



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

**CARACTERIZACIÓN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL  
HOSPITAL DEL IESS CEIBOS**

**AUTORES: VALERIA JOSEFINA HERRERA ILLESCAS**

**JORGE ANDRES ALTAMIRANO MERA**

**TUTOR: DR. WILSON ENRIQUE BARBERAN VELIZ**

**GUAYAQUIL, SEPTIEMBRE 2018**



Universidad de Guayaquil

II

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



**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y  
TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE  
GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	CARACTERIZACION HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL DEL IESS CEIBOS	
<b>AUTORES:</b>	Valeria Josefina Herrera Illescas Jorge Andres Altamirano Mera	
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Tutor: Dr. Wilson Enrique Barberan Veliz Revisor: Dr. Edward Javier Ballester Romero	
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad de Guayaquil	
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Ciencias Médicas	
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Médico	
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	74
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Hemorragia digestiva alta, mortalidad, complicaciones	
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>El objetivo del estudio fue Caracterizar la hemorragia digestiva alta en los pacientes de un hospital de Guayaquil. Es un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo y transversal, que incluyó a 172 pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo del 1 de junio del 2017 al 31 de mayo del 2018. Se utilizaron medidas de tendencia central y chi cuadrado para establecer la asociación entre variables y el análisis estadístico fue realizado en programa SPSS versión 21. Del total de pacientes del estudio (172), el 49% (85) correspondió al grupo etario de &gt; 60 años edad. El promedio de edad fue de 47,1 con un rango entre los 15 y 85 años. El sexo masculino (73%) fue el predominante. Las etiologías más frecuente de HDA fue la úlcera gástrica (41%) y la gastritis erosiva (24%) y la forma de presentación más común fue la hematemesis con el 91% (156). El 55% (94) presentó factores de riesgo, siendo los más importantes la edad &gt; 60 años (49%) y el consumo de alcohol (28%). La tasa de mortalidad fue del 4%. Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de complicaciones con la presencia de factores de riesgo (<math>p = 0,0001</math>). Además, que la presencia de factores asociados aumenta 7 veces el riesgo de desarrollar complicaciones en relación al grupo que no los posee (OR: 7,184).</p>	
<b>ADJUNTO PDF:</b>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0996218711 0983387245	<b>E-mail:</b> herrerav090@gmail.com, jorgealtamirano434@gmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Médicas <b>Teléfono:</b> 0422390311 <b>E-mail:</b> <a href="http://www.ug.edu.ec">http://www.ug.edu.ec</a>	



Universidad de Guayaquil

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

---

Guayaquil, 7 de septiembre del 2018

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR**

Habiendo sido nombrado **EDWARD JAVIER BALLESTER ROMERO**, tutor revisor del trabajo de titulación **CARACTERIZACIÓN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL DEL IESS CEIBOS**, certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **VALERIA JOSEFINA HERRERA ILLESCAS**, con C.I. No. 0926221706 y **JORGE ANDRES ALTAMIRANO MERA**, con C.I. No. 0923732515, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO, en la Carrera/Facultad, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

---

**DR. EDWARD JAVIER BALLESTER ROMERO**  
**CI. 0915275028**



Universidad de Guayaquil

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

---

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

Yo, **VALERIA JOSEFINA HERRERA ILLESCAS** con C.I. No. **0926221706** y **JORGE ANDRES ALTAMIRANO MERA** con C.I. No. **0923732515** certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es “**CARACTERIZACIÓN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL DEL IESS CEIBOS**” son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN\*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

---

**VALERIA JOSEFINA HERRERA ILLESCAS**  
C.I. No. 0926221706

---

**JORGE ANDRES ALTAMIRANO MERA**  
C.I. No. 0923732515

\*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.



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

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

## CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **WILSON ENRIQUE BARBERAN VELIZ**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **ALTAMIRANO MERA JORGE ANDRES, C.C.: 0923732515, HERRERA ILLESCAS VALERIA JOSEFINA, C.C 0926221706** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MÉDICO**.

Se informa que el trabajo de titulación: **"CARACTERIZACION HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL DEL IESS CEIBOS"**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio **URKUND** quedando el **2%** de coincidencia.

**URKUND**

Documento: **TESIS-URKUND.docx** (D41004575)

Presentado: 2018-09-27 19:24 (-05:00)

Presentado por: VITERI MORA AURA (auram.viterim@ug.edu.ec)

Recibido: auram.viterim.ug@analysis.orkund.com

2% de estas 20 páginas, se componen de texto presente en 5 fuentes.

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	<a href="http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18947/1/TFESI5%20PS%20HDA.pdf">http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18947/1/TFESI5%20PS%20HDA.pdf</a>
	<a href="#">EDTDO_1.docx</a>
	<a href="http://www.repositorioacademico.usm.edu.pe/bitstream/usmo/1210/1/Raush_er.pdf">http://www.repositorioacademico.usm.edu.pe/bitstream/usmo/1210/1/Raush_er.pdf</a>
	<a href="#">TESIS Hemorragia digestiva alta asociada a AINFS .docx</a>
	<a href="http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNIC/1167/5/ata%20gesej.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=1">http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNIC/1167/5/ata%20gesej.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=1</a>
Fuentes alternativas	
Fuentes no usadas	

**INTRODUCCIÓN** La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una de las formas clínicas más comunes que se observan en las salas de emergencias de todo el mundo cuya morbimortalidad es alta. Actualmente sigue siendo una enfermedad médica común e importante problema, lo que resulta en una morbilidad y mortalidad significativas. Es predominantemente de origen no varicoso y sigue siendo uno de los desafíos más comunes a los que se enfrentan los gastroenterólogos y los endoscopistas en la práctica clínica diaria.

A pesar de los importantes avances en el abordaje de la hemorragia digestiva alta en las últimas 2 décadas, incluida la prevención del sangrado por úlcera péptica, el uso óptimo del tratamiento endoscópico y los inhibidores adyuvantes de la bomba de protones (BBP) en dosis altas, todavía conlleva una morbilidad y mortalidad considerables y la carga económica de la salud es alta.

La Organización Mundial de la Salud en su reporte del año 2015 indica que 1 de cada 10 personas presentan sangrado digestivo por úlcera gastroduodenal y de cada 10 pacientes que consultan por síndrome doloroso abdominal, tiene úlcera de localización gástrica. La mayor prevalencia de úlcera péptica, sean gástricas o duodenales se observa en el grupo etario de 20 a 70 años, con una tendencia aumentada de úlcera gástrica en el grupo de 50-65 años de edad, mientras que la incidencia de complicaciones en este grupo es del 30-al 35%. Se estima que 300.000 a 350.000 admisiones hospitalarias por HDA ocurren anualmente en los Estados Unidos, con un mortalidad global de aproximadamente 7% a 10%. La hemorragia digestiva alta comúnmente se presenta como hematemesis o melena.

El objetivo de la investigación fue caracterizar la hemorragia digestiva alta en los pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el periodo del 2017. Los resultados obtenidos permitieron ubicar a los pacientes en grupos de riesgo, lo cual permitirá generar medidas preventivas para evitar o minimizar el desarrollo de complicaciones clínicas y disminuir la morbimortalidad de la hemorragia digestiva alta. Además se transfirió información actual sobre la enfermedad y los últimos avances sobre el conocimiento su fisiopatología, métodos de diagnóstico y tratamiento, los cuales se describen detalladamente en el marco referencial de esta investigación.

Un estudio realizado en el Hospital Universitario de Dacca, Bangladesh en el 2013 por Hasnath R, analizó un total de

<https://secure.orkund.com/view/40133147-977605-833557>

**WILSON ENRIQUE BARBERAN VELIZ**  
**C.I. 0915323299**



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

---

**CERTIFICADO DEL TUTOR**

**DR. CECIL FLORES  
DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

Ciudad. -

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el informe correspondiente a la tutoría realizada al trabajo de titulación **CARACTERIZACIÓN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL DEL IESS CEIBOS** del estudiante **VALERIA JOSEFINA HERRERA ILLESCAS** y **JORGE ANDRES ALTAMIRANO MERA**, indicando que 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 los estudiantes están aptos para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

---

DR. WILSON ENRIQUE BARBERAN VELIZ

C.I. 0915323299

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, sin importar nuestras diferencias de opiniones, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi padre, a pesar de nuestra distancia, estás conmigo siempre y aunque nos faltan muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento es tan especial para ti como lo es para mí.

Y al equipo que formamos, no habiéramos logrado esta meta, todo este trabajo ha sido posible gracias al esfuerzo, perseverancia y compromiso que asumimos compartiendo buenos y malos momentos.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestros padres: Jorge Altamirano Macías, Betty Mera Manzano; Leonardo Herrera Cabrera, Julia Illescas Zhunio, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes de la Escuela de Medicina de la Universidad Estatal De Guayaquil, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, al Hospital General Del Norte Los Ceibos IESS, por ser parte de nuestro proyecto, quienes han guiado con su paciencia, y su rectitud como docentes por su valioso aporte para nuestra investigación.



## TABLA DE CONTENIDO

REPOSITORIONACIONALENCIENCIAYTECNOLOGÍA .....	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR .....	III
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS.....	IV
CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD .....	V
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	VI
DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO.....	II
TABLA DE CONTENIDO.....	II
ÍNDICE DE TABLAS.....	II
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	V
ÍNDICE DE ANEXOS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT .....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>4</b>
1.EL PROBLEMA .....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	7
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	7

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.5 DELIMITACIÓN.....	9
1.6 VARIABLES.....	9
1.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: .....	9
1.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE:.....	9
1.7 HIPÓTESIS .....	9
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>10</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
2.1 OBJETO DE ESTUDIO .....	10
2.2 CAMPO DE INVESTIGACIÓN .....	24
MARCO LEGAL.....	30
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>37</b>
<b>3. MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>37</b>
METODOLOGÍA.....	37
CHARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	37
UNIVERSO Y MUESTRA.....	37
UNIVERSO.....	37
MUESTRA.....	37
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	38
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	38

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	38
VIABILIDAD .....	38
RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS .....	38
RECURSOS HUMANOS .....	38
RECURSOS FISICOS .....	39
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA .....	39
METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	39
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS .....	39
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>40</b>
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>40</b>
RESULTADOS .....	40
INTERPRETACIÓN: .....	61
DISCUSIÓN .....	64
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>67</b>
<b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>67</b>
CONCLUSIONES .....	67
RECOMENDACIONES .....	68
<b>CAPÍTULO VI .....</b>	<b>69</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>69</b>

## INDICE DE TABLA

Tabla 1. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Grupo por edades.....	40
Tabla 2. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Sexo. ....	41
Tabla 3. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Lugar de residencia. ....	43
Tabla 4. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Lugar de procedencia. ....	44
Tabla 5. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Etiología.....	46

- Tabla 6. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Manifestaciones clínicas..... 48
- Tabla 7. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Gravedad de la HDA..... 49
- Tabla 8. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Factores de riesgo..... 50
- Tabla 9. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de factores de riesgo. .... 51
- Tabla 10. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de comorbilidades crónicas. .... 53
- Tabla 11. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Complicaciones. .... 54

Tabla 12. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de complicaciones. ....	55
Tabla 13. Análisis de asociación entre complicaciones y factores de riesgo...	56
Tabla 14. Análisis de asociación entre complicaciones y factores de riesgo (1).....	58
Tabla 15. Análisis de asociación entre complicaciones y factores de riesgo (2).....	59
Tabla 16. Análisis de asociación entre complicaciones y factores de riesgo (3).....	60
Tabla 17. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Mortalidad.....	62

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

- Ilustración 1. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Grupo por edades..... 40
- Ilustración 2. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Sexo. .... 42
- Ilustración 3. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Lugar de residencia. .... 43
- Ilustración 4. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Lugar de procedencia. .... 45
- Ilustración 5. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Etiología..... 47
- Ilustración 6. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Manifestaciones clínicas..... 48

Ilustración 7. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Gravedad de la HDA.....	49
Ilustración 8. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Factores de riesgo.....	50
Ilustración 9. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de factores de riesgo. ....	52
Ilustración 10. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de comorbilidades crónicas. ....	53
Ilustración 11. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Complicaciones. ....	54
Ilustración 12. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de complicaciones. ....	55



Ilustración 13. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Mortalidad.....	63
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo	
1.	
.....	73
Anexo	
2.	
.....	74
Anexo	
3.	
.....	75



Universidad de Guayaquil

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

---

**“CARACTERIZACIÓN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL  
HOSPITAL IESS CEIBOS”**

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas

Jorge Andrés Altamirano Mera

**Tutor:** DR. WILSON ENRIQUE BARBERAN VELIZ

**RESUMEN**

El objetivo del estudio fue Caracterizar la hemorragia digestiva alta en los pacientes de un hospital de Guayaquil. Es un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo y transversal, que incluyó a 172 pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo del 1 de junio del 2017 al 31 de mayo del 2018. Se utilizaron medidas de tendencia central y chi cuadrado para establecer la asociación entre variables y el análisis estadístico fue realizado en programa SPSS versión 21. Del total de pacientes del estudio (172), el 49% (85) correspondió al grupo etario de > 60 años edad. El promedio de edad fue de 47,1 con un rango entre los 15 y 85 años. El sexo masculino (73%) fue el predominante. Las etiologías más frecuente de HDA fue la úlcera gástrica (41%) y la gastritis erosiva (24%) y la forma de presentación más común fue la hematemesis con el 91% (156). El 55% (94) presentó factores de riesgo, siendo los más

importantes la edad > 60 años (49%) y el consumo de alcohol (28%). La tasa de mortalidad fue del 4%. Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de complicaciones con la presencia de factores de riesgo ( $p = 0,0001$ ). Además, que la presencia de factores asociados aumenta 7 veces el riesgo de desarrollar complicaciones en relación al grupo que no los posee (OR: 7,184).

