



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

**TEMA:**

**Recurrencia del sangrado no variceal por úlceras  
gastroduodenales en pacientes de la Unidad de  
Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro  
Maldonado Carbo, 2019-2020**

**AUTORES:**

**AROCA ALDAZ MARIA JOSE  
ROJAS SUAREZ OLGA MARINA**

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

**TUTOR:**

**Benites Estupiñan Elizabeth**

**Guayaquil, Ecuador**

**30 de agosto del 2021**



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

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Aroca Aldaz María José y Rojas Suárez Olga Marina**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

### **TUTORA**

**ELIZABETH  
MARIA BENITES  
ESTUPINAN**

Firmado digitalmente  
por ELIZABETH MARIA  
BENITES ESTUPIÑAN  
Fecha: 2021.08.20  
10:58:05 -05'00'

---

**MD. MSC.Elizabeth Benites Estupiñan.**

### **DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Apellidos, Nombres completos**

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



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

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Aroca Aldaz María José**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Recurrencia del sangrado no variceal por úlceras gastroduodenales en pacientes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, 2019-2020**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

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

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Aroca Aldaz María José**



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

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Rojas Suárez Olga Marina**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Recurrencia del sangrado no variceal por úlceras gastroduodenales en pacientes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, 2019-2020**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

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

**LA AUTORA**

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

**Rojas Suárez Olga Marina**



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

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Aroca Aldaz María José**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Recurrencia del sangrado no variceal por úlceras gastroduodenales en pacientes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, 2019-2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

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

**AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Aroca Aldaz María José**



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

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Rojas Suárez Olga Marina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Recurrencia del sangrado no variceal por úlceras gastroduodenales en pacientes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, 2019-2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

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

**AUTORA:**

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

**Rojas Suárez Olga Marina**



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

**Certificación de Antiplagio**

Certifico que después de revisar el documento final del trabajo de titulación denominado: **Recurrencia del sangrado no variceal por úlceras gastroduodenales en pacientes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, 2019-2020**, presentado por los estudiantes Aroca Aldaz María José y Rojas Suárez Olga Marina, fue enviado al Sistema Antiplagio URKUND, presentando un porcentaje de similitud correspondiente al ( 0 %), por lo que se aprueba el trabajo para que continúe con el proceso de titulación.

**ELIZABETH  
MARIA BENITES  
ESTUPINAN**

Firmado digitalmente  
por ELIZABETH MARIA  
BENITES ESTUPIÑAN  
Fecha: 2021.08.20  
10:58:05 -05'00'

---

**MD. MSC. Elizabeth Benites Estupiñan  
TUTOR**

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS AROCA-ROJAS FINAL.docx (D111473578)  
**Submitted:** 8/19/2021 7:10:00 PM  
**Submitted By:** mari05111997@gmail.com  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

**ELIZABETH**  
**MARIA**  
**BENITES**  
**ESTUPIÑAN**

Firmado  
digitalmente por  
ELIZABETH MARIA  
BENITES  
ESTUPIÑAN  
Fecha: 2021.08.20  
10:23:56 -05'00'

---

**MD. MSC. Elizabeth Benites Estupiñan**  
**TUTOR**



## AGRADECIMIENTO

Quiero decir que todas las personas que he conocido a lo largo de mi vida, cada una de ellas con su “algo” especial, aportaron a mi alma, a mi corazón, a mi carácter con sus defectos y virtudes. Todas las situaciones por las que he atravesado, son las mismas que me trajeron hoy hasta aquí y por ello estoy muy agradecida, aprendemos cada día algo nuevo.

Agradezco a Dios por su infinito amor, por su perdón, por estar presente en cada logro, en cada risa, en los amaneceres, en la reunión familiar, reunión entre amigos, en la felicidad de Jake y Mandy, en mi canción favorita, en todo lo que me hace feliz. Gracias por darme todos los días la oportunidad de levantarme y seguir formando mi vida, y por llenar mi corazón de agradecimiento y paz.

A mis padres, Luis y Ximena, por ser tan entregados a sus hijos, estoy muy orgullosa de ustedes, me han enseñado el significado de la familia, del amor, del estudio... gracias por ser mis confidentes y por confiar siempre en mí.

A mis hermanos Xavier, Andrés, Santiago, Paul, Fabián, y en especial a Dani, por darme palabras de aliento, por cuidarme y apoyarme durante todo este tiempo.

A mis amigas, gracias por ayudarme a crecer como persona, amiga, profesional, gracias por apoyarme en mis momentos difíciles, y celebrar en los buenos, cada una de ustedes ha dejado una huella en mi corazón, son tan diferentes entre sí, pero cada una con su característica propia que las hace especiales, las guardo eternamente en mi corazón. Sasha, Yenlee, Marina, Daniela, Valeria e Yvana.

A mis amigos, y compañeros de clase, con los que compartí varios años de carrera, cada ciclo con experiencias y momentos inolvidables.

A mis queridos docentes de la facultad quienes no solo aportaron con conocimientos sino con experiencias que me ayudaron a formarme, un agradecimiento especial a la Dra. Benites y Dr. Vásquez, tutores de nuestra tesis.

*Aroca Aldaz, María José*

## AGRADECIMIENTO

En la vida se tiene que pasar por muchos procesos para poder lograr los sueños y que estos no solo queden en eso, si no se conviertan en realidades, actualmente estoy cumpliendo un sueño en el que sola no lo hubiese logrado, de tal manera estas líneas son para agradecer principalmente a mis padres que a lo largo no solo de la carrera sino de toda mi vida me han apoyado en todos los procesos que conlleva esta. En el proceso de crecer fallamos muchas veces, pero con su guía y la ayuda de Jehová estoy cumpliendo uno de los sueños más importantes de mi vida. Por eso en este presente agradezco, el tiempo, las energías, el amor, ese inagotable amor que los hace dar todo, hasta lo que en algunas ocasiones no había al alcance, incluso anteponer las necesidades de sus hijas sobre la de ellos. Y por tal razón como siempre decimos el logro de uno es el logro de todos. Por eso este logro también es suyo. Sin olvidar a mi amada hermana que es un ejemplo para mí, que día a día lucha con sus miedos y que día a día gana batallas que muchos no pudiéramos sobrellevar, gracias por enseñarme a superar mis propios miedos y saber que los límites se los pone uno mismo.

En este agradecimiento incluyo a mis amigos, los que me han acompañado a lo largo de la vida y los que en el transcurso de la carrera me he encontrado, gracias por las risas, por la compañía, por el apoyo, en especial a mi compañera de tesis que más que una amiga se ha convertido en una hermana. Gracias por tu compañía incondicional.

Sin olvidar a la institución que nos acogió durante toda la carrera de medicina la UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL, a sus docentes y el trabajo de guía y apoyo de nuestra tutora la Dra. Elizabeth Benites Estupiñán.

*Rojas Suárez, Olga Marina*

## DEDICATORIA

Su amor, su carácter, su fuerza, su dedicación, hicieron de mí una mujer totalmente agradecida con Dios y la vida por haberme dado unos padres como ustedes, este trabajo y seis años de carrera universitaria no hubiera sido posible sin su esfuerzo, su motivación y su tan valiosa compañía. Gracias por amarme, por ser mis mejores amigos, por estar en mis mejores y peores momentos, por darme valores, por enseñarme a ser feliz, a luchar y ser perseverante. Los amo papi y mami, Luis y Ximena.

A mi hermana, María Daniela, mi eterna compañera desde la barriga de mamá, te dedico este trabajo por toda tu paciencia y amor, que bendición verte a mi lado y convertirnos en adultas, vernos avanzar juntas.

A mis abuelitas Carmen y Piedad, gracias por su amor, por su compañía física y espiritual, por hacerme reír, por nuestras largas conversaciones, gracias, por tanto.

A mi compañera de tesis, Marina, por estar junto a mí durante toda la carrera y apoyarme en lo académico y personal, gracias por ser como una hermana, y gracias también a tu familia por acogerme como una hija más.

*Aroca Aldaz, María José*

## DEDICATORIA

Este proyecto de titulación conlleva el final de una etapa, una maravillosa etapa, en la que hemos experimentado un sin número de emociones y hemos vivido experiencias increíbles en la que han formado parte muchas personas, al ver el cumplimiento de esta meta me siento muy dichosa y agradecida por las personas que me acompañan en mi presente. Es por eso por lo que este proyecto de titulación se lo dedico a:

Mis padres por ser el pilar de la familia, por enseñarme a enfrentar la vida con valentía, decisión, a tener compasión por los más necesitados, saber que existen los fracasos, pero también el poder de decisión de levantarte y seguir adelante. Porque las grandes cosas y las que valen la pena no se las consiguen fácilmente.

Mi hermana por esa parte de mi familia que parece frágil pero que fortalece a todos y nos enseña día a día, es como esa piedra angular, el centro de un todo y la esencia del todo.

Mi compañera de tesis María José, que me ha enseñado que a pesar de que el mundo se caiga a tu alrededor, tus metas no deben cambiar, sino todo lo contrario enfocarte más en ellas.

Mis amigas Kathleen y Valeria que su compañía no ha faltado, en el que hemos reído, compartido experiencias que hemos hecho propias y nos hemos transformado a través del tiempo.

Dedico este proyecto a cada persona que formo parte de este proceso, a cada persona que compartió una sonrisa, una lagrima, un enojo, una frustración, porque todo contribuyó para que esta meta se haga realidad.

