

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

**TEMA:**

**Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en pacientes del Hospital León Becerra de Milagro en el periodo 2022 y 2025.**

**AUTORAS:**

**Rodríguez Toala, Denisse Xiomara  
Coba Zamora, Lorena Michel**

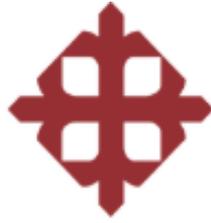
**Trabajo de Titulación Previo a la Obtención del título de  
MÉDICO**

**TUTOR:**

**Dr. Paredes Cruz, Mario Alberto**

**Guayaquil, Ecuador**

**26 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 **Rodríguez Toala, Denisse Xiomara y Coba Zamora, Lorena Michel**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

**TUTOR**



f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Paredes Cruz, Mario Alberto**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis**

**Guayaquil 26 de mayo del 2025**



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Rodríguez Toala, Denisse Xiomara  
Coba Zamora, Lorena Michel**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en pacientes del Hospital León Becerra de Milagro en el Periodo 2022 y 2025** 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 26 de mayo del 2025**

**LAS AUTORAS:**



Lorena Michel Coba  
Zamora



Coba Zamora, Lorena Michel



Denisse Xiomara  
Rodriguez Toala



Rodríguez Toala, Denisse Xiomara



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

### AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Rodríguez Toala, Denisse Xiomara**  
**Coba Zamora, Lorena Michel**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en pacientes del Hospital León Becerra de Milagro en el periodo 2022 y 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil 26 de mayo del 2025**

### LAS AUTORAS:



Lorena Michel Coba  
Zamora



Coba Zamora, Lorena Michel



Denisse Xiomara  
Rodríguez Toala



Rodríguez Toala, Denisse Xiomara

# REPORTE DE COMPILATIO

Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en pacientes del Hospital León Becerra de Milagro en el periodo 2022 y 2025



Nombre del documento: Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en pacientes del Hospital León Becerra de Milagro en el periodo 2022 y 2025.pdf  
ID del documento: 0bb7bf9264e6aa6409e3466dbe95e2161aee47a0  
Tamaño del documento original: 262,33 kB

Depositante: DENISSE RODRIGUEZ TOALA  
Fecha de depósito: 10/5/2025  
Tipo de carga: interface  
fecha de fin de análisis: 10/5/2025

Número de palabras: 5864  
Número de caracteres: 39.455

Ubicación de las similitudes en el documento:



TUTOR



Generado electrónicamente por:  
MARIO ALBERTO  
PAREDES CRUZ

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Paredes Cruz, Mario Alberto**

## AGRADECIMIENTO

A Dios, primero y siempre. Por ser mi refugio cuando todo parecía derrumbarse, por recordarme, incluso en el silencio, que cada paso en este camino tenía un propósito más grande que yo misma. En las madrugadas llenas de ansiedad, en los días de agotamiento físico y emocional, esta meta no solo lleva mi nombre, también lleva el tuyo, Señor.

A mis padres, Gina Zamora y Héctor Coba, por su esfuerzo para darme lo mejor y ofrecerme la oportunidad de cumplir este sueño, incluso en medio de tiempos difíciles. A pesar de los desafíos que ambos enfrentaron, su apoyo nunca dejó de ser un pilar en mi vida. Gracias por su amor inquebrantable, que ha sido mi escudo y mi impulso. Por su paciencia infinita, por su fé en mí incluso en los momentos en que yo misma la perdí. Me enseñaron que la constancia vence al cansancio, que el esfuerzo es una forma de amor, y que nunca se está realmente solo cuando uno vuelve al hogar.

A mi hermana, Sarita, que, con su forma única de ver el mundo, fue alivio en los días grises. Su compañía silenciosa y amorosa fue un bálsamo en medio del caos, y su existencia, uno de mis mayores motivos para seguir.

A mis tíos, Daysi Zamora, César Coba y Tarquino Coba. Ustedes han sido una presencia firme, constante y amorosa. Sus palabras, sus gestos y su apoyo discreto, pero siempre presente me sostuvieron en más ocasiones de las que imaginan.

A mis abuelitos, Sarita y Timito, su sabiduría, sus oraciones y su amor profundo han sido consuelo y fortaleza, han sembrado en mí valores que hoy florecen en esta etapa culminada.

A toda mi familia, a cada rostro, cada abrazo, cada mensaje de ánimo, me faltarían páginas para nombrarlos y aun así no lograría expresar cuánto los llevo en mi corazón. Cada uno ha sido

parte de esta historia.

A quienes me acompañan desde otro lugar, pero siguen presentes en mi corazón. A mi tío Segundo Coba, que partió antes de ver este sueño cumplido, pero cuya presencia he sentido en cada paso, como si su voz aún me alentara desde algún rincón invisible. Y a mi querida perrita Manchitas, que fue mi compañía silenciosa, mi confidente, mi alegría diaria durante quince años. Esta meta también les pertenece.

A mis amigos del alma, Angie, Nicole, Manuel, David y Derix. A ustedes, que fueron mis compañeros de batalla y mi refugio emocional. Convirtieron los momentos más duros en espacios de risa, de empatía y de compañía verdadera. Me demostraron que la amistad real no se mide por el tiempo, sino por la capacidad de sostenerse mutuamente cuando todo se derrumba.

A mi compañera de tesis Denisse, compañera de guardia y ahora amiga, hay lazos que se forjan en medio del cansancio, la presión y los desafíos compartidos. Gracias por estar ahí cuando las fuerzas flaqueaban, por reír cuando el cuerpo pedía descanso, por confiar cuando todo parecía incierto junto a Manuel, Carlos y Emily mi eterno regalo del internado.

**Lorena Michel Coba Zamora**

Primero a mis padres porque sin su apoyo incondicional esto no hubiese sido posible, que a pesar de no siempre cumplir sus expectativas igual seguían ahí detrás de mí, apoyándome cada vez que sentía que no podía más, incluso cuando las cosas salían mal no se rindieron conmigo. A mi hermano mayor, Humberto, por ser una fuente de inspiración y una meta a lo largo de esta carrera. A mi hermana Jenny, que siempre está ahí, incluso cuando desaparecía, siempre sabe qué decir y hacer para ayudar a levantar mi ánimo, quien me escucha incondicionalmente y mi pilar más seguro dentro de mi familia.

A mi abuelita, que es una inspiración para conseguir logros y hacerla sentir orgullosa de sus nietos siempre. A mis tías por siempre apoyarme en momentos difíciles y buscar distraer y animar en los días libres. A mi familia en la distancia, que a pesar de que el contacto no sea constante, siempre se siente su presencia con su amor y atención.

A mi mejor amiga, Fiorella, que siempre desde el colegio ha sido incondicional, es la persona en la que más confío y sé que en ella puedo depositar lo que sea y que seguirá ahí a mi lado. A pesar de que la universidad nos haya separado, su presencia constante siempre ha sido una inspiración, espero que este no sea el único logro que pueda compartir contigo.

A mi novio, Jesús, que estos últimos 4 años ha estado detrás de mí, impulsándome a ser mejor, a no perder la fe en mí misma, que siempre ha estado dispuesto a ayudarme con cualquier tarea o sacándome de apuros, incluso con esta tesis; me hacer aspirar a ser mejor y poner un ejemplo a seguir.

Al doctor Rubén Muñoz, gastroenterólogo del Hospital León Becerra de Milagro, sin quien este trabajo de titulación no hubiese conseguido un tema adecuado, su paciencia y tiempo para ayudarnos no puede ser pasado por alto.

No puedo evitar mencionar a mi mascota, Canelo, un gato que llegó a mi vida gracias a mi compañera de tesis, Lorena. Sin Canelo mis días del internado hubiesen sido más tristes y solitarios, el amor y cariño incondicional de una mascota sin duda es diferente.

Y finalmente pero no menos importante, a Lorena, una amistad que surgió en los dos últimos años y sin duda alguna fortaleció y creció durante el internado, a pesar de los desacuerdos siempre se mostró que la amistad prevaleció. Una persona que sin duda hizo de mi internado una experiencia diferente. No puedo excluir a mis compañeros de viaje diario durante este año, Carlos, Manuel y Emily, amistades que hicieron de mis días más alegres y creaban expectativas hacia otro día más.

**Denisse Xiomara Rodríguez Toala**

## **DEDICATORIA**

Con el corazón a mil y lleno de mucha ilusión, completamente feliz por el sueño que estoy viviendo le dedico este trabajo que es el último paso para culminar mi carrera. A mis padres, por su amor constante y por cada esfuerzo silencioso que me permitió comenzar y continuar este camino. Su entrega ha sido el cimiento sobre el que se construyó este logro, mi gratitud hacia ustedes es eterna.

A mis tíos, abuelos, primos y amigos, por su compañía incondicional, por estar presentes en formas pequeñas y grandes, con palabras, abrazos, gestos, o simplemente con su cariño. Cada uno, a su manera, fue luz en los momentos difíciles.

Estudiar transforma, abre caminos y nos acerca a servir, todo sucede en el tiempo perfecto, nada es casualidad cuando Dios guía el camino, cada paso, cada esfuerzo y cada momento vivido en este proceso es, sin duda, un regalo de Dios.

**Lorena Michel Coba Zamora**

Este trabajo de titulación se lo dedico a mis padres, ya que sin ellos no fuera posible en este momento, haber ingresado y cumplido mis estudios universitarios en la carrera de medicina. Debo incluir a mi familia y amigos, que han hecho toda esta travesía más amena. Una vez culminado este trabajo de investigación se acerca más el momento de iniciar la vida profesional y poder ejercer como médico.

Se lo dedico a todos los que me apoyaron e impulsaron a ser mejor, a no rendirme, a seguir intentando y creer en mí. Cada logro a partir de este momento será a partir de la base que ustedes formaron en mi camino.

