



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: FACTORES DE RIESGO Y
COMPLICACIONES EN PACIENTES DE 30 A 80 AÑOS DE EDAD.
ESTUDIO A REALIZADO EN LA CLÍNICA SAN FRANCISCO,
PERIODO 2014 – 2015**

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

ESTUDIANTE: STEFANY NATHALY ZAMBRANO SOLEDISPA

**TUTOR: MSC, FACS ALBERTO CORDERO AROCA
GUAYAQUIL – ECUADOR**

AÑO: 2015



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES DE 30 A 80 AÑOS DE EDAD. ESTUDIO A REALIZADO EN EL HOSPITAL CLÍNICA SAN FRANCISCO, PERIODO 2014 – 2015		
AUTOR/ ES: ZAMBRANO SOLEDISPA STEFANY NATHALY	REVISORES: DR. ALBERTO CORDERO	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas	
CARRERA: Escuela de Medicina		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Nº DE PÁGS:	
ÁREAS TEMÁTICAS: Hospitalización		
PALABRAS CLAVE: Hemorragia digestiva alta, ulcera péptica, Hipertensión Portal		
RESUMEN: Introducción: La hemorragia digestiva alta es la pérdida de sangre originada en el esófago, estómago o duodeno hasta el ángulo de Treitz Objetivo: Determinar los factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta en pacientes de 30 a 80 años de edad a través de la observación indirecta. Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, fueron estudiados 100 pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital clínica san francisco en el periodo 2014 -2015 según criterios de inclusión y exclusión las variables estudiadas fueron Edad, sexo, factores de riesgo y complicaciones. Resultados: Según los estudios recolectados la edad la mayor incidencia son entre 61 a 80 años de edad, el sexo masculino tiene una incidencia del 80 % sobre el 20 % de la mujer. Entre los factores de riesgo con mayor incidencia es el consumo de Aines, entre los síntomas más llamativos es la Melena, entre las complicaciones con mayor incidencia son los re sangrados en personas mayores de 60 años. Conclusiones. Un adecuado tratamiento y una correcta detención de las causas evitan los reingresos hospitalarios por re sangrados.		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI <input checked="" type="checkbox"/> X	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0988424692	E-mail: Tatita-199@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil, Escuela de Medicina	
	Teléfono: (04) 228-4505	
	E-mail: www.ug.edu.ec	

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MEDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR EL SR **ZAMBRANO SOLEDISPA STEFANY NATHALY** CON C.I. # **0927274399**.

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES **HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES DE 30 A 80 AÑOS DE EDAD. ESTUDIO A REALIZADO EN EL HOSPITAL CLÍNICA SAN FRANCISCO, PERIODO 2014 - 2015**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR. MSC, FACS ALBERTO CORDERO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde al Sr. **ZAMBRANO SOLEDISPA STEFANY NATHALY** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de medico

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia la cual siempre estuvo en los momentos más difíciles de la carrea, en especial a mi madre la cual siempre estuvo incentivándome en cada paso que daba.

A mi abuelita Flora ella siempre cuidándome y preocupándose por mí.

Stefany Zambrano Soledispa

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis amigas Andrea, liana, verónica, que ellas han colaborado con cada mensaje de apoyo para este logro.

A excelentes docentes de la Clínica San Francisco en especial al Dr. Carlos González que sin su ayuda no hubiera

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: FACTORES DE RIESGO Y
COMPLICACIONES EN PACIENTES DE 30 A 80 AÑOS DE EDAD. ESTUDIO
A REALIZADO EN EL HOSPITAL CLÍNICA SAN FRANCISCO, PERIODO
2014 – 2015

AUTOR: STEFANY ZAMBRANO SOLEDISPA

TUTOR: MSC, FACS DR ALBERTO CORDERO

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta es la pérdida de sangre originada en el esófago, estómago o duodeno hasta el ángulo de Treitz. Determinar los factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta en pacientes de 30 a 80 años de edad a través de la observación indirecta. Estudio descriptivo y retrospectivo, fueron estudiados 100 pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital clínica san francisco en el periodo 2014 -2015 según criterios de inclusión y exclusión las variables estudiadas fueron Edad, sexo, factores de riesgo y complicaciones. Según los estudios recolectados la edad con mayor incidencia son entre 61 a 80 años de edad, el sexo masculino tiene una incidencia del 80 % sobre el 20 % que representa la mujer. Entre los factores de riesgo con mayor incidencia es el consumo de Aines, entre los síntomas más llamativos es la Melena, entre las complicaciones con mayor incidencia son los re sangrados en pacientes mayores de 60 años. Un adecuado tratamiento y una correcta detención de las causas evitan los reingresos hospitalarios por re sangrados

Los resultados de esta investigación guardan relación con los encontrados en estudios similares, demuestra que el conocimiento de todos estos aspectos nos permitirá brindar una mejor atención a la comunidad. Palabras Claves: hemorragia digestiva alta, úlcera péptica, hipertensión portal.

ABSTRACT

Background: upper gastrointestinal bleeding is any blood loss of sufficient volume to produce hematemesis, melena or both, whose origin is among the upper esophageal sphincter and Treitz angle.

To determine risk factors and complications of upper gastrointestinal bleeding in patients 30-80 years of age through indirect observation. Methods: A descriptive, retrospective study, 100 patients were studied with upper gastrointestinal bleeding in san Francisco Clinical Hospital in the period 2014 -2015 according to inclusion and exclusion criteria of the variables studied were age, sex, risk factors and complications. According to the collected studies with highest incidence age are between 61 to 80 years of age, the male has an incidence of 80% over 20% representing women. Among the risk factors with greater incidence is the consumption of Aines, among the most striking symptoms is the mane, complications with increased incidence are re bleeding in patients over 60 years old. An appropriate treatment and a proper detention causes prevent hospital readmissions by re bleeding results from this research are related to those found in similar studies, shows that the knowledge of all these aspects will enable us to provide a better service to the community keywords: upper gastrointestinal bleeding, ulcers peptide, portal hypertension

INDICE

Contenido

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	5
DETERMINACION DEL PROBLEMA	5
FORMULACION DEL PROBLEMA	6
PREGUNTAS DE INVESTIGACION	6
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	7
OBJETIVO GENERAL	7
OJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
CAPITULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
CAUSAS	8
INCIDENCIA	9
FACTORES DEL ESTILO DE VIDA.....	10
EPIDEMIOLOGIA	10
CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	11
CLASIFICACIÓN EVOLUTIVA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA	12
SINTOMAS	12
MANIFESTACIONES DE HIPOVOLEMIA.....	13
COMPLICACIONES.....	13
DIAGNOSTICO	14
LABORATORIO	14
ENDOSCOPIA	15
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA.....	15
PANENCOSCOPIA.....	15
ARTERIOGRAFÍA.....	16
GAMMAGRAFÍA MARCADA CON TECNECIO	16
CORRECCIÓN DE LA ALTERACIÓN HEMODINÁMICA	16
REPOSICIÓN DE LA VOLEMIA	17
HEMORRAGIA DIGETSIVA ALTA DE ORIGEN NO VARICOSO.....	17

Térmicos: heat probe (usado en la uc), bicap o láser.....	18
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN VARICOSO	18
MORBIMORTALIDAD DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN RELACIÓN CON LA GRAVEDAD.	19
MORBIMORTALIDAD DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN RELACIÓN CON LA GRAVEDAD	20
REFERENTES EMPÍRICOS.....	20
OPINIÓN DEL AUTOR.....	21
HIPÓTESIS.....	22
Variables:	22
CAPITULO III	23
MATERIALES Y METODOS	23
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	23
PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN	23
UNIVERSO Y MUESTRA.....	23
VIABILIDAD	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	25
OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	26
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	26
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	26
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA	27
METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	27
CAPÍTULO IV	29
ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
ANÁLISIS DE DATOS.....	29
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
GRAFICO 1	30
GRAFICO 2	31
GRAFICO 3	32
GRAFICO 4	33
GRAFICO 5	34
GRAFICO 6	35
DISCUSIÓN	36
CAPÍTULO V	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
RECOMENDACIONES	37
CAPÍTULO VI	39
PROPUESTA	39

Bibliografía	40
--------------------	----

INTRODUCCION

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye toda pérdida hemática de volumen suficiente como para producir hematemesis, melena o ambas, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. (Msc. García Orozco, Msc. Piña Prieto, & Dr. Lozada Prado, 2012)

La hemorragia digestiva alta es un problema clínico muy frecuente, implica más de 300.000 hospitalizaciones anualmente en los Estados Unidos. En los países occidentales, la incidencia de hemorragia digestiva alta (HDA) es de 100 a 150 casos por 100.000 habitantes al año o de 36 a 100 hospitalizaciones por 100.000 habitantes de la población general (M, 2010)

Según estudios realizados la hemorragia digestiva alta tiene mayor prevalencia en sexo masculino en un porcentaje que oscila entre 51.1 y 64,7% y prevalencia en pacientes mayores de 60 años (Msc. García Orozco, Msc. Piña Prieto, & Dr. Lozada Prado, 2012) (Castañeda, 2012)

La edad mínima fue de 18 años; la máxima, de 94. El 44.4% tenían edad igual o mayor a 65 años (M, 2010).

