



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN –COORDINACIÓN GENERAL DE POSGRADO

CLÍNICA HOSPITAL "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"

ISSSTE CUAUTLA MORELOS

"PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES CON EDAD DE 40-95 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024 EN LA CLINICA HOSPITAL "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"

TESINA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALIDAD EN URGENCIAS MEDICAS

QUE PRESENTA

DRA. ITZIA LORAIDE RAMÍREZ MARTÍNEZ

DIRECTORA DE TESINA

DRA. ROSA ANGÉLICA BONOLA ALCOCER

CODIRECTOR DE TESINA

DR. DAVID ALEJANDRO LÓPEZ VARO

CUERNAVACA, MORELOS, A 20 DE OCTUBRE 2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES CON EDAD DE 40-95 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024 EN LA CLINICA HOSPITAL “DR. RAFAEL BARBA OCAMPO”

QUE PRESENTA:

DRA. ITZIA LORAIDE RAMÍREZ MARTÍNEZ

SINODALES

Presidente	Firma
Secretario	Firma
Vocal	Firma
Suplente	Firma
Suplente	Firma

DR. LORENZO DÍAZ CARRILLO DIRECTOR(A) DE LA FACULTAD	MSPE. RODOLFO TRUJILLO JEFE DE POSGRADO

CUERNAVACA, MORELOS., A 20 DE OCTUBRE 2026.

ÍNDICE

		PÁGINAS
	DEDICATORIAS	I
	AGRADECIMIENTOS	II
	RESUMEN	III
	ABSTRACT	IV
	ÍNDICE DE FIGURAS	V
	ÍNDICE DE TABLAS	VII
	LISTA DE ABREVIATURAS	VII
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	REVISIÓN DE LA LITERATURA	3
III.	ANTECEDENTES	16
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
V.	JUSTIFICACIÓN	21
VI.	HIPÓTESIS	22
VII.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
VIII.	OBJETIVOS:	24
	VIII.I: GENERAL	24
	VIII.II: ESPECÍFICOS	24
IX.	MATERIAL Y MÉTODOS	25
	IX. I. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	25
	IX. II. POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
	IX. III. UNIVERSO DE TRABAJO	25
	IX. IV. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	25
	IX.V. TAMAÑO DE MUESTRA	26
	IX. VI. VARIABLES	26
	IX. VII. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EMPLEAR	28
	IX. VIII. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
	IX. IX. ASPECTOS ÉTICOS Y CONSIDERACIONES DE BIOSEGURIDAD	29
X.	RESULTADOS	31
XI.	DISCUSIÓN	36
XII.	CONCLUSIONES	40
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
XIV.	ANEXOS	48

DEDICATORIAS

A mi madre Isabel Martínez Ortiz, quién fue y sigue siendo mi más grande inspiración para luchar día a día, por ser el ejemplo de una mujer guerrera, que desde el principio estuvo ahí porque siempre creyó en mí, incluso cuando yo dudaba de mí misma, que ha trabajado mucho por hacer realidad mis sueños, nunca me cansare de agradecerle todo lo que hace por mí, su fortaleza y dedicación me han enseñado que, aunque la vida presente desafíos, siempre hay que seguir adelante, sin tus sacrificios, dedicación y esfuerzo, nada de esto sería posible, este logro es tan tuyo como mío, todo lo que soy es gracias a ti.

A mi padre Jesús Ramírez Santamaría, por ser quien me enseño que la verdadera riqueza no está en lo material, sino en el conocimiento, en los valores, en la educación, y en el esfuerzo constante por ser mejor cada día, por darme las herramientas más poderosas para enfrentar la vida, desde mis primeros pasos en la escuela hasta este logro profesional.

A mi hermano Edgar Jesús Ramírez Martínez, por ser mi compañero en esta hermosa familia, por confiar siempre en mí y por el apoyo que me brindo día con día, por animarme a perseguir mis sueños y por estar siempre a mi lado.

A mi adorable sobrino Pablo Sebastián Ramírez Adaya, quien llena de luz e inspiración mi vida, cada sonrisa y travesura, me recuerdan la importancia de soñar en grande, espero que siempre mantenga esa chispa en su corazón y que nunca deje de perseguir sus sueños.

A ti, por soportarme en cada etapa, por tu apoyo incondicional, por tu comprensión en los peores, pero también en los mejores momentos, en la frustración, el enojo y la tristeza que, con su presencia y palabras me generaba paz en mis momentos de caos.

A mi familia, por estar siempre conmigo y su apoyo constante.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento a mis padres, por su gran esfuerzo para poder brindarme más de lo que pedía, sin mencionar su apoyo moral además del amor incondicional. Por enseñarme que el fruto del esfuerzo viene con recompensas, así como creer en mí, este logro es para ustedes, por ser mi motor, mi apoyo y mi guía en cada paso de mi vida, por ser el corazón que sostiene todo. Me siento orgullosa y agradecida con la vida de que ustedes sean mis padres. Los amo más que nada en el mundo, por qué al final tuve una carrera por y gracias a ellos.

Agradezco también a todas las personas que dios puso en mi camino durante esta trayectoria, compañeros y profesores. Cada uno de ustedes fue una pieza fundamental para mi crecimiento, por toda la ayuda que se me brindo, por las risas compartidas, los consejos y las pequeñas aventuras que hicieron este viaje más llevadero.

Un agradecimiento muy especial a mi tutora, la Dra. Bonola Alcocer Rosa Angélica, por su guía experta, su paciencia y su invaluable apoyo durante todo el proceso de elaboración de esta tesis. Su dedicación y conocimiento fueron fundamentales para alcanzar este logro.

A todos ellos, con todo el amor y cariño que se merecen, muchas gracias de todo corazón.

Dra. Itzia Loraide Ramírez Martínez

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta presenta una alta prevalencia en el servicio de urgencias y representa un reto para el diagnóstico oportuno y la prevención de complicaciones mortales. En 2021, en el Hospital Militar Central, se realizó un estudio que determinó que la hemorragia del tracto digestivo alto afectó principalmente a personas mayores de 65 años del sexo masculino y se identificó que la causa más frecuente fue gastropatía erosiva.

Objetivos: el objetivo de la tesina es determinar la prevalencia de Hemorragia del Tracto Digestivo Alto en pacientes de edad 40-95 años atendidos en el servicio de urgencias adultos del 01 de enero al 31 de diciembre del 2024 en la clínica hospital doctor Rafael Barba Ocampo, con el fin de determinar las características clínicas, etiológicas, epidemiológicas y las diferencias endoscópicas por sangrado no variceal y variceal.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo, para determinar la prevalencia de hemorragia del tracto digestivo alto en pacientes de edad 40-95 años atendidos en el servicio de urgencias adultos del 01 de enero al 31 de diciembre del 2024 en la clínica hospital doctor Rafael Barba Ocampo, las variables analizadas fueron edad, sexo, escolaridad, comorbilidades, factores de riesgo, presentación clínica, etiología, sitio de sangrado identificado por endoscopia, tratamiento farmacológico y endoscópico. El análisis se realizó en 49 expedientes de pacientes.

Resultados: se encontraron 12 pacientes de etiología no variceal (24.48%), 8 pacientes de etiología variceal (16.32%), 30 pacientes de sexo masculino (61.22%) y 19 de sexo femenino (38.77%). 71.44 % se manifestó clínicamente con evacuaciones melénicas y el 28.57% con hematemesis. En 20 pacientes se les practicó endoscopia (40.81%).

Conclusión: la prevalencia de Hemorragia del Tracto Digestivo Alto en pacientes de edad 40-95 años atendidos en el servicio de urgencias adultos, fue 49 pacientes, 24.48% para etiología no variceal y 16.32 % etiología variceal. El sexo masculino fue el más frecuente (61.22 %), con rango de edad de 70-79 años (30.61 %).

Palabras claves: hemorragia del tracto gastrointestinal alto, variceal, no variceal, endoscopia, melena, hematemesis, prevalencia.

ABSTRACT

Upper gastrointestinal bleeding has a high prevalence in the emergency department and presents a challenge for timely diagnosis and the prevention of life-threatening complications. In 2021, a study conducted at the Central Military Hospital determined that upper gastrointestinal bleeding primarily affected males over 65 years of age and the most frequent cause was identified as erosive gastropathy.

Objectives: the objective of this thesis is to determine the prevalence of upper gastrointestinal bleeding in patients aged 40-95 years treated in the adult emergency department from January 1 to December 31, 2024, at the Dr. Rafael Barba Ocampo Clinic Hospital, in order to determine the clinical, etiological, and epidemiological characteristics, as well as the endoscopic differences between non-variceal and variceal bleeding.

Materials and methods: a descriptive, cross-sectional, observational, and retrospective study was conducted to determine the prevalence of upper gastrointestinal bleeding in patients aged 40-95 years treated in the adult emergency department from january 1 to december 31, 2024, at the Dr. Rafael Barba Ocampo Clinic Hospital. The variables analyzed were age, sex, education level, comorbidities, risk factors, clinical presentation, etiology, bleeding site identified by endoscopy, and pharmacological and endoscopic treatment. The analysis was performed on 49 patient records.

Results: twelve patients had non-variceal etiology (24.48%), eight patients had variceal etiology (16.32%), 30 patients were male (61.22%), and 19 were female (38.77%). 71.44% presented clinically with melena and 28.57% with hematemesis. Endoscopy was performed in 20 patients (40.81%).

Conclusion: the prevalence of upper gastrointestinal bleeding in patients aged 40-95 years seen in the adult emergency department was 49 patients, with 24.48% having a non-variceal etiology and 16.32% a variceal etiology. Males were the most frequent sex (61.22%), with the 70-79-year age range being the most common (30.61%).

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, variceal, non-variceal, endoscopy, melena, hematemesis, prevalence.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Comorbilidades de pacientes 42
Figura 2. Factores de riesgo de pacientes 42
Figura 3 presentación clínica de pacientes. 43
Figura 4. Terapia endoscópica 45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de variables sociodemográficas 41
Tabla 2. Etiología de hemorragia digestiva alta 43
Tabla 3. Tratamiento farmacológico 44
Tabla 4. Sitio anatómico identificado por endoscopia 44

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS:	Ácido acetilsalicílico
AINES:	Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos
BAV:	Hemorragia varicosa aguda
COX-1	Ciclooxigenasa 1
COX-2	Ciclooxigenasa 2
EHNA	Esteatohepatitis no alcohólica
GBS	Escala de Glasgow-Blatchford
H. pylori.	Helicobacter pylori
HDA	Hemorragia del tracto digestivo alto
HTDA	Hemorragia del tracto digestivo alto
IBP	Inhibidores de la bomba de protones
PG	Prostaglandina
PGE2	Prostaglandina E2 /12
PGVH	Gradiente de presión de la vena hepática
PVH	Presión de enclavamiento de la vena hepática
TIPS	Derivación porto sistémica intrahepática transyugular
UD	Úlcera duodenal
UP	Úlcera péptica
UPC	Úlcera péptica complicada
VE	Várices esofágicas
VG	Várices gástricas

I. INTRODUCCIÓN

La hemorragia del tracto digestivo alto es una emergencia en los servicios de atención médica y a menudo se asocia con una alta morbilidad y mortalidad. Esta condición implica un gran gasto sanitario, y económico, además de ser una causa frecuente de hospitalizaciones en los servicios de urgencias. [(1)] Se define como la situación clínica en la que existe una estructura sangrante con límites anatómicos constituidos por el esfínter esofágico superior y el ligamento de Treitz. [(3)] Las etiologías más frecuentes son la úlcera péptica (duodenal y gástrica), gastritis y aquella asociada a várices, siendo esta última la de mayor mortalidad. [(1).]

Las formas más comunes, según sus características clínicas y fisiopatológicas, son: la hemorragia variceal y la no variceal. La hemorragia no variceal incluye entre sus presentaciones más frecuentes las úlceras esofágicas, gástricas y duodenales. La hemorragia de etiología variceal se debe a várices esofágicas secundarias a hipertensión portal. Las manifestaciones clínicas características son evacuaciones melénicas, hematemesis y hematoquecia, que constituyen situaciones graves que incluso podrían provocar la muerte del paciente.

El ingreso de un paciente con esta condición clínica al servicio de urgencias es una condición dramática, que obliga a todo el personal a actuar con rapidez y precisión diagnóstica para evitar complicaciones graves que pudieran generar incluso mortalidad. Ante la sospecha de una hemorragia digestiva alta, es necesario realizar un examen inicial detallado, una exploración física, pruebas complementarias y estudios de laboratorio (endoscopia diagnóstica terapéutica, radiografía de tórax, biometría hemática, química sanguínea completa, perfil hepático, tiempos de coagulación, gasometría venosa, etc.) para corroborar el diagnóstico y determinar si la hemorragia sigue activa. Si sigue activo, el tratamiento deberá incluir terapias dirigidas a estabilizar la condición hemodinámica del paciente y medidas terapéuticas específicas de acuerdo con la etiología, para evitar la lesión de órganos vitales, disminuir las complicaciones y la morbimortalidad, y contribuir a una mejor sobrevida y calidad de vida para los pacientes.

