

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Incidencia de úlceras pépticas, Forrest IIA diagnosticadas por Endoscopia en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira en el año 2023-2024.

AUTORES:

**Gordon Quilligana, Karla Paola
López Duarte, Adriana Estephania**

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

TUTOR:

Franco Sotomayor, Greta Verónica

Guayaquil, Ecuador

28 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Gordon Quilligana, Karla Paola; López Duarte, Adriana Estephania**, como requerimiento para la obtención del título de **médico**.

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
GRETA VERONICA
FRANCO SOTOMAYOR

f. _____

Franco Sotomayor, Greta Verónica Dra.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis Dr.

Guayaquil, 28 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Gordon Quilligana, Karla Paola
López Duarte, Adriana Estephania**

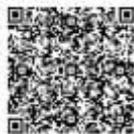
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Incidencia de úlceras pépticas, Forrest IIA diagnosticadas por Endoscopia en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira en el año 2023-2024**, 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, 28 de mayo del 2025

EL AUTOR (A):



Firmado electrónicamente por:
**KARLA PAOLA
GORDON
QUILLIGANA**

f. _____
Gordon Quilligana, Karla Paola

EL AUTOR (A):



Firmado electrónicamente por:
**ADRIANA ESTEPHANIA
LOPEZ DUARTE**
Validar documento con FIDUCIA

f. _____
**López Duarte, Adriana
Estephania**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Gordon Quilligana, Karla Paola
López Duarte, Adriana Estephania**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“Incidencia de úlceras pépticas, Forrest IIA diagnosticadas por Endoscopia en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira en el año 2023-2024”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 28 de mayo del 2025

LA AUTORA:



Firmado electrónicamente por:
**KARLA PAOLA
GORDON
QUILLIGANA**

f. _____
Gordon Quilligana, Karla Paola

LA AUTORA:



Firmado electrónicamente por:
**ADRIANA ESTEPHANIA
LOPEZ DUARTE**

f. _____
**López Duarte, Adriana
Estephania**

REPORTE DE COMPILATIO

INFORME DE ANÁLISIS
magister

Incidencia de úlceras pépticas, Forrest IIA diagnosticadas por Endoscopia en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira en el año 2023-2024.

Manuscrito Final

67% Similitudes (Ignorado)
<
1% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas

2% Textos sospechosos

10% Idiomas no reconocidos (Ignorado)

2% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: Karla, Gordon y Adriana Lopez,TT,P74, Manuscrito Final.pdf	Depositante: KARLA GORDON	Número de palabras: 7639
ID del documento: 08169401f3b174f94ad039fc312b8319bd39e2d4	Fecha de depósito: 8/5/2025	Número de caracteres: 55.974
Tamaño del documento original: 981,39 kB	Tipo de carga: url_submission	
Autores: KARLA GORDON, ADRIANA LÓPEZ	fecha de fin de análisis: 8/5/2025	

TUTORA



Firmado electrónicamente por:
GRETA VERRÓNICA FRANCO SOTOMAYOR
Añadir manualmente con el sello

f. _____

Franco Sotomayor, Greta Verónica Dra.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a nuestros padres Gloria, Gonzalo, Mercy y Ali, por su apoyo incondicional, esfuerzo y paciencia. A nuestros hermanos, ya que fueron un pilar para nosotros, y que gracias a sus risas y compañía nos hicieron más llevadero este camino.

De igual manera agradecemos de todo corazón a nuestra tutora, la Dra. Greta Franco y al Dr. Diego Vásquez Cedeño, por su paciencia, ser una guía fundamental y brindarnos sus conocimientos, ya que estos fueron claves para mejorar nuestro trabajo de investigación.

Karla Paola Gordon Quilligana
Adriana Estephania López Duarte

DEDICATORIA

Con el corazón rebosante de gratitud, agradezco a quienes han sido mis maestros de vida.

A Dios por permitirme cumplir cada una de mis metas, por brindarme sabiduría, paciencia y salud para culminar esta etapa de mi vida. A mis padres, Gloria y Gonzalo por creer en mí.

A mi madre, mi razón de ser, por su amor incondicional, por sus enseñanzas, por ser mi guía, por todo el sacrificio que ha hecho por mí, por darme las herramientas necesarias para cumplir cada uno de mis sueños y por darme la independencia de tomar mis decisiones, las palabras quedaran siempre cortas para expresar el infinito agradecimiento hacia ella.

A mi hermana, Andrea, mi compañera de vida, mi consejera, mi ejemplo a seguir, por siempre estar a mi lado, y motivarme a ser mejor cada día.

A mi abuela Carmen, por darme una increíble familia, por haberme acompañado cada tarde mientras hacía mis tareas, sé que, desde el cielo, estarás orgullosa de mí. A mi Tía, por sus oraciones, por su compañía y por consentirme siempre. A Lucas, Max y Sam gracias por su amor y por haberme ha acompañado en este camino.

Karla Paola Gordon Quilligana.

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por permitirme cumplir una meta más. Sin él, no hubiera logrado estar en donde estoy ahora.

A mis padres, Mercy y Ali, por brindarme su apoyo incondicional durante todos estos años, por sus consejos, enseñanzas y por creer en mí. Les estoy eternamente agradecida por ser mi guía, este logro y los demás que vienen se los debo a ustedes. Los amo con todo mi corazón.

A mi querido hermano Adrián, el que siempre me apoya, me hace recapacitar y siempre me recuerda que nunca debo de perder la vocación. No me pudo haber tocado un mejor hermano que tú; eres los más bonito que tengo en la vida.

A mi tío Billy, porque gracias a él puedo estar en donde estoy ahora. Aunque no era su obligación, me ayudó financieramente; prometo no decepcionarlo y ser una gran profesional como lo es usted.

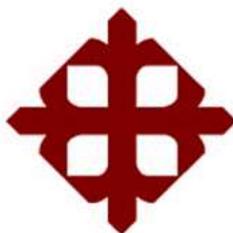
A mis abuelitos, Mercy, Cristina y Pedro, porque siempre estuvieron presentes durante toda esta etapa, brindándome su apoyo y sacándome sonrisas.

A las que considero mis mejores amigas, Nati y Karlita, porque me han demostrado que la verdadera amistad sí existe. Muchas gracias porque han sido mi mejor compañía y alegría en mis momentos más tristes.

A los pacientes, que nos inspiran a ser mejores, nos permiten aprender día a día con ellos y para ellos.

