



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLÍVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

TG-2024-10-08

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. LUIS BRITO Prof. CESAR SANTODOMINGO y Prof. ALIDA NAVAS, Reunidos en: Salón Departamento de Bioquímica

a la hora: 2:00pm

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR NO VARICEAL. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ" MAYO 2022-MAYO 2023**

Del Bachiller **DEVERA FIGUEROA ISBHELEN MILAGROS** C.I.: 27044161, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORÍFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 18 días del mes de Julio de 2024

  
**Prof. LUIS BRITO**  
 Miembro Tutor

  
**Prof. CESAR SANTODOMINGO**  
 Miembro Principal

  
**Prof. ALIDA NAVAS**  
 Miembro Principal

  
**Prof. IVÁN AMADOR RODRÍGUEZ**  
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado



ORIGINAL COMISIÓN



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLIVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

TG-2024-10-08

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. LUIS BRITO Prof. CESAR SANTODOMINGO y Prof. ALIDA NAVAS, Reunidos en: Sala Departamental de Bioanálisis

a la hora: 2 pm

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR NO VARICEAL. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ" MAYO 2022-MAYO 2023**

Del Bachiller **MORILLO GONCALVES STEFANNIE MICHELLE** C.I.: 27158860, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORÍFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	X
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	---

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 18 días del mes de Julio de 2024

[Signature]  
 Prof. LUIS BRITO  
 Miembro Tutor

[Signature]  
 Prof. CESAR SANTODOMINGO  
 Miembro Principal

[Signature]  
 Prof. ALIDA NAVAS  
 Miembro Principal

[Signature]  
 Prof. IVÁN AMARAL RODRIGUEZ  
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado



ORIGINAL COMISIÓN



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
“Dr. Francisco Battistini Casalta”  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA  
SUPERIOR NO VARICEAL. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTO.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PAEZ”. MAYO  
2022– MAYO 2023.**

**Tutor académico:**

Dr. Luis Brito

**Trabajo de Grado Presentado por:**

Br: Devera Figueroa, Isbhelen Milagros

C.I: 27.044.161

Br: Morillo Goncalves, Stefannie Michelle.

C.I: 27.158.860

**Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano**

Ciudad Bolívar, julio de 2024

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA .....	vii
RESUMEN .....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN .....	12
OBJETIVOS .....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos .....	13
METODOLOGÍA.....	14
Tipo de estudio.....	14
Población .....	14
Muestra .....	14
Criterios de inclusión.....	15
Criterios de exclusión .....	15
Operacionalización de las variables.....	15
Procedimientos .....	16
Análisis Estadístico.....	16
RESULTADOS .....	17
Tabla N°1 .....	17
Tabla N°2.....	18
Tabla N°3.....	19
Tabla N°4.....	20
Tabla N°5.....	21
Tabla N°6.....	22
DISCUSIÓN .....	23

CONCLUSIONES .....	26
RECOMENDACIONES .....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	28
APÉNDICES .....	36
Apéndice A .....	35

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente a Dios y a la Virgen, por ser quienes han guiado nuestros pasos para lograr obtener nuestro título de Médico Cirujano.

A la Universidad de Oriente, por la oportunidad de permitirnos realizar nuestros estudios y de esta forma ser parte de los egresados de la casa más alta del oriente venezolano.

A nuestros padres, por su amor y apoyo incondicional.

A nuestros hermanos, familia y amigos que de una u otra forma han brindado su apoyo y estuvieron con nosotros en los momentos de tristezas y alegrías durante este largo camino

A nuestro tutor, Dr. Luis Brito, excelente ser humano y gran profesional, gracias por sus enseñanzas, su ayuda, paciencia, tiempo, dedicación, compromiso y asesoramiento.

Al departamento de Registro y Estadística del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, por su colaboración para la recolección de los datos.

***Isbhelen Devera y Stefannie Morillo***

## DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, el creador de todas las cosas quién a través de sus dones me permitió llegar a cumplir esta meta, mostrándome que su tiempo es perfecto, por fortalecer mi corazón e iluminar mi camino, por ello que de forma especial le dedico este trabajo.

A la santísima Virgen María, cuyo amor y protección siempre siento conmigo, tal cual una madre, lo que ha sido todos mis años de vida, gracias por interceder por mí y nunca dejarme sola, este logro también va dedicado a ti.

A mis padres Leomagda Figueroa y Juan Leonardo Devera por ser mis pilares fundamentales en todo lo que soy, por su gran corazón y capacidad de entrega, pero sobre todo por inculcarme grandes valores que me han acompañado en todos los aspectos de mi vida, por su apoyo incondicional y sacrificio a ustedes les dedico con amor cada éxito.

A mi hermano, Juan Pablo Devera por ser mi amigo, compañero de aventura, y ser mi fuente de inspiración, te amo y de dedico este trabajo

A mis abuelos, Pedro Pablo Figueroa+, Helen Hernández + , Isbelia Hurtado por ser parte importante de mi vida, por amarme y por sus consejos que me acompañan en todos mis sueños y metas, por ustedes este logro.

A mi hermana de vida y mejor amiga Izhamar Rondón por su apoyo incondicional y por recibirme como un miembro más de su familia, gracias por ser mi compañera, cómplice y confidente en todo momento, por tu comprensión, paciencia y

cariño todos estos años, siempre ocuparás un lugar muy especial en mi corazón, muchas gracias, te amo y te dedico este logro.

A mi hermana de sueños y compañera de tesis Stefannie Morillo, por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos, por las risas en las horas de estudio y brindarme seguridad en los momentos más difíciles, tu apoyo y tu amistad significa mucho para mí, gracias por tanto, sin ti esta meta no sería posible.

A mí madrina Yoraima Cobis a quien quiero como una madre, por sus palabras de aliento cuando lo necesitaba y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento, la quiero muchísimo, para usted este logro.

A mis queridos amigos que me regaló la universidad y ahora colegas: Juan Ferrer, Jhorvi Rodriguez, Angelo Puleo, Angelica Puebla, Maria Angelica Mata, Yoliange Sanchez, Maridelcy Lanz, Josniel Rondón y Oner Hernández quienes han sido una fuente inagotable de apoyo, sabiduría y ánimo en mi vida y a lo largo de este proceso han estado a mi lado, brindándome consejos valiosos y compartiendo momentos de alegría y tristeza, gracias por ser un regalo invaluable que ha trascendido el ámbito académico, los aprecio mucho y gracias por coincidir en este camino, este logro es para ustedes.

***Isbhelen M. Devera Figueroa***

## DEDICATORIA

A Dios, mi roca eterna, por guiarme en cada paso de este viaje académico y darme la fuerza para perseverar. Gracias por ser mi fuente de fortaleza y entendimiento en este logro académico.

A mis padres, María Goncalves y Omar Morillo, este logro es un testimonio de su inmenso amor y dedicación. Mi gratitud hacia ustedes es imposible de expresar completamente, cada sacrificio que han hecho, cada día de trabajo duro y cada decisión que tomaron en mi nombre son el fundamento de mi éxito.

A mi hermano, Ender, quien con esfuerzo me ha acompañado en este camino y ayudado a lograr mis sueños

A mis abuelas, Marta y Cecilia por ser un pilar fundamental en mi vida, por cuidarme y siempre brindarme unos brazos donde refugiarme.

A mis primas, Andreina y Gabriela, que son mis hermanas de corazón quienes me han acompañado de la mano en cada uno de mis pasos y me han apoyado incondicionalmente.

