



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**“HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL  
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO  
AYORA”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

*Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo*

DIRECTOR:

*Dr. Flavio Efraín Fernández Espinoza*

*Loja - Ecuador*

*2016*

**Certificación**

Loja, 13 de octubre del 2016

Dr. Flavio Efraín Fernández Espinoza

**DIRECTOR DE TESIS****CERTIFICA:**

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado “**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA**” de autoría de la Srta. Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo, estudiante de la carrera de Medicina Humana previo a la obtención del título de Médica General; y por considerar que ha sido revisada en su integridad y encontrándola concluida en su totalidad, autorizo su presentación final para revisión y sugerencias del tribunal respectivo.

**ATENTAMENTE:**

Dr. Flavio Efraín Fernández Espinoza  
**DIRECTOR DE TESIS**

**Autoría**

Yo, **Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo**, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis, a excepción de aquellas que se encuentran citadas y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

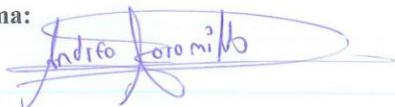
Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

**Firma:****Autora:** Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo**CC:** 1105679672**Correo Electrónico:** andre-jaramillo@hotmail.com**Fecha:** 13 de Octubre de 2016

### Carta de autorización

Yo, Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo, autora de la tesis: **“HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA”**, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual en esta casa de estudios superiores. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Institucional Bibliotecario Virtual, las redes de información del país y del extranjero con las cuales la Universidad mantenga un convenio. La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 13 días del mes de octubre del dos mil dieciséis, firma su autora.

**Firma:**



**Autora:** Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo

**CC:** 1105679672

**Dirección:** Rumania e Irlanda

**Teléfono:** 0985706711

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

**Director de tesis:** Dr. Flavio Efraín Fernández Espinoza

#### **TRIBUNAL DE GRADO:**

**Presidente:** Dr. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg.Sc.

**Miembro de tribunal:** Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg.Sc.

**Miembro de tribunal:** Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc.

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a mis padres, **Mauro Jaramillo Churo y Martha Jaramillo Jaramillo**, quienes con sus consejos han sabido guiarme, han sabido formarme con buenos hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, a mis hermanas **Michelle Alejandra y Alisson Valeria**, y a mis familiares que siempre han estado junto a mi brindándome su apoyo.

**Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo**

## **Agradecimiento**

Agradezco a mi padre y mi madre por la confianza y el apoyo brindado, quienes con su ejemplo me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre preservar a través de sus sabios consejos.

Al Doctor Flavio Fernández, director de tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

**Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo**

## Índice

Certificación.....	ii
Autoría .....	iii
Carta de autorización .....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
Lista de Tablas .....	ix
Lista de Figuras.....	x
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Abstract.....	3
3. Introducción .....	4
4. Revisión de literatura .....	7
4.1. Hemorragia digestiva alta .....	7
4.1.1. Definición. ....	7
4.1.2. Formas de presentación.....	7
4.1.3. Factores de riesgo. ....	9
4.1.4. Endoscopia digestiva alta.....	12
4.1.4.1. Enfoque diagnóstico por endoscopia digestiva alta. ....	12
4.1.4.1.1. Clasificación de Forrest. ....	13
4.1.4.2. Diagnóstico etiológico por endoscopia digestiva alta.....	16
<i>Enfermedad ulcerosa péptica.</i> .....	18
<i>Síndrome de Mallory Weiss.</i> .....	19
<i>Esofagitis</i> .....	20

<i>Erosiones gástricas y duodenales</i> .....	21
<i>Neoplasias</i> .....	21
<i>Lesión de Dieulafoy</i> .....	22
<i>Angiodisplasia</i> .....	23
<i>Várices esofagogástricas</i> .....	23
5. Diseño metodológico:.....	29
6. Resultados.....	31
7. Discusión.....	39
8. Conclusiones.....	45
9. Recomendaciones.....	46
10. Revisión bibliográfica.....	47
11. Anexos.....	52
Anexo 1: formulario de recolección de datos.....	52
Anexo 2: pertinencia al trabajo de investigación.....	55
Anexo 3: designación de director de tesis.....	56
Anexo 4: autorización para desarrollo de trabajo de investigación.....	57
Anexo 5: certificación de traducción del resumen.....	58
Anexo 6: proyecto de tesis.....	59

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Distribución de los pacientes según sexo.....	31
<b>Tabla 2.</b> Distribución de los pacientes según grupo etario .....	32
<b>Tabla 3.</b> Distribución de los pacientes según diagnóstico etiológico .....	33
<b>Tabla 4.</b> Distribución de los pacientes según las formas de presentación .....	35
<b>Tabla 5.</b> Distribución de los pacientes según comorbilidades .....	36
<b>Tabla 6.</b> Distribución de los pacientes según consumo de fármacos .....	37

## Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Distribución de los pacientes según clasificación de Forrest .....	34
<i>Figura 2.</i> Distribución de los pacientes según tipo de fármaco que consume.....	38

## **1. Título**

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA.

## 2. Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, cuya muestra fue de 96 pacientes los cuales acudieron al servicio de gastroenterología del Hospital Isidro Ayora Loja en el periodo enero 2013 a mayo 2015 y que fueron diagnosticados de hemorragia digestiva alta mediante endoscopia digestiva cuyo diagnóstico constó en las historias clínicas de donde se obtuvo los datos utilizando una hoja de recolección, con el objetivo principal de determinar las causas de sangrado digestivo alto, los objetivos específicos fueron determinar género y edad más frecuente así como identificar la etiología, describir los estigmas endoscópicos de sangrado por úlceras mediante la clasificación endoscópica de Forrest, señalar la forma de presentación y establecer los antecedentes patológicos personales más frecuentes de las personas en las que se presenta hemorragia digestiva alta. Entre los resultados sobresalieron: el sexo masculino con un 62.50%, el grupo etario en donde se presenta con mayor frecuencia hemorragia digestiva alta fue entre 61 a 70 años con un 19.79%, el diagnóstico etiológico úlcera péptica con 46 casos de estos para la úlcera duodenal el 25% y para la úlcera gástrica 22.92%, de las cuales los estigmas endoscópicos que se observaron con mayor frecuencia fue Forrest III con un 34.78%, la forma de presentación la melena con 52.08%, el alcoholismo con un 34.12% y consumo de medicamentos con el 40.63% del total de casos, dentro de los medicamentos resaltó el consumo de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y el ácido acetil salicílico.

**Palabras clave:** Sangrado digestivo alto, hallazgos endoscópicos, estigmas endoscópicos.

## Abstract

A descriptive, observational, cross-sectional and retrospective study was performed whose sample was of 96 patients who attended to the gastroenterology service from the Isidro Ayora Hospital in the period January 2013 to May 2015, they were diagnosed with upper gastrointestinal bleeding using a digestive endoscopy whose diagnosis consisted on the medical records of where the data was obtained using collection sheets, as a main objective we had to determine the causes of high digestive bleeding, as specific objectives we had to determine genres and age more frequently just like identifying the etiology, also to describe the endoscopic stigmata of bleeding ulcers by endoscopic classification of Forrest, note that the form of presentation and establish the most frequent medical history of people in which upper gastrointestinal bleeding occurs. Among the outstanding results we had: males with a 62.50%, the age group where most bleeding occurs frequency of upper gastrointestinal was between 61 to 70 years of age with a 19.79%, the etiologic diagnosis of peptic ulcer in 46 cases of these ulcer duodenal with a 25% for gastric ulcer a 22.92%, of which endoscopic stigmata were observed most frequently was Forrest III with a 34.78%, the main presentation with a 52.08%, alcoholism with a 34.12% and the consumption of drugs with a 40.63% of all cases, within highlighted medication we observed that the consumption of non-steroidal anti-inflammatory drugs and acetylsalicylic acid.

**Key-Words:** Gastrointestinal bleeding, endoscopic findings, endoscopic stigmata.

### 3. Introducción

Se considera a la hemorragia digestiva alta como un problema habitual en la práctica gastroenterológica, tiene un amplio espectro clínico, el mismo que puede abarcar numerosas situaciones clínicas diferentes, constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, por lo que es importante conocer las causas que la origina, para así focalizar adecuadamente las medidas terapéuticas (Abreu Jarrí, Ramos Tirado, Trejo Muñoz, & Cintado Tortoló, 2013).

El sangrado desde el tubo digestivo alto es aproximadamente cuatro veces más frecuente que los sangrados bajos. Su incidencia es de aproximadamente 100 casos por cada 100.000 personas por año y su tasa de mortalidad varía entre un 6 y un 10%. Es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo, la tasa de mortalidad es similar en ambos sexos (González & Pimentel, 2014).

La hemorragia digestiva alta, por lo general secundaria a una enfermedad erosiva de la mucosa, es responsable de hasta 20.000 muertes por año en Estados Unidos. La incidencia muestra una tendencia creciente entre personas de edad avanzada; en un estudio se observó que los pacientes con más de 65 años comprenden más del 30% de todos los individuos con sangrado digestivo alto (Sleisenger & Fordtran, 2008).

Las personas con hemorragia digestiva alta se presentan con un cuadro de severidad clínica muy variable que comprende desde un sangrado trivial hasta la exanguinación fulminante letal (Sleisenger & Fordtran, 2008).

La hemorragia digestiva alta se presenta como hematemesis o melenas o ambas, diversos grados de alteración hemodinámica, en dependencia de su localización, velocidad del tránsito

intestinal y cuantía de la pérdida sanguínea. Las formas de presentación varían entre un sangrado sin traducción hemodinámica y una hemorragia violenta que puede llevar a shock y a compromiso de conciencia (Vargas , 2008).

La causa más frecuente de hemorragia digestiva alta es la úlcera péptica gastroduodenal, que representa el 60 al 70% de los casos, pero también puede ser debida a varices esofagogástricas, lesiones agudas de la mucosa gástrica, esofagitis, síndrome de Mallory Weis, tumores o lesiones vasculares (J. Balanzó, 2005).

La historia clínica y la exploración física ante un paciente con sangrado digestivo alto deben ser meticulosas, tendentes, por una parte, a aproximarnos al diagnóstico etiológico, y, por otra, a evaluar la situación hemodinámica del paciente e instaurar las primeras medidas terapéuticas. Para ello es importante conocer las características del sangrado, historia digestiva reciente y pasada, enfermedades asociadas, o antecedentes de cirugía digestiva o vascular abdominal, o de terapéutica endoscópica, ingesta reciente de medicamentos, sobre todo de AINEs, anticoagulantes (Bolaños, Balduzzi, & Condado, 2013).

La exploración endoscópica constituye el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva (Sleisenger & Fordtran, 2008).

La clasificación de Forrest es el método endoscópico más utilizado para clasificar las lesiones, predecir el riesgo de resangrado, mortalidad y utilidad para definir la conducta terapéutica y el seguimiento del paciente con hemorragia digestiva alta no variceal (Moreno & Suárez , 2011).

Este estudio tuvo como objetivo general determinar las causas de hemorragia digestiva alta diagnosticada mediante endoscopia digestiva en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del Hospital Isidro Ayora Loja en el período comprendido entre enero 2013 a mayo 2015. Entre los objetivos específicos se hallaron: determinar género y edad más frecuente, identificar la etiología de la hemorragia digestiva alta diagnosticada mediante endoscopia, describir los estigmas endoscópicos de sangrado por úlceras mediante la clasificación endoscópica de Forrest, señalar la forma de presentación y establecer los antecedentes patológicos personales más frecuentes de las personas en las que se presenta hemorragia digestiva alta.

Los resultados señalaron que la hemorragia digestiva alta se presenta con mayor frecuencia en el género masculino con un 62.50%, el grupo etario en donde se presenta con mayor frecuencia es entre 61 a 70 años con un 19.79%, el diagnóstico etiológico más frecuente úlcera duodenal 25%, los estigmas endoscópicos que se observaron con mayor repetición fue Forrest III con un 34.78%, la forma de presentación la melena con 52.08%, el alcoholismo con un 34.12% y consumo de medicamentos con el 40.63% del total de casos, dentro de los medicamentos resaltó el consumo de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y el ácido acetil salicílico.

Considerando que la hemorragia digestiva alta es un problema de salud pública que constituye una de las urgencias médicas más frecuentes y en vista que en nuestro medio no se han realizado estudios sobre el tema, se propuso el presente trabajo investigativo para contribuir al conocimiento del tema en mención.

## **4. Revisión de literatura**

### **4.1 Hemorragia digestiva alta**

#### **4.1.1 Definición.**

Se define como hemorragia digestiva alta a la pérdida sanguínea procedente del tubo digestivo proximal al ángulo de Treitz (esófago, estómago y duodeno), (Díaz, Mena, Calero, & Pina, 2011).