Con amor,

Adriana Estephania López Duarte.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

AGUIRRE MARTÍNEZ, JUAN LUIS DR
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE

INDICE GENERAL

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1	4
1.1 ANTECEDENTES.....	4
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.3 OBJETIVOS	7
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	7
1.4 HIPÓTESIS	7
CAPITULO 2	8
2.1 MARCO TEORICO	8
2.2 DIAGNOSTICO CLINICO	8
2.3 Manejo terapéutico	9
2.3.1 Tratamiento de las Úlceras Pépticas	9
2.4 Tratamiento endoscópico.....	10
2.5 Tratamiento Quirúrgico:	11
CAPITULO 3	12
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	12
4.1.1 TIPO DE ESTUDIO.....	12
4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	12
4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	12
4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	12
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	13
4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN -DE LA INFORMACIÓN.....	14
4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	14
4.6 VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	14
4.6.1 Variable de Estudio	14
4.6.2 Variables asociadas al desenlace	15

4.7	TABULACIÓN DEL RESULTADO	16
4.8	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	17
CAPITULO 5	29
5.1	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
5.1.1	CONCLUSIONES.....	29
5.1.2	RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución por tipo de incidencia de las úlceras pépticas.	17
Tabla 2. Distribución por sexo y edad de los pacientes sujetos a estudio.	18
Tabla 3 distribución de frecuencia y porcentajes de edades por grupos etarios.....	18
Tabla 4 Distribución de incidencia del tipo de úlceras: duodenal, gástricas, mixtas.....	20
Tabla 5 Distribución de antecedentes patológicos personales, en pacientes con ulcera péptica.....	21
Tabla 6 Distribución de frecuencia y porcentaje de síntomas y signos.	23
Tabla 7 Distribución de la frecuencia y porcentaje de ligaduras, en pacientes con úlceras pépticas.....	24
Tabla 8 Distribución de la frecuencia de los tipos de úlceras pépticas en diversos grupos etarios.....	26

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 Distribución por tipo de incidencia de las úlceras pépticas. .	17
Gráfico 2 distribución de frecuencia y porcentajes de edades por grupos etarios.....	19
Gráfico 3 Distribución de incidencia del tipo de úlceras: duodenal, gástricas, mixtas.....	21
Gráfico 4 Distribución de antecedentes patológicos personales, en pacientes con ulcera péptica.	22
Gráfico 5 Distribución de frecuencia y porcentaje de síntomas y signos.	24
Gráfico 6 Distribución de la frecuencia y porcentaje de ligaduras, en pacientes con úlceras pépticas.	25
Gráfico 7 Distribución de la frecuencia de los tipos de úlceras pépticas en diversos grupos etarios.	26

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Diagrama de Flujo 1 Proceso de selección para el grupo de estudio...</i>	13
---	----

RESUMEN

Introducción: Las úlceras pépticas Forrest IIA representan un problema clínico relevante debido a su alta incidencia y riesgo de hemorragia digestiva. Este estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia de úlceras pépticas Forrest IIA diagnosticadas por endoscopia y analizar sus características clínicas y factores de riesgo asociados. **Metodología:** Corresponde a un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes con diagnóstico endoscópico de úlcera péptica Forrest IIA del Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira durante el periodo 2023-2024. Se recopilaron datos sobre edad, sexo, antecedentes personales y familiares, manifestaciones clínicas, tipo de úlcera y tratamiento recibido. **Resultados:** Los resultados mostraron que el 72.1% de los pacientes presentaron úlceras Forrest IIA, con una mayor frecuencia en el grupo de 62 a 80 años (36.7%). No se observaron diferencias significativas entre sexos, aunque el tabaquismo (23.3%), el consumo crónico de AINES (20%) y la gastritis crónica (17.3%) fueron factores de riesgo predominantes. En cuanto a la sintomatología, el dolor epigástrico (90%), la pirosis (77,3%), la hematemesis (35.3%) y la melena (32%) fueron los síntomas más frecuentes. La ligadura endoscópica fue el tratamiento realizado en el 46% de los casos. **Conclusión:** Las úlceras Forrest IIA tienen una alta prevalencia en adultos mayores y están fuertemente asociadas a factores modificables. Se recomienda fortalecer la prevención mediante el control del uso de AINES la erradicación de *Helicobacter pylori* y el seguimiento endoscópico de los pacientes en riesgo, con el fin de reducir la recurrencia de sangrado y mejorar los desenlaces clínicos.

Palabras claves: Úlceras pépticas; clasificación de Forrest; Endoscopia; factores de riesgo; sangrado.

ABSTRACT

Introduction: Forrest IIA peptic ulcers represent a relevant clinical issue due to their high incidence and risk of gastrointestinal bleeding. This study aimed to determine the incidence of Forrest IIA peptic ulcers diagnosed by endoscopy and to analyze their clinical characteristics and associated risk factors. **Methodology:** This is an observational, descriptive, and retrospective study conducted on patients with an endoscopic diagnosis of Forrest IIA peptic ulcer at Dr. Enrique Ortega Moreira General Hospital during the 2023–2024 period. Data were collected on age, sex, personal and family history, clinical manifestations, type of ulcer, and treatment received. **Results:** The results showed that 72.1% of patients presented with Forrest IIA ulcers, with the highest frequency observed in the 62 to 80-year age group (36.7%). No significant differences were found between sexes, although smoking (23.3%), chronic NSAID use (20%), and chronic gastritis (17.3%) were predominant risk factors. Regarding symptoms, epigastric pain (90%), heartburn (77.3%), hematemesis (35.3%), and melena (32%) were the most frequent. Endoscopic ligation was performed in 46% of cases. **Conclusion:** Forrest IIA ulcers have a high prevalence in older adults and are strongly associated with modifiable risk factors. It is recommended to strengthen prevention by controlling NSAID use, eradicating *Helicobacter pylori*, and performing endoscopic follow-up in at-risk patients to reduce bleeding recurrence and improve clinical outcomes.

Key words: Peptic ulcers; Forrest classification; Endoscopy; risk factors; bleed.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras pépticas son producto de un defecto de la mucosa del tracto gastrointestinal, donde pueden estar involucrada la porción superior del duodeno o del estómago, la cual permanece como consecuencia de la actividad de los jugos gástricos; generando inflamación y en muchos de los casos sangrado digestivo alto. Son causados principalmente por la infección del *Helicobacter pylori*, de acuerdo con investigaciones recientes su prevalencia mundial del 40 - 80% (1).

La supervivencia del *Helicobacter pylori* en un ambiente ácido, como es el caso del estómago, se debe netamente a su capacidad para generar enzimas como la ureasa, lo que da como resultado en un aumento del pH, por lo que de esta manera se generan cuadros de gastritis crónica e inclusive llegar al cáncer gástrico. Se puede transmitir mediante las heces, placa dental, saliva; en países en vía de desarrollo suelen haber estos brotes debido a los alimentos o agua contaminada con materia fecal.

Asimismo, el uso prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) constituye otro factor de riesgo esencial, representando el 25% en pacientes crónicos, se relaciona estos factores, con otros que pueden exacerbar las lesiones como el estrés, el consumo de tabaco y el alcohol. Presenta síntomas inespecíficos, como dolor abdominal, pirosis, que se intensifica cuando el estómago está vacío, y se alivia con la ingesta de comida, y puede asociarse con ardor, náuseas, vómitos, tos, meteorismo, dolor torácico, disfagia, reflujo y en algunas ocasiones pérdida de peso (2,3).