**Palabras claves:** hemorragia digestiva, factores de riesgo, mortalidad.



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

---

**“CHARACTERIZATION OF HIGH DIGESTIVE HEMORRHAGE IN  
THE IESS CEIBOS HOSPITAL”**

**Name:** Valeria Josefina Herrera Illescas

Jorge Andrés Altamirano Mera

**Tutor:** DR. WILSON ENRIQUE BARBERAN VELIZ

**ABSTRACT**

The objective of the study was to characterize upper digestive hemorrhage in patients of a Guayaquil hospital. This is an observational, analytical, retrospective and cross-sectional study that included 87 patients from the General Hospital of the North of Guayaquil Los Ceibos during the period from June 1 2017 to June 1, 2018. Measures of central tendency and chi square were used to establish the association between variables and the statistical analysis was performed in SPSS program version 21. Of the total study patients (172), 49% (85) corresponded to the age group of > 60 years of age. The average age was 47.1 with a range between 15 and 85 years. The male sex (73%) was the predominant. The most frequent etiologies of UGIB were gastric ulcer (41%) and erosive gastritis (24%) and the most common form of

presentation was hematemesis with 91% (156). 55% (94) presented risk factors, the most important being age > 60 years (49%) and alcohol consumption (28%). The mortality rate was 6%. It is concluded that there is a statistically significant association between the development of complications and the presence of risk factors ( $p = 0.000$ ). Furthermore, the presence of associated factors increases the risk of developing complications 7 times in relation to the group that does not have them (OR: 7,184).

**Key words:** digestive hemorrhage, risk factors, mortality.

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una de las formas clínicas más comunes que se observan en las salas de emergencias de todo el mundo cuya morbimortalidad es alta. Actualmente sigue siendo una enfermedad médica común e importante problema, lo que resulta en una morbilidad y mortalidad significativas. Es predominantemente de origen no varicoso y sigue siendo uno de los desafíos más comunes a los que se enfrentan los gastroenterólogos y los endoscopistas en la práctica clínica diaria (1).

A pesar de los importantes avances en el abordaje de la hemorragia digestiva alta en las últimas 2 décadas, incluida la prevención del sangrado por úlcera péptica, el uso óptimo del tratamiento endoscópico y los inhibidores adyuvantes de la bomba de protones (IBP) en dosis altas, todavía conlleva una morbilidad y mortalidad considerables y la carga económica de la salud es alta (2).

La Organización Mundial de la Salud en su reporte del año 2015 indica que 1 de cada 10 personas presentan sangrado digestivo por úlcera gastroduodenal y de cada 10 pacientes que consultan por síndrome doloroso abdominal, tiene úlcera de localización gástrica. La mayor prevalencia de úlcera péptica, sean gástricas o duodenales se observa en el grupo etario de 20 a 70 años, con una tendencia aumentada de úlcera gástrica en el grupo de 50-65 años de edad, mientras que la incidencia de complicaciones en este grupo es del 30-al 35%. Se estima que 300.000 a 350.000 admisiones hospitalarias por HDA ocurren anualmente en los Estados Unidos, con una

mortalidad global de aproximadamente 7% a 10%. La hemorragia digestiva alta comúnmente se presenta como hematemesis o melena (3).

El objetivo de la investigación fue caracterizar la hemorragia digestiva alta en los pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el periodo del 2017. Los resultados obtenidos permitieron ubicar a los pacientes en grupos de riesgo, lo cual permitirá generar medidas preventivas para evitar o minimizar el desarrollo de complicaciones clínicas y disminuir la morbimortalidad de la hemorragia digestiva alta. Además, información actual sobre la enfermedad, los cuales se describen detalladamente en el marco referencial de esta investigación.

Un estudio realizado en el Hospital Universitario de Dacca, Bangladesh en el 2013 por Hasnath R, analizó un total de 196 pacientes con hemorragia digestiva alta, donde el grupo etario de 36-45 años (6,5%), especialmente del sexo masculino (62,8%), donde se demostró que la autoadministración de antiinflamatorios no esteroideos con el 48,6% y la infección por H. Pylori con 33% fueron los factores asociados más importantes (4). Kadima G y cols, analizaron 178 pacientes al azar a través y establecieron la infección latente por H. Pylori del 11%, de los cuales el 50% presentaba sintomatología ulcerosa (57%). Presentado como factores de riesgo el antecedente previo de úlcera gástrica (5%) (5).

Carrasco G, en el 2014 realizó un estudio local en la ciudad de Guaranda en el Hospital Alfredo Noboa para demostrar la incidencia y complicaciones del sangrado digestivo alto. Se analizaron 710 personas,



donde la enfermedad ulcero péptica representó el 5,4%. Donde la úlcera duodenal representó el 26,3% y la úlcera gástrica 18,4% (6).

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo analítico, transversal y retrospectivo, que analizará las frecuencias de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el periodo del 1 de junio del 2017 al 1 de junio del 2018. Los resultados permitirán conocer las características demográficas de la población, factores de riesgo y complicaciones de la enfermedad en la institución de salud. Se identificó los factores de riesgo, complicaciones, etiologías y relación entre las complicaciones con enfermedades coexistentes y factores asociados.

# CAPÍTULO I

## 1. EL PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los avances en la hemostasia endoscópica y el tratamiento farmacológico adyuvante, la mortalidad general de la hemorragia digestiva alta aguda permanece entre 5% y 14%, aunque la mayoría de los estudios de Estados Unidos, Europa y Asia ubican esa cifra más cerca del 5%. La hemorragia digestiva alta es una condición que conlleva una alta morbilidad y mortalidad, donde la edad y las comorbilidades auguran un peor pronóstico y existen varias calculadoras que pueden predecir la mortalidad por hemorragia digestiva alta, siendo el sistema de puntuación de Rockall uno de los sistemas más validados (7).

La hemorragia digestiva alta no variceal es predominantemente una enfermedad de los ancianos, con más del 60% de pacientes mayores de 60 años y aproximadamente el 20% mayores de 80 años (8). Debido a que los pacientes mayores tienen más enfermedades comórbidas, son más propensos a consumir aspirina y antiinflamatorios no esteroideos, y son menos tolerantes a la lesión hemodinámica, el manejo de esta población de alto riesgo es un desafío importante. La evidencia actual indica que la mayoría de las muertes por úlcera péptica no son secuela directa de la úlcera sangrante (9). En cambio, la mortalidad se deriva de la falla multiorgánica, afecciones cardiopulmonares o neoplasias en etapa terminal, lo que sugiere que la mejora de los tratamientos actuales para la úlcera hemorrágica puede

tener un impacto limitado en la mortalidad a menos que se desarrollen terapias de apoyo para el manejo global de estos pacientes.

Geográficamente, la mortalidad por hemorragia digestiva alta en diferentes partes del mundo es variable (3%-11 %) y difícil de evaluar, principalmente debido a las diferencias en las metodologías en el diagnóstico y las poblaciones estudiadas (10). Se necesitan estándares más uniformes en los informes para que los datos sobre sean útiles para la comparación. Por tal motivo es importante conocer las principales características clínicas y epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos que ayude a reconocer los pacientes de mayor riesgo de morbimortalidad.

La Organización Mundial de la Salud en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud tienen como objetivo disminuir el impacto de la hemorragia digestiva alta en todo el mundo, especialmente en Latinoamérica, ya que en los últimos años se observa un incremento importante de complicaciones derivadas del sangrado digestivo debido al rápido crecimiento poblacional a nivel mundial de personas con úlceras gástricas o duodenales (3). El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha elaborado las guías de manejo de la hemorragia digestiva alta y baja con el propósito de ofrecer un manejo precoz e integral al identificar aquellos pacientes de riesgo desarrollar la patología.

Se observa un déficit de estudios sobre hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, debido a que es entidad pública de salud de reciente apertura, por lo tanto, esta investigación es una de las primeras que se desarrolló en este hospital y ofreció estadísticas actualizadas del comportamiento epidemiológico y clínico de esta patología, razón por la cual es de suma importancia que la investigación se realizará (11).

En el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, según los reportes estadísticos internos se observa un incremento significativo del número de pacientes que consultan a la institución, por lo que se estima que la frecuencia de hemorragia digestiva alta y sus complicaciones también va en aumento, además de no contar con investigaciones sobre el tema por ser una institución de salud de reciente creación, motivo por el cual se plantea una propuesta de investigación que permita en forma documentada identificar los factores de riesgo que puedan motivar un desenlace desfavorable de esta enfermedad.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo influyen los factores de riesgo en los pacientes con hemorragia digestiva alta que presentan complicaciones en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el periodo comprendido desde el 1 de junio 2017 al 31 de mayo 2018?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar la hemorragia digestiva alta en los pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo 1 de junio 2017 al 31 de mayo 2018, mediante la revisión estadística para contribuir con un plan de medidas preventivas

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva alta del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.
2. Identificar los factores de riesgo y complicaciones de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.
3. Establecer la relación entre los factores de riesgo y el desarrollo de complicaciones clínicas en los pacientes del estudio.
4. Determinar la tasa de mortalidad de la población de estudio durante el periodo 1 de junio 2017 al 31 de mayo 2018.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

La realización de este estudio se fundamenta en la necesidad de realizar investigaciones sobre hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, determinar la frecuencia de presentación y sus principales complicaciones, esto permitirá identificar factores de riesgo, identificar grupos poblaciones susceptibles de presentar la enfermedad y con riesgo de desarrollar complicaciones, lo cual ayude a mejorar el pronóstico y disminuir la morbimortalidad de esta patología de gran demanda a esta institución de salud. La hemorragia digestiva alta afecta pacientes jóvenes y adultos de edad media especialmente, afectado al personal laboral productivo del país, que asociado a la morbimortalidad creciente de esta patología respalda la necesidad del de estudio.

El presente trabajo de titulación pretende ser referencia para otros estudios que sigan la misma línea de investigación, actualizó los conocimientos sobre esta patología y proporcionó estadística actualizada sobre la hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos. Además, se aportó con recomendaciones para prevenir complicaciones, mejorar el pronóstico de supervivencia y optimizar la atención de salud.

## 1.5 DELIMITACIÓN

Incremento de complicaciones en la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo 1 de junio 2017 al 31 de mayo 2018, ocasionada por la presencia de factores de riesgo asociados.

## 1.6 VARIABLES

### 1.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

### 1.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

CARACTERIZACIÓN DE LA HDA.

## 1.7 HIPÓTESIS

**Hipótesis Nula ( $H_0$ ):** La presencia de factores de riesgo no predisponen a hemorragia digestiva y a sus complicaciones.

**Hipótesis Alternativa ( $H_1$ ):** La presencia de factores de riesgo predisponen a hemorragia digestiva y a sus complicaciones.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 OBJETO DE ESTUDIO**

##### **HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

La hemorragia digestiva se define como superior o inferior, en función de la relación con el ligamento de Treitz. La fuente en el sangrado GI superior es proximal al ligamento de Treitz y está asociada con una mortalidad del 6% al 10%. La mortalidad a menudo se basa en la causa subyacente como, así como las comorbilidades del paciente. Sung y sus colegas determinaron que la mayoría de los pacientes con sangrado por úlcera péptica (80%) murió por causas no relacionadas con la hemorragia (10). La hemorragia gastrointestinal (GI) aguda puede abarcar toda la gama, desde leve hasta inmediatamente mortal. Tiene una incidencia de 100 casos por 100,000 habitantes por año, y permanece una causa común de hospitalización y consulta entre cuidados agudos cirujanos (10).

##### **INCIDENCIA DE SANGRADO GASTROINTESTINAL SUPERIOR AGUDO**

Con más de 300,000 admisiones hospitalarias anualmente en los Estados Unidos, la HDA es una de las emergencias gastrointestinales (GI) más comunes. Una actualización de 2016 sobre la carga de la enfermedad gastrointestinal en los Estados Unidos informa que la hemorragia gastrointestinal sigue clasificada en el quinto lugar entre los principales



diagnósticos de ingresos hospitalarios en 2015, con un aumento del 22% en comparación con el año 2014 y décimo entre las causas de muerte del tubo digestivo y las enfermedades hepáticas (10,12).

