



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**“UTILIDAD DE LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD PARA LA
ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA EN EL HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL, EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2017 A DICIEMBRE 2019”**

AUTOR (ES):

FLORES CAMACHO MANUEL ALEJANDRO

SANYER COELLO MARTHA ALEJANDRA

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

MÉDICO

TUTOR:

Dra. María Gabriela Altamirano Vergara

Guayaquil, Ecuador

11 de septiembre del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Flores Camacho, Manuel Alejandro y Sanyer Coello, Martha Alejandra**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**

TUTOR (A)

f. _____

Dra. Altamirano Vergara, María Gabriela

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Flores Camacho, Manuel Alejandro

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Naval de Guayaquil, en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2019**” previo a la obtención del Título de **Médico** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020

EL AUTOR (A)

f. _____

Flores Camacho, Manuel Alejandro



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Sanyer Coello, Martha Alejandra**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Naval de Guayaquil, en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2019**” previo a la obtención del Título de **Médico** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020

EL AUTOR (A)

Martha Sanyer

f. _____

Sanyer Coello, Martha Alejandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Flores Camacho, Manuel Alejandro

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Naval de Guayaquil, en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2019”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____

Flores Camacho, Manuel Alejandro



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Sanyer Coello, Martha Alejandra**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Naval de Guayaquil, en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2019”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020

EL (LA) AUTOR(A):

Martha Sanyer

f. _____

Sanyer Coello, Martha Alejandra

REPORTE URKUND



Document Information

Analyzed document Marco Teorico.docx (D78632283)
Submitted 9/4/2020 11:46:00 PM
Submitted by
Submitter email m.flores_10@hotmail.com
Similarity 1%
Analysis address maria.altamirano03.ucsg@analysis.arkund.com

Sources included in the report

W

URL: <https://www.medfinis.cl/img/manuales/HDA-2.pdf>
Fetched: 2/3/2020 7:20:31 PM



1

TUTOR (A)

f. _____

Dra. Altamirano Vergara, María Gabriela

DEDICATORIA

En el presente trabajo agradezco primero a Dios por guiarme, darme sabiduría y fuerza para cumplir todas las metas que me he propuesto a lo largo de mi vida.

A mis padres por impulsarme a cumplir mis sueños y especialmente a mi madre por ser mi modelo a seguir, ya que con mucha paciencia ha sido el pilar fundamental para que me encuentre en el lugar que estoy ahora. Te amo mamá

A mis abuelos que siempre me brindaron su cariño, sus buenos consejos, la disciplina necesaria y los valores que me moldearon como persona.

A mi hermana que a lo largo de mi carrera de pregrado se ha comportado como una madre para mí, secando mis lágrimas y motivándome a continuar.

Por último, a mis amigos, aquellos que hicieron divertida esta travesía que es estudiar medicina, los llevare siempre conmigo

Manuel Alejandro Flores Camacho

DEDICATORIA

En primer lugar, agradecer a Dios, quien ha sabido guiarme a lo largo de mi vida, me ha dado fortaleza y sabiduría para emprender esta preciosa carrera y no desistir frente a los obstáculos.

A mi madre, quien ha sido ese pilar en mi vida, esa mujer fuerte e invencible, que, con paciencia, valores, y su infinito amor, me enseñó a siempre perseguir mis sueños, a levantarme si me caía, a motivarme siempre a ser mejor cada día. Gracias por tu apoyo incondicional. Todo lo que soy y todo lo que he logrado es gracias a ti. Te amo

A mi hermana, mi mejor amiga, mi cómplice, mi motor, quien ha sido mi compañera de estudios en las madrugadas, gracias por darme ánimos y por creer en mi durante toda mi carrera. Gracias por ser la luz en mis momentos de oscuridad.

A mis amigos, ustedes han sido una parte fundamental en mi vida, gracias por brindarme una amistad sincera, y por hacer esta carrera mucho más hermosa. Siempre los llevare en un rinconcito de mi corazón

A Manuel Flores, quien ha estado en mis mejores y peores momentos, gracias por brindarme un amor puro y por siempre motivarme a dar lo mejor de mi durante todos estos años de la carrera.

Martha Alejandra Sanyer Coello



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DRA. MARIA GABRIELA ALTAMIRANO VERGARA

TUTOR

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. ANDRÉS MAURICIO AYON GENKUONG

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XIV
SUMMARY	XV
INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	3
CAPÍTULO 1: ETIOLOGÍA	3
1.1 Causas de hemorragias no variceales.....	4
1.1.1 Úlcera gastroduodenal	4
1.1.2 Síndrome de Mallory-Weiss.....	4
1.1.3 Lesión de Dieulafoy	5
1.1.4 Esofagitis	5
1.1.5 Lesiones vasculares	5
1.2 Causas de Hemorragia variceal.....	6
1.2.1 Gastropatía portal.....	6
1.2.2 Varices gastroesofágicas	6
CAPÍTULO 2: PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	7
CAPÍTULO 3: DIAGNÓSTICO	8
3.1 Anamnesis y Examen físico.....	8
3.2 Datos de laboratorio.....	10
3.3 Lavado nasogástrico	11
CAPÍTULO 4: ESCALAS PRONÓSTICAS	12
4.1 Escala de Glasgow-Blatchford	13
CAPITULO 5: PRONÓSTICO	15
MATERIALES Y MÉTODOS	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos.....	16
Diseño del estudio.....	16
Población de estudio	16
Criterios de inclusión	17
Criterios de exclusión	17
Cálculo del tamaño de la muestra	17
Método de muestreo.....	17
Método de recogida de datos.....	17
Variables.....	18

Descripción y definición de la intervención	18
Descripción y definición del seguimiento de los pacientes.....	19
Entrada y gestión informática de datos	19
Estrategia de análisis estadístico	19
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIÓN.....	23
RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS.....	27
TABLAS	27
GRÁFICOS.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: PREVALENCIA DE HDA Y RIESGO.....	27
TABLA 2: EDAD.....	27
TABLA 3: SEXO.....	27
TABLA 4: PRESENTACIÓN CLÍNICA BASADA EN GBS.....	28
TABLA 5: RIESGO SEGÚN ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD.....	28
TABLA 6: RELACIÓN RIESGO-RESANGRADO.....	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PREVALENCIA DE HDA Y RIESGO.....	30
GRÁFICO 2: EDAD.....	31
GRÁFICO 3: SEXO.....	32
GRÁFICO 4: PRESENTACIÓN CLÍNICA BASADA EN GBS.....	33
GRÁFICO 5: RIESGO SEGÚN ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD.....	34
GRÁFICO 6: RELACIÓN RIESGO-RESANGRADO.....	35

RESUMEN

Introducción: La hemorragia digestiva alta se define como la pérdida de sangre dentro del lumen formado desde la orofaringe hasta el ano proximal al ángulo de Treitz. Es más frecuente en hombres y en edades avanzadas, y su presentación clínica abarca desde melena, síncope, hematemesis hasta signos de hipovolemia. Se utiliza la escala de Glasgow-Blatchford para poder clasificar a los pacientes en alto y bajo riesgo.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la hemorragia digestiva alta y estratificar el riesgo de los pacientes del área de emergencia y hospitalización del Hospital Naval de Guayaquil desde el año 2017 hasta el 2019.

Materiales y Métodos: Se trató de un Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de recolección indirecta. La población fue constituida por 95 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del Hospital Naval de Guayaquil (HOSNAG).

Resultados: Predominaron los varones con un 62,1%, el grupo etario más frecuente fueron de 23 a 99 años con una media de 61.23, la presentación clínica más frecuente fue la melena 57,9% y en cuanto a la prevalencia y estratificación hubo mayoría en el alto riesgo con un 92,6%

Conclusión: El uso de la escala de Glasgow-Blatchford es esencial para la estratificación de los pacientes, puesto que existe una alta prevalencia en el Hospital Naval de Guayaquil, de esta manera se clasifica a los pacientes en alto y bajo riesgo, evitando así los procedimientos invasivos (cirugías, endoscopias y transfusiones), y los riesgos de hospitalización.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta, resangrado, mortalidad, prevalencia, escala Glasgow-Blatchford, estratificación.

SUMMARY

Introduction: Upper gastrointestinal bleeding is defined as the loss of blood within the lumen formed from the oropharynx to the anus, proximal to the angle of Treitz. It is more common in men and in advanced ages, and its clinical presentation ranges from melena, syncope, and hematemesis to signs of hypovolemia. The Glasgow-Blatchford scale is used to classify patients as high and low risk.

Objective: Determine the prevalence of upper gastrointestinal bleeding and stratify the risk of patients in the emergency and hospitalization area of the Hospital Naval de Guayaquil from 2017 to 2019.

Materials and methods: This study was an observational, descriptive, and retrospective with a data that was recollected in an indirect way. The population consisted of 95 patients with a diagnosis of upper gastrointestinal bleeding from the Hospital Naval of Guayaquil (HOSNAG).

Results: Males predominated with 62,1%, the most frequent age group was between 23 and 99 years old with an average of 61.23, the most frequent clinical presentation was melena 57,9% and in terms of prevalence and stratification there was a majority in high risk with 92,6%.