Se pueden presentar complicaciones graves como hemorragia, perforación, penetración en órganos adyacentes, entre otros. Es útil para su diagnóstico la clínica y la endoscopia, este último es el método de elección en el caso de estar asociado con sangrado digestivo alto y para valorar el riesgo de sangrado en úlceras pépticas, podemos utilizar la clasificación de Forrest, que es esencial para la estratificación del riesgo de recidiva hemorrágica y la toma de decisiones terapéuticas. Representa un desafío en la salud pública, con un impacto del 10% en la población global según cifras de la Organización

Mundial de la Salud (OMS), es causa común de consultas médicas e ingreso hospitalario y pueden estar presentes en cualquier grupo etario, siendo los más comunes en pacientes de mediana edad.

Por lo tanto, es esencial llevar a cabo un estudio en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira para determinar la incidencia, los factores de riesgo, documentar patrones de presentación y desarrollar estrategias preventivas eficaces, que permitirán mejorar el manejo de estos pacientes, y reducir la morbimortalidad.

CAPITULO 1

1.1 ANTECEDENTES

La investigación dirigida hacia las úlceras pépticas han evolucionado con el tiempo, actualmente se encuentra bien documentado debido a una alta prevalencia e impacto en diversas poblaciones. Un estudio realizado por la Clínica Diagnóstica en Medellín, la cual se encuentra especializada en VID, examinó 2000 biopsias de pacientes con sintomatología de dispepsia, obteniendo así, que la prevalencia de úlceras gástricas es de un 36.4%, siendo la media de edad de los afectados de 46.5 años y que el 75% de estos pacientes tenían antecedentes patológicos familiares de esta condición, lo que conlleva a una posible predisposición genética (4,5).

Un estudio realizado por Olivos en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Ecuador, demostró que la prevalencia de las úlceras gástricas en pacientes adultos debido a el consumo de AINES y consumo crónico de alcohol. Por lo que estos hallazgos nos recalcan que los factores externos como el consumo de AINES y el consumo de alcohol incrementan el riesgo de desarrollar úlceras pépticas, generalmente en poblaciones vulnerables (5).

Otro estudio fue el de Nestarez en el Hospital María Auxiliadora, en donde se realizó un análisis de 100 pacientes con diagnóstico de úlcera gástrica. Este estudio demostró que el 73% de los casos corresponde a mujeres y siendo el grupo etario más afectado entre los 66 a 76 años. Estos antecedentes demuestran que patrones específicos en la epidemiología de las úlceras gástricas son cruciales para esta investigación (6).

Las úlceras pépticas son lesiones crónicas que llegan a afectar tanto a hombres como a mujeres, no obstante, la prevalencia persiste en el sexo masculino, con una incidencia mayor entre los 20 y 60 años. Estas lesiones son generadas por factores agresivos, como el ácido gástrico y la pepsina; lesionando la mucosa del tracto gastrointestinal, generalmente en el duodeno o en el estómago. En condiciones normales la mucosa que se encuentra en el tracto gastrointestinal, está protegido por una capa de bicarbonato y de moco defendiéndola de factores agresivos. Sin embargo, cuando estos

factores se ven alterados tienden a desarrollar lesiones de la mucosa e inclusive progresar a úlceras (7).

Entre los tipos de úlceras pépticas, tenemos a las úlceras gástricas que se desarrollan en la mucosa del estómago y están más comúnmente asociadas al consumo crónico de AINES y a la infección por *H. pylori* y alcohol, generando que los ácidos gástricos y la pepsina erosione la mucosa gástrica, y a las úlceras duodenales, estas son más comunes ya que se localizan en la primera porción del intestino delgado. Están frecuentemente asociadas a una sobreproducción de ácido gástrico, y por ende el riesgo de lesión de la mucosa duodenal.

El acceso limitado de agua potable y el saneamiento deficiente, son uno de los principales factores de contaminación de *H. pylori*, lo que incrementa significativamente la incidencia de infecciones gástricas y, por lo tanto, las úlceras pépticas. Ya que no cuentan con los medios suficientes para el diagnóstico y tratamiento oportuno. En estos entornos, las úlceras gástricas tienden a prevalecer, y la infección por *H. pylori* constituye un mayor factor de riesgo para su aparición.

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de las clasificaciones endoscópicas de las úlceras pépticas, la clasificación Forrest IIA, indica la presencia de un vaso visible no sangrante, es de particular interés por su alto riesgo de hemorragia recurrente. Es por eso que, en la ciudad de Durán, la prevalencia del uso de AINES, consumo de alcohol, consumo de tabaco y la infección por *Helicobacter pylori* presentan características particulares que podrían influir en la incidencia de úlceras pépticas. Por lo que, es crucial comprender que las relaciones directas de estas causas nos ayudaran para desarrollar estrategias preventivas más eficaces.

1.1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la incidencia de las úlceras pépticas Forrest IIA diagnosticadas por endoscopia?

1.2 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la gran incidencia de úlceras pépticas representan problema significativo para la salud pública en Ecuador. Algunos factores, como por ejemplo el consumo de AINES, tabaquismo, infección por *Helicobacter pylori* y el alcohol han contribuido a un aumento significativo de esta patología, generando un impacto en la calidad de vida del paciente.

La clasificación de úlceras pépticas, según la escala de Forrest IIa, representa un alto riesgo de re sangrado, por lo que es necesario el diagnóstico oportuno mediante video endoscopia digestiva, para disminuir el riesgo de intervenciones quirúrgicas.

El presente estudio, tiene como objetivo determinar la incidencia de úlceras pépticas, Forrest IIa en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira en el periodo del 2023- 2024, con la finalidad de identificar factores de riesgo, hábitos tóxicos y los tipos de úlceras pépticas más frecuentes

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de úlceras pépticas, Forrest II diagnosticadas por endoscopia en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira durante el año 2023-2024.

1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Demostrar los hábitos tóxicos que influyen directamente en la aparición de úlceras pépticas, Forrest Ila.
- Identificar el tipo de úlceras pépticas en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira.
- Documentar los factores de riesgo asociados con la aparición de úlceras pépticas.

1.4 HIPÓTESIS

La incidencia de úlceras pépticas Forrest Ila es significativamente alta, que son diagnosticadas por endoscopia en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira durante el año 2023-2024.

CAPITULO 2

2.1 MARCO TEORICO

2.2 DIAGNOSTICO CLINICO

Es crucial obtener información directamente de una minuciosa historia clínica, para así determinar las comorbilidades que orientan a cuál es la causa de la hemorragia. Por lo que los exámenes de laboratorio deben de incluir biometría hemática, tiempos de coagulación, bioquímica sanguínea, función hepática, gasometría, prueba de aliento con ureasa, sangre oculta en heces y coprológico para determinar *Helicobacter Pylori* en heces

Por lo que, la sociedad americana de gastroenterología menciona que la estadificación temprana en la hemorragia gastrointestinal es crucial. Actualmente contamos con dos tipos de estadificación para pacientes que tengan hemorragia digestiva alta (HDA), la escala de Glasgow- Blatchford, que permite evaluar el riesgo de re sangrado posterior a haber tenido una HDA, valorando así pulso, presión arterial, urea, creatinina, presencia de enfermedad cardiaca o hepática, hemoglobina, melenas y síncope, por otro lado, la escala de Rockall tiene como objetivo predecir la mortalidad de pacientes con HDA y que necesiten VEDA previa.