La incidencia de las hospitalizaciones por hemorragias digestivas altas es cercana a 25 por cada 100.000 habitantes, y aproximadamente el 45% de las personas hospitalizadas son mayores de 60 años. El sangrado digestivo alto es 2 veces más frecuente en hombres que en mujeres. [5]

Al ser una urgencia frecuente en el área hospitalaria, el objetivo de esta investigación es determinar su prevalencia en pacientes de la clínica hospital doctor Rafael Barba Ocampo, clasificar a los pacientes con base en la etiología del sangrado, describir las características sociodemográficas de la muestra de estudio, determinar los hallazgos endoscópicos e identificar las comorbilidades. Todo lo anterior, para contribuir a la disminución de la morbimortalidad asociada a esta patología.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

La hemorragia del tracto digestivo alto constituye una emergencia médico-quirúrgica que requiere tratamiento inmediato debido a su elevada morbimortalidad (172 casos/100,000 habitantes) [1]. Esta condición es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencias a nivel mundial y representa un alto costo sanitario y económico. Este tipo de hemorragia se origina en el esófago, el estómago o el duodeno proximal. Según su etiología, se clasifica en no variceal y variceal. [1]

La presentación de un paciente con hemorragia digestiva alta en el servicio de urgencias es, por lo general, un evento crítico que demanda una respuesta rápida y precisa por parte del personal médico, con el fin de prevenir complicaciones graves y un posible desenlace fatal. Dentro del ámbito de las urgencias médicas, esta patología se rige por un problema cuya frecuencia, magnitud y repercusiones científicas, económicas y sociales plantean un desafío que exige acciones inmediatas para estabilizar al paciente y, simultáneamente, identificar el sitio y/o la causa del sangrado. [2] Un manejo adecuado y oportuno de esta condición se asocia con una mayor supervivencia y calidad de vida de los pacientes. [1]

Definición

La hemorragia del tracto digestivo alto se define como la situación clínica que se presenta cuando existe una fuente de sangrado localizada en el esófago, estómago o duodeno, delimitada anatómicamente por el esfínter esofágico superior y el ligamento de Treitz. Este sangrado puede originarse en estructuras adyacentes que vierten contenido hemorrágico en el tubo gastrointestinal, o bien ser resultado de un proceso patológico directamente en el tracto digestivo. [3]

Epidemiología

La hemorragia digestiva alta es una causa importante de morbilidad y mortalidad en México. Es más común que la del tracto inferior y puede ser causada por diversas condiciones, como úlceras pépticas, síndrome de Mallory-Weiss y erosiones gástricas, o bien, puede ser secundaria a la ruptura de várices esofágicas.

En México, la mortalidad asociada a la HDA puede variar entre 6% y 10% con una incidencia de aproximadamente 100 casos por cada 100000 habitantes al año. A nivel global, la incidencia de HDA oscila entre 37 y 172 casos por cada 100000 habitantes al año, con una mortalidad general del 15 %. [1]

La mortalidad causada por HDA está influida por la etiología. En el caso de las hemorragias de origen variceal, la tasa de mortalidad alcanza el 20%, siendo esta la etiología con mayor riesgo de resangrado con tasas de recurrencia del 10 al 20 %, mientras que las no variceales se sitúan con tasa de mortalidad entre el 2% y el 10%. [4] La mayoría de los episodios de HDA son auto limitados, hasta un 80% en los de causa no variceal.

La incidencia de las hospitalizaciones por hemorragias digestivas altas se aproxima a 25 por cada 10,000 habitantes, presentándose más frecuente en pacientes adultos masculinos mayores de 60 años, en una relación 2:1 respecto al sexo femenino. [5]

En relación con su etiología, se ha documentado que la úlcera péptica se identifica como la causa más común de hospitalización por hemorragia del tracto digestivo alto, siendo la mayoría de los casos clasificados como no complicados, sin embargo, entre el 10 % y 20 % de los casos pueden presentar algún tipo de complicación. La enfermedad ulcerosa péptica afecta anualmente a 4 millones de personas en todo el mundo, con una incidencia de entre 36 y 170 casos por cada 100000 habitantes en países desarrollados. El 70% de los casos se presentan en individuos de entre 25 y 64 años. [6]

En México, se estima que las várices gastroesofágicas son la causa en aproximadamente el 40% de los casos de cirrosis hepática. Las várices gástricas se encuentran en el 20 % de los pacientes con hipertensión portal y representan entre el 5 a 10% de todas las causas de sangrado digestivo alto de pacientes con cirrosis. Además, la presencia de várices esofágicas se correlaciona con la gravedad de la enfermedad hepática y cada episodio de sangrado está asociado con una mortalidad del 30 %. [7]

Clasificación

La hemorragia digestiva alta se puede clasificar con base en diversos criterios:

1. Por su magnitud se clasifica en:

a) Leve, cuando es menor al 10% del volumen circulante.
b) Moderada, entre el 10 y el 20% del volumen circulante
c) Severa o masiva, cuando supera el 20% de la volemia. [8]

2. Por su etiología en variceal o no variceal:

    a) Hemorragia no variceal: se produce como consecuencia de patologías que incluyen la gastritis erosiva (20%), úlcera péptica gástrica o duodenal (30-40%), esofagitis erosiva por AINES (20%), síndrome de Mallory-Weiss (5-10%), cáncer gástrico, esofágico o duodenal (2%), anomalías vasculares (5%). [8]
    b) Hemorragia variceal: se presenta por la ruptura de várices esofágicas y gástricas (20 %) y por gastropatía hipertensiva portal (5 %). [8]

Hemorragia por úlcera péptica

Úlcera péptica: se define como una lesión de la continuidad de la mucosa, con un diámetro mayor de 3 a 5 mm, que está constantemente expuesta a la pepsina y al ácido clorhídrico. Se caracteriza por infiltración inflamatoria y necrosis que alcanzan en profundidad la capa muscular y pueden extenderse hasta perforarla. Siempre deja una cicatriz cuando desaparece. Se producen con mayor frecuencia en el estómago y en la primera porción del duodeno. La infección por H. *pylori e*stá presente en el 75 al 95% de los casos de úlcera duodenal (UD) y en el 60 al 80% de los casos de úlcera gástrica. [1]

Síndrome de Mallory-Weiss

Esta lesión se caracteriza por la presencia de laceraciones longitudinales superficiales de la mucosa en la parte superior del estómago (cardias). Este síndrome es el resultado de un rápido aumento de la presión en cardias, con hiperextensión del estómago, lo que limita la movilidad entre la mucosa y la submucosa y provoca un cierre insuficiente de los cardias, con laceraciones lineales profundas de la mucosa. Esto expone los vasos submucosos al ácido y desencadenar su daño y la hemorragia. [1]

Hemorragia por hipertensión portal

Las várices suelen aparecer cuando los pacientes tienen una PGVH >10 mmHg, y una PVH >12 mmHg. La etiología más común de la hipertensión portal es la cirrosis alcohólica, la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y la hepatitis C. [10]

La HDA por hipertensión portal puede deberse a rotura de varices esofagogástricas, varices ectópicas y/o gastropatía de la hipertensión portal, y se debe a la formación de las colaterales portosistémicas, que se producen por un factor hemodinámico que consiste en un aumento de la resistencia intrahepática, portal o colateral y un aumento del flujo sanguíneo (vasodilatación esplácnica y sistémica asociada a hipervolemia). [9]

Existe una clasificación endoscópica de las VE: según el consenso de Baveno de 1992, varices pequeñas (< 5 mm) o grandes (> 5 mm). [11]

<u>Clasificación várices esofágicas, Paquet modificada:</u>

- Grado I: várices que se extienden justo por encima del nivel de la mucosa.
- Grado II: várices que proyectan un tercio del diámetro luminal y no pueden comprimirse con la insuflación de aire.
- Grado III: várices que proyectan hasta el 50% del diámetro luminal y en contacto entre sí. [10]

<u>Clasificación várices gástricas, Sarín:</u>

- Várice gastroesofágica tipo 1: extensión de las várices esofágicas a lo largo de la curvatura menor.
- Várice gastroesofágica tipo 2: extensión de las várices esofágicas a lo largo de la curvatura mayor.
- Várice gástrica aislada tipo 1: várices aisladas en el fondo gástrico.
- Várices aisladas en el estómago (cuerpo, píloro, antro). [10]

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo son el consumo excesivo de alcohol, la infección crónica por los virus de la hepatitis B y C, el uso de anticoagulantes y la esteatohepatitis no alcohólica. Especialmente en causas no variceales, existe una fuerte asociación con el uso de fármacos (AINES y aspirina). Cabe destacar que la UP provocada por H. pylori concentra entre el 60% y el 70% de los casos nuevos cada año. [1]

Fisiopatología

Existen diversos mecanismos fisiopatológicos en la HDA variceal y no variceal.

En el estómago y el duodeno existen factores defensivos y agresivos de la mucosa. Dentro de los factores defensivos se distinguen el moco producido por el epitelio simple cilíndrico de la mucosa gastroduodenal, el bicarbonato, el flujo sanguíneo, las prostaglandinas y las uniones intercelulares. Por otro lado, los factores agresivos se pueden subdividir en dos: (1) exógenos: *H. pylori, AINES, ácido acetilsalicílico (AAS), alcohol, tabaco, entre* otros; (2) endógenos: ácido, pepsina, contenido duodenal. [1]

Por lo tanto, en el contexto de etiología no variceal, las úlceras surgen de un desequilibrio entre los factores protectores y agresivos. En las UG predomina la disminución de los factores protectores, mientras que en las UD predomina el aumento de los factores agresores. [1]

En la etiología variceal, el sangrado se debe a la formación de várices, consecuencia directa del incremento de la presión portal que, en cirrosis, se debe a un aumento de la resistencia al flujo portal y a un incremento de la afluencia venosa portal. Este incremento de la presión es el factor inicial que conduce a la apertura de canales vasculares embrionarios preexistentes y a la expresión aumentada de factores angiogénicos en la vasculatura esplácnica. [11]

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas del paciente con hemorragia digestiva alta dependen de la intensidad de la hemorragia. El espectro clínico varía desde pacientes asintomáticos o con molestias inespecíficas debidas a la anemia crónica hasta aquellos con choque hipovolémico severo, que puede llevar a la muerte de manera rápida. [8]

En casos de hemorragia masiva, el paciente presenta signos de choque hipovolémico (hipotensión arterial, taquicardia, palidez extrema, oliguria, lipotimia y palpitaciones), que pueden llegar al estado de coma. [8]

La hemorragia del tracto digestivo alto suele manifestarse mediante los siguientes síntomas:

a. Hematemesis: vómito de sangre fresca, coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros (poso de café), lo que indica una hemorragia proximal al ligamento de Treitz. [12]
b. Melena: evacuaciones con heces negras, alquitranadas, brillantes, pegajosas y fétidas, de consistencia pastosa. Para que esto ocurra, es necesario un sangrado lo suficientemente lento como para que la sangre permanezca en el tubo digestivo durante al menos ocho horas, lo que permite la oxidación de la hemoglobina y la formación de hematina, y requiere una extravasación de al menos 60-100 ml de sangre en el tracto digestivo alto. [12]
c. Hematoquecia: emisión de sangre por el ano, sola o mezclada con las heces; para que esto suceda, la hemorragia debe ser mayor de 1,000 ml y producirse en menos de una hora, con una permanencia en el tubo digestivo menor de cinco horas. [12]

Ante la presencia de dichos síntomas, se deben valorar signos de inestabilidad hemodinámica, así como síntomas inespecíficos, como dolor abdominal o de rebote, mareos, cefalea y náuseas. [13]

Diagnóstico

Ante un paciente con sospecha de hemorragia digestiva alta, debe llevarse a cabo un examen inicial con historia clínica detallada, examen físico y evaluación analítica elemental que permitan asegurar el cumplimiento de tres principios básicos: 1) confirmar la presencia de la hemorragia, 2) evaluar la magnitud del sangrado y 3) comprobar si la hemorragia persiste activa. [9]

Pruebas de laboratorio

Pueden solicitarse biometría hemática, pruebas de coagulación, creatinina, índice BUN/creatinina (>32 es indicativo de hemorragia por sobre el ligamento de Treitz), electrolitos plasmáticos, lactatemia y exceso de base (marcadores de hipoperfusión tisular), perfil hepático y pruebas de compatibilidad de grupo Rh y ABO. [1]

Pruebas de imagen diagnósticas

Endoscopia: la endoscopia es el método electivo para el diagnóstico y el tratamiento, pues permite identificar el origen del sangrado y realizar la hemostasia de las lesiones que sangran activamente. [3] Durante el procedimiento endoscópico se debe identificar el sitio de la hemorragia, establecer la gravedad y la naturaleza de la lesión, así como el riesgo de recurrencia de la hemorragia. Esto permitirá elegir la mejor terapia que logre una hemostasia efectiva con el menor riesgo de recurrencia. [14]

Esófago-gastro-duodenoscopia: es el procedimiento de referencia para el diagnóstico de las várices gastroesofágicas. [10]

Cápsula endoscópica: precisión diagnóstica del 90%, con una sensibilidad y especificidad combinadas del 83% y del 85%, respectivamente. [10]

Escalas de evaluación

Los pacientes con hemorragia digestiva deben ser asignados a una categoría de riesgo mediante puntuaciones o escalas de medición. Se han desarrollado múltiples sistemas de puntuación para predecir la evolución de los pacientes con hemorragia digestiva alta; entre ellos se encuentran los índices de Rockall, Forrest, Glasgow-Blatchford y AIMS 65. [15]

La clasificación de Forrest se basa en las características endoscópicas de las úlceras gastrointestinales y tiene como objetivo clasificar la severidad de la hemorragia de acuerdo con los hallazgos de los estudios imagenológicos; se utiliza como predictor del riesgo de resangrado y de mortalidad, y estratifica a los pacientes en los siguientes 6 grupos. [15]

- Forrest Ia: hemorragia en chorro.
- Forrest Ib: hemorragia en capa.