El sangrado desde el tubo digestivo alto es aproximadamente cuatro veces más frecuente que los sangrados bajos. Es una causa importante de morbi-mortalidad, cuya incidencia es de aproximadamente 100 casos por cada 100.000 personas por año y su tasa de mortalidad varía entre un 6 y un 10%. Es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo, la tasa de mortalidad es similar en ambos sexos (González & Pimentel, 2014).

#### **4.1.2 Formas de presentación.**

La hemorragia digestiva alta se presenta como hematemesis o melenas o ambas, diversos grados de alteración hemodinámica, en dependencia de su localización, velocidad del tránsito intestinal y cuantía de la pérdida sanguínea. Se puede manifestar como hematoquezia, es decir, salida de sangre roja por el recto, generalmente, por sangrado bajo o secundario a sangrado masivo digestivo alto.

Las formas de presentación varían entre un sangrado sin traducción hemodinámica y una hemorragia violenta que puede llevar a shock y a compromiso de conciencia (Vargas , 2008).

El cuadro tiene diversas formas de presentación que varían entre un sangrado mínimo, que puede expresarse como anemia crónica o una hemorragia catastrófica de inicio súbito con hematemesis y shock. Según la clínica se orienta el manejo y la admisión de estos pacientes.

La pérdida de sangre desde el tracto gastrointestinal se manifiesta en varias formas posibles.

**Hematemesis:** se define como el vómito de sangre e indica un origen alto, casi siempre proximal al ligamento de Treitz. La sangre eliminada por hematemesis puede ser fresca y de color rojo brillante o antigua con aspecto de borra de café (Sleisenger & Fordtran, 2008).

**Melena:** se define como la eliminación de deposiciones de color negro alquitranado y olor fétido. El color negro alquitranado de la melena se debe a la degradación de la sangre para formar hematina u otros hemocromos por las bacterias (Sleisenger & Fordtran, 2008).

Se trata de sangre pre-digerida proveniente del tracto gastrointestinal alto en la mayoría de los casos, requiriéndose al menos 100 ml de sangre para que la misma se manifieste. También puede indicar una hemorragia digestiva baja en la que el tránsito intestinal se encuentra disminuido, otorgando un tiempo suficiente para la digestión de la sangre emitida (Moreno & Suárez , 2011).

El consumo de fármacos como las sales de hierro o el bismuto, o de alimentos como la tinta de calamar, es con frecuencia responsable de pseudomelenas. Por otro lado, los sangrados procedentes de vía respiratoria también pueden exteriorizarse en forma de melenas (Alcedo, 2010).

**Hematoquezia:** El término designa la evacuación de sangre roja, mezclada con heces o sola, a través del recto (Sleisenger & Fordtran, 2008).

La hemorragia digestiva alta se manifiesta con hematoquezia en el 10% de los casos e indica un sangrado importante con aumento del tránsito, acompañándose por lo general con

descompensación hemodinámica; de lo contrario, debe pensarse en hemorragia digestiva baja como etiología del sangrado.

En un estudio realizado en la Unidad de Sangrantes del Hospital La Paz durante el período de tiempo entre el 1 de mayo de 2009 y el 1 de mayo de 2010, se incluyeron 103 pacientes con edades comprendidas entre los 80 y los 95 años con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, la forma de presentación más frecuente fueron las melenas (64,1%), seguido por los vómitos «en posos de café» (29,1%) y por la hematemesis de sangre roja (23,3%) (Plaza, Froilán , & Martín, 2012).

#### **4.1.3 Factores de riesgo.**

La historia clínica y la exploración física ante un paciente con hemorragia digestiva alta deben ser meticulosas, tendentes, por una parte, a aproximarnos al diagnóstico etiológico, y, por otra, a evaluar la situación hemodinámica del paciente e instaurar las primeras medidas terapéuticas. Para ello es importante conocer las características del sangrado, así como la historia digestiva reciente y pasada. Es necesario conocer si hay otras enfermedades asociadas, o antecedentes de cirugía digestiva o vascular abdominal, o de terapéutica endoscópica. La ingesta reciente de medicamentos, sobre todo de AINEs, anticoagulantes, debe ser investigada (Bolaños, Balduzzi, & Condado, 2013).

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) son factores de riesgo independientes para hemorragia digestiva alta no variceal. La prevalencia de *H. pylori* en HDA por úlcera péptica varía entre 40-56%. (Bolaños, Balduzzi, & Condado, 2013).

La incidencia de hemorragia digestiva alta no variceal ha tenido una reducción significativa debido a una combinación de factores (erradicación de *H. Pylori* y el uso de inhibidores de bomba de protones (IBP) entre otros).

La mortalidad relacionada a hemorragia digestiva alta no variceal ha permanecido estable, estimada entre el 2-15%, la cual se asocia a:

- Edad avanzada
- Presencia de comorbilidades
- Instalación de shock hipovolémico (Bolaños, Balduzzi, & Condado, 2013).

En un estudio realizado en España cuyo objetivo fue evaluar la evolución del consumo de fármacos antiulcerosos en relación a la tendencia evolutiva de la hospitalización por hemorragia digestiva alta, realizado en la Red pública Sistema Nacional de Salud (SNS) durante 9 años, desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2008, se identificaron 110.150 ingresos por hemorragia digestiva alta, de los cuales, el 61,17% fueron hombres y el 38,83% mujeres (Álvarez Ibáñez & Guerra García, 2012).

En el estudio mencionado anteriormente realizado en la Unidad de Sangrantes del Hospital La Paz durante el período de tiempo entre el 1 de mayo de 2009 y el 1 de mayo de 2010, en donde se incluyeron 103 pacientes con edades comprendidas entre los 80 y los 95 años con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, el 60,2% fueron consumidores crónicos de antiinflamatorios no esteroideos, un 53% presentaron hipertensión arterial, el 46% cardiopatía, el 35% consumían ácido acetilsalicílico (Plaza, Froilán , & Martín, 2012).

Un estudio realizado en Portugal en la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital Centro de Cova da Beira, en la región de Cova da Beira, en el 2010; señala que la hemorragia digestiva alta ha estado presentando un crecimiento significativo en las personas mayores, que representan el 35-45% de los casos de hemorragia digestiva alta. Durante el período de estudio hubo 106 episodios de hemorragia digestiva alta. El número total de episodios, el 70,8% se produjo en la tercera edad, con una prevalencia del sexo masculino y con una edad media de 79,8 años. La tasa de incidencia de la hemorragia digestiva alta en los ancianos fue de 3,6 por cada 10 000 habitantes. En los adultos de edad avanzada fue más común el diagnóstico endoscópico de úlcera gástrica y duodenal (Pereira, 2012).

En otro estudio realizado en Perú, sobre hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de los antiinflamatorios no esteroideos en Lima, se evaluaron en trece meses a 117 pacientes (77 varones y 40 mujeres), con una edad promedio de 57.86 años, el 64% consumía AINES, principalmente aspirina (60%), ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15.8%), 31% consumieron simultáneamente más de un AINE. La úlcera gástrica fue más frecuente en el grupo AINES (49%) y la gastritis erosiva en un (13%), (Salvatierra, Romero, Paulino, & Vidal, 2010).

En un estudio realizado en Cuba sobre Caracterización clínico endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos, en el período comprendido entre enero del 2012 a enero del 2013. En el cual de los 40 pacientes estudiados con una edad promedio de 57,3 años +/-13,5 años; predominó del sexo masculino (72,5 %). La presentación clínica más frecuente fue la melena (65%). El principal hallazgo endoscópico fue la úlcera duodenal (45%) y la clasificación de la complicación hemorrágica de la úlcera más

frecuente fue el sangrado reciente. (Abreu Jarrí, Ramos Tirado, Trejo Muñoz, & Cintado Tortoló, 2013)

#### **4.1.4 Endoscopia digestiva alta.**

La endoscopia de tubo digestivo alta que también se denomina esofagogastroduodenoscopia se realiza al pasar un endoscopio flexible a través de la boca hacia el esófago, el estómago, el bulbo duodenal y la segunda porción del duodeno. El procedimiento es el método más adecuado para explorar la mucosa del tubo digestivo proximal. Este procedimiento constituye una técnica diagnóstica y terapéutica importante en las personas que presentan hemorragia aguda del tubo digestivo (Longo, y otros, 2008).

##### ***4.1.4.1 Enfoque diagnóstico por endoscopia digestiva alta.***

La evaluación endoscópica en un paciente con hemorragia digestiva alta, no sólo permite realizar un diagnóstico preciso en un alto porcentaje de los casos si se realiza precozmente, sino que además, la observación de ciertas características de las lesiones sangrantes permite en forma concomitante pronosticar el riesgo que esta lesión tiene de resangrar, y de esta forma dirigir la terapia endoscópica a los pacientes con mayor riesgo (Cortés, Clasificación de Forrest, 2010).

La endoscopia precoz es la principal herramienta diagnóstica y terapéutica, permitiendo en muchas ocasiones el control inmediato del sangrado. En aquellos pacientes en los que el manejo conservador (médico, endoscópico, angiográfico) no controle la hemorragia, presenten resangrado, necesidad constante de transfusión u otras complicaciones de su patología (sobretudo en el sangrado de origen péptico) pueden ser candidatos a valoración quirúrgica para control de la hemorragia digestiva alta (Díaz, Mena, Calero, & Pina, 2011).

En los pacientes con hemorragia digestiva significativa la endoscopia es la piedra fundamental del diagnóstico y el tratamiento de la lesión sangrante. En realidad, el valor terapéutico de este procedimiento es la justificación principal para su uso en casos de hemorragia digestiva alta aguda hemodinámicamente significativa, dado que el tratamiento endoscópico mejora sin duda el pronóstico. Por este motivo en estos individuos se encuentra indicada la endoscopia con la mayor rapidez posible. Además, el aspecto endoscópico de ciertas lesiones puede contribuir con la selección de pacientes y en consecuencia reducir el costo hospitalario, no obstante, la endoscopia solo debe llevarse a cabo cuando el procedimiento se considere inocuo y eficaz. Los pacientes deben reanimarse en forma adecuada antes del estudio endoscópico y la vía aérea debe estar protegida durante el procedimiento (Sleisenger & Fordtran, 2008).

Cuando se realiza la endoscopia deben registrarse tanto el diagnóstico endoscópico como la presencia de estigmas de sangrado en una úlcera péptica. En orden de riesgo descendente los estigmas que predicen el resangrado son: sangrado activo, vaso visible no sangrante, babeo activo. Coágulo adherido, mancha pigmentada y base limpia. Los estigmas de sangrado pueden simplemente describirse o ajustarse a la clasificación de Forrest (Laine & Jensen, 2012).

#### *4.1.4.1.1 Clasificación de Forrest.*

En 1974, J.A.H. Forrest describió esta clasificación que ha sido utilizada con mínimas modificaciones por más de 30 años basado en las diferentes características endoscópicas de úlceras pépticas gastroduodenales con sangrado activo o reciente, las cuales se asocian a diferentes riesgos de sangrado recurrente o persistente (Cortés, Clasificación de Forrest, 2010).

Cuando se confirma que una úlcera péptica es la causa del sangrado, se impone establecer la existencia de signos de hemorragia en curso o no; de hecho, la apariencia de la lesión cuando

se observa a través del endoscopio por primera vez, tiene valor pronóstico. Hallazgos particulares o señales de hemorragia reciente predicen la ocurrencia de resangrado en el transcurso de las 24 horas subsiguientes (García Orozco , Piña Prieto , & Rodríguez Fernández, 2015).

Entre las muchas clasificaciones propuestas para tales fines, la más comúnmente utilizada, aceptada internacionalmente y citada tanto en series individuales como en artículos y otros materiales de consulta, sobresale la de Forrest, correspondiente a los hallazgos endoscópicos al realizar el procedimiento, según las bibliografías consultadas (García Orozco , Piña Prieto , & Rodríguez Fernández, 2015).

La clasificación de Forrest es el método endoscópico más utilizado para clasificar las lesiones, predecir el riesgo de resangrado, mortalidad y utilidad para definir la conducta terapéutica y el seguimiento del paciente con hemorragia digestiva alta no variceal (Moreno & Suárez , 2011).

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

describe como una mancha pigmentada plana, sin relieve evidente en el lecho de la úlcera. Las lesiones tipo Forrest III corresponden exclusivamente a las úlceras pépticas con fondo limpio fibrinoso, sin ningún tipo de protuberancia o cambio en coloración (Cortés, Clasificación de Forrest, 2010).

