

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

TEMA:

**Hemorragia Digestiva alta por úlceras pépticas en el Hospital
General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo
2020-2021.**

AUTORES:

**Delgado Rojas, Liliana Patricia
Martillo Ochoa, Maylee Doménica**

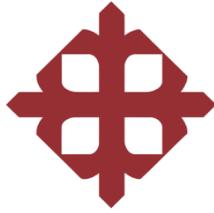
**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio

Guayaquil, Ecuador

01 de mayo de 2023



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 **Delgado Rojas, Liliana Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Doménica** como requerimiento para la obtención del título de **médico**.

TUTOR



Firmado electrónicamente por:
DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDENO

f. _____

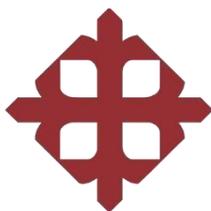
Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis, Mgs

Guayaquil, 01 de mayo de 2023



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Delgado Rojas, Liliana Patricia
Martillo Ochoa, Maylee Doménica

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Hemorragia Digestiva alta por úlceras pépticas en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo 2020-2021**, 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 bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 01 de mayo del 2023

LA AUTORA:

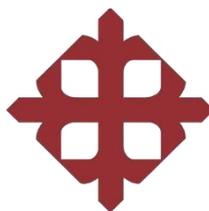


firmado electrónicamente por:
**LILIANA PATRICIA
DELGADO ROJAS**

f. _____
Delgado Rojas, Liliana Patricia

LA AUTORA:

f. _____
Martillo Ochoa, Maylee Doménica



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

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Delgado Rojas, Liliana Patricia**
Martillo Ochoa, Maylee Doménica

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Hemorragia Digestiva Alta por úlceras pépticas en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo 2020-2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 01 de mayo del 2023

LA AUTORA:



Firmado electrónicamente por:
**LILIANA PATRICIA
DELGADO ROJAS**

f. _____
Delgado Rojas, Liliana Patricia

LA AUTORA:

f. _____
Martillo Ochoa, Maylee Doménica

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	marco teorico,delagdo,martillo,p70 (1) borrador entregado.docx (D163890755)
Submitted	2023-04-14 00:56:00
Submitted by	
Submitter email	lily.pdr15@gmail.com
Similarity	0%
Analysis address	diego.vasquez.ucsg@analysis.orkund.com

TUTOR



f. _____

Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio

Agradecimiento

Este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda y el apoyo de muchas personas. Queremos expresar nuestra gratitud a:

A nuestra respectiva compañera de tesis, por ser un apoyo invaluable en todo momento, por su trabajo en equipo, su amistad y su disposición para enfrentar los desafíos que surgieron durante el proceso.

La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por brindarnos una educación de calidad y por proporcionarnos los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

El Dr. Diego Vásquez, nuestro tutor, por su guía experta, su paciencia y su apoyo constante. Sus comentarios y sugerencias nos ayudaron a mejorar significativamente este trabajo.

Al Hospital IESS Ceibos, por proporcionarnos la base de datos necesaria para llevar a cabo nuestro estudio y por permitirnos acceder a sus instalaciones para llevar a cabo parte de nuestra investigación.

Nuestros padres, quienes siempre han estado a nuestro lado, brindándonos amor incondicional, motivación y apoyo. Les agradecemos por ser nuestros modelos a seguir y por inculcarnos valores sólidos que han sido la base de nuestro crecimiento personal y profesional.

Nuestros amigos, quienes nos han brindado su apoyo incondicional, han sido nuestra fuente de motivación y han estado a nuestro lado durante todo este proceso. Estamos agradecidas por la amistad duradera que hemos construido.

- **Maylee y Liliana**

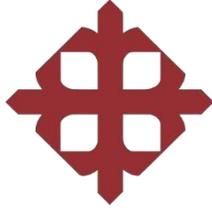
Dedicatoria

Mi familia, les dedico todos mis logros. Mi madre, Dolores, mi todo. Mi padre, Olmedo, mi ejemplo de disciplina. Mis hermanos, Enio, Larry y Leo, mi soporte constante y motivación. Gracias por su continuo apoyo, sus enseñanzas y por ser un pilar fundamental en mi vida. A mi mentora, Bella, por guiarme en las vicisitudes de medicina. A mi compañera de carrera, amiga y futura colega, Liliana, gracias por ser el equipo ideal.

- **Maylee Martillo**

Este trabajo de titulación se lo dedico a Dios, por darme fuerza y esperanza en los momentos difíciles y por bendecirme con tantas cosas maravillosas, sin Él nada de esto hubiese sido posible. A mis padres Fabián y Patricia, quienes han sido mi roca y mi guía, no hay palabras suficientes para expresar lo mucho que significan para mí. A Jorge, por todo el amor, apoyo y paciencia, por estar a mi lado en los momentos más difíciles y por celebrar conmigo en los momentos de triunfo. A mis amigos, ustedes son un regalo de Dios en mi vida. A Maylee, la mejor amiga que me dejó Medicina, que sigamos logrando muchas cosas juntas.

- **Liliana Delgado**



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

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio
TUTOR**

f. _____

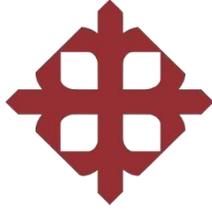
**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis
DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. _____

**Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio
COORDINADOR DEL ÁREA**

f. _____

OPONENTE



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

CALIFICACIÓN

f. _____

**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis
DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. _____

**Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio
COORDINADOR DEL ÁREA**

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE

ÍNDICE	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1.....	4
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 OBJETIVOS.....	4
1.2.1 <i>General</i>	4
1.2.2 <i>Objetivos específicos</i>	4
1.3 HIPÓTESIS	5
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
CAPÍTULO 2.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.....	6
2.1 DEFINICIÓN	6
2.2 CLASIFICACIÓN	6
2.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	8
2.3.1 <i>A nivel mundial</i>	9
2.3.2 <i>En Ecuador</i>	9
2.4 ETIOLOGÍA	9
2.4.1 <i>Enfermedad de úlcera péptica</i>	10
2.4.2 <i>Esofagitis</i>	11
2.4.3 <i>Gastritis y duodenitis</i>	11
2.4.4 <i>Hipertensión portal</i>	11
2.4.5 <i>Várices</i>	12
2.4.6 <i>Lesiones vasculares</i>	12
2.4.7 <i>Trauma o iatrogenia:</i>	12
2.5 FACTORES DE RIESGO	13
ÚLCERAS PÉPTICAS Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.....	13
2.6 FACTORES DE RIESGO	14
2.7 ETIOLOGÍA	15
2.8 DIAGNÓSTICO	17
MÉTODOS NO INVASIVOS.....	18
MÉTODOS INVASIVOS.....	18
2.9 COMPLICACIONES	19
2.10 TRATAMIENTO.....	20
FARMACOLÓGICO	20
ENDOSCÓPICO.....	22

USO DE AINES Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	23
2.11 DEFINICIÓN	23
2.12 CLASIFICACIÓN	24
2.13 CORRELACIÓN DE HDA Y AINES.....	25
2.14 CONSUMO DE AINES EN ECUADOR.....	26
CAPÍTULO 3.....	28
3.1 MATERIALES Y MÉTODOS.....	28
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	28
3.2.1 <i>Criterios de inclusión</i>	29
3.2.2 <i>Criterios de exclusión</i>	29
3.3 UNIVERSO.....	29
3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	30
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
3.6 REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS RESULTADOS	32
3.6.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA EN NUESTRO ESTUDIO.....	32
3.7 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	38
CAPÍTULO 4.....	42
4.1 CONCLUSIONES	42
4.2 RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de las hemorragias digestivas según la cuantía de la pérdida ..	6
Tabla 2 Clasificación de Forrest y su implicancia pronóstica	20
Tabla 3 Glasgow Blatchford Score	23
Tabla 4 Variables generales.....	30
Tabla 5 Edad al diagnóstico	32
Tabla 6 Distribución según antecedentes patológicos personales	33
Tabla 7 Tabla cruzada y prueba de Chi-cuadrado entre la frecuencia y porcentaje del consumo de AINEs y Clasificación Forrest.....	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución según el sexo.....	32
Gráfico 2 Clínica de Hemorragia Digestiva Alta.....	34
Gráfico 3 Frecuencia de pacientes con antecedente de tabaquismo.	35
Gráfico 4 Porcentaje de pacientes con antecedente de alcoholismo.....	35
Gráfico 5 Consumo de AINES en pacientes con HDA.....	36
Gráfico 6 Tipo de AINES más consumido.....	36

RESUMEN

Antecedentes: La hemorragia digestiva alta (HDA) es una urgencia médica frecuente en el Ecuador. La gran mayoría de HDA se debe a úlceras pépticas, le sigue en frecuencia las lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal, esofagitis, gastropatía hipertensiva portal y las várices esofágicas, considerando que los factores de mayor riesgo para la aparición de úlcera péptica incluyen la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori* y el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedad de úlcera péptica son la infección por *Helicobacter pylori* y el consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El objetivo general de nuestro trabajo es determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta por úlceras pépticas y demostrar su relación con el consumo de AINES. **Metodología:** Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico, que involucra a los pacientes masculinos y femeninos ingresados en el Hospital General del Noroeste de Guayaquil IESS Los Ceibos durante el periodo 2020-2021 con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta por úlceras pépticas, que consultaron el servicio de Gastroenterología y Medicina Interna. **Resultados:** Con una muestra de 280 pacientes, el sexo masculino fue el más frecuente (67,5%), la edad media fue de 65 años, el antecedente patológico personal que más presentaron los pacientes fue hipertensión arterial (66,1%) y el hábito que más se observó fue el alcoholismo (17,5%). La prevalencia de HDA por úlceras pépticas en pacientes con antecedentes de consumo de AINES fue del 35% y el tipo de AINES más consumido fue el diclofenaco (13,2%). La clínica observada demostró que melena (90,7%) es el principal signo asociado a HDA, seguido de tacto rectal positivo (62,1%), dolor abdominal (54%), descomposición hemodinámica (53,9%) y hematemesis (37,9%). **Conclusión:** El consumo de AINES en pacientes con úlcera péptica no genera más del 50% de casos de HDA.