- Forrest IIa: vaso visible.
- Forrest IIb: coágulo adherido.
- Forrest IIc: fondo de hematina.
- Forres III: base de fibrina.

Escala Rockall: presenta dos componentes: uno clínico, desde el cual se deriva el índice de Rockall pre endoscópico o inicial; el otro se basa en los hallazgos endoscópicos, originando así el índice de Rockall completo. Se usa como predictor de mortalidad y de resangrado. [15]

Escala de Glasgow-Blatchford (GBS): se utiliza en pacientes con sangrado digestivo alto para predecir si requieren o no tratamiento inmediato. [15]

Clasificación AIMS 65: predictor de la mortalidad, de la duración de la estancia hospitalaria y del costo del tratamiento en pacientes. [15]

La escala de GBS mostró un mayor rendimiento en la predicción del resangrado, mientras que el índice de Rockall lo hizo en la predicción de la mortalidad. El consenso para el manejo de la hemorragia gastrointestinal alta de la Sociedad Británica de Gastroenterología recomienda clasificar a los pacientes a su ingreso al servicio de urgencias según la escala de Glasgow Blatchford, que ha demostrado tener el mejor rendimiento para predecir desenlaces clínicamente importantes, como la necesidad de transfusión, el tratamiento endoscópico, la cirugía y la muerte. [15]

Tratamiento

El tratamiento de la hemorragia digestiva incluye, sea cual sea su origen, terapias dirigidas a estabilizar la hemodinámica y otras medidas específicas que dependerán de la etiología. La primera medida terapéutica, que debe instaurarse de inmediato en caso de repercusión hemodinámica, consiste en reponer la volemia para restaurar la hemodinámica. Esto puede evitar que se dañen órganos vitales como consecuencia de una oxigenación tisular inadecuada. [9]

Probablemente, el paso más importante en el manejo del paciente con sangrado agudo variceal es el soporte inicial de acuerdo con el ABC, manteniendo una saturación de oxígeno adecuada, un estado hemodinámico estable y la protección de la vía aérea para evitar la aspiración en quien lo amerite. [7]

Medidas generales

Se debe disponer de un buen acceso venoso con al menos dos cánulas intravenosas cortas y de grueso calibre (16 G o 14 G) que permitan una infusión rápida de líquidos y, además, la extracción de muestras sanguíneas. [9]

Reposición de la volemia

La estabilización hemodinámica del paciente modifica la historia natural, corrige la hipovolemia, restaura la perfusión adecuada de los tejidos y previene la falla de órganos. Los cristaloides balanceados (solución de Hartmann o lactato de Ringer) se prefieren a la solución salina, pues se asocian con una menor mortalidad hospitalaria. [14]

Transfusión sanguínea

El objetivo de la transfusión sanguínea es mejorar el transporte de oxígeno a los tejidos, que puede verse comprometido en caso de anemia extrema. Lo más adecuado es transfundir concentrados de hematíes. Distintos estudios sugieren que una estrategia transfusional restrictiva (transfundir cuando la hemoglobina desciende por debajo de 7 g/dl, para mantener entre 7 y 9 g/dl), que permita una adecuada oxigenación tisular y evite los riesgos inherentes a la transfusión de derivados sanguíneos y los derivados de una excesiva expansión volémica, puede ser más adecuada que una transfusión liberal (transfundir cuando la hemoglobina es menor que 9 g/dl y mantenerla entre 9 y 11 g/dl). No se dispone de evidencia concluyente que permita fundamentar la indicación de transfundir plaquetas o plasma fresco en el contexto de la hemorragia digestiva. [9]

Tratamiento farmacológico

Inhibidores de la bomba de protones: las infusiones de IBP se utilizan en caso de sospecha de HDA. La activación de la pepsina intragástrica en medio ácido inhibe la agregación plaquetaria y facilita la disolución de los coágulos. La administración precoz de IBP acelera la reepitelización de la mucosa gástrica. Son necesarias altas dosis de inhibidores de bomba de protones (omeprazol o pantoprazol) en bolos de 80 mg seguidos de 8 mg/hora en infusión durante 72 horas en pacientes con úlcera péptica sangrante. [(1)] En caso de tolerar la vía oral, se puede utilizar por vía oral en dosis inicial de 80 mg, continuando con 40 mg de omeprazol o con 80 mg de pantoprazol por vía oral cada 12 horas durante 72 horas. [(16)]

Fármacos procinéticos: la administración de fármacos como metoclopramida o eritromicina ha demostrado mejorar el rendimiento diagnóstico endoscópico en pacientes con HDA no variceal. [(1)]

Vasoconstrictores esplácnicos: este grupo está formado por el octreótido (análogo de somatostatina) y la terlipresina (análoga de vasopresina).

a) Somatostatina. se debe iniciar con un bolo de 250 mg, seguido de una infusión a 250 mg/hora hasta lograr un periodo de 24 horas libre de sangrado, o mantener el tratamiento durante 5 días para prevenir el resangrado. El bolo inicial puede repetirse en la primera hora hasta 3 veces en caso de sangrado persistente. [(11)]
b) Octreótrido. análogo de la somatostatina con vida media más larga: bolo inicial de 50 gramos, seguido de una infusión a una dosis de 25 o 50 gramos/hora, que puede mantenerse durante 5 días para prevenir el resangrado temprano. [(11)]
c) Terlipresina. fármaco de larga acción derivado de la vasopresina que disminuye el gasto cardíaco y aumenta la presión arterial y las resistencias vasculares sistémicas, lo que conduce a una disminución de la afluencia vascular esplácnica. Esta disminución, aunada a la vasoconstricción de la vasculatura esplácnica, reduce la presión portal. Ante la sospecha de sangrado de origen variceal, se recomienda iniciar a una dosis de 2 mg cada 4 horas durante las primeras 48 horas y posteriormente disminuir a una dosis de 1 mg cada 4 hora hasta 5 días. [(11)]

Antibióticos: se recomiendan antibióticos para todas las várices con hemorragia aguda, debido a la alta tasa de infección, que repercute en el pronóstico y la etiopatogenia de la

hemorragia. Uno de los más comunes es la ceftriaxona intravenosa a una dosis de 1 g al día durante 7 días. [1]

Betabloqueadores no selectivos: propanolol reduce la presión portal al disminuir el gasto cardíaco y al provocar una vasoconstricción esplácnica, lo que reduce el flujo sanguíneo portal. Dosis: 20 mg 2 veces al día. [1]

Ácido tranexámico: fármaco derivado del aminoácido lisina, tiene un efecto considerable como antifibrinolítico y previene la degradación de las mallas de fibrina, reduce el riesgo de resangrado y la mortalidad en una HDA no variceal, sin incrementar el riesgo tromboembólico. [1]

Tratamiento endoscópico

Después de la reanimación hemodinámica, los pacientes con sospecha de BAV deben someterse a una endoscopia superior dentro de las 12 horas posteriores a la presentación. Si el paciente está inestable, la endoscopia debe realizarse tan pronto como sea posible de manera segura. [17]

La endoscopia digestiva alta es una exploración visual del esófago, estómago y duodeno a través de la boca, mediante un tubo flexible con una cámara iluminada en miniatura, conocido como endoscopio de fibra óptica. Las imágenes se transfieren a un monitor para su análisis o almacenamiento. Permite detectar enfermedades en esos órganos, tomar muestras y aplicar tratamientos. [17]

En la actualidad se dispone de distintas técnicas de hemostasia endoscópica, que incluyen técnicas de inyección (adrenalina, esclerosantes, pegamentos), procedimientos térmicos de contacto (electrocoagulación mono o bipolar, termocoagulación) o no (láser, gas argón) y procedimientos mecánicos (hemoclips, ligadura con bandas). [9] El principal mecanismo por el que actúan los distintos métodos de tratamiento endoscópico consiste en el efecto que ejercen sobre los tejidos (químico, térmico o mecánico), que acabará por originar la formación de un trombo que ocluye el punto sangrante de la pared vascular. [18]

Tratamiento endoscópico de acuerdo con la clasificación de Forrest:

a. En pacientes con HDA no variceal y lesiones endoscópicas con hemorragia activa (Forrest IA y Forrest IB), debe realizarse tratamiento endoscópico (mecánico, térmico o inyección de esclerosantes/adhesivos); en caso de emplear inyección de adrenalina, debe asociarse con otro método endoscópico (terapia combinada).
b. En úlcera péptica con vaso visible no hemorrágico (clasificación de Forrest IIA) se recomienda terapia hemostática mecánica (clip) o térmica.
c. En la úlcera Forrest IIB, se recomienda intentar retirar el coágulo en pacientes con perfil clínico de alto riesgo.
d. En pacientes con lesiones Forrest IIC y Forrest III no está indicada la realización de terapia endoscópica debido a su bajo riesgo de recurrencia de hemorragia. [19]

De acuerdo con el tiempo de realización, la endoscopia puede ser temprana si se realiza en las primeras 12 a 24 horas y muy temprana si se realiza en las primeras 12 horas. La endoscopia temprana se recomienda en pacientes hemodinámicamente estables. La muy temprana puede considerarse en pacientes con inestabilidad hemodinámica. [20]

La terapia endoscópica con adhesivos tisulares se recomienda para el sangrado agudo de várices gástricas aisladas y de várices gastroesofágicas tipo 2 que se extienden más allá de cardias. La ligadura endoscópica de várices o el adhesivo tisular pueden utilizarse en el sangrado de várices gastroesofágicas tipo 1. La terapia endoscópica (coagulación con plasma de argón, ablación por radiofrecuencia o ligadura con banda) y la ectasia vascular antral gástrica se pueden utilizar para el tratamiento local del sangrado. La TIPS preventiva con stents recubiertos de politetrafluoroetileno, administrada dentro de las 72 horas, está indicada en pacientes con hemorragia por várices esofágicas. [21]

Taponamiento esofágico

Existen dos tipos de taponamiento: la sonda de Sengstaken-Blakemore, provista de un balón gástrico para fijar la sonda en cardias y otro esofágico para la compresión directa de las várices; y la sonda de Linton-Nachlas, provista de un solo balón de gran capacidad (600 ml), el cual, una vez insuflado, se impacta en cardias mediante una tracción continua (1 kg de peso). Ambos tipos de balón presentan una alta eficacia (70-90%) en la consecución de la

hemostasia primaria. El taponamiento esofágico debe emplearse solo como medida temporal, no por más de 24 horas. [22]

III: ANTECEDENTES

La hemorragia del tracto gastrointestinal alto es un evento clínico común y potencialmente mortal. Se ha considerado la principal emergencia gastroenterológica debido a su alta prevalencia a nivel mundial, con 84 a 160 casos por cada 100 000 personas. [23] A pesar de las terapias endoscópicas y los avances en el tratamiento farmacológico, la hemorragia digestiva alta sigue asociándose con tasas significativas de mortalidad y morbilidad. Se han realizado varios estudios para identificar la prevalencia de casos de HDA en pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias, con el fin de determinar las características clínicas, etiológicas y epidemiológicas, la gravedad del sangrado y las diferencias endoscópicas entre la hemorragia digestiva alta por sangrado no variceal y la por sangrado variceal. [23]

Ratiu y colaboradores realizaron en 2022 un estudio observacional y retrospectivo de pacientes con HDA ingresados en el Departamento de Gastroenterología entre enero de 2013 y diciembre de 2020. Se incluyeron un total de 1499 pacientes, de los cuales 504 presentaron sangrado variceal y 995 sangrado no variceal. Al comparar la hemorragia variceal con la no variceal, se observó que esta última presentaba una edad media mayor, un sexo similar, una tasa de mortalidad más alta, una mayor tasa de resangrado y una mayor tasa de shock hemorrágico. Además, el tratamiento endoscópico se realizó con mayor frecuencia en los casos de hemorragia variceal. La tasa de mortalidad en el grupo de estudio fue del 10%, y la de resangrado fue mayor en pacientes con hemorragia gastrointestinal variceal. [23]

