



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO
DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE
40 AÑOS**

**FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL
SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID**

DR. FERNANDO LITUMA

GUAYAQUIL-ECUADOR OCTUBRE 2020



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO
DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE
40 AÑOS**

**FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL
SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID**

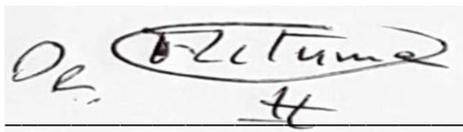
DR. FERNANDO LITUMA

GUAYAQUIL-ECUADOR OCTUBRE 2020

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **OSCAR FERNANDO LITUMA PEÑAHERRERA**, tutor del trabajo de titulación, certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL**, con **C.I. No. 0951782358** y **SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID** con **C.I. No. 0954146148**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Médico.

Se informa que el trabajo de titulación: “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS**” ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa anti-plagio URKUNG quedando el 3% de coincidencia.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Oscar Lituma', with a horizontal line underneath it.

Oscar Fernando Lituma Peñaherrera

C.I. No: 0701077737



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

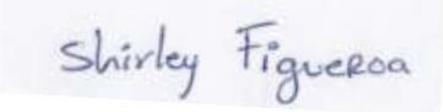
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

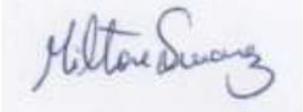
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS"		
AUTOR (ES)	<ul style="list-style-type: none"> FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL, SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID 		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DR LITUMA FERNANDO/ DR ERROL MARCILLO		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	ESCUELA DE MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MEDICO (III NIVEL)		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	OCTUBRE 2020	No. DE PÁGINAS:	
ÁREAS TEMÁTICAS:	GASTROENTEROLOGÍA - HOSPITALIZACION		
PALABRAS CLAVES	HEMORRAGIA DIGESTIVA, COMPLICACIONES, FACTORES DE RIESGO, COMORBILIDADES, MELENA		
RESUMEN/ABSTRACT:			
<p>Antecedentes: La hemorragia digestiva tiene alta prevalencia en personas adultas, teniendo una mayor incidencia en el sexo masculino debido factores de riesgos y enfermedades concomitantes preexistentes. Objetivo: Determinar cuáles son los factores de riesgos que influyen en el desarrollo de hemorragia digestiva en pacientes mayores de 40 años hospitalizados en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo de Noviembre del 2018 a agosto del 2020. Metodología: Se realizó bajo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal, descriptivo y retrospectivo, llevado a cabo en 53 pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva, empleando un método de investigación empírico basado en observación y análisis. Resultados: De los 278 pacientes hospitalizados con Hemorragia Digestiva, 53 cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuáles se determinó que el principal factor de riesgo es la gastritis crónica con un total de 9 casos de los cuales de evidenció una mayor incidencia en el sexo masculino. Conclusiones: Los pacientes de sexo masculino y con una edad comprendida entre los 61 a 70 años tienen una mayor incidencia a desarrollar hemorragia digestiva sobre todo aquellos que presentan factores de riesgo como gastritis crónica y alcoholismo además de comorbilidades asociadas. La principal forma clínica de presentación es melena.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0980532938 Teléfono: 0985094139		E-mail: shirley.figueroac@ug.edu.ec milton.suarezd@ug.edu.ec
CONTA CTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Medicas		
	Teléfono:		

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

Yo, FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL con C.I. No. 0951782358 y SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID con C.I. No. 0954146148, certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS” son de nuestra absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizamos el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.



FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL
CI: 0951782358



SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID
CI: 0954146148



Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **DR. OSCAR FERNANDO LITUMA PEÑAHERRERA**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL CON CI: 0951782358 Y SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID CON CI: 0954146148**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MEDICOS**.

Se informa que el trabajo de titulación: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS”**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (URKUND) quedando el 3% de coincidencia.

URKUND

Document Information

Analyzed document	TESIS FINAL.docx (D80423535)
Submitted	10/1/2020 5:48:00 PM
Submitted by	LITUMA PEÑARRETA OSCAR FERNANDO
Submitter email	oscar.litumap@ug.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	oscar.litumap.ug@analysis.arkund.com

DR Oscar Fernando Lituma Peñaherrera
C.I.: 0701077737



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, 12 Octubre del 2020

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado ERROL DAVID MARCILLO VALEJO, tutor del trabajo de titulación **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS** el presente trabajo de titulación, elaborado por **FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL**, con C.I. No. **0951782358**, y **SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID** con C.I. No. **0954146148** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO, en la Carrera de medicina, facultad de ciencias médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Dr. Errol David Marcillo Vallejo", written over a horizontal line.

DR ERROL DAVID MARCILLO
VALLEJO

DEDICATORIA

A mi Hermana Karen y su esposo Alex Vásquez que sin pensarlo desde el primer momento me han brindado su apoyo incondicional, han sido como mis padres en todo sentido, me han apoyado en mis caídas y sobre todo en cada uno de mis triunfos.

A mi mamá Elizabeth y su esposo José por apoyarme desde antes de aprobar el examen de ingreso a la Universidad, quienes siempre han creído en mí y sobre todo me han brindado de su amor infinito.

A mis Abuelitos Rosa y Eloy por ser quienes me moldearon y me forjaron como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros también son tuyos.

A mis hermanas Rosa, Lady, por confiar en mis capacidades, han sido de gran apoyo para mí. Y mis sobrinas quienes siendo tan pequeñas son luz y fuente de inspiración para mí.

A mi papá Wilmer por su amor, preocupación y sobre todo por su apoyo.

A Christian Veloz por ser un ser humano increíble, amoroso y admirable, por ser mi apoyo incondicional, por motivarme y creer en mí.

A toda familia Veloz Vásquez por demostrarme su gran afecto y apoyo durante el último año.

A David Suarez quien ha sido un gran amigo desde el Pre-universitario y después de tantos años, que bonito es conservar tu amistad y sobre todo ser compañeros de tesis.

SHIRLEY MABEL FIGUEROA CAJAPE

DEDICATORIA

La presente investigación se la dedico con amor y cariño a mis padres Milton Suárez y Katty Decimavilla por todo su sacrificio y esfuerzo, para poder cumplir esta meta y por creer en mi capacidad para lograr mi objetivo.

A mis hermanos Leonardo, Gisella y Daniela por ser mi apoyo y motivación, acompañándome en este largo camino llamado medicina.

A mis abuelitos en especial a mi abuelita Juanita Villegas que en paz descanse, por ser nuestro ejemplo, por sus consejos, sus oraciones y por enseñarnos amar a Dios demostrando que sin Dios no podemos lograr nada.

A mi toda mi familia por sus oraciones, consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona.

A mis amigos de la carrera, en especial a mi amiga Shirley Figueroa Cajape, con quien compartí aula durante toda la carrera, apoyándonos mutuamente y con quien realizo este trabajo de investigación.

A mis amigas de internado Karen Siguencia y Angie Zea, por ser ejemplo y motivación para seguir preparándome y por su valioso apoyo para poder llevar a cabo el desarrollo de esta investigación.

MILTON DAVID SUÁREZ DECIMAVILLA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirnos cada día, por guiarnos y ser nuestra fortaleza durante nuestras tristezas y dificultades.

A nuestros padres por ser nuestros pilares fundamentales, por confiar y creer en nosotros, por su sacrificio, consejos y valores inculcados para ser grandes personas.

A nuestros familiares por ser la base fundamental de nuestras vidas, por su amor sus consejos, y apoyo moral.

A nuestro tutor Dr Oscar Lituma por guiarnos en este trabajo de investigación, por su paciencia y rectitud como docente y por su aporte para desarrollar nuestra investigación.

Al Hospital General Monte Sinaí por habernos permitido desarrollar nuestras prácticas preprofesionales y por la confianza para desarrollar nuestro trabajo de investigación en su Institución.

A la Universidad De Guayaquil y sus docentes por habernos formado durante estos 6 años para ser grandes profesionales.

A nuestros amigos por su amistad sincera y apoyo incondicional, por compartir nuestros fracasos y logros, alegrías y tristezas.

Contenido

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD	III
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN	IV
CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD	VI
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR.....	VII
DEDICATORIA.....	VIII
DEDICATORIA	IX
AGRADECIMIENTO	X
INDICE DE TABLAS.....	XVI
INDICE DE ILUSTRACIONES.....	XVII
RESUMEN	XIX
ABSTRACT	XX
INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
CAPÍTULO I	- 2 -
1. EL PROBLEMA	- 2 -
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 2 -
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	- 3 -
1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	- 3 -

OBJETIVO GENERAL.....	- 3 -
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- 3 -
1.4 JUSTIFICACIÓN	- 4 -
1.5 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	- 4 -
1.6 HIPÓTESIS.....	- 4 -
1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	- 5 -
CAPITULO II	- 6 -
MARCO TEORICO.....	- 6 -
2.1 CONCEPTO.....	- 6 -
2.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	- 6 -
2.3 ETIOLOGÍA.....	- 7 -
2.4 FISIOPATOLOGÍA	- 7 -
HDA variceal	- 7 -
HDA no Variceal.....	- 8 -
Hemorragia por ulcera péptica	- 8 -
Hemorragia digestiva baja	- 11 -
2.5 FACTORES DE RIESGO.....	- 13 -
2.6 FORMAS DE PRESENTACIÓN CLINICA.....	- 13 -

Hemorragia digestiva alta	- 13 -
Hemorragia digestiva baja	- 14 -
2.7 DIAGNÓSTICO	- 15 -
Laboratorio	- 15 -
Sonda nasogástrica	- 16 -
Endoscopia digestiva alta	- 16 -
Colonoscopia	- 17 -
2.8 ESCALAS	- 17 -
Escala de Blatchford	- 17 -
Escala de Rockall	- 18 -
Escala de Forrest	- 19 -
Escala de Oakland	- 20 -
2.8 TRATAMIENTO	- 21 -
Manejo inicial	- 21 -
Tratamiento específico	- 22 -
CAPÍTULO III	- 25 -
3. MARCO METODOLÓGICO	- 25 -
3.1 METODOLOGÍA	- 25 -

Enfoque:.....	- 25 -
Diseño de investigación:.....	- 25 -
Tipo de investigación.....	- 25 -
Métodos de investigación Empíricos:	- 25 -
Métodos de investigación Teóricos:.....	- 25 -
3.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO:.....	- 25 -
3.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	- 26 -
Universo	- 26 -
Muestra	- 26 -
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	- 26 -
Criterios de Inclusión:	- 26 -
Criterios de exclusión:	- 27 -
3.5 VIABILIDAD	- 27 -
3.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	- 27 -
3.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....	- 28 -
3.8 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS	- 28 -
Recursos humanos.....	- 28 -
Recursos físicos	- 28 -

3.9 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA... -	
29 -	
3.10 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..... -	29 -
3.11 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	29 -
3.12 ANÁLISIS SITUACIONAL INTEGRAL DE SALUD	30 -
CAPÍTULO IV	31 -
4.1 RESULTADOS	31 -
4.2 Discusión.	42 -
CAPÍTULO V	43 -
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43 -
5.1 CONCLUSIONES	43 -
5.2 RECOMENDACIONES	43 -
BIBLIOGRAFÍA	45 -
ANEXOS	50 -
Anexo 1.....	50 -
ANEXO 2	51 -
ANEXO 3	52 -
ANEXO 4	53 -
ANEXO 5	54 -

Anexo 6..... - 55 -

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escala de Glasgow-Blatchford. (21)..... - 18 -

Tabla 2. Escala de Rockall - 19 -

Tabla 3. Escala de Forrest..... - 19 -

Tabla 4. Escala de Oakland..... - 20 -

INDICE DE ILUSTRACIONES

- Ilustración 1. Total pacientes atendidos con diagnóstico de hemorragia digestiva y porcentaje que representa el tamaño de la muestra - 31 -
- Ilustración 2. Muestra de pacientes hospitalizados con Diagnostico de Hemorragia Digestiva en Hospital Monte Sinaí, según su sexo - 32 -
- Ilustración 3. Muestra de pacientes hospitalizados con Diagnostico de hemorragia digestiva en Hospital Monte Sinaí, clasificado por edad. - 33 -
- Ilustración 4. Registro de Factores de Riesgo de pacientes Hospitalizados con Diagnostico de Hemorragia Digestiva..... - 34 -
- Ilustración 5. Registro de comorbilidades de pacientes Hospitalizados con Diagnostico de Hemorragia Digestiva..... - 35 -
- Ilustración 6. principales formas de presentación de hemorragia digestiva en pacientes hospitalizados en el hospital Monte Sinaí..... - 36 -
- Ilustración 7. Valor de la hemoglobina al momento del ingreso de los pacientes con Diagnostico de Hemorragia Digestiva - 37 -
- Ilustración 8. Diagnóstico de hemorragia digestiva de acuerdo a su clasificación en los pacientes del Hospital Monte Sinaí - 38 -
- Ilustración 9. estadística de pacientes Hospitalizados a los que se realizó endoscopias y colonoscopias - 39 -

Ilustración 10. estadística de las principales etiologías que producen Hemorragia Digestiva diagnosticado por medio de endoscopias y colonoscopias en pacientes hospitalizados en el Hospital Monte Sinaí - 40 -

Ilustración 11. estadística en porcentaje de egresos vivos y fallecidos de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva en el Hospital General Monte Sinaí..... - 41 -

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS”

Autores: Figueroa Cajape Shirley Mabel Suárez Decimavilla Milton David

Tutor: Oscar Fernando Lituma Peñaherrera

RESUMEN

Antecedentes: La hemorragia digestiva tiene alta prevalencia en personas adultas, teniendo una mayor incidencia en el sexo masculino debido factores de riesgos y enfermedades concomitantes preexistentes. **Objetivo:** Determinar cuáles son los factores de riesgos que influyen en el desarrollo de hemorragia digestiva en pacientes mayores de 40 años hospitalizados en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo de Noviembre del 2018 a agosto del 2020. **Metodología:** Se realizó bajo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal, descriptivo y retrospectivo, llevado a cabo en 53 pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva, empleando un método de investigación empírico basado en observación y análisis. **Resultados:** De los 278 pacientes hospitalizados con Hemorragia Digestiva, 53 cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuáles se determinó que el principal factor de riesgo es la gastritis crónica con un total de 9 casos de los cuales de evidenció una mayor incidencia en el sexo masculino. **Conclusiones:** Los pacientes de sexo masculino y con una edad comprendida entre los 61 a 70 años tienen una mayor incidencia a desarrollar hemorragia digestiva sobre todo aquellos que presentan factores de riesgo como gastritis crónica y alcoholismo además de comorbilidades asociadas. La principal forma clínica de presentación es melena.

