



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TEMA:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA
MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO”**

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL GRADO DE MEDICO GENERAL**

AUTOR:

WONG CHAVEZ KAREN NAOMI

TUTOR:

DR. WILLIAM BRITO GUADALUPE

**GUAYAQUIL – ECUADOR
AÑO
2018 – 2019**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TEMA:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA
MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO”**

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL GRADO DE MEDICO GENERAL**

AUTOR:

WONG CHAVEZ KAREN NAOMI

TUTOR:

DR. WILLIAM BRITO GUADALUPE

**GUAYAQUIL – ECUADOR
AÑO
2018 – 2019**



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 GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO"		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	WONG CHAVEZ KAREN NAOMI		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR. WILLIAM BRITO GUADALUPE DR. LUIS CAJAS CONTRERAS		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICO GENERAL		
GRADO OBTENIDO:	MEDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS:	53
ÁREAS TEMÁTICAS:	GASTROENTEROLOGIA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, HEMATEMESIS, MELENA.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): En la actualidad, se define al sangrado digestivo alto como la pérdida progresiva de sangre originada en algún punto situado por encima de la unión duodeno yeyunal del intestino delgado, también llamado ángulo de Treitz. En términos de mortalidad, se ha establecido en esta patología de forma global una tasa de mortalidad que alcanza el 10%, aumentando hasta un 33% tomando en consideración los casos ingresados en áreas de cuidados intensivos.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0995316733	E-mail: naomi_0093@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS		
	Teléfono: 2288086 – 2510913		
	E-mail:		



Universidad de Guayaquil
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO 11

Guayaquil, 26 de Abril del 2019

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado DR. LUIS CAJAS CONTRERAS, tutor del trabajo de titulación **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO**, certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **WONG CHAVEZ KAREN NAOMI** con C.I. No. **0920190238**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO, en la Carrera de MEDICINA, en la Facultad de CIENCIAS MEDICAS, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DR. LUIS CAJAS CONTRERAS

DOCENTE TUTOR REVISOR

C.I. No. 09999



ANEXO 7

Universidad de Guayaquil
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, 26 de Abril 2019

Sr.
DIRECTOR Walter Kiko Salgado
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO** del estudiante **WONG CHAVEZ KAREN NAOMI**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

- El título tiene un máximo de 16 palabras.
- La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de Investigación de la carrera.
- Los soportes teóricos son de máximo 5 años.
- La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante **WONG CHAVEZ KAREN NAOMI** está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

DR. LUIS CAJAS CONTRERAS. DOCENTE TUTOR REVISOR.

C.I. _____



Universidad de Guayaquil

ANEXO 12

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, **WONG CHAVEZ KAREN NAOMI** con C.I. 0920190238, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO"** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

WONG CHAVEZ KAREN NAOMI
C.I. 0920190238

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



ANEXO 6

Universidad de Guayaquil
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

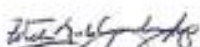
CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **DR. WILLIAM BRITO GUADALUPE**, tutor del trabajo de titulación **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO**, certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **WONG CHAVEZ KAREN NAOMI**, C.I. 0920190238, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MEDICO**.

Se informa que el trabajo de titulación **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO** ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio **URKUND**, quedando el **4%** de coincidencia.



<https://secure.arkund.com/view/47683437-318872-901604#q1bKLVayijb5MdYxi9VRKs5Mz8tMy0xOzEtOVbly0DMwNjl2Nrc0sDAzMbYwMLAwrgUA>


DR. WILLIAM BRITO GUADALUPE
C.I. 0914652540
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN





Universidad de Guayaquil
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO 4

Guayaquil, Marzo del 2019

Sr. Dr. Walter Salgado Salguero

DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. El informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO** de la estudiante **WONG CHAVEZ KAREN NAOMI**, indicando ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dado por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el estudiante esta apto para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

DR. WILLIAM BRITO GUADALUPE
C.I. 0914652540
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Dr. William Brito Guadalupe
Especialista en Medicina Interna
1980 - 1985
1985 - 1990
1990 - 1995
1995 - 2000
2000 - 2005
2005 - 2010
2010 - 2015
2015 - 2020

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. EL PROBLEMA	3
1.1PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
OBJETIVO GENERAL	4
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.5 DELIMITACIÓN	5
1.6 VARIABLES.....	6
1.7 HIPÓTESIS.....	7
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. SANGRADO DIGESTIVO ALTO: CONCEPTO GENERAL	8
2.2 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	8
2.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA Y SU MORTALIDAD	9
2.4 ETIOLOGÍA	14

2.5 CUADRO CLÍNICO.....	15
2.6 DIAGNOSTICO DEL CUADRO HEMORRÁGICO.....	17
2.7 TRATAMIENTO	18
CAPÍTULO III:.....	19
3. MARCO METODOLÓGICO.....	19
METODOLOGÍA.....	19
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	20
CAPÍTULO IV.....	21
4.1.1 EDAD DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA NO VARICEAL.....	22
4.1.2 REGISTRO DE GÉNERO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.....	23
4.1.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL	24
4.1.4 REGISTRO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON HDA NO VARICEAL.....	25
4.1.5 HALLAZGOS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL. ...	25
4.1.6 CONDICIÓN AL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA NO VARICEAL	27
4.2 DISCUSION.....	28

CAPÍTULO V.....	29
5.1 CONCLUSIONES	29
5.2 RECOMENDACIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	32

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Grupos de edad.....	22
TABLA 2: Género de Pacientes con HDA no variceal.	23
TABLA 3: Registro de Factores de riesgo para HDA no variceal.	24
TABLA 4: Registro de complicaciones por HDA no variceal.....	25
TABLA 5: Hallazgos de endoscopia digestiva alta en pacientes con HDA no variceal.	26
TABLA 6: Condicion al egreso hospitalario de pacientes con HDA no variceal.	27

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1. Grupos de edad de pacientes con HDA no variceal en el HTMC	22
GRAFICO 2. Género de pacientes con HDA no variceal en el HTMC...	23
GRAFICO 3. Factores de riesgo para HDA no variceal en el HTMC.....	24
GRAFICO 4. Complicaciones en pacientes con HDA no variceal en el HTMC	25
GRAFICO 5. Hallazgos de endoscopia digestiva alta en pacientes con HDA no variceal en el HTMC.....	26
GRAFICO 6. Condición al egreso de pacientes con HDA no variceal en el HTMC	27

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Gino y Glenda por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo, por un excelente ejemplo de vida a seguir.

Le agradezco la paciencia, apoyo y dedicación a mis maestros, por haber compartido conmigo sus conocimientos.

A mis amigos por confiar y creer en mi y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidare.

Y a mis abuelos, Guilda, Ezequiel, y Carlos, que, aunque ya no se encuentren conmigo físicamente, siempre estarán presentes en mi corazón, por haber creído en mi hasta el último momento.

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD EN
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO
MALDONADO CARBO”**

AUTOR:
WONG CHAVEZ KAREN NAOMI
TUTOR:
DR. WILLIAM BRITO GUADALUPE

RESUMEN

En la actualidad, se define al sangrado digestivo alto como la pérdida progresiva de sangre originada en algún punto situado por encima de la unión duodeno yeyunal del intestino delgado, también llamado ángulo de Treitz. En términos de mortalidad, se ha establecido en esta patología de forma global una tasa de mortalidad que alcanza el 10%, aumentando hasta un 33% tomando en consideración los casos ingresados en áreas de cuidados intensivos. El consumo de antiinflamatorios no esteroideos de forma indiscriminada y por periodos de tiempo prolongado representa el principal agente causal de estas lesiones gástricas, seguido por la infección de carácter crónico por parte del *Helicobacter pylori*. Finalmente se encuentran los hábitos de consumo, debido a que, en su mayoría, se relacionan con exacerbaciones de cuadros previamente diagnosticados, más no con el desarrollo de casos nuevos. Se ha determinado a la úlcera péptica como la principal causa de este cuadro sindrómico, encontrándose presente en al menos uno de cada dos casos de esta enfermedad, seguida por la úlcera de tipo duodenal.

Objetivo: Analizar los factores de riesgo y la mortalidad de los casos de Hemorragia Digestiva Alta no Variceal a nivel del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el período comprendido entre el 1 de Enero del 2017 al 31 de Diciembre del 2017.

