UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA

HOSPITAL GENERAL DEL OESTE

"DR. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ"

HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL OESTE

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de

Especialista en Gastroenterología

Lorena Alexandra Carrión Campoverde

Katherine Estefanía Bajaña Moran

Pedro Pablo Sivira Herrera

Caracas, septiembre 2025

INDICE

RESUMEN.....8

INTRODUCCIÓN.....11

MÉTODOS.....49

RESULTADOS.....51

DISCUSIÓN.....58

CONCLUSIONES.....64

AGRADECIMIENTO.....66

REFERENCIAS.....67

ANEXOS.....74

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Coordinación de Estudios de Postgrado
Facultad de Medicina - UCV

VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **Katherine Estefanía Bajaña Morán, PASAPORTE: A9144738**, bajo el título **"HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL OESTE"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA - HGO**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 01 de diciembre de 2025 a las 8:00 a.m., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en el Salón de reuniones del servicio de Gastroenterología del Hospital General del Oeste, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 01 día del mes de diciembre del año 2025, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Pedro Pablo Sivira Herrera.

Andreina Acevedo / CI: 21.192.892
Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo

Ana Carolina Moreno / CI: 17.164.796
Hospital General del Oeste

Ministerio del Poder Popular para la Salud
Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández
Caracas
Servicio de Gastroenterología Dr. Simón Beker
Coordinación Académica

Pedro Pablo Sivira Herrera / C.I: 10.478.089
Hospital General del Oeste
Tutor

PPSH/01-12-2025

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Coordinación de Estudios de Postgrado
Facultad de Medicina - UCV

VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **Lorena Alexandra Carrión Campoverde, PASAPORTE: A7587030**, bajo el título **"HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL OESTE"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA - HGO**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 01 de diciembre de 2025 a las 8:00 a.m., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en el Salón de reuniones del servicio de Gastroenterología del Hospital General del Oeste, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 01 día del mes de diciembre del año 2025, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Pedro Pablo Sivira Herrera.

Andreina Acevedo / CI: 21.192.892
Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo

Ana Carolina Moreno / CI: 17.164.796
Hospital General del Oeste

Ministerio del Poder Popular para la Salud
Hospital General del Oeste
Dr. José Gregorio Hernández
Servicio de Gastroenterología
Dr. Simón Belker
Coordinación Académica

Pedro Pablo Sivira Herrera / C.I: 10.478.089
Hospital General del Oeste
Tutor

PPSH/01-12-2025.

Aprobada por el Consejo de Facultad, sesión ordinaria, modalidad virtual N° 05/2021 del 23/03/2021
Obligatorio su cumplimiento a partir del 01 de abril de 2021

Modelo 9. Certificación del tutor.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR
PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO
EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo, **Pedro Pablo Sivira Herrera** portador de la Cédula de identidad Nº **10.478.089,** tutor del trabajo: **Hemorragia Digestiva Superior: análisis de la frecuencia en los pacientes que acuden a la emergencia del Hospital General del Oeste**, realizado por el (los) estudiante (es)
Lorena Alexandra Carrión Campoverde
Katherine Estefanía Bajaña Moran

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.

Ministerio del Poder Popular para la Salud
Hospital General del Oeste
Dr. José Gregorio Hernández
Servicio de Gastroenterología
Dr. Simón Bener
Coordinación Académica

Dr. Pedro P. Sivira H.
Gastroenterología
Hepatología

Firma del Profesor

En caracas a los 01 días del mes de Diciembre del 2025

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, (Nosotros) Lorena Alexandra Carrión Campoverde y Katherine Estefanía Bajaña Morán *autor(es) del trabajo o tesis* Hemorragia Digestiva Superior: Análisis De La Frecuencia En Los Pacientes Que Acuden A La Emergencia Del Hospital General Del Oeste
Presentado para optar

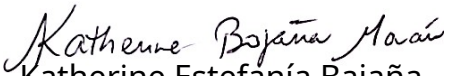
Autorizo a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

X	*Si autorizo*
	Autorizo después de 1 año
	No autorizo
	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	

Firma(s) autor (es)



Lorena Alexandra Carrión Campoverde
Morán Pasaporte: A7587030
e-mail: lorecarrion12@gmail.com



Katherine Estefanía Bajaña
Pasaporte: A9144738
e-mail: kathybajanagastro@outlook.com

En: Caracas, a los 01 días del mes de diciembre, de 2025

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Coordinación de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.
La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible



Dr. Pedro Pablo Sivira Herrera
C.I.: V-10478089
E- mail: fostersivira@gmail.com
Tutor



Dr. Pedro Pablo Sivira Herrera
C.I.: V-10478089
E- mail: fostersivira@gmail.com
Director del Programa de Postgrado de Gastroenterología



Dr. Gabriel Fabricio Echeverría Sánchez
C.I.: V-15347626
E-mail: gabrielecheverria05@gmail.com
Coordinador del Programa de Postgrado de Gastroenterología

HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL OESTE

Lorena Alexandra Carrión Campoverde, Pasaporte: A7587030, sexo: femenino, E-mail: lorecarrion12@gmail.com, Dirección: Hospital General Del Oeste de Caracas, Programa de Especialización de Gastroenterología, Telf: 04123697305.

Katherine Estefanía Bajaña Morán, Pasaporte: A9144738, sexo: femenino, E- mail: kathybajanagastro@outlook.com, Dirección: Hospital General Del Oeste de Caracas, Programa de Especialización de Gastroenterología, Telf: 04242667857.

Tutor: **Pedro Pablo Sivira Herrera**, CI: V-10478089, sexo: masculino, E-mail: fostersivira@gmail.com, Dirección: Hospital General Del Oeste de Caracas Especialista en Gastroenterología, Telf: 04241126859.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la frecuencia y los factores asociados a hemorragia digestiva superior en los pacientes ingresados por emergencia del Hospital General Del Oeste. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Población, pacientes de ambos sexos ingresados en el servicio de emergencia con diagnóstico de hemorragia digestiva superior, entre enero de 2022 y enero de 2024. Muestra no probabilística intencional, conformada por 78 casos, 30 sexo femenino y 48 sexo masculino. Revisión de las historias clínicas y registro de datos. Calculó de rango, media, mediana y moda a la variable cuantitativa, a las cualitativas, se calculó frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Edades entre 41 a 91 años, $\bar{x}$=64,22 Me
=63 y mo=47 años. Predominio del sexo masculino (61,54%). Signo clínico más frecuente melena en un 41,03%. El 65,38% tiene hábitos psicobiológicos, mayor frecuencia consumo de alcohol en 24,36%. El 61,58% presentó factores de riesgo asociado a Hemorragia digestiva superior, mayor frecuencia el consumo de AINES (11,54%). La enfermedad ulcero péptica se identificó como la causa de hemorragia digestiva superior en 58,97%. Hallazgo endoscópico más frecuente úlcera gástrica
+ gastropatía eritematosa en 25,64%. Conducta terapéutica 100% farmacológica endoscópica. Condición de egreso 93,58% vivos. **Conclusiones:** La Hemorragia Digestiva Superior afecta a la población geriátrica y el sexo masculino, la enfermedad ulcero péptica se destaca como la principal etiología. Los hábitos psicobiológicos y el consumo de AINES se relacionan con la presencia de hemorragia digestiva superior. La terapéutica

farmacológica y endoscópica fue efectiva en control de la hemorragia con una baja tasa de mortalidad.
Palabras clave: Hemorragia digestiva Superior. Enfermedad ulcero péptica. AINES. Terapéutica farmacológica. Terapéutica endoscópica

UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: FREQUENCY ANALYSIS IN PATIENTS ATTENDING THE EMERGENCY DEPARTMENT AT WEST GENERAL HOSPITAL

SUMMARY

Objective: To analyze the frequency and factors associated with upper gastrointestinal bleeding in patients admitted to the emergency department at the Hospital General Del Oeste. **Methods:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted. The population consisted of male and female patients admitted to the emergency department with a diagnosis of upper gastrointestinal bleeding between January 2022 and January 2024. The sample was intentionally non-probabilistic, consisting of 78 cases: 30 female and 48 male. Medical records were reviewed and data were recorded. The range, mean, median, and mode were calculated for the quantitative variables; frequencies and percentages were calculated for the qualitative variables. **Results:** Ages ranged from 41 to 91 years, $\bar{x}$=64.22 Me =63 and mo=47 years. Predominance of males (61.54%). The most frequent clinical sign was melena in 41.03%. 65.38% had psychobiological habits, more frequently alcohol consumption in 24.36%. 61.58% presented risk factors associated with upper gastrointestinal bleeding, more frequently NSAID consumption (11.54%). Peptic ulcer disease was identified as the cause of upper gastrointestinal bleeding in 58.97%. The most frequent endoscopic finding was gastric ulcer + erythematous gastropathy in 25.64%. Therapeutic conduct was 100% endoscopic pharmacological. Discharge condition: 93.58% alive. **Conclusions:** Upper gastrointestinal bleeding affects the elderly and male population, with peptic ulcer disease standing out as the main etiology. Psychobiological habits and NSAID use are related to the presence of upper gastrointestinal bleeding. Pharmacological and endoscopic therapy were effective in controlling bleeding, with a low mortality rate.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding. Peptic ulcer disease. NSAIDs. Pharmacological therapy. Endoscopic therapy.