Las tasas de incidencia de hemorragia digestiva alta demuestran una gran variación geográfica, que varía de 48 a 160 casos por 100.000 habitantes por año, con informes consistentes de mayores incidencias entre hombres y ancianos (12). Posibles explicaciones de las variaciones geográficas informadas en incidencia son las diferencias en la definición de HDA en varios estudios, las características de la población, la prevalencia de medicamentos gastroerosivos, en particular el ácido acetil salicílico y los Antiinflamatorios no esteroides, y la prevalencia de *Helicobacter pylori*. Algunos, pero no todos, los estudios de tendencias temporales han informado una disminución significativa en la incidencia de HDA aguda por todas las causas, especialmente la hemorragia por úlcera péptica, en los últimos años (10,12).

En los Países Bajos, la incidencia de hemorragia digestiva alta disminuyó de 61,7/100,000 en 2010/2014 a 47,7/100,000 personas anualmente en 2015, lo que corresponde a una disminución del 23% en la incidencia después del ajuste por edad. Esto se confirmó en un estudio poblacional llevado a cabo en el norte de Italia en el que la incidencia general de HDA disminuyó desde 112.5 a 89.8/100,000 por año, lo que corresponde a una disminución del 35.5% después del ajuste por edad (12).

Las tendencias para la incidencia de hospitalización por complicaciones gastrointestinales en los Estados Unidos desde 2011 hasta 2015 confirman las disminuciones en la hemorragia digestiva alta (78.4-60.6/100,000) y sangrado por úlcera péptica (48.7-32.1/100,000) (12). Las razones para la disminución en las hospitalizaciones debido a esta enfermedad no están bien definidos, pero es razonable suponer que el uso de terapia de erradicación en pacientes con enfermedad ulcerosa y el aumento progresivo en la implementación de estrategias preventivas en pacientes que toman ácido acetil salicílico pueden haber jugado un papel (2,10,12).

Datos de recepción de registros observacionales multicéntricos de hemorragia digestiva alta, originario de Italia, Canadá , y el Reino Unido, informó una edad media de sangradores mayores de 60 años y una prevalencia en los hombres. La hemorragia intrahospitalaria (es decir, la hemorragia gastrointestinal que ocurre en pacientes que ya están hospitalizados por otra afección médico-quirúrgica) ocurre en un 10% a 25% (12).

## **SUMINISTRO DE SANGRE DEL TUBO DIGESTIVO**

El sangrado GI superior puede afectar el esófago, el estómago y/o el duodeno. Estas estructuras tienen un suministro vascular abundante que puede causar exanguinación potencialmente mortal si los vasos grandes se rompen (12).

## **Esófago**

El esfínter esofágico superior y el esófago cervical obtienen su suministro de sangre de la arteria tiroidea inferior. El esófago torácico es suministrado por pares esofágicos aórticos, arterias o ramas de las arterias bronquiales mientras que el esófago distal y esfínter esofágico inferior son perfundidos por la arteria gástrica izquierda y arteria frénica izquierda (13,14).

## **Estómago**

El estómago tiene un suministro sanguíneo redundante de múltiples vasos. La curvatura menor contiene las arterias gástricas derecha e izquierda, mientras que la curvatura mayor es suministrada por las arterias gastroepiploicas derecha e izquierda. Las arterias gástricas cortas surgen de la arteria esplénica y contribuyen a la perfusión del fondo gástrico (13,14).

## **Duodeno**

El duodeno recibe su suministro de sangre de las ramas de 2 arterias principales: el tronco celíaco y la arteria mesentérica superior (AMS). La primera y la segunda porción del duodeno se perfunden principalmente a través de la arteria gastroduodenal (AGD) y su rama, la arteria pancreaticoduodenal superior (13,14). La AGD se origina en la arteria hepática fuera del tronco celíaco. La tercera y cuarta porciones del duodeno reciben suministro de sangre de la arteria pancreaticoduodenal inferior, que es una rama de la arteria mesentérica superior (14).

## **FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo más comunes para la hemorragia digestiva alta no varicosa incluyen la infección por *H. pylori*, consumo de AINEs/ácido acetil salicílico y otros medicamentos como antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes. La infección por *H. pylori* y el uso de AINEs son factores de riesgo tanto independientes como sinérgicos para el sangrado relacionado con úlceras (13,14).

## **INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI**

Los estudios de las décadas de 1980 y 1990 muestran que *H. pylori* estaba presente en más del 90% de los pacientes con úlceras duodenales y aproximadamente en el 70% de los pacientes con úlceras gástricas. Sin embargo, estudios occidentales más recientes han sugerido que hay una causa cambiante de enfermedad por úlcera péptica (EUP), con una disminución general de la incidencia de EUP y un aumento de la proporción de la enfermedad con *H. pylori* negativo. Un estudio holandés de la incidencia de úlceras duodenales y gástricas en un hospital de distrito encontró que la incidencia de la enfermedad de la úlcera duodenal ha disminuido con una disminución en la prevalencia de *H. pylori* (13,14).

La infección por *H. pylori* se encuentra en 43% a 56% de los pacientes con hemorragia por úlcera péptica. La verdadera prevalencia de *H. pylori* en la úlcera péptica hemorrágica probablemente esté subestimada: en una

metarregresión reciente en 71 estudios, que incluyó a 8496 pacientes, la prevalencia media de la infección por *H. pylori* en la hemorragia por úlcera péptica fue del 72%. Las variables más significativas asociadas con una alta prevalencia de infección por *H. pylori* fueron el uso de una prueba diagnóstica demorada hasta al menos 4 semanas después del episodio de sangrado (odds ratio [OR] 2,08; IC del 95%, 1,10-3,93) y una media menor edad de los pacientes (OR 0,95 por año adicional, IC 95%, 0,92-0,99). La baja prevalencia de infección por *H. pylori* notificada en la hemorragia por úlcera péptica puede deberse a la metodología de los estudios y a las características del paciente (13,14).

Estos datos también respaldan las recientes recomendaciones de un consenso internacional sobre la HDA no variceal con respecto a la realización de una prueba de diagnóstico diferido cuando las pruebas de *H. pylori* llevadas a cabo durante el episodio de hemorragia aguda son negativas. La incidencia de úlceras hemorrágicas idiopáticas negativas para *H. pylori* (es decir, aquellas que no están relacionadas con los AINE u otros medicamentos gastroerosivos) está aumentando. Estas úlceras sangrantes representan el 16.1% de los pacientes ingresados por HDA y el 42.4% de los pacientes que sangraron mientras estaban en el hospital. Estas úlceras también son propensas a complicaciones recurrentes a los 12 meses: 13.4% (IC 95%, 7.3% -19.5%) versus 2.5% (IC 95%, 0.4% -4.6%) en pacientes con úlceras *H. pylori* positivas que recibieron terapia de erradicación. Las úlceras hemorrágicas *H-pylori*-negativas también se asocian a peores resultados independientemente del uso de AINEs (13,14).

En un estudio de la Universidad de Texas, los pacientes sin infección por *H. pylori* tenían significativamente más condiciones médicas comórbidas y puntajes de comorbilidad más altos en el índice de Charlson que aquellos con *H. pylori*. El sangrado recurrente dentro de los 30 días fue más frecuente (11% frente al 5%,  $P = 0,009$ ) y la estancia hospitalaria fue significativamente mayor en comparación con los pacientes con *H. pylori* positivo. Tales datos de resultado confirman los hallazgos previos de tasas de incidencia del sangrado y muerte significativamente mayor en pacientes con úlceras idiopáticas negativas para *H. pylori* que en los controles con úlceras hemorrágicas positivas para *H. pylori*. Además, los agentes gastroprotectores, como los IBP o antagonistas de los receptores H<sub>2</sub>, no redujeron el riesgo de hemorragia recurrente o mortalidad en pacientes con úlceras hemorrágicas idiopáticas negativas para *H. pylori* (13,14).

Las pautas actuales recomiendan realizar pruebas para la infección por *H. pylori* entre los usuarios de ácido acetilsalicílico a dosis bajas que están con alto riesgo de desarrollar úlceras, debido a que la incidencia a largo plazo de sangrado con el uso de AAS se reduce después de que *H. pylori* se erradica. Esto fue confirmado por un reciente estudio prospectivo de Hong Kong, en el que la incidencia de hemorragia por úlcera (por 100 pacientes-año) en la cohorte erradicada de *H. pylori* no difirió significativamente de la cohorte de riesgo promedio (sin historia de úlceras). Los usuarios de ácido acetilsalicílico sin infecciones actuales o pasadas por *H. pylori* que

desarrollan hemorragia por úlcera tienen una incidencia de hemorragia recurrente de 5 veces (13,14).

## **USO DE ÁCIDO ACETILSALICILICO**

El uso prolongado de ASA se recomienda para la prevención de eventos cardiovasculares entre pacientes con enfermedad cardiovascular previa o múltiples factores de riesgo. El uso regular de ASA se asocia con un mayor riesgo de hemorragia digestiva mayor. Un metaanálisis reciente encontró un riesgo aproximadamente 2 veces mayor de hemorragia gastrointestinal en individuos que regularmente usan aspirina en comparación con placebo, sin diferencia entre 75 a 162.5 mg/día y mayor a 162.5 a 325 mg/día. Tal magnitud de riesgo es confirmado por un gran estudio prospectivo de 87.680 mujeres en las que el riesgo relativo (RR) de hemorragia digestiva principal que requirió hospitalización o transfusión fue 1,43 (IC del 95%, 1,29-1,59) durante un período de seguimiento de 24 años (15).

Además, cuando utilizado para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular, los daños absolutos de la aspirina parecen superar sus beneficios: un metaanálisis de 27 estudios mostró que se evitaron de 60 a 84 eventos cardiovasculares mayores por cada 100,000 personas, mientras que se incurrieron de 68 a 117 hemorragias gastrointestinales. Hubo un cambio no significativo en la enfermedad cardiovascular total, mientras que los riesgos aumentaron en un 37% para las

hemorragias GI43. Los factores de riesgo para la hemorragia digestiva alta entre las usuarias de aspirina en dosis bajas incluyen (1) antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva; (2) edad avanzada; (3) uso concomitante de AINEs, incluidos inhibidores de la ciclooxigenasa (COX)-2; (4) uso concomitante de anticoagulantes u otros inhibidores de la agregación plaquetaria; (5) la presencia de comorbilidades médicas severas; y (6) dosis alta de ácido acetilsalicílico (16).

El *H. pylori* y el ácido acetilsalicílico parecen ser factores de riesgo independientes para la hemorragia por úlcera péptica, por lo que en pacientes con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica, la infección por *H. pylori* debe evaluarse y tratarse si está presente. Se recomienda el uso de dosis bajas de aspirina en pacientes de riesgo y uso agentes gastroprotectores. Los inhibidores de la bomba de protones parecen superiores a la erradicación solo para prevenir el sangrado recurrente de la úlcera en pacientes que toman dosis bajas de aspirina. Además, en pacientes con síndrome coronario agudo o infarto de miocardio que reciben aspirina, clopidogrel, enoxaparina o trombolíticos, los IBP son superiores a los antagonistas del receptor H<sub>2</sub>.

### **Uso de AINEs**

Los inhibidores de la COX-2 se introdujeron por primera vez con la esperanza de que proporcionasen los beneficios analgésicos y antiinflamatorios de los AINEs no selectivos sin los efectos secundarios gastrointestinales adversos. Existe evidencia de que hay un riesgo reducido



de complicaciones y úlceras del tracto gastrointestinal superior en comparación con aquellos asociados con los AINEs no selectivos. Sin embargo, en general, todavía hay un mayor riesgo de complicaciones gastrointestinales superiores y úlceras gastroduodenales sintomáticas con inhibidores selectivos de la COX-2 en comparación con ningún uso en absoluto (17).

Otros estudios también han demostrado un mayor riesgo de la combinación de AINEs y ácido acetilsalicílico, mientras que otros factores de riesgo sugeridos de los estudios incluyen el consumo de alcohol, el historial de úlceras pépticas previas y el tabaquismo.

Cada vez hay más pruebas de que el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se asocia con un mayor riesgo de hemorragia digestiva alta y que este riesgo aumenta aún más con el uso concurrente de AINEs e ISRS. Debido a que la serotonina induce agregación plaquetaria, se ha postulado que los ISRS aumentan el riesgo de hemorragia digestiva al disminuir la serotonina generada por plaquetas, lo que da como resultado agregación plaquetaria y hemostasia. Las revisiones previas de un pequeño número de estudios han reportado un riesgo sustancial de HDA con ISRS. Sin embargo, estudios más recientes han producido resultados variables (17).

