



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**“FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA”**

**ESTUDIO A RELIZARSE EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO
CARBO PERIODO JUNIO 2018 – JUNIO 2020**

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR AL TITULO DE MÉDICO**

NOMBRE DE LAS ESTUDIANTES

SARCO IRRAZABAL MARTHA JACKELINE

SIERRA ÁVILA YARITZA NICOLE

NOMBRE DEL TUTOR

DR. CAMILO MORÁN RIVAS

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO 2020



Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

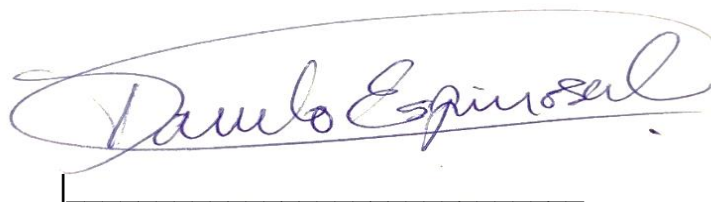
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO. JUNIO 2018 – JUNIO 2020		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	SARCO IRRAZABAL MARTHA SIERRA ÁVILA YARITZA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	TUTOR: DR. MORÁN RIVAS CAMILO REVISOR: DR. ESPINOSA CUCALÓN DANILO		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA GENERAL		
GRADO OBTENIDO:	MEDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2020	No. DE PÁGINAS:	100
ÁREAS TEMÁTICAS:	GASTROENTEROLOGÍA – MEDICINA INTERNA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hemorragia Digestiva Alta, no variceal, Factores de riesgo, métodos de diagnóstico, Gastroenterología, endoscopia.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): La hemorragia digestiva alta es una patología común en el área de la Salud, con una tasa de mortalidad alrededor de 6-10% dependiendo de los factores de riesgo que presente. Su forma de presentación es variable y dado que es una emergencia médica frecuente es una condición que debe ser conocida y manejada por el médico general y especialista. (40) OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo presentados, el diagnóstico y tratamiento más utilizados en los casos de Hemorragia Digestiva Alta (HDA) no variceal de tipo ulceroso en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HETMC), en el período comprendido entre junio 2018 y junio 2020. MÉTODOLOGIA: Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, no experimental, retrospectivo, transversal. La información fue de 162 fichas clínicas de los pacientes con HDANV de tipo ulceroso en HETMC, se evaluó sexo, edad, datos clínicos, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. RESULTADOS: El factor de riesgo predominante fue el sexo masculino con 78%, el diagnóstico más utilizado fue el endoscópico con 69% y el tratamiento farmacológico preeminente con 74%. CONCLUSIÓN: La HDA no variceal tiene como principal causa la ulcera gástrica, seguida de ulcera duodenal, de acuerdo a los resultados de investigación.			
ADJUNTO PDF:	SI ☒	NO ☐	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0985802475 0995545984		E-mail: mjackelinesarco@gmail.com yaritsierra@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL Teléfono: (03)2848487 Ext. 123 E-mail: www.ug.edu.ec		

Guayaquil, 9 de octubre del 2020

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado DR. ESPINOSA CUCALÓN DANILO, tutor del trabajo de titulación **FACTORES DE RIESGO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**, certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **SARCO IRRAZABAL MARTHA JACKELINE**, con C.I. No. **0951611581**, y **SIERRA AVILA YARITZA NICOLE** con C.I. No. **0952392686** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MÉDICO**, en la Carrera de medicina, facultad de ciencias médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

A handwritten signature in blue ink, reading "Danilo Espinosa", is written over a horizontal line. The signature is fluid and cursive.

TUTOR REVISOR

DR. ESPINOSA CUCALÓN DANILO

C.I.:0905581914



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

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

Nosotras, **MARTHA JACKELINE SARCO** CI: 0951611581 Y **YARITZA NICOLE SIERRA** CI: 0952392686, certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **"FACTORES DE RIESGO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO. 2018-2020"** son de nuestra absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizamos 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.

MARTHA JACKELINE SARCO

CI: 0951611581

YARITZA NICOLE SIERRA

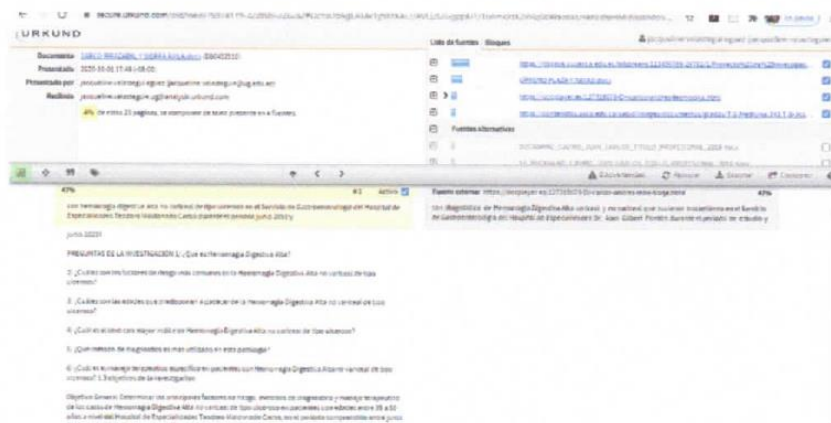
CI: 0952392686

*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.

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **Dr. CAMILO MORÁN RIVAS**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **SARCO IRRAZABAL MARTHA JACKELINE, C.C. 0951611581** y **SIERRA ÁVILA YARITZA NICOLE, C.C. 0952392686** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MEDICO**, en la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

Se informa que el trabajo de titulación: **"FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA"**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa anti plagio (URKUND) quedando el 4% de coincidencia.



<https://secure.urkund.com/old/view/76974179-322809->

[226262#DcYxDoAgEATAv1y9MXALJ/AVQ2GIGppKl1/16nmkXtK2RRq0BWaoBkEHehBBf8HMIJWbNfo5+97aMdUtzimGKk9zmbMQV9Pw==](https://secure.urkund.com/old/view/76974179-322809-226262#DcYxDoAgEATAv1y9MXALJ/AVQ2GIGppKl1/16nmkXtK2RRq0BWaoBkEHehBBf8HMIJWbNfo5+97aMdUtzimGKk9zmbMQV9Pw==)

Atentamente,

DR. CAMILO MORÁN RIVAS
DOCENTE TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN
C.I.0905138921



Universidad de Guayaquil

ANEXO 4

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 29/09/2020

SR. DR.
BYRON LOPEZ SILVA
DIRECTOR (A) DE CARRERA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

De mis consideraciones:

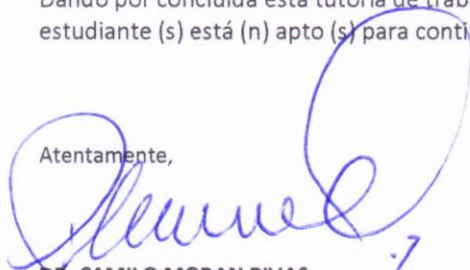
Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **FACTORES DE RIESGO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA – REALIZADO EN EL HOSPITAL DE TEODORO MALDONADO CARBO PERIDODO JUNIO 2018 – JUNIO 2020** de los estudiantes **SARCO IRRZABAL MARTHA JACKELINE Y SIERRA AVILA YARITZA NICOLE**, indicando han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

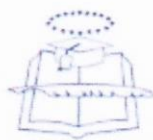
- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

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

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) está (n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,


DR. CAMILO MORAN RIVAS
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN
CARDIOLOGO
I.N.H. 1565-09
RT. 2457



Universidad de Guayaquil

ANEXO 7

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 29 de Septiembre del 2020

Sr. BYRON LOPEZ SILVA
DIRECTOR (A) DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación **FACTORES DE RIESGO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA** de las estudiantes **SARCO IRRAZABAL MARTHA JACKELINE y SIERRA AVILA YARITZA NICOLE**

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 12 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 los estudiantes **SARCO IRRAZABAL MARTHA JACKELINE y SIERRA AVILA YARITZA NICOLE** están aptos para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

Dr. Camilo Morán R.
CARDIOLOGO
INM 1567-00
EST 2017

TUTOR: DR. MORAN RIVAS CAMILO

C.I.:

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis:

A Joseph, mi amado hijo quien es mi razón principal de cumplir mis metas, quien con una sonrisa me desborda el corazón de alegría, de quien quiero ser ejemplo a seguir.

A José, mi tío quien siempre ha estado para mí desde un consejo, al total apoyo en ésta ardua carrera, sin el cual no habría llegado al día de hoy.

A Carmen, mi abuela que, aunque no pudo verme, sé que su sueño era siempre verme feliz y a mi madre con quien he contado para poder finalizar este trabajo llamado Tesis.

A Richard, mi compañero de vida quien ha sido pilar fundamental desde el día que lo conocí, quien ha estado para mí en todo momento, apoyándome, siendo mi guía, dándome las palabras adecuadas cuando las he necesitado, cuando he estado por desfallecer prestándome su hombro, a quien amo y me ama.

MARTHA JACKELINE SARCO IRRAZABAL

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo:

A mi amada hija quien me acompañó y fue mi refugio en los momentos más difíciles dándome la fuerza e inspiración, dedicación para seguir este camino tan largo y duro.

A mis padres, personas fundamentales en mi carrera y en mi vida que jamás dejaron de confiar en mí, a mis hermanos quien a pesar de nuestras diferencias siempre estuvieron pendientes de mí y motivaron mi camino.

A mi pareja por culminar conmigo este sueño, del cual gracias a la profesión nos logramos a conocer, tener una maravillosa y hermosa hija.

YARITZA NICOLE SIERRA ÁVILA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a cada una de las personas que formaron parte de ésta carrera conmigo, a las amigas y hermanas que me dejó desde 1er semestre, quien hasta el día de hoy compartimos éste sueño llamado Medicina.

A mi abuela y mi tío quienes siempre apostaron por mí, quienes creyeron que podría lograrlo, mis ejemplos a seguir e inspiración desde pequeña, sólo fue por ellos que soy la persona de hoy en día, quienes supieron guiarme correctamente en el camino de vida que he tenido por delante.

A mi madre y hermanas quienes han podido estar conmigo en el último año ayudando con mi bebé, y siendo fuente de apoyo fundamental a lo largo de mi carrera.

A mi hijo, por ser mi fuente de inspiración y de vida, simplemente es mi todo.

A mi amigo, compañero de vida, al padre de mi hijo, quien desde hace 12 años me ha soportado con mis cambios de humor, con mis indecisiones, a quien admiro por su fuerza de voluntad y fiereza al cuidarme, con quien he construido mi nueva vida, a quien amo, él es mi apoyo diario.

MARTHA JACKELINE SARCO IRRAZABAL

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de titulación concluyo una etapa maravillosa e importante de mi vida, estoy muy agradecida a quienes caminaron junto a mí en todo momento brindándome su apoyo, inspiración, amor y confianza.

Quiero agradecer a Dios por darme el valor para poder atravesar cualquier obstáculo que se me haya presentado durante la carrera, por ser quien guía e ilumina mi camino y me enseñó a no rendirme jamás.

A mi madre por haberme ayudado a lograr mi gran sueño anhelado, por cuidarme a mí y a mi nena y por apoyarme de manera continua.

A mi Padre por su sacrificio diario y esfuerzo, por su paciencia y sobre todo por creer en mí.

A mis hermanos por estar conmigo en todo este largo camino ayudándome lo más que podían, por brindarme su apoyo en la parte moral, consentirme y estar presente.

A mi amado Carlos por su comprensión, por ser alguien incondicional, apoyarme en este largo camino y acompañarme en cualquier situación que se me presentaba brindándome siempre su amor.

Y sobre todo a mi amada hija por acompañarme en los últimos pasos para culminar la carrera Universitaria y ser mi fuente de motivación para seguir adelante y luchar por un futuro mejor.

YARITZA NICOLE SIERRA ÁVILA

TABLA DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR.....	ii
DEDICATORIA	vii
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO	ix
AGRADECIMIENTO	x
TABLA DE CONTENIDO	xi
Índice de Tablas.....	xv
FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	xviii
RISK FACTORS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UPPER DIGESTIVE BLEEDING.....	xix
INTRODUCCIÓN.....	20
CAPÍTULO I.....	22
EL PROBLEMA	22
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
1.2 formulación DEL PROBLEMA.....	23
PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN	23
1.3 objetivos de la investigación.....	24

1.3	Justificación.....	25
1.5	Delimitación.....	25
1.6	VARIABLES	26
1.6.4	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	27
1.7	hipótesis	30
CAPÍTULO II		31
MARCO TEÓRICO		31
2.1	OBJETO DE ESTUDIO (Teoría general).....	31
2.1	DEFINICIÓN.....	31
2.2	EPIDEMIOLOGIA	31
2.2	CAMPO DE INVESTIGACIÓN (teorías sustantivas)	32
FACTORES DE RIESGO		32
ETIOLOGIA DE HDA		34
CUADRO CLINICO		37
SEGÚN LA CUANTÍA DE LA HEMORRAGIA.....		39
EVALUACIÓN DE RIESGOS		40
ESCALAS DE GLASGOW-BLATCHFORD		40
ESCALA DE ROCKALL PREENDOSCÓPICA.....		41
MANEJO TERAPÉUTICO Y ENDOSCÓPICO		41
Entrevista del paciente.....		42

Examen físico.....	42
Sangrado Digestivo Alto No Variceal.....	43
TIPOS DE TRATAMIENTO	44
Endoscopia	45
Manejo post-endoscopia.....	46
Tratamiento farmacológico posendoscópico	46
Clasificación de Forrest	46
Tratamiento quirúrgico.....	47
Sangrado Digestivo Alto Variceal asociada a Hipertensión Portal	47
Diagnóstico	47
Tratamiento	48
Tratamiento farmacológico pre endoscópico	48
Endoscopia	48
Tratamiento de rescate.....	49
2.3 REFERENTES INVESTIGATIVOS (referentes empíricos).....	49
MARCO LEGAL	50
Capítulo III:	53
3. MARCO METODOLÓGICO.....	53
METODOLOGÍA.....	53

Caracterización de la zona de trabajo	53
Universo y Muestra	53
Universo.....	53
Muestra.....	53
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	54
Criterios de inclusión.....	54
Criterios de exclusión.....	54
Viabilidad.....	54
DEFINICIÓN de las variables de investigación	55
Tipo de investigación.....	55
Recursos humanos y Físicos	56
RECURSOS HUMANOS:.....	56
RECURSOS FÍSICOS:.....	56
Instrumentos de Evaluación o recolección de la data	56
Metodología para el análisis de los resultados.....	57
Consideraciones Bioéticas	57
Capítulo IV	58
4. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	58
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	58
Discusión:.....	82

Capítulo V	83
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
Conclusiones:	83
Capítulo Vi	85
Bibliografía	85
ANEXOS	91
FIGURA 1. Causas de HDA.....	91
FIGURA 2. Clasificación de hemorragia.	92
FIGURA 3. Risk stratification score: Glasgow-Blatchford Score.	94
FIGURA 4. Clasificación de Forrest.....	95
FIGURA 5. Clasificación de Rockall	96
FIGURA 6. Algoritmo para la guía endoscópica de individuos con pérdida sanguínea del aparato digestivo alto no variceal (NVUGIH) secundaria a úlcera péptica, estratificada por estigmas endoscópicos. Fuente: (15)	97
3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	98

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.....	58
TABLA 2	59
TABLA 3	60
TABLA 4	62
TABLA 5	63
TABLA 6.	64
TABLA 7.	65
TABLA 8	67
TABLA 9.	68
TABLA 10.	69
TABLA 11.	71
TABLA 12.	72
TABLA 13	73
TABLA 14	75
TABLA 15	76
TABLA 16.	77
TABLA 17.	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	58
GRÁFICO 2	60
GRÁFICO 3	61
GRÁFICO 4	62
GRÁFICO 5	63
GRÁFICO 6	65
GRÁFICO 7	66
GRÁFICO 8	67
GRÁFICO 9	69
GRÁFICO 10	70
GRÁFICO 11	71
GRÁFICO 12	73
GRÁFICO 13	74
GRÁFICO 14	75
GRÁFICO 15	76
GRÁFICO 16	78
GRÁFICO 17	79
GRÁFICO 18	80
GRÁFICO 19	80

FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Autor(as): Sarco Irrazabal Martha Jackeline

Sierra Ávila Yaritza Nicole

Tutor: Dr. Morán Rivas Camilo

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta es una patología común en el área de la Salud, con una tasa de mortalidad alrededor de 6-10% dependiendo de los factores de riesgo que presente. Su forma de presentación es variable y dado que es una emergencia médica frecuente es una condición que debe ser conocida y manejada por el médico general y especialista. (40) **OBJETIVO:** Determinar los factores de riesgo presentados, el diagnóstico y tratamiento más utilizados en los casos de Hemorragia Digestiva Alta (HDA) no variceal de tipo ulceroso en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HETMC), en el período comprendido entre junio 2018 y junio 2020. **MÉTODOLOGIA:** Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, no experimental, retrospectivo, transversal. La información fue de 162 fichas clínicas de los pacientes con HDANV de tipo ulceroso en HETMC, se evaluó sexo, edad, datos clínicos, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. **RESULTADOS:** El factor de riesgo predominante fue el sexo masculino con 78%, el diagnóstico más utilizado fue el endoscópico con 69% y el tratamiento farmacológico preeminente con 74%. **CONCLUSIÓN:** La HDA no variceal tiene como principal causa la ulcera gástrica, seguida de ulcera duodenal, de acuerdo a los resultados de investigación.

