



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

**“HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS MÁS FRECUENTES Y TRATAMIENTO DEL
SANGRADO DIGESTIVO ALTO NO VARICIAL EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS N1, DURANTE EL AÑO 2019 A 2023”.**

AUTOR

FRANKLIN BLADIMIR CALO GUERRERO

DIRECTOR

DR. VILLOTA ACOSTA XAVIER ALEXANDER

AÑO 2025

DEDICATORIA

A Dios el creador de todas las cosas, por llenarme de entendimiento, sabiduría y sobre todo paciencia en los momentos difíciles, el que siempre me dio fuerzas para continuar, mostrándome que su tiempo es el más perfecto, por fortalecer mi corazón, e iluminar mi mente, permitiéndome cumplir una meta más en mi vida profesional y que hoy doy por cumplida.

A mi madre, por su amor incondicional, su ejemplo de esfuerzo constante y su incansable apoyo a lo largo de mi formación académica.

A mi esposa, por su comprensión, paciencia y constante aliento durante todo este proceso. Su presencia ha sido fundamental para alcanzar este logro.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Xavier Villota, tutor de este trabajo de tesis, por su invaluable orientación, su compromiso académico y su constante disposición para guiarme en el desarrollo de esta investigación.

A la universidad, por brindarme una formación integral y un entorno propicio para el crecimiento profesional y personal. A todos los docentes que formaron parte de mi trayectoria universitaria, gracias por cada enseñanza transmitida y por su dedicación.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron a la culminación de este trabajo. Su apoyo ha sido fundamental en este logro académico.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
1. CAPÍTULO 1.....	8
1.1. Introducción	8
1.2. Justificación	9
1.3. Problema de investigación	10
1.4. Objetivos de la investigación	11
1.4.1. Objetivo general.....	11
1.4.2. Objetivos específicos	11
1.5. Hipótesis del estudio	12
1.6. Protocolo institucional de manejo del sangrado digestivo alto no varicial	12
2. CAPÍTULO 2.....	13
2.1. Definición del sangrado digestivo alto.....	13
2.2. Importancia de la endoscopia digestiva alta en el diagnóstico.....	14
2.3. Hallazgos endoscópicos más frecuentes en la HDANV	16
2.4. Estratificación de riesgo y escalas pronósticas	18
2.5. Manejo hospitalario oportuno del sangrado digestivo no varicial	20
2.6. Variables clínicas asociadas al sangrado digestivo alto no varicial	23
3. METODOLOGÍA	26

3.1.	Diseño de la investigación.	26
3.2.	Definición de la población a estudiar.....	26
3.3.	Criterios de selección:.....	26
3.3.1.	Inclusión.....	26
3.3.2.	Exclusión.....	26
3.4.	Recursos materiales	27
3.5.	Confidencialidad	27
3.6.	Balance riesgo-beneficio.....	27
3.7.	Descripción del proceso de obtención del consentimiento informado.....	27
3.8.	Declaración de conflicto de intereses.....	27
3.9.	Consideraciones de género.....	27
4.	RESULTADOS.....	28
4.1.	Distribución sociodemográfica de la muestra	28
4.1	Factores de riesgo asociados al Sangrado Digestivo Alto No Variceal	32
4.2	Hallazgos sobre las enfermedades prevalentes por grupos de edad y sexo.....	35
4.3.1.	Descripción general de las enfermedades prevalentes segmentados	35
4.3.2.	Descripción general de las enfermedades prevalentes segmentados	38
4.3	Antecedentes prevalentes en comorbilidades comunes en los pacientes	42
4.4.1.	Comorbilidades de los pacientes por sexo	43
4.4.2.	Comorbilidades de los pacientes por grupos de edad	45
5.	CAPÍTULO 5.....	49

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
5.1. Discusión.....	49
5.2. Conclusiones	52
5.3. Recomendaciones	53
6. Referencias.....	54
7. ANEXOS	56
7.1. Anexo 1. Protocolo de manejo del sangrado digestivo alto no varicial	56

RESUMEN

El presente estudio aborda el sangrado digestivo alto no varicial (SDANV), una de las urgencias médicas más frecuentes en gastroenterología, caracterizada por una elevada morbimortalidad, especialmente en adultos mayores. Dado su impacto clínico, el objetivo general fue describir las características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas más relevantes en pacientes con diagnóstico de SDANV atendidos en un hospital de tercer nivel, con énfasis en los factores de riesgo, intervenciones terapéuticas y su distribución según edad y sexo. Se aplicó una metodología cuantitativa, descriptiva y transversal, mediante el análisis estadístico de datos obtenidos de historias clínicas y registros endoscópicos entre 2019 y 2023. Entre los principales hallazgos, se observó que el 96,7% de los casos correspondió a adultos y adultos mayores, y el 57% de los pacientes fueron mujeres. La esofagitis (69,9%) y el reflujo gastroesofágico (11,8%) fueron las enfermedades más prevalentes, especialmente en mujeres, mientras que el uso de sedación fue casi universal (98,8%). Además, solo el 22,1% presentó comorbilidades registradas, siendo el hipotiroidismo la más común (12,5%). Se identificó una tendencia creciente de casos en mayores de 60 años durante el periodo de estudio. Las conclusiones destacan la relevancia de considerar el sexo femenino y la edad avanzada como variables clínicas significativas, así como la necesidad de fortalecer los protocolos diagnósticos y terapéuticos, particularmente ante afecciones inflamatorias del tracto digestivo superior. Asimismo, se recomienda consolidar el uso de escalas pronósticas e intervenir tempranamente mediante endoscopia. Este estudio respalda la aplicación de protocolos hospitalarios específicos y sugiere la utilidad de una atención diferenciada según edad y género.

Palabras clave: Comorbilidades, Endoscopia digestiva, Epidemiología clínica, Esofagitis, Sangrado digestivo.

ABSTRACT

This study focuses on non-variceal upper gastrointestinal bleeding (NVUGIB), one of the most common medical emergencies in gastroenterology, known for its high morbidity and mortality rates—particularly among older adults. Given its clinical significance, the main objective was to describe the most relevant clinical, epidemiological, and endoscopic characteristics in patients diagnosed with NVUGIB at a tertiary care hospital, with special emphasis on risk factors, therapeutic interventions, and distribution by age and gender. A quantitative, descriptive, and cross-sectional methodology was employed, based on statistical analysis of clinical records and endoscopic findings from 2019 to 2023. Key findings revealed that 96.7% of cases involved adults and elderly patients, with women accounting for 57% of the total. Esophagitis (69.9%) and gastroesophageal reflux disease (11.8%) were the most prevalent conditions, particularly among female patients. Sedation was used in nearly all procedures (98.8%). Moreover, only 22.1% of patients had documented comorbidities, the most common being hypothyroidism (12.5%). An increasing trend of cases in patients over 60 years of age was noted throughout the study period. The conclusions emphasize the importance of considering female gender and advanced age as significant clinical variables and highlight the need to strengthen diagnostic and therapeutic protocols, especially in cases involving inflammatory conditions of the upper digestive tract. Early endoscopic intervention and consistent use of prognostic scoring systems are strongly recommended. The findings support the application of hospital-specific clinical protocols and point to the value of age- and gender-sensitive approaches in patient care.

Keywords: Comorbidities, Clinical epidemiology, Digestive bleeding, Digestive endoscopy, Esophagitis.

CAPÍTULO 1.

1.1. Introducción

Introducción

El sangrado digestivo alto (SDA) representa una de las urgencias más prevalentes en gastroenterología, caracterizada por la pérdida de sangre desde el tracto digestivo proximal al ángulo de Treitz. Su presentación clínica incluye hematemesis, melena y, en casos graves, hematoquecia. Esta condición, además de generar alarma clínica inmediata, exige una respuesta diagnóstica y terapéutica ágil para preservar la vida del paciente y minimizar secuelas.

Desde el punto de vista de la ciencia médica, el SDA constituye un campo de estudio fundamental debido a su complejidad fisiopatológica, su asociación con múltiples etiologías, y la necesidad de intervenciones multidisciplinarias. La investigación continua permite perfeccionar los protocolos de diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento, favoreciendo una atención médica basada en evidencia y en la mejora continua de resultados clínicos.

Asimismo, la importancia de esta patología trasciende el ámbito clínico, al constituir una causa significativa de hospitalización, morbilidad y mortalidad en la población adulta y adulta mayor. La identificación oportuna de factores de riesgo y la intervención precoz no solo salvan vidas, sino que también reducen el impacto económico y social derivado de hospitalizaciones prolongadas o complicaciones evitables.

Finalmente, abordar de forma integral el SDA desde la investigación médica ofrece beneficios concretos para la sociedad. Mejorar el acceso a herramientas diagnósticas como la endoscopia digestiva alta, estandarizar el uso de escalas pronósticas y optimizar el tratamiento

hospitalario, contribuye a una medicina más resolutive, equitativa y humana, centrada en la dignidad del paciente y la eficiencia del sistema sanitario.

1.2. Justificación

El sangrado digestivo alto no variceal representa una entidad clínica de importancia significativa en la práctica médica, con una incidencia considerable en todo el mundo. La correcta identificación de los hallazgos endoscópicos asociados con este tipo de sangrado, así como su manejo hospitalario adecuado, son aspectos fundamentales para mejorar los resultados clínicos y reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes afectados (Brito Valdivieso, 2023). La endoscopia gastrointestinal desempeña un papel crucial en el diagnóstico preciso de las causas del sangrado digestivo alto no variceal. Los hallazgos endoscópicos proporcionan información invaluable sobre la ubicación, la gravedad y la etiología del sangrado, lo que guía directamente las decisiones terapéuticas subsiguientes (Inzunza González et al., 2019). Por lo tanto, entender y reconocer los hallazgos endoscópicos más frecuentes en esta condición es esencial para ofrecer un manejo óptimo a los pacientes.

Entre los hallazgos endoscópicos más comunes asociados con el sangrado digestivo alto no variceal se incluyen úlceras pépticas, erosiones gastritis, lesiones vasculares y neoplasias, entre otros. Cada uno de estos hallazgos presenta características únicas que requieren enfoques específicos de manejo hospitalario para lograr la hemostasia y prevenir la recurrencia del sangrado (Zamora Arce, 2023). La implementación de estrategias de manejo hospitalario adecuadas, que pueden incluir medidas endoscópicas, farmacológicas y quirúrgicas según corresponda, es crucial para optimizar los resultados clínicos de los pacientes con sangrado digestivo alto no variceal (Bilder et al., 2021). Estas estrategias se basan en la evidencia

científica disponible y en las mejores prácticas clínicas, con el objetivo de detener el sangrado de manera efectiva, prevenir complicaciones y promover la recuperación del paciente.

En este contexto, este proyecto se propone explorar los hallazgos endoscópicos más frecuentes en el sangrado digestivo alto no variceal y revisar las recomendaciones actuales para el manejo hospitalario de cada uno de estos hallazgos. Al proporcionar una comprensión integral de estos aspectos clínicos, se espera contribuir al fortalecimiento de la práctica clínica y al mejoramiento de los resultados de los pacientes afectados por esta condición.

1.3. Problema de investigación

El sangrado digestivo alto no variceal es una afección médica que puede tener consecuencias graves para la salud de los pacientes, es la urgencia más común en los servicios de gastroenterología con una mortalidad de 5 – 14 %. La incidencia es de aproximadamente 50 a 150 casos por cada 100000 habitantes (Martinez Ramirez et al., 2016). A pesar de que se ha investigado ampliamente, no se ha logrado disminuir la mortalidad, en este contexto la estratificación temprana de riesgo, a través de escalas validadas como Rockall, Blatchford, AIMS65, Baylor y la clasificación de Forrest que evalúa los hallazgos de la esofagogastroduodenoscopia (EGD), permitan identificar entre pacientes de alto y bajo riesgo y de esta manera orientar las estrategias de tratamiento (Martinez Ramirez et al., 2016). La hemorragia del tubo digestivo alto (HTDA) representa el 75 - 80% de los casos de hemorragia digestiva y se clasifica (Gavilanez Procel, 2023) como: 1) HTDA de origen no variceal, con una mortalidad del 10-25% de los casos, cuya causa más frecuente es la úlcera péptica, (Frías Ordoñez et al., 2023)y 2) HTDA variceal, con una mortalidad del 50%, siendo las varices esofágicas las más frecuentes (Vaca Sánchez et al., 2023). La esofagogastroduodenoscopia

(EGD) juega un papel fundamental, ya que identifica la etiología de la (HTDA) a los pacientes candidatos a tratamiento endoscópico, disminuye la mortalidad, estancia hospitalaria, el tratamiento quirúrgico y costo de atención (Espinoza Aguirre y Zambrano Godoy, 2019) . Por lo tanto, es esencial abordar este problema de investigación para mejorar la atención médica y la calidad de vida de los pacientes afectados.