Materiales y métodos: Se realizó un trabajo de investigación sin el desarrollo de experimentación, con un análisis de resultados de tipo descriptivo a través de un corte transversal y un enfoque retrospectivo, donde se utiliza como fuente de información, una base de datos de pacientes realizada bajo los códigos de diagnósticos pertenecientes al código CIE-10 K92, correspondientes a Hemorragia Digestiva Alta

**" RISK FACTORS ASSOCIATED WITH THE INCREASE OF MORTALITY IN NON
VARICEAL UPPER GASTRONITESTINAL BLEEDING IN THE TEODORO MALDONADO
CARBO HOSPITAL"**

AUTHOR:
WONG CHAVEZ KAREN NAOMI
TUTOR:
DR. WILLIAM BRITO GUADALUPE

ABSTRACT

Currently, upper gastrointestinal bleeding is defined as the progressive loss of blood originated at some point above the jejunal duodenum junction of the small intestine, also called the Treitz angle. In terms of mortality, a mortality rate of 10% has been established in this pathology globally, increasing up to 33% taking into consideration cases admitted to intensive care areas. The consumption of non-steroidal anti-inflammatory drugs indiscriminately and for long periods of time represents the main causative agent of these gastric lesions, followed by chronic infection by *Helicobacter pylori*. Finally, consumption habits are found, due to the fact that most of them are related to exacerbations of previously diagnosed cases, but not to the development of new cases. Peptic ulcer has been determined as the main cause of this syndrome, being present in at least one of every two cases of this disease, followed by duodenal ulcer.

Objective: To analyze the risk factors and the mortality of cases of non variceal upper gastrointestinal bleeding at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital, in the period between January 1, 2017 and December 31, 2017.

Materials and methods: A research work was carried out without the development of experimentation, with a descriptive analysis of results through a cross section and a retrospective approach, where a database of patients was used as a source of information. under diagnostic codes belonging to code ICD-10 K92, corresponding to Upper gastrointestinal bleeding.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se define al sangrado digestivo alto como la pérdida progresiva de sangre originado en algún punto situado por encima de la unión duodeno yeyunal del intestino delgado, también llamado ángulo de Treitz, la cual genera como principales síntomas el desarrollo de melenas, que corresponden a la expulsión de heces negras, viscosas y malolientes debido a la presencia de sangre degradada y hematemesis, el cual corresponde a la expulsión de vomito con contenido sanguíneo. Hoy en día, se considera a esta patología como uno de los problemas de salud más frecuentes a nivel mundial y constituye una de las principales causas de mortalidad indistintamente de la edad del paciente en la cual se desarrolla. ⁽¹⁾

Esta ocupa aproximadamente entre el 42 y 48% de incidencia dependiendo de la región donde se desarrolla, encontrándose que por lo menos 150 casos por cada 100 mil pacientes corresponden a esta patología y que de estos, uno de cada 3 pacientes será ingresado de forma obligatoria al área de cuidados intensivos. ⁽³⁾

En términos de mortalidad, se ha establecido de forma global una tasa de mortalidad que alcanza el 10%, aumentando hasta un 33% tomando en consideración los casos ingresados en áreas de cuidados intensivos. Mientras que, a nivel de Sudamérica se ha determinado que la hemorragia de tubo digestivo alto representa el 8% de todos los ingresos hospitalarios a través del servicio de urgencias, así como la causa más frecuente de mortalidad en pacientes en un rango de edad que va entre 60 y 80 años, llegando a duplicar este valor al tratarse de pacientes de sexo masculino. ⁽⁴⁾

Se ha logrado definir que la mayoría de casos de Hemorragia Digestiva Alta, exactamente un 85% de casos, tienen una etiología no asociada a la presencia de varices esofágicas, encontrándose de forma global esta división en cuanto a prevalencia de casos acorde a su etiología. De igual manera, se ha determinado a la úlcera péptica como la principal causa de este cuadro sindrómico,

encontrándose presente en al menos uno de cada dos casos de esta enfermedad, seguida por la ulcera gástrica y finalmente con la ulcera de tipo duodenal.

El presente trabajo de investigación hace enfoque a la prevalencia de los principales factores de riesgo asociados al incremento de mortalidad entre los pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta de tipo no Variceal, a nivel del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, en el período 2017.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hemorragia Digestiva Alta, es una enfermedad potencialmente mortal si no es tratada a tiempo para evitar sus complicaciones, principalmente el desarrollo de shock por la pérdida sanguínea, constituye un problema en los Hospitales Públicos, donde en ciertas ocasiones la escasez de recursos limita el enfoque diagnóstico y terapéutico, sin resultados positivos para el paciente.

Al ser una enfermedad multifactorial y con varios factores de riesgo, tanto modificables como no modificables asociados, no se ha podido determinar la relación directa que puedan tener los mismos con el desarrollo de mortalidad en pacientes diagnosticados con esta patología, de acuerdo a las características de nuestros pacientes, motivo por el cual no se ha podido desarrollar un abordaje preventivo y de manejo terapéutico, evitando la mortalidad.

Debido a su elevada capacidad de atención de pacientes, y por su nivel de complejidad, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la Ciudad de Guayaquil, se observa un incremento significativo del número de pacientes con este diagnóstico, por lo cual representa una gran necesidad la detección de los factores de riesgo más frecuentes y las principales complicaciones de esta condición en conjunto con las características individuales de los pacientes del Ecuador, para mejorar el diagnóstico y abordaje de los pacientes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales etiologías de Hemorragia Digestiva alta no Variceal atendidas dentro del período de estudio?

¿Cuál es la prevalencia de los diferentes factores de riesgo determinados entre los pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta no Variceal dentro del período de estudio?

¿Existe una asociación directa entre la presencia de estos factores de riesgo con la mortalidad de los pacientes ingresados con este diagnóstico?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores de riesgo y la mortalidad de los casos de Hemorragia Digestiva Alta no Variceal a nivel del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el período comprendido entre el 1 de Enero del 2017 al 31 de Diciembre del 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la prevalencia de casos de Hemorragia Digestiva Alta No Variceal durante el período de estudio.
2. Describir los factores de riesgo y comorbilidades que con mayor frecuencia se observaron en las pacientes durante el tiempo de estudio.
3. Conocer la mortalidad de los pacientes diagnosticados con esta patología y su relación causal con los factores de riesgo previamente descritos.
4. Describir las complicaciones más frecuentes generadas en los pacientes y su relación con el Desarrollo de esta patología.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta No Variceal, así como sus patologías causantes, pueden generar diferentes complicaciones y dificultades en cuanto a su manejo, además de ser una patología con un elevado riesgo de mortalidad, por lo cual representa una necesidad el poder desarrollar medidas que lo reduzcan y garanticen un mejor pronóstico.

La relevancia e importancia del presente trabajo de investigación radica en la alta incidencia de casos compatibles con esta patología a nivel de la atención pública, así como las elevadas tasas de mortalidad descritas en relación a esta patología, por lo cual resulta imperioso poder determinar los principales factores de riesgo asociados a esta patología y de forma más específica, los factores de riesgo con mayor relación causal con la mortalidad de los pacientes, permitiendo una detección temprana de los mismos en casos a futuro y con un manejo terapéutico dirigido hacia los mismos con un enfoque en reducir el riesgo de mortalidad del paciente.

Mediante la realización de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo se pretende dar a conocer la frecuencia y los principales factores de riesgo asociados a esta patología y su mortalidad, en casos que ocurrieron decesos.

1.5 DELIMITACIÓN

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, en el período comprendido entre el 1 de Enero del 2017 y 31 de Diciembre del 2017.