A mis amigos, quienes me abrieron su corazón y me acompañaron en cada escalón, con quienes estudiar horas y horas siempre estuvo acompañado de risas.

*Stefannie M. Morillo Goncalves*

**COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO EN  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA  
SUPERIOR. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTO. COMPLEJO  
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PAEZ”. MAYO 2022– MAYO  
2023.**

**Tutor: Dr. Luis Brito. Autores: Br. Devera, I. y Morillo, S.**

**RESUMEN**

La hemorragia digestiva alta no variceal es una urgencia médica muy frecuente con una incidencia anual de 65 casos por 100.000 habitantes siendo 2 veces más frecuente en la población masculina en comparación con la población femenina. Conocer la realidad en cuanto a los factores de riesgo, causas, pronóstico y mortalidad de la hemorragia digestiva alta no variceal permite mejorar las estrategias de manejo y detectar a tiempo potenciales determinantes de hemorragia digestiva alta grave. **Objetivo:** Señalar el comportamiento clínico-epidemiológico de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal hospitalizados en el servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Período Mayo 2022- Mayo 2023. **Metodología:** Este estudio fue de tipo ambispectivo, descriptivo, de corte transversal. **Resultados:** Se encontró que el género masculino predominó sobre el femenino en el 70,67 % de los casos, donde la edad más resaltante observada se encontró entre los 38 – 47 años con 24 %. El 53,33 % de los sujetos presentaron melena y 28 % hematemesis. 32,21 % de estos individuos tenían hipertensión arterial. El 100 % fueron tratados con inhibidores de la bomba de protones, mientras que en 34,67 % se administró concentrado globular. 80 % de los pacientes permanecieron hospitalizados entre 3 – 7 días y el 90,67 % presentaron mejoría, 8 % fallecieron y 1,33 % se retiraron de la institución contra opinión médica. **Conclusiones:** Se encontró que una cantidad significativa de pacientes con hemorragia digestiva fallecieron durante la realización de este estudio.

**Palabras clave:** hemorragia digestiva, manifestaciones clínicas, pacientes.

## INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) es tan antigua como la medicina. Unos 400 años a.n.e., Hipócrates, el padre de la medicina, refirió algunos síntomas correspondientes a esta enfermedad. Desde la Grecia clásica, se le designaba a la úlcera la enfermedad negra, donde el vómito sanguinolento y ardiente era el signo característico. A lo largo de la historia se recoge en la enciclopedia médica que grandes personalidades han padecido la enfermedad desde Voltaire (1674), hasta Adolf Hitler (1889-1945), sufriendola también otros en este período como Mozart, Napoleón Bonaparte, la Reina Victoria, Mussolini y Rodolfo Valentino. En las figuras de la medicina, tenemos al famoso médico cirujano William S Halsted, quien murió producto de esta enfermedad. (Otero et al., 2020).

La hemorragia digestiva es la urgencia médica más frecuente en el servicio de emergencia y sigue teniendo una incidencia y mortalidad importantes probablemente debido al envejecimiento de la población asociado a un mayor consumo de AINEs, antiagregantes y anticoagulantes y se define como la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano. (Brunicardi y Schwartz, 2020).

Atendiendo al origen, se clasifican en superior cuando se originan por encima del ángulo de Treitz, media cuando ocurre a partir del ángulo de Treitz hasta la Válvula ileocecal, e inferior, toda hemorragia que ocurre por distal a la válvula ileocecal. La forma de manifestarse va a estar condicionada por la velocidad de instauración, el volumen de la hemorragia y el origen del sangrado. (Manzaneda y Espin. 2022)

Los autores dividen la HDA en dos grupos: no varicosa y varicosa, teniendo cada una una presentación diferente. La hemorragia no variceal engloba las úlceras esofágicas bajas, gástricas y duodenales, erosiones gastroesofágicas, reflujo gastroesofágico, gastropatía hipertensiva portal y tumor gástrico, por su parte, el sangrado de origen varicoso se presenta principalmente mediante las várices esofágicas. El síndrome de Mallory Weiss también es considerado una causa importante. Las patologías más prevalentes son la úlcera péptica (duodenal y gástrica) y las várices esofágicas. (Choe et al., 2017).

La hemorragia digestiva alta es más frecuente que la hemorragia digestiva baja, cinco veces más, la mortalidad se estima que es del 7 al 10%, con una prevalencia en ancianos. En una auditoría Nacional del Reino Unido se estimó que la mortalidad global es del 10% después de la presencia de una HDA aguda. (James y Yuanyuan., 2020)

Se estima que la incidencia anual de HDS es de 100-150 casos por cada 100.000 habitantes, aunque cambia según la literatura y la ubicación. La incidencia aumenta con la edad y afecta al 1% de los mayores de 85 años, donde llega hasta tasas de 1187 por 100.000. El promedio de edad de aparición es de 60-70 años y es 1.3-1.8 veces más común en hombres. Alrededor del 80% de los sangrados son autolimitados, pero un 15% sigue sangrando copiosamente y requiere manejo en urgencias. Aproximadamente un 5% de los pacientes necesita tratamiento quirúrgico, principalmente los ancianos. En cuanto a la HDSNV, la causa más común es la úlcera péptica gastroduodenal, seguido por erosiones gastroduodenales, esofagitis, lesiones vasculares como la lesión de Dieulafoy y las ectasias vasculares como la angiodisplasia y las menos frecuentes, las lesiones neoplásicas (Marmo et al., 2020).

La HDS no variceal se ha relacionado con factores de riesgo prevenibles, tales como el consumo de alcohol, la infección por *Helicobacter pylori* y los

antiinflamatorios no esteroideos (AINES). La endoscopia es un instrumento de diagnóstico y tratamiento. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos la mortalidad se ha mantenido estable en los años recientes (en torno al 10-15 %), sobrepasando inclusive la causada por infarto agudo de miocardio, que está estimada en un 5 % de mortalidad intrahospitalaria. (Ordoñez, 2023).

Los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de esta patología se clasifican en dos categorías: factores modificables, que permiten la implementación de medidas preventivas para su desarrollo. Se producen principalmente por dos causas que son: 1) infección por *H. pylori* 2) Ingesta de AINES. Existen otras causas menos frecuentes como por ejemplo los trastornos de la secreción ácida (Zollinger Ellison), ingesta de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes, abuso de consumo de tóxicos como alcohol y drogas y las úlceras de stress en pacientes gravemente enfermos ingresados en áreas críticas. (Malik, et al., 2021)

La infección por *H. pylori* está presente en 75%-95% de los casos de úlcera duodenal (UD) y en 60-80% de los casos de úlcera gástrica. La producción local de diversas enzimas (proteasas, fosfolipasas, ureasa) más los factores patogénicos de esta bacteria, como citotoxina CagA y VacA, entre otros, lesionan e inflaman la mucosa gastroduodenal, generando un daño a las células D productoras de somatostatina. La disminución de esta determina la desinhibición de las células G antrales productoras de gastrina, y, además, la desinhibición de las células ECL productoras de histamina. Esto conlleva la generación de una mayor secreción de ácido por parte de las células parietales, actuando como el factor agresor endógeno condicionante de la úlcera péptica. (Martínez et al., 2021a)