*Rojas Suárez, Olga Marina*



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

**ELIZABETH  
MARIA BENITES  
ESTUPINAN**

Firmado digitalmente  
por ELIZABETH MARIA  
BENITES ESTUPIÑAN  
Fecha: 2021.08.20  
10:58:05 -05'00'

f. \_\_\_\_\_  
**MD. MSC. Elizabeth Benites Estupiñan  
TUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
OPONENTE



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

**CALIFICACIÓN**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>NOTA FINAL DEL TUTOR</b>
<b>Aroca Aldas María José</b>	<b>10/10</b>
<b>Rojas Suárez Olga María</b>	<b>10/10</b>

**ELIZABETH  
MARIA BENITES  
ESTUPINAN**

Firmado digitalmente  
por ELIZABETH MARIA  
BENITES ESTUPIÑAN  
Fecha: 2021.08.20  
10:58:05 -05'00'

---

**MD. MSC.Elizabeth Benites Estupiñan.  
TUTOR**

## Contenido

RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT.....	XVIII
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION .....	3
Objetivo General:.....	3
Objetivos específicos .....	3
JUSTIFICACION DEL PROBLEMA .....	4
CAPITULO II.....	5
MARCO TEORICO .....	5
DEFINICION .....	5
ETIOLOGIA .....	5
MANIFESTACIONES CLINICAS .....	6
DIAGNOSTICO .....	7
ESCALA DE ROCKALL.....	8
DEFINICION .....	8
CONMORBILIDADES ASOCIADAS .....	10
ESCALA DE FORREST .....	11
DEFINICION .....	11
MANEJO ENDOSCÓPICO .....	13
TRATAMIENTO .....	15
CAPITULO III .....	18
METODOLOGIA .....	18
DISEÑO DE ESTUDIO.....	18

POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	18
TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS .....	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	18
CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.....	18
MÉTODO DE MUESTREO Y RECOGIDA DE DATOS .....	19
RESULTADOS.....	19
DISCUSION.....	31
CONCLUSIONES .....	32
RECOMENDACIONES.....	34
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>35</b>



## RESUMEN

La enfermedad ulcero péptica es una patología de carácter multifactorial, entre sus principales etiologías encontramos la presencia sostenida de *Helicobacter pylori* y el uso prolongado de AINES los mismos que alteraran el revestimiento de la mucosa gástrica o duodenal produciendo esta enfermedad y su gravedad dependerá del tipo de lesión que se presente en cada paciente. Para identificar qué tipo de lesión se encontrará se usa la escala de Forrest que además de brindar una estadificación de las lesiones ulcerativas permite pronosticar la probabilidad de resangrado de las mismas. Junto con la escala de Rockall que aporta datos clínicos del paciente como sexo, estado hemodinámico, comorbilidades se puede tener un valor pronóstico más acertado del resangrado en pacientes diagnosticados con enfermedad ulcero péptica. Metodología: Estudio de corte transversal (observacional, descriptivo, comparativo) y retrospectivo. Población de 416 pacientes con una muestra de 200 pacientes diagnosticados previamente con enfermedad ulcero péptica. Resultados: principales factores de riesgo se encontró el sexo masculino con 66%, edad <80 años con 84%, HTA con 54%, siendo el tipo de lesión más común en el estudio las úlceras gástricas con 82.5%, y entre los hallazgos por la escala de FORREST se encontró que el tipo de lesión predisponente es Forrest III con 78.5%. Se realizó la correlación de Spearman de las escalas el cual se obtuvo un valor de -0.037762077 que es igual a -3%, el coeficiente (test) Alpha 0,05, y el p-value 0.655 (65%) es decir >0,05, la escala de Rockall y la escala de Forrest no tiene relación entre sí, son independientes. La prevalencia de úlceras gastroduodenales en la población de estudio fue del 48%, esto quiere decir que existe un gran porcentaje de pacientes con esta enfermedad.

Palabras claves: enfermedad ulcero péptica, resangrado, escala de FORREST, escala de ROCKALL, AINES, *Helicobacter Pylori*.

## ABSTRACT

Peptic ulcer disease is a multifactorial disease, the most common causes are the Helicobacter presence and the prolonged use of NSAIDs, which will alter the lining of the gastric or duodenal mucosa that will develop the ulcer and its severity depend on the type of lesion individually. To identify what type of lesion will be found, the Forrest scale is used, which provide a staging of ulcerative lesions, that allows predicting the rebleeding probability. Together with Rockall scale that provides patient clinical data as sex, hemodynamic status, and comorbidities, a more accurate prognostic value of rebleeding can be made in patients with peptic ulcer disease. Methodology: Cross-sectional study (observational, descriptive, comparative) and retrospective. Population of 416 patients with a sample of 200 patients previously diagnosed with peptic ulcer disease. Results: the main risk factors are the male sex with 66%, age <80 years old with 84%, arterial hypertension with 54%, as a finding the most common type of injury in our study was the gastric ulcers with 82.5%, and by The FORREST scale the predisposing type of lesion is Forrest III with 78.5%. The Spearman correlation of the scales was performed, which result a value of -0.037762077 that is equal to -3%, the Alpha coefficient (test) 0.05, and the p-value 0.655 (65%) that is > 0,05, the ROCKALL scale and the Forrest scale have no relation to each other, they are independent. The prevalence of gastroduodenal ulcers in the study population was 48%, this means that there is a large percentage of patients with this disease.

Key words: peptic ulcer disease, rebleeding, FORREST scale, ROCKALL scale, NSAIDs, Helicobacter Pylori.

## INTRODUCCION

El sangrado digestivo alto de origen no variceal es una de las patologías más consultadas en el área de gastroenterología, la principal etiología se asocia a la infección por *Helicobacter pylori*, que causa una serie de lesiones en el revestimiento de la mucosa, la localización de estas úlceras puede ser en gástricas o duodenales, existen otras causas que serán revisadas al largo del capítulo. Las lesiones ulcerosas pueden empezar de manera silente o sintomática, en los pacientes que presentan manifestaciones clínicas se debe valorar de forma amplia, ya que puede llegar a confundir los diagnósticos en una primera instancia, identificar los factores de riesgo para presentar úlceras pépticas es una de las tareas fundamentales en el diagnóstico y manejo oportuno de estas lesiones y así evitar llegar al sangrado digestivo. Sin embargo, en nuestro medio el cribado en pacientes con factores de riesgo no es un procedimiento que se realice con frecuencia, y en términos generales los pacientes acuden a emergencias cuando presentan un malestar significativo es decir el sangrado. La forma de presentación del sangrado digestivo alto puede ser variada y va en función a la ubicación de las úlceras.

El abordaje de estos pacientes comienza con la estabilización de signos vitales en caso de presentar sangrados abundantes, y luego la endoscopia representa la prueba más efectiva para el diagnóstico, ya que permite la visualización directa de las lesiones y su estratificación, para ello se cuenta con herramientas como las escalas de Forrest, que permite identificar el tipo de lesión y su porcentaje de riesgo de resangrado, y la escala de Rockall que selecciona a los pacientes de riesgo bajo y alto para resangrado, según variables de estado hemodinámico y comorbilidades asociadas a estos pacientes. El manejo terapéutico consta de una parte pre-endoscópica, que incluye medidas para mejorar la visualización en el procedimiento, la parte propiamente endoscópica donde se realiza la terapia con inyección, electrocauterización o clips, según el caso, y finalmente la parte postendoscópica que incluye medidas de prevención y terapéutica antisecretora.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

### Objetivo General:

“Evaluar la Recurrencia del Sangrado no variceal por ulceras gastroduodenales en pacientes de la Unidad de gastroenterología del HTMC 2019 – 2020”

### Objetivos específicos. -

- 1.- Identificar los principales factores de riesgo de los pacientes con sangrado no variceal por ulceras gastroduodenales.
- 2.- Identificar la prevalencia del sangrado digestivo alto en pacientes con ulceras gástricas y duodenales.
- 3.- Indicar mediante la Escala de Forrest el tipo de lesión encontrada en el procedimiento endoscópico. Y con la Escala de Rockall, el estado hemodinámico y comorbilidades asociadas al paciente.
- 4.- Establecer la relación entre los resultados entre las escalas pronósticas de Forrest y Rockall mediante correlación de Spearman.

## JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El sangrado digestivo no variceal como complicación más frecuentemente de úlceras pépticas representan un motivo frecuente de hospitalización en la unidad de gastroenterología, por tal razón es de mucha importancia su estudio, la pérdida significativa de sangre podría desarrollar en los pacientes complicaciones hemodinámicas graves, más aún cuando se asocia a comorbilidades de los pacientes con esta patología.

En nuestro medio la mayoría de la población sufre de alguna enfermedad gastrointestinal, pero la mayoría no acude a la atención médica hasta que presenta síntomas mayores donde ya tiene presente un cuadro clínico más crónico y con mayores posibilidades de complicarse, por tal razón es necesario conocer cuántos de estos pacientes ya diagnosticados tendrán la probabilidad de presentar resangrado y que tan frecuente serían esos, para así poder estipular un mejor tratamiento y mejorar su calidad de vida.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### DEFINICION

La enfermedad ulcero péptica se define por presentar un defecto en la continuidad del revestimiento de la mucosa gástrica o duodenal las misma que se extienden hasta las capas más profundas de la pared. Dependiendo de donde se ubique la lesión, toma su nombre ya sean gástricas, o duodenales.

El revestimiento de la mucosa del estómago y duodeno se ve afectado por mecanismos externos que afectan a esta barrera de protección produciendo erosiones e inflamación a larga data.

#### ETIOLOGIA

La enfermedad ulcero péptica se asocia a dos causas principales las cuales son: la infección por *Helicobacter Pylori* y el consumo de medicamentos no esteroideos. La presencia de ambas causas representa un sinergismo aun mayor para la presencia de ulcera péptica sangrante o complicada.

La infección por *H. pylori* interviene principalmente en la fisiología gastrointestinal, en ella incluida la secreción de ácido gástrico y los mecanismos de defensa en el recubrimiento de las mucosas principalmente del estómago y duodeno. Pero estos cambios son progresivos a través del tiempo y una exposición de larga data puede llevar a presentar ulceras pépticas.(1)

En cuanto al uso de AINEs se asocia cuatro veces más en el riesgo de enfermedad ulcero péptica que la infección por *Helicobacter pylori*, teniendo un pronóstico a su consumo aun mayor ya que se asocia a la presencia de hemorragia gastrointestinal, perforación y obstrucción pilórica y las ulceras pueden ser más refractarias al tratamiento convencional. (2) (3)

Existen otras causas inusuales que podrían llevar a la aparición de ulceras pépticas como la presencia de gastrinoma, infecciones virales, o de carácter idiopático.

## MANIFESTACIONES CLINICAS

La enfermedad ulcero péptica al ser una enfermedad de carácter crónico se ve condicionada a diferentes factores los mismos que pueden llevar a que la patología sea silente o incluso asintomática y los pacientes pueden debutar y conocer de su patología al presentar hemorragia o perforación.(4) Los adultos mayores y los individuos que toman antiinflamatorios no esteroideos tienen mayor posibilidad de ser asintomáticos y después presentar complicaciones ulcerosas.(5)

En los pacientes que presentan síntomas el más común es el dolor abdominal en la región del epigastrio y con menor frecuencia en el hipocondrio izquierdo, con radiación hacia la espalda, sugestionando el diagnóstico a otras patologías, el mismo que llevaría a un mal manejo terapéutico subsistiendo la causa principal del síntoma por semanas incluso meses.