Palabras claves: Hemorragia Digestiva, factores de riesgo , comorbilidades, melena.

“RISK FACTORS ASSOCIATED WITH THE DEVELOPMENT OF DIGESTIVE HEMORRHAGE IN PEOPLE OVER 40 YEARS OLD ”

Authors: Figueroa Cajape Shirley Mabel - Suárez Decimavilla Milton David

Tutor: Oscar Fernando Lituma Peñaherrera

ABSTRACT

Background: Gastrointestinal bleeding has a high prevalence in adults, having a higher incidence in males due to risk factors and pre-existing concomitant diseases. **Objective:** To determine which are the risk factors that influence the development of gastrointestinal bleeding in patients over 40 years of age hospitalized at the Mount Sinai General Hospital during the period from November 2018 to August 2020. **Methodology:** It was carried out under a quantitative approach , a non-experimental, cross-sectional, descriptive and retrospective design, carried out in 53 hospitalized patients with a diagnosis of Digestive Hemorrhage, using an empirical research method based on observation and analysis. **Results:** Of the 278 hospitalized patients with Digestive Hemorrhage, 53 met the inclusion criteria, of which it was determined that the main risk factor is chronic gastritis with a total of 9 cases of which there was evidence of a higher incidence in the male sex. **Conclusions:** Male patients with an age between 61 and 70 years have a higher incidence of developing gastrointestinal bleeding, especially those with risk factors such as chronic gastritis and alcoholism as well as associated comorbidities. The main clinical form of presentation is melena.

Keywords: Digestive Hemorrhage, risk factors, comorbidities, melena.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva se define como cualquier sangrado que se origine en el tubo digestivo que según el ligamento suspensorio del duodeno puede ser alta o baja. El sangrado gastrointestinal constituye un trastorno digestivo muy frecuente, y entre sus causas más frecuentes es la úlcera péptica, varices esofágicas, esofagitis y gastropatías de tipo erosivas en Hemorragia digestiva alta, las causas más frecuentes para hemorragia digestiva baja tenemos la diverticulosis, angiodisplasias y neoplasias en la hemorragia digestiva Baja.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de Hemorragia digestiva más relevantes tenemos el consumo prolongado de gastrolesivos como son los AINES, Ácido acetilsalicílico (AAS) y corticoides, la existencia de patologías concomitantes, la edad, y los sangrados anteriores.

La clínica de la hemorragia digestiva incluye melenas, hematemesis, hematoquecia, proctorragia y signos de inestabilidad hemodinámica que nos orientan hacia un diagnóstico.

El siguiente estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo que va orientado a analizar los datos de los pacientes hospitalizados en el Hospital General Monte Sinaí con Diagnóstico de hemorragia Digestiva.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Podemos definir a la hemorragia digestiva como la pérdida de sangre producida por una lesión localizada en cualquier lugar del tracto gastrointestinal. Si el sangrado proviene por encima del ángulo de Treitz, se define como hemorragia digestiva alta, y si proviene por debajo del ángulo de Treitz, se define como hemorragia digestiva baja.

Existen diferentes formas de presentación dependiendo de la locación de la hemorragia que pueden ser: hematemesis, melena, hematoquecia o proctorragia.

En los países occidentales, la incidencia de hemorragia digestiva alta (HDA) es de 100 a 150 casos por 100000 habitantes al año o de 36 a 100 hospitalizaciones por 100 000 habitantes de la población general, y es dos veces más frecuente en la población masculina respecto a la femenina.

Según las últimas estadísticas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2016 se tiene un estimado de alrededor de 670.000 casos a nivel nacional con un predominio de casos en pacientes de sexo masculino con 356.000 en comparación al sexo femenino con 313.000 casos aproximadamente y con una mayor incidencia en una edad comprendida entre los 60 a 70 años.

A nivel de la Provincia del Guayas en el 2016 se registraron 98.000 casos aproximadamente con una mayor incidencia en el sexo masculino con 64.000 casos en relación al sexo femenino de 34.000 casos y con mayor incidencia en una edad comprendida entre los 50 a 70 años.

Las hemorragias digestivas es una de las causas de consultas más frecuentes en el servicio de gastroenterología, siendo la edad uno de los factores de riesgo más importante para el desarrollo de esta enfermedad. En las personas adultas suelen ser causas de internación, morbilidad y mortalidad más frecuentes, probablemente por la prevalencia de múltiples comorbilidades, entre ellos la infección por *Helicobacter Pylori* causante de gastropatías, además del

uso prolongado de antiinflamatorios no esteroides y de anticoagulantes; además tomando en cuenta las enfermedades gastrointestinales que se encuentran estrechamente relacionados en los adultos y que están asociados al desarrollo de hemorragia digestiva, como la enfermedad diverticular, las angiodisplasias de colon, la enfermedad inflamatoria intestinal, las poliposis y los tumores colónicos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgo que están asociados al desarrollo de hemorragia digestiva en personas mayores de 40 años hospitalizados en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo noviembre 2018 a agosto del 2020?

1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los factores de riesgos que influyen en el desarrollo de hemorragia digestiva en pacientes mayores de 40 años hospitalizados en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo de Noviembre del 2018 a agosto del 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar de qué manera influye la edad en el desarrollo de hemorragia digestiva.
- ❖ Identificar la incidencia de pacientes hospitalizados con diagnosticados con hemorragia digestiva.
- ❖ Identificar las etiologías asociadas a hemorragia digestiva.
- ❖ Valorar el pronóstico de los pacientes que han sido diagnosticados con hemorragia digestiva.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo está dirigido a analizar los factores de riesgos que influyen en el desarrollo de hemorragia digestiva, en personas adultos mayores de 40 años y ver de qué manera influye la edad para el desarrollo de la misma.

Debido a una alta prevalencia de esta enfermedad en personas adultas, el presente estudio permitirá analizar los factores de riesgos que conllevan a su desarrollo y determinar cuáles son los factores de riesgos modificables para la prevención de esta enfermedad.

Al término de esta investigación se podrá obtener datos confiables, relevantes y fehacientes que servirán para determinar los factores de riesgos que son modificables y crear estrategias de prevención.

El presente estudio es viable ya que cuenta con los recursos financieros, humanos y materiales, en el periodo de noviembre del 2018 a agosto del 2020, obtenidos de la base de datos del Hospital General Monte Sinaí.

1.5 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.

- **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** Salud humana, animal y del ambiente
- **ÁREA:** Hemorragia Digestiva
- **CAMPO DE ACCIÓN:** Factores de riesgo
- **LUGAR:** Hospital General Monte Sinaí
- **PERIÓDO:** noviembre del 2018 a agosto del 2020

1.6 HIPÓTESIS

H°: Las gastropatías crónicas son uno de los principales factores de riesgos para el desarrollo de Hemorragia digestiva.

H1: Las múltiples comorbilidades que existen en pacientes adultos son causantes de las complicaciones del desarrollo de hemorragia digestiva.

1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicadores	Escala valorativa	Fuente
<p>Variable independiente:</p> <p>Hemorragia digestiva</p>	<p>Hemorragia proveniente del tracto gastrointestinal en sus diferentes formas de presentación</p>	<p>Endoscopia y colonoscopia</p>	<p>Localización de la lesión</p>	<p>Historia Clínica</p>
<p>Variable dependiente:</p> <p>Complicaciones</p>	<p>Consecuencias o efectos que se producen durante el curso de la enfermedad</p>	<p>Anemia</p> <p>Shock Hipovolémico</p> <p>Neumonitis por Aspiración</p>	<p>Signos vitales inestables, Biometría Hemática Rayos x de tórax</p>	<p>Historia clínica Exámenes de laboratorio</p>
<p>Variable interviniente:</p> <p>Factores de riesgo</p>	<p>Situaciones clínicas, o etiológicas que pueden ser los causantes de la evolución o desarrollo de la enfermedad</p>	<p>Edad</p> <p>Estado nutricional</p> <p>Comorbilidades</p>	<p>Personas mayores de 40 años</p> <p>Ayunos prolongados</p> <p>Gastropatías, ingesta de Aines de larga data</p>	<p>Historia clínica</p>

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 CONCEPTO

Es cualquier sangrado que se origine en el tubo digestivo, esta puede dividirse en tres secciones o partes: alta, media (intestino delgado, que incluye duodeno distal, yeyuno e íleon) y baja. La hemorragia digestiva alta es aquella que se origina por encima del ángulo de Treitz (ligamento suspensorio del duodeno) y baja por debajo de este ángulo(1).

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

La hemorragia digestiva constituye un trastorno gastrointestinal muy frecuente que ocasiona alrededor de 25.000 hospitalizaciones cada año en Estados Unidos, la prevalencia representaba un alrededor de 81 por cada 100.000 habitantes, y mortalidad de 10-20%, en la última década la hospitalización por hemorragia gastrointestinal ha ido disminuyendo siendo ahora la prevalencia alrededor de 67 por cada 100.000 habitantes lo cual representa una disminución alrededor del 21 %, siendo la causa más frecuente ulcera péptica y esofagitis la siguiente causa, según la revista “Digestive Diseases and Sciences (2018)”(2).

A nivel nacional según las últimas estadísticas del Ministerio de Salud Pública en las principales causas de morbilidad en el año del 2016 la hemorragia digestiva se tiene un estimado de alrededor de 670.000 casos, con un predominio de casos en el sexo masculino con alrededor de 356.000 y en el sexo femenino 313.000 casos y la mayor incidencia comprende entre 60-70 años.

Al nivel de la provincia del Guayas se registraron 98.000 casos, e igual la mayor incidencia es en el sexo masculino con 64.000 casos y en el

sexo femenino 34.000 y con mayor frecuencia en adultos entre 50-70 años de edad(3).

2.3 ETIOLOGÍA

La hemorragia digestiva puede ser alta o baja y según estas, y entre las causas de la HDA (Hemorragia digestiva alta) tenemos de etiología variceal y no variceal, entre ellas las más frecuentes tenemos a la ulcera péptica (gástrica o duodenal), varices esofágicas, Mallory Weiss, Gastropatía erosiva, y entre las menos frecuentes: esofagitis, neoplasias, lesión de Dieulafoy, ectasia vascular, gastropatía por HTP, varices gástricas, y entre las causas más raras tenemos la ulcera esofágica, duodenitis erosiva o fistula aorto-entericas y de causa desconocida(4).

La etiología de la hemorragia digestiva baja tenemos entre la más frecuentes: diverticulosis colónica y angiodisplasias, menos frecuentes: CCR (cáncer colorrectal), EII (enfermedad inflamatoria intestinal), sangrado posterior a polipectomía, colitis (isquémica, actínica, infecciosa, pseudomembranosa), lesiones perioficiales (fisura anal, hemorroide) y hemorragia de intestino medio y entre las causas raras: ulcera rectal, varices rectales, lesiones de Dieulafoy(1).

2.4 FISIOPATOLOGÍA

HDA variceal

El sangrado gastrointestinal alto ocasionado por ruptura de varices esófago-gástricas constituye la principal complicación de la hipertensión portal, la cual está causada por un aumento de la presión en la vena porta el cual es debido a diferentes causas, entre ellas la cirrosis hepática, el gradiente de presión venosa hepática necesario para la formación de varices debe ser >12 mmHg, aunque 10 mmHg se considera valor predictivo (valor normal de HPVG 3.5mmHg), se considera que alrededor 50-60% de los cirróticos presentan varices esófago-gástricas y su presencia se relaciona con la gravedad de la enfermedad(5). Según datos epidemiológicos se

demuestra que alrededor del 40% de pacientes con Child A pueden tener presentes varices, y el 85% de pacientes con Child B y C presentan varices esófago-gástricas(4).

