



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

TEMA:

**Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con
tratamiento anticoagulante en el hospital IESS Ceibos de enero
2021 a diciembre 2022.**

AUTORES:

**Poma Janeta, Luis Fernando
Rodríguez Villón, Peter Robert**

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

TUTOR:

Dr. Elías Ordoñez, Christian Enrique

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Poma Janeta, Luis Fernando y Rodríguez Villón, Peter Robert** como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR



Dr. Christian Elías O.
MICROBIOLOGO - NUTRICIONISTA
REGISTRO SANITARIO # 12595

f. _____
Dr. Elías Ordoñez, Christian Enrique

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, al día 01 del mes de septiembre del año 2023



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

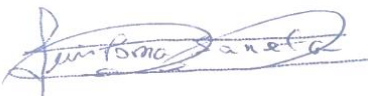
**Nosotros, Poma Janeta, Luis Fernando
Rodríguez Villón, Peter Robert**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con tratamiento anticoagulante en el hospital IESS Ceibos de enero 2021 a diciembre 2022**, 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, al día 01 del mes de septiembre del año 2023

LOS AUTORES

f. 
Poma Janeta, Luis Fernando

f. 
Rodríguez Villón, Peter Robert



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Poma Janeta, Luis Fernando
Rodríguez Villón, Peter Robert

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con tratamiento anticoagulante en el hospital IESS Ceibos de enero 2021 a diciembre 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.


Guayaquil, al día 01 del mes de septiembre del año 2023

LOS AUTORES

f. _____
Poma Janeta, Luis Fernando

f. _____
Rodríguez Villón, Peter Robert

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con tratamiento anticoagulante en el hospital IESS Ceibos de enero 2021 a diciembre 2022.

2%


Similitudes

.1%

Texto entre comillas


0% similitudes entre comillas

< 1% Idioma no reconocido



Nombre del documento: TESIS - LUIS POMA , PETER RODRIGUEZ.docx ID del documento: 1aa74d7911bd4cdfb1d3267cb3039ae140d223a9 Tamaño del documento original: 605,91 kB Autores: Luis Fernando Poma Janeta, Peter Robert Rodriguez Villan	Depositante: Luis Fernando Poma Janeta Fecha de depósito: 16/9/2023 Tipo de carga: url_submission fecha de fin de análisis: 16/9/2023
Número de palabras: 15.104 Número de caracteres: 101.414	

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Gastritis crónica por Helicobacter pylori asociada a Diabetes Mellitus tipo... El documento proviene de mi grupo 40 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (273 palabras)
2	localhost Incidencia de trombosis venosa profunda en pacientes de 50 - 90 años... http://localhost:8080/tesis/tesis/tesis/3117/188753/7-UCSG-PRE-MED-1.275.pdf.txt 35 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (185 palabras)
3	localhost Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hep... http://localhost:8080/tesis/tesis/tesis/3317/129853/7-UCSG-PRE-MED-832.pdf.txt 33 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (188 palabras)
4	Centeno Rosa y Macías Lady.docx Prevalencia de diabetes gestacional e... El documento proviene de mi grupo 45 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (178 palabras)
5	localhost Complicaciones neonatales en pacientes diagnosticadas con preeclam... http://localhost:8080/tesis/tesis/tesis/3317/188679/7-UCSG-PRE-MED-1.267.pdf.txt 33 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (188 palabras)

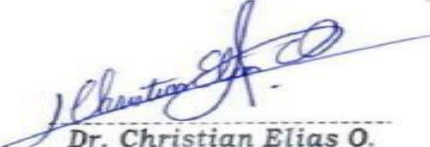
Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	manualclinico.hospitaluvrociro.es Hemorragia digestiva alta - Manuales Clínicos https://manualclinico.hospitaluvrociro.es/urgencias/digestivo/hemorragia-digestiva-alta/R...-3eab-La ...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (39 palabras)
2	dspace.ucacue.edu.ec Prehipertensión y factores asociados en el personal de 22 ... https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8596/3/6812019-MT174.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)
3	hdl.handle.net Factores de riesgo de ulcera péptica para cirugía de emergencia ... https://hdl.handle.net/20.500.12727/9003	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (36 palabras)
4	hdl.handle.net Características clínicas y lesiones endoscópicas de la hemorragia ... https://hdl.handle.net/20.500.13028/9553	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (32 palabras)
5	scielo.sld.cu Factores pronósticos de mortalidad en pacientes graves con sangra... http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182021000100005	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (35 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000200004
- <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.5.04>
- https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/04/rtp_469.pdf
- <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v4i43.1356>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177b.pdf>

TUTOR


Dr. Christian Elías O.
 MICROBIÓLOGO - NUTRICIONISTA
 REGISTRO SANITARIO # 12595

f. _____
Dr. Elías Ordoñez, Christian Enrique

Agradecimiento

En primer lugar, agradecemos entre compañeros de tesis porque desde nuestro inicio de carrera hemos compartido aulas y hemos formado un gran equipo en el ámbito personal y estudiantil, haciendo que sea posible de manera grata y satisfactoria la realización de este trabajo.

Al Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño, nuestro agradecimiento por ser el guía y apoyo fundamental a lo largo de la elaboración de este proyecto. Agradecemos también a la Subdirección de Docencia e Investigación, y al área de Gastroenterología del Hospital IESS Los Ceibos por habernos brindado los datos y las facilidades necesarias para poder realizar este trabajo.

Finalmente, agradecemos a nuestra alma mater, nuestros maestros y nuestros compañeros que son aquellos que fueron nuestra compañía diaria durante estos 5 años de estudio y sin duda serán los responsables de que seamos mejores personas y unos profesionales de éxito.

Dedicatoria

A mis padres Pedro Rodríguez y Reina Villón, gracias a ellos he logrado estar donde estoy y me he convertido en la persona que soy, que con su apoyo, sacrificio y amor me han ayudado a seguir y cumplir una de mis metas. A mi hermana Noelia Rodríguez que estuvo siempre para aconsejarme en este proceso de estudio y brindándome su mano en muchos momentos que fueron difíciles durante mi carrera. A mis compañeros y amigos que hicieron de estos años los mejores de mi vida, al haber conocido personas tan maravillosas que con su amistad y enseñanzas me ayudaron a convertirme en una mejor persona, a luchar día a día y a mantener una sonrisa durante las adversidades de la vida.

- ***Peter Rodriguez***

Dedico este trabajo a Dios, que siempre manifestó sus bendiciones en todo momento de adversidad durante estos años; a mis dos ángeles, mi madre Laura Janeta Lopez y mi tía Carmen Janeta Lopez quienes me hicieron nacer el amor hacia esta noble carrera y a pesar de que no se encuentren físicamente estoy seguro que me siguen guiando y cuidando desde donde se encuentren. A mi padre Luis Poma Isin y mi hermana Maria Poma Janeta que fueron el pilar para que no se derrumben mis sueños y que paso a paso pueda cumplir cada una de mis metas. Finalmente, a mis familiares, amigos, compañeros y todo aquel que estuvo presente durante mi formación con sus consejos y experiencias.

- **Luis Poma**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

F. _____
Dr. AGUIRRE MARTÍNEZ, JUAN LUIS

DIRECTOR DE LA CARRERA

F. _____
Dr. VÁSQUEZ CEDEÑO, DIEGO ANTONIO

COORDINADOR DEL ÁREA

F. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
Planteamiento del problema	3
Formulación del problema	4
Objetivos de la investigación	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos	4
Justificación	4
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	6
Antecedentes referenciales.....	6
Marco teórico	7
Hemorragia digestiva	7
Clasificación de la hemorragia digestiva	8
Hemorragia digestiva alta.....	9
Manifestaciones clínicas de la hemorragia digestiva alta	9
Diagnóstico de la hemorragia digestiva alta.....	10
Prevención de la hemorragia digestiva alta	11
Factores de riesgo	12
Tratamiento anticoagulante como factor de riesgo.....	13
Protocolo de manejo de hemorragia digestiva alta	17
Pruebas de coagulación.....	19
Estrategia general para reversión de anticoagulantes	21
Hemoglobina.....	23
Marco legal	25
Hipótesis.....	28
Identificación y clasificación de variables.....	28
Operacionalización de variables.....	28
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	32
Diseño de investigación	32
Tipo de investigación	32
Método de investigación	33
Población y muestra.....	33
Método de recogida de datos	34
Procesamiento de los datos	35
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	36
Hemorragia digestiva alta	40
Indicación de anticoagulación.....	41
Tratamiento anticoagulante.....	42
Control de tratamiento.....	43
Complicaciones del tratamiento anticoagulante.....	44
Tablas cruzadas factores de riesgo vs complicaciones atribuidas al tratamiento con anticoagulantes	46
Tablas cruzadas tratamiento anticoagulante vs hemorragia digestiva alta.....	47
CAPÍTULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	49
Discusión	49
Conclusiones	51
Limitaciones de estudio.....	52
BIBLIOGRAFÍA	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Escala de Glasgow-Blatchford para valoración de pacientes con HDA.....	18
Tabla 2	Pruebas de coagulación	19
Tabla 3	Operacionalización de variables	28
Tabla 4	Edad.....	36
Tabla 5	Grupo etario	37
Tabla 6	Género	38
Tabla 7	Factores de riesgo.....	39
Tabla 8	Hemorragia digestiva alta	40
Tabla 9	Indicación de anticoagulación.....	41
Tabla 10	Tratamiento de anticoagulación.....	42
Tabla 11	Control de tratamiento	43
Tabla 12	Complicaciones del tratamiento anticoagulante	44
Tabla 13	Factores de riesgo vs hemorragia digestiva alta	46
Tabla 14	Prueba de chi-cuadrado	46
Tabla 15	Enfermedades primarias vs hemorragia digestiva alta.....	47
Tabla 16	Prueba de chi-cuadrado	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Grupo etario	37
Figura 2	Género	38
Figura 3	Factores de riesgo.....	39
Figura 4	Hemorragia digestiva alta	40
Figura 5	Indicación de anticoagulación.....	42
Figura 6	Tratamiento de anticoagulación.....	43
Figura 7	Control de tratamiento	44
Figura 8	Complicaciones del tratamiento anticoagulante.....	45

RESUMEN

Antecedentes: La hemorragia digestiva es una de las complicaciones que puede afectar a pacientes que han sido tratados con anticoagulantes por alguna patología preexistente, su prevalencia a nivel mundial es de 50-150 casos por 100 mil habitantes por año y puede presentarse en cualquier área, por lo que un diagnóstico preciso solo se puede hacer por la totalidad de los síntomas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta atribuido al tratamiento de anticoagulantes en pacientes que acudieron al Hospital del IESS Los Ceibos durante enero 2021 a diciembre 2022. **Metodología:** La investigación se desarrolló bajo un diseño observacional retrospectivo, transversal y analítico; en cuanto a su alcance, se trabajó con un tipo de estudio descriptivo y correlacional, mientras que el método se basó en el analítico-sintético. Se trabajó con una muestra conformada por 63 pacientes que fueron atendidos en el área de Gastroenterología por casos de hemorragia digestiva alta, en cuyo caso se realizó la revisión de sus historias clínicas para el posterior procesamiento estadístico de los datos. **Resultados:** Los resultados de la investigación reflejaron que en los casos de pacientes con hemorragia digestiva alta atribuido al tratamiento con anticoagulantes se registró una mayor prevalencia de pacientes con hemorragia mayor (60,3%), así mismo se identificó que la mayoría de pacientes pertenecían a un grupo etario de 61 a más años (58,7%) y el 55,56% son de sexo femenino; los principales factores de riesgo atribuidos a las complicaciones fueron la gastritis y la insuficiencia renal crónica; finalmente se determinó que el tratamiento con warfarina incidió en el 68,3% de los casos de pacientes que desarrollaron hemorragia digestiva alta. **Conclusiones:** Se determinó que la gastritis constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones, mientras que el uso de la warfarina y la heparina predisponen en mayor medida al desarrollo de hemorragia digestiva alta en los pacientes.

Palabras claves: Hemorragia digestiva, hemorragia digestiva alta, tratamiento de anticoagulantes, tipos de anticoagulantes, incidencia.

ABSTRACT

Background: Gastrointestinal bleeding is one of the complications that can affect patients who have been treated with anticoagulants for some pre-existing pathology. Its prevalence worldwide is 50-150 cases per 100 thousand inhabitants per year and it can occur in any area. Therefore, an accurate diagnosis can only be made based on the totality of the symptoms. **Objective:** Determine the prevalence of upper gastrointestinal bleeding attributed to anticoagulant treatment in patients who attended the IESS Los Ceibos Hospital during January 2021 to December 2022. **Methodology:** The research was developed under a retrospective, transversal and analytical observational design; regarding its scope, we worked with a type of descriptive and correlational study, while the method was based on the analytical-synthetic one. We worked with a sample made up of 63 patients who were treated in the Gastroenterology area for cases of upper gastrointestinal bleeding, in which case their medical records were reviewed for subsequent statistical processing of the data. **Results:** The results of the research reflected that in the cases of patients with upper gastrointestinal bleeding attributed to treatment with anticoagulants, a higher prevalence of patients with major bleeding was recorded (60.3%), and it was also identified that the majority of patients belonged to an age group of 61 or older (58.7%) and 55.56% are female; The main risk factors attributed to complications were gastritis and chronic renal failure; Finally, it was determined that warfarin treatment affected 68.3% of the cases of patients who developed upper gastrointestinal bleeding. **Conclusions:** It was determined that gastritis constitutes the main risk factor for the development of complications, while the use of warfarin and heparin predisposes patients to a greater extent to the development of upper gastrointestinal bleeding.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, upper gastrointestinal bleeding, anticoagulant treatment, types of anticoagulants, incidence.

INTRODUCCIÓN

Las hemorragias digestivas se identifican a partir de la pérdida de sangre mediante el tubo digestivo, a su vez, con el paso del tiempo se ha logrado establecer una caracterización sobre esta condición, es decir, las hemorragias se dividen en agudas o crónicas de acuerdo a la pérdida de sangre y el tiempo en el que la persona ha estado sufriendo esta condición; de igual manera de acuerdo al origen específico de la hemorragia es posible categorizarla en alta o baja; son hemorragias altas cuando se generan a nivel del esófago, estómago o duodeno; las bajas se perciben cuando tienen su origen a nivel del intestino delgado y el colon (1). Varios estudios han permitido corroborar que las hemorragias intestinales altas son una problemática que se presenta entre 80 a 150 de cada 100,000 personas cada año, esto según el estudio de Antunes y Copellin (2).

Además, con base a información desde investigaciones como la Mellado y Mellado (3), este tipo padecimiento representa una causal frecuente en cuanto a morbilidad y mortalidad, específicamente al estarse ofreciendo a la persona que lo padece los servicios de cirugía general para poder contrarrestarlo, es por ello que se ha catalogado como un procedimiento esencial dado a que es una eventualidad de emergencia tanto médico como quirúrgica.

Las causales que desencadenan por lo general las hemorragias digestivas altas van desde una úlcera péptica, duodenal o gástrica, hasta una gastroduodenitis, várices esofagástricas, y algunos síndromes como el denominado Síndrome de Mallory-Weiss, que son desgarros ocasionados por vómitos o tos que se prolongan (4).