El dolor clásico o típico de las úlceras gastroduodenales ocurre entre dos y cinco horas después de la ingesta de alimento por la noche entre las once pm y dos am, cuando el patrón circadiano de secreción de ácido es máximo.(6)

Los pacientes con úlceras pépticas, en particular las úlceras de canal pilórico pueden tener síntomas provocados por alimentos debido a la sensibilización visceral y la dismotilidad gastroduodenal, los mismos que incluyen dolor en el epigastrio que empeora con la alimentación, saciedad precoz, intolerancia a los alimentos grasos, vómitos ocasionales, náuseas.(7)

Entre los síntomas asociados el paciente puede presentar plenitud abdominal, náuseas, saciedad temprana que puede ser provocada por la comida, hay que tener presente que el reflujo gástrico puede coexistir el mismo que puede llegar a complicar el cuadro clínico.

Las complicaciones de la enfermedad ulcero péptica se hace evidente al cambio de los síntomas ya mencionados y la aparición de nuevos como sangrado, perforación, fistulización.

La hemorragia digestiva alta es la complicación más común de la enfermedad ulcero péptica el mismo que se presenta ya sea por hematemesis (sangre roja o emesis en granos de café) o melena (heces negras y alquitranadas) la variación de la presentación de estos síntomas dependerá de la ubicación de las úlceras gastroduodenales, en casos raros, los pacientes presentaran hemorragia masiva, hematoquecia e hipotensión ortostática.

Las úlceras pépticas pueden penetrar a través de la pared intestinal sin una perforación libre o fuga de contenido luminal hacia la cavidad peritoneal, formando una fistula en dos estructuras subsecuentes. El dolor de la penetración generalmente se vuelve más intenso, de mayor duración y se irradia a la región torácica inferior lumbar superior. Los pacientes suelen referir como un dolor más localizado y más intenso en la espalda que no alivia con alimentos ni antiácidos, este cambio se puede presentar ya sea de manera gradual o de forma repentina.

En la enfermedad ulcero péptica complicada puede presentar la perforación de las úlceras gastrointestinales, las misma que se presentan en un porcentaje menor sin embargo hay que tenerlas muy presente ya que podría llevar a la muerte de paciente. La triada clásica de aparición repentina de dolor abdominal, taquicardia, rigidez abdominal o también denominada abdomen en tabla es el sello distintivo de la perforación de úlcera péptica. Las úlceras gástricas prepilóricas son las responsables de la mayoría de las perforaciones, seguidas las del bulbo duodenal.(8)

## DIAGNOSTICO

En el diagnóstico de la enfermedad ulcero péptica tendrá de gran importancia la parte clínica y el contexto del uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos o antecedentes de infección por *Helicobacter Pylori*.

En los hallazgos de laboratorios la mayoría de los pacientes con úlceras pépticas no complicadas tienen un hemograma completo normal. Los pacientes pueden tener anemia por deficiencia de hierro debido a la pérdida de sangre gastrointestinal recurrente. Los pacientes con perforación gastrointestinal aguda pueden tener leucocitosis.



En cuanto el estudio por imágenes existe dos signos directos de enfermedad ulcerosa péptica en la tomografía computarizada abdominal incluyen la discontinuidad focal del hiper-realce de la mucosa, que refleja la enfermedad que llega a la muscularis mucosa, y la identificación de la protuberancia luminal. La protuberancia luminal corresponde al cráter de la úlcera que se extiende a través y más allá de la pared gastroduodenal. Otros signos inespecíficos incluyen engrosamiento de la pared gástrica, inflamación perigástrica o periduodenal y realce de la mucosa en un área focal. La TC abdominal no es sensible para la enfermedad ulcerosa péptica no complicada y pueden pasarse por alto las úlceras superficiales.(9) (10)

Sin embargo el diagnóstico de la enfermedad ulcero péptica se establece definitivamente mediante la visualización directa de la ulcera en la endoscopia digestiva alta siendo este el método diagnóstico más preciso, ya que la sensibilidad de la endoscopia digestiva alta en detectar lesiones gastroduodenales es de aproximadamente el 90%.(11)

Toda ulcera de apariencia maligna deben someterse a una biopsia. Entre las características que sugieren que una ulcera puede ser maligna incluyen: una masa ulcerada que sobresale en la luz, pliegues que rodean el cráter de la ulcera que son nodulares en forma de palillo, fusionados o se detienen antes del margen de la ulcera, margen de la ulcera colgantes, irregulares o engrosados.

En cuanto las úlceras de apariencia benigna que se observan en la endoscopia digestiva alta presentara características como bordes lisos, regulares, redondeados, con base lisa y plana a menudo llena de exudado. Estas úlceras no se recomienda realizar biopsia, exceptuándose si las mismas se ubican en áreas con alta incidencia de cáncer gástrico.(12)

## ESCALA DE ROCKALL

### DEFINICION

La escala de Rockall, es una herramienta utilizada para valorar el riesgo de presentar un sangrado digestivo alto de origen no variceal y su necesidad de realizar un

procedimiento endoscópico urgente. Esto permite efectuar de manera correcta los lineamientos terapéuticos con el fin de disminuir los resangrados. La escala de Rockall clasifica a los pacientes que necesitan una video endoscopia, es decir valoración pre endoscópica, lo hace utilizando variables como presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, edad y las comorbilidades.

Tabla 1. Escala de Rockall

<b>Variables</b>	<b>Puntaje</b>			
	0	1	2	3
<i>Edad</i>	<60	60-79	>80	
<i>Frecuencia cardiaca</i>	<100	>o= 100		
<i>Tensión arterial sistólica</i>	>o= 100		<100	
<i>Comorbilidad</i>	HTA, DM, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca		Insuficiencia renal y Cáncer	

La escala de Rockall asigna puntos de 0 a 3 por cada variable que esté presente, en un total de 0-7 podrían ser los valores obtenidos, de los cuales utiliza la escala para estratificar a los pacientes en los grupos de riesgo, alto y bajo. Esto corresponde a la valoración pre-endoscópica, si puntúa 0 entonces corresponde al grupo de bajo riesgo, mientras que, si puntúa 1 o mayor a este, entonces corresponde al grupo de alto riesgo.

La escala de Rockall completa, se refiere a la valoración post endoscópica, es una escala ampliamente utilizada en la unidad de gastroenterología en los hospitales de todo el mundo, fue publicada en 1996. El pronóstico sobre la posibilidad de un resangrado en conjunto con su mortalidad, se verifica con el estadiaje en cuanto a los grupos de alto y bajo riesgo. En ciertas ocasiones puede pasar que una lesión vascular es de difícil diagnóstico por endoscopia, para evitar errores en el estadiaje, se las coloca como riesgo intermedio. Para la escala de Rockall completa se incluye

variables, así tenemos a las siguientes: edad, hemodinamia, enfermedades concomitantes, lesión encontrada en la endoscopia, y signos de hemorragia reciente o activa. Los valores puntúan  $\leq 2$ : riesgo bajo, 3-5: riesgo intermedio, 6-12: riesgo alto.

#### CONMORBILIDADES ASOCIADAS

La edad, si bien es cierto no es una enfermedad, sigue siendo uno de los principales factores de riesgo para la persistencia o recidiva de hemorragia digestiva alta no variceal. Los factores implicados son la degeneración celular propia de la edad, y la falta de adherencia al tratamiento, así como su respuesta.

Las enfermedades concomitantes pueden estar o no relacionadas con la edad, así pues, la hipertensión arterial es la más predominante en la población mundial, y está fundamentada en la disfunción endotelial que conlleva un desequilibrio de factores relajantes y vasoconstrictores. Además, la hipertensión arterial es más frecuente en personas con diabetes en relación a las sin diabetes, esto quiere decir que la asociación entre los factores de riesgo cardiovascular es directamente proporcional. La dislipidemia es el principal factor de riesgo cardiovascular e incluso la que mayor relación tiene con el incremento de mortalidad en la población, ya que coexiste con las enfermedades coronarias y es la primera causa de infarto agudo al miocardio.

La diabetes, conocido como un problema de salud mundial, es una enfermedad en donde el exceso de glucosa en sangre provoca una serie de manifestaciones a corto y largo plazo, por consiguiente, su estudio y análisis va en función de reducir sus posibles complicaciones. Una de las principales complicaciones son las alteraciones vasculares que provocan endurecimiento de las paredes de las arterias y además la formación de ateromas que va en relación a enfermedades cardiovasculares. En el paciente diabético la aparición de enfermedades aterotrombóticas es mucho más acelerada en relación a un paciente sin diabetes, la rotura de estas placas de ateromas son las que ocasionan los problemas por complicaciones isquémicas. Además, la diabetes produce alteraciones en los factores de coagulación por la disfunción endotelial, una disminución en la producción de sustancias como la

trombina y la fibrina, las plaquetas también toman un efecto de hiperagregabilidad, hay una negativa a los efectos inhibitorios de la insulina, disminución de prostaciclina y óxido nítrico. (13)

Como se mencionó en el capítulo anterior las causas de las úlceras pueden ser variadas, la más predominante en la población es la presencia del *Helicobacter pylori*, por ello su erradicación en los pacientes es una de las tareas fundamentales. El estrés social al que todos los pacientes están expuestos, y la calidad de vida es un marcador también de mucho interés, se relaciona con incremento de ácidos gástricos y posteriormente la aparición de úlceras. El estrés psicosocial tiene un impacto en la sociedad y más aún ahora en el mundo moderno por los constantes cambios sociales, culturas y económicos a los que está sometida la población en general. Así pues el estrés duplica la probabilidad de tener hipertensión arterial en algún momento de su vida.(14)

En la escala Rockall se toma a las enfermedades neoplásicas y la enfermedad renal crónica con un valor de 3 puntos. Está relacionado no solo a la estancia hospitalaria que incrementa los eventos de estrés psicológico, sino también a que en el cáncer se estimulan los factores angiogénicos, entre el más conocido está el factor de crecimiento endotelial vascular VEGF, que sirve como inductor de permeabilidad vascular para aumentar o estimular la formación vascular. En estas patologías las alteraciones metabólicas se ven estimuladas por la liberación de sustancias inflamatorias como las citosinas que generan una variedad de manifestaciones.(15)

## ESCALA DE FORREST

### DEFINICION

La escala de Forrest es un método que se utiliza en gastroenterología para evaluar y puntuar a los pacientes con sangrado digestivo alto no variceal, los puntúa según el tipo de lesión que se observa mediante procedimientos endoscópicos. Este sistema de clasificación es muy utilizado alrededor del mundo y fue descrito por primera vez en 1974, su uso se destinaba a los pacientes con sangrado digestivo alto que correspondían a una patología ulcerosa.