1.6 VARIABLES

VARIABLES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Sexo	Masculino/Femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sexo acorde a datos de filiación
Edad	18 - 100	Cuantitativa Discreta	Edad según Cedula de Identidad
Factores de Riesgo	Infección por H. pylori, Consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de AINES.	Cualitativa Nominal Politómica	Factores de Riesgo reportados en Historia Clínica
Complicaciones	Shock hipovolémico, Sepsis, Acidosis Metabólica	Cualitativa Nominal Politómica	Complicaciones Reportadas en Evoluciones
Situación al Egreso	Vivo/Muerto	Cualitativa Nominal Dicotómica	Mortalidad de los pacientes según Evoluciones y Epicrisis

1.7 HIPÓTESIS

Los principales factores de riesgo asociados a la aparición de Hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes, son el consumo de AINES y la Infección por H. pylori, que, a su vez, tienen una íntima relación con el desarrollo de complicaciones que pueden conllevar a la mortalidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. SANGRADO DIGESTIVO ALTO: CONCEPTO GENERAL

En la actualidad, se define al sangrado digestivo alto como la pérdida progresiva de sangre por encima del ángulo de Treiz, la cual genera como principales síntomas el desarrollo de melenas, que corresponden a la expulsión de heces negras, viscosas y malolientes debido a la presencia de sangre degradada y hematemesis, el cual corresponde a la expulsión de vomito con contenido sanguíneo. Esta patología es un problema de salud muy frecuente a nivel mundial y se lo considera como una de las principales causas de mortalidad indistintamente de la edad del paciente en la cual se desarrolla. ⁽¹⁾

Desde sus primeras descripciones, se ha considerado a esta patología como un cuadro clínico compatible con una atención médica urgente, además que representa un cuadro de muy alta frecuencia que requiere de forma obligatoria un abordaje terapéutico que incluya diferentes especialidades y disciplinas de forma conjunta. ⁽²⁾

2.2 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Como fue descrito previamente, esta enfermedad forma parte de los principales motivos de ingreso hospitalario en la actualidad debido a que se presenta en aproximadamente 0.15% de la población de forma anual. Entre las demás patologías que generan cuadro de urgencias en el área de gastroenterología, esta ocupa entre el 42 y 48% de incidencia dependiendo de la región geográfica donde se desarrolla, encontrándose que, en países occidentales, por lo menos 150 casos por cada 100 mil pacientes corresponden a esta patología y de estos uno de cada 3 pacientes será ingresado de forma obligatoria al área de cuidados intensivos. ⁽³⁾

Se ha determinado en esta patología de forma global una tasa de mortalidad que alcanza el 10%, aumentando hasta un 33% entre los casos ingresados en áreas de cuidados intensivos. Esta alteración causa alrededor de 300 000 ingresos hospitalarios anuales en Estados Unidos, con una importante utilización de recursos y costos aproximados de 3 180 dólares estadounidenses por episodio.³⁰ A nivel de Sudamérica se ha determinado que la hemorragia de tubo digestivo alto representa el 8% de todos los ingresos hospitalarios a través de urgencias, así como la causa más frecuente de mortalidad en pacientes en edades que van entre 60 y 80 años, duplicando su valor cuando se trata de pacientes de sexo masculino.⁽⁴⁾

A nivel del Ecuador no se ha podido determinar una prevalencia exacta de casos en esta patología, debido a que usualmente se registra estadísticamente la causa subyacente de este cuadro y no específicamente el síndrome hemorrágico del tubo digestivo en su porción superior.⁽⁵⁾

2.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA Y SU MORTALIDAD

Entre los principales factores de riesgo, asociados al desarrollo de esta patología y a su riesgo de mortalidad, se encuentran principalmente:⁽⁶⁾

- Edad avanzada.
- Comorbilidades desarrolladas de forma crónica.
- Hábitos tóxicos como el tabaquismo y el consumo elevado de alcohol.
- Antecedentes de cuadros hemorrágicos digestivos previos.
- Infección por *Helicobacter pylori*.
- Ingesta frecuente de antiinflamatorios no esteroideos.

Edad avanzada.

Varios estudios multicéntricos desarrollados en la década pasada (2000 – 2010) han demostrado que existe un elevado riesgo de desarrollar sangrado digestivo alto, especialmente el tipo no variceal, en pacientes cuya edad supera los 50 años de vida, grupo que alcanza aproximadamente el 30% de los casos, duplicándose al alcanzar los 70 años de edad. ⁽⁷⁾

En cuanto a la relación de la edad del paciente con el riesgo de mortalidad al desarrollar hemorragia digestiva alta, se ha demostrado que la mayor parte de las muertes, específicamente dos de cada tres casos que finalizan en decesos, ocurren entre la quinta y la octava década de la vida teniendo como edad promedio los 59 años de edad. ^(7,8)

Comorbilidades desarrolladas de forma crónica

Según Coskun, Topeli & Sivri (2005), la principal comorbilidad relacionada al desarrollo de hemorragia digestiva alta, corresponde principalmente a la cirrosis, las cuales tienen una asociación de aproximadamente uno de cada tres casos con hemorragia digestiva de tipo variceal. Esto se da sobre todo en pacientes que hayan desarrollado una descompensación, en su estado general de salud, principalmente en casos donde se desarrolle una pérdida en el nivel de conciencia o una coloración amarillenta de piel y mucosas, compatible con el diagnóstico de ictericia. ⁽⁹⁾

En segundo lugar, se encuentra la asociación entre las patologías hepáticas crónicas, con el desarrollo de enfermedades ulcerosas de la mucosa gástrica y duodenal, la cual alcanza el 20% de los casos de hemorragia digestiva no asociadas a varices esofágicas. A pesar de no tener una prevalencia muy elevada, existe un riesgo muy alto de desarrollar tanto complicaciones posteriores como recurrencias en cuadros de hemorragia digestiva alta no variceal que tengan este antecedente, así como un importante aumento en el riesgo de mortalidad, la cual representa al menos 1 de cada 5 muertes en base a esta patología. ⁽¹⁰⁾

Hábitos tóxicos del paciente

Los principales estudios desarrollados en base a la relación de posibles hábitos de consumo del paciente con la aparición de cuadros compatibles con hemorragia digestiva alta se han enfocado principalmente en: el consumo de tabaco y de alcohol de forma crónica y en cantidades elevadas. ⁽¹¹⁾

En estudios realizados en la anterior década (2000 – 2010), en países con similares características culturales y demográficas como Colombia y de igual manera, en el Ecuador, se han determinado prevalencias elevadas de ambos hábitos nocivos en cuanto a casos de Hemorragia Digestiva Alta no Variceal, encontrándose en el 30 y 35% de casos a nivel de Colombia, para alcohol y tabaco respectivamente, mientras que en Ecuador se encontraron valores que alcanzaban el 52% de casos con respecto al consumo crónico de alcohol y 51.6% relacionados al consumo de tabaco ⁽¹²⁾

Tabaco

En cuanto al tabaco se refiere, se ha determinado que tiene un efecto nocivo muy característico a nivel de la mucosa gástrica, motivo por el cual representa un principal factor de riesgo en el desarrollo de Hemorragia Digestiva Alta, especialmente por el desarrollo de enfermedades ulcerosas, puesto que aumenta de forma exagerada la producción de ácido basal, a causa de los niveles elevados de metabolitos de nicotina en el organismo del paciente. ⁽¹³⁾

Se ha demostrado que el consumo de tabaco de forma crónica no solo incrementa el riesgo de desarrollar la enfermedad, sino también de episodios recurrentes en los pacientes, especialmente cuando existe una asociación con otro factor de riesgo, como es la infección por *Helicobacter pylori*. El riesgo de desarrollo de la patología, así como el aumento en su mortalidad, se ve aumentado de forma directamente proporcional dependiendo del número de paquetes de cigarrillos al año que consuma el paciente. ^(13,14)

Alcohol

En cuanto al consumo de alcohol, se ha determinado que existe una lesión grave en la mucosa gástrica a causa de su principio activo, el etanol, el cual incrementa la formación de iones hidrógenos y se asocia principalmente con el desarrollo de lesiones y de cuadros clínicos de forma aguda. Hasta la actualidad, no se ha demostrado la posible asociación entre el consumo de alcohol con el riesgo de recurrencias o complicaciones, sin embargo, sí se ha evidenciado en un elevado número de casos de Hemorragia Digestiva alta que finaliza en deceso del paciente, a pesar de no encontrarse una explicación fisiopatológica para la misma. ⁽¹⁵⁾

Infección por Helicobacter Pylori

Como se conoce en la actualidad, la presencia de este microorganismo es de forma global, cuyo proceso de infección se desarrolla en las primeras etapas de la vida a nivel del hogar y persiste de forma silente en el organismo del paciente. Este genera como principal resultado, una serie de reacciones de tipo inflamatorias, donde múltiples sustancias como las citoquinas, radicales libres o incluso inmunoglobulinas, se encuentran inmersas, lo cual trae consigo una pérdida clara en la integridad y solución de continuidad de la mucosa gástrica, principal proceso fisiopatológico del desarrollo de lesiones ulcerosas y por ende, del cuadro clínico propio de las mismas. ⁽¹⁶⁾

A pesar de que ciertos estudios reporten una disminución en la incidencia y prevalencia de infección por este microorganismo, se lo ha establecido como uno de los principales factores de riesgo a considerar en el desarrollo de úlcera péptica y de igual manera, con la consecuente llegada de un cuadro de pérdida de sangre originada por una lesión a nivel de la mucosa gástrica. ⁽¹⁷⁾

Se encuentra presente en aproximadamente un 70% de los casos de Hemorragia Digestiva alta no Variceal y, a pesar de no encontrarse una posible

relación con el incremento de mortalidad de los pacientes, ocupa claramente un gran porcentaje entre estos casos, alcanzando un 52% de los mismos, de forma global.