A pesar de contar con diversas referencias que permiten conocer a detalle las características de las hemorragias digestivas altas, dentro de esta investigación se procurará efectuar una indagación mucho más específica de los casos relacionados a este padecimiento y los factores de riesgo, por lo que se ha seleccionado el Hospital del IESS Los Ceibos de la ciudad de Guayaquil, como institución de la cual se obtendrán los datos referenciales para consecuentemente cumplir con los objetivos que se establezcan como parte de este estudio.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

Las hemorragias digestivas puede ser una complicación de una serie de patologías, su prevalencia a nivel mundial es de 50-150 casos por 100 mil habitantes por año. Las causas más comunes del sangrado a nivel tracto gastrointestinal superior es por lesiones erosivas y ulcerativas del estómago y el duodeno en 35% y 53% de los casos; daño a la mucosa gástrica mientras toma medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, especialmente en pacientes mayores de 60 años; en el 3% al 4% de los casos, el sangrado es causado por tumores del estómago y el duodeno, tanto benignos como malignos (5).

A nivel regional, se han llevado a cabo diversos estudios cuya principal finalidad ha sido la de caracterizar hemorragia digestiva alta a fin de identificar el índice de prevalencia, posibles causas, factores de riesgo, entre otros aspectos de importancia, de los cuales se puede destacar que la úlcera péptica se perfila como una de las principales causas que antecede el desarrollo de una hemorragia, por ejemplo, en países como México el grupo etario conformado por personas de 20 años en adelante son más propensos de desarrollar úlcera péptica y experimentar sangrado (6).

En el contexto ecuatoriano, y particularmente desde instituciones como el Hospital del IESS Los Ceibos de la ciudad de Guayaquil, es escasa la información de carácter científico mediante el cual se analicen cuál el efecto de los anticoagulantes para tratar las hemorragias digestivas altas, teniendo en consideración que esta varía de acuerdo a las características de la población tratada. La falta de información actualizada limita el accionar del médico al momento de establecer un tratamiento y aplicar las medidas necesarias para prevenir complicaciones en el paciente.

Por lo tanto, la problemática radica en que no se ha desarrolla un estudio sobre el uso de tratamiento anticoagulante como factor coadyuvante en la prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes que acudieron al Hospital del IESS Los Ceibos durante enero 2021 a diciembre 2022, tomando en consideración, como el uso de medicamentos anticoagulantes aun representan una discordancia a nivel investigativo, dado a que su efectividad no es del 100% exitosa e inclusive en algunos pacientes principalmente mayores representa un riesgo de reincidencia de hemorragia digestiva (7).

Formulación del problema

La formulación del problema se plantea de la siguiente forma: ¿Cuál es la prevalencia de hemorragia digestiva alta atribuido al tratamiento de anticoagulantes en pacientes que acudieron al Hospital del IESS Los Ceibos durante enero 2021 a diciembre 2022?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta atribuido al tratamiento de anticoagulantes en pacientes que acudieron al Hospital del IESS Los Ceibos durante enero 2021 a diciembre 2022.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia en edad y sexo de los pacientes que ingresan al Hospital del IESS Los Ceibos a causa de hemorragia digestiva alta.
- Comparar los factores de riesgo y complicaciones atribuidas al tratamiento de anticoagulantes en pacientes con hemorragia digestiva alta.
- Estimar en que porcentaje influyen los factores de riesgo del tratamiento de anticoagulantes en el desarrollo de hemorragia digestiva alta.

Justificación

El interés de desarrollar la presente investigación radica en reconocer particularmente cuales son los efectos que prevalecen en pacientes con hemorragias digestivas altas frente al uso de anticoagulantes como tratamiento, lo que permitirá conocer en el contexto ecuatoriano a partir de los datos obtenidos desde el Hospital del IESS Los Ceibos entre enero 2021 a diciembre 2022, y así concluir a nivel de esta casa de salud cuales han sido los efectos de la indicación de anticoagulante aplicada.

Es preciso señalar que la hemorragia digestiva alta es una de las afecciones más frecuentes en el área de gastroenterología, en cuyo caso a pesar de los avances en el tratamiento si este no se aplica de manera oportuna, el riesgo de mortalidad del paciente incrementa de manera exponencial. Bajo esta premisa, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son aspectos fundamentales para la recuperación del paciente.

En este sentido, no solo se requiere que la terapia sea prescrita por personal calificado en centros especializados que cuenten con el equipamiento e insumos

adecuados; sino también es necesario contar con datos preliminares que reflejen la efectividad de los distintos tratamientos que pueden aplicarse, ya que se requiere de una comprensión de la etiología, el reconocimiento de los factores de riesgo para la selección del tratamiento adecuado para cada paciente.

Los protocolos de diagnóstico e intervención sugieren una rápida y sobre todo eficiente atención de pacientes en los que se ha determinado una hemorragia digestiva alta, teniendo en consideración que estas se presentan tanto a partir de úlceras, lesiones difusas, desgarro, inflamación, entre otros. Se precisa no solo de la inmediatez, sino también de una garantía del tratamiento aplicado. Por lo tanto, resulta esencial identificar cual es la reacción en pacientes que acudieron al Hospital del IESS Los Ceibos y que fueron tratados con anticoagulantes frente a una hemorragia digestiva alta.

Por ello, la importancia de esta investigación se identifica en la comprobación de los procedimientos y resultados que generen los tratamientos anticoagulantes al determinarse casos de pacientes con hemorragia digestiva alta, teniendo en consideración que en el contexto local (Guayaquil), hasta la fecha no existen mayores referencias que permitan identificar cual ha sido el resultado de la utilización alternativas farmacéuticas ante estos casos.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

Antecedentes referenciales

En investigaciones como la Rozo *et al.* (8), las causales de las hemorragias digestivas también varían de acuerdo al origen de las mismas, es decir, las hemorragias altas se originan por úlceras gástrica o duodenal, varices, lesiones difusas, desgarro por vómitos intensos, inflamación del esófago; en cuanto a las hemorragias digestivas bajas tienen relación con variables como la edad, sin embargo destacan como causales principales los divertículos del colon y las angiodisplasias del intestino delgado o del colon

(9); mucho más en contexto con el objeto de estudio, las hemorragias digestivas altas, presentan una tasa de mortalidad que va del 2% al 15% si no son atendidas a tiempo y de forma acertada (10). De acuerdo a DiGregorio y Alvey (11), el manejo agudo de la hemorragia gastrointestinal generalmente implica una evaluación del entorno apropiado para el tratamiento seguido de reanimación y terapia de apoyo mientras se investiga la causa subyacente y se intenta corregirla.

Desde la investigación de Xu y Siegal (12), lograron determinar que los pacientes con hemorragia digestiva alta experimentan morbilidad y un riesgo considerable de mortalidad por todas las causas a corto plazo de hasta un 10 %. Entre los tratamientos que se han identificado para hacer frente a esta condición se encuentran los medicamentos, particularmente los anticoagulantes, sin embargo, varios estudios han determinado que la efectividad de los mismos se encuentra en duda (7). En el artículo científico de Hyun *et al.* (13) se identificó que, al tratarse con medicamentos anticoagulantes a pacientes con hemorragia digestiva alta, representa un problema grave, especialmente en ancianos y/o pacientes multimórbidos, y presenta un dilema al médico de urgencias, llevando a suspender cualquier tratamiento anticoagulante y antiagregante para ayudar a detener el sangrado agudo.

A nivel local, las aportaciones que se identificaron a partir de evidencia científica para el manejo de las hemorragias digestivas altas, fue la realizada por Yunga y Montenegro (14) a partir de una revisión teórica, determinaron que aproximadamente el 45% se da en personas cuya edad oscila entre los 60 años, en el caso de Ecuador, se ha identificado la causa de mortalidad de esta condición es del 14 al 39%, y entre los factores de riesgos principales se encuentra el uso anticoagulantes, concluyendo que a pesar los avances en tratamientos tanto tecnológicos como farmacológicos, los niveles de mortalidad en todo el mundo causados por hemorragia digestiva alta no ha cesado.

De la investigación de Méndez *et al.*, (15), que el tratamiento con medicamentos supone un riesgo mayor en las complicaciones de personas con hemorragias digestivas altas. A su vez, Guzmán *et al.* (16) quienes efectuaron un estudio en Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, manifestaron que el sangrado digestivo alto es una condición que frecuentemente se evidencia en esta casa asistencial; la edad es un factor significativo de riesgo, y los anticoagulantes se prescriben con recomendaciones puntuales, además acotaron que reiniciar el uso de este tipo de medicamentos se debe evaluar valorando si el riesgo de episodios tromboembólicos supera los riesgos de sangrado.

Marco teórico

Hemorragia digestiva

En un contexto general, este tipo de hemorragia se caracteriza por la entrada de sangre en el tubo digestivo. Puede ser súbita y aguda, en cuyo caso se pierde grandes cantidades de sangre, o puede ser crónica la cual dura semanas o meses y puede ser más difícil detectarla. Aunque puede resultar imperceptible, la hemorragia crónica representa una amenaza para la salud del paciente debido a que este tipo de sangrado suele causar anemia ferropénica (17).

Según lo manifestado por Ansari “La hemorragia puede producirse en cualquier punto del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano. La sangre puede verse fácilmente a simple vista (hemorragia manifiesta) o bien puede estar presente en cantidades demasiado pequeñas para ser visibles (hemorragia oculta)” (5).

Por lo tanto, se puede concluir que el sangrado del tracto digestivo es una condición peligrosa que indica daño a los vasos sanguíneos en varios órganos de este sistema. La enfermedad se puede localizar en cualquier área, por lo que un diagnóstico preciso solo se puede hacer por la totalidad de los síntomas. Sin

embargo, la aparición de sangre no debe ser ignorada puesto que es un indicio de complicaciones y es necesario que se realicen las pruebas pertinentes (hemograma, prueba de sangre oculta en heces, o endoscopía) para lograr un diagnóstico temprano.

Clasificación de la hemorragia digestiva

El sangrado gastrointestinal se clasifica según la localización y el origen, la naturaleza (curso clínico) y según el grado de pérdida de sangre. De acuerdo con la ubicación del origen del sangrado del tracto digestivo, las hemorragias de este tipo se clasifican en dos categorías: sangrado del tracto gastrointestinal superior o hemorragia digestiva alta (el inicio del sangrado se genera a nivel del esófago, el estómago o en el duodeno); y se produce la pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal inferior o hemorragia digestiva baja (en estos casos la sangre proviene del intestino delgado, el intestino grueso o el recto) (18). El sangrado puede ser leve, moderado o severo y según su origen puede ser (19):

- Arterial: fuerte, chorro;
- Venoso: la pérdida de sangre se produce gradualmente;
- Capilar: descarga leve debido al daño de los vasos pequeños.

La hemorragia digestiva puede ser estable, inestable, o recurrente. Los vasos del plexo mucoso, submucoso e intermuscular, así como los que se encuentran fuera del tracto digestivo, pueden sangrar. La prolongación del tiempo de sangrado puede darse durante varias horas y en casos más complejos puede extenderse incluso días. Según el grado de complicación puede clasificarse como (20):

- Pérdida profusa de sangre (grado III): el paciente pierde más de 1 litro de sangre en 1-3 horas, en estos casos es preciso que el paciente reciba atención médica urgente;
- Agudo (grado II): menos de 1 litro expira en 1-2 días, los principales signos vitales del paciente son relativamente estables;
- Crónico (grado I): se desarrolla lentamente, a menudo durante varias semanas o incluso meses, la intensidad de los síntomas aumenta de forma gradual y puede agudizarse si no se detecta de manera oportuna.

A su vez, la hemorragia digestiva alta se divide en vrices no esofágicas y sangrado por vrices esofágicas. La fuente de sangrado del tracto digestivo inferior es distal al ligamento de Treitz y con mayor frecuencia involucra sangrado del colon (5).

Dependiendo de la gravedad de las manifestaciones clínicas, puede ser manifiesto o encubierto, teniendo en cuenta las diferencias en las tácticas diagnósticas y terapéuticas.

Hemorragia digestiva alta

Según lo indicado por Chuecas, *et al.* (21), “La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como cualquier hemorragia del tubo digestivo que se origine proximal al ligamento de Treitz”. El tracto digestivo superior está conformado por el esófago, el estómago y el duodeno, de modo que el sangrado puede originarse en cualquiera de estas secciones. Este síntoma suele indicar enfermedades del estómago o del esófago, con mayor frecuencia se produce debido a una gastritis erosiva, duodenitis erosiva o úlcera duodenal. Otras de las causas menos frecuentes pueden ser (22):

- Várices esofágicas o gástricas,
- Esofagitis erosiva (inflamación del esófago);
- Síndrome de Mallory-Weiss (una ruptura del revestimiento del esófago o del comienzo del estómago causada por vómitos profusos, más a menudo en personas que abusan del alcohol),
- Inflamación de la membrana mucosa del esófago o el duodeno,
- Cambios neoplásicos,
- Ulceración del esófago;
- Ulceración por estrés;
- Úlceras asociadas a *Helicobacter pylori*;
- Anomalías congénitas de los vasos del tracto gastrointestinal.

En casos poco comunes, tales condiciones son causadas por procesos oncológicos, por lo general estos son tumores del estroma que se forman en el tejido conectivo en el área donde pasan los vasos. También puede ocasionar una hemorragia digestiva alta la ruptura de un aneurisma aórtico (generalmente en la luz del duodeno), la tuberculosis y la sífilis gastrointestinal, gastritis hipertrófica, cuerpos extraños en el estómago, tumores pancreáticos, lesión de las vías biliares o rotura de las formaciones vasculares del hígado, trastornos de la coagulación de la sangre (trastornos trombocitopénicos en la leucemia aguda, insuficiencia hepática fulminante) (23).

Manifestaciones clínicas de la hemorragia digestiva alta

El principal signo del sangrado del tracto gastrointestinal superior o hemorragia digestiva alta es el vómito con sangre, esta manifestación clínica se conoce también

como hematemesis. En cuanto a los síntomas indirectos de sangrado incluyen: debilidad general, mareos, tinnitus, visión borrosa, dificultad para respirar, vómitos antes del inicio de la pérdida de sangre (síndrome de Mallory-Weiss), dificultad para tragar (una neoplasia en el esófago), y en algunos casos el paciente puede experimentar palpitaciones (24).

La hematemesis suele observarse con una pérdida significativa de sangre (más de 500 ml) y, por regla general, siempre se acompaña de melena. El sangrado de las arterias del esófago se caracteriza por vómitos con una mezcla de sangre sin cambios. Con sangrado gástrico, el vómito parece “posos de café” como resultado de la formación de cloruro de hematina durante la interacción de la hemoglobina con el ácido clorhídrico. Con hipoclorhidria severa (por ejemplo, con cáncer de estómago), así como en los casos en que el sangrado gástrico es profuso, el vómito contiene una mezcla de sangre sin cambios.