Predictores de riesgo para sangrado por varices

- Tamaño (mayor a 5 mm)
- Presencia de puntos o manchas rojas de Wale
- Cirrosis descompensada o disfunción hepática grave (Child C)(1).

HDA no Variceal

El sangrado a nivel del tubo digestivo alto se puede dar por alteración de la mucosa, con daño de los vasos sanguíneos de la submucosa lo cual ocasiona que se profundice el daño(6).

Hemorragia por ulcera péptica

Una ulcera gastro-duodenal es daño de la mucosa del estómago o duodeno, que ocasiona daños a la submucosa. En subgrupo de úlceras, el sangrado por ulcera duodenal es más frecuente que las úlceras gástricas. Los anti inflamatorios no esteroides y la infección por H.pylori son factores de riesgo.

Infección por H. Pylori, se asocia alrededor de 8-10 % con úlceras, el daño es ocasionado por la respuesta inmunitaria del huésped frente a los factores de virulencia de aquella bacteria ocasionando diferentes tipos de daño en el epitelio gástrico y duodeno(7). Se relacionó un asociación directa entre el patrón dietético, consumo de comidas rápidas y la infección por Helicobacter pylory(8).

- AINES/AAS.- La mucosa gástrica mantiene su integridad por factores citoprotectores entre ellos el moco y el bicarbonato, los fosfolípidos, el flujo sanguíneo y regeneración(9). Las prostaglandinas intervienen en procesos inflamatorios y su vez es un factor citoprotector a nivel gastrointestinal. El principal mecanismo de los AINES es la inhibición competitiva y reversible de la enzima ciclooxigenasa (COX), la cual está encargada de la producción de prostaglandinas, que cataboliza el paso de ácido araquidónico a endoperóxidos cíclicos en este caso prostaglandinas y tromboxanos. Así de esta manera no solo se inhibe la acción pro inflamatoria de las prostaglandinas, sino que se altera la protección gastrointestinal. Un AINEs es más gastrolesivo mientras más inhiba a la COX-1(10).

Mallory weiss

Se denomina al desgarro que ocurre en la membrana mucosa de la parte inferior del esófago en la unión esófago-gástrico, ocasionado por nauseas o vómitos intensos, en la actualidad se considera a cualquier efecto que ocasione un aumento repentino en la presión intragástrica, las laceraciones pueden aparecer con frecuencia en la pared lateral derecha del estómago donde está alineada la curvatura menor con el esófago(1).

Lesión de Dieulafoy

Se denomina así a una arteria que tiene alteraciones morfológicas, es anormalmente grande de diámetro 1 a 3 mm, tortuosa, y sobresale hacia la mucosa rompiéndose y posteriormente en la cual se observa necrosis fibrinoide que orienta al sitio de sangrado, estas lesiones se desarrollan a nivel de la curvatura menor, a 6 cm de la unión del esófago con el estómago, pero puede aparecer en cualquier parte del tracto gastrointestinal. Estas lesiones son de difícil identificación a menos que este en sangrado activo(1).

Ectasia vascular

La ectasia vascular gástrica que se encuentra a nivel antral (GAVE), hace referencia a la presencia de vénulas dilatadas que forman estrías de formas lineales que se tornan de color rojo, fue descrita por Rider en 1953 y posteriormente en 1984 Jabbarei y colegas la describieron como “estomago en sandia”, por lo general se observa en ancianos, aunque también se lo ha reportado en jóvenes. Se asocia a enfermedades cardíacas, de riñón, hígado, hipotiroidismo entre otras.(11).

Esofagitis

La esofagitis erosiva ocasionada por el reflujo es consecuencia de un desbalance entre factores dañinos y defensivos de la mucosa. Entre estos la secreción clorhidropeptica, presencia de sales biliares o enzimas pancreáticas. El ácido por sí solo no es el causante de la lesión de la mucosa, sino tan solo un factor que permite la activación de la pepsina, y la acción proteolítica de esta explica la solución de continuidad de la mucosa. En el síndrome de Zollinger-Ellison, la hipersecreción acida tiene un papel importante. Entre los factores defensivos tenemos a la barrera antirreflujo que está compuesta por una zona de alta presión de alrededor 10-30 mmHg, que está localizada en la unión esófago-gástrica que se opone al reflujo gastroesofágico de manera natural. El aclaramiento esofágico del ácido y factores defensivos intrínsecos del epitelio son otros elementos defensivos(12).

Neoplasias

La manifestación más frecuente de las neoplasias malignas del tracto digestivo es la anemia ferropénica como de enfermedades crónicas, la siguiente manifestación es un test de hemorragia oculta positiva. Aunque los cánceres también suelen manifestarse como lesiones ulceras sangrantes de manera persistente, por ejemplo tenemos a los tumores del estoma digestivo o GIST(1).

Gastropatía erosiva

Se denominan a hemorragias subepiteliales y que se relacionan principalmente a ingesta de alcohol, stress (grandes quemaduras o cirugías mayores). La mayoría de las veces no ocasiona sangrados importantes a menos que desarrollen úlceras(6).

Gastropatía de la hipertensión portal

Se denomina a la dilatación difusa de los vasos de mucosa del estómago con lo cual hay aumento del flujo sanguíneo, se observa patrones endoscópicos característicos la cual se caracteriza por manchas de color rojo, de forma plana y de pequeño tamaño que se localizan en el cuerpo y el antro del estómago, se observa patrón en mosaico en "sarampión"(4).

Fistulas aorto-entericas

Es consecuencia de una complicación muy rara de los aneurismas de aorta abdominal, las cuales se pueden encontrar de dos tipos: primarias en la cual hay una comunicación de la luz del aneurisma de la aorta abdominal con un asa intestinal, de manera principal en el duodeno, las secundarias ocurren con más frecuencia y se presentan en pacientes que han sido intervenidos para reparación de aneurisma con implante de prótesis, la presentación más frecuente es la hemorragia digestiva alta(13).

Hemorragia digestiva baja

Diverticulosis

En la actualidad alrededor del 20-55% de las hemorragias digestivas bajas tiene como causa a la enfermedad diverticular, por lo general afectan a mayores de 70 años y la mayoría ubicados en el colon izquierdo. Aunque el 90% de los divertículos se encuentran localizados en el colon izquierdo, el 50-90% de la hemorragia digestiva baja ocurre por divertículos en el colon derecho/ciego. Alrededor de 3-15% de los pacientes que padecen de

diverticulosis presentan hemorragia digestiva, la etiopatogenia aun no es conocida pero orienta a que se debe por el trauma de los vasos rectos que fluyen por la cúpula de una divertículo(4).

El sangrado puede ser en forma de melenas, rectorragia o hematoquecia, por lo general cede de forma espontánea en el 70% de pacientes(14).

Angiodisplasia

Se refiere a malformaciones vasculares, las cuales son defectos en la estructura de las arterias, venas o capilares. Estas lesiones superficiales se originan en la mucosa o submucosa gastrointestinal, se observa como una lesión de color roja, de forma redonda, brillante, pequeña (<10mm de diámetro), de contornos irregulares que a nivel histológico se observa las dilataciones vasculares(15).

La hemorragia por angiodisplasias por lo general suele presentarse sin dolor abdominal con presencia de hematoquecia o melena, o se observa mediante estudios de sangre oculta en heces(14).

Cáncer colorrectal

Esta neoplasia mientras más cercano se encuentre al ano, la hemorragia será más fresca es decir puede manifestarse mediante proctorragia, y cuando esta mas proximal el tumor la manifestación será hematoquezia, sangrado microscópico el cual se manifestara por anemia microcítica(1).

Enfermedad inflamatoria intestinal

Comprende a la colitis ulcerosa y la enfermedad de Chron y la colitis indeterminada o inclasificable, se trata de patologías crónicas las cuales presentan periodos de recaída es de etiología multifactorial. La Colitis es un proceso inflamatorio de la mucosa del colon que inicia en el recto. La EC causa inflamación desde la boca hasta el ano, su distribución es irregular y puede comprometer mucosa y pared intestinal y puede causar sangrado rectal, lesiones perianales(16).

Lesiones anorrectal o perioficiales.

Entre la causas tenemos a la fisura anal, ulcera solitaria y hemorroides, la más común tenemos al sangrado por hemorroides, la cual puede causar un sangrado de manera considerable y otros síntomas como dolor y picazón(4).

2.5 FACTORES DE RIESGO

- sangrado previo
- consumo de AINES/ASS/CORTICOIDES
- > 70-80 años
- Ingesta de alcohol
- Patología concomitante (alteración de la coagulación, cirrosis).
- Gastropatías crónicas(10).

2.6 FORMAS DE PRESENTACIÓN CLINICA

Hemorragia digestiva alta

La presentación clínica comprende desde sangrados activos, hasta la presencia de sangre oculta en heces. En el examen físico es importante descartar la manifestación de esplenomegalia, adenopatías o masas. La

presencia de ictericia, ascitis o sospecha de hepatopatía nos orienta que la hemorragia digestiva puede ser por varices. Entre los síntomas que podemos determinar(1):

Hematemesis: se denomina al vomito de sangre de aspecto fresco, restos de sangre o presencia de coágulos, puede ser color rojo brillante o parecido a granos de café. Lo cual nos orienta que de origen digestivo alto. Nos ayuda a orientar que la hemorragia es por causa u origen variceal si el sangrado es activo a manera de chorro. Es de importancia diferenciar los vómitos sanguinolentos causados por epistaxis y hemoptisis(4).

Hematoquezia: es la presencia de sangre en las heces ya sea de color roja o rojo oscuro. Es indicativo de una hemorragia alta que suele ser enérgica, suele aparecer cuando hay hemorragia digestivas altas grandes que se asocian a un aumento del tránsito intestinal o hemicolectomía.(4)

Melena: heces de coloración muy oscura o negra brillante, y de olor característico, para la melena se requiere de un sangrado de al menos de 60-100 ml. Alrededor del 90% indica origen digestivo superior, aunque es importante tener presente que suele aparecer en hemorragias de intestino delgado o colon derecho sobre todo si el tránsito intestinal esta disminuido.(1).

Otros signos y síntomas que se pueden presentar dependen de la cantidad del sangrado, entre ellos podemos tener hipovolemia, palidez, taquicardia, taquipnea, sudoración fría, disminución de la presión arterial, agitación, oliguria, y anemia post-hemorragia(1). Según la gravedad de la hemorragia (>1500-2000) incluso se puede presentar otros síntomas como anuria, estupor, y coma.(4)

Hemorragia digestiva baja

Entre los signos o síntomas que se pueden presentar es dolor abdominal la cual nos orienta que el origen sea isquémico, de tipo

inflamatorio o cáncer colorrectal, a diferencia de los divertículos y angiodisplasia en el cual el sangrado se presenta sin dolor. Las lesiones anorrectales también pueden presentarse con dolor, si hay presencia de diarrea sanguinolenta nos orienta que la etiología sea una enfermedad inflamatoria intestinal, es de importancia tener en cuenta la frecuencia o ritmo con el que realiza heces, ya que si hay algún cambio nos orienta a que la etiología sea alguna neoplasia. Así mismo el sangrado puede manifestarse como hematoquezia que se presenta como heces rojas brillantes y su aparición es más frecuente que en la hemorragia digestiva alta, proctorragia la cual se muestra como estrías de sangre o sangrado franco, y también el sangrado suele manifestarse como melena sobre todo si el tránsito intestinal está lento y la sangre se ha mantenido alrededor de 8 horas en el tubo digestivo (4).

2.7 DIAGNÓSTICO

Para un excelente diagnóstico, se debe empezar con la evaluación inicial, con una excelente historia clínica y examen físico completo. Sobre todo, tener en la anamnesis, interrogar si ha habido episodios anteriores, revisar los medicamentos que ingiere, y tener en cuenta los hábitos ya sea alcohol o tabaco. El diagnóstico de hemorragia digestiva es por su presentación clínica, aunque en el caso de pacientes asintomáticos lo que nos permite orientarnos es examen o test de sangre oculta en heces o incluso mediante el hemograma(17).

No debemos pasar por alto el examen físico completo incluyendo un examen físico del abdomen y tacto rectal.

Laboratorio

Hemograma. -

Al principio la hemoglobina puede ser normal ya que se necesitan horas para reflejar la pérdida sanguínea, así que en el momento de la

hemorragia la hemoglobina no es preciso de usar como predictor de la gravedad de la hemorragia. La hemorragia digestiva alta que se presenta de manera aguda se presenta como una anemia normocítica, y si la hemorragia es crónica suele manifestarse como anemia microcítica. Ante la evidencia de plaquetopenia o trastornos de la coagulación que no esté relacionado a anticoagulantes se debe sospechar sobre coagulopatías o cirrosis con hipertensión portal(17).

Perfil Bioquímico y hepático completo. - para realizar un estudio metabólico completo.

Creatinina -El sangrado abundante que ocasiona disminución la volemia puede ocasionar una insuficiencia renal de origen pre-renal(1).

Sonda nasogástrica

La colocación de una SNG constituye una herramienta la cual permite extraer y observar el material gástrico, la coloración nos permitirá si existe sangrado digestivo alto, aunque no es tan fiable.