PALABRAS CLAVES: Hemorragia Digestiva Alta, no variceal, Factores de riesgo, métodos de diagnóstico, Gastroenterología, endoscopia.

RISK FACTORS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UPPER DIGESTIVE BLEEDING

Authors: Sarco Irrazabal Martha Jackeline

Sierra Ávila Yaritza Nicole

Tutor: Dr. Morán Rivas Camilo

SUMMARY

Upper gastrointestinal bleeding is a common pathology in the area of Health, emergency services and in the world with a mortality rate of around 6-10% depending on the risk factors present. Its presentation is variable and since it is a frequent medical emergency, it is a condition that must be known and managed by the general practitioner and specialist. (40) **OBJECTIVE:** Determine the risk factors presented, the diagnosis and treatment most commonly used in cases of Upper Digestive Hemorrhage (HDA) nonvariceal ulcerative type in the Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HETMC), in the period from June 2018 to June 2020. **METHODOLOGY:** Quantitative, descriptive, non-experimental, retrospective, cross-sectional study. The information was from 162 medical records of patients with ulcer-type HDANV at Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, June 2018 to June 2020, sex, age, clinical data, risk factors, diagnosis and treatment were evaluated. **RESULTS:** The predominant risk factor was male sex with 78%, the most used diagnosis was endoscopic with 69% and pre-eminent pharmacological treatment with 74%. **CONCLUSION:** The main cause of non-variceal ADH is gastric ulcer, followed by duodenal ulcer, according to research results.

KEYWORDS: Upper Digestive Hemorrhage, non-variceal, Risk factors, diagnostic methods, Gastroenterology, endoscopy.

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) es definida como la pérdida de tejido hemático que es causada por injurias en cualquier sitio del aparato digestivo antes de la unión duodeno-yeyunal. Esta enfermedad se presenta con cuadro clínico característico de hematemesis, melena, también pudiendo presentarse hematoquecia, aunque en menor medida.

- Entre los factores de riesgo que influyen en la HDA son:
- Edad, sexo
- HDA previa
- Hábitos y estilo de vida
- Uso de fármacos agresores de la mucosa del aparato digestivo

Siendo el punto de injuria de la hemorragia, el que contribuye con la clasificación determinante si es alta o baja el origen de la misma, nos ayudara a la evaluación y manejo terapéutico de la enfermedad, haciéndonos partícipes de métodos complementarios de diagnóstico como la endoscopia digestiva alta.

El tratamiento inicial de los pacientes con HDA no variceal incluye la colocación de 2 catéteres intravenosos (IV) de gran calibre, reanimación, monitorización hemodinámica estrecha, administración de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y consideración de la transfusión de sangre. Después de una reanimación adecuada, el siguiente paso suele ser realizar una endoscopia digestiva alta. (39)

El propósito de la investigación será determinar los más suscitados factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta en el HETMC en el periodo comprendido entre Junio 2018 a Junio 2020. Con los resultados podremos clasificar a los pacientes por el alto o bajo riesgo de desarrollar la enfermedad, así mismo el actuar en el oportuno diagnóstico y tratamiento de la HDA.

En el capítulo 1 se realizó el planteamiento del problema, donde pudimos determinar nuestro objetivo general y luego se realizaron los de tipo específico, también justificamos nuestro proyecto investigativo y realizamos una correcta hipótesis que al final con los resultados será corroborada o negada.

El capítulo 2 comprende el objeto de estudio, campo de investigación, referentes investigativos y marco legal, todos ellos conseguidos de libros, guías, manuales, artículos de los últimos 5 años en su gran mayoría.

El capítulo 3 se refiere al marco metodológico, donde se especifica de donde se obtuvo nuestra muestra y los métodos e instrumentos que utilizamos.

El capítulo 4 no es más que el análisis e interpretación de los resultados que obtuvimos de nuestra muestra que correspondió a 162 individuos que cumplían con nuestros criterios de inclusión y exclusión, donde también se incluye la discusión de nuestras deducciones que fueron confrontados con ilustraciones de otros autores.

El capítulo 5 sirvió para conclusiones y recomendaciones de nuestro trabajo investigativo tales como concluir que el alcohol y la ingesta excesiva de AINES sin receta médica forma parte de los malos hábitos más comunes en nuestro estudio y que el sexo predominante en nuestra investigación fue el masculino, con una gran diferencia al sexo femenino, y recomendar realizar un protocolo actualizado, de esta manera se hace un manejo eficiente y rápido disminuye el riesgo de recidiva y la tasa de mortalidad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nos referimos a la hemorragia digestiva alta (HDA) cuando aparece una pérdida de sangre gastrointestinal debido a una lesión cuyo origen es proximal al ligamento de Treitz en la unión duodeno-yeyunal. (37) Sin embargo, incluso cantidades muy pequeñas de sangrado que ocurren durante un largo período de tiempo pueden conducir a problemas como recuentos sanguíneos bajos.

El sangrado masivo del tracto gastrointestinal alta es una patología común en el área de Salud Pública, en los servicios de urgencia de nuestro país y del mundo con una tasa de mortalidad aproximadamente de 6-10% de los casos dependiendo de los comorbilidades que presente, del cual constituye una de las urgencias gastroenterológica más importantes, debido al costo económico que este genera, y con el objetivo de reducir la estancia hospitalaria, se demuestra que hay varios factores predisponentes que elevan la aparición de HDA de las cuáles precisan ser ingresados a la unidad debido a las posibles complicaciones; así mismo se puede identificar aquellos que son menos propensos, que poseen bajo riesgo de resangrado y mortalidad basándonos en las variables clínicas y endoscópicas, por la cual no requieren de ingreso y pueden ser tratados de forma ambulatoria permitiendo así el ahorro de costos. (30)

El médico de urgencias debe diagnosticar de una manera rápida, evaluar con precisión el riesgo, y resucitar a pacientes con sangrado del tracto gastrointestinal. (28)

Basándonos en la Organización Mundial de la Salud indica la tasa de mortalidad por hemorragia digestiva alta en todo el mundo va aumentando con el paso del tiempo debido a los factores predisponentes asociados a dicho trastorno. (36)

El porcentaje en Europa es del 40-60 %, mientras que la incidencia que se registra en países africanos varía entre el 50 al 70 % de los casos influye mucho el factor socio-económico que padece el continente. (37)

Se ha demostrado a la enfermedad ulcerosa péptica como la primera causa de HDA en el adulto con porcentajes que van de 62 a 40%.

Para el diagnóstico de HDA, la endoscopía temprana cambia el curso natural del sangrado recurrente en pacientes de alto riesgo, reduciendo con ello la mortalidad, que se centra en pacientes adultos mayores de 65 años del sexo masculino, tratando complicaciones potencialmente letales. Además, la endoscopía también se utiliza como parte del manejo terapéutico la cual debería ser la intervención más temprana a realizar para el control del sangrado y la prevención del resangrado, junto con el uso de fármacos alivia y mejora la calidad de vida del enfermo. (39)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo más comunes, el tratamiento específico, métodos diagnósticos y la edad con mayor frecuencia que se presenta con hemorragia digestiva alta no variceal de tipo ulceroso en el Servicio de Gastroenterología y Medicina Interna del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo junio 2018 a junio 2020?

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1) ¿Qué es Hemorragia Digestiva Alta?
- 2) ¿Cuáles son los factores de riesgo más comunes en la Hemorragia Digestiva Alta no variceal de tipo ulceroso?
- 3) ¿Cuáles son las edades que predisponen a padecer de la Hemorragia Digestiva Alta no variceal de tipo ulceroso?

- 4) ¿Cuál es el sexo con mayor índice de Hemorragia Digestiva Alta no variceal de tipo ulceroso?
- 5) ¿Qué método de diagnóstico es más utilizado en esta patología?
- 6) ¿Cuál es el tratamiento más utilizado en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta no variceal de tipo ulceroso?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo presentados, el diagnóstico y tratamiento más utilizados en los casos de Hemorragia Digestiva Alta (HDA) no variceal de tipo ulceroso en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo comprendido entre junio 2018 y junio 2020.

Objetivos Específicos

- a) Determinar las principales causas de HDA no variceal en personas de 35 a 55 años del HETMC.
- b) Establecer el sexo predominante que presente hemorragia digestiva alta no variceal de tipo ulceroso del HETMC.
- c) Conocer las etiologías más comunes de los pacientes que acuden con HDANV durante el periodo de estudio al HETMC.
- d) Detallar las manifestaciones clínicas que predominan en la hemorragia digestiva alta no variceal del HETMC.
- e) Describir las comorbilidades que presentan los pacientes que acuden con hemorragia digestiva alta no variceal del HETMC.
- f) Identificar el índice de mortalidad en la población de estudio con HDA no variceal del HETMC.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el presente trabajo de titulación, Se podrá determinar al conjunto de pacientes más susceptible a la afección y encontrar el lineamiento que llevará a presentar los factores de riesgo.

Se identificará grupos susceptibles a presentar tal afectación y se relacionará con los factores de riesgo encontrados.

Es importante realizar la presente investigación por que el sangrado digestivo alto, predispone a complicaciones considerables como el shock hipovolémico y el riesgo a la recurrencia. Se debe ejecutar métodos de control de los factores de riesgo, y sobre el manejo diagnóstico y terapéutico en la institución, ya que no hay guías de práctica clínica realizadas en el país o en esta casa de salud.

1.5 DELIMITACIÓN

El trabajo de Investigación se desarrolla en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el área de Gastroenterología y Medicina Interna, de la ciudad de Guayaquil, de la provincia del Guayas donde se pretende establecer los factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento específico de los pacientes con HDA no variceal de tipo ulceroso, en el período comprendido entre junio 2018 y junio 2020.

- **Lugar de investigación:** Guayaquil, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
- **Área:** Gastroenterología y Medicina Interna
- **Aspecto:** Hemorragia digestiva alta no variceal de tipo ulceroso

- **Tema:** Factores de riesgos, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta

- **Período de investigación:** junio 2018 y junio 2020

El trabajo de investigación se desarrollará en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, propio de la provincia del Guayas, en el período comprendido entre junio del 2018 y junio del 2020.

1.6 VARIABLES

1.6.1 Variable independiente:

- 1) Factores de riesgo
- 2) Estancia hospitalaria
- 3) Métodos de diagnóstico
- 4) Manejo terapéutico
- 5) Mortalidad

1.6.2 Variable dependiente:

- 1) Hemorragia Digestiva Alta

1.6.3 Variable interviniente:

- 1) Edad
- 2) Sexo
- 3) Enfermedades asociadas
- 4) Transfusiones sanguíneas

1.6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	TIPO DE VARIABLE	FUENTE			
DEPENDIENTE	Sangrado digestivo por encima del ángulo de Treitz.	Cantidad de perdida sanguínea	Leve <15 % (<500ml)	Cuantitativa	Historia Clínica			
Hemorragia digestiva alta			Moderada 15- 25% (750-1250ml)					
			Grave 25-30% (1250-1750ml)					
			Masiva <35% (1750ml)					
			Etiología: no variceal de tipo ulceroso			Úlcera gástrica	Cualitativa	Historia Clínica
			Úlcera duodenal					
		Comorbilidades	HTA	Dicotómica	Historia Clínica			
Cirrosis								
Dm II								
IRA								
IRC								
Otras enfermedades asociadas								
INDEPENDIENTE		HDA previa	Si -no	Cualitativa Cuantitativa				
		Hábitos y estilo de vida	alcohol					
			tabaco					
			drogas					

Factores de riesgo	Cualquier rasgo o exposición de un individuo, que aumente su probabilidad de desarrollar una evolución desfavorable de una enfermedad	Uso de fármacos agresores de la mucosa del aparato digestivo.	AINES	Cuantitativa Cualitativa	Historia Clínica
		Escala de Glasgow - Blatchford	anticoagulantes		
			Antiagregantes plaquetarios		
			Hg mujer (g/dl) (>13-<10)		
			Hg hombre (g/dl) (>13-<10)		
			TAS		
			>100 - <90 mmHg		
			FC		
			100 lat/min		
			Melena (Si – No)		
Método de diagnóstico	Métodos por los cuales podremos llegar al diagnóstico de una afección.	Clínico: Score de Rockall	Hepatopatía crónica (Si – No)	Cuantitativa	
			Insuficiencia cardíaca (Si – No)		

		Endoscópico: Clasificación de Forrest	Activo Reciente Sin sangrado	Dicotómica	Historia Clínica
Tratamiento	Terapia de elección ante una enfermedad que servirá para su cura o mantenimiento	Clínico	Si - No	Cualitativa	Historia Clínica
		Endoscópico		Dicotómica	
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación del estudio.	Grupo etario 35 – 55 años	Años Cumplidos	Cuantitativa continua	Historia Clínica
sexo	Categoría para clasificar a las personas según las características sexuales	Femenino - masculino	Tipo de sexo	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
Estancia Hospitalaria	Tiempo transcurrido desde el ingreso hospitalario	1-10 días 11-20 días 21-30 días	Días de estancia hospitalaria	Cuantitativa Continua	Historia Clínica
Transfusiones sanguíneas	Procedimiento por el cual se transfiere sangre u otros componentes sanguíneos a un receptor..	1 – 2 UGR 3 – 4 UGR Mas de 5 UGR	Cantidad de sangre donada.	Cuantitativa	Historia Clínica

Mortalidad	Personas que fallecen por causa directa o indirecta a la HDA	Vivo Fallecido	Sí - No	Cualitativa Dicotómica	Historia Clínica
------------	--	-----------------------	---------	-------------------------------	------------------

1.7 HIPÓTESIS

El principal factor de riesgo será el sexo masculino, seguido del uso indiscriminado de fármacos agresores de la mucosa gastrointestinal, el método de diagnóstico y tratamiento más utilizado será de tipo endoscópico en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo comprendido entre Junio 2018 a Junio 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 OBJETO DE ESTUDIO (TEORÍA GENERAL)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

2.1 DEFINICIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) hace referencia a todo sangrado que se origina en una lesión del tubo digestivo superior situada por encima del ángulo duodeno yeyunal o de Treitz, (29) llegando a ser una emergencia médica por la inestabilidad hemodinámica que se puede presentar en caso de ser un sangrado masivo. (16)

Las causas de las hemorragias digestivas aguda son numerosas debido a lesiones locales del tubo digestivo.

Entre el 40% y el 50% de los pacientes se manifiesta clínicamente con hematemesis y entre el 90% y el 98% con melena o hematoquecia. Dicha patología tiene un manejo terapéutico diferente, clasificándolas en 2 tipos: varicosa y no variceal siendo esta última nuestro tema inicial de investigación.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Actualmente el sangrado del tubo digestivo alto no variceal es una entidad importante y un problema de salud ordinario con una elevada prevalencia a nivel internacional. (45)

Basándonos en la organización mundial de la salud (OMS) indica la tasa de mortalidad por sangrado del tubo digestivo alto no variceal en todo el mundo va aumentando con el paso del tiempo debido a los factores predisponentes asociados a dicho trastorno, (37) su repercusión continúa siendo una entidad habitual, seguramente debido al uso excesivo de antiinflamatorios no esteroideos. Por lo que sólo conlleva que la morbimortalidad aumente, dificultando el ahorro de costos en las instituciones de salud. (45)

En EE.UU., se estima 300,000 ingresos hospitalarios por (HDA) al año. La incidencia de hospitalizaciones por lo general aumenta con la edad siendo más común en la población masculina. (15)

La incidencia del HDA es entre 84-160 casos por cada 100.000 personas de edad adulta en países europeos, con un porcentaje de 40-60 %, siendo el índice más alto en grupos socioeconómicos más bajos (16)

Mientras que la incidencia que se registra en países africanos varía entre el 50 al 70 % de los casos influye mucho el factor socio-económico que padece el continente. (37)

Respecto a los datos establecidos de Chile del Ministerio de Salud en los años 2015 al 2017, hubo 8.000 aproximadamente de egresos intrahospitalarios en un año por sangrado gastrointestinal ato. (44)

Se ha realizado avances en el tratamiento, por lo que la mortalidad intrahospitalaria se ha reducido, sin embargo, tiene un índice de mortalidad entre 6-10%, del cual depende de la causa del sangrado, los factores de riesgo y las comorbilidades que presente el paciente. (43)

Siendo más específicos hablando ya de nuestro tema de investigación la tasa mortalidad en el sangrado gastrointestinal agudo no variceal se encuentra entre 2-10%, donde aumenta en pacientes hospitalizados por otra causa. (44)

2.2 CAMPO DE INVESTIGACIÓN (TEORÍAS SUSTANTIVAS)

FACTORES DE RIESGO

La mayor parte de las pérdidas sanguíneas digestivas altas son de origen no variceal entre los principales factores de riesgos tenemos:

- Edad > 70 años
 - Sexo masculino (más común)

- Patología concomitante (cirrosis hepática, alteraciones de la coagulación, IRC especialmente el primer año de diálisis).
- Infección por *Helicobacter Pylori* (presente en 64%)
- Ingesta de fármacos:
 - Uso de anticoagulantes
 - antiagregantes plaquetarios, siendo la aspirina un 37% el clopidogrel también aumenta el riesgo.
 - uso de AINES, siendo a la causa más común
- Antecedentes personales de úlcera.
- Antecedentes de HDA previa
- Ingesta de alcohol y consumo de tabaco. (32)

Edad: el grupo etario característico en esta patología se da en la población comprendida desde los 35 a los 55 años, todo esto se debe porque a la coexistencia de enfermedades ya presentes y en algunos casos graves, conlleva a la ingesta excesiva de medicinas o de fármacos agresores de la mucosa del aparato digestivo de los cuales serán mencionados más adelante. Estos tres factores aumentan la incidencia de mortalidad por HDANV. (44)

