

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS QUE CONSULTARON AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y DICIEMBRE DEL 2021

Sánchez V, Isabella ¹, Trujillo A, Ximena ¹, Valencia E, Yaimy ¹, De la Rosa B, Carolina ², Olarte, Rafael ³

AUTORES

1. Médicos internos del Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, Colombia.
2. Médico especialista en Gastroenterología, Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, Colombia.
3. Médico especialista en Epidemiología, Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, Colombia.

RESUMEN

La hemorragia de vías digestivas altas (HVDA) hace referencia al sangrado que se origina en una lesión ubicada por encima del ángulo de Treitz, proveniente de alguna parte del esófago, estómago o duodeno. La incidencia de la HVDA aumenta progresivamente con la edad y se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. La etiología más común del sangrado agudo es diversa e incluye úlceras pépticas, enfermedad erosiva de la mucosa, várices esofágicas, síndrome de Mallory-Weiss, malignidad del tracto digestivo superior y de causa desconocida. La presencia de comorbilidades, así como el alcoholismo, el tabaquismo y la ingesta de fármacos como AINES y anticoagulantes encabezan la lista de factores de riesgo asociados a la HVDA.

La presentación clínica del sangrado digestivo se caracteriza principalmente por hematemesis y/o melenas. La evaluación inicial involucra en primer lugar la estabilidad hemodinámica y la reanimación en caso de que se requiera, sin embargo, es importante estratificar a cada uno de los pacientes con HVDA para poder determinar el riesgo de mortalidad o de resangrado y establecer qué tipo de manejo va a recibir el paciente. La piedra angular en el diagnóstico de la HVDA sigue siendo la endoscopia, la cual debe realizarse dentro de las primeras 24 horas.

El siguiente estudio busca caracterizar el comportamiento clínico, sociodemográfico y diagnóstico de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas que consultaron al Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2021.

Palabras clave: hematemesis, melenas, hemorragia de vías digestivas altas, esofagogastroduodenoscopia.

ABSTRACT

Upper gastrointestinal bleeding (HVDA) refers to bleeding that originates from a lesion located above the Treitz angle, coming from somewhere in the esophagus, stomach, or duodenum. The incidence of HVDA increases progressively with age and occurs more frequently in men than in women. The most common etiology of acute bleeding is diverse and includes peptic ulcers, erosive mucosal disease, esophageal varices, Mallory-Weiss syndrome, malignancy of the upper digestive tract and of unknown cause. The presence of comorbidities, as well as alcoholism, smoking and the intake of drugs such as NSAIDs and anticoagulants top the list of risk factors associated with HVDA.

The clinical presentation of digestive bleeding is characterized mainly by hematemesis and/or manes. The initial evaluation first involves hemodynamic stability and resuscitation if required, however, it is important to stratify each of the patients with HVDA in order to determine the risk of mortality or rebleeding and establish what type of management the patient will receive. The cornerstone in diagnosing HVDA remains endoscopy, which must be performed within the first 24 hours.

The following study seeks to characterize the clinical, sociodemographic and diagnostic behavior of patients with upper gastrointestinal bleeding who consulted the Erasmo Meoz University Hospital during the period between January and December 2021.

Keywords: hematemesis, manes, upper gastrointestinal bleeding, esophagogastroduodenoscopy.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia de vías digestivas altas (HVDA) se define como aquella que ocurre en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz, o ligamento suspensorio del duodeno, el cual es una estructura formada por tejido conectivo y fibras musculares que se encarga de ascender el duodeno hacia el pilar izquierdo del diafragma; además, el ángulo de Treitz separa el tracto digestivo superior del inferior, lo cual resulta muy importante para comprender diferentes entidades como el sangrado digestivo, ya que conocer si la hemorragia es de origen superior o inferior no solo cambia el diagnóstico sino también la clínica y el tratamiento. [1]

La HVDA tiene una incidencia anual de 40-150 casos por cada 100.000 personas a nivel mundial, representa una causa frecuente de hospitalización y está asociada significativamente a altas tasas de morbimortalidad, especialmente en personas de edad avanzada. En Estados Unidos, la incidencia anual de hospitalización por HVDA es de aproximadamente 65 por cada 100.000 personas y es más común el sangrado gastrointestinal superior que el inferior, teniendo el primero una tasa de hospitalización hasta 6 veces mayor. Así mismo, la HVDA se presenta con mayor frecuencia en hombres (128:100.000) que en mujeres (65:100.000) y aumenta con la edad. [2]