Endoscopia digestiva alta

Procedimiento por el cual se introduce un endoscopio por vía oral en un paciente que anterioridad ha sido anestesiado, sirve para evaluar el tubo digestivo alto que incluye esófago, estómago y las porciones proximales del duodeno, resulta preciso en la identificación de la etiología de la hemorragia digestiva. (18) Se debe realizar dentro de las primeras 24 horas e incluso dentro de las primeras 12 horas según las guías de la sociedad Americana de Gastroenterología si es origen no variceal posterior a la estabilización del paciente ya que en ocasiones se puede ofrecer no solo un diagnostico sino un tratamiento hemostático(1).

Colonoscopia

Para el estudio de la hemorragia digestiva baja es el Gold Estándar, por lo general es realizado a las 48 horas desde el momento de ingreso del paciente teniendo una elevada especificidad (80%) del sitio del sangrado, para la realización del estudio es recomendable una preparación del paciente con laxantes. Aunque el momento ideal para realizar una colonoscopia sigue incierta en estudios prospectivos y retrospectivos menciona un mejor rendimiento respecto al diagnóstico con una notable disminución de la estadía, pero no se observa una disminución de la mortalidad(19).

Entre otros estudios tenemos enteroscopia, angiografía por Tomografía computarizada la cual permite detectar sangrado pequeños, la capsula endoscópica la cual es una cámara que recorre el tubo digestivo y nos permite obtener imágenes con elevada resolución orienta sobre la localización del sangrado, sobre todo en aquellas partes del tracto gastrointestinal donde la video endoscopia no alcanza(1), Para el diagnóstico de la hemorragia digestiva baja incluye también sigmoidoscopia flexible y proctoscopia(19).

2.8 ESCALAS

Escala de Blatchford

fue mencionada en el año 2000 por primera ocasión, utiliza parámetros clínicos analíticos, nos va a permitir estratificar al paciente con hemorragia digestiva alta no variceal como de alto o bajo riesgo(20).

Tabla 1. Escala de Glasgow-Blatchford. (21)

Tabla 1. The Glasgow-Blatchford score. Clinical and laboratory variables considered, and score for each range of values	
Risk Markers on admission	Scale core
<i>Plasma urea (mg/dl)</i>	
≥38 <47	2
≥47 <58	3
≥58 <147	4
≥147	6
<i>Hemoglobin (g/dl). Males</i>	
≥12.0 <13.0	1
≥10.0 <12.0	3
≥10.0	6
<i>Hemoglobin (g/dl). Females</i>	
≥10.00 <12.0	1
<10.0	6
<i>Systolic blood pressure (mmHg)</i>	
100-109	1
90-99	2
<90	3
<i>Others markers</i>	
Pulse ≥100bpm	1
Presentation with melena	1
Presentation with syncope	2
Prior liver disease	2
Heart failure	2
*Known history or clinical/laboratory evidence of acute or chronic disease.	
**Known history or clinical//echocardiographic evidence pf heart failure	

Escala de Rockall

Es utilizado para evaluar la posibilidad de resangrado y mortalidad en hemorragia digestiva alta de causa no variceal, y que ameriten la realización urgente de endoscopia(22).

Tabla 2. Escala de Rockall

Tabla. Escala clínica de Rockall				
Variables	Puntos			
	0	1	2	3
Edad (años)	<60	60-79	>80	-
Frecuencia cardiaca (lat/minute)	<100	≥100		-
Tensión arterial sistólica (mmHg)	≥100		<100	-
Comorbilidad	Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, cualquier otra comorbilidad mayor		Insuficiencia renal, cáncer	

Escala de Forrest

Tabla 3. Escala de Forrest

Tabla 3. Clasificación de Forrest		
GRUPO	Hallazgos endoscópicos	Riesgo de resangrado %
Ia	Hemorragia en chorro	80-90
Ib	Hemorragia babeante	10-30
IIa	Vaso visible no sangrante	50-60
IIb	Coágulo adherente	25-35
IIc	Mancha pigmentada	0-8
III	No estigmas	0-12

Predice el riesgo elevado de sangrado y a su vez es utilizada para valorar o predecir la necesidad de realizar tratamiento endoscópico en la hemorragia digestiva alta sobre en las de origen ulcerosas(22).

Para la valoración de riesgo de resangrado por varices esofágicas interviene diversos factores entre ellos: factores físicos (elasticidad y tensión de la pared del vaso), factores clínicos (disfunción hepática o consumo continuo de alcohol), factores endoscópicos (tamaño de las varices y

presencia de puntos rojos en el vaso) y la utilización de clasificación de Child pugh de la gravedad de la cirrosis(23).

Escala de Oakland

Tabla 4. Escala de Oakland

Predictor	Score component value
Age	
<40	0
40-69	1
≥70	2
Gender	
Female	0
Male	1
Previous LGIB admission	
No	0
Yes	1
DRE findings	
No blood	0
Blood	1
Heart rate	
<70	0
70-89	1
90-109	2
≥110	3
Systolic blood pressure	
<90	5
90-119	4
120-129	3
130-159	2
≥160	0
Haemoglobin (g/L)	
<70	22
70-89	17
90-109	13
110-129	8
130-159	4
≥160	0

La escala se originó de un estudio prospectivo obtenido de alrededor de 2336 pacientes en 143 hospitales de Reino Unido, para evaluación de riesgo de la hemorragia digestiva baja. Paciente con una puntuación menor a 8 tiene alta posibilidad de alta médica segura(24).

2.8 TRATAMIENTO

Manejo inicial

Las medidas iniciales deben dirigirse a evaluar a:

- Determinar la presentación clínica
- Evaluar el estado hemodinámico del paciente en ello comprende signos vitales (FC, PA, Temperatura), estado de conciencia y otros signos de disminución de la perfusión.
- Si el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable. - se debe asegurar la vía aérea, se debe colocar 2 accesos o vías venosas de grueso calibre (16 o 14G) para la infusión y reposición de volumen y transfusión de unidades o concentrados de glóbulos rojos, en las hemorragias graves posterior haya sido establecida el compromiso hemodinámico puede ser útil colocar una vía central que permita el control de la PVC y controlar la velocidad de infusión.
- Para reponer la volemia se usará cristaloides.
- Colocación de sonda nasogástrica y sonda vesical.
- En el momento de canalizar la vía venosa se tomarán muestras sanguíneas para exámenes de laboratorio.
- La transfusión de hemoderivados dependerá de factores como el grado de repercusión hemodinámica, la sospecha de hemorragia activa o patología de base. Las guías recomiendan transfundir con una hemoglobina <7.0 g/dl en pacientes sin enfermedad cardiovascular, para mantener una hemoglobina con valores entre 7-90g/dl, en pacientes con enfermedad cardiovascular y que presenten sangrado activo es recomendable la transfusión y mantener los valores de hemoglobina entre 9 y 10 g/dl . Es recomendable tener sangre en reserva.
- Programar endoscopia o colonoscopia para posterior tratamiento y control del sangrado.
- En lo posible investigar los antecedentes patológicos y hábitos personales(25).

Clasificación de shock hemorrágico

- Grado 1.- pérdida sanguínea <750 ml, la FC< 100lpm, TA normal, pulso normal, estado de conciencia normal o ansioso.
- Grado 2.- pérdida sanguínea entre 750-1500 ml (15-30%), FC 100-120lpm, TA normal, pulso disminuido, estado de conciencia ansioso.
- Grado3.- pérdida sanguínea entre 1500-2000 (30-40%), FC 120-140lpm, TA disminuida, pulso disminuido, estado de conciencia confundido.
- Grado 4.- >2000 (>40%), FC > 140lpm, TA disminuida, estado de conciencia letargo(26).

Tratamiento específico

Úlcera péptica

- Tratamiento médico. - administración de inhibidores de la bomba de protones intravenoso.
- Tratamiento endoscópico. - endoscopia precoz dentro de las primeras 24 horas, según los hallazgos encontrado en la endoscopia mediante la clasificación de Forrest para valorar el riesgo de sangrados y la necesidad de intervención terapéutica.
 - Métodos no térmicos: de inyección (adrenalina, polidocanol y mecánicos (hemoclips, ligadura).
 - Métodos térmicos con electrocoagulación mono o bipolar o pinza caliente como método de contacto y argón plasma o laser en métodos de no contacto.
 - Terapia combinada con adrenalina o método mecánico o de contacto(25).

Según la clasificación de Forrest una úlcera de alto riesgo de resangrado es aquella donde el sangrado es activo, el vaso es visible y además hay presencia de coagulo, mientras que una úlcera de bajo riesgo hay fondo sucio en la base de úlcera y no hay evidencia de sangrado reciente.

Síndrome de Mallory Weiss

- Antieméticos
- Terapia endoscópica, en casos de presencia de hemorragia activa (métodos de inyección con adrenalina y polidocanol, mecánicos con clips o ligadura en banda(1)).

Gastropatía erosiva

- Interrupción de consumo de AINES, AAS, alcohol o corticoides
- Administración vía oral de IBP(27).

Lesión de Dieulafoy

- tratamiento endoscópico con métodos mecánicos con clips o banda son los de elección y las alternativas los métodos de inyección y térmicos(28).

Varices gastroesofágicas.

- Tratamiento farmacológico con terlipresina, octeotride, somatostatina o vasopresina o B bloqueantes no cardiosselectivos que van a disminuir el flujo sanguíneo a nivel de hígado y con ello disminuye la presión portal, además de provocar vasoconstricción esplénica
- Tratamiento endoscópico
 - Ligadura endoscópica variceal con bandas elásticas es la de mayor elección ya que presencia mayor eficacia y menor riesgo
 - Escleroterapia variceal endoscópica con polidocanol o etanolamina se utiliza en el caso de que la ligadura no sea posible.
 - Taponamiento con balón la cual constituye un tratamiento de rescate, existen dos modos de taponamiento, la sonda de Sengstaken Blakemore que posee un balón gástrico y se fija en los cardias, y otro balón esofágico que comprime directamente las varices. Y la sonda de Linton-Nachlas que solo posee un balón que impacta en los cardias.

- Descompresión de la hipertensión portal con derivaciones porto sistémica percutánea intrahepática (TIPS)(29).

Hemorragia digestivo baja

- Para la localización y tratamiento: arteriografía selectiva, que permite la localización del sangrado, y en el caso de ser localizado permite realizar un tratamiento
 - Administración de vasoconstrictores por ejemplo la vasopresina.
 - Embolización supe selectiva la cual presenta una elevada eficacia y pocas complicaciones(30).
- Otros métodos de diagnóstico son la centellografía con glóbulos rojos marcados con tc99, y el AngioTAC.
- Ante la presencia de una hemorragia digestiva baja masiva en la cual no se detecta el sitio de sangrado o no hay posibilidad de tratamiento mediante arteriografía se recomienda la resección extensa.
- Para la hemorragia de tipo diverticular existen algunas técnicas mediante endoscopia
 - Métodos de inyección(9) (adrenalina)
 - Métodos térmicos (coagulación ya sea mono o bi-polar
 - Métodos mecánicos con clics metálicos y bandas elásticas(30).

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 METODOLOGÍA

Enfoque: Ante la sospecha de Hemorragia digestiva en un paciente se debe investigar la forma del cuadro, la edad del paciente y la coexistencia con otras enfermedades que estarán estrechamente relacionados con desarrollo de la misma, por lo que dependiendo de estos factores tendrán un valor pronóstico; es por eso que el enfoque de esta investigación es de tipo cuantitativo ya que nuestra investigación se basa en un método exploratorio, para indagar, analizar y comprender la forma en que actúan los factores de riesgos que desarrollan esta enfermedad.

Diseño de investigación: no experimental, ya que la investigación se enfoca en correlacionar y determinar las causas por la que se desarrolla esta enfermedad en personas adultas mayores de 40 años y no se interviene en las variables.

Tipo de investigación: de corte transversal ya que se basa en la exploración, descripción y análisis de los factores de riesgos que desarrollan hemorragia digestiva durante el periodo de Noviembre del 2018 a Agosto del 2020.

Métodos de investigación Empíricos: Se basa en la Observación, para la identificación e interpretación de los resultados obtenidos mediante el análisis de los datos.

Métodos de investigación Teóricos: Este trabajo de investigación es analítico en la que se realiza la correlación de las variables

3.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO:

- **País:** Ecuador
- **Región:** Costa

- **Provincia:** Guayas
- **Cantón:** Guayaquil
- **Institución:** Hospital General Monte Sinaí
- **Servicios:** Área de emergencia adultos y pediátricos, área de contingencia para Hospitalización Covid-19, Hospitalización Adultos y pediátricos, UCI, Área de diálisis, consulta externa que incluye alrededor de 34 consultorios con los servicios de : Cardiología, Medicina Interna, Neumología, Otorrinolaringología, Traumatología, Pediatría, Geriátrica, Neurología, Nefrología, Psiquiatría, Endocrinología, gastroenterología y Nutrición; además cuenta con Centro, Quirúrgico, Endoscopia; Laboratorio, Medicina Transfusional, Farmacia y servicio de Imagenología, que incluye, Tomografía, Rayos x y Ecografía.

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

Pacientes adultos, mayores 40 años, hospitalizados en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo Noviembre 2018 – Agosto 2020, que corresponden a 278 pacientes.