La presente investigación pretende responder a la siguiente pregunta:

¿Cuál es el hallazgo más frecuente y el tratamiento en el sangrado digestivo alto no varicial?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Identificar los hallazgos endoscópicos más frecuentes y manejo hospitalario oportuno en pacientes que presentaron sangrado digestivo alto no varicial en el servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N1, durante el año 2019 a 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir los factores de riesgo predictivos más comunes encontrados en pacientes con sangrado digestivo alto no varicial.
- Describir las intervenciones terapéuticas en los pacientes con hemorragia digestiva alta según los hallazgos endoscópicos.
- Identificar el grupo etario y prevalente para hemorragia digestiva alta no varicial.

1.5. Hipótesis del estudio

El sangrado digestivo alto de origen no varicial tiene como etiología principal la úlcera gastroduodenal.

1.6. Protocolo institucional de manejo del sangrado digestivo alto no varicial

En el marco clínico donde se desarrolla esta investigación, resulta fundamental mencionar el protocolo institucional vigente para el abordaje del sangrado digestivo alto no varicial, el cual constituye una guía operativa consensuada por los especialistas del servicio de gastroenterología. Este protocolo, aprobado oficialmente en el hospital donde se ejecutó el presente estudio, establece los lineamientos esenciales para el diagnóstico oportuno, la estratificación de riesgo, y la intervención terapéutica en pacientes que presentan esta patología. Su inclusión como referencia permite contextualizar las decisiones médicas observadas en los casos analizados y evaluar su efectividad frente a los datos clínicos obtenidos.

El protocolo contempla diversos componentes estructurados, entre ellos: el objetivo asistencial, la metodología de consenso utilizada, la definición clínica del sangrado digestivo alto, la población objetivo a la que va dirigido, así como parámetros epidemiológicos, etiológicos y clínicos relevantes. Asimismo, se detallan factores de mal pronóstico, criterios diagnósticos basados en la clasificación de Forrest, y herramientas pronósticas como los índices de Rockall y Baylor, empleados para estimar la morbilidad y el riesgo de resangrado. Estos elementos aportan un marco clínico operativo, necesario para uniformar el manejo hospitalario y reducir la variabilidad en la atención de emergencias digestivas.

Finalmente, el protocolo establece criterios claros de éxito o fracaso terapéutico en función del tipo de lesión identificada y la respuesta al tratamiento endoscópico inicial. Este documento institucional resulta especialmente útil para comprender la racionalidad clínica detrás de la administración de inhibidores de la bomba de protones, la indicación de control endoscópico, y la eventual necesidad de intervención quirúrgica en casos refractarios. Para mayor detalle sobre el contenido íntegro del protocolo, se remite al lector al **Anexo 1**, donde se encuentra el texto completo de esta guía asistencial actualmente aplicada en el hospital sede del estudio.

CAPÍTULO 2

2.1. Definición del sangrado digestivo alto

El sangrado digestivo alto (SDA) se presenta como una de las urgencias clínicas más prevalentes dentro del campo de la gastroenterología, generando un importante impacto tanto en términos asistenciales como en la carga sobre los sistemas de salud. Se estima que entre el 75% y el 80% de todos los episodios de hemorragia digestiva corresponden a esta localización anatómica (Gavilanez Procel, 2023). Esta alta prevalencia refleja la frecuencia de sus causas subyacentes, así como la necesidad de una atención médica inmediata y especializada, dado que la evolución clínica puede variar desde cuadros autolimitados hasta situaciones que amenazan la vida. El SDA se clasifica en dos grandes grupos: sangrado varicial y no varicial. Aunque ambos tipos implican desafíos terapéuticos relevantes, el sangrado no varicial es el más frecuente y representa una proporción considerable de los casos que llegan a los servicios de urgencias.

Sin embargo, el pronóstico del paciente con SDA está estrechamente relacionado con el tipo de sangrado que presenta. En particular, según Vaca Sánchez y otros (2023), la hemorragia digestiva alta no varicial (HDANV) muestra tasas de mortalidad que fluctúan entre el 10% y el 25%, dependiendo de factores como la comorbilidad del paciente, la gravedad del episodio hemorrágico, y el tiempo de respuesta médica. Por otro lado, el sangrado varicial, aunque menos común, se asocia con una letalidad mucho más elevada, que puede alcanzar hasta el 50%. Esta elevada mortalidad está especialmente vinculada a la ruptura de várices esofágicas, una complicación habitual en pacientes con hipertensión portal secundaria a cirrosis hepática. Estos pacientes, con frecuencia, se presentan en estado crítico, lo que requiere intervenciones multidisciplinarias inmediatas para controlar el sangrado y estabilizar la condición hemodinámica.

Para Frías Ordóñez y otros (2023) En este escenario clínico, la HDANV continúa siendo atribuida principalmente a la úlcera péptica, pese a los notables avances en el tratamiento de *Helicobacter pylori* y en la prescripción racional de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), que han reducido su incidencia en algunas poblaciones. La persistencia de esta etiología como causa principal del sangrado refleja una brecha entre las recomendaciones terapéuticas y la práctica clínica real, así como la importancia de factores como el envejecimiento poblacional, la automedicación y la falta de adherencia al tratamiento. Por ello, la necesidad de implementar un enfoque diagnóstico y terapéutico oportuno, integral y protocolizado resulta más apremiante que nunca.

Una intervención precoz permite reducir la tasa de complicaciones, mejorando significativamente el pronóstico general y la calidad de vida posterior del paciente (Bilder y otros, 2021). Desde este punto, cobra especial relevancia el diseño de protocolos estandarizados que aseguren la atención temprana desde el momento del ingreso hospitalario, permitiendo estratificar el riesgo, optimizar los recursos disponibles y coordinar las acciones entre los distintos niveles de atención. En definitiva, el abordaje exitoso del SDA requiere pericia clínica, así como una organización sistémica que responda con rapidez y eficacia ante esta condición crítica.

2.2. Importancia de la endoscopía digestiva alta en el diagnóstico

La esofagogastroduodenoscopia (EGD) se consolida como la herramienta diagnóstica y terapéutica de primera línea ante la sospecha clínica de un sangrado digestivo alto, dada su alta precisión y versatilidad. Esta técnica permite una visualización directa del esófago, estómago y duodeno, lo cual resulta determinante para identificar de manera rápida y precisa el sitio

específico de la hemorragia, así como su causa subyacente. Gracias a esta capacidad, para Brito Valdivieso (2023), la EGD facilita el diagnóstico, así como la evaluación de la severidad del episodio hemorrágico y la estratificación del riesgo del paciente, lo que a su vez permite tomar decisiones terapéuticas de forma inmediata y fundamentada.

Su aplicación temprana preferiblemente dentro de las primeras 24 horas posteriores al ingreso hospitalario mejora la precisión del diagnóstico, asociándose con múltiples beneficios clínicos y logísticos. Entre ellos, se destaca la reducción significativa en la duración de la estancia hospitalaria, así como una menor necesidad de intervenciones quirúrgicas, aspectos que repercuten favorablemente en la recuperación del paciente y en la disminución de los costos globales de atención médica (Espinoza Aguirre & Zambrano Godoy, 2019). Estos hallazgos cobran especial relevancia en contextos hospitalarios donde la eficiencia en el uso de recursos es crítica para asegurar una atención oportuna y equitativa.

En paralelo, la evidencia científica más reciente resalta con insistencia la importancia de realizar la EGD en un plazo máximo de 24 horas desde la admisión del paciente. Diversos estudios, como el de Bilder y otros (2021), Gavilanez Procel (2023) y Zamora Arce, (2023), han demostrado que esta estrategia se asocia con una menor mortalidad, una reducción en las tasas de resangrado y una utilización más racional de los recursos hospitalarios. Esto refleja una mejora en los resultados clínicos, así como una mayor sostenibilidad de los sistemas de salud, al evitar complicaciones que suelen requerir cuidados intensivos o procedimientos más invasivos.

Por otro lado, la EGD no se limita únicamente a un rol diagnóstico; su capacidad terapéutica resulta fundamental en el abordaje integral del sangrado digestivo alto. A través de ella, es posible aplicar terapias endoscópicas como la inyección de agentes esclerosantes, la

colocación de clips hemostáticos, la terapia térmica o la combinación de estas técnicas, permitiendo controlar de manera inmediata la fuente del sangrado. En este contexto, se emplean diversas herramientas clínicas para sistematizar el hallazgo endoscópico, siendo una de las más reconocidas la clasificación de Forrest. Esta escala categoriza las lesiones sangrantes según su apariencia endoscópica, diferenciando entre sangrado activo, vasos visibles y signos de sangrado reciente, lo que permite estimar con mayor precisión el riesgo de resangrado (Martínez Ramírez y otros, 2016).

La utilidad de esta clasificación va más allá de lo meramente descriptivo, ya que ofrece una guía práctica para decidir el tipo de intervención que debe aplicarse y el nivel de vigilancia posterior que el paciente requiere. Así, la EGD se presenta como una herramienta técnica de alta precisión, pero también como una intervención que, bien implementada dentro de un protocolo clínico integral, puede marcar la diferencia entre una evolución favorable y una situación crítica en pacientes con sangrado digestivo alto. Por lo tanto, su utilización debe ser prioritaria y protocolizada en todos los centros de atención hospitalaria que enfrentan este tipo de emergencias médicas.

2.3. Hallazgos endoscópicos más frecuentes en la HDANV

Entre los diversos hallazgos endoscópicos que se identifican en los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta no varicial (HDANV), destacan especialmente las úlceras gástricas y duodenales como los más frecuentes y clínicamente significativos. Estas lesiones, que representan una causa predominante de sangrado gastrointestinal superior, son también las que con mayor frecuencia requieren una intervención médica urgente. En muchos casos, estas úlceras presentan características endoscópicas que indican un riesgo elevado de resangrado o de

complicaciones severas, por lo que su reconocimiento temprano resulta clave para la evolución del paciente (Brito Valdivieso, 2023).

Junto a las úlceras pépticas, se observan otras lesiones relevantes, aunque en menor proporción, como las erosiones gástricas —que suelen ser múltiples y superficiales—, la gastritis hemorrágica aguda, y las lesiones vasculares, entre las que destaca la angiodisplasia. Esta última corresponde a una malformación de los vasos sanguíneos en la mucosa gastrointestinal que puede sangrar de manera intermitente o abundante. Si bien las neoplasias malignas constituyen una causa menos común dentro del espectro de la HDANV, su diagnóstico oportuno durante una esofagogastroduodenoscopia (EGD) puede tener implicancias trascendentales, tanto para el pronóstico como para el abordaje oncológico del paciente. La amplia diversidad de lesiones detectadas durante la endoscopia pone en evidencia la importancia de una evaluación minuciosa y sistemática durante el procedimiento (Cárdenas-Martínez y otros, 2021).

El valor de la endoscopia no se limita únicamente al aspecto diagnóstico. En efecto, uno de sus principales aportes en el manejo de la HDANV es la posibilidad de aplicar tratamientos hemostáticos de manera inmediata, lo cual representa un factor decisivo para reducir el riesgo de resangrado y para mejorar la evolución clínica del paciente. Estas técnicas, según (2019) incluyen, entre otras, la inyección de adrenalina alrededor del punto de sangrado, lo cual produce una vasoconstricción local; el uso de clips endoscópicos, que permiten cerrar mecánicamente el vaso sangrante; y la coagulación térmica, que mediante calor logra cauterizar el sitio hemorrágico. La elección de una u otra técnica depende de la morfología y localización de la lesión, así como del tipo de sangrado evidenciado durante la EGD.

En este sentido, la clasificación de Forrest se presenta como una herramienta fundamental para guiar la conducta terapéutica. Esta escala clasifica las lesiones ulcerosas según su apariencia endoscópica y su potencial de resangrado: desde el sangrado activo (Ia y Ib), pasando por los signos de hemorragia reciente (IIa y IIb), hasta las lesiones de bajo riesgo (IIc y III). De esta forma, la interpretación de los hallazgos endoscópicos mediante la clasificación de Forrest permite al clínico establecer la necesidad de una intervención inmediata, así como el nivel de vigilancia que el paciente requerirá en las siguientes horas o días (Bilder y otros, 2021).

Por tanto, la endoscopía digestiva alta, cuando se realiza en tiempo oportuno y con los recursos adecuados, se convierte en una herramienta insustituible en el diagnóstico y tratamiento del sangrado digestivo alto no varicial. Su capacidad de combinar la identificación precisa del origen del sangrado con la posibilidad de una intervención terapéutica inmediata mejora significativamente los desenlaces clínicos, reduce el riesgo de complicaciones y optimiza el uso de los recursos sanitarios disponibles. En un entorno clínico donde cada minuto cuenta, el valor de la endoscopía radica precisamente en su inmediatez y eficacia.