Consumo de Antiinflamatorios No Esteroideos

Finalmente, se trata acerca del consumo de antiinflamatorios de carácter no esteroideo, el cual ha sido determinado como el principal factor de riesgo en cuanto a casos de Hemorragia Digestiva sin presencia de várices esofágicas. Los AINES constituyen uno de los principales fármacos de venta libre a nivel mundial, por lo cual poseen, de forma paralela y proporcional, un elevado consumo automedicado e indiscriminado por parte de los pacientes. Su principal mecanismo de acción, al ser la inhibición de la Ciclooxygenasa 1 y 2, se asocia de igual forma con el bloqueo de la producción de ciertas sustancias protectoras de la mucosa gástrica, como son los prostanoideos. Es por este motivo que el consumo de estos fármacos tiene una elevada relación con lesiones de tipo crónico de la mucosa gástrica y finalmente, con el desarrollo de enfermedad ulcerosa y hemorragia del tubo digestivo. ⁽¹⁸⁾

Se ha determinado que el riesgo de desarrollar hemorragia digestiva alta incrementa hasta en un 200% cuando se ingiere de forma crónica estos fármacos, en comparación con la población en general que no lo consume, independientemente de si cumple con otros factores de riesgo. A finales de la década pasada, se determinó una prevalencia en cuanto a mortalidad de un 33%, sin añadir el hecho que se relacionó de igual forma, con lesiones y enfermedades crónicas a nivel renal. ⁽¹⁸⁾

2.4 ETIOLOGÍA

Contemporáneamente, se ha definido que la mayoría de casos de Hemorragia Digestiva Alta, exactamente un 85%, tienen una etiología no asociada a la presencia de varices esofágicas, encontrándose de forma global esta división en cuanto a prevalencia de casos acorde a su patogénesis ⁽¹⁹⁾

Específicamente con respecto a los casos de hemorragia del tubo digestivo en su porción alta, se ha determinado a la úlcera péptica de tipo gástrica como la principal causa de este cuadro sindrómico, encontrándose presente en al menos uno de cada dos casos de esta enfermedad, seguida por la úlcera péptica de tipo duodenal. Es importante aclarar que en muchos casos puede existir una concordancia y aparición de las lesiones, lo cual eleva su prevalencia como agente causal. ⁽¹⁹⁾

Aclarando esto, se enfatiza la relación de estas lesiones, con los factores de riesgo descritos anteriormente. El consumo de antiinflamatorios no esteroideos de forma indiscriminada y prolongada representa el principal agente causal de estas lesiones gástricas, seguido por la infección crónica por parte del *Helicobacter pylori*. Finalmente se encuentran los hábitos de consumo, debido a que, en su mayoría, se relacionan con exacerbaciones de cuadros previamente diagnosticados más no con el desarrollo de casos nuevos. ⁽²⁰⁾

2.5 CUADRO CLÍNICO

Historia Clínica del paciente

Es importante, al momento de realizar el abordaje diagnóstico del paciente, enfatizarse y concentrarse en la edad del mismo, debido a que generalmente tiene una elevada relación con la etiología y con el pronóstico posterior de su patología. De igual forma debe interrogarse con vehemencia por los antecedentes del paciente, ya sea por la ingesta de fármacos, como por comorbilidades o incluso los hábitos de consumo que este posee, lo cual puede permitir realizar un abordaje terapéutico más preciso hacia este caso y garantizar un mejor pronóstico. ⁽²¹⁾

De igual forma, y siendo este un puntal en el abordaje del paciente, debe desarrollarse un interrogatorio claro acerca del episodio de pérdida de sangre, ya sea en forma de hematemesis como en forma de melena, enfatizándose en el momento en el cual ocurrió el cuadro y la cantidad de sangre perdida durante el mismo. En cuanto a los síntomas que presente el paciente, es importante valorar si existe dolor abdominal, el cual puede llevar a un posible diagnóstico de lesión ulcerosa o, en caso de la presencia de melena, evaluar si la pérdida de sangre corresponde a melena o hematoquecia. ⁽²²⁾

Examen Físico

El examen físico debe llevarse a cabo con la finalidad de determinar de forma presuntiva, la cantidad de sangre perdida por el paciente, así como la posible obtención de datos que puedan orientar al diagnóstico de la etiología.

Es vital determinar la tolerancia del paciente frente a la posición en la que se encuentra, como por ejemplo en casos de hemorragias con pérdidas pequeñas de sangre el paciente puede encontrarse de pie teniendo un contraste con la pérdida moderada de sangre en la cual existe un pequeño episodio de mareo al cambiar de posición, mientras que, en casos de hemorragias con pérdidas severas de sangre, se vuelve obligatorio para el paciente encontrarse en

posición decúbito, debido a la intolerancia en incapacidad de poder mantenerse de pie. ⁽²³⁾

A esto se le añade la valoración de los signos y síntomas que generalmente conforman el cuadro de choque de causa hipovolémica. Entre estos se encuentra principalmente la frecuencia cardíaca del paciente y la determinación de la frecuencia respiratoria, así como la evaluación de un posible descenso en cuanto a la presión arterial del mismo. Finalmente se debe valorar la coloración tanto de la piel como de las mucosas, así como la estimación del tiempo de llenado capilar posterior a medidas compresivas a nivel de los dedos. ⁽²⁴⁾

Finalmente, se debe evaluar de forma exhaustiva, lo eliminado por el paciente, indistintamente de si es forma de melena o de hematemesis. Como principal consigna se debe establecer que, en caso de cuadros con episodios recurrentes, obligatoriamente debe valorarse la cantidad eliminada. Entre esto incluye la determinación de lo evacuado intestinalmente, teniendo por ejemplo que la presencia de sangre roja u oscura en las heces de forma abundante indique una pérdida de sangre considerable. ⁽²⁵⁾

Y, en casos en donde predomine la hematemesis, se deben evaluar dos cosas: ⁽²⁶⁾

- La coloración de lo expulsado: En casos de hematemesis con sangre roja brillante, se debe sospechar en hemorragias activas, ya sea por causa ulcerosa o por la presencia de varices.
- El contenido eliminado: La ingestión reciente de bebidas de cola, café, vino tinto y de ciertos alimentos como tomate, cerezas, etc., puede dar al vómito un aparente aspecto de "borra de café" o de sangre fresca (pseudohematemesis). La isquemia mesentérica y la obstrucción intestinal mecánica cursan frecuentemente con vómitos cuyo aspecto simula a los de contenido hemático digerido, confundiéndose a veces los vómitos fecaloides con los vómitos en "borra de café", sobre todo en pacientes ancianos en los que la clínica de oclusión intestinal puede estar enmascarada.

2.6 DIAGNOSTICO DEL CUADRO HEMORRÁGICO

Es fundamental al momento de realizar el diagnostico, la determinación de los antecedentes clínicos del paciente y el desarrollo de estudios tanto de imagen como de laboratorio. Es importante tener presente que, en todo caso de hemorragia digestiva alta en la cual no se pueda determinar con exactitud el origen del sangrado, llevar a cabo una endoscopia alta del tipo explorativa para esclarecer el diagnostico. Entre las pruebas complementarias, se incluyen los siguientes parámetros de laboratorio: ^(27,28)

- Hematocrito: A pesar que este no se ve alterado en casos de hemorragia digestiva aguda, permite valorar y hacer un seguimiento de cómo el paciente responde al tratamiento y poder determinar un pronóstico exacto en el mismo.
- Hemoglobina: Su mayor utilidad radica en la capacidad de poder evaluar la evolución del proceso hemorrágico, así como la determinación de un posible cuadro de anemia como complicación aguda de esta enfermedad. Es importante recordar, que en estos cuadros se encuentra indicado la transfusión sanguínea cuando la hemoglobina este por debajo de 7 gramos por decilitro.
- Pruebas de función Hepática: Estas deben desarrollarse principalmente en casos de pacientes con antecedentes de enfermedades hepáticas, que permitan establecer el posible diagnóstico de la causa de este cuadro.
- Determinación del Nitrógeno Ureico en sangre: Se debe determinar la presencia de Nitrógeno en sangre, especialmente por las pérdidas en forma de vomito o diarrea que tenga el paciente, teniendo en cuenta que los niveles elevados del mismo se relacionan con un incremento importante en el riesgo de mortalidad del paciente.

