

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUIMICA



TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL USO DE ANTITROMBÓTICOS Y RIESGO DE
COMPLICACIONES EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN
ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, 2023**

PRESENTADO POR:

Br. FLOR ANGEL SUCLLY CALDERON

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE QUÍMICO FARMACÉUTICO**

ASESOR:

Dr. MARIO JESUS URRUNAGA ORMACHEA

CUSCO – PERÚ

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/Tesis titulada: **“RELACIÓN ENTRE EL USO DE ANTITROMBÓTICOS Y RIESGO DE COMPLICACIONES EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, 2023”**

Presentado por: Flor Angel Sucly Calderon con DNI Nro: 73817989

Para optar el título profesional/grado académico de **QUÍMICO FARMACÉUTICO**

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 09%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio	X
Del 11 al 30%	Devolver al usuario para las correcciones	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a la Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 19 de noviembre de 2024


.....
Dr. Mario Jesus Urrunaga Ormachea

Nro. De DNI: 23975210
ORCID del asesor: orcid.org/0000-0002-3451-8890

Se adjunta

1. Reporte Generado por el sistema antiplagio
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259:406733317

NOMBRE DEL TRABAJO

**TESIS FLOR SUCLLY_COPIA SEGURIDAD
.docx**

RECUENTO DE PALABRAS

23524 Words

RECUENTO DE CARACTERES

132465 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

100 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

4.7MB

FECHA DE ENTREGA

Nov 18, 2024 12:34 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 18, 2024 12:36 PM GMT-5**● 9% de similitud general**

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

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente
- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 15 palabras)

DEDICATORIA

A Dios, por ser la fuente inagotable de fuerzas y bendiciones en mi vida, guiándome en cada paso y brindándome la sabiduría necesaria para superar los desafíos.

A mi madre, Graciela, por su amor incondicional que ha sido mi faro en los momentos más oscuros, por su apoyo constante que me ha sostenido cuando más lo necesitaba, y por su sacrificio incansable que ha sido el cimiento de todos mis logros.

A mis hermanos, por su amor que me ha nutrido, su compañía que me ha acompañado en cada etapa del camino, y su aliento constante que me ha impulsado a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

A mi familia, por ser mi refugio en tiempos de tormenta, por celebrar conmigo cada logro como si fuera propio, y por ser el pilar sobre el cual se edifica mi felicidad y mi esperanza.

AGRADECIMIENTO

A mis docentes, por ser faros de conocimiento y dedicación, quienes con su entrega y ejemplo han sembrado en mí el deseo de superación y aprendizaje constante. Su paciencia y apoyo han sido invaluable, no solo en mi formación académica, sino también en mi desarrollo como persona. Han dejado una huella profunda, inspirándome a alcanzar mis metas con pasión y compromiso.

A mi asesor, Dr. Mario, por su orientación experta, por su dedicación que ha ido más allá de lo esperado, brindándome apoyo no solo académico, sino también emocional; y por su apoyo invaluable, que me ha dado la confianza para superar cada obstáculo.

A mis compañeros y amigos, por ser una fuente inagotable de alegría y apoyo durante esta etapa. Por los momentos de risa compartida que aligeraron los días más pesados, por el aliento constante que me impulsó a seguir adelante, y por ser el refugio donde encontré consuelo en los momentos de estrés. Su compañía hizo de este camino una experiencia enriquecedora y memorable.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones en la hemorragia digestiva alta según la Escala de Glasgow-Blatchford y la Escala de Rockall en adultos mayores del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023. El tipo de estudio de esta investigación es descriptivo, correlacional, retrospectivo y de corte transversal. Se aplicó la técnica de revisión documental. Los datos se analizaron con tablas de contingencia y la prueba de Chi cuadrado ($p < 0.05$) para evaluar la asociación entre variables. También se usó regresión logística ($p < 0.05$) para explorar la relación entre la variable dependiente e independiente. De los 34 pacientes, 23 usaron ácido acetilsalicílico, 1 enoxaparina, 7 warfarina y 3 recibieron doble terapia. El 58.80% tenía entre 60 a 69 años, siendo el 55.90% hombres. El 58.80% no consumía AINE, y el 26.48% presentó infección por *Helicobacter pylori*, el 70.59% no consumía alcohol, el 88.24% no fumaba y el 17.65% presentó resangrado. Se observó una relación significativa entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones en hemorragia digestiva alta, según la escala Blatchford ($p = 0.020$) y la escala Rockall ($p = 0.043$). Además, la terapia antitrombótica mostró significancia según la escala Blatchford ($p = 0.003$) y la escala de Rockall ($p = 0.045$). En cuanto a la relación de la duración del tratamiento antitrombótico y el riesgo de complicaciones, según la escala Blatchford ($p = 0.016$) y la escala de Rockall ($p = 0.041$). Por otro lado, la relación de la dosis del tratamiento antitrombótico también fue significativa, respecto a la escala de Blatchford ($p = 0.012$) y la escala de Rockall ($p = 0.037$). Se concluye que existe una relación significativa entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores atendidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023.

Palabras clave: Ácido acetilsalicílico, warfarina, enoxaparina, hemorragia digestiva alta, escala de Glasgow Blatchford y escala de Rockall.

ÍNDICE

<i>DEDICATORIA</i>	<i>i</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>ii</i>
<i>ABREVIATURAS</i>	<i>viii</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>x</i>
<i>CAPITULO I</i>	<i>1</i>
1. <i>GENERALIDADES</i>	<i>1</i>
1.1. Planteamiento del problema	<i>1</i>
1.2. Formulación del problema.....	<i>2</i>
1.2.1. Problema general	<i>2</i>
1.2.2. Problemas específicos	<i>2</i>
1.3. Objetivos de la investigación.....	<i>3</i>
1.3.1. Objetivo general	<i>3</i>
1.3.2. Objetivos específicos.....	<i>3</i>
1.4. Estado de la razón	¡Error! Marcador no definido.
1.5. Justificación	<i>4</i>
1.6. Hipótesis	<i>5</i>
<i>CAPITULO II</i>	<i>6</i>
2. <i>MARCO TEORICO</i>	<i>6</i>
2.1. Antecedentes del estudio.....	<i>6</i>
2.1.1. Antecedentes internacionales	<i>6</i>
2.1.2. Antecedentes nacionales	<i>12</i>
2.1.3. Antecedentes locales	<i>14</i>
2.2. Bases teóricas científicas.....	<i>15</i>
2.2.1. Hemostasia	<i>15</i>
2.2.2. Fármacos antitrombóticos	<i>19</i>
2.2.3. Hemorragia digestiva.....	<i>29</i>
2.3. Definición de términos.....	<i>39</i>
<i>CAPITULO III</i>	<i>41</i>
3. <i>MATERIALES Y MÉTODOS</i>	<i>41</i>
3.1. Materiales e instrumentos	<i>41</i>
3.1.1. Material de escritorio	<i>41</i>

3.1.2. Equipo de cómputo.....	41
3.1.3. Recursos humanos.....	41
3.1.4. Recursos institucionales.....	41
3.2. Delimitación espacial y temporal.....	41
3.3. Diseño metodológico.....	42
3.3.1. Tipo de investigación.....	42
3.3.2. Diseño de la investigación.....	42
3.4. Población y muestra.....	42
3.5. Variables.....	43
3.6. Técnica e instrumento de recolección y análisis.....	48
3.7. Técnica para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos.....	48
3.8. Procedimiento de la investigación.....	48
<i>CAPITULO IV.....</i>	<i>50</i>
<i>4. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</i>	<i>50</i>
4.1. Características sociodemográficas e historial clínico.....	50
4.2. Características clínicas y hallazgos endoscópicos.....	52
4.3. Relación entre el uso de antitrombótico usado y riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta en adultos mayores.....	55
4.4. Relación entre la duración del tratamiento antitrombótico y el riesgo de complicaciones.....	59
4.5. Relación entre la combinación de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores del hospital Antonio lorena.....	63
4.6. Relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores del Hospital Antonio Lorena.....	66
<i>CONCLUSIONES.....</i>	<i>70</i>
<i>RECOMENDACIONES.....</i>	<i>71</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....</i>	<i>72</i>
<i>ANEXOS.....</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Fases de la hemostasia primaria	16
Gráfico N°2 Cascada de coagulación y su modulación.....	18
Gráfico N°3 Sistema fibrinolítico.....	19
Gráfico N°6 Mecanismo de acción de la Heparina y la HBPM	25
Gráfico N°7 Mecanismo de acción de la Warfarina	27
Gráfico N°8 Procedimiento de la investigación	49
GráficoN°9: Gráfico de barras de la relación entre el antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones según la escala Glasgow Blatchford	56
Gráfico N°10: Gráfico de barras de la relación entre el antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones según la escala Rockall.....	58
Gráfico N°11: Gráfico de barras de la relación entre la duración del tratamiento antitrombótico y la terapia antitrombótica usada	60
Gráfico N°12: Gráfico de barras de la relación entre la terapia antitrombótica usada y la dosis del tratamiento	64
Gráfico N°13: Gráfico de barras de la relación entre la duración del y dosis del tratamiento	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Clasificación de los fármacos antiagregantes plaquetarios	21
Tabla N°2 Antiagregantes plaquetarios de uso habitual.....	22
Tabla N°3 Clasificación de los fármacos anticoagulantes	24
Tabla N°4 Anticoagulantes parenterales de uso habitual.....	24
Tabla N°5 Anticoagulantes orales de uso habitual	26
Tabla N°6 Clasificación etiología de la hemorragia digestiva alta	31
Tabla N°7 Escala de Glasgow - Blatchford	32
Tabla N°8 Escala de Rockall.....	34
Tabla N°9 Operalización de Variables.....	46
Tabla N°10: Resultados de las características sociodemográficas e historial clínico	50
Tabla N°11: Resultados de las características clínicas y hallazgos endoscópicos	52
Tabla N°12: Relación entre la terapia antitrombótica usada y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala Glasgow-Blatchford	55
Tabla N°13: Relación entre la terapia antitrombótica usada y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala de Rockall.....	57
Tabla N°14: Relación entre la duración del tratamiento antitrombótico y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala Glasgow-Blatchford	59
Tabla N°15 Relación entre la duración del tratamiento antitrombótico y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala Rockall.....	61
Tabla N°16: Relación entre la dosis del antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala Glasgow-Blatchford	63
Tabla N°17 Relación entre la dosis del antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala de Rockall.....	65
Tabla N°18: Relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones según la Escala Glasgow-Blatchford en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores	66
Tabla N°19: Relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones según la Escala de Rockall en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores	67

ABREVIATURAS

I	: Fibrinógeno
II	: Protrombina
III	: Tromboplastina
IV	: Calcio
V	: Proa Celerina
VII	: Proconvertina
VIII	: Factor anti hemolítico A
IX	: Factor anti hemolítico B
X:	: Factor de Stuart-Power
XI	: Antecesor Trombo plástico del plasma
XII	: Factor de Hageman
XIII	: Factor estabilizante de la fibrina
AAS	: Ácido acetilsalicílico
ACOD	: Anticoagulantes orales de acción directa
AINE	: Antiinflamatorios no esteroideos
AS	: Ácido salicílico
ATIII	: Antitrombina III
ATT	: Antitrombóticos
AVISA	: Años de vida saludables perdidos
AVK	: Antagonista de la vitamina K
CI	: Cardiopatía isquémica
ECV	: Enfermedad cerebro vascular
EDA	: Endoscopia digestiva alta
EH	: Enfermedad hepática
ENT	: Enfermedades no transmisibles
DM	: Diabetes mellitus
FA	: Fibrilación auricular
FC	: Frecuencia cardiaca
FvW	: Factor de von Willebrand
GBS	: Escala Glasgow Blatchford
HD	: Hemorragia digestiva
HDA	: Hemorragia digestiva alta

HNF	: Heparina no fraccionada
HTA	: Hipertensión arterial
IAM	: Infarto agudo de miocardio
INR	: Razón internacional normalizada
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
IR	: Insuficiencia renal
lpm	: Latidos por minuto
mg/dL	: Miligramos por decilitro
mmHg	: Milímetros de mercurio
PAS	: Presión arterial sistólica
RS	: Escala de Rockall
SC	: Subcutáneo
SPSS	: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales
TT	: Tiempo de trombina
TTPa	: Tiempo de tromboplastina parcial activado
TVP	: Trombosis venosa profunda
UNESCO	: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

INTRODUCCIÓN

La senectud es un proceso natural que implica significativos cambios fisiológicos, incluyendo un aumento en la susceptibilidad a enfermedades cardiovasculares (ECV) causante de 17.9 millones de muerte anuales según la OMS en el 2024(1), especialmente prevalentes en la población adulta mayor. Estas condiciones frecuentemente requieren la administración de terapias antitrombóticas para prevenir o tratar eventos cardiovasculares críticos. Aunque estos medicamentos son esenciales y eficaces, su uso en adultos mayores debe ser cuidadosamente monitoreado debido al riesgo de eventos adversos, entre los cuales la hemorragia digestiva alta (HDA) es uno de los más frecuentes y graves(2).

La hemorragia digestiva representa una emergencia gastroenterológica con alta incidencia tanto a nivel global causando muertes en el 37%, de acuerdo con un estudio del 2024(3). El aumento en la prescripción de antitrombóticos, impulsado por la necesidad de gestionar las ECV en el adulto mayor, ha llevado a un incremento en la incidencia de complicaciones de la HDA, planteando desafíos adicionales en su manejo y prevención(4).

Este escenario subraya la necesidad de un manejo cuidadoso que equilibre la prevención de eventos cardiovasculares con el riesgo de complicaciones hemorrágicas. Nuestro estudio se centró en analizar la relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones de HDA en adultos mayores, empleando las Escalas de Glasgow-Blatchford que evalúa la necesidad de intervención médica mediante criterios clínicos y laboratoriales y escala de Rockall que clasifica el riesgo de resangrado y mortalidad(5). En el contexto local de Cusco, donde la prevalencia de ECV ha llevado a un mayor uso de antitrombóticos, también se ha observado un incremento en las complicaciones hemorrágicas. Esta investigación busca no solo comprender mejor estas dinámicas, sino también ofrecer información clave para mejorar las estrategias de prevención y manejo, contribuyendo así a la reducción de la morbilidad y mortalidad en esta población vulnerable.

CAPÍTULO I

1. GENERALIDADES

1.1. Planteamiento del problema

La creciente prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la población adulta mayor es una preocupación global, siendo la causa principal de muerte con aproximadamente 17,9 millones de decesos anuales, según indica la OMS en 2024(1). En Perú, a inicios del 2024 el Hospital Nacional Arzobispo Loayza indico que 1 de cada 4 peruanos presenta alguna enfermedad cardiovascular. (6). En el 2020 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) indicó que el 41.1% de los adultos tienen un riesgo cardiovascular elevado, siendo la mayor incidencia en mujeres mayores de 60 años(7).

En Cusco, esta tendencia se refleja claramente. Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, durante 2018, las enfermedades no transmisibles (ENT) fueron responsables del 61.4% de los años de vida saludable perdidos (AVISA). Dentro de estas, las enfermedades cardiovasculares (ECV)(8).

Este panorama ha llevado a un mayor uso de antitrombóticos, como los antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes, para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares(9). Sin embargo, el amplio uso de antitrombóticos no solo ha contribuido al incremento de eventos adversos, como la hemorragia digestiva alta, sino también a la exacerbación de complicaciones y al agravamiento de condiciones preexistentes. Estas hemorragias están asociadas con hospitalizaciones, transfusiones sanguíneas y una tasa de mortalidad significativa(10). En Perú, la mortalidad por hemorragia digestiva alta oscila entre el 9,1% y el 12,9%(11).

Para enfrentar estos riesgos, se han desarrollado sistemas de puntuación, como la escala de Blatchford y la de Rockall, ampliamente utilizados para evaluar el riesgo y pronosticar la evolución de las hemorragias digestivas altas. La escala de Blatchford evalúa la necesidad de intervención médica mediante criterios clínicos y laboratoriales. Por su parte, la escala de Rockall integra factores

clínicos y endoscópicos para clasificar el riesgo de mortalidad. Ambas escalas son herramientas indispensables en el manejo de estos pacientes, ya que permiten la estratificación adecuada del riesgo y facilitan la toma de decisiones clínicas sobre el nivel de atención y la intensidad del tratamiento, optimizando los resultados y mejorando la eficiencia en el uso de recursos de salud(5).

A nivel internacional, el riesgo de presentar complicaciones en la hemorragia digestiva alta relacionado con el uso de antitrombóticos varía según los estudios. Algunos indican un mayor riesgo asociado con el ácido acetilsalicílico en monoterapia, mientras que otros señalan riesgos mayores con terapias combinadas(12,13).

El problema objeto de estudio es analizar la relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores. Para ello utilizaremos las escalas de Glasgow-Blatchford y Rockall para evaluar la necesidad de intervenciones médicas, como transfusiones de sangre y cirugías, así como el resangrado o mortalidad.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones en la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el servicio de Gastroenterología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas e historial clínico de los adultos mayores que presentan hemorragia digestiva alta y reciben antitrombóticos del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023?
2. ¿Cuál es la relación entre la terapia antitrombótica usada y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el servicio de Gastroenterología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023?

3. ¿Cuál es la relación entre la duración del antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el servicio de Gastroenterología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023?
4. ¿Cuál es la relación entre la dosis del antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el servicio de Gastroenterología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Analizar la relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones en la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el servicio de Gastroenterología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas e historial clínico de los adultos mayores que presentan hemorragia digestiva alta y reciben antitrombótico en el servicio de Gastroenterología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023.
2. Evaluar la relación entre la terapia antitrombótica usada el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el servicio de Gastroenterología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023.
3. Analizar la relación entre la duración del tratamiento antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el servicio de Gastroenterología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023.

4. Establecer la relación entre la dosis del tratamiento antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el servicio de Gastroenterología del del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023.

1.4. Justificación

Conocimiento

Este estudio investiga la relación entre la hemorragia digestiva alta y el riesgo de complicaciones en adultos mayores que utilizan antitrombóticos. Se enfoca en cómo el tipo, duración y dosis de estos medicamentos influyen en dicho riesgo. Aunque hay numerosos estudios internacionales sobre este tema, no existen investigaciones similares en nuestra región. Esto resalta la relevancia de nuestro trabajo, que podría establecer protocolos de seguimiento en atención primaria, asegurando una gestión integral y continua. Este enfoque sienta las bases para investigaciones futuras sobre el manejo de la hemorragia digestiva alta y el uso seguro de antitrombóticos en la población geriátrica.

Trascendencia

La hemorragia digestiva alta en adultos mayores bajo tratamiento antitrombótico representa un evento crítico, dado su impacto en la morbimortalidad y la complejidad de su manejo. Este estudio proporciona información clave para el diseño de estrategias dirigidas a la prevención y el diagnóstico temprano de esta condición. Los resultados obtenidos se convertirán en una herramienta valiosa para los profesionales de la salud, brindándoles una base sólida para optimizar la calidad y eficacia de los tratamientos. Esto contribuirá a mejorar los resultados clínicos en pacientes con riesgo de complicaciones asociadas al uso de antitrombóticos, fortaleciendo una atención médica más segura, efectiva y basada en evidencia.

Aplicabilidad

Este estudio proporciona una comprensión del riesgo de complicaciones de la HDA en pacientes adultos mayores que están siendo tratados con

antitrombóticos. Al determinar el nivel de riesgo en esta población, se podrá dirigir de manera más efectiva las estrategias de prevención y adaptar la atención médica para abordar sus necesidades específicas. Los hallazgos de este estudio proporcionan un fundamento de intervenciones clínicas más precisas y personalizadas. Se espera que estos hallazgos contribuyan significativamente a la mejora de salud y bienestar en esta población vulnerable.

Económica

Este estudio puede tener un impacto significativo en la prevención de complicaciones relacionadas con la hemorragia digestiva alta en adultos mayores que reciben antitrombóticos y reducir la necesidad de recursos adicionales, como materiales médicos, medicamentos, y tiempo de hospitalización. Esto no solo beneficia a los pacientes al proporcionarles cuidados más efectivos, sino que también favorece a los sistemas de salud al reducir los costos generales.

1.5. Hipótesis

- **Hipótesis Nula (H_0):** No existe relación significativa entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el periodo 2023.
- **Hipótesis Alternativa (H_1):** Existe una relación significativa entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el periodo 2023.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales

Wikman Philip, et al. (España, 2011) en su trabajo *“Antiagregación y anticoagulación, relación con la hemorragia digestiva alta”*(14) el estudio aborda la relación entre el uso de antiagregantes y anticoagulantes y la incidencia de hemorragias digestivas altas (HDA) en pacientes mayores. Se realizó un análisis retrospectivo de los archivos hospitalarios entre 2004 y 2007, incluyendo a pacientes en tratamiento con estos medicamentos. De 523 episodios de HDA, el 26,1% (137) estaban vinculados a tratamientos con antiagregantes o anticoagulantes. Los pacientes, en su mayoría hombres con una edad media de 75,6 años (60.2%), presentaban comorbilidades como hipertensión (65.5%), diabetes (43.4%) y dislipemia (37.2%). El fármaco más frecuentemente implicado fue el ácido acetilsalicílico en el 36,3% (41), seguido del acenocumarol en el 27,4% (31), el clopidogrel en el 18,6% (21), doble antiagregación (AAS + clopidogrel) en 6,2% (7), triple terapia (AAS + clopidogrel + acenocumarol) en 1 (0,9%), triflusal en el 4,4% (5), heparinas de bajo peso molecular en el 5,3% (6) y ticlopidina en un paciente (0,9%). Únicamente el 36,3% (41) recibían tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Hubo un total de 24 recidivas y 4 muertes. El estudio también registró 24 recidivas y 4 muertes, subrayando la importancia de una mayor atención en la prevención de complicaciones relacionadas con estos tratamientos. Se concluye que el 26,1% de las hemorragias digestivas altas observadas en nuestro medio son de origen iatrogénico.

La investigación aporta información sobre la alta frecuencia de hemorragias digestivas y el uso predominante de ácido acetilsalicílico, datos que nos sirven para desarrollar este estudio.