2.4. Estratificación de riesgo y escalas pronósticas

Un componente clave en el manejo integral del sangrado digestivo alto, particularmente en su fase inicial, es la estratificación temprana del riesgo. Esta etapa orienta, según Espinoza y Zambrano (2019), las decisiones clínicas inmediatas, permitiendo anticipar complicaciones, priorizar intervenciones y asignar de manera más eficiente los recursos hospitalarios. En este sentido, la medicina moderna ha desarrollado y validado diversas escalas clínicas que ofrecen una valoración objetiva del pronóstico del paciente. Entre las más reconocidas se encuentran las

escalas de Rockall, Glasgow-Blatchford y AIMS65, las cuales han demostrado su utilidad para predecir tanto la mortalidad como el riesgo de resangrado y la necesidad de intervención urgente.

Cada una de estas herramientas posee características particulares que se adaptan a distintos momentos del proceso clínico. Por ejemplo, la escala de Rockall, diseñada originalmente para aplicarse tras la endoscopia, incorpora variables como la edad, el estado hemodinámico, comorbilidades y hallazgos endoscópicos, siendo especialmente útil para evaluar el pronóstico a mediano plazo. En cambio, la escala de Glasgow-Blatchford se utiliza antes de la endoscopia y se basa en parámetros como el nivel de hemoglobina, la presión arterial, el pulso y la presencia de signos clínicos como melena o síncope. Esta escala permite identificar de forma temprana a aquellos pacientes que pueden beneficiarse de una intervención urgente o, en casos de bajo riesgo, de un manejo ambulatorio más conservador (Umarov, 2022).

En particular, la escala AIMS65 ha ganado un lugar destacado en la práctica clínica contemporánea debido a su simplicidad y alto valor predictivo. Compuesta por solo cinco variables —albumina <3.0 g/dL, índice internacional normalizado (INR) >1.5 , alteración del estado mental, presión sistólica <90 mmHg y edad >65 años—, esta herramienta permite una rápida evaluación al momento del ingreso hospitalario. Su diseño favorece su aplicación incluso en contextos donde el tiempo y los recursos son limitados, como sucede con frecuencia en los servicios de emergencia, lo que la convierte en una aliada esencial en el triaje inicial del paciente con sangrado digestivo (Espinoza Aguirre & Zambrano Godoy, 2019).

Complementariamente, investigaciones recientes han evidenciado que el uso sistemático y adecuado de estas escalas mejora la precisión del diagnóstico inicial, optimizando la toma de decisiones clínicas relevantes. Entre estas decisiones se encuentran el traslado oportuno del

paciente a una unidad de cuidados intensivos, cuando se considera que el riesgo vital es elevado, o la realización urgente de una esofagogastroduodenoscopia (EGD). Este abordaje precoz ha demostrado reducir la mortalidad hospitalaria, disminuir los reingresos y favorecer un mejor control del sangrado (Martinez Ramirez y otros, 2016).

Asimismo, al integrar estos sistemas de estratificación de riesgo dentro de la rutina hospitalaria, los equipos médicos pueden estandarizar protocolos, evitando así variaciones innecesarias en la atención clínica. Esta estandarización mejora la calidad del cuidado médico, facilitando una gestión más eficiente de camas y recursos médicos, lo cual es particularmente relevante en contextos de alta demanda asistencial. De este modo, para Martínez-Leyva y otros (2021), se garantiza que los pacientes más vulnerables reciban atención prioritaria y especializada, mientras que aquellos con menor riesgo pueden ser monitorizados en áreas de menor complejidad o incluso dados de alta temprana bajo seguimiento ambulatorio estructurado.

En conclusión, la estratificación del riesgo en pacientes con sangrado digestivo alto mediante el uso de escalas clínicas validadas representa una práctica basada en evidencia, constituyéndose en una estrategia indispensable para el manejo clínico eficaz y humano, centrado en la seguridad, el pronóstico y la dignidad del paciente.

2.5. Manejo hospitalario oportuno del sangrado digestivo no varicial

El manejo hospitalario de la hemorragia digestiva alta no varicial (HDANV) constituye un proceso clínico complejo que exige una atención integral, oportuna y rigurosamente protocolizada, con el fin de salvaguardar la vida del paciente y reducir el riesgo de complicaciones graves. Este abordaje debe contemplar una serie de estrategias escalonadas que incluyan desde el soporte hemodinámico inicial hasta la intervención endoscópica especializada,

sin descuidar el acompañamiento emocional y la comunicación constante con el paciente y su entorno (Inzunza González y otros, 2019).

En una primera instancia, el enfoque clínico debe centrarse en la estabilización hemodinámica del paciente, especialmente en aquellos casos que presentan signos de shock hipovolémico o inestabilidad cardiovascular. Esta etapa incluye la administración de líquidos intravenosos, productos hemáticos cuando corresponde, monitoreo estricto de signos vitales y colocación de accesos venosos de gran calibre. Esta estabilización es imprescindible para permitir una posterior evaluación diagnóstica eficaz, particularmente la esofagogastroduodenoscopia (EGD), que suele realizarse una vez el paciente se encuentra en condiciones más seguras.

Simultáneamente, las guías clínicas nacionales e internacionales coinciden en la necesidad de iniciar la terapia farmacológica con inhibidores de la bomba de protones (IBP) de forma precoz, incluso antes de realizar la EGD. Esta indicación se basa en su efecto antisecretor sobre el ácido gástrico, así como en su capacidad para favorecer la formación de coágulos estables sobre las lesiones sangrantes, lo que puede mejorar la visualización endoscópica y, en algunos casos, evitar la necesidad de una intervención terapéutica más invasiva (Inzunza González y otros, 2019).

Una vez realizada la endoscopia, el equipo médico evalúa cuidadosamente los hallazgos y determina la necesidad de intervención endoscópica hemostática. Esta intervención puede incluir una amplia gama de técnicas especializadas, cada una con indicaciones precisas de acuerdo con el tipo, localización y morfología de la lesión. Según Zamora Arce (2023) entre las más utilizadas se encuentran la inyección de agentes esclerosantes o vasoconstrictores, como la

adrenalina, que permite reducir el flujo sanguíneo en el sitio de sangrado; la colocación de clips hemostáticos, que actúan como grapas mecánicas para cerrar la lesión sangrante; y la coagulación térmica por contacto directo, que produce la cauterización del vaso comprometido. Cada una de estas técnicas, aplicadas individualmente o en combinación, busca alcanzar la hemostasia definitiva y prevenir episodios de resangrado, los cuales representan una de las principales causas de mortalidad en este tipo de pacientes.

Sin embargo, en algunos casos más complejos o refractarios, cuando las técnicas endoscópicas no logran controlar la hemorragia, es necesario recurrir a otras opciones terapéuticas más invasivas. La cirugía de emergencia representa una alternativa, aunque conlleva mayores riesgos, especialmente en pacientes con comorbilidades severas. Otra opción que ha ganado relevancia en los últimos años es la radiología intervencionista, que permite mediante técnicas como la embolización arterial controlar el sangrado sin necesidad de incisión quirúrgica, lo que resulta menos agresivo y con menor tiempo de recuperación en determinados escenarios clínicos (Zamora Arce, 2023).

Un aspecto que ha sido objeto de múltiples investigaciones recientes es el tiempo que transcurre entre el ingreso del paciente y la realización de la EGD, ya que se ha demostrado que este intervalo constituye un determinante pronóstico clave. En efecto, cuando la EGD se realiza dentro de las primeras 24 horas desde la llegada al hospital, los pacientes experimentan una significativa reducción en la mortalidad, la tasa de resangrado y la duración de la hospitalización. Además, este abordaje precoz permite optimizar el uso de recursos hospitalarios y mejorar la planificación de la atención médica, especialmente en servicios de emergencia y unidades de cuidados intensivos (Bilder y otros, 2021).

En resumen, el manejo hospitalario del HDANV exige un enfoque multidisciplinario, coordinado entre los servicios de emergencias, gastroenterología, cirugía y cuidados intensivos, y debe ser guiado por protocolos clínicos basados en la mejor evidencia disponible. La aplicación temprana de tratamientos farmacológicos, la realización oportuna de la endoscopia, y la implementación de intervenciones adecuadas son elementos esenciales para mejorar el pronóstico de los pacientes, reducir el impacto económico y, sobre todo, brindar una atención digna, segura y humana en uno de los escenarios más desafiantes de la gastroenterología moderna.

2.6. Variables clínicas asociadas al sangrado digestivo alto no variceal

La comprensión del sangrado digestivo alto no variceal (HDANV) requiere un análisis profundo de las características demográficas y clínicas de los pacientes, ya que estas variables influyen de manera significativa en la forma de presentación, evolución clínica y resultados del tratamiento. Diversas investigaciones recientes han enfatizado que factores como la edad avanzada y el sexo masculino se presentan con mayor frecuencia en los casos de HDANV, actuando como elementos predisponentes que modifican el curso de la enfermedad. Este patrón se vuelve aún más evidente cuando se consideran comorbilidades concomitantes, como el uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), que generan un daño progresivo en la mucosa gastrointestinal, o la presencia de enfermedades hepáticas crónicas, las cuales alteran la coagulación y la respuesta inmunológica. Asimismo, los antecedentes personales de úlcera péptica constituyen un factor de riesgo clave, especialmente en pacientes que han experimentado episodios previos de sangrado (Frías Ordoñez y otros, 2023).

Estas variables, lejos de ser simples datos de identificación clínica, permiten anticipar posibles desenlaces negativos y, por lo tanto, desempeñan un rol vital en la elaboración de planes de intervención ajustados a las necesidades individuales del paciente. La edad, por ejemplo, incrementa el riesgo de presentar una hemorragia digestiva, asociándose con una mayor fragilidad fisiológica, lo cual limita la respuesta al tratamiento y aumenta el riesgo de complicaciones como el resangrado o la insuficiencia multiorgánica. De igual manera, el sexo masculino ha sido identificado como una variable relacionada con una mayor incidencia de lesiones ulcerosas activas, posiblemente asociadas a hábitos de vida, exposición a fármacos y retrasos en la búsqueda de atención médica oportuna.

Por otro lado, hallazgos más recientes en el campo de la gastroenterología han destacado que ciertos parámetros clínicos al momento del ingreso hospitalario se correlacionan de forma significativa con una peor evolución. Entre estos, se encuentran los signos de inestabilidad hemodinámica, como la hipotensión, la taquicardia y la hipoperfusión periférica, que reflejan una pérdida sanguínea importante y una posible descompensación sistémica. Del mismo modo, los niveles bajos de albúmina se interpretan como un marcador de mal estado nutricional o enfermedad hepática avanzada, ambos factores que comprometen la capacidad del organismo para recuperarse de una hemorragia severa. La anemia aguda, evidenciada por niveles bajos de hemoglobina, y la presencia de coagulopatías —ya sea por enfermedades hepáticas, déficit de factores de coagulación o uso de anticoagulantes— constituyen elementos pronósticos negativos que deben ser valorados cuidadosamente desde el ingreso (Gavilanez Procel, 2023).

Reconocer estos factores desde el inicio permite a los equipos clínicos diseñar estrategias terapéuticas personalizadas, estableciendo medidas preventivas en poblaciones de alto riesgo, y

definiendo con claridad los criterios de prioridad para la atención especializada. En este sentido, la ajustada estratificación del riesgo clínico inicial permite optimizar recursos hospitalarios, definir la necesidad de ingreso en unidades de cuidados intensivos y, sobre todo, garantizar una endoscopía oportuna, cuyo impacto en la reducción de la morbilidad ha sido ampliamente documentado.

Por tanto, los datos demográficos y clínicos no deben considerarse como meros antecedentes de la historia médica, sino como herramientas esenciales para la toma de decisiones clínicas tempranas y efectivas. La adecuada interpretación de estos elementos, sumada a la experiencia médica y al uso de escalas validadas, contribuye significativamente a mejorar los resultados clínicos en pacientes con HDANV, permitiendo un manejo más humano, preciso y orientado a la seguridad del paciente desde el primer contacto con el sistema de salud.

METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación.

La investigación es transversal, descriptivo en el que se evaluará reportes de procedimientos endoscópicos (esofagogastroduodenoscopia), realizados en el periodo de enero 2019 a diciembre del 2023, en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N1.

3.2. Definición de la población a estudiar.

La población en la cual se enfoca esta investigación serán los pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en los servicios de emergencia y gastroenterología, del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N1.

3.3. Criterios de selección:

3.3.1. Inclusión

Pacientes con diagnóstico de sangrado digestivo alto del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N1. Atendidos durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2023.

Pacientes mayores de 18 años.

Pacientes con historia clínica completa donde conste antecedentes e informe endoscópico.

3.3.2. Exclusión

Pacientes gestantes.

Pacientes con antecedentes cáncer gástrico.

Pacientes con informe endoscópico de sangrado digestivo alto varicial.