Si bien el origen del sangrado es indeterminable en el 10%-15% de los pacientes que cursan con HVDA debido a que la lesión algunas veces es difícil de identificar oscurecida por un coágulo de sangre retenido en la endoscopia o porque la lesión sanó en el momento de realización de la misma; es posible clasificar las causas de acuerdo a su fisiopatología: ulcerosa, complicación de la hipertensión portal, lesiones vasculares, origen traumático o iatrogénico, tumorales o misceláneas. [3]

Ulcerosas

- Enfermedad de úlcera péptica
- Esofagitis
- Gastritis y duodenitis

Complicaciones de la hipertensión portal

- Várices
- Gastropatía hipertensiva

Lesiones vasculares

- Angiodisplasia
- Lesión de Dieulafoy
- Ectasia vascular antral gástrica

Trauma o iatrogenia

- Síndrome de Mallory-Weiss
- Lesiones de Cameron
- Fístulas aortoentéricas

Tumorales

- Tumores gastrointestinales superiores

Misceláneas

- Hemobilia
- Hemosuccus pancreaticus

Los pacientes con sangrado agudo del tracto gastrointestinal superior (GI) comúnmente presentan hematemesis (vómitos de sangre o material similar al café molido) y/o melenas (heces negras y alquitranadas). La hematemesis sugiere sangrado proximal al ligamento de Treitz. La presencia de emesis francamente sanguinolenta sugiere un sangrado moderado a severo que puede estar en curso, mientras que la emesis en cuncho de café sugiere un sangrado más limitado. La mayoría de las melenas se originan proximal al ligamento de Treitz (90%), aunque también puede originarse en la orofaringe o nasofaringe, el intestino delgado o el colon. La hematoquecia (sangre roja en las heces) generalmente se debe a un

sangrado gastrointestinal más bajo. Sin embargo, puede ocurrir con sangrado GI superior masivo, que generalmente se asocia con hipotensión ortostática. [4, 5]

Se debe preguntar a los pacientes sobre los síntomas como parte de la evaluación de la gravedad de la hemorragia y como parte de la evaluación de posibles fuentes de sangrado. Los síntomas que sugieren que el sangrado es grave incluyen mareos ortostáticos, confusión, angina de pecho, palpitaciones graves y extremidades frías/húmedas. [4]

Las causas específicas del sangrado gastrointestinal superior pueden ser sugeridas por los síntomas del paciente: [4, 5]

- Úlcera péptica: dolor abdominal superior
- Úlcera esofágica: odinofagia, reflujo gastroesofágico, disfagia
- Desgarro de Mallory-Weiss: emesis, arcadas o tos antes de la hematemesis
- Hemorragia por várices o gastropatía hipertensiva portal: ictericia, distensión abdominal (ascitis)
- Malignidad: disfagia, saciedad precoz, pérdida de peso involuntaria, caquexia

La endoscopia superior es la modalidad diagnóstica de elección para el sangrado agudo del tracto gastrointestinal superior, tiene una alta sensibilidad y especificidad para localizar e identificar lesiones sangrantes en el tracto gastrointestinal superior. Además, una vez que se ha identificado una lesión hemorrágica, la endoscopia terapéutica puede lograr la hemostasia aguda y prevenir el sangrado recurrente en la mayoría de los pacientes. Se recomienda la endoscopia temprana (dentro de las 24 horas) para la mayoría de los pacientes con sangrado agudo del tracto gastrointestinal superior. Para los pacientes con sospecha de sangrado de várices, se realiza la endoscopia dentro de las 12 horas posteriores a la presentación. [6]

Puede ser útil administrar un agente procinético como la eritromicina o irrigar el estómago antes de la endoscopia para ayudar a eliminar la sangre residual y otros contenidos gástricos. Sin embargo, a pesar de la administración procinética o la irrigación, el estómago puede oscurecerse con sangre, lo que puede dificultar el establecimiento de un diagnóstico claro y/o la realización de maniobras terapéuticas. En pacientes en los que la sangre oscurece la fuente del sangrado, se puede requerir una segunda endoscopia para establecer un diagnóstico y potencialmente aplicar terapia, pero no se recomienda la endoscopia de segunda mirada de rutina. [7]