INTRODUCCIÓN

La

Hemorragia Digestiva Superior (HDS) es una emergencia frecuente comúnmente asociada a elevada morbimortalidad. Esta patología representa un alto costo sanitario y económico y es una causa frecuente en el mundo, de hospitalización en los servicios de urgencia. Las etiologías más frecuentes son la úlcera péptica (duodenales y gástricas), gastritis o duodenitis erosiva y aquella asociada a varices, siendo esta última la de mayor mortalidad. El manejo oportuno de esta patología conlleva una mejor sobrevida y calidad de vida de los pacientes. [1]

La HDS se define como un conjunto de signos y síntomas producto de cualquier sangrado proveniente del tracto gastrointestinal proximal al ligamento suspensorio del duodeno o de Treitz. Se clasifica según la etiología de origen en variceal o no variceal. [1]

La

HDS de causa variceal corresponde al sangrado de las várices gastroesofágicas, producto de un aumento de la presión en el sistema vascular portal, permitiendo el reflujo del contenido sanguíneo hacia sistemas venosos de menor capacitancia, produciendo su dilatación y tortuosidad. Por otro lado, la HD no variceal sucede por múltiples causas, siendo las más frecuentes la úlcera péptica gastroduodenal y la gastritis erosiva por AINES. [1]

Planteamiento y delimitación del problema

La HDS constituye uno de los principales motivos de hospitalización por enfermedades del tracto gastrointestinal y se puede acompañar de una significativa morbimortalidad en grupos de riesgo, como son los pacientes mayores de 65 años. De modo general, la tasa de Hemorragia digestiva superior a nivel mundial va entre 37 a 172 casos por cada 100.000 habitantes por año. Los factores de riesgo no variceales más comunes, como la úlcera péptica y el uso de fármacos (AINEs y aspirina) se han asociado a mayores tasas de incidencia y mortalidad. [(2)]

En la mayoría de pacientes, se detiene el sangrado espontáneamente; la tasa de mortalidad está mejor relacionada con las enfermedades subyacentes y no directamente con el sangrado. Sin embargo, el diagnóstico temprano y exacto de

pacientes con sangrado severo puede facilitar maniobras terapéuticas que conduzcan a menores tasas de mortalidad.[3]

Esta patología constituye un problema médico, social y económico importante en todo el mundo.[4]

En el contexto hospitalario donde se realiza esta investigación, se observa un número considerable de ingresos por HDS, con graves repercusiones en la ocupación hospitalaria y la salud pública. Sin embargo, la falta de datos actualizados sobre las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes limita el diseño de protocolos eficientes para el manejo y prevención de esta patología. Por lo tanto, resulta indispensable caracterizar y analizar los factores asociados a la HDS para establecer estrategias de intervención que reduzcan la morbimortalidad asociada.[5]

Este estudio aporta información clínica relevante que permitirá identificar oportunamente a los pacientes en riesgo, optimizar el tratamiento y promover la adopción de medidas preventivas eficaces, contribuyendo así a mejorar los resultados clínicos y la calidad de la atención en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Justificación e importancia

La hemorragia digestiva superior es una urgencia médica muy frecuente con

una incidencia anual entre 37 a 172 casos por cada 100.000 habitantes por año. [2] Esto representa un elevado número de ingresos hospitalarios anuales y un gran consumo de recursos sanitarios. La mortalidad hospitalaria asociada puede alcanzar hasta un 20%, siendo un desafío clínico persistente a pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento. [6]

Conocer nuestra realidad en cuanto a los factores de riesgo, etiología, pronóstico y mortalidad de la hemorragia digestiva superior permitirá mejorar las estrategias de manejo y detectar a tiempo potenciales determinantes de hemorragia digestiva superior severa.

Además, la rápida identificación y manejo son cruciales para mejorar los resultados clínicos y disminuir la mortalidad, lo que enfatiza la necesidad de estudios locales

que caractericen la población afectada, sus factores de riesgo predominantes, y las causas más frecuentes de hemorragia.

En el contexto donde se desarrolla esta investigación, se observa una insuficiencia de datos actualizados que permitan diseñar e implementar protocolos de atención efectivos y adaptados a las características específicas de la población. La realización de este estudio permite generar conocimientos aplicables para la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la hemorragia digestiva superior, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención médica y disminuir la morbimortalidad asociada, así como los costos hospitalarios derivados de esta patología. [7]

Por todo lo anterior, esta investigación es relevante no solo para enriquecer el conocimiento científico, sino también para orientar la toma de decisiones clínicas y políticas sanitarias dirigidas a mitigar el impacto de la hemorragia digestiva superior en la salud pública.

La presente investigación estará a disposición de profesionales de la salud y de otras áreas, tanto para la información como para impulsar o ampliar proyectos de investigación concerniente al tema expuesto, el que permanecerá en la Biblioteca del servicio de Gastroenterología “Dr. Simón Becker” del Hospital General Del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”.

Antecedentes

En Venezuela, Rivas Adrianys y cols., llevaron a cabo una investigación sobre las características clínicas y terapéuticas de los pacientes que ingresaron con

diagnóstico

de hemorragia digestiva superior en el Hospital Central de Maracay, en el año 2001 - 2005 donde se revisaron 223 casos, encontrando predominio del grupo etario de 61 - 80 años (38%), del sexo masculino (63%), úlceras gastroduodenales (37%) como causa más frecuente, la melena (49%) como manifestación clínica, el 64% tuvieron antecedentes patológicos personales, 15% consume Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES), con un promedio de estancia hospitalaria de 4 días y de 1 transfusión sanguínea por evento de sangrado. [8]

En Venezuela, en una investigación realizada por Naddaf R., Folkmanas W., y Cols.,

sobre la incidencia de hemorragia digestiva superior no variceal en el Hospital General del Oeste durante los años 2002-2006 se encontraron 185 pacientes, en los cuales se determinó que el 77,3% eran de sexo masculino y el 22,7% sexo femenino. El rango de edad se ubicó entre los 19 y 87 años, con un promedio de 52,7 años. La localización más frecuente de la Hemorragia digestiva fue en estómago con 51,35%, en Duodeno fue del 38,91% y el restante 9,74% correspondió a Sx de Mallory Weiss, úlceras esofágicas y sangrado post- esfinterotomía Se realizaron tratamiento endoscópico a todos los pacientes con úlceras tipo Forrest Ia, Ib, IIa y IIb, el cual consistía en Infiltración con adrenalina 1:10000, no observándose ningún caso de resangrado. (9)

En Venezuela, en una investigación realizada por Gil C., Ramírez Z., sobre

Hemorragia digestiva superior variceal en el Hospital Central de Maracay, Edo Aragua durante el año 2004 – 2008, se analizaron las historias clínicas de 42 pacientes del área de emergencia de adultos, de los cuales el 69% eran hombres. El grupo de edad más afectado fue el de 61 a 70 años. El 43% de los casos presentan hematemesis. Las várices esofágicas de grado II fueron el procedimiento endoscópico más común. En el 14% de los pacientes el tratamiento fue médico y la ligadura fue el tratamiento endoscópico más utilizado. La estancia hospitalaria media fue de 5 días y el número medio de transfusiones fue de 1,2 unidades por paciente. La hematemesis fue el síntoma de presentación más frecuente, los síntomas más comunes fueron las várices esofágicas grado II y la endoligadura variceal fue el tratamiento más utilizado. [10]

En Venezuela, en una investigación realizada por Rojas B., y cols., en el Hospital Vargas de Caracas en el año 2007 sobre Hemorragia digestiva superior se encontraron 832 pacientes, en los cuales se determinó que las lesiones ulcero pépticas fueron las más frecuentes, 48.79 %, seguidas de las

várices esofágicas y la gastroduodenopatía erosiva. La terapéutica endoscópica más utilizada en lesiones no variceales fue inyección con Adrenalina y en las lesiones variceales la ligadura con bandas elásticas. Se presentó resangrado en 5.16% de los pacientes y la mortalidad general fue de 0.72%. [5]

En Venezuela, Salazar S. y cols., realizaron una investigación en el Hospital Central

Universitario Antonio María Pineda durante Julio 2007- Enero 2008 sobre Frecuencia de consumo de Aines en los pacientes con hemorragia digestiva superior no variceal, en la cual se estudiaron 97 pacientes de los cuales 69% pertenecía al sexo masculino y 33% tenían edades comprendidas entre 48 y 62 años. El 57% de los pacientes consumían algún tipo de AINE y 9% refirió recibir más de dos AINE simultáneamente; de estos 64% eran adultos mayores. El AINE consumido con mayor frecuencia fue la Aspirina en 67%. El antecedente patológico más frecuente fue la hipertensión arterial en 50% seguido de las artropatías en 13%. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron la Ulcera gástrica en 27% y Gastritis erosiva en 23%. El 85 % de los pacientes recibían AINE con prescripción médica. [11]

En Colombia Salcedo A., y cols, llevaron a cabo un estudio analítico de cohorte retrospectivo, en el que se incluyeron los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de hemorragia de vías digestivas, atendidos entre el año 2012 y 2022 en el Hospital Universitario Fundación Valle del Lili. Se encontraron 259 pacientes con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal, de los cuales 197 (76,1 %) pacientes pertenecían al grupo de hemorragia digestiva convencional o no masiva y 62 (23,9 %) pacientes presentaron Hemorragia Digestiva Masiva. El 56,4 % (146) fueron hombres y la mediana de la edad fue de 68 años. El 15,8 % (41) de los pacientes tenían como antecedente médico diabetes mellitus no complicada, el 15,1

% (39) neoplasias de origen no hematológico y el 12,4 % (32) enfermedad

renal crónica.

