



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**LESIONES ENDOSCÓPICAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO
2018-2020**

AUTORES:

Mejía Montiel, Hillary Yahiry

Pincay Lombeida, Ricardo Gabriel

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

MÉDICO

TUTOR:

Dr. Arroba Raymondi, Luis Fernando

Guayaquil, Ecuador

30 de agosto del 2021



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 **Mejía Montiel, Hillary Yahiry** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)



Dr. Fernando Arroba R.
MEDICO TRATANTE
REG. SAN. 9331 - LIBRO 2 FOLIO 1 NO. 2

f. _____

Dr. Arroba Raymondi, Luis Fernando

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

MD. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del año 2021



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 **Pincay Lombeida, Ricardo Gabriel** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)



Dr. Fernando Arroba R.
MEDICO TRATANTE
f. REG. SAN. 9331 - LIBRO 2 FOLIO 1 NO. 2

Dr. Arroba Raymondi, Luis Fernando

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

MD. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mejía Montiel, Hillary Yahiry**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020, 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 30 días del mes de agosto del año 2021

AUTORA

f. _____
Mejía Montiel, Hillary Yahiry



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Pincay Lombeida, Ricardo Gabriel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020, 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 30 días del mes de agosto del año 2021

AUTOR (A)

f. _____

Pincay Lombeida, Ricardo Gabriel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Mejía Montiel, Hillary Yahiry**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del año 2021

AUTOR(A):

Hillary Mejía

f. _____

Mejía Montiel, Hillary Yahiry



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Pincay Lombeida, Ricardo Gabriel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del 2021

AUTOR(A):

f. _____

Pincay Lombeida, Ricardo Gabriel
REPORTE DE UNKURND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS MEJIA-PINCAJ FINALdocx.docx (D111483384)
Submitted: 8/20/2021 2:39:00 AM
Submitted By: hillary.mejia@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



Dr. Fernando Arroba R.
MEDICO TRATANTE
REG. SAN. 9331 - LIBRO 2 FOLIO 1 NO. 2

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, queremos agradecerle a Dios y a la Virgen, por su amor y bondad infinita, por darnos la fortaleza y sabiduría necesaria, no sólo durante esta maravillosa etapa sino durante todos nuestros años de vida.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio, por enseñarnos a siempre seguir adelante y nunca rendirnos, por todos los consejos que nos han dado y por ser nuestro mayor ejemplo de amor y perseverancia e inspirarnos a ser mejores cada día.

A nuestra familia, por toda la confianza, el cariño y apoyo que nos han brindado a lo largo de nuestras vidas.

A nuestros amigos, por sacarnos sonrisas en aquellos momentos en que más lo necesitábamos.

A nuestro tutor, el Dr. Luis Arroba, por toda su ayuda y paciencia durante este proceso.

Mejía Montiel, Hillary Yahiry

Pincay Lombeida, Ricardo Gabriel

DEDICATORIA

A mis padres, Carlos Mejía y Paulina Montiel, por ser mis pilares fundamentales, los principales promotores de mis sueños, gracias por siempre confiar y creer en mí, incluso en aquellos momentos donde ni yo lo hacía. A mi padre, por siempre desear y anhelar lo mejor para mí, por sus palabras de aliento, por siempre buscar la manera de darme lo mejor, por levantarse en la madrugada para llevarme a la universidad y esperar en el carro mientras terminaba mis clases. A mi madre, por su paciencia, por siempre estar dispuesta a acompañarme en las noches de estudio, en las que su compañía, sus palabras de motivación y los cafés que me preparaba hacían la noche más amena y llevadera. Gracias por ser mi ejemplo a seguir, por permitirme conocer a Dios y su amor infinito. Los amo. ¡Este logro es por y para ustedes!

A toda mi familia, que siempre han estado presentes en todos los momentos de mi vida, motivándome y dándome ánimos para seguir adelante, gracias por darme su amor y apoyo desde que tengo memoria, sé que siempre podré contar con ustedes.

A Ricardo, la persona más especial que me dió la universidad, por brindarme todo su cariño, por ayudarme a ser mejor persona y apoyarme de manera incondicional, por estar para mí en todos los momentos, tanto buenos como malos.

A todos mis amigos, aquellos que estaban conmigo desde antes y aquellos que se fueron sumando en el camino, gracias por ser incondicionales y lograr que estos años hayan sido increíbles.

Mejía Montiel, Hillary Yahiry

DEDICATORIA

A mis padres, Ferdinando Cacucci y Viviana Lombeida, que con esfuerzo labraron el camino para ser el hombre que soy hoy en día y sin importar de la distancia, siempre están presentes de forma incondicional.

A mis tíos, Franklin Zambrano y Marjorie Lombeida, por brindarme su apoyo, acogida y amor, convirtiéndose en la representación de mis padres aquí en Ecuador.

A Carmen y Melanie, mis ángeles en la tierra en forma de abuela y tía; a mis hermanos, Nicole y Emanuel, Alex, Allison y Luis, por ser mi motivación.

A Hillary Mejía; novia, amiga y alma gemela, quien ha sido pilar fundamental en mi crecimiento personal y profesional.

A Ruddy y Antonio, los mejores amigos que me dio esta grandiosa carrera, quienes me enseñaron que la amistad es el respiro de la adversidad.

Pincay Lombeida, Ricardo Gabriel



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. LUIS FERNANDO ARROBA RAYMONDI

TUTOR

f. _____

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos	4
HIPÓTESIS	4
JUSTIFICACIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO I	6
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.....	6
1.1. DEFINICIÓN.....	6
1.2. ETIOLOGÍA	6
1.2 EPIDEMIOLOGÍA	6
1.3 FACTORES DE RIESGO.....	6
1.4 PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO.....	7
1.6 CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA	7
1.7. MANEJO CLÍNICO	8
1.8 SCORE PRONÓSTICO.....	9
CAPÍTULO II	11
2. LESIONES ENDOSCÓPICAS.....	11
2.1. Úlcera péptica.....	11
2.1.1. Escala de Forrest.....	11
2.2 Esofagitis.....	12
2.3 Gastritis/duodenitis.....	12
2.4 Tumores gastrointestinales altos	13
2.5 Desgarro de Mallory-Weiss.....	13
2.6 Lesión de dieulafoy	14
2.7 Lesiones vasculares.....	14
2.8 Otras	15
3. Manejo Endoscópico y farmacológico	15
3.1 Resangrado	16
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
DISEÑO DEL ESTUDIO	17

POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	17
Criterios de inclusión:	17
Criterios de exclusión:	17
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO.....	18
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	19
ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE DATOS.....	22
ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	23
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS.....	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características categóricas de los pacientes con hemorragia digestiva alta.....	25
Tabla 2. Características numéricas de la muestra.....	30
Tabla 3. Análisis inferencial para descubrir los factores de riesgo resangrado luego de un episodio de hemorragia digestiva alta	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la edad según la escala Rockall	25
Figura 2. Distribución del sexo en los pacientes de la muestra	26
Figura 3. Hábitos de los pacientes de la muestra	26
Figura 4. Medicamentos habitualmente consumidos por los pacientes previo al episodio de hemorragia digestiva alta	27
Figura 5. Distribución de los pacientes del estudio según la comorbilidad subyacente que tuvieron.	27
Figura 6. Distribución de la forma de presentación de la hemorragia digestiva alta	28
Figura 7. Distribución de la clínica asociada a la hemorragia digestiva alta ..	28
Figura 8. Distribución de los tipos de lesiones que desencadenaron la hemorragia digestiva alta.	29
Figura 9. Distribución de los hallazgos endoscopios según la clasificación Forrest	30

RESUMEN

Introducción: La hemorragia digestiva alta constituye una urgencia médica, siendo la no variceal la que representa el mayor porcentaje de casos según estudios anteriormente realizados. Considerando las hemorragias digestivas agudas entre el 74% y el 80% corresponden a sangrado digestivo alto.

Objetivo: Establecer las lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020. **Materiales y métodos:** Se

llevo a cabo un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal, en pacientes con diagnóstico de hematemesis o melena, atendidos en el HTMC durante los años 2018-2020

Resultados: Se estudió un total de 200 pacientes en este periodo. Los datos más frecuentes fueron los siguientes: 48% tuvieron de 60 a 79 años, 32% consumían alcohol, los hombres representaron el 69% de los casos, la úlcera gástrica fue la lesión más frecuente con 46%, y el hallazgo endoscópico tipo Forrest III predominó con 55%. Del total, 5,5% presentaron resangrado, hubo una media 22 (DE:14,38) del porcentaje de riesgo de resangrado y una de media 12,5 (DE:12,7) del porcentaje de mortalidad. El mayor factor de riesgo de resangrado fue la úlcera gástrica (OR: 13,04; IC95%: 1,63-103,9; valor p 0,002).

Conclusiones: La lesión endoscópica más frecuente en los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal es la úlcera péptica gástrica, con Forrest tipo III, siendo el sexo masculino más afectado.

Palabras claves: urgencia gastroenterológica, hemorragia digestiva alta, úlcera péptica, escala de Forrest, escala Rockall, endoscopia.