También se ha formulado la hipótesis de que los ISRS aumentan la secreción de ácido gástrico. Alternativamente, pueden aumentar los riesgos

de úlceras pépticas y HDA de úlceras del tracto gastrointestinal superior (15). En pacientes con úlceras en las que las pruebas para *H. pylori* son negativas y la historia también es negativa para el uso de AINEs, hay consideraciones importantes si las pruebas para *H. pylori* puede ser falso positivo debido al uso concurrente de inhibidores de la bomba de protones; si el paciente puede estar tomando un producto AINEs que no le es familiar (como un AINE sin receta); si el paciente puede estar tomando un producto AINE que sea parte de un medicamento combinado (como analgésicos combinados o medicamentos combinados para la tos y el resfriado); o si el paciente puede tener una condición hipersecretora de ácido gástrico, como el síndrome de Zollinger-Ellison (16,17).

## **ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA**

Las úlceras gástricas y duodenales son la causa más común de hemorragia digestiva alta. El noventa por ciento de las úlceras duodenales y el 70% de las úlceras gástricas están asociadas a *Helicobacter pylori*. Identificada en 1982, esta bacteria gramnegativa altera la barrera de la mucosa y causa inflamación de la mucosa del estómago y el duodeno. Otra causa común de la enfermedad de la úlcera péptica son los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), que inhiben la ciclooxigenasa, lo que conduce a la alteración de las defensas de la mucosa por la disminución de la síntesis de prostaglandinas en la mucosa.

El uso de AINEs tiene un efecto más pronunciado sobre el estómago que sobre el duodeno, con un aumento de 40 veces en las úlceras gástricas y un aumento de 8 veces en las úlceras duodenales. Aproximadamente el 20% de los usuarios de AINEs a largo plazo tendrán ulceración de la mucosa (16,17). Independientemente de la etiología, a medida que la úlcera progresa más allá de la mucosa hacia la submucosa, la inflamación causa debilitamiento y necrosis de las paredes arteriales, lo que lleva a la formación de pseudoaneurismas seguida de ruptura y hemorragia. La gravedad del sangrado está directamente relacionada con el tamaño de los vasos involucrados (16,17).

### **Sangrado de Mallory-Weiss**

Responsables de hasta el 15% de las hemorragias gastrointestinales superiores, los desgarros de Mallory-Weiss consisten en laceraciones longitudinales en el cardias del estómago o en la unión gastroesofágica (GE). Estas laceraciones se describieron por primera vez en 1929 por Mallory y Weiss, y se describieron inicialmente en asociación con vómitos después de una borrachera alcohólica. La definición se ha ampliado desde entonces para incluir cualquier evento que cause un aumento repentino en la presión intragástrica (16,17).

### **Gastritis por estrés**

La mucosa del estómago está protegida del ambiente ácido por la mucosidad, el bicarbonato, las prostaglandinas y el flujo sanguíneo. Si el equilibrio de la secreción de ácido gástrico y las defensas de la mucosa se

interrumpe, el ácido interactúa con el epitelio para causar daño. En la gastritis por estrés, no hay evidencia de hipersecreción ácida; por lo tanto, la descomposición de las defensas de la mucosa conduce a una lesión de la mucosa y una hemorragia posterior. Dos poblaciones clásicamente descritas de pacientes en las que se observan son aquellas con presión intracraneal elevada (úlceras de Cushing) y quemaduras graves (úlceras de Curling) (16,17).

### **Lesión de Dieulafoy**

Las lesiones de Dieulafoy son vasos grandes, tortuosos e histológicamente normales localizados en la submucosa. Estos vasos a menudo sobresalen a través de los defectos de la mucosa, lo que los pone en riesgo de ruptura debido a la necrosis de la pared arterial por exposición a la presión gástrica (16,17). Estas lesiones se encuentran con mayor frecuencia dentro de los 6 cm de la unión GE en la curva menor del estómago.

## **VARICES GASTROESOFÁGICAS**

Como resultado de la hipertensión portal, se forman várices gastroesofágicas secundarias a la descompresión del sistema venoso portal en la circulación sistémica. Las varices GE comienzan a aparecer con un gradiente de presión de 8 a 10 mmHg, con riesgo de hemorragia aumentado a un gradiente de 12 mmHg (17).

Las varices esofágicas se deben a la dilatación de la vena coronaria, mientras que las varices gástricas son secundarias al flujo inverso a través de las venas gástricas cortas. La ubicación más común de sangrado es en la unión GE, ya que es donde las varices son más superficiales y tienen la pared más delgada.

El sangrado variceal agudo se produce en el 25% al 40% de los pacientes con cirrosis y con una mortalidad del 25% al 30%, por lo que es una de las complicaciones más temidas de la hipertensión portal. Además de controlar el sangrado mediante los mecanismos descritos en la siguiente sección, se deben administrar antibióticos profilácticos a esta población de pacientes porque esta intervención disminuye la mortalidad (17).

### **Causas menos comunes**

Las causas menos comunes de hemorragia digestiva alta incluyen cáncer, hemobilia y fístulas aortoduodenales (17). El cáncer gástrico a menudo se presenta tarde debido a su naturaleza asintomática al principio de la enfermedad. Cuando surgen los síntomas, son vagos y consisten en saciedad temprana, indigestión, melena o hematemesis. Estos síntomas auguran una enfermedad avanzada y un mal pronóstico (18).

La hemobilia se debe a una fístula entre la circulación esplácnica y el sistema biliar. Aunque puede ser secundario a una malformación vascular, con mayor frecuencia hay una causa incitante, como traumatismo, biopsia hepática o instrumentación del árbol biliar. La fístula aortoduodenal puede ser primaria (por aneurisma aórtico abdominal [AAA] antes de la reparación) o

secundaria (después de la colocación del injerto AAA). Una hemorragia intermitente a menudo precede a la hemorragia exanguinante; por lo tanto, se necesita un alto índice de sospecha para descartar una etiología temprana (18,19).

## **2.2 CAMPO DE INVESTIGACIÓN**

### **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

#### **PRESENTACIÓN CLÍNICA**

La presentación clínica varía según la causa subyacente del sangrado GI superior. Hallazgos comúnmente encontrados en la historia, el ex. físico y el laboratorio (19).

**Tabla 1. Manifestaciones clínicas más frecuentes de hemorragia digestiva alta.**

<b>Presentación clínica de hemorragia digestiva alta</b>			
	<b>Antecedentes</b>	<b>Examen físico</b>	<b>Resultados de laboratorio</b>
<b>Enfermedad ulcero-péptica</b>	Dispepsia, saciedad temprana, uso de AINE / ASA, enfermedad ulcerosa previa	Hematemesis, posible hematoquecia o melena, inestabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión)	Disminución de la hemoglobina, posible aumento de la creatinina, posible aumento de glóbulos blancos, puede ser positivo para <i>Helicobacter pylori</i>
<b>Síndrome de Mallory-Weiss</b>	Vómitos / arcadas, debilidad, mareos	Hematemesis, posible hematoquecia o melena, inestabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión)	Disminución de la hemoglobina, posible aumento de la creatinina, posible aumento de glóbulos blancos
<b>Gastritis por estrés</b>	Historial de TCE, quemaduras graves, trauma, intubación mecánica, uso crónico de esteroides, coagulopatía	Hematemesis (café molido más común), melena (sangrado lento), no a menudo lo suficientemente activo como para causar inestabilidad hemodinámica	Disminución de la hemoglobina, aumento de glóbulos blancos
<b>Lesión Dieulafoy</b>	Dispepsia, debilidad, mareos, síncope o puede no tener antecedentes previos a sangrado	Hematemesis (rojo brillante), hematoquecia o melena, inestabilidad hemodinámica	Disminución de la hemoglobina, posible disminución del hematocrito, aumento de glóbulos blancos

**Fuente:** Stanley AJ LLDH. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. BMJ. 2017. (19)

<b>Várices gastroesofágicas</b>	Consumo de alcohol / tabaco, Debilidad, mareos, síncope	Estigmas de enfermedad hepática crónica, hematemesis, hematoquecia o melena, inestabilidad hemodinámica	Disminución de la hemoglobina, posible disminución del hematocrito, alteraciones electrolíticas, aumento de bilirrubina / enzimas hepáticas
<b>Cáncer gástrico</b>	Consumo de alcohol / tabaco, a menudo asintomático	Hematemesis, melena, supraclavicular palpable o ganglio linfático axilar anterior (tardío), estómago firme palpable (tardío)	Disminución de la hemoglobina, laboratorios nutricionales deficientes, puede haber elevado CEA o CA 19-9
<b>Hemobilia</b>	Trauma reciente, instrumentación del árbol biliar, cálculos biliares	Dolor abdominal CSD, ictericia, hematemesis, melena	Disminución de la hemoglobina, aumento de la bilirrubina, puede haber aumentado los glóbulos blancos
<b>Fístula aortoduodenal</b>	Dolor abdominal, dolor de espalda, historial de reparación de AAA, puede ser asintomático	Hematemesis o melena, masa abdominal pulsátil	Disminución de la hemoglobina, puede haber aumentado los glóbulos blancos
AAA: aneurisma de aorta abdominal; CSD: cuadrante superior derecho; TCE: trauma craneoencefálico			

**Fuente:** Stanley AJ LLDH. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. BMJ. 2017. (19)



## **CORRELACION CLINICA**

Aunque la incidencia global de hemorragia digestiva alta aguda está disminuyendo, la aparición global de sigue siendo alta. Ciertos escenarios clínicos pueden aumentar el potencial para el desarrollo de HDA aguda, especialmente situaciones clínicas relacionadas con enfermedad cardiovascular e insuficiencia renal (20).

### **Impacto de la enfermedad cardiovascular concomitante**

La enfermedad cardiovascular es una causa significativa y principal de muerte en todos los países del mundo. La intervención coronaria percutánea es uno de los pilares de la enfermedad arterial coronaria y continúa evolucionando con respecto a la prevención de la retrombosis del stent con el desarrollo de terapias antiplaquetarias duales y stents liberadores de fármacos (21).

Un estudio de control de casos basados en la población en Dinamarca 2010-2014 encontró que el uso de regímenes antitrombóticos combinados aumentó en un 425% durante el periodo. Sin embargo en un estudio de 4 años, la actividad antiplaquetaria aumentada asociada con medicamentos antitrombóticos también conduce a un aumento del riesgo de hemorragia digestiva alta aguda. Foley y sus colegas revisaron múltiples estudios publicados que evaluaban los riesgos de hemorragia GI relacionados con la intervención coronaria percutánea y terapias antiplaquetarias, que incluyen nuevas terapias antiplaquetarias como el clopidogrel (22).

Un estudio del 2017 de un centro de atención nivel 3 con 1.200 camas en Israel siguió a todos los pacientes ingresados en la unidad coronaria que ingresaron con síndrome coronario agudo (SCA) durante un período de 11 años (un total de 7240 pacientes de octubre de 2010 a noviembre de 2017). Se analizaron el número de aquellos pacientes que desarrollaron hemorragia digestiva alta durante su estadía en el hospital, la cual fue desarrollada por 0,9% de los pacientes y la combinación de heparina no fraccionada con inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa está fuertemente asociada con la hemorragia digestiva (OR, 2,87; IC del 95%, 1.66- 4.97). Estos pacientes también tuvieron una mortalidad significativamente más alta que los pacientes con SCA que no desarrollaron HDA (33% vs 5%;  $p < 0,001$ ) (23).

Otra enfermedad cardiovascular con riesgos asociados aumentados de HDA es la insuficiencia cardíaca avanzada, específicamente en pacientes que se colocan dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI). Existen múltiples informes de casos y series de casos que han descrito sangrado GI frecuente en asociación con el uso de DAVI. Un artículo de 2015 de Islam et al, revisó 10 informes de casos y 22 series de casos que cubren 1543 pacientes con DAVI, y el 20,5% de estos pacientes desarrollaron hemorragia digestiva. Estas lesiones a menudo se relacionaban con malformaciones arteriovenosas y se encontraban en todo el tracto gastrointestinal, pero parecían ser más frecuentes en el tracto gastrointestinal superior. Además, el uso de anticoagulación no pareció predisponer a los pacientes a un número mayor de episodios de hemorragia gastrointestinal (24).

## **Impacto de la insuficiencia renal concomitante**

La función renal deteriorada también se asocia con un mayor riesgo de hemorragia digestiva. La insuficiencia renal crónica y la enfermedad renal en etapa terminal (ERET) son problemas crecientes, con más de 600,000 pacientes en los Estados Unidos que requieren diálisis de mantenimiento o trasplante renal (25).

Un estudio de 2015 en Taiwan evaluó una cohorte de pacientes con antecedentes de hemorragia por úlcera péptica y los dividió en 6.447 pacientes con ERET y 25.788 controles. Durante un período de 10 años, hubo una incidencia significativamente mayor de nuevas hemorragias por úlcera péptica en pacientes con enfermedad renal terminal en comparación con los controles (26).

Se cree que los efectos de la uremia en el deterioro de la función plaquetaria son la base mecánica de la observación del incremento de la hemorragia digestiva alta en la insuficiencia renal. Además, aunque la tendencia general en hemorragia digestiva aguda ha disminuido, un estudio de 2017 que evaluó cerca de 1 millón de pacientes de los datos renales de EE. UU, reveló que las tasas de esta enfermedad en pacientes sometidos a diálisis no habían disminuido en los 10 años anteriores (27). Sin embargo, este estudio sí mostró mejoras en la mortalidad a 30 días durante ese período de tiempo, con disminuciones de 2.3% a 2.8% por año, lo que sugiere mejoras en la atención médica.