Los hallazgos endoscópicos realizados por un profesional del área, permiten clasificar a los pacientes según el riesgo de recurrencia de presentar otro sangrado, ya que se utiliza un pronóstico según el tipo de lesión. Además, esta escala no sirve solo para evaluar al paciente sino también para realizar un correcto y efectivo manejo terapéutico dependiendo el caso.

La escala de Forrest al ser creada antes de la realización de los protocolos de manejo terapéutico en el sangrado digestivo alto, tiene algunas falencias, entre ellas las más destacadas son que no se toman en cuenta o no se los califica de una manera diferente teniendo en cuenta la localización, ya que en este caso se conoce que una lesión sangrante desde los bordes de la ulcera, tiene menor riesgo en relación a los sangrados producidos directamente de un vaso visible, otra limitante es que no toma en cuenta al tamaño de las úlceras, se conoce que una ulcera mayor de 2 cm es decir una ulcera considerada grande, sería de peor pronóstico y por lo tanto la probabilidad de resangrado sería mucho mayor. La ubicación topográfica de las lesiones en el estómago y duodeno también es un factor de mucha importancia, pero que sin embargo la escala de Forrest, no toma en cuenta para evaluar el pronóstico de estos pacientes.

Si mediante las escalas pronosticas obtenemos un resultado desalentador, como, por ejemplo, una alta probabilidad de resangrado y mortalidad. La mortalidad se asocia a los estados críticos del paciente, sangrados abundantes que comprometen arterias, lo que ocasiona una descompensación hemodinámica. Es por eso que el uso de estas escalas pronosticas pre y post endoscópicas son una herramienta importante para identificar y manejar de manera oportuna el sangrado, además que disminuye los costos de atención hospitalaria, estancia hospitalaria, candidatos a tratamiento endoscópico, ingreso a uci, entre otros. (16) En este estudio se incluye a las escalas de Rockall y Forrest. Sin embargo, dentro del estudio de la hemorragia digestiva alta también aparecen otras escalas, pero que incluirán parámetros clínicos.

Tabla 2. Escala de Forrest

<b>Sangrado</b>	<b>Grupo</b>	<b>Hallazgos endoscópicos</b>	<b>Riesgo de resangrado</b>
<i>Activo</i>	IA	Hemorragia en jet (chorro)	80-90%
	IB	Hemorragia babeante (en napa)	10-30%
<i>Reciente</i>	IIA	Vaso visible no sangrante	50-60%
	IIB	Coagulo adherido	25-35%
	IIC	Fondo ulceroso hemático	0-8%
<i>Sin sangrado</i>	III	No estigma de sangrado	0-12%

En la escala de Forrest se dividen a los grupos en alto y bajo riesgo y esto dependerá del tipo de lesión encontrada mediante el procedimiento endoscópico, así pues, la categoría IA, IB, IIA, IIB se encuentran en el grupo de riesgo alto, por encontrarse vasos con sangrado activo o reciente. El grupo de riesgo bajo incluyen a las categorías IIC, III.

#### MANEJO ENDOSCÓPICO

En el sangrado digestivo alto, la endoscopia requiere estabilidad hemodinámica del paciente, es por eso que el manejo en sala de emergencias está orientado a estabilizar al paciente antes de derivarlo al área de gastroenterología para los estudios correspondientes. El uso de sustancias intravenosas y las transfusiones sanguíneas son requeridos en alguno de los casos. La toma de signos vitales es uno de los pilares importantes para la monitorización de estos pacientes. Sin embargo, es común no definir el sitio de sangrado específico luego de pasado el evento, por eso se estima que la ventana adecuada entre la estabilización y el procedimiento endoscópico no se debe ser mayor a 24 horas, en especial cuando se trata de un sangrado abundante.

Los pacientes que son sometidos a endoscopia diagnóstica y en el proceso, se evidencia sangrado activo, son candidatas a manejo terapéutico. Cuando se encuentra lesiones limpias, o lesión con fondo eritematoso o pigmentado, no está justificado el uso de tratamiento endoscópico, sino un manejo conservador.

El manejo de los pacientes con sangrado digestivo alto de origen ulcero péptico, comienza pre-endoscópicamente, con el fin de realizarlo lo más adecuado posible para evitar que posteriormente se deba repetir una segunda endoscopia. Esto se realiza con el uso de procinéticos como la eritromicina (250 mg iv, 20-70 min antes del procedimiento) o la metoclopramida (10 mg iv 30-60 min antes del procedimiento), estas sustancias se utilizan con fines visuales puesto que, al ser administrado a estos pacientes, se logra una apreciación más clara y amplia de la mucosa. También se utiliza inhibidores de bomba de protones iv dosis inicial de 80 mg, y luego 8 mg/h en infusión.(17)

El manejo endoscópico se reserva para los pacientes que están hemodinámicamente estables y que han empezado con la terapia pre-endoscópica. El objetivo de la terapéutica endoscópica en sangrados activos, ha demostrado ser de eficacia para disminuir el riesgo de un sangrado recurrente y por consiguiente evitar la descompensación o riesgo de muerte. La gravedad del sangrado depende del sitio y de la profundidad de la ulcera, cuando alcanzan la submucosa los vasos presentes en esa área pueden ocasionar sangrados importantes.

Lo primero que se realiza mediante una endoscopia terapéutica es una irrigación rigurosa que le permita al médico tener una mejor visualización del área lesionada, el tiempo que toma este procedimiento aproxima unos 4-5 min. La terapia que incluye electrocauterización e inyección esclerosante es el manejo más utilizado en las salas de gastroenterología actualmente, por sus múltiples beneficios, tanto para prevenir el resangrado como disminuir la mortalidad. La epinefrina sigue siendo la terapia más común utilizada porque es de fácil acceso y uso, se debe inyectar en los 4 cuadrantes de la ulcera, a dosis de dilución 1:10000 o 1:20000. Otros agentes esclerosantes son utilizados, como el polidocanol, etanolamida, tetradecil. El uso de soluciones hipertónicas también es de fácil acceso.

Estas sustancias utilizadas accionan mediante hemostasia tanto por el volumen de la dilución administrada como por la vasoconstricción, efecto propio del medicamento. Varios estudios demuestran que combinar la terapia inyectable con la electrocauterización tiene mejores resultados que usar una sola terapia. La electrocauterización puede ser como electrocauterio monopolar, bipolar multipolar. Se prefiere usar los electrocauterios bipolar o multipolar ya que tienen un sistema que le permite bajar la intensidad, mientras más profundo se encuentra, permite realizar una coagulación térmica.

La terapia con sustancias esclerosantes y agentes adherentes se reserva para casos en donde el tratamiento anterior falle, sin embargo, su uso no está bien estudiado y son más costosos por lo que su uso está bien limitado. Además, han demostrado tener más probabilidad de presentar lesiones necrotizantes y perforación.

El uso de clips aporta un manejo directo de los vasos, puesto que los comprime sin lesionar la mucosa. Se usa preferentemente junto con combinaciones de epinefrina.

Cuando el paciente tiene antecedentes de sangrado por ulcera no variceal, inestabilidad hemodinámica, localización de la lesión en duodeno o curvatura menor, ulcera mayor a 2 cm, se estima que el riesgo de resangrado es alto y se debe utilizar terapias combinadas. El cuidado post-endoscopia se basa en el uso de inhibidores de la bomba de protones dosis inicial de 80mg y luego una terapia con infusión por 72 horas a dosis de 8mg/h.

## TRATAMIENTO

El tratamiento eficaz de la enfermedad ulcero péptica consiste en un conjunto de estrategias tanto endoscópicas, farmacológicas como en el cambio de estilo de vida del paciente con la finalidad de la erradicación de la patología para lo cual es necesario la detección etiológica de la misma.

De tal manera es necesario tratar la etiología subyacente en las que encontramos: erradicación de *Helicobacter pylori*, suspensión de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos ya que estos aumentan el riesgo de aumentar el riesgo de complicaciones en la enfermedad ulcero péptica.



El tratamiento inicial y principal es la hemostasia del organismo y para esto es necesario el diagnóstico y tratamiento endoscópico de emergencia el cual dependerá del tipo de úlcera y su ubicación en la escala de Forrest el mismo que se detalló previamente.

En cuanto al tratamiento inicial de la enfermedad ulcero péptica después de la hemostasia endoscópica tenemos la terapia antisecretora con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) para facilitar la cicatrización, el cual podría ser Omeprazol 20 a 40 mg al día, el uso de IBP de como resultado el control de manera más oportuna de los síntomas de la úlcera péptica y una mayor tasa de curación de la úlcera en comparación con los antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> (HR2A), teniendo la misma eficacia en el tratamiento de úlcera péptica relacionadas al consumo de AINES.(18)

La duración de la terapia antisecretora inicial varía según la característica de la úlcera, la etiología, y la presencia de complicaciones de la úlcera. En cuanto a las úlcera complicadas todos los pacientes deben recibir terapia supresora de ácido con un IBP intravenoso y cuando el paciente tolere la vía oral cambiar a un IBP oral en dosis altas dos veces al día para mejorar la cicatrización (omeprazol 40 mg dos veces al día), el mismo que se reducirá a una vez al día después de cuatro semanas pero se podría extender el tratamiento hasta doce semanas dependiendo la ubicación de la úlcera y la etiología de la úlcera péptica. Y en el caso de ausencia de H. pylori y el uso de AINES, se continuará con la terapia inhibidora a largo plazo con IBP.(19) Dejándonos como premisa que independientemente de su etiología la terapia inhibidora de ácido es indispensable para el tratamiento de la enfermedad ulcero péptica y para prevenir las complicaciones de las mismas.