Patología concomitante: los pacientes que corresponde al grupo etario entre los 40 y 55 años suelen administrarles terapias anticoagulantes con el objetivo de disminuir el riesgo de trombosis al padecer problemas cardiovasculares. Así mismo la IRC y la cirrosis hepática al administrar beta-bloqueantes aumentan la morbilidad de la población adulta en un porcentaje de 8 – 10%. (30)

Antecedentes de HDA previa: Conocer la existencia de una recidiva es muy importante en el sangrado digestivo, se debe realizar una segunda endoscopia para disminuir riesgos, reducir la mortalidad y no llegar recurrir de cirugía en los pacientes de edad avanzada. (25)

Fármacos agresores de la mucosa del aparato digestivo: El consumo de los AINES, ácido acetilsalicílico como prevención y tratamiento de patologías vasculares y el uso de algunos corticoides no esteroideos que influyen en la

aparición de HDA no variceal en individuos en la edad adulta entre los 35 -65 años.(34) El empleo profiláctico de fármacos inhibidores de la secreción ácido gástrico reduce la tasa de estos eventos, se destaca que los ancianos suelen requerir más fármacos que lesionan la mucosa gástrica y los que complican la hemorragia como los anticoagulantes aumentando el riesgo de HDANV. (3)

Ingesta de Alcohol y tabaco: existe un alto riesgo en los pacientes que tienen un consumo excesivo de sustancias tóxicas y dañinas por un tiempo prolongado de padecer gastritis erosiva causando así várices esófago-gástricas como resultado de patologías de origen hepático como la cirrosis e hipertensión portal, para estas se recomienda antibióticos y medicamentos que dilatan los vasos sanguíneos. (38)

ETIOLOGIA DE HDA

Las 10 causas más comunes de HDA aguda en adultos son:

- enfermedad de Úlcera péptica (62%) siguiendo la úlcera gástrica hasta 55% y úlcera duodenal con un porcentaje aproximadamente de 30 – 38%
- Várices esofágicas (16 – 20%)
- Gastritis (5 - 10%)
- úlcera esofágica (5 – 10%)
- desgarro de Mallory-Weiss (5 – 10%)
- Lesiones agudas de la mucosa gástrica (5 – 10%) (9)
- Neoplasia maligna gastrointestinal (1-4%)
- Malformación arteriovenosa (10%)
- Lesión de Dieulafoy (1%)
- Ectasia vascular antral gástrica (0,5 a 2%) (32)

Sin embargo, las causas más frecuentes de HDANV y de acuerdo al orden de presentación son: úlcera péptica (30-50%) del cual abarca la mitad de los casos. Las erosiones agudas de la mucosa del estómago o duodeno (10-15%), esofagitis (10-15%), síndrome de Mallory-Weiss, malformaciones arteriovenosas (5- 10%) por lo general no son sangrados masivos severos, otras

condiciones asociadas que componen los casos restantes y que son menos frecuentes. (41)

Varices esofágicas: es una de las causas más importantes ocupando el segundo puesto con un 20% en todos los casos de HDA, se las relaciona cuando el paciente tiene cirrosis o alguna patología hepática de tipo crónico (42) Hay una gran relación entre cirrosis y las varices debido al elevado gradiente de presión. (31)

Sin embargo, es importante considerar que aproximadamente el 60% de los casos de HDA en pacientes con cirrosis no están relacionados con la hipertensión portal. (17)

Esofagitis péptica: El causante más importante es el reflujo gastroesofágico, debido al daño o inflamación que ocurre en la mucosa por el jugo gástrico presente en el esófago causando úlceras y posteriormente ocurre la hemorragia digestiva. (29) (44)

Síndrome de Mallory-Weiss: Es el daño de la mucosa en la porción gastroesofágica, ocurre por las arcadas seguidas, los vómitos y el alcohol es un factor predominante. (35)

daño en la mucosa gástrica:

se las encuentra de muchas formas pueden ser:

- Una o varias lesiones; siendo esta la más común
- daño en gran parte de la mucosa causando necrosis en el área
- No se profundiza hasta la capa muscular del epitelio superficial del esomago
- Se encuentra con mayor frecuencia en la curvatura mayor. (5)

Úlcera Péptica: Es la causa principal y frecuente con un 62 % de la HDANV generalmente ocasionada por el uso de fármacos de manera descontrolada,

también se debe por la prevalencia en la infección de *Helicobacter Pylori* involucrándose en la fisiopatología de la ulcera. (42) **(FIGURA 1)**

La ulcera péptica al ser tan común en nuestro medio es importante conocer su etiopatogenia, para saber tratarlas hay que saber diferenciar entre una ulcera gástrica y duodenal. Esta última tiene un índice de 10% en la ciudadanía, si no recibe manejo terapéutico, tiene recidiva en un corto tiempo, mientras que la ulcera gástrica tiene predominio en el sexo masculino y en la edad adulta mayor. (35)

El *Helicobacter pylori* es un factor muy frecuente encontrado en las pruebas realizadas en ambas ulceras, el uso de los antiinflamatorios, en pacientes fumadores o que tengan algún antecedente de ulcera péptica en parientes cercanos o presente algún tipo de patología en el hígado, riñón o reflujo gastroesofágico.

Como método profiláctico los individuos reciben dosis de IBP y se suspende el uso de los AINES, junto con la erradicación de la bacteria H.P.

U.D: genera un dolor que se alivia con la ingesta de comida, y por lo general ocurre en las noches, es muy común las recidivas

U.G: también hay un dolor en el epigastrio, contrario al anterior, se suele incrementar ala ingesta de comida, se acompaña de vómitos y nauseas

Como método de diagnóstico la endoscopia es la recomendada y funciona también como tratamiento junto con el uso de fármacos, como los IBP, los antagonistas de receptores. (36)

Como complicaciones la hemorragia digestiva ocupa el primer puesto, siguiendo la perforación libre, obstrucción del píloro.

Infección por el *Helicobacter P.*: La colonización en el estómago se da más en individuos en la edad adulta y si no tiene muchos recursos económicos, tiene un alto índice su aparición en las ulceras pépticas y gastritis.

Como parte del tratamiento los recomendado son los IBP y antibióticos: amoxicilina, claritromicina junto con metronidazol en 14 días, si presenta complicaciones una vez culminado la terapia, se recomienda el uso de los IBP por 4 semanas más. Es importante para evitar las recidivas realizar nuevamente la prueba de la ureasa, si sale confirmado la infección se da la segunda opción del tratamiento por dos semanas más con: IBP, bismuto, amoxicilina y el levofloxacino. (26)

CUADRO CLINICO

El cuadro clínico de esta patología se manifiesta a través de signos y síntomas que son revelados al momento de hacer la evaluación inicial indicando datos importantes de la hemorragia digestiva alta; hay un pequeño porcentaje de 30% de los individuos con sangrado que no presentan ningún tipo de sintomatología.

El síntoma característico de la hemorragia gastrointestinal aguda es la visualización de sangre fresca, semidigerida o que se presente en modo de melenas y en algunos casos la presencia de dolor abdominal. (31)

Hematemesis: se la define como la sangre que es expulsada como un vómito con todas sus características, es decir, precedida de náuseas. La sangre puede ser fresca, roja rutilante o de un color oscuro como pozo de café por los restos hemáticos digeridos, depende según del tiempo cuando transcurre el sangrado y la exteriorización, aproximadamente vemos este tipo de signo clínico un 24,5% en todos los casos que ocurre con HDA. Se debe considerar que no toda expulsión sanguínea por la boca es una hematemesis y así mismo puede ir acompañado o no de jugo gástrico o restos de alimentos.

Sin embargo, la sangre procedente de la nariz, de la boca o de las vías respiratoria es deglutida sea de manera consciente o inconscientemente para luego ser expulsada, en este caso lo llamamos hematemesis secundaria. (43)

Melenas: se definen como la deposición que está compuesta de sangre digerida, negro brillante, alquitranadas con aspecto pastoso y pegajoso, con olor fétido se debe a la degradación de la Hg indicando que la sangre en el tubo digestivo alto ha permanecido de 8–10 horas aproximadamente. (49) Cuanto más oscura, maloliente y digerida este la sangre significa que su procedencia es más alta. siempre se debe descartar la ingesta de alimentos, vino tinto o fármacos como posibles causantes de la coloración negro brillante en las heces como lo son el hierro, bismuto entre otros. (1) La melena se manifiesta al menos desde los 60 ml de sangrado gastrointestinal y puede persistir después de cinco días, aunque ya no exista sangrado, por lo regular requieren transfusión. (43)

Hematoquecia: es el sangrado por vía anal con una coloración rojiza fresca acompañada de coágulos. Por lo general se debe por hemorragias del colon distal y recto y cuando su origen es más alto indican un aumento del tránsito, estos pacientes hay que tener mucho cuidado porque indican una pérdida importante de sangre.

Un dato muy importante es el color de las heces para dar el diagnóstico, pero no siempre es una señal fiable del origen del sangrado. (35)

incremento de los ruidos intestinales (hiperactivos): Hay otro síntoma muy común que da una sensación de «flojera» a causa de la disminución de la presión arterial de una manera brusca. Dependiendo de los casos y la pérdida sanguínea aparecen síntomas correspondientes de un shock hipovolémico como viene a ser la taquicardia, hipotensión, sudoración fría, mareo incluso la pérdida de conciencia, siendo el síntoma más común en la mayoría de los casos la anemia. (46)

Anemia por sangrado crónico oculto: El paciente por lo regular se dirige al médico por tener síntomas de anemia, como la presencia de palidez cutánea, sensación de agotamiento inusual (astenia), aunque el diagnóstico también se lo realiza por análisis rutinarios. La anemia a veces es el único antecedente que nos indica la presencia de una hemorragia digestiva crónica, la más común es de tipo ferropénica (sea microcítica o anemia hipocrómica), pero aquellas que

son causadas por un sangrado del tubo digestivo agudo generalmente llegan a ser de tipo normocíticas y normocrómicas. (43)

Se debe tener un control adecuado de las pérdidas sanguíneas caso contrario su desenlace puede ser fatal. (46)

Shock: De acuerdo a la intensidad de la pérdida sanguínea, la velocidad de la misma, al igual que la existencia de recidiva o comorbilidades ya asociada del paciente, se presentan los signos de alarma: síncope, palidez, hipotensión, sudoración y taquicardia, sugieren la presencia de un shock hipovolémico, indicando la gravedad del paciente. (1)

SEGÚN LA CUANTÍA DE LA HEMORRAGIA

De acuerdo al porcentaje de sangre pérdida, se manifiestan signos y síntomas de acuerdo, el clasificarlos nos permite hacer el tratamiento de urgencia en un corto plazo de tiempo y estabilizar al individuo si el caso lo amerita.

Existen algunas clasificaciones en donde están los signos de alarma, como es el caso de la palidez cutánea, del cual nos indica que el paciente presenta una anemia grave al punto de llegar a un shock hipovolémico o los signos vitales se encuentran elevados indicando ya pérdida sanguínea masiva.

GRADO I O LEVE: el paciente refiere la pérdida sanguínea en pocas ocasiones, se encuentra estable, sin signos de deshidratación o de volemia. El tratamiento a seguir es tomar abundante agua o líquido hasta ver el sitio de origen de la lesión.

GRADO II O MODERADA: el individuo ya presenta signos y síntomas que alteran la hemodinamia y sus signos vitales, causándoles mareos.

GRADO III O GRAVE: Hay varios signos y síntomas que indican la existencia de abundante pérdida sanguínea, causando inestabilidad hemodinámica, confusión por su FC está en bajo rango, su FR y PA altas, otro punto que indica la gravedad de la hemorragia es el cambio de la coloración de piel.

GRADO IV O MASIVA: Es muy importante la correcta evaluación del individuo y los exámenes de laboratorio, se presentan los signos de alarma: síncope, palidez, hipotensión, sudoración y taquicardia, indicando la presencia de un sangrado masivo y la gravedad del paciente. (42) (33)

Si no es tratada a tiempo el desenlace puede ser fatal, las transfusiones hemáticas son de gran ayuda para mantener la estabilidad, monitorización hemodinámica y la colocación de catéteres IV de buen calibre. **(FIGURA 2)**

EVALUACIÓN DE RIESGOS

ESCALAS DE GLASGOW-BLATCHFORD

El sangrado del tubo digestivo no variceal se puede fragmentar en alto y bajo riesgo de acuerdo a las escalas ya establecidas en los individuos que ingresan al servicio de urgencias. Con el fin de facilitar y generar un tratamiento ambulatorio prematuro del grupo clasificado con poco riesgo, lo cual disminuye: (31)

- 1) exposición a las infecciones intrahospitalarias
- 2) mal uso de endoscopias
- 3) ingresos no justificados
- 4) disminución de costo
- 5) complicaciones (45)

La escala más utilizada en la actualidad por los Servicios de Emergencias es la de Glasgow- Blatchford (GBS) debido a su exactitud por su capacidad de predecir si el paciente requiere o no ingreso hospitalario. Estos parámetros se basan en algunos criterios clínicos y de laboratorio, permitiendo clasificar al enfermo y de esta manera seleccionar a los pacientes que pueden ser tratados ambulatoriamente sin requerir antes una endoscopia prematura y así identificar a los individuos con mayor probabilidad de presentar vestigio de hemorragia activo al momento de realizar una endoscopia urgente y aquellos con riesgo de presentar o no complicaciones y ser ingresado a unidades de cuidados intensivos para que reciban una endoscopia de manera rápida. (36) Un índice con más de 6 nos informa para la mejoría del paciente se debe de realizar transfusión o requiere de una intervención endoscópica para su posterior mejoramiento. (38) (48) **(FIGURA 3)**

ESCALA DE ROCKALL PREENDOSCÓPICA

El índice de Rockall, se basa en aspectos clínicos importantes, si el paciente presenta alguna patología de base y el diagnóstico a través de la endoscopia, cada uno tiene un puntaje según el parámetro establecido, con el objetivo de clasificar a los pacientes si tienen un escaso o un prominente riesgo de padecer recidivas y de mortandad. (22) El puntaje mayor son 11 puntos. **(FIGURA 4)**

MANEJO TERAPÉUTICO Y ENDOSCÓPICO

En la práctica clínica el manejo de los pacientes con sangrado gastrointestinal incorpora maniobras de diagnóstico y terapéuticas. La valoración clínica inicial (anamnesis dirigida y examen físico) debe establecer en primer lugar la situación hemodinámica y riesgo del paciente, que nos guíara al grado de cuidados necesarios dependiendo de la gravedad del caso. (7)

Entrevista del paciente

Sera adecuado poder determinar el origen del sangrado, con ciertas pautas indicadoras según su presentación, si es hematemesis o melena, color, si es rojo vibrante o negruzco.

Decirle al paciente que nos describa de la manera más apropiada la cantidad y el número de ocasiones que le ocurrió el suceso, haciendo comparaciones con cosas cotidianas que tenga en casa, por ejemplo si nos comenta que tuvo vómito sanguinolento y llenó el lavabo o realizo melenas y ocupo gran parte del inodoro, o en muchos casos nos refieren que han llenado tinas de lavar ropa.

Todo dependerá de las palabras adecuadas que usemos y que nos podamos hacer entender por ellos.

Será importante preguntar: si tuvo un episodio similar anterior e igual a éste, o en que se diferenció del actual o si fue el primer caso. Si tuvo tratamiento y lo siguió por completo o declino al sentirse mejor. Si se negó a realizarse algún procedimiento propuesto por el médico o desistió de iniciar cualquier tipo de tratamiento.

Si tiene alguna afección de base, o que haya sido descubierta junto a su cuadro de sangrado gastrointestinal, y si esta se relaciona con éste, claro que eso lo determinaremos con nuestra experticia de la patología. (27)

Examen físico

- Se debe tasar las constantes vitales como: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial que serán los primeros en ser alterados ante una pérdida de tejido hemático y debemos poder entenderlos para utilizarlos en la evaluación. (11) (Figura 2)
- Evaluar injuria hepática: estigmas hepáticos (ginecomastia, circulación colateral, pérdida de vello, etc.)
- Tacto rectal: para evaluar si hay sangrado, y su contenido.

- Con frecuencia de (1 de cada 5 pacientes), la HDA cursa solo con síntomas que sugieren hipovolemia: síncope (casi siempre al ponerse de pie), palidez, sudoración, lipotimia, debilidad o sequedad de boca. (3)

Pruebas adicionales:

Los individuos con pérdida sanguínea gastrointestinal alta o sospecha que la padecen e hacerle pruebas adicionales, que contengan hemograma, bioquímica sanguínea, estudio de coagulación y, además, realizar pruebas cruzadas y tratar de tener disponible alrededor de 1600 ml de tejido sanguíneo.

Si se encuentra la urea elevada con creatinina normal es un indicio de pérdida sanguínea gastrointestinal alta, aunque no patognomónico.