La mayoría de las Hemorragia digestiva alta (80-90%) es de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%). En nuestro medio, más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINE y/o a la presencia de *H. pylori* rectorragia (Larcos Herrera, 2015) (Parra & Dr. Janer Nelson Lozano Martínez, 2014) (blog.utp.edu.co, 2011)

Las dos causas más frecuentes son la hemorragia digestiva alta por úlcera péptica y la secundaria a hipertensión portal. No obstante, a pesar de todos los procedimientos diagnósticos disponibles, hasta el 20% de los casos de HDA quedan sin demostrar con exactitud su causa. (Pérez, 2012-2013)

Las úlceras provocadas por AINES a menudo carecen inflamación más allá del margen de la úlcera, mientras que las úlceras por infección de *H pylori* por lo general ocurren en

un contexto de gastritis crónica activa. Las úlceras inducidas por AINES es tratada suspendiendo los AINE o la sustitución de un medicamento alternativa menos gastrotóxico. (Valle, 2010) (blog.utp.edu.co, 2011)

Diversos estudios han sugerido, basándose en datos de estudios poblacionales recientes, que la incidencia de hemorragia digestiva alta estaría en 60 casos / 8 100.000 habitantes / año, con un crecimiento en la proporción de episodios relacionados con el uso de aspirina y antiinflamatorios no esteroideos. (Pérez, 2012-2013)

En los pacientes mayores de 60 años se concentra una mayor incidencia de recidiva hemorrágica y una mayor mortalidad, que puede llegar hasta el 39%; presencia de enfermedades asociadas: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal, diabetes mellitus, alteraciones neurológicas, anticoagulación; shock hipovolémico: los pacientes que se presentan con inestabilidad hemodinámica a su ingreso tienen peor pronóstico. (MD. Garzón O., Hormaza A. MD, MD Molano V. , & MD. Rivera H. , 2013)

La Hemorragia Digestiva Alta es la principal consulta de emergencia en la especialidad de gastroenterología y, a pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, la mortalidad se ha mantenido estacionaria entre el 5%-10% durante las últimas dos décadas (MD. Garzón O., Hormaza A. MD, MD Molano V. , & MD. Rivera H. , 2013)

Como factores de riesgo predisponentes al sangrado, el 30% de los enfermos referían toma previa de AINES, el 10% tenía un diagnóstico de ERGE, el 10% tenía una hipertensión portal conocida y el 12% había padecido un úlcus péptico previamente (Pérez, 2012-2013)

La hemorragia digestiva alta es una urgencia médica siendo responsable de unas 300.000 hospitalizaciones en Europa. En nuestro medio, más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINE y/o a la presencia de *H. pylori*.

El propósito de este trabajo es determinar los factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta en pacientes de 30 a 80 años de edad a través de la observación indirecta en el Hospital Clínica San Francisco, periodo 2014 - 2015

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta es un problema frecuente en pacientes que tienen una historia larga de consumo indiscriminado de aines, alcohol y cualquier fármaco que cause irritación de la mucosa gástrica.

La ulcera péptica es la primera causa de sangrado en la hemorragia digestiva alta que a su vez es causada por h. bacter pylori.

La hemorragia digestiva alta es una de las causas más frecuentes de demanda de atención urgente, con una incidencia de 100-160 casos por 100.000 habitantes y año. Constituye la primera urgencia gastroenterológica, y la segunda causa de mortalidad de causa digestiva después del cáncer (10-14%) (Pérez, 2012-2013)

El estilo de vida influye directamente en la incidencia de hemorragia digestiva alta.

La hemorragia digestiva alta es la emergencia más frecuente en gastroenterología, pues por esta afección ingresan anualmente de 50 a 150 pacientes aproximadamente por cada 100.000 habitantes en los servicios de urgencia de los hospitales españoles y del Reino Unido. Por su parte, en los Estados Unidos de Norteamérica ocurren 300.000 ingresos hospitalarios cada año y en Cuba constituye de 10-20 % de los ingresos en los servicios de cirugía. (Msc. Riverón Quevedo, Dra. González Ulloa, Msc. Deborah Llorca, & Msc. Alain Dinza Cabrejas, 15 de septiembre del 2012)

En Latinoamérica, Colombia reporta una tasa de mortalidad del 9,5% y en Perú, se estiman valores del 3% y 9,1% en dos hospitales de referencia. (Cassana, Scialom, R. Segura, & Chacaltana, junio 2012-diciembre 2013)

En el Ecuador la tasa por hemorragia gastrointestinal oscila entre el 10 y 20%, Entre los principales factores de riesgo identificados en la hemorragia del aparato digestivo alto encontraremos edad mayor de 60 años, Enfermedades adjuntas, Coagulopatías ,

Inmunosupresión, Diagnóstico erróneo, recidiva del sangrado (Zambrano Bonilla, Vera Gordillo, & León Tiluano, 2002)

Debido a que en Ecuador existen muy pocos estudios epidemiológicos sobre la hemorragia digestiva con la realización de este estudio se desea recolectar una base de datos para identificar los factores de riesgo y las causas que la provocan.

En la Clínica Hospital San Francisco existe un gran número de personas que ingresan al área de hospitalización por hemorragia digestiva alta.

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva alta es una urgencia médica muy frecuente, representa un elevado número de ingresos hospitalarios anuales y un gran consumo de recursos sanitarios.

Es necesario identificar los factores de riesgo y causas asociadas a hemorragia digestiva alta, a fin de disminuir las complicaciones, la magnitud, la trascendencia. La incidencia de esta patología justifica su investigación para crear conciencia y mejorar la calidad de vida del paciente.

Es importante esta investigación para documentar toda la información obtenida y que a futuro sea de utilidad en diseño de medidas preventivas y protocolos de esta patología.

DETERMINACION DEL PROBLEMA

La presente investigación se efectuó:

CAMPO DE INVESTIGACION: Salud Pública

Lugar: HOSPITAL CLINICA SAN FRANCISCO

AREA: HOSPITALIZACIÓN

PERIODO: 2.014 - 2015

ASPECTO: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES

TEMA: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

FORMULACION DEL PROBLEMA

1. ¿Cómo afecta los factores de riesgo en el desarrollo de las complicaciones de la hemorragia digestiva alta en pacientes de 30 a 80 años en el Hospital Clínica San Francisco, periodo 2014 - 2015?

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

1. ¿Cuáles son los factores los factores de riesgo que provocan la hemorragia digestiva alta por ulcera péptica en edad de 30 a 80 años?
2. ¿Cuál es la causa de la hemorragia digestiva alta en edad de 30 a 70 años?
3. ¿Cuáles son los antecedentes patológicos vinculados con la hemorragia digestiva alta en edades de 30 a 70 años?
4. ¿Qué complicaciones que puede tener la hemorragia digestiva alta en edad de 30 a 70 años?
5. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes en el área de emergencia?
6. ¿Qué medidas se debe tomar para prevenir la hemorragia digestiva alta en personas de 30 a 70 años?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta en pacientes de 30 a 80 años de edad a través de la observación indirecta en el Hospital Clínica San Francisco, periodo 2014 - 2015

OJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Clínica San Francisco, Periodo 2014 - 2015
2. Identificar los factores de riesgo presentes en pacientes con hemorragia digestiva alta.
3. Determinar las complicaciones que se desarrollan en pacientes con hemorragia digestiva alta.
4. Calcular la tasa de mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de 30 a 80 años.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

La hemorragia digestiva alta es la pérdida de sangre originada en el esófago, estómago o duodeno hasta el ángulo de Treitz. Es una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y un frecuente motivo de hospitalización. (Dr. Alejandro paredes, Gallegos, & Daniela Gálvez, 2010)

CAUSAS

La causa de la hemorragia digestiva alta se identifica en el 80 % de los enfermos, entre ellas tenemos:

- Úlcera péptica.
- Erosiones gastroduodenales.
- Esofagitis.
- Várices.
- Síndrome de Mallory Weiss.
- Malformaciones vasculares.
- Neoplasias.
- Otras.
- No conocida.