Diagnóstico de la hemorragia digestiva alta

Para el diagnóstico de hemorragia digestiva alta es fundamental tener una historia clínica completa del paciente, para conocer la preexistencia de alguna enfermedad o factor de riesgo (presencia de úlcera péptica en el pasado, toma de AINE o anticoagulantes, abuso de alcohol, telangiectasias en piel y mucosas). Al examinar pacientes con sospecha hemorragia digestiva, es necesario realizar un seguimiento dinámico de los parámetros de laboratorio (hemoglobina, protrombina, fibrinógeno, hematocrito, recuento de eritrocitos y plaquetas, tiempo de sangrado, entre otros), determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh, así como también realizar un estudio instrumental completo para determinar el origen del sangrado. En este caso, Las bases para el diagnóstico de pacientes con hemorragia digestiva son (21):

- Valoración del estado general y funciones vitales: conciencia, respiración, circulación sanguínea.
- Valoración visual: palidez de piel y mucosas, signos de daño hepático (telangiectasias, dilatación de las venas safenas de la pared abdominal, ictericia, ascitis), exantema (manifestaciones de enfermedades sistémicas), caquexia (enfermedades oncológicas).
- Estudio del pulso, medición de la frecuencia cardíaca, medición de la presión arterial (taquicardia, hipotensión).

- El abdomen, por regla general, es suave, participa uniformemente en el acto de respirar, poco o sin dolor.
- La presencia de síntomas asociados como vómitos (sangre escarlata, sangre oscura, posos de café).

En pacientes con hemorragia digestiva alta, se realiza principalmente esofagogastroduodenoscopia (EGD), que en algunos casos debe ejecutarse de manera urgente ya que el pronóstico del paciente a menudo depende de la oportunidad de identificar el origen del sangrado. La inserción preliminar de una sonda nasogástrica confirma la presencia de sangre en el contenido del estómago. Sin embargo, es importante considerar que en algunos pacientes con úlcera duodenal sangrante no se detecta sangre cuando se introduce una sonda nasogástrica y se evacua el contenido gástrico, de modo que se recomienda realizar un examen endoscópico para determinar la fuente de sangrado del tracto gastrointestinal superior (25).

Es importante señalar que con síntomas evidentes o sospecha de sangrado en curso, el paciente debe ser hospitalizado de urgencia. La evacuación médica se realiza en decúbito prono sobre una camilla con el cabecero levantado. Uno de los errores frecuentes se asocia con el retraso en la hospitalización del paciente con aparente cese del sangrado, que puede reaparecer en cualquier momento.

Prevención de la hemorragia digestiva alta

La hemorragia digestiva alta por lo general ocurre de manera inesperada, sin embargo, es un indicador de que existe un curso complicado de enfermedades que estarían afectando el tracto digestivo superior. Por tanto, el principal método de prevención es impedir el desarrollo de las propias patologías que podrían propiciar el sangrado.

En este sentido, el diagnóstico oportuno es importante para prevenir el daño vascular. En pacientes que pertenecen a la población de riesgo, como son las personas que pertenecen al grupo etario de 60-65 años en adelante que son propensos a presentar HDA, en que aumentan los riesgos de úlceras pépticas del tracto gastrointestinal y venas varicosas, se les recomienda realizarse un examen preventivo anual (26).

Es importante señalar que, dependiendo de la gravedad de la lesión, las áreas afectadas pueden causar diversos grados de dolor y sangrado, de modo que es

necesario controlar la acidez, seguir una dieta y tomar los medicamentos prescritos por el médico tratante lo que le ayudará al paciente a evitar complicaciones. Además, es importante señalar que la prevención también implica el tratamiento oportuno y completo de las enfermedades preexistentes o causas identificadas.

Por ejemplo, la hemorragia del tracto digestivo superior provocada por ulceraciones por estrés, puede propiciar mayores complicaciones que incrementan el riesgo de mortalidad en los pacientes que han sido ingresados por esta afectación. Para prevenir el sangrado de las úlceras por estrés, el nombramiento de medicamentos antisecretores podría ser una alternativa casi obligatoria en condiciones somáticas agudas y severas, durante cuidados intensivos y después de operaciones (27).

Por otra parte, el sangrado asociado con el uso de AINE debe realizarse bajo la cobertura de medicamentos antisecretores o antiácidos dado a posibles factores de riesgo como daños colaterales que estos podrían desencadenar. En caso de úlceras asociadas a *Helicobacter pylori*, es necesario realizar una terapia de erradicación de anihelicobacter (AHBT), ya que después de la destrucción de bacterias, la frecuencia de recurrencia de úlceras en adultos no supera el 5-10% por año, resangrado - 0,5% (28).

Factores de riesgo

En la mayoría de los casos, las enfermedades preexistentes que conducen a la hemorragia digestiva alta se observan con mayor frecuencia en pacientes adultos. Además, según las estadísticas, los hombres tienen dos veces más probabilidades que las mujeres de diagnosticar problemas de sangrado en los órganos del tracto gastrointestinal superior. El pico de edad de las enfermedades es de 40-45 años; sin embargo, para autores como Velásquez (29), el riesgo se incrementa progresivamente con la edad del paciente, de modo que las personas de 60-65 años tienen mayores probabilidades de desarrollar una hemorragia digestiva.

Además de la edad y el sexo del paciente, otro de los factores de riesgo se asocia con el número de enfermedades preexistentes, entre las que destacan la gastritis, la hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal, úlcera duodenal, la esofagitis, várices esofágicas, entre otras causas no varicosas como las patologías ulcerativas; en pacientes con más de cuatro comorbilidades el riesgo de mortalidad se incrementa (30). Sin embargo, el problema no se limita a los

adultos, puesto que existen casos en los que personas pertenecientes a diferentes grupos etarios han desarrollado hemorragias digestivas del tracto superior.

Por ejemplo, el diagnóstico asociado a lesiones ulcerativas del tracto gastrointestinal superior se realiza con frecuencia en adolescentes que poseen malos hábitos alimenticios evidenciados por el consumo descontrolado de comidas y bebidas chatarra. Desde esta perspectiva, se puede decir que los factores se relacionan también con los hábitos pocos saludables que practica con frecuencia el paciente, tales como (31):

- Mala nutrición;
- Exceso de peso;
- Baja actividad física;
- Consumo excesivo de tabaco y alcohol, que conduce a la intoxicación del cuerpo;
- Consumo frecuente de bebidas carbonatadas;
- Estrés frecuente;
- Desarrollo de infección en los órganos del tracto gastrointestinal superior;
- Desordenes metabólicos;
- Predisposición genética.

Tratamiento anticoagulante como factor de riesgo

Dentro del ámbito de la salud, frente a diversas complicaciones que presente el paciente la selección de fármacos requiere de un diagnóstico integral, teniendo en consideración que para tratar una condición en particular con determinado medicamento podría consecuentemente desencadenar un efecto colateral en otro órgano. Particularmente frente a un proceso hemorrágico, las alternativas que destacan para sobrellevar esta situación incluyen el uso anticoagulante.

De acuerdo a lo expuesto a través del sitio web de la Clínica Universidad de Navarra (37), "El uso de medicamentos como tratamiento requiere controles frecuentes de laboratorio, siendo la prueba más utilizada el tiempo de protrombina, que permite obtener un parámetro denominado INR (razón normalizada internacional), que es la forma correcta de expresar los resultados".

El tratamiento con anticoagulantes que se suministran de manera oral para tratar determinadas afecciones o procesos, suele dividirse en dos grupos diferentes, donde el tratamiento clásico se denomina antagonistas de la vitamina K (AVK). Dentro de este grupo se encuentran los siguientes preparados:

- Warfarina Orion, Marevan, Waran (principio activo: warfarina).
- Con menos frecuencia Marcoumar (ingrediente activo: fenprocumon).

Todos estos tipos de medicamentos anticoagulantes funcionan de la misma manera al inhibir la capacidad de producir algunos factores de coagulación de la sangre en el hígado. La inhibición ocurre porque se inactiva la vitamina K, que es necesaria para formar y activar los factores de coagulación de la sangre. Como se analiza a continuación, el contenido dietético de vitamina K es importante para el efecto anticoagulante del medicamento.

El otro grupo algo más nuevo de tratamiento se llama anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K, pero también pueden llamarse *anticoagulantes* orales directos. Estos que se presenta como fármacos son tabletas también inhiben el sistema de coagulación de la sangre, pero en lugar de inhibir la vitamina K y la formación de factores de coagulación de la sangre en el hígado, inhiben directamente algunos de los factores de coagulación de la sangre (25). Esto logra un efecto de “adelgazamiento de la sangre”, ya que estos factores son necesarios para el sistema general de coagulación de la sangre. Este grupo incluye actualmente cuatro productos farmacéuticos diferentes, a saber:

- Pradaxa (principio activo: dabigatrán etexilato).
- Xarelto (principio activo: rivaroxabán).
- Eliquis (principio activo: apixabán).
- Lixiana (principio activo: edoxabán).

Como se analiza a continuación, todos los tipos de medicamentos anticoagulantes reducen el riesgo de coágulos de sangre, pero a la inversa, el medicamento también aumentará la tendencia al sangrado y, por lo tanto, el riesgo de complicaciones hemorrágicas (33). Los motivos más frecuentes para iniciar el tratamiento de anticoagulantes son:

- Coágulo de sangre en la pierna (trombosis venosa profunda).
- Coágulo de sangre en el pulmón (embolia pulmonar).
- Alteraciones del ritmo cardíaco, típicamente fibrilación auricular o aleteo auricular (posiblemente denominado fibrilación auricular/aleteo auricular).
- Cuando los pacientes tienen una válvula cardíaca artificial, muchos tipos de válvulas requieren tratamiento antocoagulante.
- Algunas de las preparaciones anticoagulantes también se pueden usar para tratar coágulos de sangre más raros en el cuerpo o para prevenir coágulos de sangre después de operaciones de cadera y rodilla.
- Traumatismo craneoencefálico.

Es importante garantizar la mejor dilución de sangre posible para minimizar el riesgo de coágulos de sangre y sangrado. Por lo tanto, es necesario controlar el tratamiento. Existe una marcada diferencia entre el control del tratamiento clásico y los más actuales, tal como se describe a continuación de acuerdo a lo expuesto por Ceresetto *et al.* (34):

- **Control del tratamiento clásico con antagonistas de la vitamina K (tratamiento AVK, es decir, tratamiento con Warfarin Orion, Marevan, Waran y Marcoumar):** El tratamiento con AVK (es decir, Warfarin Orion, Marevan, Waran y Marcoumar) requiere un control mucho más frecuente del efecto anticoagulante, y también será necesario ajustar la dosis de la medicación. El efecto anticoagulante de estos tipos de medicamentos se mide en un análisis de sangre regular. La respuesta se indica con INR (Razón Internacional Normalizada). El valor INR indica cuánto ha cambiado el tiempo de coagulación de la sangre en comparación con lo normal (39).
- **Tratamiento con anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K (NOAC, es decir, tratamiento con Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana):** Los NOAC de tipo de tratamiento más nuevos (p. ej., Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana) requieren una cantidad significativamente menor de controles, normalmente de 1 a 4 veces al año. Además, los NOAC tienen la ventaja de que todos se administran en una dosis diaria fija, que depende de la función renal y, para algunos de los agentes, también, p. edad y peso. Los NOAC también se diferencian de los AVK en que no es necesario comprobar el efecto anticoagulante mediante análisis de sangre, es decir, no se mide el INR. Sin embargo, todavía es necesario un análisis de sangre aproximadamente dos veces al año, donde, entre otras cosas, se verifica la función renal. Esto no se debe a que los NOAC afecten la función renal, sino a que la elección de la dosis, como se indicó anteriormente depende de la función renal, ya que los NOAC se excretan parcialmente por los riñones. Por lo tanto, puede ocurrir que la dosis de NOAC, debe reducirse si la función renal ha disminuido (40).

Una diferencia importante entre los tipos de medicamentos AVK y NOAC es que los NOAC se excretan hasta cierto punto (dependiendo de la preparación elegida) en los riñones. Es decir que, si un paciente tiene la función renal reducida, esto puede

significar que el medicamento tenga un efecto más fuerte y que, por lo tanto, se debe reducir la dosis, o que no se le puede ofrecer el tratamiento (solo se aplica a la función renal gravemente reducida) (41).

La función renal disminuye ligeramente con la edad y, por lo tanto, los pacientes mayores en tratamiento con NOAC a menudo necesitarán ser revisados con un poco más de frecuencia que los más jóvenes. Además, la dieta y otros medicamentos afectan menos el tratamiento con NOAC en comparación con el tratamiento con AVK. Específicamente para Xarelto (rivaroxaban), la píldora debe tomarse con una comida, ya que esto mejora la absorción del medicamento en el intestino (38).

Particularmente para hacer referencia al uso de tratamiento anticoagulante como factor de riesgo a hemorragias digestivas desde el punto de vista de Del Molino *et al.*, (39), se considera como la complicación de mayor gravedad y la que ocurre con mucha frecuencia al emplearse anticoagulantes, donde en el peor de los casos esta se encuentra asociada a una probabilidad de mortalidad de más del 9%. Particularmente el uso de los antagonistas de la vitamina K para otros padecimientos en un paciente puede desencadenar hemorragia digestiva alta entre 1 a 3% de individuos anualmente, y puntualmente al hacer uso de aspirina duplica el riesgo de HDA en relación a la vitamina K.

Se determina que el riesgo de emplear tratamiento anticoagulante en un paciente con hemorragia digestiva alta puede generarse en cualquier área del tracto digestivo, esto se evidencia casi inmediatamente en las patologías de sangrado. Por ejemplo, en pacientes en los que se usó dabigatran (anticoagulante de la clase de los inhibidores directos de la trombina), la hemorragia se origina principalmente en el tracto digestivo alto (39).

En casos específicos en los que el paciente presente una condición cardiovascular en la que exista un riesgo significativo de trombosis, el interrumpir el tratamiento anticoagulante representa un problema mayor, por ello en casos como estos para mitigar el riesgo tromboembólico se prescribe en estos pacientes el uso de terapia puente con el medicamento heparina, sin embargo, el uso de este representa un incremento del riesgo de HDA (39), de igual manera este medicamento incrementa el riesgo perioperatorio de hemorragia hasta tres veces.

Protocolo de manejo de hemorragia digestiva alta

Los pacientes con signos de sangrado del tracto digestivo o, si existe una sospecha razonable de hemorragia digestiva alta, están sujetos a derivación inmediata a hospitales de emergencia multidisciplinarios, donde el personal sanitario deberá realizar la debida evaluación para establecer un diagnóstico y determinar el grado de gravedad a fin de determinar la necesidad de hospitalización y la selección de un tratamiento adecuado para el paciente (40).

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, es esencial que los centros hospitalarios establezcan protocolos para el manejo multidisciplinario de pacientes con hemorragia digestiva, lo que incluiría la disponibilidad de un endoscopista capacitado en hemostasia endoscópica. Según García, *et al.* (41) “La estratificación del riesgo puede ayudar en decisiones como el momento de la endoscopia y el alta hospitalaria. En este sentido, se recomienda el uso de la puntuación de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo preendoscópico”. Los siguientes signos son la base para la estratificación de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicosa según el nivel de riesgo.