[12]

En Ecuador, Proaño Bautista y cols. en el año 2024 realizaron una revisión de la literatura en bases de datos académicos de la web de alto reconocimiento

científico (Science Direct, Springer Link, Cochrane Library, Clinical Key, Pubmed), la hemorragia digestiva es multifactorial y tiene diferentes etiologías, dentro de las principales causas están las úlceras pépticas (31-67%), varices (6-39%), Mallory- Weiss (2-8%), Erosiones gastroduodenales (2-18%), Esofagitis erosiva (1-13%),

Neoplasias (2-8%), Ectasias vasculares (0-6%), Idiopática (5-14%). En menor frecuencia se presenta en patologías como la infección por citomegalovirus gastrointestinal, Síndrome de Ehler Danlos, Sarcoma Kaposi, Púrpura de Shönlein-

Henoch

y otras vasculitis. [13]

En Ecuador en el año 2009 Portilla Merino G., y cols. Realizaron una investigación en la ciudad de Cuenca, sobre los factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva superior en el servicio de clínica del hospital Vicente Corral Moscoso en la cual se determinó predominio de pacientes del sexo masculino (62.2%). La edad mínima fue de 18 años; la máxima, de 94. El 44.4% tenían edad igual o mayor a 65 años. El antecedente de ingesta de alcohol fue del 57.8% y de AINES del 14.1%. Hepatopatía crónica en el 52.6% de casos. Se detectó hematemesis en el 88.9% y fueron catalogados como hemorragia leve el 71.9%. En la valoración endoscópica se observó várices esofágicas en el 48.9%, gastritis erosiva en el 18.5%, úlcera gástrica en el 17.7%, úlcera duodenal en el 10.3% y esofagitis erosiva, neoplasias digestivas, Mallory Weiss, duodenitis erosiva y malformaciones vasculares en menos del 10%. Según la escala de Rockall el 31.1% de pacientes tuvieron alto riesgo de recidiva de sangrado. Según la escala de Child Pugh, se clasificó como Child C el 37.8% de pacientes. La mortalidad al momento del alta fue del 17.03%.
(4)

En Ecuador en el año 2016, Almeida Alvarado J., y cols., realizaron un estudio en Cuenca en el hospital José Carrasco Arteaga sobre los factores asociados a hemorragia digestiva superior en pacientes de gastroenterología. La población incluyó 129 casos y 129 controles, la mayoría de pacientes fueron adultos mayores (56,6%) de sexo masculino (73,6%), al analizar los factores asociados a hemorragia digestiva superior se encontró asociación con el consumo de alcohol (OR:6,59, IC:3,14-13,81, p:0,0001), tabaco (OR:2,58, IC:1,24-5,35, p:0,015), antinflamatorios no esteroideos (OR:2,27, IC:1,23-4,18, p:0,011), antagonistas de la aldosterona (OR:5,91, IC:1,28-27,26, p:0,019),

Helicobacter Pylori (OR:2,23, IC:1,15 - 4,32, p:0,023), várices esofágicas (OR:15,03, IC:4,48-50,41, p:0,0001), tamaño variceal (p:0,001), y cirrosis (OR:10,74, IC:3,68-31,35, p:0,0001); en el análisis multivariado se encontró relación con el alcohol, tabaco, antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, y Helicobacter Pylori. [14]

En Chile, Pinto Carolina y cols., realizó un análisis observacional retrospectivo en el Hospital Clínico Universidad de Chile, entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de

diciembre de 2017 se, se incluyó a todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de egreso de HDS. Se encontraron 249 hospitalizaciones por HDS, la mediana de edad fue de 62 años (RIC 51-63). El 62,3% fueron hombres y 78,7% padecía al menos una comorbilidad. Dentro de la presentación clínica destacan la presencia de melena (73,5%), hematemesis (51%) y síncope (8%). El 59,4% de los pacientes presentó algún grado de compromiso hemodinámico a su ingreso, en 34,9% éste fue leve, y 24,5% de los pacientes presentó compromiso hemodinámico severo. La mediana del score de Blatchford de ingreso fue de 11. [15]

Marco teórico

La hemorragia digestiva superior (HDS) se define como el sangrado originado en el tracto digestivo superior, proximalmente al ángulo de Treitz y constituye la urgencia gastroenterológica más importante que frecuentemente conlleva a morbilidad, mortalidad y un alto costo de atención médica. [16]

Comúnmente se presenta con hematemesis (vómitos con sangre o material similar a posos de café) y/o melena (heces negras y alquitranadas). En el 5 al 10 % de los pacientes con HDS grave, puede presentarse como hematoquecia. [17]

El interrogatorio y el examen físico están dirigidos a determinar el sitio de sangrado, la probable etiología, el volumen de la pérdida y los factores precipitantes. [18]

Los predictores clínicos de alto riesgo de resangrado y muerte incluyen edad mayor a 65 años, comorbilidades, shock, valor inicial bajo de hemoglobina, melena, requerimientos transfusionales, hematoquezia y/o hematemesis, hospitalización, sepsis, deterioro de la función renal con uremia. [18]

A partir de los avances en cuanto a etiología, diagnóstico y terapéutica, se ha observado que un manejo inicial oportuno y eficaz durante las primeras horas mejora el pronóstico. Un retraso en la atención tiene relación directa con la mortalidad, por lo que el uso de escalas pronósticas es necesario para detectar pacientes con alto riesgo de complicaciones, que requieran hospitalización y endoscopia de urgencia. La escala pronóstica por excelencia es la de Rockall, que

ha sido validada en diversos estudios y toma en cuenta parámetros clínicos y endoscópicos.

De forma análoga se ha propuesto la escala pronóstica de Glasgow Blatchford; requiere únicamente parámetros clínicos, es rápida y sencilla de realizar en el Servicio de Urgencias. [18]

Así mismo la utilización de una clasificación para estimar el riesgo de resangrado para el caso de las hemorragias digestivas altas de tipo no variceal siendo en este caso para ulcera gástrica la clasificación de Forrest, creada en 1974 y validada en 1994, y divide a la hemorragia en tres grados 1. Hemorragia activa, 2. Hemorragia reciente y 3. Ausencia de Hemorragia. [18]

Epidemiología:

La incidencia anual de hospitalización por HDS aguda en Estados Unidos es de aproximadamente 65 por 100.000 personas y es más frecuente que la hemorragia digestiva baja. [19] Se estima que la tasa de hospitalización por HDS es seis veces mayor que la de la hemorragia digestiva baja. [20] La incidencia de HDS es mayor en hombres que en mujeres (128 frente a 65 por 100.000 en un estudio) y aumenta con la edad. Las frecuencias notificadas de causas específicas de HDS varían y han cambiado con el tiempo. [21]

Estudios anteriores sugerían que la enfermedad ulcerosa péptica era responsable de aproximadamente la mitad de la HDS, pero estudios más recientes sugieren que, si bien sigue siendo prominente, la enfermedad ulcerosa ahora es una causa menos común (aproximadamente el 20 al 25 por ciento de los casos) y otros trastornos como la esofagitis se están volviendo comparativamente más comunes. [21] Entre los pacientes con úlceras pépticas sangrantes, las úlceras gástricas son más comunes que las úlceras duodenales. [21]

Diagnóstico diferencial:

La HDS se puede clasificar en varias categorías amplias según factores anatómicos y fisiopatológicos. Desde una perspectiva fisiopatológica, las lesiones ulcerativas y erosivas (úlceras gástricas o duodenales, esofagitis y gastritis) son mucho más frecuentes que las lesiones vasculares (várices, angiodisplasia), las lesiones de masa (adenocarcinoma, pólipos) o las lesiones traumáticas (desgarro de Mallory-Weiss). [21]

Cabe destacar que el origen del sangrado no se puede identificar en el 10 al 15 por ciento de los pacientes con HDS, probablemente porque la lesión culpable es difícil de identificar (como una lesión de Dieulafoy), está oculta por un coágulo de sangre retenido en la endoscopia, o porque la lesión culpable sanó en el momento en que se realizó la endoscopia. [21]

Endoscopia digestiva superior (EDS):

Es el procedimiento más preciso en el diagnóstico etiológico de la HDS, fundamentalmente por tres razones: [22]

- Establece la causa con una sensibilidad que varía entre el 90 y el 95% y una especificidad de casi el 100%.
- Proporciona datos pronósticos, basados en la presencia de signos predictivos de sangrado o de reciente sangrado.
- Permite una actuación terapéutica diversa, mediante técnicas de termocoagulación, electrocoagulación, fotocoagulación o de inyección de sustancias esclerosantes o vasoconstrictoras, capaces de cohibir la hemorragia o prevenir recidiva.

Las causas más comunes de HDS incluyen las siguientes (en orden descendente aproximado de frecuencia): [21]

- Úlceras gástricas y/o duodenales
- Gastritis/duodenitis grave o erosiva
- Esofagitis grave o erosiva

- Varices esofagogástricas
- Gastropatía hipertensiva portal
- Angiodisplasia (también conocida como ectasia vascular)
- Síndrome de Mallory-Weiss
- Lesiones masivas (pólipos/cánceres)
- No se identificó ninguna lesión (10 a 15 por ciento de los pacientes)

Otras causas menos comunes de HDS incluyen:

- Lesión de Dieulafoy
- Ectasia vascular antral gástrica
- Hemobilia
- Hemosuccus pancreaticus
- Fístula aortoentérica
- Lesiones de Cameron
- Varices ectópicas
- Sangrado iatrogénico tras intervenciones endoscópicas

Úlcera péptica: las úlceras gastroduodenales son una causa frecuente de HDS. [22] Los cuatro principales factores de riesgo de hemorragia por úlcera péptica son los siguientes: [23]

- Infección por Helicobacter pylori
- Medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE)
- Estrés fisiológico
- Exceso de ácido gástrico

La reducción o eliminación de estos factores de riesgo reduce las tasas de recurrencia de la úlcera y de resangrado. [24]

H. pylori: es una bacteria espiral que infecta la mucosa gástrica superficial y altera la capa mucosa, haciéndola más susceptible al daño ácido. [25]

La

inflamación crónica inducida por H. pylori altera la fisiología secretora gástrica en diversos grados y provoca gastritis crónica que, en la mayoría de los casos, es asintomática y no progresa. Sin embargo, en algunos casos, la alteración de la secreción gástrica, junto con la lesión tisular, provoca úlcera péptica. [26]

Estrés: Las úlceras relacionadas con el estrés son una causa frecuente de HDS aguda en pacientes hospitalizados por enfermedades no hemorrágicas potencialmente mortales. Los pacientes con estos episodios secundarios de

sangrado presentan una mayor mortalidad que aquellos hospitalizados con HDS primaria. [27]

El riesgo de sangrado por úlceras de estrés aumenta en pacientes con insuficiencia respiratoria y coagulopatía. [27]

El estrés psicológico que comúnmente se asocia con eventos de la vida y/o factores psicológicos no se ha asociado claramente con la enfermedad ulcerosa gastroduodenal, y la terapia de reducción de ácido no está indicada rutinariamente en esta situación. [27]

Ácido gástrico:

El ácido gástrico y la pepsina son cofactores esenciales en la patogénesis de las úlceras pépticas. La alteración de la integridad de la mucosa por factores como H. pylori, AINE o estrés fisiológico provoca un aumento de la permeabilidad de la membrana celular a la retrodifusión de iones hidrógeno, lo que resulta en acidosis intramural, muerte celular y ulceración. En raras ocasiones, la hiperacidez es la única causa de úlcera péptica, como en pacientes con síndrome de Zollinger-Ellison. El control de la acidez gástrica se considera una maniobra terapéutica esencial en pacientes con HDS activa. [28]

Esofagitis: La esofagitis es una causa frecuente de patología y hemorragia del tracto gastrointestinal superior, y su incidencia está aumentando proporcionalmente a la de la úlcera péptica como causa de HDS. En una

amplia cohorte de pacientes con HDS, el 13 % presentó esofagitis, cifra similar a la de pacientes con úlcera duodenal (12 %). (29) Los pacientes con esofagitis erosiva suelen tener antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Otros factores de riesgo incluyen el uso de medicamentos (p. ej., AINE, bifosfonatos orales, tetraciclina) e infecciones (p. ej., Cándida, virus del herpes simple). [30]

La hematemesis parece ser más común en pacientes con sangrado por esofagitis que en pacientes con sangrado de otras fuentes (86 versus 55 por ciento en un estudio). Por el contrario, la melena parece ser menos común (38 versus 68 por ciento, respectivamente). [30]

En comparación con los pacientes con HDS por otras causas, los pacientes con HDS por esofagitis suelen presentar una evolución más benigna, con estancias hospitalarias más cortas, menores tasas de resangrado y menores tasas de mortalidad. El tratamiento de la esofagitis hemorrágica consiste en la supresión ácida, la terapia endoscópica (rara vez necesaria) y el tratamiento o la eliminación de los factores de riesgo de ERGE. [30]

Gastritis / gastropatía y duodenitis / duodenopatía: La gastritis y la duodenitis son procesos predominantemente inflamatorios. Los términos "gastritis" y "duodenitis" se utilizan para referirse a la lesión de la mucosa asociada a la inflamación. Sin embargo, la lesión y la regeneración de las células epiteliales no siempre se acompañan de inflamación de la mucosa. Esta distinción ha generado considerable confusión, ya que los términos "gastritis" y "duodenitis" se utilizan a menudo para describir las características endoscópicas o radiológicas de la mucosa, en lugar de los hallazgos histológicos específicos. El daño y la regeneración de las células epiteliales con inflamación mínima o nula asociada se denominan correctamente "gastropatía" o "duodenopatía". [31]

La gastritis y la duodenitis se identifican comúnmente durante la endoscopia, pero rara vez provocan una HDS significativa. Estas anomalías endoscópicas triviales, comúnmente identificadas, no suelen ser la causa de una HDS (significativa) en ausencia de otros factores como la anticoagulación o una coagulopatía. Es fundamental realizar un examen minucioso para detectar lesiones que suelen pasar desapercibidas en pacientes con pérdida de sangre clínicamente significativa, en quienes el examen endoscópico solo revela gastritis o duodenitis. El examen debe incluir una inspección minuciosa para detectar úlceras en lugares inusuales, varices y lesiones de Dieulafoy, todas ellas difíciles de identificar. [32]

El diagnóstico de gastritis y duodenitis se realiza casi exclusivamente mediante la evaluación endoscópica de la mucosa. Aunque no suele ser necesario en el contexto de una hemorragia aguda, el diagnóstico puede confirmarse mediante biopsia y evaluación histológica. [33]

El sangrado por gastritis o duodenitis suele ser autolimitado. El tratamiento incluye la eliminación del agente causal, un ciclo limitado de supresión ácida con un inhibidor de la bomba de protones, la suspensión de los anticoagulantes cuando puedan estar contribuyendo (si es posible) y, si el sangrado es grave, terapia endoscópica con modalidades como la coagulación con plasma de argón. [33]

Hipertensión portal:

Varias causas de HDS son resultado de la hipertensión portal, incluyendo varices esofágicas, HPG, varices gástricas y varices ectópicas. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los pacientes con hipertensión portal pueden desarrollar HDS por causas no relacionadas con la hipertensión portal (p. ej., úlcera péptica). En un estudio, aproximadamente el 40 % de los pacientes con cirrosis y HDS tenían una causa no relacionada con la hipertensión portal. [34]

Si bien la mayoría de los pacientes con hipertensión portal presentan cirrosis, esta también puede presentarse en ausencia de cirrosis, una afección conocida como "hipertensión portal no cirrótica". Las causas de la hipertensión portal no cirrótica incluyen la trombosis de la vena porta, la esquistosomiasis y la hipertensión portal no cirrótica idiopática. Además, la hipertensión portal y la hemorragia por varices asociadas pueden ocurrir como resultado de la trombosis de los vasos mesentéricos. Se debe considerar la trombosis mesentérica en todos los pacientes con hemorragia por varices de localización atípica (como varices gástricas o del intestino delgado). [34]

Varices:

Las varices se desarrollan como consecuencia de la hipertensión portal en aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes con cirrosis, y la hemorragia variceal ocurre a una tasa anual del 5 al 15 por ciento. La aparición de HDS a partir de varices generalmente significa hipertensión portal significativa, que típicamente se asocia con enfermedad hepática avanzada (Child-Pugh clase B o C). La presentación clínica de los pacientes con varices, que se manifiesta más comúnmente como hematemesis y/o melena. (35)

Las varices pueden identificarse en el esófago y/o el estómago. También pueden observarse en otras partes del cuerpo, como el intestino delgado (varices

ectópicas).

Los factores de riesgo de hemorragia variceal incluyen el aumento de la gravedad de la enfermedad hepática, el aumento de la clase Child-Pugh, el tamaño de las varices y la presencia de marcas rojas en las varices. [36]

Al igual que con la mayoría de las demás causas de HDS, la endoscopia es la técnica diagnóstica de elección para las varices esofagogástricas. [37]

Existen diversos tratamientos para la hemostasia aguda de la hemorragia varicosa esofágica. La ligadura endoscópica con banda es el tratamiento estándar, y la escleroterapia se utiliza en situaciones donde la ligadura con banda no es técnicamente factible. La colocación temprana de una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) puede ser adecuada para algunos pacientes con hemorragia varicosa gastroesofágica. [38]

La única técnica mecánica considerada altamente efectiva para tratar las várices gástricas es la inyección con alguna forma de cianoacrilato (pegamento). La colocación de bandas puede ser posible si las várices están cerca de la unión gastroesofágica, pero generalmente no es efectiva en las várices gástricas. [39]

Gastropatía hipertensiva portal (GHP): La GHP (gastropatía congestiva), si bien es extremadamente común en pacientes con hipertensión portal, es una causa poco común de sangrado significativo en estos pacientes. Cuando la GHP es la única causa de sangrado, se observa exudado mucoso difuso sin otras lesiones, como varices, que expliquen el sangrado gastrointestinal y la anemia. La mucosa es friable y el sangrado se produce presumiblemente cuando se rompen los vasos ectásicos. La gravedad de la gastropatía se relaciona con la presión portal, la resistencia vascular hepática y el grado de reducción del flujo sanguíneo hepático. La GHP, que con mayor frecuencia causa sangrado oculto. [40]

Angiodisplasia: Las angiodisplasias son las anomalías vasculares más comunes del tracto gastrointestinal. La angiodisplasia del estómago o el duodeno se ha señalado como causa de pérdida de sangre en el 4 al 7 % de los pacientes con hemorragia gastrointestinal. Estos pacientes pueden presentar hemorragia oculta o

manifiesta. La angiodisplasia suele diagnosticarse mediante endoscopia, pero en algunos casos puede requerirse radiografía o cirugía para su detección. (31)

Lesión de Dieulafoy:

Una lesión de Dieulafoy es un vaso submucoso aberrante dilatado que erosiona el epitelio suprayacente en ausencia de una úlcera primaria. La arteria submucosa no se ramifica normalmente dentro de la pared del estómago. Como resultado, su calibre varía de 1 a 3 mm, aproximadamente 10 veces el calibre normal de los capilares mucosos. Las lesiones de Dieulafoy suelen localizarse en la porción proximal del estómago, a lo largo de la curvatura menor, cerca de la unión esofagogástrica (normalmente a menos de 5 cm), aunque se han encontrado en todas las áreas del tracto gastrointestinal, incluyendo el esófago, el duodeno y el colon. (41)

La hemostasia endoscópica puede lograrse combinando la inyección de epinefrina con coagulación con sonda bipolar, la coagulación térmica con sonda térmica o la colocación de un clip endoscópico. (42)

Otros enfoques que se han utilizado con éxito para tratar las lesiones de Dieulafoy incluyen la ligadura endoscópica con banda, la coagulación con plasma de argón y la inyección de cianoacrilato. (43)

La ectasia vascular antral gástrica (GAVE, o estómago en sandía) es una causa poco común de HDS que a menudo se confunde con GHP, y ambas pueden presentarse en pacientes con cirrosis. [35]

El término "estómago en sandía" se deriva de la apariencia endoscópica característica de filas longitudinales de franjas planas y rojizas que irradian desde el píloro hacia el antro, similares a las franjas de una sandía. Las franjas rojas representan vasos mucosos ectásicos y saculados. También se ha descrito una forma puntiforme (en la que las franjas rojas no son evidentes), que parece ser más común en pacientes con cirrosis subyacente. Si bien puede presentarse sangrado agudo, el sangrado gastrointestinal de bajo grado es más común, a menudo asociado con anemia ferropénica. [35]

El diagnóstico se basa en la apariencia endoscópica clásica. Puede confirmarse mediante biopsia endoscópica, ecoendoscopia, gammagrafía con glóbulos rojos marcados o tomografía computarizada (TC). Histopatológicamente, la GAVE se caracteriza por ectasia vascular, proliferación de células fusiformes y fibrohialinosis.
(36)

Algunos pacientes requieren transfusiones episódicas. La coagulación endoscópica con sonda térmica, sonda bipolar, coagulador de plasma de argón, terapia láser o ablación por radiofrecuencia oblitera la ectasia vascular y disminuye el sangrado.
(35)

Síndrome de Mallory-Weiss: El síndrome de Mallory-Weiss se caracteriza por laceraciones mucosas longitudinales (disecciones intramurales) en el esófago distal y el estómago proximal, que suelen estar asociadas con arcadas intensas. Estas laceraciones suelen provocar sangrado de las arterias submucosas. La prevalencia de estos desgarros en pacientes con HDS es de aproximadamente el 5 %. La pérdida de sangre suele ser pequeña y autolimitada. Sin embargo, puede producirse una hemorragia masiva que requiera transfusiones e incluso la muerte.