**Denisse Xiomara Rodríguez Toala.**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS  
DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
VASQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
OPONENTE

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT .....	XVII
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I.....	3
1.1    Planteamiento del Problema.....	3
1.1.1    Formulación del Problema .....	3
1.1.2    Pregunta de Investigación.....	3
1.1.3    Justificación del Problema .....	3
1.2    Objetivo.....	3
1.2.1    Objetivo general .....	3
1.2.2    Objetivos específicos.....	3
1.3    Hipótesis.....	4
CAPITULO II .....	5
MARCO TEÓRICO.....	5
2.1    Definición De Hemorragia Digestiva.....	5
2.1.1    Hemorragia Digestiva Superior.....	5
2.2    Etiología.....	5
2.3    Úlcera péptica .....	6
2.4    Varices Esofágicas .....	7
2.4.1    Causas de Várices Esofágicas .....	8
2.5    Esofagitis.....	8
2.6    Sx de Mallory Weiss .....	8
2.7    Epidemiología .....	9
2.8    Factores de Riesgo .....	10
2.9    Manifestaciones Clínicas.....	10
2.10    Diagnóstico y Manejo .....	11
CAPÍTULO III.....	20
MARCO METODOLÓGICO .....	20
3.1    Metodología del estudio.....	20
3.2    Población de estudio .....	20
3.3    Criterios de inclusión .....	20

3.4	Criterios de exclusión:.....	21
3.5.	Método de recogida de datos.....	21
3.6.	Estrategia de análisis estadístico .....	21
3.7.	Variables.....	22
CAPÍTULO IV .....		23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		23
4.1	Resultados Descriptivos .....	23
4.2	DISCUSIÓN .....	37
CAPÍTULO V .....		39
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		39
5.1	CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS .....		47

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Etiología de la Hemorragia Digestiva en el Servicio de Gastroenterología durante los años 2022-2024 .....	23
<b>Tabla 2.</b> Diagnósticos asociados de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el periodo enero 2022 - abril 2024 .....	24
<b>Tabla 3.</b> Grupos etarios de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024 .....	25
<b>Tabla 4.</b> Nivel de instrucción de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024 .....	26
<b>Tabla 5.</b> Sexo de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024.....	27
<b>Tabla 6.</b> Estrato socioeconómico de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024 .....	27
<b>Tabla 7.</b> Cantón de procedencia de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 - 2024.....	29
<b>Tabla 8.</b> Condición de egreso de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024. ....	29
<b>Tabla 9.</b> Relación Edad – Etiología de HDA .....	30
<b>Tabla 10.</b> Relación Sexo – Etiología de HDA.....	31
<b>Tabla 11.</b> Relación Estrato Socioeconómico – Etiología de HDA.....	31
<b>Tabla 12.</b> Relación Estado Civil – Etiología de HDA.....	32
<b>Tabla 13.</b> Relación Edad – Condición de Egreso .....	33
<b>Tabla 14.</b> Relación Sexo – Condición de Egreso .....	34
<b>Tabla 15.</b> Relación Estrato Socioeconómico – Condición de Egreso .....	35
<b>Tabla 16.</b> Relación Estado Civil – Condición de Egreso .....	35
<b>Tabla 17.</b> Relación Etiología de HDA – Condición Egreso.....	36

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Etiología de la Hemorragia Digestiva en el Servicio de Gastroenterología durante los años 2022-2024.....	23
<b>Gráfico 2.</b> Grupos etarios de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024.....	25
<b>Gráfico 3.</b> Nivel de instrucción de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 - 2024.....	26
<b>Gráfico 4.</b> Sexo de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 - 2024 .....	27
<b>Gráfico 5.</b> Estrato socioeconómico de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 - 2024.....	28
<b>Gráfico 6.</b> Condición de egreso de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024.....	29

## **RESUMEN**

La hemorragia digestiva alta se define como un sangrado en estructuras del tracto digestivo superior, delimitado por el ángulo o ligamento de Treitz. Su etiología en este estudio se divide en variceal y no variceal, dentro de la última se incluye la úlcera péptica, esofagitis, Síndrome de Mallory Weiss. Esta patología es considerada una presentación clínica muy frecuente que representa aproximadamente el 75% de todos los casos de hemorragia gastrointestinal. Este estudio toma una muestra de 139 pacientes del Hospital León Becerra Milagro que cumplen con criterios de inclusión y exclusión descritos más adelante para analizar las variables, sexo, grupo etario, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, diagnósticos asociados y condición de egreso. El grupo etario con mayor incidencia fue el de 49 a 65 años con un 34,53%, manteniéndose cerca la tendencia internacional de una edad media de 60 años para dicho diagnóstico. Se plantean distintas tablas de relación de la etiología con las demás variables, sin embargo, no se obtiene una significancia estadística. Se plantea que es un tema que requiere mayor atención y estudio en nuestra región para lograr diagnóstico y tratamiento temprano.

### **Palabras clave**

Hemorragia digestiva alta, variceal, no variceal, gastritis, úlcera péptica, hematemesis, melena, endoscopia.

## **ABSTRACT**

Upper gastrointestinal bleeding is defined as bleeding in structures of the upper digestive tract, delimited by the angle or ligament of Treitz. In this study, its etiologies are divided into variceal and non-variceal, with the latter including peptic ulcer, esophagitis, and Mallory-Weiss syndrome. This pathology is considered a very common clinical presentation, representing approximately 75% of all cases of gastrointestinal bleeding. This study took a sample of 139 patients from the León Becerra Milagro Hospital who met the inclusion and exclusion criteria described below. The variables analyzed were sex, age group, occupation, marital status, socioeconomic status, educational level, associated diagnoses, and discharge status. The age group with the highest incidence was 49 to 65 years, at 34,53%, closely following the international trend of a median age for this diagnosis of 60 years. Various tables linking etiology to other variables are proposed, however, no statistical significance is obtained. It is suggested that this is an issue that requires greater attention and study in our region to achieve early diagnosis and treatment.

### **Keywords**

Upper gastrointestinal bleeding, variceal bleeding, non-variceal bleeding, gastritis, peptic ulcer, hematemesis, melena, endoscopy.

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta se define como un sangrado que ocurre entre la boca hasta el ángulo o ligamento de Treitz. Su incidencia varía entre 48 a 160 casos por cada 100,000 individuos. Entre los factores de riesgo más comunes de la HDA se encuentra el uso frecuente de anticoagulantes, dosis altas y frecuentes de AINES y/o pacientes mayores a 60 años. Las causas de la hemorragia digestiva alta abarcan desde sangrado por úlcera péptica, gastritis, esofagitis, sangrado variceal, síndrome de Mallory-Weiss y cáncer. (1,2)

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una de las emergencias médicas más comunes y potencialmente mortales que se presentan en los servicios de urgencias. Su manejo requiere una evaluación rápida y efectiva para prevenir complicaciones severas y reducir la mortalidad. (3,4)

La HDA variceal es un sangrado en el tracto gastrointestinal superior causado por la ruptura de várices esofágicas o gástricas. Estas várices son dilataciones venosas anormales que secundarias a la hipertensión portal, complicación frecuente en enfermedades hepáticas crónicas, como la cirrosis. (5)

Entre los signos y síntomas principales de la HDA se encuentra la hematemesis, el vómito de sangre roja rutilante o en borra/posos de café que generalmente es causada por una úlcera péptica, una lesión vascular o una várice esofágica. El vómito en borra de café se caracteriza por contenido con presencia de material marrón oscuro y granuloso, similar a los restos del café. Este tipo de vómito ocurre debido a una hemorragia del tracto digestivo alto que se ha ralentizado o detenido, lo que permite que el ácido gástrico desnaturalice la hemoglobina roja y la convierta en hematina. (5,6)

# CAPÍTULO I

## 1.1 Planteamiento del Problema

### 1.1.1 Formulación del Problema

Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en pacientes del Hospital León Becerra de Milagro en el periodo 2022 y 2025.

### 1.1.2 Pregunta de Investigación.

¿Existen diferencias significativas en los factores de riesgo y las complicaciones entre pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en los pacientes del Hospital León Becerra, en Milagro, durante el período de enero 2022 a abril 2025?

### 1.1.3 Justificación del Problema

Ante la falta de información (artículos científicos actualizados) que determinen la frecuencia de presentación de este cuadro patológico se hace necesario caracterizar los componentes de este cuadro sindrómico mediante el registro de variables universales que permitan establecer de mejor manera los probables factores de riesgo que predisponen esta patología con sus complicaciones y si existe o no una diferencia entre la HDA variceal y no variceal.

## 1.2 Objetivo

### 1.2.1 Objetivo General

Establecer la prevalencia de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital León Becerra, Milagro.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de la presentación de hemorragia digestiva alta por grupo

etario, sexo, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico y nivel de instrucción.

- Diferenciar la hemorragia digestiva alta de otras hemorragias en estructuras anatómicas circundantes desde el punto de vista clínico.
- Reconocer el agravamiento de los cuadros patológicos concomitantes (patologías que son consecuencia a o que dan como consecuencia de la HDA), edad, sexo, ocupación y nivel de instrucción.

### **1.3 Hipótesis**

H<sub>0</sub>: Los factores de riesgo y las complicaciones observadas en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no están asociados significativamente con la clasificación de la hemorragia como variceal o no variceal en los pacientes que ingresan al Hospital León Becerra en Milagro durante el período de enero 2022 a abril 2025 es igual a la prevalencia esperada en la población general o en estudios previos.