2.7 TRATAMIENTO

En casos de hemorragia digestiva alta cuyo origen no guarda relación con varices esofágicas, debe desarrollarse una terapia enfocada a las principales causas, las cuales son las lesiones de la mucosa gástrica. Teniendo esto presente, el tratamiento debe llevarse a cabo con la finalidad de mantener neutro el pH de la mucosa gástrica, ya sea en hemorragias activas o de forma crónica. Esto debido a que la acidez genera alteración en las plaquetas y una consecuente destrucción del coagulo, lo cual da inicio al sangrado. ⁽²⁹⁾

Se ha determinado que los inhibidores de la bomba de protones son muy superiores en la disminución de la acidez de la mucosa gástrica en comparación con los antagonistas H₂, por lo cual poseen mayor efectividad en reducir el riesgo de mortalidad y de complicaciones en estos pacientes. Por lo tanto, se ha establecido que el tratamiento de primera línea es la aplicación intravenosa de omeprazol en 80 miligramos en bolo, seguido de una infusión continua que alcance las 72 horas posteriores al sangrado a una dosis de 8 miligramos por hora. ⁽³⁰⁾

Esta terapia, ha demostrado reducir de manera importante el riesgo de resangrado, la necesidad de aplicar transfusión sanguínea y de pasar a un tratamiento por medio de cirugía y finalmente la reducción en el riesgo de mortalidad del paciente.

CAPÍTULO III:

3. MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

Se trata de un trabajo de investigación sin el desarrollo de experimentación, con un análisis de resultados de tipo descriptivo a través de un corte transversal y un enfoque retrospectivo, donde se utiliza como fuente de información, una Base de Datos de pacientes realizada bajo los códigos de diagnósticos pertenecientes al código CIE-10 K92, correspondientes a Hemorragia Digestiva Alta, previo a la aprobación del Departamento de Docencia e Investigación, y del Departamento de Estadísticas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, de la ciudad de Guayaquil, en la cual constaban los números de las historias clínicas de todos los pacientes que fueron registrados bajo dicho código, en el Sistema AS-400, sistema utilizado por las entidades de salud que forman parte de la red de atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, los cuales contenían los datos epidemiológicos, clínicos de todos los pacientes que pertenecieron al período de estudio y fueron registradas bajo este código.

Criterios de Inclusión:

Se incluirán a todos los pacientes en cuyas historias clínicas se encuentre el Diagnostico Final de Hemorragia Digestiva Alta no Variceal que se hayan desarrollado dentro del periodo a estudiar.

Criterios de Exclusión.

- a. Se excluirán a todos los pacientes, quienes, al momento de la revisión de historias clínicas, estas estén incompletas.
- b. Se excluirán a todas aquellas pacientes quienes hayan sido transferidas a otras unidades para su manejo

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La Investigación se la realizo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, de la Zona 8, de la provincia del Guayas, Ecuador.

El Hospital es de Tercer Nivel en el Esquema de Atención y representa en un centro de referencia a nivel zonal y provincial, en cuanto a las especialidades médicas se refiere, dentro de la Red Pública de Salud

CAPÍTULO IV

4.1 ANALISIS DE DATOS ESTADISTICOS

Las historias clínicas fueron proporcionadas por el departamento de estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, servicio de emergencia y Gastroenterología, y esta incluyó datos de filiación de los pacientes como numero de historia clínica, genero, nombre, edad, datos sobre las complicaciones, diagnostico por escala CIE 10 K-922, días de hospitalización en el servicio de Gastroenterología.

Se estableció un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo durante el periodo comprendido ente el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2017, el universo escogido fueron pacientes atendidos en el área de Gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, el tamaño de la muestra fueron 151 pacientes que presentaron complicaciones como acidosis metabólica, choque hipovolémico y sepsis. En su evolución de enfermedad se estableció un Nivel de Confianza del 95% con un margen de error de 5.

Se determinó la incidencia de hemorragia digestiva alta no variceal y los factores asociados al incremento de mortalidad, se realizaron tablas de frecuencia, cuadros y diagramas cruzados para establecer correlaciones importantes con significancia estadística descriptiva que se mostraran a continuación.

4.1.1 Edad de pacientes con Hemorragia Digestiva no variceal HTMC

		EDAD (agrupado)			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 25	10	6,6	6,6	6,6
	26 - 55	70	46,4	46,4	53,0
	56+	71	47,0	47,0	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

TABLA 1 Grupos de edad. Pacientes con HDA no variceal. HTMC Fuente: Departamento de Estadística del HTMC. Autor: Karen Wong

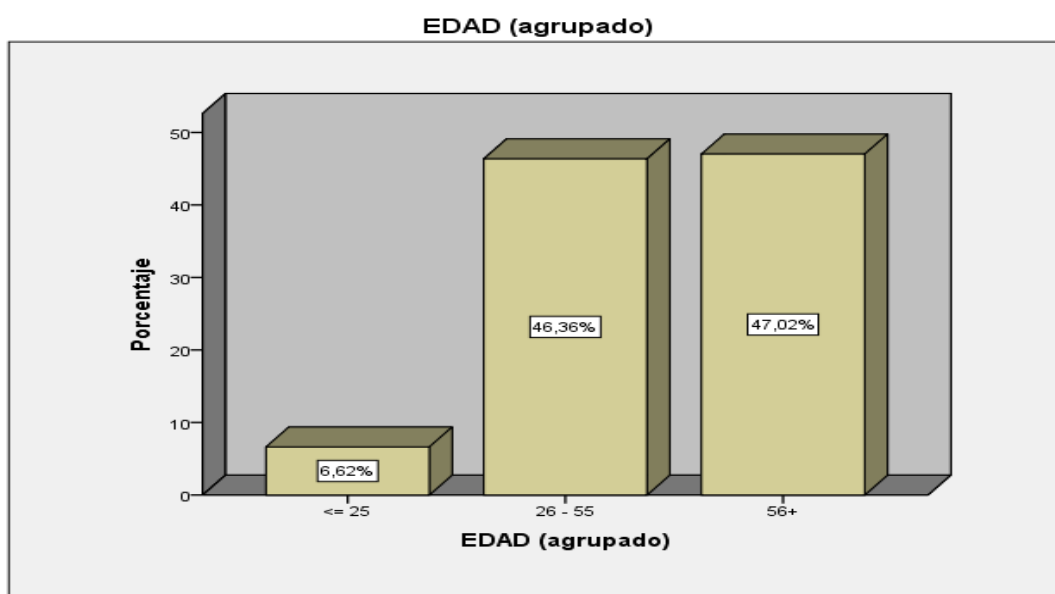


GRAFICO 1. GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES CON HDA NO VARICEAL EN EL HTMC

Análisis: En la primera tabla de frecuencias podemos distinguir los grupos de edad formados para establecer la incidencia de pacientes dentro del estudio, se estableció que la media de edad fue de 47,9 años cumplidos en los 151 pacientes incluidos. Podemos observar mayor frecuencia de pacientes que cursaban más de 57 años representados con el 47%, pacientes entre 26 y 55 años con el 46,4% y el 6,6% de pacientes con 25 años o menos.

4.1.2 Registro de género de pacientes con Hemorragia digestiva alta no variceal HTMC

		GENERO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	61	40,4	40,4	40,4
	MASCULINO	90	59,6	59,6	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

TABLA 2 Género de Pacientes con HDA no variceal. HTMC Fuente: Departamento de Estadística del HTMC. Autor: Karen Wong

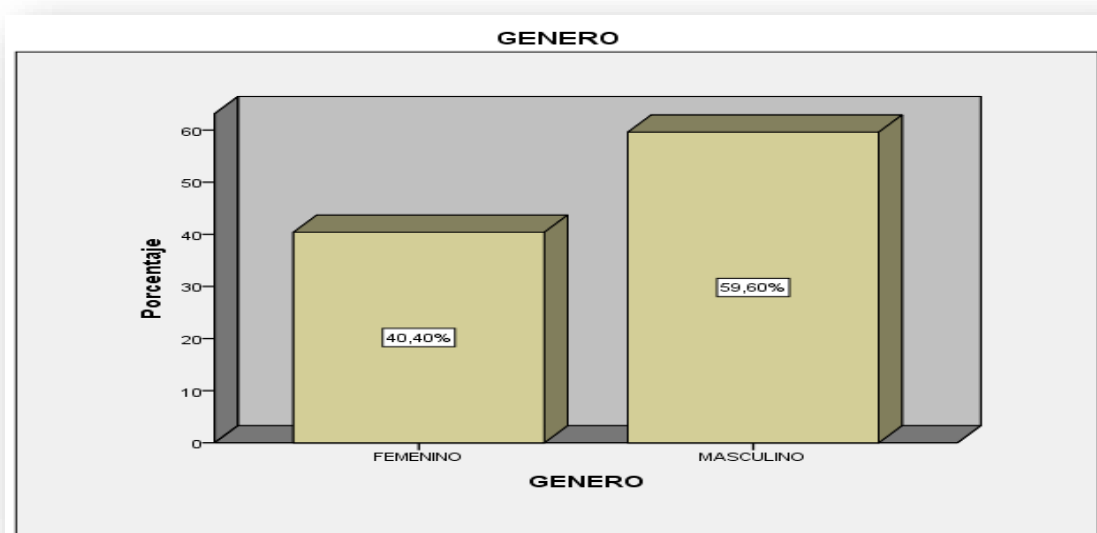


GRAFICO 2. GÉNERO DE PACIENTES CON HDA NO VARICEAL EN EL HTMC

Análisis: De los 151 pacientes con HDA identificamos que 90 de ellos fueron pacientes del sexo masculino, representados con el 59,6% del total; 61 pacientes fueron femeninos que representaron el 40,4% del total de la muestra, podemos observar mayor incidencia de HDA en pacientes varones en el periodo de estudio.