El riesgo de sangrado persistente o recurrente se correlaciona con el estigma endoscópico observado y es una guía para realizar el tratamiento endoscópico al definir un grupo con alto riesgo de resangrado y otro con bajo riesgo. El tratamiento endoscópico está indicado en los pacientes con hemorragia activa, de tipo pulsátil (Forrest IA, 60- 80% de riesgo de persistir o recurrir) o en napa (Forrest IB, 30% de riesgo) o con un vaso visible (Forrest IIA, 50% de riesgo). El tratamiento del coágulo adherido (Forrest IIB, 10-30% de riesgo) es controversial, reservándose en general para los pacientes con algún otro predictor clínico de alto riesgo. Las lesiones Forrest IIC y III se consideran de bajo riesgo (menor al 10%) por lo que no se sugiere realizar tratamiento endoscópico. Los resultados de esta conducta de tratamiento definida por la presencia de sangrado activo o estigmas de alto riesgo de resangrado (Forrest IA/B, Forrest IIA y IIB en algunos casos) muestran una importante disminución en el resangrado de estas lesiones. La conducta definida por la clasificación de Forrest puede tener algunas limitantes. En primer lugar, existe una importante variabilidad interobservador en la identificación de los diferentes estigmas endoscópicos, con estudios que muestran una deficiente concordancia entre endoscopistas expertos para la identificación del vaso visible y el estigma plano. Además, se ha descrito que las características del vaso visible pueden diferir de la definición habitual, siendo ocasionalmente una lesión poco protuyente, translúcida o blanquecina, lo que la hace de difícil diferenciación con el estigma plano o el fondo limpio. El uso de sondas de ultrasonografía doppler, aplicada directamente, al estigma de sangrado antes y después del tratamiento podría

mejorar la estratificación de riesgo, pero éstas son de baja disponibilidad y aún debe ser validada. Por estas razones la clasificación de Forrest no debe ser tomada como el único elemento para la toma de decisiones en un paciente con hemorragia digestiva alta no variceal. La identificación de una lesión con estigmas de bajo riesgo de resangrado en un paciente con evidencias de sangrado importante reciente (compromiso hemodinámico, sangre fresca en lumen, hematemesis o hematoquezia), debe hacer pensar que la evaluación del estigma, no ha sido adecuada o bien que existe otra lesión que origine el sangrado (Cortés, Clasificación de Forrest, 2010).

Diversos estudios han demostrado la utilidad de esta clasificación para definir grupos con diferentes riesgos de resangrado y mortalidad, e incluso se ha ampliado su uso, por una parte, a otras etiologías no pépticas/no variceales y por otra, a definiciones de riesgo de resangrado **posterior** al tratamiento endoscópico. Un estudio reciente, que compara a la clasificación de Forrest con diferentes índices numéricos pronósticos (Cedars-Sinai Index, Rockall, Blatchford y Baylor college scoring system), muestra que para la predicción de resangrado y mortalidad posterior al tratamiento endoscópico en pacientes con HDA no variceal, la clasificación de Forrest tiene una mayor especificidad y valor predictivo positivo que los otros índices (Cortés, Clasificación de Forrest, 2010).

#### ***4.1.4.2 Diagnóstico etiológico por endoscopia digestiva alta.***

Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta son: úlcera péptica (gástrica y duodenal), gastropatía erosiva, Mallory Weiss, várices esofágicas. Causas menos frecuentes: esofagitis, neoplasias, lesión de Dieulafoy, Ectasias vasculares, varices gástricas. Causas raras: úlceras esofágicas, duodenitis erosiva (Bolaños, Balduzzi, & Condado, 2013).

En los pacientes con hemorragia digestiva alta, las etiologías más frecuentes son: úlcera péptica (20% -50%), erosiones gastroduodenales (8% -15%), esofagitis (5% -15%), varices (5% -20%), Mallory-Weiss (8% -15%), y malformaciones vasculares (aproximadamente 5%) (American Society for Gastrointestinal Endoscopy, 2012 ).

En un estudio realizado por Lorepe G, et al., publicado en el año 2006, cuyo objetivo fue identificar las lesiones endoscópicas más frecuentes en los pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta, se tomaron 118 casos, 47 (40%) eran mujeres, y 71 (60%) eran hombres. El estudio dio como resultado que las lesiones más frecuentemente halladas por endoscopia digestiva alta (EDA) fueron: gastritis erosiva hemorrágica 22 casos (19%), várices esofágicas 19 casos (16%), gastropatía erosiva 18 casos (15%) úlcera gástrica 13 casos (11%), úlcera esofágica 11 casos (9%), bulbitis más gastropatía erosiva difusa 7 casos (6%), úlcera duodenal más gastroduodenitis erosiva 7 casos (6%) úlcera duodenal 6 casos (5%), úlcera duodenal más úlcera gástrica 3 casos (2%), carcinoma ulcerado 3 casos (2%). La mayoría de los pacientes tenía edades superiores a los 60 años (74 casos, 63%) ( Lepore, Sampor, Storni, & Calderón, 2006).

Se realizó un estudio en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y en el Hospital General de Medellín (Colombia) entre el 2007 y 2008 cuyo objetivo fue presentar la experiencia con la hemorragia de vías digestivas alta en dos hospitales centros de referencia de un país latinoamericano, las principales causas, tratamiento, pronóstico y explorar algunos factores de riesgo asociados con la mortalidad. Según resultados el promedio de edad fue de 57,9 años, la proporción hombre: mujer fue de 1,4:1. A un 71,6% de los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de HDA se les realizó endoscopia digestiva alta en las primeras 24 horas. Las causas de sangrado más frecuentes fueron úlcera péptica en 190 pacientes (41%), enfermedad erosiva en 162 (34,9%) y enfermedad variceal 47 (10,1%). La mortalidad fue del 9,5% (Morales, 2011).

### *Enfermedad ulcerosa péptica.*

La enfermedad ulcerosa es la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta aguda. Las úlceras duodenales sangran con casi el doble de frecuencia que las gástricas. Las úlceras sangran cuando erosionan la pared de un vaso sanguíneo. Las localizadas en la parte alta de la curvatura menor del estómago (arteria gástrica izquierda) o sobre la pared posteroinferior del bulbo duodenal (arteria gastroduodenal) se asocian con mayores probabilidades de hemorragia y recurrencia del sangrado, presuntamente debido a la abundante irrigación vascular en estas regiones (Sleisenger & Fordtran, 2008).

Es la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta; especialmente la duodenal. En esta última en un 80-90% de las ocasiones el sangrado cesa espontáneamente. En la úlcera gástrica el cese espontáneo es menos frecuente, se suele presentar el episodio hemorrágico en edad más avanzada, asocia mayor morbimortalidad, y un mayor número de pacientes precisarán intervención quirúrgica (Díaz, Mena, Calero, & Pina, 2011).

El sangrado por úlcera gastroduodenal está vinculado a la presencia del *H. pylori*, al uso de antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y al stress. La hemorragia se produce por la erosión de los márgenes del nicho ulceroso o por la ruptura de la pared de un vaso subyacente. Las úlceras subcardiales y de cara posterior de bulbo, tienden a sangrar en forma más profusa por su proximidad a los vasos del tronco celíaco. Las características del fondo del nicho ulceroso guardan relación con el pronóstico. Es así como la persistencia de la hemorragia alcanza 55, 43 y 22% según se haya observado en el nicho un sangrado activo, un vaso amputado o un coágulo fijo. Las mortalidades en estos tres grupos fluctúan, a su vez, entre 7 y 11%, sin diferencias significativas. En los casos en que el fondo de la úlcera es limpio, la posibilidad de recidiva

hemorrágica es menor de 5% y la mortalidad alcanza el 3%. Finalmente, cuando el fondo de la úlcera está impregnado de material hemático antiguo, la expectativa de recidiva del sangrado es de menos de 10%, con una mortalidad de 3% (Vargas , 2008).

La úlcera péptica es aún la causa más común de hemorragia digestiva alta, pues la provoca en 37-50 % de los casos, si bien el sangrado por la duodenal duplica el que se produce por la gástrica. También se consideran en esta génesis las lesiones agudas de la mucosa gástrica, las cuales aglutinan hasta 20 % de las ocurrencias de hemorragia digestiva alta, que de manera habitual ocasionan un sangrado leve. Aproximadamente 25 % de los consumidores crónicos de AINES sufren reacciones adversas al medicamento, entre 10-30 % presentan una úlcera péptica a los 6 meses de tratamiento continuo con antiinflamatorios no esteroideos y generalmente en ellos se cuadruplica el riesgo de sangrado digestivo en contraste con la población en general (García Orozco , Piña Prieto , & Rodríguez Fernández, 2015).

#### *Síndrome de Mallory Weiss.*

Constituye una laceración o desgarro a nivel de la unión esófago-gástrica producido como consecuencia de vómitos, arcadas, el paso forzado del endoscopio o de un ecocardiograma transesofágico por el cardias; también ante maniobras de resucitación cardiopulmonar. El sangrado es autolimitado en la mayoría de los casos. Hemorragia masiva en el 10% de los casos, riesgo de resangrado del 5.4% (Bolaños, Balduzzi, & Condado, 2013).

Generalmente se manifiesta con hematemesis, se asocia a náuseas y vómitos, se produce por un desgarro de la mucosa, y con frecuencia de la submucosa del esófago distal. La endoscopia muestra una solución de continuidad de la mucosa es lineal o elíptica. En la gran mayoría de los pacientes los desgarros cicatrizan antes de 48 h. Este cuadro es más frecuente en alcohólicos y

más grave cuando existe hipertensión portal. La magnitud de la hemorragia es mayor cuando el desgarro alcanza los plexos submucosos (Vargas , 2008).

Los desgarros de Mallory Weiss representan una causa importante de hemorragia digestiva alta y son responsables de alrededor un 5 a un 10% de los casos. El sangrado secundario a un desgarro de Mallory Weiss se detiene en forma espontánea en un 80 a un 90% de los casos (Sleisenger & Fordtran, 2008).

### *Esofagitis.*

La esofagitis es una causa de hemorragia significativa en hasta un 8% de los pacientes con hemorragia digestiva alta. El sangrado secundario a la esofagitis con mayor frecuencia representa una hemorragia oculta que una aguda. El sangrado clínicamente manifiesto es más probable en presencia de una enfermedad ulcerosa importante o con coagulopatía subyacente. La hemorragia secundaria a esofagitis se correlaciona con la gravedad de aquella, aunque habitualmente es leve. Únicamente en esofagitis grave se presenta una hemorragia digestiva alta y es raro que precise tratamiento endoscópico (Sleisenger & Fordtran, 2008).

La esofagitis es común en pacientes de edad avanzada que presentan con hematemesis "café molido". La hemorragia pone rara vez en peligro la vida; en la mayoría de los casos, el apoyo conservador terapia combinada con fármacos inhibidores de la bomba de protones es todo lo que es necesario. Sin embargo, es importante ser consciente que en este grupo de pacientes, los vómitos, café molido puede tener otra causa (la toxicidad del fármaco causa subyacente renal o insuficiencia cardiaca, pancreatitis o cáncer de colon), incluso cuando esofagitis se demuestra en la endoscopia. Aunque la historia natural del evento sangrado puede ser benigno, el pronóstico es a menudo dictada por comorbilidades (Palmer, 2009).

### *Erosiones gástricas y duodenales.*

Son erosiones hemorrágicas múltiples de 1- 2 mm de diámetro. Las lesiones agudas de la mucosa gástrica constituyen hasta el 20% de las causas de hemorragia digestiva alta, aunque habitualmente presentan un sangrado leve (Sleisenger & Fordtran, 2008).

**La gastritis, y más a menudo la erosiva**, se consideraron históricamente causas de hemorragia digestiva alta y según los hallazgos endoscópicos serían responsables de un 16% de todos los casos. Las erosiones subepiteliales se asocian con: ingestión de AINES, enfermedades relacionadas con el estrés y el consumo de alcohol. La más frecuente de estas tres situaciones es el consumo de AINEs. Entre los pacientes que ingieren estos medicamentos en forma crónica, un 40 -60% presenta erosiones gástricas en algún momento dado y un 15 -30% desarrolla úlceras (Sleisenger & Fordtran, 2008).