Muestra

Pacientes adultos mayores de 40 años, diagnosticados con Hemorragia digestiva indistintamente del tipo, durante el periodo Noviembre 2018 – Agosto 2020. Esta muestra está constituida por 53 pacientes.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas completas
- Pacientes mayores de 40 años Hombres y mujeres
- Pacientes atendidos por el servicio de Gastroenterología.

- Pacientes Hospitalizados con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 40 años
- Pacientes con Historia clínica incompleta

3.5 VIABILIDAD

El presente estudio es viable ya que se realizó en el Hospital General Monte Sinaí donde, acuden pacientes que se atienden por el Servicio de Gastroenterología y Hospitalizados con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva. Se cuenta con los permisos otorgados por parte de los Directivos del Hospital General Monte Sinaí y de la Universidad de Guayaquil, además con apoyo por parte del servicio de Docencia y estadística de esta noble institución los mismos que nos brindaron toda la información solicitada y necesaria para el desarrollo de esta investigación. Disponemos de todos los recursos humanos, materiales, financieros y del tiempo necesario para desarrollar este estudio.

3.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable Independiente: Hemorragia Digestiva

Variable Dependiente: Complicaciones

Variable interviniente: Factores de riesgo

Dentro de la variable Hemorragia Digestiva se incluyen:

El estudio por medio de procedimientos invasivos como Endoscopías y Colonoscopías para la localización de la lesión. Por lo que tendrá un enfoque de tipo cuantitativos.

Dentro de la variable Complicaciones se incluyen:

La anemia, el Shock Hipovolémico, La neumonitis por Aspiración; por lo que se valora los signos vitales, Biometría hemática completa, Radiografía AP y lateral de tórax. Esta variable tiene dos tipos de enfoques, cualitativo y cuantitativo.

Dentro de la variable Factores de riesgo se incluyen:

La edad, el estado nutricional y la presencia de comorbilidades; debido a estos indicadores se valora que las personas sean mayores de cuarenta años, que realicen ayunos prolongados o que tengan patologías de base ya sean gastropatías o que realicen ingesta de medicamentos de larga data como los Aines. Por lo que este enfoque es de tipo cualitativo y cuantitativo.

3.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es un estudio cuantitativo, con un diseño no experimental, el tipo de investigación es de corte transversal, el método de investigación empírico es observación y el método de investigación teórico es analítico y correlacional.

3.8 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

Recursos humanos

- Internos (recolectores de datos)
- Tutor de tesis

Recursos físicos

- Computadoras
- Internet
- Historias clínicas
- Exámenes de Laboratorio
- Artículos y revistas científicas
- Formatos para la investigación y desarrollo del proyecto

3.9 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

Se utilizaron Historias clínicas completas de pacientes mayores de 40 años que fueron Hospitalizados y diagnosticados con Hemorragia Digestiva durante el periodo de Noviembre 2018 a Agosto del 2020 del Hospital General Monte Sinaí, las cuales fueron otorgadas por el departamento de Estadística de la institución, en los cuales se revisó detalladamente toda la historia clínica para determinar los factores de riesgos por la que se desarrolla la enfermedad en estudio.

Con la información que se recabó de las Historias clínicas se elaboró una base de datos en el programa excel, con los objetivos descritos y el tipo de variable cuantitativo.

3.10 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Con la información recolectada en la base de datos se realizó un análisis estadístico utilizando la aplicación SPSS versión 32, con elaboración de estadística lineal con medida de tendencia central media moda y mediana.

3.11 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

La presente investigación se realizó tomando en consideración las doctrinas bioéticas médicas, respetando los principios respeto, justicia, equidad, beneficencia; guardando y respetando la confidencialidad de los datos obtenidos de los pacientes, por medio de la autorización de la institución involucrada.

El respeto a la autonomía de los pacientes los cuales tienen autodeterminación para decidir sobre sí mismos, respetando sus decisiones, explicándoles previamente los pros y los contras; brindándoles protección y confidencialidad de las decisiones que son tomadas.

La justicia, teniendo la obligación de tratar a los pacientes con calidad y calidez, siendo equitativos, haciendo lo que moralmente está correcto; sin vulnerar sus derechos, realizando los procedimientos con el correcto consentimiento informado, no negándoles atención médica, siendo empáticos para satisfacer sus preocupaciones y necesidades médicas.

La beneficencia, para que el médico con sus conocimientos logre brindar máximo beneficio al paciente, con responsabilidad, sin maleficencia.

3.12 ANÁLISIS SITUACIONAL INTEGRAL DE SALUD

El presente estudio se realizó gracias a los datos autorizados por parte del Hospital General Monte Sinaí, localizado en la ciudad de Guayaquil, ubicado en la Parroquia Tarqui, Av Casuarina en la Coop. Las Marías, al noroeste de la ciudad; con un área de construcción de aproximadamente 52.793.87m².

Esta institución Hospitalaria, es de segundo nivel de atención, perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que brinda atención médica sin fines de lucros a la población adulta y pediátrica.

Cuenta con equipo médico y multidisciplinario, con los servicios de emergencia adultos y pediátricos, contingencia para Hospitalización Covid-19, Hospitalización Adultos y pediátricos, UCI, Área de diálisis, consulta externa que incluye alrededor de 34 consultorios con los servicios de : Cardiología, Medicina Interna, Neumología, Otorrinolaringología, Traumatología, Pediatría, Geriatria, Neurología, Nefrología, Psiquiatría, Endocrinología, gastroenterología y Nutrición; además cuenta con Centro, Quirúrgico, Endoscopia; Laboratorio, Medicina Transfusional, Farmacia y servicio de Imagenología(Tomografía, Rayos x y Ecografía).

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

Ilustración 1

Ilustración 1. Total pacientes atendidos con diagnóstico de hemorragia digestiva y porcentaje que representa el tamaño de la muestra

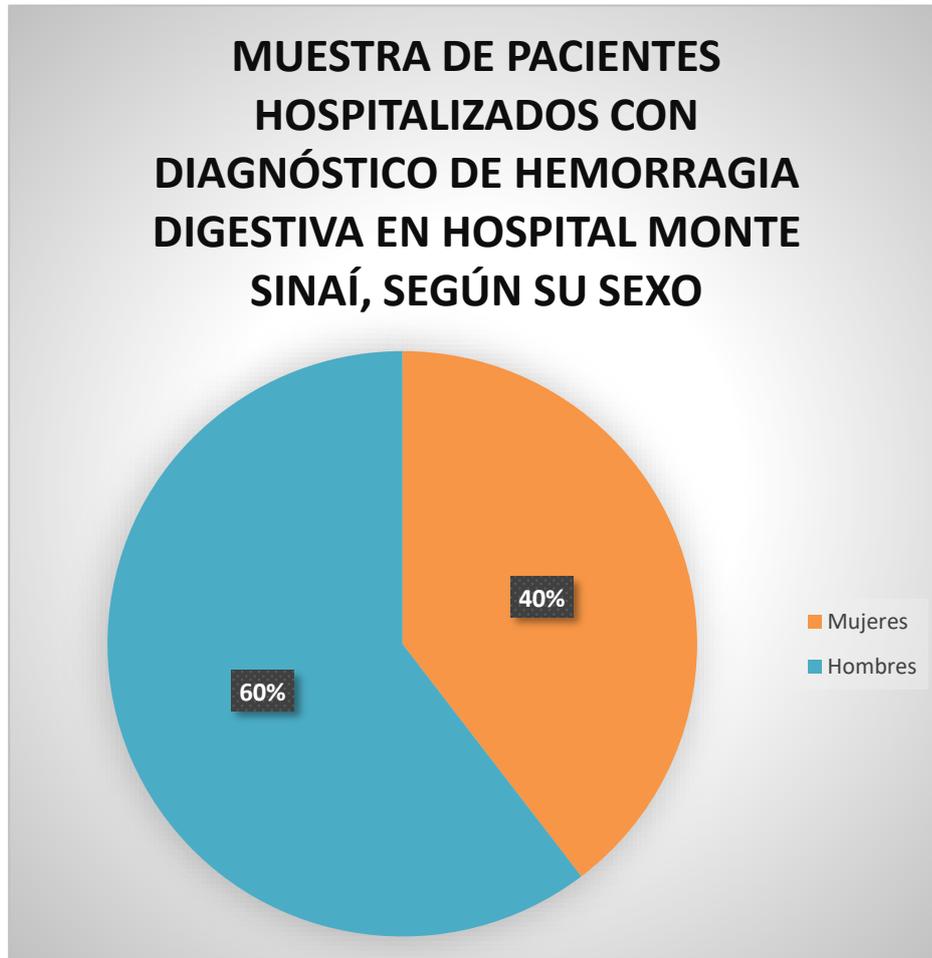


Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de ilustración: Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo Noviembre 2018 a Agosto 2020. El universo de esta investigación representa un total de 278 casos que representa 84%, de los cuales mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 53 casos que representan el 16% de pacientes para este trabajo de investigación.

Ilustración 2

Ilustración 2. Muestra de pacientes hospitalizados con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva en Hospital Monte Sinaí, según su sexo

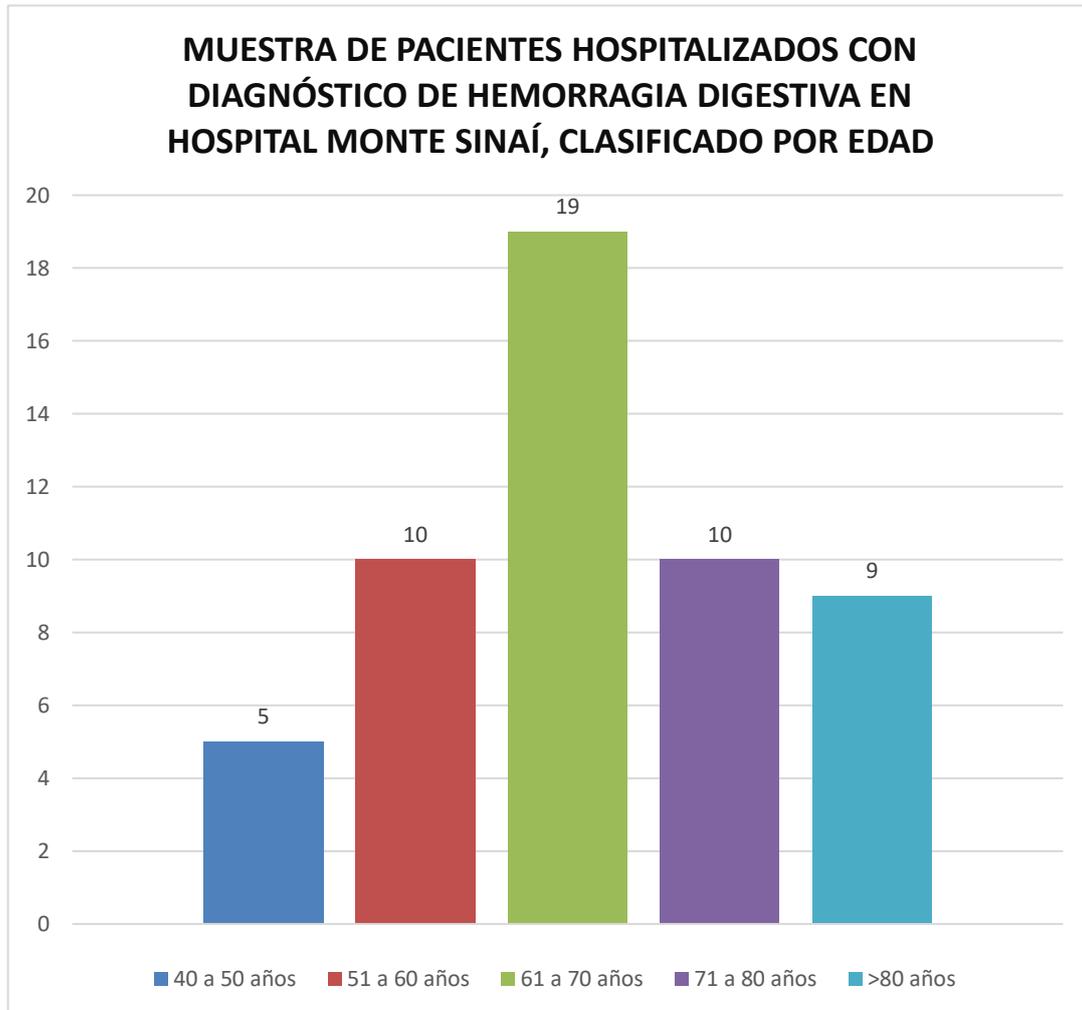


Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de Ilustración - En relación al sexo, se pudo comprobar y reafirmar las estadísticas internacionales, señalando que, la Hemorragia Digestiva tiene una mayor incidencia en el sexo masculino con un total de 32 casos que representa un 60% en relación sexo femenino con un total de 21 casos que presenta un 40%. Estos resultados se pueden relacionar a los hábitos, teniendo en cuenta que en los pacientes del sexo masculino se evidenció una mayor incidencia de factores de riesgos y comorbilidades, tales como el consumo de alcohol, malos hábitos alimenticios, cirrosis hepáticas y cardiopatías

Ilustración 3

Ilustración 3. Muestra de pacientes hospitalizados con Diagnóstico de hemorragia digestiva en Hospital Monte Sinaí, clasificado por edad.