3.4. Recursos materiales

Materiales	Cantidad	Costo
Copias de consentimientos informados	20	\$ 5.00
Impresión del proyecto	2	\$ 30.00
Transporte	1	\$ 50.00
Publicación	1	\$ 320.00
Gastos de traducción	1	\$ 150.00
Subsistencia	1	\$ 200.00
Total		\$ 755.00

3.5. Confidencialidad

Con la finalidad de asegurar la información recopilada durante el proceso de investigación, el autor declara que ha seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes. Se harán públicos solo los resultados por temas educativos y de salud pública.

3.6. Balance riesgo-beneficio

Dentro de los riesgos comunes que puedan tener las personas sobre sus hallazgos endoscópicos tenemos la filtración de los datos a terceras personas, que exista molestia en el participante y que se comprometa la integridad emocional.

3.7. Descripción del proceso de obtención del consentimiento informado

El autor ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en la investigación

3.8. Declaración de conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés para la publicación de este trabajo.

3.9. Consideraciones de género

No aplica.

RESULTADOS

La presente sección expone los resultados obtenidos tras el análisis estadístico de los datos recolectados, orientados a responder los objetivos específicos planteados en esta investigación. Se abordaron variables sociodemográficas como la edad y el sexo, así como hallazgos clínicos relevantes derivados de los procedimientos endoscópicos practicados a pacientes con diagnóstico de sangrado digestivo alto no variceal.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el software estadístico IBM SPSS 26, lo que permitió generar estadísticas descriptivas y medidas de asociación que facilitan la interpretación clínica de los patrones observados. Los resultados se presentan de manera organizada, conforme al orden lógico de los objetivos específicos, e incluyen tablas y figuras que respaldan visualmente los hallazgos más relevantes.

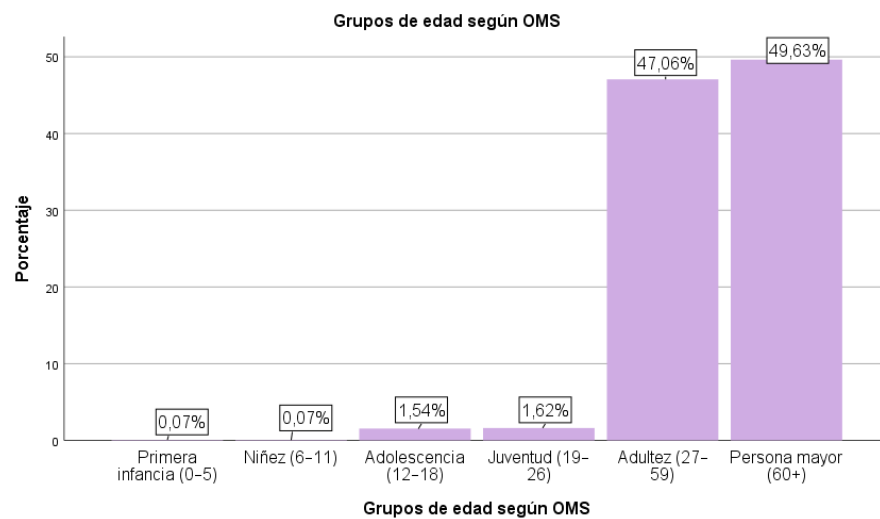
3.10. Distribución sociodemográfica de la muestra

El análisis por grupos de edad responde a la necesidad de comprender cómo varía la incidencia y el comportamiento clínico del sangrado digestivo alto no variceal a lo largo del curso de vida, permitiendo identificar patrones específicos según la etapa etaria. Esta segmentación posibilita una evaluación más precisa de los riesgos, la vulnerabilidad biológica y la respuesta terapéutica en cada grupo poblacional. Para este estudio se adoptó la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que delimita categorías como infancia, adolescencia, adultez y vejez, reconociendo sus particularidades fisiológicas y sociales en el contexto de la salud pública (OMS, 2023).

El análisis de la distribución etaria evidencia que la mayor proporción de casos de sangrado digestivo alto no variceal se concentra en personas mayores de 60 años (49.63%),

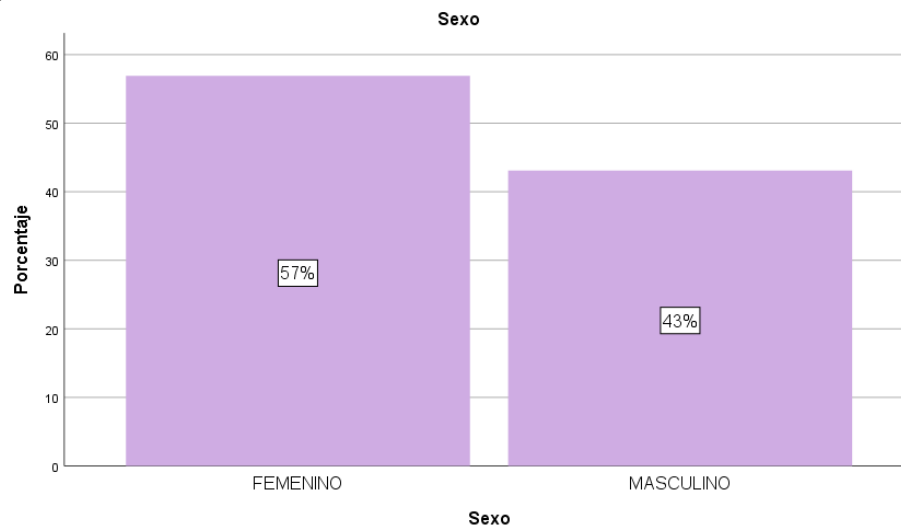
seguidos de adultos entre 27 y 59 años (47.06%), lo que sugiere una alta vulnerabilidad en etapas avanzadas de la vida. En contraste, los grupos de edad más jóvenes, incluyendo infancia, adolescencia y juventud; presentan una participación marginal, lo que refuerza el perfil epidemiológico del trastorno como predominantemente adulto-geriátrico. Estos hallazgos respaldan la necesidad de estrategias diagnósticas y terapéuticas diferenciadas por grupo etario (Figura 1.).

Figura 1.
Identificar el grupo etario más prevalente.



El 57% de los casos corresponde al sexo femenino, mientras que el 43% corresponde al masculino. Esta distribución sugiere una ligera predominancia de mujeres en la muestra analizada. Si bien el sangrado digestivo suele asociarse históricamente con factores de riesgo más frecuentes en varones con alguna enfermedad prevalente, estos datos podrían reflejar una mayor proporción de mujeres adultas o mayores en la población atendida, un patrón demográfico nacional, o incluso diferencias en la demanda de atención médica (Figura 2.).

Figura 2.
Porcentaje por sexo.



Entre 2019 y 2023, el sangrado digestivo alto no variceal afectó principalmente a personas mayores de 60 años y adultos entre 27 y 59, concentrando juntos más del 96% de los casos. Los grupos etarios más jóvenes mostraron una participación mínima y estable. Este patrón refuerza el perfil clínico del trastorno como predominante en etapas medias y avanzadas de la vida, destacando la necesidad de estrategias diferenciadas por edad para su prevención y manejo (Tabla 1.).

Tabla 1.
Distribución anual de pacientes con sangrado digestivo

Grupo etario	Años					Total
	2019	2020	2021	2022	2023	
Primera infancia (0–5)	0	0	1	0	0	1
Niñez (6–11)	1	0	0	0	0	1
Adolescencia (12–18)	3	5	4	3	6	21
Juventud (19–26)	8	5	1	7	1	22
Adulthood (27–59)	156	35	63	181	205	640

Grupo etario	Años					Total
	2019	2020	2021	2022	2023	
Persona mayor (60+)	134	41	65	200	235	675
Total	302	86	134	391	447	1360

Los pacientes con sangrado digestivo alto no variceal presentaron una edad promedio de 59,47 años, con una distribución ligeramente sesgada hacia grupos de mayor edad y una dispersión moderada ($DE = 15,39$). La mayoría de los casos se concentró entre adultos y personas mayores, con un rango amplio de edad (3 a 99 años), lo que refleja una tendencia clínica asociada a etapas avanzadas de la vida (Tabla 2.).

Tabla 2.
Estadísticos descriptivos de la edad

Estadístico		Edad	Error estándar
Media		59,47	0,417
95% de int. de confia	Lím. inferior	58,65	
	Lím. superior	60,29	
Media recortada al 5%		59,87	
Mediana		59	
Varianza		236,947	
Desviación estándar		15,393	
Mínimo		3	
Máximo		99	
Rango		96	
Rango intercuartil		20	
Asimetría		-0,356	0,066
Curtosis		0,494	0,133

4.1 Factores de riesgo asociados al Sangrado Digestivo Alto No Variceal

La esofagitis fue la enfermedad prevalente predominante, presente en el 69,9% de los casos, seguida por reflujo gastroesofágico (11,8%) y duodenitis (7,6%), lo que refuerza un perfil clínico centrado en afecciones inflamatorias del tracto digestivo superior (Tabla 3.).

Tabla 3.
Frecuencia de diagnósticos endoscópicos en pacientes

Enfermedad prevalente	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Duodenitis	7,57%	7,57%	7,57%
Erosión gástrica	1,10%	1,10%	8,68%
Esofagitis	69,93%	69,93%	78,60%
Gastritis	2,13%	2,13%	80,74%
Gastropatía	1,32%	1,32%	82,06%
Hernia hiatal	3,82%	3,82%	85,88%
Pólipo gástrico	0,22%	0,22%	86,10%
Reflujo gastroesofágico	11,84%	11,84%	97,94%
Sangrado digestivo	0,15%	0,15%	98,09%
No identificado	1,91%	1,91%	100,00%
Total	100,00%	100,00%	

La gran mayoría de los procedimientos (98,8%) se realizó bajo sedación, siendo la esofagitis la enfermedad prevalente más frecuente en estos casos (69,1%), seguida del reflujo gastroesofágico (11,7%) y la duodenitis (7,5%). Las intervenciones sin sedación fueron mínimas, lo que confirma que la sedación es la práctica predominante en el abordaje endoscópico de estos pacientes (Tabla 4.).

Tabla 4.*Distribución de enfermedades prevalentes según uso de sedación*

Enfermedad prevalente	Tuvo algún tipo de sedación en la intervención		Total
	Sin sedación	Con sedación	
Duodenitis	0,1%	7,5%	7,6%
Erosión gástrica	0,0%	1,1%	1,1%
Esofagitis	0,8%	69,1%	69,9%
Gastritis	0,0%	2,1%	2,1%
Gastropatía	0,0%	1,3%	1,3%
Hernia hiatal	0,2%	3,6%	3,8%
Pólipo gástrico	0,0%	0,2%	0,2%
Reflujo gastroesofágico	0,1%	11,7%	11,8%
Sangrado digestivo	0,0%	0,1%	0,1%
No identificado	0,0%	1,9%	1,9%
Total	1,3%	98,8%	100,0%

La prueba de chi-cuadrado no evidenció una asociación estadísticamente significativa entre las enfermedades prevalentes y el uso de sedación durante la intervención ($\chi^2 = 9,91$; $p = 0,358$). Además, se incumplen los supuestos del test, ya que más del 50% de las casillas tienen recuentos esperados menores a 5. Esto sugiere que la decisión de aplicar sedación no varía significativamente según la enfermedad prevalente diagnosticada en los pacientes estudiados (Tabla 5.).

Tabla 5.*Asociación entre enfermedades prevalentes y uso de sedación en la intervención*

Estadístico	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,913 ^a	9	0,358
Razón de verosimilitud	7,065	9	0,630
Asociación lineal por lineal	0,206	1	0,650
N de casos válidos	1360		

El análisis de las enfermedades prevalentes revela que la esofagitis fue la condición más frecuente entre los pacientes con sangrado digestivo alto no variceal, representando el 69,9% del total en el periodo 2019–2023, con una tendencia creciente en los últimos años. Le siguen el reflujo gastroesofágico (11,8%) y la duodenitis (7,6%), indicando un perfil clínico dominado por patologías inflamatorias del tracto digestivo superior. Aunque otras condiciones como hernia hiatal o gastritis crónica se presentaron en menor proporción, su persistencia a lo largo del tiempo sugiere un trasfondo funcional o estructural relevante. Estos hallazgos respaldan la necesidad de una evaluación integral de enfermedades prevalentes en el abordaje clínico, dada su potencial implicación en la severidad y recurrencia del sangrado (Tabla 6.).

Tabla 6.