Riesgos de la endoscopia: incluyen aspiración pulmonar, reacciones adversas a los medicamentos utilizados para lograr la sedación consciente, perforación gastrointestinal y aumento del sangrado al intentar la intervención terapéutica. Si bien los pacientes deben ser hemodinámicamente estables antes de someterse a una endoscopia, los datos sugieren que los pacientes no necesitan tener un hematocrito normal para someterse a una endoscopia de manera segura. Además, la endoscopia parece ser segura en pacientes que tienen anticoagulados de leve a moderadamente. Los riesgos versus los beneficios de la endoscopia superior deben considerarse en pacientes de alto riesgo, como aquellos que han tenido un infarto de miocardio reciente. [8, 9]

El tratamiento médico del sangrado gastrointestinal agudo se basa en varios pilares:

- ✓ Supresión ácida: los pacientes con HVDA generalmente se tratan con un inhibidor de la bomba de protones (IBP), el tratamiento con IBP conduce a la elevación de los niveles de pH gástrico, lo que estabiliza los coágulos sanguíneos y mejora los resultados clínicos. Las opciones incluyen administrar un IBP intravenoso cada 12 horas o comenzar una infusión continua. La recomendación es administrar una dosis alta en bolo (por ejemplo, esomeprazol 80 mg) a pacientes con signos de sangrado activo como hematemesis, inestabilidad hemodinámica. Por lo general, la endoscopia se realiza después de la reanimación dentro de las 12 horas. Si la endoscopia se realiza después de 12 horas, se debe administrar una segunda dosis de un IBP IV 12 horas después (por ejemplo, esomeprazol 40 mg). Para los pacientes que pueden haber dejado de sangrar (por ejemplo, pacientes hemodinámicamente estables con melenas), se administra un IBP IV cada 12 horas (por ejemplo, esomeprazol 40 mg). En pacientes con estigmas de alto riesgo de hemorragia reciente, se debe iniciar una infusión continua en dosis altas de un IBP (por ejemplo, esomeprazol 8 mg por hora) y continuar durante 72 horas. Si el paciente no recibió un IBP IV antes de la endoscopia, el paciente debe recibir una dosis alta de bolo de IBP (por ejemplo, esomeprazol 80 mg) antes de comenzar la infusión continua. La dosificación posterior dependerá de los hallazgos endoscópicos. Los IBP también pueden promover la hemostasia en pacientes con lesiones distintas de las úlceras. Esto probablemente ocurre porque la neutralización del ácido gástrico conduce a la estabilización de los coágulos de sangre. [10]

- ✓ Procinética: tanto la eritromicina como la metoclopramida se han estudiado en pacientes con hemorragia aguda del tracto gastrointestinal superior. El objetivo del uso de un agente procinético es mejorar la visualización gástrica en el momento de la endoscopia mediante la limpieza del estómago de sangre, coágulos y residuos de alimentos. La eritromicina promueve el vaciamiento gástrico en función de su capacidad para ser un agonista de los receptores de motilina. Se sugiere el uso de eritromicina antes de la endoscopia. Una dosis razonable es de 250 mg por vía intravenosa durante 20 a 30 minutos, 30 a 90 minutos antes de la endoscopia. Los pacientes que reciben eritromicina deben ser monitoreados para la prolongación del intervalo QTc. [11]
- ✓ Medicamentos vasoactivos: la somatostatina, la octreotida y la terlipresina se usan en el tratamiento del sangrado de várices y también pueden reducir el riesgo de sangrado debido a causas no variables. En pacientes con sospecha de sangrado de várices, octreotida se administra como un bolo intravenoso de 50 mcg, seguido de una infusión continua a una velocidad de 50 mcg por hora. La octreotida no se recomienda para uso rutinario en pacientes con sangrado agudo no variceal, pero se puede usar como terapia adyuvante en algunos casos. Su papel generalmente se limita a entornos en los que la endoscopia no está disponible o como un medio para ayudar a estabilizar a los pacientes antes de que se pueda realizar la terapia definitiva. [12, 13]