Vicente Bertomeu, González. (España, 2019) en su trabajo “Hemorragia en pacientes bajo anticoagulación oral por fibrilación auricular. La otra cara de la moneda”(15) cuyo objetivo fue evaluar el tipo de hemorragia y la tasa de mortalidad en pacientes que reciben tratamiento anticoagulante por fibrilación auricular no valvular. Su estudio fue observacional retrospectivo y analizó informes de hospitalización de 2014 correspondientes a 151 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Se examinaron un total de 5783 ingresos hospitalarios. La mayoría fueron hemorragias digestivas (43,6%), seguidas de las cerebrales (30,6%). La edad promedio fue de 79,8 años, el 57,1% fueron hombres y la duración media de hospitalización fue de 7,7 días. La gravedad promedio calificada por el equipo de diagnóstico fue de 2,39 (en comparación con 1,83 para todos los pacientes hospitalizados). La tasa de mortalidad hospitalaria fue del 15,2%, destacando que la mortalidad con warfarina fue el 9.4%. La conclusión fue que las hemorragias en pacientes anticoagulados por AVK tienen un alto impacto sanitario, ya que en este grupo la mortalidad fue alta.

La investigación aporta información sobre la alta frecuencia de hemorragias digestivas y el uso predominante de warfarina, la cual se asocia con un riesgo significativo de mortalidad hospitalaria, datos que nos sirven para desarrollar este estudio.

Manzo Luis, et al. (Mexico, 2019) en su trabajo “Efecto del tratamiento antitrombótico en la hemorragia gastrointestinal”(10) cuyo objetivo fue determinar la frecuencia del uso de fármacos antitrombóticos en pacientes con hemorragia gastrointestinal, describir los hallazgos endoscópicos y sus desenlaces clínicos. Un estudio transversal retrospectivo en el departamento de endoscopia del Hospital Médica Sur de 2015 a 2017. El estudio incluyó 150 pacientes con hemorragia. El 35% de los casos se asoció a uso de antitrombóticos (66% monoterapia con aspirina y el resto con anticoagulación o doble terapia), la edad media fue 78 (66-84), el 30% era hombres, la media de la hemoglobina fue 11.2, con una media de urea de 7.5 mg/dL, el hallazgo endoscópico predominante fue úlcera gástrica en el 70 %, el 4% presentó resangrado, el 55% recibió transfusiones y el 8%

falleció. El puntaje de Blatchford tuvo una mediana de 7 (N=53) en hemorragia asociada a antitrombóticos. Conclusión el tratamiento con ácido acetilsalicílico fue el más empleado, pero no se encontró hallazgos endoscópicos o desenlaces clínicos en la hemorragia asociada al uso de antitrombóticos ya que no alcanza la significancia estadística.

El principal aporte de la investigación fue que el tratamiento más frecuente fue el ácido acetilsalicílico. Además, los casos de hemorragia asociada a antitrombóticos mostraron un puntaje de Blatchford con una mediana de 7, indicando un riesgo muy alto de complicaciones graves en estos pacientes.

Douros Antonios, et al. (Quebec, Canadá, 2019) en su trabajo “Uso concomitante de anticoagulantes orales directos con agentes antiplaquetarios y riesgo de hemorragia mayor en pacientes con fibrilación auricular no valvular”(16) con su objetivo comparar la frecuencia de hemorragia gastrointestinal, hemorragia intracraneal y otras hemorragias importantes en personas con el diagnóstico de fibrilación auricular no asociada a enfermedad valvular que usan anticoagulantes y antiplaquetarios. Se desarrollo un estudio de corte transversal, retrospectivo durante el periodo de enero de 2011y marzo de 2014. Los resultados mostraron un total de 5301 pacientes que iniciaron el uso concomitante de ACOD y antiplaquetarios, mientras que 9106 pacientes iniciaron el uso concomitante de AVK y antiplaquetarios, de este último grupo el 51.7% eran hombres, la edad media fue 78, el 4.7 tomaba alcohol, el 91.6% presentaba HTA, el 39.3% diabetes mellitus, el 7.4% enfermedad hepática, el 24.3% insuficiencia renal. Conclusión, el uso concomitante de ACOD y antiplaquetarios se relacionó con un riesgo similar de hemorragia gastrointestinal, pero con un menor del riesgo de hemorragia intracraneal en contraste con el uso concomitante de AVK y antiplaquetarios.

El aporte de la investigación a nuestro estudio, fue comparar el riesgo de hemorragia gastrointestinal entre el uso concomitante de AVK y antiplaquetarios frente a los ACOD y antiplaquetarios en pacientes con

fibrilación auricular no valvular, encontrando un riesgo similar de hemorragia gastrointestinal.

Fady Haddad, et al. (Nueva York, EEUU, 2019) en su trabajo “Hemorragia digestiva alta aguda intrahospitalaria: ¿Cuál es el alcance del problema?”(12) cuyo objetivo fue explorar la mortalidad, las características y las diferencias de resultados entre los pacientes hospitalizados que desarrollan HDA mientras están en el hospital y los pacientes que inicialmente presentan HDA. Fue un estudio retrospectivo transversal desde octubre de 2012 hasta octubre de 2016, que dividió a los pacientes en dos categorías: el primer grupo consistió en pacientes que desarrollaron HDA durante su estancia hospitalaria; el segundo grupo estuvo compuesto por pacientes que inicialmente presentaron HDA como su principal queja. El estudio incluyó un total de 336 individuos, con un total de 139 en el primer grupo y 196 en el segundo. Se encontró que la mortalidad fue significativamente mayor en el primer grupo en comparación con el segundo (20% frente a 3,1%, $p \leq 0,05$). Se observó que la estancia hospitalaria fue más larga en el primer grupo (13 frente a 6, $p \leq 0,05$). El 80.6% de los pacientes recibían anticoagulantes y antiplaquetarios, el 48.2% de los pacientes recibía AAS, el 39.6% heparina y el 20.9% warfarina., con una media del puntaje Blatchford de 12 y un $p=0.22$. La media del puntaje de la Escala de Rockall fue 5 (rango 3-6) con un $p=0.45$. Se concluyó que la HDA intrahospitalaria está asociada con una alta tasa de mortalidad y morbilidad a pesar de un tiempo de estancia más corto.

El estudio aportó información relevante en cuanto al tratamiento, ya que el AAS fue el más utilizado (48.2%). El puntaje medio de la Escala de Blatchford fue de 12. Por otro lado, el puntaje medio de la Escala de Rockall fue de 5.

Abraham Neena, et al. (Cambridge, EEUU, 2020) en su trabajo “El Riesgo de sangrado gastrointestinal aumenta con las combinaciones de agentes antitrombóticos y la edad del paciente”(13) el objetivo fue analizar el riesgo y el periodo de tiempo para la hemorragia digestiva en asegurados que recibieron diferentes regímenes antitrombóticos. Se llevó a

cabo un estudio retrospectivo longitudinal usando datos de reportes a nivel nacional de asegurados privados y afiliados a Medicare Advantage que recibieron agentes anticoagulantes y/o antiplaquetarios desde octubre de 2010 hasta mayo de 2017. Los resultados incluyeron a 311,211 pacientes, de los cuales el 70% eran hombres y tenían una edad promedio de 67 años. El 5.57% consumían alcohol y el 46.86% fumaba. Entre los pacientes que recibían solo antiagregantes, el 6.73% tenía EH, el 13.91% IE, el 35.24% DM, el 82.70% HTA y el 45.59% CI. En los tratados con anticoagulantes, el 6.83% presentaba EH, el 20.76% IR, el 50.47% DM, el 93.34% HTA y el 81.46% cardiopatía isquémica. Para la terapia combinada, encontraron que el 6.67% tenía EH, el 13.81% IR, el 44.56% DM, el 90.94% HTA y el 15.94% CI. La conclusión del estudio fue que los pacientes que recibieron terapia combinada tenían el mayor riesgo de hemorragia gastrointestinal, especialmente después de los 75 años.

El estudio proporcionó un análisis detallado de las características clínicas de los pacientes con hemorragia gastrointestinal. Además, se observó mayor riesgo de hemorragia gastrointestinal en los pacientes con terapia combinada, sobre todo en las personas mayores de 75 años. Esta información fue de utilidad para nuestra investigación.

Almadi Majid, et al. (Arabia Saudita, 2021) en su trabajo “Sangrado gastrointestinal superior: Causas y resultados del paciente”(17) con el objetivo de detallar los síntomas, características clínicas y laboratoriales, así como los resultados importantes de los pacientes con HDA. Este estudio retrospectivo se realizó en un hospital universitario de Riad y abarcó informes endoscópicos de pacientes sometidos a gastroscopias por HDA entre enero de 2006 y enero de 2015. Incluyó a 259 pacientes, con una edad promedio de 57,1 años y un 66,8% de participantes hombres. El 88,2% tenía al menos una comorbilidad, el 20,7% antecedentes de HDA previa, el 12,6% antecedentes de úlcera péptica y el 9,2% várices esofágicas. La fuente no varicosa fue responsable del 80,1% de los casos. El 8,9% presentó resangrado y una tasa de mortalidad del 4,4%. La puntuación de Rockall preendoscópica media fue de

2,6 y la total de 4,4. Se concluyó que no hubo asociación significativa entre las puntuaciones de Rockall y el resangrado o la necesidad de ingreso en UCI, además que las causas de HDA fueron mayormente no varicosas, y las tasas de resangrado y mortalidad eran comparables a otros estudios.

El estudio ofrece información valiosa acerca de las características clínicas y consecuencias de la HDA (resangrado, hospitalizaciones y mortalidad). Además de la puntuación media de Rockall (4.4).

Hyun Ae Lee, et al. (Seúl, Corea 2022) su trabajo “Resultados clínicos de la hemorragia digestiva alta aguda según la puntuación de riesgo de Glasgow-Blatchford de tomografía computarizada en urgencias”(18) cuyo objetivo fue evaluar la utilidad de la tomografía computarizada con contraste para la evaluación del riesgo en pacientes con HDA aguda en la sala de urgencias. Este estudio fue retrospectivo, dentro de sus resultados el estudio analizo a 297 pacientes, reportó una edad media de 64.2 años con un 73.7% de hombres, un 7.3% de resangrado y un 9.1% de consumo de AINEs. un 63.6% con melena y una prevalencia de úlcera gástrica del 41.8%. Además, encontró un 82.8% de pacientes con comorbilidades: 40.7% HTA, 30% DM, 5.1% IR, 24.9% EH, 4.4% presento síncope. De los 297 pacientes con HDA, el 90.3% fueron clasificados como de alto riesgo por SGB, con una mortalidad hospitalaria significativamente mayor (10.5% en alto riesgo vs. 1.4% en riesgo moderado vs. 0% en bajo riesgo). Este estudio también encontró significancia en la estratificación de riesgos ($p=0.026$). Se concluyo que la incorporación de la tomografía computarizada el sistema de puntuación GBS mejora la capacidad de pronosticar el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia del tracto digestivo superior en la sala de emergencias.

El estudio aporta información relevante sobre las características clínicas, encontrando que el 90.3% fueron clasificados como alto riesgo según la Escala de Blatchford, con una mortalidad hospitalaria significativamente mayor en este grupo (10.5%).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Bazan, Pamela. (Lima, Perú 2019) en su trabajo **“Incidencia de hemorragia digestiva alta y factores de riesgo más frecuentes asociados a este, en el servicio de medicina interna del hospital nacional Hipólito Unanue durante los meses de enero a setiembre-2018”**(19) que tuvo como propósito determinar la frecuencia de hemorragia gastrointestinal superior y los factores de riesgo relacionados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue, entre enero y setiembre del 2018. Se realizó un estudio transversal descriptivo que incluyó a 74 pacientes. El 75,7% de los casos eran no varicosos y el 24,3% varicosos. La incidencia fue mayor en pacientes de 60 a 79 años, predominando en hombres (68,9%) y en residentes de Lima este (70%). Las causas más comunes fueron úlcera péptica (45%), várices gastroesofágicas (18%) y gastropatía erosiva (8%). El 35,1% consumía AINEs y el 25,7% tenía cirrosis hepática. Se determinó que la HDA no varicosa causada por úlcera péptica es la más común, especialmente en hombres de 60 a 79 años de Lima este. No se observó un efecto significativo del uso de AINEs ni de la cirrosis en la incidencia de HDA.

El estudio ofrece una evaluación detallada de las características clínicas y endoscópicas de la HDA, información muy importante para nuestro estudio.

Talanca Merino, Geraldine. (Lima, Perú 2019) en su trabajo **“Consumo de alcohol, tabaco y antiinflamatorios no esteroideos en el desarrollo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018”**(20) que tuvo como objetivo establecer la relación entre el consumo de alcohol, tabaco y AINE con el desarrollo de hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes atendidos en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018. Se llevó a cabo un estudio observacional de tipo analítico, casos y controles analizando informes de endoscopia, historias clínicas, y entrevista a los pacientes. Se observó un predominio masculino, con una edad media de 54 años. Del total de los pacientes, el 20.57% bebía alcohol, el 22.78% fumaba y 16.77%

consumía AINE. El ibuprofeno fue el más utilizado, la úlcera péptica fue la lesión más común. En conclusión, beber alcohol, fumar tabaco y consumir antiinflamatorios son factores de riesgo para el desarrollo de hemorragia digestiva alta no varicosa.

El estudio proporcionó información sobre la relación entre el consumo de alcohol, tabaco y AINEs con el desarrollo de HDA no varicosa siendo la úlcera péptica, la lesión más frecuente, datos que sirvieron como referente para nuestro estudio.

Alegre Gracia, Yolanda. (Piura, Perú 2018) en su trabajo “Factores asociados a morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, Hospital de Apoyo II – Sullana”(21) cuyo objetivo fue determinar los factores relacionados a la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el hospital de Apoyo II- Sullana. El estudio fue de tipo observacional retrospectivo con 63 historias clínicas, de las cuales 3 pacientes fallecieron. La edad media fue de 60 años, con una mayoría de hombres (63.6%) y la mayoría de los pacientes provenían de zonas urbanas (78.8%). La tasa de mortalidad fue del 4.5%. Los síntomas más frecuentes incluyeron melena (86.4%), malestar abdominal (69.7%) y mareos (56.1%). Las úlceras gástricas fueron el hallazgo más frecuente (51.5%). Se identificaron como condiciones de riesgo, beber alcohol (39.4%), fumar (9.1%) y el uso de AINEs (39.4%) y anticoagulantes (7.6%). Las comorbilidades más comunes fueron HTA (31.8%) y DM (16.7%). Se observó un promedio de 2 paquetes globulares transfundidos por paciente. Concluyendo que el alcohol, fumar tabaco, consumir AINEs y anticoagulantes son factores que se asocian a la morbimortalidad en pacientes con HDA no variceal.

El estudio describió la frecuencia de pacientes con hemorragia digestiva alta que consumían alcohol, fumaban tabaco, usaban AINEs y anticoagulantes además de presentar comorbilidades como hipertensión y diabetes, información importante para nuestro estudio.

Romero Mondalgo, Pritsy. (Trujillo, Perú 2016) en su trabajo “Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con úlcera péptica”(22) el propósito fue determinar los factores de riesgo relacionados a la hemorragia digestiva alta en pacientes con úlcera péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas. Se llevó a cabo un estudio analítico retrospectivo de casos y controles con una muestra de 64 pacientes en cada grupo. El análisis estadístico reveló que los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta incluyeron el uso de AINEs (OR: 10.96; $p < 0.05$), polifarmacia (OR: 21.27; $p < 0.05$), edad avanzada (OR: 2.82; $p < 0.05$) y alcoholismo (OR: 5.21; $p < 0.05$). Las conclusiones fueron que la polifarmacia, el uso AINE, el alcoholismo y la edad avanzada (>65 años) son factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con úlcera péptica.

El aporte del estudio a la investigación fue la describir la frecuencia de los factores de riesgo asociados a la HDA en pacientes con úlcera péptica polifarmacia, el uso de AINEs, el alcoholismo y la edad avanzada, información importante para nuestro estudio.

2.1.3. Antecedentes locales

Actualmente, existe una escasez de estudios locales sobre el tema de investigación. La búsqueda se realizó en repositorios universitarios y publicaciones de revistas especializadas. Sin embargo, se encontró un estudio relevante que abordó el tema en cuestión.

Cuno Huallpa Edwin Bryan (Cusco, Perú 2020) en su trabajo “Evaluación de escalas de estratificación de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva alta en los Hospitales del Cusco – 2020”(23), cuyo objetivo fue analizar la escala más efectiva para estratificar el alto riesgo en pacientes con hemorragia digestiva, basándose en la predicción de mortalidad, resangrado, estancia hospitalaria y necesidad de transfusión sanguínea en el Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco entre enero y marzo del 2020. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo prospectivo, utilizando fichas de recolección de datos y los programas Microsoft Excel

2010 y SPSS versión 22.0. el estudio incluyo a 30 pacientes de los cuales el 63.3% fueron hombres, una edad más frecuente entre 31 y 60 años (56,7%) y el 50% presentó úlcera gástrica. La tasa de mortalidad fue del 16%, y del resangrado el 30%. La capacidad predictiva de mortalidad fue del 94.4% para Rockall y del 86.8% para Glasgow-Blatchford. Para el resangrado la escala AIMS65 presentó el 93.1%. Para la estancia hospitalaria fue del 62.4% y para transfusión sanguínea del 76.2%. Se concluyó que el score AIMS65 demostró una capacidad similar a las escalas Rockall y Blatchford Glasgow en la predicción de mortalidad y resangrado y fue de utilidad para predecir estancia hospitalaria prolongada y necesidad de transfusión sanguínea.

El estudio aporta información sobre la escala Rockall que predice la mortalidad y el resangrado, mientras que la escala Blatchford predice la necesidad de transfusión sanguínea y estancia hospitalaria.

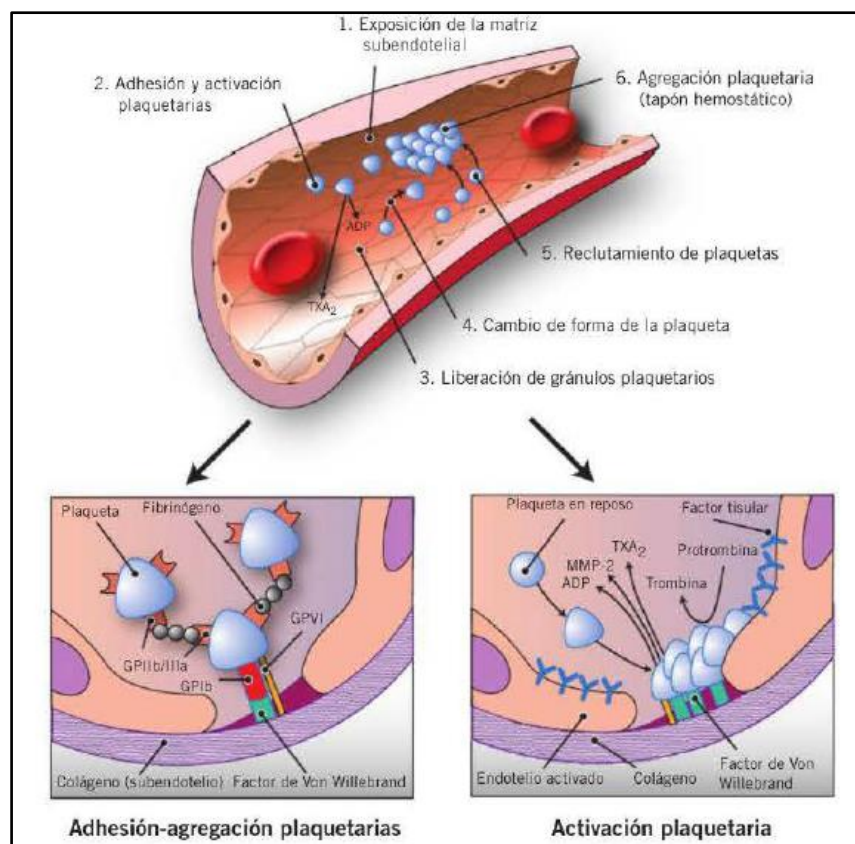
2.2. Bases teóricas científicas

2.2.1. Hemostasia

Es un proceso esencial que mantiene la sangre en estado líquido, circulando a través de los vasos sanguíneos y evitando su salida a través de lesiones vasculares. Este mecanismo se logra mediante la formación de una red de fibrina que ayuda a reparar la pared del vaso. El proceso comprende la hemostasia primaria, secundaria y la fibrinólisis, que regulan la formación y disgregación de coágulos. Un fallo en este sistema puede dar lugar a condiciones como la trombosis o hemorragia(24).

- **Vasoconstricción refleja:** Es una reacción inmediata y transitoria a la lesión vascular, activada por el sistema nervioso simpático. Esto provoca vasoespasmo, reduciendo el calibre del vaso reduciendo el sangrado facilitando el movimiento de las células sanguíneas hacia la lesión, facilitando la interacción entre las plaquetas y el subendotelio(24).
- **Hemostasia primaria:** La hemostasia primaria comienza cuando, frente a una lesión del vaso sanguíneo, las plaquetas se adhieren al subendotelio, especialmente el colágeno, por medio de su receptor GPIIb/IX y el factor de von Willebrand (FvW). Las plaquetas activadas

cambian de forma, adoptando una forma esferica con pseudópodos y secretan sustancias activas como adenosina trifosfato, calcio, serotonina y tromboxano A2. Estos elementos, denominados agonistas, aceleran la coagulación y la restauración del tejido. La agregación plaquetaria ocurre cuando las plaquetas se unen entre sí, formando un trombo de plaquetas degranuladas con poca fibrina. El fibrinógeno y su receptor GPIIb/IIIa son esenciales para la agregación. La membrana plaquetaria activada facilita la formación de fibrina y proporciona fosfolípidos necesarios para la coagulación final, protegiendo al factor Xa contra la inhibición de la antitrombina III (AT III)(24).