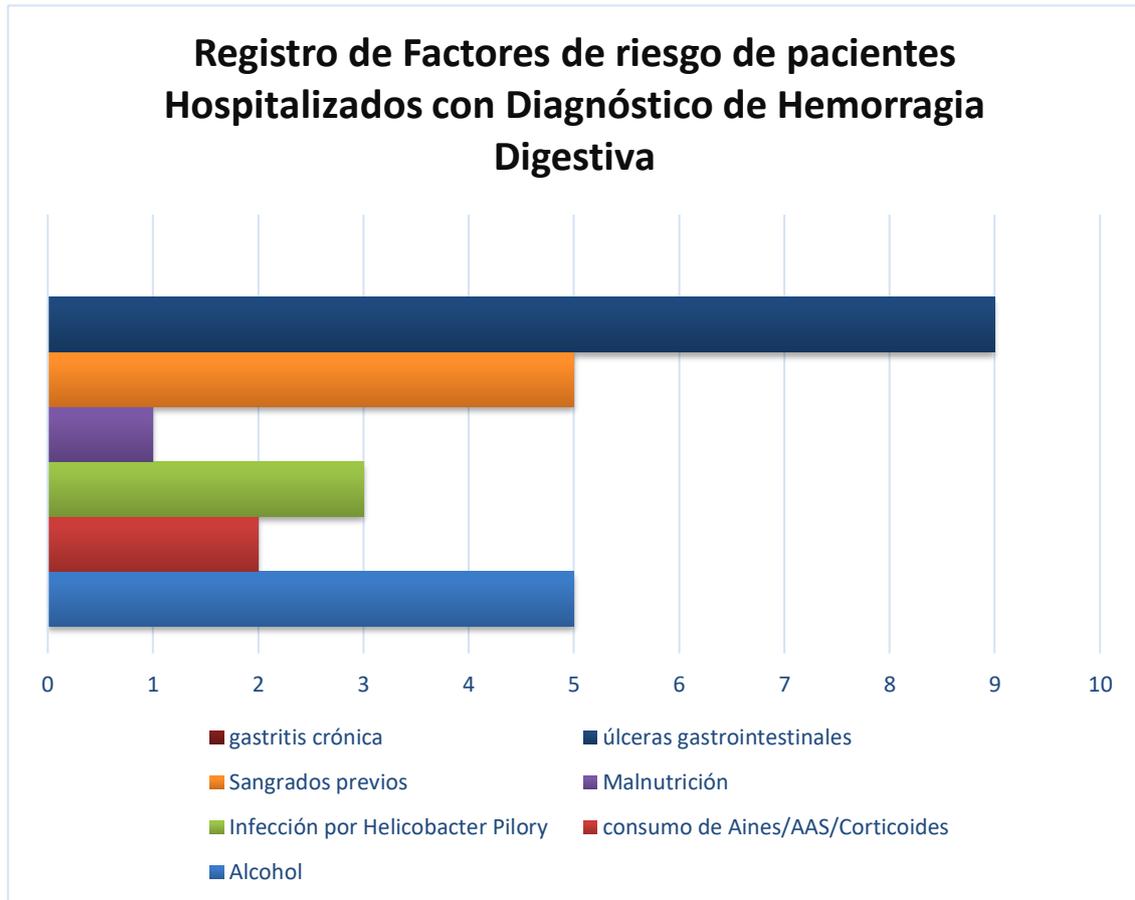


Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de Ilustración 3. - En relación a la edad, dividimos nuestra muestra por grupos de edad, a partir de los 40 años, evidenciándose una mayor cantidad de casos a la edad comprendida entre los 61 a 70 años con un total de 19 casos, seguido de 10 casos entre los 51 a los 60 años y 71 a 80 años, posteriormente un total de 9 casos a edades mayores de 80 años y en menor incidencia al rango de edad entre los 40 a 50 años con un total de 5 casos.

Ilustración 4

Ilustración 4. Registro de Factores de Riesgo de pacientes Hospitalizados con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva.

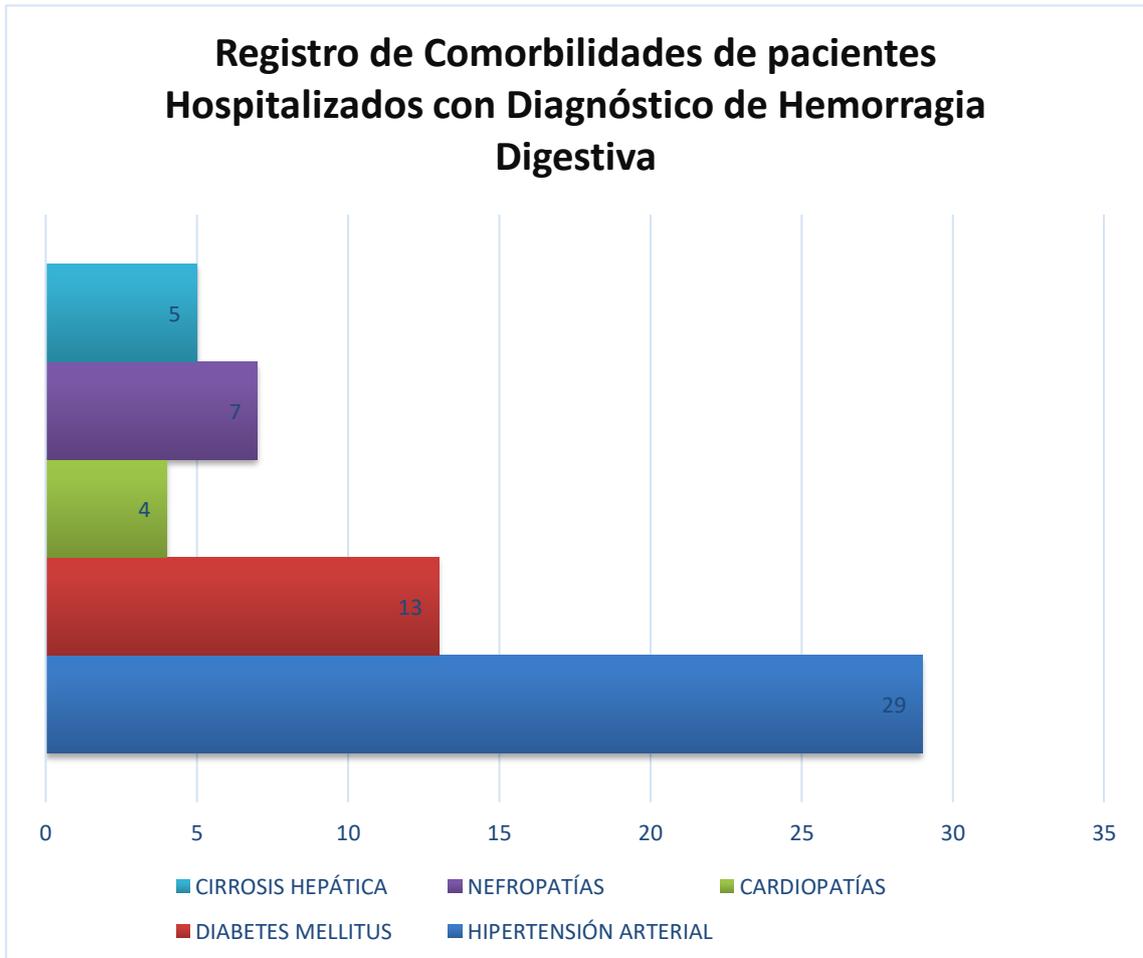


Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de Ilustración 4.- La incidencia de los factores de riesgos que estuvieron relacionados al desarrollo de hemorragia digestiva en los pacientes que conformaron nuestra muestra de investigación fue la siguiente: con un mayor incidencia la gastritis crónica con un total de 9 casos, seguidos de sangrados digestivos previos con un total de 5 casos al igual que el consumo frecuente de alcohol, seguido de la infección por Helicobacter Pilory con un total de 3 casos, el consumo prolongado de fármacos gastrolesivos como los AINES, AAS y corticoides con un total de 2 casos y por último los malos hábitos alimenticios con 1 caso.

Ilustración 5

Ilustración 5. Registro de comorbilidades de pacientes Hospitalizados con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva.

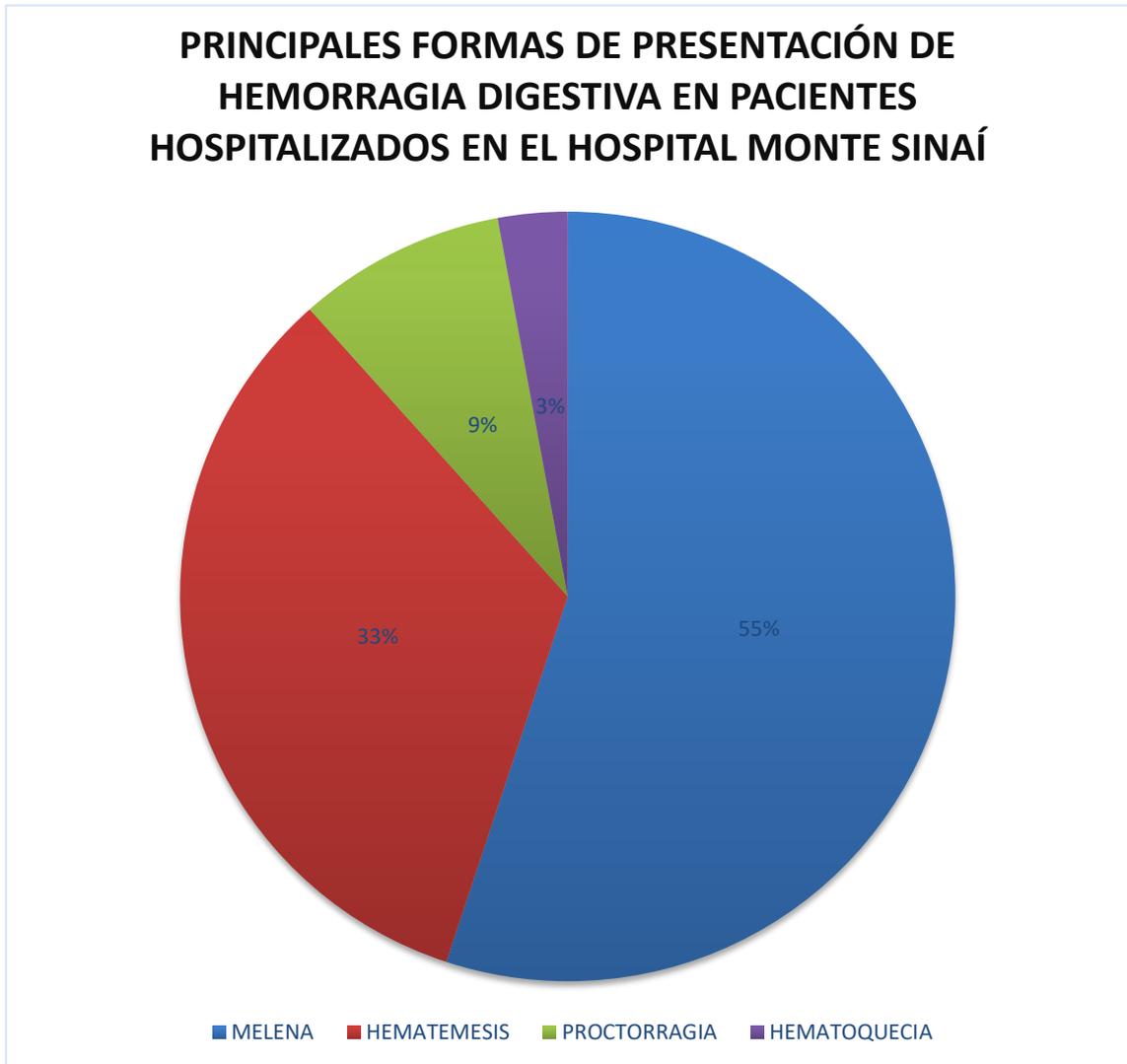


Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de Ilustración 5: En cuanto a las comorbilidades, se evidenció una mayor incidencia de Hipertensión arterial en un total de 29 paciente, seguido de diabetes mellitus con un total de 13 casos, con 7 casos las nefropatías, cirrosis hepática con un total de 5 casos, las cardiopatías con 4 casos y con 9 casos representado como “otros” en los que se incluyen la infección por VIH, ECV, derrame pleural, y cáncer de pulmón.

Ilustración 6

Ilustración 6. principales formas de presentación de hemorragia digestiva en pacientes hospitalizados en el hospital Monte Sinaí.