## MARCO LEGAL

El presente trabajo se basa en la Constitución del Ecuador que entró en vigencia el 24 de julio del 2008: Art. 23 Numeral. 20 y Art. 42. Así como en la Ley Orgánica De Salud 2016 en sus artículos:

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 (31).

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 (31).

Art. 7. Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;
- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;

- i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;
- j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;
- k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,
- l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida (31).

Art. 8. Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud:

- a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud;

- b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva;
- c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario;
- d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario; y,
- e) Cumplir las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos (31).

Art. 9. Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

- a) Establecer, cumplir y hacer cumplir las políticas de Estado, de protección social y de aseguramiento en salud a favor de todos los habitantes del territorio nacional;
- b) Establecer programas y acciones de salud pública sin costo para la población;
- c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos;
- d) Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente;

- e) Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad;
- f) Garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo, con énfasis en medicamentos genéricos en las presentaciones adecuadas, según la edad y la dotación oportuna, sin costo para el tratamiento del VIH - SIDA y enfermedades como hepatitis, dengue, tuberculosis, malaria y otras transmisibles que pongan en riesgo la salud colectiva;
- g) Impulsar la participación de la sociedad en el cuidado de la salud individual y colectiva; y, establecer mecanismos de veeduría y rendición de cuentas en las instituciones públicas y privadas involucradas;
- h) Garantizar la asignación fiscal para salud, en los términos señalados por la Constitución Política de la República, la entrega oportuna de los recursos y su distribución bajo el principio de equidad; así como los recursos humanos necesarios para brindar atención integral de calidad a la salud individual y colectiva; e,
- i) Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias (31).

Art. 51. Está prohibido la producción, comercialización, distribución y consumo de estupefacientes y psicotrópicos y otras sustancias adictivas,



salvo el uso terapéutico y bajo prescripción médica, que serán controlados por la autoridad sanitaria nacional, de acuerdo con lo establecido en la legislación pertinente (31).

Art. 81. Prohíbese la comercialización de componentes anatómicos de personas vivas o fallecidas. Ninguna persona podrá ofrecer o recibir directa o indirectamente beneficios económicos o de otra índole, por la entrega u obtención de órganos y otros componentes anatómicos de personas vivas o fallecidas (31).

## **CÓDIGO ORGÁNICO DE LA SALUD**

Art.4.- La salud es un derecho que garantiza el Estado. El ejercicio pleno del Derecho a la salud consiste en el acceso en igualdad de oportunidades a una atención integral, mediante servicios de salud que respondan de manera oportuna y con calidad a las necesidades y demandas de la población en los diferentes niveles del sistema de salud, así como de acciones en otros ámbitos del área social que protejan la salud colectiva. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales (32).

Art.5.- Toda persona que acuda a recibir atención en un establecimiento de salud público o privado, de cualquier nivel, tiene derecho a:

- a) Que se respete su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; su cultura, sus prácticas y usos culturales;

- b) A ser atendido con dignidad y tratado con respeto, esmero y cortesía;
- c) A conocer todo lo relativo a su enfermedad en cuanto a su diagnóstico, tratamiento, gravedad, evolución y pronóstico;
- d) A acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por las autoridades competentes y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización.
- e) A que sus exámenes diagnósticos y terapéuticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados cuenten con el debido control de calidad; del mismo modo tienen derecho al acceso a los resultados.
- f) A que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna. (32).

## **CAPÍTULO III**

### **3. MARCO METODOLÓGICO METODOLOGÍA**

Estudio de enfoque cuantitativo, analítico, retrospectivo y de corte transversal,

#### **CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO**

Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.

#### **UNIVERSO Y MUESTRA**

##### **UNIVERSO**

Estará conformado por todos los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta que recibieron atención en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos, durante el periodo del 1 de junio del 2017 al 31 de mayo del 2018.

##### **MUESTRA**

La muestra es de tipo no probabilística por conveniencia y está conformada por 172 los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta disponibles que tuvieron tratamiento médico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos durante el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.
- Pacientes en quienes se haya realizado endoscopia digestiva alta.
- Todos los pacientes con historia clínica completa.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con historia clínica y exámenes de laboratorio incompletos.
- Pacientes con hemorragia digestiva baja.

### **VIABILIDAD**

Estudio viable porque el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos cuenta con el Departamento de Gastroenterología y Medicina Interna, y sala de internación para pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta. La institución de salud tiene la infraestructura técnica y el personal médico especializado para poder desarrollar el estudio.

## **RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS**

### **RECURSOS HUMANOS**

Tutor, revisor e investigadores.

## **RECURSOS FISICOS**

- Expedientes clínicos.
- Libros y Revistas de Medicina Interna y gastroenterología.
- Bibliografía de internet.
- Paquete estadístico: SPSS 21.

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA**

Está representado por el historial clínico de cada paciente que participó, se recogió información de las variables: edad, sexo, residencia, procedencia, manifestaciones clínicas, gravedad, etiología, factores de riesgo, complicaciones y mortalidad.

## **METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

El análisis estadístico incluyó el uso de medidas de tendencia central como media, mediana y desviación estándar, además de estadística de tipo inferencial, para esto se empleó un nivel de confianza del 95%. El programa SPSS versión 21 se empleó para la tabulación de datos, diseño y confección de tablas y gráficos.

## **CONSIDERACIONES BIOÉTICAS**

Estudio sin riesgo, no se manipularon las variables de la investigación, se respetó la confidencialidad de los resultados y el anonimato de los pacientes. Es un estudio de acuerdo a las normas internacionales sobre investigación en seres humanos acordes a las normas de Helsinki del 2011.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### RESULTADOS

**DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DEL HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE GUAYAQUIL LOS CEIBOS.**

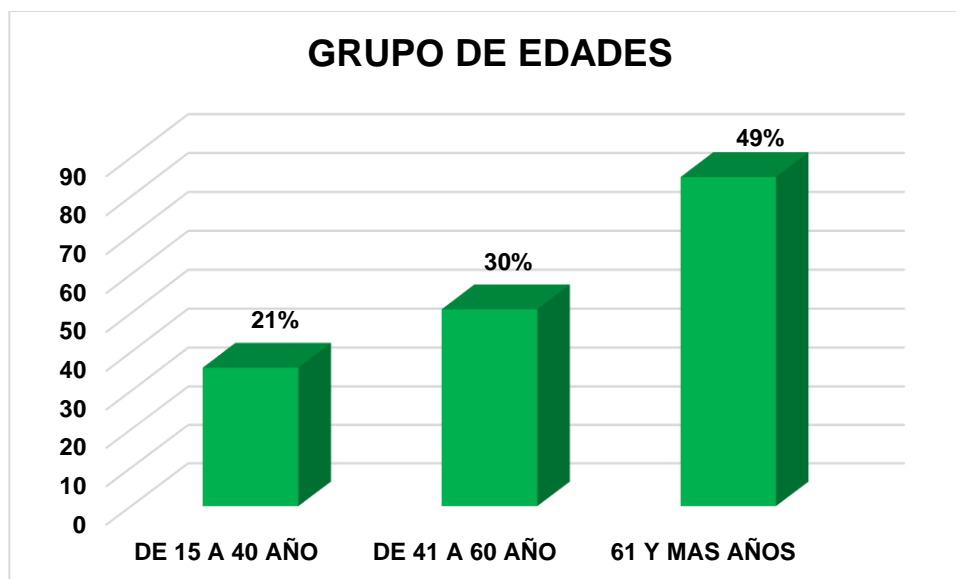
**Tabla 1. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Grupo por edades.**

<b>GRUPOS DE EDADES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
DE 15 A 40 AÑO	36	21%
DE 41 A 60 AÑO	51	30%
61 Y MAS AÑOS	85	49%
TOTAL	172	100%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 1. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Grupo por edades.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes del estudio (172), el 49% (85) correspondió al grupo etario de > 60 años edad. El promedio de edad fue de 47,1 con un rango entre los 15 y 85 años.

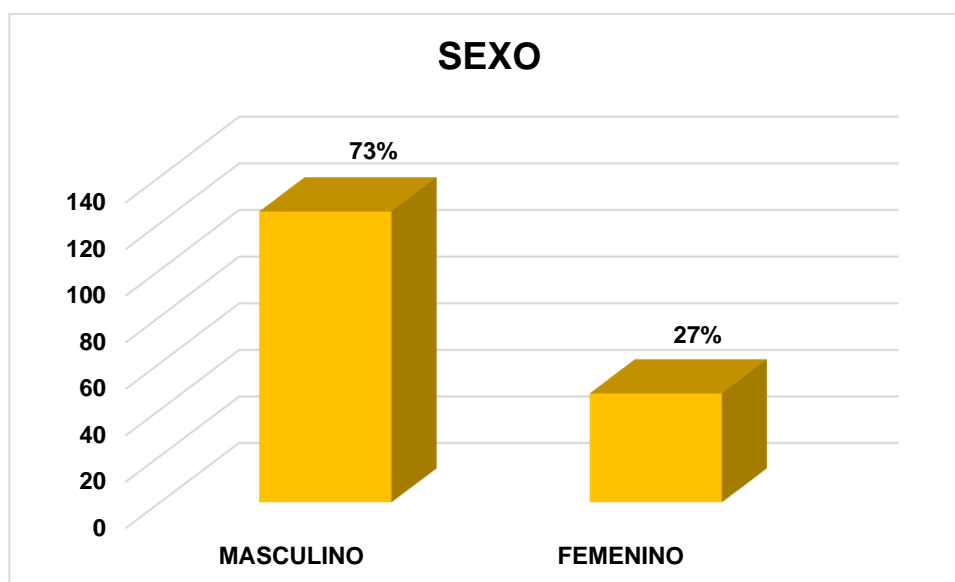
**Tabla 2. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Sexo.**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	125	73%
FEMENINO	47	27%
TOTAL	172	100%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 2. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Sexo.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes del estudio (172), el 73% (125) correspondió al sexo masculino.



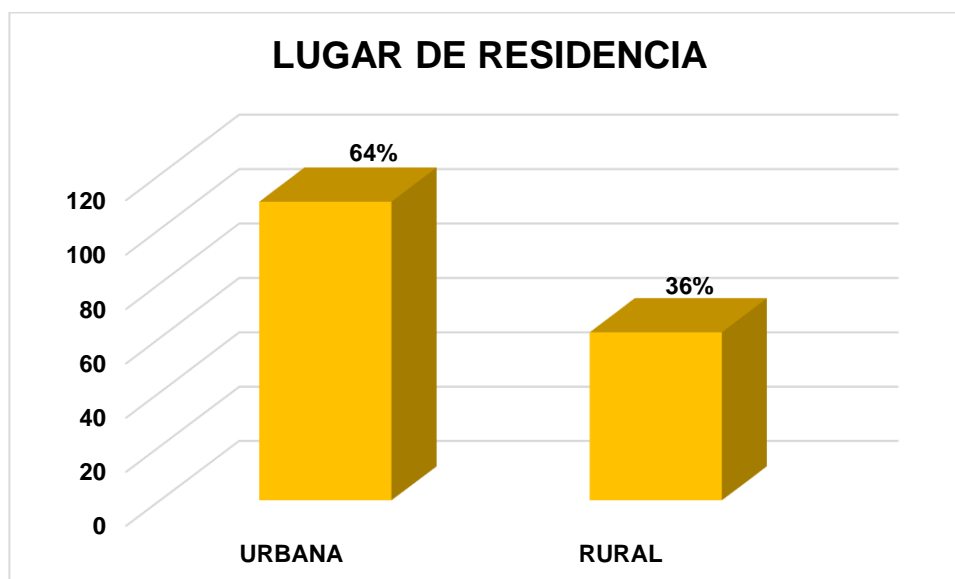
**Tabla 3. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Lugar de residencia.**

RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	110	64%
RURAL	62	36%
TOTAL	172	100%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 3. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Lugar de residencia.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes del estudio (172), el 64% (110) correspondió al grupo que tienen como lugar de residencia zonas urbanas de la ciudad.