4.1.3 Factores de riesgo asociados al desarrollo de Hemorragia Digestiva alta no variceal HTMC

FACTORES DE RIESGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CONSUMO DE ALCOHOL	21	13,9	13,9	13,9
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA	13	8,6	8,6	22,5
	GASTRITIS	25	16,6	16,6	39,1
	TABAQUISTA	4	2,6	2,6	41,7
	ULCERA PEPTICA	57	37,7	37,7	79,5
	USO DE AINES	31	20,5	20,5	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

TABLA 3 Registro de Factores de riesgo para HDA no variceal. HTMC Fuente: Departamento de Estadística del HTMC. Autor: Karen Wong

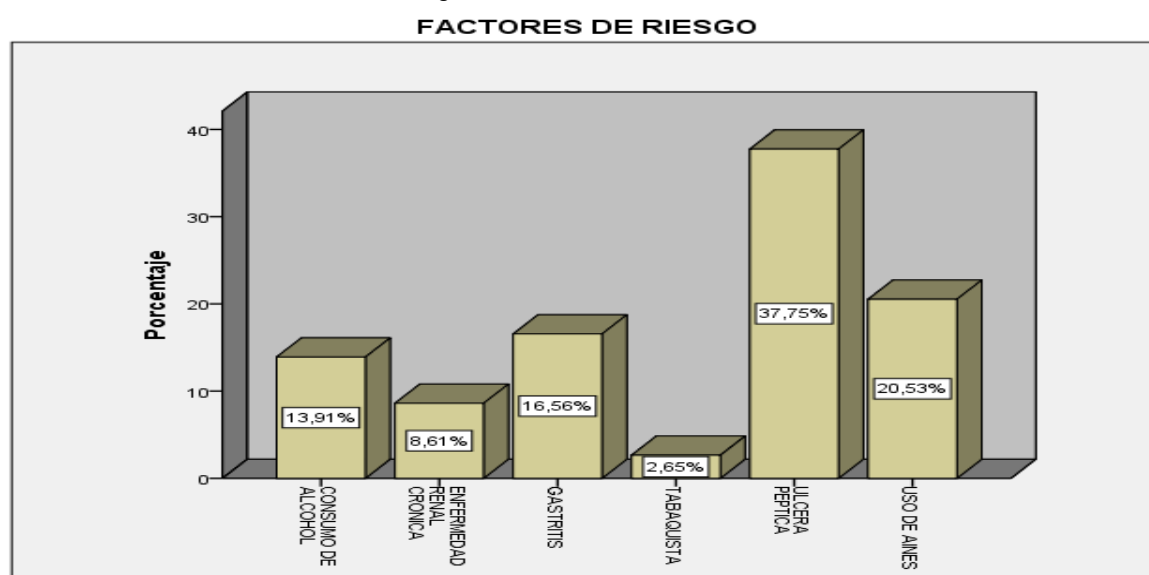


GRAFICO 3. FACTORES DE RIESGO PARA HDA NO VARICEAL EN EL HTMC

Análisis: En la siguiente tabla y gráfico sobre los factores de riesgo registrados en historias clínicas de los pacientes de la muestra podemos observar que el 37,7% de pacientes mostraban antecedentes de ulcera péptica, el 20,5% presentó historia de gastropatía por uso de antiinflamatorios no esteroideos, el 16,6% presentó historia de gastritis crónica; observamos que el 13,9% fueron pacientes con historia de alcoholismo sin presentar o registrar

enfermedad hepática crónica y el 8,6% presentó enfermedad renal crónica en tratamiento dializante.

4.1.4 Registro de complicaciones en pacientes con HDA no variceal

COMPLICACIONES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ACIDOSIS METABOLICA	5	3,3	3,3	3,3
	CHOQUE HIPOVOLEMICO	65	43,0	43,0	46,4
	NO REGISTRO	80	53,0	53,0	99,3
	SEPSIS	1	,7	,7	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

TABLA 4 Registro de Factores de riesgo para HDA no variceal. HTMC Fuente: Departamento de Estadística del HTMC. Autor: Karen Wong

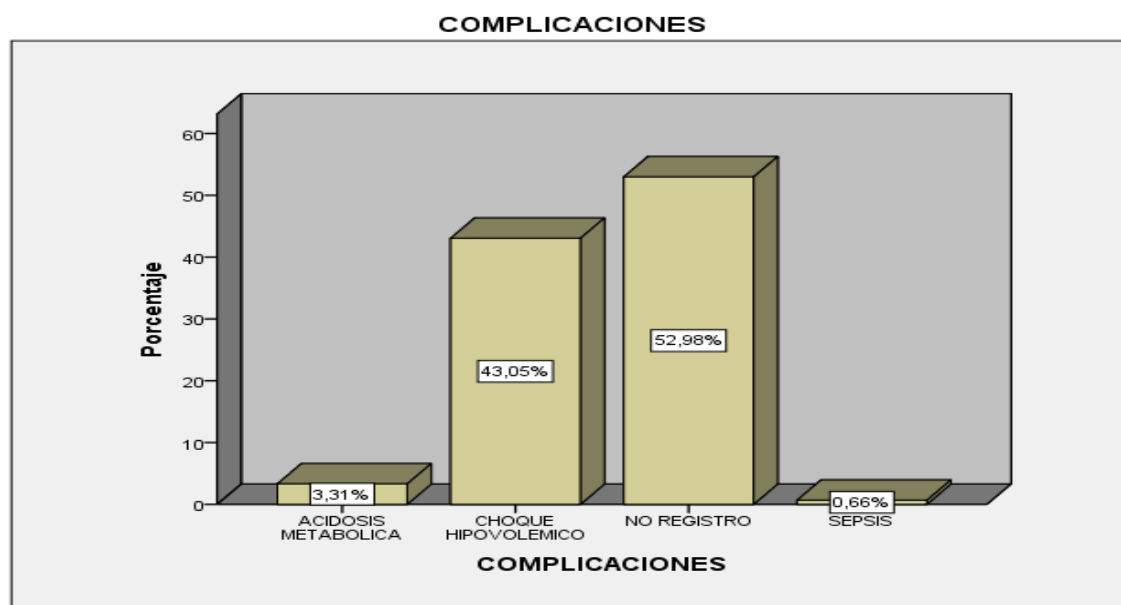


GRAFICO 4. COMPLICACIONES EN PACIENTES CON HDA NO VARICEAL EN EL HTMC

Análisis: En esta tabla podemos observar el registro de complicaciones en pacientes con Hemorragia digestiva alta, de los 151 pacientes, 80 no registraron complicaciones, representados con el 53% del total; 65 pacientes presentaron choque hipovolémico representados con el 43% del total; el 3,3% presentaron acidosis metabólica y solo el 0,7% tuvo datos de sepsis.