ABSTRACT

Introduction: Upper gastrointestinal bleeding constitutes a medical emergency, being non-variceal the one that represents the highest percentage of cases according to previously carried out studies. Considering acute gastrointestinal bleeding, between 74% and 80% correspond to upper gastrointestinal bleeding. **Objective:** Establish the most frequent endoscopic lesions in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding treated at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital during the 2018-2020 period. **Materials and methods:** We performed an observational, analytical, retrospective, and cross-sectional study in patients with a diagnosis of hematemesis or melena, treated at the HTMC during 2018-2020. **Results:** A total of 200 patients were studied in this period. The most frequent data were the following: in 48% of the cases the patients were between 60 and 79 years old, 32% consumed alcohol, men represented 69% of the cases, gastric ulcer was the most frequent lesion with 46%, and the most frequent endoscopic finding was Forrest III with 55%. Of the total, 5.5% had rebleeding, there was a mean 22 (SD: 14.38) of the percentage of risk of rebleeding and a mean 12.5 (SD: 12.7) of the percentage of mortality. The major risk factor for rebleeding was gastric ulcer (OR: 13.04; 95% CI: 1.63-103.9; p-value 0.002). **Conclusions:** The most frequent endoscopic lesion in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding is Gastric peptic ulcer, with Forrest type III, being the male sex the most affected.

Key words: gastroenterological emergency, non-variceal upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer, Forrest classification, Rockall score, endoscopy.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta constituye una urgencia médica, siendo la no variceal la que representa el mayor porcentaje de casos según estudios anteriormente realizados. Considerando que aproximadamente el 74% y el 80% de las hemorragias digestivas agudas corresponden a sangrado digestivo alto. En E.E.U.U. presenta una incidencia de entre 50 y 150 casos por cada 100.000 habitantes. Los ingresos hospitalarios rondan los 300.000 casos anualmente con una mortalidad del 3.5 al 10%, mientras que en varios estudios realizados en África subsahariana, la mortalidad oscila entre el 6 y el 30%. (1–3)

En un estudio publicado por “World Journal of Gastroenterology” se indica que, en la población general, más del 14% de los sujetos de 50 a 54 años ya contaban con la presencia de 2 o más factores de riesgo, y considerando la infección por H. pylori, la prevalencia del 10% en este grupo de edad. Además, aproximadamente el 50% de los sujetos de 30 a 34 años tienen al menos un factor de riesgo para el sangrado digestivo alto.(4)

Tanto las comorbilidades como los tratamientos que los pacientes reciben pueden favorecer a que desarrollen algún tipo de sangrado, en estos casos la mortalidad equivale a un 5%.(5) Así mismo, constituye un motivo de hospitalizaciones frecuentes, por lo cual, el costo a nivel internacional es de aproximadamente 2 billones de dólares anualmente.(6) En los últimos 30 años, el porcentaje de mortalidad ha presentado importantes variaciones como resultado del desarrollo de nuevas técnicas endoscópicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que la hemorragia digestiva alta es muy frecuente en los servicios hospitalarios, en Ecuador no se cuenta con estadísticas actuales que aborden grandes poblaciones y nos permitan identificar cuáles son las lesiones más frecuentes en las endoscopias a nivel hospitalario.

En un estudio que se realizó en el área de emergencia de un hospital del cantón Milagro “Hospital Dr. Federico Bolaños” en el periodo del 2017-2018 se obtuvo como resultado que un 82% de los casos estaban asociados a causas no variceales, además que de cada 100 pacientes 10 se ven afectados. El último estudio realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo abarcando los años 2012-2014, acerca de la prevalencia de hemorragia digestiva alta con 351 pacientes se obtuvo un 1.48%.⁽⁷⁾ Pese a esto, la infección por *H. pylori* es identificada de forma rutinaria durante la endoscopia por los gastroenterólogos, siendo esta una de las principales causas para la presentación de úlceras.⁽⁸⁾ En E.E.U.U. de 2002 a 2012, la tasa de hospitalización por hemorragia por úlcera péptica disminuyó en un 30%, mientras que la de lesiones de Dieulafoy, angiodisplasia y neoplasia aumentaron en un 33%, 32% y 50% respectivamente.⁽⁹⁾

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer las lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020.

Objetivos Específicos

- Describir la distribución de datos demográficos, clínicos y de anamnesis de los pacientes con hemorragia digestiva alta.
- Identificar mediante sustento endoscópico los tipos de lesiones que se presentan en pacientes atendidos en el HTMC.
- Determinar los hallazgos endoscópicos de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal con su respectivo porcentaje, según la clasificación Forrest.
- Reconocer el riesgo de resangrado y mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal según la escala Rockall.
- Especificar los factores de riesgo de resangrado.

HIPÓTESIS

La úlcera gástrica es la lesión endoscópica más frecuente en la hemorragia digestiva alta no variceal y principal riesgo de resangrado.

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva alta constituye uno de los principales motivos de hospitalización de causa gastrointestinal a nivel mundial, con una incidencia anual que se estima entre 40-150 casos por 100.000 habitantes, sumado alta mortalidad en pacientes mayores de 65 años. La HDA de causa no variceal representa aproximadamente el 72%, destacando la úlcera péptica.(10) Revisión de estudios realizados por la sociedad ecuatoriana de gastroenterología determinó que las principales causas son: úlceras pépticas (35-50%), duodenitis erosivas (20-30%), esofagitis (10-20%), desgarros de Mallory Weiss (2-5%), tumores digestivos (2-5%).(2)

Es de vital importancia la realización de este estudio, debido a los altos índices de casos de infecciones por *Helicobacter pylori* en nuestra población y también es importante resaltar que nuestra cultura tiende mucho a la automedicación, a la cabeza tenemos los AINES, los cuales van a constituir factores predisponentes para el desarrollo de la patología.(8) Una identificación temprana de la población expuesta, es decir, aquellos adultos mayores que presenten comorbilidades o presencia de resangrado, ahorraría gastos al sector de salud, dado que el enfoque estaría en la prevención la misma que es posible conseguir si se da un tratamiento adecuado al *H. pylori*, teniendo en consideración que uno de los objetivos que tiene el MSP es lograr la erradicación del mismo en nuestra población, por ende los índices de HDANV disminuirían.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

1.1. DEFINICIÓN

Es el tipo de hemorragia digestiva que se presenta en el tubo digestivo que abarca desde el esófago hasta el ligamento o ángulo de treitz. Es una causa frecuente de urgencias gastroenterológicas a nivel mundial, por lo cual, tiene altas tasas de morbimortalidad, sin embargo, su incidencia en los últimos años ha disminuido debido a los múltiples avances en su tratamiento y prevención.(11)

1.2. ETIOLOGÍA

Se puede dar por diferentes causas, siendo la más frecuente la provocada por las lesiones de úlcera péptica, seguida de esofagitis, gastritis/duodenitis, desgarro de Mallory–Weiss, tumores, malformaciones vasculares, entre otras. (12)

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Entre el 74 y el 80% de las hemorragias agudas digestivas corresponden a hemorragias digestivas altas no variceal, con una incidencia anual que fluctúa en torno a 50-150 casos por 100.000 habitantes/año. (12)

1.3 FACTORES DE RIESGO

Existen diferentes factores de riesgos que con diferentes estudios se han demostrado que presentan una relación estrecha con el desarrollo de hemorragias digestiva alta de tipo no variceal entre los cuales tenemos:

- Las personas de edad avanzada (generalmente mayores de 40 años)
- Que tengan enfermedades asociadas (DM, HTA, IRC, EPOC)
- Infección por helicobacter pylori
- El estrés

- Fármacos antiplaquetarios.
- El uso excesivo de los AINES
- Fármacos anticoagulantes orales (12)

1.4 PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Los pacientes suelen referir hematemesis y melenas, además de otros síntomas como hematoquesia, que pueden orientar a la posible causa del sangrado.

Las primeras pruebas iniciales a realizarle a un paciente que presente sangrado activo es la valoración de hemoglobina, plaquetas, los tiempos de coagulación, los electrolitos (Ca), las pruebas de función hepática y renal, gasometría, y el déficit de base y lactato, estos valores nos van a orientar a saber el estado hemodinámico de un paciente y en caso de la severidad del shock para realizar las medidas de resucitación. Se debe tener en cuenta otros marcadores bioquímicos como la urea/creatinina que también nos pueden orientar a la presencia de que el paciente presente hemorragia digestiva alta, luego de que se haya descartado la existencia de afectación renal, por ende, un valor mayor a 30 es sumamente indicativo de HD. Además, como predictor de un mal pronóstico y, por ende, indicador de fluido terapia es un incremento excesivo del BUN en las primeras 24 horas del ingreso del paciente.

También, la realización de PCR sérica puede utilizarse para identificar a los pacientes con alta mortalidad después de una HDA no varicosa.(13)

1.6 CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA

La pérdida sanguínea conlleva a una disminución del volumen circulatorio circulante, que pueden llevar a varios y complejos grados de Shock.

Cuando los pacientes presentan un 30% de pérdida de sangre, se puede llegar a presentar un estado de hipotensión, con una presión arterial sistólica por debajo de los 90 mmhg, razón por la cual debemos tener en cuenta siempre la frecuencia cardíaca, el llenado capilar, el nivel de conciencia, la frecuencia respiratoria y la diuresis en la primera valoración del paciente.(14)

1.7. MANEJO CLÍNICO

Es de mucha importancia realizar una muy buena anamnesis, de manera ágil, para lograr identificar el estado hemodinámico en el cual se encuentra el paciente, con el objetivo de proceder a estabilizarlo, por lo cual se puede seguir una serie de pasos:

1. Se debe seguir un correcto vigilancia de los signos vitales del paciente.
2. De ser necesario, se debe colocar vías para realizar la fluidoterapia, la cual debe iniciar con el uso de cristaloides. Se debe mantener una frecuencia cardíaca menor a 100 lpm y una PAS > a 100 mmhg, debemos valorar como responde el paciente, en caso contrario, al producirse una mala respuesta se debe transfundir concentrado de glóbulos rojos, además de tener en cuenta iniciar con vasopresores.
3. Si el paciente presenta una inestabilidad severa, es necesario la administración de oxígeno, al igual que vigilar la diuresis, y valorar si hay persistencia de hematemesis, o la presencia de alteración de conciencia, que en caso de presentarse se debe proceder a la intubación.
 - En caso de presentarse una hemorragia masiva siempre es necesario transfundir al paciente utilizando un concentrado de glóbulos rojos en presencia de una hemoglobina < 7 gr/dl, o que a pesar del uso de cristaloides persista la presencia de inestabilidad hemodinámica. Hay que recalcar, que las transfusiones sanguíneas pueden conllevar al riesgo de reacciones alérgicas, al igual que la presencia de insuficiencia respiratoria luego de transfundir, o el riesgo de resangrado por lo cual no siempre se recomienda de manera generalizada.
 - Utilizar concentrados plaquetarios: Es necesario realizarlo si hay presencia de valores anormales de las plaquetas, es decir, que bajen a 50.000 mm³.