H<sub>1</sub>: Los factores de riesgo y las complicaciones observadas en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta están asociados significativamente con la clasificación de la hemorragia como variceal o no variceal en los pacientes que ingresan al Hospital León Becerra en Milagro durante el período de enero 2022 a abril 2025, presentando prevalencia distinta esperada en la población general o estudios previos

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Definición De Hemorragia Digestiva**

La hemorragia digestiva se define como un sangrado evidente u oculto, de estructuras superiores como el esófago, estómago y duodeno o bajas; como el colón e intestino, siendo uno de estos el origen de la hemorragia. Se clasifica en hemorragia digestiva superior e inferior, siendo la superior más frecuente que la inferior por lo que en la actualidad es una de las causas más comunes de ingresos hospitalarios. (7,8)

##### **2.1.1 Hemorragia Digestiva Superior**

La hemorragia digestiva alta es una entidad clínica frecuente y una de las principales emergencias gastroenterológicas, se caracteriza por sangrado a nivel del esófago, estomago o la primera porción del duodeno, siendo sus límites anatómicos el esfínter esofágico superior y el ligamento de treitz. (7)

El sangrado también puede proceder de estructuras contiguas que vierten el contenido hemorrágico en el tubo digestivo y puede manifestarse como hematemesis, ya sea de color rojo brillante o en posos de café, melena o hemoptisis. Los pacientes pueden presentar síntomas sistémicos secundarios a la pérdida de sangre, como ortostasis, síncope, fatiga y debilidad. (9,10).

#### **2.2 Etiología**

Según su etiología puede ser de origen variceal o no variceal y según el transcurso de tiempo en agudo o crónico.

Variceal: Varices esofágicas

No variceal: Úlcera péptica, esofagitis, desgarro de Mallory Weiss y cáncer. (tabla)

La hemorragia no variceal incluye a las úlceras esofágicas, gástricas y duodenales, erosiones gastroesofágicas, reflujo gastroesofágico entre otros. (7,11).

### **2.3 Úlcera péptica**

Considerada una de las principales causas de hemorragia digestiva superior. Es una lesión en la mucosa del tracto digestivo causada por el ácido peptídico y que en ausencia o disminución de la secreción de bicarbonato ocasiona rotura epitelial hasta la submucosa, generalmente localizada en el estómago o la porción proximal del duodeno.

La úlcera se genera cuando los factores endógenos como el ácido, la pepsina y la bilis o exógenos superan el mecanismo de defensa de la mucosa. Entre las principales causas están la colonización por *helicobacter pylori* y el uso de AINES.

La úlcera duodenal se relaciona a personas diagnosticadas con gastritis a causa de *helicobacter pylori* de predominio antral, dado por la reducción de somatostatina lo que conduce a un aumento de las células D y N, provocándose un incremento de gastrina lo que conlleva al aumento de secreción ácida en el intestino. Otras causas, menos comunes son el estrés psicológico y secreción excesiva de ácido (gastrinoma). (7)

La úlcera asociada al estrés es más frecuente en pacientes que se encuentran en la unidad

de cuidados intensivos, con ventilación mecánica a largo plazo y coagulopatía. Esto sucede debido a que el estrés crónico puede debilitar el sistema inmunitario, lo que permite el aumento del desarrollo de úlceras; también puede afectar al sistema nervioso autónomo y al eje hipotálamo hipofisario adrenal agravando la úlcera y la erosión de la mucosa gástrica.

Los pacientes con úlcera péptica pueden experimentar dolor epigástrico, habitualmente la úlcera gástrica provoca dolor en el epigastrio que aumenta con la ingesta de alimentos, náuseas, emesis, dolor abdominal postprandial y pérdida de peso, mientras que en la úlcera duodenal se generan síntomas como constante deseo de ingerir alimentos y dolor abdominal nocturno, el cual se asocia a la secreción gástrica, en caso de una perforación el paciente presenta dolor epigástrico y rigidez abdominal. (1,7). La úlcera péptica puede presentarse sin dolor, independientemente de la causa latente. (12,13)

## **2.4 Varices Esofágicas**

Segunda causa de sangrado digestivo superior o alto, son consideradas una complicación de la hipertensión portal, por lo que se debe sospechar en pacientes con antecedente patológico de cirrosis. Las varices esofágicas son venas agrandadas en el esófago y son consideradas complicaciones de la hipertensión portal, esto se define como la presencia de un gradiente de presión entre la vena porta y la vena cava  $>12$  mmHg y se da cuando se bloquea la circulación de la sangre, frecuentemente la causa es la presencia del tejido cicatricial que se forma en el hígado, por lo que el flujo sanguíneo retrocede y provoca aumento de la presión debido al incremento de la resistencia al flujo portal. Este tipo de hipertensión provoca que la sangre circule a través de las venas más pequeñas, como las que se encuentran en la porción inferior del esófago. Estas venas

de paredes delgadas se hinchan con el aumento de sangre y en ocasiones se rompen y causan sangrados. (12,14).

#### **2.4.1 Causas de Várices Esofágicas**

Las principales causas son las cicatrices graves en el hígado a lo que llamamos cirrosis que generalmente está dada por enfermedades como: hepatitis, hepatitis alcohólica, esteatosis hepática, colangitis biliar primaria y trombosis.

Aproximadamente la mitad de los pacientes con cirrosis desarrollan varices esofágicas debido al aumento de la presión hepática. La gravedad de la cirrosis se relaciona con la probabilidad de varices. (puntuación de Child-Pugh). (13)

#### **2.5 Esofagitis**

Representa aproximadamente el 10% de los casos de sangrado digestivo alto, las principales causas son la enfermedad de reflujo gastroesofágico y el consumo excesivo de alcohol. Otras causas de esofagitis asociada con hemorragia son la esofagitis infecciosa y la secundaria al consumo de fármacos. (15)

Una causa poco común es la isquemia la cual puede conducir a necrosis esofágica por lo que la hematemesis suele ser más frecuente que la melena en este caso. (12,14).

#### **2.6 Sx de Mallory Weiss**

Esta patología es la causante del 3 al 15% de los sangrados, se caracteriza por úlceras que no perforan la unión gastroesofágica y por el aumento de presiones en la cavidad abdominal y

gástrica.

Los factores de riesgo de esta enfermedad son el hipo, la tos, las convulsiones y los traumas torácicos. El consumo de bebidas alcohólicas es una de las causas y está presente en un 30-60% de los pacientes, seguido de la hernia hiatal con un 40-80%. Otra de las causas es la iatrogenia en la realización de procedimientos ecocardiográficos a nivel de la unión gastroesofágica. La mayoría de los pacientes presentan hematemesis indolora. (12).

## **2.7 Epidemiología**

La hemorragia digestiva superior es considerada una presentación clínica muy frecuente que implica hospitalización, es más común en la población masculina en relación con la femenina y su incidencia aumenta marcadamente con la edad; representa el 75% de todos los casos de hemorragia intestinal. La tasa incrementa en pacientes que consumen aspirina y antiinflamatorios no esteroideos, el riesgo parece relacionarse con la dosis, los calcio antagonistas que también tienen función antiagregante plaquetario pueden incrementar el riesgo de hemorragias y el *helicobacter pylori* que es común en la población también provoca recurrencia del sangrado. (9)

La hemorragia digestiva alta representa aproximadamente el 75% de todos los casos de hemorragia gastrointestinal aguda, la incidencia anual es de aproximadamente 80 a 150 por 10.000 habitantes con una tasa de mortalidad del 2% al 10%.

La causa principal es la úlcera péptica con una incidencia del 50% al 60%, seguido por el sangrado variceal en un 4 a 16%. La hospitalización por úlcera péptica ha disminuido en un 30%.

(9)

La tasa de mortalidad de la hemorragia digestiva superior es de 1.9% (11).

## **2.8 Factores de Riesgo**

Es más común en hombres y adultos > 60 años, el uso de AINES es uno de los principales factores de riesgo debido a que debilitan los mecanismos protectores de la mucosa intestinal, seguido de la infección por helicobacter pylori. Estos factores contribuyen al desarrollo de úlceras pépticas y otras lesiones gastrointestinales que pueden provocar hemorragias.

También las comorbilidades subyacentes tales como cirrosis, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedades cardiovasculares, EPOC y el uso de anticoagulantes, la terapia con antiagregantes plaquetarios duales aumenta significativamente el riesgo de contraer hemorragia digestiva alta y el uso concomitante de estos aumenta el riesgo al doble. El tabaquismo y el consumo de alcohol son otros de los factores de riesgo notables.

## **2.9 Manifestaciones Clínicas**

### Hematemesis y Melena

- Hematemesis: es la presencia de sangre en el vómito, una forma común de presentación. Puede ser roja rutilante o en borra de café, lo que es indicativo de que la sangre ha estado en el estómago durante algún tiempo.

- Melena: deposiciones negruzcas y alquitranadas, es el resultado de la digestión de la sangre en todo el tracto gastrointestinal.

### Hematoquecia

Es menos frecuente y se define como el paso de sangre fresca por el recto, en raras ocasiones puede ocurrir en casos de hemorragia masiva del tracto gastrointestinal superior. Este

signo se asocia principalmente con una hemorragia gastrointestinal baja y se puede observar cuando la hemorragia es rápida e intensa.

#### Síntomas de pérdida de sangre

Los pacientes pueden presentar síntomas secundarios a la pérdida de sangre, como fatiga, debilidad, mareos y síncope. Estos síntomas son indicativos de una pérdida significativa de sangre.

#### Dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica

La exploración física puede indicar signos de inestabilidad hemodinámica, como hipotensión y taquicardia.

### **2.10 Diagnóstico y Manejo**

La evaluación inicial comprende anamnesis, exploración física (incluyendo tacto rectal) y lavado nasogástrico para confirmar o descartar si el origen del sangrado se encuentra a nivel superior.