Fuente: Farmacología básica y clínica de Velázquez(25)

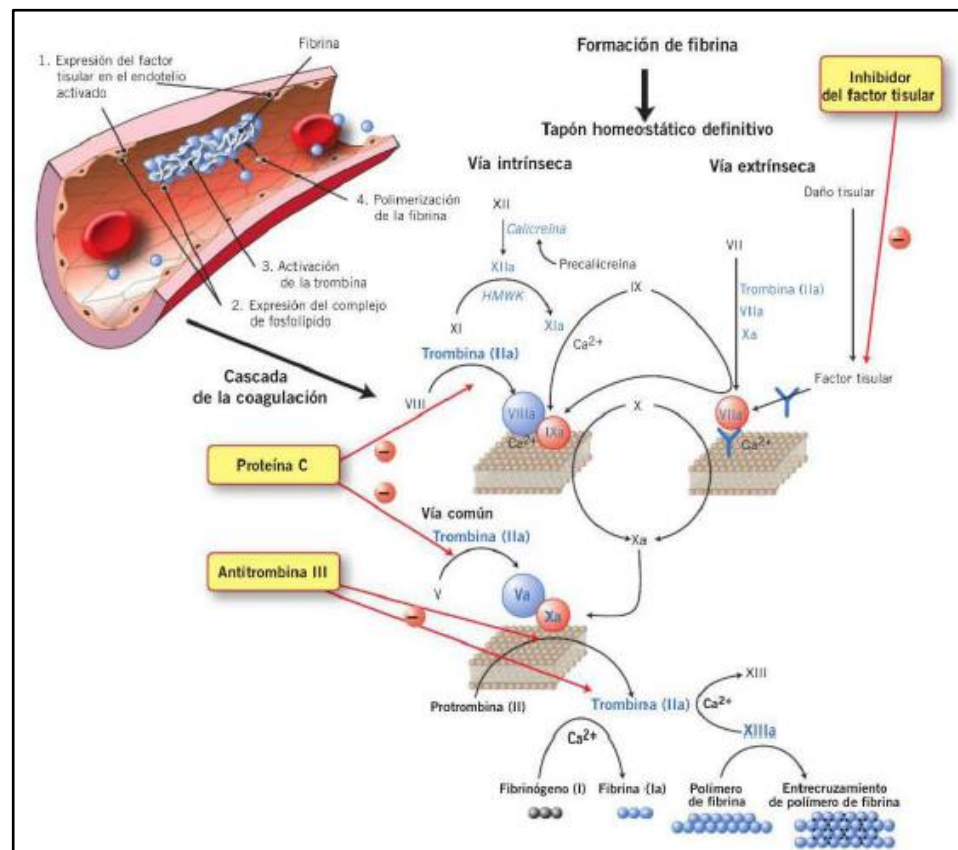
GRÁFICO N°1 Fases de la hemostasia primaria

- **Hemostasia secundaria:** Implica la interacción mutua de las proteínas plasmáticas o factores de coagulación, desencadenando una serie de reacciones en cascada que terminan en la formación de fibrina. La fibrina constituye la red final que refuerza al trombo plaquetario, formando al coagulo definitivo. El proceso involucra varias proteínas procoagulantes (los doce factores de coagulación que intervienen en la formación de

fibrina) y proteínas anticoagulantes (controlan y regulan el proceso de coagulación para evitar una coagulación generalizada). Entre las más significativas se encuentran la AT III, proteína C y proteína S(24).

- **Fase intrínseca o de contacto de la coagulación:** La vía intrínseca de la cascada de coagulación se inicia cuando se produce un daño en el endotelio vascular, exponiendo el colágeno subyacente a la circulación sanguínea. El factor XII, también conocido como factor de Hageman, se activa en factor XIIa en presencia de superficies celulares cargadas negativamente, como el colágeno. El factor XIIa, a su vez, activa el factor XI a XIa. El complejo activado de factor XI (XIa) y el factor XII (XIIa) activan el factor IX a IXa en presencia de fosfolípidos y calcio. El factor IXa, junto con su cofactor VIIIa liberado de las plaquetas, forma la "tenasa", un complejo enzimático que activa el factor X a Xa. La vía intrínseca, junto con la vía extrínseca, convergen en el factor X activado (Xa)(26)
- **Vía extrínseca o dependiente de un factor tisular:** Claro, la vía extrínseca de la cascada de coagulación es desencadenada por la exposición del factor tisular (también conocido como factor III) al torrente sanguíneo debido al daño tisular. El factor tisular forma un complejo con el factor VII circulante, convirtiéndolo en factor VIIa. Este complejo activa rápidamente el factor X a Xa en presencia de fosfolípidos y calcio. El factor Xa, junto con el factor Va y los fosfolípidos de la superficie plaquetaria, forma la "protrombinasa", un complejo enzimático que convierte la protrombina en trombina. La trombina, a su vez, desempeña un papel central en la formación del coágulo al convertir el fibrinógeno soluble en fibrina insoluble, que se polimeriza para formar la red de fibrina que estabiliza el coágulo sanguíneo(25)
- **Vía común:** La vía común de esta cascada es crucial, ya que integra los elementos de las vías intrínseca y extrínseca. Primero, se activa el factor X mediante la formación de complejos enzimáticos en ambas vías. Este proceso se inicia con la formación de un complejo dependiente de calcio entre los factores VIII, IX y X, donde el factor IX

se convierte en IXa mediante el factor XIa, sintetizado por la vía intrínseca. A su vez, el factor IXa activa el factor X junto con el factor VIII, formando un puente crucial entre las vías intrínseca y extrínseca. La activación de los factores IX y X marca un punto de inflexión en la cascada, ya que estos factores son esenciales para la formación de trombina. Finalmente, la trombina convierte el fibrinógeno soluble en fibrina, la proteína que forma la red tridimensional que estabiliza el coágulo sanguíneo. Este proceso altamente regulado es esencial para la hemostasia y la reparación de tejidos, pero también puede ser objeto de intervención farmacológica en casos de trastornos hemorrágicos o trombóticos(24).

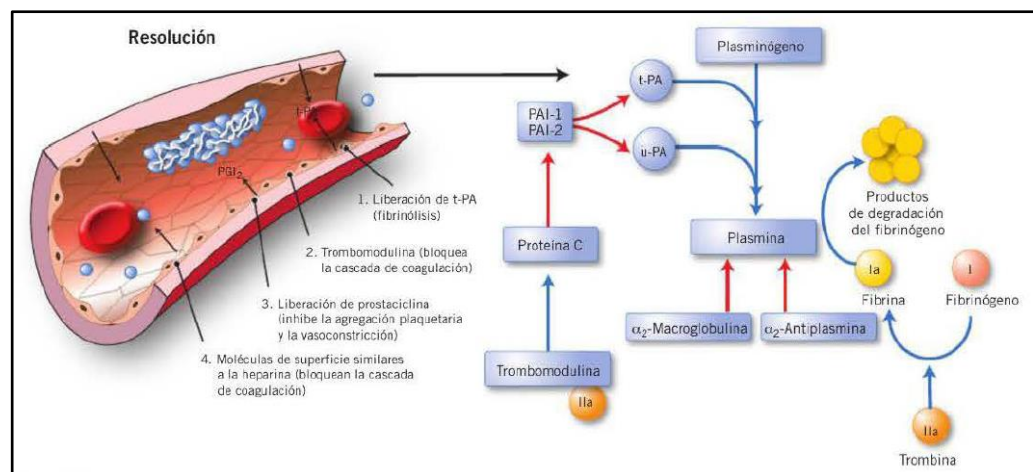


Fuente: Farmacología básica y clínica de Velázquez(25)

GRÁFICO N°2 Cascada de coagulación y su modulación

- **Fibrinolisis:** la fibrinólisis es probablemente activada como respuesta secundaria a la activación de la coagulación. Una vez formado el coágulo, comienza el proceso de reparación del tejido dañado. Para que esto ocurra, el coágulo debe disolverse y ser colonizado por células que

formarán nuevo tejido. La plasmina, enzima crucial es este sistema, se forma a partir del plasminógeno, su precursor inactivo, mediante la acción proteolítica de sus activadores, el t-PA (activador del plasminógeno tisular) y el u-PA (activador de plasminógeno uroquinasa). El t-PA tiene una baja afinidad por el plasminógeno en ausencia de fibrina, pero esta afinidad se incrementa significativamente en presencia de fibrina, lo que permite que la generación de plasmina ocurra sobre la malla de fibrina. Ambos activadores son secretados por las células endoteliales, aunque el u-PA también se produce en otros lugares. La plasmina degrada la fibrina, el componente principal del coágulo, al romper las uniones peptídicas Arg-Lis de los monómeros de fibrina, lo que produce fragmentos solubles conocidos como productos de degradación de la fibrina, como los fragmentos X, Y, D y dímeros D, que son fragmentos de fibrina cruzada. La presencia de dímero D es un indicador de que las redes de fibrina se han degradado, lo que sugiere que la hemostasia se activó previamente. La acción proteolítica de la plasmina se dirige a otras proteínas, como el fibrinógeno y la protrombina(24).



Fuente: Farmacología básica y clínica de Velázquez(25)

GRÁFICO N°3 Sistema fibrinolítico

2.2.2 Fármacos antitrombóticos

Los fármacos antitrombóticos son ampliamente utilizados en el tratamiento y prevención de diversas enfermedades cardiovasculares(27). Esta categoría de medicamentos incluye tanto anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios

y los fibrinolíticos, que suelen ser más usados en situaciones de urgencia(28). Los agentes antiagregantes plaquetarios y los anticoagulantes se utilizan principalmente para prevenir la formación de nuevos coágulos sanguíneos. Sin embargo, es importante destacar que estos medicamentos no tienen un impacto significativo en los coágulos ya formados. Su función se centra en inhibir los procesos que conducen a la coagulación, reduciendo así el riesgo de complicaciones trombóticas, a diferencia de los fármacos fibrinolíticos que pueden disolver los coágulos preexistentes. La terapia antitrombótica conlleva riesgos, aumentando la posibilidad de complicaciones hemorrágicas como hemorragia digestiva, cerebral, retinal o vitreal, siendo la hemorragia digestiva la más común. Estas complicaciones pueden ser fatales o causar comorbilidades graves(10,29,30). La trombogénesis implica dos procesos principales: agregación plaquetaria y coagulación. Durante la trombogénesis arterial, las plaquetas se adhieren inicialmente a las áreas dañadas de las paredes vasculares. Este proceso de adhesión es seguido por la agregación plaquetaria, donde las plaquetas se agrupan para formar un núcleo. Alrededor de este núcleo, se acumula fibrina, que refuerza el coágulo y contribuye a la formación del trombo. Este mecanismo es crucial para la formación de coágulos en las arterias, ayudando a detener el sangrado y estabilizar la lesión vascular. Los trombos arteriales, predominantemente blancos debido a las plaquetas, obstruyen el flujo arterial y causan isquemia e infarto. En contraste, los trombos venosos, que empiezan como hebras de fibrina y son rojos por los glóbulos rojos atrapados, pueden embolizarse a grandes distancias y causar embolia pulmonar. Los antiagregantes plaquetarios previenen la formación de coágulos en las arterias al inhibir la agregación de las plaquetas, mientras que los anticoagulantes se utilizan para prevenir la trombogénesis en las venas o en las aurículas del corazón, siendo especialmente efectivos en pacientes que padecen fibrilación auricular. En pacientes de riesgo alto con eventos trombóticos venosos o arteriales, puede ser necesaria una terapia combinada de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes, aumentando el riesgo de hemorragia espontánea y posquirúrgica(31). Los fármacos antitrombóticos tienen importantes efectos profilácticos y terapéuticos para pacientes con diversas enfermedades, como enfermedades de las arterias

coronarias, fibrilación auricular, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, cardiopatía isquémica e infarto agudo de miocardio(31).

2.2.2.1. Fármacos antiagregantes plaquetarios (AAP)

También denominados inhibidores de la agregación plaquetaria, estos fármacos son ampliamente utilizados para la prevención tanto primaria como secundaria de enfermedades tromboticas cerebrovasculares y cardiovasculares. Estos medicamentos funcionan bloqueando la función de las plaquetas, lo que impide su capacidad de adherirse entre sí y a las paredes de los vasos sanguíneos, reduciendo así la formación de coágulos que podrían obstruir los vasos sanguíneos y provocar eventos cardiovasculares graves. Su uso puede ser tanto a corto plazo, durante eventos agudos como el infarto de miocardio, como a largo plazo para prevenir eventos tromboticos recurrentes en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares(31).

TABLA N°1 Clasificación de los fármacos antiagregantes plaquetarios

Fármacos antiagregantes plaquetarios	
Inhibidores del ácido araquidónico	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores del COX-1: ácido acetilsalicílico y trifusal
Antagonistas del receptor GPIIb/IIIa	<ul style="list-style-type: none"> • Antagonistas del receptor GPIIb/IIIa intravenoso: abciximab, epifibatida • Antagonistas del receptor GPIIb/IIIa orales: xemelofibán, orbofibán, sibrafibán, lotrafibán
Antagonistas del receptor P2Y12	<ul style="list-style-type: none"> • Antagonistas irreversibles del receptor P2Y12 o tienopiridinas: ticlopidina, clopidogrel, Prasugrel • Antagonistas reversibles del receptor P2Y12: ciclopentiltriazolpirimidinas (ticagrelor, cangrelor, elinogrel)
Moduladores del monofosfato cíclico intracelular	<ul style="list-style-type: none"> • Moduladores de las ciclasas: óxido nítrico, prostaciclina, iloprost • Inhibidores de las fosfodiesterasas: milrinona, anagrellida, cilostazol

Fuente: Farmacología básica y clínica de Velázquez(25)

Según lo establecido en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales 2023, los diferentes niveles de atención de los establecimientos del Sector Salud dispondrán de una gama de antiagregantes plaquetarios, como se detalla en la Tabla N°2. Estos incluyen ácido acetilsalicílico y clopidogrel(32).

TABLA N°2 Antiagregantes plaquetarios de uso habitual

Características	Ácido acetil salicílico (AAS)	Clopidogrel
Mecanismo de acción	Bloqueo de la ciclooxigenasa	Bloqueo irreversible del receptor P2Y12
Metabolitos activos	Si (ácido salicílico)	Si
Biodisponibilidad (%)	80-100	<50
Distribución	Vd: 170 mL/Kg UPP: 80-90%,	UPP:98%
Metabolismo	Hepático	Hepático
Semivida media	AAS:15-20 min AS: 2-20 h	Clopidogrel: 6 h Metabolito activo: 30 min
Eliminación (%)	Renal 80-100	Renal 50, heces 46
Dosis	75 – 325 mg/día	75mg/día
Indicaciones	Prevención secundaria eventos trombóticos arteriales. Prevención de reestenosis tras cardiología intervencionista	Prevención secundaria, cardiología intervencionista

Fuente: Manual de hematología y hemoterapia(26)

El uso de terapia antiplaquetaria ha aumentado significativamente debido al aumento de las enfermedades de las arterias coronarias. Aunque en su mayoría son asintomáticos durante los tres primeros meses. El uso de dosis bajas de ácido acetilsalicílico en pacientes que necesitan protección cardiovascular a largo plazo se ha relacionado con un mayor riesgo de hemorragia digestiva o mortalidad debido a complicaciones gastrointestinales, sin importar otros factores de riesgo. En los estudios, se observó que la erosión gástrica era del 63% y la úlcera péptica de aproximadamente el 10% en usuarios a largo plazo(33).

El ácido acetilsalicílico tiene un mecanismo gastrolesivo que se basa principalmente en su efecto sobre la síntesis de prostaglandinas y en sus propiedades físicas que afectan la mucosa gástrica. Las prostaglandinas desempeñan un papel fundamental en la protección de la mucosa gástrica al promover la producción de moco y bicarbonato, lo cual neutraliza el ácido gástrico, y al mantener la integridad de la barrera epitelial, además de asegurar un flujo sanguíneo adecuado en la mucosa. Al reducir la síntesis de prostaglandinas, el AAS disminuye la protección de la mucosa gástrica frente a los efectos irritantes del ácido y de otras sustancias agresivas

presentes en el jugo gástrico. Esto genera un ambiente más ácido y menos protegido, lo que facilita la aparición de erosiones, inflamación y úlceras en el revestimiento del estómago. Además, el AAS tiene un efecto irritante directo cuando entra en contacto con la mucosa gástrica. Al ser una molécula ácida y de pequeño tamaño, puede atravesar fácilmente la capa de moco y entrar en las células epiteliales del estómago, donde su naturaleza ácida provoca daños intracelulares y puede llevar a la muerte celular. Estos efectos combinados, tanto indirectos por la inhibición de prostaglandinas como directos, aumentan significativamente el riesgo de daño gástrico, especialmente en personas que toman AAS de manera crónica o a dosis elevadas(34).

Un metaanálisis de 14 ensayos controlados aleatorios mostró que el riesgo relativo de hemorragia digestiva se duplicaba en pacientes que recibían entre 75 mg y 325 mg de ácido acetilsalicílico, y se informó que el riesgo era mayor en pacientes con uso de múltiples fármacos y comorbilidad, particularmente en pacientes mayores(35). Se encontró que el clopidogrel, comercializado debido a los efectos secundarios gastrointestinales bajos, tiene una tasa de HD más baja (1,99 % frente a 2,66 %), riesgo de hemorragia HDA grave (0,49 % frente a 0,71 %) y efectos secundarios gastrointestinales (27,1 %). % vs. 29,8%) en comparación con AAS en la fase de estudios(36). Sin embargo, en los estudios actuales, se encontró que el riesgo de presentar hemorragia digestiva asociada al uso de clopidogrel era similar con el uso de AAS, anticoagulantes o AINE. Además, mientras que el riesgo de hemorragia digestiva relacionada con el uso de AAS solo oscilaba entre el 0,6 % al 1 %, se reportó que la inclusión de clopidogrel en el tratamiento aumentaba este riesgo en un 1 % adicional(37).

2.2.2.2. Fármacos anticoagulantes

La anticoagulación parenteral y oral son esenciales en la prevención de eventos tromboticos que se desarrollan en entornos de baja presión como las venas o las cámaras superiores del corazón, especialmente en pacientes con fibrilación auricular. Sin embargo, puede ser necesaria una terapia combinada con fármacos antiplaquetarios y anticoagulantes para los

pacientes de alto riesgo que sufren eventos trombóticos venosos o arteriales. Obviamente, la terapia combinada aumenta el riesgo de hemorragia espontánea y posquirúrgica(38), hasta del 10 a 17,5% por año(39). La Tabla 3 proporciona una clasificación detallada de los anticoagulantes parenterales y orales.

TABLA N°3 Clasificación de los fármacos anticoagulantes

Fármacos anticoagulantes	
Dicumarínicos: interfieren en la síntesis hepática de los factores dependientes de la vitamina K	<ul style="list-style-type: none"> • Warfarina • Acenocumarol
Heparinas: actúan activando la antitrombina III	<ul style="list-style-type: none"> • Heparinas no fraccionadas • Heparinas de bajo peso molecular (HBPM): bemiparina, dalteparina, enoxaparina, nadroparina, tinzaparina
Inhibidores directos de la trombina	Bivalentes (hirudinas) <ul style="list-style-type: none"> • Irreversibles: lepirudina, desirudina • Reversibles: bivariludina Monovalentes: argatrobán, dabigatrán, edoxabán
Inhibidores del factor Xa	<ul style="list-style-type: none"> • Directos (orales): rivaroxabán, apixabán • Indirectos (parenterales): fondaparinux, idraparinux

Fuente: Farmacología básica y clínica de Velázquez(25)

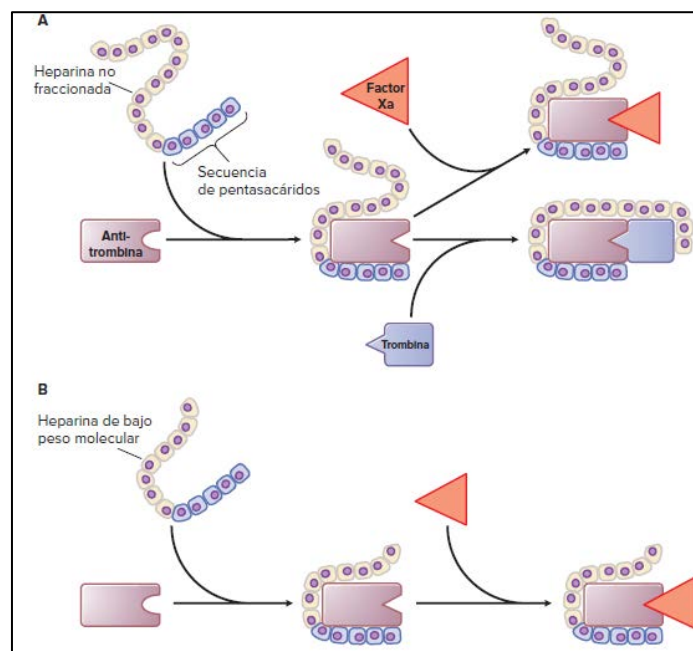
Según lo establecido en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales 2023, los diferentes niveles de atención de los establecimientos del Sector Salud contarán con una serie de anticoagulantes, tal como se describe en la Tabla N°4 y la Tabla N°5. Estos incluyen la heparina no fraccionada (HNF), enoxaparina, warfarina y dabigatrán(32).

TABLA N°4 Anticoagulantes parenterales de uso habitual

Características	Heparina sódica	Enoxaparina sódica
Mecanismo de acción	Potencia la acción de la antitrombina. Ver Ilustración 6	Potencia la acción de la antitrombina. Ver Ilustración 6
Peso molecular (Da)	15 000	5 000
Biodisponibilidad (%)	Comienzo inmediato (IV) 30 (SC)	92-100
Vida media (h)	1	4
Metabolismo	Hepático	Hepático
Eliminación	Renal	Renal

Dosis utilizadas	Enfermedad tromboembólica venosa: 18 UI/kg/h Cardiopatía isquémica: bolo de 70 UI/kg, seguido de 15 UI/kg/h	Profilaxis de bajo riesgo: 20mg/24h subcutánea Profilaxis de alto riesgo: 40mg/24h Tratamiento de la trombosis venosa: 1mg/kg/12h
Prueba de seguimiento	TTPa, Anti-factor Xa	Anti-factorXa
Antídoto	Sulfato de protamina	Sulfato de protamina
Indicaciones	Infarto de miocardio, embolia pulmonar, tromboembolismo venoso, síndrome coronario agudo, trombosis venosa profunda, tromboembolismo arterial	De elección en tratamiento extrahospitalario para infarto de miocardio, embolia pulmonar, tromboembolismo venoso, síndrome coronario agudo, trombosis venosa profunda, tromboembolismo arterial

Fuente: Guía para anticoagulación y trombólisis(26)



Fuente: Goodman y Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica(40)

GRÁFICO N°4 Mecanismo de acción de la Heparina y la HBPM

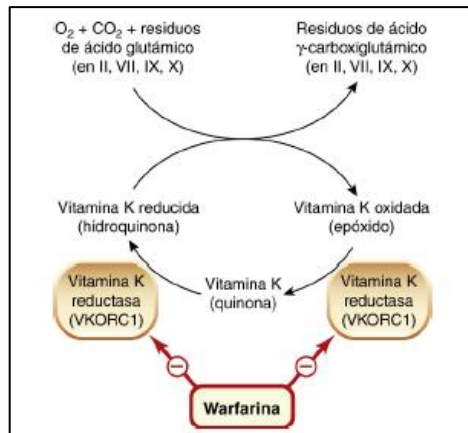
El gráfico 6 ilustra el mecanismo de acción de la Heparina y la Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM), las cuales inhiben la coagulación mediante su unión a la antitrombina III (ATIII). Mientras que la Heparina estándar inhibe tanto la trombina (factor IIa) como el factor Xa, la HBPM muestra una mayor afinidad por el factor Xa y una menor capacidad para inactivar la trombina.