Palabras claves: *Hemorragia digestiva alta (HDA), úlcera péptica, Antiinflamatorio no esteroideos (AINES), clasificación Forrest.*

ABSTRACT

Background: Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a common medical emergency in Ecuador. The vast majority of UGIB cases are due to peptic ulcers, followed by acute gastroduodenal mucosal lesions, esophagitis, portalhypertensive gastropathy, and esophageal varices, considering that the main risk factors for developing peptic ulcer disease are *Helicobacter pylori* infection and the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). The overall objective of our study is to determine the prevalence of upper gastrointestinal bleeding due to peptic ulcers and demonstrate its relationship with NSAID use. **Methodology:** This is an observational, retrospective, cross-sectional, and analytical study involving male and female patients admitted to the Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos during the 2020-2021 period with a diagnosis of Upper Gastrointestinal Bleeding due to peptic ulcers, who consulted the Gastroenterology and Internal Medicine service. Results: With a sample of 280 patients, the male sex was the most frequent (67.5%), the mean age was 65 years, the most common personal pathological history was hypertension (66.1%), and the habit most observed was alcoholism (17.5%). The prevalence of UGIB due to peptic ulcers in patients with a history of NSAID use was 35%, and the most consumed NSAID was diclofenac (13.2%). The observed clinical features showed that melena (90.7%) is the main sign associated with UGIB, followed by positive rectal examination (62.1%), abdominal pain (54%), hemodynamic decompensation (53.9%), and hematemesis (37.9%). **Conclusion:** NSAID use in patients with peptic ulcer does not generate more than 50% of UGIB cases.

Keywords: Upper GI bleeding (UGIB), peptic ulcer, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), Forrest classification.

INTRODUCCIÓN

Se define como hemorragia digestiva alta (HDA) todo sangrado que se origina en una lesión del tubo digestivo situada por encima del ángulo duodeno-yeyunal o de Treitz. Se presentan con hematemesis en 30% de los casos, melenas en 20% o ambas en un 50%; más raramente con enterorragia. Constituye una de las urgencias más frecuentes y representa del 1 al 3.5% de las internaciones en el servicio de urgencia. El número de casos aumenta con la edad y más de un tercio supera los 65 años, siendo 2 veces más frecuente en el hombre. (1)

La etiología más frecuente de HDA son las lesiones agudas en la mucosa gastroduodenal; no obstante, si se consideran únicamente las hemorragias de carácter grave, la causa más común son las úlceras pépticas, que en conjunto representan el 40-50%. La úlcera duodenal es casi dos veces más frecuente que la gástrica; le siguen en frecuencia las lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal, la esofagitis, la gastropatía hipertensiva portal y las várices esofágicas. (1)

El sangrado es la consecuencia más conocida del uso indiscriminado de AINEs. La automedicación contribuye a la atención primaria de la salud si se practica correctamente. Sin embargo, al mismo tiempo, el conocimiento insuficiente sobre los fármacos de automedicación puede tener consecuencias potencialmente mortales. El dolor es el síntoma más común por el cual un paciente busca medicación. El dolor se puede tratar con fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Los AINEs se utilizan para el tratamiento sintomático de afecciones dolorosas agudas y también para enfermedades articulares inflamatorias dolorosas crónicas. (2)

Los AINEs no selectivos aumentan el riesgo de hemorragia gastrointestinal 4 veces, mientras que los inhibidores de la COX-2 aumentan este riesgo 3 veces. Las hemorragias gastrointestinales mientras se toman AINE tienen más probabilidades de ser fatales, con una mortalidad del 21 %, mientras que en pacientes que no toman AINEs es del 7%. Desde el primer día de uso, todos los AINE aumentan el riesgo de hemorragia gastrointestinal (GI), infarto de

miocardio y accidente cerebrovascular. (3)

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

¿Cuál es la prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta por úlceras pépticas en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo 2020-2021?

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Analizar las causas de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con úlceras pépticas en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo 2020-2021.

1.2.2 *Objetivos específicos*

1. Determinar la prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes que consumen AINEs.
2. Identificar qué factores influyen en la HDA en pacientes que cursan con úlceras pépticas.
3. Establecer la gravedad de las úlceras pépticas en pacientes que consumen AINEs.
4. Demostrar qué tipo de AINEs está más relacionado a hemorragia digestiva alta.
5. Especificar la clínica de los pacientes con úlcera péptica que desarrollan hemorragia digestiva alta.

1.3 Hipótesis

El consumo de AINES en pacientes con úlceras pépticas genera más del 50% de casos de hemorragia digestiva.

1.4 Justificación

El objetivo general de nuestro trabajo es determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta por úlceras pépticas y demostrar su relación con el consumo de AINES, siendo nuestra principal justificación que el consumo de AINEs puede aumentar el riesgo de complicaciones gastrointestinales superiores de tres a cinco veces. (2) Asimismo, hay una serie de objetivos que cumplir, como la necesidad de identificar el grupo etario, sexo y AINE de mayor riesgo gastrointestinal, junto con la presentación de úlcera péptica más frecuente en la población estudiada utilizando la clasificación de Forrest. (2) Se obtendrá la información mediante la recopilación de las historias clínicas de pacientes ingresados en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo enero 2020 - diciembre 2021. Para esto, se presentará una solicitud para acceder a la base de datos de la institución pertinente. Cabe indicar que la finalidad de este trabajo es ejecutar un estudio de tipo observacional y transversal en el que se utiliza modalidad descriptiva, por lo que es factible realizarlo en el periodo máximo de 10 meses y no implica el uso de recursos económicos externos. El estudio requerirá de la inversión de recursos humanos y tiempo, los cuales serán aportados por los autores de la tesis.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

2.1 Definición

La hemorragia digestiva alta (HDA) es todo aquel sangrado que se origina en una lesión procedente del tubo digestivo localizada por encima del ángulo duodeno-yeyunal o ángulo de Treitz. Se cataloga como una emergencia médico-quirúrgica, esto se debe a su elevada morbi-mortalidad a pesar de los avances científicos que se han llevado a cabo tanto en el diagnóstico y tratamiento de esta patología, constituyendo una de las urgencias médicas más frecuentes representando del 1 al 3.5% de las internaciones en el servicio de urgencia en todo el mundo. (4)

2.2 Clasificación

Según la cuantía de la hemorragia se puede clasificar en: masiva, grave, moderada y leve, siguiendo la clasificación de American College of Surgeons (1994), resumida en la **Tabla 1**. (2)

Tabla 1 Clasificación de las hemorragias digestivas según la cuantía de la pérdida

VARIABLES	GRADO I O LEVE	GRADO II O MODERADA	GRADO III O SEVERA	GRADO IV O MASIVA
Pérdida hemática	Hasta 750 cc	750-1500 cc	1500-2000 cc	>2000 cc

Pérdida de volemia	< 10-15%	15-30%	30-40%	>40%
Frecuencia cardíaca	< 100	100-120	120-140	> 140
Amplitud pulso	Normal	Disminuida	Disminuida	Marcadamente disminuida
Presión arterial (mmHg)	Normal	Normal (PAS>100 mmHg)	Disminuida (caída de 40 mmHg o más de su presión normal)	Disminuida (difícil establecer la presión diastólica)
Llenado capilar	Normal (<2 segundos)	Lento	Lento	Ausente
Piel	Normocoloreada, templada y seca	Discreta vasoconstricción periférica, palidez, frialdad	Moderada vasoconstricción periférica y colapso venoso	Intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso
Frecuencia respiratoria (rpm)	Normal (12-20)	20-30	30-35	> 35
Diuresis (ml/h)	> 30	20-30	5 - 15	Oliguria franca
Estado mental	Normal	Medianamente ansioso	Ansioso, agitado y confuso	Confuso y letárgico

*PAS: presión arterial sistólica. Fuente: Schmitz J, Zarate A.

Fuente: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. 2017; Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/HDA-2.pdf>

La HDA tiene diversas formas de presentación, entre ellas se encuentran:

- **Hematemesis:** vómito de sangre fresca y de color rojo rutilante, rojo oscuro o vómitos en posos de café.
- **Melena:** emisión por el ano de deposiciones negras, pastosas, fétidas, como el alquitrán, resultado de la degradación de la sangre en el tracto digestivo. Se estima que una cantidad mínima de 50 cc de sangre perdida genera melena, la cual puede persistir incluso 5 días después de terminado el sangrado.

- **Hematoquecia:** heces mezcladas con sangre roja, suele presentarse con coágulos, requiere una pérdida de más de 1000 ml. En la mayoría de los casos se trata de hemorragias a nivel del colon distal y recto, si el origen es más alto (alrededor del 5% de los casos) suele indicar una aceleración del tránsito representando una pérdida importante de sangre.
- **Anemia por sangrado crónico oculto:** La anemia por sangrado crónico suele ser de tipo ferropénica (microcítica, hipocrómica), y se evidencia a nivel clínico como mareo, fatiga, dolor de pecho o dificultad para respirar. (4)

2.3 Epidemiología

Se ha identificado que la HDA es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres y su predominio es en edades avanzadas, con una tasa de mortalidad similar tanto en hombres como mujeres, siendo el origen gastroduodenal el más frecuente. Se ha visto que la relación entre la HDA y su contraparte en el tracto intestinal bajo, en cuanto a frecuencia, es de 4 a 6 veces mayor, con una prevalencia mundial de 48-160 casos por cada 100.000 personas al año. (5)

La mortalidad de la HDA corresponde a un 15%, llegando al 20% en los casos cuyo origen es a nivel variceal, es directamente proporcional a la etiología del sangrado y las comorbilidades que el paciente presente. Con respecto a las úlceras pépticas, la mortalidad es del 5- 10%. (5)

2.3.1 A nivel mundial

Cada año se ingresan entre 300,000 a 350,000 pacientes en Estados Unidos por HDA. La mortalidad por esta patología se ha mantenido entre el 7 – 10%, durante la última década. En Estados Unidos de América, un estimado de 48,000 pacientes mueren anualmente por hemorragia digestiva alta, 27,000 presentan cirrosis hepática con sangrado a nivel de várices esofágicas y 16,000 tienen gastropatía por AINE. (6)

2.3.2 En Ecuador

En Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) para el año 2013 se presentó alrededor de 5,500 casos de Sangrado de origen Gastrointestinal no especificado, se determinó que el grupo con mayor predisposición fueron los mayores de 65 años con 2,600 casos siendo el género masculino el más afectado. (7)

Un estudio realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo establece que en el periodo de enero a diciembre 2013 ingresaron al área de Emergencia 23,567 pacientes y 351 fueron diagnosticados con HDA que representa el 1.48% de afectación, existiendo una mayor proporción en hombres con 72.9% en comparación con el 27% de mujeres. El grupo etario de 56 a 65 años presentó mayor frecuencia de HDA con un 29%, y entre los factores de riesgo más frecuentes se encontraron el consumo de alcohol con un 25% y la ingestade AINES en un 21%. (4)

2.4 Etiología

Las causas más comunes de HDA incluyen las siguientes:

- Úlceras pépticas (55%)
- Várices esofágicas (10-20%)
- Gastritis/duodenitis grave o erosiva (5-20%)
- Esofagitis severa o erosiva (5-20%)
- Gastropatía hipertensiva portal (5-10%)
- Síndrome de Mallory-Weiss (5-10%)
- Angiodisplasia (6%)
- Neoplasia (2-5%)

También existen otras causas menos comunes de Hemorragia digestiva alta como: lesión de Dieulafoy, fístula aortoentérica, lesiones de Cameron, sangrado iatrogénico después de intervenciones endoscópicas, etc. (8)

2.4.1 Enfermedad de úlcera péptica

Una úlcera péptica es un defecto en la pared gástrica o duodenal que se extiende a través de la mucosa muscular hacia las capas más profundas de la pared. Existen cuatro principales factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad.