La terapia endoscópica está indicada para el tratamiento de la mayoría de las úlceras con estigmas de hemorragia reciente que aumentan el riesgo de hemorragia recurrente. Con el tratamiento adecuado, las lesiones de alto riesgo tienen tasas de sangrado recurrente del 5% al 20%, dependiendo de la apariencia endoscópica de la úlcera. Los coágulos adherentes que no se eliminan fácilmente por vía endoscópica (por ejemplo, con irrigación o succión suave del coágulo lejos del cráter de la úlcera para revelar los estigmas subyacentes) conllevan un riesgo del 20% al 30% de sangrado recurrente. La experiencia más reciente sugiere que la eliminación del coágulo y luego el tratamiento de los estigmas de úlcera subyacentes puede reducir significativamente el riesgo de sangrado recurrente. [14, 15]

Aunque se han descrito varios tipos de tratamiento endoscópico para las úlceras pépticas sangrantes, incluida la terapia de inyección, la coagulación térmica, los clips hemostáticos, el sellador de fibrina (o pegamento), la coagulación con argón plasma y la terapia combinada (generalmente inyección de adrenalina combinada con otra modalidad de tratamiento), se han realizado relativamente pocos ensayos comparativos prospectivos. Actualmente, la mayoría de los pacientes son tratados con terapia de coagulación térmica o clips hemostáticos, con o sin la adición de terapia de inyección.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la selección de la muestra se acudió a la base de datos del Hospital Universitario Erasmo Meoz, en donde se revisaron de manera individualizada las historias clínicas y se realizó la tabulación en el instrumento de recolección. El instrumento utilizado fue realizado por los investigadores con base a las variables estudiadas para recolectar la información necesaria para cumplir los objetivos. Las variables se dividieron en: Sociodemográficas (edad, sexo, antecedentes familiares y ocupación), y clínicas (sintomatología, comorbilidades, métodos diagnósticos y mortalidad). Como paquete estadístico se está utilizando Microsoft Office Excel. Mediante la herramienta de tabla dinámica se agruparán las variables estudiadas de acuerdo a los objetivos de la investigación. Se utilizará estadística descriptiva, cuya tarea es describir datos, valores y puntuaciones obtenidas en cada variable según la frecuencia. Para su análisis, se realizarán tablas y graficas; se aplicarán medidas de tendencia central, promedio, frecuencias, porcentajes.

RESULTADOS

Se revisaron 227 historias clínicas de las cuales 216 cumplieron con los criterios de inclusión. En el año 2021 hubo un total de 39,354 ingresos de pacientes mayores de 18 años al servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario Erasmo Meoz, de los cuales 216 correspondían a cuadros clínicos relacionado con HVDA, arrojando una tasa de prevalencia de 0,54. La mayoría de los casos se presentaron en los meses de marzo y diciembre con un 13,8% y 14,3% cada uno, seguidos de los meses mayo, julio y noviembre con un 10,6%, 10,1% y 9,7% respectivamente; evidenciándose que en los meses feriados se presentó un incremento en la consulta a urgencias por agudización de los casos de hemorragia de vías digestivas altas, como resultado de hábitos alimenticios y toxicológicos que se exacerban durante estas fechas. Del mismo modo, se evidenció una mayor prevalencia de casos en hombres con un 67,1% respecto a mujeres con un 32,8%. La edad de los pacientes osciló entre 19 a 96 años de edad, se realizó una distribución por grupos etarios donde se encontró que los dos grupos más frecuentes fueron el de 59 a 68 años y 69 a 78 años de edad con un total de

41 (18,9%) y 49 (22,6%) casos respectivamente; el siguiente grupo fueron los mayores de 79 años con un total de 35 casos (16,1%), posteriormente se encontró el grupo de 49 a 58 años con un total de 32 casos (14,8%), seguido de los grupos de 19 a 28 años y de 29 a 38 años con 21 casos cada uno para un total de 19,4% de los casos; finalmente se encuentra el grupo entre 39 a 48 años con 17 casos (7,8%). Se encontró una mediana de 63 años con un rango intercuartil entre 43 y 74 años, evidenciándose una relación entre el aumento de la edad y la ocurrencia de sangrado digestivo alto. Respecto a la nacionalidad se encontraron 179 pacientes colombianos y 37 venezolanos, así mismo, el 63,8% pertenecían al régimen subsidiado, 19,9% al régimen contributivo y el 16,2% restante no se encontraban asegurados. Respecto a los factores sociodemográficos se puede evidenciar que existe una correlación con la información hallada en la literatura internacional y nacional, en la que se concluye que los casos aumentan con la edad, se presentan mayormente en hombres que en mujeres, y un nivel socioeconómico bajo se ha relacionado con un incremento en la incidencia y severidad de la HVDA.

