

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Relación de factores de riesgo y grado de severidad en hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes mayores de 40 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el año 2023.

AUTORES:

Miguel Francisco Ortega Sánchez

Milena Alejandra Muñoz Jalón.

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

TUTOR

Dr. Arroba Raymondi Luis Fernando

Guayaquil, Ecuador

10 de octubre del 2024



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 **ORTEGA SANCHEZ MIGUEL FRANCISCO Y MUÑOZ JALON MILENA ALEJANDRA**, como requerimiento para la obtención del título de **MEDICO**.

TUTOR



Firmado electrónicamente por:
LUIS FERNANDO
ARROBA RAYMONDI

f. _____

DR. Arroba Raymondi Luis Fernando

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, 10 de octubre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Medicina

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Ortega Sánchez Miguel Francisco y Muñoz Jalón Milena Alejandra**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Relación de factores de riesgo y grado de severidad en hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes mayores de 40 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el año 2023**, 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 nuestra total autoría.

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

Guayaquil, 10 de octubre del 2024

LOS AUTORES:



Firmado electrónicamente por:
**MIGUEL FRANCISCO
ORTEGA SANCHEZ**

f. _____

Ortega Sánchez, Miguel Francisco



Firmado electrónicamente por:
**MILENA ALEJANDRA
MUNOZ JALON**

f. _____

Muñoz Jalón, Milena Alejandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Medicina

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Ortega Sánchez Miguel Francisco y Muñoz Jalón Milena Alejandra**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Relación de factores de riesgo y grado de severidad en hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes mayores de 40 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el año 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 10 de octubre del 2024

LOS AUTORES:



Firmado electrónicamente por:
**MIGUEL FRANCISCO
ORTEGA SANCHEZ**



Firmado electrónicamente por:
MILENA ALEJANDRAMUNOZ JALON

Ortega Sánchez, Miguel Francisco

Muñoz Jalón, Milena Alejandra

REPORTE COMPILAT IO

Firmado



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

TESIS ORTEGA Y MUÑOZ promo 73



LUIS FERNANDO
ARROBA RAYMONDI

2%
Textos
sospechosos



< 1% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
9% Idiomas no reconocidos (ignorado)
< 1% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: TESIS ORTEGA Y MUÑOZ promo 73.pdf
ID del documento: 58aeb746a747b87053bfd513a68d1fe91c72e080
Tamaño del documento original: 994,92 kB
Autores: []

Depositante: Luis Fernando Arroba Raymondi
Fecha de depósito: 16/9/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 16/9/2024

Número de palabras: 8168
Número de caracteres: 56.859

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/21222/1/T-UCSG-PRE-MED-1482.pdf 32 fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (316 palabras)
2	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/17408/1/T-UCSG-PRE-MED-1224.pdf 32 fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (283 palabras)
3	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/17367/1/T-UCSG-PRE-MED-1204.pdf 27 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (251 palabras)
4	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/17344/3/T-UCSG-PRE-MED-1186.pdf.txt 29 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (244 palabras)
5	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5292/1/T-UCSG-PRE-MED-427.pdf 26 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (232 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.unan.edu.ni http://repositorio.unan.edu.ni/12770/1/12770.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (37 palabras)
2	repositorio.ug.edu.ec https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/21e7d349-8733-4e3a-9ebf-2d01b42edda1/...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (37 palabras)
3	repositorio.usmp.edu.pe https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10296/mejia_pelaez.pdf?sequence=1	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)
4	revistas.upb.edu.co https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/7676	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)

AGRADECIMIENTO

Al culminar esta etapa tan importante de mi vida quiero expresar mi más profundo agradecimiento a quienes fueron pilar fundamental a lo largo de este camino.

Quiero empezar agradeciendo a Dios por permitirme cumplir esta meta. Sin él, no hubiera podido conseguir nada de lo que hoy tengo.

A mis padres, Cesar y Delia por su apoyo incondicional durante todos estos años, por sus enseñanzas, esfuerzo, consejos, por creer en mí, por ser mi guía y fortaleza en los momentos difíciles que pase a lo largo de mi carrera. Les estoy eternamente agradecida por todo lo que han hecho por mí, todos mis logros se los debo a ustedes. Los amo con todo mi corazón.

A mis hermanos Ricardo y Gabriel, mis almas gemelas, ustedes son mi modelo a seguir, gracias por sacarme sonrisas, por sus palabras de aliento, por ser mis cómplices y por haberme apoyado día a día en mi carrera. No me pudo haber tocado mejores hermanos que ustedes, son lo más bonito que tengo en mi vida.

A mis sobrinos Maria Paz, Ricardo, Cristinita, Sienita, aunque llegaron en diferentes épocas de mi vida han sido fuente de energía, paz y felicidad para mí cuando más lo he necesitado.

A mis mejores amigas Melany y Malu que a lo largo de este viaje, han sido mi mejor compañía y alegría en mis momentos grises.

A mi compañero de tesis, Miguel, le agradezco por escucharme, apoyarme y no dejarme rendir en este proceso, su presencia a lo largo de este tiempo ha sido muy importante para mí. Sin duda, juntos hicimos un gran equipo.

Y para finalizar me gustaría agradecer a cada docente que tuve en este camino, por ser parte fundamental de mi construcción académica.

Infinitas gracias a cada uno de ustedes.

Con amor,

Milena Alejandra Muñoz Jalón

AGRADECIMIENTO

Primero que nada, me gustaría agradecer a Dios por permitirme llegar a este punto de mi carrera como estudiante de medicina.

También quiero agradecer a mis padres, Miguel y Paola, quienes fueron mi pilar, apoyándome en buenas y malas, impulsándome a que nunca me rinda porque nací para ser médico. Gracias por nunca dudar de mí por la carrera que elegí, gracias por siempre presumir y llenarse el pecho de orgullo que su único hijo varón haya elegido ser médico. Papá, gracias por haber hecho el gran esfuerzo de pagar esta carrera, gracias por haber apostado y confiado en mí que llegaría hasta el final. Mamá, gracias por ser siempre esa voz de consuelo y aliento, gracias por decirme que no me rinda. Todos mis logros se los dedicaré siempre a ustedes.

A mis hermanas Nicole y Lissie, gracias por siempre estar orgullosas de mí y por nunca permitirme rendirme. Nicole tú que estuviste desde que inicie en la carrera, gracias por ser siempre mi mayor admiradora, gracias por siempre decirme que puedo y que lograre lo que me proponga, gracias por siempre darme ese empujón final para hacer algo. Las amo.

A mi compañera de tesis, Milena, por el gran trabajo que hemos logrado, por las risas y las lágrimas que hemos derramado para llegar a este punto. Gracias por apoyarme y corregirme cuando más lo necesite, gracias por nunca permitir rendirme y lanzarme al abandono. Gracias por aparecer en mi vida.

Y por último pero no menos importante, quiero agradecer a todos los buenos docentes que conocí durante la carrera que siempre me impulsaron a ser mejor.

A todos ellos, unas gracias infinitas.