- Infección por *Helicobacter pylori*
- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
- Estrés fisiológico
- Exceso de ácido gástrico

La reducción o eliminación de estos factores de riesgo reduce la recurrencia de úlceras y las tasas de nuevas hemorragias. (8)

2.4.2 Esofagitis

Es una causa común de sangrado gastrointestinal y está creciendo proporcional a la enfermedad por úlcera péptica como causa de HDA. Los pacientes con esofagitis erosiva a menudo presentan antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Otros factores de riesgo incluyen infecciones y el uso de medicamentos como AINEs, bisfosfonatos orales, antibióticos como tetraciclinas, etc. (8)

2.4.3 Gastritis y duodenitis

Son procesos inflamatorios que se diagnostican normalmente a través de endoscopia, pero rara vez conducen a una HDA significativa. Existe una gran cantidad de trastornos asociados con gastritis y duodenitis, entre ellos podemos encontrar ciertas enfermedades autoinmunes y factores de riesgo como el consumo excesivo de alcohol, lesiones por radiación, cirugía bariátrica y el reflujo biliar crónico. Es importante recalcar que es más común el sangrado por gastritis en el contexto del uso de anticoagulantes. (8)

2.4.4 Hipertensión portal

La hipertensión portal es la causante de varias patologías que cursan con hemorragia digestiva alta como son las várices esofágicas, gastropatía portal hipertensiva, várices gástricas y las várices ectópicas. A pesar de esto, se debe tener en cuenta que los pacientes con hipertensión portal pueden desarrollar HDA por otras causas no hipertensivas (p. ej., enfermedad ulcerosa péptica). (8)

2.4.5 Várices

Las várices se desarrollan como consecuencia de la hipertensión portal en aproximadamente el 50% de los pacientes con cirrosis, cuando esta cursa con hemorragia digestiva alta hablamos de hipertensión portal significativa, la cual se asocia con enfermedad hepática avanzada (clase B o C de Child-Pugh). (8)

2.4.6 Lesiones vasculares

- Angiodisplasia: son las anomalías vasculares más comunes que afectan al tracto gastrointestinal. Los pacientes pueden presentarse con sangrado oculto o sangrado manifiesto. La angiodisplasia generalmente se diagnostica mediante endoscopia.
- Lesión de Dieulafoy: es un vaso submucoso aberrante dilatado que erosiona el epitelio suprayacente en ausencia de una úlcera primaria. Las lesiones de Dieulafoy generalmente se ubican en el estómago proximal a lo largo de la curvatura menor, cerca de la unión esofagogástrica.
- Ectasia vascular antral gástrica: también conocido como estómago de sandía, es una causa poco común de hemorragia digestiva alta que a menudo se confunde con la gastropatía portal hipertensiva, los cuales pueden ocurrir en pacientes con cirrosis. (8)

2.4.7 Trauma o iatrogenia:

En este grupo tenemos el síndrome de Mallory-Weiss, las lesiones de Cameron en pacientes con hernia de hiato, el sangrado anastomótico

posquirúrgico, las fístulas aorto-entéricas, la ingestión de cuerpos extraños y el sangrado post polipectomía. (8)

2.5 Factores de riesgo

Todos estos factores afectan la integridad de la mucosa.

- Factores dañinos: ácido, pepsina, tabaco, alcohol, ácidos biliares, AINEs, isquemia, *H. pylori* y falta de adherencia al tratamiento en úlceras duodenales con diagnóstico previo.
- Factores inherentes al paciente: hábitos y falta de adherencia al tratamiento en úlceras duodenales.
- Factores protectores: bicarbonato, moco, flujo sanguíneo, prostaglandinas, regeneración celular, crecimiento celular. (9)

ÚLCERAS PÉPTICAS Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La úlcera péptica (UP) es una enfermedad que se atribuye a varios factores que actúan alterando el equilibrio entre los elementos agresivos y defensivos de la mucosa gastroduodenal lo cual conduce la aparición de lesiones tanto en estómago como en duodeno. Las zonas del tracto gastrointestinal más afectadas son el esófago, el estómago y el duodeno, en ciertos casos se puede producir en zonas de mucosa gástrica ectópica, como es el caso de los divertículos de Meckel. (9)

La enfermedad por úlcera péptica es muy frecuente, alrededor del 10% de la población presenta síntomas a lo largo de su vida y un 25% de estos desarrollan serias complicaciones. En personas con infección por

Helicobacter pylori la prevalencia es del 10 al 20%. Con respecto a la edad la incidencia máxima de úlcera duodenal se da entre los 55 y 65 años y es más frecuente en varones. A su vez, entre el 50% y el 80% de los sangrados digestivos que son atendidos a nivel hospitalario presentan antecedentes de haber tomado recientemente un antiinflamatorio no esteroideo. (9)

2.6 Factores de riesgo

Fumar es un factor de riesgo para la enfermedad de úlcera péptica sintomática y asintomática. El riesgo de presentar esta enfermedad aumenta progresivamente con el número de paquetes de cigarrillos consumidos al año siendo dos veces más frecuente en fumadores activos y exfumadores que el resto de las personas no fumadoras. Además, las úlceras en los fumadores son más difíciles de tratar y se asocian con una mayor tasa de recurrencia. El consumo de alcohol está relacionado con el desarrollo de la enfermedad ulcerosa complicada y no complicada. Elevadas concentraciones de alcohol deterioran la mucosa gástrica, esto se debe a su efecto estimulante de secreción ácida. Diversas variaciones genéticas, principalmente que afecten las citoquinas proinflamatorias (p. ej., IL-1B, IL-6, IL-8 y factor de necrosis tumoral (TNF-alfa) y citocinas antiinflamatorias (IL-10), son un factor de riesgo para desarrollar enfermedad por úlcera péptica. (10)

Se ha demostrado que ciertos alimentos, como bebidas y especias generan dispepsia, sin embargo, no existen datos convincentes de que estos alimentos causen, perpetúen o reactiven las úlceras pépticas. Tampoco hay evidencia de que el consumo de café sea un factor de riesgo para la enfermedad por úlcera péptica, aunque se ha comprobado que el aumento puede estar

asociado con una mayor tasa de infección por *Helicobacter pylori*. Existen otros factores relacionados con la enfermedad por úlcera péptica como son el estrés relacionado con el trabajo, los problemas sociales, el trastorno de estrés postraumático y la depresión. (10)

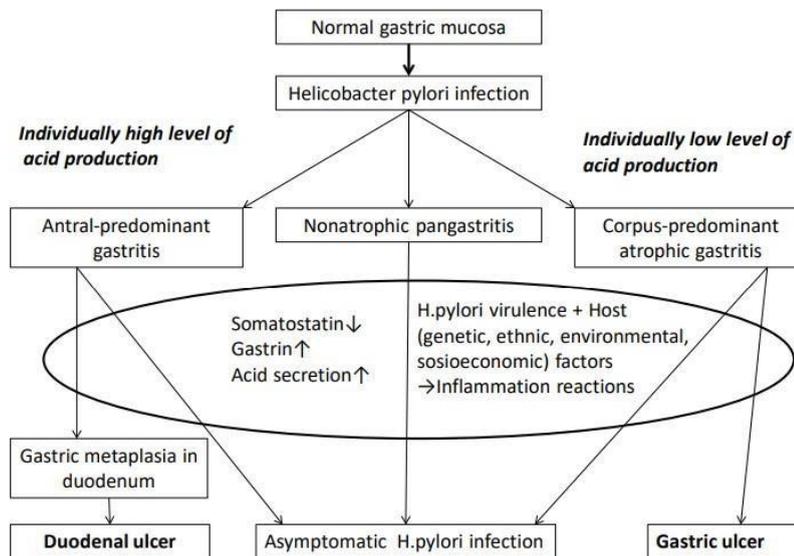
2.7 Etiología

La úlcera péptica es una enfermedad que está vinculada a dos factores primarios: la infección por *H. pylori* y el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. *Helicobacter pylori* es un tipo de bacteria gramnegativa que se aloja en las células del revestimiento del estómago. Esta bacteria es responsable de la mayoría de los casos de úlceras en el duodeno, que representan alrededor del 90%, y también de entre el 70% y el 90% de las úlceras gástricas. Esta infección es más prevalente en un nivel socioeconómico bajo y se adquiere usualmente durante la infancia. *H. pylori* tiene un amplio espectro de factores de virulencia que le permiten adherirse e inflamar la mucosa gástrica, generando hipoclorhidria o aclorhidria dando como resultado la formación de úlceras gástricas. (10)

El antro gástrico es el sitio habitual de infección de la *H. pylori*, pero esto puede verse alterado si el paciente consume inhibidores de la bomba de protones. Al generar estos un aumento en el pH del antro gástrico, lo convierte al fondo gástrico en un sitio más propicio para el desarrollo de la bacteria. La infección por *Helicobacter pylori* en el antro gástrico genera una inhibición en la secreción de somatostatina por las células D, aumentando así la secreción ácida, lo que induce a una metaplasia gástrica en el duodeno,

específicamente en el bulbo, permitiendo la colonización de la bacteria. (11) (Ver **figura 1**)

Figura 1 Fisiopatología de la infección por *Helicobacter pylori*



H. pylori: *helicobacter pylori*.

Fuente: Malmi H. Peptic ulcer disease incidence, associated morbidity, and mortality. 2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/232277/PEPTICUL.pdf?sequence=1>

El uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos es la segunda causa más frecuente de enfermedad por úlcera péptica después de la infección por *H. pylori*. El efecto dañino de los AINEs en la mucosa gástrica se debe a su acción como bloqueador de la síntesis de prostaglandinas al inhibir la enzima COX-1, resultando en una disminución de la producción de moco gástrico y bicarbonato, a su vez también disminuye el flujo sanguíneo de la mucosa. Además de los AINE, los corticosteroides, los bifosfonatos, el cloruro de potasio y el fluorouracilo también causan enfermedad por úlcera péptica. Además de la infección por *Helicobacter pylori* y el uso de AINEs, existen otras causas específicas que generan enfermedad péptica como gastrinoma o infecciones virales, mientras que otras se consideran idiopáticas. (10)

2.8 Diagnóstico

El diagnóstico de úlcera péptica conlleva analizar los antecedentes del paciente junto con el examen físico más pruebas invasivas o no invasivas. La presencia de dolor abdominal en región epigástrica, sensación de llenura temprana y plenitud después de haber comido nos hace pensar en la presencia de úlcera péptica. (9)

Es un reto muy difícil diferenciar entre la clínica de la úlcera gástrica y la duodenal. Cuando hablamos de úlcera duodenal, esta se asocia con frecuencia a dolor nocturno que cede rápidamente con la ingestión, mientras que, en el caso de las úlceras gástricas, el dolor aumenta 2-3 horas después de comer y puede generar pérdida de peso. Si un paciente presenta anemia, hematemesis, melena o pérdida de peso se debe investigar si presenta alguna complicación como sangrado o perforación de la úlcera y en algunos casos cáncer. (9)

Los síntomas no siempre dependen de la dosis de AINE o la existencia de *Helicobacter pylori*, ni indican necesariamente la presencia de daño en la mucosa. Por otra parte, es importante considerar que esta sintomatología “clásica” también se puede presentar en otras enfermedades como la enfermedad por reflujo y la dispepsia funcional. Si se sospecha que el paciente presenta úlcera duodenal es necesario confirmar que existe la lesión y descartar la presencia de una lesión tumoral que esté causando la úlcera. (9)

También se debe investigar si el paciente tiene infección por *H. pylori*; si ha utilizado algún AINEs, en qué dosis lo utilizó y por cuánto tiempo. Es importante recalcar que no siempre los síntomas de esta enfermedad

dependen de la dosis del fármaco (AINEs) o la presencia de infección por *Helicobacter pylori*, esta sintomatología “clásica” se puede observar en otras patologías como la enfermedad por reflujo gástrico y en dispepsia funcional. (11)

Métodos no invasivos

- Pruebas serológicas: se basa en determinar en suero la presencia de anticuerpos IgG frente a *H. pylori*.
- Prueba del aliento de urea con carbono C13: se analiza la composición del aire espirado antes y después, con el fin de determinar la presencia de CO₂ en el aire espirado, que indica hidrólisis de la urea e informa la presencia de microorganismos productores de ureasa en el estómago. Es la mejor prueba para vigilar la respuesta al tratamiento.
- Pruebas de laboratorio: está indicado la determinación de gastrinemia basal cuando se sospecha de un síndrome de Zollinger-Ellison. (12)

Métodos invasivos

- Video-endoscopia Digestiva Alta (VEDA): es el método de elección para el estudio de la enfermedad por úlcera péptica ya que facilita la visualización directa de la mucosa gastroduodenal y detecta lesiones que podrían no ser detectadas mediante un estudio radiológico. La VEDA facilita información precisa acerca de la morfología, tamaño, características de los bordes y fondo de la úlcera. Permite también tomar biopsias para llevar a cabo estudios complementarios como cultivo de *H. pylori*, test rápido de la ureasa y el estudio

histológico de la muestra. La endoscopia no solo establece el diagnóstico, sino que también sirve para tratar la hemorragia. (12)

- Test rápido de la ureasa: se basa en la capacidad del microorganismo que, al hidrolizar a la urea, forma iones amonios. Se realiza mediante la introducción de una muestra de biopsia de tejido gastroduodenal en una solución que contiene urea. Si existe *H. pylori* presente en la muestra, se produce un cambio del pH, lo que afecta la coloración de la solución que pasadel amarillo al rosado. (12)

- Radiología baritada: permite localizar lesiones del tracto digestivo superior por medio de la administración de bario para contraste por vía oral. La úlcera se diagnostica cuando el bario se deposita en el orificio ulceroso, dejando una imagen como mancha suspendida. Hay que notar que ha perdido utilidad por la amplia disponibilidad de la endoscopia digestiva. (12)

2.9 Complicaciones

Las complicaciones de la enfermedad por úlcera péptica incluyen perforación y sangrado. Según la información recabada por un estudio reciente (7), la hemorragia es la complicación más común de la enfermedad péptica, con una incidencia anual reportada de 0.02 a 0.06 % y una mortalidad promedio a 30 días de 8.6%, mientras que la incidencia anual de perforación varía de 0,004 a 0,014%, con una mortalidad promedio a los 30 días del 23,5%. A pesar de que la perforación es menos común, con una relación de 1:6, es la indicación más frecuente para cirugía de emergencia y causa alrededor del 40% de todas las muertes relacionadas con enfermedad péptica. (8)

El sangrado por úlcera péptica generalmente se clasifica siguiendo la clasificación de Forrest con diferencias en las tasas de resangrado y mortalidad **Tabla 2**. Las tasas de resangrado y mortalidad que fueron reportadas se basaron en publicaciones antiguas cuando los pacientes no recibían terapia endoscópica (Laine y Petersen 1994). Según la clasificación de Forrest, las úlceras se pueden clasificar en función de su necesidad de tratamiento endoscópico como 1) mayor riesgo de sangrado (Forrest Ia-IIb), o 2) menor riesgo de sangrado (Forrest IIc o III). (11) (13)

Tabla 2 Clasificación de Forrest y su implicancia pronóstica

CLASIFICACIÓN DE FORREST Y SU IMPLICANCIA PRONÓSTICA			
Forrest	Tipo de lesión	% Riesgo de resangrado -sin tratamiento-	% Mortalidad -sin tratamiento -
IA	Sangrado pulsátil	55 (17-100)	11 (0-23)
IB	Sangrado en capa		
IIA	Vaso visible	43 (0-81)	11 (0-21)
IIB	Coágulo adherido	22 (14-36)	7 (0-10)
IIC	Mancha plana	10 (0-13)	3 (0-10)
III	Fondo limpio	5 (0-10)	2 (0-3)

Fuente: Laine L. Acute and chronic gastrointestinal bleeding. En: Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF (eds). Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management, ed 6. Philadelphia, WB Saunders, 1998, pp 198-219.

2.10 Tratamiento

Farmacológico

Medidas de apoyo: en este grupo se incluye la rehidratación basada de acuerdo al estado hemodinámico del paciente, la corrección de alteraciones electrolíticas asociadas y las transfusiones sanguíneas en pacientes

seleccionados con hemorragia gastrointestinal activa. **Terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP):** los pacientes que presente sangrado activo (hematemesis, inestabilidad hemodinámica) deben recibir terapia inicial con un inhibidor de la bomba de protones intravenoso como esomeprazol (80 mg en bolo). Por lo general, se indica VEDA y se realiza dentro de 12 horas. Pero, si la endoscopia es retrasada, es necesario administrar una segunda dosis de un IBPIV 12 horas después (esomeprazol 40 mg). Para los pacientes cuyo sangrado cede (pacientes hemodinámicamente estables con melena), se puede dar un IBPIV cada 12 horas (esomeprazol 40 mg). (14)

Suspender los AINEs: Las úlceras pépticas inducidas por el uso de antiinflamatorios no esteroideos se pueden tratar al suspender el uso de estos fármacos o al disminuir la dosis. Si es posible se debe suspender el uso de corticosteroides, bifosfonatos y anticoagulantes. Los análogos de prostaglandinas (misoprostol) a veces se utilizan como profilaxis para las úlceras pépticas inducidas por AINEs. (14)

Erradicación de *Helicobacter pylori*: El tratamiento de primera línea para la enfermedad por úlcera péptica inducido por *H. pylori* consiste en un régimen triple que consiste en dos antibióticos y un IBP como pantoprazol, claritromicina y metronidazol, o amoxicilina, se deben usar durante 7 a 14 días. Es importante mencionar que al seleccionar el antibiótico se debe tener en cuenta la presencia de resistencia en el medio hospitalario. Si la terapia de primera línea falla, se indica terapia cuádruple con bismuto asociado a diferentes antibióticos. (12)

Endoscópico

En pacientes con hemorragia por úlcera péptica, se recomienda el tratamiento endoscópico para lograr la hemostasia, reducir el resangrado, la necesidad de cirugía y la mortalidad. La endoscopia no solo establece el diagnóstico, sino que también sirve para tratar el sangrado. En las guías de WSES (World Society of Emergency Surgery) se indica la determinación del riesgo de los pacientes mediante el uso de la puntuación de Blatchford, la clasificación de Forrest y el juicio clínico. (15). El GBS (Glasgow Blatchford Score) (**Tabla 3**) es una herramienta de evaluación de riesgos para la HDA que utiliza las pruebas sanguíneas del paciente, la presión arterial, la historia de la enfermedad y los hallazgos clínicos para identificar que pacientes requieren terapia endoscópica de urgencia. (16)

Se proponen tres niveles de estratificación del riesgo:

- Riesgo muy bajo: seguro para el manejo ambulatorio, bajo riesgo de muerte.
- Bajo riesgo: necesidad de ingreso y endoscopia temprana (≤ 24 h del ingreso).
- Alto riesgo: necesidad de reanimación y endoscopia urgente (≤ 12 h del ingreso)

En pacientes con sangrado pulsátil (Forrest IA), úlcera con sangrado en napa (Forrest IB) y úlcera con vaso visible no sangrante (Forrest IIA), se recomienda la hemostasia endoscópica. (16)

Tabla 3 Glasgow Blatchford Score

Factores de riesgo a la presentacion	Umbral	Score
Nitrógeno uréico en sangre (mmol/l)	6.5-7.9	
	8.0-9.9	
	10.0-24.9	
	≥25.0	
Hemoglobina en hombres (g/l)	120-130	1
	100-119	3
	<100	6
Hemoglobina en mujeres (g/l)	100-120	
	<100	
Presión sistólica (mmHg)	100-109	1
	90-99	2
	<90	3
Frecuencia cardíaca (lpm)	>100	1
Melena	Presente	1
Sincope	Presente	2
Enfermedad hepática	Presente	2
Falla cardíaca	Presente	2

El puntaje total es (0-23). Pacientes con puntaje mayor a 0 se consideran en alto riesgo.