Conclusion: The use of the Glasgow-Blatchford scale is essential for the stratification of patients, since there is a high prevalence in the Hospital Naval of Guayaquil, in this way patients are classified as high and low risk, thus avoiding invasive procedures (surgeries, endoscopies and transfusions), and the risks of hospitalization.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding, rebleeding, mortality, prevalence, Glasgow-Blatchford scale, stratification

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva se define como la pérdida de sangre dentro del lumen formado desde la orofaringe hasta el ano. El amplio espectro clínico de la hemorragia digestiva puede abarcar diferentes problemas ya que el origen de esta hemorragia podría estar causada por múltiples lesiones en diferentes zonas del tubo digestivo, pudiéndose esta clasificar de acuerdo al origen del sangrado, dividiéndose en hemorragia digestiva alta (proximal al ángulo de Treitz) y hemorragia digestiva baja (a partir del ángulo de Treitz hasta el ano). (1)

La hemorragia digestiva produce alrededor de 300.000 ingresos hospitalarios al año en Estados Unidos. Siendo la hemorragia en el tubo digestivo alto aproximadamente cinco veces más frecuente que la hemorragia en el tubo digestivo bajo, además la hemorragia digestiva es más frecuente en hombres y en personas ancianas. (1)

Se habla que alrededor de un 70 a 80% de las HDA están asociadas a baja mortalidad y que el 20 a 30% restante que sangran de forma persistente o recurrente pueden alcanzar una mortalidad de hasta un 30%. Estableciendo así la HDA una mortalidad global que va desde 3 a 14%. Siendo uno de los problemas el re sangrado que ocurre entre un 7 a 16% a pesar de realizar terapia endoscópica. (1)

En la siguiente investigación se utilizó la Escala de Glasgow – Blatchford para determinar los pacientes que poseen riesgo elevado y riesgo bajo. De esta forma, el médico puede determinar cuáles pacientes presentan un sangrado activo al momento del ingreso y requieren de manera urgente o inmediata una endoscopia, y cuáles pacientes no presentan sangrado activo y, por lo tanto, pueden esperar para que el procedimiento se les realice de manera diferida, en un rango de 24 h, sin correr el riesgo de que sufra complicaciones serias por la aparente demora del procedimiento.

La discriminación de estos dos grupos es fundamental, ya que los pacientes que tienen sangrado activo son los de peor pronóstico en términos de morbilidad y mortalidad.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: ETIOLOGÍA

Dentro de la etiología de la HDA existen múltiples causas, en este aspecto las más frecuentes son las úlceras pépticas gastroduodenales, las varices gastroesofágicas y las lesiones erosivas de la mucosa gástrica. También existen ciertas etiologías indeterminadas o idiopáticas, siendo estas detectadas por una endoscopia tardía, por lo cual en ocasiones no se puede llegar a determinar la causa del sangrado debido a que al momento de realizarse la endoscopia estas dejaron de sangrar. (2)

Las hemorragias digestivas del tracto superior se dividen en dos causas: variceal y no variceal. El poder diferenciar estas dos causas es sumamente importante, debido a que ambas poseen una conducta y un pronóstico distinto y en cuanto a la HDA variceal su prevalencia ha aumentado en los últimos años debido a la gran cantidad de pacientes con daño hepático crónico (DHC). (2)

Ciertos autores como "Siau et al" infieren que la HDA de tipo variceal corresponde al 8% de las causas etiológicas, apoyado esto por otros estudios que afirman que las causas de tipo no variceal son más frecuentes que las causas variceales, aunque las cifras de estas no están establecidas. (2)(3)

En un estudio canadiense realizado por Alharbi A en 2020 pacientes con HDA, se determinaron diferentes tipos de factores que promueven el incremento de la posibilidad de presentar un cuadro de HDA de tipo variceal, siendo estas el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, signos de daño hepático crónico, hematoquecia, discontinuar el uso de antitrombóticos, y hematemesis.

Con este estudio se determinó que los antecedentes clínicos de daño hepático crónico estaban relacionado en un 46% de posibilidad de desarrollar HDA de tipo variceal, además que, en caso que se encontraran presentes el resto de factores pre endoscópicos esta posibilidad aumentaba a un 94%.(2,4)

1.1 Causas de hemorragias no variceales

1.1.1 Úlcera gastroduodenal

Siendo la causante principal de HDA, se desarrolla debido a una alteración de la mucosa gástrica que invade hasta la capa muscular. Existen ciertos elementos que nos ayudarían a la hora de llevar el manejo de esta situación, tales como: el diagnóstico temprano de H. pylori, observación directa mediante endoscopia digestiva alta y el empleo de inhibidores de bomba de protones de manera crónica. (5)

La infección por H. pylori lidera la lista de las causas principales de la enfermedad ulcerosa péptica siendo un 90% de las úlceras duodenales y 70% de las gástricas. Otra causa fundamental para la formación de úlceras es el uso excesivo de AINEs, lo que puede aumentar entre 8 y 40 veces la posibilidad de desarrollar úlceras en el duodeno y estómago. (2)

Se estima que aproximadamente un 20% de los pacientes con uso prolongado de AINEs tienden a generar úlceras, así como el tabaquismo, la edad superior a 50 años, el consumo crónico de alcohol y los varones son factores de riesgo de HDA. (2,5)

1.1.2 Síndrome de Mallory-Weiss

Se lo conoce como un desgarro no penetrante que puede localizarse tanto en la porción distal del esófago, así como en la porción proximal del estómago, desencadenando una repentina elevación de la presión abdominal. Este síndrome se destaca por la presencia de síntomas gastrointestinales. Una historia de varios episodios de vómito sin sangre, seguidos de un episodio aislado de hematemesis sugiere esta etiología, aunque el diagnóstico definitivo se confirma mediante una endoscopia. (5,6)

1.1.3 Lesión de Dieulafoy

Se define como una arteria tortuosa, superficial y de diámetro aumentado que oprime la mucosa causando una hemorragia masiva y recurrente, provocada por una erosión, la cual podría aparecer por 3 motivos: atrofia (adelgazamiento) de la mucosa, isquemia (falta de riego sanguíneo) de esta o trombosis (oclusión por un coágulo) de la arteria. (5,7)

1.1.4 Esofagitis

La esofagitis corresponde a la inflamación del esófago, que desencadenan lesiones sangrantes y ulceraciones en la mucosa, aunque la mayor parte de estas cesan por si solas sin intervención médica. Los datos clínicos como:

- Disfagia
- Dolor retro esternal
- Pirosis
- Reflujo gastroesofágico

Son sugestivos de esofagitis, aunque el método diagnóstico definitivo es la endoscopia. (5,6)

1.1.5 Lesiones vasculares

La Ectasia Vascular Antral se encuentra dentro de las lesiones vasculares más identificadas. Aunque se desconoce el mecanismo de acción de la lesión, en la endoscopia se puede presentar de dos formas: 1) longitudinal, que forma columnas eritematosas orientadas sobre los pliegues del antro, por esta razón toma el nombre de “watermelon stomach” o “estomago en sandia” y 2) difusa con múltiples lesiones rojizas puntiformes distribuidas de manera no uniforme en el antro. (5,8)

En los pacientes cirróticos, la lesión vascular más predominante es la difusa, mientras que, en los pacientes no cirróticos, la forma longitudinal es la más frecuente. Estas

lesiones vasculares constituyen al 4% de las hemorragias gastrointestinales altas no varicosas. (8)

1.2 Causas de Hemorragia variceal

Así como existen las causas no variceales, también se ha determinado causas variceales, dentro de este grupo están: varices gastroesofágicas (VGE) y la gastropatía portal hipertensiva, las cuales se originan de un aumento de la presión portal y son muy frecuentes en pacientes con daño hepático crónico. (5,6)

1.2.1 Gastropatía portal

La gastropatía portal se define como una alteración de la microcirculación de la pared gástrica causado por el aumento de la presión portal, dando como resultado un estado de congestión y sangrado. Es de suma importancia el conocer el antecedente de DHC y la realización de una endoscopia digestiva alta para poder diagnosticar esta patología. En cuanto a los resultados de la EDA, se encuentran similitudes con la ectasia vascular, por tal razón se la considera como el principal diagnóstico diferencial. (5)

1.2.2 Varices gastroesofágicas

La ubicación más común de las varices es en la unión gastroesofágica, debido a que esta locación es más superficial y posee paredes más delgadas, lo que genera un sangrado auto limitado en un 40% de los casos.

En todo paciente que presente hemorragia digestiva alta y datos clínicos que sugieran una enfermedad hepática, se debe de sospechar inmediatamente que el sangrado secundario es producido por varices gastroesofágicas. (9)

El porcentaje de mortalidad en el primer episodio es elevado con un 15-20%, dentro de las cuales la mayor parte es provocada después de la recidiva hemorrágica precoz, en un 30-50% de los pacientes entre los 7-10 primeros días tras la hemorragia. (2)

CAPÍTULO 2: PRESENTACIÓN CLÍNICA

La HDA se caracteriza por hematemesis y melena principalmente. Hematemesis se la conoce como el vómito acompañado de sangre rutilante, restos en “poso de café”, o coágulos lo que podría indicarnos que el origen se localiza por encima del ligamento de Treitz. Le emesis rutilante podría indicarnos la presencia de un sangrado activo y de moderada intensidad, por otro lado los denominados “posos de café” indicarían un sangrado más limitado.(1,10)

La melena es conocida como la expulsión de heces fecales blandas, fétidas, con intensa coloración negra y de consistencia pastosa.

Se determinó que en el 90% de los casos de melena el origen se produce proximal al ligamento de Treitz, perteneciendo el 10% restante al sangrado proveniente de la nasofaringe, orofaringe, intestino delgado y colon derecho.