<i>DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR MESES</i>		
MES	n	%
- Enero	12	5,5
- Febrero	14	6,4
- Marzo	30	13,8
- Abril	12	5,5
- Mayo	23	10,6
- Junio	12	5,5
- Julio	22	10,1
- Agosto	14	6,4
- Septiembre	13	6,0
- Octubre	12	5,5
- Noviembre	21	9,7
- Diciembre	31	14,3

Tabla 1. Distribución de casos de HVDA por meses.
Fuente: Elaboración de los autores.

<i>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</i>		
VARIABLE	n	%
Edad		
- 19-28	21	9,7
- 29-38	21	9,7
- 39-48	17	7,8
- 49-58	32	14,8
- 59-68	41	18,9
- 69-78	49	22,6
- 79-88	26	12,0
- 89-98	9	4,1
Sexo		
- Femenino	71	32,8
- Masculino	145	67,1
Nacionalidad		
- Colombiano	179	82,8
- Venezolano	37	17,1
Régimen		
- Contributivo	43	19,9
- Subsidiado	138	63,8
- No asegurado	35	16,2

Tabla 2. Características sociodemográficas.
Fuente: Elaboración de los autores

Los signos y síntomas de mayor prevalencia fueron la hematemesis, presentándose en un 68,9% de la muestra de este estudio, seguido de las melenas en un 17,1% y los dos síntomas asociados en un 13,8%. Al momento del ingreso al servicio de urgencias, el 65,2% de los pacientes fueron clasificados con un triage II, el 32,4% con un triage III y el 2,3% fueron admitidos con un triage I. Dentro de los signos vitales al ingreso, se tomó la tensión arterial media (TAM) como indicador de hipotensión asociada al sangrado, obteniéndose como resultado una TAM promedio de 86 mmHg y un total de 25 pacientes (11,5%) con una TAM por debajo de 65 mmHg.

<i>DATOS CLÍNICOS</i>		
VARIABLE	n	%
SÍNTOMAS		
- Hematemesis	149	68,9
- Melenas	37	17,1
- Hematemesis + Melenas	30	13,8
TRIAGE		
- I	5	2,3
- II	141	65,2
- III	70	32,4
TAM		
- >65 mmHg	191	88,4
- <65 mmHg	25	11,5

Tabla 3. Datos clínicos. Fuente:
Elaboración de los autores

El 70.8% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad asociada en las que se incluyen enfermedad erosiva de la mucosa (40.7%), hipertensión arterial (36.1%), obesidad (22.2%), cirrosis hepática (10.1%), diabetes mellitus tipo 2 (13.4%), EPOC (5.1%), y úlceras por estrés (4.1%). El alcoholismo representa uno de los factores toxicológicos más frecuentes presentes en estos pacientes con un porcentaje de 26.3%, seguido por el tabaquismo representado por un 14.8%. Dentro de los antecedentes farmacológicos hallados en los pacientes del estudio fueron los AINES con un 10.1% y los anticoagulantes con un porcentaje poco significativo de 7.4%. Del total de pacientes analizados, solo un 3.7% tenían antecedente de diagnóstico previo de infección por H. Pylori. De acuerdo a lo reportado por la literatura los antecedentes que predisponen la HVDA son el alcoholismo, el tabaquismo y el consumo crónico de AINES tal como se evidencia en nuestro estudio.

ANTECEDENTES	n	%
Médicos		
- Enfermedad erosiva	88	40,7
- HTA	78	36,1
- Obesidad	48	22,2
- Cirrosis hepática	22	10,1
- DM2	29	13,4
- EPOC	11	5,1
- Úlceras por estrés	9	4,1
- Infección por H. Pylori	8	3,7
Toxicológicos		
- Alcoholismo	57	26,3
- Tabaquismo	32	14,8
Farmacológicos		
- AINES	22	10,1
- Anticoagulantes	16	7,4

Tabla 4. Antecedentes. Fuente: Elaboración de los autores

En cuanto al diagnóstico confirmativo, se tomó como base el Gold Standard que es la endoscopia de vías digestivas altas; se registró un 60.6% de reportes realizados institucionalmente, de los cuales a solo un 6% se tomó muestra para biopsia y a un 12% se realizó test de ureasa para H. pylori, siendo positivo un 5.5%. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes en orden descendente fueron: úlcera gástrica (12.5%), varices esofágicas (8.3%), úlcera duodenal (8.3%), gastritis erosiva (7.8%), gastritis crónica (6.9%), esofagitis (5.1%), cáncer gastrointestinal (2.7%) y otras (8.8%) dentro de las que se incluyen lesión de Dieulafoy, síndrome de Mallory Weiss, angiodisplasia gástrica y divertículo esofágico.