Al realizar el interrogatorio se debe valorar las posibles causas, tal es el caso del sangrado por úlcera péptica como principal causa de hemorragia digestiva alta, por lo que al interrogatorio se le debe hacer énfasis al paciente sobre la medicación que consume habitualmente y si esta incluye el uso de ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios no esteroideos. Continuando con los antecedentes y si es caso de padecer alguna hepatopatía, se considerará una hipertensión portal. También se toma en consideración los hábitos por lo que el consumo excesivo de alcohol o antecedentes de vómitos a repetición, inclinan a un desgarro de Mallory Weiss. La presencia de una sonda nasogástrica crónica y el antecedente de enfermedad por reflujo gastroesofágico genera

la sospecha de una esofagitis erosiva grave. (14)

Seguido de exámenes de laboratorio que deben incluir biometría completa, para evaluar hemoglobina, hematocrito y plaquetas. También se debe enviar bioquímica sanguínea, para corroborar los valores de nitrógeno ureico y creatinina elevada. Además, se debe realizar perfil de coagulación, sobre todo en pacientes que padecen disfunción hepática por lo que reciben tratamiento con anticoagulantes. (7)

### **Clasificación de Forrest**

Determina las características de las úlceras gastrointestinales, las clasifica en 6 grupos dependiendo la gravedad de la hemorragia en base a los hallazgos imagenológicos y estipula el riesgo de sangrado y mortalidad. (16)

Un 90% de los pacientes que se encuentran en la clasificación IA suelen presentar recidivas en sangrados, sin embargo, los pacientes clasificados en III solo el 5% la presentan. A partir de esta clasificación pueden darse alternativas clínicas para el manejo terapéutico. (7,12)

### **Reversión de Anticoagulación**

En pacientes que están bajo tratamiento con anticoagulantes y son ingresados por hemorragia digestiva, es necesario revertir la anticoagulación de manera oportuna. El uso de plasma, concentrados de protrombina, crioprecipitados, liofilizado y factor VII deben usarse según los protocolos. (17)

En el caso de hemorragias leves basta con la discontinuación del anticoagulante, pero si la hemorragia arriesga la vida del paciente debe realizarse la reversión usando el medio más efectivo y disponible al momento. (6,9)

## **Inhibidores de Bomba de Protones**

Los antagonistas de la bomba sodio potasio ATPasa de las células parietales gástricas, fueron desarrollados inicialmente para tratar enfermedad ulcerosa péptica. En la actualidad se recomienda iniciar tratamientos en todos los pacientes con hemorragia digestiva alta, independientemente de la etiología sospechada debido a que bloquean la producción de ácido péptico y estabilizan la formación de coágulos lo que favorece la cicatrización.

En pacientes con sangrados se debe administrar un bolo de 80 mg de IBP seguido de una infusión continua de 8 mg/h o una dosis intermitente de 40 mg de 2 a 4 veces al día. Si en la endoscopia se confirma que el sangrado está precedido por una úlcera con características de bajo riesgo se puede continuar con una dosis diaria oral para el tratamiento de la úlcera, mientras que si es de alto riesgo se debe administrar IBP durante 72 horas luego de lograr la hemostasia endoscópica. Luego de las 72 horas de terapia los pacientes pueden continuar la medicación vía oral dos veces al día por 14 días e ir reduciendo a una dosis diaria para culminar con el tratamiento.

(2)

En caso de que la causa no sea una úlcera, suspender.

## **Análogos de la Somatostatina**

La función del octreotide es la disminución del flujo sanguíneo esplácnico por contra regulación de hormonas gástricas, la disminución de la presión portal y por consiguiente la disminución del sangrado en el caso de varices esofágicas y gástricas. Este fármaco puede ser usado junto con la endoscopia y dar como resultado mayor hemostasia, lo que podría ayudar a menor necesidad de reintervención o productos sanguíneos. (18)

El octreotide se administra como un bolo intravenoso de 50 µg, seguido de una infusión

continua de 25 a 50  $\mu\text{g/hora}$ .

### **Taponamiento con Balón y Stent Esofágico**

Consiste en un balón esofágico y otro gástrico, con la capacidad teórica de comprimir varices sangrantes a nivel de esófago distal, unión gastroesofágica y porción paraesofágica de los cardias. Está indicada como medida puente antes de la endoscopia o TIPS, cuando la EDA no puede realizarse de forma inmediata y la hemorragia condiciona la inestabilidad hemodinámica del paciente a pesar de otras medidas. (5)

#### Manejo pre endoscópico

Se requiere una evaluación inmediata para establecer la severidad de la hemorragia. Se valora la vía aérea, la circulación, la historia clínica y el examen físico.

Se debe analizar la morbilidad y el riesgo de presentar resangrado para poder establecer el tratamiento, ante esto se puede aplicar la escala de Rockall y Glasgow-Blatchford.

La escala de Glasgow-Blatchford tiene como variables a: el valor del nitrógeno ureico (BUN) en la sangre, la hemoglobina, la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la presencia de melena o síncope, antecedentes de enfermedad hepática o insuficiencia cardiaca. Se recomienda que los pacientes con SGB  $\leq 1$  pueden ser tratados ambulatorio, con una sensibilidad del 99% y una especificidad del 35 – 40%.

La escala de Rockall se usa previamente o posterior a la endoscopia, esta escala toma en cuenta 5 variables; edad, shock, comorbilidad, diagnóstico y presencia de hemorragias recientes para cada variable da una puntuación de 0 a 3, si la puntuación es  $< 2$  el riesgo de sangrado es de un 4% y la mortalidad de  $< 0.1\%$ , si la puntuación es  $> 5$  el riesgo de sangrado es de  $> 24\%$  y la mortalidad  $> 11\%$ , una puntuación  $> 8$  tiene un alto riesgo de muerte.

La diferencia entre la escala de Glasgow-Blatchford es que identifica pacientes con menor

riesgo y que pueden ser tratados de manera ambulatoria, mientras que la escala de Rockall predice de manera más confiable la mortalidad. (12,19)

### **Manejo médico**

Radica en la realización de una endoscopia acompañado de la administración de fármacos que disminuyen el riesgo de resangrado o la mortalidad, como los inhibidores de la bomba de protones los cuales favorecen la Re-epitelización de la mucosa gástrica, procinéticos, antibióticos de amplio espectro, betabloqueantes y ácido tranexámico, todos estos ayudan reduciendo el riesgo de resangrado y con esto la mortalidad siempre que el sangrado no sea variceal.

### **Endoscopia**

Es considerado el estándar de oro para identificar la etiología y el posible tratamiento de la hemorragia digestiva alta en un 95% de los casos, además de diagnosticar la causa ayuda a describir el tipo, la localización y cuantas lesiones existen.

Tiene una sensibilidad aproximada del 98% y una especificidad que varía considerablemente del 30 al 100%. Su uso dentro de las primeras 24 horas genera mejores resultados en cuanto a la mortalidad, estancia hospitalaria y recidiva.

Debe realizarse 24 horas después del sangrado en los pacientes que no tienen diagnóstico confirmado para disminuir el tiempo de hospitalización, resangrado y considerar una intervención quirúrgica.

También puede realizarse en las primeras 12 horas en pacientes que pese a que se le realiza reposición de líquidos persisten con inestabilidad hemodinámica ya que otra de sus funciones es retirar hematomas y hallar lesiones relacionadas con el cuadro clínico.

Posee una sensibilidad del 92 al 98% y una especificidad que varía del 30 al 100%. Se debe

considerar que este procedimiento puede presentar complicaciones como perforaciones del tubo digestivo, aspiración y aumento de sangrado durante el procedimiento.

La ESGE recomienda tres modos de realizar la terapia endoscópica

- Inyección de epinefrina, agentes esclerosantes y fibrina, ya que se ha demostrado que hay una disminución en la recidiva del sangrado cuando la epinefrina se utiliza concomitante a otro agente, pero no ha disminuido la mortalidad en comparación con la monoterapia con epinefrina.

- La terapia térmica por electrocoagulación ha evidenciado ser efectiva al momento de alcanzar la hemostasia primaria, reducir el sangrado, la urgencia de la cirugía y la mortalidad.

- El procedimiento con uso de clips también ha demostrado reducir su recidiva, sin embargo, por su naturaleza mecánica no mejora la hemostasia.

En pacientes que se encuentran con hemorragia activa, la Asociación Europea recomienda combinar la inyección de epinefrina con terapia térmica, mecánica o inyección de un agente esclerosante.

El tratamiento quirúrgico es poco frecuente y únicamente se usa cuando no se logra controlar el sangrado en al menos dos intentos por endoscopia, cuando falla el manejo endovascular por radiología y cuando el sangrado es masivo lo que impide la estabilidad hemodinámica. (11).

### **Manejo Post Endoscópico**

Consta en cuidados que se deben realizar posterior a la endoscopia, la principal razón por la que se lo debe aplicar es para evitar la recurrencia de hemorragia, mientras se recupera la lesión y la recurrencia a largo plazo de sangrado. En el caso de pacientes con helicobacter pylori se debe enviar tratamiento ya que su erradicación ayuda a la prevención de recidivas. (12,20).

### **Angiografía por tomografía computarizada**

Permite observar el contraste entre la mucosa intestinal y el material de contenido hemorrágico cuando este es mayor a 0,5 ml/min. Tiene una sensibilidad y especificidad del 86 y 95% y se utiliza cuando la endoscopia no localiza el origen del sangrado.

Es un método mínimamente invasivo con la capacidad de diagnosticar neoplasias y demostrar la existencia de sangrados activos o recientes. Es un método que usa contraste por lo que no debería evitarse en pacientes con nefropatía.

### **Angiografía por Catéter**

Es utilizado de preferencia en sangrado digestivo inferior que superior, sin embargo, tiene utilidad en ambos, posee una especificidad del 100% y una sensibilidad entre el 42% y 86%, la hemorragia debe ser de 0,5 a 1,5 ml/min para que este método detecte el sangrado.

Se recomienda este procedimiento en pacientes con sangrados y en los que la endoscopia no haya sido efectiva. Una de sus ventajas es que es un método de diagnóstico y terapéutico, ya se pueden ingresar medicamentos vasoconstrictores o hacer embolización. Un 10% de los pacientes pueden generar algunas complicaciones como hematomas, pseudoaneurismas y disminución del flujo sanguíneo intestinal. (7,16)

Indicadores quirúrgicos.

- Tratamiento endoscópico fallido
- Contraindicación de tratamiento endoscópico o imposibilidad de realizarlo
- Re sangrados sin control de hemostasia. (7)

## Clasificación Forrest

Clasificación Forrest	Característica principal
IA	Hemorragia pulsátil.
IB	Hemorragia en napa.
IIA	Lesión con vaso visible.
IIB	Lesión con coágulo.
IIC	Mácula plana.
III	Fondo limpio.