Con cariño,

Miguel Francisco Ortega Sanchez.

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo en primer lugar a nuestros padres Miguel, Paola, Cesar y Delia, su apoyo, esfuerzo y paciencia fueron vitales durante estos años de carrera para llegar a convertirnos en futuros médicos, sin ustedes no habiéramos podido ser las personas que hoy por hoy somos. A nuestros hermanos que con sus risas, complicidad y compañía hicieron más ameno este largo camino. Finalmente dedicamos a cada amigo, médico y docente que cruzó en algún momento de nuestra etapa de crecimiento como profesionales.

Miguel Francisco Ortega Sánchez

Milena Alejandra Muñoz Jalón



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. VAZQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS	3
MARCO TEÓRICO	4
CAPÍTULO I.....	4
CAPÍTULO II.....	8
CAPITULO III.....	10
METODOLOGÍA.....	14
POBLACIÓN DE ESTUDIO	15
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	15
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	15
VARIABLES.....	16
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	16
RESULTADOS.	16
DISCUSIÓN.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22

Resumen.

Introducción: El sangrado digestivo alto se refiere a una hemorragia que afecta a órganos situados por encima del ligamento de Treitz, que sirve como referencia anatómica dentro del sistema digestivo. Este tipo de sangrado se puede clasificar en variceal o no variceal, dependiendo de su lugar de origen. Se buscó además relacionar el sangrado digestivo alto no varicoso con los factores de riesgo en hábitos tóxicos como determinante de la severidad del grado de sangrado

Metodología: Estudio de nivel relacional con corte transversal retrospectivo en el año 2023 con una base de datos 384 pacientes que se encontraban dentro de los criterios a estudiar del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. **Resultados:** Se cuantificaron variables epidemiológicas de edad y sexo, siendo el promedio de 62 años, con una desviación estándar de ± 14.54 con un predominio del sexo masculino con un 53.9%. **Conclusión:** Teniendo en cuenta los conocimientos sobre hemorragia digestiva alta no variceal, se concluyó que los factores de riesgo asociados a hábitos tóxicos ocasionan un daño de forma única, y la combinación de AINES y consumo crónico de alcohol, puede ocasionar con mayor probabilidad una aparición de un cuadro de sangrado digestivo severo.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta, úlcera péptica, gastritis, AINES, alcohol, tabaco.

ABSTRACT

Introduction: Upper gastrointestinal bleeding is a type of hemorrhage that affects organs adjacent to the digestive system located above its anatomical reference, the ligament of Treitz. The study also aimed to relate non-variceal upper gastrointestinal bleeding to risk factors, particularly toxic habits, as a determinant of the severity of the bleeding. **Methodology:** This was a relational-level cross-sectional retrospective study conducted in 2023 with a database of 384 patients who met the study criteria from the Teodoro Maldonado Carbo Hospital. **Results:** Epidemiological variables such as age and sex were quantified, with an average age of 62 years and a standard deviation of ± 14.54 . Males predominated, representing 53.9% of the sample. **Conclusion:** Based on knowledge of non-variceal upper gastrointestinal bleeding, it was concluded that the risk factors associated with toxic habits cause unique damage. The combination of NSAIDs and chronic alcohol consumption is more likely to result in severe gastrointestinal bleeding.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer, gastritis, NSAIDs, alcohol, tobacco.

Introducción.

El sangrado digestivo alto se refiere a una hemorragia que afecta a órganos situados por encima del ligamento de Treitz, que sirve como referencia anatómica dentro del sistema digestivo. Este tipo de sangrado se puede clasificar en variceal o no variceal, dependiendo de su lugar de origen. Además se presenta como una emergencia en los centros de atención médica asociada a morbilidad y mortalidad, la implementación de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas han ayudado a reducir los riesgos asociados a hospitalización y mortalidad, con una cifra de 47 de cada 100.000 global estipulada en la aparición de casos y en Ecuador una incidencia de 50 a 150 por cada 100,000 casos reportados (1-3).

Siendo una enfermedad que no solo afecta un número importante de pacientes, sino que también su protocolo de manejo debe ser óptimo, Ecuador no queda exento, las cifras conllevan a evaluar y preparar intervenciones ante los posibles riesgos y a su vez, una respuesta rápida, sumado al análisis pertinente para objetivar el diagnóstico y aplicar un abordaje de inicio oportuno (2). El reto que se busca resolver es la evaluación de los factores de riesgos más frecuentes presentados en la hemorragia digestiva alta, que por lo general la más frecuente es el uso de fármacos asociado a gastritis (4). La correcta estratificación del riesgo con sospecha de descompensación sistémica es importante para evitar complicaciones (5).

El Gold estándar diagnóstico y terapéutico es la endoscopia, se ha visto el desarrollo de nuevas formas de apoyo a este método, como la eco endoscopia para la evaluación más precisa de un diagnóstico diferencial, lo cual permite optimizar el tiempo y evitar complicaciones (3). Debido a su diferenciación de variceal y no variceal en el sangrado digestivo alto, es importante el hallazgo de su etiología, teniendo a consideración que unas tienen una mayor prevalencia que otras (6). Uno de los factores que aumentan el riesgo de morbilidad es

la edad avanzada (7). Puesto que la incidencia del sangrado digestivo alto es recurrente en los centros de salud, su diagnóstico debe ser oportuno con la respectiva evaluación de factores asociados (8).

La hemorragia digestiva alta se considera una enfermedad que tiene suma atención en los sistemas de salud, dado que la tasa de morbimortalidad está relacionada con las técnicas diagnóstico y el manejo que se implemente en las salas de emergencia que se reciben. En el hospital Teodoro Maldonado Carbo se ha prestado atención oportuna en los casos recibidos en la sala de emergencias.

Puesto a considerar los factores de riesgo asociados a malos hábitos en el estilo de vida como el consumo de tabaco y alcohol, pueden conllevar a un riesgo importante en la incidencia de la enfermedad, para lo cual es necesario realizar estudios y evaluar información de acuerdo con los factores de riesgo y cómo influyen en la incidencia de casos en los pacientes.

El número de casos está relacionado a factores de riesgo asociados a hábitos tóxicos, su escala de gravedad se asocia según su OR, y las enfermedades asociadas a consumo de AINES, tabaco y/o alcohol son relacionadas a hemorragia digestiva alta con la escala de gravedad.

Los factores de riesgo asociados a hábitos tóxicos ocasionan con mayor frecuencia un sangrado severo en la hemorragia digestiva alta no varicosa. El factor de riesgo más común en la severidad de la evaluación de sangrado de hemorragia digestiva alta no varicosa es el consumo de AINES.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la relación de los factores de riesgo y grado de severidad en hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes mayores de 40 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el año 2023.

Objetivos específicos

- Analizar el grado de severidad por volumen del sangrado según el porcentaje de pérdida sanguínea.
- Determinar los factores de riesgo asociados a malos hábitos en el estilo de vida en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa.
- Relacionar los factores de riesgo frente a la severidad del sangrado en la hemorragia digestiva alta no varicosa.
- Demostrar cómo los hábitos tóxicos inciden en el grado de severidad hemorragia digestiva alta no varicosa

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I.