Tabla 1
Escala de Glasgow-Blatchford para valoración de pacientes con HDA

Variable	Marcador de riesgo en la admisión	Puntuación
Urea sérica mmol/l	<6,5	0
	6,5 -7,9	2
	8-9,9	3
	10-24,9	4
	≥25	6
Hemoglobina g/dl (hombres)	≥13	0
	≥12 < 13	1
	≥10 < 12	3
	<10	6
Hemoglobina g/dl (mujeres)	≥12	0
	≥10 < 12	1
	<10	6
Presión arterial sistólica (mmHg)	>110	0
	100-109	1
	90-99	2
	<90	3
Otros marcadores	Frecuencia cardíaca ≥ 100 bpm	1
	Presentación con melenas	1
	Presentación con síncope	2
	Enfermedad hepática	2
	Insuficiencia cardíaca	2

Fuente: García, *et al.* (41)

De acuerdo con la aplicación de la escala de Glasgow-Blatchford los pacientes con una puntuación superior a 3, pertenecen a un grupo de alto riesgo. La gravedad de la pérdida de sangre se especifica mediante parámetros clínicos y de laboratorio. En la mayoría de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda las guías internacionales recomiendan una endoscopia temprana (dentro de las 24 horas).

La principal tarea del personal de atención sanitaria en los casos de hemorragia digestiva alta de alto riesgo es la hospitalización de emergencia del paciente. Es necesario monitorear o controlar la presión arterial y la frecuencia cardíaca, mantener las funciones vitales (de acuerdo con los principios generales de reanimación). En caso de sangrado del tracto digestivo superior, presumiblemente de naturaleza ulcerativa y síndrome de Mallory-Weiss, se recomienda la aplicación de infusión de bloqueadores de la bomba de protones o bloqueadores de histamina que deberán suministrarse en forma lenta (41).

En cuanto a los pacientes con hemorragia digestiva alta presumiblemente provocada

por la presencia de venas varicosas del esófago y el estómago, es usual la aplicación de tratamiento análogo sintético de vasopresina terlipresina en bolo intravenoso (42), o análogos sintéticos de somatostatina octreotide por goteo intravenoso (43), lo cual se refleja en recomendaciones internacionales y nacionales. En casos de sangrado profuso en los que el paciente muestra signos de shock hemorrágico (escalofríos, sudor frío, disminución del llenado de las venas, aumento de la taquicardia (frecuencia cardíaca > 100 latidos por minuto) e hipotensión), es preciso iniciar con la transfusión de líquido por goteo: solución de cloruro de sodio o hidroxietil almidón que suelen ser efectivas para el manejo de pacientes que presentan algún tipo de hemorragia grave (44).

Los pacientes que se encuentran en estado crítico deben ser ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o al quirófano, donde se lleva a cabo un complejo de medidas de diagnóstico, incluido. En cuanto a los pacientes asignados al grupo de bajo riesgo, por lo general son sometidos a tratamiento conservador y monitoreo en un servicio quirúrgico especializado. Los pacientes con hemorragia aguda y bajo riesgo de resangrado y muerte, según los criterios clínicos y endoscópicos, pueden ser dados de alta inmediatamente después de la endoscopia (16).

Pruebas de coagulación

De acuerdo a Zuluaga *et al.*, (45) de las pruebas de coagulación que se han efectuado sobre los DOAC a nivel de farmacocinética y farmacodinamia, estos fueron puntualmente los datos que se encontraron:

Tabla 2
Pruebas de coagulación

Tipo/nombre del DOAC	Características
<i>Dabigatrán etexilato</i>	-Profármaco -Se administra vía oral -Tiene una vida media al ser ingerida de 12 a 17 horas en personas que no presentan anomalía en su función renal.

<i>Rivaroxaban</i>	<p>-Vida media al ser ingerida es de 5 a 9 horas.</p> <p>-El 34% de las moléculas de este fármaco se elimina vía renal sin metabolizarse completamente.</p> <p>-Tienen una significativa incidencia a unirse con proteínas de tipo plasmáticas en un 89% aproximadamente.</p> <p>-El hígado es el encargado de metabolizarla con la ayuda del citocromo CYP-3 A4.</p>
<i>Apixaban</i>	<p>-Vida media al ser ingerida es de 8 a 15 horas.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Se caracteriza por su rápida absorción vía oral. -Bio-disponibilidad de aproximadamente el 50%. -El hígado se encarga de metabolizarlo a través de la enzima CYP-3 A4. -Su eliminación se da en un 26% mediante la orina y el 74% a través de materia fecal.
<i>Edoxaban</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Vida media al ser ingerida es de 6 a 11 horas. -Su unión a proteínas plasmáticas de lenta. -No presenta bio-transformación mediante el citocromo. -Es eliminada a través de la vía biliar y renal.

Fuente: Zuluaga *et al.*, (45)

De acuerdo a lo previamente expuesto, las pruebas de laboratorio han permitido identificar con mayor precisión cómo funcionan este tipo de medicamentos una vez empleados en el proceso de tratamiento anticoagulante, se ha logrado determinar con precisión como la farmacocinética y farmacodinamia de estos se desarrolla en el organismo humano y con esto consecuentemente determinar cuáles son las mejores alternativas para tratar las hemorragias y reducir su reincidencia.

Estrategia general para reversión de anticoagulantes

Tomando en consideración que los sangrados pueden ser recurrentes al suministrarse tratamientos orales de anticoagulantes para algunos casos, teniendo en consideración que cada persona puede reaccionar de forma diversa a estos tratamientos, y dado a que pueden generarse escenarios con pronóstico reservado potencialmente mortales, se precisa por ello efectuar valoraciones farmacocinéticas de las moléculas de los medicamentos suministrados y así

determinar cómo se genera la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos (45).

Entre la categorización de anticoagulantes orales directos (DOAC), destacan, por ejemplo:

- Debigatrán.
- Rivaroxabán.
- Apixabán o,
- Edoxabán.

Como las alternativas antagonistas de la vitamina K, así como de las heparinas que se caracterizan específicamente por contar con un reducido peso molecular, lo que los convierte en idóneos para prevenir y tratar varios escenarios, específicamente cuando se manifiesta una hemorragia, como aquellas a nivel digestivo alto.

Actualmente existe una mayor tendencia hacia el uso de DOAC, y esto se corrobora con datos precisos, de acuerdo a la investigación de Enríquez, *et al.*, (46), en países como Inglaterra y Colombia el uso de anticoagulantes de este tipo incrementó del 9% en 2015 a un 73% en 2019, y es precisamente por la eficacia comprobada a través de diversos ensayos clínicos sobre este tipo de medicamento, lo que ha incidido a que su popularidad incremente a nivel mundial.

Particularmente Enríquez, *et al.*, (46) expusieron las estrategias para manejar y tratar las hemorragias en pacientes en los que se emplearon DOAC, detallándose a continuación:

- Hemorragias mayores sin riesgo vital que no comprometen órganos críticos:
 - Suspende el medicamento.
 - Incidir a una hemostasia a través de la comprensión mecánica, de la mano con un proceso de hemostasia quirúrgica considerando la vasoconstricción.
 - Reanimación hemodinámica haciendo uso de coloides, glóbulos rojos, plaquetas.
 - Considerar agentes reversores que incluye las siguientes consideraciones:
1. Determinar el tipo de sangrado que está teniendo el paciente y si es o no amenazante para su vida.
 2. Contabilizar el sangrado, es decir determinar de acuerdo a los mililitros sobre segundo por un tiempo mínimo de 10 minutos a 20 minutos.
 3. Considerar las causales comunes del sangrado, es decir, determinar si fueron causadas por un politraumatismo, a nivel digestivo, cirugías previas, como las

hepatobiliares, por mencionar algunos ejemplos.

- En caso de suscitarse hemorragia mayor en la que si exista riesgo vital o compromiso significativo de órganos cuyas consecuencias sean críticas, se recomienda:
 - Considerar las alternativas aplicadas en para hemorragias mayor sin riesgo vital.
 - Emplear alternativas reservores.
- 1. En caso de emplearse medicamentos como Debigatrán es necesario que:
 - a) Emplear Idarucizumab 5gramos IV.
 - b) En caso de no haber disponibilidad de idarucizumab, es posible emplear otras alternativas como por ejemplo CCP-4 o CCPA 50 U/kg IV.
 - Emplear INHIBIDORS de rivarozabán, apixabán y edoxabán.
- 1. CCP-4 50 u/KG IV.
- 2. Si CCP-4 y en caso de no existir esta alternativa, emplear CCPA 50 U/kg IV.

A manera de conclusión de este tópico, de acuerdo a lo manifestado por Gordon *et al.*, (47) medidas de apoyo deben incluir la transfusión de hemoderivados cuando corresponda. Los datos de ensayos aleatorizados sugieren que una estrategia de transfusión restrictiva (en lugar de liberal) mejora la supervivencia y reduce el riesgo de hemorragia recurrente en pacientes que presentan hemorragia digestiva alta aguda grave.

Hemoglobina

A términos generales, la hemoglobina es una hemoproteína en los glóbulos rojos, los eritrocitos que tiene por lo general una masa molecular de 64000 g/mol. La hemoglobina se une al oxígeno (oxígeno) en la sangre y lo transporta por todo el cuerpo y lo entrega a los diversos órganos, tejidos. La formación de hemoglobina en el cuerpo depende del hierro , B12 y ácido fólico . Por lo tanto, la falta de estos también puede conducir a la falta de hemoglobina, también llamada anemia (48).

Cuando se determina que existe un contenido de hemoglobina bajo, los factores causales de la anemia principalmente son:

- Deficiencia de hierro
- Deficiencia de B-12
- Deficiencia de folato

- Leucemia u otras enfermedades de los órganos que forman la sangre
- Sangrado (por ejemplo, durante operaciones)
- Enfermedad crónica.
- Sobrehidratación

En cuanto existe un elevado nivel de hemoglobina, esto puede significar que ha existido policitemia (muchos eritrocitos observados en fumadores empedernidos o en algún tipo de cáncer, así como la deshidratación también es un factor altamente desencadenante de este tipo de condicionamiento en la persona. Los niveles de hemoglobina también, tienen relación con la ingesta de proteínas de forma correcta y sobre todo con un significativo valor biológico y de hierro.

Hay tres tipos de hemoglobina: HbA, HbA2 y HbF, este último solo es detectable en el embrión y desaparece por completo de la sangre antes del primer año de vida. La proteína de hemoglobina consta de cuatro unidades de globina (dos unidades de globina alfa y dos subunidades de globina beta) envueltas alrededor de sí misma, con el hemo (compuesto complejo) en el centro que contiene un ion de hierro (hierro Fe²⁺). Entonces, cada molécula de hemoglobina contiene cuatro átomos de hierro (49).

Cuando el oxígeno ingresa al torrente sanguíneo, las moléculas de oxígeno se unen al hierro en el hemo. Una vez unida al oxígeno, la hemoglobina se convierte en oxihemoglobina. Por el contrario, forma hemoglobina de carbono cuando se combina con dióxido de carbono, luego, el dióxido de carbono se transporta a través de la sangre a los pulmones, donde se exhala.

La incidencia de la hemoglobina por el oxígeno está influenciada por varios factores, el más importante de los cuales es la presión parcial de oxígeno. Esto significa que cuanto mayor es la presión, menor es la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno. A su vez, la reducción del pH de la sangre, el incremento de la temperatura o el 2,3-difosfoglicerato (DPG) reducen la incidencia del sangrado de hemoglobina atribuido al oxígeno (50).

El contenido normal de hemoglobina es de 13 a 18 g por 100 ml de sangre en hombres y de 12 a 16 g por 100 ml en mujeres. Este valor varía según la persona y las condiciones de vida. Las personas que viven en altitudes elevadas generalmente tienen niveles más altos de hemoglobina, mientras que la hemoglobina tiende a ser

más baja en hombres mayores, niños y durante el embarazo (51).

Marco legal

Para el desarrollo de la investigación se toma como base de referencia lo establecido en la Constitución de la República del Ecuador (52), que en el Título II capítulo primero correspondiente a los Derechos que se atribuyen a la ciudadanía y los principios de su aplicación, en la sección séptima se establece lo siguiente:

Art. 32.- En este se sugiere que la salud como un tema de derecho a lo cual el Estado ofrece como garantiza que todos los y las ciudadanos que viven y radican en el país tienen acceso de manera gratuita, esto en conjunto con otros derechos como el de acceso al agua, la alimentación saludable, acceso a la educación hasta tercer nivel, la cultura física, el trabajo, entre otros que forman parte del buen vivir.

La forma en como el Gobierno velará porque se cumplan estos derechos, estará sujeto

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En este caso, el Estado ecuatoriano tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud a toda la ciudadanía, esto implica la implementación de políticas y la asignación de recursos a instituciones cuyo objetivo es el de proporcionar atención médica especializada para quienes lo necesiten. Así mismo, se toma como referencia lo establecido en el Título VII correspondiente al Régimen del Bien Vivir, capítulo primero sección segunda respecto a la salud establece lo siguiente:

Art. 358.- Tiene como objetivo constante el sistema nacional de salud impulsar el desarrollo, protección y recuperación de la población y todos quienes conforman al personal sanitario, esto aplicado a nivel colectivo en el que se garantiza el reconocimiento de la diversidad cultural, por lo que el conjunto el Ministerio de Educación también impulsará el desarrollo de la bioética, suficiencia e interculturalidad, enfocado al de género.

Art. 360.- El sistema también mediante las instituciones que lo conforman, promocionará la salud, prevención y atención integral, tanto de la familia y comunidad, esto con base a la atención primaria de salud; por ello, se establecerán diversos niveles de atención, promoviendo la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Toda la red pública integral de salud conforma al sistema nacional de salud, consecuentemente esta trabaja en sinergia con los establecimientos públicos creados por el Estado para dar atención a los que forman parte de la seguridad social y conjuntamente con otros proveedores pertenecientes al Estado, vinculados jurídica, operativa y complementariamente.

Art. 363.- Como responsabilidad del Estado se identifica que:

1. Pactar políticas públicas para garantizar la promoción, prevención, rehabilitación y atención de manera integral a la salud y para con ello incentivar prácticas saludables en diversos ámbitos en los que se desenvuelva una persona.
2. Ampliar la atención al sistema de salud, mejoramiento constante sobre la calidad y amplia cobertura de estos.
3. Constante mejora del servicio estatal de salud, incentivar a la preparación del talento humano y brindar la infraestructura física y el equipamiento a las casas asistenciales públicas de salud.
4. Respetar las prácticas de salud ancestral a través del reconocimiento, respeto y promoción del uso de los conocimientos, medicamentos e insumos.
5. Otorgar cuidado especializado especialmente grupos prioritarios con base a lo que dice la Constitución.
6. Promocionar programas sobre servicios de salud sexual y de salud reproductiva, garantizando la salud de forma integral y la vida de las mujeres.
7. Se garantizar la disponibilidad de insumos y medicina para todos, así como se promueve la distribución equitativa a nivel nacional y la producción de estos a fin de asegurar la soberanía de insumos médicos. La accesibilidad a los medicamentos de acuerdo a los intereses del sistema de salud pública prevalecerá sobre la medicina económica y comercias.
8. Incentivar constantemente al desarrollo y crecimiento integral del todo el equipo y personal de salud.