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS		
	n	%
Hallazgo		
- Úlcera gástrica	27	12,5
- Úlcera duodenal	18	8,3
- Várices esofágicas	18	8,3
- Gastritis erosiva	17	7,8
- Gastritis crónica	15	6,9
- Esofagitis	11	5,1
- Cáncer gastrointestinal	6	2,7
- Lesión de Dieulafoy	3	1,3
- Síndrome de Mallory Weiss	2	0,9
- Otros: candidiasis esofágica, moniliasis esofágica, uncinariasis duodenal, angiodisplasia gástrica, hernia hiatal, divertículo esofágico, duodenitis, incompetencia cardial	14	6,6
- EVDA normal	4	1,8
- No se realizó EVDA	81	37,5

Tabla 5. Hallazgos de la endoscopia. Fuente: Elaboración de los autores

De acuerdo a las cifras de hemoglobina, durante la estancia hospitalaria el 38.4% de los pacientes presentaron inestabilidad hemodinámica con requerimiento de transfusión de hemoderivados. La mortalidad asociada a esta patología para el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2021 fue del 7.4%. Entre los individuos que fallecieron, 7 (43,7%) correspondieron a casos cuya muerte tuvo como causa principal la HVDA; 5 de ellos eran personas mayores de 75 años. Las 11 personas restantes fallecieron por causas relacionadas con la HVDA, en conjunto con otras complicaciones asociadas a su patología de base.

DISCUSIÓN

En el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2021 en el Hospital Erasmo Meoz ingresó un número considerable de personas bajo diagnóstico de Hemorragia de vías digestivas altas, dejando en evidencia que esta patología representa una causa frecuente de consulta de los pacientes al servicio de urgencias de esta institución. Comparando los resultados en cuanto al grupo etario predominante de nuestro estudio con otros realizados a nivel nacional se evidencia que los adultos mayores con edades entre los 60 y 70 años son el grupo más afectado con esta patología, con una mediana de 63 años y un rango intercuartil entre 43 y 74 años de edad, dato que se corrobora con la literatura revisada, en la cual los pacientes de edades avanzadas constituyen un factor de riesgo importante en el desarrollo de HVDA. [61, 62]

En un estudio realizado en el Hospital Universitario Moncaleano Perdomo de Neiva, se evidenció de manera similar al presente estudio que las hemorragias gastrointestinales altas ocurren con mayor predominio en hombres que en mujeres, así mismo, se coincide que los casos aumentan de manera exponencial en pacientes con un nivel socioeconómico bajo evidenciándose de forma marcada que en este estudio el 63,8% de los pacientes pertenecen al régimen subsidiado. [61] Con base a los resultados observados en un estudio descriptivo realizado por Solaz et al., existe una diferencia en cuanto a la frecuencia de los factores de riesgo, ya que en dicho estudio reportan el tabaquismo como el factor que más referían los pacientes con un 36.19%; mientras que en nuestro estudio el tabaquismo ocupa el segundo lugar, siendo primero el alcoholismo con un 26.3%, sin embargo, ambas sustancias se consideran las dos principales reportadas tanto en estudios nacionales como internacionales. Las comorbilidades que predominan en los pacientes de edades muy avanzadas son las enfermedades crónicas no transmisibles como la enfermedad erosiva de la mucosa (40.7%), la hipertensión arterial (36.1%), entre otras; datos que se asemejan a los arrojados en este mismo estudio, lo que permite justificar que a mayor número de comorbilidades asociadas presenten los adultos mayores, más probabilidad tienen de desarrollar una HVDA. [62]

En el grupo estudiado predominó como motivo de ingreso la hematemesis (68,9%) seguido de las melenas (17,1%), siendo estas dos las manifestaciones clínicas más comunes referidas por los pacientes al ingreso a urgencias; estos datos también fueron el principal motivo de consulta reportados por otros estudios revisados anteriormente. [62, 63]