Hemorragia digestiva alta.

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una urgencia médica que se define como todo sangrado digestivo que ocurre por encima del ligamento duodenoyeyunal de Treitz, incluyendo esófago, estómago y duodeno (9). Es la causa más habitual de internación por patología del aparato digestivo en muchos países, con una tasa de mortalidad del 5 % al 10 %, que puede ser aún mayor en pacientes hospitalizados por otras razones y que desarrollan hemorragia durante la hospitalización. Esta condición tiene un impacto significativo en los sistemas de salud pública, contribuyendo a la morbilidad y aumentando los costos sanitarios.(11,12)

Esta se puede dividir en Hemorragia Digestiva alta varicosa y no Varicosa, La hemorragia digestiva varicosa se presenta con mayor frecuencia en el contexto de pacientes cirróticos descompensados junto a la subsecuente hipertensión portal sea de tipo sinusoidal, presinusoidal o post sinusoidal. (12,13)

Por otro lado, hemorragia digestiva alta no varicosa se refiere a aquellos sangrados que no están relacionados con várices esofágicas o gástricas. Las causas principales incluyen úlceras pépticas, gastritis erosiva, esofagitis, el síndrome de Mallory-Weiss, y tumores gastrointestinales. Los factores de riesgo abarcan el uso de medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), infecciones por *Helicobacter pylori*, y condiciones médicas subyacentes como la insuficiencia renal crónica y la cirrosis hepática. La presentación clínica suele incluir hematemesis (vómito con sangre) y melena (heces negras y alquitranadas), y el manejo requiere una evaluación rápida y la intervención endoscópica para detener el sangrado, junto con el tratamiento de la causa subyacente. (10,11,14)

Epidemiología.

Esta patología sigue siendo una de las causas comunes de admisión en emergencias, alrededor del 80 – 90% de las hemorragias digestivas altas son de origen no variceal (15). En Estados Unidos cerca de 300,000 a 400,000 pacientes son admitidos en hospitales por sangrado digestivo alto. Este cuadro ocurre en mayores de 65 años en el 70% de los casos. Su prevalencia va en aumento, en Estados Unidos alrededor del 20% sufrirá de una hemorragia digestiva alta. (16,18)

Factores de riesgo:

La úlcera péptica es la causa principal de hemorragia digestiva alta no varicosa. Los factores de riesgo incluyen la edad avanzada, el sexo masculino, fumar, el consumo de alcohol, el uso de AINES (especialmente en mayores de 65 años con enfermedades cardiovasculares o reumatológicas), la terapia antiagregante y anticoagulante, el uso combinado de corticoides, la infección por *Helicobacter pylori*, y los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. La historia de úlceras previas también aumenta el riesgo y representa del 50% al 70% de los casos. (18-21). Estas últimas se producen por una disrupción de la mucosa hasta alcanzar la submucosa. Su localización más frecuente es gástrica y duodenal proximal, al mismo tiempo que se encuentra asociada a la infección por *H.pylori*, AINES y tratamiento a dosis bajas con Ácido acetil salicílico además, el resangrado después del ingreso hospitalario se asocia (11,20,22).

Causas.

Síndrome de Mallory-Weiss: es el desprendimiento de la mucosa del cardias con exposición de los vasos sanguíneos circundantes posterior a cambios de presiones bruscas (11,23). Las malformaciones arteriovenosas contribuyen con alrededor del 30% de los casos Tabla 1 (16). Otra causa son las anomalías vasculares, como en el síndrome de Dieulafoy conformado por una

arteria submucosa de 1 a 3 mm de diámetro ubicada en la porción próxima del estómago, en el fundus aberrante y friable, que la vuelve sangrante. (21,24,23).

Etiologías de hemorragia digestiva alta	
Úlcera Péptica Infección por Helicobacter pylori Estrés psicógeno Secreción excesiva de ácido gástrico	30%-40%
Malformación Arteriovenosa	30%
Varices esofágicas y gástricas	11%
Gastritis y gastropatías	7%-10%
Duodenitis	5%-10%
Angiodisplasia	5%
Mallory Weiss	2%
Ectasia vascular antral gástrica	<1%

Tabla1. Información tomada del trabajo de Stolow E. et al (16)

En cuanto a las características clínicas, respecto a su forma de presentación clínica, abarca un espectro variado, con pérdidas de sangre entre 50-100 ml sin deterioro hemodinámico, hasta un estado grave con sangrado masivo y choque hipovolémico (que se define como PA < 90/60 mmHg y frecuencia cardiaca >100 latidos/min) que hace peligrar la vida del paciente. En lo que respecta a sus características clínicas se distinguen tres tipos de presentaciones: Manifiesta, con signos tales como hematoquecia, hematemesis o melena. Oculta, cuando no es evidente clínicamente, pero puede ser detectada por la sangre oculta en la materia fecal o por la anemia ferropénica, y Oscura, hemorragia recurrente en la que el foco persiste en un origen indeterminado tras la valoración del tubo digestivo superior, el intestino delgado y el colon mediante múltiples modalidades diagnósticas. Se sabe que en más del 80% de los casos, el sangrado tiende a cesar por sí mismo sin requerir intervención médica. Por lo tanto, los pacientes que presentan un bajo riesgo pueden ser tratados de manera más efectiva en su comunidad, sin necesidad de

ser admitidos en un hospital. (24). Raramente se manifiesta como sangrado rectal o hematoquecia (10).

Los síntomas comunes incluyen melena, hematemesis en ‘grano de café’, náuseas y dolor abdominal, aunque este último no se encuentra en el 30% de los casos. La gestión inicial incluye la evaluación de la protección de las vías respiratorias, la colocación de dos vías intravenosas de gran calibre, la administración de soluciones cristaloides isotónicas y/o productos sanguíneos, y la administración de inhibidores de la bomba de protones intravenosos (IV PPI). La endoscopia digestiva alta, tanto diagnóstica como terapéutica, debe realizarse dentro de las primeras 24 horas tras la presentación, después de la reanimación adecuada. De hecho, la Sociedad Europea de Endoscopia gastrointestinal (ESGE, por sus siglas en inglés) recomienda la gastroscopia en menos de 12 horas para pacientes con hipotensión mantenida, taquicardia o imposibilidad de suspender la anticoagulación (11). La gestión de la anticoagulación depende del riesgo de sangrado continuo y de trombosis al interrumpir la medicación, siendo preferible un enfoque multidisciplinario.(16,25)

Manifestaciones clínicas digestiva alta	Complicaciones
Hematemesis	Shock hipovolémico
Melenas	Insuficiencia renal aguda
Anemia	Neumonía por aspiración
Hipotensión arterial	Ángor hemodinámico
Taquicardia	
Confusión	
Sincope	
Disnea	

Tabla 2. Información tomada y modificada del trabajo de Cañamares-Orbis P. et al(11)

CAPÍTULO II

Diagnóstico clínico.