Una vez administrada la terapia antisecretora inicial es necesario repetir la video endoscopia lata en pacientes seleccionados.

En úlceras duodenales debido a su bajo riesgo de malignidad no se recomienda repetir la endoscopia digestiva alta a menos que los síntomas persistan o reaparezcan, o que presente signos de hemorragia continua. (12) A diferencia de las úlceras gástricas que se recomienda realizar una endoscopia de control después de 8

a 12 semanas y si se encuentra aún presente realizar la biopsia correspondiente del tejido o si el paciente presenta factores de riesgo de cáncer gástrico ya sea por presencia de antecedentes familiares, presencia de atrofia gástrica, adenoma, displasia o si la ulcera aun presenta mide un diámetro mayor de 2cm. (20)

Las opciones quirúrgicas van desde terapias locales que se enfocan en manejar complicaciones de la enfermedad ulcero péptica y las intervenciones quirúrgicas definitivas.

Las operaciones de ulceras definitivas tenemos vagotomía selectiva, vagotomía troncal con drenaje gástrico, gastrectomía parcial; las cuales tiene como objetivo reducir la secreción de ácido y por lo tanto reducir la tasa de recurrencia de la enfermedad ulcero péptica. Cualquiera de estos procedimientos se debe poner en consideración la edad del paciente, comorbilidades, tasa de mortalidad, complicaciones, secuelas a largo plazo.

## CAPITULO III

### METODOLOGIA

#### DISEÑO DE ESTUDIO

Diseño de la investigación: No experimental

Tipo de investigación: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de corte transversal, analítico.

#### POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población fue de 416 pacientes ingresados en la unidad de Gastroenterología del hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019

#### TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Se utilizó una técnica de recolección de datos indirecta, mediante la obtención de historias clínicas en el AS400, sistema aplicativo de información del HTMC.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diagnosticados por enfermedad ulcero péptica
- Pacientes que pertenezcan al HTMC del área de gastroenterología.
- Hallazgos endoscópicos de lesiones ulcerativas
- Pacientes que hayan presentado >1 hemorragia digestiva alta no variceal
- Sangrado originario por encima del ángulo de treitz

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no pertenezcan al HTMC
- Pacientes que no presenten úlceras pépticas ni complicaciones.
- Pacientes de la unidad de gastroenterología con otras causas de sangrado.
- Periodo de desangrado antes del 2019 o después del 2020.
- Pacientes con alteraciones hematológicas y trastornos de los factores de coagulación.

#### CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Se tomó una muestra de 200 pacientes aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

N: nivel de confianza 95% margen de error 5%

## MÉTODO DE MUESTREO Y RECOGIDA DE DATOS

Se uso un muestreo no aleatorio sistemático. Los datos para el estudio se recolectaron mediante la revisión de historias clínicas y la revisión de los procedimientos endoscópicos de los pacientes. Las mismas que fueron almacenadas en una hoja de recolección de datos de Microsoft Excel.

## RESULTADOS

- Principales factores de riesgo de pacientes con úlceras gastroduodenales que presentan sangrado digestivo alto.

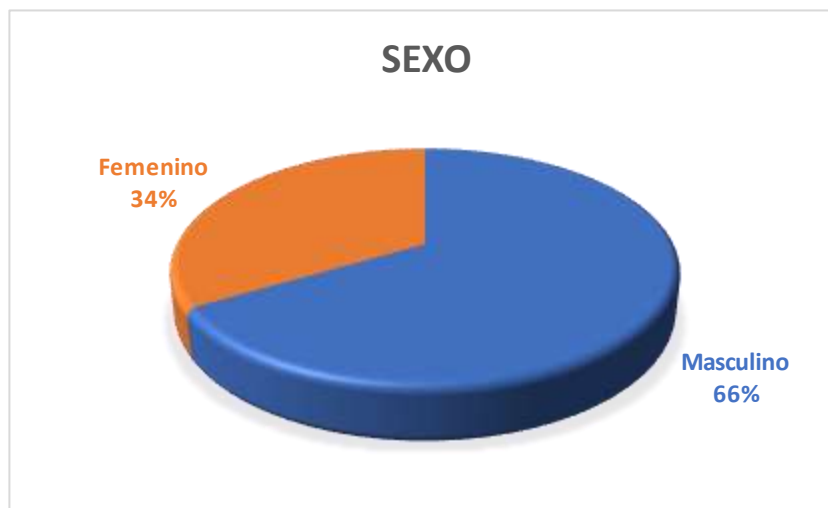
Tabla 3. Sexo

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	67	33,50%
Masculino	133	66,50%
TOTAL	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Figura 1. Sexo



FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Según nuestro estudio, el sexo más frecuente de presentación en los pacientes que presentan sangrado digestivo alto de origen no variceal, es el masculino con un 66,50% en relación al sexo femenino con un 33,50%.

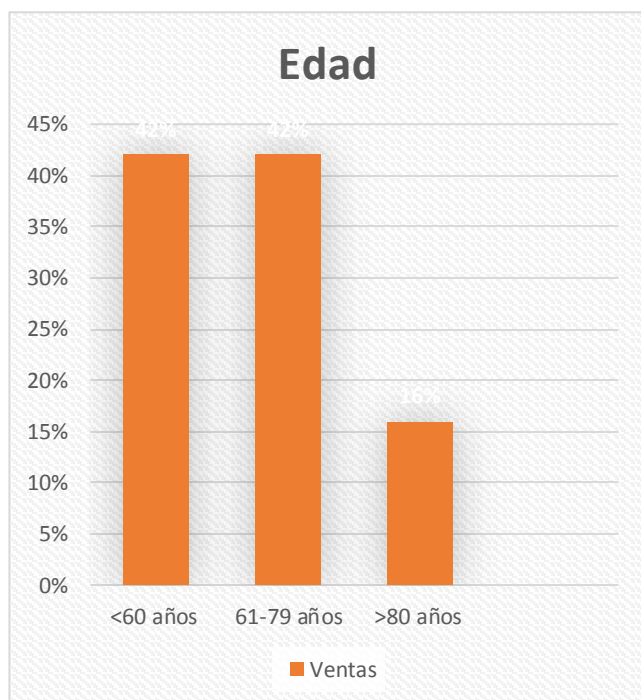
Tabla 4. Edad

EDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
<60	84	42%
61-79	84	42%
80	32	16%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Figura 2. Edad



FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

En lo correspondiente a la edad, al definir los rangos de este criterio, encontramos que el número de pacientes afectados por estas lesiones digestivas, de edad <60 años

y el intervalo entre 61-79 años, es el mismo con un porcentaje del 42%. Mientras que el rango de edad >80% corresponde al 16%. Esto quiere decir que la edad de presentación más frecuente en nuestra población del resangrado por úlceras gastroduodenales es entre pacientes < 60 hasta los 79 años de edad.

Tabla 5. Tabla de frecuencias HTA y DM

<b>HTA</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	108	54%
No	92	46%
Total	200	100%
<b>DIABETES MELLITUS</b>		
	Frecuencia	Total
Si	52	26%
No	148	74%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

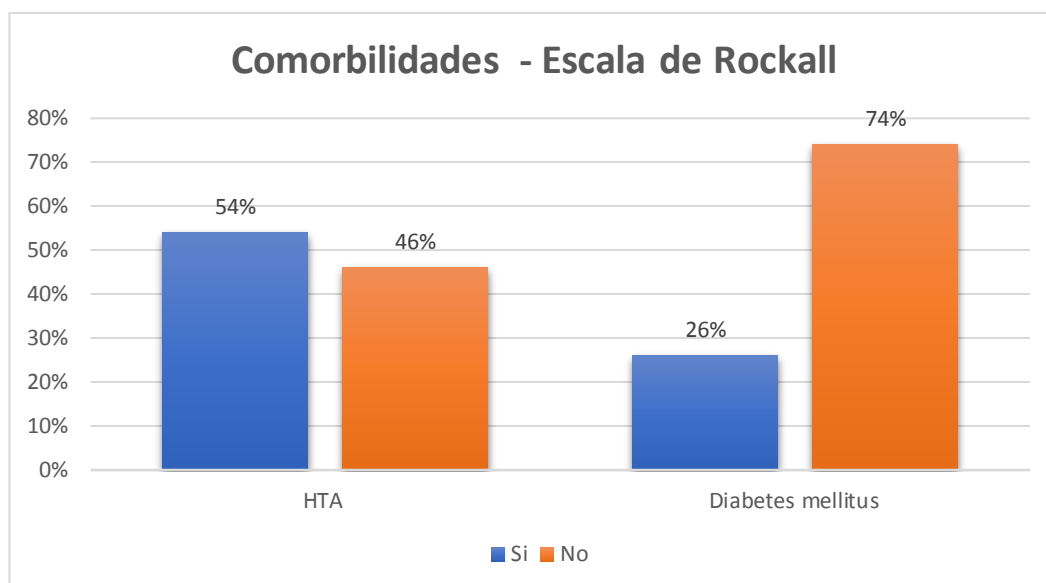
Tabla 6. Tabla de Chi2 de HTA y DM

<i>CONMORBILIDAD / VALOR</i>	<b>CHI2</b>		<b>VALOR P</b>	<b>VALOR CORTE</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>		
<b>HTA</b>	92	108	0,00	<0.05
<b>DM</b>	148	52		

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Figura 3. Factores de riesgo en pacientes con sangrado digestivo por úlceras gastroduodenales, comorbilidades.



FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Los factores de riesgo estudiados en este capítulo son los detallados mediante la Escala de Rockall, teniendo en cuenta a la HTA y la Diabetes mellitus, en nuestro estudio los pacientes con HTA representan el 54%, mientras que pacientes con DM corresponden al 26%. Cabe recalcar que estos valores son independientes de si un paciente tiene las dos comorbilidades presentes.