Uno de los aspectos que se contempla en la Constitución de la República del Ecuador (52) se basa en la aplicación de medidas para promover la salud en la

población. En este caso, además de la disponibilidad de insumos y las medidas que se aplican para la mejora de la calidad de la atención médica, se contempla informar a la ciudadanía a fin de que puedan adoptar prácticas que les permita prevenir enfermedades y/o complicaciones. Así mismo, el desarrollo de investigaciones en el marco de la atención sanitaria es uno de los mecanismos para obtener información con respecto a las necesidades epidemiológicas y diseñar planes de tratamiento adecuados para cada tipo de paciente.

Ley Orgánica de Salud Es necesario específicamente también consideración lo que se expone a través de la Ley Orgánica de Salud (53), dado a que dentro de esta a pesar de toma ciertos apartados de la Constitución, como el numeral 20 en la que se manifiesta que la salud es un derecho humano fundamental, y por la cual el Estado reconocerá y garantizará que todos los ecuatorianos tendrán derecho a una vida de calidad, también se identifican aspectos puntuales que son fundamentales de considerar:

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

20. Establecer políticas y materializar estrategias y programas que garanticen el acceso y la disponibilidad de medicina de calidad, al precio más bajo para los y las ecuatorianas, sobre todo en medicamentos genéricos de calidad; Art. 7. Todo ecuatoriano o persona radicada en el país, sin discriminación alguna, tiene los siguientes derechos ligados al tema de la salud:

h) Respetar la voluntad del paciente mediante el consentimiento por sobre los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que cada paciente requiera o bajo la autorización de los familiares, a excepción de los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida del individuo o la salud pública;

j) La atención en todo el sistema de salud pública se garantiza desde el aporte de los profesionales de emergencia, suministrando las medicinas y haciendo uso de insumos pertinentes en situaciones de riesgo inminente para la vida, esto sin que se ponga por encima el tema económico ni trámite administrativo que ponga en riesgo la vida de la persona.

Art. 9.- Es responsabilidad del Estado garantizar el derecho a un sistema de salud para las personas, enunciándose los siguientes aspectos prioritarios:

f) Garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo, con énfasis en medicamentos genéricos en las presentaciones

adecuadas, según la edad y la dotación oportuna, sin costo para el tratamiento del VIH-SIDA y enfermedades como hepatitis, dengue, tuberculosis, malaria y otras transmisibles que pongan en riesgo la salud colectiva;

Hipótesis

El tratamiento con anticoagulantes prolongado durante un largo periodo incrementa el riesgo de hemorragia digestiva alta.

Identificación y clasificación de variables

Variable independiente Tratamiento con anticoagulantes.

Variable dependiente Hemorragia digestiva alta.

Operacionalización de variables

Tabla 3
Operacionalización de variables

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	RESULTADO
Edad del paciente	Determina la edad del paciente que haya sido atendido en el Hospital del IESS Los Ceibos durante el periodo analizado	Razón y discreta	Número de años
Sexo del paciente	Género de acuerdo a la base de datos del Hospital del IESS Los Ceibos	Categorica, nominal y dicotómica	Masculino Femenino

Factores de riesgo	Determina las comorbilidades y otros aspectos que pueden ser consideradas como un factor de riesgo para desarrollar una hemorragia digestiva alta	- Categórica, nominal y politómica	- Hipertensión arterial Diabetes mellitus Insuficiencia renal - Ictus isquémico previo Neoplasia activa Úlcera.
			Gastritis. - Várices esofágicas Várices gástricas. - Malos hábitos (consumo de alcohol) - Consumo de antiinflamatorios no esteroides
Hemorragia digestiva alta	Son hemorragias altas las que se originan en esófago, estómago y duodeno, y bajas las que se originan en el resto del intestino delgado y en el colon.	- Categórica, nominal y politómica	Amenazante Mayor - No mayor clínicamente relevante Menor

Indicación de anticoagulación	Forma de determinar la necesidad de la aplicación del anticoagulante, es decir que el fármaco evite o incida en la formación de coágulos dentro de los vasos sanguíneos, haciendo más fácil o difícil que se produzca una trombosis o una embolia.	- Nominal y politómica	- Fibrilación auricular - Prótesis mecánica - Enfermedad tromboembólica venosa (ETVE) - Accidente cerebrovascular (ACV isquémico). - Traumatismo craneoencefálico.
Tratamiento anticoagulante	Son medicamentos que evitan la formación de coágulos sanguíneos, sin embargo, en el tratamiento de hemorragias digestiva, su efecto y eficiencia varía como cualquier otro medicamento.	- Categórica, nominal y dicotómica	- Anticoagulantes de acción directa (ACOD) - Antagonistas de Vitamina K (AVK)
Control de tratamiento	Determina los cambios que puedan aplicarse sobre el proceso de tratamiento al paciente.	- Categórica, nominal y politómica	- Reiniciaron la anticoagulación - No reiniciaron anticoagulación - Cambio de tratamiento anticoagulante

Complicaciones del tratamiento anticoagulante	Determina las posibles complicaciones que podrían suscitarse al someter al paciente a un tratamiento anticoagulante	- Categórica, nominal y politémica	Trombosis - Inestabilidad hemodinámica. - Sangrado recurrente Morbilidad
---	--	--	---

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

Diseño de investigación

La investigación se centró en un estudio de caso, que se basó en un diseño observacional retrospectivo, transversal y analítico que compara grupos existentes en un momento único; es decir que no se llevó a cabo el seguimiento del paciente para el registro de datos posteriores. Los investigadores forman estos grupos en función de la existencia de una condición (hemorragia digestiva alta tratada con anticoagulantes) en el grupo de casos y la reacción de estos. El principal propósito radica en evaluar las diferencias en las historias entre estos los pacientes en busca de factores que puedan causar una patología o determinadas complicaciones subyacentes.

En este sentido, se realizó una investigación observacional sobre la población de pacientes que hayan sido atendidos en el Hospital del IESS Los Ceibos por casos de hemorragia digestiva alta. Cabe señalar que el estudio fue retrospectivo y transversal, puesto que se analizó la información de acuerdo a los registros de pacientes atendidos durante el periodo de enero 2021 y diciembre de 2022. Se acota que no se realizó la medición simultánea de la misma variable. Finalmente se realizó un análisis exhaustivo de los datos recopilados para establecer la correlación entre las variables estudiadas.

Tipo de investigación

De acuerdo a su alcance, la investigación es de tipo descriptiva y correlacional, considerando que para dar cumplimiento a los objetivos establecidos se buscó determinar la prevalencia en términos de edad y sexo de los pacientes que hayan sido ingresados por casos de hemorragia digestiva alta. En este contexto, fue pertinente caracterizar diferentes variables registradas en las historias clínicas de los pacientes seleccionados

para la investigación a fin de identificar los factores de riesgo asociados, entre otros datos de relevancia para el estudio.

Así mismo, se determinó la aplicación de una investigación correlacional, puesto que a la par de la prevalencia según el grupo etario y el sexo de los pacientes, se buscó determinar la relación existente entre los factores de riesgo y los casos registrados de pacientes con hemorragia digestiva alta, en cuyo caso se analizaron diversos factores entre ellos otras comorbilidades, enfermedades primarias y patologías subsecuentes.

Método de investigación

En cuanto al método aplicado fue de tipo analítico-sintético, considerando que de acuerdo con Ortiz “el análisis y la síntesis son procesos básicos del pensamiento que cumplen una función muy importante en el conocimiento y ocurren de manera cíclica en todas las etapas del proceso cognoscitivo como procesos lógicos” (54). Cabe señalar que para efectos del presente estudio se realizó la descomposición del tema analizado a partir de variables que fueron procesadas y analizadas de forma independiente para posteriormente determinar la posible existencia de una correlación entre las mismas.

Una vez obtenidos la información mediante la revisión y tabulación de los datos registrados en las historias clínicas de los pacientes que fueron ingresados por presentar hemorragia digestiva alta, se contrastó de forma analítica con las aportaciones encontradas a partir de otras investigaciones previamente referenciadas en el apartado de antecedentes expuestos en el presente estudio.

Población y muestra

La población de estudio estuvo compuesta por los pacientes que fueron atendidos por presentar hemorragia digestiva alta en el Hospital del IESS Los Ceibos de la ciudad de Guayaquil durante el periodo de enero 2021 a diciembre de 2022. Para la selección de los sujetos de estudio se realizó una revisión de las historias clínicas de este centro de atención, según registros

de dicha institución, se estima que durante el periodo establecido en el área de Gastroenterología fueron atendidos aproximadamente 3.998 pacientes, de los cuales, fue necesario aplicar filtros adicionales a dichos registros dado a que aún se identificaban datos que no concordaban con los criterios de inclusión. En este caso se identificó un total de 8 pacientes que presentaban una historia clínica incompleta de modo que fueron excluidos del estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con hemorragia digestiva alta.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con historia clínica completa.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con hemorragia digestiva baja.
- Pacientes que hayan sufrido previamente de hemorragias digestivas altas.

Se realizó un tipo de muestreo aleatorio sistemático, puesto que todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y de acuerdo a los datos a requerirse fueron seleccionados respectivamente para el estudio. En este caso, se seleccionó a los participantes al azar, para esto se trabajó con una muestra de 63 pacientes, justificándose que este número se determinó con la información que se encontraban disponibles en la base de datos tales como los factores de riesgos asociados a la hemorragia digestiva alta.

Método de recogida de datos

La recogida de la información se la efectuó de manera presencial InSitu, es decir directamente en el Hospital del IESS Los Ceibos, donde se solicitó la historia clínica de los pacientes que estuvieron en esta casa de salud entre el periodo de enero 2021 a diciembre 2022 y que particularmente fueron ingresados por una hemorragia digestiva alta.

Considerando que en las historias clínicas incluyen información detallada desde los datos de identificación del paciente, los antecedentes de interés

en relación a su intervención al hospital, las órdenes médicas, el tratamiento farmacológico, la planificación de cuidados, por mencionar algunos aspectos, se precisó como fuente de generación de datos esta herramienta que contribuyó en parte en la determinación de la prevalencia de hemorragias digestivas tras el tratamiento con anticoagulantes en pacientes que hayan sido atendidos en el Hospital del IESS Los Ceibos.

Procesamiento de los datos

Para el tratamiento de la información, se utilizó la herramienta IBM SPSS Statistic 24 para Windows 10, con la que se realizó el análisis descriptivo y las pruebas de correlación de los datos.

- Descriptivo: Las variables numéricas se reflejaron a partir de la desviación estándar, la media, rango, mínimo y máximo. Las variables no numéricas se representaron en gráficos de frecuencias y porcentajes, con su respectiva representación gráfica.
- Análisis inferencial: Las variables se representaron mediante tablas cruzadas y se realizó la prueba de Chi cuadrado en los casos pertinentes.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Tabla 4
Edad

		Edad
N	Válido	63
	Perdidos	0
Media		60,78
Desviación estándar		16,252
Rango		67
Mínimo		25
Máximo		92

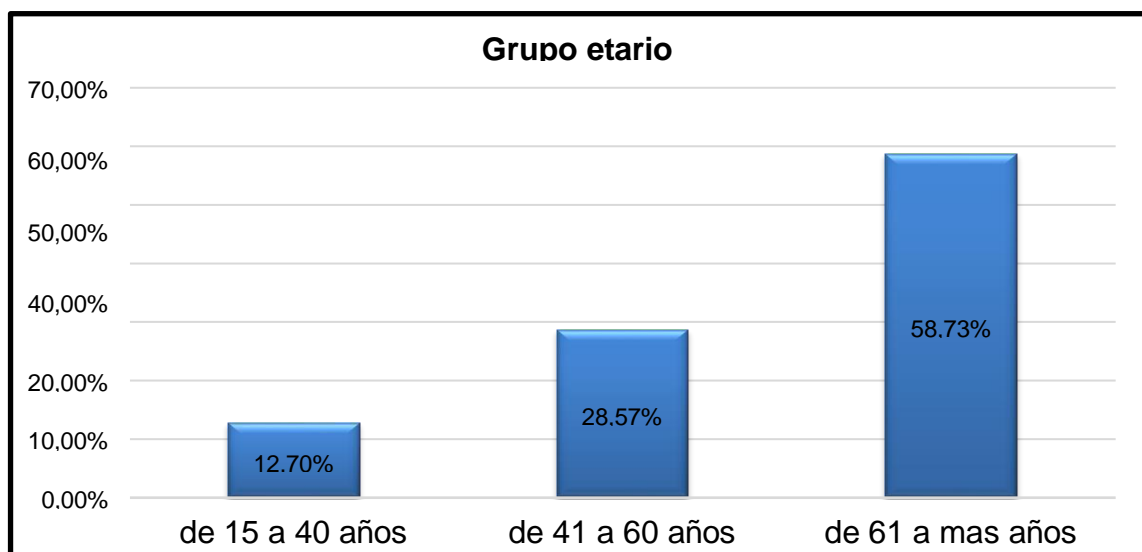
Es posible identificar en primer lugar que la edad de los participantes aplicando los criterios de inclusión oscilaba entre los 18 a más de los 61 años, lo que permitió respectivamente establecer los grupos de edad para agruparlos y presentarlos de manera más sintetizada, facilitando con ello su respectivo análisis.

De la primera tabla presentada es posible respectivamente determinar que el promedio de edad de los pacientes atendidos en el Hospital del IESS Los Ceibos de la ciudad de Guayaquil durante el periodo de enero 2021 a diciembre de 2022 tiene un promedio de 59 años, determinándose que dentro de este rango ya es posible ir identificando algunas condiciones en la salud de la persona.

Tabla 5
Grupo etario

Grupo etario		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 15 a 40 años	8	12,7	12,7	12,7
	De 41 a 60 años	18	28,6	28,6	41,3
	De 61 a más años	37	58,7	58,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Figura 1
Grupo etario

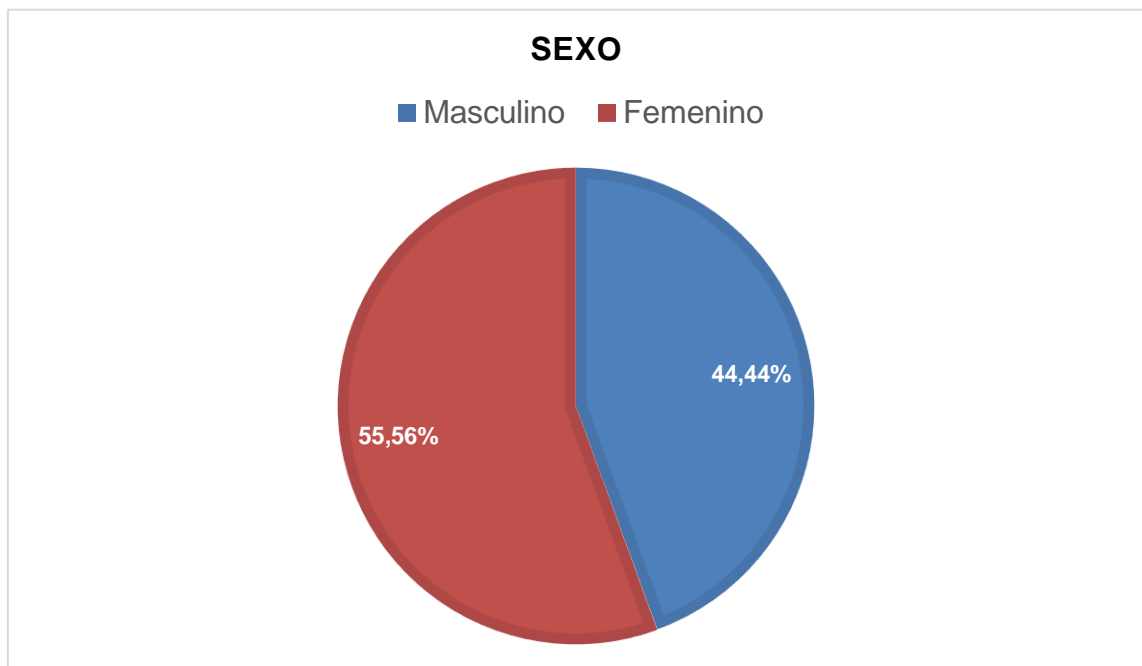


Una vez agrupados los resultados del grupo etario, fue posible realizar la tabulación de dichos identificándose que aquellos pacientes entre 61 a más años, representan un grupo mayoritario (58.73%) de internados a causa de una hemorragia digestiva alta, lo que alguna manera permite corroborar lo identificado en otras investigaciones en las que se sostiene que la edad es uno de los factores característicos de esta diagnosis.