- Utilizar plasma fresco congelado: Si los tiempos de coagulación se ven afectados, ocasionando una prolongación del INR, TTP > 15 seg o presencia de fibrinógeno con valores < 1g/L.
 - Factor IVa recombinante + Vitamina K iv: Se utiliza sólo en caso de que ninguno de los métodos anteriores logre mejoría y el paciente continúe sangrando.
4. Iniciar IBP: Ayuda a la estabilización del coágulo, se inicia con una dosis alta de 80 mg de omeprazol o esomeprazol.(15)

1.8 SCORE PRONÓSTICO

En los últimos años se han desarrollado diversas escalas que permiten valorar el pronóstico de los pacientes con HDA, como los sistemas de Rockall y de Baylor y el índice del Cedars-Sinai Medical. Todos ellos requieren de la información proporcionada por la endoscopia. Sin embargo, la escala de Blatchford permite estratificar el riesgo basándose exclusivamente en datos clínicos y de laboratorio.

En los últimos consensos internacionales sobre el tratamiento de la HDA, se recomienda la utilización de diversas escalas pronósticas que nos van a ayudar a estratificar de una manera temprana, es decir, antes de realizar la endoscopia, en grupos de alto y bajo riesgo. Con el índice de Blatchford (**anexo 1**) se puede seleccionar un pequeño grupo de pacientes de muy bajo riesgo, que podrían ser tratados de forma ambulatoria con indicación de endoscopia programada, y en la práctica clínica se considera el más útil en el ámbito de la Atención Primaria.

En otros casos se requiere una atención especializada, realizando endoscopia y se utilizan los hallazgos de esta exploración para establecer el pronóstico. La escala más utilizada en esta segunda clasificación pronóstica que incluye los hallazgos endoscópicos, es la escala de Rockall (**anexo 2**), que es considerada la mejor para lograr identificar a pacientes con un bajo riesgo luego de la endoscopia, lo cual permite llevar un mejor seguimiento y una menor estancia hospitalaria.

Los pacientes en los que se observa en la endoscopia una úlcera con fondo limpio y que se mantiene hemodinámicamente estables, sin enfermedades graves intercurrentes, pueden ser dados de alta en poco tiempo. (17)

Esta escala utiliza parámetros como: edad, presión arterial, y si tiene comorbilidades.

Podemos diferenciar a estos dos tipos de escala debido a que la escala de Blathford no tiene en cuenta la edad del paciente, pero toma en cuenta la urea sérica.

CAPÍTULO II

2. LESIONES ENDOSCÓPICAS

2.1. Úlcera péptica

Se la considera la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta no variceal. La úlcera puede ser gástrica o duodenal. Tiene una tasa de mortalidad entre el 5-10%.

Está asociada a múltiples factores de riesgo, siendo una de los principales la infección por *Helicobacter pylori*, y otros como: los AINES, aspirina, hipersecreción ácida, estrés.

Entre la clínica, por lo general suelen ser asintomáticas, sin embargo, se pueden presentar diferentes síntomas, como dispepsia, dolor epigástrico, náuseas, anorexia. Las úlceras gástricas intensifican su sintomatología luego de la ingesta de comida, mientras que las de tipo duodenal mejoran con la ingesta, pero molestan 2 o 4 horas después de está.

El diagnóstico se hace endoscópicamente, observando la presencia de una úlcera que tiene bordes regulares de forma redondeada. Se utiliza la escala de Forrest para predecir la posibilidad de resangrado, la mortalidad y el manejo terapéutico necesario. (17)

2.1.1. Escala de Forrest

El informe endoscópico debe describir el tipo, la localización y el número de lesiones presentes, al igual que debe precisar si existe sangrado activo o estigmas de hemorragia reciente.

El riesgo de continuar sangrando o de resangrar es prácticamente del 100% si se trata de una lesión con sangrado arterial activo.

- Forrest Ia: está entre el 10 y el 27% si la lesión “rezuma” sangre.
- Forrest Ib: y es del 50% cuando se visualiza un “vaso visible” (que aflora en el fondo de la lesión sin sangrado activo).

- Forrest IIa: la probabilidad de recidivas disminuye si se observa un coágulo fresco adherido 8-35%.
- Forrest IIb: manchas pigmentadas planas.
- Forrest IIc: menos de 8% o un fondo de la lesión limpio.
- Forrest III: menos de 3%.

En los dos últimos casos no se requiere tratamiento endoscópico, debido a que no se ha demostrado beneficio. (16)

2.2 Esofagitis

Es una de las causas frecuentes de SDANV; se manifiesta clínicamente con disfagia, odinofagia y en ocasiones dolor retroesternal. Tiene una prevalencia del 7% de los casos. (17) La esofagitis severa está dada generalmente por casos de enfermedad por reflujo gastroesofágico que no ha sido tratada, lo cual ocasiona lesiones hemorrágicas produciendo melena o hematemesis. Existen otras causas que pueden producir esofagitis como infecciones por citomegalovirus, cándida, herpes etc. La terapia con endoscopia por lo general se usa en caso de que exista sangrado activo por ulceración o desgarro de la mucosa del esófago. Se da tratamiento endoscópico con inyección de epinefrina, hemo clip y terapia de coagulación. Se recomienda tratamiento continuo una vez al día con IBP y repetir la endoscopia en 8 a 12 semanas para comprobar que exista curación de la lesión y por ende descartar la posibilidad de esófago de Barret post esofagitis. (18)

2.3 Gastritis/duodenitis

Son procesos inflamatorios en los que existe lesión de la mucosa, en pocas ocasiones puede casar HDA significativa, debido a la existencia de factores de riesgo como el alcohol, uso de anticoagulantes, cólico biliar crónico. Las erosiones se encuentran principalmente en antro y duodeno y por lo general el sangrado es autolimitado.

2.4 Tumores gastrointestinales altos

No es una causa frecuente de sangrado, su prevalencia va desde el 3 al 5% de los casos. Los tumores más comunes que causan sangrado como manifestación inicial son los adenocarcinomas de esófago y gástrico.

El sangrado puede deberse debido a lesiones tumorales benignas también; sospechamos de malignidad cuando existen márgenes ulcerosos irregulares y una masa ulcerada exofítica.

Los pacientes que presenten hemorragia grave por tumores malignos, tienen un pronóstico poco favorable ya que la mayoría tiene aproximadamente 12 meses de vida.

El sangrado puede complicarse más en casos de neovascularización friable subyacente de tumores y coagulopatías.

Las opciones terapéuticas mediante endoscopia hemostática han implicado la utilización de terapia térmica/mecánica junto a terapia de inyección, otras técnicas son: la ablación por radiofrecuencia, inyección de epinefrina y etanol, y una terapia de moda denominada hemospray. Estudios actuales demuestran que la terapia endoscópica es limitada con altas tasas de resangrado.:(19)

2.5 Desgarro de Mallory-Weiss

Se denomina así a aquellas laceraciones de la mucosa y submucosa que ocurren cerca de la unión gastroesofágica y suele extenderse hasta esófago medio-inferior, incluso hasta la porción proximal del estómago. (20)

Su incidencia es aproximadamente del 5%. La sintomatología que por lo general presentan son: hematemesis o vómitos tipo posos de café. Se asocia por lo general con arcadas contundentes.

Su fisiopatología se relaciona con un aumento de la presión intraabdominal junto a una fuerza de cizallamiento que es causada por una presión intratorácica negativa adicional.

En caso de presencia de sangrado activo se da un manejo con inyección de epinefrina a nivel de la submucosa y luego un clip endoscópico o terapia de coagulación térmica.

Hay estudios que establecen que la coagulación con plasma de argón resulta como un tratamiento eficaz. Cabe recalcar que la probabilidad de resangrado es poco común. (18)

2.6 Lesión de dieulafoy

Consiste en un tipo de anomalía vascular (arteria submucosa grande no asociada a úlceras) se encuentra cerca de la superficie de la mucosa. Representa el 1 a 2 % de las HDA.

No se conoce con exactitud su etiología ni las causas que puedan ocasionar su sangrado, pero se atribuye a causas congénitas y adquiridas. Se localiza generalmente en el estómago (fundus), sin embargo, en ocasiones se puede presentar en duodeno, intestino delgado y colon.

La hemorragia digestiva ocasionada por este tipo de lesión puede ser masiva, cabe recalcar que su identificación es difícil, y en muchos casos es asintomática excepto si el sangrado es activo o hay presencia de coágulos adheridos.