Es importante obtener información a través de una minuciosa historia clínica con el fin de descubrir comorbilidades que orienten a la causa de la hemorragia. Adicionalmente los exámenes de laboratorios deben incluir una biometría hemática completa, química sanguínea, función hepática, evaluación de tiempos de coagulación y gasometría.(16)

La sociedad americana de gastroenterología recomienda una estratificación temprana de la hemorragia gastrointestinal (16). Existen dos sistemas de puntuación para estratificar a los pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta: la escala Rockall y la puntuación de Glasgow-Blatchford. La escala Rockall tiene como objetivo principal predecir la mortalidad del paciente con HDA y requiere una endoscopia digestiva alta previa. Por otro lado, la escala de Glasgow-Blatchford permite evaluar el riesgo de resangrado tras sufrir una hemorragia digestiva alta, entre sus parámetros se encuentran variables hemodinámicas como pulso, presión sistólica, presión, presencia de enfermedad hepática e insuficiencia cardíaca) y parámetros serológicos (urea y creatinina) (Tabla 3). Entre sus ventajas está la posibilidad de evaluar el riesgo sin necesidad de una endoscopia previa en el contexto de un paciente ambulatorio y es superior en la predicción de la necesidad de terapia endoscópica, la mortalidad y en identificar a los pacientes de bajo riesgo que no requieren intervenciones. En caso de descubrir un sangrado digestivo alto por causa de úlcera péptica se debe evaluar los estigmas presentes para estratificar el riesgo de resangrado, para ello se puede utilizar la escala Forrest (tabla 5). (11,15,26,27)

Escala de Glasgow-Blatchford	
Marcadores de riesgo a la admisión	Valor en la escala
<i>Urea plasmática (mg/dl)</i>	
≥ 38 < 47	2
≥ 47 < 58	3
≥ 58 < 147	4
≥ 147	6
<i>Hemoglobina (g/dl). Varones</i>	
≥ 12.0 < 13.0	1
≥ 10.0 < 12.0	3
< 10.0	6
<i>Hemoglobina (g/dl). Mujeres</i>	
≥ 10.0 < 12.0	1
< 10.0	6
<i>Tensión arterial sistólica (mmHg)</i>	
100-109	1
90-99	2
< 90	3
<i>Otros Marcadores</i>	
Pulso ≥ 100 lpm	1
Presentación con melenas	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática previa	2
Fallo cardiaco	2

Tabla 3. Tomado del trabajo de Recio-Ramírez J. et al. (24)

ESCALA ROCKALL	
	0
Edad	1
<60	2

60-79	
>80	
Shock	
No	0
FC>100	1
PAS<100mmHg	2
Comorbilidad	
No	
Insuficiencia Cardíaca, cardiopatía isquémica	0
Insuficiencia renal, cirrosis hepática o cáncer metastásico	2
	3
0=Bajo riesgo >1=alto riesgo	

Tabla 4. Tomado del trabajo de Recio-Ramírez J. et al. (24)

Clasificación de Forrest	
Forrest Ia	Hemorragia activa en Jet con alto riesgo de resangrado
Forrest Ib	Hemorragia activa en sabana con bajo riesgo de resangrado
Forrest IIa	Sin hemorragia activa, pero con vaso visible en fondo de Úlcera, alto riesgo de resangrado
Forrest IIb	Sin hemorragia activa, pero con coágulo adherido sobre la Úlcera, bajo riesgo de resangrado si se realiza terapéutica endoscópica
Forrest IIC	Úlcera con fondo de hematina, con bajo riesgo de resangrado sin necesidad de realizar terapéutica endoscópica
Forrest III	ulcera con base limpia de fibrina

Tabla 5. Información tomada del trabajo de Cañamares-Orbis P et al. (3)

CAPITULO III.

Manejo terapéutico

El manejo inicial debe estar direccionado en la reposición de líquidos del paciente, pues como ocurre en otro tipo de hemorragia, la inestabilidad

hemodinámica debe prevenirse o ser tratada de inmediato. Por consiguiente, su valoración debe ser el principal parámetro por monitorizar, cuantificando la magnitud de la pérdida de sangre en el episodio hemorrágico. La valoración clínica del estado hemodinámico del paciente describe parámetros que estratifican en nula, leve, moderado y grave la pérdida de sangre, estimando una cantidad y porcentaje de sangrado de forma indirecta en función de parámetros hemodinámicos (Tabla 6) (16,28). Para ello el acceso a una vía venosa periférica debe colocarse. Con respecto al tipo de fluido que debe administrarse, no existen diferencias significativas entre el uso de coloides como dextrans, almidones, albumina o gelatinas, en comparación con soluciones cristaloides solución salina y lactato de Ringer, sin embargo, estas últimas son de menor costo y por tanto las más utilizadas. En caso de necesitarse transfusiones sanguíneas, el objetivo principal será alcanzar una hemoglobina superior a 8g/dl (16).

Valoración clínica del estado hemodinámico del paciente y severidad de la pérdida sanguínea		
Repercusión	Signos clínicos	Pérdida sanguínea
Nula	Ninguno	500 - 750 ml 10 - 15%
Leve	T.A sistólica >100mmHg FC<100LPM O Leve aumento Hipotensión ortostática Frialdad leve zonas acras	750 - 1250 ml 15-25%
Moderada	Taquicardia 100-120 lpm T.A. Sistólica <100mmHg Fuerza del latido disminuida Inquietud Sudoración Palidez Oliguria	1250 - 1750 25-35%

Grave	Taquicardia > 120 lpm T. arterial < 60 mmHg Estupor Palidez extrema Friedad de extremidades Anuria	1750-2500 35-50%
-------	---	---------------------

Tabla 6. Información tomada del trabajo de Montserrat-Marti Angelina. (28)

En cuanto al riesgo de sangrado en pacientes bajo terapia anticoagulante, la UK National Audit ha reportado que las coagulopatías a la presentación del paciente están asociadas a un incremento significativo de la mortalidad y se debe considerar el cese temporal o revertir la anticoagulación, además se debe tener en cuenta el valor del INR, pues un INR entre 1.3 a 2.5 no debe retrasar la terapia endoscópica hemostática ya que la corrección de este parámetro no produce cambios en el resangrado. En caso contrario, con un $\text{INR} \geq 2.5$ la reversión parcial o completa de la coagulopatía está indicada previo al menos endoscópico. (16,29)

Se debe considerar el uso de inhibidores de bomba de protones (IBP), se administra una dosis de carga de 80 mg, seguida de infusión continua de 8 mg/h. La infusión intravenosa de los IBP pre tratamiento endoscópico reduce la detección de estigmas con alto riesgo de resangrado y la necesidad de tratamiento endoscópico, además algunos estudios indican que reduce significativamente las tasas de resangrado y suele indicarse como tratamiento continuo durante 72 horas tras el tratamiento endoscópico exitoso de la úlcera péptica. Al alta, se recomienda IBP dos veces al día durante 14 días, y luego una vez al día, incluso en pacientes que requieren terapia anticoagulante continua (15,16). Del mismo modo el ácido tranexámico (un derivado del aminoácido lisina) tiene resultados en la prevención de resangrado sin embargo su uso clínico es rutinario (15).