Si el paciente ha perdido más de 60ml de sangre y con una duración mayor a 8 horas, se puede afirmar la presencia de melena. Si la pérdida de sangre es mucho mayor (100ml) la melena permanecerá durante 5-7 días. (2,10)

La hematoquecia es la manifestación de sangre color rojo fresco o rojo oscuro hacia el exterior, por medio del recto/ano, y pueden ser notorias en hemorragias digestivas altas masivas (al menos 1000ml), y que usualmente se puede deber a un tránsito rápido o en menor frecuencia a una hemicolectomía derecha, pero es indicativo de que existe algún tipo de hemorragia ya sea en la parte distal del intestino delgado o en el colon.

En un estudio de pacientes que presentaban hematoquecia grave, el 74% poseían lesiones cólicas tales como, divertículos, angiodisplasias y neoplasias; en cambio el

11% presento lesiones gastroduodenales y con un menor porcentaje los pacientes con lesiones en el intestino delgado con un 9%. En un 6% no logró demostrarse la lesión responsable del sangrado. (10,11)

Dependiendo de la cantidad de sangre perdida, se manifiestan los vestigios característicos de la hipovolemia y la anemia post hemorrágica tales como: palidez hipotensión, taquicardia y diaforesis.

No todos los pacientes con HDA grave van a presentarse con clínica de síncope, angor o disnea, antes de que la hemorragia se exteriorice. (1,10)

Es importante tener en cuenta los antecedentes de una ingesta previa o reciente de AINES, debido a que aumenta la probabilidad de que estos síntomas sean debidos a una HDA todavía no exteriorizada. (10)

CAPÍTULO 3: DIAGNÓSTICO

Para poder realizar el diagnostico de una HDA es primordial la determinación de la hemodinamia del paciente mediante un estudio del estado general (signos vitales, llenado capilar, hidratación, nivel del estado de conciencia y coloración mucocutánea) lo cual nos permitirá identificar la gravedad del caso y nos ayudará a iniciar acciones para asegurar su estabilidad.

3.1 Anamnesis y Examen físico

Luego de estabilizar al paciente debemos proceder a determinar la intensidad y causa de la hemorragia. Esto se lograra mediante el examen físico y una buena anamnesis.(11,12)

A. Anamnesis remota.

Edad: Habitualmente permite orientarnos a la posible etiología.

Antecedente de episodios previos: Se estima que existe hasta un 60% de que la misma lesión vuelva a sangrar.

Presencia de vómitos que se anticipe a la hemorragia: Nos guían hacia una HDA y a la probabilidad de un Síndrome de Mallory-Weiss.

Uso de medicamentos:

- Producen úlceras: AINES, AAS
- Pueden producir esofagitis: Alendronato, tetraciclinas
- Predispongan a sangrado: Anticoagulantes o antiagregantes
- Pueden simular HD: Hierro, bismuto

Enfermedades crónicas: Úlceras gastroduodenales conocidas, reflujo gastroesofágico, malformaciones vasculares, coagulopatías y neoplasias.

B. Anamnesis próxima.

Se comienza preguntando sobre la cuantía y características de la hemorragia, también es importante conocer el número de episodios, el tiempo de evolución y si algún evento desencadenó el sangrado. Es importante descartar cualquier tipo de ingesta de alimentos o de medicamentos que puedan simular falsas melenas. (11)

En caso de que el paciente presente hematemesis, debemos descartar que anteceda un sangrado nasofaríngeo (epistaxis) o expectoración de sangre (hemoptisis). Normalmente es inexacto el volumen que se estima por paciente. Por lo cual, se recomienda estimar la gravedad de la pérdida sanguínea mediante los siguientes criterios: mareos, síncope, confusión y debilidad, los cuales pueden ser indicadores de hipovolemia. (2,11)

C. Examen físico.

Como primer paso se deberá valorar los signos vitales tales como: Presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura, signos de deshidratación y nivel de conciencia. Uno de los signos iniciales y sensibles de hemorragia es la taquicardia en reposo.

En la inspección física siempre se debe buscar indicios de daño hepático crónico, como: ginecomastia, eritema palmar, ascitis, esplenomegalia, hipertrofia parotídea, telangiectasias, etc. En esos casos se debe considerar que la causa sea variceal e inmediatamente iniciar el manejo de esta.

Si existe dolor abdominal acompañado de un abdomen en tabla la sospecha diagnóstica sería una perforación de víscera hueca, que es contraindicación de endoscopia digestiva alta (EDA) y precisa de exámenes radiológicos. (11)

Es necesario realizar un tacto rectal ya que nos ayudara a determinar la presencia de melena, hemorroides o masas, y aunque el examen sea negativo, no se puede excluir la posible presencia de la hemorragia.

También es de gran importancia de realizar un examen de los restos eliminado por medio de la hematemesis o de la melena, que en el caso de esta última el examen indicado es: sangre oculta en heces. Cuando la cantidad de sangrado es masiva, se debe valorar la pérdida. La sangre roja brillante es indicativa que existe una hemorragia activa generalmente. Si es de color café, sugiere que la sangre ya ha permanecido cierto tiempo y que no pertenecería a una hemorragia activa. (2,11)

3.2 Datos de laboratorio

Las pruebas de laboratorio que se solicitan en pacientes con hemorragia digestiva alta aguda incluyen: biometría hemática completa, pruebas de función hepática, y pruebas de coagulación.

En una hemorragia digestiva alta de tipo aguda, los niveles de hemoglobina estarán en un rango mínimo debido a la pérdida de sangre además que descenderá aún más a medida se diluye la sangre el ingreso de líquido extravascular en el espacio vascular y por la administración de líquido durante la reanimación en las siguientes 24 horas. Hay que tener en cuenta que la administración de volumen excesivo puede provocar un valor falsamente bajo de hemoglobina. De acuerdo a la severidad de la hemorragia, el valor inicial de la hemoglobina se debe de controlar cada 2 a 8 horas. (10,11)

Los pacientes con sangrado digestivo agudo deben tener glóbulos rojos normocíticos. En un sangrado digestivo crónico, se encuentra la presencia de glóbulos rojos microcíticos o anemia por deficiencia de hierro.

Es común ver que estos pacientes presenten una relación de urea: creatinina elevada > 100:1 o la relación de nitrógeno ureico en sangre (BUN): creatinina elevada > 36:1; debido a que estos pacientes pueden tener disminuida la perfusión renal. Esto establecerá una condición en la cual mientras más elevada sea la relación, hay mayor probabilidad que el sangrado provenga de origen gastrointestinal superior.(10,11)

3.3 Lavado nasogástrico

Es controversial el requerir la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) en todos los pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta, debido a que los estudios no han demostrado ningún beneficio con respecto a los resultados clínicos.

Un estudio retrospectivo analizó si había beneficios clínicos del lavado nasogástrico (NGT) en 632 pacientes ingresados con sangrado gastrointestinal. Los pacientes que se sometieron a lavado con SNG se combinaron con pacientes con características similares que no se sometieron a lavado con SNG. El lavado NGT se asoció con un tiempo más corto para la endoscopia. En cuanto al tiempo de hospitalización y a la mortalidad, no existe discrepancia entre los pacientes a quienes se les realizó un lavado nasogástrico y a los pacientes que no fueron sometidos a este procedimiento. (12)

Del mismo modo, en un ensayo aleatorizado con 280 pacientes con hemorragia digestiva alta, no hubo diferencias en las tasas de re sangrado o mortalidad.

Generalmente, se hace uso del lavado NGT cuando existen dudas de la presencia de un sangrado persistente, pudiendo el paciente favorecerse de una endoscopia temprana. Además, es preferible utilizar este procedimiento para la expulsión de sangre, coágulos y de partículas presentes en el estómago, para así facilitar la endoscopia. La existencia de sangre roja o material de color café molido en la aspiración nasogástrica, confirma que existe una fuente de hemorragia digestiva alta y puede predecir si la hemorragia es causada por una lesión con mayor riesgo de

hemorragia continua o recurrente. Sin embargo, si el sangrado ha cesado o procede más allá del píloro cerrado, el lavado puede no ser positivo. Si en la aspiración nasogástrica existe líquido bilioso no sanguinolento, puede sugerir que el píloro está abierto y que no existe una hemorragia digestiva alta activa distal al píloro. (12)

CAPÍTULO 4: ESCALAS PRONÓSTICAS

El uso de escalas pronósticas validadas para la estratificación temprana del riesgo, ayuda a orientar los objetivos del tratamiento. A pesar del uso de estas escalas y del tratamiento existen resultados negativos en ciertos pacientes que incluyen: recidiva de la hemorragia y mortalidad. (13)

Para poder estratificar el pronóstico, es de gran ayuda el uso de estas escalas en dos momentos: 1) Al ingreso del paciente a la casa de salud, y 2) Posterior a la endoscopia. Para tener como resultado un manejo óptimo, son de vital importancia el uso de sistemas de puntuación simples y validados que nos ayudarán a identificar que pacientes poseen un riesgo elevado de resangrado y quienes ingresarán a una casa de salud a intervenir. Para poder clasificarlos se han creado diversas escalas pronósticas validadas para ayudarnos a cumplir con los objetivos mencionados. (13)

Existen varias escalas que nos ayudan a predecir el pronóstico de la HDA, entre las más conocidas están: la escala de Rockall conformada solo por hallazgos endoscópicos; la escala de Glasgow-Blatchford, que involucra tanto parámetros clínicos como de laboratorio; la escala AIMS65, que estudia la clínica y los datos de laboratorio y por último existe la clasificación de Forrest, que evalúa la gravedad del sangrado producido por úlceras mediante la realización de endoscopia. (14)

Estas escalas han sido comparadas por su capacidad para predecir resultados significativos: necesidad de hospitalización, mortalidad a 30 días, alta temprana, requerimientos de hemoderivados o tratamiento quirúrgico. Generalmente se utiliza la escala que mejor se adapte al medio donde nos desenvolvemos.