A un 60.6% de los pacientes ingresados al servicio de urgencias bajo diagnóstico de HVDA se les realizó endoscopia de vías digestivas, siendo la principal causa de sangrado la presencia de úlcera gástrica en un 12.5% de los pacientes, seguido de las varices esofágicas y úlcera duodenal las cuales tuvieron una prevalencia de 8.3% cada una; esta última, fue la principal causa de sangrado que se reportó en un estudio retrospectivo sobre el comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario Calixto García realizado por Almeida et al. en Cuba en el año 2011. Respecto al componente etiológico, nuestro estudio difiere en cuanto a la causa principal de HVDA en el adulto mayor, sin embargo, al igual que el estudio de referencia, se recalca en la importancia de realizar la EVDA a tiempo para guiar el diagnóstico y por ende establecer un manejo rápido y oportuno en estos pacientes. Aunque la tasa mortalidad asociada a esta patología en nuestro estudio no fue muy significativa, a diferencia de lo reportado en el estudio mencionado con anterioridad, la mitad de los pacientes fallecieron, lo que nos permite reflexionar acerca de la importancia de optimizar el trabajo tanto en la atención secundaria como en la primaria de estos pacientes, ya que los retrasos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento precoz son factores desencadenantes y muchas veces irreversibles, para asegurar el bienestar y evitar un desenlace fatal en estos pacientes. [64]

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes atendidos en el Hospital Erasmo Meoz por HVDA durante el año 2021 corresponde a adultos mayores de 60 años, con más de una comorbilidad asociada. Además, se encontró una mayor prevalencia en hombres que en mujeres y un aumento de la misma con la edad; de igual manera, una gran parte de los pacientes pertenecían a un

nivel socioeconómico bajo, el cual es un factor predisponente a una mayor incidencia y severidad de la enfermedad. La hematemesis fue el motivo de consulta que predominó, asociado a decaimiento y lipotimias, también se encontró en menor proporción las melenas y un componente mixto entre ambos síntomas cardinales; por lo tanto, siempre que nos enfrentemos a un paciente con las características sociodemográficas mencionadas anteriormente, asociadas a un cuadro clínico compatible, se debe plantear la posibilidad de que el paciente esté cursando con un sangrado digestivo alto.

La endoscopia fue realizada en más de la mitad de la población estudio y se encontró que la úlcera péptica (tanto gástrica como duodenal) fue el diagnóstico endoscópico más común, seguido de las várices esofágicas y las enfermedades erosivas de la mucosa gástrica; a su vez, se ha encontrado una asociación con el uso de AINES y de anticoagulantes, tal como ha sido reportado en la literatura internacional. A pesar de que la principal causa de HVDA son las úlceras pépticas, de un total de 45 pacientes con dicho diagnóstico evidenciado en la endoscopia, a 36 pacientes (80%) no se les realizó el test de ureasa para verificar la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori*, lo cual obstaculiza la administración de la antibioticoterapia que se requiere para erradicar el microorganismo, y a su vez limita la prevención de recurrencias de sangrado.

En el grupo estudiado se pudo establecer que en un bajo porcentaje se encontraban alterados los parámetros hemodinámicos al ingreso, sin embargo, el 38,4% de los pacientes requirieron transfusión de hemocomponentes, muy probablemente debido a sangrado persistente y refractario al tratamiento médico y a la imposibilidad de tratar definitivamente la hemorragia mediante terapias endoscópicas terapéuticas.

La tasa de mortalidad de la hemorragia digestiva alta fue de 7,4% y la mayoría de muertes (81,2%) ocurrió en pacientes de edad avanzada o que cursaban con comorbilidades severas. El incremento de la edad es sin duda alguna un factor de riesgo importante y está incluido en la mayoría de los scores de estratificación de riesgo y pronóstico; esto se fundamenta porque después de los 60 años de edad hay un efecto acumulativo de muchos años de exposición a distintos factores de riesgo y coinciden simultáneamente con las comorbilidades asociadas al desarrollo de la HVDA, alterando mecanismos de homeostasis y disminuyendo la resistencia al sangrado.

Finalmente, siendo el Hospital Universitario Erasmo Meoz una institución referente a nivel regional, es importante caracterizar el comportamiento de la hemorragia de vías digestivas altas para brindar datos e información que puedan mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta patología y de esta manera, disminuya de forma significativa la morbimortalidad de los pacientes; y a su vez contribuya a crear un interés en general que pueda enriquecer más la literatura científica.