Por otro lado, el tratamiento con drogas proquinéticas como la metoclopramida o los análogos de la motilina como la eritromicina, mejoran el diagnóstico mediante procedimiento endoscópico en el contexto de una

hemorragia digestiva alta, reduciendo la necesidad de reintervención, sin embargo, no produce cambios significativos en el número de unidades de glóbulos rojos a transfundir o la necesidad de cirugía (15,30,33).

La esofagogastroduodenoscopia (EGD) es una modalidad terapéutica segura y bien tolerada, con un rendimiento estimado del 75% en casos de hemorragia digestiva alta. El tiempo de intervención suele ser controversial sin embargo se recomienda dentro de las primeras 24 horas posterior a la presentación del caso, ya que se ha observado que la prontitud reduce el riesgo de resangrado especialmente en pacientes con alto riesgo (15,29). Las herramientas endoscópicas terapéuticas han mejorado, ofreciendo diversas soluciones para pacientes con sangrado, como la inyección de epinefrina diluida con solución salina, la termocoagulación y la colocación de clips hemostáticos, lo que ayuda a disminuir las tasas de resangrado (15).

El tratamiento endoscópico hemostático de inyecciones de epinefrina funciona creando un 'taponamiento' en el sitio de sangrado debido a la vasoconstricción de los vasos sanguíneos. Una cantidad de epinefrina mayor a 13ml puede reducir la frecuencia y sangrado en pacientes con alto riesgo de padecer úlceras pépticas (15, 32,33).

El tratamiento con termo coagulación funciona mediante contacto directo con el sitio de sangrado. Este consta de un dispositivo "Heater Probe/ Electrocoagulación bipolar" el cual es un cilindro de aluminio recubierto de teflón con una bobina de calentamiento interna que utiliza corriente eléctrica para generar calor o permitiendo el paso de corriente eléctrica hacia el tejido activando la cascada de coagulación (15,34). El "Gold Probe" tiene una punta distal redondeada de oro, con buena conductividad, capacidad de irrigación e inyección, además de proporcionar calor para la termocoagulación. De modo similar, la coagulación con plasma de argón es una modalidad ablativa sin contacto que utiliza una corriente de gas ionizado para conducir electricidad y coagular el tejido sangrante (15).

Actualmente se han desarrollado nuevos productos como el Hemospray, una novedosa mezcla mineral de aplicación endoscópica que forma una barrera mecánica sobre el sitio de sangrado. Estudios han demostrado resultados de hemostasis inmediata del 86%, pero no se ha demostrado diferencias estadísticamente significativas en comparación con otros tratamientos endoscópicos convencionales (15,35). Por otro lado, un metaanálisis que evaluó 20 estudios con un total de 1280 pacientes obtuvo un porcentaje de fallas del tratamiento en el 31% de los casos (36).

Metodología.

Se presentó un estudio de nivel relacional con corte transversal retrospectivo en el año 2023 con una base de datos 384 pacientes que se encontraban dentro de los criterios a estudiar del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en la ciudad de Guayaquil-Ecuador, en la cual se encontró datos de relevancia epidemiológica que aportó para el respectivo análisis de variables que permitan cumplir con objetivos dispuestos en el estudio presente.

La interpretación de datos se realizará a través del uso de tablas cruzadas, análisis estadístico como chi-cuadrado, gráfico de pastel, histograma, y el riesgo de severidad según el grado de severidad de sangrado según con el porcentaje de volumen perdido en relación al hábito tóxico que presenta el individuo.

Se utilizará la base de datos estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2023, con criterios en donde se tomaba de muestra a pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta con CIE 10 K922. Además, se buscará relacionar los factores de riesgo asociados a malos hábitos en el estilo de vida, como consumo de tabaco, alcohol y AINES, hábitos tóxicos comunes en la hemorragia digestiva alta no varicosa.

El análisis de datos de los pacientes con atención brindada en el área de emergencia con motivo de consulta de hemorragia digestiva permitió la evaluación de cómo los factores de riesgo asociados a este grupo afectado y cómo se relaciona con la aparición de hemorragia digestiva alta no varicosa.

El uso de Excel se empleará como herramienta dentro de la interpretación de los resultados, análisis como la edad y el sexo, además de la clasificación por CIE-10 para el objetivo de relacionar los factores de riesgo en la aparición de hemorragia digestiva alta no varicosa y su grado de severidad.

Las enfermedades dentro del cuadro de diagnósticos relacionados en la aparición de hemorragia digestiva alta se encasillaron los de tipo no variceal como la úlcera péptica con, que fueron las etiologías seleccionadas, con el objetivo de relacionar la muestra y analizar el número de pacientes con una hemorragia moderada o severa según el hábito tóxico que manifieste, siendo tabaco y/o alcohol, o AINES.

Se buscó evidenciar cual es la edad más afectada por la bibliografía leída de pacientes que presentaban hemorragia digestiva alta, siendo que a mayor edad el factor de riesgo de padecer hemorragia digestiva alta aumenta y es lo que también se busca evidenciar según bases estadísticas sustraídas de los resultados estadísticos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Población de estudio

El estudio evaluará a los pacientes que tuvieron asistencia médica en el servicio de emergencias del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Fueron 384 pacientes seleccionados del año 2023 que cumplían con criterios para participar en el estudio de hemorragia digestiva alta no especificada mayores de 40 años .

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 40 años.
- Pacientes con sangrado digestivo alto no varicoso.
- Pacientes con diagnóstico positivo asociados a úlcera péptica.
- Pacientes que toman AINES.
- Pacientes con hábitos tóxicos como tabaco y/o alcohol.
- Pacientes atendidos por el área de emergencia.

Criterios de exclusión

- Pacientes referidos desde otros centros hospitalarios

- Pacientes sin evaluación de factores de riesgo asociados al estilo de vida.
- Pacientes con enfermedades oncológicas.

Variables

Variable dependiente.

- Incidencia de hemorragia digestiva alta no varicosa.

Variable independiente.

- Edad.
- Sexo.
- Consumo de tabaco.
- Consumo crónico de alcohol.
- Consumo de AINES.

Operacionalización de las variables.

VARIABLES	INDICADOR	TIPO	RESULTADO FINAL
Edad (v.independiente)	Años	Cuantitativa discreta	Años
Sexo (v.independiente)	Sexo biológico	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino o femenino
Dx hemorragia digestiva alta no varicosa según clínica (v.dependiente)	Cuadro clínico	Cuantitativo nominal	Sospecha diagnóstica
Dx hemorragia digestiva alta no varicosa por endoscopia (v.dependiente)	Endoscopia	Cualitativo nominal	Etiología
Dx de gastritis por H.pylori	Análisis coprológico	Cualitativa nominal dicotómica	Positivo o negativo
Habitos tóxicos (v.dependiente)	Alcohol Tabaco	Cualitativa nominal dicotómica	Positiva o negativa

Resultados.