Aunque la **duodenitis** a menudo se incluye en el diagnóstico diferencial de las causas de hemorragia digestiva alta, este trastorno rara vez es causa de una hemorragia aguda. Los factores de riesgo para el desarrollo de duodenitis erosiva severa con hemorragia resultante son similares a los asociados con la úlcera péptica sangrante y a menudo se acompañan del uso de anticoagulantes. La hemorragia por lo general es autolimitada y rara vez requiere intervención quirúrgica (Sleisenger & Fordtran, 2008).

### *Neoplasias.*

Las neoplasias del esófago, el estómago y el intestino delgado proximal rara vez provocan hemorragia digestiva alta aguda. Estas lesiones con mayor frecuencia son responsables de una hemorragia oculta asintomática, por lo general autolimitada. La mayoría de los tumores

asociados con hemorragia digestiva alta aguda clínicamente significativa son malignos. De las diversas neoplasias capaces de provocar hemorragia digestiva alta el más frecuente es el adenocarcinoma gástrico avanzado. Estos pacientes con hemorragia digestiva alta secundaria a tumor maligno se asocian con una tasa de supervivencia al año 11% (Sleisenger & Fordtran, 2008).

#### *Lesión de Dieulafoy.*

La lesión de Dieulafoy se caracteriza por la presencia de una arteria anormal que mantiene el gran calibre del vaso que le dio origen a medida que se aproxima a la mucosa. Se piensa que este vaso de calibre excesivo comprimiría la mucosa y provocaría una pequeña erosión con la ruptura ulterior del vaso en el interior de la luz (Sleisenger & Fordtran, 2008).

La malformación se ubica con frecuencia a nivel subcardial y raramente se le identifica si no se tiene la oportunidad de ver el sangrado activo. La causa no es clara. Clínicamente esta forma de HDA se presenta como sangrado masivo e intermitente (Vargas , 2008).

La lesión de Dieulafoy es una arteria submucosa gran calibre (1-3mm de diámetro) que protruye a través de la mucosa. Se localiza usualmente en el fondo gástrico a unos 6 cm de la unión esófago-gástrica (75%), aunque también puede hallarse en duodeno, intestino delgado y colon. No se asocia a úlcera péptica y puede causar sangrado masivo. Ocurre en el 0.3-6.7% de las hemorragias digestivas altas no variceales. La dificultad en hallar el sitio de sangrado radica en casos de sangrado masivo, en caso de sangrado intermitente y la ausencia de lesiones mucosas típicas de la lesión de Dieulafoy (Bolaños, Balduzzi, & Condado, 2013).

### *Angiodisplasia.*

Son lesiones vasculares, frecuentemente múltiples, que suelen sangrar de forma recidivante. El diagnóstico es endoscópico. Si falla el tratamiento endoscópico puede estar indicada a resección de la lesión (Díaz, Mena, Calero, & Pina, 2011).

Las lesiones vasculares representan una causa infrecuente pero importante de hemorragia digestiva alta. Numerosos trastornos vasculares pueden provocar hemorragia digestiva alta, pero los más frecuentes son las ectasias vasculares, que por lo general se localizan en el estómago o en el duodeno. Las ectasias vasculares se asocian con mayor frecuencia a hemorragia digestiva bajo u oculta que con hemorragia digestiva alta. Estas lesiones se presentan junto con una diversidad de trastornos, como insuficiencia renal, cirrosis, esclerodermia, colagenopatías y la enfermedad de Von Willebran (Sleisenger & Fordtran, 2008).

### *Várices esofagogástricas.*

Las várices son un conjunto de venas longitudinales y tortuosas situadas preferentemente en el tercio inferior del esófago, que cursan a través de varios niveles desde la lámina propia hasta la submucosa profunda, pueden progresar hacia la parte superior del esófago o hacia el estómago, estas se comunican por medio de venas perforantes con una circulación colateral paraesofágica extensa y se forman como consecuencia de hipertensión portal ( Zumaeta , 2007).

Las várices esófago-gástricas se producen como consecuencia del aumento de la presión portal. El gradiente de presión venosa hepática necesario para la formación de várices es  $>$  a 12 mmHg. Una presión venosa hepática de 3-5 mmHg es normal y de 10 mmHg es predictor de la formación de várices. La hipertensión portal puede ser de origen cirrótico (90%) o no cirrótico

(10%). La hemorragia variceal gastroesofágica es una complicación severa de la hipertensión portal y es una de las principales causas de muerte en pacientes cirróticos (Redondo & Correa, 2013).

Si bien las várices se pueden formar en cualquier ubicación a lo largo del tracto gastrointestinal tubular, lo más frecuente es que aparezcan en los últimos centímetros distales del esófago. Aproximadamente 50% de los pacientes con cirrosis presentan várices gastroesofágicas. Las várices gástricas están presentes en 5–33% de los pacientes con hipertensión portal. La frecuencia de las várices esofágicas varía entre 30% y 70% en pacientes con cirrosis, y 9–36% tienen lo que se conoce como várices de “alto riesgo”. Las várices esofágicas aparecen en pacientes con cirrosis a una tasa anual de 5–8%, pero las várices son suficientemente grandes como para plantear un riesgo de sangrado en solo 1–2% de los casos. Cada año, aproximadamente 4–30% de los pacientes con várices pequeñas presentará várices grandes y por lo tanto estará en riesgo de sangrar ( World Gastroenterology Organisation, 2008).

Se desarrolla hipertensión portal en prácticamente todos los pacientes con cirrosis. La ruptura y sangrado de las várices son una complicación mayor de la hipertensión portal y conlleva una alta mortalidad. El sangrado por várices es aproximadamente el 10 a 30% de las hemorragias digestivas del tracto superior ( Zumaeta , 2007).

La mortalidad de la hemorragia aguda por varices en pacientes con cirrosis ha disminuido en los últimos 20 años del 40 al 20%, fundamentalmente como resultado de la estandarización del empleo de los fármacos vasoactivos, la terapia endoscópica y la antibioterapia profiláctica, así como por los avances en el cuidado al paciente crítico. Esta disminución se ha acompañado de un cambio en las causas de muerte. A principio de la década de los 80, la mayoría de los

pacientes fallecían de la propia hemorragia, mientras que ahora ha aumentado proporcionalmente la mortalidad por las complicaciones derivadas de la hemorragia, como insuficiencia hepática, infección bacteriana e insuficiencia renal. Por este motivo, la prevención de estas complicaciones es hoy día tan relevante en el manejo de esta entidad como aplicar un tratamiento hemostático efectivo ( Bosch, Abraldes, & Albillos, 2012).

Es importante valorar la ubicación (esófago u estómago) y el tamaño de las vrices, los signos de sangrado inminente, que puede ser un primer sangrado agudo, o recurrente, y (si corresponde) debe considerarse la causa y la gravedad de la hepatopatía ( World Gastroenterology Organisation, 2008).

Los principales factores relacionados con el riesgo de presentar la primera hemorragia por varices son el tamaño de las varices, la presencia de signos rojos en su superficie y el grado de insuficiencia hepática evaluado según la clasificación de Child-Pugh ( Bosch, Abraldes, & Albillos, 2012).

Los pacientes que superan un primer episodio de hemorragia por varices presentan un elevado riesgo de recidiva hemorrágica y muerte. La incidencia de recidiva hemorrágica en pacientes no tratados tras una primera hemorragia por varices oscila entre el 55 y el 67% al cabo de 1-2 años y fallecen alrededor del 33% de ellos. Por este motivo, todos los pacientes que sobreviven al primer episodio hemorrágico por varices deben ser tratados para prevenir la recidiva hemorrágica. Los factores pronósticos de recidiva hemorrágica y muerte son el tamaño de las varices, el grado de insuficiencia hepática, el consumo de alcohol, la insuficiencia renal, la presencia de carcinoma hepatocelular ( Bosch, Abraldes, & Albillos, 2012).

Se han propuesto diversas clasificaciones para las diferentes **vrices esofágicas**, siendo la más utilizada es la clasificación de Paquet:

- Grado I: mínima protrusión en la pared esofágica, usualmente rectas, en un solo cuadrante o telangiectasias e hipervascularización capilar
- Grado II: presencia de nódulos o cordones moderadamente protruidos que ocupan dos cuadrantes, rectos o en rosario, calibre pequeño o mediano.
- Grado III: várices ocupan tres cuadrantes, tortuosas, tamaño mediano o grande, protrusión compromete hasta la mitad de la luz esofágica, pueden tener signos de color rojo.
- Grado IV: várices ocupan cuatro cuadrantes tortuosos, grandes, gruesos que ocupan más de la mitad de la luz esofágica y usualmente tienen signos de color rojo.

Las **varices gástricas** son menos frecuentes que las esofágicas, apareciendo en aproximadamente el 20% de los pacientes con hipertensión portal y un 10-20% adicional de pacientes las desarrollan tras el tratamiento endoscópico de las varices esofágicas. Aunque las VG suelen sangrar menos frecuentemente que las esofágicas, en parte debido a que estas presentan una pared más delgada, cuando lo hacen la hemorragia suele ser más grave, requerir más transfusiones y presentar una mayor mortalidad que las varices esofágicas. Además, después del control de la hemorragia aguda, las VG presentan una mayor incidencia de recidiva hemorrágica (entre el 34 y el 89%). Los principales factores que influyen en el riesgo de la primera hemorragia por VG son las VG localizadas en el fundus gástrico, el grado avanzado de insuficiencia hepática, la presencia de signos rojos en las VG y el tamaño de las misma ( Bosch, Abrales, & Albillos, 2012).

La clasificación de las VG aceptada en la actualidad es la de Sarin et al., que las divide según su localización y su relación con las varices esofágicas en varices gastro-esofágicas ( Bosch, Abrales, & Albillos, 2012).

Las **várices gástricas** clasificadas en dos grupos, según Sarin y recomendado según consenso de Baveno III:

- Tipo I: várices esófago-gástricas
- Tipo II: várices gástricas aisladas.

Las várices gástricas son menos comunes que várices esofágicas en 20% de todos los pacientes con hipertensión portal. Las **várices esófago-gástricas** siempre están asociadas a várices esofágicas y se subdividen en:

- Tipo varices esófago-gástricas - 1: aparecen como una continuación .de las várices esofágicas y que se extienden hasta 2 a 5 cm por debajo de la unión gastroesofágica solo en la curvatura menor del estómago.
- Tipo varices esófago-gástricas - 2: se extienden hacia el fondo del estómago.

Mientras tanto las várices gástricas aisladas se subdividen:

- Tipo várices gástricas aisladas - 1: se localizan sólo en el fondo en ausencia de várices esofágicas
- Tipo várices gástricas aisladas - 2: se localizan en cualquier lugar del estómago.

Las várices gástricas se presentan en hipertensión portal de diversos orígenes. Las várices gástricas aisladas se producen en alteración segmentaria del lado izquierdo (trombosis o estenosis de la vena esplénica), ( Zumaeta , 2007).

## 5. Diseño metodológico:

### **Tipo de estudio**

El estudio que se realizó fue de tipo descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo.

### **Área de estudio**

El estudio se realizó en el servicio de gastroenterología del Hospital Isidro Ayora, hospital de segundo nivel y complejidad ubicado en la ciudad y provincia de Loja, que brinda sus servicios a la zona 7 de salud, Loja, El Oro y Zamora Chinchipe.

### **Universo:**

El universo de trabajo estuvo conformado por 96 personas que acudieron al servicio de gastroenterología y fueron diagnosticadas de hemorragia digestiva alta mediante endoscopia digestiva cuyo diagnóstico se encontraba en la Historia Clínica del Hospital Isidro Ayora, desde enero 2013 a mayo 2015.

### **Muestra:**

La muestra la integraron las 96 personas diagnosticadas de hemorragia digestiva alta mediante endoscopia digestiva cuyo diagnóstico se encontraba en la Historia Clínica del Hospital Isidro Ayora, desde enero 2013 a mayo 2015.

### ***Criterios de inclusión***

- Personas de género masculino y femenino, mayores de 18 años de edad que hayan sido diagnosticados de hemorragia digestiva alta mediante endoscopia digestiva cuyo diagnóstico consta en la historia clínica.

### ***Criterios de exclusión***

- Personas que hayan sido sometidas a endoscopia digestiva alta sin diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

**Métodos e instrumentos de recolección de datos:** Se solicitó el permiso y colaboración del gerente del Hospital Isidro Ayora, quien autorizó por medio del departamento de docencia de dicho hospital, se diera la facilidades para tener acceso a la información, tanto al servicio de Endoscopia a los registros endoscópicos para conocer el número de las historias clínicas de las personas que fueron sometida a endoscopia digestiva alta, como al servicio de estadística a las carpetas de gastroenterología donde se procedió a la recolección de datos.