En casos de re sangrado producto de úlceras pépticas, es indispensable establecer en qué estadio se encuentra, y esto es posible realizarlo mediante la escala de Forrest, ya que se enfocan en la en la identificación de sangrado activo o reciente, proporcionándonos información valiosa para la toma de decisiones clínicas. Un claro ejemplo es la clasificación de Forrest IIa, la cual se presenta como un vaso visible no sangrante, que si no se trata a tiempo tiene una alta tasa de re sangrado.

Tabla 1 Clasificación de Forrest

Clasificación de Forrest	
Forrest Ia	Chorro arterial, en Jet. Alto riesgo de resangrado (intervención inmediata)
Forrest Ib	Rezumante o en sábana, más leve que el tipo Ia pero evolucionar a resangrado si no se trata adecuadamente.
Forrest IIa	Vaso visible no sangrante, alto riesgo de resangrado si ni se trata oportunamente
Forrest IIb	Coagulo adherido, indica que hubo hemorragia reciente. Bajo riesgo de resangrado si se realiza terapéutica adecuada
Forrest IIc	Fondo de hematina en la base de la ulcera, bajo riesgo de resangrado sin utilizar terapéutica endoscópica
Forrest III	Úlcera con base limpia de fibrina, menor riesgo de complicaciones

2.3 Manejo terapéutico

2.3.1 Tratamiento de las Úlceras Pépticas

El manejo inicial debe de estar dirigido a estabilidad hemodinámica del paciente, cuantificando así la magnitud de pérdida sanguínea, si es que esta es leve, moderada o severa, para así determinar si se va a colocar una vía periférica y posteriormente reanimar con líquidos, como lactato, solución salina, dextrosa, e inclusive administración de hemoderivados si la hemoglobina es $<8\text{g/dl}$.

A su vez debemos considerar el uso de inhibidores de bombas de protones (IBP), ya que estos son el tratamiento estándar para las úlceras pépticas. Se debe de administrar una carga de 80mg, seguida de infusión de 8mg/h ya que reducen el riesgo de re sangrado. reduciendo la acidez del estómago, favoreciendo la cicatrización de la mucosa gástrica. Los IBP, como

el omeprazol y esomeprazol son efectivos en la mayoría de los casos de úlceras pépticas por lo que se los recomienda cada 12h durante 14 días.

En casos de pacientes diagnosticados por *Helicobacter pylori*

Primera opción: 14 días

- Omeprazol 20 mg/vo c/12 h
- Amoxicilina 1 g/vo c/12 h
- Claritromicina 500 mg/vo c/12 h

Segunda opción: alergia a la penicilina, 14 días

- Omeprazol 20 mg/vo c/12 h
- Metronidazol 500 mg/vo c/12 h
- Claritromicina 500 mg/vo c/12 h

Tercera opción: total 10 días, Se puede sustituir la claritromicina por levofloxacina.

- Omeprazol 20 mg/vo c/12 h
- Amoxicilina 1 g/vo c/12 h por 5 d
- Seguidos de omeprazol 20 mg/vo c/12 h
- Claritromicina 500 mg/vo c/24 h
- Tinidazol 500 mg c/12 h por 5 d

Fracaso del tratamiento: 10 – 14 días

- Bismuto 140 mg/vo c/6 h
- Tetraciclina 500 mg/ vo c/6 h
- Metronidazol 500 mg/vo c/6 h
- Omeprazol 20 mg c/12 h

2.4 Tratamiento endoscópico

Actualmente existen diversas herramientas endoscópicas terapéuticas que ofrecen diversas soluciones a pacientes con re sangrado como lo son la inyección de epinefrina (13ml), esta funciona creando un tapo en el sitio de sangrado producto de la vasoconstricción de los vasos sanguíneos ,

reduciendo el sangrado en pacientes que tienen alto riesgo de padecer úlceras gástricas, otra de las opciones serían la termo coagulación, el cual utiliza corriente eléctrica para generar calor y así activar la cascada de coagulación y la colocación de clips hemostáticos.

Ventajas

Útiles para la toma de tejidos para biopsias, extirpación de pólipos, tratar hemorragias, administración de medicamentos, terapia laser y eliminar lesiones precancerosas

Desventajas

Sangrado, infección, desgarro del tracto gastrointestinal, respuesta adversa ante sedación o anestesia.

2.5 Tratamiento Quirúrgico:

En caso de los pacientes que no respondan al tratamiento, y presenten perforaciones u obstrucción significativa del tracto digestivo, el tratamiento quirúrgico incluiría vagotomía o gastrectomía parcial en casos extremos.

CAPITULO 3

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Corresponde a un diseño de estudio no experimental, donde las mediciones reflejan la evolución natural del evento, sin intervención directa del investigador, ni manipulación de las variables. De acuerdo con el número de mediciones de las variables, se considera transversal, ya que estas se evaluaron en un único momento. Y es retrospectivo, dado que se basa en la recolección de datos sobre hechos ocurridos en el pasado. Por otro lado, el diseño es analítico

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes masculinos y femeninos atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira en el período 2023 al 2024 con diagnóstico de úlcera péptica.
- Pacientes que se hayan realizado al menos una video endoscopia digestiva alta (VEDA).
- Pacientes entre 30 a 80 años