Ambos tipos de heparina previenen la formación de coágulos al interferir con la cascada de coagulación. La HBPM, debido a su menor interacción con las plaquetas, es menos propensa a causar trombocitopenia inducida por heparina(32).

TABLA N°5 Anticoagulantes orales de uso habitual

Características	Warfarina sódica	Dabigatrán
Mecanismo de acción	Inhibe la síntesis de factores de coagulación de la vitamina K en el hígado (II, VII, IX y X). Ver Ilustración 4.	Inhibición del factor IIa (trombina)
Profármaco	No	Si
Biodisponibilidad (%)	100	6,5
Volumen de distribución (L)	10	50-70
Efecto máximo	4-5 días	1.5-3h
Vida media	40 h	12-17 h
Metabolismo	Hepático	Hepático
Eliminación	Renal 80%, heces 20%,	Renal 80%
Dializable	No	Si
Prueba de seguimiento	INR	TTPa, TT
Dosis utilizadas	2-5mg/24h	110-150 mg/12h
Agentes para revertir el efecto	Vitamina K	Idarucizumab
Indicaciones	Embolia pulmonar, fibrilación auricular, infarto agudo de miocardio, insuficiencia valvular isquémica	Profilaxis del tromboembolismo venoso después de la cirugía de reemplazo de cadera o rodilla. Prevención de accidentes cerebrovasculares con fibrilación auricular no valvular

Fuente: Guía para anticoagulación y trombólisis(26)



Fuente: Farmacología de Rang y Dale(41)

GRÁFICO N°5 Mecanismo de acción de la Warfarina

El gráfico N°7 muestra el mecanismo de acción. La warfarina es un anticoagulante oral que actúa inhibiendo la síntesis de factores de coagulación en el hígado. Su mecanismo de acción se basa en bloquear la enzima vitamina K epóxido reductasa, que normalmente convierte la vitamina K epóxido en su forma activa, la hidroquinona. Esta hidroquinona es esencial para la carboxilación de ciertos residuos en proteínas clave de la coagulación, como los factores II, VII, IX y X, y también en proteínas reguladoras como la proteína C y S. La carboxilación convierte estos residuos en ácido γ -carboxiglutámico (Gla), permitiendo a los factores de coagulación unirse a fosfolípidos cargados negativamente en las células y así participar en la formación de coágulos(32).

2.2.2.3. Doble terapia antitrombótica

La terapia dual, que combina dos agentes antitrombóticos, se utiliza en situaciones clínicas de alto riesgo trombótico, como en pacientes con enfermedad cardiovascular severa, quienes han recibido stents coronarios, o en quienes tienen antecedentes de infartos o eventos isquémicos. La combinación más común en terapia dual es la de dos antiagregantes plaquetarios, típicamente ácido acetilsalicílico (AAS) con clopidogrel, que actúan sinérgicamente para inhibir la activación y agregación plaquetaria, lo cual reduce el riesgo de formación de trombos en las arterias coronarias. Esta combinación se emplea en prevención secundaria en pacientes con alto riesgo de eventos trombóticos recurrentes(42).

La combinación de anticoagulantes (como warfarina más enoxaparina) es poco común en la práctica clínica, debido a su mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas graves. Sin embargo, puede utilizarse en ciertos contextos de anticoagulación transitoria, por ejemplo, durante el "puente" entre el inicio de anticoagulación oral y la obtención de niveles terapéuticos de INR en casos de tromboembolismo venoso agudo o en pacientes que requieren anticoagulación intensa temporalmente. Esta combinación requiere una monitorización cercana de los niveles de coagulación para evitar hemorragias(42,43).

Por último, la combinación de un antiagregante plaquetario y un anticoagulante (como AAS y warfarina) se emplea en pacientes con condiciones en las que existe un alto riesgo tanto de trombosis arterial como venosa, como en la fibrilación auricular en pacientes con enfermedad arterial coronaria. Aquí, el antiagregante inhibe la función plaquetaria, previniendo la agregación sobre superficies arteriales, mientras que el anticoagulante actúa en la cascada de coagulación, previniendo la formación de coágulos en los vasos venosos. Sin embargo, esta combinación también aumenta el riesgo de sangrado, especialmente en el tracto gastrointestinal, por lo que se suele limitar a casos en los que los beneficios claramente superan los riesgos, y siempre bajo una cuidadosa evaluación clínica y monitorización periódica(42,43).

En terapias combinadas de antiagregantes y anticoagulantes, como AAS y warfarina, el riesgo de HDA es aún mayor. La inhibición simultánea de la hemostasia primaria (por antiagregantes) y secundaria (por anticoagulantes) compromete de manera significativa los mecanismos hemostáticos necesarios para detener el sangrado, especialmente en el sistema digestivo, donde la mucosa está constantemente expuesta a agentes irritantes. La combinación de ambos agentes exige una cuidadosa evaluación del balance riesgo-beneficio y una monitorización intensiva, dado el riesgo elevado de sangrado, especialmente en pacientes de edad avanzada o con antecedentes de úlceras gástricas. La combinación de AAS y warfarina exige una monitorización exhaustiva y continua, con ajustes frecuentes de la dosis

y evaluación del estado hemostático del paciente. La evaluación del balance riesgo-beneficio es crucial antes de prescribir esta combinación, especialmente en poblaciones de alto riesgo, debido al potencial de complicaciones hemorrágicas graves y al desafío de gestionar adecuadamente el riesgo de HDA en un entorno clínico(42,44).

2.2.3. Hemorragia digestiva

La hemorragia digestiva (HD) se refiere a la pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal, desde la orofaringe hasta el ano. Se clasifica en hemorragia digestiva alta (HDA), próxima al ángulo de Treitz y la hemorragia digestiva baja distal al ángulo de Treitz(45)

El sangrado gastrointestinal agudo o evidente es manifiesta con hematemesis, melena o hematoquecia. En contraste, la hemorragia digestiva crónica u oculto no es evidente para el paciente y suele presentarse como melena o anemia por deficiencia de hierro. Si bien la HD puede ser potencialmente mortal, se ha demostrado que muchos casos pueden tratarse de manera segura en forma ambulatoria(45)

2.2.3.1. Hemorragia digestiva alta

La HDA o superior es la urgencia médica gastroenterológica más frecuente, que incluye cualquier sangrado proximal al ligamento de Treitz y puede originarse en el esófago, estómago o duodeno. Se clasifica en varicosa y no varicosa debido a las implicaciones pronósticas asociadas a cada categoría(45)

2.2.3.2. Epidemiología

La incidencia anual de HDA varía entre 50 y 150 episodios por cada 100 000 personas con una tasa de mortalidad del 3 al 14 %(29). En el caso de Perú, la mortalidad es aproximadamente del 9%(46). En comparación con la HDB, que tiene una incidencia anual de 20 y 27 episodios por cada 100 000 personas y una tasa de mortalidad del 4 al 10 %. El sangrado gastrointestinal agudo afecta con mayor frecuencia a los hombres que en mujeres y su incidencia incrementa con la edad(45). El

sangrado gastrointestinal oculto crónico, se estima que entre el 5 y 11 % de las mujeres y entre el 1 y 4 % de los hombres tienen deficiencia de hierro y entre el 5 y 2 % de las mujeres y los hombres adultos sufren de anemia por deficiencia de hierro. Se ha asociado tradicionalmente, la anemia por deficiencia de hierro a la hemorragia gastrointestinal oculta crónica, especialmente en grupos distintos de las mujeres premenopáusicas, y justifica una mayor investigación del tracto gastrointestinal, incluido el cáncer colorrectal(45).

2.2.3.3. Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas pueden abarcar dolor abdominal, aturdimiento, mareos, síncope, hematemesis (vómitos de sangre color soja o café), melena (heces negras, pastosas y malolientes) o incluso shock hipovolémico(47). La hematoquecia suele ser indicativa de una hemorragia digestiva baja. No obstante, también puede ocurrir en casos de sangrado masivo del tracto digestivo superior, lo cual generalmente se asocia con inestabilidad hemodinámica(48).

2.2.3.4. Causas de la hemorragia digestiva alta

La clasificación de la HDA puede basarse en factores anatómicos y fisiopatológicos, que abarcan úlceras, trastornos vasculares, traumatismos, causas iatrogénicas, tumores, hipertensión portal (45), tal como se muestra en la Tabla N°6.

Las causas más comunes de HDA son la úlcera péptica (55%) que se divide en gástrica (21,3–23,1%) o duodenal (13,9–24,3%) y las varices esofágicas (10,3– 23,1%). La gastritis erosiva, es una causa rara de HDA significativa a menos que se asocie con un factor predisponente, como la coagulopatía, el tratamiento anticoagulante o sepsis (4,7–23,4%). Las causas menos comunes son la esofagitis (3,7–6,3%), duodenitis (3,7–5,8%), síndrome de Mallory Weiss (5–10,2%), angiodisplasia (6%), neoplasia (2–4,9%), úlcera esofágica (1,7%) y la lesión de Dieulafoy (1%). En el 5–10 % de los casos la causa del sangrado no puede ser identificado(49). Al evaluar inicialmente a pacientes con HDA, se realiza la historia clínica, un examen físico exhaustivo y se solicitan pruebas de

que incluye componentes clínicos y endoscópicos para predecir la mortalidad, la GBS se centra en la necesidad de intervenciones médicas urgentes, como transfusiones de sangre y cirugías, sin requerir datos endoscópicos. Esta característica hace al GBS especialmente valioso en la evaluación inicial de los pacientes, permitiendo una rápida estratificación del riesgo, facilitando decisiones clínicas oportunas en la gestión de HDA(51).

Desarrollada en el año 2000 por el Dr. Oliver Blatchford y su equipo, la Escala de Blatchford considera una serie de variables clínicas y de laboratorio, incluyendo la presión arterial sistólica, niveles de urea en sangre, los niveles de hemoglobina, la frecuencia cardíaca, la presencia de melena o síncope, y la existencia de enfermedades hepáticas o cardíacas. Cada variable se puntúa y se suman para obtener la puntuación total(52).

La puntuación en la GBS fluctúa entre 0 y 23 puntos, donde una valoración más alta indica un mayor riesgo de necesitar intervención médica. Una puntuación <1 se consideran de bajo riesgo y pueden ser candidatos para el manejo ambulatorio (0.5% de riesgo de intervención), con un puntaje >1 son considerados de alto riesgo, un puntaje >6 se considera un riesgo muy alto y se asocia a 50% de riesgo de intervención (transfusión, EDA, cirugía)(53,54).

Se han llevado a cabo varios estudios que validan la eficacia de la Escala de Blatchford en la estratificación del riesgo de los pacientes. Esta escala ha demostrado tener una alta capacidad para identificar a aquellos pacientes que tienen un alto riesgo y que podrían necesitar intervención médica urgente(52).

Tabla N°7 Escala de Glasgow - Blatchford

Variables clínicas y de laboratorio	Valor	Puntaje
Nivel de urea en sangre, mmol/L	6.5 – 7.9	2
	8.0 – 9.9	3
	10.0 – 24.9	4
	≥ 25.0	6
Nivel de hemoglobina para hombres, g/L	120 - 129	1
	100 – 119	3

	< 100	6
Nivel de hemoglobina para mujeres, g/L	100 – 119	1
	< 100	6
Presión arterial sistólica, mm Hg	100 – 109	1
	90 – 99	2
	< 90	3
Frecuencia cardíaca, min	≥ 100	1
Presenta melena	-	1
Presenta síncope	-	2
Presenta enfermedad hepática	-	2
Presenta enfermedad cardíaca	-	2

Fuente: Escala de Blatchford en la hemorragia digestiva alta no varicosa, 2015

La Escala de Rockall, desarrollada por Rockall y colaboradores en 1997, es una herramienta ampliamente utilizada en medicina para evaluar el riesgo de resangrado y mortalidad en pacientes con úlceras gástricas o duodenales. Esta escala se divide en dos partes una parte preendoscópica y la otra posendoscópica. Asigna puntos según la edad del paciente, su estado general, comorbilidades y características de la úlcera, como tipo y localización. Varios estudios han mostrado una relación directa entre la puntuación en la escala y la probabilidad de resangrado y mortalidad. Por lo tanto, la Escala de Rockall se ha reconocido como una herramienta práctica, precisa y rápida para prever estos riesgos y orientar el manejo clínico de los pacientes afectados(55). Los puntajes se comprenden de la siguiente manera: un puntaje de Rockall ≤ 2 indica un riesgo bajo de mortalidad, 3-4 puntos sugieren un riesgo moderado, mientras que una puntuación ≥ 5 indica un alto riesgo de mortalidad(56).

El riesgo de mortalidad preendoscópica según el puntaje es:

- 0 puntos: 0.2% de mortalidad
- 1 punto: 2.4% de mortalidad
- 2 puntos: 5.6% de mortalidad
- 3 puntos: 11% de mortalidad
- 4 puntos: 24.6% de mortalidad
- 5 puntos: 39.6% de mortalidad
- 6 puntos: 48.9% de mortalidad
- 7 puntos: 50% de mortalidad

Los elementos considerados para calcular el puntaje incluyen la edad del paciente, la presencia de comorbilidades, signos de shock, los hallazgos endoscópicos y el tipo de hemorragia digestiva alta(57).

TABLA N°8 Escala de Rockall

Variable	0	1	2	3
Edad	<60	60 - 79	>80	-
Estado circulatorio	No (PAS≥100 o FC<100 lpm)	Taquicardia (PAS≥100 o FC<100 lpm)	Hipotensión (PAS<100)	-
Enfermedades asociadas	Ninguna	-	Cardiopatía isquémica Insuficiencia cardiaca EPOC	Insuficiencia renal Cirrosis Neoplasia
Diagnóstico Endoscopia	Sin lesión Mallory Weiss	Todos los otros diagnósticos	Neoplasia del aparato digestivo	-
Signos de hemorragia reciente	No Hematina	-	Hemorragia activa Vaso visible Coagulo adherido	-

Fuente: Uso de las escalas preendoscópicas Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 para predecir la necesidad de terapéutica endoscópica en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto

Otros factores que influyen significativamente ante el riesgo de complicaciones son los factores demográficos y estilos de vida, así como el historial médico.

Factores determinantes de la hemorragia digestiva alta

- **Edad:** Los adultos mayores presentan un mayor riesgo de hemorragia digestiva debido a cambios en la mucosa gastrointestinal, como la atrofia de las glándulas gástricas, que reduce la producción de moco y bicarbonato, esenciales para la protección de la mucosa frente al ácido gástrico. Además, la disminución de la vascularización y el deterioro de la regeneración celular comprometen la capacidad de reparación del epitelio(19,58).
- **Sexo:** El sexo es un factor de riesgo para la hemorragia digestiva en adultos mayores, influenciado por diferencias hormonales. En

las mujeres, la disminución de estrógenos durante la menopausia afecta negativamente la mucosa gastrointestinal; estas hormonas poseen propiedades antiinflamatorias que inhiben la producción de citoquinas proinflamatorias y promueven la secreción de moco y bicarbonato, fortaleciendo la barrera mucosa. Así, la deficiencia de estrógenos aumenta la vulnerabilidad a lesiones y hemorragias, contribuyendo a la variabilidad en la presentación de estas condiciones entre sexos en la población geriátrica (39).

- **Consumo de alcohol y tabaco:** El consumo de alcohol y tabaco es un factor clave en el daño gastrointestinal que incrementa el riesgo de hemorragia digestiva alta. El alcohol, tanto en consumo agudo como crónico, deteriora la mucosa gástrica al aumentar su permeabilidad, reducir la producción de moco protector y generar estrés oxidativo, lo que facilita la aparición de erosiones y úlceras. Además, estimula la secreción de ácido clorhídrico, exacerbando el daño. En el caso del tabaquismo, las sustancias tóxicas irritan la mucosa y reducen el flujo sanguíneo gástrico, afectando la capacidad regenerativa del tejido. La nicotina también interfiere en la motilidad gastrointestinal y favorece el reflujo ácido, aumentando el riesgo de esofagitis y úlceras. Ambos hábitos, en conjunto, generan un entorno propicio para lesiones graves en la mucosa y el desarrollo de hemorragia digestiva alta(20).
- **Infección por *Helicobacter pylori*:** Es una bacteria gramnegativa que induce una inflamación crónica de la mucosa gástrica, comprometiendo su integridad y favoreciendo la formación de úlceras pépticas. La infección puede aumentar la secreción ácida y alterar factores protectores, lo que intensifica el riesgo de erosión. Además, el uso de antiinflamatorios no esteroideos y el consumo de alcohol pueden agravar este daño, elevando así el riesgo de hemorragia digestiva(20).
- **Uso de medicamentos:** Se sabe que los AINEs y la aspirina aumentan el riesgo de hemorragia digestiva alta (HDA), ya que están asociados con el desarrollo de úlcera péptica (40-60% de los usuarios habituales de AINEs tienen erosiones gástricas y 10-30%

úlceras gástricas). El uso de corticosteroides por sí solo no aumenta el riesgo de úlcera péptica o sangrado, pero cuando se combinan con AINEs, la probabilidad se incrementa hasta diez veces(19).

- **Enfermedades asociadas:**

- **Diabetes Mellitus:** En pacientes diabéticos, los niveles elevados de glucosa en sangre a lo largo del tiempo pueden dañar los vasos sanguíneos y los nervios, incluyendo los que están en el tracto digestivo. Esto compromete la barrera protectora de la mucosa gástrica y disminuye su capacidad para reparar daños, haciendo que el estómago y el intestino sean más vulnerables a úlceras y sangrados. Además, la diabetes se asocia a una mayor prevalencia de infecciones por *Helicobacter pylori*, una bacteria que aumenta el riesgo de úlceras gástricas y, por ende, de HDA(59).
- **Hipertensión Arterial:** Aunque no afecta directamente la mucosa gástrica, la hipertensión arterial se relaciona con la rigidez y fragilidad de los vasos sanguíneos. En contextos de hipertensión portal (frecuentemente relacionados con enfermedades hepáticas), el riesgo de hemorragias digestivas es especialmente alto, debido al aumento de presión en las venas del sistema digestivo, como las varices esofágicas, que pueden romperse y causar una HDA grave(59).
- **Enfermedades Hepáticas:** las enfermedades hepáticas, en particular la cirrosis hepática, son las principales causas de HDA. En estos pacientes, el hígado no funciona adecuadamente debido a un proceso de cicatrización que afecta su capacidad de regeneración y producción de proteínas clave, incluyendo los factores de coagulación. La falta de estos factores provoca una tendencia al sangrado en distintas partes del cuerpo, incluyendo el tracto gastrointestinal. Además, la cirrosis genera hipertensión portal, que produce un aumento de la presión en las venas

esofágicas y gástricas, dando lugar a várices susceptibles de ruptura. Estos factores hacen que las personas con cirrosis tengan un alto riesgo de HDA severo(59).

- **Insuficiencia Renal:** incrementa el riesgo de hemorragia digestiva alta debido a varias alteraciones fisiológicas asociadas. Primero, la insuficiencia renal provoca disfunción plaquetaria, ya que los riñones dañados no pueden eliminar eficazmente toxinas urémicas de la sangre, lo cual afecta la adhesión y función de las plaquetas, esenciales para la coagulación. Además, la acumulación de estas toxinas deteriora la integridad de la mucosa gastrointestinal, haciendo que sea más vulnerable a úlceras y erosiones que pueden sangrar. Por otro lado, la hipertensión, una comorbilidad frecuente, puede desencadenar hipertensión portal, lo que eleva la presión en las venas del sistema digestivo y fomenta el desarrollo de varices esofágicas y gástricas, altamente susceptibles a la ruptura y hemorragia(59).

2.2.3.6. Diagnóstico

El método de elección para el diagnóstico es la endoscopia digestiva alta (EDA), que tiene una alta sensibilidad y especificidad para detectar y identificar lesiones en el tracto digestivo superior. Cuando se identifica una lesión que sangra, la endoscopia puede lograr hemostasia aguda y prevenir hemorragias recurrentes en la mayoría de los pacientes. Se recomienda realizar una endoscopia temprana (dentro de las 24 horas) en la mayoría de los pacientes con HDA aguda. En casos de sospecha de sangrado por várices, se lleva a cabo una endoscopia dentro de las 12 horas posteriores a la presentación. Sin embargo, en pacientes hemodinámicamente estables y con bajo riesgo de complicaciones (por ejemplo, aquellos con puntuaciones bajas en la GBS), se puede considerar posponer o incluso omitir la EDA, dependiendo de la evaluación clínica y los resultados de otras pruebas(49).

2.2.4. Adultos mayores

Diversos organismos internacionales, como la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), definen a una persona de 60 años o más como adulto mayor. Actualmente, Perú es el séptimo país más poblado de América, con 32 millones 131 mil habitantes, de los cuales el 12.4% son adultos mayores. Según el informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)(60).

El envejecimiento como parte del desarrollo humano conlleva una diversidad de cambios físicos, psicológicos y sociales que afectan la capacidad funcional del adulto mayor y su interacción con el entorno. Estos cambios no son lineales ni uniformes, ya que cada individuo vive este proceso de manera única. Los contextos socioculturales influyen en la percepción del envejecimiento, generando estereotipos que pueden afectar negativamente cómo se vive esta etapa de la vida, haciendo que sea difícil de sobrellevar para algunos adultos mayores(60).

La salud durante el envejecimiento se vuelve más dinámica y compleja debido a la presencia de multimorbilidades, enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, cuyas repercusiones se manifiestan en las capacidades físicas, mentales y en la funcionalidad del adulto mayor. Estos padecimientos contribuyen significativamente a la morbilidad y mortalidad en la población adulta mayor, resaltando la importancia de una atención médica integral y adecuada para mejorar su calidad de vida(60).

2.2.5. Hospital Antonio Lorena

El Hospital Antonio Lorena es un hospital de la ciudad del Cusco, el hospital inició su historia en 1934, reemplazando al antiguo Hospital Almudena, fundado en 1698 por Fray Rodrigo de la Cruz. En 1933, el doctor Roberto Castañeda Garmendía, presidente de la Sociedad de Beneficencia del Cusco, promovió la compra de un terreno en la plazoleta Belén, en el distrito de Santiago, con la participación de diversas autoridades locales. La adjudicación del terreno se formalizó el 30 de mayo de 1933, y el hospital

comenzó a funcionar el 21 de octubre de 1934, con una capacidad de 500 camas y cuatro servicios básicos(61).

Originalmente denominado Hospital Mixto del Cusco, en 1942 se le cambió el nombre a Hospital Antonio Lorena en honor al doctor Antonio Lorena Rozas, quien trabajó durante más de cincuenta años en el Hospital de La Almudena. En 1972, el hospital fue incluido en la Zona Monumental del Cusco, declarada Monumento Histórico del Perú, y en 1983 la UNESCO lo declaró Patrimonio Cultural de la Humanidad(61).