Distribución porcentual de enfermedades prevalentes asociadas según año de atención

Enfermedad prevalente	Años					Total
	2019	2020	2021	2022	2023	
Duodenitis	2,2%	0,4%	0,7%	1,5%	2,6%	7,6%
Erosión gástrica	0,3%	0,1%	0,1%	0,3%	0,4%	1,1%
Esofagitis	14,8%	4,0%	6,5%	21,0%	23,5%	69,9%
Gastritis	0,4%	0,2%	0,1%	0,6%	0,8%	2,1%
Gastropatía	0,5%	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	1,3%
Hernia hiatal	0,5%	0,4%	0,4%	1,0%	1,5%	3,8%
Pólipo gástrico	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%
Reflujo gastroesofágico	2,6%	0,7%	1,5%	3,8%	3,2%	11,8%
Sangrado digestivo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
No identificado	0,9%	0,1%	0,2%	0,4%	0,4%	1,9%
Total	22,2%	6,3%	9,9%	28,8%	32,9%	100,0%

Hasta ahora, el análisis ha mostrado que los pacientes con sangrado digestivo alto no variceal tienen una edad promedio de 59,47 años, concentrándose en adultos y personas mayores. Las enfermedades prevalentes predominantes fueron esofagitis (69,9%), reflujo gastroesofágico

y duodenitis, todas principalmente abordadas con sedación (98,8%). Aunque se evaluó la asociación entre enfermedades prevalentes y uso de sedación mediante chi-cuadrado y Kappa, no se encontraron relaciones significativas. En conjunto, los hallazgos apuntan a un perfil clínico inflamatorio, en adultos mayores, con manejo endoscópico estandarizado y buena caracterización diagnóstica.

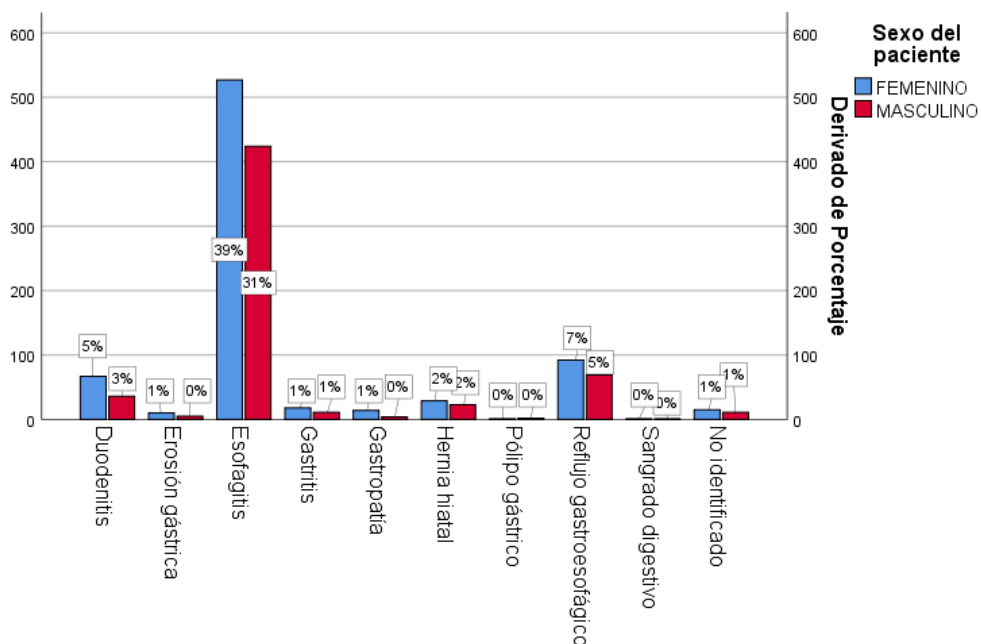
4.2 Hallazgos sobre las enfermedades prevalentes por grupos de edad y sexo

Teniendo en consideración los datos de las enfermedades prevalentes frecuentes más importantes en base a la correlación que tengan por sexo y grupos de edad según la OMS, se tienen dos apartados en el que el primero busca los hallazgos de forma general del análisis descriptivo y considerando las enfermedades predominantes importantes en los pacientes, realizar visualizaciones gráficas mostrando los porcentuales más relevantes.

4.3.1. Descripción general de las enfermedades prevalentes segmentados

La esofagitis fue la enfermedad prevalente más frecuente en ambos sexos, con mayor presencia en mujeres (38,8%) que en hombres (31,2%). También se observó una mayor proporción femenina en casos de reflujo gastroesofágico (6,8% vs. 5,1%) y duodenitis (4,9% vs. 2,6%), lo que sugiere un predominio leve de afecciones inflamatorias del tracto digestivo superior en pacientes mujeres (Figura 3.).

Figura 3.
Distribución de intervenciones endoscópicas por sexo



La distribución de enfermedades prevalentes según grupos etarios muestra una marcada concentración en adultos (27–59 años) y personas mayores (60+), que juntos representan el 96,7% de los casos. La esofagitis es predominante en ambos grupos, con 33,4% en adultos y 34,3% en mayores, seguida del reflujo gastroesofágico y la duodenitis. Las edades pediátricas y juveniles (de 0 a 26 años) agrupan apenas el 3,3%, lo que indica que el sangrado digestivo alto no variceal asociado a enfermedades prevalentes es principalmente un fenómeno de la adultez y vejez (Tabla 7.).

Tabla 7.
Distribución de enfermedades prevalentes digestivas según grupo etario OMS

Enfermedad prevalente	Grupos de edad según OMS						Total
	Primera infancia (0–5)	Niñez (6–11)	Adolescencia (12–18)	Juventud (19–26)	Adultez (27–59)	Persona mayor (60+)	
Duodenitis	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	3,5%	3,9%	7,6%

Erosión gástrica	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	1,0%	1,1%
Esofagitis	0,0%	0,0%	1,2%	1,1%	33,4%	34,3%	69,9%
Gastritis	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	1,4%	0,5%	2,1%
Gastropatía	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	1,0%	1,3%
Hernia hiatal	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	1,8%	2,0%	3,8%
Pólipo gástrico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%
Reflujo gastroesofágico	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%	5,8%	5,7%	11,8%
Sangrado digestivo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
No identificado	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,5%	1,3%	1,9%
Total	0,1%	0,1%	1,5%	1,6%	47,1%	49,6%	100,0%

La prueba de chi-cuadrado reveló una asociación estadísticamente significativa entre las enfermedades prevalentes digestivas y los grupos etarios según la OMS ($\chi^2 = 112,361$; $p < 0,001$), indicando que la distribución de estas condiciones varía de manera relevante según la edad. Sin embargo, no se evidenció una tendencia lineal clara ($p = 0,965$), lo que sugiere una relación heterogénea sin un patrón progresivo entre los distintos tramos etarios (Tabla 8.).

Tabla 8.

Asociación entre enfermedades prevalentes digestivas y grupos etarios

Estadístico	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	112,361 ^a	45	0,000
Razón de verosimilitud	54,123	45	0,165
Asociación lineal por lineal	0,002	1	0,965
N de casos válidos	1360		

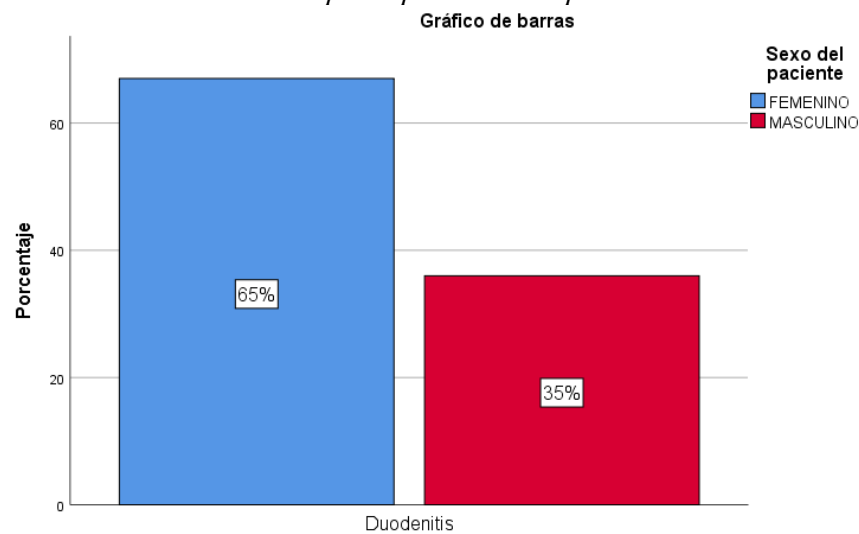
4.3.2. Descripción general de las enfermedades prevalentes segmentados

Dentro de los resultados se presenta las principales enfermedades que tienen al momento de ser intervenidos por endoscopia independientemente de estar bajo algún tipo de sedación, como son la duodenitis, esofagitis, gastritis, gastropatía, hernia hiatal y reflujo gastroesofágico.

La duodenitis presentó una distribución mayor en mujeres, con un 65,0% de los casos, frente al 35,0% en hombres. Esto indica una tendencia femenina en la presencia de esta enfermedad prevalente digestiva dentro de la muestra analizada, lo cual podría sugerir una predisposición clínica o una mayor frecuencia diagnóstica en este grupo (Figura 4.).

Figura 4.

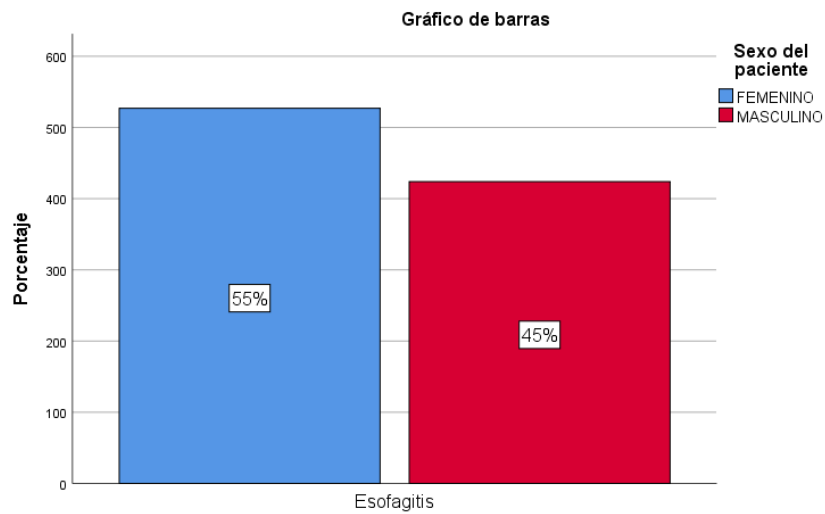
Distribución de intervenciones endoscópicas por sexo del paciente



La esofagitis mostró una mayor prevalencia en mujeres, representando el 55,4% de los casos, frente al 44,6% en hombres. Esta diferencia sugiere una ligera predominancia femenina en la presentación de esta enfermedad prevalente digestiva dentro de la cohorte analizada (Figura 5.).

Figura 5.

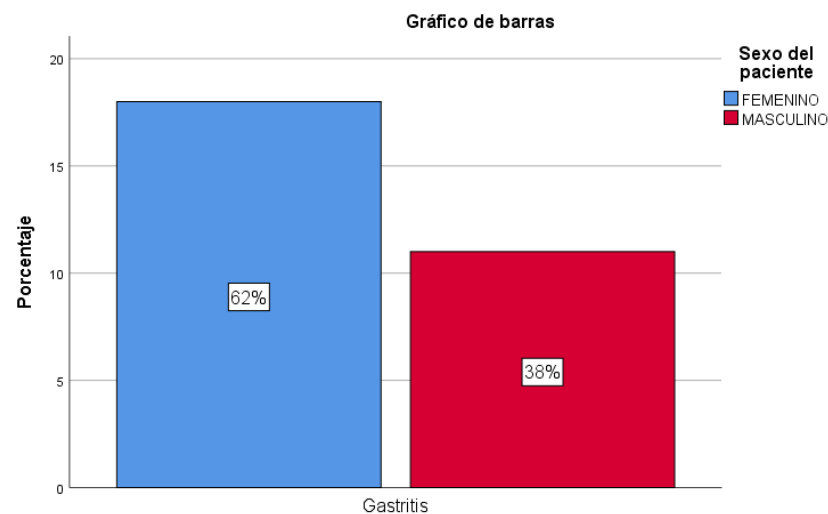
Distribución porcentual de esofagitis según sexo del paciente



La gastritis presentó una mayor proporción en mujeres, con un 62,1% de los casos frente al 37,9% en hombres. Esta diferencia indica una leve predominancia femenina en esta enfermedad prevalente digestiva dentro de la muestra, en línea con el patrón observado en otras afecciones inflamatorias del tracto gastrointestinal (Figura 6.).

Figura 6.