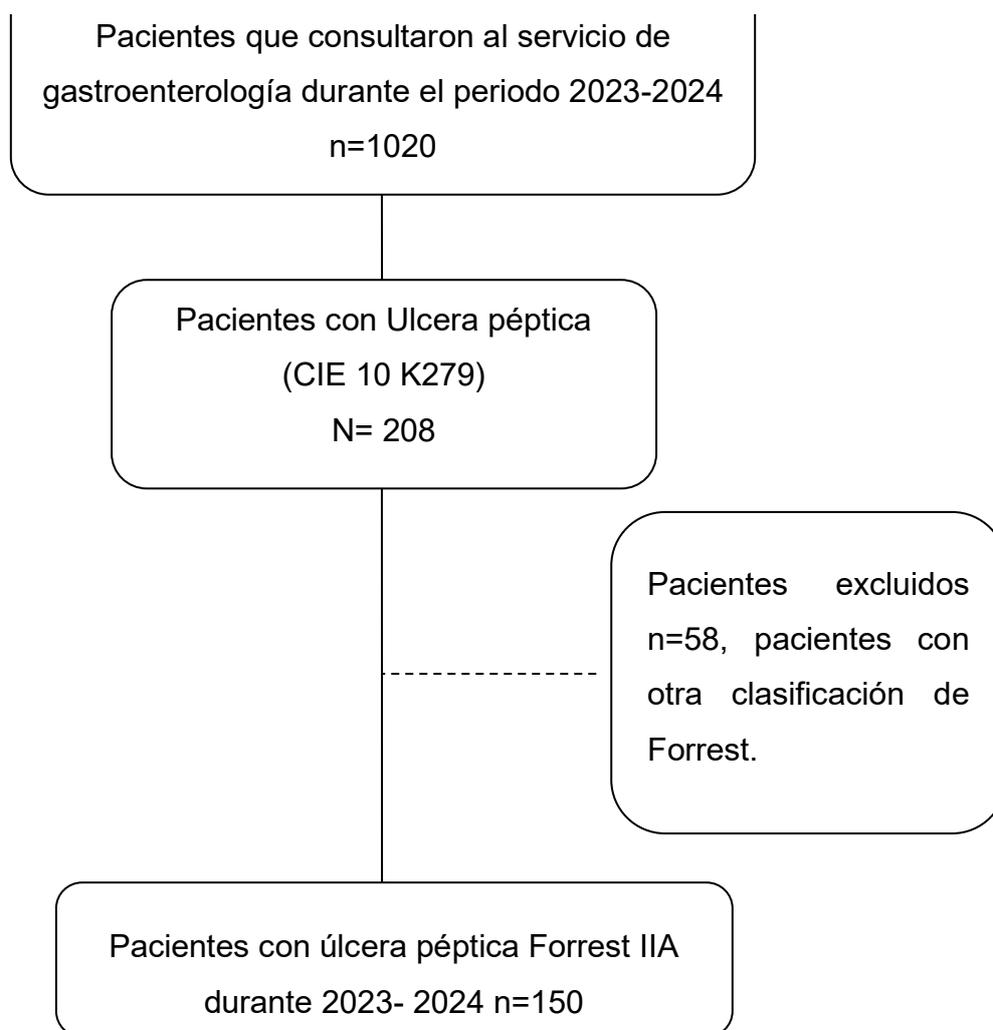
4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con coagulopatías conocidas que puedan alterar los resultados endoscópicos.
- Pacientes con antecedentes de cirugía gástrica previa.
- Pacientes oncológicos
- Mujeres embarazadas.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Nuestra base de datos la conforman 208 pacientes con úlcera péptica atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira en el periodo de enero del 2023 a mayo del 2024, y de los cuales se descartan 58 pacientes por presentar otro tipo de FORREST. Como consecuencia, la población es de 150 pacientes que cumplen con todos los criterios de inclusión.

Diagrama de Flujo 1 Proceso de selección para el grupo de estudio.



*Fuente: Gordon Quilligana Karla Paola y López Duarte Adriana Estephania.
Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira*

4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN -DE LA INFORMACIÓN

Para el procedimiento de recolección de datos se consideraron tres aspectos fundamentales. En relación con la fuente es de tipo secundaria, ya que se obtiene de historias clínicas hechas por médicos residentes del Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira. En cuanto a la técnica empleada es de observación indirecta. Para la revisión de historias clínicas se solicitó aprobación por parte del Departamento de Titulación de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, y al subdirector de Docencia e Investigación del Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira.

4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron ingresados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016 con sus respectivas variables de estudio, para su almacenamiento y filtrado. Finalizada la tabulación de datos, se procedió a realizar el análisis estadístico como la elaboración de gráficos y tablas, utilizando herramientas integradas en el programa.

4.6 VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

4.6.1 Variable de Estudio

VARIABLES	DEFINICION DE LA VARIABLE	TIPO	RESULTADO
Úlceras pépticas	Es una lesión en la mucosa gastrointestinal, causada por un desequilibrio entre los	Categorica Nominal Dicotómica	- Presencia - Ausencia

	factores protectores y lesivos.		
--	---------------------------------	--	--

4.6.2 Variables asociadas al desenlace

VARIABLES	DEFINICION DE LA VARIABLE	TIPO	RESULTADO
Sexo	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Cualitativa Nominal Dicotómica	-Femenino - Masculino
Edad	Origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Numérica Discreta	- Entre 30 a 45 años - Entre 46 a 51 años - Entre 62 a 80 años
Tipo de úlcera	Se define según la característica endoscópica y su localización.	Nominal Cualitativa	- Duodenal - Gástrica - Mixta
Antecedentes personales	Enfermedades y comorbilidades que tuvo el paciente previo o durante la	Cualitativa Nominal	- Consumo de AINES - APP de úlcera péptica - Tabaquismo

	aparición de la enfermedad que se va a estudiar		<ul style="list-style-type: none"> - Gastritis crónica - Alcoholismo
Historia clínica	Circunstancias que describen el cuadro clínico actual del paciente limitado a síntomas	Categoría Nominal Politémica	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor en epigastrio - Dispepsia - Pirosis - Hematemesis - Pérdida de peso - Melena
Ligadura de úlcera	Procedimiento endoscópico utilizado para controlar el sangrado activo de una úlcera péptica.	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No

4.7 TABULACIÓN DEL RESULTADO

La base de datos fue facilitada por el departamento de investigación y estadística del Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira. Para la tabulación, los datos de los pacientes fueron ordenados según las variables del estudio, y luego fueron ingresados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para posteriormente realizar en el mismo programa el análisis y la elaboración de tablas de frecuencia, porcentaje, y gráficos.

4.8 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados demuestran que el 72% de los pacientes tratados en el Hospital General de Dr. Enrique Ortega Moreira presentaron úlceras pépticas Forrest IIA, llegando a ser más frecuentes en la población de 62 a 80 años. No hubo predilección entre hombres y mujeres. Las úlceras pépticas duodenales fueron las más comunes, representadas por un 36,7%, en cuanto a los factores de riesgo, logró destacar el tabaquismo (23,3%) y el consumo excesivo de AINES (20%). El 90% de los pacientes presentaron pirosis, un 77.3% dolor en epigastrio y el 46% requirió ligaduras por vía endoscópica. Por lo que estos datos nos confirman que existe una gran incidencia por adultos mayores y sus factores modificables.

Tabla 1 Distribución por tipo de incidencia de las úlceras pépticas.

<i>Úlcera péptica</i>		
	N	%
Forrest IIA	150	72.1%
Otro Forrest	58	27,9%
Total	208	100%

Gráfico 1 Distribución por tipo de incidencia de las úlceras pépticas.



Resultados

Se cuantificaron variables sobre la incidencia de úlceras pépticas Forrest IIa, en comparación a otras clasificaciones y se evidencio que existe una prevalencia del 72% en la población atendida en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira atendidas durante los años 2023-2024.