El uso rutinario y diario de estas escalas pronósticas nos ayuda a la hora de tomar decisiones oportunas tales como: hospitalizar, identificar a los pacientes de riesgo alto

de recidivas hemorrágicas, recursos para el triaje, pacientes que se realizarán una EDA, ingreso a UCI, y el manejo de los recursos hospitalarios de forma idónea y racional.

4.1 Escala de Glasgow-Blatchford

En un estudio conformado por 1748 casos realizado en el año 2000 se creó la escala de Glasgow-Blatchford para así poder determinar los pacientes que necesitan intervención o tengan riesgo de fallecer por la hemorragia.(15)

Esta escala puede calcularse desde que el paciente llega a las instalaciones hospitalarias, no incluye parámetros endoscópicos, ni tiene en cuenta la edad del paciente, sino que utiliza la combinación de criterios clínicos y de laboratorio, lo cual resulta ideal para el manejo de los pacientes en los niveles de atención primaria. (16)

La escala de Glasgow-Blatchford resulta de gran ayuda, ya que permite predecir el riesgo de resangrado y mortalidad, así como discriminar los pacientes que en verdad necesitan procedimientos invasivos ya sean endoscópicos, quirúrgicos o transfusionales, demostrando superioridad en este ámbito en comparación a la escala de Rockall según diversos autores.(15)

Los elementos clínicos y de laboratorio que conforman esta escala son: urea >6,5 mmol/L, TAS <110 mmHg, Hb <13 g/dL en hombres y <12 g/dL en mujeres, FC >100/min y la presencia de síncope, enfermedad hepática, melena, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal. (15)

Su puntuación va de 0 a 23, donde se considera como casos de bajo riesgo quienes tuvieron puntuación ≤ 2 y alto riesgo los que tuvieron valores > 2 para la presencia de alguna señal de sangrado reciente. (17)

Recio J et al, 2015 en Madrid, realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes que acudieron a urgencias, dividiéndolos en dos categorías, de alto (> 2) y de bajo riesgo (≤ 2) de mortalidad, objetivándose un 48,28% de especificidad y en cuanto a la sensibilidad abarca con un 100% para determinar HDA de riesgo alto. (9,16)

Las evidencias en múltiples estudios han demostrado que en los pacientes de bajo riesgo no se ha presentado resangrado ni requirieron intervenciones, razón por la cual se concluyó, que estos pacientes podían ser dados de alta sin la utilización de endoscopia y así ser manejados y estudiados de forma ambulatoria. Concluyendo que no es necesario haber realizado una endoscopia al momento de considerar el alta hospitalaria en pacientes de bajo riesgo según la escala de Glasgow-Blatchford. (17)

En la actualidad, se ha creado una nueva escala denominada escala de Blatchford modificada o de Romagnuolo, la cual es una variante simplificada de la escala de Glasgow-Blatchford, cuyo objetivo es poder predecir la posibilidad de hallar una hemorragia activa o reciente durante una EDA de urgencia. (18)

Por lo tanto, el médico puede establecer: 1) los pacientes que presentan un sangrado activo en el momento del ingreso y van a requerir de manera inmediata una EDA, 2) pacientes que presentan un sangrado crónico, es decir, no activo, ya que este último grupo no va a necesitar una EDA de emergencia, sino que pueden esperar un rango de 24h, sin presentar algún tipo de riesgo o complicaciones por la demora del procedimiento. (18)

Es fundamental el poder diferenciar estos dos grupos, debido a que los pacientes con un sangrado agudo o activo son los de peor pronóstico en cuanto a la morbilidad y mortalidad; por lo tanto, ellos van a requerir una endoscopia temprana, la cual posee un gran impacto al momento de desempeñar una hemostasia con los distintos métodos que actualmente se encuentran disponibles conllevando a la disminución de la mortalidad. (18)

CAPITULO 5: PRONÓSTICO

Los factores más importantes para el pronóstico son las posibilidades de resangrado y las condiciones físicas del paciente. En alrededor del 20% de los pacientes se produce el resangrado, donde un 25-30% ocurre en hemorragia variceal y un 12-23% en hemorragia no variceal, de los cuales un 50% de los casos presentan una buena respuesta a un nuevo tratamiento endoscópico, mientras que un bajo porcentaje (10%) no reacciona al tratamiento. (18)

La edad pertenece a uno de los factores que pueden ser evaluados clínicamente, ya que se ha evidenciado que los pacientes mayores de 60-65 años en shock usualmente tienen una exigencia transfusional mayor, poseen una respuesta deficiente al tratamiento y más probabilidad de resangrado. (19)

Los pacientes que presentan sangrado activo son los que tienen peor pronóstico, debido a un mayor riesgo de resangrado y de mortalidad. La existencia de enfermedades de base es importante para el pronóstico, ya que las hemorragias suelen ser más graves. (19)

La etiología del sangrado es otro factor fundamental para el pronóstico: generalmente las úlceras duodenales localizadas en el borde interno invaden al páncreas lo que va a conllevar a un peor pronóstico que las ubicadas en el borde externo. Dentro de las úlceras gástricas, las que están ubicadas en el cuerpo y en el antro, tienen mejor pronóstico que las localizadas en la curvatura menor. Además, las úlceras de mayor tamaño (>2 cm) tienen mayor tasa de resangrado. (3,19)

Las varices esofágicas tienen mejor pronóstico que las gástricas, debido a que pueden lograr una mejor comprensión hemostática y son menos complejas de tratar por vía endoscópica. Los indicadores clínicos que han sido identificados como de alto riesgo son: taquicardia, vómito con sangre fresca, Hb <10g/dL, shock, sepsis, BUN elevado, hipotensión, daño hepático crónico, protrombina elevada, melena y cáncer.(3,19)

MATERIALES Y MÉTODOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de la hemorragia digestiva alta y estratificar el riesgo de los pacientes del área de emergencia y hospitalización del Hospital Naval de Guayaquil desde el año 2017 hasta el 2019.

Objetivos específicos

1. Identificar el número de pacientes de acuerdo a la edad y el sexo que presentaron hemorragia digestiva alta.
2. Clasificar los pacientes de alto y bajo riesgo mediante el uso de la escala de Glasgow-Blatchford.
3. Establecer las manifestaciones clínicas más frecuentes presentes en la escala de Glasgow-Blatchford de los pacientes que ingresaron al área de emergencia y hospitalización del Hospital Naval de Guayaquil desde el año 2017 hasta el 2019.

Diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de recolección indirecta.

Población de estudio

Los datos de los sujetos de estudio se obtuvieron a través de historias clínicas de 95 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del Hospital Naval de Guayaquil (HOSNAG)

Criterios de inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta
2. Pacientes con historia clínica completa
3. Pacientes mayores de 18 años

Criterios de exclusión

1. Pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva baja
2. Pacientes en terapia intensiva
3. Pacientes que fallezcan en las primeras 24 horas

Cálculo del tamaño de la muestra

No es necesario

Método de muestreo

Método de sujeto tipo no probabilístico.

Método de recogida de datos

Método de obtención de datos será por medio de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta CIE-10 (K92.2) , melena (K92.1) y hematemesis (K92), así como el uso de la información de los exámenes físicos del paciente, con la valoración de la escala de Glasgow-Blatchford, la presión arterial, frecuencia cardíaca, además se extraerá información de los exámenes complementarios como la presencia de sangre oculta en un coproparasitario, también se analizarán los resultados de los exámenes de laboratorio con los valores séricos de: hemoglobina, urea, enzimas hepáticas como la FA, GPT, GOT, bilirrubina, proteínas totales, valores que ayudaran a corroborar el puntaje de la escala de Glasgow-Blatchford, y dichos datos serán almacenados en una base de Excel.

Variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Edad	Número de años	Número de años	Numérica discreta
Sexo	Sexo	Masculino- Femenino	Categórica nominal dicotómica
Comorbilidades	Historia clínica	Enfermedad hepática, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, varices esofágicas, gastritis crónica.	Categórica nominal dicotómica
Fallecido	Historia clínica	Si – No	Categórica nominal dicotómica
Escala de Glasgow-Blatchford	Historia clínica	<2 puntos: bajo riesgo >2 puntos: alto riesgo	Numérica discreta

Descripción y definición de la intervención

No hay intervención

Descripción y definición del seguimiento de los pacientes

No existe seguimiento de los pacientes

Entrada y gestión informática de datos

Los datos fueron obtenidos en forma de un archivo .xls entregado por el Hospital Naval de Guayaquil del cual se filtraron y organizaron los datos de las variables demográficas, clínicas, de laboratorio y diagnóstico necesarios de acuerdo al cuadro de variables establecido previamente. La gestión informática de los datos fue realizada con el programa Microsoft Excel 2010 y almacenada en formato .xls.