Tabla 7. Tabla de frecuencia de Cardiopatía isquémica e Insuficiencia cardiaca

Cardiopatía Isquémica		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	6%
No	188	94%
Total	200	100%
Insuficiencia Cardiaca		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	0,50%
No	199	99,50%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

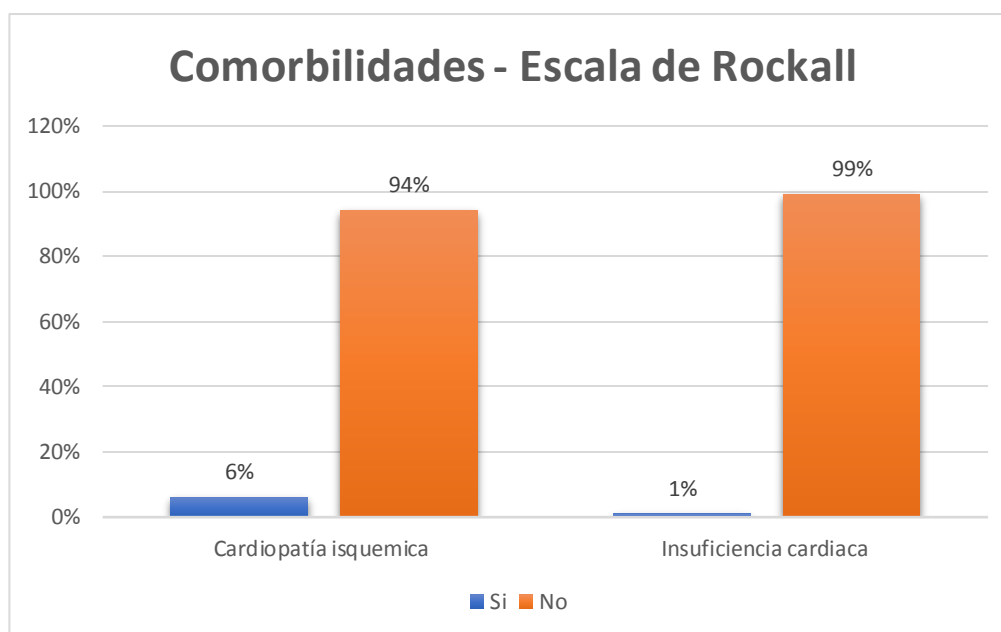
Tabla 8. Tabla de Chi2 de Cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca.

<b>CONMORBILIDAD/ VALOR</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>VALOR P</b>	<b>VALOR CORTE</b>
<b>CARDIOPATIA ISQUEMICA</b>	188	12	0,00	<0.05
<b>INSUFICIENCIA CARDIACA</b>	199	1		

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Figura 4. Factores de riesgo en pacientes con sangrado digestivo por ulceras gastroduodenales, comorbilidades.



FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Según este estudio la presentación de enfermedades cardiovasculares reportadas en los pacientes con sangrado digestivo alto no variceal representan un valor bajo, así pues, el 6% de los pacientes tiene cardiopatía isquémica y el 1% insuficiencia cardiaca.



Tabla 9. Tabla de frecuencia de ERC y Ca

ERC		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	15,50%
No	169	84,50%
Total	200	100%
Cáncer		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	5,50%
No	189	94,50%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

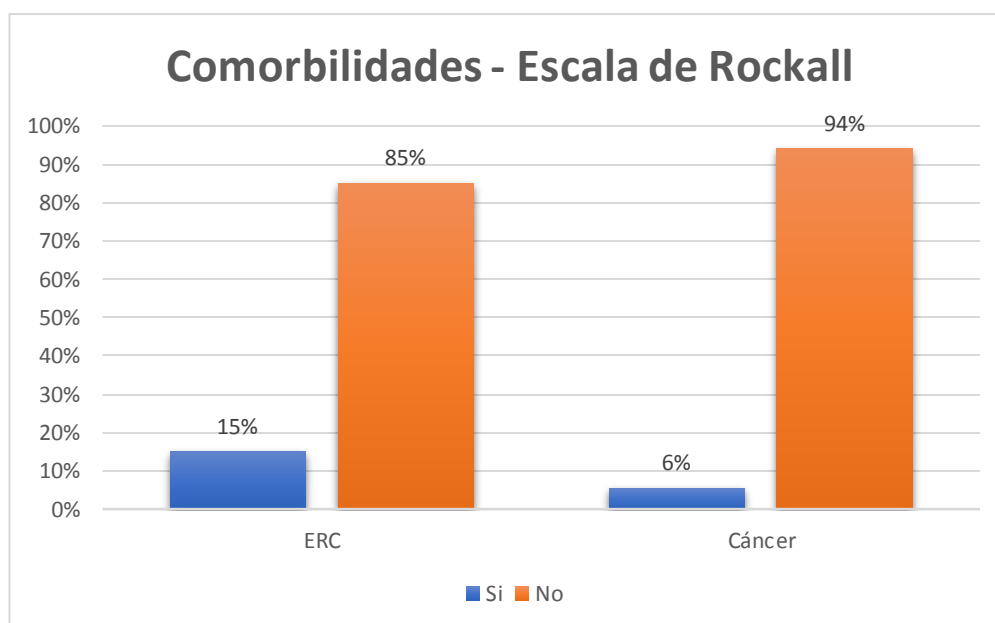
Tabla 10. Tabla de Chi2 de ERC y Ca.

<b>CONMORBILIDAD / VALOR</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>VALOR P</b>	<b>VALOR CORTE</b>
ERC	169	31	0,00	<0.05
CA	189	11		

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Figura 5. Factores de riesgo en pacientes con sangrado digestivo por úlceras gastroduodenales, comorbilidades.



FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Los pacientes con sangrado digestivo alto no variceal reportados con patologías como enfermedad renal crónica representan al 15% de la población, mientras que los pacientes con algún tipo de cáncer un 6%.

- Estado hemodinámico del paciente evaluado pre-endoscópicamente mediante Escala de Rockall

Tabla 11. PAS

PA SISTOLICA		
	Frecuencia	Porcentaje
<100	39	19,50%
>100	161	80,5
TOTAL	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Las variables para evaluar el estado hemodinámico según la escala de Rockall incluyen a la presión arterial sistólica, donde según los datos recogidos de los pacientes con sangrado digestivo alto no variceal, corresponden a un 19,50 % aquellos pacientes que manejan un PAS <100 mmhg, mientras que el 80,5% corresponde a pacientes con un PAS >100 mmhg.

Tabla 12. Frecuencia cardiaca

Frecuencia Cardiaca		
	Frecuencia	Porcentaje
<100	160	80%
>100	40	20%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

La frecuencia cardiaca es una variable necesaria para evaluar el estado hemodinámico de los pacientes que acuden por sangrado digestivo alto no variceal.

Según los datos recogidos, el 80% de estos pacientes, tienen una FC <100 lpm, mientras que el 20% restante, reflejan valores >100 lpm.

- Tablas y gráficos de los hallazgos encontrados mediante endoscopia y las lesiones descritas por escala de Forrest.

Tabla 13. Hemorragia activa

Hemorragia activa		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	65	32,50%
No	135	67,50%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

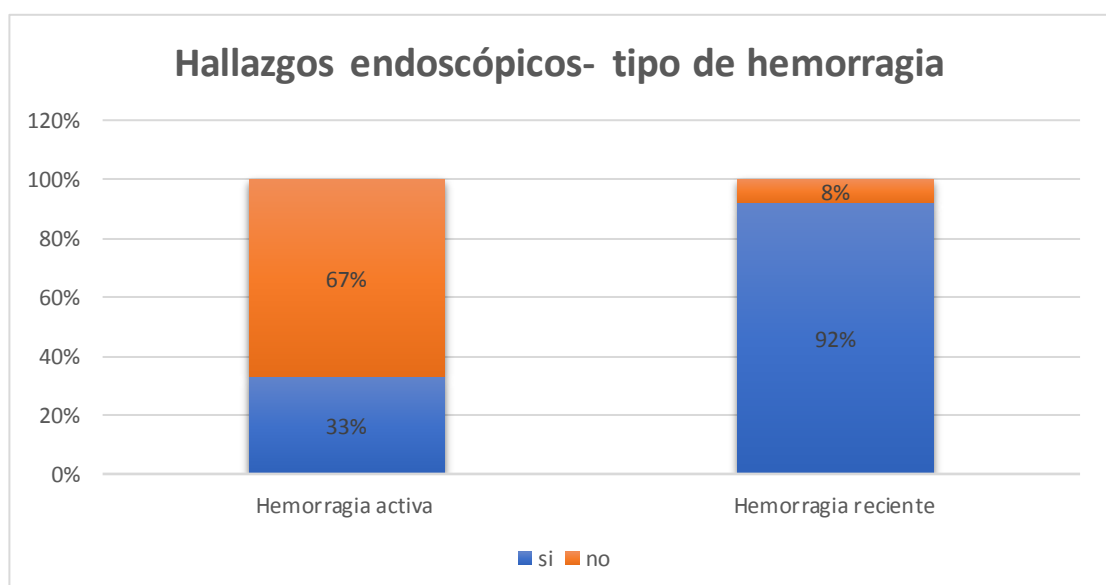
Tabla 14. Hemorragia reciente

Hemorragia reciente		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	184	92%
No	16	8%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Figura 6. Hallazgos endoscópicos: hemorragia activa y/o hemorragia reciente.



FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Según el estudio realizado, los hallazgos mediante endoscópica representan a un 32,5% de pacientes con hemorragia activa, pero a la vez estas lesiones pueden estar acompañadas de estigmas de hemorragia reciente, encontrándose en el 92% de los pacientes.