Tabla 2. Distribución por sexo y edad de los pacientes sujetos a estudio.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	74	49,3%
Femenino	76	50,7%%

Resultados

Se cuantificaron variables sexo, la cual demuestra un mayor predominio por el sexo femenino, teniendo una incidencia del 50,7%

Tabla 3 distribución de frecuencia y porcentajes de edades por grupos etarios

Rango de edad	N	%
	ENTRE 30 A 45 AÑOS	47



ENTRE 46 A 61 AÑOS	48	32%
ENTRE 62 A 80 AÑOS	55	36,7%

Grafico 2 distribución de frecuencia y porcentajes de edades por grupos etarios

Resultados

Se cuantifico en porcentaje la distribución etaria de los pacientes atendidos, el cual evidencio que la mayor proporción de casos se encuentra conformado por pacientes de 62 a 80 años, con un porcentaje de 36,7%, seguido del grupo de 46 a 61 años con un 32% y el grupo más joven de 30 a 45 años, con un 31,3%. Lo que nos demuestra que existe una prevalencia por pacientes mayores de 61 años, debido a que podría estar relacionado al uso prolongado de AINES, generando así una disminución de la capacidad de regeneración de la mucosa gástrica. No obstante, la presencia de esta enfermedad en pacientes más jóvenes podría estar relacionado a otros factores, como el consumo de tabaco y alcohol.

Tabla 4 Distribución de incidencia del tipo de úlceras: duodenal, gástricas, mixtas.

TIPO DE ÚLCERA		
	Tipo de úlceras	
DUODENAL	55	36,7%
GÁSTRICA	50	3,3%3
MIXTA	30	30%

Gráfico 3 Distribución de incidencia del tipo de úlceras: duodenal, gástricas, mixtas.



Resultados

Estos resultados nos demuestran que las úlceras duodenales son más frecuentes, representando un 36,7% (n=55), seguidas de las úlceras gástricas con un 33% y en último lugar, las úlceras mixtas representando un 30%. Por lo que estos resultados coinciden con estudios previos, demostrando una prevalencia hacia las úlceras duodenales.

Tabla 5 Distribución de antecedentes patológicos personales, en pacientes con úlcera péptica.

ANTECEDENTES PERSONALES		
	N	%
Alcoholismo	27	18,0%
Gastritis crónica	26	17,3%
Sin antecedentes relevantes	32	21,3%
Tabaquismo	35	23,3%
Uso crónico de AINES	30	20,0%

Gráfico 4 Distribución de antecedentes patológicos personales, en pacientes con ulcera péptica.



Resultados

En cuanto a la estimación del riesgo, debido a antecedentes patológicos personales, destacaron el tabaquismo, con una $n=35$ lo que representa un (23,3%), seguido del uso crónico de AINES, con una $n=30$, lo que representa un (20%), un 21,3% de los pacientes no presentaron ningún antecedente relevante, otro 18% representa el consumo de alcohol, mientras que la gastritis crónica estuvo presente en un 17,3%.

Por lo que estos resultados nos demuestran que tanto el tabaquismo como el uso prolongado de AINES, son uno de los factores relevantes para la aparición de úlceras pépticas

Tabla 6 Distribución de frecuencia y porcentaje de síntomas y signos.

Síntomas	SI		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dispepsia	41	27,30%	109	72,70%
Dolor en epigastrio	116	77,30%	34	22,70%
Pirosis	135	90,00%	15	10,00%
Hematemesis	53	35,30%	97	64,70%
Melena	48	32,00%	102	68,00%
nauseas	32	21,30%	118	78,70%
Pérdida de peso	50	33,30%	100	66,70%

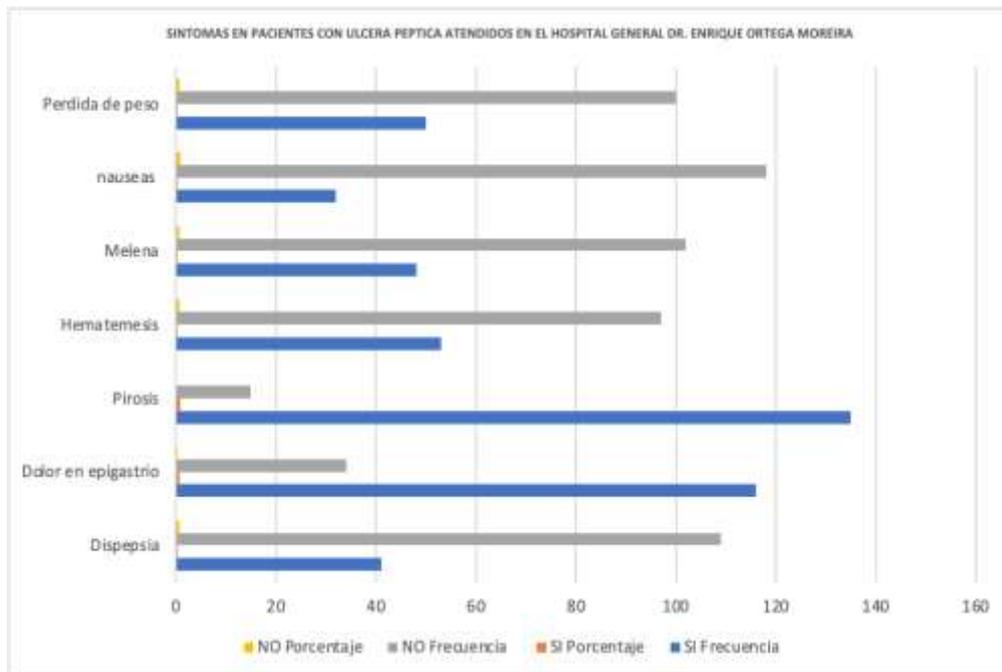


Gráfico 5 Distribución de frecuencia y porcentaje de síntomas y signos.

Resultados

Estos hallazgos nos indican que la mayoría de los pacientes suelen presentar síntomas típicos, como pírosis (90%), dolor en epigastrio (77,3%). Mientras que un grupo significativo presento signos de sangrados digestivo alto como lo son la hematemesis (35,3%) y la melena con un (32%). Lo que resalta que es de suma importancia un diagnóstico y tratamiento oportuno para disminuir complicaciones.

Tabla 7 Distribución de la frecuencia y porcentaje de ligaduras, en pacientes con úlceras pépticas.

LIGADURA REALIZADA		
	N	%
NO	81	54,0%
SI	69	46,0%
TOTAL	150	100%

Gráfico 6

Distribución de la frecuencia y porcentaje de ligaduras, en pacientes con úlceras pépticas.