Fuente: Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000 Oct 14;356(9238):1318-21. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02816-6. PMID: 11073021

USO DE AINES Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

2.11 Definición

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los medicamentos más frecuentemente prescritos para la analgesia en atención primaria, después del paracetamol. Sin embargo, el uso de los AINE puede asociarse con una variedad de efectos adversos graves que incluyen: eventos cardiovasculares,

complicaciones gastrointestinales, insuficiencia renal y reacciones de hipersensibilidad. Por lo tanto, el uso de AINE requiere una cuidadosa consideración de los factores de riesgo individuales del paciente. (17)

2.12 Clasificación

Los efectos clínicos y el perfil de riesgo de los diferentes AINE están determinados en gran medida por su capacidad para inhibir las enzimas COX-1 y/o COX-2 y por sus vidas medias. Las enzimas ciclooxigenasa-1 (COX-1) y ciclooxigenasa-2 (COX-2) producen prostaglandinas siguiendo el metabolismo del ácido araquidónico. Los efectos analgésicos y antiinflamatorios de los AINE se producen a través de la prevención de la producción de prostaglandinas mediante la inhibición de la actividad de estas enzimas. (17)

Los AINE que inhiben las enzimas COX-1 y COX-2 son denominados AINE no selectivos, mientras que los AINE que inhiben predominantemente las enzimas COX-2 se denominan inhibidores de la COX-2. Las prostaglandinas catalizadas por la actividad de la COX-1 controlan la perfusión renal, promueven la agregación plaquetaria y proporcionan gastro protección al regular la secreción mucosa. La inhibición de la COX-1 puede causar efectos gastrointestinales adversos. La COX-2 es inducida por la inflamación y está presente en macrófagos, leucocitos, fibroblastos y células sinoviales. Las prostaglandinas formadas a través de la actividad de la COX-2 median el dolor, la inflamación, la fiebre e inhiben la agregación plaquetaria. (17)

El ibuprofeno, el naproxeno y el diclofenaco son AINE no selectivos. Sin embargo, el diclofenaco inhibe la COX-2 relativamente más que la COX-1. Los AINE no selectivos indicados para afecciones específicas incluyen: tenoxicam (artropatía inflamatoria, dismenorrea, dolor postoperatorio y gota aguda), ácido tiaprofénico (artropatía inflamatoria), ketoprofeno (artropatía inflamatoria), ácido mefenámico (dismenorrea y menorragia) y sulindaco (artropatía inflamatoria) (17)

Los inhibidores de la COX-2 se desarrollaron inicialmente sobre la base de que la inhibición selectiva de la COX-2 podría replicar los efectos antiinflamatorios y analgésicos de los AINE no selectivos al mismo tiempo que reduce los efectos adversos gastrointestinales. Sin embargo, más tarde se descubrió que la actividad de la COX-2 inhibe la agregación plaquetaria, por lo tanto, estos promueven la trombosis, aumentando la probabilidad de infarto de miocardio. (17)

2.13 Correlación de HDA y AINEs

En 1938, Douthwaite y Lintott exponen el efecto del ácido salicílico en la mucosa gástrica. Luego en 1986, Roth introdujo el término "gastropatía por AINEs" refiriéndose a las lesiones del tracto gastrointestinal asociadas al consumo de AINEs. El mecanismo de gastropatía por estos fármacos radica en su capacidad para inhibir la síntesis de prostaglandinas haciendo que se secrete menos moco y bicarbonato, lo cual disminuye el flujo sanguíneo en la mucosa gástrica. (18)

Sin embargo, la producción de nuevos AINEs continuaba. En 1899 se comercializa el ácido acetilsalicílico, luego en 1961 se descubre en cobayos

las propiedades antiinflamatorias del ibuprofeno. (18) El benaxoprofen fue el primer AINEs retirado del mercado y el de menor permanencia en el mercadofarmacéutico aproximadamente 18 meses después de su comercialización en 1982.

En 1993 se publica un estudio sobre la inhibición diferencial de las isoenzimas de ciclooxigenasa por aspirina y otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos y concluyen que se puede evitar los efectos gastrointestinales de los AINEs mediante inhibición específica de isoenzimas. Esta hipótesis da paso a la aparición de los inhibidores selectivos de la COX-2 que luego demostraron predisposición de eventos trombóticos cardiovasculares. Por ese motivo fueron retirados del mercado farmacéutico: rofecoxib (2004), valdecoxib (2005) y lumiracoxib (2007). (19)

2.14 Consumo de AINEs en Ecuador

El uso indiscriminado de AINEs ejerce un rol importante produciendo afectaciones gastrointestinales. La automedicación y los errores en la prescripción suelen predisponer estas afectaciones. En Ecuador, la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria, encargada de controlar y regular las condiciones higiénico-sanitarias de los productos de uso y consumo humano, mantenía que la prescripción médica de AINES era fundamental para evitar la automedicación en particular en el 2013 con el brote de H1N1 y en el 2020 con el brote de Covid-19. Sin embargo, actualmente no se requiere de una prescripción médica para la adquisición de AINEs en el Ecuador. De acuerdo a un estudio sobre el consumo de AINEs en el Hospital IESS Ambato dentro del periodo de Abril - Junio del 2015 se estableció que el

paracetamol, ibuprofeno y diclofenaco eran los analgésicos más utilizados. (20)

En el 2017, un estudio realizado en un centro de Salud la Libertad 12 horas obtuvo una prevalencia de utilización de AINEs en adultos mayores de 31,8% según las prescripciones y 43,6% según la referencia de los pacientes. En este estudio se recalca como la automedicación llega a ser mortal en este rango etario debido a las posibles interacciones medicamentosas de los AINEs con sus tratamientos de base. Además, resalta que la automedicación en procesos agudos es independiente al nivel de escolaridad, ya que el autoconsumo de fármacos que no requieren prescripción médica es mayor en personas con un mayor nivel educativo. Otro estudio realizado en Manabí en el 2019 demuestra que las principales razones de automedicación es la falta de tiempo y el ahorro del dinero. También corrobora que gran parte de la población que se automedica está al tanto de las complicaciones que este ejercicio puede generar. (21)

(22)

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico, que involucra a los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva (CIE-10 K922) y úlceras duodenales (CIE-10 K263) que consultaron el servicio de Gastroenterología y Medicina Interna del Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2020 al 2021 y se compara quienes de dicho grupo presentaron Hemorragia Digestiva por úlceras pépticas.

La información fue recopilada en el pasado y obtenida mediante la revisión de historias clínicas, reportes de laboratorio, imágenes especializadas y pruebas complementarias registradas en el sistema AS-400 del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

No existe entidad alguna que haya participado en el financiamiento de este estudio, ya que es de carácter voluntario y sin fines de lucro. Presenta la aprobación del departamento de docencia e investigación del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

3.2. Población de estudio

Se seleccionaron pacientes masculinos y femeninos ingresados en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos durante el periodo 2020- 2021 con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta por úlceras pépticas. Se

seleccionaron tanto pacientes hospitalizados como atendidos en Emergencias por el servicio de Gastroenterología y Medicina Interna.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes ingresados al servicio de Gastroenterología y Medicina Interna durante el periodo 2020-2021 en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.
- Pacientes de sexo masculino y femenino.
- Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva registrado con el CIE-10 K922 que además tengan diagnóstico de úlceras duodenales registrado con el CIE-10 K263.
- Pacientes que cuenten con estratificación de Forrest para úlceras pépticas.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes ingresados en otras instituciones de salud.
- Pacientes con información incompleta en la historia clínica.
- Pacientes con antecedente de Hemorragia Digestiva por otras causas diferentes a úlcera duodenal.

3.3 Universo

La base de datos de este estudio la conforman 1119 pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva que consultaron al servicio de Gastroenterología durante el periodo 2020 al 2021 y de los cuales se descartaron 839 pacientes por tener una causa distinta a úlcera péptica. Como consecuencia, queda una población de 280 pacientes que cumplen todos los criterios de inclusión.

No habí cálculo muestral, porque la población de Hemorragia Digestiva Alta por úlceras pépticas es reducida en la costa ecuatoriana. Por lo tanto, la población es igual a la muestra.

3.4 Análisis estadístico

La base de datos fue entregada por el servicio de estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos y luego tabulada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel según todas las variables del estudio. Unavez finalizada la tabulación, fue exportada a la aplicación IBM SPSS versión 25 para llevar a cabo el análisis estadístico.

En este estudio, se realizaron pruebas de estadística descriptiva y de estadística inferencial. En primer lugar, se realizaron tablas cruzadas entre las variables seleccionadas al inicio del estudio (clasificación de Forrest y AINEs), además se calculó frecuencias y porcentajes para luego obtener el valor p mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Para las variables categóricas (sexo, antecedentes patológicos personales, tabaquismo, consumo de alcohol y clínica de HDA) se realizó el cálculo de frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas (edad) fueron expresadas con promedio y desviación estándar (DE).