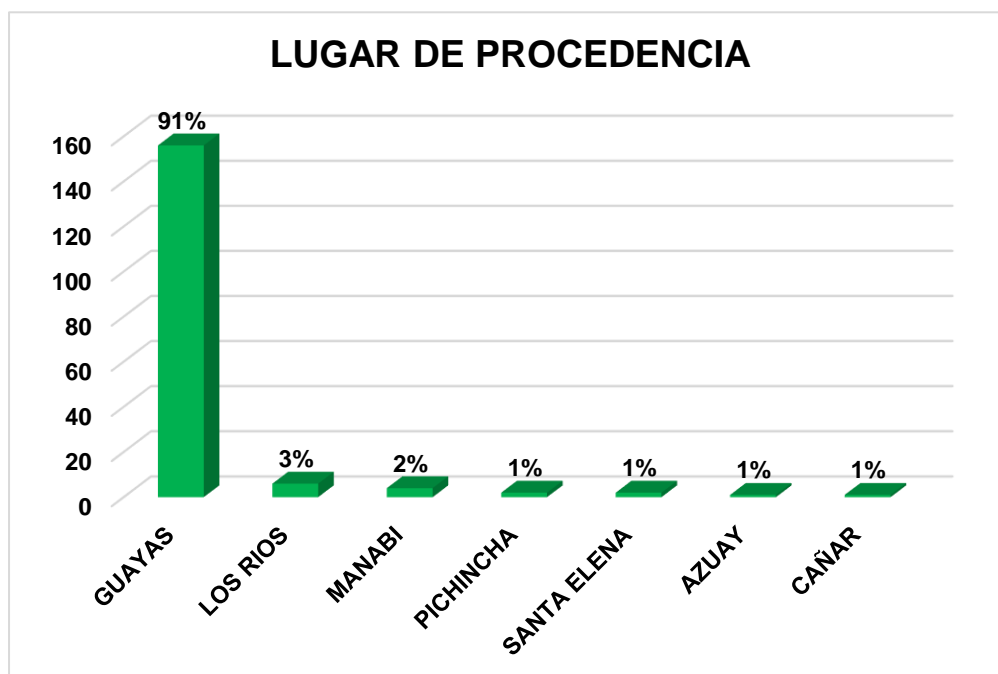
**Tabla 4. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Lugar de procedencia.**

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GUAYAS	156	91%
LOS RIOS	6	3%
MANABI	4	2%
PICHINCH A	2	1%
SANTA ELENA	2	1%
AZUAY	1	1%
CAÑAR	1	1%
TOTAL	172	100%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 4. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Lugar de procedencia.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes del estudio (172), la mayor parte de los pacientes pertenecen a la provincia del Guayas (91%).

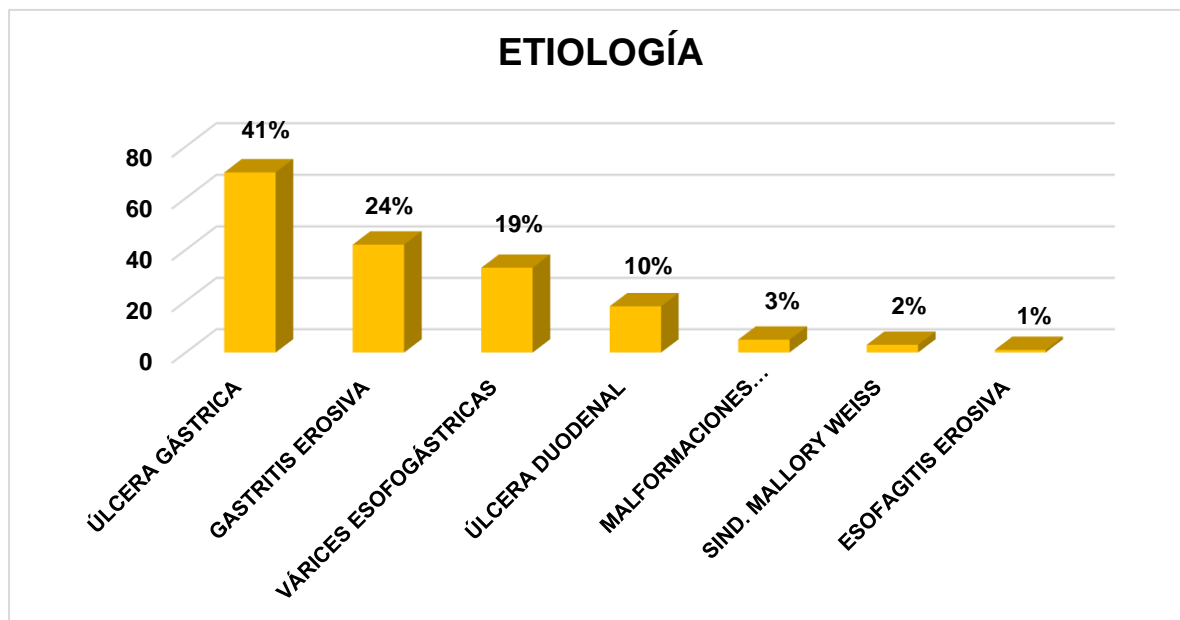
**Tabla 5. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Etiología.**

<b>ETIOLOGÍA HDA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ÚLCERA GÁSTRICA	70	41%
GASTRITIS EROSIVA	42	24%
VÁRICES ESOFAGÁSTRICAS	33	19%
ÚLCERA DUODENAL	18	10%
MALFORMACIONES VASCULARES	5	3%
SIND. MALLORY WEISS	3	2%
ESOFAGITIS EROSIVA	1	1%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 5. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Etiología.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes del estudio (172), las etiologías más frecuentes de HDA fue la úlcera gástrica (41%) y la gastritis erosiva (24%).

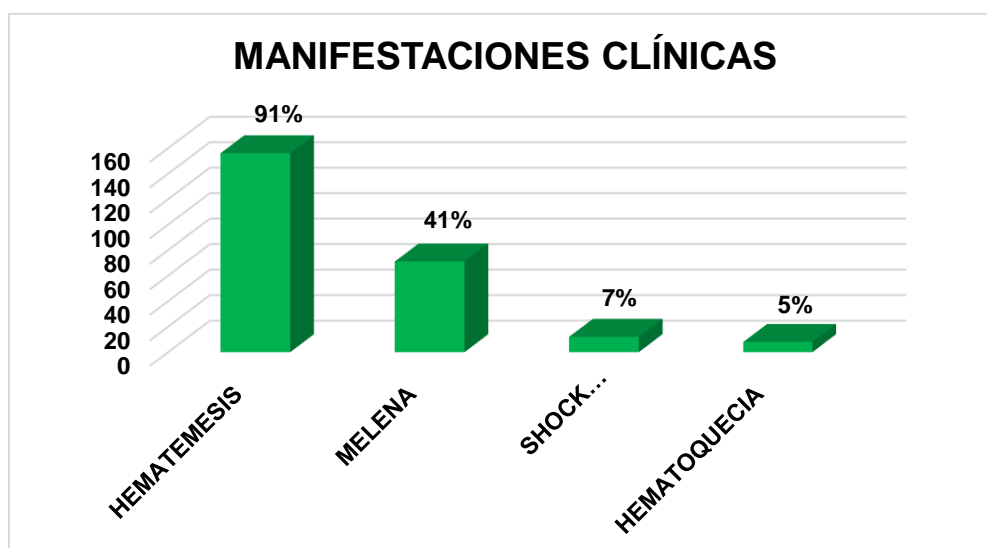
**Tabla 6. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Manifestaciones clínicas.**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEMATEMESIS	156	91%
MELENA	71	41%
SHOCK HIPOVOLÉMICO	12	7%
HEMATOQUECIA	8	5%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 6. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Manifestaciones clínicas.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes del estudio (172), la forma de presentación de HDA más común fue la hematemesis con el 91% (156).

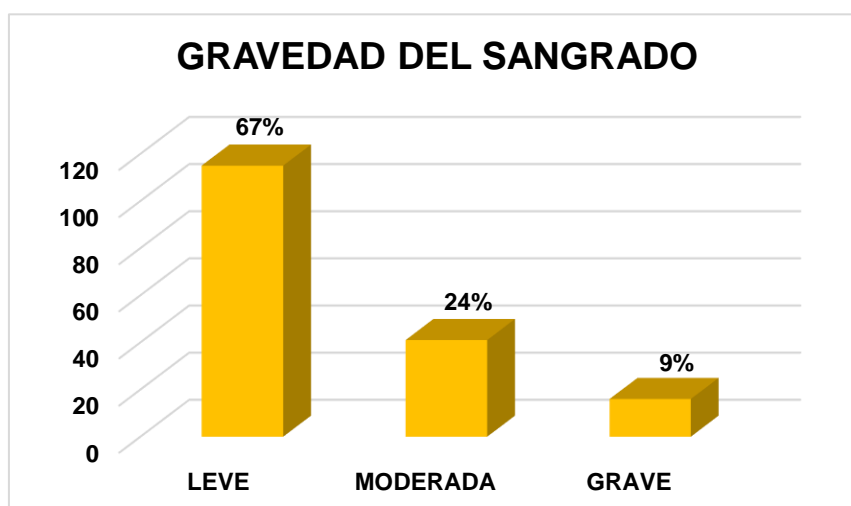
**Tabla 7. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Gravedad de la HDA.**

GRAVEDAD DEL SANGRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE	115	67%
MODERADA	41	24%
GRAVE	16	9%
TOTAL	172	100%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 7. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Gravedad de la HDA.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Se empleó la escala de evaluación hemodinámica para clasificar a los pacientes según la gravedad del sangrado mediante la determinación de la presión arterial y frecuencia cardíaca. El 67% (115) del total de pacientes presentó HDA leve y el 9% (16) HDA grave.

## **IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.**

**Tabla 8. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Factores de riesgo.**

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>FRECUE NCIA</b>	<b>PORCEN TAJE</b>
PRESENCIA	94	55%
AUSENCIA	78	45%
TOTAL	172	100%

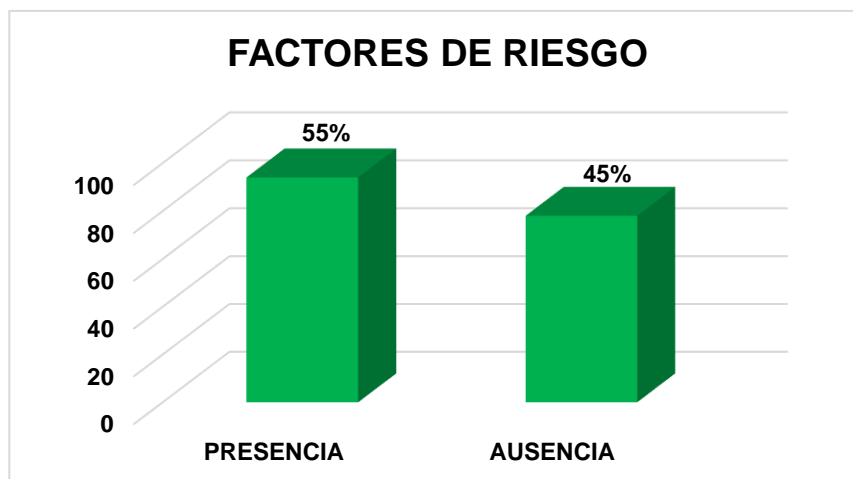
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 8. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Factores de riesgo.**



Fuente:



Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes del estudio (172), el 55% (94) presentó factores de riesgo importantes.

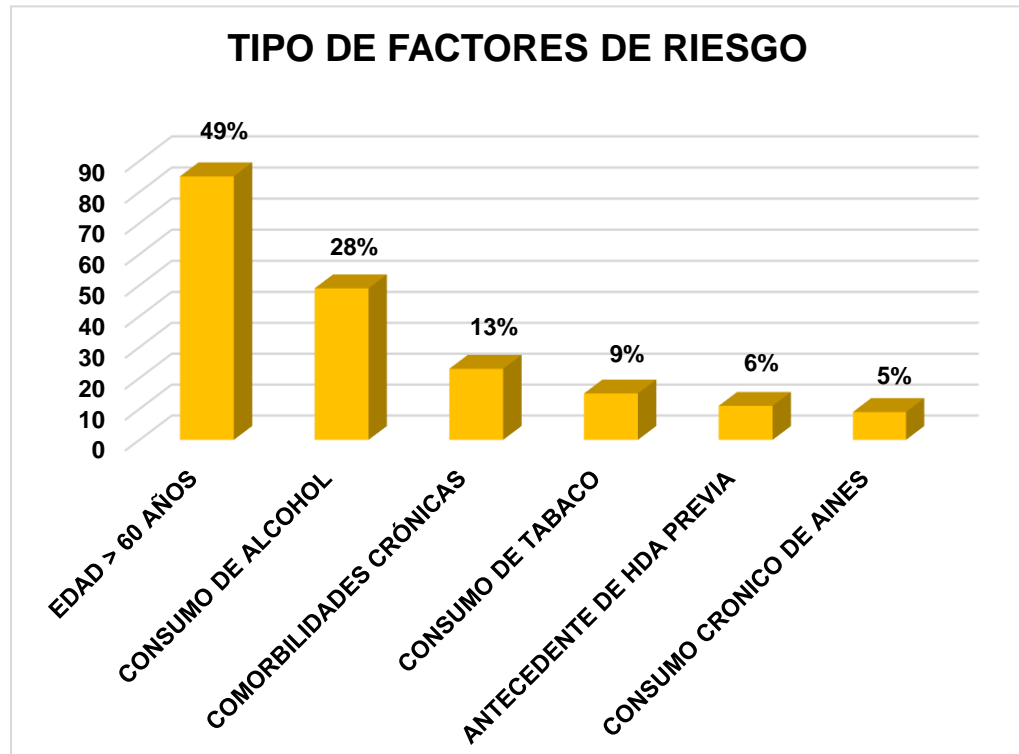
**Tabla 9. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de factores de riesgo.**

TIPOS DE FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD > 60 AÑOS	85	49%
CONSUMO DE ALCOHOL	49	28%
COMORBILIDADES CRÓNICAS	23	13%
CONSUMO DE TABACO	15	9%
ANTECEDENTE DE HDA PREVIA	11	6%
CONSUMO CRONICO DE AINES	9	5%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 9. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de factores de riesgo.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes del estudio (172), los factores de riesgo más frecuentes fueron la edad > 60 años (49%) y el consumo de alcohol (28%). Además, se encontró un grupo significativo de pacientes con comorbilidades crónicas (13%).