(7)

## Índice de Rockall

Variable	Calificación			
	0	1	2	3
Edad	<60	60 – 79	>80	
Shock	Sin Shock	Pulsaciones >100 Presión arterial sistólica >100mmHg	Presión arterial sistólica <100mmHg	
Comorbilidad	Ninguna mayor		Falla cardíaca, enfermedad coronaria u otra comorbilidad mayor.	Falla renal, falla hepática o cáncer metastásico.
Diagnóstico endoscópico	Mallory-Weiss	Otro diagnóstico.	Malignidad gastrointestinal.	
Evidencia de sangrado	Ninguno		Sangre visible, coágulo adherente o vaso pulsátil.	

(7)

Escala de Glasgow Blatchford

<b>Variable.</b>	<b>Puntaje</b>
<b>Úrea (mmol/L)</b>	
6,5 – 7,9	2
8 – 9,9	3
10 – 24,9	4
> 25	6
<b>Hemoglobina (g/dL) hombres.</b>	
12 – 12,9	1
10 – 11,9	3
< 10	6
<b>Hemoglobina (g/dL) mujeres.</b>	
10 – 11,9	1
< 10	6
<b>Tensión arterial sistólica (mmHg).</b>	
100 – 109	1
90 – 99	2
< 90	3
<b>Pulso (Lat/min)</b>	
$\geq 100$	1
<b>Presentación clínica y comorbilidad</b>	
Presentación con melena	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática	2
Insuficiencia cardíaca	2

(7)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Metodología del Estudio**

La metodología de esta tesis sobre hemorragia digestiva alta es cuantitativa. Dicho enfoque se decide porque permite investigar sistemáticamente las relaciones entre diversos factores de riesgo y la incidencia de la HDA al evaluar variables de distintas categorías.

El diseño de investigación de esta tesis se trata de un estudio de carácter observacional, quiere decir sin contacto directo con los pacientes, transversal, en un periodo específico y determinado de tiempo, descriptivo y analítico ya que emplea técnicas de descripción y relación a la muestra, y retrospectivo porque se basa en el análisis de datos de historias clínicas ya registradas en atenciones anteriores.

#### **3.2 Población de Estudio**

La población del estudio corresponde a pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva que hayan sido atendidos en el servicio de gastroenterología o de emergencia del hospital León Becerra Camacho, Milagro durante el periodo enero 2022 hasta abril 2025. Teniendo en cuenta más adelante los criterios de inclusión y exclusión obtenemos una muestra de 139 pacientes.

#### **3.3 Criterios de Inclusión**

Pacientes mayores a 14 años y 11 meses de edad.

Pacientes con antecedentes de patologías digestivas.

Pacientes con enfermedades crónicas que requieran el uso diario de fármacos.

### **3.4 Criterios de Exclusión:**

Pacientes que al momento de ser registrados sus datos cursen con otros cuadros patológicos, entre ellos, cáncer

Pacientes que ya fallecieron.

Pacientes que se les dio el alta antes de enero 2022.

Pacientes que continúan ingresados luego de abril 2025.

### **3.5 Método de Recogida de Datos:**

En el estudio de la prevalencia, factores de riesgo y complicaciones de la HDA se utilizó como recolección de datos las historias clínicas ya guardadas en el sistema del Hospital León Becerra Camacho de Milagro dentro del periodo enero 2022 a abril 2025 que cumplan los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos.

### **3.6 Estrategia de Análisis Estadístico**

Para el análisis estadístico se emplea como programa de base de datos Microsoft Excel y Epiinfo versión 2.2 para Windows. Con estos programas se realiza una matriz con cada variable ya antes mencionada.

Una vez completada la información de la base de datos obtenida por autorización de la institución se procede a depurar y filtrar pacientes que no cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Estos datos serán procesados y estadificados mediante Epiinfo versión 2.2 para Windows, resumiendo la distribución, frecuencia, porcentajes, medias y desviación estándar. Todos los resultados serán presentados en tablas y gráficos para su mayor comprensión e interpretación.

### 3.7. Variables

<b>Nombre Variables</b>	<b>Definición de la variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Resultado</b>
<b>Hemorragia digestiva alta</b>	Sangrado que ocurre en el tracto digestivo, desde la boca hasta el ángulo de Treitz	Cualitativa nominal	- Variceal - No variceal
<b>Sexo</b>	Condición orgánica de un ser vivo por la cual este es masculino o femenino	Cualitativa nominal	- Masculino/hombre - Femenino/mujer
<b>Edad</b>	Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	Cuantitativa continua	15 a 31 32 a 48 49 a 65 66 a 83 MayorA83
<b>Ocupación</b>	Tipo de actividad o trabajo que realiza una persona de manera habitual para ganarse la vida.	Cualitativa nominal	Comerciante, Otro, Ama de casa, No declara.
<b>Estado civil</b>	Estado jurídico de persona en relación con la filiación o matrimonio que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Cualitativa nominal	- Soltero - Casado - Viudo
<b>Nivel socioeconómico</b>	Indicador que clasifica a las personas o grupos en función de varios factores (ingresos y acceso a servicios) relacionados con su posición económica y social en la sociedad.	Cualitativa ordinal	- A - B - C + - C - - D
<b>Nivel de instrucción</b>	Grado máximo de educación formal que una persona ha completado. Esta variable indica el nivel educativo alcanzado por un individuo	Cualitativa ordinal	- Primaria - Secundaria - Ninguna
<b>Diagnósticos asociados</b>	Diagnósticos que están relacionados o influyen en el fenómeno o problema que se estudia.	Cualitativa nominal	Úlcera duodenal, gastritis crónica
<b>Condición de egreso</b>	Condición del paciente al egresar del establecimiento o unidad de salud.	Cualitativa nominal	- Fallece. - Sobrevive.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Resultados Descriptivos

**Tabla 1.** Etiología de la Hemorragia Digestiva en el Servicio de Gastroenterología durante los años 2022-2024

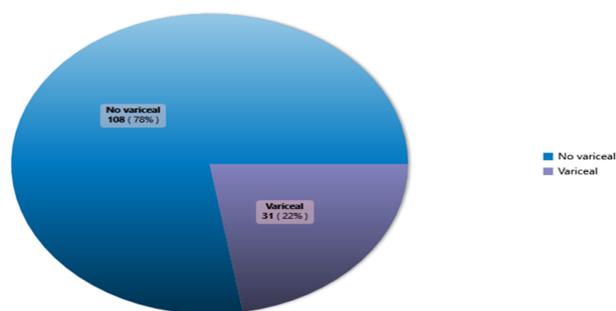
Etiología	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Exact 95% LCL	Exact 95% LCL
No variceal	108	77,70%	77,70%	69,86%	84,32%
Variceal	31	22,30%	100,00%	15,68%	30,14%
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>		

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

Se observó que la dentro de la Hemorragia Digestiva Alta (HDA), la etiología no variceal fue predominante (77,7%) (IC 69,86 – 84,32) versus la variceal (22,3%) (IC 15,68 – 30,14%).

**Gráfico 1.** Etiología de la Hemorragia Digestiva en el Servicio de Gastroenterología durante los años 2022-2024



*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

Se observó que dentro de la Hemorragia Digestiva Alta (HDA), la etiología no variceal fue predominante (78%) versus la variceal (22%).

**Tabla 2.** Diagnósticos asociados de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el periodo enero 2022 - abril 2024

<b>Diagnósticos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Cum.</b>	<b>Exact 95% LCL</b>	<b>Exact 95% LCL</b>
<b>Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación</b>	2	1,44%	1,44%	0,17%	5,10%
<b>Constipación</b>	14	10,07%	11,51%	5,62%	16,32%
<b>Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis</b>	18	12,95%	24,46%	7,86%	19,69%
<b>Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis, Gastritis crónica superficial</b>	1	0,72%	25,18%	0,02%	3,94%
<b>Enfermedad diverticular del intestino grueso sin perforación ni absceso</b>	1	0,72%	25,90%	0,02%	3,94%
<b>Gastritis crónica superficial</b>	41	29,50%	55,40%	22,07%	37,82%
<b>Gastritis crónica superficial, Hemorroides de primer grado, Enfermedad diverticular del intestino grueso sin perforación ni absceso</b>	1	0,72%	56,12%	0,02%	3,94%
<b>Helicobacter pylori [Pylori] como la causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos</b>	9	6,47%	62,59%	3,00%	11,94%
<b>Hemorroides de primer grado</b>	1	0,72%	63,31%	0,02%	3,94%
<b>Otras cirrosis del hígado y las no especificadas</b>	2	1,44%	64,75%	0,17%	5,10%
<b>Úlcera duodenal, aguda con hemorragia</b>	20	14,39%	79,14%	9,02%	21,34%
<b>Varices esofágicas con hemorragia</b>	2	1,44%	80,58%	0,17%	5,10%
<b>Varices esofágicas y gástricas con hemorragia</b>	1	0,72%	81,29%	0,02%	3,94%
<b>Varices gástricas</b>	26	18,71%	100,00%	12,60%	26,19%
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>		

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

Dentro de los diagnósticos asociados de los pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024, se encontraron con mayor frecuencia la Gastritis crónica (29,50%) seguido de las Várices gástricas (18,71%) y Úlcera duodenal aguda con hemorragia (14,39%)

**Tabla 3.** Grupos etarios de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024

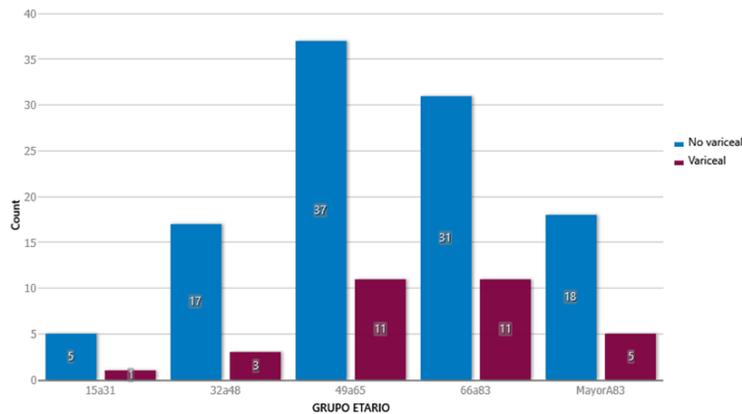
Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Exact 95% LCL	Exact 95% LCL
15a31	6	4,32%	4,32%	1,60%	9,16%
32a48	20	14,39%	18,71%	9,02%	21,34%
49a65	48	34,53%	53,24%	26,68%	43,06%
66a83	42	30,22%	83,45%	22,72%	38,57%
MayorA83	23	16,55%	100,00%	10,79%	23,79%
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>		

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

El grupo etario más predominantemente afectado, corresponde al de 49 a 65 años (34,53%), y el menos afectado el de 15 a 31 años de edad (4,32%).