Se estableció un formulario de recolección de datos (anexo 1) en la que constó: edad, sexo, formas de presentación del sangrado, antecedentes patológicos personales y diagnóstico endoscópico en los pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta. En aquellos pacientes que presentaron diagnóstico de úlcera péptica se tomó también datos sobre los estigmas del sangrado descritos por la clasificación endoscópica de Forrest.

Luego de la aplicación completa del formulario de recolección de datos se procedió a realizar el análisis y la tabulación de la información obtenida. La tabulación se realizó en el programa de Microsoft Excel, y los resultados se presentaron en tablas y gráficos. La información teórica se realizó en el procesador de textos Microsoft Word donde se mencionó toda la parte textual sobre el estudio de esta investigación.

La aplicación del formulario para recolectar los datos no ocasionó riesgos para las personas de las cuales se tomaron los datos del registro de las historias clínicas. Los datos e información fueron obtenidos y procesados con responsabilidad y a su vez tratados con absoluta confidencialidad, con fines netamente investigativos.

Como autora de la investigación garantizo la transparencia del estudio y doy razón del trabajo realizado.

## 6. Resultados

**Resultados para el primer objetivo:** Determinar género y edad más frecuente en la que se presenta hemorragia digestiva alta.

**Tabla 1.** *Distribución de los pacientes según género  
Hospital Isidro Ayora – Loja, enero 2013 – mayo 2015*

SEXO	N° CASOS	PORCENTAJE %
Femenino	36	37,50%
Masculino	60	62,50%
Total	96	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Andrea Jaramillo J.

**Interpretación:** De los 96 pacientes incluidos en este estudio se obtuvo como resultado que existe mayor frecuencia de hemorragia digestiva alta en pacientes de género masculino (62,50%).

**Tabla 2.** *Distribución de los pacientes según grupo etario  
Hospital Isidro Ayora – Loja, enero 2013 – mayo 2015*

GRUPO ETARIO (AÑOS)	N° DE CASOS	PORCENTAJE %
18 - 30	10	10,42%
31 - 40	8	8,33%
41 - 50	14	14,58%
51 - 60	12	12,50%
61 - 70	19	19,79%
71 - 80	15	15,63%
81 - 90	14	14,58%
Mayor de 91 años	4	4,17%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Andrea Jaramillo J.

**Interpretación:** Según el grupo etario se incluyó una edad mínima de 18 años y una máxima 91 años con una media de 60,26 años, y una moda la cual indica que la edad en donde se presenta con mayor frecuencia hemorragia digestiva alta es 68 años, es así que existe un predominio en pacientes entre los 61 y 70 años (19,79%), seguido de pacientes entre 71 y 80 años (15,63%), luego entre 81-90 (14,58%)

**Resultados para el segundo objetivo:** Identificar la etiología de la hemorragia digestiva alta diagnosticada mediante endoscopia.

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes según Diagnóstico etiológico Hospital Isidro Ayora – Loja, enero 2013 – mayo 2015

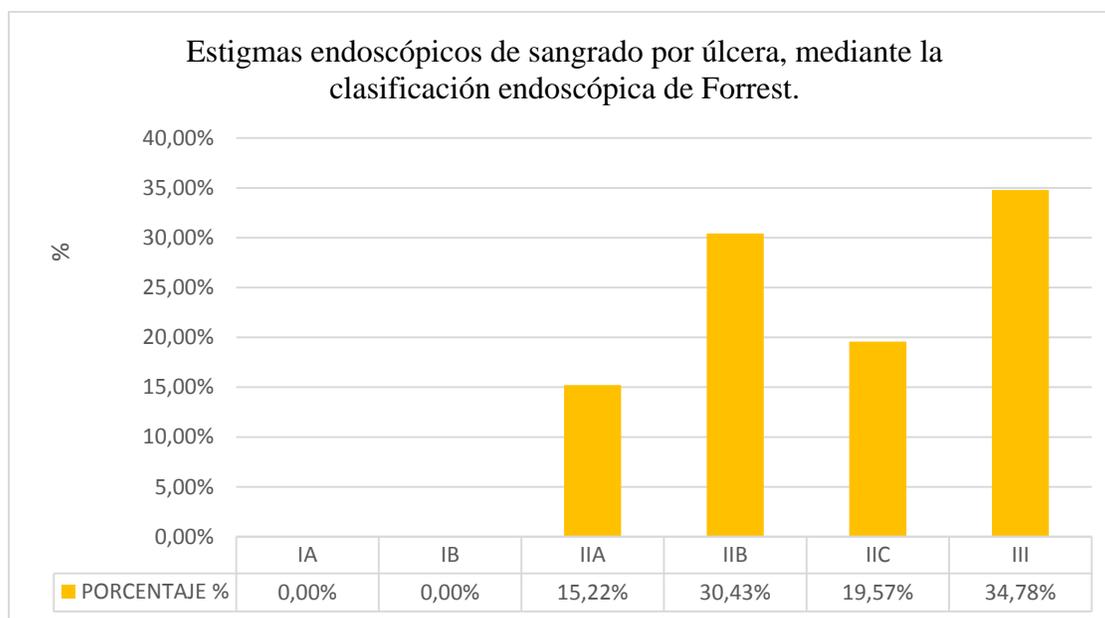
DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	N° DE CASOS	PORCENTAJE %
Úlcera Duodenal	24	25,00%
Úlcera Gástrica	22	22,92%
Varices Esofágicas	20	20,83%
Gastritis Erosiva	17	17,71%
Varices Gástricas	4	4,17%
Esofagitis	4	4,17%
Duodenitis Erosiva	3	3,13%
Neoplasia	2	2,08%
Mallory - Weis	0	0,00%
Lesión de Dieulafoy	0	0,00%
Angiodisplasia	0	0,00%
Total	96	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Andrea Jaramillo J.

**Descripción:** La etiología de la hemorragia digestiva alta diagnosticada mediante endoscopia más frecuente fue por úlcera duodenal con un 25% seguido por úlcera gástrica con un 22,92%. Preceden a las lesiones ulcerativas, las vrices esofágicas con un 20,83%, la gastritis erosiva con 17,71%, vrices gástricas y esofagitis con un mismo porcentaje de 4,17%.

**Resultados para el tercer objetivo:** Describir los estigmas endoscópicos de sangrado por úlcera, mediante la clasificación endoscópica de Forrest.



*Figura 1.* Distribución de los pacientes según Clasificación de Forrest. Hospital Isidro Ayora – Loja, enero 2013 – mayo 2015

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Andrea Jaramillo J.

**Interpretación:** Los estigmas endoscópicos de sangrado por úlcera más frecuente fueron Forrest III (34,78%) es decir una lesión de base limpia y ausencia de signos hemorrágicos sobre dichas lesiones, así como ninguna evidencia de sangrado. En segundo lugar, según la clasificación corresponde a un Forrest IIB (30,43%) en las cuales se observó presencia de coágulo adherido, seguido de Forrest IIC (19,57%) en los cuales se observó una mancha plana pigmentada sin relieve evidente en el lecho de la úlcera y por último un Forrest IIA (15,22%) que fue indicativo de vaso visible no sangrante.

**Resultados para el cuarto objetivo:** Señalar la forma de presentación de la hemorragia digestiva alta.

**Tabla 4.** *Distribución de los pacientes según las formas de presentación Hospital Isidro Ayora – Loja, enero 2013 – mayo 2015*

FORMAS DE PRESENTACIÓN	N° DE CASOS	PORCENTAJE %
Melena	50	52,08%
Hematemesis más melena	24	25,00%
Hematemesis	22	22,92%
Hematoquezia	0	0,00%
Total	96	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Andrea Jaramillo J.

**Interpretación:** La forma de presentación más frecuente en más de la mitad de los pacientes fue melenas con 50 casos lo que corresponde a 52,08%, 24 casos se presentaron con hematemesis y melena (25%) y 22 casos con hematemesis (22,92%).

**Resultados para el quinto objetivo:** Establecer los antecedentes patológicos personales más frecuentes de las personas en las que se presenta hemorragia digestiva alta.

**Tabla 5.** *Distribución de los pacientes según Comorbilidades Hospital Isidro Ayora – Loja, enero 2013 – mayo 2015*

COMORBILIDADES	N° DE CASOS	PORCENTAJE %
Alcoholismo	29	34,12%
Hipertensión arterial	16	18,82%
Cirrosis	9	10,59%
Endócrino-metabólicas	7	8,24%
Artritis reumatoide	6	7,06%
Hemorragia Digestiva Alta	6	7,06%
Úlcera Duodenal	5	5,88%
Gastritis	3	3,53%
Cardiopatía	2	2,35%
Ca de Útero	1	1,18%
Ca Gástrico	1	1,18%
Total	85	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Andrea Jaramillo J.

**Interpretación:** Del total de casos 96, se observó que más de la mitad de los pacientes tiene comorbilidades lo que corresponde a 85 casos. Presentándose con mayor frecuencia y siendo un factor de riesgo significativo el alcoholismo con un 34,12%, en orden de secuencia hipertensión arterial con 18,82%, cirrosis 10,59%, enfermedades endocrino- metabólicas 8,24%, artritis reumatoides y recidiva de hemorragia digestiva alta con 7,06% ambas, úlcera duodenal 5,88%; gastritis, cardiopatías, Ca de útero y Ca gástrico con menor frecuencia.

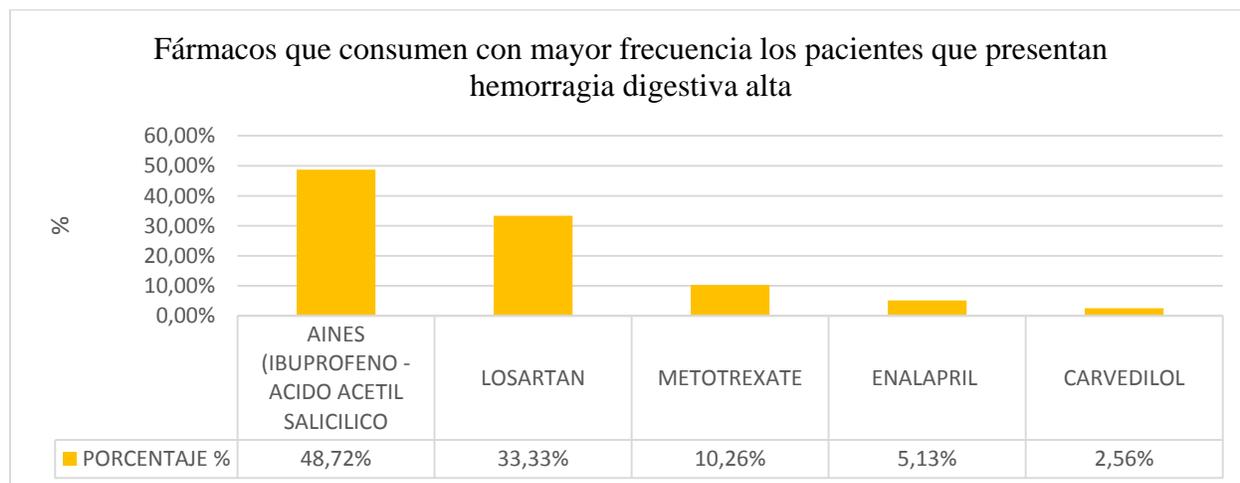
**Tabla 6.** *Distribución de los pacientes según consumo de Fármacos Hospital Isidro Ayora – Loja, enero 2013 – mayo 2015*

CONSUMO DE FARMACOS	N° DE CASOS	PORCENTAJE %
No	57	59,38%
Si	39	40,63%
Total	96	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Andrea Jaramillo J.

**Interpretación:** Al analizar sobre el consumo de fármacos en aquellos pacientes que tuvieron hemorragia digestiva alta se observó que el 59,38% de los pacientes no tiene registro en las historias clínicas de consumo de fármacos sin embargo en el 40,63% si se registró consumo de diferentes fármacos.



*Figura 2.* Distribución de los pacientes según tipo de Fármaco que consume. Hospital Isidro Ayora – Loja, enero 2013 – mayo 2015

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Andrea Jaramillo J.

**Interpretación:** De los 39 casos que consumen fármacos, el 48,72% consume AINES, el 33,33% Losartán, el 10,26% Metotrexate, con menor frecuencia Enalapril y Carvedilol con un 5,13% y 2,56% respectivamente.

## 7. Discusión

La hemorragia digestiva alta constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, por lo que es importante conocer las causas que caracterizan a la misma. En este estudio realizado mediante la recopilación de datos de aproximadamente dos años y medio se observó que fueron diagnosticados de sangrado digestivo alto mediante endoscopia digestiva 96 pacientes.