Afecta por lo general a los hombres que presentan comorbilidades; hay factores de riesgo que se han identificado en estos pacientes, como en antecedente de consumo excesivo de AINES, lo cual puede provocar hemorragias al causar atrofia de la mucosa y por ende lesión isquémica.(21)

2.7 Lesiones vasculares

Las malformaciones vasculares representan menos del 5% de las etiologías de HDA, éstas pueden ser heredadas o adquiridas, ya que son alteraciones en la arquitectura vascular de arterias, venas, vénulas, arteriolas que pueden encontrarse en cualquier parte del tubo digestivo manifestándose como lesiones rojas planas a nivel de la submucosa; en pocas ocasiones pueden presentarse de manera polipoide y afectar a todo el tracto GI, inclusive llegando a tocar a órganos anexos como el páncreas.

El manejo de esta patología es dependiendo de la cantidad de sangrado, si es un sangrado pequeño se lo puede manejar fácilmente de manera endoscópica con terapia múltiple: inyecciones de epinefrina, terapia térmica y clips endoscópicos; en casos ya de una hemorragia más extensa, por lo general, se requiere ya sea cirugía de resección quirúrgica o embolización angiográfica. (18)

2.8 Otras

Existen otras condiciones que pueden provocar HDA, entre las cuales está la hemobilia. La hemobilia es un sangrado procedente de la vía biliar, exteriorizada a través de la papila de Vater que puede ser secundaria a traumas, biopsia hepática, litiasis, etc.; el paciente puede presentar ictericia, cólico biliar y hematemesis o melenas.

Las fístulas aortoentéricas, que se clasifican en: primarias y secundarias. Las primarias por lo general son originadas a partir de un aneurisma aórtico y las secundarias por las prótesis aórticas y se las considera las más frecuentes. Comunican en el 75% de los casos con el duodeno. Es característica la “hemorragia heráldica” en la que un sangrado autolimitado precede a una hemorragia masiva con un intervalo de tiempo variable (horas, incluso meses).

3. Manejo Endoscópico y farmacológico

A lo largo del tiempo se han venido desarrollado técnicas que permitan lograr una correcta hemostasia, entre las cuales tenemos las terapias farmacológicas y endoscópicas.

Entre las terapias farmacológicas, los inhibidores de la bomba de protones siguen siendo el pilar del tratamiento, ya que reducen el riesgo de resangrado y la necesidad de una evaluación endoscópica recurrente.

Otro fármaco es la utilización de ácido tranexámico, que es un agente de tipo antifibrinolítico, sin embargo, todavía se encuentra en estudio.

Además, la aplicación de farmacoterapia administrada por vía endoscópica como: Hemospray (Cook Medical), EndoClot (EndoClot Plus Inc.) y Ankaferd Blood Stopper (Ankaferd Health Products), y la epinefrina estándar.

Por otro lado, las técnicas endoscópicas no farmacológicas utilizan uno de los dos métodos siguientes para lograr la hemostasia: ablación o taponamiento mecánico, que puede implicar el uso de grapas endoscópicas, cauterización, coagulación con plasma de argón, dispositivos de grapado sobre el alcance, ablación por radiofrecuencia y crioterapia.(22)

Para el manejo de una hemorragia digestiva alta no variceal, se recomienda realizar endoscopia temprana, es decir, dentro de las primeras 24 horas de ingreso del paciente porque permite realizar una estratificación de riesgo a posibles recidivas y la estancia hospitalaria. De igual manera, ayuda a la prematura realización del tratamiento endoscópico en los pacientes que sean de alto riesgo y que necesitan la realización de la endoscopia en las primeras 12 horas ya que ayuda a la mejora del pronóstico y por ende su alta hospitalaria sería más rápida, por otro lado, mientras el paciente sea de alto riesgo y además presente una inestabilidad hemodinámica persistente y severa, la endoscopia puede realizarse dentro de las primeras 6 horas. La endoscopia debe especificar la presencia y el tipo de estigma de hemorragia reciente ya que predicen el riesgo de persistencia o de recidiva hemorrágica y determinan la indicación o no de tratamiento hemostático endoscópico. Hay que recalcar que el tratamiento de tipo endoscópico no está necesariamente indicado en pacientes de bajo riesgo dado el buen pronóstico de estas lesiones con una probabilidad de recidiva inferior al 5%.(23)

3.1 Resangrado

Cerca del 80% de pacientes que presentaron una HDA no variceal tiene riesgo de resangrado o persistencia del mismo, se relaciona con la presencia de estigmas mayores al sangrado presentado, por lo cual influyen en el pronóstico de los pacientes, ya que existe la presentación de hemorragia activa, la existencia de un vaso visible no sangrante o un coagulo fresco adherido a la lesión. El riesgo de resangrado se lo valora mediante la escala de Rockall antes ya descrita.

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio tipo observacional, analítico, retrospectivo y transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes adultos atendidos por hemorragia digestiva alta no variceal en el HTMC durante el periodo 2018-2020.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes adultos atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
2. Pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal dentro del periodo 2018-2020.
3. Pacientes con informes de Video Endoscopia Digestiva Alta.

Criterios de exclusión:

1. Sangrado digestivo variceal.
2. Embarazadas
3. Historias clínicas que se encuentren con datos insuficientes.
4. Pacientes pediátricos.
5. Pacientes con diagnóstico incierto y hallazgos normales.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO

Obteniendo la base de datos, ofrecida por el departamento de estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se indagó en 516 historias clínicas del sistema AS400, que correspondían al periodo de estudio planteado, de las cuales se identificó una población de 416 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente usando el muestreo probabilístico aleatorio simple, se consiguió una muestra de 200 pacientes para esta investigación.

$$\begin{array}{l} N=416 \\ n=? \\ p=50\% \\ q=50\% \\ z=95\% \\ z=95\% \\ e=5\% \end{array} \quad n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 416}{0,05^2 \cdot (416-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$
$$n = 200,01$$
$$n = 200 \text{ pacientes}$$

MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Revisión de historias clínicas con datos antropométricos, pruebas complementarias (video endoscopia digestiva alta), evoluciones por parte del área de gastroenterología en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre Variables	INDICADOR	Tipo	RESULTADO FINAL
Sexo	Fenotipo	Categórica Nominal Dicotómica	Femenino Masculino
Edad	Años	Categórica Ordinal	< 60 años 60-79 años ≥ 80 años
Hábitos patológicos	Anamnesis	Categórica Nominal Politómica	Alcoholismo Tabaquismo Café Drogas Ninguno
Medicación Habitual	Anamnesis	Categórica Nominal Politómica	Aines IBP Antitrombóticos Antiagregantes Anticoagulantes Corticoides Ninguna
Frecuencia cardíaca	Signos vitales	Numérica Discreta	Latidos cardíacos x min
Presión arterial sistólica	Signos vitales	Numérica Discreta	Gasto cardíaco x resistencia periférica en sístole
Comorbilidades	Anamnesis	Categórica Nominal Politómica	Hipertensión arterial Cardiopatía isquémica Insuficiencia cardiaca congestiva Insuficiencia hepática Diabetes mellitus Neoplasia no diseminada Neoplasia diseminada

			Enfermedad renal crónica Otra comorbilidad sistémica Ninguna
Forma de Presentación	Anamnesis	Categórica Nominal Politómica	Hematemesis Melena Hematemesis+melena
Clínica asociada	Anamnesis	Categórica Nominal Politómica	Astenia Dolor abdominal Diaforesis Anemia Shock
Tipos de lesiones	Historia clínica	Categórica Nominal Politómica	Úlcera duodenal Úlcera gástrica Úlcera duodenal y gástrica Esofagitis erosiva Gastritis erosiva Neoplasia esofágica Neoplasia gástrica Lesión de Dieulafoy Síndrome de Mallory Weiss Fistula aorto-enterica Angiodisplasia Úlcera marginal Úlcera esofágica Duodenitis erosiva Neoplasia duodenal
Hallazgos endoscópicos	Escala de Forrest	Categórica Ordinal Politómica	Ia: Hemorragia a chorro Ib: Hemorragia en sábana

			<p>Ila: Lesión con vaso visible no sangrante</p> <p>IIb: Lesión con coágulo adherido</p> <p>IIc: Lesión con fondo oscuro hemático</p> <p>III: Sin signos de sangrado</p>
Escala de Rockall post-endoscópica	Factores de riesgo de resangrado y mortalidad	Categórica Ordinal Politémica	<p>0 puntos: R 4,9% M 0%</p> <p>1 puntos: R 3,4% M 0%</p> <p>2 puntos: R 5,3% M 0,2%</p> <p>3 puntos: R 11,2% M 2,9%</p> <p>4 puntos: R 14,1% M 5,3%</p> <p>5 puntos: R 24,1% M 10,8%</p> <p>6 puntos: R 32,9% M 17,3%</p> <p>7 puntos: R 43,8% M 27%</p> <p>8 puntos: R 41,8% M 41,1%</p> <p>R: resangrado M: mortalidad</p>
Resangrado	Clínica de hematemesis o melena	Categórica Nominal Dicotómica	<p>Presencia de resangrado</p> <p>No presencia de resangrado</p>
VARIABLE	INDICADORES	TIPO	RESULTADO FINAL
Hemorragia Digestiva Alta	Video endoscopia digestiva alta	Categórica Nominal Dicotómica	<p>Presencia De Sangrado</p> <p>No Presencia De Sangrado</p>

ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE DATOS

Con el fin de recopilar la información necesaria, los datos fueron recolectados según criterios de inclusión y exclusión, a partir de historias clínicas del sistema AS400 del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de aquellos pacientes con diagnóstico de hematemesis (CIE10:K920) o melena (CIE10:K921). Los análisis estadísticos fueron realizados en los programas: IBM® SPSS® software versión 26 y Microsoft Excel versión 2019.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En este estudio, los datos obtenidos serán organizados y procesados por medio del programa de Microsoft Excel, para la tabulación de la información obtenida y su posterior diagramación.