Nahon y colaboradores llevaron a cabo en 2012 un estudio multicéntrico prospectivo en 53 hospitales franceses, realizado entre marzo de 2005 y febrero de 2006, en el que incluyeron de forma consecutiva a 3298 pacientes ingresados por HDA. Se recopilaron datos de los pacientes hasta su alta hospitalaria, se identificó que las dos principales causas de sangrado fueron úlceras pépticas (38%) y várices esofagogástricas (VEG) o gastropatía hipertensiva portal (24.5%). Se registró sangrado en el 9.9% de los pacientes y el 8.3% falleció. [24]

Saydam y colaboradores, en 2023, realizaron una revisión sistemática de la literatura publicada sobre la prevalencia mundial de la HDA, desde el 1 de enero de 1965 hasta el 17

de septiembre de 2019 para identificar estudios poblacionales que informaran sobre la prevalencia, mortalidad o letalidad de la HDA en la población adulta general a nivel mundial. De esta investigación se obtuvieron 4203 resultados, que abarcaban un total de 4.1 millones de pacientes con HDA en todo el mundo. Las tasas de prevalencia variaron entre 150 y 1720 por cada 100,000 personas al año para la HDA y la tasa de letalidad osciló entre el 0.7% y el 4.8%. [25]

Aceves, en 2024, llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo en el Hospital General de Querétaro durante el periodo de enero a junio de 2019. En este estudio se identificó que la principal causa de sangrado del tubo digestivo alto fue las várices esofágicas, seguidas de la esofagitis, la gastropatía congestiva, la gastritis crónica y, en quinto lugar, la gastropatía eritematosa. La zona de sangrado más frecuente fue el esófago. [26]

Méndez realizó un estudio en el Hospital General de Xoco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal entre 2009 y 2010, con el objetivo de evaluar la relación clínica entre la hemorragia de tracto digestivo alto y los hallazgos endoscópicos en pacientes de la sala de urgencias. Se encontró que los hallazgos más frecuentes en el estudio fueron las úlceras Forrest IIa (20.3%) y las várices esofágicas (20.3%). La gastritis erosiva se identificó en el 9.5% de los casos. [27]

Vázquez, en 2016, realizó un estudio observacional retrospectivo para identificar los factores asociados a la mortalidad más comunes en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital General de Zona No. 50 del IMSS SL, donde se determinó que la hemorragia digestiva alta es más prevalente en hombres y en personas mayores de 45 años. [28]

En 2021, se llevó a cabo un estudio para caracterizar a los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior en el Hospital Militar Central, durante el periodo de enero a julio de 2021. Los resultados mostraron que la hemorragia digestiva superior presenta una prevalencia del 3.16% y afecta principalmente a personas mayores de 65 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes detectadas fueron la melena y la hematemesis, acompañadas de hipotensión y taquicardia; los hallazgos de laboratorio más comunes fueron

anemia e hipoalbuminemia. Se identificó que la causa más frecuente de hemorragia digestiva superior fue, en primer lugar, la gastropatía erosiva; en segundo lugar, la úlcera péptica; y, en tercer lugar, las várices esofágicas. Los factores de riesgo más frecuentemente asociados con la aparición de eventos de hemorragia digestiva superior fueron la gastritis crónica, la enfermedad renal crónica y la hepatopatía crónica. Los tratamientos más utilizados fueron la administración de inhibidores de la bomba de protones, transfusiones de glóbulos rojos y, en pacientes con alta sospecha de hemorragia por várices, se administraron octreótido y ceftriaxona. La estancia hospitalaria promedio fue de 6.2 días, extendiéndose hasta 21 días en algunos pacientes, principalmente debido a la exacerbación de enfermedades crónicas subyacentes y procesos infecciosos concomitantes. Se determinó una mortalidad del 22% en este estudio. [29]

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo en el que se identificaron 461 registros de pacientes con HDA en un año, con una mediana de edad de 61 años, y un alto porcentaje de ellos presentaba factores de riesgo para desarrollar esta patología, entre los que se incluyen la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2 y la enfermedad renal crónica. [30]

En 2018, Martínez, S.P. realizó un estudio analítico, observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal de todos los expedientes de pacientes que ingresaron a la sala de urgencias del Hospital General de Cuernavaca entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018, con diagnóstico de HTDA, con el objetivo de estratificar a los pacientes con HDA en bajo y alto riesgo, los resultados fueron los siguientes: se valoraron 184 expedientes de pacientes, 109 eran hombres (59%), la edad promedio fue de 52 años, en 151 casos se identificó un riesgo alto por EGB (82.06%), 118 recibieron transfusiones de hemoderivados (64.13%), a 159 se les realizó endoscopía (86.41%), 128 padecían hepatopatía (69.57%), y fallecieron 6 pacientes (3.26%). [31]

Debido a estos estudios y antecedentes, se buscará crear una herramienta para la recolección de datos de pacientes en la clínica hospital del Dr. Rafael Barba Ocampo del ISSSTE, ya que la cantidad de derechohabientes atendidos en la unidad es considerable.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta constituye un grave problema de salud pública a nivel nacional, caracterizada por una frecuencia notable, una elevada prevalencia y una mortalidad significativa. En México, la HDA es una causa común de consulta en los servicios de urgencias y puede deberse a diversas etiologías, entre ellas úlceras gástricas, várices esofágicas y otras condiciones menos frecuentes.

La HDA se presenta en un amplio espectro de severidad, desde pérdidas sanguíneas menores hasta hemorragias masivas que requieren atención médica inmediata para prevenir complicaciones potencialmente mortales. Esta variabilidad representa un desafío significativo para los servicios de salud, debido a los altos costos asociados a su diagnóstico y tratamiento, así como a las limitaciones en el acceso a las pruebas diagnósticas y terapéuticas necesarias.

Un estudio realizado en 2021 en el Hospital Militar Central encontró una prevalencia de HDA del 3.16%, que afectaba principalmente a pacientes mayores de 65 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la melena y la hematemesis, siendo las causas más comunes la gastropatía erosiva, la úlcera péptica y las várices esofágicas. [29] Este hallazgo subraya la importancia de comprender la epidemiología local de la HDA para mejorar su manejo.

Sin embargo, en la Clínica Hospital doctor Rafael Barba Ocampo del ISSSTE, en Cuautla, Morelos, actualmente no se cuenta con investigaciones que determinen la prevalencia de la HDA en grupos de edad específicos de la población atendida en el servicio de urgencias. Esta carencia de datos locales dificulta la implementación de medidas preventivas y de estrategias de diagnóstico-terapéuticas específicas para las necesidades de la población derechohabiente.

Por lo tanto, es imperativo investigar la prevalencia de la HDA en esta clínica, lo que nos permitirá desarrollar y, posteriormente, implementar medidas preventivas específicas y adaptadas a la población local, así como estrategias de diagnóstico-terapéuticas adecuadas y eficientes para contribuir a la disminución de la morbimortalidad intrahospitalaria asociada a la HDA.

La realización de esta investigación es fundamental para mejorar la atención de los pacientes con HDA en la Clínica Hospital doctor Rafael Barba Ocampo del ISSSTE, en Cuautla, Morelos, y para contribuir a una gestión más eficiente de los recursos de salud.

V. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia del tracto digestivo alto (HTDA) representa un importante problema de salud pública, caracterizada por una alta prevalencia en la población general, en particular en adultos mayores y en pacientes con comorbilidades. La HTDA no solo afecta la salud individual, sino que también ejerce una carga considerable sobre los sistemas de salud debido a los altos costos asociados a su manejo.

En la Clínica Hospital doctor Rafael Barba Ocampo, en Cuautla, Morelos, el servicio de urgencias atiende de manera constante a pacientes con diagnóstico de HTDA. Esta situación subraya la necesidad de comprender la magnitud del problema en este contexto local. Estudiar la prevalencia de HTDA en el servicio de urgencias de la clínica permitirá conocer la magnitud real del problema en nuestra población, lo que facilitará la adaptación de las estrategias de atención y la asignación de recursos de acuerdo con las necesidades específicas de la comunidad.

Dado que la presencia de hemorragia digestiva alta puede generar complicaciones graves, como anemia, inestabilidad hemodinámica, necesidad de transfusiones sanguíneas y requerimiento de procedimientos endoscópicos urgentes, lo que a menudo se traduce en una mayor estancia hospitalaria, lo que aumenta los costos de atención médica y afecto la disponibilidad de recursos para otros pacientes.

Al identificar patrones epidemiológicos locales, como las comorbilidades más frecuentes y las causas más comunes de sangrado, se podrán implementar medidas de prevención y tratamiento más efectivas, lo que también orientará a los médicos especialistas en la toma de decisiones clínicas, desde la evaluación inicial hasta la selección de las terapias más adecuadas.

La presente investigación generará datos valiosos que podrán compararse con otros estudios a nivel nacional e internacional, lo que contribuirá al conocimiento científico sobre la HTDA y a la mejora continua de la atención médica. En última instancia, el objetivo es mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, reducir la mortalidad asociada a la HTDA y disminuir los costos de atención.

VI. HIPÓTESIS

La prevalencia de hemorragia del tracto digestivo alto (HTDA) en adultos de 40 a 95 años atendidos en el servicio de urgencias de la Clínica Hospital doctor Rafael Barba Ocampo, ISSSTE Cuautla, Morelos, durante el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2024, será menor que la reportada a nivel nacional, con mayor frecuencia en el sexo masculino y de etiología no variceal.

VII. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de hemorragia del tracto digestivo alto en adultos de 40 a 95 años atendidos en el servicio de urgencias de la clínica Hospital doctor Rafael Barba Ocampo?

VIII. OBJETIVOS

VIII.I. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de hemorragia del tracto digestivo alto en pacientes de 40 a 95 años atendidos en el servicio de urgencias de adultos durante el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre de 2024 en la clínica hospital doctor Rafael Barba Ocampo.

VIII.II. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a los pacientes de 40 a 95 años, de ambos sexos, con hemorragia del tracto digestivo alto que se presentaron al servicio de urgencias.
- Describir las características sociodemográficas, etiológicas y comorbilidades de los pacientes atendidos por hemorragia del tracto digestivo alto que ingresan al servicio de urgencias.
- Identificar la causa más frecuente de hemorragia del tracto digestivo alto en pacientes atendidos en el servicio de urgencias.
- Reportar si se realizó un estudio endoscópico, el tratamiento endoscópico recibido y el sitio más frecuente de sangrado en los pacientes con diagnóstico de hemorragia del tracto digestivo alto que ingresan a urgencias.

IX. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo se realizó en el servicio de urgencias de la Clínica Hospital "Doctor Rafael Barba Ocampo" durante el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre de 2024.

IX.I. Diseño y tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo.

IX.II. Población de estudio

Pacientes de ambos sexos, de 40 a 95 años, que ingresaron al servicio de urgencias con diagnóstico de hemorragia del tracto digestivo alto en el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2024 en la Clínica Hospital doctor Rafael Barba Ocampo.

IX. III. Universo de trabajo

Todos los pacientes derechohabientes ISSSTE Morelos que acudieron al servicio de urgencias de la Clínica Hospital doctor Rafael Barba Ocampo en el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre de 2024.

IX.IV. Criterios de inclusión

- Expedientes de pacientes que acudieron al servicio de urgencias de la Clínica Hospital doctor Rafael Barba Ocampo con diagnóstico sospechoso de hemorragia del tracto digestivo alto.
- Expedientes de pacientes de 40-95 años, de ambos sexos.

Criterios de exclusión

- Pacientes con expediente clínico incompleto.
- Pacientes fuera del rango de edad definido.

Criterios de eliminación

- Pacientes que presentaron complicaciones médicas adversas y/o contraindicaciones que interfieren con el objetivo del estudio.
- Pacientes que deciden abandonar el estudio por razones personales o revoca su consentimiento.

IX.V. Tamaño de la muestra

La muestra se conformará por expedientes de pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia del tracto digestivo alto durante el período de estudio y que cumplieron los criterios de inclusión.