3.5 Operacionalización de variables

Tabla 4 Variables generales

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	RESULTADO
Sexo	Sexo	Categórica Nominal Dicotómica	Masculino/Femenino

Edad	Edad	Numérica discreta	Número de años
Clasificación de Forrest	Se utiliza para clasificar el carácter y gravedad del sangrado de las úlceras pépticas.	Categórica Ordinal Politómicas	<ul style="list-style-type: none"> · IA: sangrado pulsátil · IB: sangrado en napa · IIA: vaso visible · IIB: coágulo adherido · IIC: mácula plana · III: fondo limpio
AINEs	Tipo de AINEs que consume el paciente	Categórica Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> · Inhibidores no selectivos de la COX · Inhibidores selectivos de la COX2
Antecedentes Patológicos Personales	Antecedentes de enfermedades presentes en el paciente	Categórica Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> · Diabetes Mellitus · Obesidad · Hipertensión · Artralgia · Hepatopatía crónica · Gastritis · Neoplasias gástricas · Infecciones previas de Helicobacter Pylori · ERGE · IRC · Sin antecedentes
Antecedente de tabaquismo	Hábitos tóxicos	Categórica Nominal Dicotómica	Si/No
Antecedente de consumo de alcohol	Hábitos tóxicos	Categórica Nominal	Si/No
Clínica de Hemorragia Digestiva Alta	Cuadro clínico de Hemorragia Digestiva Alta	Categórica Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> · Dolor abdominal · Hematemesis · Melena · Síntomas de descomposición hemodinámica · Tacto rectal

AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; IRC: insuficiencia renal crónica; COX: ciclooxigenasa. FUENTE: Delgado Rojas, Liliana Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Domenica, Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

3.6 Representación estadística de los resultados

3.6.1 Datos sociodemográficos de la muestra en nuestro estudio

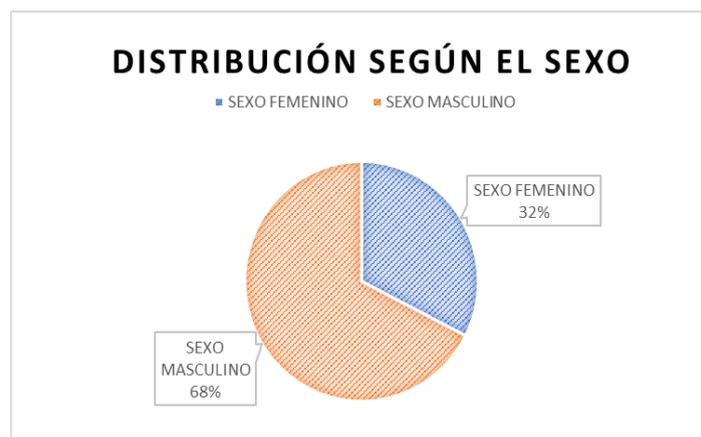
Del total de 1119 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva que consultaron al servicio de Gastroenterología durante el periodo 2020 al 2021, se obtuvo un grupo de 280 historias clínicas de muestra para la investigación. De esta muestra a estudiar, el 32.5% eran mujeres y 67.5% hombres **Gráfico 1** con una edad comprendida entre 16 y 98 años, obteniendo una media de 65.8 años **Tabla 5**.

Tabla 5 Edad al diagnóstico

	Total N=280 (100%)	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
EDAD	280	16	98	65,80	17,40

*Desv. Estándar: Desviación estándar. FUENTE: Delgado Rojas, Liliانا Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Domenica, Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

Gráfico 1 Distribución según el sexo



FUENTE: Delgado Rojas, Liliانا Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Domenica, Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

Con respecto a los antecedentes personales **Tabla 6**, podemos ver que el 90% de los pacientes tenía alguna patología de base y solo el 10% no tenía

antecedentes. Podemos ver que el antecedente patológico personal más frecuente fue hipertensión con una frecuencia de 185 pacientes (66,1%), seguido por diabetes mellitus en 98 pacientes (35%), gastritis en 91 pacientes(32,5%) y artralgias en 81 pacientes (28,9%). Mientras que el antecedente menos frecuente fue neoplasias gástricas con una frecuencia de 3 pacientes (1,1%).

Tabla 6 Distribución según antecedentes patológicos personales

ANTECEDENTES PERSONALES		Frecuencia	Porcentaje%
APP	Con APP	27	10
	Sin APP	252	90
DIABETES	NO	182	65
	SI	98	35
OBESIDAD	NO	266	95
	SI	14	5
HIPERTENSIÓN	NO	95	33,9
	SI	185	66,1
ARTRALGIA	NO	199	71,1
	SI	81	28,9
HEPATOPATÍA C.	NO	251	89,6
	SI	29	10,4
GASTRITIS	NO	189	68
	SI	91	32,5
NEO.GASTRICAS	NO	277	98,9
	SI	3	1,1
INF. H. PYLORI	NO	267	95,4
	SI	13	4,6
ERGE	NO	271	96,8
	SI	9	3,2

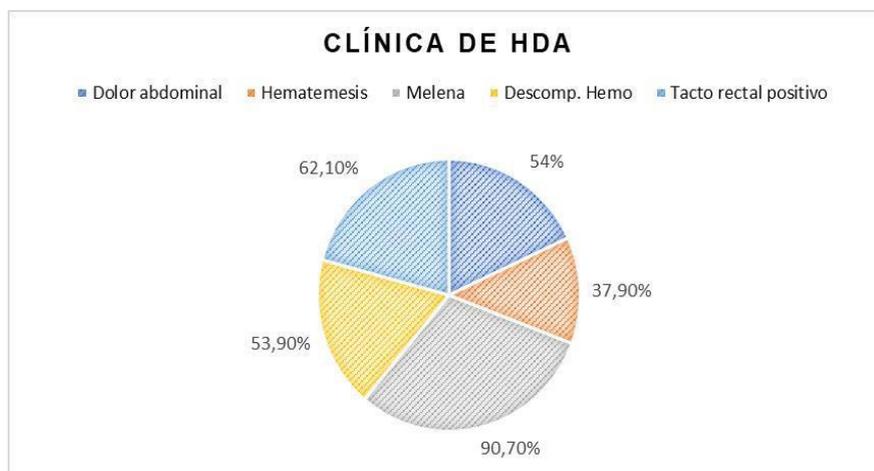
IRC	NO	211	75,4
	SI	69	24,6
TOTAL		280	100

*APP: antecedentes patológicos personales; Hepatopatía c: hepatopatía crónica; Neo. Gástricas: neoplasias gástricas; Inf. H. Pylori: infección por helicobacter pylori; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; IRC: insuficiencia renal crónica.

FUENTE: Delgado Rojas, Liliانا Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Doménica, Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

Los signos y síntomas más frecuentes se encuentran en el **Gráfico 2**, en donde se puede observar que el signo más frecuente fue melena con 254 pacientes de 280 (90,7%), seguido por tacto rectal positivo con 174 pacientes (62,1%), dolor abdominal con 152 pacientes (54%), descomposición hemodinámica con 151 pacientes (53,9%) y por último hematemesis con 106 pacientes (37,9%).

Gráfico 2 Clínica de Hemorragia Digestiva Alta



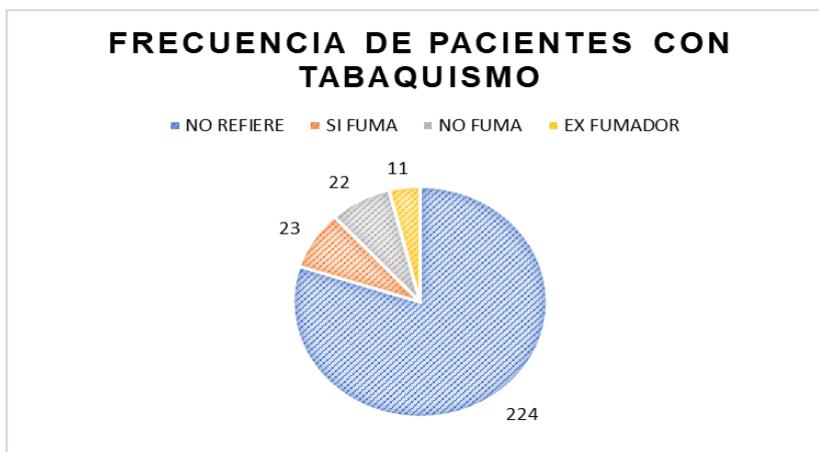
*HDA: Hemorragia digestiva alta; Descomp. Hemo: descomposición hemodinámica.

FUENTE: Delgado Rojas, Liliانا Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Doménica, Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

Dentro de los factores de riesgo (ver **Gráfico 3**, **Gráfico 4**) que se evaluaron, vimos que 49 pacientes tienen antecedentes de alcoholismo, siendo 9 exbebedores (3,2%) y 40 bebedores activos (14,3%). Mientras que 15

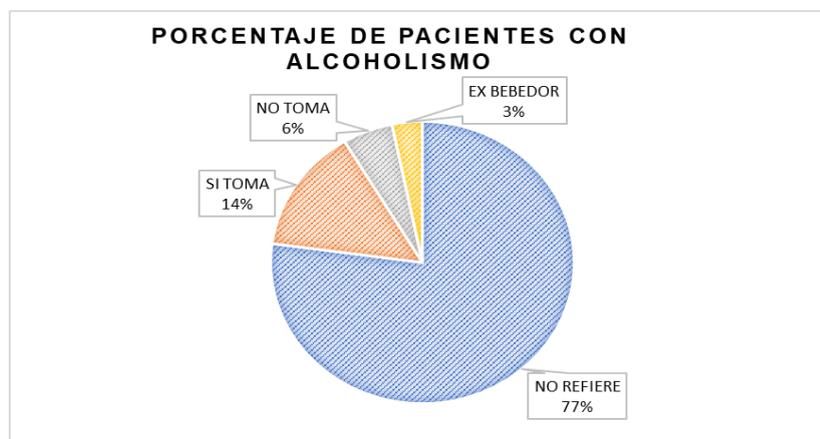
pacientes indicaron que nunca han tomado (5,4%) y 216 (77,1%) pacientes no presentan datos. De igual manera 34 pacientes tienen antecedentes de tabaquismo, siendo 11 exfumadores (3,9%) y 23 fumadores activos (8,2%). Por otro lado, 224 pacientes (80%) no presentan datos de tabaquismo y 22 pacientes refieren nunca haber fumado (7,9%).

Gráfico 3 Frecuencia de pacientes con antecedente de tabaquismo.



FUENTE: Delgado Rojas, Liliana Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Doménica, Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

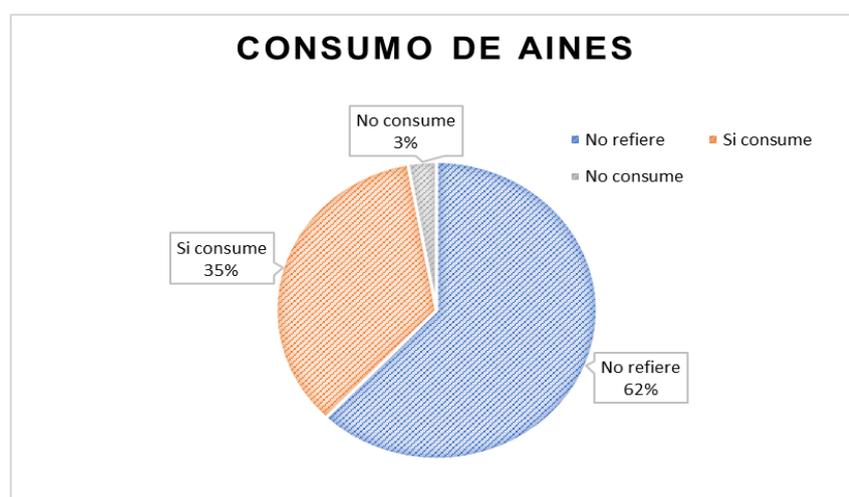
Gráfico 4 Porcentaje de pacientes con antecedente de alcoholismo.