En la ingesta de fármacos, se tiene que el consumo de AINES incrementa el riesgo de HDS en pacientes adultos mayores de 60 años debido a que las lesiones asociadas a los AINES son comunes en consumidores crónicos. El riesgo de úlcera

péptica y complicaciones aumenta alrededor de un 4% al año. Lesiones como petequias y equimosis pueden encontrarse hasta en el 50% de los pacientes, aunque la mayoría no se detectan al ser asintomáticas. La correlación clínica-endoscópica es baja, por lo que un gran porcentaje de pacientes consumidores de AINES presentan síntomas gastrointestinales sin lesiones detectables y, en ocasiones, una complicación es la forma de inicio de la enfermedad ulcerosa asociada a los AINES. (Hijos et al., 2021)

El principal mecanismo causante asociado a los AINES es la inhibición sistémica de la síntesis de prostaglandinas, que están implicadas en la reparación y defensa de la mucosa intestinal; debido a que al inhibir la ciclooxigenasa 1 y 2 (COX-1 y COX-2), disminuye la concentración de prostaglandinas que protegen la mucosa mediante la secreción de bicarbonato y moco. También disminuyen la secreción de ácido por parte de las células parietales gástricas y promueven la proliferación e irrigación adecuada de la mucosa, por lo que su inhibición provoca un efecto isquémico en la mucosa. (Cañamares et al., 2020)

El consumo de alcohol representa un factor de riesgo para el desarrollo de HDS, debido a que esto va a multiplicar 4 veces el riesgo a una HDS en patología ulcerosa. Posterior a un consumo de alcohol, lo común es la presencia de una hematemesis por las lesiones agudas de la mucosa gástrica. (Ortega et al., 2021).

Se ha estudiado que el consumo de tabaco resulta ser agresor directo de la mucosa gástrica debido a que altera el flujo sanguíneo, disminuye la secreción de bicarbonato pancreático, disminuye la presión del esfínter pilórico, retarda la cicatrización, y aumenta la secreción de ácido clorhídrico y esto conlleva a la formación de úlceras pépticas que posteriormente pueden sangrar si se perforan. (Sung et al., 2021).

La edad se considera el factor no modificable más relevante en la incidencia de la hemorragia digestiva superior no variceal; ya que se ha demostrado un aumento exponencial de la HDS-NV conforme aumenta la edad. Específicamente, el grupo etario más afectado por esta patología es más frecuente en personas mayores de 60 años. (Rendón et al., 2022)

Estadísticamente se ha evidenciado que la HDA suele tener mayor prevalencia en el sexo masculino mayores de 60 años, en comparación con el femenino; también se ha evidenciado que la mayor mortalidad se encontró en el sexo masculino. (Mellado y Mellado. 2022).

Las principales causas de HDS de origen no variceal, en orden de frecuencia, son las siguientes: úlcera péptica (30-50 %), erosiones gastroduodenales (10-15 %), esofagitis (10-15 %), desgarro de Mallory-Weiss y malformaciones vasculares (5-10 %). Otras condiciones, como la malignidad, componen los casos restantes y a menudo se detectan durante la endoscopia de rutina. (Vaca et al., 2024).

La úlcera es de las principales causas de hemorragia digestiva superior, se define como una solución de continuidad de la mucosa de más de 3-5 mm de diámetro, que está constantemente expuesta a pepsina y ácido clorhídrico, con infiltración inflamatoria y necrosis, que alcanza en profundidad la capa muscular, pudiendo extenderse a todo el espesor del órgano, inclusive produciendo su perforación. Por lo tanto, la úlcera péptica siempre deja una cicatriz cuando desaparece, al contrario de las erosiones, que son lesiones que llegan hasta la submucosa y siempre cicatrizan sin dejar cicatriz. Anatómicamente, se producen con mayor frecuencia en el estómago y en la primera porción del duodeno. (Martínez et al. 2021b).

La úlcera péptica es una alteración erosiva a nivel de la mucosa y submucosa prioritariamente en tejido gástrico y duodenal, dicha alteración tiene como base etiopatogénica la alteración en el balance entre agentes que afecten la integridad de la mucosa, mayormente hiperacidez o infección, y factores encargados de la protección de esta. Los factores de riesgo más frecuentes asociados a la generación de la patología por úlcera péptica a nivel duodenal son la ingesta desmesurada de AINES y la invasión del tejido mucoso por parte de la infección del bacilo gramnegativo, *Helicobacter pylori*, siendo este último el factor más determinante, con una tasa de colonización gástrica por encima del 60% de la población mundial, teniendo variaciones basadas en la etnia de los pacientes y el grado socioeconómico de la población afectada (Kamada et al., 2021).

El síndrome de Mallory Weiss (SMW) se define como la presencia de laceraciones mucosas longitudinales no perforantes en el esófago distal y estómago proximal causadas por un incremento rápido de la presión intra-abdominal en relación con esfuerzo nauseoso u otro desencadenante, que asocia sangrado de los vasos submucosos. Es una causa frecuente de hemorragia digestiva alta (HDA), representando según algunos estudios entre el 3-10% de todos los casos de HDA, incluyendo pacientes con cirrosis hepática. (López et al., 2023).

El cáncer gástrico es la segunda neoplasia gastrointestinal más frecuente, por detrás del cáncer colorrectal. La presentación clínica puede ser muy variable e inespecífica, incluyendo formas asintomáticas en estadios precoces. Los síntomas más frecuentes son: el dolor abdominal (50%-65%) y la pérdida de peso (40%), normalmente relacionada con una disminución de la ingesta. Entre los factores de riesgo más significativos, se incluye la infección por *H. pylori*, los antecedentes familiares de adenocarcinoma gástrico y la anemia perniciosa confirmada. (Tavecchia et al., 2024)

Los signos y síntomas clínicos de la hemorragia digestiva son indicadores fundamentales para determinar el origen, la etiología y la severidad del sangrado. La pérdida de sangre desde el tracto gastrointestinal se puede manifestar a través de diversos hallazgos clínicos. En el caso específico de la hemorragia digestiva superior no variceal, se manifiesta con hematemesis que se caracteriza por vómito con contenido de sangre roja, conocida como en pozo de café. Esto sugiere sangrado proximal al ligamento de Treitz. Considerado como un evento de moderada a grave que podría estar en curso. (Proaño et al. 2024)

Otra de las manifestaciones que se pueden observar es la melena, la cual se caracteriza por heces alquitranadas, que pueden ser francamente sanguinolentas con una hemorragia abundante lo cual constituyen un signo de hemorragia digestiva alta no variceal (Pezzotti, 2020)

El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas de sangrado, iniciando con el examen físico, analítica de laboratorio, historia clínica detallada. Entre los métodos diagnósticos tenemos la endoscopia que se debe realizar luego de la estabilización hemodinámica del paciente en las primeras 24 horas salvo contraindicación. Esto reduce la necesidad de transfusiones, estancia hospitalaria y la necesidad de cirugía. Además, es importante para determinar los pacientes con riesgo de resangrado y para ello el factor pronóstico más importante para predecir el resangrado de una úlcera péptica es su aspecto endoscópico en el momento del diagnóstico, la endoscopia además permite realizar terapéutica (Chuecas et al., 2019).

La anamnesis inicial debe incluir la valoración de la forma de presentación de la hemorragia (hematemesis, melenas), repercusión hemodinámica y gravedad (hematemesis masiva, sudoración), comorbilidad (teniendo en cuenta los antecedentes o datos clínicos sugestivos de hepatopatía) e interrogar sobre el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y de antiagregantes o anticoagulantes. Se

debe evaluar el estado hemodinámico: tensión arterial sistólica y frecuencia cardiaca, así como signos de hipoperfusión periférica. (Fernández y Vicente, 2020).