Distribución porcentual de gastritis según sexo del paciente

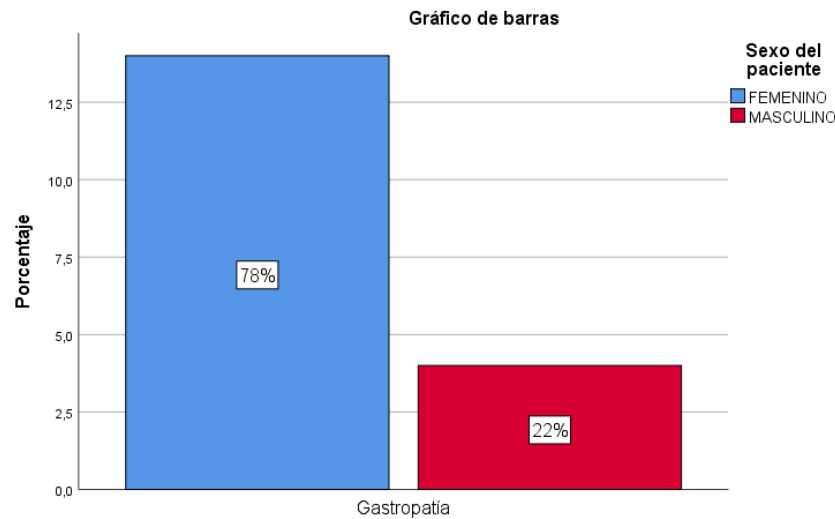


La gastropatía mostró una clara predominancia en mujeres, quienes representaron el 77,8% de los casos, frente al 22,2% en hombres. Este hallazgo refuerza el patrón observado en

otras enfermedades prevalentes digestivas, donde las afecciones inflamatorias presentan una mayor frecuencia en pacientes femeninas (Figura 7.).

Figura 7.

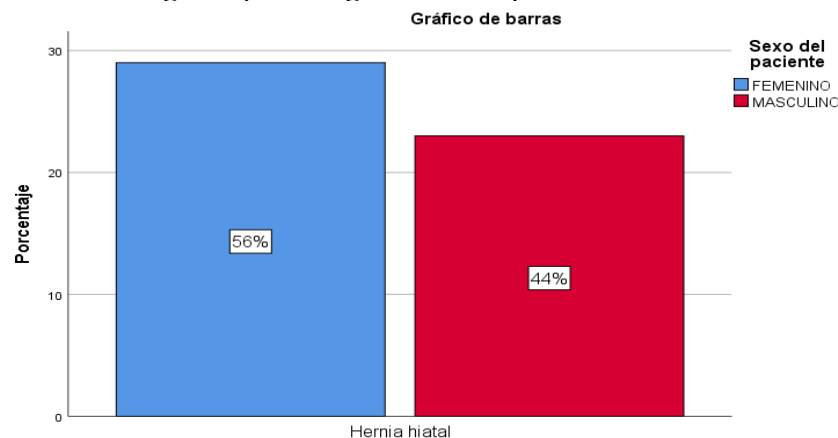
Distribución porcentual de gastritis según sexo del paciente



La hernia hiatal presentó una ligera mayor proporción en mujeres, quienes representaron el 55,8% de los casos frente al 44,2% en hombres. Este patrón es consistente con otras enfermedades prevalentes digestivas evaluadas, donde se observa una tendencia femenina levemente superior en la frecuencia de estos hallazgos (Figura 8.).

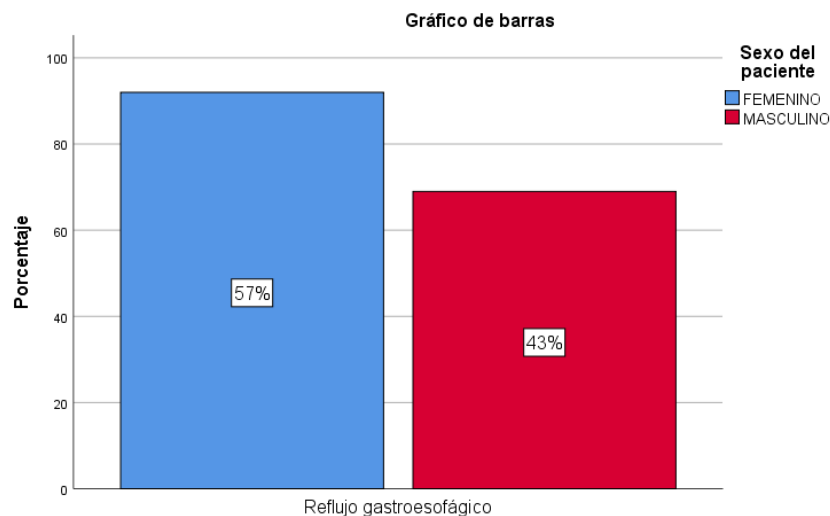
Figura 8.

Distribución porcentual de gastropatía según sexo del paciente



El reflujo gastroesofágico se presentó con mayor frecuencia en mujeres, quienes representaron el 57,1% de los casos frente al 42,9% en hombres. Esta diferencia mantiene el patrón observado en otras enfermedades prevalentes digestivas, con una leve predominancia femenina en las afecciones del tracto digestivo superior (Figura 9.).

Figura 9.
Distribución porcentual de hernia hiatal según sexo del paciente



En relación con el objetivo de analizar la distribución de enfermedades prevalentes digestivas de origen no variceal, los resultados evidencian una mayor prevalencia en mujeres, especialmente en condiciones como esofagitis (55,4%), gastritis (62,1%), gastropatía (77,8%) y reflujo gastroesofágico (57,1%). Además, se observó que estas enfermedades prevalentes afectan principalmente a adultos (27–59 años) y personas mayores (60+), quienes concentraron más del 96% de los casos. La prueba de chi-cuadrado confirmó una asociación significativa entre grupo etario y enfermedad prevalente ($p < 0,001$), aunque sin una tendencia lineal. En conjunto, los hallazgos sugieren un perfil clínico predominantemente femenino y adulto, con afecciones inflamatorias como principal manifestación.

4.3 Antecedentes prevalentes en comorbilidades comunes en los pacientes

Estos hallazgos destacan la coexistencia frecuente de trastornos endocrinos y cardiovasculares en este grupo poblacional, lo que podría influir en la evolución clínica y en la complejidad del manejo terapéutico. La identificación temprana y el tratamiento oportuno de estas comorbilidades podrían representar una estrategia clave en la prevención de complicaciones hemorrágicas.

En una cohorte de 1.360 pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, el 22,1% presentó al menos una comorbilidad identificada, siendo el hipotiroidismo la más frecuente (12,5%), seguido de enfermedad vascular (4,0%), dislipidemia (3,0%) y diabetes mellitus (1,3%). Otras condiciones como artritis reumatoide, fibromialgia, hernia hiatal y osteoartritis tuvieron una prevalencia inferior al 1%. La mayoría de los pacientes (77,8%) no reportó comorbilidades, lo cual sugiere posibles vacíos en el registro o un predominio de casos sin patologías crónicas asociadas, aspecto que merece atención en futuras investigaciones clínicas (Tabla 9.).

Tabla 9.

Distribución de comorbilidades en pacientes con hemorragia digestiva alta

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Artritis reumatoide	6	0,4%	0,4%	0,4%
Diabetes mellitus	17	1,3%	1,3%	1,7%
Dislipidemia	41	3,0%	3,0%	4,7%
Enfermedad vascular	55	4,0%	4,0%	8,8%
Fibromialgia	7	0,5%	0,5%	9,3%
Hernia hiatal	4	0,3%	0,3%	9,6%
Hipotiroidismo	170	12,5%	12,5%	22,1%
Osteoartritis	2	0,1%	0,1%	99,9%
No se identifica	1058	77,8%	77,8%	100,0%
Total	1360	100,0%	100,0%	

4.4.1. Comorbilidades de los pacientes por sexo

La tabla muestra la distribución porcentual de diversas comorbilidades según el sexo del paciente. Se observa que el hipotiroidismo es la comorbilidad más frecuente, con un 12,5% del total, siendo ligeramente más común en mujeres (6,8%) que en hombres (5,7%). Enfermedad vascular y dislipidemia también presentan prevalencias notables, aunque distribuidas de forma similar entre ambos sexos. Destaca que un 77,8% de los casos no tiene comorbilidad identificada, lo cual sugiere limitaciones en el registro o una población mayoritariamente sana. En general, las mujeres representan el 56,9% de la muestra total, lo que puede influir en la mayor proporción de ciertas enfermedades crónicas en este grupo (Tabla 10.).

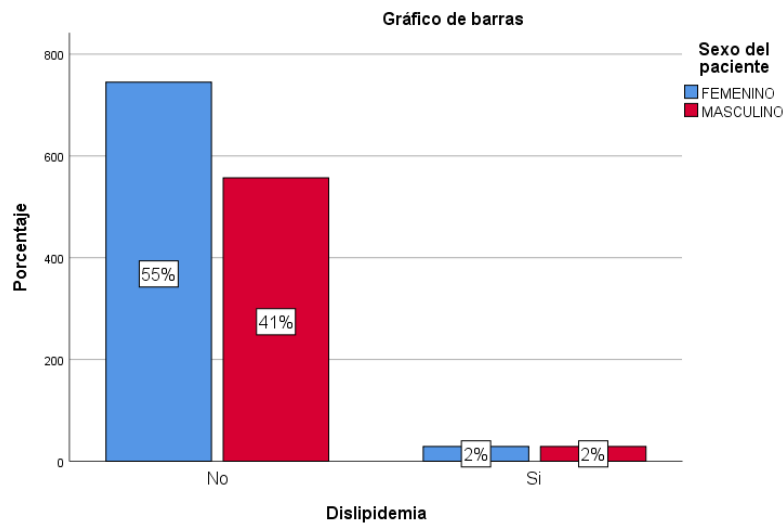
Tabla 10.
Comorbilidades por sexo del paciente

Comorbilidad	Sexo del paciente		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
Artritis reumatoide	0,3%	0,1%	0,4%
Diabetes mellitus	0,5%	0,7%	1,3%
Dislipidemia	1,5%	1,5%	3,0%
Enfermedad vascular	2,6%	1,4%	4,0%
Fibromialgia	0,3%	0,2%	0,5%
Hernia hiatal	0,1%	0,2%	0,3%
Hipotiroidismo	6,8%	5,7%	12,5%
Osteoartrosis	0,1%		0,1%
No se identifica	44,7%	33,1%	77,8%
Total	56,9%	43,1%	100,0%

El gráfico de barras (Figura 10.), muestra la distribución de dislipidemia según el sexo del paciente. La gran mayoría no presenta dislipidemia (96%), con una mayor proporción de mujeres (55%) frente a hombres (41%). Solo un pequeño porcentaje (2% en cada sexo) sí presenta

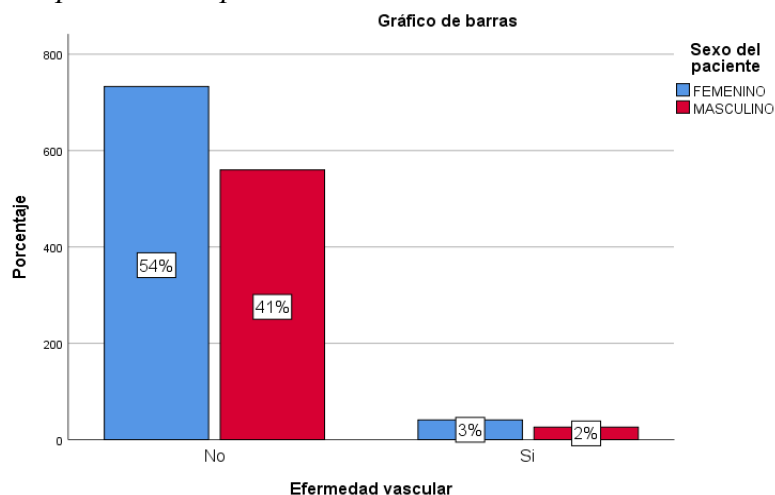
dislipidemia, lo que indica una prevalencia baja y similar entre hombres y mujeres, sin diferencias relevantes entre ambos grupos.

Figura 10.
Dislipidemia por sexo del paciente



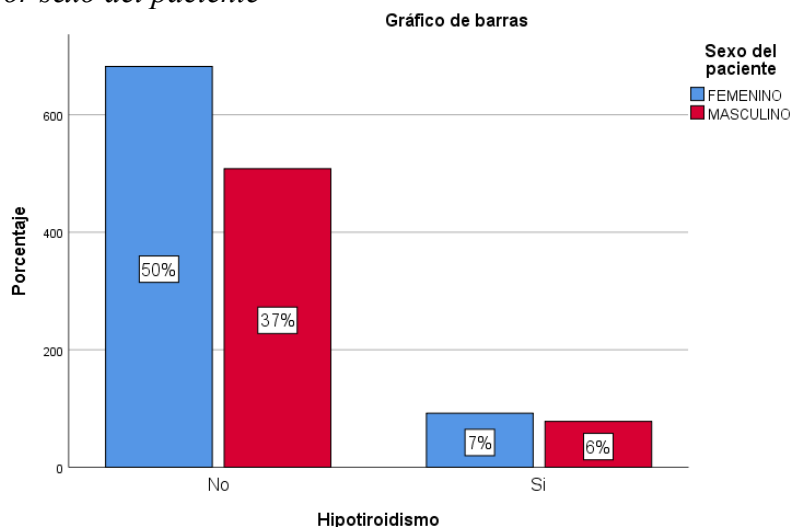
El gráfico de barras (Figura 11.), muestra la distribución de enfermedad vascular según sexo. La mayoría de los pacientes no presenta esta condición (95%), con mayor proporción en mujeres (54%) que en hombres (41%). Solo un pequeño porcentaje sí presenta enfermedad vascular, siendo levemente mayor en mujeres (3%) frente a hombres (2%). Esto indica una baja prevalencia general, con una ligera mayor frecuencia en mujeres.