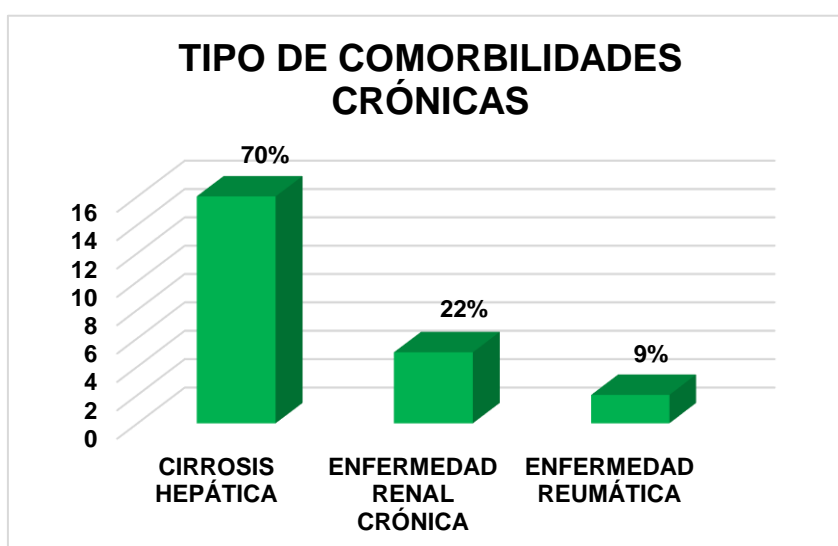
**Tabla 10. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de comorbilidades crónicas.**

<b>TIPO DE COMORBILIDADES CRÓNICAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CIRROSIS HEPÁTICA	16	70%
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	5	22%
ENFERMEDAD REUMÁTICA	2	9%
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 10. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de comorbilidades crónicas.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes con comorbilidades crónicas (23), de las cuales el 70% estuvo conformado por pacientes con cirrosis hepática.

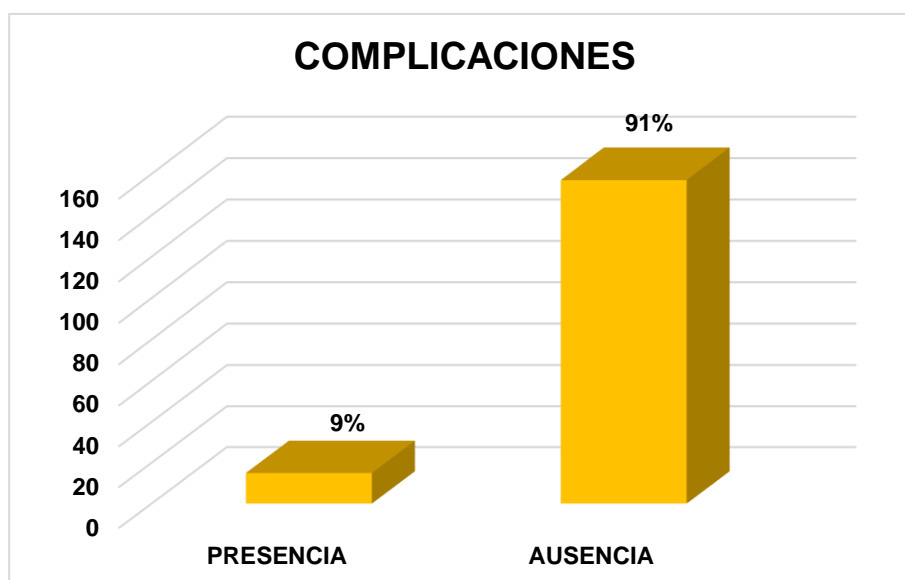
**Tabla 11. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Complicaciones.**

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENCIA	15	9%
AUSENCIA	157	91%
TOTAL	172	100%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 11. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Complicaciones.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

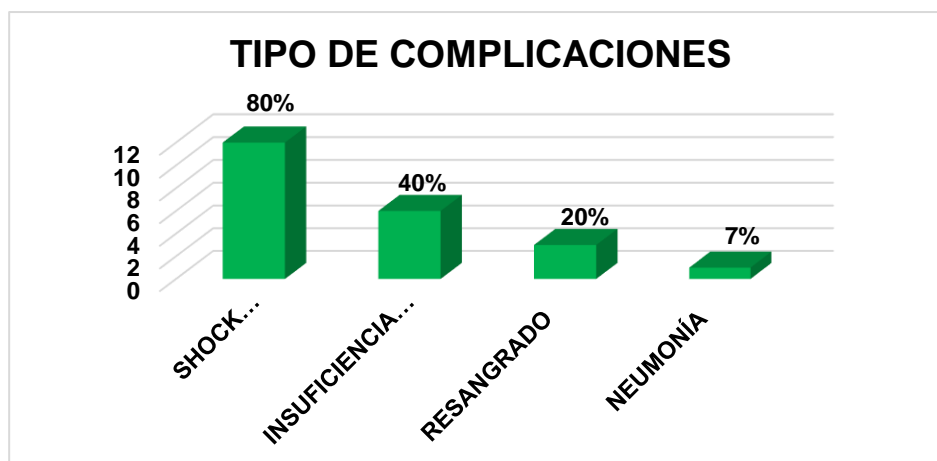
**Tabla 12. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de complicaciones.**

TIPO DE COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SHOCK HIPOVOLÉMICO	12	80%
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	6	40%
RESANGRADO	3	20%
NEUMONÍA	1	7%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 12. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Tipo de complicaciones.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. **Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes con complicaciones (15), el shock hipovolémico (80%) y la insuficiencia renal aguda (40%).

**ESTABLECER LA RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO  
Y EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES CLÍNICAS EN LOS  
PACIENTES DEL ESTUDIO.**

**Tabla 13. Análisis de asociación entre complicaciones y factores  
de riesgo.**

Relación entre complicaciones y factores de riesgo		Complicaciones		Total
		Si	No	
Factores de riesgo	Si	13 86,67%	81 51,59%	94 54,65%
	No	2 13,33%	76 48,41%	78 45,35%
Total		15 100,00%	157 100,00%	172 100,00%

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	354,793 <sup>a</sup>		0,0001		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	89,54		0,0001		
Razón de verosimilitudes	76,502		0,0001		
Estadístico exacto de Fisher				0,0001	0,0001
N de casos válidos	172				

Estimación de riesgo	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Factores de riesgo (Si/No)	9,888	1,267	27,122
Para la cohorte complicaciones = Si	7,184	1,479	11,558
Para la cohorte complicaciones = No	0,438	0,029	0,769
N de casos válidos	172		

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos

**.Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** El análisis de asociación demostró que existe asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de complicaciones con la presencia de factores de riesgo ( $p = 0,0001$ ). Además, la estimación de riesgo indica que la presencia de factores asociados

aumenta 7 veces el riesgo de desarrollar complicaciones en relación al grupo que no los posee (OR: 7,184).

Por lo tanto, se comprueba la hipótesis del estudio, que establece que: “La presencia de factores de riesgo predisponen a hemorragia digestiva y a sus complicaciones”. Porque que la probabilidad obtenida del p-valor fue  $< 0,05$  cuando se relacionó las complicaciones con los factores de riesgo.

Tabla 14. Análisis de asociación entre complicaciones y factores de riesgo (1).

Tipos de factores de riesgo		Complicaciones		Total	Odd Ratio	p-valor
		Si	No			
Edad > 60 años	Si	13 87%	72 46%	85 49%	<b>3,110</b> <b>IC 95% 1,366-11,254</b>	<b>0,02</b>
	No	2 13%	85 54%	87 51%		
Total		15 100,00 %	157 100,00 %	172 100,00 %		
Consumo de alcohol	Si	14 93,33%	35 22,29%	49 28,49%	<b>5,636</b> <b>IC 95% 1,438-28,121</b>	<b>0,0001</b>
	No	1 6,67%	122 77,71%	123 71,51%		
Total		15 100,00 %	157 100,00 %	172 100,00 %		
Comorbilidades crónicas	Si	12 80,00%	11 7,01%	23 13,37%	<b>2,711</b> <b>IC 95% 1,319-8-926</b>	<b>0,03</b>
	No	3 20,00%	146 92,99%	149 86,63%		
Total		15 100,00 %	157 100,00 %	172 100,00 %		

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.



Tabla 15. Análisis de asociación entre complicaciones y factores de riesgo (2).

Tipos de factores de riesgo		Complicaciones		Total	Odd Ratio	p-valor
		Si	No			
Consumo de tabaco	Si	6 40%	9 6%	15 9%	1 IC 95% 0,679-0,945	0,59
	No	9 60%	148 94%	157 91%		
Total		15 100,00 %	157 100,00 %	172 100,00 %		
Antecedente de HDA previa	Si	10 66,67%	1 0,64%	11 6,40%	<b>2,636</b> <b>IC 95% 2,438-45,121</b>	<b>0,014</b>
	No	5 33,33%	156 99,36%	161 93,60%		
Total		15 100,00 %	157 100,00 %	172 100,00 %		
Consumo crónico de AINES	Si	4 26,67%	5 3,18%	9 5,23%	1 IC 95% 0,319-0-926	0,317
	No	11 73,33%	152 96,82%	163 94,77%		
Total		15 100,00 %	157 100,00 %	172 100,00 %		

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

Autor: Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

Tabla 16. Análisis de asociación entre complicaciones y factores de riesgo (3).

Comorbilidades crónicas		Complicaciones		Total	Odd Ratio	p-valor
		Si	No			
Cirrosis hepática	Si	11 73%	5 3%	16 9%	<b>3,884</b> <b>IC 95% 1,679-33,945</b>	<b>0,03</b>
	No	4 27%	152 97%	156 91%		
Total		15 100,00 %	157 100,00 %	172 100,00 %		
Insuficiencia renal crónica	Si	1 6,67%	4 2,55%	5 2,91%	1 IC 95% 0,438- 0,821	0,611
	No	14 93,33%	153 97,45%	167 97,09%		
Total		15 100,00 %	157 100,00 %	172 100,00 %		
Enfermedad reumática	Si	1 6,67%	1 0,64%	2 1,16%	1 IC 95% 0,319-0,807	0,142
	No	14 93,33%	156 99,36%	170 98,84%		
Total		15 100,00 %	157 100,00 %	172 100,00 %		

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

## INTERPRETACIÓN:

Existe asociación estadística entre las complicaciones y la edad > 60 años con una p significativa de **0.02** y un Odd Ratio de **3,110 IC 95% 1,366-11,254**, lo cual indica que la colocación la edad > 60 años aumenta el riesgo 3 veces más para desarrollar complicaciones en relación al grupo de < 60 años de edad.

Existe asociación estadística entre las complicaciones y el consumo de alcohol con una p significativa de **0.0001**, y un Odd Ratio de **5,636 IC 95% 1,438-28,121**, lo cual indica que el consumo de alcohol es un factor de riesgo 1,6 veces mayor para desarrollar complicaciones en relación al grupo que no consume alcohol.

Existe asociación estadística entre las complicaciones y la presencia de comorbilidades crónicas con una p significativa de **0.03**, y un Odd Ratio de **2,711 IC 95% 1,319-8-926**, lo cual indica que la presencia de comorbilidades crónicas es un factor de riesgo 5 veces mayor para desarrollar complicaciones en relación al grupo que no tiene comorbilidades crónicas.

Existe asociación estadística entre las complicaciones y el antecedente de HDA previa con una p significativa de **0.014**, y un Odd Ratio de **2,636 IC 95% 2,438-45,121**, lo cual indica que el antecedente de HDA previa es un factor de riesgo 2 veces mayor para desarrollar complicaciones en relación al grupo que no lo tiene.

Existe asociación estadística entre las complicaciones y la presencia de cirrosis hepática con una p significativa de **0.03**, y un Odd Ratio de **3,884 IC 95% 1,679-33,945**, lo cual indica que la presencia de cirrosis hepática es un factor de riesgo 3 veces mayor para desarrollar complicaciones en relación al grupo que no tiene cirrosis hepática.

Las demás variables como: consumo de tabaco, consumo crónico de AINES, insuficiencia renal crónica y enfermedad reumática no demostraron

asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de complicaciones, ni representaron riesgo.