Otras pruebas adicionales (radiografías de tórax y abdomen, ECG...) se efectuarán en función de la sintomatología que presente el paciente y necesidad de cirugía. (21)

Sangrado Digestivo Alto No Variceal

Antecedentes: episodios anteriores de HDA, fármacos o toma de tóxicos que induzcan al sangrado, se asocian a él o lo faciliten (antiinflamatorios no esteroideos [AINE], corticoides, anticoagulantes, antiagregantes), alcohol o tabaco, antecedentes que se inclinen hacia la causa del sangrado. (4)

Síntomas gastrointestinales anteriores: epigastralgia o malestar abdominal, pirosis, náuseas y vómitos, disfagia, regurgitación. (4)

El hematocrito disminuye en un periodo de 24 a 72 h a partir del inicio de la hemorragia. En forma simultánea puede existir deshidratación, anemia aguda e hipovolemia que puede ser grave y tener repercusión renal. En menor medida se presenta como anemia crónica. (10)

TIPOS DE TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico pre endoscópico

Procinéticos (metoclopramida/eritromicina vía endovenosa): No se debe indicar su uso obligatorio antes de la endoscopia, dependerá del criterio médico. La eritromicina intravenosa (dosis única, 250 mg aplicada 30-120 min antes de la endoscopia) podría ser factible en pacientes seleccionados (con sospecha de presencia de sangre y/o coágulos en el estómago) para mejorar el rendimiento diagnóstico de la endoscopia urgente. La eritromicina incrementa la visibilidad durante la endoscopia, puede reducir la necesidad de una segunda exploración, disminuye el número de unidades de sangre transfundida, y reduce la duración del tiempo hospitalario. Otra opción es aplicarla antes de repetir la endoscopia en pacientes en los que la sangre en el estómago impidió la adecuada visualización de la mucosa gástrica. (8)

IBP (inhibidor de la bomba de protones)

Pantoprazol (polvo para solución inyectable 40 mg). Dosis de inicio: 80 mg I.V. (dos viales de 40 mg en 100ml de suero fisiológico (SF) en 15 minutos). Dosis de mantenimiento: 40 mg i.v./ 8 horas o infusión continua a 8 mg/h (cinco viales de 40 mg en 500 ml de SF a 21 ml/h). No hay contraindicaciones (sólo en casos de incompetencia hepática o renal). Reacciones desfavorables: diarrea, flatulencia, estreñimiento y cefalea.

Omeprazol o esomeprazol (polvo para solución inyectable 40 mg). Dosis inicial, mantenimiento, contraindicaciones y reacciones adversas: las mismas que pantoprazol. (9)

Endoscopia

Sugerencias:

1.

En individuos con HDA que tengan un score de dos o más en la Escala de Glasgow-Blatchford (Figura 3), se sugiere ejecutar la gastroscopia durante su estancia en unidades críticas o durante su hospitalización.

2.

La práctica de la gastroscopia debería ser lo ideal realizarla dentro de las 24 horas post-reanimación hemodinámica.

3.

En pacientes con alta sospecha de sangrado activo (manifestado por signos como oscilación hemodinámica que persiste a pesar de los intentos de reanimación volumétrica, o hematemesis intrahospitalaria) o con contraindicación a la interrupción de la anticoagulación: se recomienda que la gastroscopia se ejecute dentro de las 12 horas después del inicio de la reanimación hemodinámica. (12)

Las modalidades de la terapia endoscópica se pueden dividir en:

- Terapia por inyección: a) epinefrina (1: 10 000 o 1: 20 000); b) etanol absoluto; c) etanolamina; d) polidocanol; e) adhesivos tisulares: trombina, fibrina, pegamento de cianocrilato.
- Terapia térmica: a) por contacto: sonda térmica, electrocoagulación bipolar; b) no contacto: coagulación con plasma argón; c) combinadas: coagulación coactiva (sonda térmica más electrocoagulación multipolar/bipolar), coagulación con plasma argón, más una modalidad térmica.

- Terapia mecánica: a) clips; b) ligadura con bandas.
- IV. Terapia tópica: a) TC-325; b) EndoClot; c) Ankaferd Blood Stopper. (1)

Manejo post-endoscopia

Después de la valoración endoscópica, se puede considerar que los individuos tienen un riesgo disminuido de volver a sangrar si tienen constantes vitales estables, un nivel normal de hemoglobina, sin enfermedades asociadas, y una lesión endoscópica que no está en alto riesgo de volver a sangrar. La terapia intravenosa de IBP dos veces al día debe realizarse durante 72 horas luego del tratamiento endoscópico de pacientes que tienen una úlcera con sangrado actual o estigmas de alto riesgo de sangrado reciente. (17)

Tratamiento farmacológico posendoscópico

Úlceras con riesgo de sangrado (Forrest IA-IIB): perfusión de IBP durante 72 h y valorar bolos de IBP de 40 mg/12 h o de 40-80 mg/12 h v.o.

Úlceras con bajo riesgo de sangrado (Forrest IIC-III): inicio contiguo de dieta oral con IBP: omeprazol 20 mg/24 h, esomeprazol 20 mg/24 h, lanzoprazol 30 mg/24 h, pantoprazol 40 mg/24 h o rabeprazol 40 mg/24 h.

Hay que mantener los IBP 4 semanas en la úlcera duodenal y 8 semanas en la gástrica. (4)

Clasificación de Forrest

La clasificación de Forrest es muy manejada en la pérdida sanguínea del aparato digestivo relacionado con úlceras. En la actualidad, se utiliza como un instrumento para identificar a los individuos que tienen incremento en el riesgo de pérdida sanguínea, nuevas hemorragias y mortalidad. (22) (FIGURA 4)

También se ha recomendado por parte de la Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE), el uso de un algoritmo para la guía endoscópica de individuos con pérdida sanguínea del aparato digestivo alto no

variceal (NVUGIH) secundaria a úlcera péptica, estratificada por estigmas endoscópicos. (13) (FIGURA 6)

Tratamiento quirúrgico

En la actualidad la cirugía se realizará cuando el manejo terapéutico endoscópico falle o no sea accesible el punto de sangrado. El objetivo inicial será parar el sangrado y luego evitar la recurrencia tanto de la hemorragia como de la causa. Es importante saber que la cirugía de urgencia tiene una mayor tasa de mortalidad que los procedimientos electivos y que va a depender tanto de la experticia del cirujano como del lugar de la úlcera y del estado general del paciente. (2)

Sangrado Digestivo Alto Variceal asociada a Hipertensión Portal

Se definió como el conjunto de signos y síntomas clínicos caracterizados por un aumento anormal de la presión en el sistema portal por el cual transita la sangre desde el aparato digestivo y sus glándulas anexas hasta la circulación general. (6)

La hiperpresión portal se produce por consecuencia multicausal, tanto infrahepáticas como presinuoidales, entre las que figuran la cavernomatosis, la estenosis, la hipoplasia o trombosis de la vena porta y las compresiones extrínsecas de esta última. Entre las hepáticas o sinusoidales, en las que se afectan directamente las sinusoides, se describen la cirrosis bien sea portal, posnecrótica o biliar y la afección venoclusiva. (7)

Diagnóstico

- Antecedentes: enfermedad hepática, varices esofagogástricas anteriores, etilismo crónico. (4)
- Exploración física: estigmas de hepatopatía crónica e HTP: arañas vasculares, circulación colateral, ginecomastia, pérdida del vello corporal, ictericia, ascitis, hepatoesplenomegalia, flapping. (4)

- Tipología del sangrado: vómitos de sangre rutilante “en escopetazo”, copiosas, en muchos casos con desequilibrio hemodinámico asociado. (4)
- Endoscopia temprana, durante las primeras 12 h. (4)

Tratamiento

Tratamiento farmacológico pre endoscópico

Somatostatina: bolo inicial de 0,25 mg seguido de infusión de 0,25 mg/h (3 mg en 250 mg de ClNa al 0,9 % en 12 h) durante 5 días. Si no se detiene el sangrado, se debe duplicar la dosis o asociar terlipresina.

Terlipresina: 2 mg/4 h en las primeras 48 h y subsiguientemente 1 mg/4 h durante 5 días. Mejora la supervivencia. No olvidar monitorizar los niveles de sodio. (4)

Profilaxis de infección bacteriana: ceftriaxona 1 g/24 h i.v. y, si hay alergia a betalactámicos, fluoroquinolonas. (4)

Profilaxis de encefalopatía hepática: enemas de lactulosa cada 6 u 8 h para lograr de 2 a 3 deposiciones blandas/día; rifaximina 550 mg/12 h v.o. (4)

Prevención de la incompetencia renal aguda: quitar medicamentos nefrotóxicos, lograr una adecuada expansión del volumen plasmático, profilaxis de infecciones bacterianas e inicio temprano del tratamiento vasoconstrictor en pacientes adecuados. (4)

Endoscopia

Se debe realizar dentro de las primeras 24 h, pero lo ideal sería en las primeras 12 h, si es posible, después de reanimación hemodinámica: ligadura con bandas elásticas (preferentemente) o escleroterapia. (4)

Tratamiento de rescate

- Taponamiento con tubos de globo de Sengstaken-Blakemore o Linton-Nachlas. (4)
- Implantación de férulas metálicas autoexpandibles intraesofágicas. (4)
- Derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). (4)

2.3 REFERENTES INVESTIGATIVOS (REFERENTES EMPÍRICOS)

La investigación realizada por Ángeles Pérez, Javier Nuevo sobre “ Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España” con 403 pacientes en varios Hospitales de España, de los cuales el mayor porcentaje resultó en el sexo masculino con el 71%, las enfermedades asociadas son muy elevadas en los adultos mayores, y el 80% de los pacientes recibieron IBP de manera empírica, de igual forma en comparación a nuestro estudio el sexo con mayor prevalencia en HD fue el varón y el factor de riesgo que más afecta a la población es el consumo excesivo de AINES y la ingesta de alcohol. (19)

De acuerdo al estudio realizado por Amol Agarwal y Pedro Benias sobre “Sutura endoscópica para el manejo del sangrado gastrointestinal superior relacionado con la úlcera péptica: una experiencia preliminar” en dos Clínicas en E.E.U.U, de acuerdo a la clasificación de Forrest Ib con la mitad de los casos establecidos en esos años, siguiendo con el 30% el IIA, mientras que el IIB y el IIc con un 10% cada uno respectivamente, a diferencia de nuestro estudio IIB Y IIC fue de 6 y 3% de los pacientes.(18)

De acuerdo a la investigación realizada por José Carlos Del Morales, con una población de 243 pacientes de la ciudad de La Antigua Guatemala, acerca de “Incidencia en HDA en adultos del Hospital Pedro de Bethancourt” señala que la incidencia del sangrado gastrointestinal Alto es de 50 casos por cada 10,000 personas en el año. Las comorbilidades que presentaron los individuos con HDA son cirrosis h. con un 90% y coagulopatías en un bajo porcentaje. De este estudio los 77 individuos que presentaron HDA el 64.93% pertenece al sexo

femenino y el 35.06% restante pertenece al sexo masculino, con un rango etario de 51 - 60 años en comparación a nuestro estudio el sexo masculino predomina con un 78%. (20)

En el estudio realizado por Carolina Pinto y Abraham Gajardo en Chile acerca de "Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un Hospital Universitario en el 2015-2017" con 249 muestras, la edad media fue de 62 años, en las manifestaciones clínicas el mayor porcentaje la tuvo la melena 73%, la hematemesis con 51%. La escala de G-B tuvo una mediana de 11. De igual forma en el estudio establecido, la melena obtuvo un 27% en el síntoma más común en HDANV y en el índice de Glasgow-Blatchford el puntaje ≤ 12 fue de 86%. (47)

Según el estudio presentado por Álvaro Cevallos y Valeria Cisneros en Hospital Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca con el tema de "Características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas en Pacientes con hemorragia Digestiva Alta" con 272 pacientes de muestra, tuvo un porcentaje de 79% en estancia hospitalaria de 4-9 días el índice de resangrado fue del 17% mientras que la tasa de fallecidos fue de 7%, en nuestro proyecto se obtuvo como resultado una estancia hospitalaria de 1-10 días con un 63% y el índice de mortalidad por HDANV predominó en el sexo masculino con el 81%. (17)

MARCO LEGAL

Constitución de la República del Ecuador

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la

alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (47)

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 referencia a este artículo aplicado al ámbito de salud, se determina que es de tipo universal, sin distinción alguna, que debe, tiene y es aplicada a cada individuo dentro del territorio nacional. (47)

LEY ORGANICA DE SALUD

TITULO PRELIMINAR CAPITULO I

Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético. (50)

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. ()

En ambos artículos de la Ley Orgánica de Salud nos vuelve a hacer referencia de que la salud es para todos, que el acceso libre y fácil será una prioridad del Estado para que pueda estar al alcance de cada individuo que la necesite.

OPINIÓN DEL AUTOR

En el desarrollo de nuestro estudio junto con otras investigaciones se comprueba que los pacientes de sexo masculino tienen un alto porcentaje de padecer sangrado digestivo alto y de los cuales presentan más comorbilidades, a diferencia del sexo femenino; de acuerdo a los textos de medicina la edad más afectada suele ser a partir de los 50 años, en nuestro estudio establecido en un grupo etario desde 35 – 55 años, se observa que el porcentaje con mayor prevalencia es en el adulto joven, indicando que factores causantes como la ingesta de fármacos excesiva de AINES y aspirina sin prescripción médica, el alcoholismo que es fácil entender su relación con los episodios de sangrado activo gastroduodenal , el uso del tabaco junto con el estrés tienen una gran importancia en la afectación en esta población.

La técnica de la endoscopía digestiva alta es el procedimiento menos invasivo que se puede emplear para combatir la hemorragia digestiva, además no requiere de mucho tiempo y su periodo de recuperación es rápido, disminuyendo los días de estancia hospitalaria, reduciendo los costos tanto para los pacientes como para la Institución de salud.

Sin embargo, a pesar de los beneficios que tiene realizar una VEDA el tratamiento con mayor efectividad para detener el sangrado en nuestro estudio fue el farmacológico, seguido de la endoscopia,

Tanto en los estudios establecido a nivel nacional como internacional y en nuestra investigación como hallazgos endoscópicos más comunes fueron las úlceras duodenales y gástrica.

CAPÍTULO III:

3. MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, no experimental, retrospectivo, transversal. La información se revisó de 162 fichas clínicas de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta no variceal de tipo ulceroso en Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo desde junio 2018 a junio del año 2020, se evaluó sexo, edad, causas, cantidad de sangre perdida, factores de riesgo, datos clínicos (Escala Glasgow- Blatchford), diagnóstico, (Escala de Forrest), tratamiento y la morbimortalidad. Los resultados se analizaron y graficaron mediante el programa Microsoft Excel 2018.

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

Esta investigación se realizará en Ecuador, de la provincia del Guayas en la ciudad de Guayaquil en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo ubicado en el sur Av. 25 de Julio.

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

Corresponde a la totalidad de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva no especificada CIE-10 (K922) que corresponde a 1.678, que fueron admitidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) en el periodo comprendido entre junio 2018 – junio 2020.

Muestra

La muestra del estudio corresponde a pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal de tipo ulceroso que corresponde a 162 individuos, que fueron admitidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) en el periodo comprendido entre Junio 2018 – junio 2020.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes de sexo masculino y femenino
- Pacientes que corresponden al grupo de edad entre 35 – 55 años
- Pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal de tipo ulceroso

Criterios de exclusión

- Pacientes que no entren en el grupo de edad establecido
- Pacientes con hemorragia digestiva alta variceal
- Pacientes con hemorragia digestiva baja

VIABILIDAD

Nuestro estudio de investigación es viable porque cuenta con la aprobación y apoyo del personal Médico del área de Gastroenterología, Administrativo y del departamento de Docencia e Investigación del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo y la aprobación de las autoridades competentes de la Universidad de Guayaquil, además de que disponemos del recurso financiero, humano, de los materiales y tiempo requerido para la ejecución del proyecto; y de ésta forma, poder evaluar a los pacientes que presentaron Hemorragia Digestiva Alta No Variceal de tipo ulceroso, en el periodo Junio 2018 – Junio 2020.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

La variable de hemorragia digestiva alta se subdividió en cantidad de pérdida sanguínea donde se puso en consideración el tipo si era leve, moderada, grave o masiva, en las causas que sea no variceal de tipo ulceroso y si presentó enfermedades asociadas.

De la variable factores de riesgo se tomó en cuenta si tuvo pérdida sanguínea gastrointestinal alta previa, los hábitos y estilo de vida que ha tenido a lo largo de los años, si éste uso fármacos agresores de la mucosa gastrointestinal, también se evaluó la escala abreviada de Glasgow - Blatchford para saber la evolución del paciente.

De la variable de método diagnóstico se utilizó de tipo clínico y endoscópico usando escalas valorativas como la de Rockall y la Clasificación de Forrest tomando también en cuenta la favorable o no evolución del paciente.

De la variable tratamiento se subdividió en clínico haciendo el uso de fármacos y el endoscópico que opta por realizar el tratamiento mientras se realiza el procedimiento.

De la variable edad se subdividió en grupos etarios de 35-40 años, 41-50 años y 51-55 años donde tenían que ser cumplidos al momento del diagnóstico.

De la variable sexo se consideró masculino y femenino por ser determinados biológicamente.

De la variable estancia hospitalaria se subdividió en 1-10 días, 11-20 días y 21-30 días que tuvo ingresado en el sistema de salud.

De la variable mortalidad se consideró si el individuo estaba vivo o fallecido durante la estancia hospitalaria y si la causa fue directa o indirecta con la pérdida sanguínea del aparato digestivo alto.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo cualitativo, descriptivo retrospectivo de corte transversal.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

RECURSOS HUMANOS:

- Internos Rotativos de Medicina.
- Tutor de Tesis.
- Médicos Especialistas en Gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

RECURSOS FÍSICOS:

- Historia Clínica.
- Computador.
- Impresoras
- Dispositivo Móvil
- Pendrive
- Recursos de oficina.
- Material bibliográfico.
- Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

El instrumento utilizado fue la Base de Datos informáticos estadísticos otorgados por el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se utilizó como método de recolección de información, la revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva no especificada, que fueron admitidos por el servicio de Gastroenterología, en el periodo junio 2018 – junio 2020, luego de la revisión se construyó una base de datos elaborado en Microsoft Excel 2019.