Figura 11.
Enfermedad vascular por sexo del paciente



El gráfico de barras (Figura 12.), muestra que el hipotiroidismo afecta al 13% de los pacientes (7% mujeres y 6% hombres). Aunque la diferencia entre sexos es leve, la condición es ligeramente más frecuente en mujeres. La mayoría de pacientes (87%) no presenta esta comorbilidad, lo que indica una prevalencia moderada dentro de la población analizada.

Figura 12.
Hipotiroidismo por sexo del paciente



4.4.2. Comorbilidades de los pacientes por grupos de edad

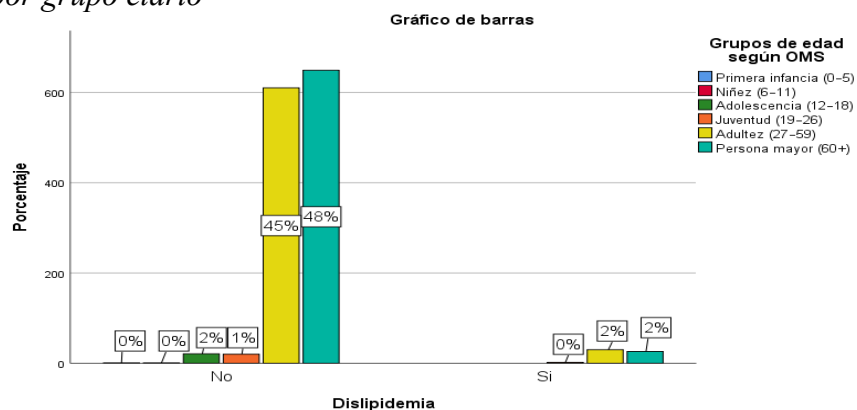
En los 1.360 pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, las comorbilidades se concentraron principalmente en la adultez (47,1%) y en personas mayores (49,6%). El hipotiroidismo fue la comorbilidad más prevalente (12,5%), predominando en adultos (7,0%) y personas mayores (5,1%). Enfermedades como la dislipidemia (3,0%) y la enfermedad vascular (4,0%) también se observaron con mayor frecuencia en estos grupos etarios. Las comorbilidades en etapas más tempranas de vida fueron marginales, lo que resalta la relación entre edad avanzada y mayor carga de condiciones crónicas en esta cohorte (Tabla 11.).

Tabla 11.
Comorbilidades por sexo del paciente

Comorbilidad	Primera infancia (0–5)	Niñez (6–11)	Adolescencia (12–18)	Juventud (19–26)	Adulthood (27–59)	Persona mayor (60+)	Total
Artritis reumatoide	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,4%
Diabetes mellitus	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,7%	0,4%	1,3%
Dislipidemia	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	1,4%	1,5%	3,0%
Enfermedad vascular	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	1,9%	2,0%	4,0%
Fibromialgia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,2%	0,5%
Hernia hiatal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%
Hipotiroidismo	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	7,0%	5,1%	12,5%
Osteoartritis	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
No se identifica	0,1%	0,1%	1,1%	1,1%	35,5%	39,9%	77,8%
Total	0,1%	0,1%	1,5%	1,6%	47,1%	49,6%	100,0%

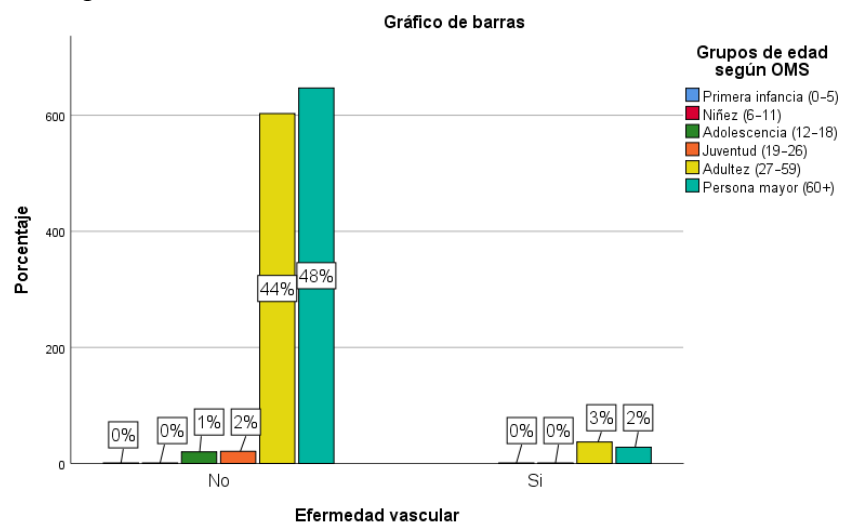
El gráfico de barras (Figura 13.), muestra que la dislipidemia está presente principalmente en adultos (2%) y personas mayores (2%), sin casos en menores de 18 años. La condición no aparece en infancia, niñez ni adolescencia, lo que refleja que es una comorbilidad asociada principalmente a la edad adulta y envejecimiento. La mayoría de los pacientes sin dislipidemia también pertenecen a estos grupos etarios.

Figura 13.
Dislipidemia por grupo etario



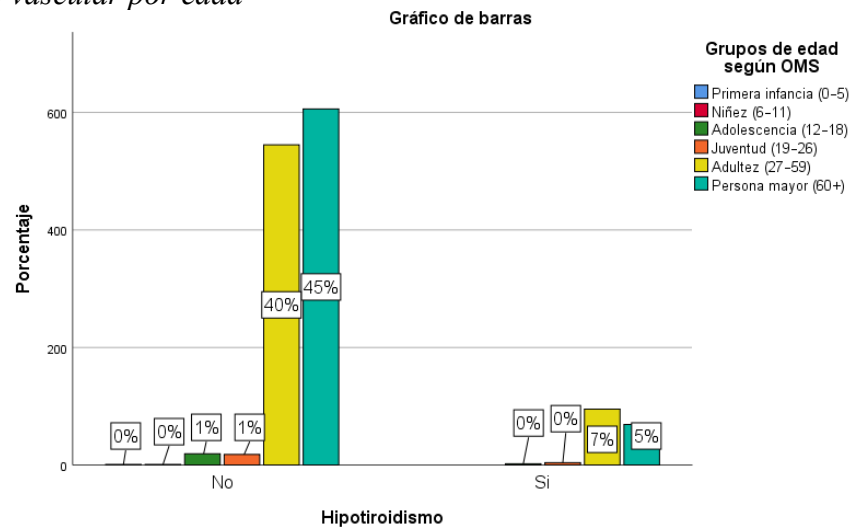
El gráfico de barras (Figura 14.), muestra que la enfermedad vascular se presenta exclusivamente en adultos (3%) y personas mayores (2%), sin casos en grupos menores de 27 años. Esto indica que su prevalencia aumenta con la edad, y es prácticamente inexistente en la población joven. La mayoría de quienes no presentan esta condición también pertenecen a los grupos de adultez (44%) y persona mayor (48%).

Figura 14.
Enfermedad vascular por edad



El gráfico de barras (Figura 15.), indica que el hipotiroidismo afecta principalmente a personas en adultez (7%) y en persona mayor (5%), sin presencia en grupos menores de 27 años. Esto sugiere que es una comorbilidad asociada a la edad adulta, con mayor frecuencia en la etapa de adultez. La mayoría de quienes no presentan la enfermedad también pertenecen a los mismos grupos etarios.

Figura 15.
Hipotiroidismo vascular por edad



Los análisis de comorbilidades en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal revelan que afecciones como hipotiroidismo, enfermedad vascular y dislipidemia están significativamente concentradas en adultos y personas mayores, reflejando una clara asociación con el envejecimiento y los riesgos acumulados a lo largo de la vida. Las condiciones crónicas fueron mínimas o inexistentes en etapas tempranas como la niñez o la adolescencia, reforzando el perfil epidemiológico de estas patologías como propias de edades avanzadas. Este patrón común entre diferentes comorbilidades subraya la importancia de una atención médica preventiva y personalizada en las etapas adultas, donde la carga clínica tiende a intensificarse.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Discusión

Los resultados de este estudio confirman que el sangrado digestivo alto no variceal (SDHANV) afecta predominantemente a personas mayores de 60 años, lo que coincide con lo descrito por Martínez-Leyva et al. (2021), quienes señalaron que la cirrosis hepática y sus complicaciones, como la hemorragia digestiva, son más frecuentes en la séptima década de la vida. En línea con esto, el presente análisis también muestra que los adultos mayores son el grupo más afectado, lo cual refuerza la necesidad de protocolos diferenciados según la edad del paciente. Esta tendencia también es coherente con los hallazgos de Rodríguez-Rojas et al. (2021), quienes subrayan que la edad avanzada representa un factor de riesgo significativo para la mortalidad en casos de SDH.

En contraste con la percepción tradicional que vincula la HDANV principalmente con el sexo masculino, en esta muestra se observa una predominancia femenina, lo cual representa un hallazgo clínico relevante. Esta diferencia se refleja también en la mayor prevalencia de patologías inflamatorias digestivas en mujeres, como esofagitis, gastritis y gastropatía. Esto contrasta parcialmente con los reportes de Brito Valdivieso (2023), quien halló una proporción más equilibrada entre sexos en su estudio endoscópico, aunque también mencionó una ligera inclinación hacia el sexo femenino en ciertos diagnósticos específicos.

En cuanto a las enfermedades más frecuentemente encontradas en la endoscopia, la esofagitis y el reflujo gastroesofágico predominaron entre los hallazgos, seguidos de la duodenitis. Estos resultados coinciden con lo descrito por Cárdenas-Martínez et al. (2021),

quienes identificaron que las afecciones inflamatorias son una de las principales causas de SDHANV, además de las úlceras pépticas. Del mismo modo, Zamora Arce (2023) destaca que las úlceras, la esofagitis erosiva y la gastritis hemorrágica son las entidades más detectadas durante la esofagogastroduodenoscopia (EGD), reforzando la relevancia de estas patologías en la práctica clínica diaria.

La EGD temprana se confirmó en este estudio como una práctica ampliamente implementada y fundamental en el abordaje inicial. Prácticamente todos los procedimientos fueron realizados con sedación, lo que sugiere una estandarización efectiva del protocolo endoscópico. Tal como indican Bilder et al. (2021), la realización de la endoscopia en las primeras 24 horas se asocia con una mejora significativa en el pronóstico, reducción en la estancia hospitalaria y disminución del riesgo de resangrado. Estos beneficios también son apoyados por Inzunza González et al. (2019), quienes resaltan que la EGD precoz debe formar parte del algoritmo de manejo inicial del SDHANV.

Respecto a la estratificación del riesgo, el presente estudio valida la importancia del uso de escalas clínicas como AIMS65, Rockall y Glasgow-Blatchford. Como lo argumentan Espinoza Aguirre y Zambrano Godoy (2019), estas herramientas son esenciales para anticipar la necesidad de intervención urgente y facilitar la toma de decisiones clínicas. De manera similar, Martínez Ramírez et al. (2016) evidenciaron la utilidad de estas escalas para estimar el pronóstico de pacientes con sangrado por úlcera péptica, hallazgo que se reafirma con los datos obtenidos en esta investigación.

El análisis de comorbilidades arrojó que solo uno de cada cinco pacientes presentaba antecedentes relevantes, destacando el hipotiroidismo como la condición más frecuente, seguido

por la enfermedad vascular y la dislipidemia. Estos resultados podrían reflejar una subdeclaración de antecedentes médicos, especialmente si se considera que la literatura reporta que la presencia de comorbilidades incrementa la gravedad del cuadro clínico. Tal como señala Frías Ordoñez et al. (2023), condiciones previas como enfermedad hepática, uso de AINEs y trastornos vasculares pueden complicar significativamente la evolución del HDANV.

Además, al evaluar la evolución temporal entre los años 2019 y 2023, se observa un aumento progresivo en los casos en personas mayores, lo que puede vincularse con el envejecimiento de la población y el incremento de enfermedades crónicas. Esta tendencia también fue advertida por Gavilanez Procel (2023), quien enfatiza la necesidad de fortalecer la capacidad diagnóstica de las salas de emergencia para enfrentar la creciente incidencia de sangrado digestivo alto en grupos etarios avanzados.

Finalmente, el presente estudio aporta evidencia que respalda la necesidad de adaptar los protocolos clínicos según variables sociodemográficas como el sexo y la edad. La mayor prevalencia de enfermedades inflamatorias digestivas en mujeres, así como la concentración de casos en personas adultas y mayores, sugiere que el abordaje del HDANV debe contemplar una perspectiva más personalizada. En línea con Vaca Sánchez et al. (2023), se reconoce que causas raras o atípicas también deben ser consideradas, especialmente en casos sin factores de riesgo evidentes.