Los desgarros de Mallory-Weiss suelen ser secundarios a un aumento repentino de la presión intraabdominal. Los factores desencadenantes incluyen vómitos, esfuerzo al defecar o levantar objetos, tos, convulsiones, hipo bajo anestesia, masaje torácico cerrado, traumatismo abdominal cerrado, preparación colonoscópica con solución de lavado electrolítico de polietilenglicol y gastroscopia.

La endoscopia es la modalidad diagnóstica de elección para documentar la presencia de un desgarro gastroesofágico. La mayoría de los desgarros cicatrizan espontáneamente. La terapia endoscópica es el tratamiento de primera línea para las laceraciones con sangrado activo. Se han utilizado varios métodos hemostáticos para controlar el sangrado, como la inyección de epinefrina, la coagulación térmica, la colocación de clips endoscópicos y la ligadura con banda endoscópica. [28]

Lesiones de Cameron: Las lesiones de Cameron son erosiones o úlceras que se

presentan en el saco de una hernia hiatal. Se han descrito en hasta el 5 % de los pacientes con hernia hiatal sometidos a endoscopia digestiva superior.

Suelen ser un hallazgo incidental, pero rara vez causan HDS aguda o masiva. También pueden causar sangrado crónico que deriva en anemia ferropénica. Aunque su patogenia no se comprende completamente, entre los posibles factores contribuyentes se incluyen la esofagitis por reflujo y el traumatismo mecánico. [30]

La hemorragia aguda puede tratarse endoscópicamente con técnicas hemostáticas estándar. Se puede considerar la cirugía para reparar la hernia hiatal en pacientes con hemorragia recurrente a pesar de las medidas mencionadas. [30]

<u>Fístulas aortoentéricas:</u>

La fístula aortoentérica es una causa poco frecuente de HDS aguda y, con mayor frecuencia, es iatrogénica. Debido a su alta tasa de mortalidad, representa una verdadera emergencia médica. La tercera o cuarta porción del duodeno es el sitio más común de fístulas aortoentéricas, seguidas del yeyuno y el íleon. [31]

La mayoría de los pacientes presentan una hemorragia inicial que se manifiesta con hematemesis o hematoquecia; esta puede ser seguida varias semanas después por una hemorragia masiva y exanguinación. [31]

La tasa de mortalidad de una fístula aortoentérica no tratada que cursa con hemorragia digestiva superior es cercana al 100 %. La reparación quirúrgica del aneurisma aórtico y la fístula es el tratamiento estándar (aunque a menudo difícil), independientemente de la causa. [31]

Tumores gastrointestinales superiores: las neoplasias del tracto gastrointestinal superior representan menos del 3 por ciento de todos los casos de HDS grave, pero el sangrado puede ser la manifestación inicial del tumor. El sangrado puede ocurrir con lesiones tanto benignas como malignas. El sangrado puede resultar de una ulceración difusa de la mucosa o de la erosión en un vaso subyacente. [44]

El tratamiento endoscópico para tumores sangrantes del tracto gastrointestinal superior incluye técnicas estándar como la terapia de inyección, sondas de contacto

térmico (bipolares o de calefacción) y la coagulación con plasma de argón (APC). Una técnica más novedosa es el uso de nanopolvos hemostáticos. [45]

Hemobilia:

o hemorragia del tracto hepatobiliar, es una causa poco frecuente de HDS aguda. Debe considerarse en cualquier paciente con HDS aguda y antecedentes recientes de instrumentación o lesión del parénquima hepático o de las vías biliares, incluyendo biopsia hepática percutánea o transyugular, colangiografía transhepática percutánea, colecistectomía, biopsias biliares endoscópicas o colocación de stents, colocación de TIPS, angioembolización o traumatismo abdominal cerrado o penetrante. Otras causas de hemobilia incluyen cálculos biliares, colecistitis, tumores hepáticos o de los conductos biliares, stents intrahepáticos, aneurismas de la arteria hepática abscesos hepáticos. [44]

Objetivo general

Analizar la frecuencia y los factores asociados a hemorragia digestiva superior en los pacientes ingresados en el área de emergencia del Hospital General Del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”.

Objetivos específicos

1. Describir las características epidemiológicas incluyendo edad, sexo, factores de riesgo, estados comórbidos, polimedicación y condición de egreso.
2. Clasificar la frecuencia de hemorragia digestiva superior según las diferentes etiologías y localización endoscópica.
3. Analizar la frecuencia de aplicación de las diferentes técnicas de terapéutica endoscópica empleadas según la etiología.

Aspectos éticos

En esta investigación en todo momento la identidad del paciente fue resguardada. Se trata de un estudio retrospectivo, fundamentado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes para la recolección de los datos. Por tal razón, se solicitó el permiso correspondiente al área responsable del resguardo de historias clínicas, a su vez, al Comité Académico del servicio de Gastroenterología y al Comité de Bioética de la institución.

A pesar de ser un estudio donde los datos fueron obtenidos a través de fuente secundaria (historia clínica), puede considerarse que los pacientes que ingresarán a futuro en la institución serán beneficiados por las pautas de conductas que surgieron de la evaluación realizada. Las autoras se comprometen a respetar el principio de confidencialidad de los pacientes, pues su identificación permanece en el anonimato y se firma una carta de

compromiso de confidencialidad (Anexo 1).

Los pacientes fueron registrados de acuerdo al número de historia clínica, pero no se reportó ninguna información individual sino como parte de un todo estadístico.

En la presente investigación no existió interés secundario que pudiera influir indebidamente en la identidad de los pacientes del estudio. Además, no hubo algún

conflicto de interés en relación comercial o económica directa con ningún patrocinador o cualquier otro ente que afectara la objetividad o independencia de la presente investigación.

MÉTODOS

Tipo de estudio

El estudio fue de casos, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Población y muestra

La población estuvo constituida por las historias de los pacientes de uno u otro sexo, mayores de 18 años, ingresados en el servicio de emergencia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, con diagnóstico de hemorragia digestiva superior.

La muestra fue no probabilística de selección intencional de los pacientes cuya historia estuvo clasificada entre enero de 2022 y enero de 2024, quedando conformada por 78 historias clínicas, 30 correspondientes al sexo femenino y 48 correspondiente al sexo masculino.

Criterios de exclusión.

1. Imposibilidad de realizar endoscopía digestiva superior.
2. Estudios endoscópicos superiores incompletos.
3. Pacientes embarazadas.
4. Historias clínicas incompletas o ilegibles.
5. Uso de anticoagulantes.

Procedimiento

Se solicitó autorización al comité de Bioética y al Departamento de Historias Médicas del Hospital General Del Oeste Dr. José Gregorio Hernández, para ingresar al archivo (Anexos A y B).

Luego se revisaron las historias clínicas de cada paciente según el documento

de recolección de datos diseñado para este fin (Anexo 2).

Se identificó claramente los pacientes que tuvieron historia de hemorragia digestiva

superior durante el periodo enero 2022 – enero 2024.

Los datos fueron vaciados en una base de datos Excel para su procesamiento.

Tratamiento estadístico

Se aplicó estadística descriptiva, se estableció el rango de edades por intervalos, se calculó media, moda, mediana y desviación estándar a las variables cuantitativas, en el caso de las variables cualitativas se calculó sus frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 78 casos estudiados (100%), 30 (38,46%) del sexo femenino y 48 (61,54%) del sexo masculino. Con edad mínima de 41 años y edad máxima de 91 años. El rango de edad con mayor frecuencia es de 65 – 72 años, con una frecuencia total de 18 (23,08%), 7 (8,97%) del sexo femenino y 11 (14,10%) del sexo masculino. Seguido del rango 49 – 56 años, con 16 casos (20,51%), 7 (8,97%) del sexo femenino y 9 (11,54%) del sexo masculino. El rango
de 41 – 48 años, con 13 casos (16,67%), 7 (8,97%) del sexo femenino y 6 (7,69%) del sexo masculino. En el rango 57 – 64, 11 casos (14,10%), 5 (6,41%) sexo femenino y 6 (7,69%) sexo masculino. En el rango 73 – 80, 8 casos (10,26%), 3 (3,85%) sexo femenino y 5 (6,41%) sexo masculino. En el rango 81 – 88 un total de 8 casos (10,26%) 1 (1,28%) sexo femenino y 7 (8,97%) sexo masculino. El rango de edad con menor frecuencia es 89 – 96 años, con 4 casos (5,13%) todos del sexo masculino. La Media se ubica en 64,22 años. La mediana 63 años y la Moda en 47 años. (Tabla 1)

En cuanto a los hábitos psicobiológicos, 51 casos (65,38%) manifiesta tener

estos hábitos, 13 casos (16,67%) del sexo femenino y 38 casos (48,73%) del sexo masculino. En relación al consumo de alcohol se encontró 19 casos (24,36%), 6 (7,69%) sexo femenino y 13 (16,67%) del sexo masculino. Con consumo de tabaco

+ alcohol se encuentran 18 casos (23,08%), 4 (5,13%) del sexo femenino y 14

(17,95%) del sexo masculino, Solo tabaco 8 casos (10,25%), Poliadicción, 3 casos (3,85%) del sexo masculino y consumo de ilícitos 3 (3,85%) del sexo masculino. En cuanto a los que manifiestan no poseer estos tipos de hábitos se encontró 27 casos (34,62%), 17 (21,79%) del sexo femenino y 10 (12,82%) del sexo masculino. (Tabla
2)