Se cuantificaron variables epidemiológicas de edad y sexo, siendo el promedio de edad 62.41 años con una desviación estándar de ± 14.54 y en

cuanto a la variable sexo, el más prevalente fue el sexo masculino en un 53.9% (n=207). Ver tabla 1 y gráfico 1.

Tabla 1 de resultados

Edad y sexo de los participantes n=384		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	207	53.9
femenino	177	46.1
Edad	Promedio	Desviación estándar
	62.41	14.54

Gráfico 1 de resultados

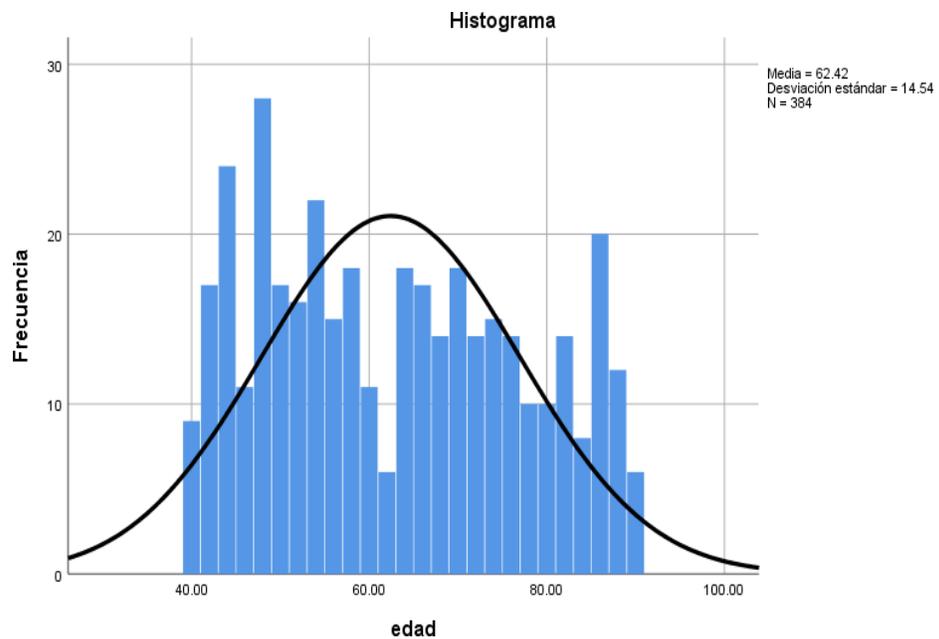


Tabla 2 de resultados

Severidad De Pérdida Sanguínea		
N=384	Frecuencia	Porcentaje
Leve	114	29.7
Moderado	152	39.6
Grave	118	30.7

Se cuantificó en porcentaje de pacientes en orden de severidad del sangrado digestivo alto, y se observó que más prevalente fue el sangrado moderado 39.6% (n=152) seguidos grave en el 30.7% (n=118) y finalmente solo el 29% presentó un sangrado leve (n=114). Ver tabla 2.

Tabla 3 de resultados

		Frecuencia	Porcentaje
Índice tabáquico >20	Si	226	58.9%
	No	158	41.1%
Consumo crónico de Alcohol	Si	211	54.9%
	No	173	45.1%
Consumo crónico de AINES	Si	219	57%
	No	165	43%

Los hábitos perjudiciales registrados fueron el Consumo de cigarrillo valorado por un índice tabáquico mayor a 20 el cual tuvo una prevalencia del 58% de la población (n=226). Seguido del consumo de crónico de AINES en el 57% (n=219) de la población evaluada y el consumo de alcohol crónico como hábito tóxico tuvo una prevalencia del 54.9% (n=211) Ver tabla 3.

Tabla 4 de resultados

		Sangrado Grave		Total
		Si	No	
Índice tabáquico >20	Si	86	140	226
	n %	38.10%	61.90%	100.00%
Índice tabáquico >20	No	22	136	158
	n %	13.90%	86.10%	100.00%

	Total	108	276	384
	n %	28.10%	71.90%	100.00%
Consumo crónico De Alcohol	Si	84	127	211
	n %	39.80%	60.20%	100.00%
	No	24	149	173
	n %	13.90%	86.10%	100.00%
	Total	108	276	384
	n %	28.10%	71.90%	100.00%
Consumo Crónico de AINES	Si consume	92	127	219
	n %	42.00%	58.00%	100.00%
	No consume	16	149	165
	n %	9.70%	90.30%	100.00%
	Total	108	276	384
	n %	28.10%	71.90%	100.00%

En cuanto a la distribución poblacional en función de la severidad de sangrado y los hábitos perjudiciales, el 38.1% (n=86) tenían un índice tabáquico superior a 20 y presentaron un sangrado severo, El consumo de alcohol por su parte se presentó en el 39.8%(n=84), el consumo crónico de AINES estuvo ubicado en el 42% (n=92). Ver tabla 4.

Tabla 5 de resultados

Estimación de riesgo n=384				Asociación n=384	
Variables Asociadas	OR	Intervalo de confianza de		Chi2	P value
		95 % Inferior	Superior		
Índice tabáquico >20	3.79 7	2.248	6.415	26.78	<0.001
Consumo de alcohol	4.11	2.46	6.85	31.65	<0.001
Consumo Crónico de AINES	6.75	3.77	12.06	48.6	<0.001

En cuanto a la estimación de riesgo, el consumo de AINES demostró una probabilidad de ocurrencia de sangrado severo 6.7 veces mayor en pacientes que refirieron consumo de AINES por largos periodos de tiempo. Seguido del consumo de alcohol quien presentó una probabilidad de ocurrencia de 4.11 veces en comparación con quienes refirieron no consumir alcohol de forma crónica. En tercero aquellos participantes que presentaron un índice tabáquico >20 presentaron 3.79 veces mayor probabilidad de hemorragia severa.

Del mismo modo el nivel de asociación a la presencia de hemorragia digestiva alta severa fue mayor entre quienes refirieron consumo de AINES de larga duración $\chi^2=48.6$ P valor <0.001. El consumo de alcohol de forma crónica presentó una asociación moderada a la presencia de sangrado severo $\chi^2=31.65$ P<0.001. Por su parte el índice tabáquico >20 tuvo una asociación moderada $\chi^2=26.78$ P<0.001. Ver tabla 5.

Tabla 6 de resultados

Consumo de Alcohol	Consumo de AINES		Total
	Si	No	
Si	92 97,60%	2 2,40%	84 100,00%
No	10 41,70%	14 58,30%	24 100,00%
Total	92 85,20%	16 14,80%	108 100,00%

En la tabla 6 se relacionó con los datos de la tabla 4, y se tomó a los pacientes que presentaban sangrado grave y consumían alcohol y AINES, debido a que el sangrado grave y la combinación de estos hábitos dio cifras de 92 sobre 108 pacientes, se estimó como variable para prestar atención a futuros estudios.

Discusión.