ASPECTOS ÉTICOS

Siendo una investigación clínica que se basa en la recolección de información a partir de datos plasmados en historias clínicas electrónicas, serán utilizados exclusivamente para los fines señalados en el proyecto, respetando la resolución 8430 de 1993 y los principios de ética en las investigaciones, además se respeta los derechos de autor a través de las referencias de la bibliografía utilizada como soporte o fundamento de esta investigación. Dado que no se trata de una investigación clínica experimental con seres humanos, no aplicó la declaración de Helsinki ni las recomendaciones de Ginebra dadas por la asociación médica para tal tipo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Wuerth BA, Rockey DC. Changing Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Last Decade: A Nationwide Analysis. *Dig Dis Sci* 2018; 63:1286.

[2] Boonpongmanee S, Fleischer DE, Pezzullo JC, et al. The frequency of peptic ulcer as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. *Gastrointest Endosc* 2004; 59:788.

[3] de Melo SW Jr, Bhore R, Rockey DC. Clinical judgment does not circumvent the need for diagnostic endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage. *J Investig Med* 2013; 61:1146.

[4] ASGE Standards of Practice Committee, Anderson MA, Ben-Menachem T, et al. Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2009; 70:1060.

- [5] Zakko L, Rustagi T, Douglas M, Laine L. No Benefit From Platelet Transfusion for Gastrointestinal Bleeding in Patients Taking Antiplatelet Agents. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017; 15:46.
- [6] Wolf AT, Wasan SK, Saltzman JR. Impact of anticoagulation on rebleeding following endoscopic therapy for nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:290.
- [7] Jutabha R, Jensen DM. Management of upper gastrointestinal bleeding in the patient with chronic liver disease. *Med Clin North Am* 1996; 80:1035.
- [8] Adang RP, Vismans JF, Talmon JL, et al. Appropriateness of indications for diagnostic upper gastrointestinal endoscopy: association with relevant endoscopic disease. *Gastrointest Endosc* 1995; 42:390.
- [9] Balderas V, Bhore R, Lara LF, et al. The hematocrit level in upper gastrointestinal hemorrhage: safety of endoscopy and outcomes. *Am J Med* 2011; 124:970.
- [10] Barth KH. Radiological intervention in upper and lower gastrointestinal bleeding. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1995; 9:53.
- [11] Baradarian R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:619.
- [12] Frossard JL, Spahr L, Queneau PE, et al. Erythromycin intravenous bolus infusion in acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double-blind trial. *Gastroenterology* 2002; 123:17.
- [13] Javad Ehsani Ardakani M, Zare E, Basiri M, Mohaghegh Shalmani H. Erythromycin decreases the time and improves the quality of EGD in patients with acute upper GI bleeding. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2013; 6:195.
- [14] Jensen DM, Kovacs TO, Jutabha R, et al. Randomized trial of medical or endoscopic therapy to prevent recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots. *Gastroenterology* 2002; 123:407.
- [15] Bleau BL, Gostout CJ, Sherman KE, et al. Recurrent bleeding from peptic ulcer associated with adherent clot: a randomized study comparing endoscopic treatment with medical therapy. *Gastrointest Endosc* 2002; 56:1.
- [16] Chimbaco DF, Leal MA, González JP, Caviades G. Factores relacionados a hemorragia gastrointestinal alta en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pese a la profilaxis. *Rev Méd Risaralda*. 2014;20(1):9-13.
- [17] BARRIOS, J., SALAZAR, F. and CUBILLOS, A., 2022. ETIOLOGIA, RIESGO DE RESANGRADO Y SEVERIDAD CLINICA DE LA HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO ENTRE OCTUBRE DEL 2008 Y MARZO DEL 2009. [online] Contenidos.usco.edu.co.
- [18] Oliver Solaz, Lilian, Jordán Alonso, Ariel Demetrio, Alfonso Moya, Oriol, Alejo Concepción, Osvaldo, & Cruz Méndez, Datiel. (2017). Behavior of the high digestive bleeding in the five-year period 2009-2013. *Revista Médica Electrónica*, 39(3), 432-442.
- [19] Almeida Varela, Ricardo, Pérez Suárez, Frank, Díaz Elías, Javier Orlando, & Martínez Hernández, Juan Alberto. (2011). Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario «Calixto García». *Revista Cubana de Cirugía*, 50(1), 40-53.