Las dos causas más frecuentes de Hemorragia digestiva alta son la úlcera péptica (duodenal o gástrica) y la secundaria a hipertensión portal, las cuales representan el 50 y 25 % de los ingresos, respectivamente (Rodríguez Fernández, Dr Acosta González, Dra Fong Estrada, & DR Pagés Gómez,) (Castañeda, 2012)

Otras causas menos frecuentes son: lesiones agudas de mucosa gástrica, angiodisplasias, síndrome de Mallory Weiss, tumores benignos o malignos de esófago, de estómago o duodeno, lesión de Dieulafoy, esofagitis hemorrágicas (péptica, infecciosa), úlcera esofágica (idiopática, péptica, viral), duodenitis hemorrágica, fístula aortoentérica, pólipos (gástricos, duodenales o esofágicos), tratamiento anticoagulante (hematomas

intramurales), hemobilia (en ocasiones, como complicación de una biopsia hepática), hemorragia pospapiotomía (generalmente autolimitada), hemosuccus pancreático («wirsungrragia») y pseudoquistes pancreáticos perforados al estómago. Mucho más escasas son las hemorragias debidas a enfermedades hematológicas: periarteritis nodosa, púrpura de Schönlein-Henöch y otras vasculitis, pseudoxantoma elasticum y síndrome de Ehler Danlos, sarcoma de Kaposi y citomegalovirus. Finalmente, vale recordar que entre 5 y 8 % de los ingresos por Hemorragia Digestiva Alta no se logra hallar la causa de la hemorragia, a pesar de exámenes exhaustivos. (Rodríguez Fernández, Dr Acosta González, Dra. Fong Estrada, & DR Pagés Gómez, 2010)

Las lesiones agudas de la mucosa gástrica constituyen hasta el 20 % de las causas de Hemorragia Digestiva Alta, aunque habitualmente presentan un sangrado leve. Los factores clínicos asociados con la existencia de estas lesiones son la ingestión de AINE, alcohol, o estado crítico del enfermo con ventilación mecánica, coagulopatía, lesiones neurológicas graves, politraumatizados, entre otros. (Rodríguez Fernández, DR Acosta González, Dra Fong Estrada, & Dr Pagés Gómez, 2010)

Los estudios nacionales más recientes de hemorragia digestiva alta basados en endoscopías indican que las diferentes causas de hemorragia digestiva alta tienen variaciones geográficas, altitud por encima del nivel del mar en particular. Cuando se toman en cuenta tanto úlcera gástrica y úlcera duodenal en conjunto, la frecuencia como causa de hemorragia digestiva alta no parece tener relación con la altura: 50% a nivel del mar, 47% en Huaraz (3100 msnm), 46.4% en Cuzco (3200 msnm) y 62% en La Oroya (3850 msnm), pero la relación úlcera gástrica a úlcera duodenal definitivamente parece tenerla; En la altura los pacientes toleran bien la hemorragia digestiva. (Ramírez,2010) (Reiterer, 2010)

INCIDENCIA

Su incidencia varía, según el área estudiada, entre 48 y 160 casos de hemorragia digestiva alta es de 100.000 habitantes/año y su causa más frecuente es la úlcera péptica, gástrica o duodenal. En los últimos años se ha modificado el patrón epidemiológico de esta complicación. Se ha constatado en nuestro medio un discreto descenso de la incidencia

de Hemorragia Digestiva Alta y un aumento de la incidencia de Hemorragia Digestiva baja (Hervás & Cándid Villanueva, 2010) (Rodríguez Fernández, DR Acosta González, Dra Fong Estrada, & Dr Pagés Gómez, 2010)

FACTORES DEL ESTILO DE VIDA

El consumo de cigarrillo puede acelerar el vaciamiento gástrico y disminuye la producción de bicarbonato pancreático. Sin embargo los estudios producen resultados contradictorios. El cigarrillo es lesivo para la mucosa gastroduodenal y la infiltración del H pylori es mayor en el antro gástrico de los fumadores. El consumo del alcohol es conocido como causa de irritación de la mucosa gástrica y gastritis inespecífica. La evidencia de que el consumo de alcohol sea factor de riesgo para úlcera duodenal no es concluyente. Poca evidencia sugiere que la ingesta de cafeína está asociada con riesgo aumentado de úlcera duodena (blog.utp.edu.co, 2011)

EPIDEMIOLOGIA

La hemorragia digestiva alta es una de las causas más frecuentes de demanda de atención urgente, con una incidencia de 100-160 casos por 100.000 habitantes y año. Constituye la primera urgencia gastroenterológica, y la segunda causa de mortalidad de causa digestiva después del cáncer (10-14%). (Pérez, 2012-2013).

La incidencia en el hombre es el doble que en la mujer, y esta patología se incrementa con la edad (pico entre 50-60 años). El 16% de los pacientes requiere cirugía urgente. (Pérez, 2012-2013)

La causa más frecuente en nuestro medio de hemorragia digestiva alta es la úlcera péptica, que supone alrededor del 50% de todos los casos. En menos del 10% de los mismos el origen son varices esofágicas o gástricas asociadas a cirrosis hepática, hipertensión portal o patología hepática. Diversos estudios han sugerido, basándose en datos de estudios poblacionales recientes, que la incidencia de hemorragia digestiva alta estaría en 60 casos de 8 a 100.000 habitantes por año, con un crecimiento en la proporción de episodios relacionados con el uso de aspirina y antiinflamatorios no esteroideos. Además, la úlcera péptica como causa de Hemorragia Digestiva Alta predomina entre

los pacientes de mayor edad, con un 68% de casos con más de 60 años y un 27% con más de 80 años de edad. La mortalidad se sitúa entre el 5 y el 10%, siendo su pronóstico favorable en la mayor parte de los pacientes, precisando únicamente tratamiento médico, observación y seguimiento. Un cuarto de los pacientes con várices pueden morir en su primer episodio de sangramiento, Los pacientes mueren en mayor medida cuando no se encuentra una causa de sangrado, siendo esta del 30% (Pérez, 2012-2013) (Rosado, 2014)

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Existen varios métodos clínicos para clasificar hemodinámica mente una hemorragia digestiva; uno de los más sencillos desde el punto de vista práctico es considerar la hemorragia leve o grave:

- *Hemorragia leve*: Es aquella en la que la tensión arterial sistólica es superior a 100 mm Hg, el pulso es menor de 100 lpm, el aspecto de la piel es normal y a pesar de levantarse y sentarse el enfermo, no hay cambios ni en la tensión arterial ni en el pulso.
- *Hemorragia grave*: Es aquella en la que la tensión arterial sistólica es menor de 100 mm Hg y el pulso mayor de 100 lpm, acompañado de piel fría, pálida y sudorosa y cuando el ortostatismo produce cambios en la tensión arterial y el pulso. (Rodríguez Fernández, DR Acosta González, DRA Fong Estrada, & DR Pagés Gómez, 2010)

Se pueden diferenciar tres grupos etiológicos con diferente significado pronóstico:

- Grupo de bajo riesgo: hemorragias digestivas consecutivas al síndrome de Mallory Weiss, esofagitis, lesiones agudas de la mucosa gástrica (excluidas las úlceras por estrés) que tienen una escasa tasa de recidivas y una mortalidad mínima.
- Grupo de riesgo medio: constituido por el sangrado consecutivo a una úlcera péptica, con una mortalidad relativamente baja a pesar de la elevada proporción de las hemorragias persistentes (25-30 %), debido a la posibilidad de una

actuación (endoscópica o quirúrgica).

- Grupo de alto riesgo: formado por las hemorragias de origen no precisado y por las consecutivas a várices esofágicas que presentan una mortalidad en torno a 30 %. (Rodríguez Fernández, Dr. Acosta González, Dra. Fong Estrada, & Dr. Pagés Gómez, 2010)

La magnitud de las cifras presentadas por esta patología potencialmente mortal la convierte en la principal emergencia gastroenterológica en todos los niveles de salud, por lo que es imprescindible una evaluación temprana de los pacientes a fin de establecer un diagnóstico precoz e instaurar una terapia pertinente. (Cassana, Scialom, R. Segura, & Chacaltana, junio 2012-diciembre 2013)

CLASIFICACIÓN EVOLUTIVA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA

Hemorragia limitada Presencia durante más de 12 horas de:

- Ausencia de signos externos de hemorragia. Estabilidad hemodinámica y del hematocrito.
- Hemorragia persistente o recidivante Signos de hemorragia con: Repercusión hemodinámica (TA 100 pm).
- Descenso del hematocrito 6 puntos o más en 24 horas, o pérdidas menores durante más de 2 días. (Rosado, 2014)

SINTOMAS

Los síntomas de una hemorragia digestiva alta son de dos tipos, los derivados de la pérdida de sangre como malestar general, cansancio intenso, palidez, aumento de la frecuencia cardiaca, hipotensión y los síntomas derivados de la exteriorización de la sangre desde el aparato digestivo mediante el vómito o la defecación. Si se vomita sangre, lo que se denomina hematemesis, esta puede ser roja brillante o con coágulos, pero si ha permanecido un tiempo en el estómago en contacto con el jugo gástrico a menudo adquiere un aspecto que recuerda a los “posos del café”. Si la sangre se expulsa en la

defecación, tras haber pasado por todo el tubo digestivo y verse sometida a los procesos de digestión, lo habitual es que se produzcan unas heces blandas, pegajosas, con aspecto que recuerda al alquitrán y que denominamos melena. Más raramente una hemorragia digestiva alta no varicosa se manifiesta por la emisión de sangre fresca por el recto (rectorragia) y en ese caso frecuentemente indica que es una hemorragia más severa. (Aguirre, 2014)

La magnitud del sangrado digestivo alto es difícil de calcular. Se han utilizado numerosos términos para describir el grado de hemorragia digestiva, pero no se ha establecido ningún criterio uniforme debido a que ésta puede variar de un momento a otro, por lo que la precisión debe ser dinámica. Esta dificultad es de interés por cuanto el conocimiento de la intensidad de la hemorragia ayuda a determinar la necesidad de una transfusión sanguínea, la eficacia del tratamiento médico y la indicación de la cirugía de urgencia. En principio toda hemorragia digestiva franca debe considerarse como potencialmente grave y, por tanto, requiere esfuerzos diagnósticos y terapéuticos intensos. (Rodríguez Fernández, Dr. Acosta González, Dra. Fong Estrada, & Dr. Pagés Gómez, 2010)

MANIFESTACIONES DE HIPOVOLEMIA.