IX. VI. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
EDAD	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona hasta el momento en que se considera.	Edad consignada en el expediente clínico.	Continua numérica.	Años
SEXO	Cualitativa	Condición orgánica que define al individuo.	Sexo referido en el expediente clínico.	Nominal dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Último grado de estudios del paciente.	Escolaridad consignada en el expediente clínico.	Ordinal	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Profesional
COMORBILIDADES	Cualitativa	Afecciones médicas que coexisten con un diagnóstico primario y afectan la salud.	Según los datos consignados en el expediente clínico.	Ordinal	1. Diabetes 2. Hipertensión arterial sistémica 3. Enfermedad renal crónica 4. Ninguna
FACTORES DE RIESGO	Cualitativa.	Característica, condición o elemento que aumenta la probabilidad de que se desarrolle una enfermedad.	Según los datos consignados en el expediente clínico.	Ordinal	1. Insuficiencia hepática 2. Consumo crónico de AINES 3. Uso de anticoagulantes

					4. Ninguno
PRESENTACIÓN CLÍNICA DE HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO	Cualitativa.	El diagnóstico clínico de la hemorragia del tracto digestivo alto se establece por la presencia de síntomas y/o signos que incluyen: hematemesis, melena, hematoquecia, hipotensión, taquicardia, inestabilidad hemodinámica, entre otros.	Según los datos consignados en el expediente clínico.	Nominal	1. Si 2. No
ETIOLOGÍA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA IDENTIFICADA POR ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	Cualitativa	Mediante endoscopia digestiva alta se identifica la etiología de la hemorragia.	Diagnóstico endoscópico de expediente.	Nominal	1. Enfermedad erosiva 2. Úlcera péptica 3. Esofagitis 4. Malignidad 5. Anomalías vasculares 6. Varices esofágicas 7. Varices gástricas 8. Gastropatía hipertensiva portal 9. Sin identificar
SITIO DE SANGRADO IDENTIFICADO EN ENDOSCOPIA	Cualitativa	Localización anatómica del origen del sangrado digestivo alto.	Sitio del tracto digestivo alto desde el cual se origina el sangrado.	Nominal	1. Esófago 2. Estomago 3. Duodeno 4. Sin identificar
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Cualitativa	Uso de medidas farmacológicas dirigidas a la causa de la enfermedad.	Utilización de tratamiento farmacológico.	Nominal	1. Si 2. No
TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO	Cualitativa	Medida endoscópica utilizada para corregir la	Utilización de técnica endoscópica para detener la	Nominal	1. Técnica térmica 2. Técnica mecánica 3. Técnica de inyección.

		causa del sangrado	hemorragia del tracto digestivo		4. Ninguno

IX. VII. Técnicas y procedimientos

Previa autorización de los diferentes comités de ética e investigación, así como las autorizaciones correspondientes de la dirección de la Clínica Hospital "Doctor Rafael Barba Ocampo"

- Revisión de expedientes clínicos de pacientes adultos de 40 a 95 años atendidos en el servicio de urgencias con diagnóstico de hemorragia de tracto digestivo alto, para identificar la prevalencia, los datos sociodemográficos y etiológicos, las comorbilidades y la causa más frecuente de la hemorragia, así como los resultados de la endoscopia y el tratamiento recibido.
- En los pacientes incluidos en esta investigación, se realizó endoscopia digestiva alta, el cual es un procedimiento que inicia colocando al paciente en decúbito lateral izquierdo, monitorización continua de sus signos vitales, se realiza sedación del paciente y se aplica anestesia local, se coloca un protector dental a través del cual se pasa el endoscopio, el médico endoscopista procede a realizar la exploración, se observan las características de la mucosa, la distensibilidad y peristalsis esofágica, se sigue avanzando por la luz del estómago, observando su distensibilidad y peristalsis, así como las características de la mucosa, finalmente se examina el duodeno. En caso de que el paciente lo requiera y de acuerdo con la patología encontrada durante el procedimiento, se realizará la toma de biopsia(s) y se pueden aplicar técnicas de inyección (se aplica en sitio de sangrado inyección de adrenalina diluida 1:10000 o 1:20000 en solución salina fisiológica, 0.5-2 ml en bordes y base de úlcera, hasta un total de 10-20 ml, o se pueden aplicar soluciones esclerosantes), procedimientos térmicos y mecánicos. Posteriormente, se procede a retirarlo del tracto gastrointestinal y se da por concluido el procedimiento.

En la clínica hospital doctor Rafael Barba Ocampo, solo contamos con técnicas de inyección (adrenalina, esclerosantes). No contamos con recursos para realizar procedimientos mecánicos (como hemoclips o ligadura con bandas).

Por último, una vez recopilada la información, se aplicarán métodos estadísticos para determinar la prevalencia de la HTDA en la población estudiada.

IX. VII. Procesamiento y análisis estadístico

Los datos se recolectaron en el programa Office 365 (Excel), se procedió a la depuración de datos, se realizó el análisis estadístico descriptivo y se presentaron los resultados.

IX. IX. Aspectos éticos

El presente protocolo de investigación fue sometido a revisión y aprobación por parte de los comités de ética e investigación del ISSSTE del Hospital Regional Centenario de la Revolución Mexicana y se obtuvo un número de registro institucional. Se buscó dar cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Salud, que regula la investigación para la salud, incluyendo la elaboración y ejecución de protocolos de investigación y establece las bases y principios éticos que deben observarse, así como los requisitos para la autorización y realización de investigaciones en seres humanos.

Asimismo, la investigación se basó en la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación en seres humanos.

Por último, este proyecto se apegó a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la cual establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la 8ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, en junio de 1964.

En esta investigación fueron respetados y protegidos el principio de autonomía y la información fue protegida con un código estricto para minimizar los riesgos de divulgación de información confidencial.

Consideraciones de bioseguridad

Se protegió la información personal y médica de los participantes. Se utilizarán códigos o seudónimos para identificar a los pacientes en los datos de investigación, se evitará la divulgación de nombres u otros datos que puedan identificarlos directamente. El acceso a los datos estará restringido únicamente mediante la aprobación de las autoridades correspondientes, y los resultados de dicha investigación no se divulgarán para evitar perjudicar la privacidad del paciente.

X. RESULTADOS

En la clínica hospital doctor Rafael Barba Ocampo, ISSSTE Cuautla, Morelos en el año 2024, se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo, en donde se recolecto una muestra de 58 expedientes de pacientes, que recibieron atención en el servicio de urgencias adultos en esta unidad en el periodo de 01 de enero al 31 de diciembre del 2024 con diagnóstico de Hemorragia del Tracto Digestivo Alto, expedientes de ambos sexos de un rango de edad 40-95 años, en búsqueda de determinar la prevalencia de dicha patología y sus características sociodemográficas. De los cuales, 49 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y 9 fueron excluidos.

X.I. *Características sociodemográficas.*

En cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes, se encontró que el sexo masculino fue el más frecuente, con 30 pacientes 61.22%), seguido del femenino, con 19 pacientes (38.77%). Pudiéndose observar que en los grupos etarios en los que predomina está entre 70-79 años, con 15 pacientes (30.61%), seguido 80-89 años con 12 pacientes (24.48%), 60-69 años con 9 pacientes (18.36%), 50-59 años con 8 pacientes (16.23%), 90-99 años 4 pacientes (8.16%), 40-49 años con 1 paciente (2.04%). El promedio de edad fue de 72,81 años (TABLA 1).

Respecto a la escolaridad, se encontraron 14 pacientes con primaria terminada (28.57%), 9 pacientes con carrera profesional (18.36%), 7 pacientes con bachillerato (14.28%), 5 pacientes con secundaria (10.20%) y 14 pacientes en los que no se encontró información sobre su escolaridad (28.57%) (TABLA 1).

TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

Variable sociodemográfica	Medidas	
Sexo n (%)	Masculino 30 (61.22)	Femenino 19 (38.77)
Edad n (%) 40-49 años 50-59 años 60-69 años 70-79 años	 1 (2.04) 8 (16.32) 9 (18.36) 15 (30.61)	

80-89 años 90-99 años	12 (24.48) 4 (8.16)
Media n	72.81
Desviación estándar	11.98
Escolaridad n (%) Primaria Secundaria Bachillerato Profesional Desconocido	 14 (25.57) 5 (10.20) 7 (14.28) 9 (18.36) 14 (28.57)

X.II. Comorbilidades y factores de riesgo.

En cuanto a las comorbilidades de la población de estudio, se encontró que las enfermedades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica, con 30 pacientes (61.22%); seguida de diabetes tipo 2, con 23 pacientes (46.93%); y enfermedad renal crónica, con 5 pacientes (10.20%). (FIGURA 1)

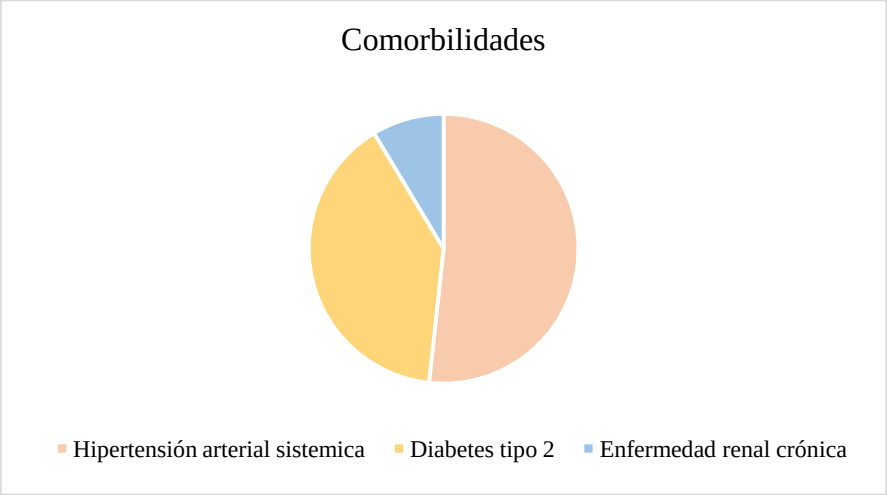


FIGURA 1. COMORBILIDADES DE PACIENTES

Respecto a los factores de riesgo, se encontraron 18 pacientes con insuficiencia hepática crónica (36.73%), 12 pacientes con antecedente de consumo crónico de AINES (24.48%), y 3 pacientes con consumo de anticoagulantes (6.12%). (FIGURA 2).

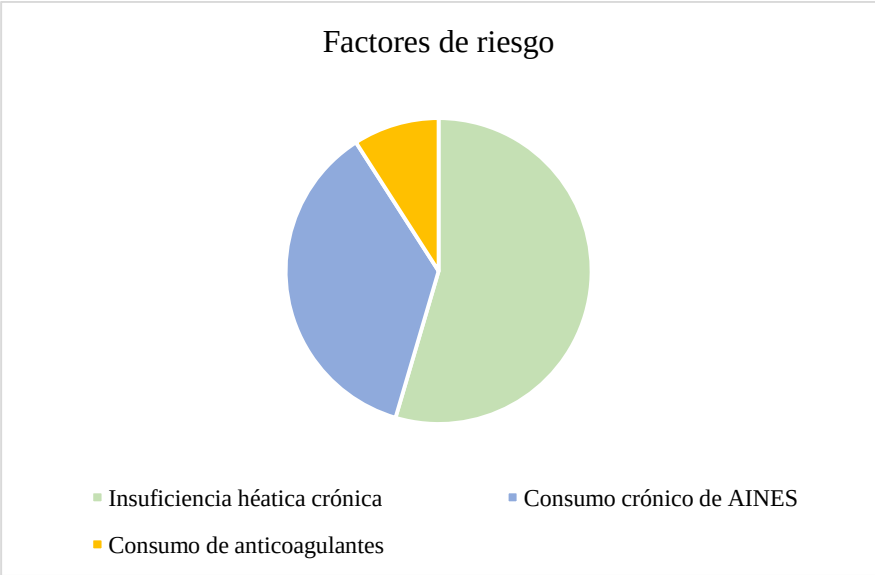


FIGURA 2. FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES

X.III. Etiología de hemorragia digestiva alta

Se describe que, dentro de la etiología, la más frecuente identificada de hemorragia del tracto digestivo alto fue la no variceal, presentándose en 12 pacientes (24.48%), de los cuales la enfermedad erosiva fue la que más se diagnosticó, seguida de úlcera péptica (18.36%), esofagitis (8.16%) y, con menor frecuencia, la patología neoplásica (2.04%). Respecto a la etiología variceal, se identificó en 8 pacientes (16.32%), de estos la más frecuente fue varices esofágicas (16.32%), en 14.28% de pacientes ingresados se reportó gastropatía hipertensiva portal, y en 59.18% pacientes no fue posible realizar endoscopia, debido a falta de recursos durante su hospitalización y/o personal médico. (TABLA 2).

TABLA 2. ETIOLOGÍA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Etiología de HTDA	No. de pacientes	Porcentaje %
Enfermedad erosiva	12	24.48 %
Ulcera péptica	9	18.36%
Esofagitis	4	8.16%
Malignidad	1	2.04%
Anomalías vasculares	0	0%
Várices esofágicas	8	16.32%
Várices gástricas	1	2.04%
Gastropatía hipertensiva portal	7	14.28%
Sin identificar	29	59.18%

X.IV. Manifestaciones clínicas

La presentación clínica más frecuente de esta patología se caracterizó por evacuaciones melénicas, (71.44%), seguida de hematemesis (28.57%) (FIGURA 3).