FUENTE: Delgado Rojas, Liliana Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Doménica, Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

En el **Gráfico 5** y **6** podemos observar el consumo de AINEs en los 280 pacientes con HDA analizados. En el **Gráfico 5** se observa que 98 pacientes(35%) consumieron un AINEs previo al evento de sangrado digestivo, 8 pacientes (3%) no consumieron un AINEs y 174 pacientes (62%) no refieren su consumo. Adicionalmente, en el **Gráfico 6** se observa que el AINE más consumido fue diclofenaco con 13,2%, le sigue ibuprofeno con 10,4%, ketorolaco y aspirina con 3,9% cada uno, y, por último, etoricoxib, naproxenoy alérgicos con 0,4% respectivamente.

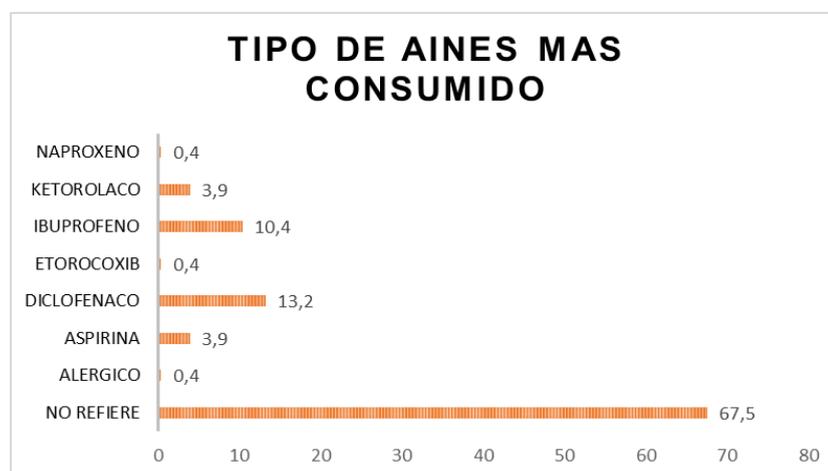
Gráfico 5 Consumo de AINES en pacientes con HDA



AINES: antiinflamatorios no esteroideos.

FUENTE: Delgado Rojas, Liliانا Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Doménica, Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

Gráfico 6 Tipo de AINES más consumido



AINES: antiinflamatorios no esteroideos.

FUENTE: Delgado Rojas, Liliانا Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Doménica, Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

La **Tabla 7.** describe la asociación del consumo de AINEs y la gravedad del sangrado de las úlceras pépticas de acuerdo a la clasificación Forrest. Dentro de los pacientes que consumieron AINEs se observan úlceras pépticas clasificación Forrest IA (1%), IB (3,1%), IIA (6,1%), IIB (6,1%), IIC (16,3%) y III (79,6%). A través de la prueba Chi-cuadrado se encontró un resultado estadísticamente significativo entre el consumo de AINEs y las úlceras pépticas Forrest III (valor $p=0,007$).

Tabla 7 Tabla cruzada y prueba de Chi-cuadrado entre la frecuencia y porcentaje del consumo de AINEs y Clasificación Forrest.

		CONS AINES					
		0		1		2	
		Recuento	% de N columnas	Recuento	% de N columnas	Recuento	% de N columnas
FORREST IA	0	172	98,9%	97	99,0%	8	100,0%
	1	2	1,1%	1	1,0%	0	0,0%
FORREST IB	0	170	97,7%	95	96,9%	7	87,5%
	1	4	2,3%	3	3,1%	1	12,5%
FORREST IIA	0	170	97,7%	92	93,9%	8	100,0%
	1	4	2,3%	6	6,1%	0	0,0%
FORREST IIB	0	164	94,3%	92	93,9%	8	100,0%
	1	10	5,7%	6	6,1%	0	0,0%
FORREST IIC	0	160	92,0%	82	83,7%	8	100,0%
	1	14	8,0%	16	16,3%	0	0,0%
FORREST III	0	13	7,5%	20	20,4%	1	12,5%
	1	161	92,5%	78	79,6%	7	87,5%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		CONS. AINES
FORREST IA	Chi-cuadrado	0,099
	gl	2
	Sig.	.952a,b
FORREST IB	Chi-cuadrado	2,890
	gl	2
	Sig.	.236a,b
FORREST IIA	Chi-cuadrado	2,966
	gl	2
	Sig.	.227a,b
FORREST IIB	Chi-cuadrado	0,515
	gl	2
	Sig.	.773b
FORREST IIC	Chi-cuadrado	5,482
	gl	2
	Sig.	.065b
FORREST III	Chi-cuadrado	9,836
	gl	2
	Sig.	.007b,*

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.

a. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habían previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

b. El recuento de casilla mínimo previsto en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

*CONS AINES: consumo de AINES; % de N columnas: porcentaje de número de columnas; gl: grados de libertad; Sig: significación.
FUENTE: Delgado Rojas, Liliana Patricia y Martillo Ochoa, Maylee Doménica, Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

3.7 Discusión de los resultados

La hemorragia digestiva es una patología que frecuentemente se presenta en la emergencia de los hospitales de nuestro país. En este estudio, se pudo observar que entre los años 2020-2021 se atendió 1119 casos de hemorragia digestiva, siendo 280 pacientes diagnosticados con HDA por úlceras pépticas. De los 280 pacientes indagados el sexo masculino fue el más frecuente con 67,5% vs el sexo femenino con 32,5%. De igual manera, Inzuzga et al. (13) demuestra en su estudio la predominancia del sexo masculino con 65.14% en HDA.

En pacientes con síntomas de HDA realizar una endoscopia dentro de las 24 horas de ser atendido ha demostrado beneficios en el pronóstico y sobrevida.

(23) Para evaluar la gravedad de sangrado utilizamos los informes endoscópicos de las historias clínicas que analizamos, donde se reporta el

estadio de la úlcera péptica de acuerdo con la clasificación Forrest. En nuestro estudio las úlceras pépticas grado IIA (valor $p = 0,227$) y IIC (valor $p = 0,065$) presentaron asociación clínica con el consumo de AINEs pero no una asociación estadística. Se observó un resultado estadísticamente significativo entre el consumo de AINEs y úlceras pépticas grado III. Es decir, que en pacientes que consumieron AINEs y se observó una úlcera cubierta con fibrina (87,9%) presentan un bajo riesgo de sangrado y re-sangrado. Se obtuvo que más de la mitad de los pacientes con HDA presentaron úlceras pépticas grado III (87,9%). Inzuzga et al. (13) demuestra resultados similares a los que encontramos en nuestro estudio al obtener que, de los 284 casos de úlcera péptica, 51,76% constituyeron ser grado III según la clasificación Forrest.

Con respecto a la edad nuestro estudio reflejó un promedio de 65 años en los pacientes. A diferencia del estudio realizado por Chico et al. (24) cuya edad media fue de 54 años. Esto se traduce en que el rango etario más afectado por HDA ascendió a los adultos mayores. En este análisis se encontró que el 90% de los pacientes presentaban comorbilidades. Los antecedentes que más se presentaron en los pacientes estudiados fueron: en primer lugar, hipertensión (66,1%), seguido de diabetes mellitus (35%) y gastritis (32,5%). Estos resultados son similares a los obtenidos por el estudio realizado por Mejía (25) en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” donde se obtuvo el mismo orden de comorbilidades.

Según la literatura citada el factor principal de riesgo para la enfermedad de úlcera péptica es la infección por *H. pylori*. Sin embargo, en nuestro estudio se demostró que solo el 4,6% presentó esta comorbilidad. (10) En contraste

con Chico et al. (24), que obtuvieron una alta incidencia de *H. pylori* positivo (51,1%) en pacientes con enfermedad por úlcera péptica. Siguiendo con los antecedentes, evaluamos el consumo de alcohol y tabaco, ya que estos se consideran factores agresores de la mucosa gástrica. Se obtuvo 49 pacientes con antecedente de alcoholismo lo que corresponde al 17,5% y 34 pacientes con antecedentes de tabaquismo (12,1%). Comparando nuestros resultados con Banchón (26), que de igual manera mostró una predominancia en el hábito de alcoholismo (71%) sobre el tabaquismo (65%) en pacientes con sangrado digestivo.

Existen varias manifestaciones clínicas de la HDA, las más observadas en nuestro estudio fueron melena (90,7%), tacto rectal positivo (62,1%) y dolor abdominal (54%) y la menos frecuente fue hematemesis con 37,9%. Estos resultados difieren a los obtenidos por un estudio (27) realizado en el Hospital Naval Guayaquil donde se reportó melena como primera manifestación clínica (74%) seguido por hematemesis (62%).

En contraste con la guía de seguimiento terapéutico sobre úlcera péptica de la universidad de Granada (9) se indica que hasta un 80% de los pacientes ulcerosos que presentan hemorragia digestiva han consumido previamente AINEs. En nuestro estudio tan solo el 35% de los pacientes consumieron un AINEs previo al sangrado digestivo. El AINE de mayor consumo fue Diclofenaco (13,2%) seguido de Ibuprofeno (10,4%) esto difiere a los resultados obtenidos en el estudio de Flores et al. (28) donde se observó que el más utilizado fue ibuprofeno.

Entre las ventajas de nuestro estudio se destaca el análisis exhaustivo de pacientes con HDA por úlceras pépticas y el diagnóstico endoscópico de la gravedad del sangrado mediante la clasificación Forrest. La clasificación Forrest es una herramienta de diagnóstico de uso estándar en nuestro hospital que se encontró reportada en todos los informes endoscópicos. Con la información recabada se pudo realizar un estudio retrospectivo, transversal y analítico donde se evaluó múltiples variables como factores de riesgo, antecedentes patológicos personales y hábitos haciendo de este un estudio observacional estadísticamente apropiado.