Tabla 6
Género

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	28	44,4	44,4	44,4
	Femenino	35	55,6	55,6	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Figura 2
Género



Otra información que fue necesaria de considerar, fue la relacionada con el género, determinándose para este caso que el género femenino de acuerdo a los registros presenta un 55.46% de posibilidades de ser diagnosticadas con hemorragia digestiva alta, sobre el 44.44% que se registra de los pacientes del género masculino.

Tabla 7
Factores de riesgo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Gastritis	22	34,9	34,9	34,9
	Colitis ulcerativa	7	11,1	11,1	46,0
	Consumo de alcohol	6	9,5	9,5	55,6
	Hipertensión arterial	6	9,5	9,5	65,1
	Insuficiencia renal aguda	3	4,8	4,8	69,8
	Insuficiencia renal crónica	7	11,1	11,1	81,0
	Várices gástricas	1	1,6	1,6	82,5
	Úlcera duodenal	3	4,8	4,8	87,3
	Diabetes mellitus	1	1,6	1,6	88,9
	Úlcera péptica	2	3,2	3,2	92,1
	Várices esofágicas	5	7,9	7,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

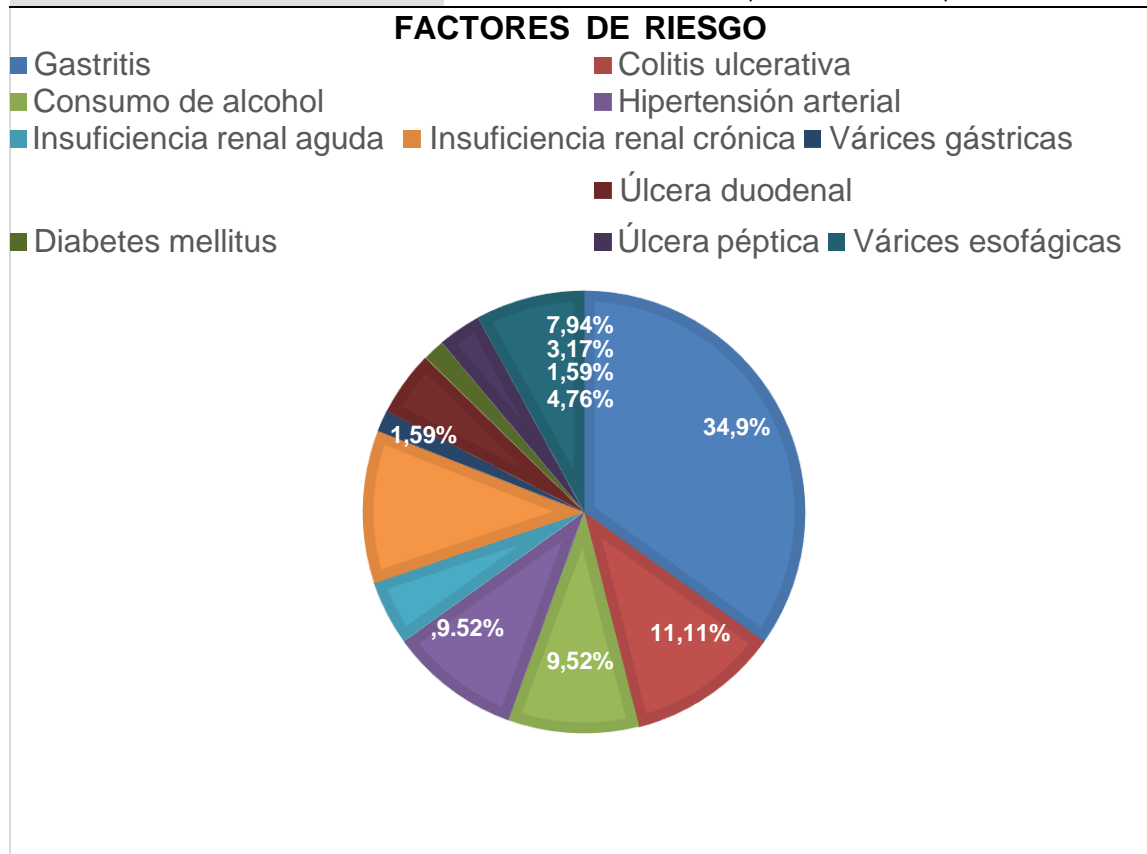


Figura 3
Factores de riesgo

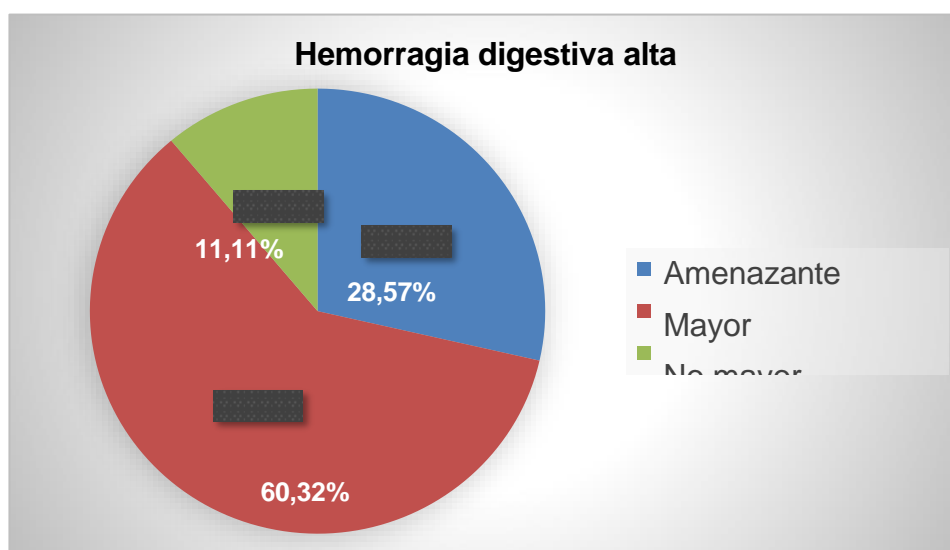
Al efectuar una revisión mucho más a detalle en la base de datos al filtrar los resultados, es posible determinar que existen factores que predominan y son desencadenantes de la hemorragia digestiva alta, por ejemplo, la gastritis se ubica en primer lugar con el 34.9%; seguido de la enfermedad colitis ulcerativa e insuficiencia renal crónica con un 11% cada una; sin embargo, es posible identificar algunos factores adicionales.

Hemorragia digestiva alta

Tabla 8
Hemorragia digestiva alta

Hemorragia digestiva alta					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Amenazante	18	28,6	28,6	28,6
	Mayor	38	60,3	60,3	88,9
	No mayor clínicamente relevante	7	11,1	11,1	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Figura 4
Hemorragia digestiva alta



De esta variable es posible determinar que la hemorragia digestiva alta principalmente se manifiesta con una prevalencia mayor entre el 60.3% de los pacientes, en otras palabras, el porcentaje de pacientes con una condición amenazantes y no mayor clínicamente relevante están por debajo, lo que se traduce a que este padecimiento se puede tratar.

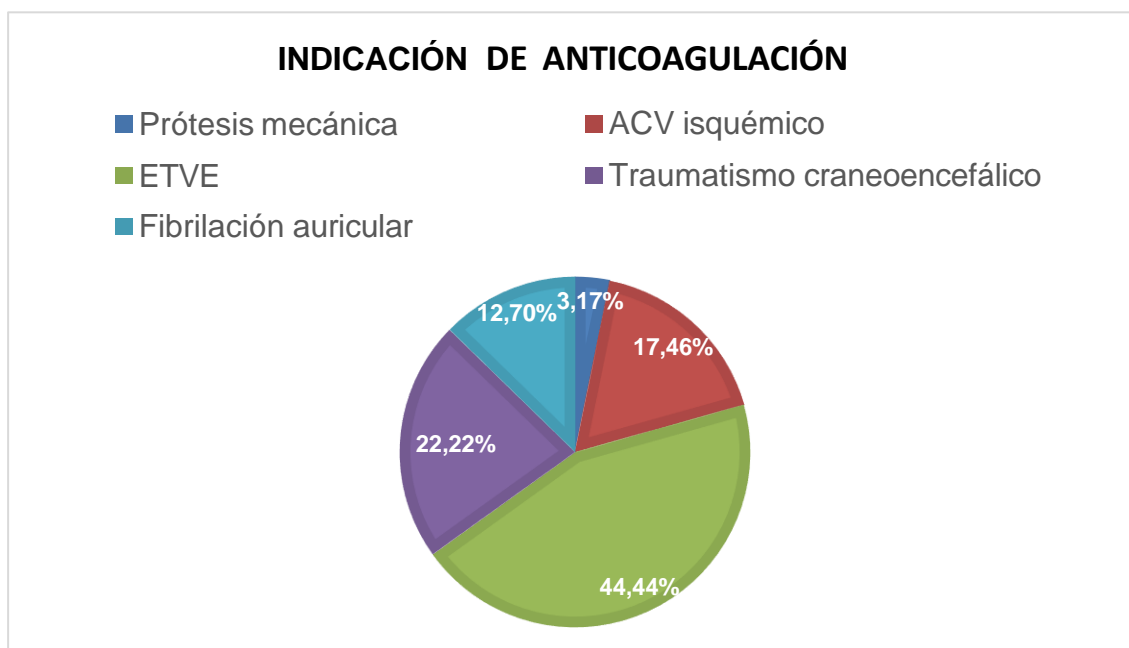
Indicación de anticoagulación

Tabla 9
Indicación de anticoagulación

Indicación de anticoagulación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Prótesis mecánica	2	3,2	3,2	3,2
	ACV isquémico	11	17,5	17,5	20,6
	ETVE	28	44,4	44,4	65,1
	Traumatismo craneoencefálico	14	22,2	22,2	87,3
	Fibrilación auricular	8	12,7	12,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Figura 5
Indicación de anticoagulación

De acuerdo a la base de datos provista por el Hospital del IESS Los Ceibos de la ciudad de Guayaquil durante el periodo de enero 2021 a diciembre de 2022, dos datos que se consideran importantes también fueron procesados con el objetivo de identificar cual es la indicación para proceder con el tratamiento anticoagulante, donde la ETVE con el 44.4% y el traumatismo craneoencefálico son las condiciones que inciden a que se proceda a suministrar medicamentos de esta categoría.

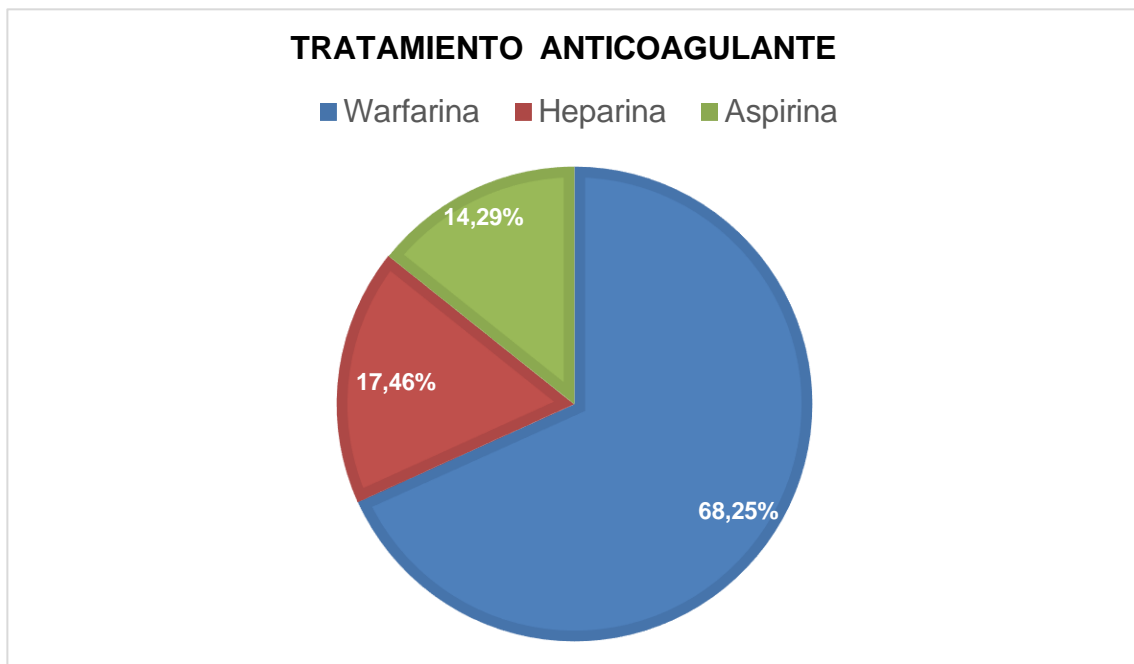


Tratamiento anticoagulante

Tabla 10
Tratamiento de anticoagulación

Tratamiento anticoagulante					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Warfarina	43	68,3	68,3	68,3
	Heparina	11	17,5	17,5	85,7
	Aspirina	9	14,3	14,3	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Figura 6
Tratamiento de anticoagulación



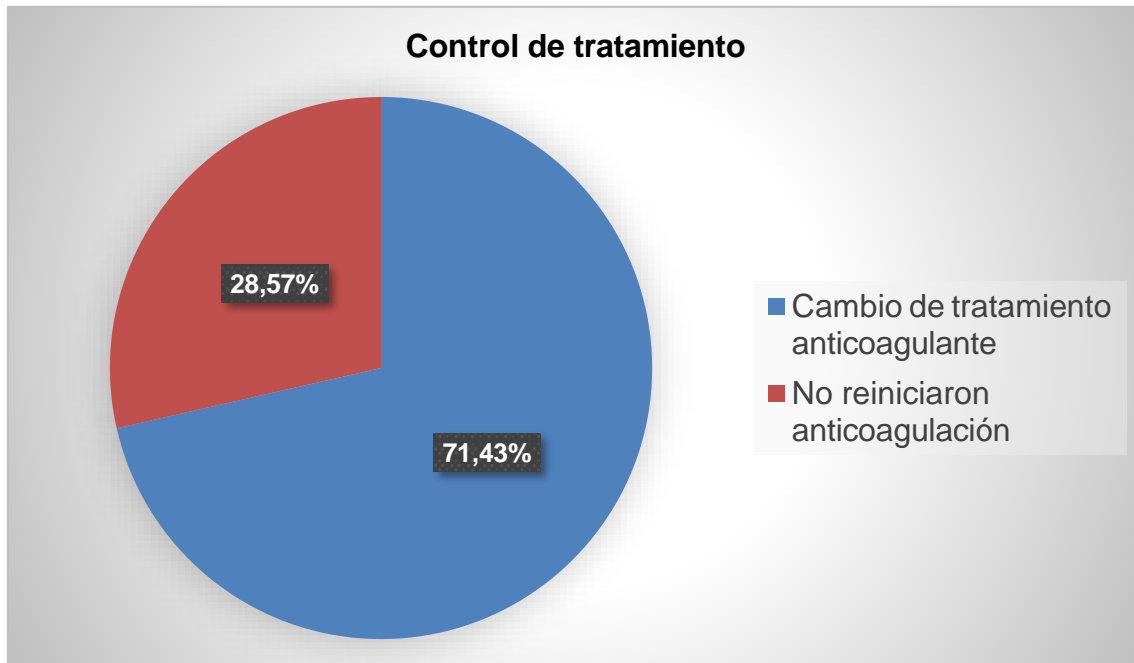
El tipo de medicamento que se emplea con mayor frecuencia para hacer frente a procesos de coagulación es la Warfarina con el 68.3%, seguido de la heparina con el 17.5%, lo que de alguna manera permite determinar que ambas opciones son las que se prescriben frente a diagnósticos secundarios en estos pacientes.