Inicialmente, se considera dos situaciones clínicas, primero el paciente con sangrado leve, bien tolerado y sin repercusiones, suele ser ingresado para verificar con la evolución que el sangrado se ha detenido, y realizar endoscopia que determine su origen y eventual tratamiento dentro de las primeras 24-48 horas del ingreso. Esta situación corresponde generalmente a pacientes asintomáticos que notaron melenas y pueden exhibir una leve palidez cutáneomucosa. Segundo, los pacientes con hemodinamia inestable o en shock hipovolémico hemorrágico suelen presentarse con hematemesis de sangre roja con abundantes coágulos frescos, marcada palidez cutáneo-mucosa y/o enterorragia (que puede objetivarse al tacto rectal). Deben excluirse sangrado nasofaríngeo y hemoptisis, que pueden deglutir sangre y tener hematemesis. (Liz y Lapiedra, 2018).

En el manejo inicial y estabilización hemodinámica se debe colocar 2 vías periféricas que permitan la infusión rápida de cristaloides o derivados sanguíneos si es necesario, el objetivo de la fluidoterapia en los pacientes con hemorragia digestiva alta es mantener una presión arterial  $>90/60$  mmHg, una frecuencia cardiaca entre  $<100$  por minuto y un volumen urinario  $>50$  ml/h. Se debe obtener una analítica (hemograma, pruebas de coagulación, función renal y función hepática). E indicar dieta absoluta. (Gralnek et al., 2021)

Se debe aportar hemoderivados cuando haya indicación, transfusión urgente (paciente inestable) en HDA masivas en las que el paciente no responde a los volúmenes aportados, se deben indicar hemoderivados rápidamente. En estos casos, las transfusiones están indicadas cuando la hemoglobina es  $<7$  g/dl o el hematocrito es  $<21\%$ . Sin embargo, niveles de hemoglobina  $>7$  g/dl se deben procurar en ciertos pacientes, considerando otros factores que puedan hacer la anemia menos tolerable,

como edad avanzada, cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca congestiva en donde se debe mantener un hematocrito  $\geq 30\%$  y hemoglobinas  $\leq 9$  g/dl. Después de esta evaluación inicial y una vez se ha iniciado la estabilización hemodinámica del paciente se recomienda completar la anamnesis y la exploración física (Schmitz y Zarate, 2022).

Las escalas pronósticas clasifican el riesgo de resangrado. La escala de Glasgow-Blatchford (EG-B) no requiere estudios endoscópicos y se integra con datos clínicos y de laboratorio; además, estratifica la necesidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos urgentes. Los pacientes calificados mediante EG-B con riesgo bajo de resangrado se pueden tratar en forma segura como ambulatorios y en los evaluados con riesgo alto se debe practicar endoscopia, preferentemente en las primeras 12 horas. Ya que la endoscopia depende de la disponibilidad del recurso, el triaje con escalas permiten disminuir los ingresos hospitalarios en pacientes de riesgo bajo, así como la estancia prolongada. Para pronosticar resangrado y la necesidad de tratamiento endoscópico, transfusión o cirugía. En dicha escala, el punto de corte  $\leq 2$  es el mejor predictor de riesgo bajo de resangrado y egreso seguro del paciente. (Olivarec-Bonilla et al., 2020)

El índice de Rockall, mediante sus dos escalas preendoscópica y post-endoscópica, posibilita una gestión más precisa del paciente con hemorragia del aparato digestivo superior, lo que justifica el seguimiento extrahospitalario que ayuda a disminuir los gastos derivados de la hospitalización. Asimismo, el índice preendoscópico posibilita distinguir quienes pueden ser beneficiados por la EVDA urgente, y el post-endoscópico discrimina mejor el resangrado y la muerte. El sistema de puntuación de Rockall incluye tres variables clínicas (edad, shock, y comorbilidad) y dos variables endoscópicas (diagnóstico y estigma de sangrado reciente). Con este score se obtiene una puntuación de riesgo en una escala de 0 a 11, donde 11 representa el riesgo más alto. (Frías-Ordoñez et al., 2023)

En el tratamiento farmacológico preendoscópico, en cuanto a la utilización de procinéticos (Metoclopramida/Eritromicina vía endovenosa), no se debe indicar su uso de manera sistemática antes de la endoscopia. La Eritromicina intravenosa (dosis única, 250 mg administrado 30-120 min antes de la endoscopia) podría ser útil en pacientes seleccionados para mejorar el rendimiento diagnóstico de la endoscopia urgente. La Eritromicina mejora significativamente la visibilidad durante la endoscopia, reduce la necesidad de una segunda exploración, disminuye el número de unidades de sangre transfundida, y reduce la duración de la estancia hospitalaria. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) por vía intravenosa, disminuyen el sangrado activo y los estigmas de alto riesgo, la necesidad de tratamiento endoscópico y la estancia media del paciente. Es especialmente importante administrar el IBP intravenoso si se prevé que la endoscopia no se realizará de manera inmediata. La dosis recomendada es un bolo de 80 mg de IBP intravenoso, seguido de una perfusión de 8 mg/h disuelto en suero fisiológico. (García- Iglesias et al., 2021).

Para el diagnóstico, estratificación del pronóstico y tratamiento de una HDA se debe realizar una endoscopia digestiva superior, la cual posee una sensibilidad cercana al 98%, y una especificidad que varía entre el 30% al 100%. Se ha visto que aquellos pacientes con EDA de menos de 24 horas o en forma precoz, se benefician mucho más que quienes lo hacen en un tiempo mayor. Existe una diferencia significativa entre ambos grupos por una mayor mortalidad, grado de sangrado, mayor tiempo de estadía intrahospitalaria y mayor recidiva de la patología. Con la EDA se logra verificar el sitio del sangrado, el daño de epitelio y mucosas y efectuar la clasificación de Forrest, la cual posiciona a los pacientes, de acuerdo con las variables de resangrado, cirugía y mortalidad, en distintos estratos de riesgo. Para las HDA no variceales se asigna las categorías IA, IB, IIA y IIB al riesgo alto, y las categorías IIC y III a riesgo bajo. Durante la endoscopia, se puede realizar un

tratamiento inmediato de forma mecánica, con inyectoterapia, terapia térmica o con spray y clips. (Gralnek et al., 2021)

Para el tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva superior no variceal, tenemos la Epinefrina diluida, que realiza vasoconstricción, creando un efecto de taponamiento, permitiendo el control temporal del sangrado para ayudar a la visualización. La coagulación térmica, que permite generar energía o corriente eléctrica para la coaptación de los vasos sanguíneos y llevar a la hemostasia definitiva. Otro, es el clip a través del alcance, que realiza la hemostasia mecánica a través de un nuevo diseño de clip rotatorio y reabsorbible, logrando una mínima lesión térmica (preferible en coagulopatía). También está el clip sobre el alcance (OTSC), que de igual forma realiza una hemostasia mecánica mediante un clip de gran calibre fabricado en aleación metálica nitinol con efecto memoria de forma, que permite el cierre de espesor completo, este método tiene alta tasa de éxito clínico y puede utilizarse como terapia de rescate en hemorragias refractarias. (Ho Shing y Sung, 2020).