4.1.5 Hallazgos encontrados por endoscopia digestiva alta de pacientes con Hemorragia digestiva no variceal.

DIAGNOSTICO DE ENDOSCOPIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	GASTRITIS CRONICA + HELICOBACTER PYLORI	2	1,3	1,3	1,3
	GASTRITIS CRONICA + METAPLASIA INTESTINAL INCOMPLETA	4	2,6	2,6	4,0
	GASTROPATIA EROSIVA	30	19,9	19,9	23,8
	PANGASTRITIS CRONICA ATROFICA	8	5,3	5,3	29,1
	ULCERA GASTRICA + GASTRITIS CRONICA	107	70,9	70,9	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

TABLA 4 Fuente: Departamento de Estadística del HTMC. Autor: Karen Wong

DIAGNOSTICO DE ENDOSCOPIA

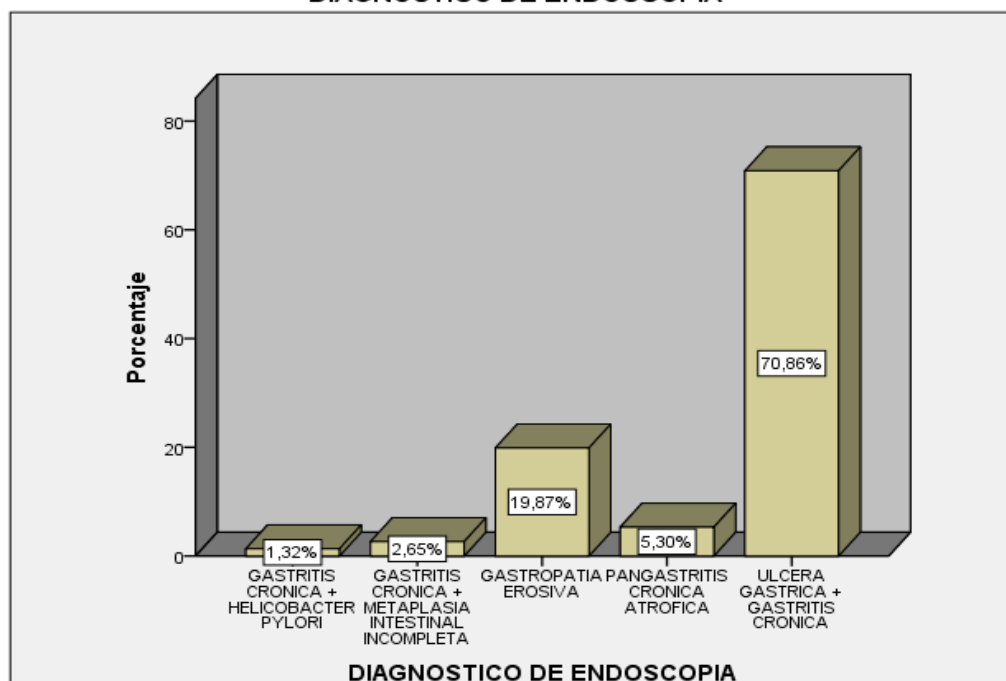


GRAFICO 5. Condición al egreso de pacientes con HDA no variceal en el HTMC

En esta tabla podemos observar el diagnóstico por endoscopia de cada paciente que presentó hemorragia digestiva no variceal, de los 151 pacientes el 70,9% presentó diagnóstico de úlcera péptica con gastritis crónica; el 19,9% presentó gastropatía erosiva, se observa también que el 5,3% presentó una pangastritis atrófica y el 2,6% presentó cambios de mucosa de estómago compatibles con metaplasia intestinal.

4.1.6 Condición al egreso hospitalario de pacientes con Hemorragia digestiva no variceal

EGRESO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUERTO	4	2,6	2,6	2,6
	VIVO	147	97,4	97,4	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

TABLA 5 Registro de Factores de riesgo para HDA no variceal. HTMC Fuente: Departamento de Estadística del HTMC. Autor: Karen Wong

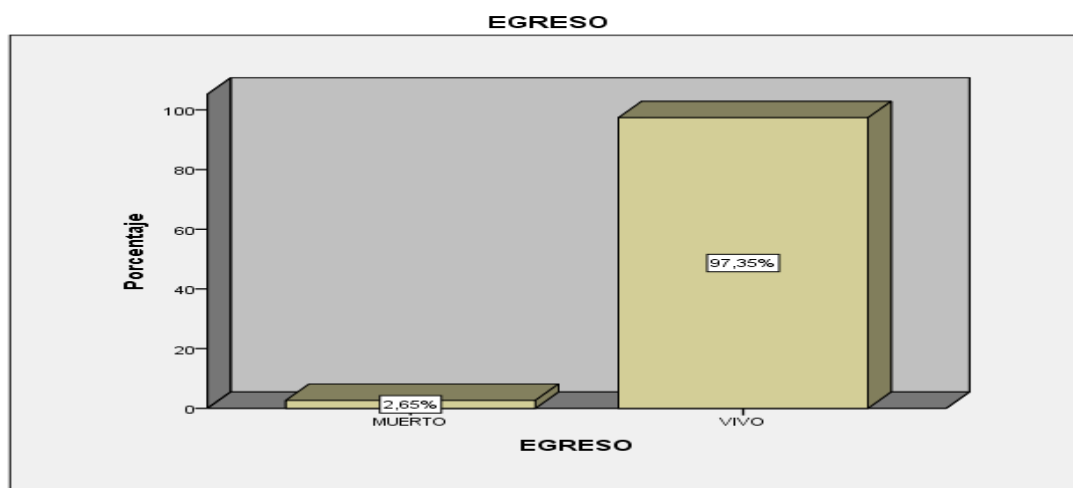


GRAFICO 5. CONDICIÓN AL EGRESO DE PACIENTES CON HDA NO VARICEAL EN EL HTMC

Análisis: La sepsis fue la causa de muerte predominante en pacientes que presentaron Hemorragia digestiva alta, junto a las complicaciones cardiovasculares secundarias a la hipovolemia.

4.2 DISCUSION

Estudios realizados informan que la morbilidad y mortalidad del paciente con hemorragia digestiva alta se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, la magnitud de la hemorragia sea esta arterial o venosa, las enfermedades asociadas al alcoholismo, al tabaquismo o a la inmunosupresión.

Salvatierra et al, hallaron también una primacía del sexo masculino, como ya fue mencionado, por su mayor tendencia al desarrollo de úlcera péptica o cáncer gástrico, y una edad promedio de 57,8 años. Lepore y Sampor coinciden al afirmar que los hombres fueron los más afectados (60%), en el 2010 igualmente comunicó que el género masculino representó la mayoría en el grupo de pacientes estudiados con esta patología, principalmente en las edades comprendidas entre 70 y 79 años.

Dentro de los factores de riesgo de hemorragia digestiva alta se ha establecido en estudios previos el sangrado por ulcera péptica el mismo que su origen puede estar determinado por la presencia e infección de *Helicobacter pylori* en la mucosa gástrica y producir una reacción inflamatoria. Tenemos también la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (son una causa común de ulceraciones gastroduodenales por su efecto local o sistémico por la inhibición de prostaglandinas). En los pacientes con Enfermedad renal crónica pueden observarse alteraciones en el tracto digestivo, sobre todo gastritis, angiodisplasias; entidades que pueden dar sangrado digestivo recidivante.

En este estudio observamos y correlacionamos que el 37,7% de pacientes presentaron historia de Úlcera Gastro Duodenal.

Con el fin de fundamentar lo anteriormente expuesto pudiera alegarse que en los pacientes estudiados primó el diagnóstico endoscópico de lesión ulcerosa, y que la inestabilidad hemodinámica en la mayoría de ellos, con criterio de sangrado masivo, fueron las razones que justificaron mayor mortalidad.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

- En el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo, se realizan 40.000 ingresos y atenciones a pacientes anuales, según estos datos, la prevalencia de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal fue de 0,9% en este estudio.
- Como factor de riesgo el promedio de edad fue de 62,74 años, con una mediana de 61, pacientes mayores de 65 años, donde se muestra que el 41,1% perteneció a este grupo, el 58,9% presentó menos de 64 años de edad.
- Los pacientes masculinos fueron los que presentaron mayor incidencia de hemorragia digestiva alta no variceal, representado con el 59,6%.
- El 37,7% de pacientes mostraban antecedentes de ulcera péptica, el 20,5% presentó historia de gastropatía por uso de antiinflamatorios no esteroideos como principales factores de riesgo y etiologías de hemorragia digestiva alta de tipo no variceal.
- La sepsis, la falla multiorgánica fue la causa de muerte predominante en pacientes que presentaron Hemorragia digestiva alta severa o con comorbilidades.