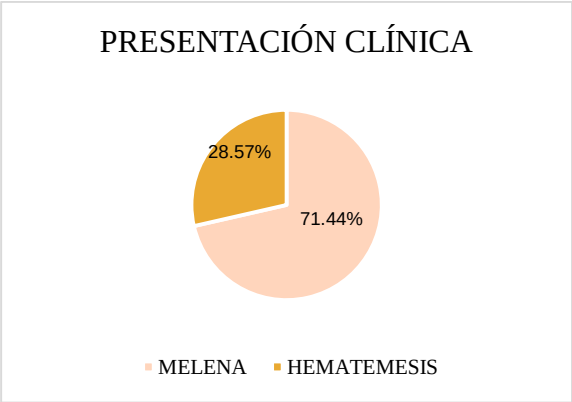


FIGURA 3. PRESENTACIÓN CLÍNICA

X.V. Tratamiento farmacológico

De todos los pacientes analizados (49), todos ellos recibieron tratamiento farmacológico inicial en servicio de urgencias (100%) dicho tratamiento se caracterizó por fármaco inhibidor de bomba de protones y procinético, y en pacientes con etiología variceal el 100% recibió tratamiento vasoconstrictor esplácnico (terlipresina). (TABLA 3).

TABLA 3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ETIOLOGÍA DE HTDA	TRATAMIENTO	
VARICEAL n (%)	Inhibidor de bomba de protones 12 (100%)	Procinético 12 (100%)
NO VARICEAL n (%)	Vasoconstrictor esplácnico 8 (100%)	

X.VI. Diagnóstico endoscópico

Se reportó que, de los 49 pacientes analizados, solo a 20 pacientes se les practicó endoscopia (40.81%), de los cuales se encontró que en 14 pacientes su sitio de sangrado más frecuente

fue el estómago (40.81%), seguido de 13 pacientes en el esófago (26.52%), 2 pacientes en el duodeno (4.08%) y 29 pacientes sin realizar endoscopia (59.18%) ni identificar sitio de sangrado. (TABLA 4).

TABLA 4. SITIO ANATÓMICO IDENTIFICADO POR ENDOSCOPIA

Sitio anatómico	No. de pacientes	Porcentaje %
Esófago	13	40.81%
Estomago	14	26.52%
Duodeno	2	4.08%

De los pacientes a los cuales se realizó endoscopia, 7 recibieron terapia mecánica con ligadura con bandas (14.28%) y 3 pacientes terapia de inyección con adrenalina (6.12%). (FIGURA 4).

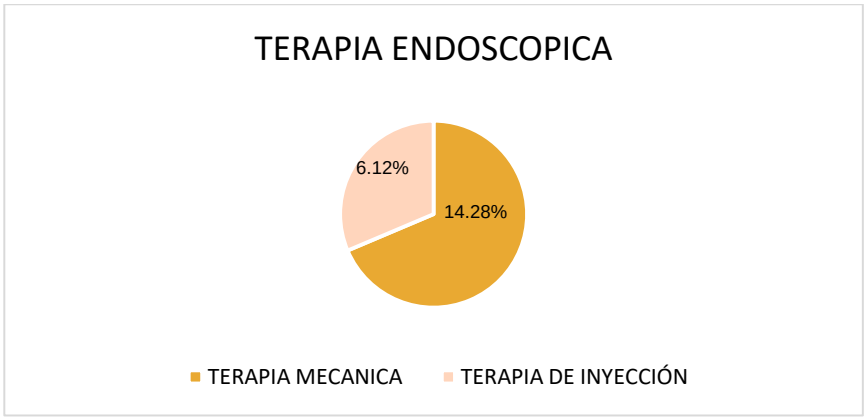


FIGURA 4. TERAPIA ENDOSCÓPICA

XI. DISCUSIÓN

La hemorragia del tracto digestivo alto sigue asociándose con tasas significativas de mortalidad y morbilidad, aun con limitaciones en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Por lo que el presente estudio fue diseñado para evaluar la prevalencia de la hemorragia del tracto digestivo alto en pacientes de 40 a 95 años atendidos en el servicio de urgencias, con el fin de determinar las características clínicas, etiológicas, sociodemográficas y las diferencias endoscópicas entre la hemorragia digestiva alta por sangrado no variceal y por sangrado variceal, y así generar datos estadísticos que contribuyan a la disminución de morbimortalidad.

Del total de 49 pacientes del estudio, se evidenció que 12 presentaron hemorragia del tracto digestivo alto de origen no variceal; de estos, la enfermedad erosiva fue la primera causa (24.48%), seguida de úlcera péptica (18.36%) y, en tercer lugar, esofagitis (8.16%), encontrándose que las causas de menor incidencia son las representativas de malignidad (2.04%). En cuanto a la etiología variceal de la hemorragia del tracto digestivo alto se presentó en 8 pacientes (16.32%), de estos la más frecuente fue varices esofágicas (16.32%), seguida de varices gástricas (2.04%).

Dicho estudio presenta una menor prevalencia a la reportada a nivel nacional registrando solo 49 pacientes (24.48 % para etiología no variceal y 16.32 % para etiología variceal), comparada con estudio observacional realizado por Ratiu y colaboradores en 2022 entre enero de 2013 y diciembre de 2020, donde se incluyeron 1499 pacientes. [23] Información que sustenta nuestra hipótesis, donde referimos que la prevalencia de hemorragia del tracto digestivo alto en adultos de 40 a 95 años atendidos en el servicio de urgencias de la Clínica Hospital doctor Rafael Barba Ocampo, ISSSTE Cuautla, Morelos, durante el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2024, será menor que la reportada a nivel nacional, con mayor frecuencia en el sexo masculino y de etiología no variceal.

Por lo cual se determinó que la causa más frecuente de hemorragia del tracto digestivo alto en pacientes que fueron atendidos en el servicio de urgencias fue la etiología no variceal,

siendo más frecuente la enfermedad erosiva (24.48%), resultados similares a los obtenidos en 2021 en el Hospital Militar Central, donde se identificó que la causa más frecuente de hemorragia digestiva superior fue, en primer lugar, la gastropatía erosiva, en segundo lugar, la úlcera péptica y en tercer lugar las várices esofágicas. [29]

Respecto a la distribución por sexo, en este estudio se identificó que la mayor prevalencia de casos se presentó en el sexo masculino (61.22%), pudiéndose observar que predominó el grupo de edad de 70-79 años (30.61%). La media de edad fue de 72.81 años. Dicha información coincide con resultados registrados en investigaciones pasadas realizadas en instituciones gubernamentales del estado de Morelos. En 2018 Martínez, M, P realizo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, donde incluyo expedientes de pacientes que cursaron con HTDA que ingresaron a urgencias del Hospital General "Dr. José G. Parres" de Cuernavaca, Mor, con el objetivo de estadificar a los pacientes en bajo y alto riesgo, según la escala Glasgow Blatchford, donde se valoraron 184 expedientes, identificando con mayor frecuencia el sexo masculino y edad promedio de 52 años. (32)

Lo que indica que probablemente la hemorragia digestiva alta es más frecuente en hombres y adultos mayores de 45 años debido a que tienen mayor exposición a tasas más altas de consumo de alcohol y el uso frecuente de polifarmacia como medicamentos analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y anticoagulantes, mayor presencia de comorbilidades, además de los cambios fisiológicos relacionados con la edad, como la menor capacidad de reparación de la mucosa gástrica, los cuales aumentan el riesgo de hemorragia digestiva.

En cuanto a la escolaridad de los pacientes, la más frecuente fue primaria concluida (28.57%). Lo que refleja que la mayoría de la población atendida en el servicio de urgencias por HDA tiene una formación académica limitada, siendo un factor determinante en el pronóstico, ya que un menor nivel educativo se asocia a menudo con un retraso en la identificación del paciente de sus síntomas de alarma, lo que condiciona que no acudan de manera oportuna al servicio de urgencias y retrasen el diagnóstico médico, y presenten mayor riesgo de complicaciones.

En relación con las comorbilidades asociadas a la hemorragia del tracto digestivo alto, se identificó como principal enfermedad asociada la hipertensión arterial sistémica (61.22%), seguida de diabetes tipo 2 (46.93%) y enfermedad renal crónica (10.20%). Dichos resultados concuerdan con los reportados en un estudio descriptivo realizado en el servicio de urgencias del HGR 110 del IMSS, en el que un alto porcentaje de los pacientes presentaba comorbilidades asociadas al desarrollo de esta patología, entre las que se incluyen hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica. [30]

Lo que indica en este estudio que, al tener mayor prevalencia de casos en pacientes adultos, son más propensos a padecer enfermedades crónicas, las cuales se convierten en comorbilidades peligrosas que afectan la evolución, pronostico y gravedad de la HDA. Lo que refleja la importancia de la prevención en pacientes adultos mayores con comorbilidades, las estrategias deben basarse en enfoque integral que incluya modificaciones en el estilo de vida, ejercicio, abandono de hábitos nocivos y control médico rutinario.

Entre los factores de riesgo, el más frecuente identificado fue insuficiencia hepática crónica (36.73%), seguido por consumo crónico de AINES (24.48%) y consumo de anticoagulantes (6.12%), dicho reporte presenta similitudes que se han identificado en varios estudios, donde estos factores de riesgo influían para desarrollar esta patología. [30]

Los resultados demuestran que, en la HDA, su pronóstico depende principalmente de las enfermedades concomitantes y de sus factores de riesgo. Al respecto se ha observado que la enfermedad no variceal es más frecuente secundario a consumo crónico inadecuado de AINES en pacientes ancianos, y la etiología variceal secundario a consumo crónico de alcohol que progresa a insuficiencia hepática crónica. Convirtiéndose en los dos principales factores de riesgo para el desarrollo de HDA, que incrementan la morbimortalidad.

De los pacientes revisados, el 71.44% de los pacientes se manifestó clínicamente con evacuaciones melénicas, Dicha información obtenida corresponde al estudio que se realizó en 2021 en el Hospital Militar Central, durante el periodo de enero a julio de 2021, donde los

resultados demostraron que en la hemorragia digestiva alta la manifestación clínica más frecuente detectada fue la melena. [29]

Del total de pacientes, todos recibieron tratamiento farmacológico inicial en servicio de urgencias (100%), caracterizado por un inhibidor de bomba de protones y un procinético para etiología no variceal y un vasoconstrictor esplácnico para etiología variceal.

Lo que demuestra la importancia del tratamiento farmacológico inicial en la HDA, ya que busca estabilizar hemodinámicamente al paciente, disminuir el resangrado, aminorar la necesidad de intervenciones terapéuticas urgentes, como la endoscopia, y reducir la mortalidad.

Además, solo a 20 pacientes se les practicó endoscopia (40.81%), el sitio de sangrado identificado con más frecuencia fue en estómago (40.81%); 14.28% recibieron terapia mecánica y 6.12% terapia de inyección, y 59.18% no se pudo realizar endoscopia debido a defunción, alta del servicio y/o no contar con servicio ni recurso disponible en la unidad.

Es necesario mencionar que la endoscopia temprana es el estándar de oro en el diagnóstico y el tratamiento, porque permite un diagnóstico preciso y un tratamiento hemostático inmediato, lo que reduce significativamente la mortalidad, la recidiva del sangrado, la necesidad de transfusiones y los días de hospitalización.

Por lo anterior se pueden observar varias similitudes entre estudios ya publicados previamente con respecto a los hallazgos identificados en este proyecto, lo que recalca la importancia de desarrollar protocolos de investigación centrados en HDA, porque se trata de una patología con alta prevalencia en el servicio de urgencias, asociada a una gran morbimortalidad, y el uso de un enfoque estructurado permite estandarizar la atención, mejor significativamente los resultados clínicos y la supervivencia de los pacientes.

XII. CONCLUSIONES

Este proyecto tuvo como objetivo estudiar la prevalencia de Hemorragia del Tracto Digestivo Alto en pacientes de edad 40-95 años atendidos en el servicio de urgencias adultos, se identificó que 49 pacientes presentaron Hemorragia Digestiva Alta en el periodo de 01 de enero al 31 de diciembre del 2024, de los cuales 24.48% de prevalencia para etiología no variceal y 16.32 % etiología variceal, etiología más frecuente en dicha población estudiada. El sexo masculino fue el más frecuente con 30 expedientes de pacientes (61.22 %), mayoritariamente predomino el rango de 70-79 años con 15 pacientes (30.61 %), se encontró que existe asociación entre la edad más frecuente de presentación de dicha patología en artículos ya publicados con los hallazgos de esta investigación.

Otro objetivo logrado fue describir las características sociodemográficas de los pacientes que son atendidos por Hemorragia del tracto digestivo alto que ingresan al servicio de urgencias. Se detectó que la escolaridad más frecuente fue primaria terminada (28. 57 %), seguido de la secundaria (10.20 %).