TÉCNICA DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN (MATERIALES).

MATERIALES	CANTIDAD	VALOR REFERENCIAL
Hojas A4	1000	\$5
Bolígrafos	45	\$10
Computadoras Laptop	2	\$2300
Impresoras	2	\$700
		TOTAL =
		\$3.015

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El presente estudio de investigación fue presentado y aprobado por personal Médico del área de Gastroenterología, Administrativo y del departamento de Docencia e Investigación del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo para acceder a los registros de los pacientes en los años establecidos, del cual se rige por las normas nacionales e internacionales, se respetó la confidencialidad y nombres de los individuos sin llegar a exponerlos en el estudio establecido.

CAPÍTULO IV

4. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para este trabajo de investigación se revisaron 1.680 historias clínicas de pacientes adultos con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo de entre junio 2018 a junio 2020 del cual solo se seleccionó a 136 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, que finalmente participaron en el presente estudio.

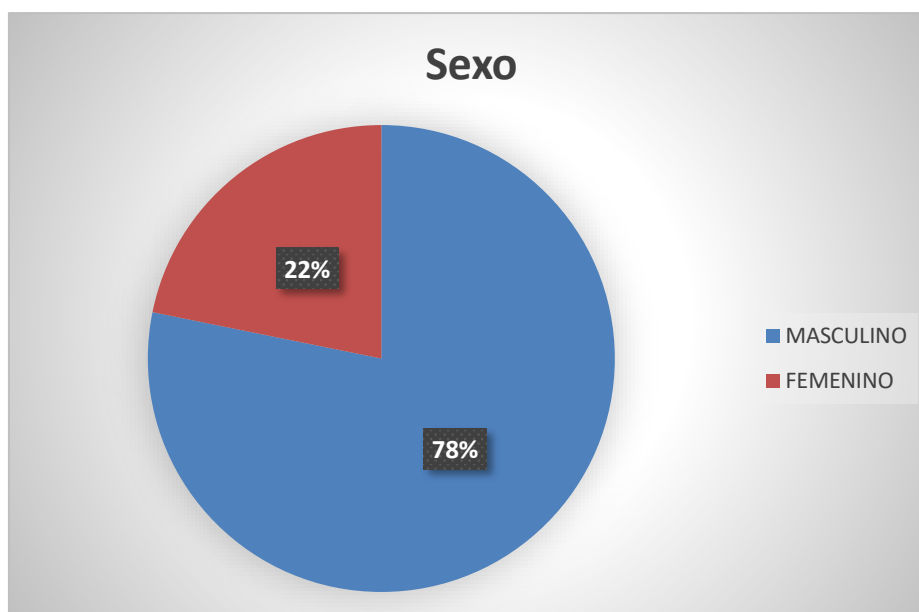
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL SEXO EN ADULTOS CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	126	78%
FEMENINO	36	22%
TOTAL	162	100 %

Fuente: Historia Clínica

GRÁFICO 1 REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS PACIENTES SEGÚN EL SEXO EN ADULTOS CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 1

Análisis:

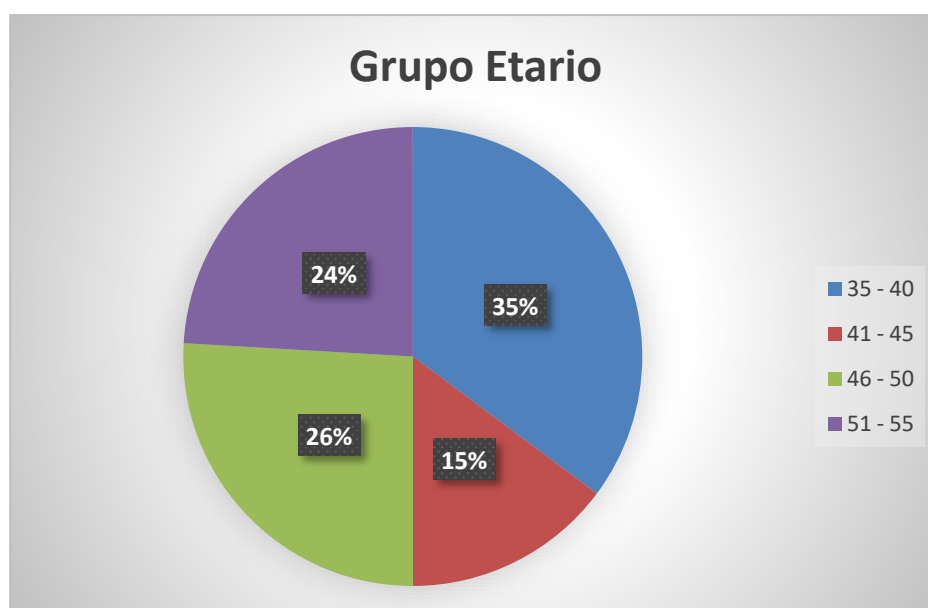
El total de pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo período junio 2018 a junio 2020 existe un predominio con un 78% (126 pacientes) del sexo masculino en relación al sexo femenino que se presentó en un 22% (36 pacientes), de un total de 162 pacientes revisados en este estudio de investigación. Existiendo un 56% de diferencia.

TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LA EDAD EN ADULTOS CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
35 - 40	57	35%
41 - 45	24	15%
46 - 50	42	26%
51 - 55	39	24%
TOTAL	162	100 %

Fuente: Historias clínicas.

GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGUN LA EDAD EN ADULTOS CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N 2

Análisis:

Del análisis de los datos facilitados por el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta no variceal dio como resultado respecto a la frecuencia de edades que el 35% corresponde a pacientes de 35 – 40, seguido del 26% que corresponde a edad entre 46 a 50 años, un 24% a pacientes entre 51 a 55 años y un 15% a pacientes entre 41 a 45 años

TABLA 3 DÍAS DE ESTADÍA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

DÍAS DE ESTADÍA HOSPITALARIA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-10 DÍAS		102	63%
11-20 DIAS		45	28%
21-30 DÍAS		15	9%
TOTAL	162	100%	

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 3 DÍAS DE ESTADÍA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

FUENTE: Adaptado de la tabla N° 3

Análisis:

Según datos proporcionados por el Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo, mediante el historial clínico se obtuvo una muestra de 162. Del cual tuvieron una estadía hospitalaria de 1- 10 días representando un 63%; de 11-20 días el 28 % y de 21-30 días ocupando el menor porcentaje con un 9%.

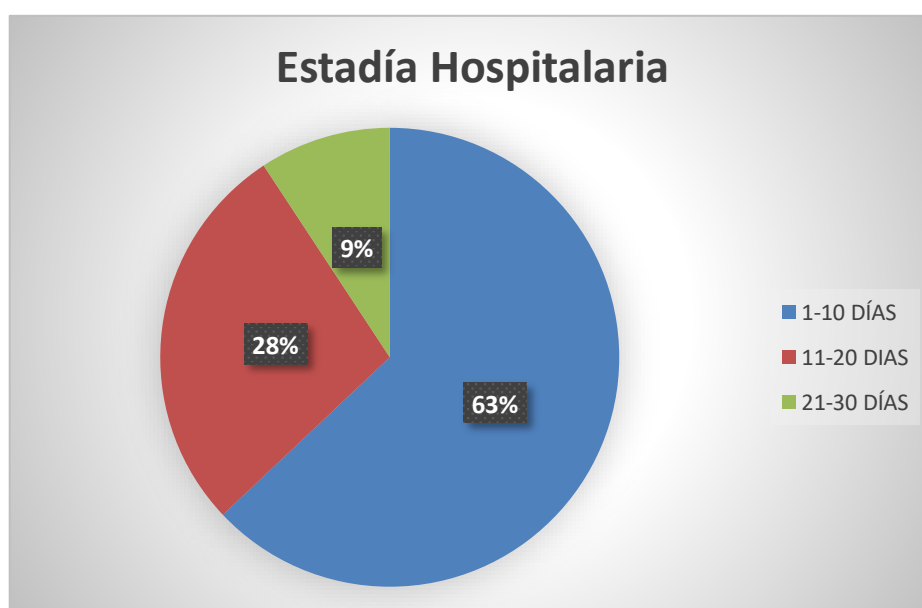
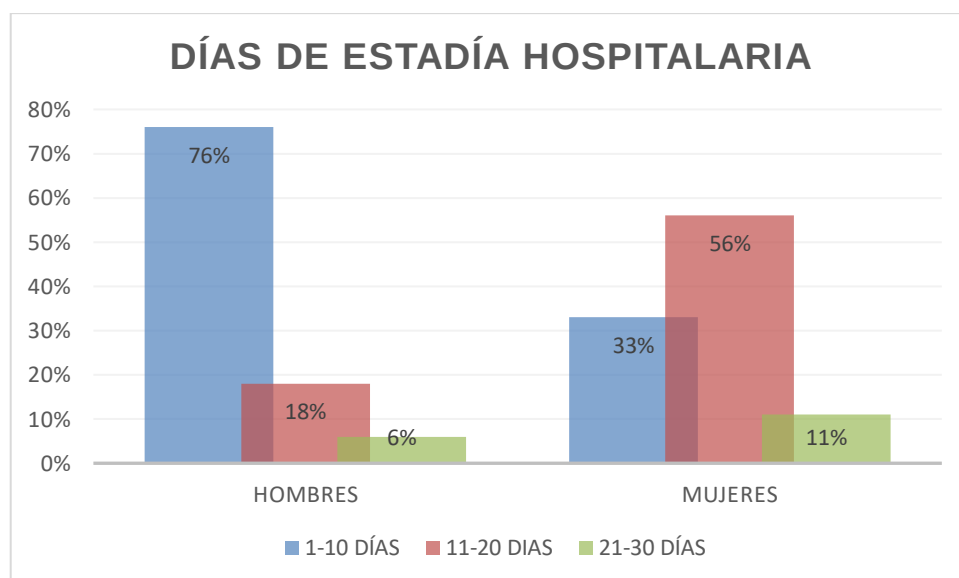


TABLA 4 DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020

DÍAS DE ESTADÍA HOSPITALARIA	HOMBRES	%	MUJERES	%
1-10 DÍAS	95	76%	7	33%
11-20 DIAS	23	18%	22	56%
21-30 DÍAS	8	6%	7	11%
TOTAL	126	100%	36	100%

FUENTE: Historias Clínicas

GRÁFICO 4 DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020



FUENTE: Adaptado de la Tabla N° 4

Análisis:

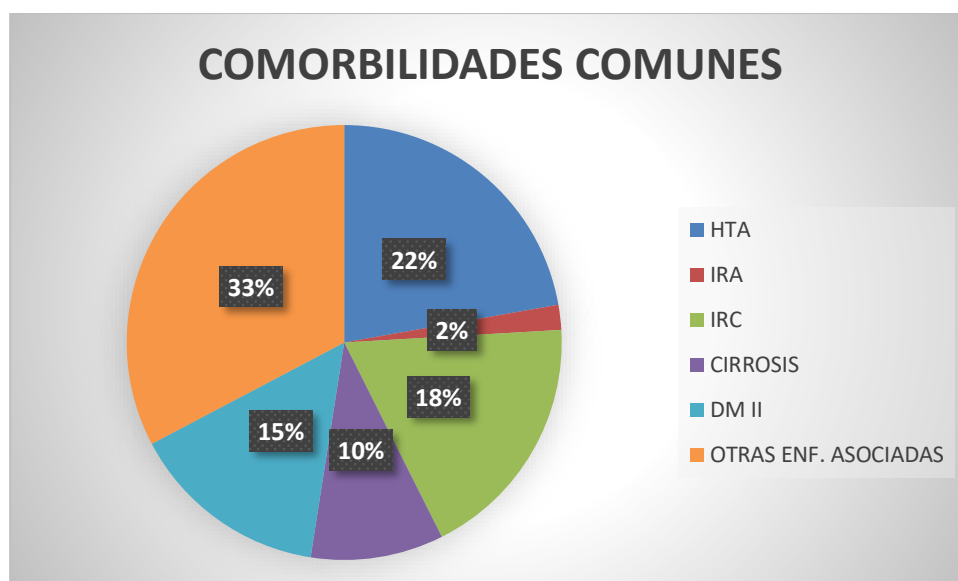
Según datos proporcionados por el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, mediante el historial clínico se obtuvo una muestra de 162. Del cual estuvieron una estadía hospitalaria según el sexo masculino un 76% en comparación con el sexo femenino que obtuvo un 33% entre 1 – 10 días, en cambio entre los días 11-20 se obtuvo que el sexo femenino tuvo un 56% y el sexo masculino apenas un 18%, y por último entre los días 21-30 el sexo femenino obtuvo un 11% y el sexo masculino un 6%, tomando en cuenta que la cantidad del sexo masculino es mayor en números.

TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN COMORBILIDADES COMUNES CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

COMORBILIDADES COMUNES	FRECUENCIA	PORCENTAJE%
HTA	36	22%
IRA	3	2%
IRC	30	18%
CIRROSIS	16	10%
DM II	24	15%
OTRAS ENF. ASOCIADAS	53	33%
TOTAL	162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN COMORBILIDADES COMUNES EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 5

Análisis:

Las comorbilidades más comunes encontradas en el análisis de datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta no variceal fueron con mayor frecuencia otras enfermedades asociadas con un porcentaje de 33%, la HTA con un 22%, la IRC con 18%, Diabetes Mellitus tipo II con 15%, Cirrosis con 10% y con una menor frecuencia la IRA con un 2%.

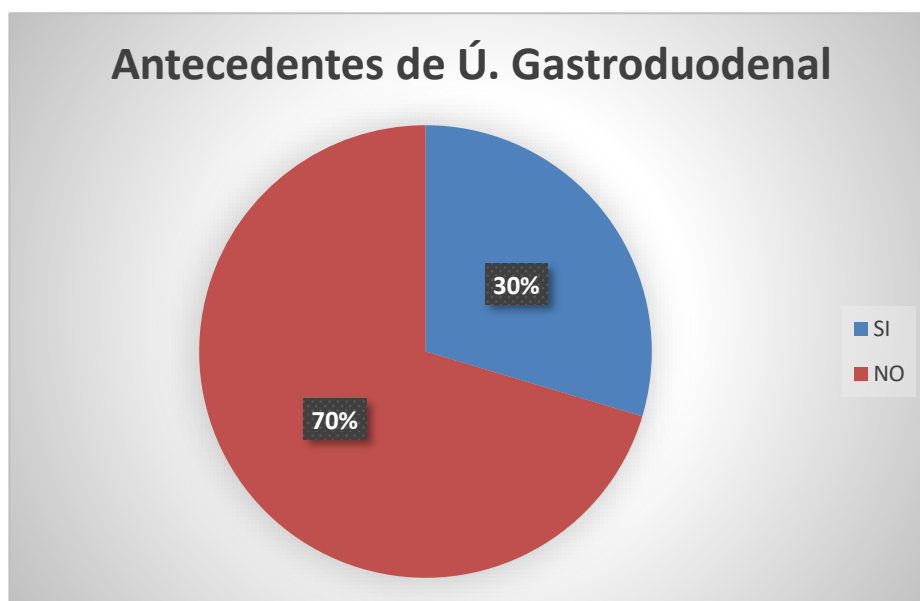
TABLA 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ANTECEDENTE DE ÚLCERA GASTRODUDENAL CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

ANTECEDENTES DE ÚLCERA GASTRODUDENAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE%
SI	48	30%
NO	114	70%
TOTAL	162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGUN ANTECEDENTE DE ÚLCERAS GASTRODUODENALES EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIÓDO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

FUENTE: Adaptado de la tabla N° 6



Análisis:

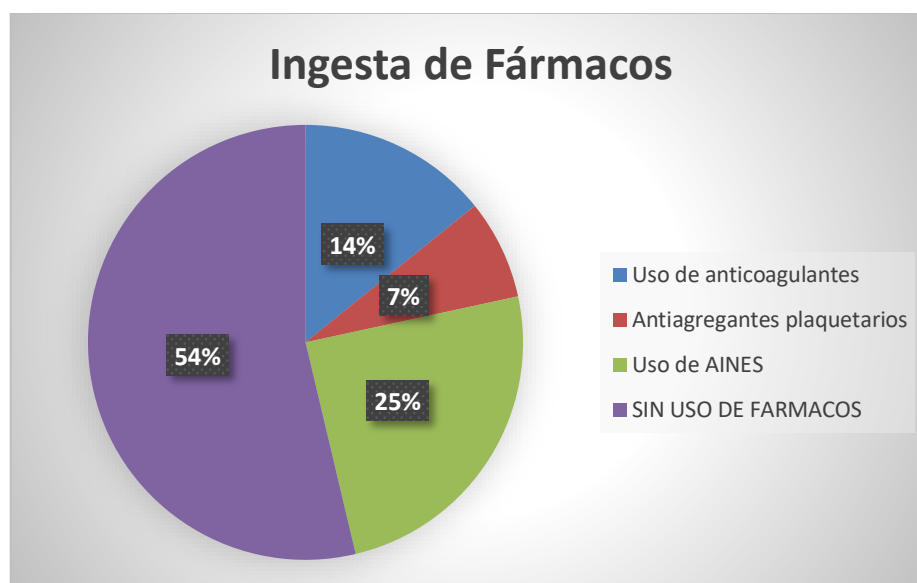
La cantidad de pacientes que han presentado úlcera gastroduodenal corresponde el 30% mientras con un alto porcentaje no presentó antecedentes con un 70%, en el análisis de datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta no variceal.

TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ANTECEDENTE DE INGESTA DE FÁRMACOS AGRESORES DE LA MUCOSA GASTROINTESTINAL CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIÓDO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ingesta de fármacos:	Uso de anticoagulantes	23	14%
	Antiagregantes plaquetarios	12	7%
	Uso de AINES	40	25%
	SIN USO DE FARMACOS	87	54%
TOTAL		162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 7 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ANTECEDENTE DE INGESTA DE FÁRMACOS EN ADULTOS CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERÍODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 7

Análisis:

Los fármacos agresores de la mucosa del aparato digestivo que se observaron en el análisis de los datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta no variceal fue

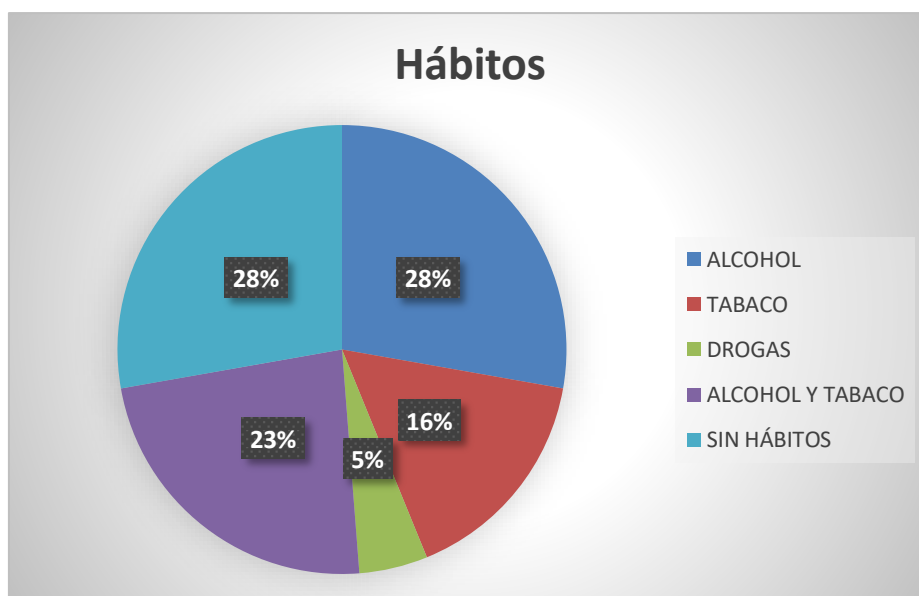
con mayor frecuencia el uso de AINES de manera indiscriminada con un porcentaje de 25%. Mientras que el uso de anticoagulantes tuvo un porcentaje de 14% y el uso de antiagregantes plaquetarios tuvo menor frecuencia con 7%, mientras el 54% fue de pacientes que no usaban algún tipo de fármacos dañinos para la mucosa digestiva.

TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN HÁBITOS DE CONSUMO CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERÍODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

HÁBITOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALCOHOL	45	28%
TABACO	26	16%
DROGAS	8	5%
ALCOHOL Y TABACO	38	23%
SIN HÁBITOS	45	28%
TOTAL	162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 8 HÁBITOS DE CONSUMO EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERÍODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 8

Análisis:

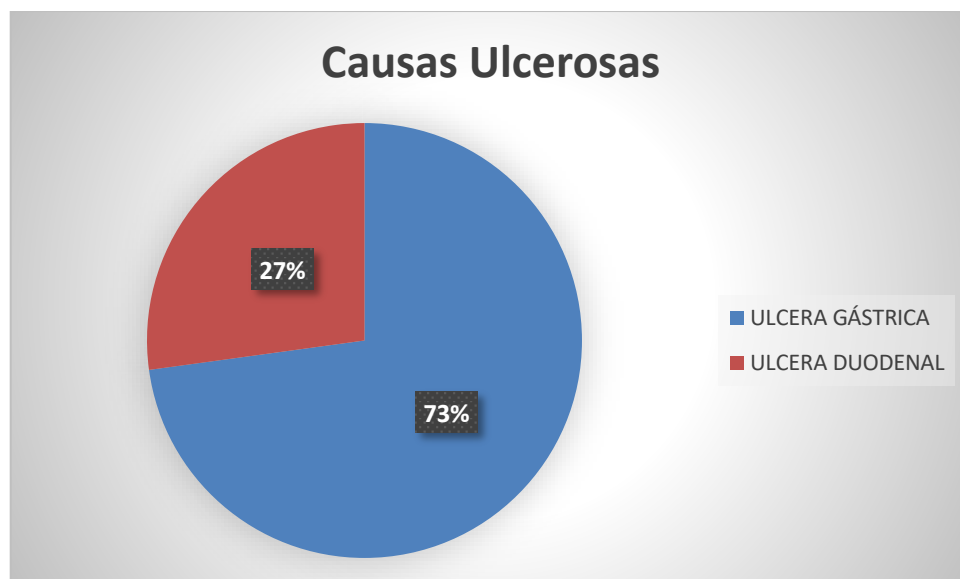
Los malos hábitos están entre los principales factores de riesgo para padecer HDA, según el análisis de los datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta no variceal fue con mayor frecuencia el consumo de alcohol quien se asoció al 28% de casos totales, mientras que el tabaco tiene un porcentaje con un 16%, pacientes con el uso de drogas con un índice de 5%, aquellos que ingieren alcohol y usan tabaco con un 23%, mientras los pacientes que no tienen ningún hábito dañino a la mucosa digestiva ocupa un 28%.

TABLA 9 CAUSAS ULCEROSAS EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERÍODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ULCERA GÁSTRICA	118	73%
ULCERA DUODENAL	44	27%
TOTAL	162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 9 CAUSAS ULCEROSAS EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERÍODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 9

Análisis:

De la población estudiada del Hospital Teodoro Maldonado Carbo el 73% presente hemorragia digestiva a causa de úlcera gástrica, y en menor porcentaje la úlcera duodenal, con un 27%.

TABLA 10 MANIFESTACIONES CLÍNICAS QUE PREDOMINAN EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SINTOMAS CLINICOS		
DOLOR ABDOMINAL	13	8%
ASTENIA	17	11%
DIAFORESIS	10	6%
SIGNOS CLINICOS		
MELENA	44	27%
HEMATEMESIS	31	19%
PALIDEZ	11	7%
TAQUICARDIA	26	16%
SHOCK	10	6%
TOTAL	162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 10 MANIFESTACIONES CLÍNICAS QUE PREDOMINAN EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO DE ENTRE JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 10

Análisis:

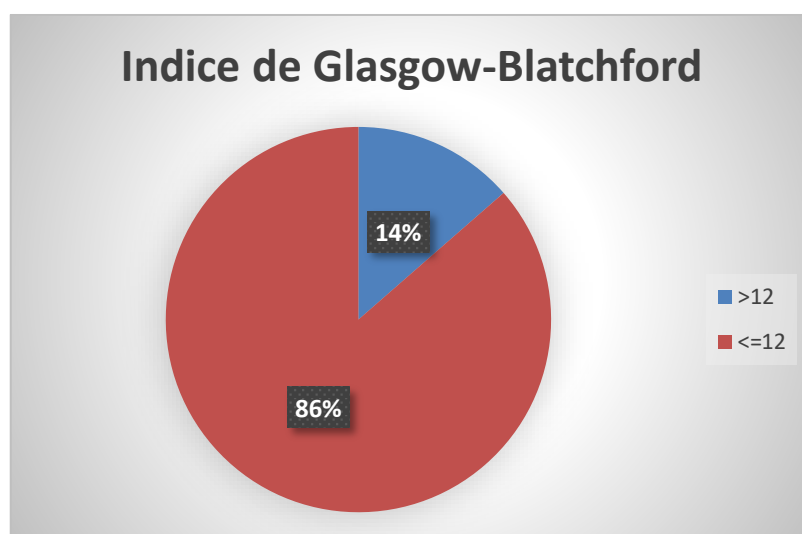
En las manifestaciones clínicas de nuestra población estudiada la astenia fue el principal síntoma referido por los pacientes en el 11%, seguido por dolor abdominal con el 8% y la diaforesis en el 6% de los casos. Entre los signos clínicos, el principal fue la melena con un 27%, seguido de la hematemesis con 19%, la taquicardia con un 16% de los casos, la palidez con el 7% y por último el shock se encontró en el 6%.

TABLA 11 INDICE DE GLASGOW BLATCHFORD ABREVIADO EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

INDICE DE GLASGOW BLATCHFORD ABREVIADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
>12	22	14%
<=12	140	86%
TOTAL	162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 11 INDICE DE GLASGOW BLATCHFORD EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 11

Análisis:

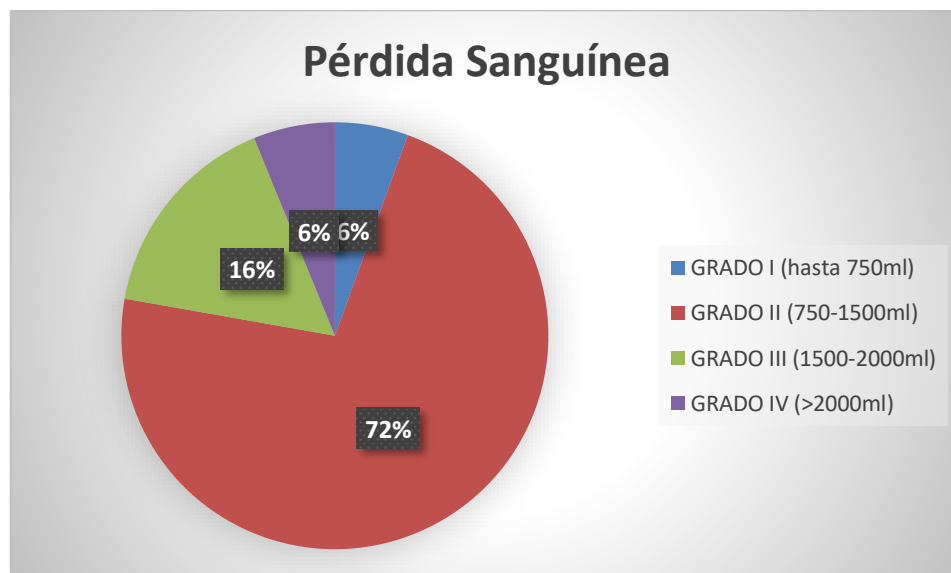
En el Índice GlasgowBlatchford se encontró que de los 162 casos de Hemorragia digestiva alta no variceal el 86% obtuvo una puntuación <12 Mientras que el 14% obtuvo una puntuación ≥12.

TABLA 12 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGUN PÉRDIDA SANGUÍNEA CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

GRADO DE PÉRDIDA SANGUÍNEA	FRECUENCIA	PORCENTAJE%
GRADO I (hasta 750ml)	9	6%
GRADO II (750-1500ml)	117	72%
GRADO III (1500-2000ml)	26	16%
GRADO IV (>2000ml)	10	6%
TOTAL	162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 12 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGUN PÉRDIDA SANGUÍNEA EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 12

Análisis:

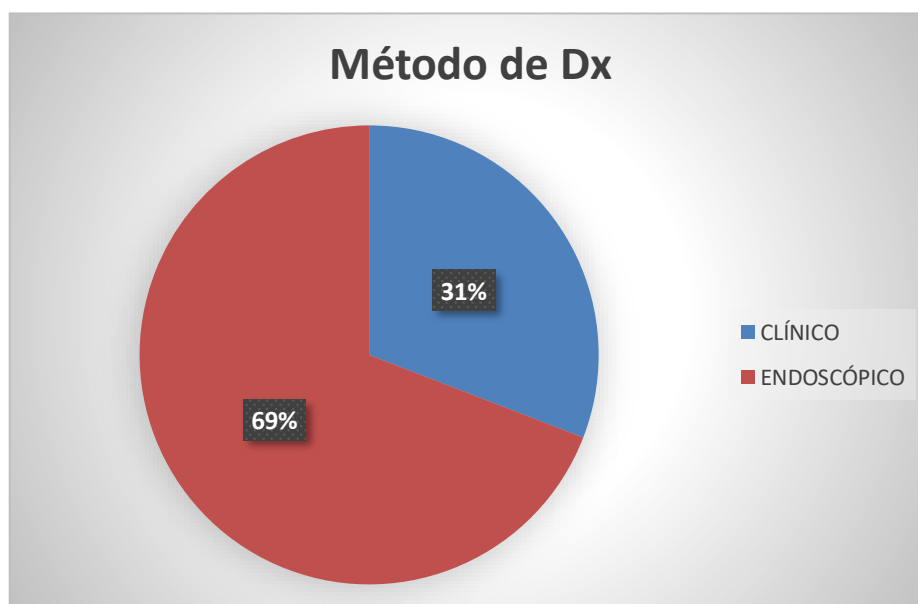
La pérdida sanguínea al ingreso que se pudo observar en el análisis de datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta no variceal fueron con mayor frecuencia de tipo II con un 72%, posterior con un 16% GRADO III, y finalmente GRADO I y IV con un porcentaje de 6% de gravedad en cantidad de sangre perdida.

TABLA 13 MÉTODO DE DIAGNÓSTICO MÁS APLICADO EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

METODO DE DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CLÍNICO	50	31%
ENDOSCÓPICO	112	69%
TOTAL	162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 13 MÉTODO DE DIAGNÓSTICO MÁS UTILIZADO EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 13

Análisis:

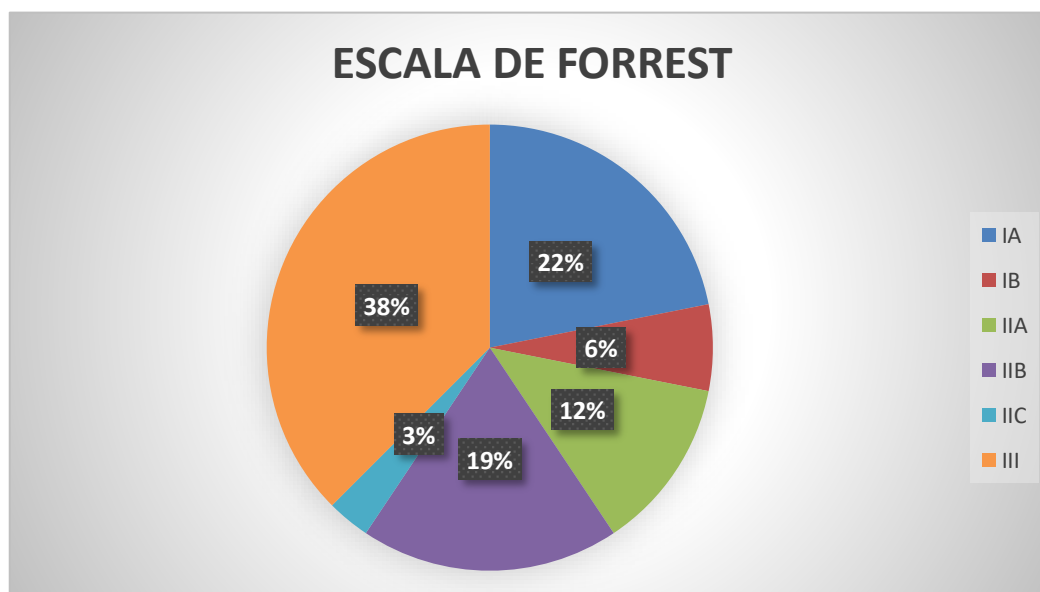
El método de diagnóstico más utilizado en el análisis de los datos del Teodoro Maldonado Carbo de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta fueron con mayor frecuencia el Endoscópico con un 69% de los casos y clínico con un 31%.

TABLA 14 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL POR ULCERA PÉPTICA, EN RELACIÓN A LA ESCALA DE FORREST, EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIÓDO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

ULCERA PEPTICA					
ESCALA FORREST	DE	ULCERA GASTRICA	ULCERA DUODENAL	TOTAL	
		N	N	N	%
IA		7	1	8	22%
IB		2	0	2	6%
IIA		4	1	5	12%
IIB		6	1	6	19%
IIC		1	0	1	3%
III		12	7	20	38%
TOTAL		32	10	42	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 14 MÉTODO DE DIAGNÓSTICO MÁS UTILIZADO EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 14

Análisis:

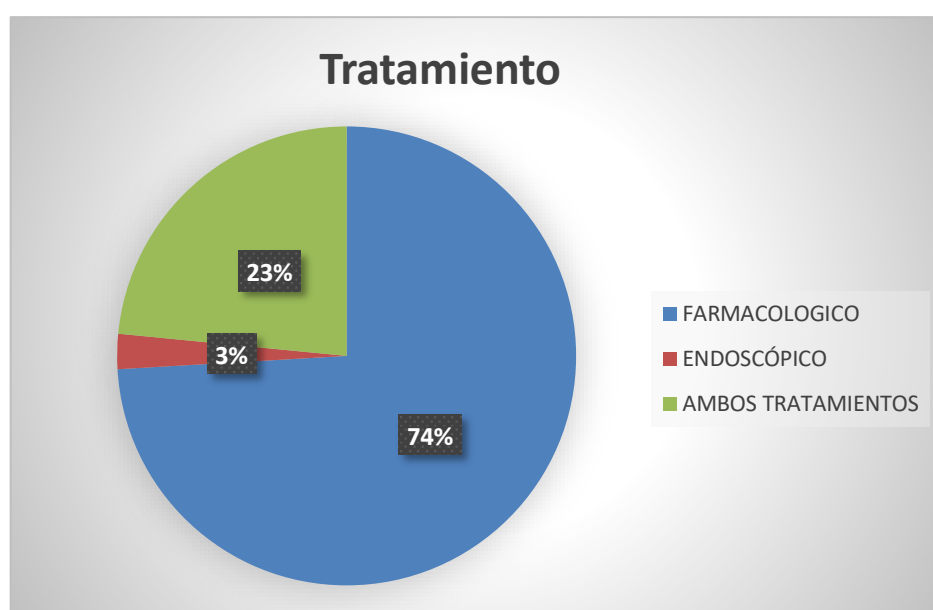
De los 162 casos de diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal De acuerdo a la clasificación de Forrest, por ulcera péptica el 38% correspondió grado III, mientras que el 22% al IA, con un porcentaje de 19% el IIIB seguido del tipo IIA con un 12%, el IB con un 6%. y finalmente el II C en el 3% de los casos.