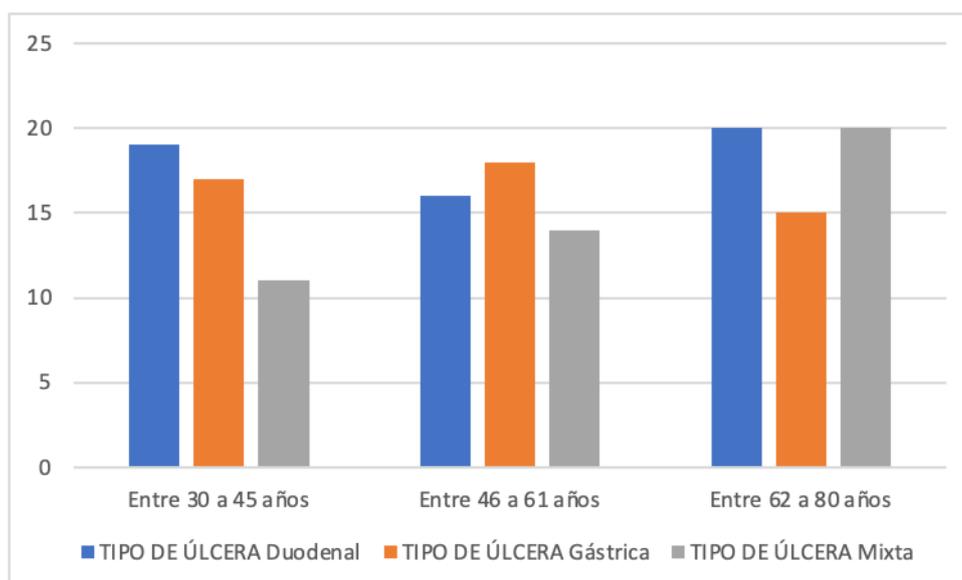
Resultados

Estos hallazgos nos indican que aproximadamente casi la mitad de los pacientes presentaron criterios endoscópicos y clínicos que justifican intervención mediante ligadura, ya que es una estrategia efectiva para prevenir re sangrados en estos pacientes.

Tabla 8 Distribución de la frecuencia de los tipos de úlceras pépticas en diversos grupos etarios.

RANGO	TIPO DE ÚLCERA		
	Duodenal	Gástrica	Mixta
Entre 30 a 45 años	19	17	11
Entre 46 a 61 años	16	18	14
Entre 62 a 80 años	20	15	20

Gráfico 7 Distribución de la frecuencia de los tipos de úlceras pépticas en diversos grupos etarios.



Resultados

En la tabla 8 se relacionó la edad, con la incidencia de los tipos de úlceras, en donde se evidencio que los pacientes de 62 a 80 años son los que se ven afectados por padecer úlceras duodenales y mixtas, con 20 casos cada una, por lo que estos hallazgos sugieren que estas úlceras son más frecuentes en extremos de edad, lo que podría estar relacionado a una mayor exposición a factores de riesgo, uso prolongado de fármacos y comorbilidades

4.9 DISCUSION

En el presente estudio, sobre la incidencia de úlceras pépticas, clasificación Forrest IIa, diagnosticadas mediante endoscopia, se ha encontrado concordancia con los datos de otras investigaciones revisadas. Se obtuvo la base de datos de un total de 150 pacientes sometidos a VEDA, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión de esta investigación. Siendo más frecuente en el sexo femenino, con un 50,76%, y más frecuente en el grupo etario de 62 a 80 años. Los hallazgos clínicos más relevantes fueron la pirosis, epigastralgia, hematemesis y melena. De igual manera se pudo evidenciar que la mayoría de las úlceras son duodenales, a causa del consumo excesivo del tabaco y la gran mayoría no requirió de ligaduras con bandas elásticas.

Estos resultados demuestran que la prevalencia de úlceras pépticas incrementa con la edad, lo cual concuerda con estudios previos que demuestran que los factores de riesgo se acumulan con el envejecimiento. Cabe recalcar que las úlceras duodenales suelen estar más presentes en la población joven, mientras que las gástricas y mixtas son de predominio del adulto mayor (20).

Los resultados obtenidos en cuanto a los tratamientos endoscópicos de Sisalema R.Z. (2025) revisaron nuevas técnicas de ligadura endoscópica en la cual se evidenció que el uso combinado de ligadura y agentes hemostáticos ofrecen mejores resultados. Demostrando que, a medida que evolucionan los métodos endoscópicos, el manejo de las úlceras pépticas Forrest IIA podría mejorar con terapias más dirigidas y personalizadas. Se ha establecido una

relación entre los factores genéticos y las úlceras pépticas como lo refiere López S.R. (2021), hallaron que diversos polimorfismos genéticos influyen directamente a la aparición de úlceras pépticas, de igual manera que factores predisponentes como el consumo de tabaco, alcohol y AINES. Por lo que este estudio sugiere que futuras investigaciones podrían explorar con mayor profundidad las bases genéticas y su relación con la prevalencia en diversas poblaciones (13, 15).

En conclusión, este estudio nos brinda evidencia significativa sobre la incidencia de úlceras pépticas Forrest IIa diagnosticadas por endoscopia digestiva alta. Resaltando que existe una alta prevalencia de factores de riesgo como el consumo de tabaco, consumo de AINES, antecedentes de hipertensión y diabetes están directamente relacionados con las úlceras gástricas. Se ha determinado que existe mayor predominio en el adulto mayor, por lo que se deben de implementar estrategias preventivas en esta población. La ligadura endoscópica continúa siendo clave para el manejo oportuno de estos pacientes, y la combinación con medicamentos optimiza los resultados. Por lo cual se recomienda que futuras investigaciones realicen estudios multicéntricos con el objetivo de comparar la incidencia de úlceras pépticas Forrest IIa en diversas regiones y poblaciones, con el fin de establecer protocolos de manejo, mejorar la eficacia del tratamiento y reducir la recurrencia de hemorragias.

CAPITULO 5

5.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1 CONCLUSIONES

Las úlceras pépticas Forrest IIA representan un problema clínico relevante debido a su alta incidencia y riesgo de complicaciones. En los resultados obtenidos en nuestra investigación, podemos concluir que:

- De la muestra de 208 historias clínicas, se obtuvo que 72% de los casos tuvieron una incidencia de úlceras pépticas, Forrest IIA.
- El 50,7% de casos representan el sexo femenino y un 49,3% representan al sexo masculino.
- El 36,7% de los casos representan a la incidencia del grupo etario, siendo el más frecuente los pacientes de 62 a 80 años de edad.
- El 36,7 de los casos son producto de úlceras duodenales, siendo la causa principal el tabaquismo con un 23, 3%.
- La manifestación clínica más encontrada es la pirosis, estando presente en un 90% de los casos.

5.1.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda que, durante la recolección de datos se aborde con mayor detalle los hábitos de los pacientes. Además de implementar mayor control en la valoración integral y completa, sobre todo de los signos y síntomas de los pacientes con úlceras pépticas.

- Realizar seguimiento de los pacientes que han sido sometidos a una VEDA, con el objetivo de garantizar un control efectivo.
- Por último, se recomienda realizar investigaciones de tipo prospectivo y metacéntrico, donde la muestra de estudio sea mayor, y los resultados se puedan generalizar a nivel nacional, y así poder tomar acciones manera efectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fernández, E., & Durán, S. (2019). Diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 111(3), 181-190.
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2024). Reporte de enfermedades gastrointestinales en Ecuador. Recuperado de [sitio web de INEC].
3. Lee, S. Y., Park, H. S., & Kim, M. (2021). Endoscopic management of peptic ulcer bleeding: Latest updates and future perspectives. *Clinical Endoscopy*, 54(4), 453-462.
4. Muraoka, L. H., & Rahman, S. (2020). Peptic ulcer disease and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Gastroenterology Clinics of North America*, 49(2), 203-215.
5. Lanas, A., & Chan, F. K. L.* (2020). Peptic ulcer disease. *The Lancet*, 396(10263), 1165-1177. ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31238-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31238-9))
6. Wang, Y. R., et al. (2022). Global prevalence of *Helicobacter pylori* infection: A systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*, 162(2), 419-434.
7. Stanley, A. J., & Laine, L. (2021). Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *British Medical Journal*, 372, n260.
8. Kim, J. S., et al. (2020). Recent trends in the prevalence of and risk factors for peptic ulcer disease. *Clinical Endoscopy*, 53(6), 641-648.
9. González-González, J. A., et al. (2019). Clinical predictors of high-risk endoscopic lesions in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Revista de Gastroenterología de México*, 84(3), 284-289.