Después de la endoscopia, en pacientes con una alta probabilidad de recidiva hemorrágica y después de un tratamiento endoscópico eficaz, la administración de un IBP (80 mg en bolo intravenoso seguido de una perfusión continua de 8mg/h ha demostrado reducir el resangrado, la necesidad de cirugía y la mortalidad. Igualmente podría administrarse un IBP en forma de bolo intravenoso durante las 72 h posteriores a la realización de la endoscopia o bien si los pacientes están en condiciones de iniciar dieta oral, se pueden administrar dosis altas por vía oral. Se pueden mantener dosis altas de IBP pasadas las 72 h en pacientes con alto riesgo de recidiva. En pacientes con lesiones de bajo riesgo se puede administrar un IBP a la dosis habitual una vez al día. (Joon, 2020).

## JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva alta no variceal es una urgencia médica muy frecuente con una incidencia anual de 100-150 casos por cada 100.000 habitantes siendo más frecuente en la población masculina en comparación con la población femenina. Esto representa un elevado número de ingresos hospitalarios anuales y un gran consumo de recursos sanitarios. Conocer nuestra realidad en cuanto a los factores de riesgo, causas, pronóstico y mortalidad de la hemorragia digestiva alta permitirá mejorar las estrategias de manejo y detectar a tiempo potenciales determinantes de hemorragia digestiva alta grave. Si se conoce dichos factores, es posible actuar acertadamente evitando un manejo inadecuado en estos pacientes. (Bolívar et al., 2019).

Debido a que no se han realizado estudios que describen la correlación entre las principales comorbilidades asociadas en nuestro medio, se pretende identificar estas características para mejorar el pronóstico de los pacientes y disminuir su mortalidad. Con lo expuesto, es posible actuar de modo oportuno en el diagnóstico y establecimiento de la gravedad de la enfermedad, implementando estrategias en la atención primaria, cuyos beneficiarios son la sociedad, los pacientes que padecen la enfermedad y el sistema de salud.

Es por ello que se decide realizar dicha investigación con la finalidad de estudiar el perfil clínico y epidemiológico del paciente que ingresa a la emergencia de adultos con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar estado Bolívar en el Hospital Ruiz y Páez periodo 2022-2023. Esta investigación se encontrará a la disposición de estudiantes, docentes, profesionales de la salud y de otras áreas, tanto para la información como para impulsar o ampliar proyectos de investigación y estrategias de trabajo concerniente al tema expuesto.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Describir el comportamiento clínico-epidemiológico de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal hospitalizados en el servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Período Mayo 2022- Mayo 2023.

### **Objetivos específicos**

1. Agrupar a los pacientes según edad y género.
2. Precisar las principales manifestaciones clínicas en la población a estudiar.
3. Identificar la presencia de comorbilidades en los pacientes estudiados.
4. Identificar el tratamiento recibido en cada caso.
5. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria.
6. Establecer la condición de egreso de los pacientes estudiados.

# METODOLOGÍA

## **Tipo de estudio**

El presente trabajo de investigación posee un carácter descriptivo porque en él se describen las características o propiedades más significativas de personas, grupos, poblados o de cualquier fenómeno que vaya a ser sometido a observación. (Ortiz et al., 2020). Es de corte transversal porque los hechos son evaluados en un momento específico y determinado de tiempo. (Cvetkovic et al., 2021) Es de tipo ambispectivo porque indaga sobre hechos ya ocurridos, al mismo tiempo que registra la información en la medida que van ocurriendo los hechos. (Artiles et al., 2018).

## **Población**

Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal que ingresaron al servicio de Emergencia de adultos del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de Mayo 2022- Mayo 2023.

## **Muestra**

Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal en el servicio de Emergencia de adultos del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de Mayo 2022- Mayo 2023, que cumplieron con los criterios de inclusión del presente trabajo de investigación.

### **Criterios de inclusión**

Todos los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal hospitalizados en el servicio de Emergencia de adultos del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez entre el período Mayo 2022- Mayo 2023 cuya historia clínica posea los datos completos.

### **Criterios de exclusión**

Todos los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior variceal y aquellos con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal hospitalizados en el servicio de Emergencia de adultos del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez entre el período Mayo 2022- Mayo 2023 cuya historia clínica no posea los datos completos.

### **Operacionalización de las variables**

- Edad: 18-27 años; 28-37 años; 38-47 años; 48-57 años; 58-67 años; mayor de 67 años.
- Género: Femenino o Masculino.
- Manifestaciones clínicas: hematemesis, melena, otros.
- Comorbilidades: HTA, DM, obesidad, cirrosis hepática, enfermedades renales y/ o cardiovasculares.
- Tratamiento recibido.
- Tiempo de estancia hospitalaria: Menor de 3 días, 3 – 7 días, mayor de 7 días.
- Condición de egreso del paciente: mejoría o muerte.

### **Procedimientos**

- Se realizó una carta dirigida a la Dr. Luis Brito, jefe del Servicio de Emergencia de adultos para solicitar los permisos correspondientes a fin de obtener la información pertinente para la realización de la investigación.
- Se creó una ficha de recolección de datos con el objeto de tomar los datos correspondientes para el cumplimiento de todos los objetivos de la investigación, dicho formato fue elaborado por los autores y revisado y validado por el tutor de esta investigación.

### **Análisis Estadístico**

Los datos fueron analizados por medio del programa Microsoft Excel, aplicando estadística descriptiva, para luego ser presentados en cuadros o gráficos para una correcta y resumida interpretación.

## RESULTADOS

**Tabla N°1**

**Pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal según edad y género. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Período Mayo 2022- Mayo 2023.**

Edad (Años)	Género				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	n	%		
18 – 27	3	4,00	-	-	3	4,00
28 – 37	17	22,67	3	4,00	20	26,67
38 – 47	18	24,00	3	4,00	21	28,00
48 – 57	11	14,67	13	17,33	24	32,00
58 – 67	3	4,00	1	1,33	4	5,33
> 67	1	1,33	2	2,67	3	4,00
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>70,67</b>	<b>22</b>	<b>29,33</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

$$X = 43,13 \text{ DE} = 4,67 \pm 2,33$$

En la tabla número 1 se pudo evidenciar que el género masculino predominó sobre el femenino en el 70,67 % (n=53) de los casos, donde la edad más resaltante observada se encontró entre los 38 –47 años con 24 % (n=18).

**Tabla N°2**

**Manifestaciones clínicas presentadas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Período Mayo 2022- Mayo 2023.**

<b>Manifestaciones clínicas</b>	<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Melena	40	53,33
Hematemesis	21	28
Mixto (melena y hematemesis)	14	18,67
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

El 53,33 % (n=40) de los pacientes presentaron melena y 28 % (n=21) hematemesis, siendo lo más predominante observado.

**Tabla N°3**

**Comorbilidades encontradas en los pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Período Mayo 2022- Mayo 2023.**

Comorbilidades	Si		No	
	N	%	N	%
Hipertensión arterial	26	34,67	49	65,33
Diabetes mellitus	13	17,33	62	82,67
Enfermedad renal	9	12	66	88,00
Enfermedad cardiaca	7	9,33	68	90,67

Alrededor de un 34,67 % (n=26) de los pacientes tenían hipertensión arterial siendo la comorbilidad mayormente encontrada.

**Tabla N°4**

**Tratamiento empleado en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Período Mayo 2022- Mayo 2023.**

<b>Tratamiento empleado</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Inhibidores de la bomba de protones	75	100	-	-
Concentrado globular	26	34,67	49	65,33
Ácido tranexámico	9	12	66	88
Sucralfato	4	5,33	71	94,67
Concentrado plaquetario	2	2,67	73	97,33

En el 100 % (n=75) de los pacientes se empleó inhibidores de la bomba de protones, mientras que en el 34,67 % (n=26) se administró concentrado globular.