En atención a los signos de Hemorragia Digestiva Superior, el que se encuentra con mayor frecuencia es Melena en 32 casos (41,03%), 10 (12,82%) del sexo femenino y 22 (28,21%) del sexo masculino. Seguido de Hematemesis con 20 casos (19,23%), 5 (6,41%) del sexo femenino y 15 (19,23%) del sexo masculino. En cuanto
al signo Hematemesis + Melena, se registró 17 casos (21,79%), 11 (14,10%) del sexo femenino y 6 (7,69%) del sexo masculino. En menor frecuencia se encontró la Hematoquecia con 9 casos (11,54%), 4 (5,13%) sexo femenino y 5 (6,41%) sexo
masculino. (Tabla 3)

Del 100% de la muestra, el 61,53% correspondiente a 48 casos presentaron factores de riesgo asociados a Hemorragia Digestiva Superior, siendo el Consumo de AINES el más frecuente en 9 casos (11,54%). Enfermedad hepática crónica avanzada 7 casos (8,97%). Enfermedad ulcero péptica previa + consumo de AINES, 5 casos (6,41%). Polimedicación, 5 casos (6,41%). Antecedentes familiares de cáncer gastrointestinal, Infección por Helicobacter Pylori + Gastropatías, 4 casos cada una (5,13%). Infección por Helicobacter Pylori + antecedentes familiares de cáncer gástrico, 3 casos (3,81%). Infección por Helicobacter Pylori + Consumo de AINES, 3 casos (3,81%). Enfermedad

ulcero péptica previa, 2 casos (2,56%). Gastropatías + Consumo de AINES, 2 casos (2,56%). Gastropatías, Gastropatías + enfermedad ulcero péptica previa, Neoplasia gastrointestinal, Polimedicación + enfermedad ulcero péptica previa, 1 caso cada uno (1,28%) (Tabla 4).

En cuanto a la etiología de la enfermedad HDS, la enfermedad ulcero péptica es la que representa mayor frecuencia, registrada en 46 casos (58,97%). Seguida de esofagitis, 10 casos (12,82%). Gastropatía erosiva 8 casos (10,26%). Síndrome de Mallory – Weiss 6 casos (7,69%), Hemorragia variceal 5 casos (6,41%) y la etiología

menos frecuente es la Neoplasia del trato gastrointestinal superior, 3 casos (3,85%). (Tabla 5)

En el 100% de la muestra hubo hallazgos endoscópicos, presentándose con mayor frecuencia Úlcera gástrica + gastropatía eritematosa en 20 casos (25,64%). Erosiones en esófago 10 casos (12,82%). Erosiones gástricas 8 casos (10,26%). Ulcera duodenal + gastropatía eritematosa 8 casos (10,26%). Úlcera gástrica + erosiones gástricas 6 casos (7,69%). Laceraciones en esófago 6 casos (7,69%). Úlcera duodenal + erosiones gástricas, Varices esofágicas con signos de sangrado reciente, Tumor gástrico, 3 casos de cada uno (3,85% c/u). Úlcera duodenal + gastropatía eritematosa + angiodisplasias, Úlcera gástrica + gastropatía congestiva, 2 casos de cada uno (2,56% c/u). Úlcera gástrica, Úlcera duodenal, Úlcera duodenal
+ gastropatía congestiva, Úlcera gástrica + gastropatía congestiva + angiodisplasias, Varices esofágicas con signos de sangrado reciente + gastropatía eritematosa, Varices Esofágicas sin signos de sangrado reciente + gastropatía eritematosa + úlcera gástrica, Varices Esofágicas sin signos de sangrado reciente, úlcera gástrica, se encontró un caso de cada uno (1,28% c/u). (Tabla 6)

La conducta terapéutica para el 100% de la muestra fue farmacológica + endoscópica. En cuanto a la Terapéutica endoscópica, en 54 pacientes (69,22%) se empleó métodos terapéuticos. En 50 pacientes (64,10%) se empleó el Métodos de inyección: adrenalina, alcohol absoluto, dextrosa 50%. En 2 pacientes (2,56%) Método mecánico: ligadura con bandas endoscópicas, En 2 pacientes (2,56%) Método térmico: coagulación con argón plasma. Solo 24 pacientes (30,78%) no recibieron terapéutica endoscópica. (Tabla 7)

En relación a la Sustancia esclerosante, se emplearon tres entre 54 casos (69,22%) de la muestra estudiada. En mayor frecuencia la Adrenalina en solución salina 0.9%, para 44 casos (56,41%). Dextrosa 50%, 7 casos (8,97%) y Alcohol absoluto en 3
casos (3,85%). (Tabla 8)

En cuanto a la condición de egreso, una vez realizado todos los protocolos de atención, 73 pacientes (93,58%) egresaron vivos, 28 (35,89%) sexo femenino y 45

(57,69%) sexo masculino. Muertos, 5 casos (6,41%), 2 (2,56%) sexo femenino y 3 (3,84%) sexo masculino. (Tabla 9).

DISCUSIÓN

Se describió la frecuencia de las características sociodemográficas y la asociación de los factores relacionados con las causas de hemorragia digestiva superior encontradas a través de endoscopia digestiva, en una muestra de 78 pacientes que ingresaron con dicho diagnóstico al servicio de emergencia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, entre Enero 2022 y Enero 2024. Se han realizado estudios similares en este hospital como el de “Incidencia de hemorragia digestiva superior no variceal en el Hospital General del Oeste durante los años 2002-2006.” Así mismo se han encontrado otros estudios realizados dentro del país, asociados a hemorragia digestiva superior. De igual manera en la región de las Américas.

Se determinó que, de acuerdo al sexo, los hombres tienen mayor incidencia de hemorragia digestiva superior siendo esta del 61,54% en nuestro estudio, con rango de edad más frecuente de 65 – 72 años, 23,08%, resultados similares a los obtenidos por Gil C. y Ramírez Z., en donde se determinó que el 69% eran hombres y el grupo de edad más afectado fue de 61 a 70 años,[10] incluso para Salazar S. y cols. el sexo masculino fue el más afectado, así como el rango de edad comprendido entre 48 y 62 años. [11] y en el estudio de Naddaf R. y Folkmanas W, el 77,3% de los pacientes correspondió al sexo masculino. [9] Este incremento proporcional al aumento de la edad se ha venido acentuando considerablemente en años recientes, lo que es considerado en todas la series revisadas como un factor de riesgo y está incluido en la mayoría de los sistemas de valoración pronostica.

El 24,36% de los pacientes presentan consumo crónico de alcohol en nuestro estudio, incluso en el trabajo de Almeida Alvarado J., y colaboradores [14] se determinó el consumo de alcohol fue un hábito de riesgo con alta frecuencia

en los pacientes con hemorragia digestiva superior. El tabaquismo y el consumo de alcohol constituyeron factores de riesgo para la aparición de la citada enfermedad, puesto que ambos aumentan el estrés oxidativo de la mucosa, con lo que disminuye la velocidad de curación y aumenta la recurrencia; a esto se añade que el humo del

tabaco contribuye al agravamiento de la úlcera péptica porque se atenúa la hiperemia en el margen de la lesión [23]

En cuanto a los factores de riesgo para hemorragia digestiva superior en nuestro estudio se determinó que el 61,53% de los pacientes presentó algún factor de riesgo, de los cuales el más frecuente fue el consumo de AINES en el 30,73%, similares resultados se obtuvieron en el estudio de Salazar S. y colaboradores en el cual se determinó que el 57% de los pacientes que presentó hemorragia digestiva superior consumieron algún tipo de AINE, [11] esto se explica debido a que la alteración de la integridad de la mucosa por AINE provoca un aumento de la permeabilidad de la membrana celular a la retrodifusión de iones hidrógeno, lo que resulta en acidosis intramural, muerte celular y ulceración. [28]

En atención a la presentación clínica de Hemorragia Digestiva Superior, se encontró con mayor frecuencia melena en el 41,03%, así como en el estudio realizado por Pinto Carolina y colaboradores donde se determinó la presencia de melena en el 73,5% de los pacientes con hemorragia digestiva superior. [15]

En cuanto a la etiología de la hemorragia digestiva superior se determinó que

la enfermedad ulcero péptica es la que presenta mayor frecuencia, siendo el 58,97% en nuestro estudio, reportando un resultado similar en el trabajo de Rojas B., y colaboradores donde se determinó que la etiología más frecuente fue la enfermedad ulcero péptica en el 48.79 %,[5] así como en el estudio de Proaño Bautista y colaboradores donde la enfermedad ulcero péptica representó el 31%. [13]

En cuanto a los hallazgos endoscópicos en nuestro estudio se determinó que con mayor frecuencia encontramos úlceras gástricas representando el 37.17%, resultados similares a los obtenidos por Rojas B. y colaboradores en su estudio donde determinaron que las úlceras gástricas fueron las más frecuentes representado el 56.40%. [5] Así como en el estudio de Salazar S. y colaboradores donde el hallazgo endoscópico más frecuentes fue Ulcera gástrica en 27%. [11] lo que coincide con la bibliografía consultada en la que se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de sangrado, en comparación con otros hallazgos

endoscópicos. Esta afección corresponde a la respuesta gástrica común a diferentes noxas asimilables al concepto de stress fisiológico. [23]

En cuanto a la conducta terapéutica en nuestro estudio se determinó que el tratamiento endoscópico aplicado con mayor frecuencia fueron los métodos de inyección siendo el 64,10%, de los cuales la adrenalina en solución salina 0,9%, fue el método más empleado representando el 56,41%, similares resultados a los obtenidos por Naddaf R., Folkmanas W y colaboradores, quienes determinaron en su estudio que la terapéutica endoscópica más utilizada fue la esclerosis con adrenalina 1/10.000 siendo el 51,6% de los casos. [9] Así mismo en el estudio de Rojas B., y colaboradores se determinó que la terapéutica endoscópica más utilizada en lesiones no variceales fue la inyección con Adrenalina. [5] el uso frecuente de los métodos de inyección se debe al fácil acceso a ellos y a que la inyección de epinefrina reduce o detiene el sangrado mediante vasoconstricción y taponamiento local. No se recomienda la monoterapia con epinefrina debido a su efecto temporizador, por lo que es ideal combinarlo con un segundo método que puede ser mecánico para obtener menores tazas de recidiva. [45]

En cuanto a la condición de egreso, en nuestro estudio se determinó que el 93,58% de los pacientes egresaron vivos, y el 6,41% fallecieron, en contraste con los resultados obtenidos por Rojas B., y cols., en el Hospital Vargas de

Caracas en el año 2007 donde se determinó que la mortalidad general fue de 0.72%. En la literatura revisada se habla de que la tasa de mortalidad en hemorragia digestiva superior está mejor relacionada con las enfermedades subyacentes y no directamente con el sangrado. [3]

CONCLUSIONES

1.- Los factores asociados a la hemorragia digestiva superior desde el punto epidemiológico se caracterizan por la edad avanzada y el sexo masculino, así como la alta prevalencia de hábitos psicobiológicos particularmente el consumo de alcohol y la asociación significativa con el consumo de AINES.