Estrategia de análisis estadístico

Los datos filtrados en el archivo .xls fueron importados al programa IBM SPSS Statistics versión 23 en el cual se realizó estadísticos de frecuencia y descriptivos en las variables categóricas y cuantitativas correspondientemente, proceso a través del cual el programa generó automáticamente las tablas presentadas en los anexos. Se usó además el generador de gráficos incorporado en el programa para generar los gráficos de barra e histogramas presentados.

RESULTADOS

La base de datos obtenida del Hospital Naval de Guayaquil nos muestra que entre los años 2017 y 2019 se presentaron 95 casos de hemorragia digestiva alta en el mismo (ver Tabla 1 y Figura 1).

La muestra presenta una media de edad de 61.23 (± 20.016) años con un mínimo de 23 años y un máximo de 99 años (ver Tabla 2 y Figura 2), y de los 95 casos 36 (37.9%) fueron de sexo femenino y 59 (62.1%) fueron de sexo masculino (ver Tabla 3 y Figura 3).

La presentación clínica de los casos fue variada, encontrándose clínicas de melena, síncope, insuficiencia cardíaca, renal y enfermedad hepática. Las presentaciones mencionadas no son mutuamente exclusivas por lo cual pacientes tuvieron dos o más presentaciones clínicas a la vez. Se presentó melena en 55 (57.9%) de los pacientes, síncope en 29 (30.5%), insuficiencia cardíaca y/o renal en 24 (25.3%) y enfermedad hepática en 19 (20%) (Ver Tabla 4 y Figura 4).

Se estratificó a los pacientes en base a su riesgo con la escala de Glasgow-Blatchford, y se encontró que 88 (92.6%) de los pacientes presentaban riesgo de mortalidad alto, 66 (69.5%) en la emergencia y 22 (23.2%) en hospitalización; y 7 (7.4%) pacientes presentaron bajo riesgo de mortalidad, todos en el departamento de emergencias (ver Tabla 5 y Figura 5).

DISCUSIÓN

La hemorragia digestiva alta es una situación que es de vital importancia, que en ciertos casos puede pasar desapercibida y es el objetivo del médico poder diagnosticarla y tratarla a tiempo.

Sleisenger y Fordman (2020), indican que las hemorragias digestivas altas son mucho más frecuentes en los hombres que en las mujeres, dato que hemos podido comprobar en este estudio, el cual está conformado por 95 pacientes, donde la distribución por sexo se dividió en una mayoría de hombres (62.1%) y mujeres con un (37.9%). (1)

Con respecto a la edad, Sleisenger y Fordman informan que es más frecuente en edades avanzadas. El presente estudio abarca un rango de 23 hasta 99 años con una media de 61.23, sin embargo, la incidencia varía debido a que depende de las enfermedades adyacentes que presentaban los pacientes. (1)

En cuanto a la presentación clínica varias literaturas afirman que la melena es la variable más frecuente en la hemorragia digestiva alta, lo cual hemos podido confirmarlo con este estudio, donde la melena se presentó en un 57,9% de los pacientes, seguido del síncope con un 30,5%, y pacientes que presentaron antecedentes de insuficiencia cardíaca/renal 25,3% y enfermedad hepática 20%. (10) (11)

Ramírez, et al (2015), en Madrid, estudiaron la capacidad predictiva de la escala de Glasgow-Blatchford para estratificar a los pacientes, cuyos resultados fueron en un grupo de 60 pacientes, 46 pertenecen al grupo de alto riesgo y los 14 restantes al grupo de bajo riesgo. (16)

Mientras que en el presente estudio con un universo de 95 pacientes (N=95); 88 pacientes son parte del grupo de alto riesgo y 7 pertenecen al grupo de bajo riesgo; estos últimos 7 pacientes fueron dados de alta y no presentaron ningún episodio de resangrado en años posteriores.

De los 88 pacientes de alto riesgo 15 presentaron al menos un episodio de resangrado, además se identificó la relación del riesgo-resangrado siendo en este estudio a partir de 12 puntos en la escala de Glasgow-Blatchford.

CONCLUSIÓN

- Para el desarrollo del estudio se incluyeron 95 historias clínicas de pacientes de emergencia y hospitalización estableciendo que la edad media fue de 61.23 años con una desviación estándar de ± 20 años. Siendo estas un 62.1% de sexo masculino y 37.9% de sexo femenino para la predisposición a desarrollar HDA.
- Se observó en este estudio que de 95 pacientes la melena se presentó en un 57,9%, seguido del síncope con un 30,5%, y pacientes que presentaron antecedentes de insuficiencia cardiaca/renal 25,3% y enfermedad hepática 20% basados en los datos clínicos de la escala de Glasgow-Blatchford.
- Se identificaron el presente estudio con un universo de 95 pacientes (N=95) que 7 pertenecen al grupo de bajo riesgo y 88 pacientes son parte del grupo de alto riesgo y de los cuales 15 que poseían más de 12 puntos en la escala de Glasgow-Blatchford resangraron (17.04%).

RECOMENDACIONES

Basados en la recopilación bibliográfica actual sobre el uso de la escala GBS para la estratificación de riesgo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en grupos de bajo y alto riesgo, se demostró que esta escala es segura para su utilización en los Centros de Salud y los Servicios de Urgencias de nuestro medio, permitiendo de esta forma manejar los pacientes de bajo riesgo ($GBS \leq 2$) de manera ambulatoria y permite evitar la realización de endoscopias digestivas altas, reduciendo los costos para el hospital, y evitando la exposición del paciente a los peligros de una hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sleisenger MH, Fordtran J, Felman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger y Fordtran enfermedades digestivas y hepáticas: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Elsevier;
2. J. Schmitz, AJ. Zarate. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. Univ Finis Terrae [Internet]. 2018; Disponible en: <https://www.medfinis.cl/img/manuales/HDA-2.pdf>
3. Siau K, Chapman W, Sharma N, Tripathi D, Iqbal T, Bhala N. Management of acute upper gastrointestinal bleeding: an update for the general physician. J R Coll Physicians Edinb. 2018;47(3):218-30.
4. Alharbi A, Almadi M, Barkun A, Martel M, REASON Investigators. Predictors of a variceal source among patients presenting with upper gastrointestinal bleeding. Can J Gastroenterol J Can Gastroenterol. abril de 2012;26(4):187-92.
5. Don C Rockey. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults. agosto de 2020; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults>
6. Alexandra Gabriela Zapata Córdova. Validez diagnóstica de la escala de Glasgow-Blatchford para la predicción de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Cayetano Heredia, Piura [Internet]. 2017. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2728/1/RE_MED.HUMA_ALEXANDRA.ZAPATA_VALIDEZ.DIAGNOSTICA.DE.LA.ESCALA_DATOS.PDF
7. Salazar Evaristo, Galvez María Sol, Podestá Fernanda. Lesión de Dieulafoy: reporte de dos casos. Rev Hosp El Cruce. 2017;
8. Nélcido Luis Sánchez García, Ulises Periles Gordillo, Frank Pérez Triana. Ectasia vascular antral gástrica. Presentación clínica y manejo terapéutico. 2018;
9. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults - UpToDate [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults>
10. Miguel A. Montoro. Practica Clinica en Gastroenterologia y Hepatologia. 2016;Vol. 1.
11. Arnoldo Riquelme, Marco Arrese, Alberto Espino, Danisa Ivanovic, Gonzalo Latorre. Manual de Gastroenterología Clínica. Segunda Edición. Chile; 2015. 378 p.
12. Martínez Ramírez G, Manrique MA, Chávez García MÁ, Hernández Velázquez NN, Pérez Valle E, Pérez Corona T, et al. Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica. Endoscopia. 1 de octubre de 2016;28(4):154-9.

13. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for uppergastrointestinal haemorrhage. *The Lancet*. octubre de 2000;356(9238):1318-21.
14. Cassana A, Scialom S, Segura ER. Estudio de validación diagnóstica de la escala de Glasgow-Blatchford para la predicción de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú (junio 2012-diciembre 2013). *Rev Esp Enferm Dig*. 2015;107:7.
15. Dra. Rebeca Winograd Lay, DrC. Mirtha Infante Velázquez, Dra. Yanel, Guisado Reyes. Escalas de predicción en el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. *Rev Cuba Med Mil*. 2015;
16. José Manuel Recio Ramírez, María del Pilar Sánchez Sánchez, José Antonio Peña Ojeda, Enrique Fernández Romero, Manuel Aguilera Peña, Emilio del Campo Molina, et al. Capacidad predictiva de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en un servicio de urgencias. *Rev Esp Enfermedades Dig*. 2015;Vol. 107, N.º 5, pp. 262-267, 2015:6.
17. Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondan A, Zafra-Tanaka JH, Arcana-López E, Cervera-Caballero L, Contreras-Turin J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *Rev Gastroenterol Perú*. enero de 2018;38(1):89-102.
18. Infante Velázquez M, Roselló Ortega R, Ramos Contreras JY, Rodríguez Álvarez D, Guisado Reyes Y, García Vega ME. Escala de Blatchford modificada en la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Rev Cuba Med Mil*. junio de 2015;44(2):179-86.
19. Alzoubaidi D, Lovat LB, Haidry R. Management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: where are we in 2018? *Frontline Gastroenterol*. enero de 2019;10(1):35-42.