Los resultados de las variables cualitativas serán expresados en forma de frecuencia absoluta y porcentaje. Mientras que las variables cuantitativas serán expresadas por la media y desviación estándar. Para determinar factores de riesgo en el análisis inferencial se realizó mediante cálculo de Odds Ratio con el respectivo intervalo de confianza del 95% y significancia del 5%.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Distribución de datos demográficos, clínicos y de anamnesis de los pacientes con hemorragia digestiva alta.

En el análisis descriptivo de los pacientes de la muestra que tuvieron un episodio de hemorragia digestiva alta se analizaron las variables numéricas y categorías (**tabla 1**) (**tabla 2**). La edad al ser clasificada según la escala Rockall, se observó que: 39% (n=78) pacientes tuvieron menos de 60 años, 48% (n=96) pacientes tuvieron de 60 a 79 años y 13% (n=26) pacientes tuvieron ≥ 80 años (**figura 1**). Los hombres 69% (n=138) fueron más frecuentes que las mujeres 31% (n=62) en la muestra (**figura 2**). La mayoría de los pacientes no tenían dentro de sus hábitos el consumo de alguna sustancia perjudicial para la salud, pero de los pacientes que sí tenían malos hábitos los que consumían alcohol fueron los más frecuentes con 32% (n=64) de los casos, seguido de los que consumían tabaco con 23,4% (n=47) de los casos (**figura 3**).

Variables cualitativas		Frecuencia	Porcentaje
Edad	<60 años	78	39
	60-79 años	96	48
	≥ 80 años	26	13
Sexo	Masculino	138	69
	Femenino	62	31
Hábitos	Alcohol	64	32
	Tabaco	47	23,5
	Café	19	9,5
	Drogas	1	0,5
	Ninguna	105	52,5
Medicamentos	Aines	34	17
	IBP	69	34,5
	Anticoagulantes	14	7

	Antiagregantes	25	12,5
	Antitrombóticos	0	0
	Corticoides	7	3,5
	Ninguna	70	35
Comorbilidad	HTA	122	61
	CI	22	11
	ICC	7	3,5
	HC	16	8
	DM	66	33
	Neoplasia	24	12
	ERC	54	27
	Ninguna	45	22,5
Forma de presentación	Hematemesis	37	18,5
	Melena	111	55,5
	Hematemesis/Melena	49	24,5
Clínica asociada	Astenia	123	61,5
	Dolor abdominal	134	67
	Diaforesis	43	21,5
	Anemia	149	74,5
	Shock	14	7
Tipo de lesión	Úlcera duodenal	26	13
	Úlcera gástrica	92	46
	Úlcera D y G	19	9,5
	Esofagitis erosiva	14	7
	Gastritis erosiva	58	29
	Neoplasia gástrica	17	8,5
	Neoplasia esofágica	1	0,5
	Fístula aorto-entérica	0	0
	Angiodisplasia	0	0
	Lesión de Dieulafoy	0	0
	Síndrome de Mallory-Weiss	1	0,5
	Úlceras marginales	0	0

	Úlcera esofágica	6	3
	Duodenitis erosiva	6	3
	Neoplasia duodenal	2	1
Hallazgos endoscópicos (Escala Forrest)	IA	11	5,5
	IB	33	16,5
	IIA	27	13,5
	IIB	13	6,5
	IIC	20	10
	III	101	50,5
Frecuencia cardíaca	≥100	22	11
	<100	178	89
Presión arterial sistólica	<100	36	18
	≥100	164	82
Resangrado	Si	11	5,5
	No	189	94,5

Tabla 1. Características categóricas de los pacientes con hemorragia digestiva alta

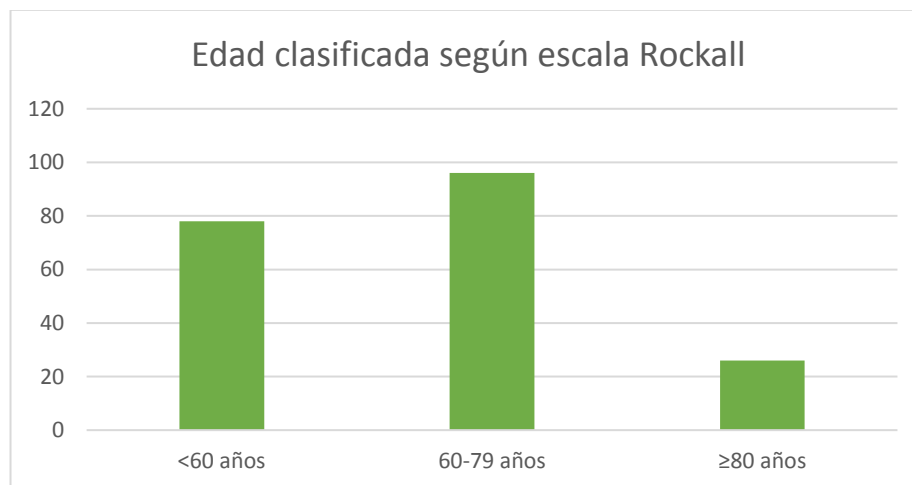


Figura 1. Distribución de la edad según la escala Rockall

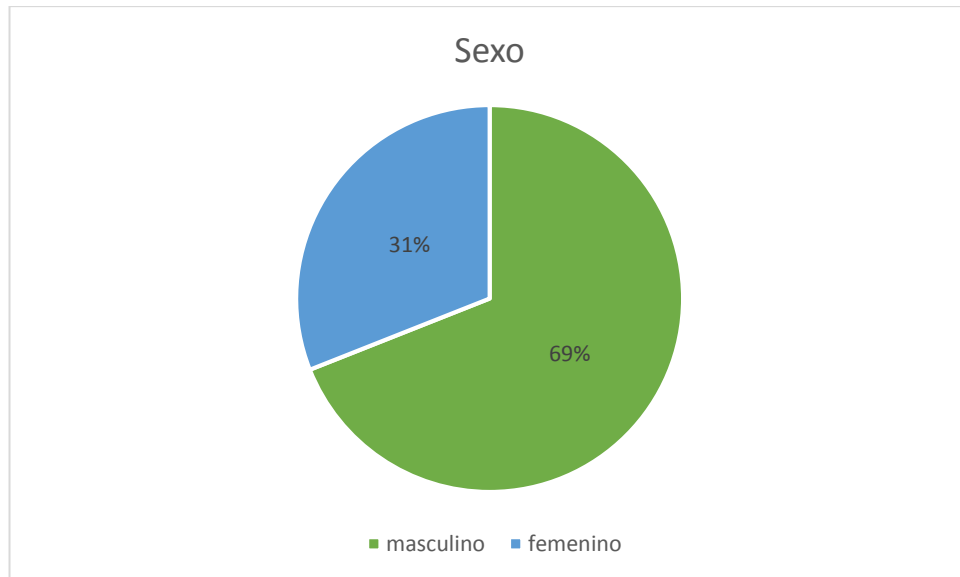


Figura 2. Distribución del sexo en los pacientes de la muestra

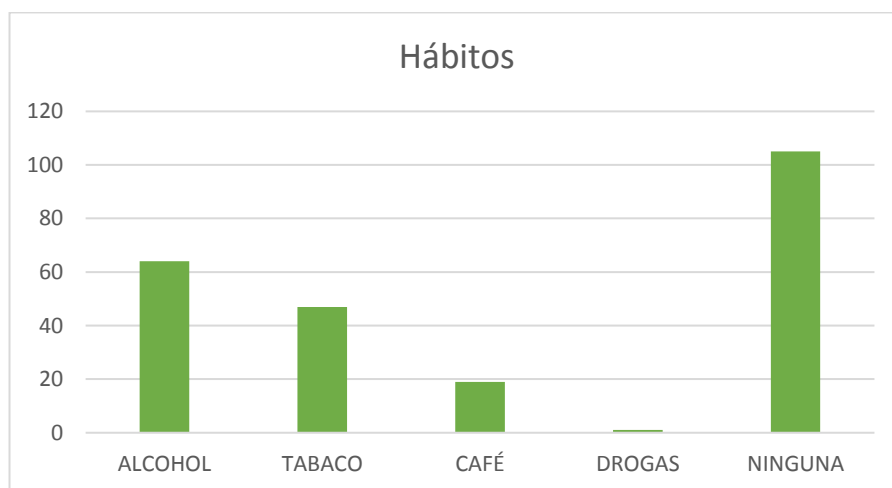


Figura 3. Hábitos de los pacientes de la muestra

De los medicamentos que posiblemente tienen alguna influencia en las hemorragias digestivas altas, el que más consumían fueron los IBP con 34,5% (n=69), seguido de los AINES con 17% (n=34) y luego en menor frecuencia consumían antiagregantes con 12,5% (n=25) de los casos **(figura 4)**.