Algunos pacientes pueden presentar hipotensión ortostática, lipotimia, shock hipovolémico, disnea o angina, sin que haya exteriorización de sangre por el tubo digestivo. (Rosado, 2014)

COMPLICACIONES

La más relevante y afortunadamente poco frecuente que corresponden al 0,5 % es la perforación, especialmente en úlceras de la cara anterior del duodeno.

La hemorragia digestiva alta secundaria a lesiones sangrantes que a su vez son complicaciones de la presencia de hipertensión Portal, suelen presentar mayor severidad y peor pronóstico. Los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta y antecedentes o datos clínico-biológicos de hepatopatía deben ser evaluados y monitorizados con extrema precaución.

Aproximadamente dos tercios de los pacientes presentan anemia ferropenia como complicación de hemorragia digestiva alta (Rosado, 2014) (F. Bermejo San José & S. García López, 30 de marzo del 2011)

DIAGNOSTICO

El método diagnóstico habitual es la endoscopia alta y la radiografía baritada de esófago, estómago y duodeno, y con menos frecuencia la arteriografía, la enteroscopia, la gammagrafía y la endoscopia preoperatoria. Las pruebas de laboratorio clínico revelan las alteraciones hematológicas concomitantes. (Rodríguez Fernández, DR Acosta González, Dra. Fong Estrada, & Dr. Pagés Gómez, 2010)

LABORATORIO

Se realiza una analítica general que incluya hemograma, coagulación, bioquímica general, así como pruebas cruzadas para una futura transfusión. La hemoglobina y el hematocrito orientan sobre la cuantía del sangrado, aunque puede que no reflejen la pérdida real hasta pasadas 24-72 h, al ponerse en marcha los mecanismos de restauración. El volumen corpuscular medio será normal y, si se encuentra descendido, sospecharemos pérdidas crónicas. La bioquímica general suele ser normal excepto en pacientes con shock hipovolémico en los que puede existir una alteración de la función renal e incluso fallo multiorgánico. Puede existir elevación de la urea, con una proporción urea/creatinina mayor de 100, a diferencia de la hemorragia digestiva baja. Las pruebas de coagulación permiten descartar la presencia de coagulopatías asociadas. (Rodríguez Fernández, Dr Acosta González, Dra. Fong Estrada, & DR Pagés Gómez, 2010)

ENDOSCOPIA

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

La endoscopia en casos de hemorragia digestiva alta es una técnica altamente sensible y relativamente fácil que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los enfermos en un 90-95 % con una morbilidad menor del 0,01 %. Se reconoce que tiene una sensibilidad del 98 %, especificidad del 33 %, con 5 % de falsos positivos y 37 % de falsos negativos. (Rodríguez Fernández, Dr Acosta González, Dra Fong Estrada, & DR Pagés Gómez, 2010)

Desde 1981 se considera como un método de tratamiento para determinadas lesiones, que supera los resultados de la medicación farmacológica. Además de esto, la exploración endoscópica se erige como el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva, lo que permite identificar a los enfermos que requieran terapia endoscópica de urgencia, para lo cual es muy útil la clasificación de Forrest y colaboradores, en caso de úlcera sangrante, atendiendo al tipo de lesión:

- Tipo Ia: hemorragia a chorro, arterial.
- Tipo Ib: hemorragia en sábana, venosa.
- Tipo IIa: lesión con vaso visible.
- Tipo IIb: lesión con coágulo.
- Tipo IIc: lesión con base negra.
- Tipo III: úlcera sin signos de sangrado. (Rodríguez Fernández, DR Acosta González, Dra. Fong Estrada, & Dr. Pagés Gómez, 2010)

PANENCOSCOPIA

El uso de la panendoscopia oral para el diagnóstico, pronóstico y control de la hemorragia gastrointestinal, ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud. Esta es una técnica altamente sensible y relativamente fácil, que permite precisar el origen de la

hemorragia en la mayoría de los casos (90-95 %) con una frecuencia de complicaciones menor de 0,01 %. Permite determinar la persistencia o recurrencia del sangrado, sobre todo en los casos de úlceras pépticas, para lo cual es útil la clasificación de Forrest. Esta vía también permite realizar diferentes modalidades de tratamiento endoscópico en el sitio del sangrado (Msc. Riverón Quevedo, Dra. González Ulloa, Msc. Deborah Llorca, & Msc. Alain Dinza Cabrejas, 15 de septiembre del 2012)

ARTERIOGRAFÍA

La indicación de la arteriografía se halla limitada a aquellos pacientes con HDA que presentan una hemorragia persistente y no ha podido localizarse su origen por endoscopia alta o baja, y que, por su gravedad, resulta necesario llegar a un diagnóstico de la lesión. Para que esta técnica sea rentable, desde un punto de vista diagnóstico, es condición imprescindible que al inyectar el contraste se esté produciendo una extravasación sanguínea activa en una cantidad mínima de 0,5 ml/min.

La arteriografía, además de su valor diagnóstico, también puede tener una utilidad terapéutica, actuando sobre la lesión sangrante; para ello se debe practicar primero una arteriografía selectiva y una vez localizado el vaso sangrante se procede a la embolización de éste mediante gelfoam o esponja de gelatina. Una indicación clara de esta técnica es el caso de hemobilia, aparecida como complicación de una biopsia hepática. (Rosado, 2014)

GAMMAGRAFÍA MARCADA CON TECNECIO

En esta exploración la acumulación del radioisótopo en el lugar de la hemorragia puede ser detectada por el contador gamma. Se utilizará en aquellos casos de HD de origen no aclarado

CORRECCIÓN DE LA ALTERACIÓN HEMODINÁMICA

Es importante tener en mente que el manejo de una hemorragia digestiva alta variará de acuerdo a su origen, para fines prácticos las dividiremos en "por varices esofágicas" o no. De esto se desprende la necesidad de determinar, al ingreso del paciente, si su sangrado

puede o no deberse a várices esofágicas.

REPOSICIÓN DE LA VOLEMIA

Algunas determinantes importantes en la reanimación del paciente son un acceso intravenoso adecuado, una valoración precisa de la pérdida hemática y una perfusión correcta de líquidos y productos sanguíneos. Se deben canalizar dos vías periféricas de grueso calibre (mínimo 18F) en todos aquellos pacientes con Hemorragia Digestiva Alta moderada-severa. Si esto no fuera posible, canalizar una gruesa en el brazo derecho ya que al paciente, durante la endoscopia, va a ser colocado en decúbito lateral izquierdo.

La vía periférica es de elección para la transfusión de hemoderivados y expansores del plasma. La vía venosa central no ofrece ventajas e induce a retrasar la perfusión de volumen, por lo que quedará restringido a aquellos pacientes con cardiopatía, nefropatía o con shock hipovolémico en los que se precisa la medición de la presión venosa central (PVC). La reposición de la volemia se realiza con soluciones isotónicas tales como suero salino 0.9% o lactato de Ringer. Los expansores plasmáticos se emplearan en caso de hemorragia digestiva alta masiva. Las plaquetas y el plasma fresco están indicados solo si existen trastornos severos de la coagulación. La cantidad de líquidos debe ser proporcional a la pérdida, que cuantificaremos como se refleja en el apartado anterior, mediante las cifras de TAS y FC. En casos de hipertensión portal debe tenerse en cuenta la hipotensión basal del paciente y que la elevación de la TA se correlaciona directamente con el incremento de la presión portal. Por esto es suficiente marcarse como objetivo una TAS de 100-110 mm Hg. (Rosado, 2014)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN NO VARICOSO

El 70-80% de estas HDA se detienen espontáneamente. Por esto, generalmente se ingresa al paciente a Unidad de Cuidados Intermedios y se monitoriza. Al estabilizarse hemodinámicamente se puede dar agua por boca para limpiar el estómago y mejorar la visualización por endoscopía. Si el sangrado no se detiene o existe una sostenida inestabilidad hemodinámica se realiza una endoscopía inmediata. La endoscopía alta

precoz es la piedra angular del tratamiento de la HDA, tanto para diagnóstico, tratamiento y evaluación de riesgo vital.