En 2010 se gestionó la remodelación del hospital, la cual comenzó en julio de 2012. En 2013, el presidente del Gobierno Regional del Cusco, Jorge Acurio Tito, inauguró la infraestructura del Hospital de Contingencia, llamado Hospital Qhali Runa, que alberga al personal y equipo del Hospital Antonio Lorena debido a irregularidades que paralizaron la construcción(62).

En la actualidad el Hospital Antonio Lorena cuenta con más de 36 especialidades incluido en servicio de gastroenterología, donde se llevan a cabo evaluaciones clínicas exhaustivas y tratamientos para enfermedades del aparato digestivo, incluyendo endoscopias, colonoscopias y biopsias. Se realizan procedimientos terapéuticos avanzados, como polipeptomías y ligaduras de varices esofágicas, y pruebas diagnósticas especializadas como manometrías y pH-metrías esofágicas. Además, se ofrece educación preventiva y seguimiento de enfermedades crónicas, asegurando una atención integral y de alta calidad a los pacientes(62). El Hospital Antonio Lorena del Cusco, ejerce su jurisdicción en el ámbito de la Región Cusco como Hospital de Referencia Regional, Nivel III-1.(63)

2.3. Definición de términos

- **Características clínicas:** Son los signos y síntomas observables en un paciente, así como los resultados de exámenes físicos y diagnósticos, que ayudan a identificar y describir una enfermedad o condición médica(64).

- **Características sociodemográficas:** Son los aspectos biológicos, socioeconómicos y culturales medibles que definen a una población específica en un estudio de investigación(64).
- **Hematemesis:** Vomito sanguinolento que puede ser rojo brillante (reciente) o más oscura (borra de café) (antigua). La hematemesis reciente o fresca es asociada a una hemorragia masiva (>1500 mL) en hasta un 20%. En estos casos, es muy frecuente que este acompañada de síntomas derivados de la hipovolemia como fatiga, mareo o síncope(49).
- **Hematina:** Es un pigmento negro que se forma a partir de la oxidación de la hemoglobina. Su presencia en vómitos o heces puede indicar hemorragia gastrointestinal(49).
- **Hematoquecia:** Se refiere a la emisión de sangre roja por el recto, con o sin heces. Este tipo de sangrado suele originarse en segmentos distales o proximales si hay transito acelerado(49).
- **Hemoglobina:** Es una proteína compleja presente en los eritrocitos, cuya función principal es transportar el oxígeno en el organismo(65).
- **Historia clínica:** Es el conjunto de documentos que contienen información detallada sobre el estado de salud, antecedentes médicos, tratamientos y evolución de un paciente, recopilada por los profesionales de la salud a lo largo del tiempo(66).
- **Melena:** Depositiones negras, de olor muy fétido, producto de la descomposición bacteriana de la hemoglobina. Requiere una pérdida mínima de 50 a 100mL de sangre. Asociado a hematemesis fresca pronostica una hemorragia masiva en hasta 30% de los pacientes(49).
- **Síndrome anémico:** Anemia ferropénica producto de una pérdida de sangre oculta crónica(49).
- **Shock hipovolémico:** Se refiere a la insuficiente perfusión tisular que resulta en una incapacidad de satisfacer los requerimientos de oxígeno y nutrientes tisulares(49).

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Materiales e instrumentos

3.1.1. Material de escritorio

- Bolígrafos
- Resaltadores
- Hojas bond A4
- Folder manilo
- Engrampador

3.1.2. Equipo de cómputo

- Laptop
- Software SPSS
- Microsoft Excel
- USB

3.1.3. Recursos humanos

- Investigadora
- Asesor

3.1.4. Recursos institucionales

- Biblioteca especializada de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
- Repositorio institucional de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
- Repositorio institucional de la Universidad Andina del Cusco

3.2. Delimitación espacial y temporal

El estudio se realizó en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, específicamente en el servicio de gastroenterología. Se analizaron los registros de pacientes durante el periodo 2023.

3.3. Diseño metodológico

3.3.1. Tipo de investigación

- Correlacional: se determinó la relación estadística entre las variables de interés, el uso de antitrombótico y el riesgo de complicaciones en episodios de hemorragia digestiva alta en adultos mayores.
- Transversal: se obtuvo datos en un solo momento en el tiempo y sin múltiples evaluaciones.
- Retrospectivo: se analizó datos previamente registrados durante el periodo 2023, enfocándose en pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva que recibieron tratamiento antitrombótico.
- Enfoque cuantitativo: se utilizó la recolección y análisis de datos, medición numérica, conteo y el uso de la estadística.

3.3.2. Diseño de la investigación

El diseño del estudio es no experimental debido a que el investigador no intervino ni manipulo las variables, en lugar de ello, se analizó los registros existentes para identificar patrones y relaciones entre las variables de interés(67).

3.4. Población y muestra

La población de estudio comprende a los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Antonio Lorena con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta que reciben tratamiento antitrombótico en el año 2023. Durante este período, se llevaron a cabo un total de 798 procedimientos en el consultorio de gastroenterología. De estos, 261 fueron realizados en adultos mayores y de este grupo 131 se sometieron a una endoscopia digestiva alta (EDA). Se revisaron estas 131 historias clínicas para identificar a los pacientes que estaban tomando antitrombóticos y presentaban hemorragia digestiva, se encontró un total de 34 pacientes cumplían con los criterios establecidos, por lo tanto, el método de muestreo censal, ya que los sujetos se seleccionaron en función de si cumplían o no con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Paciente con edades de 60 años a más.
- Pacientes que hayan presentado hemorragias digestivas altas y/o recidivas.
- Pacientes que hayan recibido terapia antitrombótica
- Pacientes a los que se les haya realizado el procedimiento de endoscopia alta.
- Pacientes que hayan sido atendidos en el servicio de gastroenterología.
- Pacientes que hayan sido atendidos en periodo 2023.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas con información incompletas o ilegibles

3.5. Variables

La tabla de operacionalización de las variables se encuentra detallada en la Tabla N°9

- Variable independiente: Uso de antitrombóticos
 - Dimensiones:
 - Terapia antitrombótica usada
 - Duración del tratamiento antitrombótico
 - Dosis del antitrombótico usado
- Variable dependiente: Riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta.
 - Dimensiones
 - Escala de Glasgow-Blatchford: Evalúa la necesidad de intervenciones médicas
 - Riesgo bajo: Puntaje ≤ 1
 - Riesgo alto: Puntaje >1
 - Riesgo muy alto: Puntaje >6
 - Escala de Rockall: Evalúa el riesgo de resangrado y mortalidad

- Riesgo bajo: Puntaje ≤ 2
- Riesgo moderado: Puntaje 3-4
- Riesgo alto: Puntaje > 5

TABLA N°9 Operalización de Variables

Variable		Definición conceptual	Definición Operacional							
			Dimensiones	Indicadores	Naturaleza	Escala de medición	Forma de medición	Procedimiento	Instrumento	Expresión final
Variable independiente	Uso de antitrombóticos	Los antitrombóticos son medicamentos esenciales en la prevención y tratamiento de diversas afecciones cardiovasculares. Esta categoría incluye anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios y fibrinolíticos(28)	Terapia Antitrombótica usada	Antiagregante plaquetario	Cualitativa	Nominal	Directa	Datos registrados en la historia clínica según el antitrombótico usado	Ficha de recolección de datos	a) Ácido acetilsalicílico b) Clopidogrel
				Anticoagulantes	Cualitativa	Nominal	Directa			a) Enoxaparina b) Warfarina c) Dabigatrán
				Doble terapia	Cualitativa	Nominal	Directa			d) AAS+Warfarina e) AAS+Clopodogrel f) Warfarina+Enoxaparina g) Warfarina+Dabigatran
			Duración del tratamiento	Tiempo usado	Cuantitativa	Intervalo	Directa		Ficha de recolección de datos	a) <1 mes b) 1 – 2 meses c) 3 – 6 meses d) > 6 meses
			Dosis del tratamiento	Dosis usada	Cualitativa	Nominal	Directa		Ficha de recolección de datos	a) mg/d
Variable dependiente	Riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta	Características detectables de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un cierto tipo de daño a la salud(68), están estrechamente relacionadas con la evaluación del riesgo de complicaciones. Este riesgo se evalúa mediante una serie de variables clínicas y de laboratorio para determinar el riesgo de complicaciones y la	Escala de Glasgow-Blatchford	Urea	Cualitativa	Intervalo	Directa	Datos clínicos registrados en la historia clínica	Ficha de recolección de datos	a) <1 (riesgo bajo) b) >1 (riesgo alto) c) >6 (riesgo muy alto)
				Hemoglobina	Cualitativa	Intervalo	Directa			
				Presión arterial sistólica	Cualitativa	Intervalo	Directa			
				Frecuencia cardiaca	Cualitativa	Nominal	Directa			
				Presenta melena	Cualitativa	Nominal	Directa			
				Presenta síncope	Cualitativa	Nominal	Directa			
				Historia de insuficiencia hepática	Cualitativa	Nominal	Directa			
			Escala de Rockall	Edad	Cualitativa	Nominal	Directa	Datos registrados en la historia clínica	Ficha de recolección de datos	a) ≤ 2 (riesgo bajo) b) 3 – 4 (riesgo moderado) c) ≥5 (riesgo alto)
				Estado circulatorio	Cualitativa	Nominal	Directa			
				Enfermedades asociadas	Cualitativa	Nominal	Directa			
				Diagnostico endoscópico	Cualitativa	Nominal	Directa			

		necesidad de intervenciones médicas(52).		Signos de hemorragia reciente	Cualitativa	Nominal	Directa			
Variable interviniente	Características sociodemográficas e historial clínico	Características Sociodemográficas: Son variables que describen el perfil social y demográfico de una población o individuo Historial Clínico: Registro de antecedentes médicos, diagnósticos y tratamientos de un paciente.	Características sociodemográficas	Edad	Cualitativa	Nominal	Directa	Datos clínicos registrados en la historia clínica	Ficha de recolección de datos	a) 60 a 69 años b) 70 a 79 años c) ≥ 80
				Género	Cualitativa	Nominal	Directa			a) Femenino b) Masculino
			Historial clínico	Consume AINEs	Cualitativa	Nominal	Directa	Datos clínicos registrados en la historia clínica	Ficha de recolección de datos	a) No b) Si
				Presenta <i>H. Pylori</i>	Cualitativa	Nominal	Directa			a) Negativo b) +/+++ c) ++/+++ d) +++/+++
				Consume alcohol	Cualitativa	Nominal	Directa			a) No b) Si
				Requirió transfusiones	Cualitativa	Nominal	Directa			a) No b) Si
				Requirió ser hospitalizado	Cualitativa	Nominal	Directa			a) No b) Si
				Presenta resangrado	Cualitativa	Nominal	Directa			a) No b) Si
				Falleció	Cualitativa	Nominal	Directa			a) No b) Si

3.6. Técnica e instrumento de recolección y análisis

Se utilizó la técnica de análisis documental para recolectar datos, utilizando una hoja de recolección de datos diseñada para el análisis individual de cada una de las historias clínicas de los pacientes (ver Anexo 3). Este instrumento se basó en las escalas de Glasgow-Blatchford y la Escala de Rockall, herramientas validadas comúnmente utilizadas para evaluar el riesgo y la gravedad de la hemorragia digestiva alta.

Para complementar estas escalas, se añadieron campos adicionales para recopilar datos sociodemográficos y detalles sobre el uso de antitrombóticos, incluyendo el tipo, la duración y la dosis. Aunque las escalas de Glasgow-Blatchford y Rockall ya están validadas en la literatura médica, la incorporación de estos nuevos campos requería una validación adicional del instrumento. Por ello, se realizó un proceso de validación por parte de expertos para garantizar la fiabilidad y validez de los datos recopilados con el instrumento modificado (ver Anexo 4).

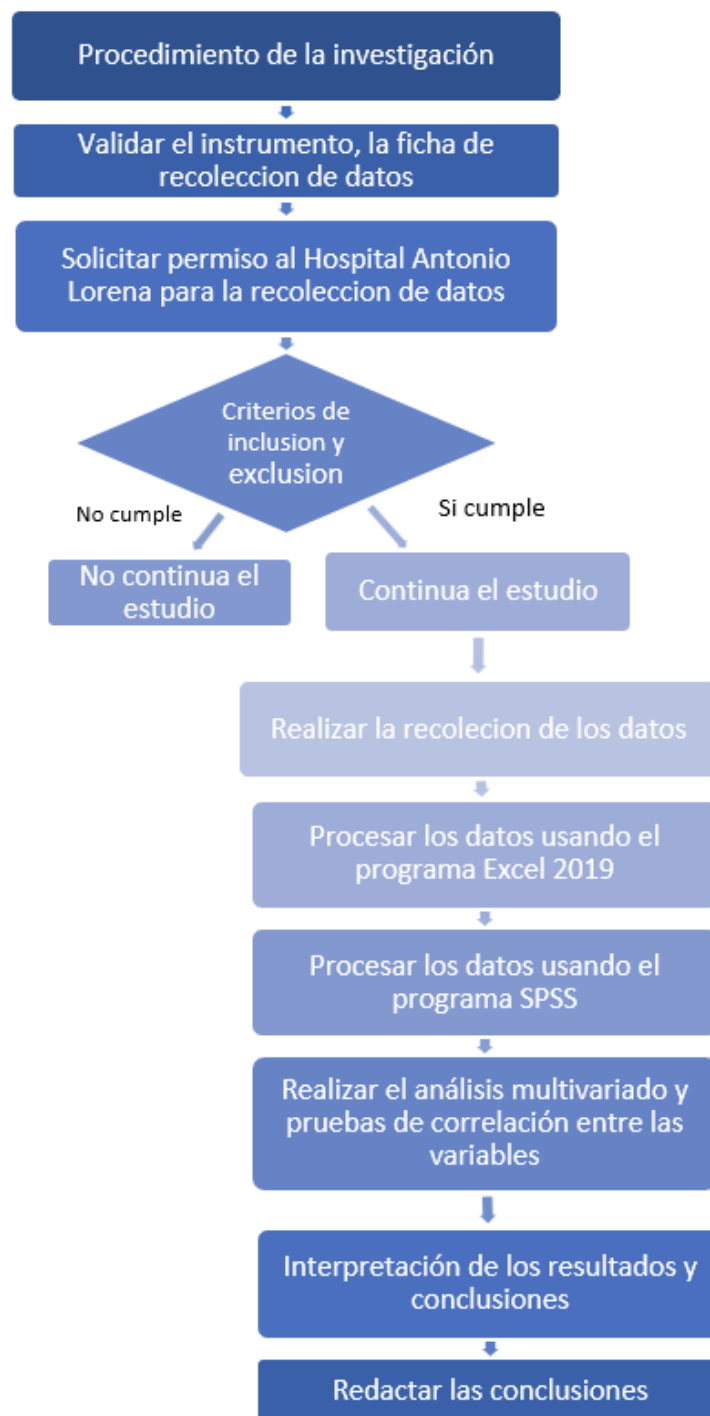
3.7. Técnica para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos

La información recopilada se estructuró utilizando una base de datos en Excel 2019 y el software estadístico SPSS versión 28 para el análisis de los datos. Posteriormente, se generaron tablas con los porcentajes correspondientes. Para el análisis de datos, se empleó tablas de contingencia con un intervalo de confianza del 95%. Se examinó la relación entre las variables mediante estadística inferencial utilizando el test de Chi cuadrado, con un nivel de significación estadística establecido en $p < 0.05$. Además, se llevó a cabo un análisis de regresión logística ordinal para explorar en detalle la asociación entre la terapia antitrombótica usada, la duración del tratamiento y la dosis con el riesgo de complicaciones.

3.8. Procedimiento de la investigación

Se validó el instrumento de recolección de datos mediante la evaluación de tres expertos (ver Anexo 2). Posteriormente, se solicitó autorización al Hospital Antonio Lorena para llevar a cabo la recolección de información en los servicios de Gastroenterología y Estadística, enfocándose en la revisión.

GRÁFICO N°6 Procedimiento de la investigación



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas e historial clínico

TABLA N°10: Resultados de las características sociodemográficas e historial clínico

Características sociodemográficas e historial clínico	Uso de antiagregantes N = 23	Uso de anticoagulantes N = 8		Doble terapia N = 3	Total N=34
	AAS	Enoxaparina N= 1	Warfarina N = 7	AAS-Warfarina	
Edad					
60 a 69 (%)	14 (60.87)	1 (100.00)	4 (57.14)	1 (33.33)	20 (58.80)
70 a 79 (%)	8 (34.78)	0 (0.00)	2 (28.57)	1 (33.33)	11 (32.40)
≥ 80 (%)	1 (4.35)	0 (0.00)	1 (14.29)	1 (33.33)	3 (8.80)
Genero					
Femenino (%)	12 (52.17)	1 (100.00)	0 (0.00)	2 (66.67)	15 (44.10)
Masculino (%)	11 (47.83)	0 (0.00)	7 (100.00)	1 (33.33)	19 (55.90)
Consumo AINE					
No (%)	14 (60.87)	0 (0.00)	5 (71.43)	1 (33.33)	20 (58.80)
Si (%)	9 (64.29)	1 (100.00)	2 (28.57)	2 (66.67)	14 (41.18)
Presenta H. Pylori					
Negativo (%)	19 (82.61)	1 (100.00)	5 (71.43)	0 (0.00)	25 (73.52)
+ /+++ (%)	1 (4.35)	0 (0.00)	1 (14.29)	2 (66.67)	4 (11.76)
++ /+++ (%)	1 (4.35)	0 (0.00)	1 (14.29)	1 (33.33)	3 (8.82)
+++ /+++ (%)	2 (5.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.89)
Consumo alcohol					
No (%)	14 (60.87)	1 (100.00)	4 (57.14)	3 (12.5)	24 (70.59)
Si (%)	9 (64.29)	0 (0.00)	3 (30.00)	0 (0.00)	10 (29.42)
Consumo tabaco					
No (%)	20 (86.96)	1 (100.00)	6 (85.71)	3 (100.00)	30 (88.24)
Si (%)	3 (13.04)	0 (0.00)	1 (14.29)	0 (0.00)	4 (11.77)
Requirió transfusiones					
No (%)	23 (100.00)	1 (100.00)	7 (100.00)	3 (100.00)	34 (100.00)
Si (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Requirió ser hospitalizado					
No (%)	23 (100.00)	1 (100.00)	7 (100.00)	3 (100.00)	34 (100.00)
Si (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Presento resangrado					
No (%)	19 (82.61)	1 (100.00)	7 (100.00)	1 (33.33)	28 (82.35)
Si (%)	4 (17.39)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (66.67)	6 (17.65)
Falleció					
No (%)	23 (100.00)	1 (100.00)	7 (100.00)	3 (100.00)	34 (100.00)
Si (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

Fuente: Recolección de datos

Análisis y discusión

En la Tabla N°10 detalla las características clínicas y hallazgos endoscópicos de 34 pacientes, distribuidos en cuatro grupos: uso de antiagregantes (N=23), uso de anticoagulantes (N=8), y doble terapia (N=3). A continuación, se describe cada grupo y el total.

En el análisis total, la mayoría de los pacientes se encuentra en el rango de edad de 60 a 69 años, representando el 58.80% del total. Este grupo etario es también el más alto en los subgrupos específicos de pacientes que utilizan antiagregantes y anticoagulantes, donde alcanza el 60.87% y el 100%, respectivamente. En cuanto al género, el total de pacientes es mayoritariamente masculino (55.90%). La mayoría de los pacientes en el estudio presentaron resultados negativos para *H. pylori* (73.52%) en las pruebas realizadas. Respecto al consumo de tabaco, el 88.24% del total de pacientes no fuma, un porcentaje muy similar al de los pacientes que utilizan antiagregantes (86.96%) y anticoagulantes (100%). En términos de complicaciones, el resangrado se presenta en el 17.65% del total de pacientes, y es notablemente más alto en el subgrupo de pacientes bajo doble terapia, donde alcanza el 66.67%.

Comparando nuestros resultados con investigaciones previas, observamos ciertas similitudes y diferencias notables. **Wikman Philip (2011)** el 26,1% de las HDA estaban vinculados a tratamientos con antiagregantes o anticoagulantes, el 60.2% tenían una edad media de 75,6 años, de los cuales el 65.5% presentaban hipertensión y 43.4% diabetes, el ácido acetilsalicílico fue el antitrombótico más usado en el 36,3% seguido de la heparina de bajo peso molecular en el 5,3%, lo que concuerda con nuestro resultado donde el ácido acetilsalicílico también fue el antitrombótico mas usado, también hubo un total de 24 recidivas y 4 muertes. En el estudio de **Bertomeu Vicente (2019)** encontró una edad media de 79.8 años con un 57.1% de hombres, similar a nuestra ligera predominancia masculina del 55.9%. **Manzo Francisco (2019)** reportó un 57% de hombres y una edad media de 78 años (rango 66-84), con un 4% de resangrado y el 55% requirió transfusiones. Nuestro estudio, sin embargo, mostró un 17.6% de resangrado y ningún caso que requiriera transfusión. Según **Dueros Antonios (2019)**, el 53.2% de los pacientes eran

varones, la edad media fue de 75 años, el 4.7% consumía alcohol y el 17.9% consumía AINEs. Nuestro estudio encontró un consumo de alcohol más alto (29.4%). **Abraham Neena (2020)** encontró que el 70% de los pacientes eran hombres con una edad media de 67 años, el 5.57% consumían alcohol y el 46.86% fumaba. **Lee Hyun Ae (2022)** reportó una edad media de 64.2 años con un 73.7% de hombres, un 7.3% de resangrado y un 9.1% de consumo de AINEs. Comparativamente, nuestro estudio mostró una mayor prevalencia de consumo de AINEs (41.2%) y una tasa de resangrado del 17.6%. Según **Merino Talancha (2019)**, el 20.57% consumía alcohol, el 22.78% tabaco y el 16.77% AINEs, lo cual es parcialmente comparable con nuestros hallazgos en relación al consumo de estas sustancias.