**Tabla N°5**

**Tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Período Mayo 2022- Mayo 2023.**

<b>Tiempo de estancia hospitalaria</b>	<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Menor de 3 días	3	4
3 – 7 días	60	80
Mayor de 7 días	12	16
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Con respecto al tiempo de estancia, 80 % (n=60) de los pacientes permanecieron hospitalizados entre 3 – 7 días, siendo lo más predominante observado.

**Tabla N°6**

**Condición de egreso de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Período Mayo 2022- Mayo 2023.**

<b>Condición de egreso</b>	<b>Si</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Contra opinión médica	1	1,33
Mejoría	68	90,67
Muerte	6	8
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

El 90,67 % (n=68) de los pacientes presentaron mejoría, mientras que 8 % (n=6) fallecieron y solo 1,33 % (n=1) se retiraron de la institución contra opinión médica.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que el género masculino predominó sobre el femenino en el 70,67 % de los casos, donde la edad más resaltante observada se encontró entre los 38 – 47 años con 24 %, hecho que se aproxima a los resultados obtenidos en el trabajo de investigación de Pinto et al (2020) determinó que la hemorragia digestiva alta ocurrió en el 63,9% de los varones, con una frecuencia en el grupo etáreo 48,5 – 76 años (62 %), seguido del grupo > 60 años (19,1 %), 40 – 49 años (18,2 %) y 50 – 59 años (13,6 %) y en menor proporción otros grupos etarios.

Con respecto al sexo, se observó que predominó el sexo masculino con un 61,6%, a su vez, Melgar et al (2018) resaltó que 50,13 % fue de sexo femenino y el 49,87% fue de sexo masculino, no obstante, Vargas et al (2021) señaló que la hemorragia digestiva superior afectó frecuentemente a pacientes mayores de 70 años del sexo masculino en el 58,8 %, mientras que Lakatos et al (2021) describió que la edad promedio de 68,6 años, predominando el sexo masculino en un 61,30 %. Por otro lado, Forgerini et al (2020) indicó que 72,8 % de los individuos eran del sexo masculino donde la edad promedio fue de 63 años.

El 53,33 % de los sujetos presentaron melena y 28 % hematemesis, mientras que el 18,67% de los mismos presentaron ambas manifestaciones clínicas, estos hechos se aproximan a los valores obtenidos en el estudio de Forgerini et al (2020) donde el 62,8 % de las manifestaciones clínicas se presentó como melena, 45 % como hematemesis pero difiere del trabajo de investigación de Ortega, Yepes y Coronado (2020) donde señalaron que las manifestaciones más comunes fueron las melenas 87,4% y hematemesis 55,7 %, no obstante, Vargas et al (2021) describe que las sintomatologías presentadas fue la melena y hematemesis en más del 75 % de los pacientes.

Con respecto a las comorbilidades encontradas, 34,67 % de estos individuos tenían hipertensión arterial, estos resultados coinciden con los estudios realizados por Vargas et al (2021) donde indicaron que la comorbilidad mayormente encontrada fue la hipertensión arterial con el 39,2%, por otra parte, difiere del trabajo investigación de Forgerini et al (2020) quien señaló que el 55,6 % de los pacientes padecían de hipertensión arterial, 21,3% de diabetes, no obstante, Melgar et al (2021) destacaron que la hipertensión arterial fue la principal comorbilidad encontrada en el 73%, la diabetes mellitus con 21 % y, asimismo, Ortega, Yepes y Coronado (2020) describieron que las patologías expresadas como antecedentes y/o coexistentes en los pacientes fue hipertensión arterial con 38,9%. En cuanto a la enfermedad renal esta se observó en el 9% de los pacientes estudiados, hechos que difieren del estudio realizado por Calderon (2018) donde destacan que el 58,8 % de los pacientes presentaban enfermedad renal. Por otra parte, con respecto a la enfermedad cardiaca, esta se encontraba presente en un 7% de los pacientes examinados, por lo que difiere del estudio realizado por Ortega, Yepes y Coronado (2020) quienes señalan la coexistencia del mismo en 21.5% de los casos.

El 100 % fueron tratados con inhibidores de la bomba de protones, mientras que en 34,67 % se administró concentrado globular, hecho que coincide con el estudio de Melgar et al (2018) donde el 100 % se administraron inhibidores de la bomba de protones, así como también Vargas et al (2021) donde se brindó tratamiento con inhibidores de bomba de protones (100 %), sin embargo, se administró transfusión de glóbulos rojos empacados (2 %).

Al determinar el tiempo de estancia hospitalaria, 80 % de los pacientes permanecieron hospitalizados entre 3 – 7 días, el cual coincide con Pinto et al (2020) quien estableció que la media de estancia hospitalaria fue de 5 días en la mayoría de los pacientes, pero difiere del trabajo de investigación de Lakatos et al (2021) donde señaló que el 50,3 % de los pacientes estuvieron ingresados más de 7 días.

El 90,67 % de los pacientes evaluados presentaron mejoría, 8 % fallecieron y 1,33 % se retiraron de la institución contra opinión médica, hecho que se aproxima a los resultados obtenidos en el trabajo de investigación de Pinto et al (2020) quien estableció que el 95,4 % de los pacientes presentaron mejoría clínica, mientras que Forgerini et al (2021) describió que el 22 % fallecieron por motivo de cuadros clínicos graves y 78 % se recuperaron gracias a los procedimientos y tratamientos efectuados.

## CONCLUSIONES

El género masculino predominó sobre el femenino en más de la mitad de los casos estudiados, donde la edad más resaltante observada se encontró entre los 38 – 47 años.

La manifestación clínica mayormente encontrada en los pacientes estudiados fue melena.

Un tercio de los pacientes estudiados refirieron hipertensión arterial como comorbilidad.

La totalidad de los pacientes fueron tratados con inhibidores de la bomba de protones.

Gran parte de los individuos permanecieron hospitalizados entre 3 – 7 días.

La mayor proporción de los pacientes estudiados presentaron mejoría, mientras que una pequeña proporción de los mismos fallecieron.

## **RECOMENDACIONES**

- Solicitar dotación de endoscopio para el Servicio de Gastroenterología con la finalidad de proporcionar diagnóstico etiológico a los pacientes que presentan hemorragia digestiva.
- Fomentar la correcta realización de la historia clínica, indagando sobre las manifestaciones clínicas, comorbilidades y posibles causas asociadas.
- Solicitar exámenes de laboratorio paraclínicos pertinentes ante la presencia de sintomatología característica de hemorragia digestiva.
- Promover el estudio de las complicaciones por órganos y sistemas.
- Establecer protocolos estandarizados ante el padecimiento de hemorragias digestivas.
- Actualización continua sobre los protocolos a seguir en el tratamiento de hemorragias digestivas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bolívar, A., Sarcos, F., Espinosa, N., et al. 2019. Hemorragia digestiva alta por úlcera péptica o duodenal. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Peru. [En línea]. Disponible: 10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.594-614 . [Abril, 2023]
- Brunicardi F. Schwartz. 2020. Principios de Cirugía. Onceava Edición. Páginas: 967-991
- Calderón, G.E. 2018. Resangrado de la úlcera péptica en pacientes con y sin enfermedad renal crónica. Horizonte Médico, Vol 18, pag 19-26. Lima, Peru. [En línea]. Disponible: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n4.03> [Julio, 2024]
- Cañamares, P., Borao C., Sánchez I., Hijos G., Lanás, A. 2020. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Volumen 13, Núm 3. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.01.022>. [Junio, 2024]..
- Choe, J., Kim, S., Hyun, J., Jung, S., Jung, Y., Koo, J., et al. 2017. Is the AIMS 65 Score Useful in Predicting Clinical Outcomes in Korean Patients with Variceal and Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding 11(6): 813-20. Gut Liver. Departamento de Medicina Interna, Hospital Ansan de la Universidad de Corea, Facultad de Medicina de la Universidad de Corea, Ansan, Corea.