Control de tratamiento

Tabla 11
Control de tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cambio de tratamiento anticoagulante	45	71,4	71,4	71,4
	No reiniciaron anticoagulación	18	28,6	28,6	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Figura 7
Control de tratamiento



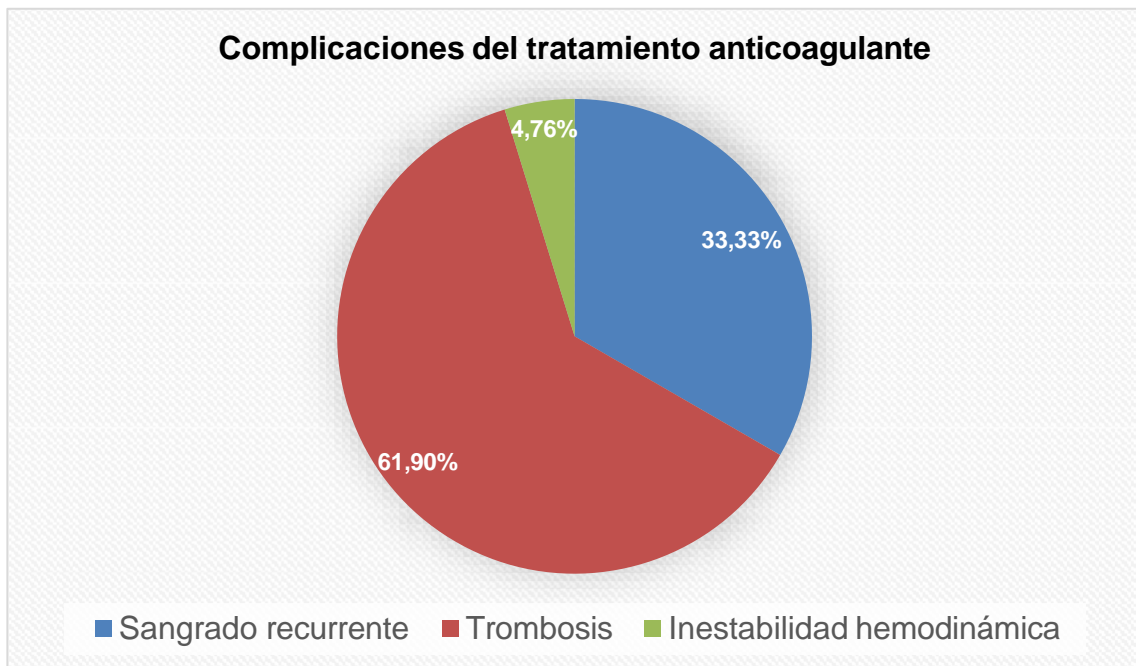
En cuanto al control del tratamiento, es posible determinar que el 71.4% de los pacientes requirió un cambio de tratamiento posterior al uso de anticoagulantes, teniendo en consideración que surgieron eventos posteriores, estos fueron analizados respectivamente en la siguiente alternativa considerada.

Complicaciones del tratamiento anticoagulante

Tabla 12
Complicaciones del tratamiento anticoagulante

Complicaciones del tratamiento anticoagulante					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	Sangrado recurrente	21	33,3	33,3	33,3
	Trombosis	39	61,9	61,9	95,2
	Inestabilidad hemodinámica	3	4,8	4,8	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Figura 8
Complicaciones del tratamiento anticoagulante



La principal complicación del tratamiento anticoagulante de acuerdo al 61.30% es la trombosis, resultado que concuerda principalmente con lo que se describe en algunos aportes referenciales, lo cual está atribuido a la farmacocinética de los componentes del mismo; en último lugar con el 4.76% se identifica Inestabilidad hemodinámica es poco recurrente.

Tablas cruzadas factores de riesgo vs complicaciones atribuidas al tratamiento con anticoagulantes

Tabla 13
Factores de riesgo vs hemorragia digestiva alta

Recuento		Complicaciones del tratamiento anticoagulante			Total
		Sangrado recurrente	Trombosis	Inestabilidad hemodinámica	
Factores de riesgo	Gastritis	8	13	1	22
	Colitis ulcerativa	3	4	0	7
	Consumo de alcohol	2	3	1	6
	Hipertensión arterial	2	4	0	6
	Insuficiencia renal aguda	2	1	0	3
	Insuficiencia renal crónica	0	7	0	7
	Várices gástricas	0	1	0	1
	Úlcera duodenal	2	1	0	3
	Diabetes mellitus	0	0	1	1
	Úlcera péptica	1	1	0	2
	Várices esofágicas	1	4	0	5
Total		21	39	3	63

Tabla 14
Prueba de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,948 ^a	20	,044
Razón de verosimilitud	21,019	20	,396
Asociación lineal por lineal	,442	1	,506
N de casos válidos	63		

a. 31 casillas (93,9%) han esperado un recuento inferior que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

Realizado el procesamiento estadístico a fin de determinar si existe relación significativa entre las variables factores de riesgo vs hemorragia digestiva alta, se identificó en los 63 pacientes que la mayoría presentaba gastritis. En este caso, el valor p arrojó un resultado de 0,44 lo que permite identificar que, si existe correlación significativa, lo que se traduce a que frente determinados factores de riesgo como la gastritis puede desencadenar sangrados recurrentes o trombosis.

Tablas cruzadas tratamiento anticoagulante vs hemorragia digestiva alta

Tabla 15
Enfermedades primarias vs hemorragia digestiva alta

		Amenazante		Mayor		No mayor clínicamente relevante	Total
Tratamiento anticoagulante	Warfarina	Recuento	13	27	3	43	
		% del total	20,6%	42,9%	4,8%	68,3%	
	Heparina	Recuento	3	5	3	11	
		% del total	4,8%	7,9%	4,8%	17,5%	
	Aspirina	Recuento	2	6	1	9	
		% del total	3,2%	9,5%	1,6%	14,3%	
Total		Recuento	18	38	7	63	
		% del total	28,6%	60,3%	11,1%	100,0%	

Tabla 16
Prueba de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
-------	----	--------------------------------------

Chi-cuadrado de Pearson	3,929 ^a	4	,416
Razón de verosimilitud	3,322	4	,505
Asociación lineal por lineal	,749	1	,387
N de casos válidos	63		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento inferior a 5. El recuento mínimo esperado es 1,00.

De esta segunda correlación al realizar cruce de las variables de Enfermedades primarias vs hemorragia digestiva alta, se determinó que el valor p arrojó una significancia de 0,416, determinándose que no existe correlación alguna entre ambas variables. En este caso de acuerdo a los datos obtenidos previamente en las tabulaciones, es posible determinar que la Warfarina es la alternativa anticoagulante más suministrada, sin embargo, esta no predispone a que el paciente desarrolle en mayor o menor medida la HDA.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Discusión

Obtenidos los resultados fue posible en primer lugar determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta atribuido al tratamiento de anticoagulantes en pacientes que acudieron al Hospital del IESS Los Ceibos durante enero 2021 a diciembre 2022, detectándose que este padecimiento tiene una incidencia mayor más no amenazante, a partir de factores de riesgo como la gastritis, este resultado se logró contrastar con estudios como el de Rozo *et al.* (8), quien en su estudio identificó que este tipo de hemorragias a pesar de ser una condición que no deja de ser grave, tienen una tasa de mortalidad que va del 2% al 15% siempre que sean atendidas dentro de un tiempo estimado.

Este tipo de padecimientos por lo general de acuerdo a los datos obtenidos de la historia clínica, y al tabularlos, se presentan entre pacientes con determinadas características demográficas, por ejemplo, la edad promedio de prevalencia es de 60 años, aunque al evaluar el grupo etario se logra determinar que se genera con mayor incidencia entre los 40 a 60 años, dato que se relaciona con el obtenido por Velásquez (29), quien en su estudio logró encontrar que el riesgo se incrementa progresivamente entre los 40 a 45, entre los 60 a 65 años la posibilidad de que se manifieste una hemorragia digestiva alta es aún más común.

En estos resultados también se identificó que el género con mayor prevalencia a desarrollar la HDA son las mujeres, aunque en investigaciones como la de Velásquez (29), encontró que son los hombres quienes presentaron dos veces más posibilidades de sangrado a nivel de los órganos gastrointestinales superiores, la razón no se ha logrado determinar puntualmente, sin embargo, todo depende también de algunas causales o factores de riesgo que consecuentemente se enlazan con temas de tipo sociocultural, por ejemplo en algunos casos dados a las obligaciones de una mujer ama de casa con un trabajo demandante repercute a que suela desarrollar padecimientos a nivel gastrointestinal.

Al momento de comparar los factores de riesgo y complicaciones atribuidas al tratamiento de anticoagulantes en pacientes con hemorragia digestiva alta, los resultados a este estudio permitieron determinar que el tipo de tratamiento anticoagulante que se emplea para intentar tratar una hemorragia digestiva alta en el caso del Hospital del IESS Los Ceibos durante enero 2021 a diciembre 2022 es la

walfarina y la heparina respectivamente, sin embargo en el caso de la heparina se ha encontrado evidencia de que su dosificación también representa un incremento del riesgo de HDA esto con base a lo manifestado por Del Molino *et al.*, (39), sin embargo, no se identificaron evidencias adicionales que permitieron contrastar con mayor exactitud este tipo de resultados presentados.

Al realizar el procesamiento estadístico se determinó que en efecto algunos factores de riesgo son desencadenantes de incidir sangrados recurrentes o en el peor de los casos trombosis, resultado que no estuvo alejado de lo que identificó Guzmán *et al.* (16) en su proyecto, dado a que en pacientes que presenten otras comorbilidades, resulta fundamental que se realice una valoración de lo contrario se pueden desencadenar escenarios tromboembólicos que empeoraran la condición del paciente al repercutir en sangrados adicionales.

No menos importante al efectuar el procesamiento estadístico para estimar en que porcentaje influyen los factores de riesgo del tratamiento de anticoagulantes en el desarrollo de hemorragia digestiva alta, se detectó que la walfarina es el medicamento que es el más empleado en el del Hospital del IESS Los Ceibos durante enero 2021 a diciembre 2022, sin embargo a pesar de las referencias que se tienen sobre las contraindicaciones de este tipo de medicamento, no tienen incidencia directa a desencadenar hemorragia digestiva alta esto dado a que el análisis estadísticos así lo reflejó, lo cual tiene relación con lo encontrado en proyectos como el Del Molino *et al.*, (39) quien sostiene que otros medicamentos como la heparina y la aspirina confluyen e incluso duplican el riesgo de HDA, principalmente por la presencia de la vitamina K en ambos tipos de medicamentos.

Conclusiones

A partir del análisis de los datos se obtuvo información con la cual fue posible dar respuesta a cada uno de los objetivos formulados al inicio de la investigación, en cuyo caso se presentan las siguientes conclusiones:

- En primer lugar, se identificó que del total de pacientes atendidos en el área de Gastroenterología del Hospital del IESS Los Ceibos durante enero 2021 a diciembre 2022, 63 fueron ingresados por un cuadro de hemorragia digestiva alta atribuido al tratamiento de anticoagulantes. Así mismo, a través de la revisión de las historias clínicas se determinó que la mayor prevalencia (60,3%) corresponde a casos en que los pacientes presentaron una hemorragia digestiva alta mayor.
- En cuanto a la prevalencia de acuerdo con las variables de edad y sexo, se determinó que los pacientes atendidos por casos de hemorragia digestiva alta en su mayoría pertenecían al grupo etario de 61 a más años (58,7%), así como también se identificó que el 55,56% son de sexo femenino.
- Por otra parte, al comparar los factores de riesgo y complicaciones atribuidas al tratamiento de anticoagulantes en pacientes con hemorragia digestiva alta, se determinó que la gastritis es el principal factor de riesgo, seguido de la Insuficiencia Renal Crónica, en ambos casos puede coadyuvar al desarrollo de trombosis. En este caso, se realizó una prueba de chi cuadrado con la que se determinó que existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables.
- Se estimó que la warfarina influye en un 68,3% de los casos en los que los pacientes desarrollaron hemorragia digestiva alta, seguido de la heparina que influyó en el 17,5% de los casos. Así mismo, se determinó que la warfarina influyó en el 42,9% de los casos en los que el paciente desarrolló hemorragia digestiva alta mayor y en el 20,6% de los casos de hemorragia digestiva alta amenazante.