**Gráfico 2.** Grupos etarios de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024.



*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

Al comparar gráficamente grupos etarios dentro de etiología de HDA, se observa que la No Variceal mantiene la tendencia de 49 a 65 años versus la Variceal que demuestra una distribución similar desde los 49 hasta los 83 años.

**Tabla 4.** Nivel de instrucción de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024

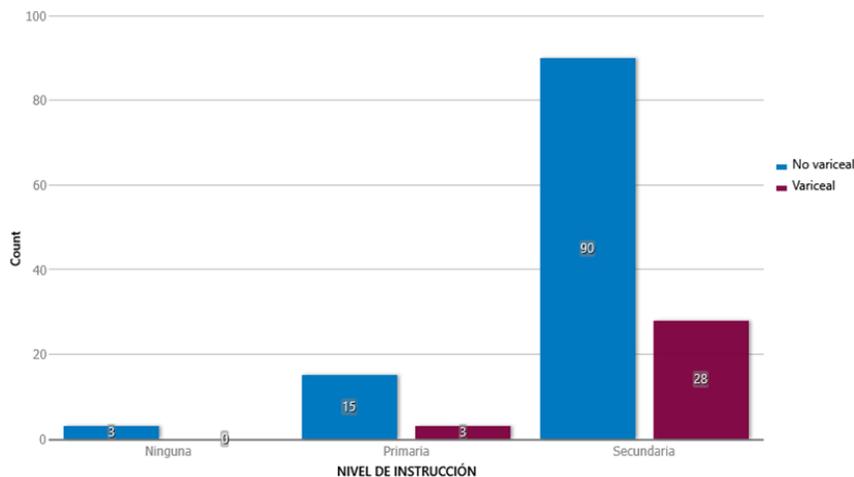
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Exact 95% LCL	Exact 95% LCL
<b>Ninguna</b>	3	2,16%	2,16%	0,45%	6,18%
<b>Primaria</b>	18	12,95%	15,11%	7,86%	19,69%
<b>Secundaria</b>	118	84,89%	100,00%	77,84%	90,40%
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>		

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

La mayor parte de la población corresponde a un nivel de instrucción de secundaria (84,89%) seguido de la primaria (12,95%). No se observaron profesionales de educación superior.

**Gráfico 3.** Nivel de instrucción de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 - 2024



*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

Al comparar el nivel de instrucción dentro de la etiología de la HDA, se mantiene predominancia de Secundaria, independientemente de su origen Variceal o No Variceal.

**Tabla 5.** Sexo de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024.

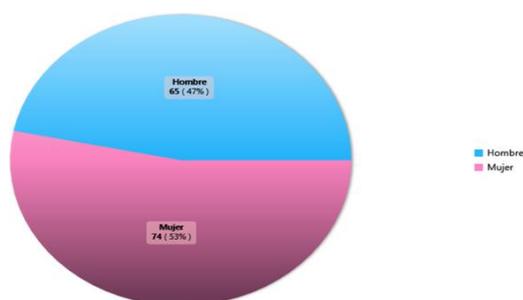
SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Exact 95% LCL	Exact 95% LCL
Hombre	65	46,76%	46,76%	38,26%	55,41%
Mujer	74	53,24%	100,00%	44,59%	61,74%
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>		

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

La población presentó una distribución casi similar en relación al sexo, con ligera predominancia al sexo femenino (53,24%) frente al masculino (45,76%).

**Gráfico 4.** Sexo de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 - 2024



*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

La población presentó una distribución casi similar en relación al sexo, con ligera predominancia al sexo femenino (53,24%) frente al masculino (45,76%).

**Tabla 6.** Estrato socioeconómico de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024

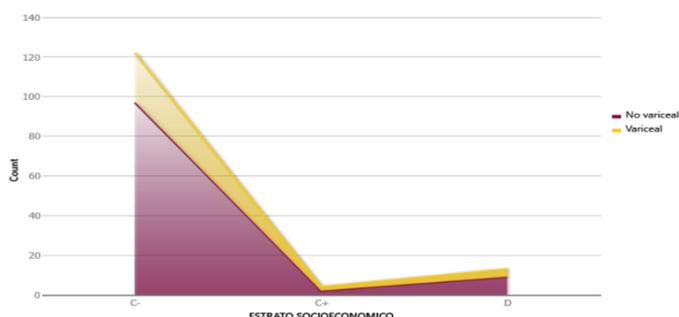
ESTRATO SOCIOECONOMICO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Exact 95% LCL	Exact 95% LCL
C- (Media baja)	122	87,77%	87,77%	81,14%	92,71%
C+ (Media alta)	4	2,88%	90,65%	0,79%	7,20%
D (Baja)	13	9,35%	100,00%	5,07%	15,46%
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>		

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

La población predominantemente corresponde a pacientes de clases sociales medias-bajas (87,77%), con apenas una ligera parte perteneciendo a clases sociales medias-altas (2,88%).

**Gráfico 5.** Estrato socioeconómico de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 - 2024



*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

CANTÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Exact 95% LCL	Exact 95% LCL
ALFREDO BAQUERIZO MORENO	2	1,44%	1,44%	0,17%	5,10%
BABAHOYO	2	1,44%	2,88%	0,17%	5,10%
COLTA	1	0,72%	3,60%	0,02%	3,94%
CORONEL MARCELINO MARIDUEÑA	1	0,72%	4,32%	0,02%	3,94%
DAULE	1	0,72%	5,04%	0,02%	3,94%
DURAN	1	0,72%	5,76%	0,02%	3,94%
GENERAL ANTONIO ELIZALDE	1	0,72%	6,47%	0,02%	3,94%
GUAYAQUIL	2	1,44%	7,91%	0,17%	5,10%
MILAGRO	107	76,98%	84,89%	69,08%	83,69%
MOCACHE	1	0,72%	85,61%	0,02%	3,94%
NARANJAL	1	0,72%	86,33%	0,02%	3,94%
NARANJITO	2	1,44%	87,77%	0,17%	5,10%
SALITRE	1	0,72%	88,49%	0,02%	3,94%

<b>SAN JACINTO DE YAGUACHI</b>	12	8,63%	97,12%	4,54%	14,59%
<b>SIMON BOLIVAR</b>	3	2,16%	99,28%	0,45%	6,18%
<b>URDANETA</b>	1	0,72%	100,00%	0,02%	3,94%
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>		

Se observa que, independientemente del tipo de estrato socioeconómico, tanto la etiología de HDA Variceal y No Variceal fueron más frecuentes en clases medias bajas.

**Tabla 7.** Cantón de procedencia de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 - 2024

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

Según el lugar de procedencia, el cantón donde predominó la población fue Milagro (76,98%) seguido por San Jacinto de Yaguachi (8,63%).

**Tabla 8.** Condición de egreso de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024.

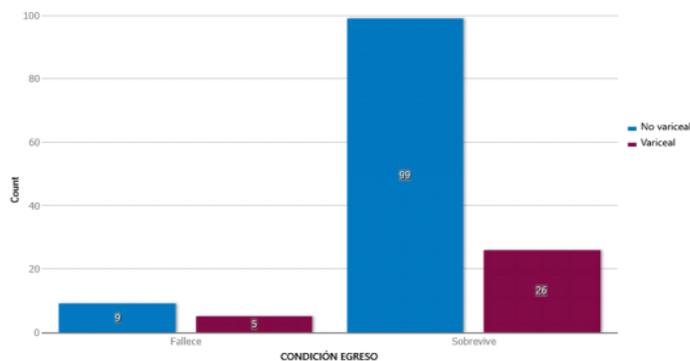
CONDICIÓN EGRESO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Exact 95% LCL	Exact 95% LCL
Fallece	14	10,07%	10,07%	5,62%	16,32%
Sobrevive	125	89,93%	100,00%	83,68%	94,38%
Total	139	100,00%	100,00%		

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

Dentro del análisis de Condición de egreso, se observó que el 89,93% sobrevivió versus el 10,07% que falleció.

**Gráfico 6.** Condición de egreso de pacientes con Hemorragia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología durante el 2022 – 2024



*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

**Fuente:** Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.

Al realizar un subanálisis, de la condición de egreso según etiología de HDA, se observó similitud dentro de las tendencias, sin mayor diferencia.

**Tabla 9.** Relación Edad – Etiología de HDA

	No variceal	Variceal	Total
15a31	5	1	6
	83,33%	16,67%	100,00%
	4,63%	3,23%	4,32%
32a48	17	3	20
	85,00%	15,00%	100,00%
	15,74%	9,68%	14,39%
49a65	37	11	48
	77,08%	22,92%	100,00%
	34,26%	35,48%	34,53%
66a83	31	11	42
	73,81%	26,19%	100,00%
	28,70%	35,48%	30,22%
MayorA83	18	5	23
	78,26%	21,74%	100,00%
	16,67%	16,13%	16,55%
Total	108	31	139
	77,70%	22,30%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%
Chi-square	df	Probability	
1,1065	4	0,8932	
Fisher's Exact		0,9266	

**Elaborado por:** Rodríguez & Coba, 2025.

**Fuente:** Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.

Al analizar la relación del grupo etario con la etiología de HDA, no se observó significancia estadística ( $p$  value: 0,8932).