Dada la atención de forma directa a los factores de riesgo y su relación con el grado de gravedad de la hemorragia digestiva alta no variceal, el 53.9% de los casos presentados, pertenecían al sexo masculino, una cifra que siempre se encuentra mayor frente sexo femenino, y una mediana de edad de 62 años, cifras que coinciden con estudios previos según epidemiología, tal como lo describe Carolina Pinto et al, en el estudio publicado en 2020 “Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario ” (37).

Este estudio presenta según el grado de severidad de sangrado, clasificándolas de acuerdo al volumen de sangre perdido, descrito anteriormente, como medida de referencia, mientras que su comparación en las tablas cruzadas demostró que el consumo crónico de AINES dio un OR de 6.75, dando a consideración que estudios ya han descrito esta línea de fármacos aumenta los factores de mortalidad, además de los factores de riesgo ya son de pronóstico desfavorable, así lo menciona Iulia Rațiu et al, “Acute gastrointestinal bleeding: A comparison between variceal and nonvariceal gastrointestinal bleeding”, con el fin de dar la importancia adecuada a los hábitos tóxicos de los paciente y el cuidado en su prevención de casos del manejo del sangrado severo (38).

Los hábitos tóxicos, tales como el consumo crónico de alcohol y el índice consumo de AINES, prestan de mucha importancia el momento de estudiar hábitos, que puedan empeorar los cuadros clínicos en relación con la gravedad del sangrado y su reincidencia, puesto que estudios también revelan que mantener abstinencia logra una supervivencia de mayor tiempo (39).

Conclusión.

Se clasificó a los pacientes según su grado de sangrado en leve, moderado y grave, en relación al volumen, desde 750-1250 ml para leve, 1250-1750 ml para moderado y sangrados graves en pérdidas de 1750-2500 ml, y se demostró que el 39% de los casos presentados evidencian sangrado moderado, siendo así con 152 pacientes de 384, es el más frecuente.

Este estudio presenta según el grado de severidad de sangrado, clasificándolas de acuerdo al volumen de sangre perdido (descrita en la tabla 6), y una mediana de edad de 62 años, con lo que se relaciona como factor de riesgo y referencia, sobre las tablas cruzadas, demostrando que el consumo crónico de AINES, tabaco y alcohol, la edad y los porcentajes del grado de severidad, concluyen la asociación entre sí.

Como los hábitos tóxicos tienen un OR elevado, en este grupo poblacional, da pronóstico de un mayor grado y probabilidad de severidad de acuerdo al grado de sangrado y su volumen, descrito anteriormente, deja en manifiesto y concluye que hábitos tóxicos influyen en la escala de severidad sobre sangrados

La evidenciada según los OR, la mayor cantidad con 6.75 fue para el consumo crónico de AINES, y se buscó además relacionar si la interacción con tabaco y/o alcohol lograba llegar a cifras de mayor severidad, en lo que se encontró que la asociación que más casos positivos tenía sangrado grave era la relación entre el consumo crónico de AINES y alcohol, con 92 casos de 108 de casos severos, es decir que esta interacción ocasiona un 85% de probabilidad de ocasionar un sangrado grave.

Bibliografía

1. Oakland K. Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2019 Oct;42-43:101610.
2. José David Guzmán Guzmán, Esteban Santiago Dávila Bedoya, Wilson Fernando Palomeque Quevedo. Tratamiento del sangrado digestivo alto. *Revista Medica Científica CAMbios.* 2018 Oct 19;17(2):95-104.
3. Lau LHS, Sung JJY. Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes. *Digestive Endoscopy.* 2021 Jan 20;33(1):83-94.

4. Manuel de Jesús Otero Figueredo, Liliam Inés Figueredo González, Carmen Figueredo González, Yumey Rosada Navarro, Yumey Rosada Navarro. Sangramiento Digestivo Alto. Factores de riesgo asociados. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Enero 2017 a enero 2018. Multimed Revista Médica Granma. 2020;24(1):129-38.
5. Costable NJ, Greenwald DA. Upper Gastrointestinal Bleeding. Clin Geriatr Med. 2021 Feb;37(1):155-72.
6. Meylin Giovani Benítez Carreon, Maryorith Stefanny Lazo Narrea. Correlación clínica de la clasificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en la escala de Glasgow-Blatchford y los hallazgos en endoscopia alta en pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche - Arequipa, abril 2020 - abril 2021. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2021.
7. Yunga Quim AX, Montenegro Villavicencio AF. REVISIÓN TEÓRICA DE LOS FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVAS ALTAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS. Más Vita. 2020 Aug 29;2(2):68-75.
8. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. Mayo Clin Proc. 2019 Apr;94(4):697-703.
9. Núñez-Daza MD. Comparación de las puntuaciones de Glasgow-Blatchford vs. Rockall como predictoras de hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes tratados en el Hospital Universitario Erasmo Meoz y en la clínica San José de Cúcuta, Colombia, en 2017-2018. Rev Argent Med. 26 de octubre de 2023;11(3):262-8.
10. Ordoñez JSF. Hemorragia de vías digestivas altas no-varicosa: un acercamiento a pronóstico – Revisión de la literatura : Pronóstico en Hemorragia digestiva alta. Arch Med Manizales [Internet]. 4 de septiembre de 2023 [citado 10 de julio de 2024];23(1). Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/4444>
11. Orbis PC, Laguna CB, Miguel I. S, Mallada GH, Arbeloa AL. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de febrero de 2020;13(3):136-44.

12. Zanetto A, Garcia-Tsao G. Management of acute variceal hemorrhage. *F1000Research*. 25 de junio de 2019;8:F1000 Faculty Rev-966.
13. Gralnek IM, Camus Duboc M, Garcia-Pagan JC, Fuccio L, Karstensen JG, Hucl T, et al. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. noviembre de 2022;54(11):1094-120.
14. Lenin RCG. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2019-2021 PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO AUTOR: 2022;
15. Alzoubaidi D, Lovat LB, Haidry R. Management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: where are we in 2018? *Frontline Gastroenterol*. enero de 2019;10(1):35-42.
16. Stolow E, Moreau C, Sayana H, Patel S. Management of Non-Variceal Upper GI Bleeding in the Geriatric Population: An Update. *Curr Gastroenterol Rep*. 25 de marzo de 2021;23(4):5.
17. Pioppo L, Bhurwal A, Reja D, Tawadros A, Mutneja H, Goel A, et al. Incidence of Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding Worsens Outcomes with Acute Coronary Syndrome: Result of a National Cohort. *Dig Dis Sci*. 1 de abril de 2021;66(4):999-1008.
18. Saydam ŞS, Molnar M, Vora P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. *World J Gastrointest Surg*. 27 de abril de 2023;15(4):723-39.
19. Tenorio JHM, Guzmán-Calderón E, Vesco-Monteagudo E. Hemorragia digestiva alta no variceal. *Diagnóstico*. 7 de octubre de 2022;61(3):e397-e397.
20. Bhattarai S. Clinical Profile and Endoscopic Findings in Patients with Upper Gastrointestinal Bleed Attending a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*. junio de 2020;58(226):409-15.
21. Bahaddin Durak M, Şimşek C, Yüksel İ. Clinical Outcomes of Older Patients with Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding Taking Anti-Thrombotic or Non-Steroidal Anti-Inflammatory Agents. *Turk J Gastroenterol*. 1 de septiembre de 2023;34(9):918-24.