Con relación a las comorbilidades asociadas a hemorragia del tracto digestivo alto se obtuvo un total de 30 pacientes con hipertensión arterial sistémica (61.22 %), seguido de 23 pacientes con antecedente de diabetes tipo 2 (46.93 %), y 5 pacientes con enfermedad renal crónica (10.20 %). El factor de riesgo más frecuente se determinó por 18 pacientes con insuficiencia hepática crónica (36.73 %) y consumo crónico de AINES segundo (24.48%).

Todos los pacientes recibieron tratamiento farmacológico inicial en servicio de urgencias, y solo a 20 pacientes se les practicó endoscopia, de los cuales se encontró que 14 pacientes su sitio de sangrado identificado fue estomago (40.81 %). De aquellos pacientes a los cuales se les realizo endoscopia, 7 recibieron terapia mecánica (14.28 %) y 3 expedientes terapia de inyección (6.12 %).

Al finalizar este proyecto se alcanzaron los objetivos propuestos al inicio, se determinó la prevalencia de la hemorragia del tracto digestivo alto en el servicio de urgencias, así mismo

se dan a conocer las principales características sociodemográficas, etiológicas, epidemiológicas, factores de riesgo y comorbilidades en este grupo de población afectada, así como la prevalencia de pacientes a los cuales se les realizo estudio endoscópico y la técnica endoscópica empleada.

Aunque actualmente existe muy poca información epidemiológica de esta patología en el estado, el llevar a cabo un proyecto de esta magnitud nos aporta información valiosa, nos ayuda a determinar cuanta población tenemos con dicha patología y poder informar al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de las necesidades de la población y poder planificar los insumos necesarios para el correcto diagnóstico y tratamiento.

Recomendamos a la institución priorizar en llevar a cabo un correcto triage para la identificación adecuada de pacientes con diagnóstico de hemorragia del tracto digestivo alto, para un oportuno diagnóstico y tratamiento. Así como realizar educación continua, identificar pacientes con factores de riesgo, para poder realizar medidas de prevención adecuadas según la necesidad del paciente.

A la población, se recomienda evitar el consumo de AINES, llevar de una manera eficaz el seguimiento y control de las enfermedades de base, evitar consumo crónico de alcohol, y consultar de manera oportuna al médico en cuanto presenten síntomas de alarma, para una identificación precoz de la patología, y así garantizar un tratamiento oportuno, para contribuir de forma positiva a la disminución de la morbimortalidad.

XIII. REFERENCIAS

1. Martínez, G, S. Figueroa, P, N. Toro J, P. García, C, C. C sendes, A, J. Conducta actual frene a la hemorragia digestiva alta: desde el diagnóstico al tratamiento. *Revista de cirugía. 2021; 73 (6).* https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S245245492021000600728&script=sci_arttext
2. Cisneros, D. Abrahana, P. Robinson, J. Carballosa, L. Poch, E. Lantigua, R. Cruz, C. Rosales, M. Manejo de hemorragia digestiva baja en servicios de emergencia médica. *Revista Información Científica. 2008;57* (1). https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757326016.pdf
3. Agudelo, Y, S. Martínez, L, M. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Revista médica UIS. 2020;33(3).* http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v33n3/0121-0319-muis-33-03-9.pdf
4. Chuecas, J. Torres, T. Cabezas, G. Lara, B. Hemorragia Digestiva Alta. *Revista de ciencias médicas. 2019;44 (3).* DOI: http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356
5. Jiménez, L, A. Sangrado Digestivo Alto. *Revista Médica Sinergia. 2017; 2 (7).* https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177b.pdf
6. Instituto Mexicano del seguro social. GPC: Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica aguda complicada. 2015. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/169GER.pdf
7. Instituto Mexicano del seguro social. GPC: Diagnóstico y tratamiento de várices esofágicas en el adulto. 2017 https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/087GER.pdf
8. Guías diagnósticas de gastroenterología. Hemorragia gastrointestinal. https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gastro/hemorragia_gastrointestinal.pdf
9. Acevedo, J, J. Experiencia actual en hemorragia digestiva alta en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE. *Asociación Mexicana de endoscopia gastrointestinal. 2022; 32.*

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444648320200006 00322

10. Borewowda, U. et al. Update on the management of gastrointestinal varices. World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Terapeutics. 2019; 10 (1). https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6347650/
11. Narváez, R, M. Cortez, C, A. González, J, A. Tamayo, J, L. Zamarripa, F. Torre, A. Rivera, J, F. Vinageras, J, I. Muneta, J, E. Blancas, J, M, Valdovinos, F. Hernández, A. Sobrino, S. Huerta, H, M. Morenos, N. Bosques, F, J. Consenso Mexicano de Hipertensión Portal. Consenso Mexicano de Hipertensión Portal. *Revista de Gastroenterología de México. 2013; 78 (2), 92-113.* https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-mexicanohipertension-portal-articulo-S0375090613000293
12. De la Cruz, A, A. Sánchez, J, R. Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Medicina Interna de México. 2013; 29 (5).* https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim135b.pdf
13. Wilkins, T. et al. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. 2020, 101 (5), pp 294-300. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32109037/
14. Lárraga, J, O, A. Guías de diagnóstico y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. *Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. 2017; 29 (3).* https://www.academia.edu/121621484/Gu%C3%ADas_de_diagn%C3%B3stico_y_manejo_endosc%C3%B3pico_de_la_hemorragia_de_tubo_digestivo_alto_no_variceal_Asociaci%C3%B3n_Mexicana_de_Endoscopia_Gastrointestinal#loswp-work-container
15. Sevilla, V, A. et al. Sangrado digestivo alto en tiempos de Pandemia. *Endoscopia. 2020; 32.* https://doi.org/10.24875/end.m20000315.
16. Barkun, A, N. et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations from the International Consensus Group. Annals of

Internal Medicine.2019, 171 (11). https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-1795

17. Franchis, R. Bosch, J. Et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. *Journal of Hepatology. 2021; 76*. https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(21)02299-6/pdf
18. Gralnek, I, M. et al. Diagnóstico y tratamiento endoscópico de la hemorragia varicosa esofagogástrica: Sociedad Europea de Gastrointestinal Guía de endoscopia (ESGE). 2022. https:// doi.org/10.1055/a19394887
19. Gralnek, I, M. et al. Diagnóstico y tratamiento endoscópico de la hemorragia gastrointestinal superior no varicosa (HIGVNV): Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE). 2021. https:// doi.org/10.1055/a13695274
20. García, P. et al. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestología. Gastroenterología y Hepatología. 2017; 40 (5) pp 363-74. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.11.009
21. Proaño, C, X. López, M, C. Rivera, J, A. López, R, D. Hemorragia digestiva alta, etiología, diagnóstico y tratamiento: un artículo de revisión. *2024; 9 (1*) pp. 1128-1139. DOI: 10.23857/pc. v9i1.6426
22. Antunes, C. Tian, C. Copelin, E. Upper Gastrointestinal Bleeding. StatPearls Publishing. 2024. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470300/.
23. Ratiu, L. et al. Acute gastrointestinal bleeding a comparison between variceal and nonvariceal gastrointestinal bleeding. Medicina. PubMed. 2022; 101(45). https://doi.org/10.1097/MD.0000000000031543.
24. Nahon, S. Hagege, H. Latrive, J, P. Rosa, I. Nalet, B. Bour, B. Faroux, R. Gower, P. Arpurt, J, P. Denis, J. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. *Endoscopy. 2012; 44*(11): 998-1008. DOI: 10.1055/s-0032-1310006.
25. Saydam, S. Molnar, M. Vora, P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. *2023;15*(4). 723-739.doi: 10.4240/wjgs. v15.i4.723.

26. Aceves, M, G. Causas de sangrado de tubo digestivo en el servicio de urgencias, por endoscopias realizadas en el hospital general de Querétaro. 2024. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/10356/1/MEESN-266885%20%28PDF-A%29.pdf
27. Méndez, A. Relación clínica con hallazgos endoscópicos de la hemorragia de tubo digestivo alto en el servicio de urgencias del Hospital General Xoco. 2010. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/16295/1/TESIS_MENDEZ.pdf
28. Vázquez, C. Factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto en el servicio de urgencias del hospital general de zona no. 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí. 2016. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/5973/TesisE.FM.2016.Factores.V%C3%A1zquez.pdf ? sequence=1&isAllowed=y
29. Hernández, K, N. Caracterización de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior en el Hospital Militar Central de enero a julio 2021. 2021. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1359963/tesis-hernandez-solis.pdf
30. Larios, H. Prevalencia de sangrado de tubo digestivo en pacientes que acuden al servicio de urgencias del HGR 110 del IMSS.
31. Martínez, M, P. Estratificación de htda de acuerdo con la escala Glasgow Blatchford que ingresan al hospital general. 2018. https://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1514/MADPLL00T.pdf ?sequence=1&isAllowed=y
32. Martínez, M, P. Estratificación de HTDA de acuerdo con la escala Glasgow Blatchford que ingresan al Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres en el 2018. https://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1514/MADPLL00T.pdf ?sequence=1&isAllowed=y
33. Olvera, R. Prevalencia de sangrado de tubo digestivo alto en pacientes ingresados al servicio de urgencias en el Hospital General Regional con medicina familiar número

1 de Cuernavaca Morelos de julio 2023 a diciembre 2023. https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/07faaeca-4d00-48b2-a34d-51024f033b56/content

XIV. ANEXOS

ANEXO 1 DICTAMEN APROBATORIO DE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Gobierno de México | ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
"CENTENARIO DE LA REVOLUCION MEXICANA",
DIRECCIÓN
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
JEFATURA DE INVESTIGACION



Oficio 043.230.7.JINVEST.268.2025.

Emiliano Zapata, Morelos. A 05 de diciembre de 2025.

Asunto: Dictamen: Comité de Investigación.

DRA. ITZIA LORAIDE RAMÍREZ MARTÍNEZ
Investigadora Asociada.

Le informamos que el proyecto con título: Prevalencia de la Hemorragia del Tracto Digestivo alto en pacientes de edad 40 a 95 años atendidos en el servicio de Urgencias Adultos del 01 de enero al 31 de diciembre del 2024 en la Clínica Hospital "Dr. Rafael Barba Ocampo"; ha sido evaluado por el Comité de Investigación y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Código asignado por el Comité de Investigación: 60.2025

	N° / Fecha /Versión	Dictamen
PROTOCOLO	60.2025/05 - diciembre- 2025/02	APROBADO

En términos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo 17, esta investigación es considerada SIN **RIESGO.** Se adjunta el acta.

La vigencia de este proyecto de investigación es: 15 de diciembre 2025 al 15 de diciembre de 2026. En caso de requerir una ampliación, tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte del progreso del proyecto al menos 30 días antes de la fecha del término de la vigencia; lo anterior forma parte de las obligaciones del investigador principal.

Así mismo a los seis meses posteriores al inicio de la investigación, deberá entregar un informe que contenga la descripción de resultados preliminares y un informe final al término de esta.

Sin otro particular, quedo atento para aclarar dudas.

Atentamente

Dr. Clemente Sergio Novales Rosales
Presidente del Comité
No de Licencia Sanitaria: 25CI 7008010

Ccp. DSP Verónica Andrade Almaraz. Secretaria Vocal del Comité de Investigación. Seguimiento



2025 Año de La Mujer Indígena

Av. Universidad 40, Col. Palo Escrito, C.P. 62760, Municipio de Emiliano Zapata, Morelos
Tel.: (01 777) 1011400 Ext. 40228, veronica.andrade@issste.gob.mx

Gobierno de México | ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
"CENTENARIO DE LA REVOLUCION MEXICANA",.
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
JEFATURA DE INVESTIGACION



Oficio 043.230.7. JINVEST.268.2025.

Emiliano Zapata, Morelos, a 05 de diciembre de 2025.

Asunto: Dictamen: Comité de Ética e Investigación.

DRA. ITZIA LORAIDE RAMÍREZ MARTÍNEZ
Investigadora Asociada.

Le informamos que el proyecto con título: Prevalencia de la Hemorragia del Tracto Digestivo alto en pacientes de edad 40 a 95 años atendidos en el servicio de Urgencias Adultos del 01 de enero al 31 de diciembre del 2024 en la Clínica Hospital "Dr. Rafael Barba Ocampo"; ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Código asignado por el Comité de Ética e Investigación: 60.2025

	Nº / Fecha /Versión	Dictamen
PROTOCOLO	60.2025/05 -DICIEMBRE-2025/02	APROBADO

En términos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo 17, esta investigación es considerada **SIN RIESGO.** Se adjunta el acta.

La vigencia de este proyecto de investigación es: 15 de diciembre 2025 al 15 de diciembre de 2026. En caso de requerir una ampliación, tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte del progreso del proyecto al menos 30 días antes de la fecha del término de la vigencia; lo anterior forma parte de las obligaciones del investigador principal.

Así mismo a los seis meses posteriores al inicio de la investigación, deberá entregar un informe que contenga la descripción de resultados preliminares y un informe final al término de esta.

Sin otro particular, quedo atento para aclarar dudas.