ANEXOS

TABLAS

TABLA 1: PREVALENCIA DE HDA Y RIESGO

PREVALENCIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	RIESGO ALTO	88	92.6	92.6	92.6
	RIESGO BAJO	7	7.4	7.4	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

TABLA 2: EDAD

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	95	23	99	61.23	20.016
N válido (por lista)	95				

TABLA 3: SEXO

SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	36	37.9	37.9	37.9
	MASCULINO	59	62.1	62.1	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

TABLA 4: PRESENTACIÓN CLÍNICA BASADA EN GBS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	ENFERMEDAD HEPÁTICA	19	20.0
	INSUFICIENCIA CARDÍACA/RENAL	24	25.3
	MELENA	55	57.9
	SÍNCOPE	29	30.5
	Total	95	

TABLA 5: RIESGO SEGÚN ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD

Tabla cruzada RIESGO*LUGAR

Recuento

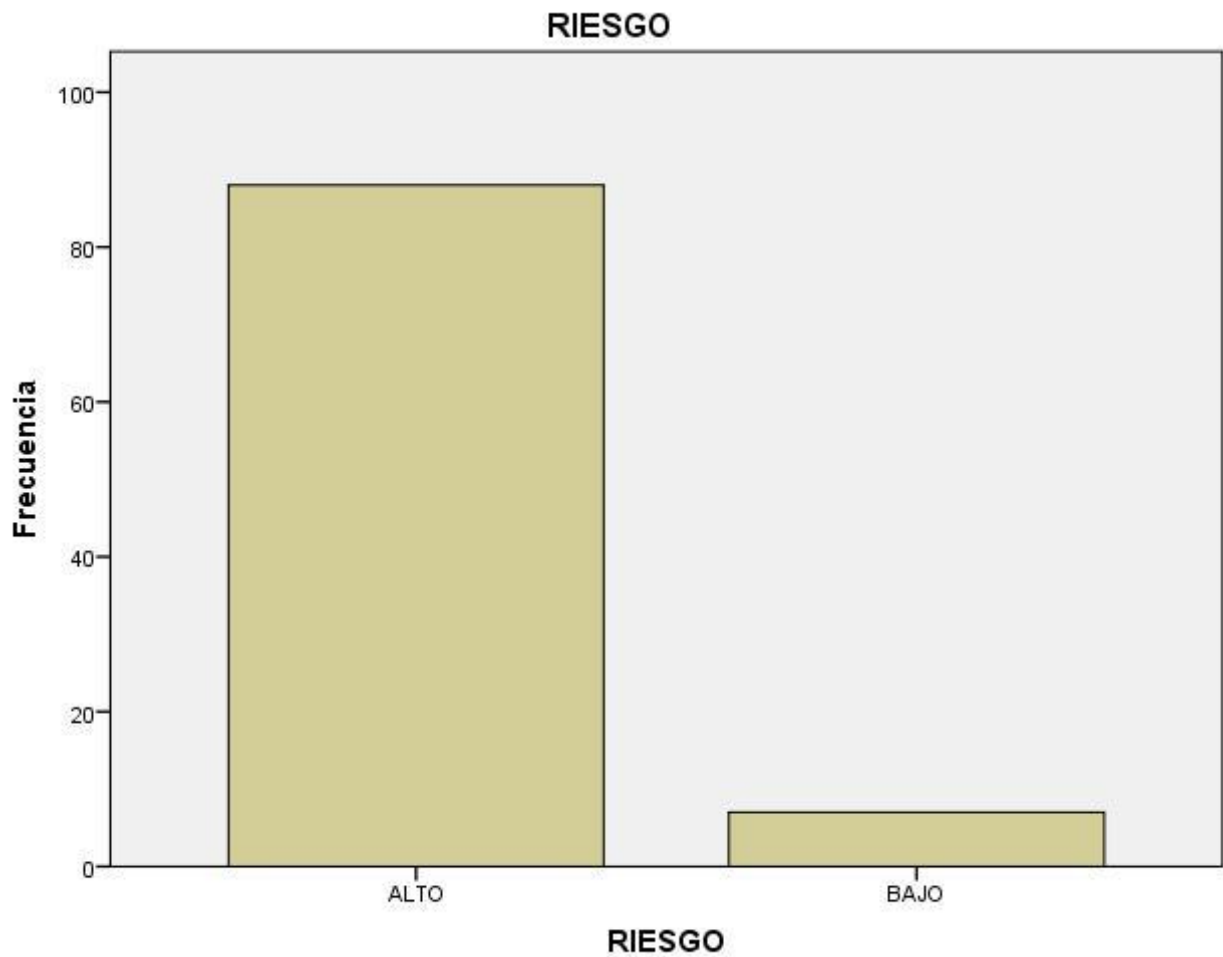
		LUGAR		Total
		ER	HOSP	
RIESGO	ALTO	66	22	88
	BAJO	7	0	7
Total		73	22	95

TABLA 6: RELACIÓN RIESGO-RESANGRADO

PUNTAJE GBS	RESULTADOS	RESANGRADO
3	8	0
4	7	0
5	14	0
6	10	0
7	5	0
8	6	0
9	5	0
10	5	0
11	5	0
12	3	1
13	4	2
14	4	1
15	6	5
16	2	2
17	0	0
18	3	3
19	1	1
Total	88 (100%)	15 (17,04%)

GRÁFICOS

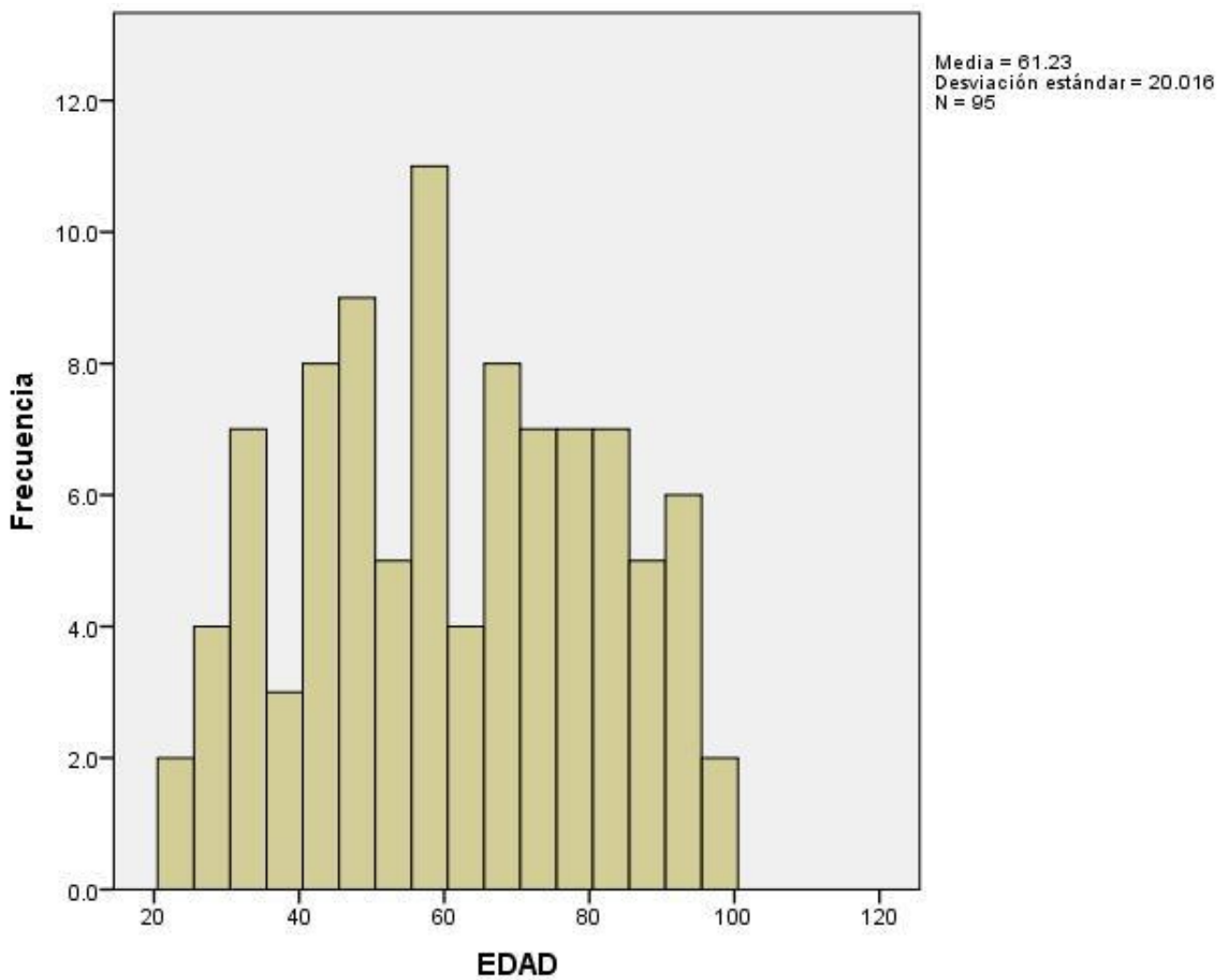
GRÁFICO 1: PREVALENCIA DE HDA Y RIESGO



ANÁLISIS

En este grafico se observó que existen más pacientes catalogados de alto riesgo llegando al 92.6% versus 7.4% de bajo riesgo.