Los dos tratamientos más utilizados son:

Térmicos: heat probe (usado en la uc), bicap o láser.

Con estos métodos se intenta calentar el tejido hasta su coagulación. 2. Inyección de agentes esclerosantes (ej.: alcohol) o de adrenalina diluida en la zona de sangrado. Ambos métodos parecen ser igualmente efectivos, por lo que se recomienda utilizar aquel en que se tenga mayor experiencia y destreza. Algunos gastroenterólogos prefieren utilizar ambas técnicas combinadas, lo que no ha sido determinado como más efectivo. La efectividad de estas técnicas es limitada durante el sangrado activo o al encontrarse un "vaso visible" en la endoscopia.

La cirugía será necesaria sólo en los casos en que el tratamiento endoscópico no fuera efectivo para detener el sangrado, o en casos en que la magnitud de la hemorragia no permita realizar una endoscopia (muy poco frecuente). En estos casos se puede:

1. Suturar el punto sangrante. Técnica simple, pero con 30% de resangrado que a su vez tiene una mortalidad de 50%.
2. Resecar el segmento comprometido, reconstituyendo el tránsito con un Billroth I ó II.
3. La embolización del punto sangre tras una arteriografía puede ser útil en casos especiales en que no se pueda realizar ninguna de las anteriores.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN VARICOSO

Este grupo de pacientes tiene un mayor índice de gravedad por lo que es necesario tener ciertos cuidados especiales. Presentan mayor probabilidad de seguir sangrando o de resangrado. Es importante recordar que no toda HDA en un paciente con daño hepático crónico o sus estigmas, es de origen varicoso pues estos pacientes también presentan con

mayor frecuencia gastritis alcohólica o úlceras pépticas. Además de todas las medidas de reanimación ya mencionadas será importante tener una apreciación del nivel de Child Pugh (factores que determinan la supervivencia del cirrótico) del paciente pre y post episodio.

Si la várice está sangrando debe inyectarse el paquete varicoso con una sustancia esclerosante como el Histoacril. Esto es muy efectivo en detener el sangrado. Si se encuentran signos de sangrado reciente (tapones de fibrina) se realiza escleroterapia o ligadura. La ligadura es el tratamiento de erradicación de elección de las de las várices esofágicas, porque es tan efectivo y seguro como la esclerosis pero con menos resangrado.

Existen estudios que muestran que el uso de somatostatina o un análogo de ella, por vía sistémica, ha sido tan eficiente en detener el sangrado por várices como la escleroterapia. Otros muestran que el uso de ésta junto con la escleroterapia o la ligadura disminuye el riesgo de resangrado. La dosis estudiada es de: bolo de 50 ug + 50 ug/hr (5, 8, 9). (Zambrano Bonilla, Vera Gordillo, & León Tiluano , 2002)

MORBIMORTALIDAD DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN RELACIÓN CON LA GRAVEDAD.

Los parámetros clínicos que tienen valor predictivo con respecto al curso evolutivo y a la mortalidad de la hemorragia digestiva son los siguientes:

Edad mayor de 60 años. El hecho de que cada vez se alarga el tiempo de vida media hace que ingresen pacientes con edad más avanzada. el 73 % de la mortalidad por hemorragia digestiva alta la acumulan los pacientes mayores de 60 años.

Shock hipovolémico: La presencia de hipovolemia grave al ingreso del paciente está en correlación con una mayor mortalidad y recidiva hemorrágica.

Recidiva hemorrágica: la mortalidad está en relación directa con la propia recidiva. La enfermedad asociada grave como lo son la insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal y hepática, empeora el pronóstico de los pacientes.

Entre los puntajes existentes, uno de los más utilizados para predecir mortalidad y resangrado en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta es el de Rockall post-endoscópico, validado a nivel nacional en 2009. Otro de los más empleados es la escala de Glasgow-Blatchford (EGB), desarrollada en el año 2000 y validada en el extranjero para determinar la necesidad de manejo endoscópico o quirúrgico, así como de transfusión sanguínea. Sin embargo, a diferencia del puntaje de Rockall post-endoscópico, su aplicación se basa únicamente en el uso de datos clínicos y de laboratorio al ingreso como urea sanguínea, hemoglobina, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, presencia de melena, síncope, enfermedad hepática y fallo cardíaco. Su graduación va de 0 a 23 según la magnitud de riesgo (Cassana, Scialom, R. Segura, & Chacaltana, junio 2012-diciembre 2013)

MORBIMORTALIDAD DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN RELACIÓN CON LA GRAVEDAD

Se describen a continuación aquellos factores pronósticos clínicos y endoscópicos que tienen consecuencias sobre la gravedad de la hemorragia. (Rosado, 2014)

REFERENTES EMPÍRICOS

La hemorragia digestiva alta es un problema clínico frecuente, implica más de 300.000 hospitalizaciones anualmente en los Estados Unidos. En los países occidentales, la incidencia de hemorragia digestiva alta es de 100 a 150 casos por 100.000 habitantes al año o de 36 a 100 hospitalizaciones por 100.000 habitantes de la población general (M, 2010)

Según estudios realizado la hemorragia digestiva alta tiene mayor prevalencia en sexo masculino en un porcentaje que oscila entre 51.1 y 64,7% y prevalencia en pacientes mayores de 60 años (Msc. García Orozco, Msc. Piña Prieto, & Dr. Lozada Prado, 2012) (Castañeda, 2012)

La mayoría de las Hemorragia digestiva alta en un 80-90% es de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la patología más frecuente en un 40-50%. En nuestro medio, más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINE y/o a la presencia de H. pylori rectorragía (Larcos Herrera, 2015) (Parra & Dr. Janer Nelson Lozano Martínez, 2014) (blog.utp.edu.co, 2011)

En pacientes mayores de 60 años se concentra una mayor incidencia de recidiva hemorrágica y una mayor mortalidad, que puede llegar hasta el 39%; presencia de enfermedades asociadas como: insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal, diabetes mellitus, alteraciones neurológicas, anticoagulación; shock hipovolémico: los pacientes que se presentan con inestabilidad hemodinámica a su ingreso tienen peor pronóstico. (Md. Garzón O., Hormaza A. Md, Md Molano V. & MD. Rivera H., 2013)

OPINIÓN DEL AUTOR

El presente trabajo intenta verificar las estadísticas de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, ya que esta patología nos lleva a varias complicaciones que puede llegar a modificar el estilo de vida del paciente y en casos de alta complejidad llevar hasta el deceso de la persona, por ende es necesario realizar un estudio sobre los factores de riesgo y complicaciones a fin de identificar los causantes de esta patología y llegar a disminuir las estadísticas de hospitalización. Es importante que el paciente y el personal médico estén debidamente capacitados e informados de cómo actuar ante esta patología y a su vez educar al paciente de la dieta adecuada y cuidados ante esta patología.

HIPÓTESIS

El control oportuno de los factores de riesgo y tratamiento adecuado de la hemorragia digestiva alta, reduce las complicaciones, el reingreso y costo hospitalario.

Pregunta de investigación

¿Cómo afecta los factores de riesgo en el desarrollo de las complicaciones de la hemorragia digestiva alta en pacientes de 30 a 80 años en el Hospital Clínica San Francisco, periodo 2014 - 2015?

Variables:

Variable independiente:

Pacientes con hemorragia digestiva alta

Variable dependiente:

- 1 Factores de riesgo
- 2 Complicaciones

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

Clínica hospital san francisco está ubicado en la ciudad de Guayaquil, Ciudadela Kennedy Norte, Avenida Andrade Coello y Juan Rolando

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

En el cantón Guayaquil está ubicado en la parte suroriente de la provincia del guayas, la ciudad de Guayaquil es su cabecera cantonal. El cantón Guayaquil está compuesto por 16 parroquias urbanas y 5 parroquias rurales. La ciudad de Guayaquil constituye el más importante centro económico de la zona, siendo la que provoca mayores ingresos en el país. Se encuentra aproximadamente a 420 km de la ciudad de Quito, capital de la República.

Según datos proporcionados por El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la ciudad de Guayaquil es la más poblada en el país con 2291.158 habitantes.

PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprende de enero del 2014 a enero del 2015

UNIVERSO Y MUESTRA

- 1 **UNIVERSO:** Pacientes Servicio de Hospitalización del Hospital Clínica San Francisco, con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, periodo 2014 - 2015.
- 2 **MUESTRA:** Dentro de la unidad hospitalaria se tomó 100 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el período 2014 - 2015 que cumplan criterios de inclusión y exclusión

VIABILIDAD

El presente estudio se realizó en base a los datos estadísticos que han sido correspondientemente otorgados por el departamento del Hospital donde se efectúa dicho estudio previa autorización del director de Docencia de la institución.