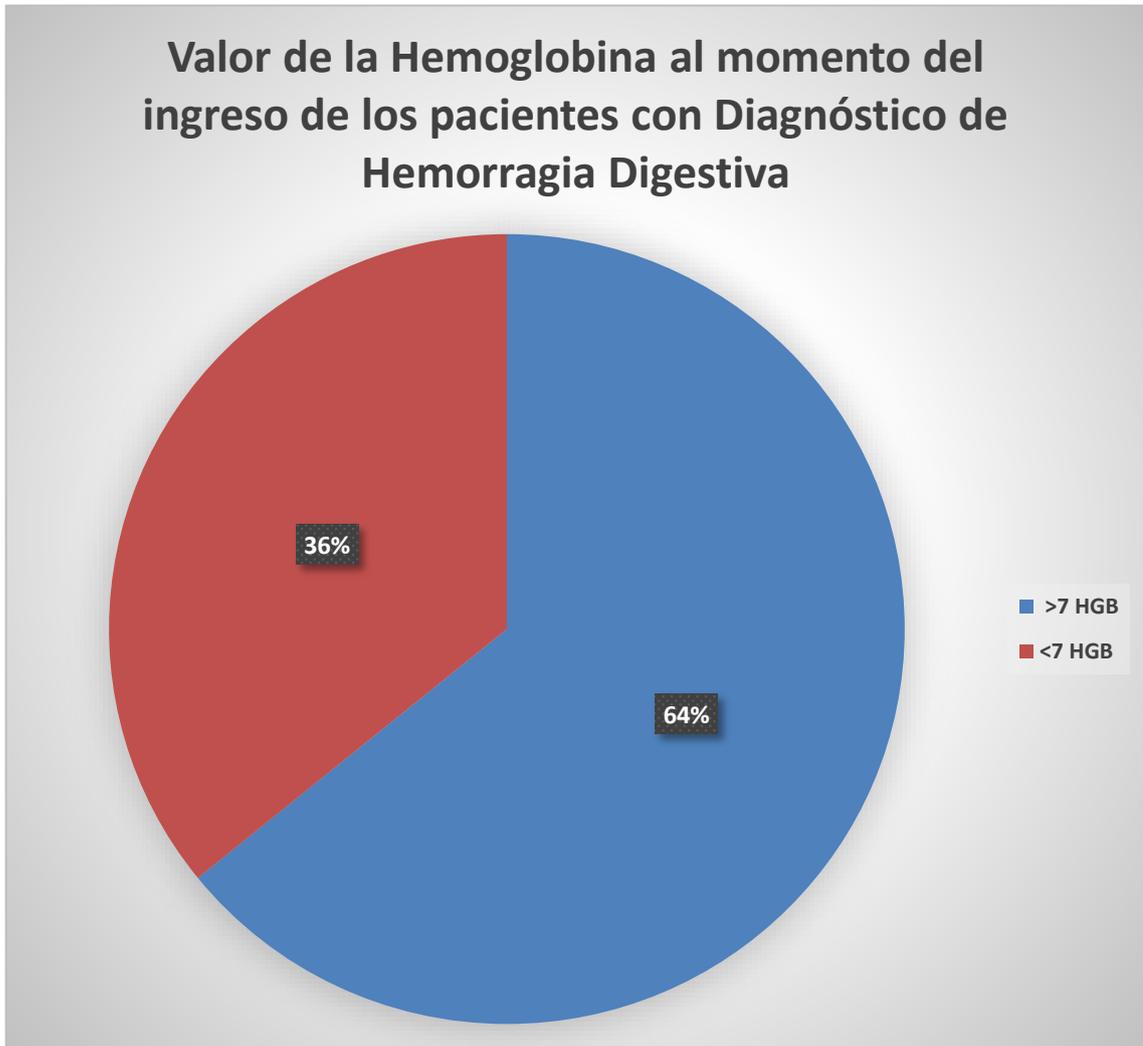


Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de Ilustración 6: En relación a la forma de presentación de las Hemorragias digestivas, tenemos a las melenas con una mayor incidencia representado de un 55%; hematemesis con 33%, proctorragia 9% y por último hematoquecia con 3%.

Ilustración 7

Ilustración 7. Valor de la hemoglobina al momento del ingreso de los pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva

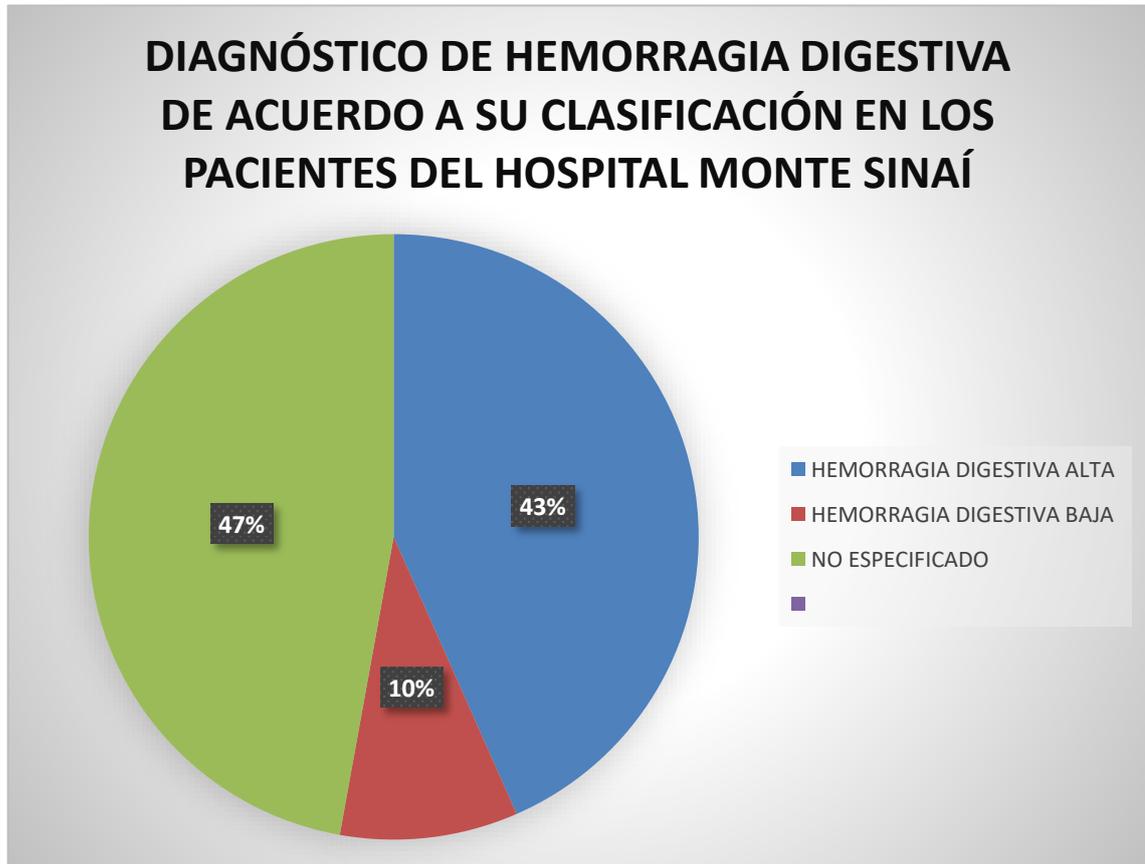


Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de ilustración 7: En nuestra investigación se tomó en consideración el valor de la hemoglobina al momento del ingreso para determinar el requerimiento de transfusión sanguínea, por lo que dividimos a los pacientes que obtuvieron un valor de hemoglobina menor de 7 con un total de 36 % y a los que obtuvieron un valor de hemoglobina mayor a 7 con un total de 64%.

Ilustración 8

Ilustración 8. Diagnóstico de hemorragia digestiva de acuerdo a su clasificación en los pacientes del Hospital Monte Sinaí

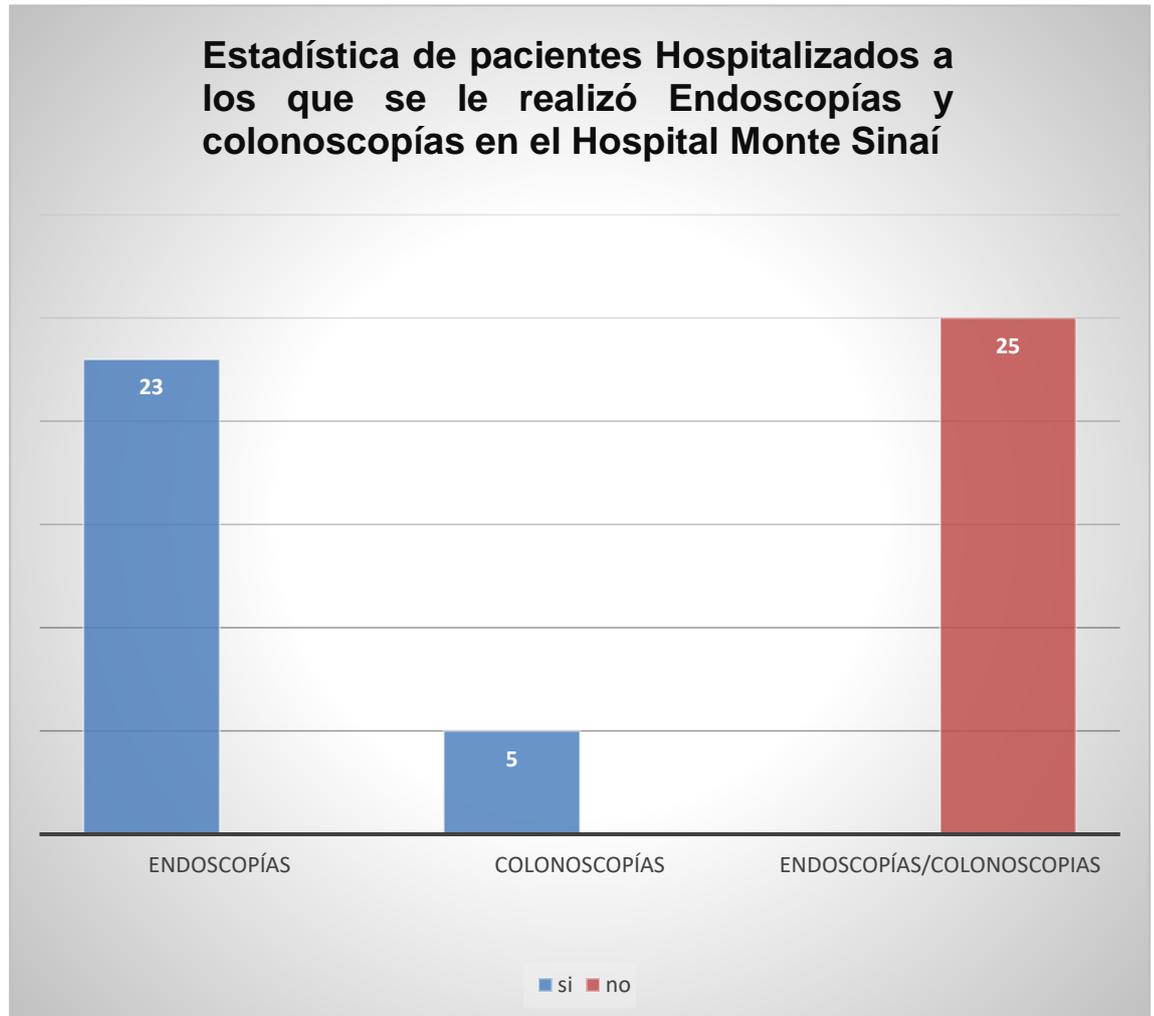


Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de ilustración 8.- En relación a la localización de las lesiones para determinar la clasificación de Hemorragia digestiva, se determinó que la Hemorragia digestiva alta representa un 43% mientras que la Hemorragia digestiva baja un 10%, sin embargo en un 47% no fue especificado debido a que hubieron pacientes que requirieron alta a petición, pacientes que fueron referidos a otras unidades de salud, pacientes fallecidos y pacientes en lo que se le realizó los procedimientos diagnóstico de endoscopia y colonoscopia por el servicio de consulta externa. Estos resultados nos confirman al igual que las estadísticas internacionales que la Hemorragia Digestiva alta tiene una mayor incidencia.