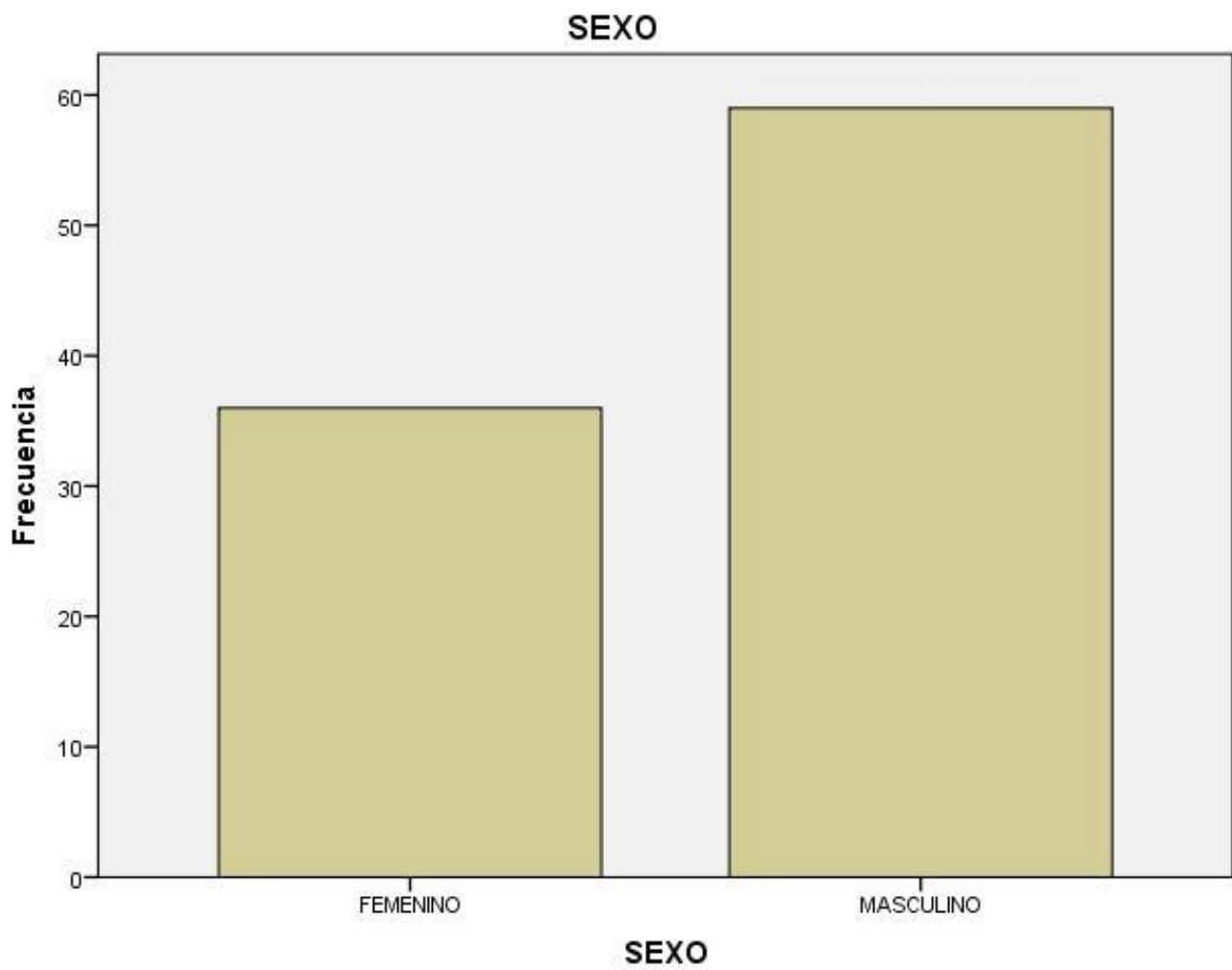
GRÁFICO 2: EDAD



ANÁLISIS

Se puede observar mediante este grafico que, en un universo de 95 personas, el pico en la curva de edad se encuentra 60 +- 20 años de edad.

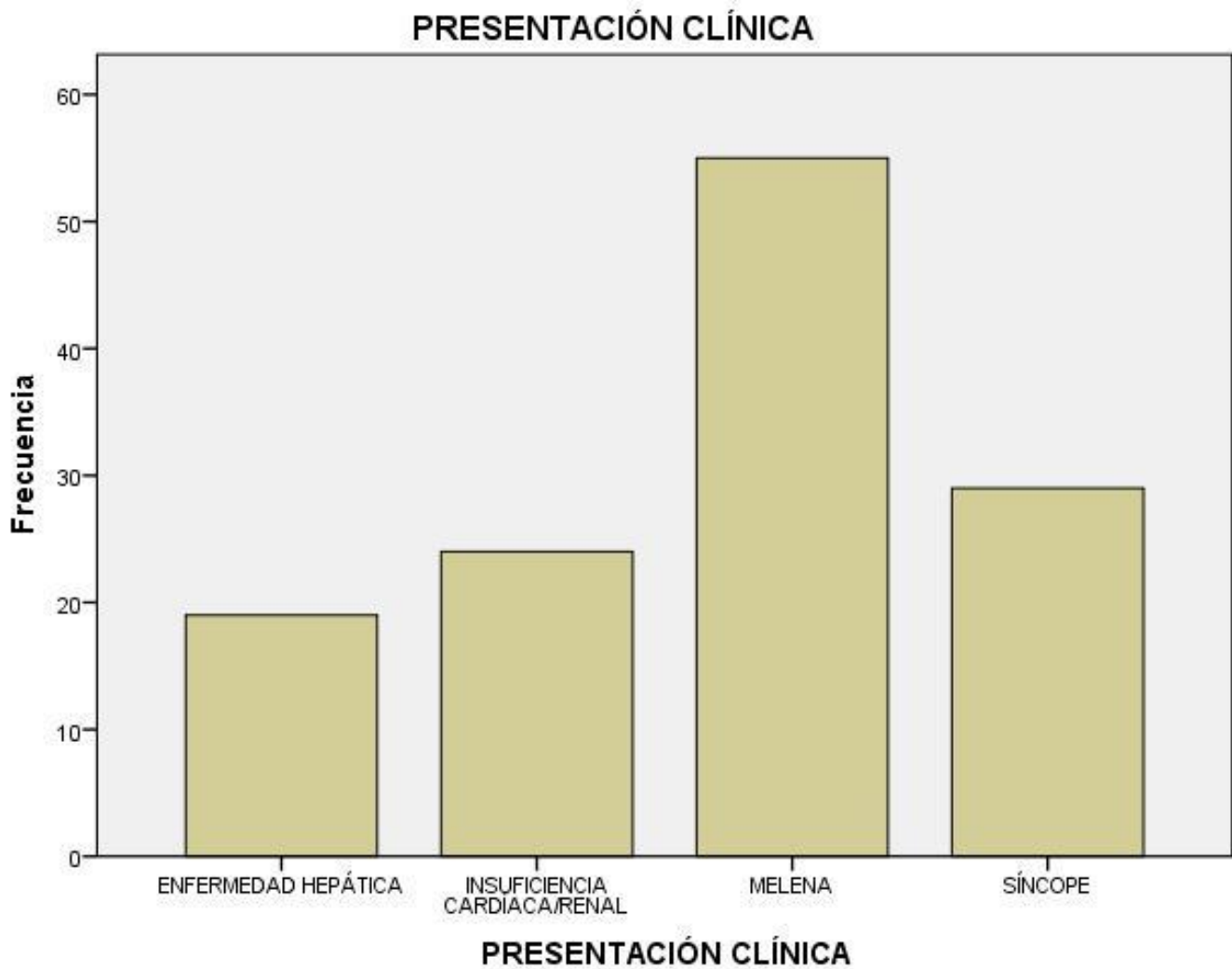
GRÁFICO 3: SEXO



ANÁLISIS

En este grafico se demuestra que es más frecuente la aparición de HDA en el sexo masculino siendo este un 62.1% versus el 37.9% en el sexo femenino.