En suma, los hallazgos de esta investigación refuerzan lo expuesto por diversos autores sobre la relevancia de una actuación clínica temprana, estratificada y adaptada a las características individuales del paciente. La HDANV, si bien es una condición grave, puede ser

abordada de forma efectiva cuando se dispone de protocolos diagnósticos y terapéuticos claros, tal como se ha demostrado en la evidencia comparativa presentada.

4.2. Conclusiones

1. El sangrado digestivo alto no variceal (SDANV) se presenta con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años, seguidas de adultos entre 27 y 59 años, lo que indica que esta patología afecta predominantemente a la población adulta y geriátrica. Este hallazgo refleja una estrecha relación entre el envejecimiento y la prevalencia de condiciones que predisponen a sangrado digestivo.
2. En relación con el sexo, se evidenció una mayor frecuencia de SDANV en mujeres (57%), lo cual contrasta con la literatura tradicional que lo asocia mayoritariamente al sexo masculino. Este dato sugiere la necesidad de revisar los enfoques clínicos con perspectiva de género en futuras investigaciones y protocolos.
3. Entre los factores de riesgo más comunes se identificaron patologías inflamatorias del tracto digestivo superior, siendo la esofagitis el hallazgo endoscópico más prevalente, seguida del reflujo gastroesofágico y la duodenitis. Asimismo, aunque solo el 22,1% presentó comorbilidades registradas, el hipotiroidismo, la enfermedad vascular y la dislipidemia fueron las más frecuentes, con predominio en mujeres y adultos mayores.
4. En cuanto a las intervenciones terapéuticas, se observó que el 98,8% de los procedimientos endoscópicos se realizaron bajo sedación, lo que indica una práctica clínica estandarizada. Las técnicas endoscópicas aplicadas variaron según el tipo de lesión, en coherencia con la clasificación de Forrest, y se confirmaron como medidas eficaces para el control de la hemorragia.

4.3. Recomendaciones

1. Se recomienda fortalecer los programas de detección y seguimiento en adultos mayores, especialmente aquellos con enfermedades inflamatorias del tracto digestivo, a fin de implementar medidas preventivas tempranas que reduzcan el riesgo de sangrado.
2. Dado el predominio femenino identificado, es pertinente desarrollar investigaciones futuras que analicen los factores hormonales, conductuales o sociales que podrían explicar esta tendencia, y adaptar los protocolos de atención con enfoque de género.
3. Es fundamental asegurar el uso oportuno de la esofagogastroduodenoscopia dentro de las primeras 24 horas desde el ingreso hospitalario, dado su impacto positivo en la reducción de la morbilidad, así como promover el uso de escalas pronósticas como AIMS65 o Rockall para una adecuada estratificación de riesgo.
4. Finalmente, se sugiere mejorar el registro clínico de comorbilidades en los sistemas hospitalarios, ya que el subregistro limita la comprensión real del perfil clínico de los pacientes y puede afectar la planificación terapéutica y la evaluación de riesgo.

Referencias

- Bilder, G. H., Soccini, C., y Zubiaurre, I. (Febrero de 2021). Impacto del tiempo a la endoscopia digestiva en pacientes con hemorragia de tubo. *Revista de Gastroenterología de México*, 87(320).
- Brito Valdivieso, E. A. (2023). *Hallazgos endoscópicos en hemorragia digestiva alta no variceal*. Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de Cuenca, Departamento de endoscopia, Cuenca.
- Cárdenas-Martínez, C. E., Cárdenas-Dávalos, J. C., Vilcacundo-Martínez, E. S., y Troncoso-Bombón, D. P. (2021). Sangrado digestivo alto: Una revisión bibliográfica. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 6(1), 856–870. Retrieved 22 de Mayo de 2025, from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9292093>
- Espinoza Aguirre, P. E., y Zambrano Godoy, J. J. (Noviembre de 2019). *Comparación de la escala AIMS 65 con las de Glasgow Blatchford y Rockall como predictor de mortalidadRe sangrado y resultados clínicos en pacientes con sangrado digestivo alto*. Tesis doctoral, Dos Hospitales de Quito, Departamento de Gastroenterología, Repositorio PUCE. Retrieved Junio a Noviembre de 2018-2019.
- Frías Ordoñez, J. S., Arjona Granados, D. A., y Martinez Marín, J. D. (Noviembre de 2023). Hemorragia de vías digestivas altas no varicosa: un acercamiento al pronóstico. *Archivos de Medicina*, 1(23).
- Gavilanez Procel, R. (Mayo de 2023). Hemorragia digestiva en la sala de emergencia. *Ciencia Ecuador*, 1(1).
- Inzunza González, J. A., Gallardo Angulo, V. E., Gallardo Cabrera, V. E., y López Escutia, M. Á. (Agosto de 2019). Abordaje diagnóstico-terapéutico de pacientes con úlceras pépticas hemorrágicas en un Hospital público del Noroeste de México. *Endoscopia*, 31(3), 267-273.
- Martínez Ramírez, G., Manrique, M. A., Chávez García, M. A., y Hernández Velásquez, N. N. (Noviembre de 2016). Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica. *Endoscopia*, 28(4), 154-159.
- Martínez-Leyva, L., Palomino-Besada, A. B., Quesada-Meneses, E., Oliva-Rey, J. C., Yanes-Cicard, A., y Descalzo-García, Y. (2021). Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(4). Retrieved 30 de Mayo de 2025, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572021000400006&script=sci_arttext
- Rodríguez-Rojas, D. A., Benítez, L. N., Duarte-Linares, Y., Pozo-Lorente, L. A., Figueroa-González, P. C., y Hernández-González, D. (2021). Mortalidad intrahospitalaria en pacientes con sangrado digestivo alto. *Medicentro Electrónica*, 25(2), 178–196. Retrieved 31 de Mayo de 2025, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432021000200178&script=sci_arttext&tlng=en
- Sanabria-Aguilar, D. P. (2022). Síndrome hepatorenal: revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Nefrología*. Retrieved 6 de Junio de 2025, from <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/539>
- Umarov, F. K. (2022). Liver Changes Leading to Cirrhosis. *Scientific Journal of Applied and Medical Sciences*, 1(7), 339–346. Retrieved 3 de Junio de 2025, from <https://www.sciencebox.uz/index.php/amaltibbiyot/article/view/5218>

- Vaca Sánchez , D. F., Torres Yanez, J. A., Reascos Chalacán , M. Y., y Enríquez Grijalva , M. F. (Diciembre de 2023). Causas raras de sangrado digestivo alto no varicial. *Gaceta Médica Estudiantil*, V(1).
- Zamora Arce, J. (2023). *Características clínica y tratamiento en las personas adultas con sangrado digestivo alto en el servicio de emergencias*. Tesis doctoral, Universidad de Costa Rica, Servicio de emergencias, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Retrieved 2 de Enero de 2021, from <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/90039/Tesis%20Kerwa.pdf?sequence=1>

ANEXOS

6.1. Anexo 1. Protocolo de manejo del sangrado digestivo alto no varicial

OBJETIVO:

- Establecer los parámetros de diagnóstico y tratamiento de hemorragia Digestiva No varicial.

METODOLOGÍA:

- Guía aprobada y evaluada por consenso de Especialistas del Servicio de Gastroenterología.

ALCANCE:

- La presente guía es una norma para establecer el diagnóstico y el tratamiento de Hemorragia Digestiva no Varicial.

POBLACIÓN OBJETIVO:

- Pacientes del servicio de Gastroenterología que acuden al Servicio de Emergencia con Hemorragia Digestiva no Variceal y/o pacientes internados por otra patología que presenta un episodio de sangrado digestivo alto no varicial.

RECOMENDACIONES:

1. DEFINICIÓN

- Hemorragia producida por encima del ángulo de Treitz.

2. EPIDEMIOLOGÍA

- 100 casos por 100000 habitantes / año.
- Mayor prevalencia en varones mayores de 60 años.
- Mortalidad 5 – 20% (según etiología, cuantía del sangrado y enfermedades asociadas)

3. ETIOLOGÍA

- Úlcera Péptica.
- Úlcera Gastrointestinal.
- Mallory Weiss.
- Gastropatía Erosiva.
- Lesiones Neoplásicas.
- Lesiones Vasculares.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Hematemesis.
- Melena y/o enterorragia con o sin repercusión hemodinámica.

5. FACTORES PREDICTIVOS DE MAL PRONÓSTICO

- Edad > 60 años
- Comorbilidades (Enfermedad Pulmonar y Cardíaca).

- Inicio intrahospitalario de la hemorragia.
- Choque
- Presencia de Sangrado Activo durante la Endoscopia Digestiva Alta.

6. DIAGNÓSTICO

ETIOLÓGICO

CLASIFICACIÓN DE FORREST		
Clasificación	Hallazgo endoscópico	Recidiva
Hemorragia Activa		
- Ia	Hemorragia en chorro	55%
- Ib	Hemorragia en babeo	50%
Hemorragia Reciente		
- IIa	Vaso visible	43%
- IIb	Coagulo adherido	22%
- IIc	Mancha plana	7%
Ausencia de signos de Sangrado		
- III	Base de fibrina	2%

MORBIMORTALIDAD

INDICE DE ROCKALL	
Variable	Puntuación
Edad	
• <60 años.	0
• 60 a 79 años.	1
• >80 años.	2
Estado circulatorio	
• Sin shock (PAS >100, FC < 100)	0
• Taquicardia (FC > 100, TAS > 100)	1
• Hipotensión (TAS < 100)	2
Enfermedades asociadas	
• Ninguna	0
• Cardiopatía, EPOC, DBT	1
• IRC, Neo, Cirrosis.	2
Diagnóstico	
• Mallory – Weiss, sin lesión	0
• Todos los otros diagnósticos (úlceras)	1
• Neoplasia	2
Signos de hemorragia reciente	
• Sin estigmas, Hematina	0
• Sangre fresca en estómago Forrest I, IIa, IIb	2
Riesgo bajo: 0 – 2 puntos ---- → Recidiva: 5% -- → Mortalidad: 0.1%	
Riesgo intermedio: 3 y 4 puntos	Recidiva: 25 % Mortalidad: 17%

Riesgo alto: 5 a 10 puntos	
----------------------------	--

RESANGRADO

ÍNDICE MODIFICADO DE BAYLOR							
	Valores	0	1	2	3	4	5
Factores Preendoscópicos	<i>Edad</i>	<i>Menor de 30 años</i>	<i>30 – 49 años</i>	<i>50 – 59 años</i>	<i>60 – 69 años</i>	<i>-</i>	<i>Mayor de 70 años</i>
	<i>Valores de Hemoglobina</i>	<i>Mayor de 120 mg/dl</i>	<i>100 – 120 mg/dl</i>	<i>80 – 99 mg/dl</i>	<i>60 – 79 mg/dl</i>	<i>Menor de 60 mg/dl</i>	<i>-</i>
	<i>Número de enfermedades</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5 ó más</i>
	<i>Severidad de la Enfermedad</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>Crónica</i>	<i>Aguda</i>	<i>-</i>
Factores Endoscópicos	<i>Localización de la úlcera</i>					<i>Cara posterior bulbo</i>	
	<i>Forrest</i>	<i>3</i>	<i>2C</i>	<i>2B</i>	<i>2A</i>	<i>1B</i>	<i>1A</i>
	<i>Tamaño de la úlcera</i>	<i>Menor de 1cm</i>	<i>-</i>	<i>1 – 2 cm</i>	<i>-</i>	<i>Mayor de 2 cm</i>	<i>-</i>
Riesgo bajo			0 a 7 puntos				

7. TRATAMIENTO

Úlcera Forrest I, IIa, IIb:

EXITO

- Se debe realizar terapia endoscópica (Escleroterapia, métodos térmicos, argón clips)
- Si el resultado es exitoso se debe continuar tratamiento de cicatrización con Inhibidor de Bomba de Protones (IBP) 8mg /h intravenoso en infusión continua por 72 horas.
- Si esto tiene éxito se debe indicar tratamiento de alta: IBP de la siguiente manera:
 - ✓ Úlcera gástrica: 8 semanas.
 - ✓ Úlcera duodenal: 4 semanas.
 - ✓ Erradicación de Helicobacter Pilory
- Se debe realizar control endoscópico en los siguientes casos:
 - ✓ Úlcera gástrica en 4 semanas.
 - ✓ Úlcera duodenal no amerita.
- Si luego de administrar la infusión de IBP y no hay mejoría, el paciente continúa con el sangrado, se debe realizar EDA (endoscopia digestiva alta) con tratamiento endoscópico.

FRACASO

- Se debe realizar terapia endoscópica (Escleroterapia, métodos térmicos, argón clips)
- Los resultados no tienen éxito: úlcera > 2cm, úlcera cara posterior bulbo, úlcera curva menor alta, hemorragia activa.
- En estos casos, se debe optar por realizar cirugía.