TABLA 15 TRATAMIENTO MÁS APLICADO EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIÓDO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FARMACOLOGICO	120	74%
ENDOSCÓPICO	4	3%
AMBOS TRATAMIENTOS	38	23%
TOTAL	162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 15 TRATAMIENTO MÁS APLICADO EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL



HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERÍODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

FUENTE: Adaptado de la tabla N° 15

Análisis:

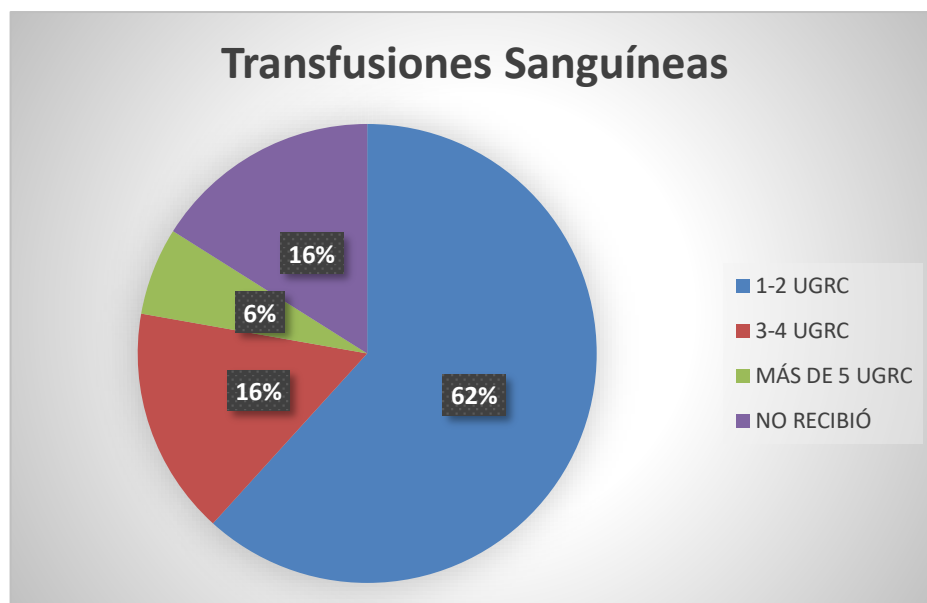
El tratamiento más aplicado en el análisis de los datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta no variceal fueron con mayor frecuencia el Farmacológico con un 74% y el tratamiento Endoscópico con un bajo porcentaje de 3% y porcentaje de pacientes que recibieron tanto tratamiento endoscópico como farmacológico con un 23%.

TABLA 16 TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS APLICADAS COMO PARTE DEL MANEJO TERAPEUTICO EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

TRANSFUSIONES SANGUINEAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-2 UGRG	100	62%
3-4 UGRG	26	16%
MÁS DE 5 UGRG	10	6%
NO RECIBIÓ	26	16%
TOTAL	162	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 16 TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS APLICADAS COMO PARTE DEL MANEJO TERAPEUTICO EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 16

Análisis:

De la población estudiada con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta no variceal fueron con mayor frecuencia de 1-2 transfusiones sanguíneas con un 62%, de 3 a 4 transfusiones sanguíneas con un 16%, más de 5 transfusiones sanguíneas con un porcentaje mínimo de 6% y de los pacientes que no recibieron transfusiones sanguíneas con un 16%.

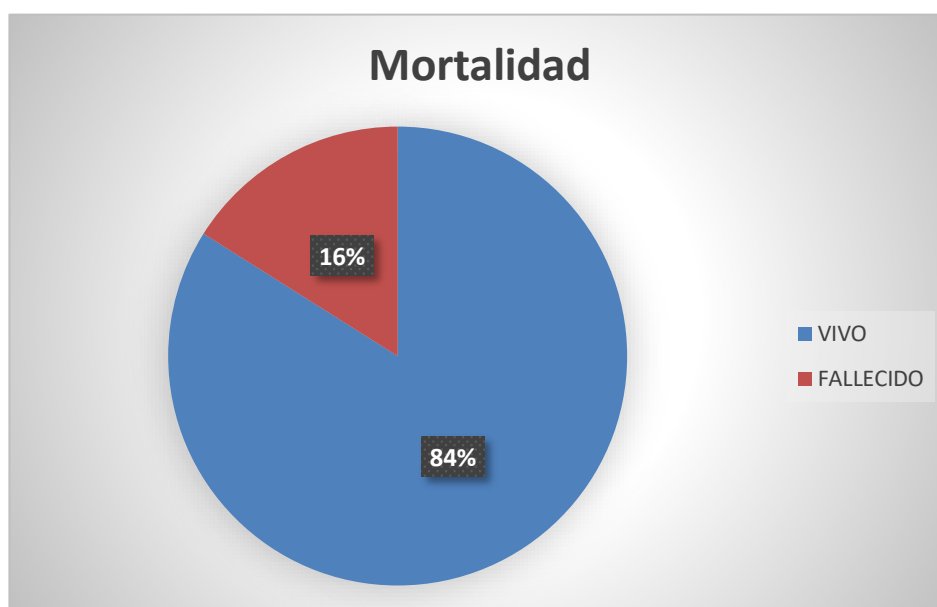
TABLA 17 MORTALIDAD EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERÍODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

MORTALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VIVO	136	84%
FALLECIDO	26	16%
TOTAL	162	100%

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIRECTA	15	58%
INDIRECTA	11	42%
TOTAL	26	100%
SEGÚN SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	5	19%
MASCULINO	21	81%
TOTAL	26	100%

FUENTE: Historias clínicas.

GRÁFICO 17 MORTALIDAD EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.

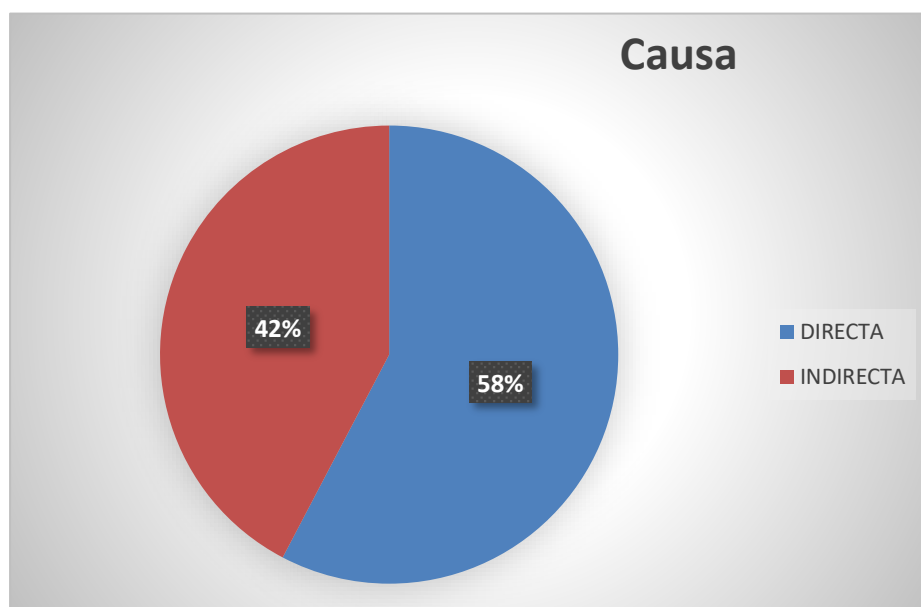


FUENTE: Adaptado de la tabla N° 17

Análisis:

En el análisis de los datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo el número de casos que fallecieron con hemorragia digestiva alta no variceal fueron 26 que representan el 16% y el índice de pacientes vivos egresados con HDA es 84% indicando el descenso de muertes por esta patología.

GRÁFICO 18 MORTALIDAD DE CAUSA DIRECTA O INDIRECTA EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020

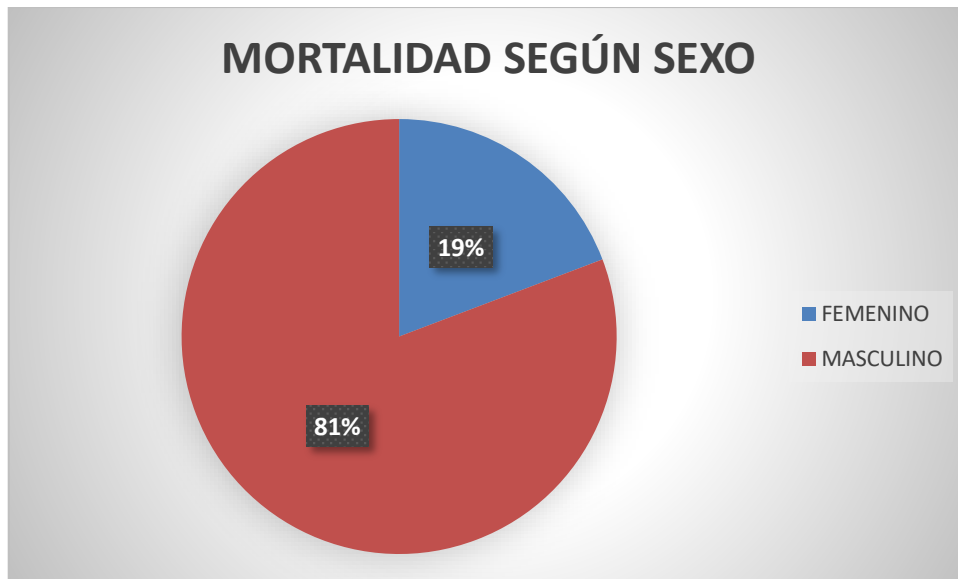


FUENTE: Adaptado de la tabla N° 17

Análisis:

En el análisis de los datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo el número de casos que fallecieron con hemorragia digestiva alta no variceal siendo la causa de mortalidad directa, ocupa el 58%, mientras que la mortalidad de manera indirecta ocupa el 42% de fallecidos.

GRÁFICO 19 MORTALIDAD SEGÚN SEXO EN LOS PACIENTES ADULTOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2020.



FUENTE: Adaptado de la tabla N° 17

Análisis:

En el análisis de los datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo el número de casos de fallecidos con hemorragia digestiva alta no variceal predomina el sexo masculino con 81%, a comparación del sexo femenino que obtuvo un 19% habiendo una notable diferencia que se ve acompañada de la literatura donde el sexo masculino es el más afectado.

DISCUSIÓN:

De los datos recolectados de las personas que fueron atendidas en el HETMC y que se comparó con los resultados obtenidos del Hospital Clínico Universidad de Chile estudio de Carolina Pinto et al., se diferenció que su rango etario de pérdida sanguínea del aparato digestivo alto corresponde entre 48.5-76 años y en nuestro estudio como la muestra correspondía a pacientes entre 35-55 años predominó las edades osciladas entre 35-40 años, de igual manera en este mismo estudio se hizo la comparación con el sexo biológico predominante que fue el masculino con el 63.9% y en nuestra muestra también fue mayoría con 78%.

Entre las causas más comunes de ingreso por HDANV que fueron evaluados en este estudio el que más predominó fue hábitos y estilo de vida (alcohol, tabaco, drogas y uso combinado de alcohol y tabaco) con una suma total del 72%, del cual el de mayor prevalencia fue el alcohol solo con un 28%, hecho que fue comparado con el estudio realizado en España por Ángeles Pérez Aisa et al., que encuentra un 20.6% pero de uso de tabaco.

Entre las manifestaciones clínicas que encontramos la que predomina es la melena con un 27%, estudio que fue contrastado de V. Herrera et al., de Ecuador con predominio de hematemesis con un 82%.

Las comorbilidades que en su mayoría fueron encontradas en nuestro estudio fueron en primer y segundo lugar respectivamente HTA con 22 % e IRC con 18%, estudio comparado de la Universidad de Granada, España por Rita Jiménez que dio como resultados HTA con un 37.9% y Cirrosis Hepática con un 26.9%, ambas teniendo en primer lugar la comorbilidad más común la HTA.

La tasa de mortalidad en nuestro estudio fue de 16%, la que también fue comparada con el estudio de Wilfredo E. et al de Cuba que alcanzó un 12.19%, teniendo en cuenta las diferencias de muestras de los estudios, 162 en la nuestra y 394 en el estudio comparativo.

CAPÍTULO V

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- La HDA no variceal de acuerdo a los resultados de nuestra investigación concluimos que la causa más frecuente de HDA es la ulcera gástrica, seguida de ulcera duodenal.
- El alcohol y la ingesta excesiva de AINES sin receta médica forma parte de los malos hábitos más comunes en nuestro estudio.
- El sexo predominante en nuestra investigación fue el masculino, con una gran diferencia al sexo femenino.
- Según los textos médicos la edad con mayor prevalencia de HDA son el adulto mayor con un rango de edad de 50 a 60 años, sin embargo, se identificó un alto índice en pacientes jóvenes de 35 a 40 años.
- En las manifestaciones clínicas el síntoma que predomina es la astenia, con un bajo porcentaje la diaforesis y el signo clínico más común la melena seguido de la hematemesis.
- El método de diagnóstico más aplicado en los servicios de urgencias fue la endoscopia.
- El tratamiento con mayor confianza de efectividad fue el farmacológico, seguido de la endoscopia.
- A pesar de tener un bajo porcentaje en mortalidad, es un gran problema de salud muy común en nuestra sociedad, por lo que un rápido diagnóstico del mismo, nos ayudaría a reducir más la tasa mencionada.

Recomendaciones:

- Basándonos en los datos recolectados de las historias clínicas de los pacientes se recomienda realizar un protocolo actualizado, de esta manera se hace un manejo eficiente y rápido disminuye el riesgo de recidiva y la tasa de mortalidad.
- Pacientes con antecedentes de HDA y con patología de base, mantener un control y seguimiento de la misma.
- Implementar campañas de prevención para reducir el consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos sin control médico y así evitar la aparición de úlceras gastrointestinales.
- Capacitar a los médicos residentes de las áreas de ER para realizar un diagnóstico oportuno de la HDA y de esta manera se reduce los gastos por la estadía hospitalaria

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

1. Cobiellas-Rodríguez R, López-Milián C, López-Morales N. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta. Rev. electron. Zoilo [Internet]. 2018 [citado 17 Ago 2020];43(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1290>
2. Pérez CMM. Hemorragia digestiva alta no varicosa revisión bibliográfica. Rev Med Cos Cen. 2016;73(620):479-483. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163k.pdf>
3. González SG. Aplicación del método clínico para el diagnóstico de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. Rev Cubana Med Gen Integr. 2016;32(2):258-267. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2016/cmi162m.pdf>
4. Jesús Agustín Penedo Arrugueta | José Carlos Villa Poza | María Mir Montero. Hemorragia Digestiva Aguda. En: Carlos Bibiano Guillén, editor jefe. Manual de Urgencias. 3ra Edición. Madrid. Grupo Saned. 2018. p. 484 – 491 Disponible en: https://www.urgenciasyemergen.com/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/10/Manual-de-urgencias-3ed-Bibiano.pdf
5. Kim MS, Moon HS, Kwon IS, et al. Validation of a new risk score system for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. BMC Gastroenterol. 2020;20(1):193. Published 2020 Jun 17. doi:10.1186/s12876-020-01346-4.
6. Olga Magdalena Moreira Barinaga et al. Conocimientos vigentes en torno a la hemorragia digestiva alta varicosa. Revista Cubana de Medicina Militar. [Internet]. 2018;47(3). 15 ago. 2020 Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

7. Dra. Alejandra Liz Ures. Dr. Diego La piedra Easton. Hemorragia Digestiva Alta. Clin Quir Fac Med Udelar.. 2018; p. 1-7 Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Hemorragia_digestiva_alta_CQFM.pdf
8. Pilar García-Iglesias et al. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastroenterol Hepatol. 2017;40(5):363---374. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.11.009>
9. R Rodríguez Ro11iero y J. J. Cota Medina. Hematemesis, melenas. En: José Javier Cota Medina, coordinador. Medicina de Urgencias – Fundamentos y enfoque práctico. 1ra Edición revisada. Madrid. Panamericana. 2019. p. 530 – 535.
10. Juan Miguel Abdo Francis, Juan Francisco Rivera Ramos. HEMORRAGIAS GASTROINTESTINALES. En: Dr. José Luis Morales Saavedra. Gastroenterología y Hepatología – Objetivos y su desarrollo. 2da Edición. Ciudad de México, México. El Manual Moderno, S.A. de C.V. 2017 p. 701-712.
11. Alberto Espino Espino et al. Manual de gastroenterología clínica. En: Dr. Arnoldo Riquelme, Editor. 2da Edición. Santiago de Chile. Pontificia Universidad Catolica de Chile. 2015. p. 124-134.
12. Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondan A, Zafra-Tanaka JH, Arcana-López E, Cervera-Caballero L, Contreras-Turin J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el seguro social del Perú (EsSalud). Rev Gastroenterol Peru. 2018;38(1):89-102.
13. Gralnek Ian M et al. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: ESGE Guideline Endoscopy 2015; 47: a1 –a46 DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1393172>
14. Matthew Kurien and Alan J Lobo. Acute upper gastrointestinal bleeding. [Clin Med \(Lond\)](#). 2015 Oct 5; 15(5): 481–485.. doi: [10.7861/clinmedicine.15-5-481](https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-5-481)
15. Amrit K. Kamboj, MD; Patrick Hoversten, MD; and Cadman L. Leggett, MD. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. Mayo Clin Proc. April 2019;94(4):697-703. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.022>
16. Dra C. Mirtha Infante Velázquez, Dr. Raciél Roselló Ortega. Escala de Blatchford modificada en la hemorragia digestiva alta no varicosa. Scielo. 2015;