Este proyecto es viable ya que esta dado para poder aportar datos estadísticos que demuestren los factores de riesgo y consecuencia de la hemorragia digestiva alta, permitiendo mejorar la calidad de vida del paciente y dar tratamiento oportuno evitando las recidivas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1 Pacientes que cuenten con historia clínica completo
- 2 Pacientes que presentaron factores de riesgo y complicaciones de hemorragia digestiva alta en el hospital Clínica San Francisco

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1 Pacientes que no cuenten con historia clínica completa
- 2 Pacientes que se encuentren fuera del período de estudio

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

	Definición	Indicadores	Escala valorativa	Fuente
VARIABLE independiente. Hemorragia digestiva alta	Se define como el sangrado del tubo digestivo desde el esófago hasta el ángulo de Treitz	Malestar general Palidez Taquicardia Hematemesis Melena	Si o No Si o NO Si o No Si o No Si o No	Historia clínica
VARIABLE dependiente. Factores de riesgo Causas Complicaciones	Son determinantes pronósticos con mayor probabilidad que se desarrolle el evento Se refiere a la etiología para que se produzca la hemorragia digestiva alta Ponen en riesgo la hemodinámica del paciente, aumenta el tiempo de recuperación	EDAD AINES ALCOHOL H.PILORY TABAQUISMO ulcera péptica Síndrome de Mallory Weist Pólipos gástricos Neoplasia HEMORRAGIA PERISTENTE RECIDIVA TRAS INGRESO HOSPITALARIO MUERTE	SI O NO SI O NO SI O NO SI O NO Si o no SI O NO SI O NO	Historia clínica Historia clínica Historia clínica

OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos empleados en esta investigación fueron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta a los cuales fueron atendidos en el hospital Clínica San Francisco en los años 2014-2015 a partir de las cuales se recolectó la información mediante plantillas de Excel que permitieron clasificar los datos de los 100 pacientes estudiados y posteriormente se elaboraron las tabulaciones correspondientes que permitieron analizar e interpretar los resultados del estudio.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es un estudio de naturaleza tecnológica, observacional indirecto, descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, tipo serie de casos de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta que fueron atendidos en el hospital clínica San Francisco en el años 2014-2015

Descriptivo: Se aportaron datos epidemiológicos acerca de hemorragia digestiva alta y se expusieron, analizaron e interpretaron los resultados obtenidos.

Retrospectivo: Se analizaron los expedientes clínicos de las pacientes gracias a datos estadísticos de los años 2014-2015.

Cuantitativo: Los resultados obtenidos de este proyecto detallan la incidencia de esta patología durante el año del estudio, así también la frecuencia de los principales factores predisponentes y complicaciones en los sujetos de este estudio.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

Actualmente, la explicación relativa a las causas del incremento de diagnósticos de hemorragia digestiva alta y en consecuencia, sus estrategias de prevención señalan como responsables , al estilo de vida que adoptan los individuos, y por ello son susceptibles al desarrollo de las complicaciones.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

Previa aprobación del tema por parte de la Universidad de Guayaquil y del tutor del estudio se solicitó la autorización al Director de Docencia del Hospital Clínica San Francisco para llevar a cabo el estudio en dicha institución, posteriormente se realizó la petición de los datos estadísticos de las pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta que fueron atendidos en el hospital Clínica San Francisco en los años 2014-2015 al Departamento de Informática y Estadística del Hospital.

Se procedió a revisar las historias clínicas, analizando cada una de ellas excluyendo a aquellas pacientes que no cumplieran con los criterios de inclusión.

Se realiza la recolección de la información de cada una de las pacientes del estudio planteando las siguientes variables:

1. Edad del paciente
2. Sexo del paciente
3. Factores de riesgo
4. Complicaciones

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para realizar el análisis de los resultados del presente estudio se recuerda el tipo de investigación que se llevó a cabo fue mediante la observación indirecta de los verificadores en este caso la revisión de historias clínicas para recolectar la información de las variables establecidas anteriormente.

El proceso de evaluación consistió inicialmente de la selección del universo a partir de datos estadísticos otorgados por el departamento de informática y estadísticas del Hospital donde se efectuó el estudio, excluyendo a las pacientes que no contaban con todos los datos requeridos.

Posteriormente se recogió la información pertinente de dichos pacientes en una ficha de recolección impresa que luego se introdujeron en una base de datos en Excel donde se

efectuó la tabulación y revisión de los mismos.

Se llevó a cabo una evaluación descriptiva de los datos estadísticos obtenidos a través de frecuencia y porcentaje que fueron presentados en gráficos con los resultados finales de la investigación.

Finalmente se realizó la interpretación de los resultados obtenidos, para desarrollar las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para este trabajo de titulación se escogió un universo de 100 pacientes con diagnóstico definitivo de hemorragia digestiva alta. Tiene mayor incidencia en el sexo masculino sobre el femenino y la mayor edad de incidencia es en pacientes mayores de 60 años. Según los estudios realizados en la Clínica San Francisco los principales factores de riesgo presentes en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta son el consumo indiscriminado de Aines, debido a que estos pacientes se auto medicaban, seguido por la presencia de H. Pilory en la mucosa gástrica y en menor incidencia se encuentra el alcohol y el tabaquismo.

Entre las complicaciones más frecuentes que se presentaron en pacientes con hemorragia digestiva alta, fueron la hemorragia recidivante, que llevaron a los pacientes a una hipovolemia, en el grupo hectario de mayor porcentaje que se evidencio esta complicación fue en las personas mayores de 60 años, anemia en menor porcentaje y en mínimo porcentaje la mortalidad del paciente.

La tasa de mortalidad que se evidencio en los pacientes fue de mínimo porcentaje.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Revisión del expediente clínico de los pacientes ingresados en el HOSPITAL CLINICA SAN FRANCISCO AÑO 2015.

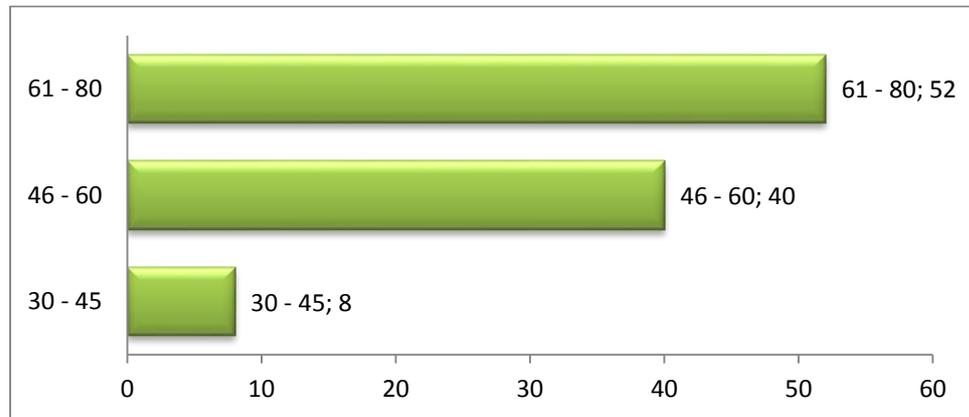
Almacenamiento de datos en un sistema informático, el mismo que será tabulado usando el software informático de Microsoft de excel.

ANÁLISIS DE DATOS.

Se realizara un análisis en base a las variables cuantitativas y cualitativas observadas en la muestra obtenida.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

GRAFICO 1

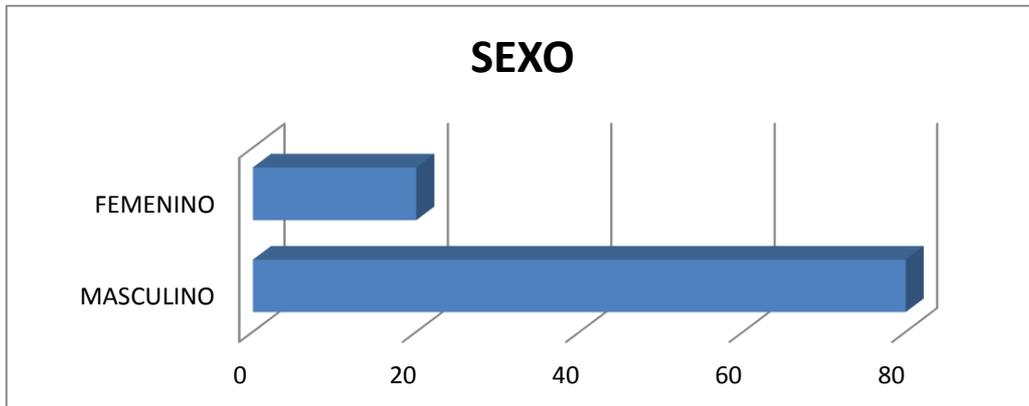


Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Stefany Zambrano

En base a los datos recolectados se puede observar que la edad comprendida entre 60 a 800 años equivale al 52 % del 100 por ciento de personas con hemorragia digestiva alta.