**Tabla 10.** Relación Sexo – Etiología de HDA

SEXO	ETIOLOGÍA DE HDA		
	No variceal	Variceal	
Hombre	52	13	65
Row %	80,00%	20,00%	100,00%
Col %	48,15%	41,94%	46,76%
Mujer	56	18	74
Row %	75,68%	24,32%	100,00%
Col %	51,85%	58,06%	53,24%
Total	108	31	139
Row %	77,70%	22,30%	100,00%
Col %	100,00%	100,00%	100,00%

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,2857	0,5736	2,8818 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,2834	0,5703	2,9380 (M)
		0,5337	3,1565 (F)
PARAMETERS: Risk-based			
Risk Ratio (RR)	1,0571	0,8853	1,2623 (T)
Risk Difference (RD%)	4,3243	-9,4642	18,1128 (T)

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

Al estudiar la relación entre sexo y etiología de HDA, aparentemente se observó asociación como factor de riesgo (OR: 1,28 (IC 0,57 – 2,8818); sin embargo, dentro de la amplitud del intervalo de confianza, dicha asociación no se considera significativa (p value: 0,5337).

**Tabla 11.** Relación Estrato Socioeconómico – Etiología de HDA

	No variceal	Variceal	Total
C-	97	25	122
	79,51%	20,49%	100,00%
	89,81%	80,65%	87,77%

C+	2	2	4
	50,00%	50,00%	100,00%
	1,85%	6,45%	2,88%
D	9	4	13
	69,23%	30,77%	100,00%
	8,33%	12,90%	9,35%
Total	108	31	139
	77,70%	22,30%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%
Chi-square	df	Probability	
2,5395	2	0,2809	
Fisher's Exact		0,178	

**Elaborado por:** Rodríguez & Coba, 2025.

**Fuente:** Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.

No se observó asociación en la relación estrato socioeconómico y etiología de HDA (p value: 0,2809).

**Tabla 12.** Relación Estado Civil – Etiología de HDA

	No variceal	Variceal	Total
Casado/a	12	4	16
	75,00%	25,00%	100,00%
	11,11%	12,90%	11,51%
Soltero/a	93	25	118
	78,81%	21,19%	100,00%
	86,11%	80,65%	84,89%
Viudo/a	3	2	5
	60,00%	40,00%	100,00%
	2,78%	6,45%	3,60%
Total	108	31	139
	77,70%	22,30%	100,00%

	100,00%	100,00%	100,00%
Chi-square	df	Probability	
1,0557	2	0,5899	
Fisher's Exact		0,4775	

Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.

Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.

No se observó asociación en la relación estado civil y etiología de HDA. (p value: 0,5899).

**Tabla 13.** Relación Edad – Condición de Egreso

CONDICIÓN EGRESO			
	Fallece	Sobrevive	Total
15a31	0	6	6
	0,00%	100,00%	100,00%
	0,00%	4,80%	4,32%
32a48	0	20	20
	0,00%	100,00%	100,00%
	0,00%	16,00%	14,39%
49a65	6	42	48
	12,50%	87,50%	100,00%
	42,86%	33,60%	34,53%
66a83	6	36	42
	14,29%	85,71%	100,00%
	42,86%	28,80%	30,22%
MayorA83	2	21	23
	8,70%	91,30%	100,00%
	14,29%	16,80%	16,55%
Total	14	125	139
	10,07%	89,93%	100,00%

	100,00%	100,00%	100,00%
Chi-square	Df	Probability	
4,0959	4	0,3932	
Fisher's Exact		0,4697	

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

No se observó asociación en la relación edad – condición de egreso (p value: 0,3932).

**Tabla 14.** Relación Sexo – Condición de Egreso

SEXO	CONDICIÓN EGRESO		
	Fallece	Sobrevive	
Hombre	6	59	65
Row %	9,23%	90,77%	100,00%
Col %	42,86%	47,20%	46,76%
Mujer	8	66	74
Row %	10,81%	89,19%	100,00%
Col %	57,14%	52,80%	53,24%
Total	14	125	139
Row %	10,07%	89,93%	100,00%
Col %	100,00%	100,00%	100,00%

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
<b>PARAMETERS: Odds-based</b>			
Odds Ratio (cross product)	0,839	0,275	2,5592 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,84	0,2584	2,6189 (M)
		0,2261	2,9456 (F)
<b>PARAMETERS: Risk-based</b>			
Risk Ratio (RR)	0,8538	0,3126	2,3320 (T)
Risk Difference (RD%)	-1,58	-11,5588	8,3987 (T)

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

No se observó asociación en la relación sexo – condición de egreso (OR 0,839 IC 0,275 – 2,5592) (p value: 0,2261).

**Tabla 15.** Relación Estrato Socioeconómico – Condición de Egreso

	<b>Fallece</b>	<b>Sobrevive</b>	<b>Total</b>
<b>C-</b>	13	109	<b>122</b>
	10,66%	89,34%	<b>100,00%</b>
	92,86%	87,20%	<b>87,77%</b>
<b>C+</b>	1	3	<b>4</b>
	25,00%	75,00%	<b>100,00%</b>
	7,14%	2,40%	<b>2,88%</b>
<b>D</b>	0	13	<b>13</b>
	0,00%	100,00%	<b>100,00%</b>
	0,00%	10,40%	<b>9,35%</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>125</b>	<b>139</b>
	<b>10,07%</b>	<b>89,93%</b>	<b>100,00%</b>
	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Chi-square</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>	
<b>2,486</b>	2	0,2885	
<b>Fisher's Exact</b>		0,3223	

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

No se observó asociación en la relación estrato socioeconómico – condición de egreso (**p value:** 0,2885).

**Tabla 16.** Relación Estado Civil – Condición de Egreso

	<b>Fallece</b>	<b>Sobrevive</b>	<b>Total</b>
<b>Casado/a</b>	1	15	<b>16</b>
	6,25%	93,75%	<b>100,00%</b>
	7,14%	12,00%	<b>11,51%</b>
<b>Soltero/a</b>	12	106	<b>118</b>
	10,17%	89,83%	<b>100,00%</b>
	85,71%	84,80%	<b>84,89%</b>

<b>Viudo/a</b>	1	4	5
	20,00%	80,00%	<b>100,00%</b>
	7,14%	3,20%	<b>3,60%</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>125</b>	<b>139</b>
	<b>10,07%</b>	<b>89,93%</b>	<b>100,00%</b>
	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>Chi-square</b>	<b>df</b>	<b>Probability</b>	
<b>0,8034</b>	2	0,6692	
<b>Fisher's Exact</b>		0,6353	

*Elaborado por: Rodríguez & Caba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

No se observó asociación en la relación estado civil – condición de egreso (**p value: 0,6692**).

**Tabla 17.** Relación Etiología de HDA – Condición Egreso

	CONDICIÓN EGRESO		
	Fallece	Sobrevive	
<b>ETIOLOGÍA DE HDA</b>			
<b>No variceal</b>	9	99	108
<b>Row %</b>	8,33%	91,67%	100,00%
<b>Col %</b>	64,29%	79,20%	77,70%
<b>Variceal</b>	5	26	31
<b>Row %</b>	16,13%	83,87%	100,00%
<b>Col %</b>	35,71%	20,80%	22,30%
<b>Total</b>	14	125	139
<b>Row %</b>	10,07%	89,93%	100,00%
<b>Col %</b>	100,00%	100,00%	100,00%

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
<b>PARAMETERS: Odds-based</b>			
<b>Odds Ratio (cross product)</b>	0,4727	0,1459	1,5315 (T)
<b>Odds Ratio (MLE)</b>	0,4757	0,1461	1,6866 (M)
		0,1294	1,9660 (F)

<b>PARAMETERS: Risk-based</b>			
<b>Risk Ratio (RR)</b>	0,5167	0,1867	1,4295 (T)
<b>Risk Difference (RD%)</b>	-7,7957	-21,7531	6,1617 (T)

*Elaborado por: Rodríguez & Coba, 2025.*

*Fuente: Estadística del Hospital León Becerra de Milagro, 2025.*

No se observó asociación en la relación etiología de HDA – condición de egreso (OR: 0,4727 IC 0,1459 - 1,5315) (**p value:** 0,1294)

## 4.2 DISCUSIÓN

Este trabajo de titulación tiene como objetivo demostrar si existe o no una diferencia significativa en los factores de riesgo y complicaciones entre pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal del Hospital León Becerra Milagro en el periodo 2022-2025. Se observa una mayor prevalencia en la etiología no variceal en los pacientes de dicha institución, lo cual coincide con la mayoría de los artículos científicos sobre la HDA.

Este estudio identificó además diagnósticos asociados con la HDA, siendo el principal la Gastritis Crónica (29,50%), seguido de las Várices Gástricas (18,71%) y Úlcera Duodenal (14,39%), esto debe comenzar a ser tomado en consideración para próximos estudios de carácter correlacional ya que no existe evidencia documentada reciente en la región. Los diagnósticos asociados podrían ser tomados en cuenta como factores predisponentes a la HDA en ciertos casos, sin embargo, se requiere de un estudio más extenso.

La mayoría de los estudios acerca de la HDA relacionan como factor predisponente la edad (mayores de 60 años), en este trabajo se encontró que el grupo etario predominante corresponde de 49 a 65 años, lo cual nos podría indicar que en nuestra población existe una mayor incidencia en pacientes más jóvenes que en otros países. Adicional a la edad se ha documentado que esta patología se da mayoritariamente en pacientes de sexo masculino, lo cual llamó la atención en este estudio, ya que, de nuestra muestra, un 53,24% corresponde al sexo femenino, por lo cual se

recomienda realizar más estudios sobre factores asociados a la HDA en nuestro país.