10. Singh, S., & Dhamija, P. (2021). Helicobacter pylori infection and its role in peptic ulcer disease. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, 11(4), 480-486. [<https://doi.org/10.1016/j.jceh.2021.04.007>]
11. Bansal, A., & Khandelwal, A. (2022). Endoscopic management of bleeding peptic ulcers: Current approach and future directions. *Gastroenterology Clinics of North America*, 51(2), 297-314. [<https://doi.org/10.1016/j.gtc.2022.01.003>]
12. Mahmoud, R. A., & Sharaf, R. A. (2021). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and peptic ulcer disease: New perspectives in pathophysiology and treatment. *World Journal of Gastroenterology*, 27(35), 5957-5968. [<https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i35.5957>]
13. López, S. R., & González, C. G. (2023). Role of Helicobacter pylori in peptic ulcer disease: Diagnosis and management. *Journal of Gastroenterology and Hepatology Research*, 12(5), 2830-2837. [<https://doi.org/10.17554/j.ghr.2023.12.5.2830>]
14. Oh, Santa Rosa, yo. M., Evangelista, A. P, Cabral, L. F. por Muzio Gripp, M. S., y Machado, M. C. (2023). úlcera peropática - una revisión integral de la etiología, epidemiología, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y prevención. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 24086-24095.
15. Sisalema, R. Z.. M., Haro, J. D. S., Pozo, M. A. A., Mena, J. C. S., Hernández, J. N.. - G., Vélez, E. J. J. M., ... & Gallardo, A. G. V. (2025). Diagnóstico y manejo de la enfermedad ulcerosa péptica: revisión de la literatura. *Revista Iberoamericana de Investigación en Ciencias de la Salud*, 5(1), 64-73.
16. Lisbon, M. - G., Marinho, C. N, Vilela, G. F., Pereira, D. A., y da Silva, P. H. F. (204). úlcera péptica - una revisión de la literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(2), e68796-e68796.
17. de Cunha, L. M. por Sousa Pantoja, M., por Azevedo Conejo, F. C., Araki, O. M., por Oliveira, G. B. B. T., de Cunha, V. M., ... y de Cunha, V. D. S.S. Sr. M. M. (2023). Comparación de las escalas Rockall y Glasgow-Blatchford en la predicción de los resultados clínicos en pacientes con hemorragia digestiva superior. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 23 (12), e15068-e1506868.

18. Conejo, B. D. S.S. (2023). La influencia de la dieta en la infección de *Helicobacter pylori*: revisión de la literatura.
19. Santana, T. D. B., Mascarenhas, A. Sr. M. M. S., Lopes, D. S., dos Santos, N. J. J. S. y de Silveira Lemos, G. (2023). Profilaxis farmacológica de lesión mucosa gástrica aguda: revisión sistemática. *Investigación, Sociedad y Desarrollo*, 12(4), e133121071-e13312441071.
20. Velásquez-Vera JS, Franco-Cundar DP, Aispur-Rivera JA, Palacios-Varela KA. Actualizaciones sobre la úlcera péptica, epidemiología, diagnóstico y tratamiento: un artículo de revisión. *Polo del Conocimiento* [Internet]. 2024 [citado 2025 may 7];9(1). Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6428/html>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Gordon Quilligana, Karla Paola**, con C.C: # **0927105296**; **López Duarte, Adriana Estephania**, con C.C: # **0943205831** autores del trabajo de titulación: **Incidencia de úlceras pépticas, Forrest IIA diagnosticadas por Endoscopia en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira en el año 2023-2024**, 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, **28 de mayo de 2025**

f.  Firmado electrónicamente por:
**KARLA PAOLA
GORDON
QUILLIGANA**

Nombre: **Gordon Quilligana,
Karla Paola**

C.C: **0927105296**

f.  Firmado electrónicamente por:
**ADRIANA ESTEPHANIA
LOPEZ DUARTE**
Validar documento con FIRMADO

Nombre: **López Duarte, Adriana
Estephania**

C.C: **0943205831**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Incidencia de úlceras pépticas, Forrest IIA diagnosticadas por Endoscopia en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira en el año 2023-2024	
AUTOR(ES)	Gordon Quilligana, Karla Paola; López Duarte, Adriana Estephania	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Greta Verónica Franco Sotomayor	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Medicina Facultad de Ciencias de la Salud	
CARRERA:	Medicina	
TITULO OBTENIDO:	Médico	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS: # 31
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina interna; gastroenterología; Emergencias	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Úlceras pépticas; clasificación de Forrest; Endoscopia; factores de riesgo; sangrado.	
RESUMEN:	<p>Las úlceras pépticas Forrest IIA representan un problema clínico relevante debido a su alta incidencia y riesgo de hemorragia digestiva. Este estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia de úlceras pépticas Forrest IIA diagnosticadas por endoscopia y analizar sus características clínicas y factores de riesgo asociados. Metodología: Corresponde a un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes con diagnóstico endoscópico de úlcera péptica Forrest IIA del Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira durante el periodo 2023-2024. Se recopilaron datos sobre edad, sexo, antecedentes personales y familiares, manifestaciones clínicas, tipo de úlcera y tratamiento recibido. Resultados: Los resultados mostraron que el 72.1% de los pacientes presentaron úlceras Forrest IIA, con una mayor frecuencia en el grupo de 62 a 80 años (36.7%). No se observaron diferencias significativas entre sexos, aunque el tabaquismo (23.3%), el consumo crónico de AINES (20%) y la gastritis crónica (17.3%) fueron factores de riesgo predominantes. En cuanto a la sintomatología, el dolor epigástrico (90%), la pirosis (77,3%), la hematemesis (35.3%) y la melena (32%) fueron los síntomas más frecuentes. La ligadura endoscópica fue el tratamiento realizado en el 46% de los casos. Conclusión: Las úlceras Forrest IIA tienen una alta prevalencia en adultos mayores y están fuertemente asociadas a factores modificables. Se recomienda fortalecer la prevención mediante el control del uso de AINES la erradicación de Helicobacter pylori y el seguimiento endoscópico de los pacientes en riesgo, con el fin de reducir la recurrencia de sangrado y mejorar los desenlaces clínicos.</p>	
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-986967981 +593 990448249	E-mail: karla.gordon@cu.ucsg.edu.ec; adriana.lopez04@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vázquez Cedeño, Diego Antonio Teléfono: +593-982742221 E-mail: diego.vazquez@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):		