GRAFICO 2

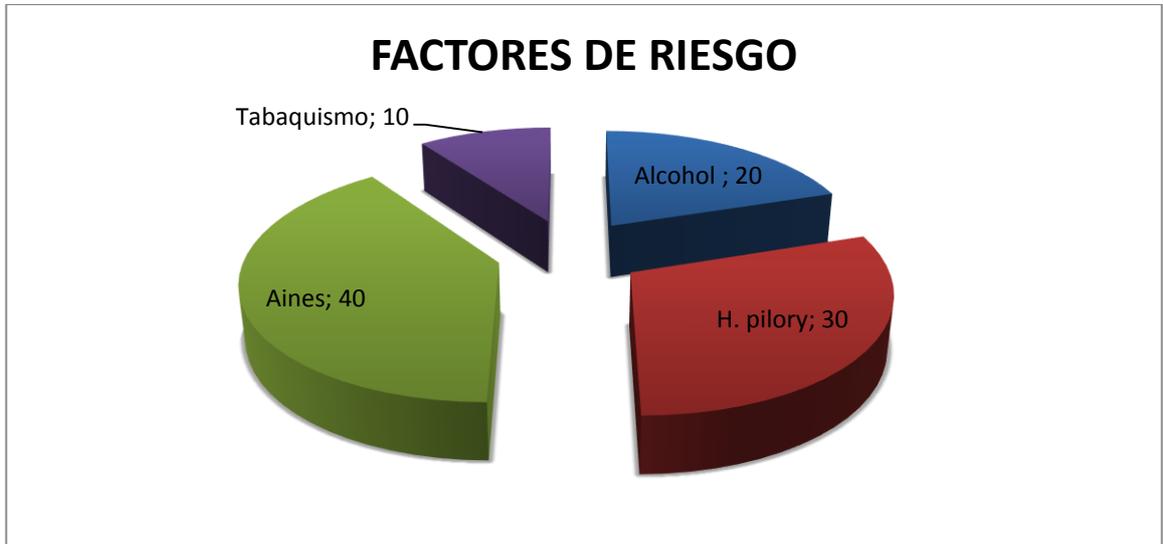


Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Stefany Zambrano

En base a los datos recolectados se puede observar que el sexo masculino tiene una incidencia del 80% sobre el 20 por ciento que se presenta en el sexo femenino .Es decir hay mayor incidencia en hombres

GRAFICO 3

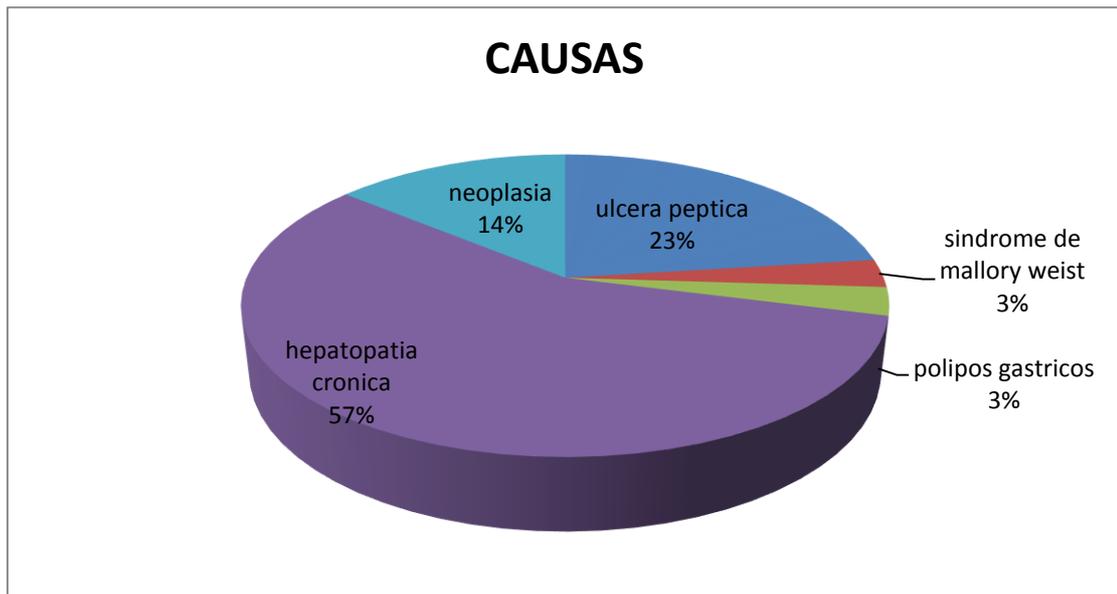


Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Stefany Zambrano

En base a los datos recolectados se pueden observar que los factores de riesgo predominantes son : El consumo de Aines registra un 45%, la presencia de H. pilory un 20%, el alcohol un 20% y el tabaquismo un 10 %. Siendo predominante el consumo de Aines

GRAFICO 4

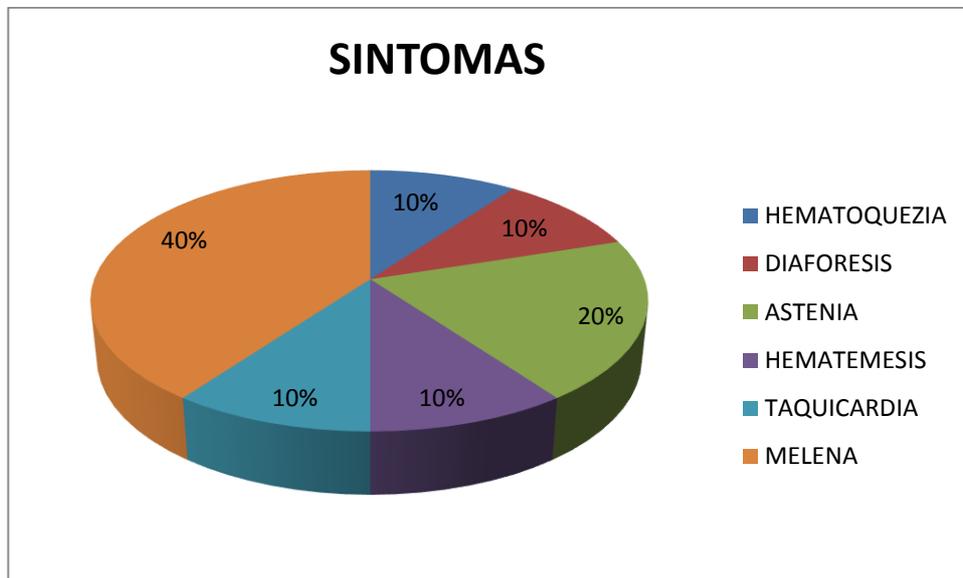


Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Stefany Zambrano

En base a los datos recolectados se puede observar las Hepatopatías crónica representa un 57%, La úlcera péptica representa un 23%, Síndrome de Mallory-Weiss el 3%, Pólipos gástricos representa el 3%, Neoplasias representan el 14%.

GRAFICO 5

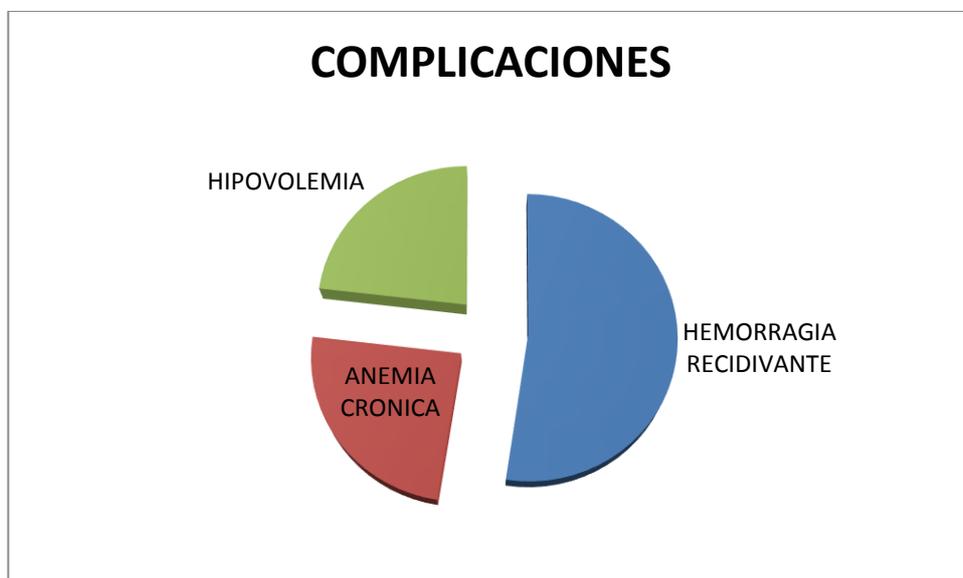


Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Stefany Zambrano

En los datos recolectados los síntomas con mayor incidencia fueron: Melena en un 40%, astenia en un 20%, hematemesis en un 10%, diaforesis en un 10, taquicardia en un 10%, Hematoquezia en un 10%

GRAFICO 6



Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Stefany Zambrano

Según los datos recopilados entre las complicaciones que se resaltan son las hemorragias recidivantes en 43%, anemia crónica 20%, hipovolemia 19%, mortalidad del 18%.