2.- La enfermedad ulcero péptica se establece como el principal factor etiológico de la HDS en este estudio, lo que se refuerza con el hallazgo endoscópico más frecuente de úlcera gástrica, además de la melena como signo clínico de presentación más frecuente asociado a HDS, siendo la principal causa aquella de origen no variceal

3.- La implementación de un protocolo terapéutico combinado farmacológico y endoscópico, demuestra la adherencia a las guías clínicas actuales y se correlaciona con un pronóstico favorable para la mayoría de los pacientes. El método terapéutico más empleado para el control endoscópico de la hemorragia fue la esclerosis con adrenalina, evidenciando su accesibilidad, eficacia y aplicabilidad en el entorno hospitalario público.

4.- La atención brindada en el hospital en el contexto de emergencia para la estabilización y control de la hemorragia digestiva superior permitió controlar la mayoría de los episodios hemorrágicos de manera satisfactoria, destacando la baja mortalidad y la alta tasa egreso vivo.

RECOMENDACIONES

1.- Debido a la marcada influencia de factores de riesgo modificables en la etiología de los eventos hemorrágicos es necesario focalizar las estrategias de prevención primaria en la modificación de estos hábitos y la regulación del uso de AINES en la población adulto mayor y masculina.

2.- Los hallazgos de este estudio refuerzan la importancia de mantener la capacitación continua del personal de salud, optimizar los protocolos de atención temprana y promover intervenciones preventivas sobre los factores de riesgo identificados, con el fin de reducir complicaciones y la mortalidad asociada a esta patología.

3.- Crear un programa de captación de pacientes en riesgo con comorbilidades como hipertensión portal, mediante un seguimiento y control eficiente de la enfermedad subyacente para realizar una intervención adecuada y prevenir que los pacientes lleguen a presentar hemorragia digestiva superior.

4.- Diseñar e implementar un sistema de vigilancia y seguimiento de los casos de hemorragia digestiva superior, junto con la elaboración de una base de datos sobre las principales causas, con el fin de disponer de información confiable sobre el comportamiento clínico epidemiológico de este tipo de patologías.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos salud, vida y sabiduría para continuar en el camino trazado por él desde hace mucho.

Agradecemos además a nuestros padres, hermanos y todas las personas que nos han acompañado en estos años de formación.

Un especial agradecimiento a la Universidad Central de Venezuela, al Hospital General Del Oeste “Dr José Gregorio Hernández” Los Magallanes de Catia y a todos los tutores que nos guiaron con sus conocimientos; sin ellos, la realización de este trabajo no hubiera sido factible.

REFERENCIAS

1. Martínez S , Figueroa P, Toro , García. Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta. Rev. Cir. 2021; 73(6): p. 728-743.

2. Elta , Takami. Approach to the Patient with Gross Gastrointestinal Bleeding. Principles of Clinical Gastroenterology. 2009; 978(1): p. 405.

3. Valdez H. Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta hospital nacional alberto sabogal sologuren 2019. Repositorio USMP. 2019.

4. Portilla Merino GM. Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Repositorio Universidad de Cuenca. 2009.

5. Rojas B, Landaeta J. Hemorragia digestiva superior en el Hospital Vargas de Caracas. GEN. 2007; 61(1).

6. Hernández Solís KN. Caracterización de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior en el Hospital Militar Central de enero a julio 2021. 2021.

7. Leerdam. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008; 22(2): p. 209–24.

8. Rivas A, Gil C, Ramírez Z, Ledezma J. Características clínicas y terapéuticas de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia digestiva superior, en el Hospital Central de Maracay Edo. Aragua-Venezuela. 2001-2005. GEN. 2009; 63(1): p. 25-28.

9. Naddaf R, Folkmanas , Requena T. Incidencia de hemorragia digestiva superior no variceal en el Hospital General del Oeste durante los años 2002-2006. GEN. 2008; 62(2): p. 114-115.

10. Gil , Ramírez Z. Hemorragia digestiva alta varicosa en el Hospital Central de Maracay durante el año 2004 - 2008. GEN. 2010; 64(4): p. 348-352.

11. Salazar S, Useche E, Villegas V. Frecuencia de consumo de Aines en los

pacientes con hemorragia digestiva superior no variceal. GEN. 2009; 63(1).

12. Capre Pereira J, Salcedo A, Holguín J. Hemorragia digestiva masiva: redescubriendo un titán quirúrgico del siglo XX en un hospital de referencia del suroccidente colombiano. Rev Colomb Cir. 2025; 40(3): p. 544-554.

13. Proaño Bautista CX, López Maldonado MC, Rivera Chilliquinga JA, López Mier RD. Hemorragia digestiva alta, etiología, diagnóstico y tratamiento: un artículo de revisión. Pol. Con. 2024; 9(1): p. 1128-1139.

14. Almeida Alvarado JC. Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes de gastroenterología. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2016-2017. Estudio de casos y controles. UCuenca. 2018.

15. Pinto C, Parra P, José M. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). Rev Med Chile. 2020; 148(3): p. 288-294.

16. Don R. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults. UpToDate. 2024; 21(9): p. 555-66.

17. Rockey D, Hafemeister A, Reisch JS. Acute on chronic gastrointestinal bleeding: a unique clinical entity. J Investig Med. 2017; 65(5): p. 892-898.

18. Saltzman J, Laine. Abordaje del sangrado gastrointestinal superior agudo en adultos. UpToDate. 2025.

19. Wuerth B, Rockey. Cambios en la epidemiología de la hemorragia gastrointestinal superior en la última década: un análisis a nivel nacional. Dig Dis Sci. 2018; 63(5): p. 1286-1293.

20. Longstreth G. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. Am J Gastroenterol. 1995; 90(2): p. 206-10.

21. Boonpongmanee S, Fleischer D, Pezzullo J. The frequency of peptic ulcer as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. Gastrointest Endosc. 2004; 59(7):
p. 788-94.

22. Gralnek I, Barkun A, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. N Engl J Med. 2008; 359(9): p. 928-937.

23. Hunt R, Malfertheiner P, Yeomans N, Hawkey C. Critical issues in the pathophysiology and management of peptic ulcer disease. Eur J

Gastroenterol Hepatol. 1995; 7(7): p. 685-99.

24. Graham D, Hepps K, Ramirez F, Lew G, Saeed. Treatment of Helicobacter pylori reduces the rate of rebleeding in peptic ulcer disease. Scand J Gastroenterol. 1993; 28(11): p. 939-42.

25. Tytgat G. Peptic ulcer and Helicobacter pylori: eradication and relapse. Scand J

Gastroenterol Suppl. 1995; 210: p. 70-2.

26. Shibata T, Imoto I, Ohuchi Y, Taguchi Y, Takaji S. Helicobacter pylori infection in patients with gastric carcinoma in biopsy and surgical resection specimens. Cancer. 1996; 15(77): p. 1044-9.

27. Terdiman J, Ostroff J. Gastrointestinal bleeding in the hospitalized patient: a case-control study to assess risk factors, causes, and outcome. Am J Med. 1998; 104(4): p. 349-54.

28. Sung J, Tsoi K, Yung M. Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10,428 cases. Am J Gastroenterol. 2010; 105(1): p. 84-9.

29. Balderas V, Bhore R, Lara L, Spesivtseva J. The hematocrit level in upper gastrointestinal hemorrhage: safety of endoscopy and outcomes. Am J Med. 2011; 124(10): p. 970-6.

30. Guntipalli P, Chason R, Elliot A, Rockey. Upper gastrointestinal bleeding caused by severe esophagitis: a unique clinical syndrome. Dig Dis Sci. 2014; 59(12): p. 2997-3003.

31. Yip R, Limburg P, Ahlquist D, Carpenter H. Pervasive occult gastrointestinal bleeding in an Alaska native population with prevalent iron deficiency. Role of Helicobacter pylori gastritis. JAMA. 1997; 277(14): p. 1135-9.

32. Pang S, Leung W, Graham. Ulcers and gastritis. Endoscopy. 2008; 40(2): p. 136-9.

33. Laine L, Cohen H, Sloane R, Marin M. Interobserver agreement and predictive value of endoscopic findings for H. pylori and gastritis in normal volunteers. Endosc, Gastrointest. 1995; 42(5): p. 420-3.

34. Lyles , Elliott A, Rockey D. A risk scoring system to predict in-hospital mortality in patients with cirrhosis presenting with upper gastrointestinal bleeding. J Clin Gastroenterol. 2014; 48(8): p. 712-20.

35. Garcia T, Sanyal A, Grace N. Prevention and management of

gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. Hepatology. 2007; 46(3): p. 922- 38.

36. Brocchi Y, Caletti G, Brambilla G. Prediction of the first variceal hemorrhage in patients with cirrhosis of the liver and esophageal varices. A prospective multicenter study. N Engl J Med. 1988; 319(15): p. 983-9.