Tabla 15. Úlcera Gástrica

Úlcera Gástrica		
	Frecuencia	Total
Si	165	82,5
No	35	17,5
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Tabla 16. Úlcera duodenal

Úlcera duodenal		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	26%
No	148	74%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

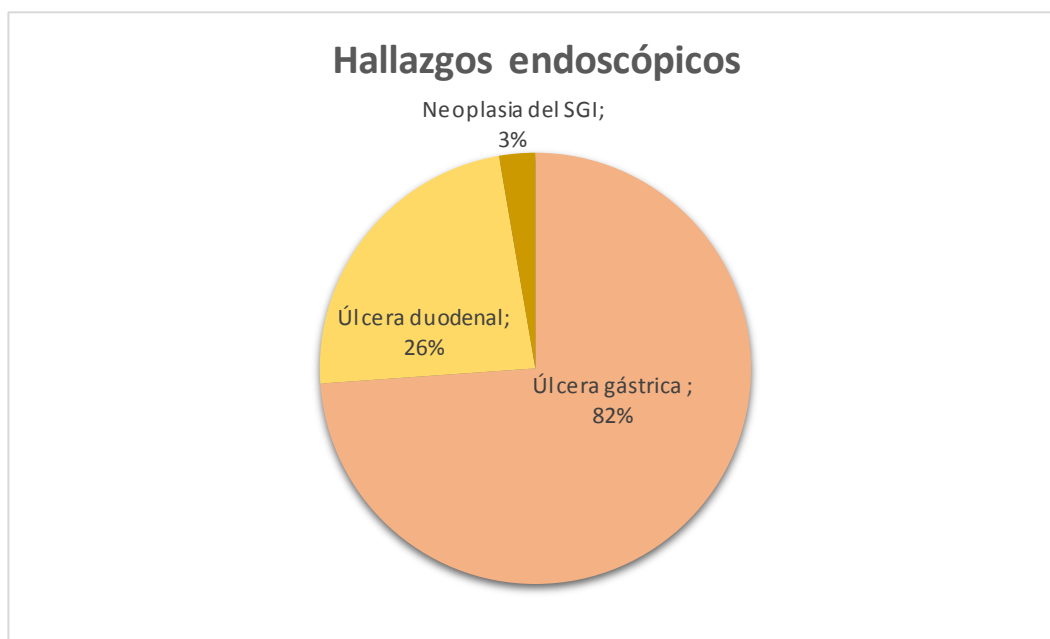
Tabla 17. Neoplasia del sistema SGI

Neoplasia del SGI		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	3,50%
No	193	96,50%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Figura 7. Hallazgos encontrados mediante el procedimiento endoscópico.



FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Según los datos recogidos en este estudio, los hallazgos endoscópicos más frecuentes pertenecen a las úlceras gástricas, encontrándose en el 74% de los pacientes 82,5%, úlceras duodenales en el 26% y neoplasias del SGI en el 3,5 % de los pacientes, cabe mencionar que algunos pacientes tienen asociadas dos o más lesiones concomitantemente, por lo tanto, ambos valores han sido tomados en cuenta en este estudio.

Tabla 18. Forrest IA

FORREST IA		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	2%
No	196	98%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Tabla 19. Forrest IB

FORREST IB		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	2,50%
No	195	97,50%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Tabla 20. Forrest IIA

FORREST IIA		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	9,50%
No	181	90,50%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Tabla 21. Forrest IIB

FORREST IIB		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	2,50%
No	195	97,50%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Tabla 22. Forrest IIC

FORREST IIC		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	7,50%
No	185	92,50%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

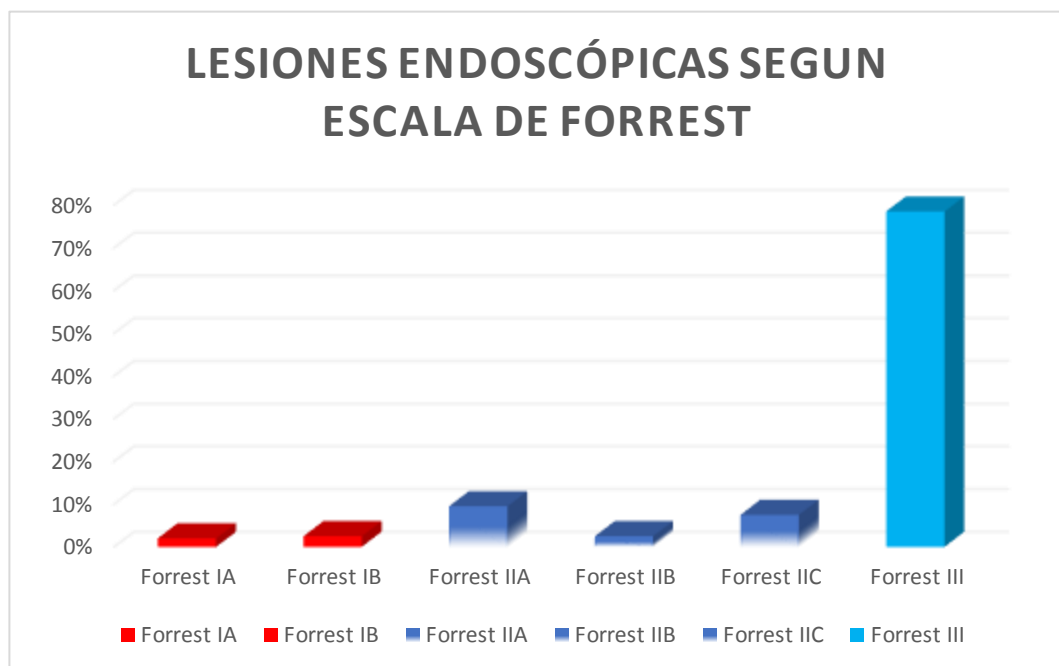
Tabla 23. Forrest III

FORREST III		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	157	78,50%
No	43	21,50%
Total	200	100%

FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

Figura 10. Lesiones encontradas mediante procedimiento endoscópico y detalladas según Escala de Forrest.



FUENTE: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

ELABORADO POR: MARIA JOSE AROCA, MARINA ROJAS

En la descripción de las lesiones encontradas mediante los procedimientos endoscópicos y que se detallan con la Escala de Forrest, se encontró que el 2% de pacientes presentaron en el momento de la endoscopia un Forrest IA, el 2,5% Forrest IB, el 9,5% Forrest IIA, el 2,5% Forrest IIB, el 7,5% Forrest IIC, y el 78,5% de los pacientes con Forrest III.

## DISCUSION

En este estudio hemos evaluado la recurrencia del sangrado digestivo alto de origen no variceal por úlceras gastroduodenales en 200 pacientes de la unidad de gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el año 2019-2020, donde se observó que el 83,50% de los pacientes al ingreso presentan riesgo alto según la escala de Rockall preendoscópica, es decir que puntúan  $\geq 1$ , mientras que solo el 16,5% de los pacientes serían de riesgo bajo. Lo que demuestra la necesidad de realizar estudios endoscópicos entre el protocolo de manejo de estos pacientes. Se recogió los datos reportados en el As400, donde se encontró que el 78,5% de los pacientes tenían un Forrest de III con un porcentaje del 6% de volver a sangrar, seguido del 9,5% con un Forrest IIA con el 55% de riesgo de resangrado. Si valoramos estos hallazgos endoscópicos junto con las variables de la escala de Rockall, obtenemos un valor de Rockall postendoscópicos, y estos fueron los siguientes: riesgo bajo: 26%, riesgo intermedio: 45,5%, riesgo alto 28,5%. Mediante correlación de Spearman de estas dos escalas se obtuvo un valor de -0.037762077 que es igual a -3%, el coefficient (test) Alpha 0,05, y el p-value 0.655 (65%) es decir  $>0,05$ . Por lo tanto,  $H_0$  es cierta, la escala de Rockall y la escala de Forrest no tiene relación entre sí, son independientes.

Se han realizado diversos estudios sobre la utilidad de las escalas pronósticas, su correlación y el riesgo de resangrado. El estudio realizado en el 2016 denominado "Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica", concluyó que las diferentes escalas que existen para evaluar a estos pacientes, presentan diferencias en cuanto a las variables que reúnen para su análisis, pero que cada una tiene un objetivo diferente. La escala de Blatchford además de evaluar la recidiva, también incluye variables que le permiten establecer la necesidad de transfusión. La escala de Forrest determina la necesidad de terapia endoscópica. (21)

En el estudio realizado en el 2018 donde compara a la escala de Rockall con la escala de Baylor, denominado: "Utilidad de las escalas Rockall y Baylor modificado en hemorragia digestiva alta por úlcera péptica", concluye que la mayoría de pacientes



que sufren esta patología son los mayores de 60 años, el sexo predominante es el masculino. En este estudio el tipo de lesión más frecuente fue el Forrest IIC, y que la escala de Rockall agrupó a más de la mitad de los pacientes como “alto riesgo”.(22) Podemos concluir que, en relación a nuestro estudio, este, presenta similitud en cuanto a que la población que predomina con esta patología, es el sexo masculino. Se diferencia en los hallazgos endoscópicos según la Escala de Forrest, en nuestro estudio el hallazgo más frecuente es el tipo III, que demostraría un pronóstico bajo de volver a sangrar, sin embargo, en la correlación con la escala de Rockall, no mostramos asociación, ya que, esta escala al incluir variables de estado hemodinámico y comorbilidades, encontramos hasta un 45,5% de pacientes con riesgo intermedio y demuestra su necesidad de manejo endoscópico.

## CONCLUSIONES

Después del análisis de los resultados, y teniendo a consideración los objetivos planteados en este estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

- La recurrencia del sangrado digestivo alto de origen no variceal por úlceras gastroduodenales se evalúa mediante la escala de Forrest, que aporta con datos sobre las lesiones encontradas y el pronóstico de volver a presentar sangrado, en este estudio recabando los datos de los procedimientos endoscópicos, demostró que el 32,5 % de pacientes llega con lesiones activas y a su vez o independientemente de estas también presentan en un 92% lesiones recientes. De la muestra estimada un 82,5% de pacientes presenta úlceras gástricas, un 26% úlceras duodenales, y el 3.5% neoplasias del sistema gastrointestinal, sin embargo, un porcentaje bajo de estos pacientes pueden tener a su vez dos o más tipos de lesiones.
- Los factores de riesgo que se ven implicados en estos pacientes, el sexo, con un porcentaje masculino del 66,5%, y el femenino en un 33,5%. Es decir, que en este estudio se encontró que los hombres son más propensos al sangrado digestivo alto por úlceras pépticas, los factores implicados pueden ser varios como se mencionó en el capítulo anterior. En cuanto a la edad, la de más

frecuencia encontrada en este estudio abarca un rango amplio entre los <60 años hasta los 79 años.