DISCUSIÓN

En este trabajo de titulación se estudiaron 100 casos con diagnóstico definitivo de hemorragia digestiva alta que fueron atendidos en el Hospital Clínica San Francisco en el periodo 2014-2015, con el objetivo Determinar los factores de riesgo y complicaciones de la hemorragia digestiva alta en pacientes de 30 a 80 años de edad.

Según los datos epidemiológicos nos indican que el 68% de la población desarrollan hemorragia digestiva alta, con una incidencia de 100 a 160 casos sobre 100.000 personas. Entre los factores de riesgo predisponentes de la hemorragia digestiva alta, son consumo de Aines, H. Pilory, Alcohol, Tabaquismo. La mayoría cursa con complicaciones como hemorragias recidivantes, anemia crónica, hipovolemia y muerte.

Los estudios de esta investigación guardan relación con los datos encontrados en trabajos previos similares al tema. En donde se encontró 100 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, que tenían una mayor incidencia en hombres con un 80% con respecto al 20% de las mujeres. Con el rango de edad en la que se presentó esta patología fue de 61 a 80 años de edad con un porcentaje del 52% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en el hospital clínica san francisco en el periodo 2014 - 2015

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se identificó a 100 pacientes con diagnóstico definitivo de hemorragia digestiva, el grupo etario con mayor prevalencia pertenece al grupo entre 61 a 80 años de edad con un porcentaje de 52%, en segundo lugar personas entre mayor 46 a 60 años con 40% y en tercer lugar pacientes de 30 a 45 años con un porcentaje de 8 %. Con respecto al sexo, el masculino se presenta con mayor índice que en el sexo femenino, en los hombre con un 80% y en las mujeres con un 20 %.

Los factores de riesgo que más resaltaron fueron el consumo de aines en 40%, seguidos de H. pilory en 30%, alcohol 20%, tabaquismo 10%.

Las complicaciones más evidencias en pacientes mayores de 60 años es la hemorragia recidivante en 43%, anemia crónica 20%, hipovolemia 19%

La mortalidad hemorragia digestiva alta fue de 18%, por diferentes causas como: por la edad, enfermedades subyacentes.

Los resultados de esta investigación guardan relación con los encontrados en estudios previos similares al tema, lo que demuestra que el conocimiento de todos estos aspectos nos permitirá detectar esta enfermedad de manera temprana, manejarla adecuadamente y prevenir complicaciones y de esta forma brindar una mejor atención a los pacientes.

RECOMENDACIONES

Tratar de disminuir el consumo indiscriminado de medicamentos, los mismos provocan lesión en la mucosa gástrica, dando charlas a la población de las consecuencias de la automedicación.

Con este estudio estoy proporcionando información sobre pacientes con hemorragia digestiva alta existentes y a su vez realizar acciones preventivas educativas en la

comunidad para evitar comportamientos que generen riesgos para así lograr disminuir la prevalencia de la hemorragia digestiva a través de un protocolo actualizado de atención.

Tener un equipo multidisciplinario capacitado en hemorragia digestiva alta, y en todas las emergencias que lleguen a nuestro hospital.

Realizar charlas de cómo se desarrolla la enfermedad, porque debemos disminuir la aparición las causas. Recalcar la importancia de controles en centros de salud a en personas de la tercera edad para prevenir este tipo de patologías

Fomentar la elaboración de guías de diagnóstico y tratamientos de hemorragia digestiva alta sobretodo dirigido a los profesionales de salud.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Se sugiere realizar una guía de manejo sobre esta patología, en base a una buena historia clínica poniendo énfasis en los antecedentes patológicos personales del pacientes con hemorragia digestiva alta, investigando si tiene antecedentes de consumo indiscriminado de aines, úlcera péptica, alcohol, si al examen físico presenta astenia, vómitos, hematemesis o shock, lo cual nos orienta una alteración del estado general del paciente. La guía debe estar al alcance de los médicos del Hospital Clínica San Francisco.

Sugiero la realización de charlas educativas sobre esta patología, explicando que una de sus principales factores de riesgo es la automedicación del paciente.

Fomentar la investigación en la Clínica San Francisco sobre la incidencia de esta patología en años anteriores.

Bibliografía

- Acosta González, D., Rodríguez Fernández, Z., Fong Estrada, J., & Pagés Gómez, O. (2009). Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta.
- Rodríguez fernandez, Z., Acosta Gonzalez, D., Fong Estrada, J., & Pages Gomez, O. (2009). Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales.
- Rodríguez Fernández, Z., DR Acosta González, D., DRA Fong Estrada, J., & DR Pagés Gómez, O. (2010). Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. *Scielo revista cubana de cirugía*.
- Salvatierra Laytén, G., de la Cruz Romero, L., Paulino Merino, M., Vidal Vidal, V., & Rivera Dávila, C. (2006). Revista de Gastroenterología del Perú.
- Aguirre, P. A. (2014). Hemorragia digestiva alta no varicosa. *blog.utp.edu.co*. (1 de agosto de 2011). Obtenido de *blog.utp.edu.co*.
- Cassana, A., Scialom, S., R. Segura, E., & Chacaltana, A. (junio 2012-diciembre 2013). Revista Española de Enfermedades Digestivas: Estudio de validación diagnóstica de la escala de Glasgow-Blatchford para la predicción de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. *Scielo*.
- CASTAÑEDA, A. J. (2012). *hemorragia digestiva alta en el servicio de gastroenterologia del instituto nacional de salud del niño de enero del 2005 a diciembre del 2010*. lima – peru.
- Dominguez, D. E. (2009). Terapia endoscopica de hemorragia digestiva alta por lesiones de dieulafoy. cuenca.
- Dr. Alejandro Paredes, Gallegos, F., & Daniela Galves. (2010). Hemorragia Digestiva Alta. F. Bermejo San José, & S. García López. (30 de marzo del 2011). *Anemia Crónica de Origen Digestivo*.
- Hervás, A. J., & Cándid Villanueva. (2010). Hematemesis y melenas.
- Larcos Herrera, D. P. (2015). “*sangrado digestivo alto por consumo inadecuado de antiinflamatorios no esteroideos*”. Ambato.
- M, M. G. (2010). factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- MD. Garzón O., M., Hormaza A. MD, N., MD Molano V. , J., & MD. Rivera H. , D. (2013). Caracterización de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas no varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia. Obtenido de *scielo*.
- MSC. Acosta González, D., MsC. Rodriguez Fernandez, z., & MsC. Fong Estrada, j. (2008). Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva.
- MsC. García Orozco, L., MsC. Piña Prieto, L., & Dr. Lozada Prado, G. (29 de septiembre de 2012). *scielo*. Recuperado el 20 de noviembre de 2015, de *scielo*: <http://scielo.sld.cu/>
- MsC. Riverón Quevedo, K., Dra. González Ulloa, L., MsC. Deborah LLorca, A., & MsC. Alain Dinza Cabrejas, S. (15 de septiembre del 2012). *Endoscopia de urgencia en pacientes con episodio*

agudo de sangrado digestivo alto. cuba.

Notari, X. C. (3 de abril de 2012). *hemorragia digestiva alta*. elsevierinstituciones. Obtenido de elsevierinstituciones.

Parra, D. L., & Dr. Janer Nelson Lozano Martínez. (2014). Guía de práctica clínica para el manejo de la hemorragia de vías digestivas altas aguda no varicosa 2014. colombia.

péptica, P. d. (30 de junio de 2012). *intramed*. Obtenido de intramed.

Pérez, M. d. (2012-2013). Hemorragia Digestiva Alta: fibrogastroscoopia en urgencias e indicación de inhibidores de la bomba de protones.

Ramírez, f. c. (2010). hemorragia digestiva alta debida a úlcera péptica.

Reiterer, D. J. (2010). Patología digestiva en las grandes alturas de los Andes peruanos.

Rosado, D. A. (2014). *Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes que acuden al Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010 -2011 y propuesta de un protocolo actualizado de atención*. Ecuador.

Valle, D. J. (2010). La endoscopia en la enfermedad por úlcera péptica. Mexico.

Zambrano Bonilla, J., Vera Gordillo, M., & León Tiluano , V. (2002). *Hemorragia digestiva alta: revisión bibliográfica*. Ecuador.