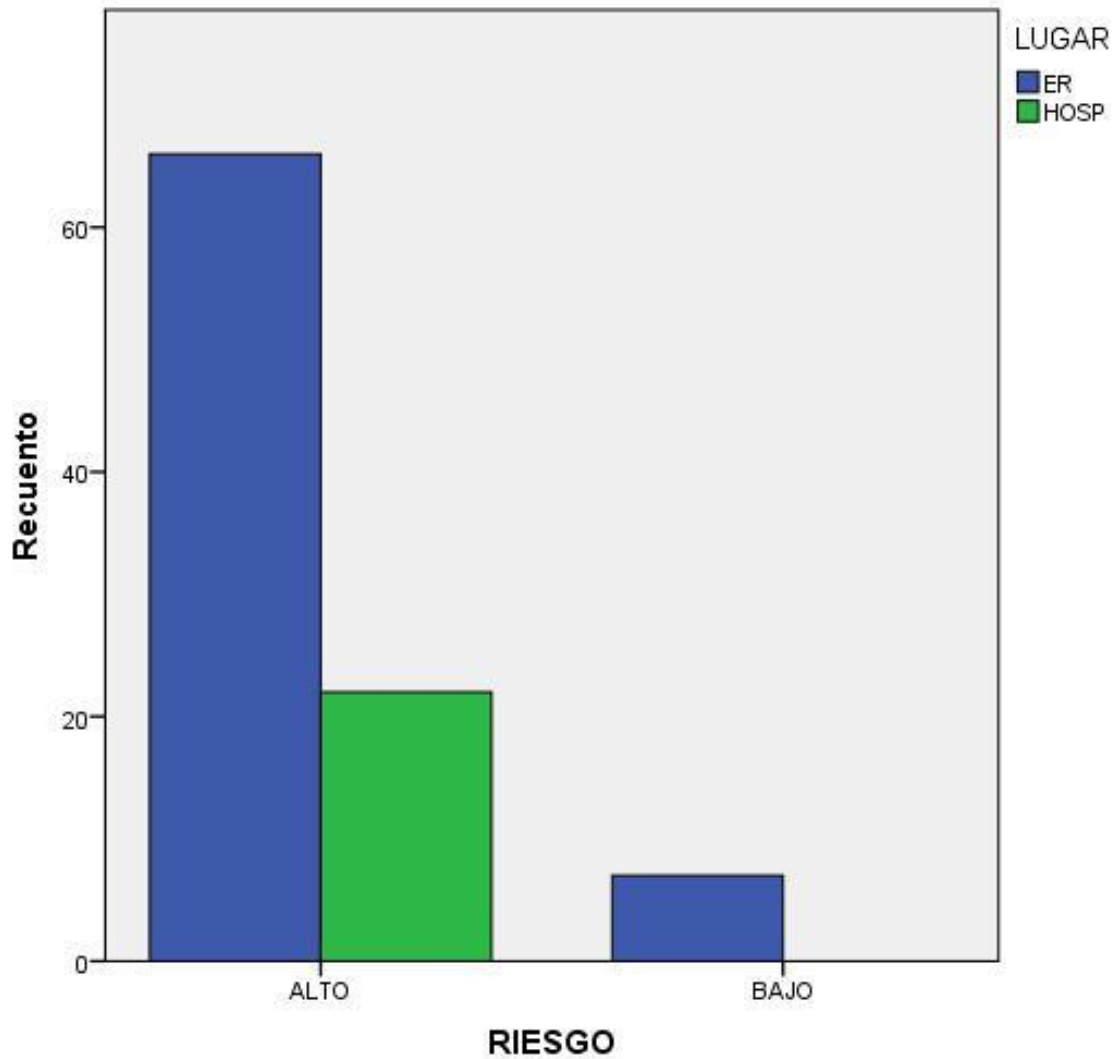
GRÁFICO 4: PRESENTACIÓN CLÍNICA BASADA EN GBS



ANÁLISIS

En este grafico se observa que el estudio encontramos que la presentación clínica más frecuente de la HDA es la melena con un 57.9% seguido de sincope con 30.5%, insuficiencia cardiaca 25.3% y enfermedad hepática 20.0% basadas en la escala de Glasgow-Blatchford.

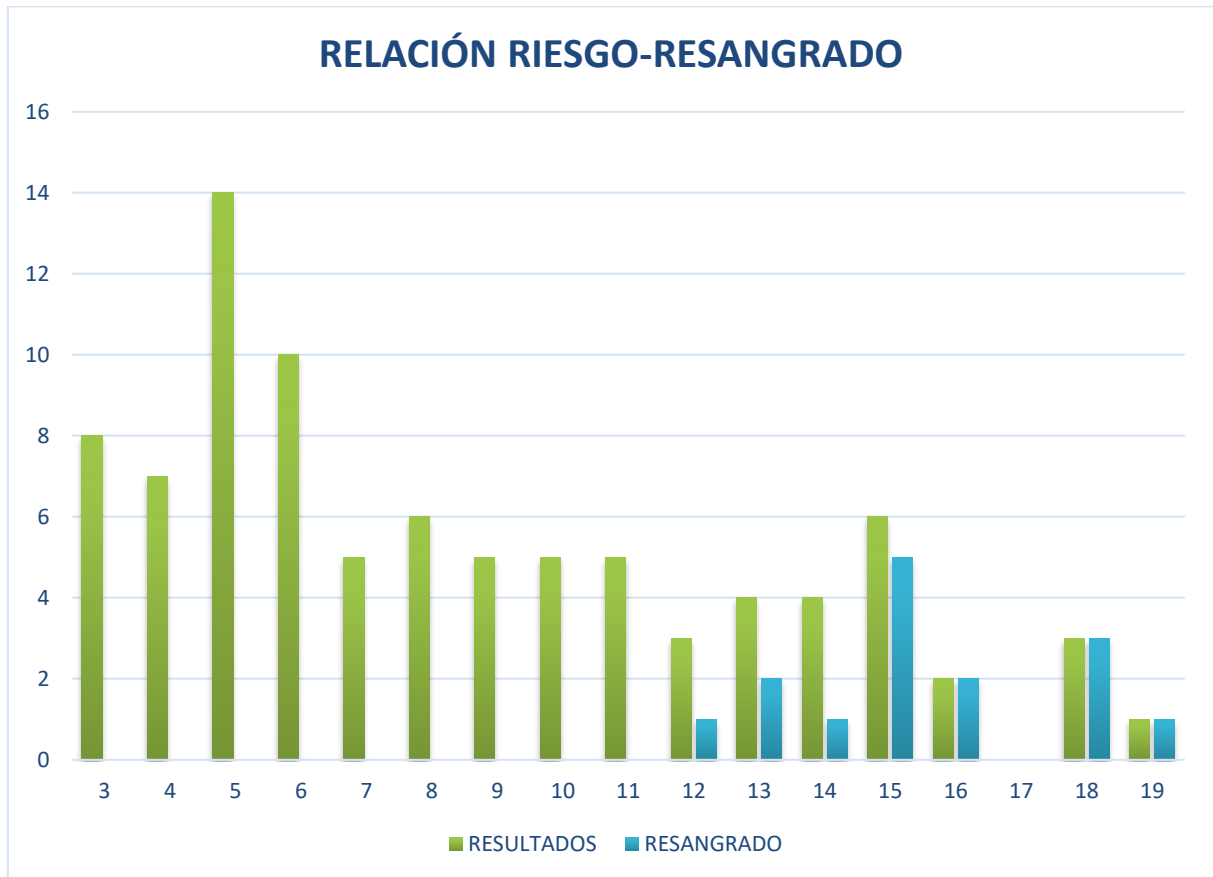
GRÁFICO 5: RIESGO SEGÚN ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD



ANÁLISIS

Se puede demostrar en este grafico que existe mayor cantidad de pacientes de alto riesgo en el área de emergencia con 73 casos versus hospitalización con 22 casos.

GRÁFICO 6: RELACIÓN RIESGO-RESANGRADO



ANÁLISIS

En este gráfico se observa que el resangrado se encuentra íntimamente ligado a la puntuación de la escala de GBS, lo que indica que a medida que aumenta el riesgo, aumenta la posibilidad de resangrado, siendo que, de 88 pacientes identificados con alto riesgo, 15 resangraron (17.04%).



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Flores Camacho, Manuel Alejandro**, con C.C: # **1206210047** autor/a del trabajo de titulación: **“Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Naval de Guayaquil, en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2019”** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **11 de septiembre** del **2020**

f. _____

Nombre: **Flores Camacho, Manuel Alejandro**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Sanyer Coello, Martha Alejandra**, con C.C: # **0926442013** autor/a del trabajo de titulación: **“Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Naval de Guayaquil, en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2019”** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **11 de septiembre del 2020**

Martha Sanyer

f. _____

Nombre: **Sanyer Coello, Martha Alejandra**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Naval de Guayaquil, en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2019"		
AUTOR(ES)	Manuel Alejandro Flores Camacho, Martha Alejandra Sanyer Coello		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. María Gabriela Altamirano Vergara		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11 de septiembre 2020	No. DE PÁGINAS:	35
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Medicina Interna, Medicina de Emergencia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hemorragia digestiva alta, resangrado, mortalidad, prevalencia, escala Glasgow-Blatchford, estratificación.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: La hemorragia digestiva alta se define como la pérdida de sangre dentro del lumen formado desde la orofaringe hasta el ano proximal al ángulo de Treitz. Es más frecuente en hombres y en edades avanzadas, y su presentación clínica abarca desde melena, síncope, hematemesis hasta signos de hipovolemia. Se utiliza la escala de Glasgow-Blatchford para poder clasificar a los pacientes en alto y bajo riesgo. Objetivo: Determinar la prevalencia de la hemorragia digestiva alta y estratificar el riesgo de los pacientes del área de emergencia y hospitalización del Hospital Naval de Guayaquil desde el año 2017 hasta el 2019.</p> <p>Materiales y Métodos: Se trató de un Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de recolección indirecta. La población fue constituida por 95 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del Hospital Naval de Guayaquil (HOSNAG). Resultados: Predominaron los varones con un 62,1%, el grupo etario más frecuente fueron de 23 a 99 años con una media de 61.23, la presentación clínica más frecuente fue la melena 57,9% y en cuanto a la prevalencia y estratificación hubo mayoría en el alto riesgo con un 92,6% Conclusión: El uso de la escala de Glasgow-Blatchford es esencial para la estratificación de los pacientes, puesto que existe una alta prevalencia en el Hospital Naval de Guayaquil, de esta manera se clasifica a los pacientes en alto y bajo riesgo, evitando así los procedimientos invasivos (cirugías, endoscopias y transfusiones), y los riesgos de hospitalización.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-984-225-050 / +593-984-724-330	E-mail: m.flores_10@hotmail.com ; marthasanyer@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593-997-572-784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			