5.2 RECOMENDACIONES

- Tras el cese de la hemorragia activa, hay un período de aproximadamente seis semanas en el que existe un alto riesgo de hemorragia recurrente. El mayor riesgo es dentro de las primeras 48 a 72 horas, y más del 50 por ciento de todos los episodios de nuevas hemorragias se producen dentro de los primeros 10 días. El riesgo de hemorragia y muerte en pacientes que sobreviven seis semanas es similar al de pacientes con cirrosis de gravedad equivalente que nunca han sangrado. Por la cual se debe mantener en estricta observación a estos pacientes por lo menos 48 horas posteriores al cese de su cuadro hemorrágico junto a medidas de soporte, con una nueva exploración endoscópica a las 24 horas.
- La atención coordinada debe tener tres objetivos principales de manejo durante el episodio de sangrado activo: reanimación hemodinámica, prevención y tratamiento de complicaciones y tratamiento del sangrado. Los tres deben perseguirse simultáneamente y, a menudo, requieren de un gastroenterólogo, un médico de cuidados críticos, una enfermera de cuidados críticos, un cirujano y un radiólogo intervencionista.
- La sepsis, la falla multiorgánica fue la causa de muerte predominante en pacientes que presentaron Hemorragia digestiva alta, los pacientes con insuficiencia respiratoria fueron manejados y solo se produjeron por choque hipovolémico manejado correctamente con hidroterapia y transfusiones. Los pacientes con hemorragia digestiva requieren una evaluación clínica inmediata y el inicio de las maniobras de reanimación adecuadas. Las complicaciones cardiovasculares secundarias a la hipovolemia constituyen la causa de muerte más importante en estos pacientes.

- Se deben implantar protocolos específicos de actuación multidisciplinaria que incluya la disponibilidad de endoscopia digestiva alta urgente
- El tratamiento hemostático endoscópico solo estará indicado ante la presencia de úlceras con sangrado activo o con presencia de vaso visible sangrante, es decir, aquellas lesiones de alto riesgo de resangrado.

BIBLIOGRAFÍA

1. de la Cruz-Guillén AA, Sánchez-Espinosa JR. Presentación sindrómica del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. Medicina Interna de México. 2013 Sep 1;29(5):449-57.
2. Betés M, Muñoz-Navas M. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2016 Feb 1;12(2):82-91.
3. Karol Ramírez J, Menéndez Rivera BM, Cobiellas Rodríguez R. Hemorragia digestiva alta no varicosa: comportamiento e índice de Rockall. Revista Cubana de Cirugía. 2014 Mar;53(1):17-29.
4. Rivera D, Martínez JD, Tovar JR, Garzón MA, Hormaza N, Lizarazo JI, Marulanda JC, Molano JC, Rey Tovar MH. Caracterización de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas no varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2013;28(4).
5. Winograd Lay R, Guerra EW, Rodríguez Álvarez D, Ramos Contreras JY, Guisado Reyes Y, Pérez OA, Infante Velázquez M. Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. Revista Cubana de Medicina Militar. 2015 Jun 30;44(2):187-94.
6. Suárez RU, Diéguez MR, Martínez MD, Álvarez HC, Castro YR. Hemorragia digestiva alta no variceal. Estadía y variables clínico-endoscópicas relacionadas. Lenin's Hospital. 2012. MULTIMED Revista Médica Granma. 2017 May 19;19(1):81-93.
7. García Encinas C, Paredes EB, Guzmán Rojas P, Gallegos López R, Corzo Maldonado M, Aguilar Sánchez V. Validación del score de Rockall en pacientes adultos mayores con hemorragia digestiva alta no variceal en un hospital general de tercer nivel. Revista de Gastroenterología del Perú. 2015 Jan;35(1):25-31.
8. Abreu Jarrín M, Ramos Tirado S, Trejo Muñoz N, Cintado Tortoló D. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta.

- Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. Revista Médica Electrónica. 2013 Apr;35(2):134-43.
9. Samaniego C, Casco ET, Cristaldo CM. Hemorragia digestiva alta no varicosa. La experiencia del Centro Médico Bautista. In Anales de la Facultad de Ciencias Médicas 2015 Sep 2 (Vol. 38, No. 4, pp. 46-50).
 10. Khaddaj AF, Serrano A, Hernández I, Lizarzabal M. Predictores de recurrencia de sangrado en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. Gen. 2014 Sep;68(3):99-107.
 11. Aguayo O, Torres A, Sosa K, Ramírez A, Rodríguez C, Fernández A, Bordón A. Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. Cir. parag. 2013;37(1):15-8.
 12. Corzo Maldonado MA, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes EA, Gallegos López RC, Huerta Mercado-Tenorio J, Surco Ochoa Y, Prochazka Zárate R, Piscoya Rivera A, Pinto Valdivia J, De los Ríos Senmache R. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. Revista de Gastroenterología del Perú. 2013 Jul;33(3):223-9.
 13. Gallach M, Calvet X, Lanas A, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Brullet E, Pinera P, Castro M, DE ARGILA10 CM, MUÑOZ11 ED. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Emergencias. 2013;25(6):472-81.
 14. Jiménez Rodríguez D, Rodríguez JE, Espinosa EM, Bermúdez Balado A, Díaz PM, Lorenzo M, Yaniel F. Assessment of risk factors for non-variceal upper gastrointestinal bleeding in patients of Provincial General Teaching Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila city. MediCiego. 2015 Dec 21;21(4):12-21.
 15. Marmo R, Koch M, Cipolletta L, Bianco MA, Grossi E, Rotondano G. Predicting mortality in patients with in-hospital nonvariceal upper GI bleeding: a prospective, multicenter database study. Gastrointestinal endoscopy. 2014 May 1;79(5):741-9.
 16. Infante Velázquez M, Guisado Reyes Y, Rodríguez Álvarez D, Ramos Contreras JY, Angulo Pérez O, Winograd Lay R. Riesgo de resangrado en el paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2014 Dec;13(6):837-44.

17. Lanas Á. Hemorragia gastrointestinal, antiinflamatorios no esteroideos, ácido acetilsalicílico y anticoagulantes. *Gastroenterología y Hepatología*. 2014 Sep 1;37:62-70.
18. González-González JA, García-Compean D, Vázquez-Elizondo G, Garza-Galindo A, Jáquez-Quintana JO, Maldonado-Garza H. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis. Clinical features, outcomes and predictors of in-hospital mortality. A prospective study. *Annals of hepatology*. 2016 Mar 15;10(3):287-95.
19. Infante Velázquez M, Guisado Reyes Y, Rodríguez Álvarez D, Ramos Contreras JY, Angulo Pérez O, Domínguez Olabarría R. Utilidad de la escala clínica de Rockall en la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Revista Cubana de Cirugía*. 2014 Sep;53(3):235-43.
20. Lu Y, Loffroy R, Lau JY, Barkun A. Multidisciplinary management strategies for acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *British Journal of Surgery*. 2014 Jan;101(1):e34-50.
21. Khaddaj AF, Serrano A, Hernández I, Lizarzabal M. Predictores de recurrencia de sangrado en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. *Gen*. 2014 Sep;68(3):99-107.
22. Parra Pérez VF, Cajo R, Magali R, Gutiérrez de Aranguren CF. Factores relacionados a resangrado y mortalidad en pacientes cirróticos con hemorragia no variceal aguda en el Hospital Hipólito Unanue, Lima, Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2013 Oct;33(4):314-20.
23. Winograd R, Infante M, Guisado Y, Angulo O, Gonzales I. Escalas de predicción en el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2015;44(1):73-85.
24. González-González JA, Vázquez-Elizondo G, Monreal-Robles R, García-Compean D, Borjas-Almaguer OD, Hernández-Velázquez B, Maldonado-Garza HJ. Hipoalbuminemia en el desenlace clínico de pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal. *Revista de gastroenterología de México*. 2016 Oct 1;81(4):183-9.
25. González Rodríguez J. Sangrado digestivo alto no variceal. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2015 Mar 23;72(614):141-8.

26. González Sosa G, Barrientos OP, Valdés DM, Chávez PJ. Comportamiento de los costos hospitalarios en el sangrado digestivo alto no variceal. *Revista Cubana de Cirugía*. 2015 Jun 30;54(2):104-11.
27. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, Rotondano G, Hucl T, Dinis-Ribeiro M, Marmo R, Racz I. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015 Oct;47(10):a1-46.
28. González Sosa G. Aplicación del método clínico para el diagnóstico de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016 Jun 29;32(2):258-67.
29. García-Iglesias P, Botargues JM, Caballé FF, Sánchez CV, Calvo XC, Benedi EB, Moreno GC, Martorell EF, Montero MG, Tous EG, Rosas JM. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. *Gastroenterologia y hepatologia*. 2017 May 1;40(5):363-74.
30. Terrazas H (2011). Hemorragia de la parte alta del tubo digestivo. En A. Gúlias, *Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias* (pp. 207-221). México: McGraw-Hill.