El sangrado digestivo alto es aproximadamente cuatro veces más frecuente que los sangrados bajos. Es una causa importante de morbi-mortalidad. Es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo, la tasa de mortalidad es similar en ambos sexos (González & Pimentel, 2014).

Del total de pacientes se obtuvo como resultado que existe una mayor frecuencia de hemorragia digestiva alta en pacientes de género masculino en más de la mitad de los casos lo que corresponde a 62,50%; y con menor frecuencia para el género femenino con un 37,50%. Lo que se correlaciona con diversos estudios realizados internacionalmente en los cuales se muestra mayor presencia de sangrado digestivo alto en el sexo masculino; así como en el estudio realizado por Álvarez & Guerra en España en la Red pública Sistema Nacional de Salud (SNS) durante 9 años, desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2008 donde dio como resultado que la distribución por sexos fue: 61,17% hombres y 38,83% mujeres. De la misma manera en otro estudio realizado por Pereira, en Portugal en la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital Centro de Cova da Beira, en el 2010; en donde se registró 106 episodios de hemorragia digestiva alta y señala que, del número total de episodios, el 70,8% se produjo en la tercera edad, con una prevalencia del sexo masculino.

Siendo esta entidad un problema frecuente en el mundo y considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en los diferentes grupos etarios, en este estudio se muestra que la edad de mayor prevalencia en la cual se presenta hemorragia digestiva alta esta en pacientes de la tercera edad, sin embargo, se recopiló datos existentes dentro de todas las edades con pequeña incidencia en la población de menor edad, la edad mínima fue de 18 años, la máxima 91 años y una media de 60,26 años, encontrándose un predominio en pacientes entre 61 y 70 años con el 19,79%, seguido de pacientes entre 71 y 80 años con el 15,63%; entre los 81-90 años al igual que entre 41 -50 años compartían valores de un 14,58%; en la población más joven que comprende entre los 18 – 30 años y los 31-41 años se observó que existe menor incidencia con el 10,42% y el 8,33% respectivamente; mientras que en ancianos mayores de 91 años se encontró que un 4,17% presentó hemorragia digestiva alta. Datos que muestran semejanza y afirman los datos teóricos sobre la probabilidad de presentar hemorragia digestiva alta con mayor frecuencia con el envejecimiento de los seres humanos, dicho esto, se sostiene que durante la vejez existe un aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades, básicamente degenerativas, en las que la edad avanzada es, un importante factor de riesgo. En el estudio realizado por Pereira en Portugal en la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital Centro de Cova da Beira, en el 2010; señala que la hemorragia digestiva alta ha estado presentando un crecimiento significativo en las personas mayores, que representan el 35-45% de los casos de hemorragia digestiva alta, estudio que muestra que el 70,8% se produjo en la tercera edad con una edad media de 79,8 años. En otro estudio observacional descriptivo realizado por Abreu & Ramos desde el 14 de julio de 2008 al 14 de junio de 2009 mostraron que el 67,5% de los pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta estaban por encima de los 60 años de edad.

Múltiples estudios informaron que la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta se debe a úlcera péptica, tal como lo hace la American Society for Gastrointestinal Endoscopy, 2012 en donde señala que en los pacientes con hemorragia digestiva alta las etiologías más frecuentes son: úlcera péptica (20% -50%), erosiones gastroduodenales (8% -15%), esofagitis (5% -15%), varices (5% -20%), Mallory-Weiss (8% -15%), y malformaciones vasculares (aproximadamente 5%). De la misma manera lo cita García Orozco & Piña en su artículo de la revista médica de Santiago de Cuba en donde menciona que la úlcera péptica es aún la causa más común de hemorragia digestiva alta, pues la provoca en 37-50 % de los casos, si bien el sangrado por la duodenal duplica el que se produce por la gástrica. También se consideran en esta génesis las lesiones agudas de la mucosa gástrica, las cuales aglutinan hasta 20 % de las ocurrencias de hemorragia digestiva alta, que de manera habitual ocasionan un sangrado leve. En el estudio realizado por Morales en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y en el Hospital General de Medellín (Colombia) entre el 2007 y 2008, las principales causas de sangrado según resultados fueron úlcera péptica en 190 pacientes (41%), enfermedad erosiva en 162 (34,9%) y enfermedad variceal 47 (10,1%).

Sin embargo, a diferencia de lo antes mencionado existe un estudio el cual difiere de la causa más frecuente, estudio realizado por Lorepe G, et al., publicado en el año 2006, en donde se tomaron 118 casos, el cual dio como resultado que las lesiones más frecuentemente halladas por endoscopía digestiva alta fueron: gastritis erosiva hemorrágica 22 casos (19%), várices esofágicas 19 casos (16%), gastropatía erosiva 18 casos (15%) úlcera gástrica 13 casos (11%), úlcera esofágica 11 casos (9%). Con lo anteriormente mencionado se puede considerar que en varias ocasiones la úlcera péptica no será la principal causa, ya que puede existir diversos

factores de riesgo y comorbilidades que, ya sea solos o asociados puedan influir en la causa de sangrado.

En este estudio al igual que en la mayor parte de las investigaciones se puede decir que existe una similitud significativa por los resultados encontrados en cuanto a la causa de sangrado, según orden de frecuencia se obtuvo que la morbilidad por úlcera péptica es la más frecuente en los pacientes con 46 casos, observando una mínima diferencia de la úlcera duodenal respecto a la gástrica con tan solo 2 casos, 25% y 22,92% respectivamente; las varices esofágicas son responsables de un 20,83% de las causas de sangrado, la gastritis erosiva con 17,71%, las varices gástricas y esofagitis con un mismo porcentaje 4,17%, y con menor frecuencia se encontraron 3 casos por duodenitis erosiva, y 2 por casos de neoplasia.

Como menciona García Orozco & Piña en su artículo, cuando se confirma que una úlcera péptica es la causa del sangrado, se impone establecer la existencia de signos de hemorragia en curso o no; de hecho, la apariencia de la lesión cuando se observa a través del endoscopio por primera vez, tiene valor pronóstico. Hallazgos particulares o señales de hemorragia reciente predicen la ocurrencia de resangrado en el transcurso de las 24 horas subsiguientes. En nuestro estudio del total de los casos, 46 corresponden a úlcera péptica, en donde el signo endoscópico de valor pronóstico evaluado mediante la Clasificación de Forrest más frecuente fue Forrest III (34,78%), luego Forrest IIB con 30,43%; Forrest IIC con 19,57% y por último Forrest IIA (15,22%). Tales datos de la evaluación endoscópica pueden aportar información sobre el pronóstico y la estratificación para el riesgo de resangrado en donde observamos que existe un mayor porcentaje de estigmas Forrest III indicando un riesgo menor al 10% de resangrado.

En más de la mitad de los pacientes se observa que la forma de presentación más frecuente es melenas con un 52,08%, 24 casos se presentaron con hematemesis y melena (25%) y 22 casos con hematemesis (22,92%). Dichas características concuerdan con lo planteado en los diferentes estudios revisados donde la melena aparece también como la forma de presentación más común. Es así que los datos corroboran que existe semejanza con respecto a varios estudios, en el estudio realizado por Plaza, Froilán & Martín en el cual incluyeron 103 pacientes en donde la forma de presentación más frecuente fueron las melenas con 64,1% y por hematemesis con 23,3%.

Rodiles Martínez & López Mayedo mencionan que desde tiempos remotos se conoce la hemorragia digestiva alta como potencialmente mortal que aparece como complicación de múltiples enfermedades digestivas y sistémicas.

Luego del análisis de los resultados se pudo verificar que existe igualdad con diversos estudios en donde destacan que los pacientes presentan la coexistencia de alguna comorbilidad y algún factor de riesgo como por ejemplo consumo de fármacos, entre ellos los AINES, anticoagulantes, corticoides, lo que se asocia con un porcentaje elevado de pacientes que presentan hemorragia digestiva alta.

En este estudio del total de casos se muestra que 85 pacientes (88,54%) presenta alguna comorbilidad, por otra parte, de los 96 casos el 40,63% reporta el consumo de fármacos. Presentándose con mayor frecuencia y siendo un factor de riesgo significativo el alcoholismo con 29 casos correspondiendo al 34,12%, hipertensión arterial con 18,82%, cirrosis 10,59%, enfermedades endocrino- metabólicas 8,24%, artritis reumatoides y recidiva de hemorragia digestiva alta con 7,06% ambas, ulcera duodenal 5,88%; gastritis, cardiopatías, Ca de útero y Ca gástrico con menor frecuencia. Mientras que dentro de los fármacos que consumen y se ha

encontrado mayor frecuencia de efectos adversos gastrointestinales están los AINES con un 48,72% entre los mencionados dentro del consumo se encontraban el ibuprofeno y el ácido acético salicílico, así mismo se encontraba el Metotrexate con un porcentaje bajo de 10,26%. Dentro de otros fármacos que se reportan y que son consumidos por los pacientes debido a las diversas comorbilidades que presentan está el Losartán con el 33,33%, el Enalapril y Carvedilol con un 5,13% y 2,56% respectivamente. Todo esto nos da un indicio que las enfermedades asociadas y los hábitos tóxicos como consumo de alcohol, fármacos, pueden provocar una hemorragia digestiva alta, cuya magnitud estará en relación con la lesión existente y con la edad, por lo cual el conocimiento de las características de estos pacientes es esencial para prevenir la recurrencia del sangrado, con la consiguiente disminución de la morbilidad.

## 8. Conclusiones

- Se determinó que la hemorragia digestiva alta se presenta con mayor frecuencia en los ancianos con un mayor número de casos en edades entre 61 y 70 años y en el género masculino.
- Se identificó que el diagnóstico etiológico que se presenta con mayor frecuencia en aquellos pacientes que presentan hemorragia digestiva alta son a causa de úlcera péptica, de ellas con diferencia de tan solo 2 casos la úlcera duodenal sobre la úlcera gástrica, las varices esofágicas, la gastritis erosiva, con menor frecuencia las varices gástricas, esofagitis, duodenitis erosiva y neoplasias.
- Se concluyó que aquellos pacientes que tuvieron hemorragia digestiva alta a causa de úlcera péptica, presentaron con mayor frecuencia estigmas endoscópicos Forrest III indicando un menor riesgo de resangrado y buen pronóstico.
- La forma de presentación de la hemorragia digestiva alta más frecuente es en forma de melenas, seguida por, hematemesis más melena y hematemesis por si sola.
- Los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta diagnosticada mediante endoscopia digestiva presentan un gran porcentaje de comorbilidades y hábitos, entre ellas, la de mayor predominio el alcoholismo y el consumo de fármacos, dentro de los fármacos que consumen con mayor frecuencia resaltan los AINEs; factores de riesgo que en relación con la edad de los pacientes contribuyen a presentar un sangrado digestivo alto en alguna etapa de su vida.

## **9. Recomendaciones**

Se recomienda dar a conocer acerca de la caracterización de la hemorragia digestiva alta al personal del servicio de gastroenterología del Hospital Isidro Ayora- Loja, con el fin de que dicho personal luego de conocer los datos estadísticos informe a los pacientes sobre los posibles riesgos de ciertos factores, como el alcohol y consumo de medicamentos sin control médico; con el fin de concientizar y disminuir el número de casos que presentan hemorragia digestiva alta.

Se recomienda realizar charlas educativas a los pacientes que acuden al servicio de gastroenterología, sobre los signos de presentación, con el fin de realizar un diagnóstico temprano, puesto que no todos los pacientes tienen conocimiento de tales signos, pudiendo pasar por desapercibido un cuadro de sangrado digestivo alto y comprometiendo la vida del paciente.

## 10. Revisión bibliográfica

Abreu , J. M., & Ramos Tirado , S. (2013). Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. *Rev Méd Electrón [Internet]*, 2, 35. RECUPERADO DE:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema05.htm>

Alcedo, J. (2010). Hemorragia Digestiva Alta no varicosa. En M. Montoro , & J. García, *Manual de Emergencias en Gastrienterología y Hepatología* (págs. 70 -81). Barcelona: JARPYO EDITORES, S.A.

Álvarez Ibáñez, C., & Guerra García, M. M. (Agosto de 2012). Evolución de la incidencia de la hemorragia digestiva alta en España en relación con el consumo de antiulcerosos. *Atención Primaria*, 44(8), 478–484. Recuperado el 19 de Septiembre de 2016 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671200056X>

American Society for Gastrointestinal Endoscopy. (2012). The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper. *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY*, 76(6), 1132.