4.2. Características clínicas y hallazgos endoscópicos

TABLA N°11: Resultados de las características clínicas y hallazgos endoscópicos

Características clínicas y hallazgos endoscópicos	Uso de antiagregantes N = 23	Uso de anticoagulantes N = 8		Doble terapia N = 3	Total N=34
	AAS	Enoxaparina N= 1	Warfarina N = 7	AAS-Warfarina	
Urea (mg/dL)					
< 6.5 (%)	12 (52,17)	1 (100,00)	7 (100,00)	0 (0.00)	20 (58.82)
6.5 – 7.9 (%)	6 (26,09)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (66.67)	8 (23.53)
8.0 – 9.9 (%)	5 (21,74)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0.00)	5 (14.71)
10.0 – 24.9 (%)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (33.33)	1 (2.94)
≥ 25.0 (%)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Nivel de hemoglobina para hombres (g/L)					
≥130 (%)	5 (21,74)	0 (0,00)	6 (85,71)	1 (33.33)	12 (35.29)
120 – 129 (%)	2 (8,70)	0 (0,00)	1 (14,29)	0 (0.00)	3 (8.82)
100 – 119 (%)	4 (17,39)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0.00)	4 (11.76)
< 100 (%)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Nivel de hemoglobina para mujeres (g/L)					
≥120 (%)	9 (39,13)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (33.33)	11 (32.35)
100 – 119 (%)	2 (8,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0.00)	2 (5.88)
< 100 (%)	1 (4,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (33.33)	2 (5.88)
Presión arterial sistólica (mmHg)					
≥110 (%)	16 (69,57)	1 (100,00)	7 (100,00)	2 (66.67)	26 (76.47)
100 – 109 (%)	7 (30,43)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (33.33)	8 (23.53)
90 – 99 (%)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0.00)	0 (0.00)
< 90 (%)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Frecuencia cardiaca (lpm)					
≥ 100 (%)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0.00)	0 (0.00)
<100 (%)	23 (100,00)	1 (100,00)	7 (100,00)	3 (100.00)	34 (100)

Presenta melena					
No (%)	17 (73,91)	1 (100,00)	7 (100,00)	1 (33,33)	26 (76,47)
Si (%)	6 (26,09)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (66,67)	8 (23,53)
Presenta síncope					
No (%)	23 (100,00)	1 (100,00)	7 (100,00)	3 (100,00)	34 (100,00)
Si (%)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Diagnóstico endoscópico					
	3 (13,04)	0 (0,00)	2 (28,57)	0 (0,00)	5 (14,71)
Esofagitis erosiva (%)	2 (8,70)	0 (0,00)	1 (14,29)	0 (0,00)	3 (8,82)
Gastritis atrófica (%)	7 (30,43)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (33,33)	8 (23,53)
Gastritis erosiva (%)	1 (4,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,94)
Pólipo gástrico (%)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (14,29)	0 (0,00)	1 (2,94)
Sd. Mallory Weiss (%)	7 (30,43)	1 (100,00)	3 (42,86)	2 (66,67)	13 (38,24)
Úlcera gástrica (%)	3 (13,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (8,82)
Varice esofágica (%)					
Enfermedades hepáticas					
	2 (8,70)	0 (0,00)	1 (14,29)	0 (0,00)	3 (8,82)
Cirrosis hepática (%)	1 (4,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,94)
IHC (%)	20 (86,96)	1 (100,00)	6 (85,71)	3 (100,00)	30 (88,24)
No presenta (%)					
Enfermedades asociadas					
	9 (39,13)	1 (100,00)	3 (42,86)	0 (0,00)	13 (38,24)
DM (%)	3 (13,04)	0 (0,00)	2 (28,57)	0 (0,00)	5 (14,71)
HTA (%)	3 (13,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (33,33)	4 (11,76)
IR (%)	8 (34,78)	0 (0,00)	2 (28,57)	2 (66,67)	12 (35,29)
No presenta (%)					

Fuente: Recolección de datos

Análisis y discusión

En la Tabla 11 presenta las características clínicas y hallazgos endoscópicos de 34 pacientes divididos en cuatro grupos: antiagregantes (N=23), anticoagulantes (N=8) y doble terapia (N=3). A continuación, se describe cada grupo y el total.

De los 34 pacientes evaluados, el 58.82% presenta niveles de urea inferiores a 6.5 mg/dL. En cuanto a hemoglobina, el 17.65% de los hombres y el 8.82% de las mujeres tienen niveles bajos, reflejando anemia potencialmente relacionada con hemorragias. La presión arterial sistólica ≥ 110 mmHg es común en el 76.47% de los pacientes, mientras que la frecuencia cardíaca está por debajo de 100 lpm en todos. La melena afecta al 23.53% del total, siendo más prevalente en pacientes con doble terapia (66.67%) y ácido acetilsalicílico (26.09%). Los diagnósticos endoscópicos revelan úlceras gástricas en el 38.24% de los pacientes y gastritis erosiva en el 23.53%. Las enfermedades cardiovasculares son frecuentes, con un 17.65% con cardiopatía isquémica crónica y fibrilación auricular. En la cardiopatía isquémica, el tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) es a menudo de larga duración, con una dosis

habitual de 75 a 100 mg diarios como terapia de mantenimiento. Este régimen reduce el riesgo de eventos coronarios recurrentes y es comúnmente indicado de manera indefinida en pacientes con enfermedad coronaria estable. Para la trombosis venosa profunda, la warfarina suele administrarse inicialmente con un tratamiento puente de heparina o enoxaparina, seguido de una de la terapia con warfarina, esta varía según el riesgo de recurrencia, desde 3 a 6 meses para eventos de riesgo bajo, hasta tratamientos más prolongados en casos de riesgo elevado o en pacientes con condiciones predisponentes crónicas. En el ámbito hepático, un 8.82% presenta cirrosis hepática y un 2.94% insuficiencia hepática crónica. Entre las enfermedades asociadas, el 38.24% padece diabetes mellitus, el 14.71% hipertensión arterial y el 11.76% insuficiencia renal. Los signos de hemorragia reciente incluyen coágulos adheridos en el 35.29%, hematina en el 14.71%, y hemorragia activa en el 11.76%.

Comparando nuestros resultados con estudios previos, observamos ciertas coincidencias y diferencias. Respecto al estudio de **Manzo Francisco (2019)** encontró que la media de la urea fue de 7.5 mg/dL y la de hemoglobina de 11.2 g/dL, con hallazgos endoscópicos de úlceras en un 70%, lo que coincide parcialmente con nuestro 38.24% de úlceras gástricas. Según el estudio de **Dueros Antonios (2019)** reportó que el 91.6% de los pacientes presentaba hipertensión arterial (HTA), el 39.3% diabetes mellitus, el 7.4% enfermedad hepática, el 24.3% insuficiencia renal y el 30.8% insuficiencia cardíaca congestiva, comparado con nuestro 38.24% de HTA y 11.76% de insuficiencia renal. Por otro lado, **Abraham Neena (2020)** observó que entre los pacientes que recibían solo antiagregantes, el 6.73% presentaba enfermedad crónica del hígado, el 13.91% insuficiencia renal, el 35.24% diabetes, el 82.70% HTA, el 45.59% cardiopatía isquémica. En nuestro estudio, el 8.82% presentaba cirrosis hepática, el 11.76% insuficiencia renal, el 38.24% diabetes, el 76.47% HTA, el 17.65% cardiopatía isquémica y el 17.65% TVP. Entre los que consumían anticoagulantes, Abraham encontró que el 6.83% tenía enfermedad crónica del hígado, el 20.76% insuficiencia renal, el 50.47% diabetes, el 93.34% HTA y el 81.46% cardiopatía isquémica, mientras que en nuestro estudio estos porcentajes fueron 2.94%, 11.76%, 14.71%, 76.47% y 17.65% respectivamente. En cuanto a la doble terapia (antiagregante y anticoagulante), el 6.67%

presentaba enfermedad crónica del hígado, el 13.81% insuficiencia renal, el 44.56% diabetes, el 90.94% HTA y el 15.94% cardiopatía isquémica, en comparación con nuestros valores de 8.82%, 11.76%, 38.24%, 76.47% y 17.65%. En el trabajo de **Lee Hyun Ae (2022)** encontró un 82.8% de pacientes con comorbilidades, un 63.6% con melena y una prevalencia de úlcera gástrica del 41.8%, comparado con nuestro 23.53% de melena y 38.24% de úlcera gástrica. Además, reportó un 40.7% de HTA, un 30% de diabetes, un 5.1% de insuficiencia renal y un 24.9% de enfermedad hepática, mientras que en nuestro estudio fueron 38.24%, 14.71%, 11.76% y 11.76% respectivamente. En cuanto a síncope, reportó un 4.4%, mientras que no hubo casos en nuestro estudio. Por último, en la investigación de Alegre Gracia (2018) encontró un 96.4% de pacientes con melena y un 51.5% con úlcera gástrica, con valores de hemoglobina de 7-10 g/dL en el 39.4% de los casos. Encontró un 31.8% de HTA, un 16.7% de diabetes mellitus y un 10.6% de insuficiencia hepática. En comparación, nuestro estudio encontró un 23.53% de melena, un 38.24% de úlcera gástrica, y los valores de hemoglobina más comunes fueron mayores a 130 g/dL en hombres (35.29%) y mayores a 120 g/dL en mujeres (32.35%).

Nuestro hallazgo muestra que las tasas de diagnóstico endoscópico, como las úlceras gástricas, concuerdan en parte con los estudios revisados. Además, las enfermedades concomitantes como la hipertensión arterial, la diabetes, y las enfermedades cardiovasculares y hepáticas muestran una correlación significativa con los resultados obtenidos en nuestro estudio, alineándose en gran medida con las prevalencias reportadas en investigaciones previas.

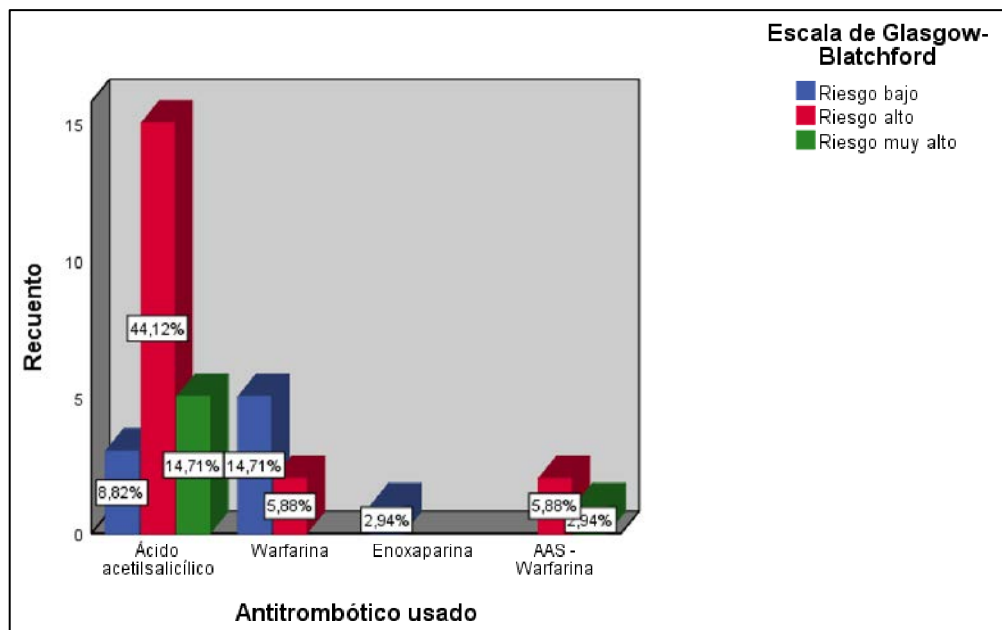
4.3. Relación entre la terapia antitrombótica usada y riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta en adultos mayores según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala Rockall

TABLA N°12: Relación entre la terapia antitrombótica usada y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala Glasgow-Blatchford

Estimaciones de parámetro						
		Estimación	p específica	p general	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
W	Riesgo	-2,807	0,030	0,003	-5,345	-,268

	bajo				
	Riesgo alto		,527	0,647	-1,726
	Riesgo muy alto		0	.	.
Terapia Antitrombótica usada	Antiagregante	Ácido acetil salicílico	,812	0,054	-3,236
	Anticoagulante	Warfarina	-3,742	0,015	-6,756
		Enoxaparina	-2,787	0,954	-21,787
	Doble terapia	AAS + Warfarina	0	.	.

Fuente: Recolección de datos



Fuente: Recolección de datos

GRÁFICON°7: Gráfico de barras de la relación entre el antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones según la escala Glasgow Blatchford
Análisis y discusión

En la tabla N°12, el valor de p general es 0.003, lo que indica que al menos uno de los grupos de la variable independiente tiene un efecto significativo. Este resultado se confirma en el análisis de los p específicos, donde la warfarina muestra un valor de p de 0.015, lo que sugiere una asociación significativa con el riesgo de presentar complicaciones en la hemorragia digestiva alta. Además, la estimación negativa de -3.742 para la warfarina indica que su uso se asocia con una reducción en el riesgo de hemorragia digestiva alta.

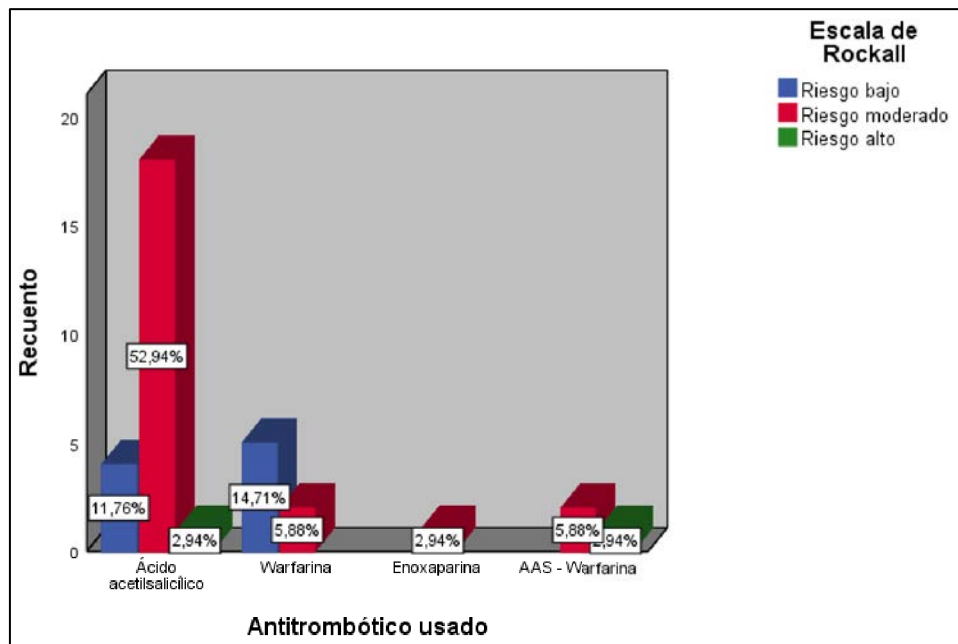
El Gráfico N°9 muestra que el ácido acetilsalicílico (AAS), ya sea solo o en combinación con warfarina, presenta una tendencia predominante hacia un riesgo alto, lo que sugiere la necesidad de intervenciones médicas, aunque no se observe una significancia estadística en la tabla N°12. En contraste, los pacientes que recibieron terapia anticoagulante mostraron predominantemente un riesgo bajo.

Comparando con los estudios previos, vemos que **Manzo Francisco (2019)** encontró una mediana de la escala Blatchford de 7 en pacientes con riesgo muy alto (N=53) y un valor de $p=0.96$, lo cual no mostró significancia estadística. En comparación. **Lee Hyun Ae (2022)** indica que, de los 297 pacientes con hemorragia digestiva alta, el 90.3% fueron clasificados como de alto riesgo por SGB y un valor de p de 0.026. Por otro lado, **Fady Haddad (2019)** en su estudio mostró que el 80.6% de los pacientes recibían anticoagulantes y antiplaquetarios, con una media del puntaje Blatchford de 12 y un p de 0.22. Aunque el valor de p no fue significativo, el puntaje alto en la Escala Blatchford refleja un riesgo sustancial en esta población. Nuestros resultados también indican un riesgo alto con el uso de antitrombóticos, particularmente ácido acetilsalicílico.

TABLA N°13: Relación entre la terapia antitrombótica usada y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala de Rockall

		Estimaciones de parámetro				
		Estimación	p	p	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Escala Rockall	Riesgo Bajo	-4,207	0,009	0,045	-7,353	-1,061
	Riesgo Moderado	,649	0,589		-1,704	3,003
	Riesgo alto	0	.		.	.
Terapia Antitrombótica	Antiagregante	Ácido acetyl salicílico	-2,609	0,096	-5,680	,461
	Anticoagulante	Warfarina	-5,128	0,005	-8,670	-1,585
		Enoxaparina	-1,779	0,553	-7,661	4,103
	Doble terapia	AAS + Warfarina	0	.	.	.

Fuente: Recolección de datos



Fuente: Recolección de datos

GRÁFICO N°8: Gráfico de barras de la relación entre el antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones según la escala Rockall

Análisis y discusión

En la tabla N°13, el valor de p general es 0.045, lo que indica que al menos uno de los grupos de la variable independiente tiene un efecto significativo. Este resultado se confirma en el análisis de los p específicos, donde la warfarina muestra un valor de p de 0.005, lo que sugiere una asociación significativa con el riesgo de hemorragia digestiva alta. Además, la estimación negativa de -5.128 para la warfarina indica que su uso se asocia con una reducción en el riesgo de hemorragia digestiva alta,

En el gráfico N°10, se observa que el riesgo moderado predomina en tres grupos: los que reciben AAS (52.94%), Enoxaparina (2.94%) y la doble terapia (5.88%), mientras que la warfarina muestra un predominio de riesgo bajo (14.71%).

Comparando nuestros resultados con estudios previos, observamos ciertas coincidencias y diferencias. En el estudio de **Majid Almadi (2021)**, el 33% de los pacientes recibían ácido acetilsalicílico y el 8.7% warfarina. La puntuación media de la Escala de Rockall fue 4.4 (rango 1-9) con un p=0.27,

indicando que no encontraron una relación significativa. En el estudio de **Fady Haddad (2019)**, el 48.2% de los pacientes recibía ácido acetilsalicílico, y el 20.9% warfarina. La media del puntaje de la Escala de Rockall fue 5 (rango 3-6) con un $p=0.45$, también sin relación significativa. Según **Goodman y Gliman (2022)**, la interacción entre aspirina y warfarina potencia el riesgo de hemorragia al combinar la inhibición plaquetaria con la anticoagulación, afectando tanto la hemostasia primaria como secundaria. Este efecto sinérgico compromete el control del sangrado, especialmente en mucosas vulnerables como la gastrointestinal, exigiendo monitorización estricta en su uso combinado. **Rang y Dale (2016)**, la interacción entre aspirina y warfarina incrementa significativamente el riesgo de hemorragia al combinar la inhibición de la agregación plaquetaria, mediada por la aspirina, con la reducción de la síntesis de factores de coagulación dependientes de la vitamina K, causada por la warfarina. Esta sinergia afecta tanto la hemostasia primaria como secundaria, aumentando la probabilidad de sangrado, particularmente en tejidos con alta fragilidad vascular, como la mucosa gastrointestinal. Es por ello que nuestros resultados evidencian un riesgo moderado a alto de desarrollar complicaciones hemorrágicas digestivas asociadas a la combinación.

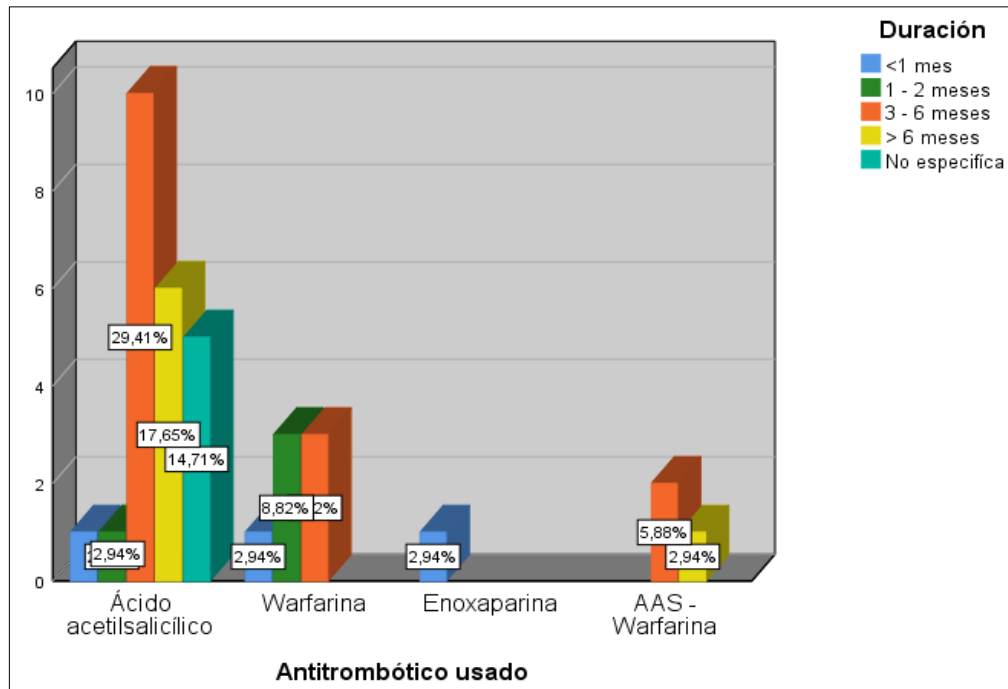
4.4. Relación entre la duración del tratamiento antitrombótico y el riesgo de complicaciones

TABLA N°14: Relación entre la duración del tratamiento antitrombótico y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala Glasgow-Blatchford

Tabla cruzada							
			Escala de Glasgow-Blatchford			Total	p
			Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo muy alto		
Duración	<1 mes	Recuento	3	0	0	3	0,041
		% dentro de Duración	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	1 - 2 meses	Recuento	2	2	0	4	
		% dentro de Duración	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	
	3 - 6 meses	Recuento	3	9	3	15	
		% dentro de Duración	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%	

> 6 meses	Recuento	0	4	3	7
	% dentro de Duración	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
No especifica	Recuento	1	4	0	5
	% dentro de Duración	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	9	19	6	34
	% dentro de Duración	26,5%	55,9%	17,6%	100,0%

Fuente: Recolección de datos



Fuente: Recolección de datos

GRÁFICO N°9: Gráfico de barras de la relación entre la duración del tratamiento antitrombótico y la terapia antitrombótica usada

Análisis y discusión

En la Tabla N°14 se observa que el valor de p obtenido es 0.041, lo que indica una relación estadísticamente significativa entre la duración del uso de antitrombóticos y el riesgo según la escala de Glasgow-Blatchford.

La Tabla N°14 muestra que los pacientes con menos de un mes de tratamiento tienen un riesgo bajo (100%). A partir de los 3 meses el riesgo aumenta, el 60% tiene riesgo alto y un 20% muy alto. Con más de 6 meses, el 57,1% presenta riesgo alto y el 42,9% muy alto, lo que indica que el riesgo de complicaciones crece con la duración del tratamiento.