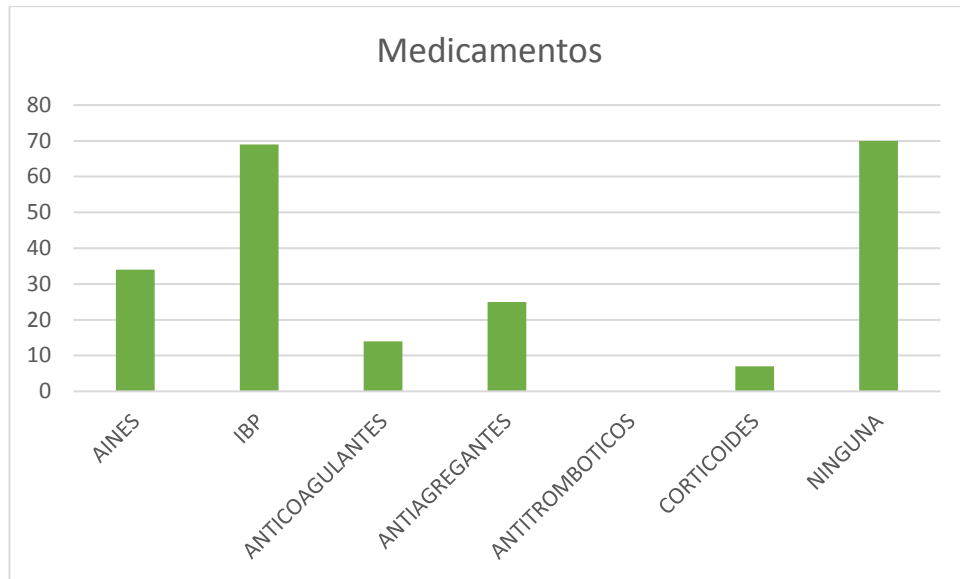


Figura 4. Medicamentos habitualmente consumidos por los pacientes previo al episodio de hemorragia digestiva alta

La comorbilidad que más conteos obtuvo fue la hipertensión arterial con 61% (n=122), seguida de la diabetes mellitus con 33% (n=66) y luego con menos casos 27% (n=54) se identificó a la enfermedad renal crónica (ERC) como otras de las comorbilidades más frecuentes (**figura 5**).

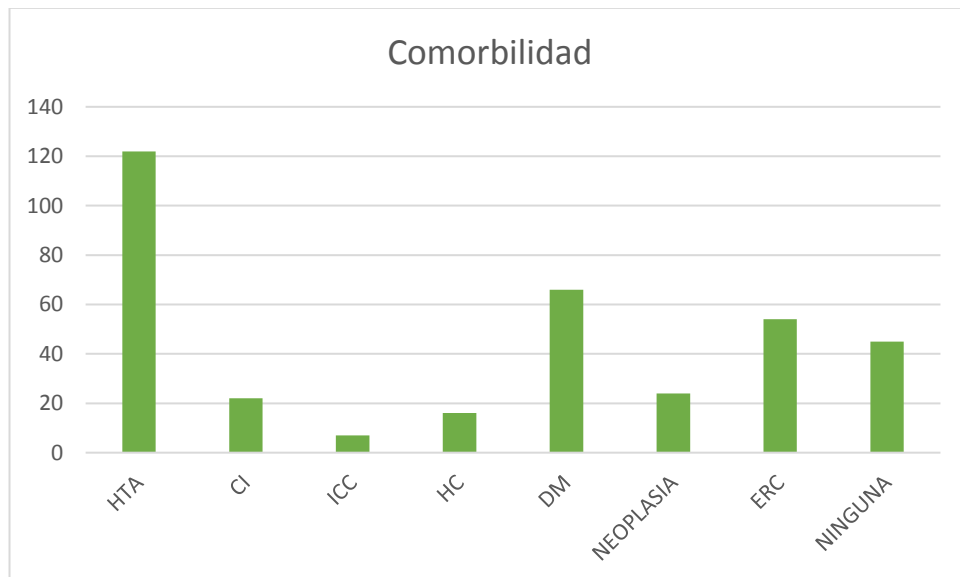


Figura 5. Distribución de los pacientes del estudio según la comorbilidad subyacente que tuvieron.

Como la hemorragia digestiva alta puede tener dos formas de presentación, se determinó cual fue la más frecuente, siendo la melena que presentó más casos 55,5% (n=111) en comparación con la hematemesis con 18,5% (n=37) casos. Y de la clínica asociada en los casos de hemorragia digestiva alta, la anemia fue la más frecuente con 74,5% (n=149) (figura 6) (figura 7).

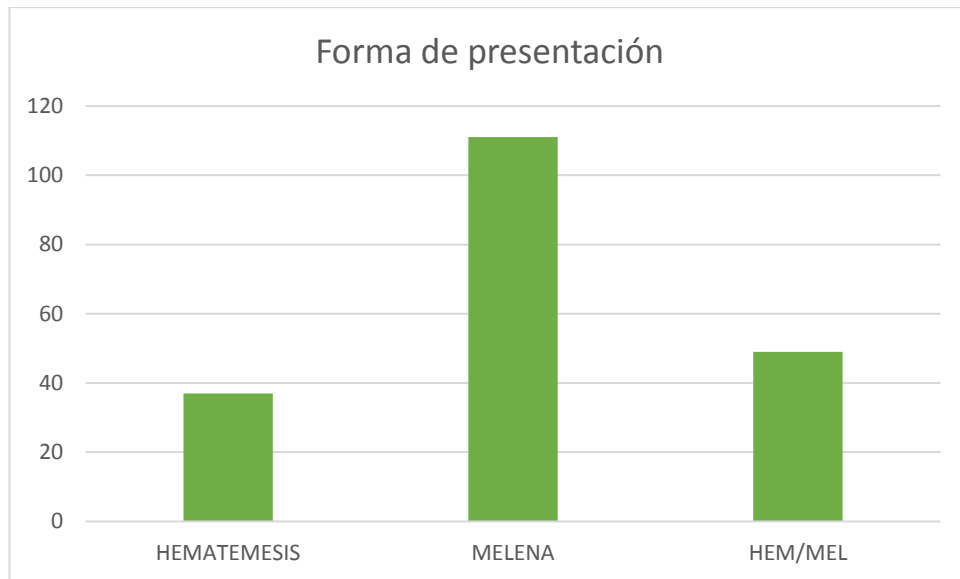


Figura 6. Distribución de la forma de presentación de la hemorragia digestiva alta

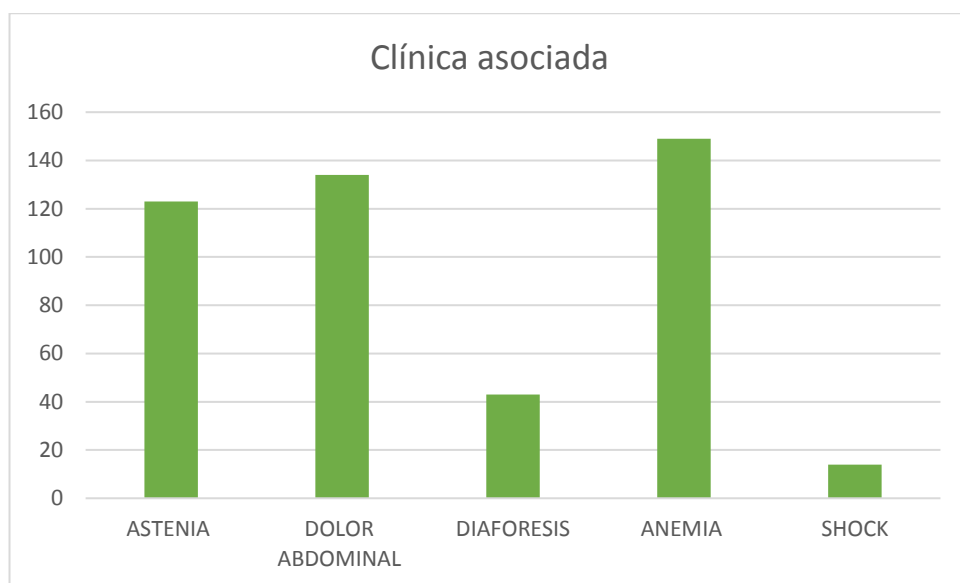


Figura 7. Distribución de la clínica asociada a la hemorragia digestiva alta

Tipos de lesiones que se presentaron por endoscopia en los pacientes atendidos en el HTMC.

Son múltiples los tipos de lesiones que se pueden encontrar en una endoscopia en los pacientes con hemorragia digestiva alta (**tabla 1**), de las cuales la úlcera gástrica fue la más frecuente con 46% (n=92) casos, seguida de la gastritis erosiva con 29% (n=58) casos y en menos frecuencia seguida por la úlcera duodenal 13% (n=26) casos (**figura 8**). No se reportaron casos de fistula aorto-entérica, angiodisplasia, lesión de dieulafoy o úlceras marginales.



Figura 8. Distribución de los tipos de lesiones que desencadenaron la hemorragia digestiva alta.

Hallazgos endoscópicos de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal con su respectivo porcentaje, según la clasificación Forrest.

Siguiendo la clasificación de Forrest de los hallazgos endoscópicos, el que más casos presentó fue el tipo III con 55% (n=101) casos, pero las que menos se presentaron fueron la IIC con 10% (n=20) casos y la IA con 5,5% (n=11) casos (**figura 9**).