- Chuecas, J., Torres, T., Cabezas, G., Lara, B. 2019. Hemorragia digestiva alta. DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356>
- Fernández A, Vicente M. 2020. Protocolo de Manejo de las hemorragias digestivas altas. [En línea]. Disponible: [https://www.chospab.es/area\\_medica/medicinainterna/protocolos/hemorragias.htm](https://www.chospab.es/area_medica/medicinainterna/protocolos/hemorragias.htm) [Marzo, 2023].
- Forgerini, M., Urbano, G., Nadai, T., Zapata, M., Kemp, R., Mastroianni, P. 2021. Epidemiological profile of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding secondary to peptic disease in a tertiary referral brazilian hospital. *Arquivos de gastroenterologia*, 58(2), pag. 202–209. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202100000-36> [Julio, 2024].
- Frías-Ordoñez J.S., Arjona-Granados D.A., Martínez-Marín J.D. 2023. Hemorragia de vías digestivas altas no varicosa: un acercamiento a pronóstico. Revisión de la literatura. *Arch Med*. DOI: 23(1):156-163. <https://doi.org/10.30554/archmed.23.1.4444.2023>.
- García-Iglesias P., Botargues JM., Feu, F., Villanueva, C., Calvet, X., Brullet, E, et al. 2021. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. *Gastroenterología y Hepatología*. 40(5):363-74. DOI: 10.1016/j.gastroh ep.2016.11.009.
- Gralnek I., Stanley A., Morris A., Camus M., Lau J., Lanas A., Laursen S., Radaelli F., Papanikolaou I., Gonçalves T., Dinis-Ribeiro M., Awadie H., Braun G., de Groot N., Udd M., Sanchez-Yague A., Neeman Z.,

- Van Hooft J. 2021. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update. *Endoscopy*. 53(3):300-332. doi: 10.1055/a-1369-5274.
- Hijos, G., Sostres, C., Gomollón, F. 2021. AINE, toxicidad gastrointestinal y enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología* 45. Vol. 45. Núm. 3. páginas 215-222. [En línea]. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-S0210570521002016>. [Julio, 2024].
- Ho-Shing, L., & Sung, J. 2020. Treatment of UGI bleeding in 2020: new techniques and outcomes. *Digestive Endoscopy*. doi:10.1111/den.136744
- Huerta-Mercado, J., Guzmán-Calderón E., Vesco-Montegudo, E. 2022. Hemorragia digestiva alta no variceal. *Diagnóstico*, 61(3), e397. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.397>
- James Y., Yuanyuan-Yu, S. 2020. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding List of authors. 2020; 2020(382). *The New England Journal of Medicine*. Inglaterra.
- Joon, K. 2020. Guidelines for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gut and Liver*. 14:(5)560-570
- Kamada, T., Satoh, K., Itoh, T., Ito, M., Iwamoto, J., Okimoto, T., Kanno, T., Sugimoto, M., Chiba, T., Nomura, S., Mieda, M., Hiraishi, H., Yoshino, J., Takagi, A., Watanabe, S., Koike, K. 2021. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2020. *J*

Gastroenterol. 56(4):303-322. [En línea]. Disponible en: doi: 10.1007/s00535-021-01769-0. [Junio, 2024].

Lakatos, L., Gonczi, L., Lontai, L., Izbeki, F., Patai, A., Racz, I., Gasztonyi, B., Varga, L., Ilias, A., Lakatos, P. 2021. Incidence, Predictive Factors, Clinical Characteristics and Outcome of Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding - A Prospective Population-based Study from Hungary. *Journal of gastrointestinal and liver diseases. JGLD*, 30(3), 327–333. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.15403/jgld-3495> [Julio, 2024].

López, M., López, J., Ortega, E., Martínez, J., Redondo, E., Jiménez, R., 2023. Los pacientes con Síndrome de Mallory Weiss presentan mayor tasa de sangrado activo y necesidad de terapia endoscópica en comparación con otras causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. *RAPD Online*. 46(3):112-118. DOI: 10.37352/2023463.1 [Junio, 2024].

Malik. T., Gnanapandithan, K., Singh, K. 2021. Peptic Ulcer Disease. *Gastroenterology* ;170–9. [En línea]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/>. [Julio, 2024].

Manzaneda, M., Espín, J. 2022. 1108 Hemorragia digestiva alta y baja. *Gastroenterología y Nutricion*. pag 517. [En línea]. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/wp-content/uploads/2022/04/MC-UrgPed-GASTROENTEROLOGIA-Y-NUTRICION.pdf#page=42> [Julio, 2024].

- Marmo, R., Soncini, M., Marmo, C., Borbjerg, L., Gralnek, I., Stanley, A. 2020. Medical care setting is associated with survival in acute upper gastrointestinal bleeding: A cohort study. *Dig Liver Dis.* 52(5):56-5 [Junio, 2024].
- Martínez, G., Figueroa, P., Toro J., García, C., Csendes, A. 2021. Conducta actual frente a la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento *Rev. cir.* vol.73 no.6. [En línea]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210061132> [Marzo, 2023].
- Melgar, L., Botello, M., Melgar C., Santofimio, D., Isaías, H. 2019. Causas más frecuentes de Hemorragia en Tubo Digestivo Alto de origen no variceal en paciente mayor de 50 años en Colombia. *Revista Navarra Médica*, 4(2), pág 14-21. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.61182/rnavmed.v4n2a2>. [Julio, 2024]
- Mellado, J., Mellado, J.J. 2022. Variación estacional de la hemorragia digestiva alta. *Revista Cubana de Reumatología*, 24(2). [En línea]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962022000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000200004&lng=es&tlng=es). [Junio, 2024].
- Olivarec-Bonilla, M., García-Montano, A., Herrera-Arellano, A. 2020. Riesgo de resangrado en hemorragia digestiva alta según la escala de Glasgow-Blatchford: herramienta de triaje. *Gaceta Médica de México*. DOI: 10.24875/GMM.20005607
- Ordoñez, J. 2023. Hemorragia de vías digestivas altas no-varicosa: un acercamiento a pronóstico. Revisión de la literatura: Pronóstico en Hemorragia

digestiva alta. Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 23 N° 1. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.23.1.4444.2023> [Julio, 2024].

Ortega, L., Yepes, I., Coronado, J. 2021. Factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia del tracto digestivo superior no variceal. Revista Ciencias Biomédicas, 10(1), 27-38. [En línea]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/11699>. [Julio, 2024]

Otero, M., Figueredo, L., Figueredo, C., Rosada, Y., Polanco, A. 2020. Sangramiento Digestivo Alto. Factores de riesgo asociados. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Enero 2017 a enero 2018. Multimed, 24(1), 130-139. [En línea]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182020000100130&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100130&lng=es&tlng=es). [Junio, 2024]

Pezzotti, W. 2020. Understanding acute upper gastrointestinal bleeding in adults. Nursing, 50(5), pag 24–29.[En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000659292.53003.39>. [Junio, 2024].