En el Gráfico N°11, que muestra los porcentajes en relación al total de pacientes (N=34), se observa que el uso de AAS está relacionado con una duración prolongada del tratamiento. El 29,41% de los pacientes utiliza AAS durante 3 a 6 meses, y el 17,65% lo emplea por más de 6 meses. En cuanto a la combinación de AAS y warfarina, el 5,88% la usa entre 3 y 6 meses, y un 2,94% por más de 6 meses. Estos datos sugieren que el uso de AAS, ya sea en monoterapia o en combinación, durante más de tres meses, se asocia con un mayor riesgo de complicaciones.

Según **Alan Sigal (2022)** indica que el uso antiagregación plaquetaria en los síndromes coronarios agudos, pasó de una indicación cuestionable durante doce meses, a considerarse una suspensión a los tres meses, continuando con un esquema de monoterapia con inhibidores P2Y12, por los efectos adversos gastrointestinales que provoca.

TABLA N°15 Relación entre la duración del tratamiento antitrombótico y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala Rockall

Tabla cruzada						
		Escala de Rockall			Total	p
		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto		
Duración	<1 mes	Recuento	2	1	0	3
		% dentro de Duración	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
	1 - 2 meses	Recuento	3	1	0	4
		% dentro de Duración	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	3 - 6 meses	Recuento	2	13	0	15
		% dentro de Duración	13,3%	86,7%	0,0%	100,0%
	> 6 meses	Recuento	0	5	2	7
		% dentro de Duración	0,0%	71,4%	28,6%	100,0%
	No especifica	Recuento	2	3	0	5
		% dentro de Duración	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	9	23	2	34
		% dentro de Duración	26,5%	67,6%	5,9%	100,0%

Fuente: Recolección de datos

Análisis y discusión

En la Tabla N°15 se observa el valor de $p = 0.016$, lo que indica una relación estadísticamente significativa entre la duración del uso de antitrombóticos y el riesgo según la escala de Rockall.

En la Tabla N°15, los tratamientos de más de 6 meses muestran un alto riesgo moderado (71,4%) y riesgo alto (28,6%), sin pacientes en riesgo bajo. De manera similar, los tratamientos de 3 a 6 meses presentan un riesgo moderado alto (86,7%), con solo un 13,3% en riesgo bajo. En contraste, los tratamientos de menos de 1 mes y de 1 a 2 meses predominan en riesgo bajo, con un 66,7% y un 75,0% respectivamente. Esto indica que las duraciones prolongadas del tratamiento están asociadas con un mayor riesgo de complicaciones, como también lo señala la Escala de Glasgow-Blatchford. Además, el Gráfico N°12 muestra que el AAS es el antitrombótico más utilizado en estas duraciones prolongadas.

Comparando nuestros resultados con estudios previos, según **Abraham Neena (2020)**, la terapia combinada con antiplaquetarios y anticoagulantes se asocia con un riesgo significativamente mayor de hemorragia digestiva alta de 1 a 6 meses y de 1 año en comparación con la monoterapia con antiplaquetarios o anticoagulantes. Esto es consistente con nuestros hallazgos, donde observamos que las duraciones más prolongadas de uso de antitrombóticos (más de 6 meses) se asocian con un mayor riesgo según ambas escalas.

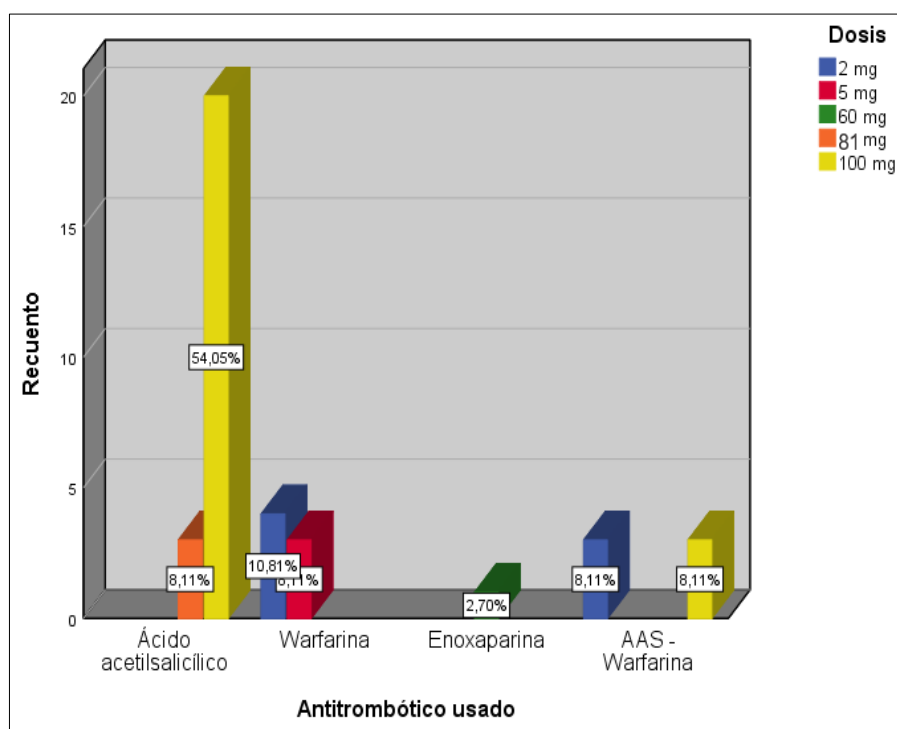
Antonio Dueros (2019) menciona que la mediana de seguimiento en su estudio fue corta (1.6 meses), reflejando las recomendaciones actuales de limitar el uso concomitante de anticoagulantes orales con antiplaquetarios a unos pocos meses para la mayoría de los pacientes. Nuestro estudio también encontró que las duraciones más cortas de uso de antitrombóticos (<1 mes) se asociaron predominantemente con riesgo bajo.

4.5. Relación entre la dosis del antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores del Hospital Antonio Lorena

TABLA N°16: Relación entre la dosis del antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala Glasgow-Blatchford

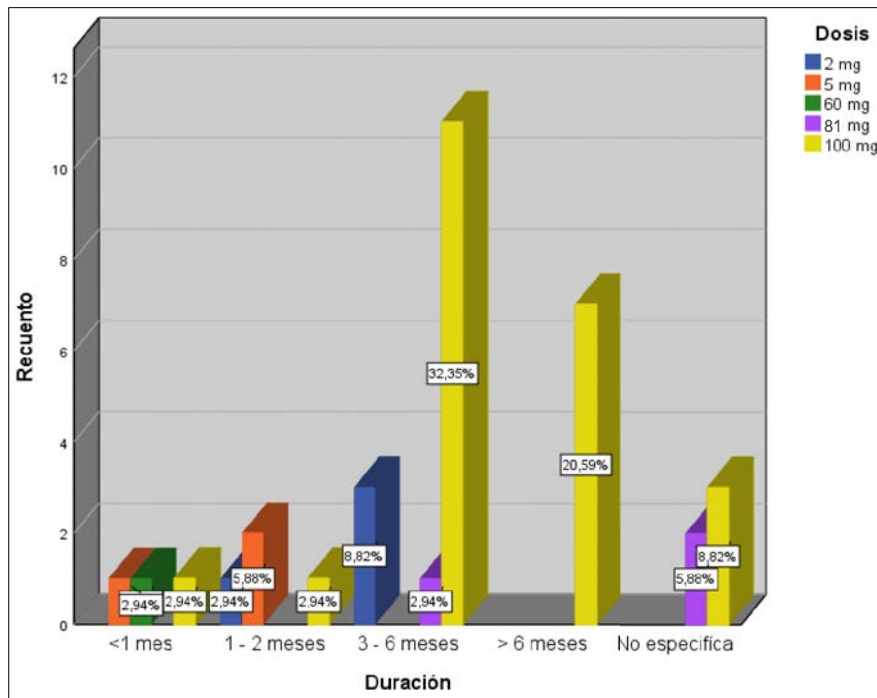
Tabla cruzada							
			Escala de Glasgow-Blatchford			Total	p
			Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo muy alto		
Dosis	2 mg	Recuento	4	0	0	4	0,012
		% dentro de Dosis	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	5 mg	Recuento	1	2	0	3	
		% dentro de Dosis	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%	
	60 mg	Recuento	1	0	0	1	
		% dentro de Dosis	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	81 mg	Recuento	0	3	0	3	
		% dentro de Dosis	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	100 mg	Recuento	3	14	6	23	
		% dentro de Dosis	13,0%	60,9%	26,1%	100,0%	
	Total	Recuento	9	19	6	34	
		% dentro de Dosis	26,5%	55,9%	17,6%	100,0%	

Fuente: Recolección de datos



Fuente: Recolección de datos

GRÁFICO N°10: Gráfico de barras de la relación entre la terapia antitrombótica usada y la dosis del tratamiento



Fuente: Recolección de datos

GRÁFICO N°11: Gráfico de barras de la relación entre la duración del y dosis del tratamiento

Análisis y discusión

La Tabla N°16 muestra una relación significativa entre la dosis del antitrombótico y el riesgo de complicaciones, con un valor de p de 0,012. La tabla también muestra que los que recibieron dosis de 2 mg, presentan riesgo bajo de presentar complicaciones de la HDA. A 5 mg, el 66,7% está en riesgo alto. A 60 mg, el 100% está en riesgo bajo. Con 81 mg, el 100% está en riesgo alto. A 100 mg, la mayoría (60,9%) está en riesgo alto y un 26,1% en riesgo muy alto. Estos resultados muestran que la dosis de 5, 81 y 100 mg presentan un mayor riesgo de complicaciones con dosis más altas.

El Gráfico N°12 muestra que los antitrombóticos asociados con un alto riesgo incluyen la Warfarina (5 mg) y el AAS (81 y 100 mg). De estos, solo el AAS a 100 mg presenta riesgo muy alto (puntaje > 6 en la Escala de Glasgow-Blatchford), relacionado con un 50% de intervenciones médicas (transfusiones, EDA, cirugía).

El Gráfico N°13 muestra que la AAS de 81-100 mg se usó predominante en tratamientos de 3 a 6 meses y mayor a 6 meses estos resultados concuerdan con los hallazgos de estudios anteriores.

En el estudio de **Julián Martínez (2016)**, se destaca que el uso prolongado de aspirina por más de seis meses a dosis diaria de 75 a 325 mg incrementa significativamente la prevalencia de lesiones mucosas gastroduodenales, con un 58% de riesgo, lo que apoya los resultados de nuestro análisis, donde el AAS a 81 y 100 mg mostró una mayor probabilidad de complicaciones.

Asimismo, el estudio de **Carlos Sostres (2012)** refuerza esta relación al reportar que la aspirina a dosis bajas se asocia con un 11% de prevalencia de úlceras gastroduodenales, con una proyección de hasta un 28% anual. Esta información es congruente con los resultados de nuestro estudio, donde el AAS a 100 mg mostró un riesgo muy alto, relacionado con intervenciones médicas en un 50% de los casos. Además, ambos estudios coinciden en que muchas lesiones pueden ser asintomáticas ya que solo el 20% de los pacientes con úlceras experimentan síntomas.

El estudio de **Luis García (2011)**, reporta un riesgo relativo de HDA de 1,79 en pacientes que utilizan AAS en monoterapia, es consistente con nuestros hallazgos, que muestran un alto riesgo de complicaciones con el uso de AAS, especialmente en dosis elevadas y con tratamientos prolongados. Al igual que en nuestro estudio, García también destaca que no hay diferencias notables en el riesgo entre quienes habían utilizado AAS por más de 365 días o menos de ese período. Además, este riesgo elevado se mantiene constante independientemente de la dosis diaria utilizada.

TABLA N°17 Relación entre la dosis del antitrombótico usado y el riesgo de complicaciones de la HDA según la Escala de Rockall

Tabla cruzada							
			Escala de Rockall			Total	p
			Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto		
Dosis	2 mg	Recuento	2	2	0	4	0,037
		% dentro de Dosis	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	

5 mg	Recuento	3	0	0	3
	% dentro de Dosis	100,0 %	0,0%	0,0%	100,0 %
60 mg	Recuento	0	1	0	1
	% dentro de Dosis	0,0%	100,0%	0,0%	100,0 %
81 mg	Recuento	2	1	0	3
	% dentro de Dosis	66,7%	33,3%	0,0%	100,0 %
100 mg	Recuento	2	19	2	23
	% dentro de Dosis	8,7%	82,6%	8,7%	100,0 %
Total	Recuento	9	23	2	34
	% dentro de Dosis	26,5%	67,6%	5,9%	100,0 %

Fuente: Recolección de datos

Análisis y discusión

Los resultados de la Tabla N°17 muestran que el valor de p obtenido es 0,037, lo que indica una relación estadísticamente significativa entre la dosis del antitrombótico usado y el riesgo de complicación según la escala Rockall.

En la dosis de 2 mg, los porcentajes más altos corresponden al riesgo bajo y moderado, con un 50% cada uno. Para 5 mg, el 100% de los pacientes se encuentra en riesgo bajo. En la dosis de 60 mg, el 100% está en riesgo moderado. Con 81 mg, el 66,7% de los pacientes se ubica en riesgo bajo, y en la dosis de 100 mg, el 82,6% se encuentra en riesgo moderado, siendo el porcentaje más alto de toda la tabla.

4.6. Relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores del Hospital Antonio Lorena

TABLA N°18: Relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones según la Escala Glasgow-Blatchford en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores

		Estimaciones de parámetro				
		Estimación	p	p	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Escala Glasgow	Riesgo bajo	-11,260	0,074	0,020	-7,971	5,451
	Riesgo	9,010	0,036		-5,752	6,771

	alto					
Uso de Antitrombóticos	Ácido acetilsalicílico	-8,519	0,083		-0,166	1,129
	Warfarina	-1,683	0,042		-2,835	1,469
	Enoxaparina	1,464	0,940		-2,481	2,410
	AAS - Warfarina	0	.		.	.
	<1 mes	-1,070	0,917		-2,096	1,955
	1 - 2 meses	-,347	0,882		-4,908	4,215
	3 - 6 meses	1,455	0,039		-1,895	4,805
	> 6 meses	1,919	0,709		-0,832	0,670
	No específica	0	.		.	.
	2 mg/d	8,376	0,629		-1,009	1,760
	5 mg/d	-1,002	0,075		-1,450	0,804
	60 mg/d	-0,045	0,929		-1,055	0,097
	75 mg/d	-2,985	0,084		-6,366	0,396
	100 mg/d	0	.		.	.

Fuente: Recolección de datos

Análisis y discusión

La Tabla N°18 presenta los resultados del modelo de regresión, que se ajusta bien a los datos con una significancia estadística de p de 0.020, esto sugiere que al menos una de las categorías dentro de las variables independientes tiene un impacto significativo en el riesgo de presentar complicaciones en la hemorragia digestiva alta. Podemos ver en la tabla que la Warfarina tiene un p específico de 0.042, lo que sugiere una asociación significativa con una reducción del riesgo de hemorragia digestiva alta..

También observamos que la duración de 3-6 meses presenta un p de 0.039, lo que indica que también es una variable significativamente asociada con el riesgo.

Tabla N°19: Relación entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones según la Escala de Rockall en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores

Estimaciones de parámetro						
		Estimación	p	p	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Escala Rockall	Riesgo bajo	-1,394	0,044	0,043	-4,963	2,175
	Riesgo moderado	1,130	0,607		-3,333	5,593

Uso de Antitrombóticos	Ácido acetilsalicílico	0,162	0,096		-2,848	2,523
	Warfarina	1,413	0,047		-6,290	9,116
	Enoxaparina	1,356	0,911		-2,467	2,178
	AAS - Warfarina	0	.		.	.
	<1 mes	-2,717	0,073		-1,292	1,858
	1 - 2 meses	-8,567	0,827		-8,405	6,272
	3 - 6 meses	1,128	0,064		-0,270	1,525
	> 6 meses	1,981	0,061		-3,430	3,393
	No específica	0	.		.	.
	2 mg/d	-3,401	0,610		-1,715	0,913
	5 mg/d	-0,914	0,099		-1,450	1,780
	60 mg/d	-0,630	0,924		-1,054	1,381
	75 mg/d	0,420	0,798		-2,791	3,631
	100 mg/d	0	.		.	.

Fuente: Recolección de datos

Análisis y discusión

La Tabla N°18 presenta los resultados del modelo de regresión, que se ajusta bien a los datos con una significancia estadística de p de 0.043, esto sugiere que al menos una de las categorías dentro de las variables independientes tiene un impacto significativo en el riesgo de presentar complicaciones en la hemorragia digestiva alta.

- **Hipótesis Nula (H_0):** No existe relación significativa entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el periodo 2023.
- **Hipótesis Alternativa (H_1):** Existe una relación significativa entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el periodo 2023.

El modelo de regresión logística resultó significativo ($p=0.020$ y $p=0.043$), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna del estudio, existe una relación significativa entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford y Escala de Rockall en adultos mayores en el Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el periodo 2023. Sin embargo, los predictores individuales no alcanzaron

significancia estadística, lo cual sugiere limitaciones debidas al tamaño reducido de la muestra y la distribución desigual de los datos.

CONCLUSIONES

1. Se determinó una relación estadísticamente significativa entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones de la hemorragia digestiva alta según la Escala Glasgow-Blatchford ($p = 0.020$) y la Escala de Rockall ($p = 0.043$) en adultos mayores atendidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el periodo 2023 usando el modelo de regresión logística.
2. Se determinó las características sociodemográficas e historial clínico, el 58.80% pertenecen al grupo de edad entre 60 y 69 años, el 55.905 eran varones, el 58.80% no consumía AINE, el 26.48% presentó infección por *Helicobacter pylori* en diferentes grados, el 70.59% no consumía alcohol y el 88.24% no fumaba y el 17.65% presento resangrado.
3. Se determinó que existe una relación significativa entre el uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones en la hemorragia digestiva alta en adultos mayores, según la escala de Glasgow-Blatchford ($p=0,003$) donde el 44.12% de los pacientes que tomaron ácido acetilsalicílico presentaron un riesgo alto y según la escala Rockall ($p= 0.045$) donde el 52.94% de los pacientes que usaron AAS presentó riesgo moderado.
4. Se identificó que existe una relación significativa entre la duración del uso de antitrombóticos y el riesgo de complicaciones de hemorragia digestiva alta en adultos mayores, según la escala Glasgow-Blatchford ($p=0,041$) donde la duración del tratamiento de 3 a 6 meses (60,0%) y mayor a 6 meses (57,1%) presentaron un riesgo alto y según la escala de Rockall ($p = 0,016$), la duración del tratamiento de 3 a 6 meses (86,7%) y mayor a 6 meses (71,4%) mostraron un riesgo moderado.
5. Se estableció una relación significativa entre la dosis del tratamiento antitrombótico y el riesgo de complicaciones en hemorragia digestiva alta, Según la Escala Glasgow-Blatchford ($p = 0,012$), la dosis del tratamiento de 81mg (100%) y la dosis de 100mg (60,9%) mostraron un riesgo alto y según la escala de Rockall ($p = 0,037$), la dosis de 100mg (82,6%) presento un riesgo moderado.

RECOMENDACIONES

“AL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO”

- Realizar charlas al personal de salud sobre las complicaciones o reacciones adversas al tratamiento con antitrombóticos e implementar protocolos de atención, así como seguimientos personalizados a los pacientes adultos mayores que reciban tratamiento antitrombótico.
- Realizar programas de educación y charlas dirigidas a los pacientes y sus familias, para que puedan identificar signos de posibles complicaciones o reacciones adversas al tratamiento con antitrombóticos, promoviendo una mayor conciencia y prevención desde el ámbito personal y familiar.

“A LAS AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO”

- Fomentar la investigación clínica y epidemiológica en el ámbito de las complicaciones y prevención relacionadas con el uso de antitrombóticos.

“A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD”

- Promover la colaboración interdisciplinaria entre las distintas áreas de salud para desarrollar estrategias de manejo seguro de antitrombóticos en pacientes con riesgo de hemorragia digestiva.