Aguilera , K., Arévalo Maturana , M., Atia , J., & Bolaños , S. (2013). *Conductas en Gastroenterología. Servicio de Gastroenterología Hospital San Martín de La Plata*. World Gastroenterology Organisation.

- Bai, J., Corti, R., De Simone, G., & Rey Campero, F. (2008). *Conductas frente a los grandes Síndromes de Gastroenterología. Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo* (Cuarta ed.).
- Bolaños, S., Balduzzi, C., & Condado, N. (2013). Hemorragia Digestiva Alta No Variceal. En *Conductas en Gastroenterología* (págs. 455-464). Buenos Aires, Argentina.
- Bosch, J., Abraldes, J., & Albillos, A. (2012). Hipertensión portal: recomendaciones para su evaluación y tratamiento. *Gastroenterología y Hepatología*, 35(6). Recuperado el 19 de Septiembre de 2016 de: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-hipertension-portal-recomendaciones-su-evaluacion-S0210570512000908#elsevierItemBibliografias>
- Collins, J. S., & Soetikno, R. M. (2009). *Gastrointestinal Emergencies* (SEGUNDA ed.). USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Cortés, P. (2010). Clasificación de Forrest. *Gastroenterol. Latinoamericana*, 21(1), 59-62.
- Díaz, M., Mena, M., Calero, P., & Pina, J. (2011). Hemorragia digestiva alta. En E. L. Martínez, *Manual de Urgencias Quirúrgicas* (págs. 157 -166). Madrid.
- Fonseca, J., Alves, C., Neto, R., & Arroja, B. (2012). Hemorragia digestiva alta no varicosa en Portugal, un estudio multicéntrico retrospectivo en doce hospitales portugueses. *Gastroenterología y Hepatología*, 35(6).
- García Orozco, L., Piña Prieto, L., Rodríguez Fernández, Z., Romero García, L., & Escalona Rabaza, M. (2015). Algunas especificidades sobre la mortalidad asociada a la hemorragia

- por enfermedad ulcerosa péptica gastroduodenal. *MEDISAN*, 19(5). Recuperado de <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/302>
- González, N., & Pimentel, F. (2014). Hemorragia Digestiva. En F. Crovari, *Manual de Patología Quirúrgica* (cap 11 ). Chile: Inscripti3n N 240.971.
- J. Balanz3, J. (2005). *Coleccion Avances en Patolog3a Digestiva - Hemorragia Digestiva* (1 ed.). Barcelona, Espa3a: Copyright.
- Laine , L., & Jensen, D. (2012). Management of Patients with Ulcer Bleeding . *Am J Gastroenterol*, 347 - 360.
- Lanas , A., Calvet, X., Feu , F., Ponce, J., Gisbert, J., & Barkun , A. (2010). Primer consenso espa3ol sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por 3lcera péptica. *Medicina Clinica*, 135(13).
- Lepore, G., Sampor, C., Storni, M., & Calder3n, S. (2006). LESIONES ENDOSCOPICAS MAS FRECUENTES EN UN GRUPO DE PACIENTES CON CLINICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. *Revista de Posgrado de la VIa C3tedra de Medicina* Recuperado el 15 de mayo 2015 de: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista158/2\\_158.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista158/2_158.htm)
- Longo , D., Jameson , L., Fauci , A., Hauser, S., & Loscalzo, J. (2012). *Hariison Principios de Medicina Interna* (D3cimo Octava ed., Vol. 2). Mexico: Mc Grawhill.
- Mart3nez Porras, J., & Calleja Panero, J. (2005). Hemorragia digestiva alta: etiolog3a y procedimientos. *UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA. MADRID. SERVICIO DE GASTROENTEROLOG3A. CL3NICA*, 17.

- Montoro Huguet, M., & García Pagán, J. C. (2010). *Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología*. Barcelona: JARPYO EDITORES, S.A.
- Morales Uribe, C. (2011). Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad. *REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS*, 103(1), 20-24.
- Moreno, F., & Suárez, A. (2011). *Sistemáticas de los grandes síndromes de la Gastroenterología*. Argentina.
- Pazmiño Quiros, G. (2008). Endoscopia Digestiva de Urgencia. *Sociedad Ecuatoriana de Gastroenterología*.
- Palmer, K. (2009). Acute Upper Nonvariceal. En J. S. T. C. K. Tham, *Gastrointestinal Emergencies* (Segunda ed., págs. 126 -132). USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Pereira Tiago, J. F. (2012). Hemorragia digestiva alta em idosos e não idosos. *Ubi Thesis - Conhecimento Online*.
- Pérez Aisa, Á., Nuevo, J., & López Morante, A. A. (2012). Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España. *Gastroenterología y Hepatología*, 35(7)
- Plaza Santos, R., Froilán Torres, C., & Martín Arranz, M. D. (2012). La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(3), 110-113.
- Redondo, A., & Correa, G. (2013). Hemorragia Digestiva Alta Variceal. En *Conductas en Gastroenterología* (págs. 446-454). Buenos Aires, Argentina.

- Rodiles Martínez, Félix, & López Mayedo, Francisco Javier. (2004). Hemorragia digestiva alta: Comportamiento clínico epidemiológico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 8(6), 47-59. Recuperado en 18 de septiembre de 2016, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552004000600005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552004000600005&lng=es&tlng=es)
- Salvatierra, G., Romero, L., Paulino, M., & Vidal, V. (2010). Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de AINES en Lima Metropolitana. *Revista de Gastroenterología Perú*, 13-20.
- Sleisenger, & Fordtran. (2008). *ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y HEPATICAS 2 TOMOS. FISIOPATOLOGIA, DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO*. (Octava ed., Vol. 1). Madrid: S.A. ELSEVIER ESPAÑA. Cap 13. pag 226-243
- Vargas , L. (2008). Hemorragia Digestiva Alta. En J. C. Weitz, *Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedades Digestivas* (págs. 40 - 46). Chile : IKU.
- World Gastroenterology Organisation. (2008). Várices esofágicas . *Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología*. Recuperado el 20 de diciembre 2015 de: [http://lancet.mx/GASTRO/treatment\\_e\\_varices\\_es.pdf](http://lancet.mx/GASTRO/treatment_e_varices_es.pdf)
- Zumaeta , E. (2007). Várices Esofagogástricas. *ESSALUD, Acta méd. peruana, Lima* 24(1). Recuperado el 15 de mayo de 2015 de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172007000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172007000100011&script=sci_arttext)

## 11. Anexos

### Anexo 1: formulario de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
AREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TEMA: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE  
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA.**

**OBJETIVO:** Determinar las causas de la hemorragia digestiva alta diagnosticada mediante endoscopia digestiva en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del Hospital Isidro Ayora.

N°

### FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- Fecha:
- Sexo: Femenino  Masculino
- Edad:

#### 2. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO:

- ✓ Ulcera duodenal

#### CLASIFICACIÓN DE FORREST:

TIPO I: sangrado activo

IA: en chorro

IB: en babeo

TIPO II:

IIA: vaso visible no sangrante

IIB: coagulo adherido

IIC: mancha plana pigmentada

TIPO III: Base limpia



**3. FORMA DE PRESENTACION:**

- |                |    |                          |    |                          |
|----------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| ▪ Hematemesis  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Melena       | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Hematoquezia | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

**4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES**

- COMORBILIDADES: \_\_\_\_\_
  
- Consumos de fármacos \_\_\_\_\_

**ELABORADO POR: ANDREA JARAMILLO JARAMILLO**

**Anexo 2: pertinencia al trabajo de investigación**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

MEMORÁNDUM NRO. 01479 CCM-ASH-UNL

**PARA:** Srta. Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo.  
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

**DE:** Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

**FECHA:** 2 de junio de 2015.

**ASUNTO:** Dar Pertinencia al trabajo de Investigación.

Por medio del presente me permito comunicar a usted, sobre el Proyecto de tesis: "HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA" de su autoría, que es pertinente, para lo cual deberá continuar con el trámite respectivo.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Estudiante y Archivo

Sip

### Anexo 3: designación de director de tesis



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

MEMORÁNDUM Nro. 01583 CCM-ASH-UNL

**PARA:** Dr. Flavio Fernández  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**PARA:** Srta. Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 10 de junio de 2015

**ASUNTO:** Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Directora del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema es "HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA" de autoría de la Srta. Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo, estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**  
 C.c.- Secretario Abogado, Estudiante y Archivo  
 Stp



**Anexo 4: autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

MEMORÁNDUM Nro.02061 CCM-ASH-UNL

*Autorizado: 23-10-2015*  
*Ing. Danilo Sotelo, para brindar*  
*las facilidades*

PARA: Ing. Byron Guerrero Jaramillo  
 GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

*[Handwritten signature]*  
 HOSPITAL GENERAL  
 "ISIDRO AYORA"  
 COORDINACIÓN DE DOCENCIA  
 E INVESTIGACIÓN

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
 COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 29 de julio 2015

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso al servicio de Endoscopia a los registros endoscópicos y al Servicio de Estadística a las carpetas de Gastroenterología, misma que se la realizará con datos desde el año 2013 hasta mayo 2015, en el periodo de agosto-diciembre de 2015; información que le servirá para la realización de la tesis: "HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA" trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Flavio Fernández Espinoza**, Catedrático de esta Institución. ✓

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

*[Handwritten signature]*

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre  
 COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA  
 DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL  
 C.c.- Archivo

Sip.

HOSPITAL GENERAL  
 ISIDRO AYORA

RECIBIDO

Loja, 04/08/15 Hora 14:36

K6

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS

## Anexo 5: certificación de traducción del resumen



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Joan Morales  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

### CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA", autoría de la Srta. Andrea del Cisne Jaramillo Jaramillo con cédula 1105679672, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 12 de Octubre de 2016

  
Prof. Joan Morales  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email [venalfine@finetunedenglish.edu.ec](mailto:venalfine@finetunedenglish.edu.ec) | [www.finetunedenglish.edu.ec](http://www.finetunedenglish.edu.ec)

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702  
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169  
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**“HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA.”**

**AUTORA:**

**ANDREA DEL CISNE JARAMILLO JARAMILLO**

**1. TEMA:**

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICADA MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA.

## 2. PROBLEMATIZACIÓN:

La OMS define a la hemorragia digestiva alta como toda pérdida de sangre con origen en cualquier punto del tubo digestivo proximal al ángulo de Treitz, confirmada por personal entrenado.

La hemorragia digestiva es responsable de más de 300.000 internaciones hospitalarias por año en los Estados Unidos. La hemorragia digestiva alta es 5 veces más frecuente que la baja. Puede ocurrir a cualquier edad, pero afecta con mayor frecuencia a los hombres y a las personas de edad avanzada (Sleisenger & Fordtran, 2008).

La hemorragia digestiva aguda alta es una patología común cuya incidencia anual de hospitalización oscila entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes (122 en España). Su mortalidad no se ha modificado en las últimas décadas y alcanza al 5-10% de los pacientes ambulatorios y hasta un 33% de los que presentan el evento en el curso de una hospitalización por otro motivo (Montoro & García , 2010).

La hemorragia digestiva alta, por lo general secundaria a una enfermedad erosiva de la mucosa, es responsable de hasta 20.000 muertes por año en Estados Unidos. La incidencia de HDA muestra una tendencia creciente entre personas de edad avanzada; en un estudio se observó que los pacientes con más de 65 años comprenden más del 30% de todos los individuos con hemorragia digestiva alta (Sleisenger & Fordtran, 2008).

Las personas con hemorragia digestiva alta se presentan con un cuadro de severidad clínica muy variable que comprende desde un sangrado trivial hasta la exanguinación fulminante letal. La tasa de mortalidad asociada llegó hasta el 14% en algunos estudios,

pero en la mayoría de los ensayos se estableció que este indicador se mantuvo estable dentro del espectro del 8 al 10% en el curso de los últimos 30 a 40 años. Si se considera que el envejecimiento de la población y la mayor probabilidad de enfermedades simultáneas en el grupo de las personas de edad avanzada, es posible que la tasa de supervivencia este en aumento (Sleisenger & Fordtran, 2008).

La causa más frecuente de hemorragia digestiva alta es la úlcera péptica gastroduodenal, que representa el 60 al 70% de los casos, pero también puede ser debida a varices esofagogastricas, lesiones agudas de la mucosa gástrica, esofagitis, síndrome de Mallory Weis, tumores o lesiones vasculares (J. Balanzó, 2005).

La exploración endoscópica constituye el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva (Sleisenger & Fordtran, 2008).