- La prevalencia del sangrado digestivo por úlceras pépticas representa un 47,96%, es decir, de todos los pacientes con enfermedad ulcero péptica, los que van a presentar sangrado representan el 47,96%. De esta cifra, los pacientes que van a sangrar en más de una ocasión dependen del tipo de lesión encontrada anteriormente y de los factores de riesgo asociados.
- En la Escala de Rockall se evalúa el estado hemodinámico mediante PAS, y según el este estudio, 39 de los 200 pacientes (19,5%) llegan con PAS <100 mmhg, mientras que 161 pacientes de los 200 (80,5%), presentan una PAS >100 mmhg. La Fc se encuentra <100 lpm en el 80% de los pacientes, y un 20% >100 lpm. En cuanto a las comorbilidades presentes en los pacientes con sangrado digestivo alto, se encontró que un 54% de los pacientes, presentan Hipertensión arterial, seguido de un 26% con Diabetes Mellitus. La cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca representan un 6% y 0,5% respectivamente de pacientes. La enfermedad renal crónica y la presencia de cáncer aportan con 3 puntos a la escala, sin embargo en este estudio se demostró que el 15,5% de pacientes con sangrado digestivo alto no variceal está asociado a ERC, y el 5,5% a cáncer.
- Mediante la escala de Forrest, se recabó los hallazgos endoscópicos de los pacientes con sangrado digestivo alto, las lesiones por úlceras pépticas fueron: Forrest IA → 2%, riesgo de sangrado del 80-90%; Forrest IB → 2,5%, con riesgo de sangrado del 10-30%; Forrest IIA → 9,5%, con riesgo de sangrado del 50-60%, Forrest IIB → 2,5%, con riesgo de sangrado del 25-35%; Forrest IIC → 7,5%, con riesgo de sangrado del 0-8%; Forrest III → 78,5% de los pacientes, con riesgo de sangrado del 0-12%. En conclusión, la lesión más predominante encontrada en los pacientes es el fondo limpio, con fibrina. Algunos de estos pacientes reportaron lesiones en Forrest III al mismo tiempo con una lesión activa o reciente.

## RECOMENDACIONES

En base al desarrollo de este estudio y según las limitantes encontradas, se recomienda mejorar el cribado de *H. pylori*, siendo esta la principal causante de las úlceras pépticas, en la atención primaria la lucha para erradicarlo debe ser una prioridad, así como la detección oportuna para el adecuado tratamiento. Para futuros estudios es necesario que el sistema de salud público y privado tengan los recursos suficientes para reportar exámenes de laboratorio que posteriormente podrían ser de gran colaboración para registrar la prevalencia de hallazgos tanto etiológicos como clínicos.

## REFERENCIAS

1. Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, Suen MMY, Underwood FE, Tanyingoh D, et al. Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*. agosto de 2017;153(2):420-9.
2. Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH. Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. 5 de enero de 2002;359(9300):14-22.
3. Hirschowitz BI, Lanos A. Atypical and aggressive upper gastrointestinal ulceration associated with aspirin abuse. *J Clin Gastroenterol*. junio de 2002;34(5):523-8.
4. Matthewson K, Pugh S, Northfield TC. Which peptic ulcer patients bleed? *Gut*. enero de 1988;29(1):70-4.
5. Hilton D, Iman N, Burke GJ, Moore A, O'Mara G, Signorini D, et al. Absence of abdominal pain in older persons with endoscopic ulcers: a prospective study. *Am J Gastroenterol*. febrero de 2001;96(2):380-4.
6. Kang JY, Yap I, Guan R, Tay HH. Acid perfusion of duodenal ulcer craters and ulcer pain: a controlled double blind study. *Gut*. agosto de 1986;27(8):942-5.
7. Gururatsakul M, Holloway RH, Talley NJ, Holtmann GJ. Association between clinical manifestations of complicated and uncomplicated peptic ulcer and visceral sensory dysfunction. *J Gastroenterol Hepatol*. junio de 2010;25(6):1162-9.
8. Agaba EA, Klair T, Ikedilo O, Vemulapalli P. A 10-Year Review of Surgical Management of Complicated Peptic Ulcer Disease From a Single Center: Is Laparoscopic Approach the Future? *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. octubre de 2016;26(5):385-90.
9. Tonolini M, Ierardi AM, Bracchi E, Magistrelli P, Vella A, Carrafiello G. Non-perforated peptic ulcer disease: multidetector CT findings, complications, and differential diagnosis. *Insights Imaging*. octubre de 2017;8(5):455-69.

10. Kitchin DR, Lubner MG, Menias CO, Santillan CS, Pickhardt PJ. MDCT diagnosis of gastroduodenal ulcers: key imaging features with endoscopic correlation. *Abdom Imaging*. febrero de 2015;40(2):360-84.
11. Cotton PB, Shorvon PJ. Analysis of endoscopy and radiography in the diagnosis, follow-up and treatment of peptic ulcer disease. *Clin Gastroenterol*. mayo de 1984;13(2):383-403.
12. ASGE Standards of Practice Committee, Banerjee S, Cash BD, Dominitz JA, Baron TH, Anderson MA, et al. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease. *Gastrointest Endosc*. abril de 2010;71(4):663-8.
13. Matadamas-Zárate C, Hernández-Jerónimo J, Pérez-Campos E, Majluf-Cruz A. Alteraciones plaquetarias en la diabetes mellitus tipo 2. *Arch Cardiol México*. diciembre de 2009;79:102-8.
14. Foguet-Boreu Q, Ayerbe García-Morzon L. Estrés psicosocial, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. *Hipertens Riesgo Vasc*. 1 de abril de 2021;38(2):83-90.
15. 162.pdf [Internet]. [citado 14 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.cienciamayabeque2021.sld.cu/index.php/Fcvcm/Cienciamayabeque2021/paper/viewFile/218/162>
16. Martínez Ramírez G, Manrique MA, Chávez García MÁ, Hernández Velázquez NN, Pérez Valle E, Pérez Corona T, et al. Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica. *Endoscopia*. 1 de octubre de 2016;28(4):154-9.
17. Rojas YB. Sangrado digestivo alto por úlcera péptica. :8.
18. Yeomans ND, Tulassay Z, Juhász L, Rácz I, Howard JM, van Rensburg CJ, et al. A comparison of omeprazole with ranitidine for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Acid Suppression Trial: Ranitidine versus Omeprazole for NSAID-associated Ulcer Treatment (ASTRONAUT) Study Group*. *N Engl J Med*. 12 de marzo de 1998;338(11):719-26.

19. Lai KC, Lam SK, Chu KM, Wong BCY, Hui WM, Hu WHC, et al. Lansoprazole for the prevention of recurrences of ulcer complications from long-term low-dose aspirin use. *N Engl J Med*. 27 de junio de 2002;346(26):2033-8.
20. Gielisse EAR, Kuyvenhoven JP. Follow-up endoscopy for benign-appearing gastric ulcers has no additive value in detecting malignancy: It is time to individualise surveillance endoscopy. *Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc*. octubre de 2015;18(4):803-9.
21. Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica - ScienceDirect [Internet]. [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188989316300938>
22. Utilidad de las escalas Rockall y Baylor modificado en hemorragia digestiva alta por úlcera péptica [Internet]. [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932018000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932018000300004)



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Aroca Aldaz María José, con C.C: # 0201714011 autora del trabajo de titulación: **Recurrencia del sangrado no variceal por úlceras gastroduodenales en pacientes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, 2019-2020**, previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021.

*Maria Jose Aroca .*

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

Aroca Aldaz María José  
CC. 0201714011



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Rojas Suárez Olga Marina, con C.C: # 1719003285 autora del trabajo de titulación: **Recurrencia del sangrado no variceal por úlceras gastroduodenales en pacientes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, 2019-2020**, previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

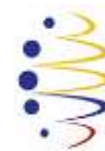
2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021.

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

Rojas Suárez Olga Marina  
CC. 1719003285





## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

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

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Recurrencia del sangrado no variceal por úlceras gastroduodenales en pacientes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, 2019-2020.		
<b>AUTORES</b>	María José Aroca Aldaz - Olga Marina Rojas Suarez.		
<b>REVISOR /TUTOR</b>	Dra. Elizabeth Benites Estupiñan.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	30 de agosto del 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	37
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	GASTROENTEROLOGIA, MEDICINA INTERNA, EMERGENCIA, ÁREA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	ENFERMEDAD ULCERO PÉPTICA, RESANGRADO, ESCALA DE FORREST, ESCALA DE ROCKALL, AINES, HELICOBACTER PYLORI.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>La enfermedad ulcero péptica es una patología de categoría multifactorial, entre sus principales etiologías encontramos la presencia sostenida de Helicobacter pylori y el uso prologado de Aines los mismos que alteraran el revestimiento de la mucosa gástrica o duodenal produciendo esta enfermedad y su gravedad dependerá del tipo de lesión que se presente en cada paciente. Para identificar qué tipo de lesión se encontrará se usa la escala de Forrest que además de brindar una estadificación de las lesiones ulcerativas permite pronosticar la probabilidad de resangrado de las mismas. Junto con la escala de Rockall que aporta datos clínicos del paciente como sexo, estado hemodinámico, comorbilidades se puede tener un valor pronóstico más acertado del resangrado en pacientes diagnosticados con enfermedad ulcero péptica. Metodología: Estudio de corte transversal (observacional, descriptivo, comparativo) y retrospectivo. Población de 416 pacientes con una muestra de 200 pacientes diagnosticados previamente con enfermedad ulcero péptica. Resultados: principales factores de riesgo se encontró el sexo masculino con 66%, edad &lt;80 años con 84%, HTA con 54%, siendo el tipo de lesión más común en el estudio las úlceras gástricas con 82.5%, y entre los hallazgos por la escala de FORREST se encontró que el tipo de lesión predisponente es Forrest III con 78.5%. Se realizó la correlación de Spearman de las escalas el cual se obtuvo un valor de -0.037762077 que es igual a -3%, el coeficiente (test) Alpha 0,05, y el p-value 0.655 (65%) es decir &gt;0,05, la escala de Rockall y la escala de Forrest no tiene relación entre sí, son independientes. La prevalencia de úlceras gastroduodenales en la población de estudio fue del 48%, esto quiere decir que existe un gran porcentaje de pacientes con esta enfermedad.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	Teléfono: 0996001389 0979221130	E-mail: <a href="mailto:majoaroca_98@hotmail.com">majoaroca_98@hotmail.com</a> <a href="mailto:mari05111997@gmail.com">mari05111997@gmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
	<b>Teléfono:</b> +593997572784		
	<b>E-mail:</b> : <a href="mailto:andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec">andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<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>			