“A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA”

- Realizar investigaciones sobre las diferentes combinaciones y duraciones de terapias antitrombóticas y sus efectos en la hemorragia digestiva, comparándolas con otros establecimientos de salud.
- Fomentar la formulación de protocolos de manejo clínico que puedan ser implementados en hospitales para mejorar la seguridad y eficacia del tratamiento con antitrombóticos en pacientes con riesgo de hemorragia digestiva.
- Para futuros estudios, se recomienda aumentar el tamaño de la muestra, para mejorar la estabilidad y confiabilidad de las estimaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2024 [citado el 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* el 22 de diciembre de 2020;76(25):2982–3021.
3. Geovanna Karolina Cazorla Andrade, María José Montaña Ortega, Edisson Fabricio Mejia Sarmiento, Janneth Paola Orellana Minchala, Claudia Gabriela Jara Maldonado, Estefanía Isabel Clavijo Rosales, et al. Hemorragia gastrointestinal, descripción, etiología, epidemiología, clasificación, presentación clínica, tratamiento y pronóstico. *EPRA International Journal of Multidisciplinary Research (IJMR).* el 29 de enero de 2024;534
4. Corzo Maldonado MA, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes EA, Gallegos López RC, Huerta Mercado-Tenorio J, Surco Ochoa Y, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. *Revista de Gastroenterología del Perú [Internet].* 2013 [citado el 23 de septiembre de 2022];33(3):223–9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Espinoza-Rios J, Aguilar Sanchez V, Bravo Paredes EA, Pinto Valdivia J, Huerta-Mercado Tenorio J. Comparación de los scores Glasgow-Biatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Peru. *Revista de Gastroenterología del Perú [Internet].* 2016 [citado el 11 de noviembre de 2024];36(2):143–52. Disponible en: http://rg.peorg.peorg.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

6. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Día de la Cardiología Peruana: 1 de cada 4 peruanos sufre alguna enfermedad cardiovascular. 2024.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad [Internet]. 2020 [citado el 25 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
8. Fernández Bravo Á. Factores asociados a la fibrilación auricular en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Essalud - Cusco, 2017. [Internet]. Universidad Andina del Cusco. 2018 [citado el 6 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/1436>
9. Vivas D, Ferreiro JL, Cordero A, Tello-Montoliu A, Roldán I, Consuegra-Sánchez L, et al. Tendencias actuales en el tratamiento antitrombótico. REC: CardioClinics [Internet]. el 1 de abril de 2022 [citado el 8 de julio de 2024];57(2):123–9. Disponible en: <https://www.reccardioclinics.org/en-tendencias-actuales-el-tratamiento-antitrombotico-articulo-S2605153222000012>
10. Manzo-Francisco LA, Sabanes-Hernández M, Rojas-Mendoza F, Aguilar-Olivos NE, Manzo-Francisco LA, Sabanes-Hernández M, et al. Efecto del tratamiento antitrombótico en la hemorragia gastrointestinal. Endoscopia. 2019;31(2):178–84.
11. Corzo Maldonado MA, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes EA, Gallegos López RC, Huerta Mercado-Tenorio J, Surco Ochoa Y, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. Revista de Gastroenterología del Perú. 2013;33(3):223–9.
12. Haddad FG, Imad T El, Nassani N, Kwok R, Moussawi H Al, Polavarapu A, et al. In-hospital acute upper gastrointestinal bleeding: What is the scope of the problem? World J Gastrointest

- Endosc [Internet]. el 12 de diciembre de 2019 [citado el 26 de mayo de 2024];11(12):561. Disponible en: </pmc/articles/PMC6885731/>
13. Abraham NS, Noseworthy PA, Inselman J, Herrin J, Yao X, Sangaralingham LR, et al. Risk of Gastrointestinal Bleeding Increases With Combinations of Antithrombotic Agents and Patient Age. Clin Gastroenterol Hepatol [Internet]. el 1 de febrero de 2020 [citado el 19 de septiembre de 2022];18(2):337. Disponible en: </pmc/articles/PMC7386161/>
 14. Wikman-Jorgensen P, López-Calleja E, Safont-Gasó P, Matarranz-del-Amo M, Andrés-Navarro R, Merino-Sánchez J. Antiagregación y anticoagulación, relación con la hemorragia digestiva alta. Revista Española de Enfermedades Digestivas [Internet]. 2011 [citado el 6 de agosto de 2024];103(7):360–5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011000700005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 15. Bertomeu González V, Moreno Arribas J, Castillo Castillo J, Cordero A, Sanchis J, Núñez J, et al. Hemorrhage in patients under oral anticoagulation for atrial fibrillation. The other side of the coin. REC: CardioClinics. el 1 de abril de 2019;54(2):99–105.
 16. Douros A, Renoux C, Yin H, Filion KB, Suissa S, Azoulay L. Concomitant Use of Direct Oral Anticoagulants with Antiplatelet Agents and the Risk of Major Bleeding in Patients with Nonvalvular Atrial Fibrillation. Am J Med. el 1 de febrero de 2019;132(2):191-199.e12.
 17. Almadi MA, Almutairdi A, Alruzug IM, Aldarsouny TA, Semaan T, Aldaher MK, et al. Upper gastrointestinal bleeding: Causes and patient outcomes. Saudi J Gastroenterol [Internet]. el 1 de enero de 2021 [citado el 26 de mayo de 2024];27(1):20–7. Disponible en: https://journals.lww.com/sjga/fulltext/2021/27010/upper_gastrointestinal_bleeding__causes_and.4.aspx

18. Lee HA, Jung HK, Kim TO, Byeon JR, Jeong ES, Cho HJ, et al. Clinical outcomes of acute upper gastrointestinal bleeding according to the risk indicated by Glasgow-Blatchford risk score-computed tomography score in the emergency room. *Korean J Intern Med.* el 1 de noviembre de 2022;37(6):1176.
19. Bazan Ruiz PR. Incidencia de hemorragia digestiva alta y factores de riesgo más frecuentes asociados a este, en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los meses de enero a setiembre-2018. Universidad Nacional Federico Villarreal. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.
20. Talancha Merino G. Consumo de alcohol, tabaco y antiinflamatorios no esteroideos en el desarrollo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018. Universidad Ricardo Palma. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2019.
21. Alegre García Y. Factores asociados a morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, Hospital de Apoyo II - Sullana. Universidad Privada Antenor Orrego. [Piura]: Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2018.
22. Romero Mondalgo PM. Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con úlcera péptica. Universidad Privada Antenor Orrego. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2016.
23. Cuno Huallpa EB. Evaluación de escalas de estratificación de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva alta en los hospitales del Cusco – 2020. Universidad Andina del Cusco [Internet]. el 30 de abril de 2020 [citado el 4 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3381>
24. Grimaldo-Gómez FA. Fisiología de la hemostasia. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2017;40:S398–400.

25. Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, Lizasoain Ignacio. Velázquez. Farmacología básica y clínica. Ed. 19. Panamericana, editor. 2018.
26. Marshall A. Lichtman, Kenneth Kaushansky J, Prchal MM, Levi LJ, Burns D. Manual de Hematología. Ed.10. McGraw Hill, editor. 2016.
27. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* el 22 de diciembre de 2020;76(25):2982–3021.
28. Moesker MJ, Schutijser BCFM, de Groot JF, Langelaan M, Spreeuwenberg P, Huisman M V., et al. Occurrence of Antithrombotic Related Adverse Events in Hospitalized Patients: Incidence and Clinical Context between 2008 and 2016. *J Clin Med.* el 1 de junio de 2019;8(6).
29. Cuartas Agudelo Y, Martínez Sánchez L. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Medicas UIS.* el 18 de diciembre de 2020;33(3):9–20.
30. Daimon S. Adverse Effect of Antithrombotic Medications on Bleeding Events and Comparison of Antithrombotic Agents in Hemodialysis Patients. *Therapeutic Apheresis and Dialysis.* el 1 de febrero de 2019;23(1):32–7.
31. Becker DE. Antithrombotic Drugs: Pharmacology and Implications for Dental Practice. *Anesth Prog.* junio de 2013;60(2):72.
32. MINSA. Petitorio nacional único de medicamentos esenciales para el sector salud. Resolución Ministerial N° 633-2023-MINSA [Internet]. Digemid. 2023. p. 38–41. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2018/RM_1361-2018.pdf
33. Yeomans ND, Lanas AI, Talley NJ, Thomson ABR, Daneshjoo R, Eriksson B, et al. Prevalence and incidence of gastroduodenal ulcers during treatment with vascular protective doses of aspirin.

- Aliment Pharmacol Ther. el 1 de noviembre de 2005;22(9):795–801.
34. Martínez M JD, Molano V JC, Henao R SC. Lesiones mucosas gastroduodenales por aspirina: Administrando los riesgos. *Revista de Gastroenterología del Perú* [Internet]. 2016 [citado el 11 de noviembre de 2024];36(2):129–34. Disponible en: http://rg.peorg.peorg.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 35. McQuaid KR, Laine L. Systematic review and meta-analysis of adverse events of low-dose aspirin and clopidogrel in randomized controlled trials. *Am J Med.* agosto de 2006;119(8):624–38.
 36. Harker LA, Boissel JP, Pilgrim AJ, Gent M. Comparative safety and tolerability of clopidogrel and aspirin: results from CAPRIE. CAPRIE Steering Committee and Investigators. Clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events. *Drug Saf.* 1999;21(4):325–35.
 37. Brooks J, Warburton R, Beales IL p. Prevention of upper gastrointestinal haemorrhage: current controversies and clinical guidance. *Ther Adv Chronic Dis.* 2013;4(5):206–22.
 38. Jerjes-sánchez C, Cantú-brito C, Arauz A, Martínez-sánchez C, Eid-lidt G, Elizalde-gonzález JJ, et al. Guías para Anticoagulación y Trombolisis del Tromboembolismo Venoso , Infarto con Elevación del ST , Cardioembolismo Cerebral y del Infarto Cerebral Agudo. 2017;87(supl 1):1–66.
 39. Abraham NS, Noseworthy PA, Inselman J, Herrin J, Yao X, Sangaralingham LR, et al. Risk of Gastrointestinal Bleeding Increases With Combinations of Antithrombotic Agents and Patient Age. *Clin Gastroenterol Hepatol.* el 1 de febrero de 2020;18(2):337.
 40. Brunton L, Lazo J, Parker K. Goodman y Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica. Decimo cuarta. Mc Graw Hill, editor. 2022.
 41. Rang H, Ritter J. Rang y Dale. Farmacología . Ed. 8. Elsevier, editor. 2016.

42. Marisol Lugo L, Luis Ferreiro J. Tratamiento antitrombótico doble frente a triple. Rev Esp Cardiol [Internet]. el 1 de enero de 2019 [citado el 11 de noviembre de 2024];18:27–33. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-tratamiento-antitrombotico-doble-frente--articulo-S1131358719300329>
43. Zaldumbide EL, Pérez-David E, Larena JA, Velasco Del Castillo S, Rumoroso Cuevas JR, Onaindía JJ, et al. Tratamiento anticoagulante y antiagregante plaquetario combinado en pacientes con fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol [Internet]. el 1 de septiembre de 2009 [citado el 11 de noviembre de 2024];62(9):972–5. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-tratamiento-anticoagulante-y-antiagregan-articulo-13140538>
44. Vásquez SH, Vesga BE, Hernández HJ. Antiagregación plaquetaria dual en enfermedad coronaria. Revista Colombiana de Cardiología [Internet]. el 1 de diciembre de 2017 [citado el 11 de noviembre de 2024];24:47–55. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-antiagregacion-plaquetaria-dual-enfermedad-coronaria-S0120563317302450>
45. Kim BSM, Li BT, Engel A, Samra JS, Clarke S, Norton ID, et al. Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians. World J Gastrointest Pathophysiol. el 11 de noviembre de 2014;5(4):467.
46. Cassana A, Scialom S, Segura ER, Chacaltana A. Estudio de validación diagnóstica de la escala de Glasgow-Blatchford para la predicción de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú (junio 2012-diciembre 2013). Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2015;107(8):476–82.
47. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of

- Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. el 1 de octubre de 2015;47(10):a1–46.
48. Meltzer AC, Klein JC. Upper gastrointestinal bleeding: patient presentation, risk stratification, and early management. *Gastroenterol Clin North Am*. el 1 de diciembre de 2014;43(4):665–75.
 49. Dr. Riquelme A, Dr. Arrese M, Dr. Alberto E, Dr. Ivanovic D, Dr. Gonzalo L. *Manual De Gastroenterología Clínica*. 2015. p. 378.
 50. Eastwood G, Avunduk C. *Manual de gastroenterología*. Ed.1. Ed. Salvat., editor. Barcelona; 2018.
 51. Cúrdia Gonçalves T, Barbosa M, Xavier S, Boal Carvalho P, Firmino Machado J, Magalhães J, et al. Optimizing the Risk Assessment in Upper Gastrointestinal Bleeding: Comparison of 5 Scores Predicting 7 Outcomes. *GE Port J Gastroenterol*. el 5 de noviembre de 2018;25(6):299–307.
 52. Duarte-Chang C, Beitia S, Adames E. Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, con alto y bajo riesgo de complicaciones atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomas, 2015-2016. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2019;39(2):105–10.
 53. Stevenson J, Bowling K, Littlewood J, Stewart D. Validating the Glasgow-Blatchford upper GI bleeding scoring system. *Gut*. el 1 de agosto de 2013;62(Suppl 2):A21.1-A22.
 54. Dunne P, Livie V, McGowan A, Siu W, Chaudhary S, Groome M, et al. Increasing the low-risk threshold for patients with upper gastrointestinal bleeding during the COVID-19 pandemic: a prospective, multicentre feasibility study. *Frontline Gastroenterol*. el 1 de julio de 2022;13(4):303–8.
 55. Álvarez-Álvarez S, Pérez-Aguilar F, Gutiérrez-Sotres J, Torres-Mendoza MÁ, Álvarez-Álvarez S, Pérez-Aguilar F, et al. Uso de las escalas preendoscópicas Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 para predecir la necesidad de terapéutica endoscópica en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto. *Endoscopia*

- [Internet]. 2020 [citado el 5 de mayo de 2024];32(2):307–14. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-64832020000600307&lng=es&nrm=iso&tlng=es
56. Chuecas JA, Torres T, Cabezas G, Hernández BL. Hemorragia digestiva alta. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas [Internet]. el 26 de septiembre de 2019 [citado el 26 de mayo de 2024];44(3):24–34. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1356>
57. Santiesteban Pupo W, Borges Sandrino R, Ramón Musibay E. Valor de la Escala de Rockall en la predicción de la mortalidad de la Hemorragia digestiva alta. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado el 5 de mayo de 2024];17(5):728–35. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2266>
58. Wikman-Jorgensen P, López-Calleja E, Safont-Gasó P, Matarranz-del-Amo M, Andrés-Navarro R, Merino-Sánchez J. Antiagregación y anticoagulación, relación con la hemorragia digestiva alta. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2011;103(7):360–5.
59. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Aten Primaria [Internet]. el 1 de diciembre de 2011 [citado el 11 de noviembre de 2024];43(12):668–77. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-cardiovascular-atencion-primaria-S0212656711004689>
60. Felipe Salech M, Rafael Jara L, Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. el 1 de enero de 2011 [citado el 9 de julio de 2024];23(1):19–29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699>

61. Gonzáles Zarate JM, Vera Amezquita M, Ardiles Espinoza P, Astete Valcárcel H, Rivera Mercado O. Unidad de Epidemiología . 2008 [citado el 14 de abril de 2022]. Análisis de la situación de salud Hospital Antonio Lorena del Cusco. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/asis/ASIS%20HAL%20CUSCO%202008.pdf>
62. La República [Internet]. 2017 [citado el 15 de mayo de 2022]. El vía crucis para construir el hospital Antonio Lorena de Cusco | La República. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/1096377-el-via-crucis-para-construir-el-hospital-antonio-lorena-de-cusco/>
63. Hospital Antonio Lorena del Cusco. Reglamento de organización y Funciones [Internet]. [citado el 16 de abril de 2022]. p. 2. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/planeamiento/docgest/ROF-Vigente/ROF%20-%202006%20HOSPITAL%20A.%20LORENA%202006.pdf>
64. Juárez R, Orlando A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescente escolarizados. Tesis UNMSM. 2018;(10):1–6.
65. Ríos Tapia C, Izquierdo Vega J, Sánchez Gutiérrez M. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Hemoglobina. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n2/m2.html>
66. Chero-Farro D, Cabanillas-Olivares A, Fernández-Mogollón J. Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. el 1 de marzo de 2017 [citado el 27 de mayo de 2024];32(2):115–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-historia-clinica-como-herramienta-mejora-S1134282X16300793>
67. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación . 6a ed. México D.F.: McGraw Hill; 2014.

68. Echemendía Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2011;49(3):470–81.

ANEXOS

Anexo 1

Ficha de recolección de datos

H.C:..... Fecha: .../.../....

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E HISTORIAL CLÍNICO

- **Sexo:** (a) Masculino, (b) Femenino
- **Edad:** (a) 60 – 69, (b) 70 – 79, (c) 80 a más.
- **Recibe AINEs:** (a) Si (b) No
- **Tiene antecedentes de beber alcohol:** (a) Si, (b) No
- **Tiene antecedentes de fumar cigarrillos:** (a) Si, (b) No
- **Requirió transfusiones:** (a) Si (b) No
- **Fue hospitalizado:** (a) Si (b) No
- **Presento resangrado:** (a) Si (b) No
- **Falleció:** (a) Si (b) No

D. USO DE ANTITROMBÓTICOS

- **Terapia antitrombótica usada**
 - o **Antiplaquetarios:** (a) Ácido acetil salicílico, (b) Clopidogrel.
 - o **Anticoagulantes:** (a) Heparina sódica (c) HBPM (enoxaparina), (d) Warfarina (e) Dabigatrán
 - o **Doble terapia:** (a) AAS+Warfarina (b) AAS+Clopidogrel (c) Warfarina+Enoxaparina (d) Warfarina+Dabigatran
- **Duración del tratamiento:** a) <1 mes (b) 1- 2 meses (c) 3 – 6 meses (d) >6 meses
- **Dosis:**..... mg/d

B. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS

Escala de Glasgow-Blatchford :

- **Nivel de urea en sangre (mmol/L) :**
 - o < 6,5, (b) 6,5 – 7,9, (c) 8,0 – 9,9, (d) 10,0 – 24,9, (e) ≥ 25,0
- **Nivel de hemoglobina (g/L) :**
- **Hombres:** (a) ≥130, (b) 120 – 129, (c) 100 – 119, (d) < 100
- **Mujeres:** (a) ≥120, (b) 100 – 119, (c) < 100
- **Presión arterial sistólica (mm Hg) :**
 - ≥110, (b) 100 – 109, (c) 90 – 99, (d) < 90
- **Frecuencia cardíaca (lpm) :**
 - o ≥100, (b) <100
- **Melena presente :** (a) Sí, (b) No
- **Síncope presente :** (a) Sí, (b) No
- **Escala de Rockall :**

Diagnóstico endoscópico :


- **Enfermedades cardiovasculares :**
- **Enfermedades hepáticas :**
- **Enfermedades asociadas :**
- **Signos de hemorragia reciente :**

C. RIESGO DE COMPLICACIONES DE LA HDA


- **Puntaje de la Escala Glasgow Blatchford:**
- **Puntaje de la Escala Rockall:**

Anexo 2

Validación de la ficha de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUIMICA



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO


I. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios cualitativos y cuantitativos	Deficiente (0)	Regular (0.5)	Bueno (1)	Muy bueno (1.5)	Excelente (2)
Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado				X	
Objetividad	Permite recabar datos					X
Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
Organización	Existe una organización lógica					X
Suficiencia	Evalúa las dimensiones de la variable en cantidad y calidad				X	
Intencionalidad	Adecuado para alcanzar los objetivos del estudio					X
Consistencia	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudio				X	
Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores					X
Metodología	Responde al método, tipo y enfoque del estudio					X
Oportunidad	Permite un adecuado levantamiento de la información					X

Nota: Marque con una "X" en el puntaje que considere correspondiente

II. CRITERIO DE EVALUACIÓN

Valoración cuantitativa	Valoración cualitativa	Opinión de aplicabilidad
17 – 20	Aprobado	Valido – aplicar
11 – 15	Observado	No valido – subsanar
0 – 10	Rechazado	No valido – replantear




Firma del experto


Fuente: Flor Angel Sucly Calderon

Anexo 3

Validación de la ficha de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUIMICA



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

"RELACIÓN ENTRE EL USO DE ANTITROMBÓTICOS Y RIESGO DE COMPLICACIONES
EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA, 2023"


I. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios cualitativos y cuantitativos	Deficiente (0)	Regular (0.5)	Bueno (1)	Muy bueno (1.5)	Excelente (2)
Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado				X	
Objetividad	Permite recabar datos					X
Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				X	
Organización	Existe una organización lógica				X	
Suficiencia	Evalúa las dimensiones de la variable en cantidad y calidad				X	
Intencionalidad	Adecuado para alcanzar los objetivos del estudio					X
Consistencia	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudio				X	
Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores				X	
Metodología	Responde al método, tipo y enfoque del estudio				X	
Oportunidad	Permite un adecuado levantamiento de la información					X

Nota: Marque con una "X" en el puntaje que considere correspondiente

II. CRITERIO DE EVALUACIÓN

Valoración cuantitativa	Valoración cualitativa	Opinión de aplicabilidad
15 – 20	Aprobado	Valido – aplicar
11 – 14	Observado	No valido – subsanar
0 – 10	Rechazado	No valido – replantear




Firma del experto


Fuente: Flor Angel Sucly Calderon

Anexo 4

Validación de la ficha de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUIMICA



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO


I. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios cualitativos y cuantitativos	Deficiente (0)	Regular (0.5)	Buena (1)	Muy buena (1.5)	Excelente (2)
Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado				X	
Objetividad	Permite recabar datos					X
Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
Organización	Existe una organización lógica					X
Suficiencia	Evalúa las dimensiones de la variable en cantidad y calidad				X	
Intencionalidad	Adecuado para alcanzar los objetivos del estudio					X
Consistencia	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudio				X	
Coherencia	Con las variables, dimensiones e indicadores					X
Metodología	Responde al método, tipo y enfoque del estudio					X
Oportunidad	Permite un adecuado levantamiento de la información					X

Nota: Marque con una "X" en el puntaje que considere correspondiente

II. CRITERIO DE EVALUACIÓN

Valoración cuantitativa	Valoración cualitativa	Opinión de aplicabilidad
17 – 20	Aprobado	Valido – aplicar
11 – 15	Observado	No valido – subsanar
0 – 10	Rechazado	No valido – replantear



Firma del experto

Fuente: Flor Angel Sully Calderon

Anexo 5

Solicitud al Hospital Antonio Lorena

HOSPITAL ANTONIO LORENA

DISTRIBUCION GRATUITA

FORMULARIO MULTIPLE DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO:
YO, SEÑOR (A):

Sucly Calderon Flor Angel
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

D.N.I N° Y/O CARNET EXTRANJERIA: 73817989 NRO CELULAR 917831658

DOMICILIO: Calle Matara 476

PETICIONA (MARCA EN EL CASILLERO QUE CORRESPONDA CON UN ASPA (X)).

<input type="checkbox"/> Certificado Médico	<input type="checkbox"/> Constancia de Practica Pre Profesional.
<input type="checkbox"/> Constancia de Atención Medica.	<input type="checkbox"/> Certificado de Pagos y Descuentos.
<input type="checkbox"/> Informe de Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Regularización de Asistencia.
<input type="checkbox"/> Record Operativo	<input checked="" type="checkbox"/> Otros: <u>Solicito permiso para recopilar datos del servicio de Gastroenterología Estadística y acceso a los historiales clínicos con el objetivo de realizar mi tesis</u>
<input type="checkbox"/> Constancia de Nacimiento.	
<input type="checkbox"/> Constancia de Fallecimiento.	

Datos de la petición más específico (Adjuntar Requisitos Adicionales) Opcional.

Solicito permiso para recopilar datos del servicio de Gastroenterología, Estadística y acceso a los historiales clínicos con objetivo de realizar mi tesis. y obtener el grado académico de Químico Farmacéutico

- Adjunto proyecto de tesis,

- Adjunto resolución de aprobación del proyecto de tesis

FIRMA: [Firma]

FECHA: 29/12/23

Sucly Calderon Flor Angel
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

ASUNTO: Solicito permiso para recopilar datos del servicio de Gastroenterología Estadística y acceso a los historiales clínicos

PARA:

(Talón desglosable para el usuario)

FUT-ECO/HAJ 2020

Fuente: Flor Angel Sucly Calderon

Anexo 7

Voucher de pago de solicitud de trámite

 UNIDAD EJECUTORA
HOSPITAL ANTONIO LORENA
CUSCO
Plazoleta Belén 1353 - Santiago
CUSCO - PERU

R.U.C. 20527287112
RECIBO POR SERVICIOS
001 - Nº 05032

FECHA 29 12 23

CONCEPTO	TOTAL
Trámite Documentario	50.00
TOTAL	50.00

Señor (es) Flor A. Sucly Calderón

Girado por: USUARIO

CANCELADO
05 29 DIC. 2023 05
Hospital Antonio Lorena Cusco
Santiago Plazoleta Belén

Fuente: Flor Angel Sucly Calderon

Anexo 8

Fotografía de la revisión de historias clínicas



Fuente: Flor Angel Sucly Calderon