44(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200006

17. Cevallos Guamancela A. Cisneros Salinas V. Características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas en Pacientes con hemorragia digestiva alta. Cuenca: Proyecto de investigación previa a la Obtención del Título de Médico, Universidad de Cuenca; 2018. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29762/1/Proyecto%20de%20Investigacion.pdf>
18. Amol Agarwal, Petros Benias. Sutura endoscópica para el manejo del sangrado gastrointestinal superior relacionado con la úlcera péptica: una experiencia preliminar. NCBI. 2018; 6(12): E1439-E1444. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6288763/>
19. Ángeles Pérez, Javier Nuevo. Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España.: Elsevier.35(7): 468-475. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-situacion-actual-del-manejo-hemorragia-S021057051200088X>
20. José Carlos del Cid Morales. Incidencia de Hemorragia Digestiva alta en adultos. Maestría en Ciencias Médicas. Guatemala: Universidad de san carlos de Guatemala; 2018.
21. Dr. Valentín Catón, Dra. Cristina Fernández Ingreso de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta (HDA) en la UCE. Rioja Salud. 2005.Disponible en:
<https://www.riojasalud.es/profesionales/urgencias/protocolos-de-urgencias/ingreso-de-pacientes-con-hemorragia-digestiva-alta-hda-en-la-uce#:~:text=Las%20causas%20m%C3%A1s%20frecuentes%20de,la%20secreci%C3%B3n%20%C3%A1cida%20del%20est%C3%B3mago.>
22. Wilfredo E., René Borges. Valor de la Escala de Rockall en la predicción de la mortalidad de Hemorragia digestiva alta. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2018. 17(5) Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2018/hcm185h.pdf>
23. V. Herrera et al. Caracterización hemorragia digestiva alta en el Hospital IESS Ceibos. Editorial Académica Española (13.09.2019); 1-76.

24. Wang Y, Guo J, Rao Y, Xiao GR, Zhao X; Quality Evaluation of the Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding Guidelines/Consensuses via AGREE II Tools. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2019; 29(10):977-985.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31564274/>
25. Holzwanger, Erik Aron; Mahmoud, Mohamed; Wassef, Wahid. Avances en el tratamiento de la hemorragia digestiva alta no variceal, *Rev. Opinión actual en gastroenterología*. 2018; 34(6):436-443.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30299288/>
26. Marcos Prieto, H. M, Geijo Martínez. Hemorragia Digestiva Alta no varicosa. En: Dr. Jorge García editor de Manual Terapéutico. España: Ediciones Universidad de Salamanca; 2019.p. 357-360. Disponible en:
<https://books.google.com.ec/books?id=78SaDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=libros+de+hemorragia+digestiva+gratis&hl=es&sa=X&ved=2ahUKewifvZrR4bnrAhWqtIkKHcq6A9w4FBD0ATAFegQIBhAC#v=onepage&q&f=false>
27. S. Awadalla, M. S., Desimone, M., & Wassef, W. Updates on management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Current opinion in gastroenterology*. 2019; 35(6), 517–523. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31592967/>
28. Tielleman, T., Bujanda, D. y Cryer, B. Epidemiología y factores de riesgo de hemorragia gastrointestinal superior. *Clínicas de endoscopia gastrointestinal de Norteamérica*. 2015; 25 (3):415–428. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26142028/>
29. Nable, JV y Graham, AC (2016). Hemorragia gastrointestinal. *Clínicas de medicina de emergencia de América del Norte*, 34 (2), 309–325. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27133246/>
30. NIDDK. gastrointestinal bleeding. U.S. Department of Health and Human Services [cited 2016 Jul] Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/sangrado-gastrointestinal/definicion-y-hechos>
31. Scott Moses. Sangrado gastrointestinal superior. *FPnotebook*: consultado [3 Ene 2020]. Disponible en:
<https://fpnotebook.com/GI/Sx/UprGstrntstnlBldng.htm>

32. Alan N. Barkun, MD; Majid Almadi, MD; Ernst J. Kuipers. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Ann Intern Med.2019;171:805-818.
Disponible en: <https://www.cag-acg.org/images/publications/CAG-CPG-Nonvariceal-UGIB-Annals-Dec2019.pdf>
33. Rita Adoración J. Mortalidad intrahospitalaria y diferida en Hemorragia Digestiva Alta. Análisis de factores pronósticos en una serie prospectiva. España: Universidad de Granada; 2018. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/54979/29157900.pdf?sequence=4>
34. Parswa Ansari. Generalidades sobre la hemorragia digestiva. MD. Manual MSD. EEUU. [Feb 2018].
Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-gastrointestinales/hemorragia-digestiva/generalidades-sobre-la-hemorragia-digestiva>
35. Karstensen John Gásdal et al. Nonvariceal upper gastrointestinal ... Endoscopy International Open 2018; 06: E1256–E1263. Disponible en: https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2018_a_0677_2084.pdf
36. Cristhian Macas; María Naranjo. Utilidad diagnóstica y terapéutica de la videoendoscopia digestiva alta. Reciamuc;3(2), abril, ISSN: 2588-0748, 2018:280-295. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/339/440>
37. Adrian J Stanley, Loren Laine. Manejo de hemorragia digestiva alta aguda. BMJ 2019; 364 : l536. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l536>
38. Rebeca Winograd, Mirtha Infante. Escalas de predicción en el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. Revista Cubana de Medicina Militar. 2015;44(1):73-85. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v44n1/mil09115.pdf>
39. Cai, J. X., & Saltzman, J. R. Initial Assessment, Risk Stratification, and Early Management of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage.

- Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America.2018; 28(3): 261–275.
 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29933774/>
40. Joaquín Chuecas, Tomas Torres, Guillermo Cabezas. Hemorragia digestiva alta. ARS MEDICA. 2019; 44(3):24-34. Disponible en: [file:///C:/Users/59399/Downloads/1356-.Documento%20principal%20\(texto\)-6071-2-10-20191001.pdf](file:///C:/Users/59399/Downloads/1356-.Documento%20principal%20(texto)-6071-2-10-20191001.pdf)
 41. Jonnathan González. Sangrado digestivo alto no variceal. Revista Médica de C.R. 2015; (614) 141-148. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151za.pdf>
 42. Diego Berardi¹, Matías Paulero. Hemorragia digestiva alta no variceal. Rev. Caminos críticos. Hospital Británico de Buenos Aires, CABA, Argentina. Disponible en: <file:///C:/Users/59399/Downloads/HDA no variceal Fronteras PDF.pdf>
 43. J. Schmitz, AJ. Zarate. Hemorragia digestiva alta. Universidad Finis Terrae, 2018. Disponible en: <https://www.medfinis.cl/img/manuales/HDA-2.pdf>
 44. Carolina Pinto, Pía Parra. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario. Scielo. 2020; 148(3). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n3/0717-6163-rmc-148-03-0288.pdf>
 45. Calixto Duarte-Chang¹, Susan Beitia. Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, con alto y bajo riesgo de complicaciones atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomas. Scielo 2019; 39(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000200002#:~:text=Introducci%C3%B3n%3A%20La%20escala%20de%20Glasgow,y%20en%20el%20coste%20global.
 46. María Teresa Betés. Hemorragia Digestiva. Clínica. Universidad de Navarra. 2019. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hemorragia-digestiva>
 47. EL CONGRESO NACIONAL. LEY ORGANICA DE SALUD. Ley 67. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. Última modificación: 18-dic.-2015. Estado: Reformado.

ANEXOS

FIGURA 1. Causas de HDA.

CATEGORIAS	ETIOLOGIAS	FRECUENCIA DENTRO DE TODAS LAS HDA
ulcerosa	Infecciosa (H.P, CMV, HSV) Inducida por Drogas (AINES, AAS) Inducida por estrés Síndrome de Zollinger Ellison idiopática	30 – 70%
Erosivo / inflamatoria (esofagitis, gastritis, duodenitis)	Péptica inducida por fármacos (alendronato, tetraciclinas, AAS, AINES) infecciosa (cándida albicans, CMV, HSV)	Esofagitis: 1 – 17% Gastritis: 16% Duodenitis: 9%
Dependientes de hipertensión portal.	Varices esofágicas varices gástricas varices duodenales gastropatía portal hipertensiva	Varices: 8 – 14% Gastropatía portal hipertensiva: 4%
	Lesión de Dieulafoy	En general: 5%

Malformaciones vasculares	Ectasia vascular gástrica antral Angiomas idiopáticos Telangiectasia hemorrágica hereditaria (Síndrome de RenduOsler-Weber) angiodisplasia	Lesión de Dieulafoy 0,6 – 4,5% Ectasia vascular gástrica antral: 0 – 6% Síndrome de RenduOsler-Weber: 0,9%
Tumores	Benignos: leiomiomas, pólipos. Malignos: adenocarcinoma, carcinoide, metástasis	2 – 8%
Traumatica / postquirurgica	Syndrome de Mallory Weiss Ingesta de cuerpo extraño Post polipectomia gastroduodenal Fistula aorto-enterica	Syndrome de Mallory Weiss: 3 – 17 %
Origen de sangrado no identificado		5 – 14%

Fuente (44).

FIGURA 2. Clasificación de hemorragia.

	GRADO I leve	GRADO II moderada	GRADO III grave	GRADO IV masiva
Sangrado (ml)	<500 cc	750 – 1250 cc	1250 – 1750 cc	>1750 cc
Sangrado (%)	<15%	15 – 25%	25 – 30%	>35%
FC (lpm)	<100	>100	>120	>140
tensión arterial	normal	disminuida	disminuida	disminuida
relleno capilar	normal	lento	lento	ausente
FR (rpm)	14 - 20	20 - 30	30 - 40	>35
diuresis (ml/h)	>30	20 - 30	5 - 15	oliguria franca
estado mental	normal	ansioso	confusión	Letargia
Reemplazo de líquidos	cristaloides	cristaloides	Cristaloides + sangre	Cristaloides + sangre

Fuente (23).

FIGURA 3. Risk stratification score: Glasgow-Blatchford Score.

MARCADORES DE RIESGO A LA ADMISIÓN	VALOR DE ESCALA
Urea plasmática (mg/dl)	
38 - 47	2
47 - 58	3
58 - 147	4
147	6
Hemoglobina (gl/dl) varones	
1 – 13	1
10 – 12	3
10	6
Hemoglobina (gl/dl) mujeres	
10 – 12	1
10	6
Tensión arterial sistólica (mmHg)	
100-109	1
90-99	2
90	3
Otros marcadores	
Pulso – 100 lpm	1
Presentación con melenas	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática previa	2
Fallo cardíaco	2

Fuente (38).

FIGURA 4. Clasificación de Forrest

	TIPO	DESCRIPCIÓN
HEMORRAGIA AGUDA	IA	Chorro activo
	IB	Exudación activa
SIGNOS DE HEMORRAGIA RECIENTE	IIA	Vaso visible (sin sangrado)
	IIB	Coagulo adherido
	IIC	Hematina pigmentada plana en la base de la úlcera
LESIONES SIN SANGRADO ACTIVO	III	Úlcera de base limpia (sin estigma)

Fuente (22).

FIGURA 5. Clasificación de Rockall

PARAMETROS	PUNTOS
EDAD +80 años 60 – 79 años -60 años	 2 1 0
SHOCK: PAS – 100 mmHg O PULSO +100 mto PAS + 100 mmHg O PULSO +100 mto PAS +100 mmHg O PULSO -100 mto	 2 1 0
COMORBILIDAD: IRC, Insuf. Hepática, malignidad ICC, EAC, otras comorbilidades mayores Ausencia de comorbilidad mayor	 3 2 0
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO: Cáncer gastrointestinal alto Restos de diagnósticos Ausencia de lesión o EESR, Mallory Weiss	 2 1 0
SIGNOS DE SANGRADO RECIENTE: Sangrado activo o reciente Base negra o ausente de EESR	 2 0

Fuente: (39)

FIGURA 6. Algoritmo para la guía endoscópica de individuos con pérdida sanguínea del aparato digestivo alto no variceal (NVUGIH) secundaria a úlcera péptica, estratificada por estigmas endoscópicos. Fuente: (15)

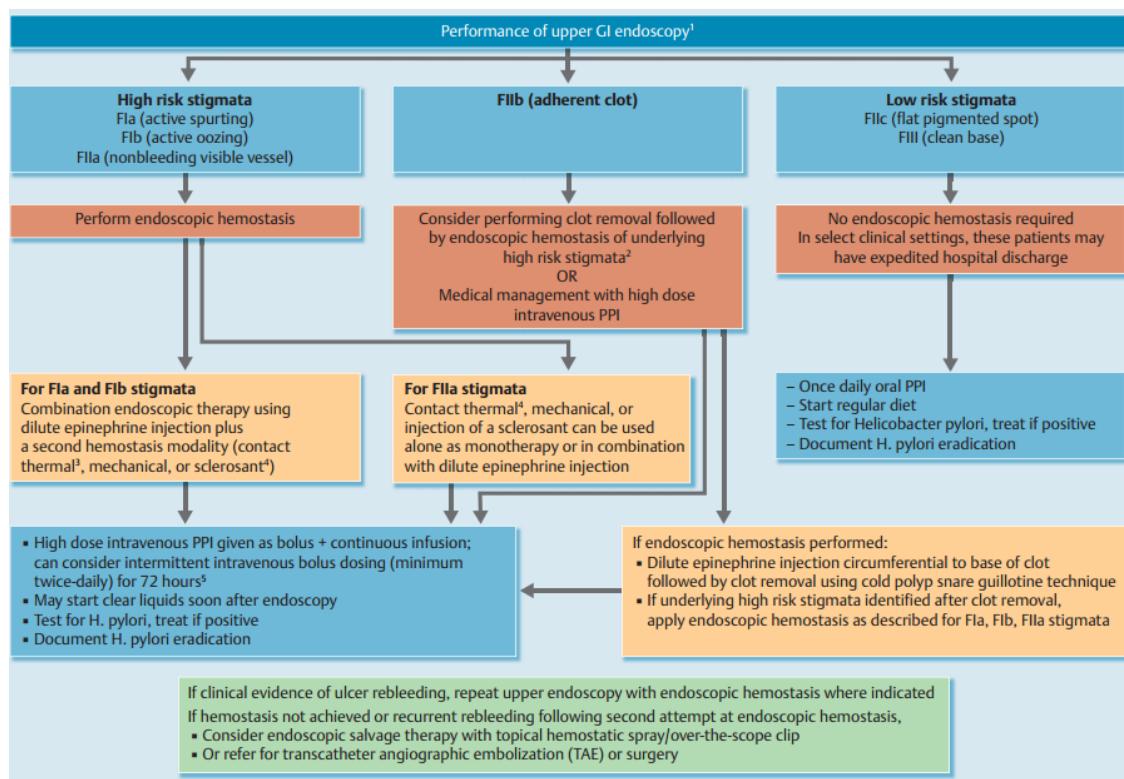


Fig. 6 Algorithm for the endoscopic management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH) secondary to peptic ulcer, stratified by endoscopic stigmata: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. GI, gastrointestinal; PPI, proton pump inhibitor.

1 Use of a large single-channel or double-channel therapeutic upper GI endoscope is recommended.

2 The benefit of endoscopic hemostasis may be greater in patients at higher risk for rebleeding, e.g., older age, co-morbidities, in-hospital UGIH.

3 Large size or 10-Fr probe recommended.

4 Absolute alcohol, polidocanol, or ethanolamine injected in limited volumes.

5 High dose oral PPI may be an option in those able to tolerate oral medications.

3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. HETMC, JUNIO 2018-JUNIO 2020																		
PERIODO: JUNIO 2018-JUNIO 2020																		
ACTIVIDADES	JUNIO			JULIO				AGOSTO		SEPTIEMBRE				OCTUBRE				
1. ELECCIÓN DEL TEMA.																		
2. ELECCIÓN PROPIA DE TUTOR.																		
3. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL TEMA.																		
4. PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE TEMA EN ÁREA DE TITULACIÓN EN UNIVERSIDAD.																		
5. PRESENTACIÓN DE TEMA Y SOLICITUD DE BASE DE DATOS EN HOSPITAL TMC.																		
6. REVISIÓN DE INFORMACIÓN INVESTIGADA CON TUTOR																		
7. RECEPCIÓN DE BASE DE DATOS POR HOSPITAL TMC.																		
8. ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN Y VISUALIZACIÓN DE DESARROLLO DE PROTOTIPO DE TESIS																		
9. FORMULACIÓN DE PROPUESTA DE TESIS PARA TITULACION																		
10. ENTREGA DE PROPUESTA DE TESIS EN AREA DE TITULACION.																		