Limitaciones de estudio

La principal limitación del estudio se asoció con la exclusión de pacientes al detectar registros incompletos en sus historias clínicas. Así mismo, debido a las limitaciones de tiempo, no fue posible ampliar el periodo de análisis con el fin de trabajar con una muestra más representativa de la población, tampoco se realizó un seguimiento de pacientes lo que limita el análisis con respecto a su evolución posterior al tratamiento con anticoagulantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bétes M. Hemorragia digestiva. Informe clínico. Clínica Universidad de Navarra, Clínica Universidad de Navarra; 2022.
2. Antunes C, Copelin E. Sangrado gastrointestinal superior. Stat Pearls. 2022 Enero; 2(1).
3. Mellado J. Variación estacional de la hemorragia digestiva alta. Revista Cubana de Reumatología. 2022 Octubre; 2(2): p. 1-15. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000200004.
4. Délano R, Herrera J, Vera A, Sánchez J, Heredia M, Valenzuela C. Síndrome de Mallory-Weiss. Reporte de caso y breve revisión de la literatura. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2019 Octubre 1; 62(5): p. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.5.04>.
5. Ansari P. Hemorragia digestiva. [Online].; 2021 [cited 2023 marzo 30. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-gastrointestinales/hemorragia-digestiva/hemorragia-digestiva>.
6. Solis A, Torres K. Factores de Riesgo que aumentan la Mortalidad en Sangrado digestivo alto, en el Hospital Básico Juan Montalván Cornejo en el periodo 2017-2019. [Tesis]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/52788/1/CD-3356%20SOLIS%20MONSERRATE%2C%20ALINA%20ALICIA%3B%20ORRES%20PAREDES%2C%20KIMBERLY%20MARLIT.pdf>. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2020.
7. Marine L, Mertens R, Torrealba I, Valdés F, Bergoeing M, Vargas F, et al. Aneurisma de aorta abdominal roto al duodeno: causa infrecuente de hemorragia digestiva masiva. Revista médica de Chile. 2021 Enero 1; 149(1): p. : 132-136.
8. Rozo E, Vargas L, Jiménez J, Szemmelveisz E. Uncinariasis: una causa poco común de. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2018 Agosto; 34(3): p. 1-9.
9. Marine L, Mertens R, Torrealba I, Valdés F, Bergoeing M, Vargas F, et al. Aneurisma de aorta abdominal roto al duodeno: causa infrecuente de hemorragia digestiva masiva. Revista médica de Chile. 2021 Enero 1; 149(1): p. 132-136.
10. Saleem S, Thomas A. Management of Upper Gastrointestinal Bleeding by an Internist. Cureus. 2018 Junio 1; 10(6): p. 1-8.
11. DiGregorio A, Alvey H. Gastrointestinal Bleeding. StatPearls. 2022 Junio 1; 1(1): p. 1-13.
12. Xu Y, Siegal D. Anticoagulant-associated gastrointestinal bleeding: Framework for decisions about whether, when and how to resume anticoagulants. Thromb Haemost. 2021 Julio 16; 1(1): p. 2383–2393.
13. Hyun L, Kim H, Bong K, Kyung H, Jun P, Heesun L, et al. Risk of upper

- gastrointestinal bleeding in patients on oral anticoagulant and proton pump inhibitor co-therapy. *Plos One*. 2021 Junio 17; 94(1): p. 1-15.
14. Yunga A, Montenegro A. Revisión teórica de los factores de riesgo asociados a hemorragias deigestivas en pacientes geriatricos. *Más Vita*. 2020 Abril; 2(2): p. 1-8.
 15. Méndez A, Sólorzano M, Quimi S, Poma L. VEDA terapéutica en hemorragia digestiva alta. *Recimundo*. 2020 Enero 1; 4(1): p. 152-161.
 16. Guzmán J, Dávila E, Palomeque W. Tratamiento del sangrado digestivo alto. Protocolo médico. Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Unidad Técnica de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín; 2018.
 17. Ughelli M. Hallazgo endoscópico en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del Hospital de Clínicas. *Acta Gastroenterología Latinoamérica*. 2019; 49(1): p. 68-95.
 18. Cascales P, Quiñonero J, Ramírez P. *Medicina y cirugía del aparato digestivo*. 1st ed. Barcelona: Elsevier; 2020.
 19. Moliné J, Solé M. Primeros auxilios: hemorragias y shock. [Online].; 2019 [cited 2023 abril 4. Available from: https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/04/ntp_469.pdf.
 20. Bettés MT. Hemorragia digestiva. [Online].; 2022 [cited 2023 abril 4. Available from: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hemorragia-digestiva>.
 21. Chuecas J, Cabezas G, Lara B. Hemorragia digestiva alta. *ARS MÉDICA*. 2019; 44(3): p. 24-34. doi: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356>.
 22. Jiménez L. Sangrado digestivo alto. *Revista Médica Sinergia*. 2017; 2(7): p. 6-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177b.pdf>.
 23. Muñoz P. Hemorragia digestiva alta. In Weitz J, Berger Z, Sabah S, Silva H, Riquelme A. *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas*. Santiago de Chile: Iku; 2017. p. 47-54.
 24. Montero J. *Medicina de observación*. 1st ed. Barcelona: Elsevier; 2020.
 25. Ledesma J, Rivera M, Álvarez L, Galarza K. V.E.D.A terapéutica en hemorragia digestiva alta. *RECIAMUC*. 2020; 4(1): p. 105-113. doi: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.105-113](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.105-113).
 26. Cuartas Y, Martínez L. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Medicas UIS*. 2020; 33(3): p. 9-20. doi: <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n3-2020001>.
 27. González D, Mejía S, Cruz M. Hemorragia gastrointestinal superior secundaria a úlceras por estrés en el paciente hospitalizado. *Revista Médica Sinergia*. 2021; 6(3): p. 1-11. doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v6i3.658>.
 28. Vaca B, Sarcos M, Espinosa N, Veletanga A. Hemorragia digestiva alta por ulcera

- péptica o duodenal. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2019; 3(2): p. 594-614. doi: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/482>.
29. Velásquez V. Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en la unidad de hemorragia digestiva, servicio de gastroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins-Essalud, 2013- 2014. Tesis. Lima: Veritas Liberabit Vos, Facultad de Medicina Humana; 2016.
 30. Otero M, Figueredo L, Figueredo C, Rosada Y, Polanco A. Sangramiento Digestivo Alto. Factores de riesgo asociados. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Enero 2017 a enero 2018. *Multimed*. 2020; 24(1): p. 130-140. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v24n1/1028-4818-mmed-24-01-130.pdf>.
 31. Fernández E, Paterna L, Rodríguez M, González F, Herrero I, Rogers S. Hemorragia digestiva alta, a propósito de un caso clínico. [Online].; 2021 [cited 2023 abril 4. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/hemorragia-digestiva-alta-a-proposito-de-un-caso-clinico/>.
 32. Lecumberri R. Tratamiento anticoagulante. [Online].; 2019 [cited 2023 Marzo 30. Available from: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/tratamiento-anticoagulante>.
 33. Brien , Andrés , Wash A, Enríque O, Yevenes S, Zapata G, et al. Hemorragia digestiva: evaluación por angio-TC y entero-TC. *Revista chilena de radiología*. 2021 Septiembre 0; 3(3): p. 132-138. Doi: <http://dx.doi.org/10.24875/rchrad.m21000003>.
 34. Ceresetto J, Tajer C, Duboscq C, Bottaro F, Casais P, Korin J, et al. Recomendaciones de manejo de los anticoagulantes orales directos (DOACs) anti Xa y anti IIa. *Medicina (Buenos Aires)*. 2022 Abril 1; 82(2): p. 1-55.
 35. Caballero C, Sanz E, Iniesta C, Gascón J. Incorporación de los anticoagulantes de acción directa al arsenal terapéutico disponible: ¿progresan adecuadamente? *Atención Primaria*. 2019 Enero 17; 51(3): p.184–185. Doi: 10.1016/j.aprim.2018.11.004.
 36. Morales N, Cordero MJ. Reversión de la anticoagulación con anticoagulantes orales no antagonistas de vitamina K (NOAC). *Boletín médico. Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Departamento de Anestesiología*; 2021. Report No.: 1.
 37. Sociedad Española de Cardiología. El tratamiento profiláctico con anticoagulantes orales en los episodios AHRE, a examen. Informe de salud. *Sociedad Española de Cardiología*; 2021.
 38. Blanco C, Peláez M, Solana S, Martínez C, Hernández A, Cerna J, et al. Guía de abordaje y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo bajo. *Endoscopia*. 2021 Octubre 25;: p. Doi: <https://doi.org/10.24875/end.m19000002>.
 39. Del Molino F, González I, Saperas E. Manejo de los nuevos anticoagulantes orales

- (NACO) en hemorragia digestiva y procedimientos endoscópicos. *Gastroenterología y Hepatología*. 2015 Octubre; 38(8): p. 501-510. doi: 10.1016/j.gastrohep.2015.02.014.
40. Ministerio de Salud Pública. Protocolos de atención pre-hospitalaria para emergencias médicas. [Online].; 2011 [cited 2023 abril 4. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PROTOCOLOS%20DE%20ATENCION%20PREHOSPITALARIA%20PARA%20EMERGENCIAS%20M%C3%89DICAS.pdf>.
 41. García P, Botargues J, Feu F, Villanueva C, Calvet X, Brullet E, et al. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. *Gastroenterología y Hepatología*. 2017; 40(5): p. 363-374. doi: 10.1016/j.gastrohep.2016.11.009.
 42. Chao L, Samada M, Barroso L, Tusen Y, Valenzuela K, Haber F, et al. Terlipresina en el tratamiento de pacientes con hemorragia digestiva alta por várices esofágicas. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*. 2020; 12(2): p. 1-14. Disponible en: <https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/605>.
 43. Malla I, López S, Busquet L, Lipsich J, Sierre S, Cervio G, et al. Octreótido de liberación prolongada para el tratamiento de hemorragia digestiva alta en Pediatría. *Revista chilena de pediatría*. 2020; 91(2): p. 251-254. doi: 10.32641/rchped.v91i2.1184.
 44. Procter L. Reanimación con líquidos intravenosos. [Online].; 2022 [cited 2023 abril 4. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/shock-y-reanimaci%C3%B3n-con-l%C3%ADquidos/reanimaci%C3%B3n-con-l%C3%ADquidos-intravenosos>.
 45. Zuluaga M, Zuluaga N, Berrouet M, Estrada A. Reversión de anticoagulantes orales directos: una perspectiva desde Urgencias. *Revistas MedUNAB*. 2020 Diciembre 15;; p. 483-490. Doi: 10.29375/01237047.3841.
 46. Enríquez A, Baranchuk A, Corbalán R. Manejo de hemorragia asociada a anticoagulantes orales directos: estado actual de las estrategias de reversión. *Revista médica de Chile*. 2019 Enero 1; 147(1): p. 73-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100073>.
 47. Gordon K, Mahaffey A, Dobesh J, Eikelboom R, Hucker R, Messé A, et al. Vía de decisión del consenso de expertos del ACC de 2020 sobre el manejo del sangrado en pacientes con anticoagulantes orales: un informe del Comité de Supervisión del Conjunto de Soluciones del Colegio Estadounidense de Cardiología. *Revista del Colegio Americano de Cardiología*. 2020 Agosto 1; 76(5): p. 594–622.
 48. Echenique M, Espinoza S. Niveles de hemoglobina y su relación con la ingesta de

- proteínas de alto valor biológico y hierro en gestantes. Duazary.2020 Abril 18; 18(3): p. 43 - 53. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.3321>.
49. Jiménez B, Fuentes M, Sabanza M, López M, Miguel A, Ciprian G. Hemoglobina, estructura y trastornos, revisión bibliográfica. Revista. Sanitaria de Investigación. 2021 Septiembre 30;: p. 1-9. Recuperado de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/hemoglobina-estructura-y-trastornos-revision-bibliografica/>.
 50. Venegas G, Peralta B. Estudio de las alteraciones de la hemoglobina por exposición a sustancias potencialmente tóxicas y su relación con el transporte de oxígeno. Tesis de pregrado. Universidad Central del Ecuador; 2022.
 51. Castro J, Chirinos D. Prevalencia de anemia infantil y su asociación con factores socioeconómicos y productivos en una comunidad altoandina del Perú. Revista española de nutrición comunitaria. 2019 Enero 1; 25(3): p. 1-11.
 52. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. [Ley]. ,Registro Oficial 449 de 20-oct-2008; 2008.
 53. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ley orgánica de salud. Ley orgánica. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Ministerio de Salud. Pública del Ecuador; 2006.
 54. Ortiz E. La dialéctica en las investigaciones educativas. 1st ed.: Editorial Universitaria; 2020.
 55. Cañamares P, Borao C, Sánchez L, Hijos G, Lanas A. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Medicine. 2020 Febrero 1; 13(3): p. 136-144. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.01.022>.
 56. Ledesma J, Rivera M. V.E.D.A terapéutica en hemorragia digestiva alta. ReciaMuc. 2020 Enero 1; 1(1): p. 105-113. Doi: .10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.105-113.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Poma Janeta, Luis Fernando**, con C.C: # **0923657613** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con tratamiento anticoagulante en el hospital IESS Ceibos de enero 2021 a diciembre 2022** 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, al día 01 del mes de septiembre del año 2023

EL AUTOR

f. _____

Poma Janeta, Luis Fernando

C.C: 0923657613



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rodríguez Villón, Peter Robert** con C.C: # **0955483169** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con tratamiento anticoagulante en el hospital IESS Ceibos de enero 2021 a diciembre 2022** 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, al día 01 del mes de septiembre del año 2023

EL AUTOR

f. _____
Rodríguez Villón, Peter Robert
C.C: **0955483169**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con tratamiento anticoagulante en el hospital IESS Ceibos de enero 2021 a diciembre 2022.		
AUTOR(ES)	Poma Janeta, Luis Fernando Rodríguez Villón Peter Robert		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Elías Ordoñez Christian Enrique		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	56
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, anticoagulantes, Hemorragia digestiva		
PALABRAS CLAVES	Hemorragia digestiva, Hemorragia digestiva alta, anticoagulantes, incidencia		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Antecedentes: La hemorragia digestiva es una de las complicaciones que puede afectar a pacientes que han sido tratados con anticoagulantes por alguna patología preexistente, su prevalencia a nivel mundial es de 50-150 casos por 100 mil habitantes por año y puede presentarse en cualquier área, por lo que un diagnóstico preciso solo se puede hacer por la totalidad de los síntomas. Objetivo: Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta atribuido al tratamiento de anticoagulantes en pacientes que acudieron al Hospital del IESS Los Ceibos durante enero 2021 a diciembre 2022. Metodología: La investigación se desarrolló bajo un diseño observacional retrospectivo, transversal y analítico; en cuanto a su alcance, se trabajó con un tipo de estudio descriptivo y correlacional, mientras que el método se basó en el analítico-sintético. Se trabajó con una muestra conformada por 63 pacientes que fueron atendidos en el área de Gastroenterología por casos de hemorragia digestiva alta, en cuyo caso se realizó la revisión de sus historias clínicas para el posterior procesamiento estadístico de los datos. Resultados: Los resultados de la investigación reflejaron que en los casos de pacientes con hemorragia digestiva alta atribuido al tratamiento con anticoagulantes se registró una mayor prevalencia de pacientes con hemorragia mayor (60,3%), así mismo se identificó que la mayoría de pacientes pertenecían a un grupo etario de 61 a más años (58,7%) y el 55,56% son de sexo femenino; los principales factores de riesgo atribuidos a las complicaciones fueron la gastritis y la insuficiencia renal crónica; finalmente se determinó que el tratamiento con warfarina incidió en el 68,3% de los casos de pacientes que desarrollaron hemorragia digestiva alta. Conclusiones: Se determinó que la gastritis constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones, mientras que el uso de la warfarina y la heparina predisponen en mayor medida al desarrollo de hemorragia digestiva alta en los pacientes.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593939367300 +593985386989	E-mail: Lpoma26@hotmail.com.ar peterobertbsc28@outlook.es	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño		
	Teléfono: +593982742221		
	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):			