Un estudio del 2020 de la Revista Médica de Chile reportó que existe una tasa de mortalidad del 5 al 12% en los casos de hemorragia digestiva alta, y en nuestro estudio obtuvimos un 10,07%, es decir, que se mantiene dentro de la tendencia de estudios internacionales.

Los factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal son un tema que requieren ser estudiados más a fondo y durante un periodo de tiempo más largo en el país, suponiendo que ciertos aspectos, como los diagnósticos asociados podrían ser un punto de alerta y prevención en caso de encontrarse una relación significativa. Al momento no se encuentra una cantidad satisfactoria de estudios a nivel nacional que puedan ser comparados o tomados de guía.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

Este estudio descriptivo tomó una muestra de 139 pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta que ingresaron al Hospital León Becerra Milagro, incluyendo área de consulta externa y de emergencia que cumplieron criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente. Se tomó en cuenta factores de riesgo, complicaciones y si la HDA era de origen variceal o no, además de otras variables como el sexo, grupo etario, nivel socioeconómico, nivel de instrucción y diagnósticos asociados.

Según su etiología, únicamente un 22,31% de los pacientes pertenecían a HDA variceal. Esto implica que la muestra obtenida sigue la tendencia de la patología que ha sido registrada en otros estudios.

El grupo etario con mayor incidencia fue el de 49 a 65 años de edad con un 34,53%, seguido del grupo de 66 a 83 años (30,22%), los grupos de mayor a 83 años y de 32 a 48 años tuvieron 16,55% y 14,39% respectivamente, por último, fue el grupo de 15 a 31 años con únicamente un 4,32%.

A pesar de que otros estudios documenten un predominio en el sexo masculino, en el presente se evidencio una mayor tendencia en el sexo femenino con un 53,24%.

Se realizaron tablas cruzadas para verificar si existía una relación entre la edad y la etiología de la HDA sin embargo no tuvo significancia estadística, de igual manera se obtuvo el mismo resultado para las relaciones de la etiología con sexo, estrato socioeconómico y estado civil. Indicando que no existe una diferencia significativa entre las variables ya mencionadas con la etiología de la HDA.

Este trabajo brinda información acerca de la hemorragia digestiva alta en nuestro país y región, pudiendo ampliar un poco más este tema en el ámbito investigativo.

## REFERENCIAS

1. Proaño-Bautista CX, Rivera-Chilliquinga JA, López-Maldonado MC, López-Mier RD. Hemorragia digestiva alta, etiología, diagnóstico y tratamiento: un artículo de revisión. 2024;9(1).
2. Wilkins T, Wheeler B, Carpenter M. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 1 de Marzo de 2020;101(5):294-300.
3. DiGregorio AM, Alvey H. Gastrointestinal Bleeding. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 2 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537291/>
4. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, et al. [Variceal and non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Analysis of 249 hospitalized patients]. *Rev Med Chil*. marzo de 2020;148(3):288-94.
5. Chuecas Jofre JA, Torres T, Cabezas G, Lara Hernández B. Hemorragia digestiva alta. *ARS MEDICA Rev Cienc Médicas*. 26 de septiembre de 2019;44(3):24-34.
6. Patel V, Nicastro J. Upper Gastrointestinal Bleeding. *Clin Colon Rectal Surg*. enero de 2020;33(1):42-4.
7. Cuartas-Agudelo YS, Martínez-Sánchez LM, Cuartas-Agudelo YS, Martínez-Sánchez

LM. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Medicas UIS*. diciembre de 2020;33(3):9-20.

8. Cecil RL. Tratado de medicina interna. 25ª ed. Barcelona [etc.]: Elsevier; 2017.

9. Antunes C, Copelin II EL. Upper Gastrointestinal Bleeding. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 2 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470300/>

10. Cañadas Garrido R, Rincón Sánchez RA, Costa Barney VA, Roa Ballestas PA, Espinosa Martínez CA, Pinzón Arenas DF, et al. Diagnostic agreement between video capsule endoscopy and single and double balloon enteroscopy for small bowel bleeding at a tertiary care hospital in Bogota, Colombia. *Rev Gastroenterol México*. 1 de enero de 2021;86(1):51-8.

11. Pérez JQ, Morales CAH, Miranda JAS. Hemorragia digestiva alta: orientación diagnóstica y conducta actual sobre las estrategias terapéuticas, revisión bibliográfica. *Rev Cienc Salud Integrando Conoc*. 13 de diciembre de 2024;8(4):41-9.

12. Cuartas-Agudelo YS, Martínez-Sánchez LM, Cuartas-Agudelo YS, Martínez-Sánchez LM. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Medicas UIS*. diciembre de 2020;33(3):9-20.

13. Carlsen NV, de Muckadell OBS, Laursen SB. [Risk scoring systems for assessment of

patients with upper gastrointestinal bleeding]. Ugeskr Laeger. 22 de marzo de 2021;183(12):V11200856.

14. Pérez JQ, Morales CAH, Miranda JAS. Hemorragia digestiva alta: orientación diagnóstica y conducta actual sobre las estrategias terapéuticas, revisión bibliográfica. Rev Cienc Salud Integrando Conoc. 13 de diciembre de 2024;8(4):41-9.

15. Alali AA, Barkun AN. An update on the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Rep. 2023;11:goad011.

16. Kim JS, Kim BW, Kim DH, Park CH, Lee H, Joo MK, et al. Guidelines for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Gut Liver. 15 de septiembre de 2020;14(5):560-70.

17. Leyva LM, Quintanilla RAB, Besada ABP. Hemorragia digestiva alta.

18. Malla I, López S, Busquet L, Lipsich J, Sierre S, Cervio G, et al. Long-acting Release Octreotide for Pediatric Upper Gastrointestinal Bleeding. Rev Chil Pediatr. abril de 2020;91(2):251-4. - Google Search [Internet]. [citado 6 de mayo de 2025]. Disponible en:

<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Malla+I%2C+L%C3%B3pez+S%2C+Busquet+L%2C+Lipsich+J%2C+Sierre+S%2C+Cervio+G%2C+et+al.+Long-acting+Release+Octreotide+for+Pediatric+Upper+Gastrointestinal+Bleeding.+Rev+Chil+Pediatr.+abril+de+2020%3B91%282%29%3A251-4.>

19. Jofre JAC, Torres T, Cabezas G, Hernández BL. Hemorragia digestiva alta. ARS MEDICA Rev Cienc Médicas. 26 de septiembre de 2019;44(3):24-34.

20. Cañadas Garrido R, Rincón Sánchez RA, Costa Barney VA, Roa Ballestas PA, Espinosa Martínez CA, Pinzón Arenas DF, et al. Diagnostic agreement between video capsule endoscopy and single and double balloon enteroscopy for small bowel bleeding at a tertiary care hospital in Bogota, Colombia. *Rev Gastroenterol Mex Engl.* 2021;86(1):51-8.



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, **Rodríguez Toala, Denisse Xiomara**, con C.C: # **1313992735** y **Coba Zamora, Lorena Michel**, con C.C: # **0952476513** autor/a del trabajo de titulación: **Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en pacientes del Hospital León Becerra de Milagro en el periodo 2022 y 2025** 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 26 de mayo del 2025**



Denisse Xiomara  
Rodríguez Toala



F. \_\_\_\_\_

**Rodríguez Toala, Denisse Xiomara**  
C.C: **1313992735**



Lorena Michel Coba  
Zamora



F. \_\_\_\_\_

**Coba Zamora, Lorena Michel**  
C.C: **0952476513**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en pacientes del Hospital León Becerra de Milagro en el periodo 2022 y 2025.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Rodríguez Toala, Denisse Xiomara Coba Zamora, Lorena Michel		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Paredes Cruz, Mario Alberto		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias Medicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Medico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	26 de mayo de 2025	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	42
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Gastroenterología, Medicina Interna		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Hemorragia digestiva alta, variceal, no variceal, gastritis, úlcera péptica, hematemesis, melena, endoscopia.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p><b>Introducción:</b> La hemorragia digestiva alta se define como un sangrado en estructuras del tracto digestivo superior, delimitado por el ángulo o ligamento de Treitz. Su etiología en este estudio se divide en variceal y no variceal, dentro de la última se incluye la úlcera péptica, esofagitis, Síndrome de Mallory Weiss. Esta patología es considerada una presentación clínica muy frecuente que representa aproximadamente el 75% de todos los casos de hemorragia gastrointestinal. Este estudio toma una muestra de 139 pacientes del Hospital Leon Becerra Milagro.</p> <p><b>Metodología:</b> La metodología de esta tesis sobre hemorragia digestiva alta es cuantitativa. Dicho enfoque se decide porque permite investigar sistemáticamente las relaciones entre diversos factores de riesgo y la incidencia de la HDA al evaluar variables de distintas categorías. <b>Resultados:</b> Según su etiología, únicamente un 22,31% de los pacientes pertenecían a HDA variceal. Esto implica que la muestra obtenida sigue la tendencia de la patología que ha sido registrada en otros estudios. El grupo etario con mayor incidencia fue el de 49 a 65 años de edad con un 34,53%, seguido del grupo de 66 a 83 años (30,22%), los grupos de mayor a 83 años y de 32 a 48 años tuvieron 16,55% y 14,39% respectivamente, por último, fue el grupo de 15 a 31 años con únicamente un 4,32%.</p> <p><b>Conclusiones:</b> Se realizaron tablas cruzadas para verificar si existía una relación entre la edad y la etiología de la HDA sin embargo no tuvo significancia estadística, de igual manera se obtuvo el mismo resultado para las relaciones de la etología con sexo, estrato socioeconómico y estado civil. Indicando que no existe una diferencia significativa entre las variables ya mencionadas con la etiología de la HDA.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTORES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593995679720 +593982996829	<b>E-mail:</b> denisse209@outlook.com E-mail: lorenacoba.z4@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Vásquez Cedeño Diego Antonio		
	<b>Teléfono:</b> 0982742221		
	<b>E-mail:</b> Diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			