37. Broussard K, Rockey D. Bleeding ectopic varices: clinical presentation, natural history, and outcomes. J Investig Med. 2022; 70(5): p. 1280-1284.

38. García , Caca K, Bureau C. Early use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding. N Engl J Med. 2010; 362(25): p. 2370-9.

39. Caldwell S. Gastric varices: is there a role for endoscopic cyanoacrylates, or are we entering the BRTO era? Am J Gastroenterol. 2012; 107(12): p. 1784-90.

40. Rockey D. Occult and obscure gastrointestinal bleeding: causes and clinical management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2010; 7(5): p. 265-79.

41. Payen J, Calès P, Voigt J, Barbe S, Pilette C. Severe portal hypertensive gastropathy and antral vascular ectasia are distinct entities in patients with cirrhosis. Gastroenterology. 1995; 108(1): p. 138-44.

42. Laine L, Jensen D. Management of patients with ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. 2012; 107(3): p. 345-60.

43. Chason R, Reisch J, Rockey D. More favorable outcomes with peptic ulcer bleeding due to Helicobacter pylori. Am J Med. 2013; 126(9): p. 811-818.

44. Zullo , Hassan , Morini , Campo S. Bleeding peptic ulcer in the elderly: risk factors and prevention strategies. Drugs Aging. 2007; 24(10): p. 815-28.

45. Ka Leung Chan , Wai Sun Wong. Combination of a cyclo-oxygenase-2 inhibitor and a proton-pump inhibitor for prevention of recurrent ulcer bleeding in patients at very high risk: a double-blind, randomised trial. Lancet. 2007; 12(369): p. 1621-6.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL OESTE

Nosotras: Lorena Alexandra Carrión Campoverde con Pasaporte: A7587030, y Katherine Estefanía Bajaña Morán con Pasaporte: A9144738, autoras de esta investigación, nos comprometemos a utilizar los datos obtenidos de cada historia únicamente para efectos de la investigación en curso. Estos datos no serán divulgados fuera de la misma ni parcial ni completamente.

Los datos serán objeto de análisis con fines exclusivamente académicos, previa aprobación de nuestro Comité Académico y Comité de Ética Hospitalario.

La identificación de cada paciente será resguardada según el manejo del secreto médico.

La publicación de esta investigación se realizará solamente con los resultados totales ya analizados en revistas periódicas de nuestra es especialidad con fines de divulgación del conocimiento médico obtenido, nunca de individualidades particulares.

NOMBRE Y FIRMA DE LA AUTORA

NOMBRE Y FIRMA DE LA AUTORA

Anexo 2

FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL OESTE

No. _____Edad: _____Sexo: M_____F_____

Ocupación: _____

Hábitos psicobiológicos: Tabaquismo_____Alcoholismo _____Ilícitos_____

Factores de Riesgo: _____

Estados comórbidos: _____

Signos de la HDS _____

Hallazgos endoscópicos _____

Etiología de la HDS _____

Tratamiento _____

Terapéutica endoscópica _____

Complicaciones: _____

Condición al egreso: Vivo _____Muerto: _____

Resultado de la biopsia _____

Anexo 3

Resultados

Tabla 1
Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje en cuanto a edad y sexo

Variable	Estadístico					
	Sexo F		Sexo M		Total	
Rango de Edad - Intervalos (Años)	Frec	%	Frec	%	Frec	%
41 – 48**	7	8,97	6	7,69	13	16,67
49 – 56	7	8,97	9	11,54	16	20,51
57 – 64* °	5	6,41	6	7,69	11	14,10
65 – 72	7	8,97	11	14,10	18	23,08
73 – 80	3	3,85	5	6,41	8	10,26
81 - 88	1	1,28	7	8,97	8	10,26
89 - 96			4	5,13	4	5,13
Sexo						
Femenino	30					
%		38,46				
Masculino			48			
%				61,54		
Total Frecuencia y %					**78**	**100**

Media: 64.22 años* **Mediana:** 63 años° **Moda:** 47 años**

Tabla 2
Distribución de la muestra por sexo, frecuencia y porcentaje en cuanto a hábitos psicobiológicos

Variable	Estadístico					
	Sexo F		Sexo M		Total	
Hábitos psicobiológicos	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Tabáquico	3	3,85	5	6,41	8	10,25
Alcohol	6	7,69	13	16,67	19	24,36
Tabaco y alcohol	4	5,13	14	17,95	18	23,08
Poliadicción	0	0	3	3,85	3	3,85
Consumo de ilícitos	0	0	3	3,85	3	3,85
Total Frecuencia y porcentaje	13	16,67	38	48,73	51	65,39
Niega	17	21,79	10	12,82	27	34,62
Femenino	30					
%		38,46				
Masculino			48			
%				61,54		
Total frecuencia y %					**78**	**100**

Tabla 3
Distribución de la muestra por sexo, frecuencia y porcentaje de Signos de HDS

Variable	Estadístico					
	Sexo F		Sexo M		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Signos HDS						
Hematemesis	5	6,41	15	19,23	20	25,64
Hematoquecia	4	5,13	5	6,41	9	11,54
Melena	10	12,82	22	28,21	32	41,03
Hematemesis + Melena	11	14,10	6	7,69	17	21,79
Sexo						
Femenino	30					
%		38,46				
Masculino			48			
%				61,54		
Total Frecuencia y %					**78**	**100**

Tabla 4
Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje en cuanto a Factores de riesgo para HDS

Variable	Estadístico			
Factores de riesgo	Fr	%	Total Fr	%
Antecedentes familiares de cáncer gastrointestinal	4	5,13		
Consumo de AINES	9	11,54		
Enfermedad hepática crónica avanzada	7	8,97		
Enfermedad ulcero péptica previa	2	2,56		
Enfermedad ulcero péptica previa + consumo de AINES	5	6,41		
Gastropatías	1	1,28		
Gastropatías + Consumo de AINES	2	2,56		
Gastropatías + enfermedad ulcero péptica previa	1	1,28		
Infección por Helicobacter Pylori + antecedentes familiares de cáncer gástrico	3	3,85		
Infección por Helicobacter Pylori + Consumo de AINES	3	3,85		
Infección por Helicobacter Pylori + Gastropatías	4	5,13		
Neoplasia gastrointestinal	1	1,28		
Polimedicación	5	6,41		
Polimedicación + enfermedad ulcero péptica previa	1	1,28		
	Frecuencia		48	
	%			61,53
Ninguno factor de riesgo presente			30	
	%			38,46

Total frecuencia y %	**78**	**100**

Tabla 5
Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje en relación a Etiología de la enfermedad

Variable	Estadístico			
			Total	
	Fr	%	Fr	%
Etiología de la enfermedad (HDS)				
Enfermedad ulcero péptica	46	58,97		
Esofagitis	10	12,82		
Hemorragia variceal	5	6,41		
Gastropatía erosiva	8	10,26		
Síndrome de Mallory-Weiss	6	7,69		
Neoplasias del tracto gastrointestinal superior	3	3,85		
Frecuencia	78			
%		100		
Total frecuencia y porcentaje			**78**	**100**

Tabla 6
Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje de los Hallazgos Endoscópicos

Variable	Estadístico			
			Total	
Hallazgos endoscópicos	Fr	%	Fr	%
Úlcera gástrica	1	1,28		
Úlcera duodenal	1	1,28		
Úlcera duodenal + erosiones gástricas	3	3,85		
Úlcera duodenal + gastropatía congestiva	1	1,28		
Úlcera duodenal + gastropatía eritematosa	8	10,26		
Úlcera duodenal + gastropatía eritematosa + angiodisplasias	2	2,56		
Úlcera gástrica + erosiones gástricas	6	7,69		
Úlcera gástrica + gastropatía congestiva	2	2,56		
Úlcera gástrica + gastropatía congestiva + angiodisplasias	1	1,28		
Úlcera gástrica + gastropatía eritematosa	20	25,64		
Varices esofágicas con signos de sangrado reciente	3	3,85		
Varices esofágicas con signos de sangrado reciente + gastropatía eritematosa	1	1,28		
Varices Esofágicas sin signos de sangrado reciente + gastropatía eritematosa + úlcera gástrica	1	1,28		
Varices Esofágicas sin signos de sangrado reciente, úlcera gástrica	1	1,28		
Tumor gástrico	3	3,85		
Erosiones en esófago	10	12,82		
Laceraciones en esófago	6	7,69		
Erosiones gástricas	8	10,26		

Total frecuencia y %	**78**	**100**

Tabla 7
Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje en atención a "Conducta terapéutica" y "Terapéutica endoscópica"

Variable	Estadístico			
Conducta terapéutica			Total	
	Fr	%	Fr	%
Farmacológica + endoscópica	78	100		
Total frecuencia y porcentaje			78	100
Terapéutica endoscópica				
Métodos de inyección: adrenalina, alcohol absoluto, dextrosa 50%	50	64,10		
Método mecánico: ligadura con bandas endoscópicas	2	2,56		
Métodos térmicos: coagulación con argón plasma	2	2,56		
Frecuencia	54			
%		69,22		
Total frecuencia y porcentaje			54	69,22
Sin Terapéutica endoscópica				
Frecuencia	24			
%		30,78		
Total frecuencia y porcentaje			24	69,22
Total frecuencia y porcentaje			78	100

Tabla 8
Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje en relación a Sustancia esclerosante empleada

Variable	Estadístico			
Sustancia esclerosante	Fr	%	Total Fr	%
Dextrosa 50%	7	8,97		
Adrenalina en solución salina 0.9%	44	56,41		
Alcohol absoluto	3	3,85		
	54	69,22		
Total frecuencia y %			**54**	**69,22**

Tabla 9
Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje en relación a condición de egreso, por sexo

Variable	Estadístico					
	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
Condición de egreso	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Vivo	28	35,89	45	57,69	73	93,58
Muerto	2	2,56	3	3,84	5	6,41
Sexo						
Femenino	30					
%		38,45				
Masculino			48			
%				61,53		
Total frecuencia y %					**78**	**100**