**DETERMINAR LA TASA DE MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DURANTE EL AÑO 2017.**

**Tabla 17. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil**

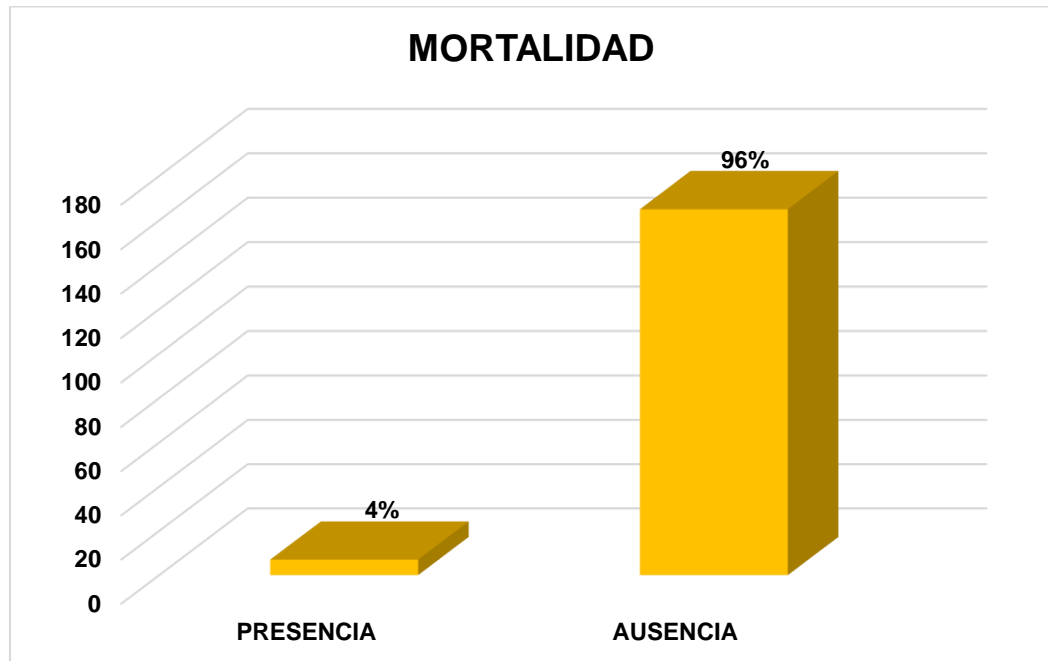
**Los Ceibos. 2017-2018, según: Mortalidad.**

<b>MORTALIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PRESENCIA	7	4%
AUSENCIA	165	96%
TOTAL	172	100%

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Ilustración 13. Distribución de los 172 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. 2017-2018, según: Mortalidad.**



**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

**Autor:** Valeria Josefina Herrera Illescas; Jorge Andrés Altamirano Mera.

**Interpretación:** Del total de pacientes del estudio (172), el 4%(7) falleció debido a la gravedad clínica

## DISCUSIÓN

En este estudio retrospectivo la hemorragia digestiva alta se reportaron un total de 172 casos durante el periodo de estudio fue más frecuente entre los hombres (73%) y las personas mayores de 60 años de edad (49%). Similares resultados fueron expuestos por Carrasco G en el año 2014, que evaluó un total de 710 personas con hemorragia digestiva alta, siendo el sexo masculino (76%) adulto mayor (58%) el más frecuente con esta patología. Esto difiere con estudios de Hasnath R, quien reportó en el año 2013 un total de 196 pacientes con HDA, donde los pacientes adultos medios de 36-45 años fue el grupo predominante. Otro autor, Kadima G analizó un total de 178 pacientes con sangrado digestivo alto siendo los adultos jóvenes los de mayor afectación con el 61%.

Dentro de las principales características sociodemográficas de la población analizada en esta investigación destaca que la mayoría residen en zonas urbanas (64%) de la provincia del Guayas (91%), lo cual coincide con los resultados de un estudio local realizado en la ciudad de Cuenca por Carrasco G, donde el 64% de los pacientes perteneció a zonas urbanas y urbano-periféricas de la ciudad. Esto sugiere que el factor sociodemográfico se asocia positivamente con el desarrollo de la enfermedad, ya que probablemente las personas que residen en zonas urbanas de las ciudades están expuestas en mayor proporción a factores de riesgo.

En el presente estudio, las etiologías más comunes de hemorragia digestiva alta fueron la úlcera gástrica (41%), gastritis erosiva (24%) y las

várices esofagogástricas (19%). Otros estudios reportaron diversidad similar de etiologías pero con variabilidad de las frecuencias reportadas, como lo describe Saltzman J (2018), que expone como las 2 etiologías más comunes las várices esofágicas (56%) y la úlcera péptica (61%); Kadima G, reporta el síndrome de Mallory-Weiss (47%) y esofagitis (22%) como las causas más frecuentes de HDA. Esta diversidad de etiologías se debe a las diferencias culturales de cada región donde se realizaron estos estudios, lo cual influye en la etiología del sangrado digestivo.

La forma de presentación clínica más frecuente en el presente estudio fue la hematemesis (91%) y la melena (41%), pero un número significativo de pacientes debutó con shock hipovolémico (7%). Esto mayoritariamente coincide en todos los estudios mencionados, donde la hematemesis y melena ocupan el primer puesto en cuanto a forma de presentación de la hemorragia digestiva: Kadima G (H: 41%; M: 28%), Hasnath R (H: 55%; M: 32%), Carrasco G (H: 62%; M: 20%) y Saltzman J (H: 39%; M: 25%).

Esta investigación demuestra que la edad > 60 años (49%), el consumo de alcohol (28%) y las comorbilidades crónicas (13%) desempeñan un papel importante en la presencia de hemorragia digestiva alta y la sola presencia de factores de asociados aumenta 7 veces el riesgo de desarrollar complicaciones (OR: 7,184). La prevalencia de factores de riesgo en este estudio fue del 64% (56). Saltzman J coincide que el consumo de alcohol (45%) es una de las etiologías más comunes de HAD, seguido del consumo crónico de AINES (29%). Kadima G incluye los hábitos tóxicos (62%), como

el consumo de alcohol y tabaco como etiologías comunes de hemorragia digestiva alta.

Las principales complicaciones en esta investigación recayeron en el shock hipovolémico (80%) y la insuficiencia renal aguda (40%). Estos resultados fueron similares a los de Carrasco G, donde el shock hipovolémico (47%) fue la complicación de mayor frecuencia y morbimortalidad. Mientras que Hasnath R, reporta el resangrado (56%) como la complicación más común y de mayor agresividad cuando se presentaba.

Los AINE son los fármacos mejor documentados asociados con hemorragia digestiva alta, como lo confirma Kadima G (10%), Saltzman J (14%) y Cho S (21%) y en los resultados de este estudio también ocupan un puesto dentro de las etiologías de la HDA (5%), a pesar que no se demostró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Este estudio encontró asociación significativa con: comorbilidades ( $p=0,03$ ), Edad  $> 60$  años ( $p=0,02$ ), HDA previa ( $p=0,014$ ). En conclusión, las úlceras pépticas siguen siendo la causa más común de hemorragia digestiva.



## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

El grupo poblacional más afectado fueron los pacientes de sexo masculino mayores de 60 años, que residen en zonas urbanas, especialmente de la provincia del Guayas.

La forma de presentación más frecuente fue la hemorragia digestiva alta leve, en forma de hematemesis, siendo la úlcera gástrica la etiología más importante de hemorragia digestiva alta

Los principales factores de riesgo fueron la edad > 60 años, consumo de alcohol y las comorbilidades crónicas, siendo el shock hipovolémico la complicación más frecuente.

Existe asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de complicaciones con la presencia de factores de riesgo.

La presencia de factores asociados aumenta 7 veces el riesgo de desarrollar complicaciones

La tasa de mortalidad por hemorragia digestiva alta en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

## RECOMENDACIONES

Realizar tamizaje de factores de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva baja para identificar a los pacientes en alto riesgo de complicaciones.

Mayor control en adultos mayores con comorbilidades crónicas que presenten hemorragia digestiva alta por ser considerados factores de riesgo importantes para complicaciones.

Fomentar el control médico rutinario a los pacientes que asisten a la consulta externa del Medicina Interna y Gastroenterología.

Fomentar la actualizar medica continua en el personal sanitario sobre los avances tecnológicos en el manejo de la hemorragia digestiva alta.

## CAPÍTULO VI

### BIBLIOGRAFÍA

1. Canadian Digestive Health Foundation. Peptic Ulcers: Statistics. Toronto, Canada: Canadian Digestive Health Foundation, Available from: <http://www.cdhf.ca/en/statistics>; 2016.
2. Aomari A SHBA. (2017) Upper Gastrointestinal Bleeding (UGB): Causes and Treatment. *J Hepatol Gastroint Dis.* 2017.
3. Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. [Online].; 2013 [cited 2016 Jan 6. Available from: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>.
4. Hasnath R. Prevalence of Peptic Ulcer Disease among the Patients with Abdominal Pain Attending the Department Of Medicine in Dhaka Medical College Hospital, Bangladesh. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS).* 2014; 13(1): p. 5-20.
5. Kadhim G OHIA. Risk Factors Associated with Peptic Ulcer Disease. *J Bioengineer & Biomedical Sci.* 2015; 5(1).
6. Carrasco G. Incidencia y complicaciones de Enfermedad ácido péptica en pacientes de Medicina Interna, Hospital Alfredo Noboa de Guaranda, durante el año 2010. Tesis de grado. Riobamba, Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina; 2015.
7. Bong M LBEASJCSNILA. Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians. *World J Gastrointest Pathophysiol.* 2014;; p. 467-478.
8. Adang RP VJTJ. Adecuación a las indicaciones de diagnóstico para la endoscopia gastrointestinal superior: asociación con la enfermedad endoscópica relevante. [Online].; 2015.
9. Esquivel-Ayanegui F. Úlcera péptica e infección por *Helicobacter pylori*. *Rev Gastroenterol Mex.* 2015 Junio 10; 80(S1): p. 58-60.

10. Cerini et al. Impact of anticoagulation on upper-gastrointestinal-bleeding in cirrhosis. a retrospective multicenter study. *Hepatology*. 2015 Mar 12; 47(2): p. 45-51.
11. Universidad de Guayaquil. Biblioteca virtual de la Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. [Online].; 2012 [cited 2015 Dec 21. Available from: <http://bibantonioparravelascoug.blogspot.com/2012/06/biblioteca-virtual-universidad-de.html>.
12. Abreu L. Gastroenterología: Endoscopia diagnóstica y terapéutica. Cap. 15: Úlcera Gastroduodenal. 2nd ed. Buenos Aires: Panamericana; 2009.
13. Saltzman J. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. [Online].; 2018. Available from: <https://www.uptodate.com>.
14. Kumar NL CANJ. Timing of upper endoscopy influences outcomes in patients with acute nonvariceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2017.
15. Bennett C KSLEGL. Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014.
16. Gralnek IM DJKE. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015.
17. Garg SK ACCJ. Early esophagogastroduodenoscopy is associated with better Outcomes in upper gastrointestinal bleeding: a nationwide study. *Endosc Int Open*. 2017.
18. Cho SH LYKY. Outcomes and Role of Urgent Endoscopy in High-Risk Patients With Acute Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018.
19. Stanley AJ LLDH. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ*. 2017.
20. Tang Y SJZF. Scoring systems used to predict mortality in patients with acute upper gastrointestinal bleeding in the ED. *Am J Emerg Med*. 2018.

21. Jairath V DM. Modern-day management of upper gastrointestinal haemorrhage. *Transfus Med*. 2015.
22. Peloquin JM SSKLCEAARJ. Diagnostic and therapeutic yield of endoscopy in patients with elevated INR and gastrointestinal bleeding. *Am J Med*. 2015.
23. Monteiro S GTMJCJ. Upper gastrointestinal bleeding risk scores: Who, when and why? *World J Gastrointest Pathophysiol*. 2016;; p. 86-96.
24. Fujishiro M IMKN. Guidelines for endoscopic managements of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Endosc*. 2016.
25. Sildirođlu O MJBT. Acute lower gastrointestinal bleeding: predictive factors and clinical outcome for the patients who needed first-time mesenteric conventional angiography. *Diagn Interv Radiol*. 2018;; p. 23–27.
26. Suchartlikitwonga S LKRRWD. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding and *Helicobacter pylori* infection: review of 3,488 Thai patients. *Asian Biomedicine*. 2015.
27. Colomo A. Hemorragia Digestiva Alta: Prevención y Tratamiento. Tesis. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.; 2016.
28. Villanueva C GJHA. Hemorragia Gastrointestinal. *Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología. Sección II - Síndromes relevantes en hepato-gastroenterología.* ; 2014.
29. IETSI. Guía de Práctica Clínica para la Evaluación y Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta. Guía en Versión Extensa.. ; 2017.
30. Mallory GK. S Weiss Las hemorragias de laceraciones del cardias del estómago debido a los vómitos. [Online].; 2015.