Pinto, C., Parra, P., Magna, J., Gajardo, A., Berger, Z., Montenegro, C., Muñoz, P. 2020. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). Revista médica de Chile, 148(3), pag 288-294. [En línea]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000300288> [Julio, 2024].

- Proaño, C., López, M., Rivera, J., López, R. 2024. Upper gastrointestinal bleeding, etiology, diagnosis and treatment: a review article. Polo del Conocimiento. Núm. 85 Vol. 9, No 1, pp. 1128-1139 [En línea]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9257847>. [Julio, 2024]
- Rendón, A., Carmona, V., González, I., Vásquez, I., Mejía, E., Gómez, L., Jaramillo, C., González, E., Vallejo, S., Acevedo, A. 2022. Hemorragia del tracto digestivo superior, enfoque para el médico general. Medicina UPB, 41(1), 67–74. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.18566/medupb.v41n1.a09> . [Julio, 2024].
- Schmitz, J., Zarate. A. 2022. Hemorragia digestiva alta. [En línea]. Disponible: <https://medfinis.cl/img/manuales/HDA-2.pdf> [Abril, 2023]
- Sung, J., Laine, L., Kuipers, E., Barkun, A. 2021. Towards personalised management for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. 70(5): 818-824. Escuela de Medicina Lee Kong Chian, Universidad Tecnológica de Nanyang, Singapur. [En línea]. Disponible: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-323846> [Abril, 2023].
- Tavecchia, M., Burgos A., Cerpa A., Martín-Arranz, M., 2024. Actualización en cáncer gástrico. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Volumen 14, Número 3. [En línea]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541224000313> [Junio, 2024].

- Vaca, D., Torres, J., Reascos, M., Enríquez, M. 2024. Causas raras de sangrado digestivo alto no variceal. *Gaceta Médica Estudiantil*, 5(1). [En línea]. Disponible en: <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/233/396> [Junio, 2024].
- Vargas, H., Córdova, I., Junes, S., Alosilla, P., Paredes, J., Ferrándiz, J. 2021. Manejo de la hemorragia digestiva alta en pacientes con infección por SARS-CoV-2 en un hospital de Lima, Perú. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 36(3), 358–365. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.22516/25007440.742> [Julio, 2024].

## **APÉNDICES**

## Apéndice A



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
“Dr. Francisco Battistini Casalta”  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha /        /

Nombre:

**Sexo:**

**Edad:**

**Manifestaciones clínicas:** Hematemesis \_\_\_\_\_ Melena \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**Comorbilidades:** HTA \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ Cirrosis hepática  
\_\_\_\_\_ Enfermedades Renales \_\_\_\_\_ Enfermedades Cardiacas \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

**Tratamiento recibido:**

**Tiempo de estancia hospitalaria:** Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de  
Egreso: \_\_\_\_\_

**Condición de egreso del paciente:** Mejoría: \_\_\_\_\_ Muerte: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

<b>TÍTULO</b>	COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR NO VARICEAL. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PAEZ”. MAYO 2022– MAYO 2023.
---------------	---

**AUTOR (ES):**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>CÓDIGO CVLAC / E MAIL</b>
Devera Figueroa, Isbhelen Milagros	CVLAC: 27.044.161 E MAIL: isbhelendf1998@gmail.com
Morillo Goncalves, Stefannie Michelle	CVLAC: 27.158.860 E MAIL: morillogoncalves158@gmail.com

**PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

hemorragia digestiva, manifestaciones clínicas, pacientes.

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de Medicina	servicio de Emergencia

### RESUMEN (ABSTRACT):

La hemorragia digestiva alta no variceal es una urgencia médica muy frecuente con una incidencia anual de 65 casos por 100.000 habitantes siendo 2 veces más frecuente en la población masculina en comparación con la población femenina. Conocer la realidad en cuanto a los factores de riesgo, causas, pronóstico y mortalidad de la hemorragia digestiva alta no variceal permite mejorar las estrategias de manejo y detectar a tiempo potenciales determinantes de hemorragia digestiva alta grave. **Objetivo:** Señalar el comportamiento clínico-epidemiológico de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal hospitalizados en el servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Período Mayo 2022- Mayo 2023. **Metodología:** Este estudio fue de tipo ambispectivo, descriptivo, de corte transversal. **Resultados:** Se encontró que el género masculino predominó sobre el femenino en el 70,67 % de los casos, donde la edad más resaltante observada se encontró entre los 38 – 47 años con 24 %. El 53,33 % de los sujetos presentaron melena y 28 % hematemesis. 32,21 % de estos individuos tenían hipertensión arterial. El 100 % fueron tratados con inhibidores de la bomba de protones, mientras que en 34,67 % se administró concentrado globular. 80 % de los pacientes permanecieron hospitalizados entre 3 – 7 días y el 90,67 % presentaron mejoría, 8 % fallecieron y 1,33 % se retiraron de la institución contra opinión médica. **Conclusiones:** Se encontró que una cantidad significativa de pacientes con hemorragia digestiva fallecieron durante la realización de este estudio.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**CONTRIBUIDORES:**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL</b>				
Dr. Luis Brito	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU(x)</b>	<b>JU</b>
	<b>CVLAC:</b>	18.236.741			
	<b>E_MAIL</b>	luisbragonzalez@gmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
Dr. Cesar Santodomingo	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU(x)</b>
	<b>CVLAC:</b>	14.652.999			
	<b>E_MAIL</b>	santodomingo@gmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
Dra. Alida Navas	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU(x)</b>
	<b>CVLAC:</b>	7.171.923			
	<b>E_MAIL</b>	alidamailene@gmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU(x)</b>
	<b>CVLAC:</b>				
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>CVLAC:</b>				
	<b>E_MAIL</b>				

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

2024 <b>AÑO</b>	07 <b>MES</b>	18 <b>DÍA</b>
--------------------	------------------	------------------

**LENGUAJE. SPA**

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**ARCHIVO (S):**

<b>NOMBRE DE ARCHIVO</b>	<b>TIPO MIME</b>
Tesis comportamiento clí y epi en px con dx de hemorragia digestiva superior no variceal. svo de emerg de adulto. CHURYP. may 2022 may 2023	. MS.word

**ALCANCE**

**ESPACIAL:**

Servicio de Emergencia de Adulto. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Paez”. Municipio Angostura del Orinoco, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

**TEMPORAL:** 10 AÑOS

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Médico Cirujano

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pregrado

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Dpto. de Medicina

**INSTITUCIÓN:**

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR *[Signature]*  
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

*[Signature]*  
JUAN A. BOLANOS CUNEL  
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.  
JABC/YGC/maruja

# METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLIVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

### DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

"Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y sólo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario "

### AUTOR(ES)

*Stefannie M*

Br. MORILLO GONCALVES STEFANNIE MICHELLE  
CI. 27158860  
AUTOR

Br. DEVERA FIGUEROA ISBHELEN MILAGROS  
C.I. 27044161  
AUTOR

### JURADOS

TUTOR: Prof. LUIS BRITO  
C.I.N. 18236741

EMAIL: luisbr923@gnatw

JURADO Prof. CESAR SANTODOMINGO  
C.I.N. 14652499

EMAIL: cesarsantodomingo@gmail.com

JURADO Prof. ALIDA XAVAS  
C.I.N. 7111423

EMAIL: alidaxavas10@gmail.com

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO



DEL PUEBLO VENIMOS HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c. Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.  
Teléfono (0285) 6324976