Ilustración 9

Ilustración 9. estadística de pacientes Hospitalizados a los que se realizó endoscopías y colonoscopías

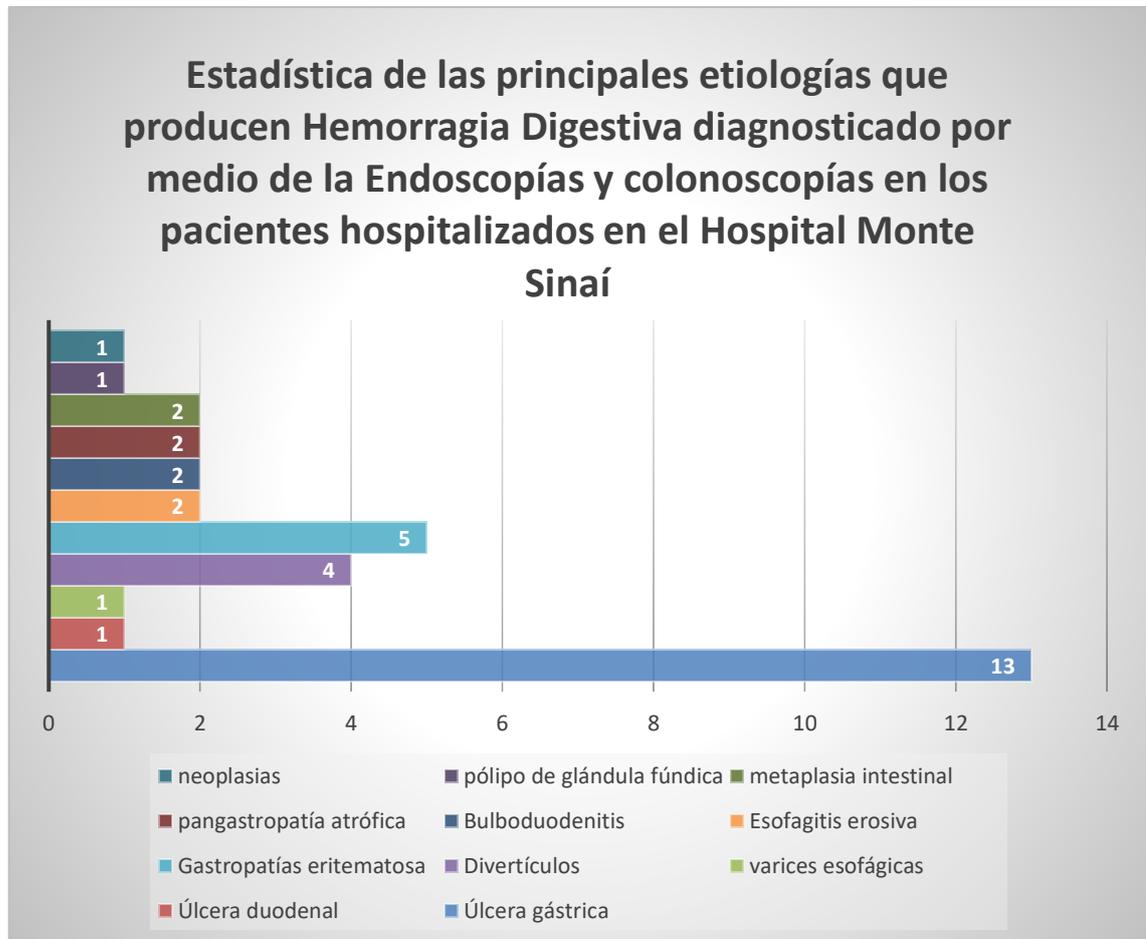


Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de Ilustración 9.- Se determinó el porcentaje de pacientes a los cuales se le realizó procedimientos diagnóstico de Endoscopías y colonoscopías, teniendo como resultado que a 23 pacientes de nuestra muestra se le realizó endoscopia, a 5 pacientes se le realizó colonoscopías y a un total de 25 pacientes no se realizó estos procedimientos debido a que como es un hospital nuevo no constaba con estos procedimientos, altas a petición, pacientes referidos a otra unidad de salud, pacientes que se le realizaron por consulta externa y pacientes inestables que fallecieron.

Ilustración 10

Ilustración 10. estadística de las principales etiologías que producen Hemorragia Digestiva diagnosticado por medio de endoscopias y colonoscopias en pacientes hospitalizados en el Hospital Monte Sinaí



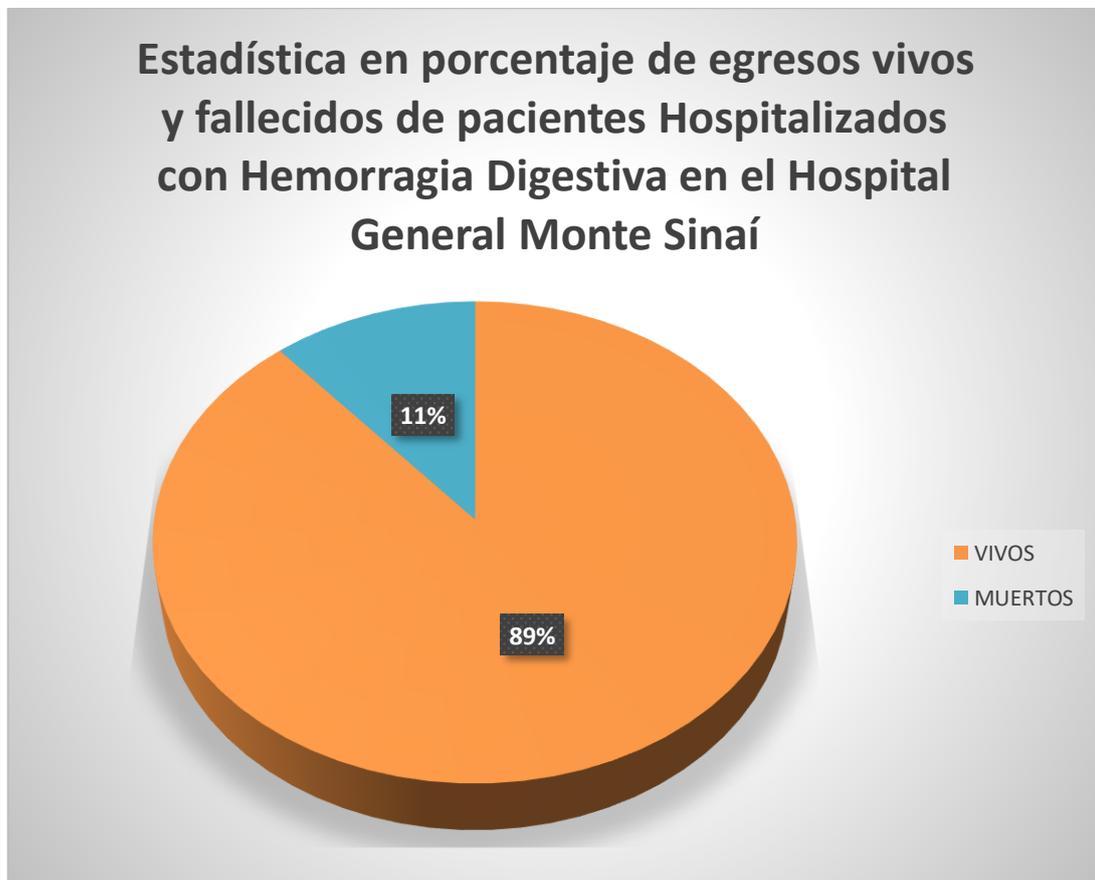
Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de Ilustración 10.- De los pacientes que se le realizó los procedimientos diagnóstico de endoscopia y colonoscopias se determinó su etiología, teniendo como resultado que en mayor incidencia se encuentra la úlcera gástrica con un total de 13 casos, gastropatía eritematosa con 5 casos, divertículo con 4 casos, metaplasia intestinal, pangastropatía atrófica, bulboduodenitis y esofagitis erosiva con casos cada uno y las vrices esofágicas, las úlceras gastroduodenales, pólipos de glándula fúndica y neoplasias con 1 caso cada uno.

Ilustración 11

Ilustración 11.- Estadística en porcentaje de egresos vivos y fallecidos de pacientes Hospitalizados con Hemorragia Digestiva en el Hospital General Monte Sinaí.

Ilustración 11. estadística en porcentaje de egresos vivos y fallecidos de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva en el Hospital General Monte Sinaí



Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Monte Sinaí

Análisis de Ilustración 11.- Por último, se consideró los egresos vivos y los fallecimientos por esta enfermedad teniendo como resultado con 89% los egresos vivos y 11% a los pacientes fallecidos. Se determinó que los fallecimientos se dieron por comorbilidades como derrame pleural, cáncer de pulmón, inmunodepresión por VIH, ECV, entre otras.

4.2 Discusión.

El presente estudio fue de tipo retrospectivo, y según las historias clínicas detalladas con datos pertinentes de los pacientes, nos permitió reconocer los factores que conllevaron al desarrollo de hemorragia digestiva en los pacientes hospitalizados.

Según el estudio y los resultados obtenidos del Hospital General Monte Sinaí, se puede determinar que el grupo de edad más afectado es alrededor de 60-70 años, el cual la predominancia la tiene el sexo masculino debido a diversos factores de riesgo como la relación de este con el alcohol y desarrollo de cirrosis hepática y sus complicaciones y malos hábitos alimenticios.

Respecto a la etiología se comprobó que la úlcera gastro-duodenal se presenta con mayor frecuencia en la hemorragia digestiva alta y la diverticulosis en la hemorragia digestiva baja.

El Diagnóstico se realiza mediante la clínica que se observa en el paciente y mediante endoscopía-colonoscopía la cual se confirmó el tipo que permitió clasificarla y la etiología para posteriormente un tratamiento terapéutico.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Se determinó que el factor de riesgo con mayor incidencia en los pacientes mayores de 40 años con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva es la gastritis crónica.
- Los pacientes de sexo masculino y con una edad comprendida entre los 61 a 70 años tienen una mayor incidencia a desarrollar hemorragia digestiva sobre todo aquellos que presentan comorbilidades asociadas.
- La hemorragia digestiva alta es el tipo más frecuente de Hemorragias digestivas, siendo la melena la forma de presentación más habitual.
- Las úlceras gástricas son la principal etiología de las Hemorragias digestivas siendo evidenciadas por medio de las endoscopías.
- Se evidenció un mayor número de pacientes compensados hemodinámicamente que no cumplen criterios transfusión sanguínea, por lo que la mayoría de los pacientes egresan vivos, sin embargo, el mínimo porcentaje de fallecidos se debe a la presencia de patologías concomitantes graves.

5.2 RECOMENDACIONES

- Para un buen manejo de un paciente con Hemorragia digestiva se debe priorizar la estabilización hemodinámica del paciente.
- En caso de pérdida de volumen sanguíneo intravascular el objetivo va dirigido a mejorar la perfusión tisular, realizando un manejo hídrico inicial con cristaloides.
- Se debe realizar exámenes de laboratorio completo, y según la Biometría Hemática determinar el requerimiento o no de transfusión sanguínea.

- Con el paciente estabilizado realizar una Historia clínica completa, para indagar sobre los factores de riesgo y las comorbilidades preexistentes.
- Identificar factores de riesgos que producen Hemorragia Digestiva para tomar acciones preventivas para disminuir el número de fallecimientos por esta causa.
- Realizar endoscopías y colonoscopías preventivas cada año en pacientes mayores de 40 años con Factores de riesgo y comorbilidades y cada 2 años en caso de que no presenten, para así disminuir el porcentaje de desarrollo de hemorragia digestiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas Duarte, M., & Marinkovic Gómez, B. (2020). Cirugía en medicina general: manual de enfermedades quirúrgicas [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/1061/submission/proof/index.html>
2. Marwan S. Abougergi^{1,2}. Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the USA. Dig Dis Sci 2018. 2018;1-2.
3. Perfil de morbilidad ambulatoria 2016 [Internet]. Tableau Software. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://public.tableau.com/views/Perfildemorbididadambulatoria2016/Men?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true&%3Alanguage=es&publish=yes&embed=y&:showVizHome=n&:apiID=host0#navType=0&navSrc=Parse
4. Sánchez CV, Pagán JCG, Molina AJH. Hemorragia gastrointestinal. :31.
5. Sangrado variceal en el paciente cirrótico. Tratamiento médico [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://actagastro.org/sangrado-variceal-en-el-paciente-cirrotico-tratamiento-medico/>
6. Berardi D, Paulero M, Grosso V, Meraldi A, Olarte E, Romeo C, et al. Hemorragia digestiva alta no variceal. :4.
7. Fernández y Elizabeth - AUTORAS Jaramillo Salazar, María Daniela.pdf [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://192.188.52.94:8080/bitstream/3317/9060/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-223.pdf>

8. Enfermedad ulcerosa péptica - Trastornos gastrointestinales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/gastritis-y-enfermedad-ulcerosa-p%C3%A9ptica/enfermedad-ulcerosa-p%C3%A9ptica>
9. GTALANCHA.pdf [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1877/GTALANCHA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Campos PAC. Medicina Y Cirugía del Aparato Digestivo. Elsevier Health Sciences; 2020. 597 p.
11. García NLS, Gordillo UP, Triana FP, Casas YH, González H. Ectasia vascular antral gástrica. Presentación clínica y manejo terapéutico Gastric antral vascular ectasia. Clinical presentation and therapeutic management. 2018;6.
12. 11_La_enfermedad_por_reflujo_gastroesofagico_y_sus_complicaciones.pdf [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/11_La_enfermedad_por_reflujo_gastroesofagico_y_sus_complicaciones.pdf
13. ucr162c.pdf [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr162c.pdf>
14. Molero Jurado M del M. Salud y cuidados durante el desarrollo. Almería: ASUNIVEP; 2017.
15. Becq A, Rahmi G, Perrod G, Cellier C. Hemorrhagic angiodysplasia of the digestive tract: pathogenesis, diagnosis, and management. Gastrointest Endosc. noviembre de 2017;86(5):792-806.

16. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0375090616300829?token=7F7B73F7D50FA4A0E43F38EE8C88414268494ED6EA8AAED01CFD9772D55110B32D40950EC41FB572F782C6175D85F8DB>
17. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo Clin Proc.* abril de 2019;94(4):697-703.
18. the Initiatives de Recherche aux Urgences Group, Thiebaud P-C, Yordanov Y, Galimard J-E, Raynal P-A, Beaune S, et al. Management of upper gastrointestinal bleeding in emergency departments, from bleeding symptoms to diagnosis: a prospective, multicenter, observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* diciembre de 2017;25(1):78.
19. Oakland K, Chadwick G, East JE, Guy R, Humphries A, