & Lara, G. C. (2019). *Hemorragia digestiva alta*. Chile: Revista Narrativa ARS Médica.
- Cortés, G. P. (2010). Clasificación de Forrest. En *Gastroenterología* (pág. 60). Chile.
- Corvalán, B. M. (2017). *El tabaquismo: una adicción*. Chile: Revista Chilena.
- Cuesta, J. L.-d. (2011). *Esófago de Barrett*. México: Revista de gastroenterología de México.
- Curbelo, D. J., Sierra, D. J., & Gigato, D. D. (2016). *Sangramiento digestivo alto*. Cuba: Hospitales universitarios Calixto García y Manuel Fajardo.
- Dávila, D. C. (2011). *Guía de hemorragia gastrointestinal superior*. Guatemala: Instituto Guatemalteco de Seguridad social.
- Gallindo, F. (2009). *Hemorragia Digestiva*. Argentina: Gastroenterológica en la Universidad Católica.
- Galindo, F., Marty, F., Ramírez, P., Díaz, P., & A, S. P. (1997). *Tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal sangrante*. Argentina: La Pren. Méd. Argent.
- García, A. A. (s.f.). *Cirugía 2*. Mc Graw Hill.
- Gisbert, J. P. (1998). Infección por Helicobácter Pylori. En *Sección 3 estómago* (pág. 281). Madrid.



- Graz, D. A. (2005). *Enfermedad por reflujo gastroesofágico*. España: Atención primaria de calidad.
- IGSS, I. G. (2011). GUÍA DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR. En *GUÍA DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR* (pág. 63). Guatemala.
- J. Schmitz, A. Z. (2003). *Hemorragia digestiva alta*. Finis: Universidad Finis Terrae.
- Kasper, F. H. (2016). Harrison Principios de Medicina Interna. En F. H. Kasper, *Úlcera péptica y trastornos relacionados* (pág. 1911). Mc Graw Hill.
- Lanas, Á. (2016). Avances en hemorragia gastrointestinal. *ELSEVIER*, 39(53.61). Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-S0210570516301753>
- Marcotegui, F., Zabalza, M., & Gonzalo, M. (2012). *Gastrointestinal*. Farmacia Hospitalaria.
- Nable, J., & Graham, A. (2016). *Gastrointestinal bleeding*. Emerg Med Clin North Am.
- Ordóñez, A. C. (2016). *Hemorragia Digestiva Alta: Prevención y Tratamiento*. Barcelona.
- Organización Panamericana de la salud, O. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud*. Washington: Maristela Monteiro.
- Panero, J. L., & Calleja, J. L. (2005). *Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos*. Madrid: Clínica puerta de Hierro.
- Portillo, G. (2009). *Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2009*. Ecuador.
- Rodriguez, J. G. (2015). Sangrado digestivo alto no variceal. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 8.
- Roncero, L. P. (2016). *Pirosis*. Bilbao: Farmacia profesional.
- Sánchez, C. V., & Hervás, J. C. (2003). *Hemorragia gastrointestinal*. Córdoba: Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas.
- Sánchez, C. V., & Molina, J. C. (s.f.). *Hemorragia gastrointestinal*. Córdoba: Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas.



Santos, M. R., & Marcy Elizabeth de Paz Chaw, A. C. (2014). *Caracterización epidemiológica y clínica de paciente adultos con cuadro clínico de hemorragia gastrointestinal superior*. Guatemala: Universidad San Carlos Guatemala.

Sanzberro, F. U., Bañuelos, M. R., & Fernández, M. P. (2002). *Hemorragia digestiva alta*. Osasunbidea.

Sung JJY, C. F. (2003). *Eficacia del tratamiento endoscópico en la hemorragia*. Med Intensiva.

Villalón, A. F., Reyes, D., Ortiz, J. O., Gándara, v. f., Díaz, L. A., Chahuán, J. A., . . . Riquelme, A. P. (2020). *Tratamiento y manejo de la infección por H. Pylori*. Chile.

XI. ANEXOS

Actividades	2019											2020											
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Aprobación de tema	X																						
Realización de anteproyecto de tesis.			X	X																			
Aprobación de anteproyecto de tesis				X																			
Realización de protocolo de tesis.										X	X	X											
Aprobación de protocolo de tesis.																				X			
Actividades	2021											2022											
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Recolección de datos										X	X	X											
Tabulación de datos.												X											
Análisis e interpretación de datos													X	X									



Actividades	2021											2022											
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Conclusiones y recomendaciones																							
Introducción y resumen																							
Entrega de informe final																							



Boleta de recolección de datos.

Estudio sobre Factores de riesgo y causas más frecuentes en los pacientes ingresados al servicio de medicina Interna del Hospital Nacional Juan José Ortega Coatepeque, en el periodo de enero 2013 a diciembre 2018

A. DATOS GENERALES

a.1. Edad:

Menor de 30 años

30 a 40 años

41 a 50 años

51 a 60 años

61 a 70 años

Mayor de 70 años

a.2. Género

Femenino

Masculino

a.3. Nivel educativo

Analfabeto

Primaria

Básico

Diversificado

Universidad



B. ANTECEDENTES

b.1. Motivo de consulta

Hematemesis

Hematoquecia

Melena

Shock

Otro _____

b.2. Sangrado al ingreso

Activa

Inactiva

b.3. Antecedentes

Úlcera gastroduodenal

Síndrome Mallory Weiss

Cirrosis

Oros _____

b.4. Comorbilidades

Diabetes mellitus

Hipertensión arterial

Cáncer



SIDA

Epoc

Otros _____

B. Tratamiento

c.1. tratamiento

Endoscopia

Inhibidores de bomba

Tratamiento quirúrgico

C. EVOLUCIÓN

d.1. Estancia Hospitalaria

<5 días

6- 10 días

11-15 días

>15 días

d.2. Complicaciones

Shock hipovolémico

Anemia

Otro _____



UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
INVESTIGACIÓN

FORMATO PARA SOLICITAR APROBACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN

YO, Diego Armando González Hernández con número de Carnet 201316316, actualmente realizando la rotación de Pediatría en Hospital Regional de Huehuetenango.

SOLICITO APROBACIÓN

para realizar investigación del tema: Factores de riesgo y causas más frecuentes de hemorragia Gastrointestinal Superior en Servicio de Medicina Interna, para el cual propongo como Asesor a: Dr. Daniel Quijivix teniendo previsto que se lleve a cabo en Hospital Regional de Huehuetenango y abarcará el periodo de Enero 2013 a diciembre 2013

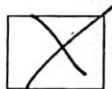
Quetzaltenango, 28 de febrero


Firma



USO DE LA UNIVERSIDAD

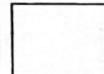
TEMA APROBADO



TEMA RECHAZADO



AMPLIAR INFORMACIÓN

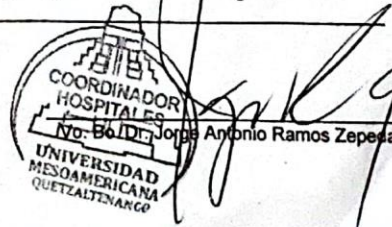


OBSERVACIONES:

Tutor Asignado

Dr. Ivime León

Dr. Mario Velasco De León Johar
Médico y Cirujano Por Comité de Investigación
Col. 6.094

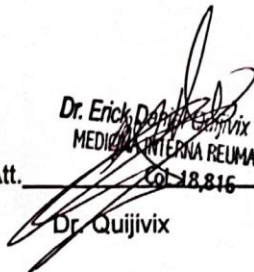




Quetzaltenango 17 de septiembre del 2019

Autoridades revisoras de tesis:

Por medio de la presente yo: DR. Erick Daniel Quijivix, quien me encontraba como asesor de tesis de: Diego Armando González Hernández, en el tema: Factores de Riesgo y Causas más frecuentes de Hemorragia Gastrointestinal Superior en el Servicio de Medicina Interna doy a conocer que; por motivos personales ya no me fue posible continuar con el asesoramiento por lo sugerí buscar suplente, estando enterado del nuevo asesor 'di por finalizada mi asesoramiento, despidiéndome por lo que adjunto firma y sello.


Dr. Erick Daniel Quijivix González
MEDICINA INTERNA REUMATOLOGÍA
Att. _____ Col. 18,816
Dr. Quijivix

Quetzaltenango 1 de octubre de 2021

Comité de tesis:
Universidad Mesoamericana.
Quetzaltenango

Respetables comité


Por este medio YO: Diego Armando González Hernández con número de carné 201316316, tengo aprobado el tema "HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR" factores de riesgo y causas más frecuentes en los pacientes ingresados al servicio de medicina interna del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de enero 2013 a diciembre 2018. Por lo que solicito poder continuar con el tema y así mismo solicitar un revisor.

Agradeciendo la atención

Atentamente


Diego Armando González Hernández
Carné: 201316316


Waver Pinzon

Licha Melisa Sufian

COORDINADOR
HOSPITALES
UNIVERSIDAD
MESOAMERICANA
QUETZALTENANGO

Quetzaltenango 1 de octubre del 2021

Dr. Jorge Ramos.

Comité de investigación.

Universidad Mesoamericana.


Respetables autoridades;

Saludándoles cordialmente, deseándole éxitos y bendiciones en sus labores diarias me dirijo a ustedes por el siguiente motivo:

Yo: Diego Armando González Hernández quien me encuentro realizando la tesis con el tema: Factores de riesgo y causas más frecuentes en los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Jorge Vides Molina, Huehuetenango en el periodo de enero 2015 a enero 2020.

Informándoles que por motivos de pandemia se me imposibilitó la recolección de datos en el hospital nacional Jorge vides molina de Huehuetenango ya que todas las actividades fueron suspendidas, en estos momentos vuelvo a mi recolección de datos, pero por motivos de suspensión de prácticas en tal hospital hacia nuestra universidad, ya no se me concede la oportunidad de recolección en dicho lugar, por lo que como sugerencia de mi nueva revisora me refiere realizar mi recolección de datos en hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque ya que en dicho lugar fue donde realice mi internado y sabiendo que si se está permitiendo recolección de datos para trabajos de tesis, estando de acuerdo mi asesor: Dr. Henry Mejía. Dejando como constancia de estar de acuerdo firma; revisora y asesor.

Por lo que para iniciar dicha recolección de datos se me solicita la aceptación de parte de comité de investigación, por lo que realizo dicha carta esperando su pronta aceptación y de antemano agradeciendo su comprensión hacia mi persona.


Lic. Melisa Sagastume
Lic. en Fisioterapia
Colegiado: CA-423

F _____

Licenciada Melisa Sagastume

Revisora.

Dr. Henry Osvaldo Mejía Morales
Médico y Cirujano
Colegiado 18,082

F _____

Dr. Henry Mejía morales

Asesor



vsB



UNIVERSIDAD
MESOAMERICANA
HOSPITAL REGIONAL
JORGE VIDES MOLINA



**GOBIERNO de
GUATEMALA**
DR. ALEJANDRO GIAMMATTEI

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN MÉDICA
HOSPITAL NACIONAL DE COATEPEQUE
COATEPEQUE, QUETZALTENANGO

Coatepeque 19 de mayo de 2022

A:
Autoridades de Universidad Mesoamericana

Respetables autoridades:

Con un atento y cordial saludo me dirijo a ustedes para poder dar respuesta POSITIVA para que el estudiante **Diego Armando González Hernández** con Documento Personal de Identificación (DPI) No. 2787837400901 y Registro Académico 201316316 pueda realizar su proyecto de investigación final (tesis) solicitado el día 12 de noviembre del 2021 titulado, "HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR, FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS MAS FRECUENTES EN LOS PACIENTES INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA", en el Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque en el período de enero 2013 a diciembre del año 2018, la cual el comité de docencia no tiene objeción y la dirección favorecería el ingreso a archivos que su investigación amerite, quedando como asesor Dr. Henry Mejía Morales.

Sin otro particular me suscribo,

Atentamente,

Dr. Juan Efraín Nájera Franke
Subdirector Médico
Hospital Nacional de Coatepeque



Calle y 3ª Avenida Zona 4, Coatepeque, Quetzaltenango.
Tel. 79320501
email: hospital.coatepeque@hotmail.com
hospcoatepeque@mispas.gob.gt

Trabajando por la salud de Guatemala

Ministerio de Salud Pública y Asistencia social
6 Avenida 3-45 zona 11 Teléfono: 2444-7474

www.mspas.gob.gt