En un estudio realizado en la Unidad de Sangrantes del Hospital La Paz durante el período de tiempo entre el 1 de mayo de 2009 y el 1 de mayo de 2010, se incluyeron 103 pacientes con edades comprendidas entre los 80 y los 95 años con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, la forma de presentación más frecuente fueron las melenas (64,1%), seguido por los vómitos «en posos de café» (29,1%) y por la hematemesis de sangre roja (23,3%); las causas del sangrado fueron en un 37% por úlcus gástrico, un 32% por úlcus duodenal, 6% síndrome de Mallory-weis, 5% esofagitis péptica, 4% varices esófago gástricas, y un 8 % por otras causas. De estos pacientes el 60,2% fueron consumidores crónicos de antiinflamatorios no esteroideos, un 53% presentaron

hipertensión arterial, el 46% cardiopatía, el 35% consumían ácido acetilsalicílico (Plaza, Froilán , & Martín, 2012).

Un estudio realizado en Portugal en la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital Centro de Cova da Beira, en la región de Cova da Beira, en el 2010; señala que la hemorragia digestiva alta ha estado presentando un crecimiento significativo en las personas mayores, que representan el 35-45% de los casos de hemorragia digestiva alta. Durante el período de estudio hubo 106 episodios de hemorragia digestiva alta. El número total de episodios, el 70,8% se produjo en la tercera edad, con una prevalencia del sexo masculino y con una edad media de 79,8 años. La tasa de incidencia de la hemorragia digestiva alta en los ancianos fue de 3,6 por cada 10 000 habitantes. Los adultos más comunes en el diagnóstico endoscópico y de edad avanzada fue la úlcera gástrica y duodenal péptica (Pereira, 2012).

Se realizó un estudio en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y en el Hospital General de Medellín (Colombia) entre el 2007 y 2008 cuyo objetivo fue presentar la experiencia con la hemorragia de vías digestivas alta en dos hospitales centros de referencia de un país latinoamericano, las principales causas, tratamiento, pronóstico y explorar algunos factores de riesgo asociados con la mortalidad. Según resultados el promedio de edad fue de 57,9 años, la proporción hombre: mujer fue de 1,4:1. A un 71,6% de los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de HDA se les realizó endoscopia digestiva alta en las primeras 24 horas. Las causas de sangrado más frecuentes fueron úlcera péptica en 190 pacientes (41%), enfermedad erosiva en 162 (34,9%) y enfermedad variceal 47 (10,1%). La mortalidad fue del 9,5% (Morales, 2011).

En nuestro medio, no existen datos precisos a nivel nacional y local: sin embargo el Dr. Galo Pazmiño Quirós a través de la Sociedad Ecuatoriana de Gastroenterología, capítulo Pichincha, en su tema Endoscopia digestiva de urgencia, muestra datos acerca de la etiología de la hemorragia digestiva alta según el Hospital General de las Fuerzas Armadas de la ciudad de Quito-Ecuador, en el año 2008, en donde se estimó las causas de sangrado en 100 pacientes, fueron 44% con ulcera gastroduodenal, 26% con una gastropatía erosiva(gastritis), 7% con el Síndrome de MalloryWeis, 4% cáncer gástrico, 2% con ulcera de decúbito SNG y lesiones polipoideas y el 3% no fue determinado (Pazmiño, 2008).

Dada la casuística antes mencionada y en vista que en nuestro medio no se han encontrado estudios sobre hemorragia digestiva he formulado la pregunta: **¿Cuáles son las causas de la hemorragia digestiva alta diagnosticada mediante endoscopia digestiva en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología?** Por lo cual la investigación se realizará en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad Loja, estudio que será retrospectivo y abarcará desde enero 2013 hasta mayo 2015, se contará con una población aproximada de 80 personas, en los cuales se medirán indicadores respecto a las formas de presentación, antecedentes patológicos personales y diagnóstico endoscópico; los mismos que se los obtendrá mediante un formulario de recolección de datos.

### **3. JUSTIFICACIÓN:**

Siendo la hemorragia digestiva alta un problema habitual en la práctica gastroenterológica y teniendo un amplio espectro clínico, el mismo que puede abarcar numerosas situaciones clínicas diferentes, es importante conocer la etiología que la origina, para así focalizar adecuadamente las medidas terapéuticas, las cuales componen un objetivo en el manejo de esta patología.

Debido a que la hemorragia digestiva alta se considera un problema de salud pública, tanto por su frecuencia como por su riesgo de mortalidad; y viendo que constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, este estudio se realizará en los pacientes que acudan al servicio de gastroenterología del Hospital Isidro Ayora.

Dado a que no se han realizado estudios sobre el tema en nuestro medio, el caracterizar la hemorragia digestiva alta permitirá establecer un estimado estadístico sobre, la etiología, formas de presentación, antecedentes patológicos de las personas que presenten el sangrado; el mismo que a su vez se lo realizará con el propósito de contribuir al conocimiento más profundizado de la hemorragia digestiva alta.

## **4. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar las causas de la hemorragia digestiva alta diagnosticada mediante endoscopia digestiva en pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del Hospital Isidro Ayora.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar género y edad más frecuente en la que se presenta hemorragia digestiva alta.
- Identificar la etiología de la hemorragia digestiva alta diagnosticada mediante endoscopía.
- Describir los estigmas endoscópicos de sangrado por úlceras, mediante la clasificación endoscópica de Forrest.
- Señalar la forma de presentación de la hemorragia digestiva alta.
- Establecer los antecedentes patológicos personales más frecuentes de las personas en las que se presenta hemorragia digestiva alta.

## **5. ESQUEMA DE REVISIÓN LITERARIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

1. Definición
2. Presentación clínica
3. Factores de riesgo
4. Endoscopia Digestiva Alta
  - 4.1. Enfoque Diagnóstico por endoscopia digestiva alta
    - 4.1.1. Clasificación Endoscópica de Forrest
  - 4.2. Diagnóstico etiológico por Endoscopia Digestiva Alta
    - Enfermedad ulcerosa péptica
    - Síndrome de Mallory Weiss.
    - Esofagitis
    - Erosiones gástricas y duodenales
    - Neoplasias
    - Lesión de Dieulafoy
    - Angiodisplasia
    - Varices Gastroesofágicas

## **6. DISEÑO METODOLÓGICO:**

### TIPO DE ESTUDIO

El presente proyecto de investigación es de tipo descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo.

### ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará en el servicio de gastroenterología del Hospital Isidro Ayora, hospital de segundo nivel y complejidad ubicado en la ciudad y provincia de Loja, que brinda sus servicios a la zona 7 de salud, Loja, El Oro y Zamora Chinchipe.

### UNIVERSO:

El universo de trabajo estará conformado por todas las personas que hayan acudido al servicio de gastroenterología y hayan sido diagnosticadas de hemorragia digestiva alta mediante endoscopia digestiva cuyo diagnóstico conste en la historia clínica del Hospital Isidro Ayora, desde enero 2013 a mayo 2015. Un aproximado de 80 personas.

### *CRITERIOS DE INCLUSIÓN*

- Personas de género masculino y femenino, mayores de 18 años de edad que hayan sido diagnosticados de hemorragia digestiva alta mediante endoscopia digestiva cuyo diagnóstico conste en la historia clínica.

### *CRITERIOS DE EXCLUSIÓN*

- Personas que hayan sido sometidas a endoscopia digestiva alta sin diagnóstico de hemorragia digestiva alta que conste en la historia clínica.

### MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se solicitará el permiso y colaboración del jefe de servicio de gastroenterología del Hospital Isidro Ayora para que, autorice el acceso a la información de las historias clínicas de las personas que hayan sido diagnosticadas de hemorragia digestiva alta mediante endoscopia digestiva, con el fin de proceder a la recolección de datos.

Se establecerá un formulario de recolección de datos (anexo 1) en la que constarán: edad, sexo, formas de presentación del sangrado, antecedentes patológicos personales y diagnóstico endoscópico en los pacientes que hayan presentado hemorragia digestiva alta. En aquellos pacientes que hayan presentado diagnóstico de úlcera se tomará también datos sobre los estigmas del sangrado descritos por la clasificación endoscópica de Forrest.

Luego de la aplicación completa del formulario de recolección de datos se procederá a realizar el análisis y la tabulación de la información obtenida. La tabulación se realizará en el programa de Microsoft Excel, y los resultados se presentaran en tablas y gráficos. La información teórica se realizará en el procesador de textos Microsoft Word donde se mencionará toda la parte textual sobre el estudio de esta investigación.

La aplicación del formulario para recolectar los datos no ocasionara riesgos para las personas de las cuales se tomen los datos del registro de las historias clínicas. Los datos e

información obtenida serán obtenidos y procesados con responsabilidad y a su vez tratados con absoluta confidencialidad, con fines netamente investigativos.

Como autora de la investigación garantizaré la transparencia del estudio y daré razón del trabajo a realizarse.





**8. MATERIALES, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO:**

<b>Recursos Actividad</b>	<b>Humanos</b>	<b>Materiales</b>	<b>Técnicos</b>	<b>Financieros</b>
1.	Autora de tesis	Hojas	Software aplicados	Transporte
2.	Asesores de tesis	Esferos	Computador personal	Copias
3.	Director de tesis	Flash Memorys	Impresora	Anillados
4.	Cirujano Endoscopista	CDs	Internet	Empastado de tesis
5.		Historias Clínicas		Reproducción de documentos de tesis

Recursos Humanos      0.00

Recursos Materiales    42.00

Recursos técnicos      0.00

Recursos financieros    75.00

**TOTAL:**                    117.00

## BIBLIOGRAFÍA

Abreu , J. M., & Ramos Tirado , S. (2013). Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. *Rev Méd Electrón [Internet].*, 2, 35. DISPONIBLE EN:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema05.htm>

American Society for Gastrointestinal Endoscopy. (2012). The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper. *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY*, 76(6), 1132.

Pérez Aisa, Á., Nuevo, J., & López Morante, A. A. (2012). Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España. *Gastroenterología y Hepatología*, 35(7).

Aguilera , K., Arévalo Maturana , M., Atia , J., & Bolaños , S. (2013). *Conductas en Gastroenterología. Servicio de Gastroenterología Hospital San Martín de La Plata.* World Gastroenterology Organisation.

Bai, J., Corti, R., De Simone, G., & Rey Campero, F. (2008). *Conductas frente a los grandes Síndromes de Gastroenterología. Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo* (Cuarta ed.).

Collins , J. S., & Soetikno, R. M. (2009). *Gastrointestinal Emergencies* (SEGUNDA ed.). USA: Blackwell Publishing Ltd.

Cortés, P. (2010). Clasificación de Forrest. *Gastroenterol. Latinoamericana*, 21(1), 59-62.

Fonseca, J., Alves, C., Neto, R., & Arroja, B. (2012). Hemorragia digestiva alta no varicosa en Portugal, un estudio multicéntrico retrospectivo en doce hospitales portugueses.

*Gastroenterología y Hepatología*, 35(6).

J. Balanzó, J. (2005). *Colección Avances en Patología Digestiva - Hemorragia Digestiva* (1 ed.).

Barcelona, España: Copyright.

Lanas, A., Calvet, X., Feu, F., Ponce, J., Gisbert, J., & Barkun, A. (2010). Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. *Medicina Clinica*, 135(13).

*Clinica*, 135(13).

Longo, D., Jameson, L., Fauci, A., Hauser, S., & Loscalzo, J. (2012). *Harrison Principios de Medicina Interna* (Décimo Octava ed., Vol. 2). Mexico: Mc Grawhill.

Martínez Porras, J., & Calleja Panero, J. (2005). Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos. *UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA. MADRID. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA. CLÍNICA*, 17.

Montoro Huguet, M., & García Pagán, J. C. (2010). *Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología*. Barcelona: JARPYO EDITORES, S.A.

Morales Uribe, C. (2011). Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad. *REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS*, 103(1), 20-24.

Pazmiño Quiros, G. (2008). Endoscopia Digestiva de Urgencia. *Sociedad Ecuatoriana de Gastroenterología*.

Pereira Tiago , J. F. (2012 ). Hemorragia digestiva alta em idosos e não idosos. *Ubi Thesis - Conhecimento Online*.

Plaza Santos, R., Froilán Torres, C., & Martín Arranz, M. D. (2012). La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(3), 110-113.

Sleisenger, & Fordtran. (2008). *ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y HEPATICAS 2 TOMOS. FISIOPATOLOGIA, DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO*. (Octava ed., Vol. 1). Madrid: S.A. ELSEVIER ESPAÑA. Cap 13. pag 226-243