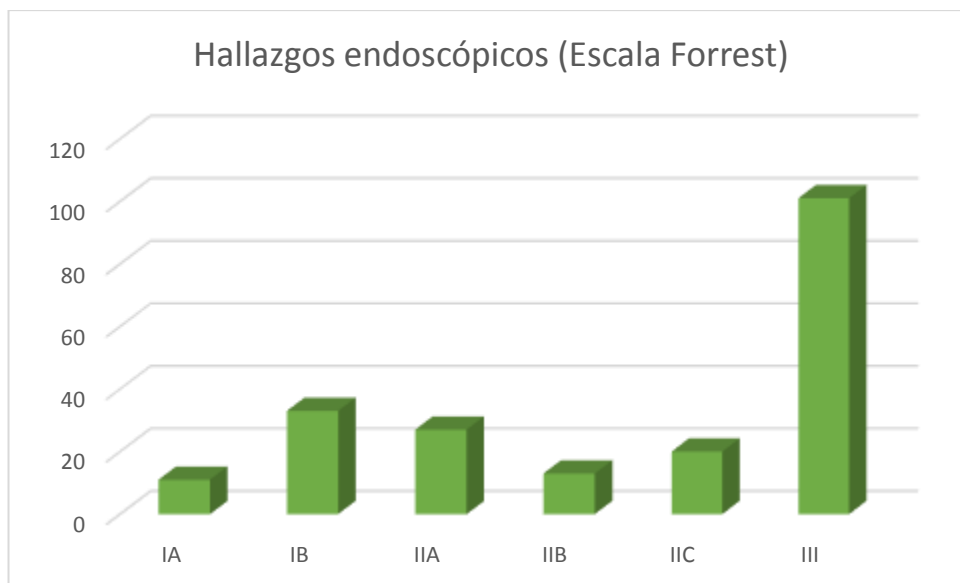


Figura 9. Distribución de los hallazgos endoscópicos según la clasificación Forrest.

En adición, para poder determinar el puntaje de la escala Rockall, se indagó en los signos vitales de los pacientes, obteniendo que 11% (n=22) de los casos tuvieron taquicardia, el 18% de los pacientes (n=36) casos desarrollaron hipotensión.

Riesgo de resangrado y mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, según la escala Rockall.

Considerando que 5,5% (n=11) presentaron resangrado (**tabla 1**), se aplicó la escala Rockall para cada uno de los pacientes y se obtuvo que en la muestra hubo una media 22 (DE:14,38) del porcentaje de riesgo de resangrado y una de media 12,5 (DE:12,7) del porcentaje de mortalidad, entre todos los pacientes de la muestra (**tabla 2**).

	Variables cuantitativas	Promedio	Desviación estándar
	Frecuencia cardíaca	82	13,37
Escala Rockall	% Riesgo resangrado	22	14,38
	% Mortalidad	12,5	12,74

Tabla 2. Características numéricas de la muestra.

Factores de riesgo de resangrado

Por último, se realizó un análisis inferencial de los posibles factores de riesgo para resangrado, obteniendo que los factores de riesgo para resangrado fueron los siguientes: ERC (OR: 5,28; ic95%: 1,4-18,86; valor p 0,005), úlcera gástrica (OR: 13,04; IC95%: 1,63-103,9; valor p 0,002), duodenitis erosiva (OR: 10,27; IC95%: 1,6-63,71; valor p 0,002) y un fondo ulceroso hemático (hallazgo tipo IIC) (OR: 6,17; IC95%: 1,6-23,3; valor p: 0,003). Los demás datos clínicos, antropométricos y demográficos no presentaron relación significativa ni de riesgo para el desarrollo de resangrado después de un episodio de hemorragia digestiva alta (**tabla 3**).

Variables	Con resangrado	Sin resangrado	OR	IC 95%	Valor p
<60 años	5	73	1,32	0,3-4,4	0,652
60-79 años	5	91	0,897	0,2-3	0,862
≥80 años	1	25	0,656	0,08-5,3	0,692
Sexo masculino	8	130	1,21	0,3-4,7	0,783
Sexo femenino	3	59	1,21	0,3-4,7	0,783
Alcohol	4	60	0,3	0,03-2,4	0,750
Tabaco	1	46	2,03	0,2-16,2	0,246
Café	0	19	1,06	1-1,1	0,269
Drogas	0	1	1,05	1-1,09	0,809
Aines	1	33	0,473	0,05-3,8	0,473
IBP	4	65	1,09	0,3-3,86	0,894
Anticoagulantes	1	13	1,35	0,16-11,4	0,780
Antiagregantes	2	23	1,6	0,3-7,8	0,558
Antitrombóticos	0	0	...	...	...
Corticoides	0	7	1,06	1-1,09	0,516
Hipertensión arterial	10	112	6,87	0,86-54,8	0,036
Cardiopatía isquémica	1	21	0,8	0,09-6,5	0,835

Insuficiencia cardíaca crónica	1	6	3,05	0,33-27,8	0,299
Insuficiencia hepática	1	15	1,16	0,13-9,6	0,891
Diabetes mellitus	6	60	2,58	0,75-8,7	0,118
Neoplasia	2	22	1,68	0,34-8,31	0,516
Enfermedad renal crónica	7	47	5,28	1,4-18,86	0,005
Úlcera duodenal	1	25	0,65	0,08-5,3	0,692
Úlcera gástrica	10	82	13,04	1,63-103,9	0,002
Úlcera duodenal y gástrica	0	19	1,06	1-1,1	0,269
Esofagitis erosiva	0	14	1,06	1-1,1	0,349
Gastritis erosiva	2	56	0,528	0,1-2,5	0,416
Neoplasia gástrica	0	17	1,06	1-1,1	0,298
Neoplasia esofágica	0	1	1,05	1-1,09	0,809
Fístula aorto-entérica	0	0	...	...	...
Angiodisplasia	0	0	...	...	...
Lesión de Dieulafoy	0	0	...	...	...
Síndrome de Mallory-Weiss	0	1	1,05	1-1,09	0,809
Úlceras marginales	0	0	...	...	...
Úlcera esofágica	0	6	1,06	1,02-1,09	0,549
Duodenitis erosiva	2	4	10,27	1,6-63,71	0,002
Úlcera esofágica	0	6	1,01	1-1,01	0,795
Neoplasia duodenal	0	2	1,05	1-1,09	0,732

Ia	0	11	1,06	1-1,1	0,410
Ib	0	33	1,07	1-1,01	0,126
Ila	1	26	0,627	0,07-5,1	0,660
Ilb	1	12	1,47	0,17- 12,5	0,720
Ilc	4	16	6,17	1,6-23,3	0,003
III	5	96	0,807	0,2-2,7	0,731
FC ≥100	1	21	0,8	0,09-6,5	0,835
PA <100	2	34	1,01	0,2-4,9	0,987

Tabla 3. Análisis inferencial para descubrir los factores de riesgo resangrado luego de un episodio de hemorragia digestiva alta

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo establecer las lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con HDA no variceal, ya que constituye una patología frecuente en nuestro país y que puede comprometer la vida del paciente.

Se obtuvo un total de 416 pacientes entre hombres y mujeres. Al estudiar en que sexo fue más frecuente, en este estudio prevaleció un mayor porcentaje en hombres, sin embargo, en otro estudio realizado por Almeida J, en el año 2018 en Ecuador establece que la HDA no tiene prevalencia ante un sexo específico. (24)

Investigaciones publicadas por “BMC Gastroenterology” establecen una media de edad de presentación en pacientes entre los 42 años (1), mientras que en este estudio obtuvimos que los pacientes que presentaron HDA no variceal fueron menores de 60 años. Además, la HDA es más frecuente en pacientes que tengan comorbilidades, lo cual hace que la mayoría de veces su pronóstico sea desfavorable, en este estudio se identificó que la HTA, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica fueron las comorbilidades más frecuentes en nuestros pacientes, lo cual es similar a un estudio realizado por Ali Akbar publicado en la revista de Arabe J gastroenterology en el año 2019, el cual establece que la prevalencia de enfermedad cardiovascular crónica, enfermedad hepática crónica, enfermedad pulmonar crónica, diabetes y diálisis fue mayor en sujetos con malos resultados clínicos que en aquellos con resultados clínicos favorables. (25)

Entre las manifestaciones clínicas, la que más prevaleció en estos pacientes fue la melena, al igual que en diferentes estudios, los cuales establecen que la melena, hematemesis y hematoquecia son los signos más frecuentes. (11)

Con respecto a la lesión endoscópica más frecuente, en este estudio tuvo mayor frecuencia las lesiones por úlcera péptica de tipo gástrica (46%) con escala de Forrest de III con 55% de casos como principal causa de sangrado lo cual es reafirmado por diferentes estudios a nivel global, en los cuales la úlcera péptica se consagra como la lesión más frecuente seguida por la esofagitis y gastritis/duodenitis.(26)

Con respecto a los factores de riesgo asociados a HDA y resangrado, en este estudio los pacientes con úlcera péptica gástrica (OR:13,04) eran los más propensos a presentar hemorragias y resangrados, de manera similar también lo establece Rockey C en una revisión en la que el consumo excesivo de cigarrillo y alcohol son factores conocidos para el desarrollo de hemorragia no variceal. (27)

Una investigación por Jacome N no demuestra una relación estadísticamente significativa sobre el consumo de fármacos como antiagregantes o anticoagulantes y la HDA, sin embargo, en nuestro trabajo investigativo de los medicamentos que posiblemente tienen influencia en las hemorragias digestivas un 17% pertenecía a los AINES y un 12,5 % a los antiagregantes. (17)

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La lesión endoscópica más frecuente en los pacientes con hemorragia digestiva no variceal fue la úlcera péptica gástrica (46%).
- La edad más frecuente para HDA no variceal fue entre los 60 a 79 años.
- El sexo masculino (69%) tuvo una mayor prevalencia de sangrado digestivo en comparación con el femenino (31%).
- El alcohol y cigarrillo fueron los hábitos tóxicos más frecuentes en los pacientes que presentaron HDA.
- La forma de presentación de HDA fue la melena con un 55.5% de los casos.
- La manifestación clínica más frecuente fue la anemia en 74,5% de los pacientes
- Los tipos de lesiones que se encontraron en los pacientes estudiados fueron: úlcera péptica (gástrica y duodenal), gastritis erosiva, y esofagitis.
- La clasificación de Forrest III fue la más frecuente.
- El porcentaje promedio de resangrado en esta población fue de 22% y la mortalidad del 12,5%.
- Un 5,5% de los pacientes presentaron resangrado, siendo la úlcera gástrica el mayor factor de riesgo para el resangrado.

RECOMENDACIONES

Se debe reforzar la implementación de las escalas en los hospitales, ya que básicamente son diseñados con el fin de mejorar la orientación diagnóstica y el estado en el que se puede encontrar el paciente

La hemorragia digestiva alta no variceal es una urgencia médica, por lo cual un manejo temprano realizando una endoscopia y la administración de los fármacos inhibidores de protones a altas dosis van a ayudar a mejorar el pronóstico de los pacientes.

Con nuestra investigación esperamos brindar un aporte actualizado sobre la HDA no variceal, con el objetivo de lograr que se mejore su manejo tanto diagnóstico como terapéutico, para que las tasas de morbimortalidad sigan decayendo. Además, de que se sigan investigando otras causas diferentes a la úlcera péptica, como es el caso de la esofagitis que ha tomado un porcentaje significativo en nuestro estudio.

REFERENCIAS

1. Rajan SS, Sawe HR, Iyullu AJ, Kaale DA, Olambo NA, Mfinanga JA, et al. Profile and outcome of patients with upper gastrointestinal bleeding presenting to urban emergency departments of tertiary hospitals in Tanzania. *BMC Gastroenterol*. 10 de diciembre de 2019;19(1):212.
2. 9-tratamiento_endoscopico_de_la_hda_no_varicial.pdf [Internet]. [citado 15 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.gastroquito.med.ec/librerias/archivos/descargas/9-tratamiento_endoscopico_de_la_hda_no_varicial.pdf
3. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, Chandrasekhara V, Chathadi K, Decker GA, et al. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. junio de 2012;75(6):1132-8.
4. Kim SH, Yun JM, Chang CB, Piao H, Yu SJ, Shin DW. Prevalence of upper gastrointestinal bleeding risk factors among the general population and osteoarthritis patients. *World J Gastroenterol*. 28 de diciembre de 2016;22(48):10643-52.
5. P. Cañamares Orbis, C. Borao Laguna. Hemorragia digestiva alta no varicosa | *Medicine* [Internet]. 2020 [citado 15 de agosto de 2021]. Disponible en: DOI: 10.1016/j.med.2020.01.022
6. Saleem S, Thomas AL. Management of Upper Gastrointestinal Bleeding by an Internist. *Cureus*. 25 de junio de 2018;10(6):e2878.
7. Cevallos Arias JR, Vanegas Morales JL. Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes ingresados por el área de emergencia del Hospital General IESS Milagro del 01 de enero del 2017 hasta el 31 de diciembre del 2018. 30 de abril de 2019 [citado 15 de agosto de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12958>
8. Sangrado digestivo alto no variceal: revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII (614) 141 - 148, 2015
9. Abougergi MS. Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the USA: Is the Bleeding Slowing Down? *Dig Dis Sci*. 1 de mayo de 2018;63(5):1091-3.
10. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Revista médica de Chile*. marzo de 2020;148(3):288-94.
11. Lanás A, Dumonceau J-M, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Primers*. 19 de abril de 2018;4:18020.

12. Hemorragia digestiva alta no varicosa - PubMed [Internet]. [citado 16 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29671413/>
13. Park SH, Mun YG, Lim C-H, Cho YK, Park JM. C-reactive protein for simple prediction of mortality in patients with acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding: A retrospective analysis. *Medicine (Baltimore)*. 18 de diciembre de 2020;99(51):e23689.
14. Cannon JW. Hemorrhagic Shock. Longo DL, editor. *N Engl J Med*. 25 de enero de 2018;378(4):370-9.
15. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, Camus M, Lau J, Lanas A, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. *Endoscopy*. marzo de 2021;53(03):300-32.
16. Murillo PC. Actualización en enfermedad ácido péptica. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD* [Internet]. 26 de julio de 2017 [citado 16 de agosto de 2021];7(1). Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/29957>
17. Manejo del sangrado digestivo alto no variceal y su impacto en la morbimortalidad de los pacientes Jácome Naranjo, 2019.pdf [Internet]. [citado 15 de agosto de 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17541/Jacome-Naranjo-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Chang MA, Savides TJ. Endoscopic Management of Nonvariceal, Nonulcer Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics*. 1 de julio de 2018;28(3):291-306.
19. Ofosu A, Ramai D, Latson W, Adler DG. Endoscopic management of bleeding gastrointestinal tumors. *Ann Gastroenterol*. agosto de 2019;32(4):346-51.
20. Rawla P, Devasahayam J. Mallory Weiss Syndrome. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 15 de agosto de 2021]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538190/>
21. Dieulafoy's lesion in the cecum: A rare case report presentation - PubMed [Internet]. [citado 16 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34225059/>
22. Garber A, Jang S. Novel Therapeutic Strategies in the Management of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Clin Endosc*. septiembre de 2016;49(5):421-4.
23. García-Iglesias P, Botargues J-M, Feu Caballé F, Villanueva Sánchez C, Calvet Calvo X, Brullet Benedi E, et al. Manejo de la hemorragia

digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastroenterol Hepatol. 1 de mayo de 2017;40(5):363-74.

24. Almeida Alvarado JC. Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes de gastroenterología. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2016-2017. Estudio de casos y controles. 11 de noviembre de 2018 [citado 16 de agosto de 2021]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30524>
25. Hajiagha Mohammadi AA, Reza Azizi M. Prognostic factors in patients with active non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Arab J Gastroenterol. marzo de 2019;20(1):23-7.
26. Gibson W, Scaturo N, Allen C. Acute Management of Upper Gastrointestinal Bleeding. AACN Adv Crit Care. Winter de 2018;29(4):369-76.
27. Don C Rockey, MD. Causas de hemorragia digestiva alta en adultos. 2021.

ANEXOS

ANEXO 1: Escala de Glasgow-Blatchford

Parámetros al ingreso	Puntos
Urea (mmol/L)	
6,5-8	2
8-10	3
10-25	4
> 25	6
Hemoglobina (g/L) hombres	
120-130	1
100-120	3
< 100	6
Hemoglobina (g/L) mujer	
100-120	1
< 100	6
Tensión arterial sistólica (mmHg)	
100-109	1
90-99	2
< 90	3
Pulso \geq 100 lat/min	1
Comorbilidad/Historia clínica	
Presentación con melena	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática	2
Insuficiencia cardíaca	2

ANEXO 2: Escala de Rockall

Variables	Puntos			
	0	1	2	3
Edad (años)	< 60	60 - 79	> 80	-
Frecuencia cardíaca (lat/minuto)	< 100	\geq 100		-
Tensión arterial sistólica (mmHg)	\geq 100		< 100	-
Comorbilidad	Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, cualquier otra comorbilidad mayor		Insuficiencia renal, cáncer	

Fuente: Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC.
Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage.
Gut. 1996 Mar;38(3):316-21.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mejía Montiel, Hillary Yahiry**, con C.C: **0951122647** autora del trabajo de titulación: Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020, 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, **30 de agosto del 2021**

Hillary Mejía

f. _____

Nombre: **Mejía Montiel, Hillary Yahiry**

C.C: **0951122647**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Pincay Lombeida Ricardo Gabriel**, con C.C: **0924882798** autor/a del trabajo de titulación: Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020, 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, **30 de agosto del 2021**

f. _____

Nombre: **Pincay Lombeida Ricardo Gabriel**
C.C: **0924882798**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020.		
AUTOR(ES)	Mejía Montiel, Hillary Yahiry Pincay Lombeida, Ricardo Gabriel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Arroba Raymondi, Luis Fernando		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de agosto del 2021	No. DE PÁGINAS:	41
ÁREAS TEMÁTICAS:	GASTROENTEROLOGÍA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	URGENCIA GASTROENTEROLÓGICA, HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, ÚLCERA PÉPTICA, ESCALA DE FORREST, ESCALA ROCKALL, ENDOSCOPIA		
RESUMEN: La hemorragia digestiva alta constituye una urgencia médica, siendo la no variceal la que representa el mayor porcentaje de casos según estudios anteriormente realizados. Considerando las hemorragias digestivas agudas entre el 74% y el 80% corresponden a sangrado digestivo alto. Objetivo: Establecer las lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018-2020. Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal, en pacientes con diagnóstico de hematemesis o melena, atendidos en el HTMC durante los años 2018 - 2020. Resultados: Se estudió un total de 200 pacientes en este periodo. Los datos más frecuentes fueron los siguientes: 48% tuvieron de 60 a 79 años, 32% consumían alcohol, los hombres representaron el 69% de los casos, la úlcera gástrica fue la lesión más frecuente con 46%, y el hallazgo endoscópico tipo Forrest III predominó con 55%. Del total, 5,5% presentaron resangrado, hubo una media 22 (DE: 14,38) del porcentaje de riesgo de resangrado y una de media 12,5 (DE: 12,7) del porcentaje de mortalidad. El mayor factor de riesgo de resangrado fue la úlcera gástrica (OR: 13,04; IC95%: 1,63-103,9; valor p 0,002). Conclusiones: La lesión endoscópica más frecuente en los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal es la úlcera péptica gástrica, con Forrest tipo III, siendo el sexo masculino más afectado.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593982433284 +593939482391		E-mail: hymm_1998@hotmail.com ricargabrielpin@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593-997572784		
	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):			