De esta manera, respondiendo a nuestra hipótesis planteada al inicio del estudio, el consumo de AINEs en pacientes con úlcera péptica no genera más del 50% de casos de HDA. Sin embargo, la principal limitación de nuestro estudio fue contar con historias clínicas incompletas. En las notas de evolución no todos los médicos descartaban el consumo de AINEs previo al episodio de sangrado. Además, otra limitación que vimos en nuestro estudio fue la limitada capacidad de atención del Hospital, muchos pacientes llegaban a la emergencia, pero eran derivados a otra institución por falta de espacio físico de manera que no se les pudo hacer seguimiento. Esto se puede explicar debido a que los años de nuestro estudio 2020-2021 fueron el inicio de la pandemia de COVID-19 en nuestro país y el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos era considerado Hospital Centinela COVID-19.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

La enfermedad ulcero-péptica se encuentra asociada a dos factores principales: infección por *Helicobacter pylori* y consumo de AINEs. Ambos factores predisponen a complicaciones, siendo una de las principales la hemorragia digestiva. En nuestro estudio encontramos los siguientes resultados:

- La prevalencia de HDA en pacientes con úlceras pépticas que consumen AINEs es de 35% de tal manera que se anula nuestra hipótesis inicial.
- Con respecto a factores que influyen en HDA, el sexo masculino fue el más frecuente (67,5%), la edad media fue de 65 años, el antecedente patológico personal que más presentaron los pacientes fue hipertensión arterial (66,1%) y el hábito que más se observó fue alcoholismo con 17,5%.
- La úlcera grado III en la clasificación de Forrest fue la que más se presentó en pacientes con antecedentes de consumo de AINEs. Es decir, aquellos que consumen AINEs y que presentaron úlceras cubiertas con fibrina (87,9%) (Forrest III) tienen un bajo riesgo de sangrado y re-sangrado.
- El tipo de AINEs más relacionado a eventos de sangrado digestivo fue el diclofenaco con 13,2%.

- La clínica observada en los 280 pacientes analizados demostró que melena (90,7%) es el principal signo asociado a HDA; seguido de tacto rectal positivo (62,1%), dolor abdominal (54%), descomposición hemodinámica (53,9%) y hematemesis (37,9%).

4.2 Recomendaciones

Recomendamos ampliar el estudio a nivel multicéntrico y prospectivo con el fin de validar los resultados obtenidos en nuestro estudio y traspolar esos datos a todo el Ecuador. Además, recomendamos hacer énfasis en el antecedente de consumo de AINES en todo paciente que curse con un evento de sangrado digestivo alto, ya que es uno de los principales factores de riesgo a descartar en pacientes con enfermedad por úlcera péptica y fue una de las limitaciones que encontramos al no hacer hincapié en ese factor. Por último, recomendamos concientizar a la población sobre los riesgos de la automedicación, especialmente sobre el consumo excesivo de AINES para así disminuir sus complicaciones.

REFERENCIAS

1. Ures DAL, Easton DDL. Hemorragia digestiva alta. 2019;
2. Doomra R, Goyal A. NSAIDs and self-medication: A serious concern. JFam Med Prim Care. 31 de mayo de 2020;9(5):2183-5.
3. Robson J., Davis A. The dangers of NSAIDs: look both ways. Br J GenPract. abril de 2016;66(645):172-3.
4. Cucalón Condo, Allison Ivette. Perfil epidemiológico de hemorragia digestiva alta asociada a aines en el hospital general guasmo sur 2017-2018. mayo de 2018;
5. Schmitz J, Zarate A. Hemorragia digestiva alta. 2017; Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/HDA-2.pdf>
6. Solorzano Gómez, Jennyfer Natasha. Causas Y Comorbilidades Asociadas A La Hemorragia Digestiva Alta, Estudio A Realizar En El Hospital Nacional De Especialidades Dr. Abel Gilbert Ponton, Periodo 2014 -2015 [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/engla/Downloads/CD%201255%20SOLORZANO%20GOMEZ%20JENNYFER%20NATASHA.pdf>
7. Morante Mendoza, Jonathan Livingston. Hemorragia digestiva alta factores predisponentes y complicaciones en pacientes mayores de 40 años durante 2013-2015". 2015.

8. Don C Rockey. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults - UpToDate [Internet]. 2022 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/causes-of-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults/print?search=hemorragia%20digestiva&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6
9. López IF, Pozo JMP, Gutiérrez JMH, Faus MJ. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica.
10. Peptic ulcer disease: Epidemiology, etiology, and pathogenesis - UpToDate [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/peptic-ulcer-disease-epidemiology-etiology-and-pathogenesis?search=ulcera%20gastrica&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
11. Malmi H. Peptic ulcer disease incidence associated morbidity and mortality. 2018; Disponible en: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/232277/PEPTICUL.pdf?sequence=1>
12. Malik TF, Gnanapandithan K, Singh K. Peptic Ulcer Disease. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/>

13. Inzunza-González JA, Gallardo-Angulo VE, Gallardo-Cabrera VE, López-Escutia MÁ. Abordaje diagnóstico-terapéutico de pacientes con úlceras pépticas hemorrágicas en un Hospital público del Noroeste de México.
14. Peptic ulcer disease: Treatment and secondary prevention - UpToDate [Internet]. [citado 8 de abril de 2023]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/peptic-ulcer-disease-treatment-and-secondary-prevention?search=ulcera%20gastrica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
15. Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 7 de enero de 2020;15(1):3.
16. Chatten K, Pursell H, Banerjee AK, Soteriadou S, Ang Y. Glasgow Blatchford Score and risk stratifications in acute upper gastrointestinal bleed: can we extend this to 2 for urgent outpatient management? *Clin Med.* abril de 2018;18(2):118-22.
17. Chris Cameron. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) - BPJ55 October 2013 [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://bpac.org.nz/bpj/2013/october/nsaids.aspx>
18. Oscanoa-Espinoza T, Lizaraso-Soto F. Antiinflamatorios no esteroides: seguridad gastrointestinal, cardiovascular y renal. 2015;

19. Meade EA, Smith WL, DeWitt DL. Differential inhibition of prostaglandin endoperoxide synthase (cyclooxygenase) isozymes by aspirin and other non-steroidal anti-inflammatory drugs. *J Biol Chem.* 25 de marzo de 1993;268(9):6610-4.
20. López López EJ. Análisis del uso de antiinflamatorios no esteroidales no incluidos en el cuadro nacional de medicamentos básicos del Ecuador, en el área de emergencias del Hospital IESS Ambato, período Abril - Junio de 2015. [Internet] [bachelorThesis]. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.; 2015 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/4631>
21. Ponce Zea JE, Ponce Zea DM, Rivadeneira Cando JD. Prevalencia de automedicación: estudio exploratorio en la provincia de Manabí, Ecuador. *Dominio Las Cienc.* 2019;5(3):27-41.
22. Cuichán AYM, Jaramillo TJM. Análisis de la utilización de antiinflamatorios no esteroideos en adultos mayores que asisten al centro de salud la libertad 12 horas. 2017;
23. Vergara M, Bennett C, Calvet X, Gisbert JP. Epinephrine injection versus epinephrine injection and a second endoscopic method in high-risk bleeding ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 13 de octubre de 2014;(10):CD005584.
24. Maldonado K., Chico B. Factores sociodemográficos que conllevan al desarrollo de úlcera péptica en pacientes infectados con *h. Pylori* del servicio de

Gastroenterología del hospital docente de la policía nacional guayaquil 2 en el periodo correspondiente a enero 2012 a diciembre 2015. 2015;

25. Mejía E. Úlcera péptica, factores de riesgo de hemorragia digestiva alta Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” año 2014. 2016; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/24550/1/CD%201173-%20MEJIA%20FERNANDEZ%2c%20ERICK%20MICAEL.pdf>
26. Banchon JB. Úlcera péptica, factores de riesgo y complicaciones. Estudio a realizar, servicio de gastroenterología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo 2012-2014. 2016;
27. García J, Jiménez, Jonathan. Prevalencia, factores de riesgo asociados y características de la hemorragia digestiva alta en los pacientes atendidos en el Hospital Naval Guayaquil: Periodo desde 1 de abril de 2014 hasta el 1 de abril del 2015. 2015; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/4700/1/T-UCSG-PRE-MED-381.pdf>
28. Flores B, García, Amada. DECANO(A)/ DIRECTOR(A) DE CARRERA. 2015; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/4058/1/T-UCSG-PRE-MED-361.pdf>



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

Nosotras, **Delgado Rojas, Liliana Patricia** con C.C: # **0930172168** y **Martillo Ochoa, Maylee Doménica** con C.C: # **0925154296** autoras del trabajo de titulación: **Hemorragia Digestiva Alta por úlceras pépticas en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo 2020-2021**, 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, 01 de mayo de 2023



firmado electrónicamente por:
**LILIANA PATRICIA
DELGADO ROJAS**

f. _____

Nombre: **Delgado Rojas, Liliana Patricia**

C.C: **0930172168**

f. _____

Nombre: **Martillo Ochoa, Maylee Doménica**

C.C: **0925154296**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Hemorragia Digestiva Alta por úlceras pépticas en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos en el periodo 2020-2021.		
AUTOR(ES)	Delgado Rojas, Liliana Patricia Martillo Ochoa, Maylee Doménica		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de mayo del 2023	No. DE PÁGINAS:	47
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Medicina interna, Emergencia		
PALABRAS CLAVES	Hemorragia digestiva alta (HDA), úlcera péptica, Antiinflamatorio no esteroideo (AINES), clasificación Forrest.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: La hemorragia digestiva alta (HDA) es una urgencia médica frecuente en el Ecuador. La gran mayoría de HDA se debe a úlceras pépticas, le sigue en frecuencia las lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal, esofagitis, gastropatía hipertensiva portal y las várices esofágicas, considerando que los factores de mayor riesgo para la aparición de úlcera péptica incluyen la presencia de la bacteria <i>Helicobacter pylori</i> y el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES). los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedad de úlcera péptica son la infección por <i>Helicobacter pylori</i> y el consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El objetivo general de nuestro trabajo es determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta por úlceras pépticas y demostrar su relación con el consumo de AINES. Metodología: Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico, que involucra a los pacientes masculinos y femeninos ingresados en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos durante el periodo 2020-2021 con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta por úlceras pépticas, que consultaron el servicio de Gastroenterología y Medicina Interna. Resultados: Con una muestra de 280 pacientes, el sexo masculino fue el más frecuente (67,5%), la edad media fue de 65 años, el antecedente patológico personal que más presentaron los pacientes fue hipertensión arterial (66,1%) y el hábito que más se observó fue el alcoholismo (17,5%). La prevalencia de HDA por úlceras pépticas en pacientes con antecedentes de consumo de AINES fue del 35% y el tipo de AINES más consumido fue el diclofenaco (13,2%). La clínica observada demostró que melena (90,7%) es el principal signo asociado a HDA, seguido de tacto rectal positivo (62,1%), dolor abdominal (54%), descomposición hemodinámica (53,9%) y hematemesis (37,9%). Conclusión: El consumo de AINES en pacientes con úlcera péptica no genera más del 50% de casos de HDA.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-88932373 +593-9-91409637	E-mail: lily.pdr15@gmail.com maylee.martillo@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diego.vasquez@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):			