Atentamente

Dra. Gisela Nieves Hernández Luis
Presidente del Comité
No de Registro: CONBIOÉTICA-17-CEI-002-20190225

Ccp. Dr. Pavel Korchaguín Piña Pérez. Vocal Secretario del Comité de Ética e Investigación. Seguimiento



2025 Año de La Mujer Indígena

Av. Universidad 40, Col. Palo Escrito, C.P. 62760, Municipio de Emiliano Zapata, Morelos
tel.: (01 777) 1011 400 Ext. 40228 veronica.andrade@issste.gob.mx

ANEXO 2 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

A. Nombre completo de paciente (iniciando apellido paterno):

B. Edad (años):		
C. Sexo:	**( )**	1. Masculino 2. Femenino
D. Fecha y hora de ingreso:		
E. Escolaridad:	**( )**	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Profesional
F. Comorbilidades:	**( )**	1. Diabetes 2. Hipertensión arterial 3. Enfermedad renal crónica
G. Factores de riesgo:	**( )**	1. Insuficiencia hepática 2. Consumo crónico de AINES 3. Uso de anticoagulantes
H. Diagnóstico clínico de HTDA:	**( )**	1. Si 2. No
I. Etiología de HDA identificada por endoscopia diagnostica:	**( )**	1. Enfermedad erosiva 2. Várices esofágicas 3. Úlcera péptica 4. Esofagitis 5. Malignidad 6. Lesiones vasculares 7. Sin identificar
J. Sitio de sangrado identificado en endoscopia: **( )**		1. Esófago 2. Estomago 3. Duodeno
K. Tratamiento farmacológico:	**( )**	1. Si 2. No
L. Tratamiento endoscópico:	**( )**	1. Técnica térmica 2. Técnica mecánica 3. Técnica de inyección
M. Defunción:	**( )**	1. Si 2. No

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Clínica Hospital "Dr. Rafael Barba Ocampo", ISSSTE Cuautla, Morelos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto de Investigación: Prevalencia de la Hemorragia del tracto digestivo alto en pacientes de edad de 40 a 95 años, atendidos en el servicio de urgencias adultos del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2024 en la C.H.Dr. Rafael Barba Ocampo.

Fecha: _____del 2025.

Introducción:
El presente estudio de investigación tiene el propósito de determinar la prevalencia de la Hemorragia del tracto digestivo alto en pacientes de edad de 40 a 95 años, atendidos en el servicio de urgencias adultos en el periodo de 01 de enero al 31 de diciembre del 2024 de la C.H.Dr. Rafael Barba Ocampo, para conocer la dimensión real del problema en nuestra población, lo que facilitará la adaptación de las estrategias de atención y la asignación de recursos de acuerdo con las necesidades específicas de la comunidad.

Procedimiento:
Procedimiento no invasivo. Se realizará revisión de expedientes.

Confidencialidad:
Todos los datos proporcionados por el paciente para el estudio serán de carácter estrictamente confidencial, serán utilizados únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número de folio y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos:
El presente estudio no representa riesgo sobre el paciente, esta investigación será de carácter observacional.

Beneficios:
Los beneficios no son de forma individual para pacientes, con los datos concedidos se identificará la prevalencia de hemorragia del tracto digestivo alto, su disponibilidad y factibilidad de poder entregar un informa de estos datos a la C.H.Dr. Rafael Barba Ocampo, lo que facilitará la adaptación de las estrategias de atención y la asignación de recursos de acuerdo con las necesidades específicas de la comunidad.

Participación Voluntaria:
Su participación es VOLUNTARIA y, por lo tanto, puede retirarse del estudio en cualquier momento. Los datos obtenidos serán identificados con un código cuya identidad es confidencial y serán almacenadas en esta unidad médica. En caso de que usted decida retirarse del estudio, esto no afectará de ninguna manera la calidad y cantidad de atención médica que recibe de parte de este hospital y sus datos no serán incluidos en el estudio sin su autorización.
Todos los gastos que se generen en la presente investigación serán cubiertos por la Clínica Hospital "Dr. Rafael Barba Ocampo", ISSSTE Cuautla, Morelos, y se le garantiza confidencialidad de la información otorgada.

ANEXO 4 SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Gobierno de México | ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA HOSPITAL "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"

Cuautla Morelos 01 de Febrero del 2026.

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACÓN DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Dr. Cesar Amando Cedillo Domínguez
Director de la C.H.Dr "Rafael Barba Ocampo"

Dr. Jorge Oliva Maldonado
Subdirector de la C.H.Dr "Rafael Barba Ocampo"

El que suscribe, médico residente de tercer año Itzia Loraide Ramírez Martínez de la especialidad de medicina de urgencias, solicito sea autorizado el acceso a los expedientes clínicos de pacientes con diagnostico de Hemorragia del Tracto Digestivo Alto, que recibieron atención en el servicio de urgencias adultos en esta unidad en el periodo de 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2024.

El objetivo de la revisión de expedientes con la finalidad de realizar un estudio de investigación titulado "PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES DE EDAD 40 A 95 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024 EN LA C.H. DR. RAFAEL BARBA OCAMPO", dicho trabajo esta basado en los principios éticos vigentes. El equipo de investigación se compromete a respetar la confidencialidad y privacidad de los datos, haciendo uso de la información con fines de investigación, adquiriendo el compromiso de jamás revelar la identidad de los participantes en ninguna publicación que surja del presente protocolo.

Sin mas por el momento y esperando contar con una respuesta favorable, reciba un cordial saludo.

AUTORIZO ACCESO A LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE PACIENTES

Atentamente:

Loraide

Itzia Loraide Ramírez Martínez
Medico residente de tercer año de medicina de urgencias

V°B°

ISSSTE C.H. DR. RAFAEL BARBA OCAMPO 02 FEB 2026 RECIBIDO DIRECCIÓN

UPAEP

2025 Año de La Mujer Indígena

Cuernavaca, Morelos a 19 de Agosto del 2026.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **"PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES CON EDAD DE 40-95 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024 EN LA CLINICA HOSPITAL "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"**, que para obtener el diploma de Especialidad en Urgencias Medicas me proporciono la alumna Itzia Loraide Ramírez Martínez. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dr. Rodolfo Abarca Vargas

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANÓ INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

RODOLFO ABARCA VARGAS | Fecha:2026-08-19 12:56:18 | FIRMANTE

AEs4q9puFGY1EkLIxDZ7OJn2S/IahGNWIdAmC53Lv2f8naT5pZrrwe4MptXRRBnQu8+HSTGLRF1/KCuc463QltE71R3IRXPaBjSoLMQ0velf94PfwFxj7RZH+y2h/8hg1aiPS3E41
PTvfXwVnVoF9VYfFlAD0z+Sn6VEak74uXAQgrtKp20IemS/vf6bpnE3rte7A0T07TkEMIhDqttDrVhLxAxYQQ7VnMHLbIKeumF2EtEYynO13AKetkun6eQnVHdooeLBRcWn0YFkW
aDXEtbTWuntCuURS6UX6oTNfBX57z/OJ+LhVEqJkD/pHSZMHQmDovUKAp6Hf0f0nM/Tdg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:

afi7BkvPR

https://efirma.uaem.mx/noRepudio/fFgl4VACeL6KIUiTpBRcQJ3eFX7dvt69

Cuernavaca, Morelos a 19 de Agosto del 2026.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **"PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES CON EDAD DE 40-95 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024 EN LA CLINICA HOSPITAL "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"**, que para obtener el diploma de Especialidad en Urgencias Medicas me proporciono la alumna Itzia Loraide Ramírez Martínez. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dra. Gabriela Castañeda Corral

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANÓ INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

GABRIELA CASTAÑEDA CORRAL | Fecha:2026-08-19 12:27:59 | FIRMANTE

DG23c4ybE1q0HccONBdUnKuKMSOnxzgFBrpzuqOrSPW4l5KTt+ShCVkW1k6sC9wGNS7wG3ydsZRzjfu0YBkmzb7j4x/X7U+A3Whl0xvsR/bC2w/axvIvb/mHEqpUXKOEVMz5as
aoJNyp8A+hbkVVH3K9YZgxOZPXWsqZNUFmH+stlPbXft9D/M6fvOFvGATdb7M/GdFPxp0yTlGKwixPIlNEuMGHpCOU88CHiKBywL6V26DlaH/5Fq1+FcH2JXCfVp1dIdll4UxHkh
AefWHp6XjOidlNrSY5gZD2e/oojqWosXC628HCEfEGA1SYdxNtQKSJZPMbL3lRSUozVP+vrg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:

NRpG40qS7

https://efirma.uaem.mx/noRepudio/j66OHAGecCNvdIftWakvc2EIGKtr0aoD

Cuernavaca, Morelos a 25 de Agosto del 2026.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **"PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES CON EDAD DE 40-95 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024 EN LA CLINICA HOSPITAL "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"**, que para obtener el diploma de Especialidad en Urgencias Medicas me proporciono la alumna Itzia Loraide Ramírez Martínez. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dra. Rosa Angelica Bonola Alcocer

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANÓ INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

ROSA ANGELICA BONOLA ALCOCER | Fecha:2026-08-31 11:34:37 | FIRMANTE

a9cZEKTWUmyoGNmynQ3Zz60oOhFba1V4Xsq7TP3cJhRgeNUY9O/piQrWipFlSXLlJ6y3aTSiNMyf3p71He79rb125UHBqzR+NqrShzfI1nXEgVFiVGcgHZqaDHN3VHp4wk04C7uiH4FWIYr9SgHz5kWrtJgs0zFtychmWs72whUHH2+rcAydY8STXNon7q8Sb4/zICXkyJxwaoXMjXLqacoq4Vw3qdIXLtFbBDedVPjYvNpi6swadVqxqMhfaAvHjZvbYix4SFYfTWNTJncUOOS0LXXGrDHjzYFLkOj3aEaTKvHFARrCG5882qHYahpGTv5LScLiWaOjIGX8z5Femg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:

FBWzr6tjX

https://efirma.uaem.mx/noRepudio/4isnocmJv31efue65XEkSqdBZnYqUSYw

Cuernavaca, Morelos a 30 de Abril del 2026.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **"PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES CON EDAD DE 40-95 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024 EN LA CLINICA HOSPITAL "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"**, que para obtener el diploma de Especialidad en Urgencias Medicas me proporciono la alumna Itzia Loraide Ramírez Martínez. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

DCS. José Iván Martínez Rivera

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANÓ INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

JOSE IVAN MARTINEZ RIVERA | Fecha:2026-05-04 18:55:40 | FIRMANTE

l1JclC+a4FmWHVD/2Gy66MlUGUyJuxAaXmib1iAtMyNnDgL784m8vdq4Y+5qXINTrWKEJlQCqzkE2QcUjagwGiFJgm5n1K142LHzi95d5p3ZlcMXT3Lerm0o2tRXCjgx4VT7qVI4TWVbvt4Hac6lrqktyIdRMZePv4hm9ImJUgznrXsvmtRtwt+HEsHjb4ZtKrD4TZ9iec2Pzir99Amd3oUZDt/c190Jgeo1d5AEA4fKE2k1ZJIpTwnXNugy9WUL6q8Ids7fshQjxWvCQU0rwTb/CAIS3zW0S8qUIoRc9nPm1Es5G7zpUh3SM4rdatZ4C4RcxFAwjKAzc7iRQvk03Q==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:

cTiLnkgCr

https://efirma.uaem.mx/noRepudio/NpoqO5zWk2YTGIOuBbONtYHZb4qwZEVF

Cuernavaca, Morelos a 19 de Agosto del 2026.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **"PREVALENCIA DE LA HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES CON EDAD DE 40-95 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024 EN LA CLINICA HOSPITAL "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"**, que para obtener el diploma de Especialidad en Urgencias Medicas me proporciono la alumna Itzia Loraide Ramírez Martínez. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dr. David Alejandro López Varo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANÓ INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

DAVID ALEJANDRO LOPEZ VARO | Fecha:2026-08-25 11:53:43 | FIRMANTE

HcNjjjGyNxHIN2zUiwKvqjsCEa90o3DTmC4j/TKICyiyjNk+1ZQjshvkiZSfCPEqFfY/YcRFBwOowQuVzr7QYqwwhEF9GdergwbsDkcXHhZF5uCMFWIQl3GPYd4s5aRndPDa+I2kH6EKIP0eo/Bp4TcE6eefsC8ZHvZQe5OrrcC6Vabg49GrG63ivBpMTYY71Nt8lHWcnDFsK1zYUhBAGF3bSdIVS8GBsWMQqnfpBpsHhLM6WyxGnR4zi6byMRS6a8aOUzJ9FYgroBM1GaBGcBVYVbYl0lf3udRpY5oTMR4PSrdwfV4GLB2TSOsbjt/Sy8X38miKxlngdd2QYw7hNA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:

SzB3q1Got

https://efirma.uaem.mx/noRepudio/1jJd1fMYA8vnYEwFdnmuPYRslYLy3sEb