22. Alali AA, Barkun AN. An update on the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Rep.* 30 de diciembre de 2022;11:goad011.
23. De Angelis CG, Cortegoso Valdivia P, Rizza S, Venezia L, Rizzi F, Gesualdo M, et al. Endoscopic Ultrasound-Guided Treatments for Non-Variceal Upper GI Bleeding: A Review of the Literature. *J Clin Med.* marzo de 2020;9(3):866.
24. Recio-Ramírez JM, Sánchez-Sánchez M del P, Peña-Ojeda JA, Fernández-Romero E, Aguilera-Peña M, del-Campo-Molina E, et al. Capacidad predictiva de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en un servicio de urgencias. *Rev Esp Enfermedades Dig.* mayo de 2015;107(5):262-7.
25. Costable NJ, Greenwald DA. Upper Gastrointestinal Bleeding. En: Pitchumoni CS, Dharmarajan TS, editores. *Geriatric Gastroenterology* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [citado 10 de julio de 2024]. p. 1289-304. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-30192-7_47
26. Yen HH, Wu PY, Wu TL, Huang SP, Chen YY, Chen MF, et al. Forrest Classification for Bleeding Peptic Ulcer: A New Look at the Old Endoscopic Classification. *Diagnostics.* mayo de 2022;12(5):1066.
27. Yang EH, Wu CT, Kuo HY, Chen WY, Sheu BS, Cheng HC. The recurrent bleeding risk of a Forrest IIc lesion at the second-look endoscopy can be indicated by high Rockall scores ≥ 6 . *Surg Endosc.* 1 de abril de 2020;34(4):1592-601.
28. Hemorragia digestiva alta en pacientes con ulcera péptica y alto riesgo de resangrado. Evolución, tratamiento y factores pronósticos. [Internet]. [citado 12 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/1239>
29. Cañamares-Orbís P, Chan FKL. Endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 1 de octubre de 2019;42-43:101608.
30. Barkun AN, Bardou M, Martel M, Gralnek IM, Sung JJY. Prokinetics in acute upper GI bleeding: a meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 1 de diciembre de 2010;72(6):1138-45.
31. Gupta R, Sonpal N, Patel N, Arya V. Prokinetic Agent- Metoclopramide Increases the Yield of Upper Endoscopy and Decreases the Need for Second

- Look Endoscopy in Patients with Upper Gastrointestinal Bleed a Randomized Prospective Study. *Gastrointest Endosc.* 1 de abril de 2008;67(5):AB81-2.
32. Surek A, Gemici E, Bozkurt MA, Karabulut M. UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: IS ONLY AN INJECTION OF EPINEPHRINE SUFFICIENT? SUCCESS RATES BY FORREST CLASSIFICATION. *SANAMED.* 28 de diciembre de 2020;15(3):309-15.
 33. Yip BCH, Sayeed Sajjad H, Wang JX, Anastassiades CP. Endoscopic treatment modalities and outcomes in nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *World J Gastrointest Endosc.* 16 de febrero de 2020;12(2):72-82.
 34. Lau LHS, Sung JJY. Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes. *Dig Endosc.* 2021;33(1):83-94.
 35. Mutneja H, Bhurwal A, Go A, Sidhu GS, Arora S, Attar BM. Efficacy of Hemospray in Upper Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gastrointest Liver Dis JGLD.* 13 de marzo de 2020;29(1):69-76.
 36. Aziz M, Weissman S, Mehta TI, Hassan S, Khan Z, Fatima R, et al. Efficacy of Hemospray in non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a systematic review with meta-analysis. *Ann Gastroenterol.* 2020;33(2):145-54.
 37. Carolina Pinto, Pia Parra, Jose Magna, Abraham Gajardo, Zoltan Berger, Cristian Montenegro, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Rev Med Chile.* 202AD;148:288-94.
 38. Rațiu I, Lupușoru R, Popescu A, Sporea I, Goldiș A, Dănilă M, et al. Acute gastrointestinal bleeding: A comparison between variceal and nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Medicine.* 2022 Nov 11;101(45):e31543.
 39. Villagrasa A, Hernández- Gea V, Bataller R, Giráldez Á, Procopet B, Amitrano L, et al. Alcohol- related liver disease phenotype impacts survival after an acute variceal bleeding episode. *Liver International.* 2023 Jul 15;43(7):1548-57.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Ortega Sánchez Miguel Francisco** con C.C: # **0704255066** y **Muñoz Jalon Milena Alejandra**, con C.C: # **1206302208** autores del trabajo de titulación: **Relación de factores de riesgo y grado de severidad en hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes mayores de 40 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el año 2023**. Previo ala 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, 10 de Octubre del 2024



Firmado electrónicamente por:
**MIGUEL FRANCISCO
ORTEGA SANCHEZ**

f. _____

Miguel Francisco Ortega Sánchez

C.C 0704255066



Firmado electrónicamente por:
**MILENA ALEJANDRA
MUNOZ JALON**

f. _____

Milena Alejandra Muñoz Jalón

C.C.1206302208

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Relación de factores de riesgo y grado de severidad en hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes mayores de 40 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el año 2023		
AUTOR(ES)	Miguel Francisco Ortega Sánchez Milena Alejandra Muñoz Jalón		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Luis Fernando Arroba Raymondi		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de octubre de 2024	No. DE PÁGINAS:	27
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina interna, Gastroenterología, Cirugía		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hemorragia digestiva alta, úlcera péptica, gastritis, AINES, alcohol, tabaco.		

RESUMEN/ABSTRACT :

Introducción: El sangrado digestivo alto es un tipo de hemorragia que afecta órganos anexo al sistema digestivo que se ubican por arriba de su referencia anatómica ligamento de Treitz. Se buscó además relacionar el sangrado digestivo alto no varicoso con los factores de riesgo en hábitos tóxicos como determinante de la severidad del grado de sangrado

Metodología: Estudio de nivel relacional con corte transversal retrospectivo en el año 2023 con una base de datos 384 pacientes que se encontraban dentro de los criterios a estudiar del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Resultados: Se cuantificaron variables epidemiológicas de edad y sexo, siendo el promedio de 62 años, con una desviación estándar de ± 14.54 con un predominio del sexo masculino con un 53.9%. **Conclusión:** Teniendo en cuenta los conocimientos sobre hemorragia digestiva alta no variceal, se concluyó que los factores de riesgo asociados a hábitos tóxicos ocasionan un daño de forma única, y la combinación de AINES y consumo crónico de alcohol, puede ocasionar con mayor probabilidad una aparición de un cuadro de sangrado digestivo severo.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 980375232 +593 967894706	E-mail: mike.ortega1999@outlook.com milealejandra_2000@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio	
	Teléfono: +593-982742221	
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		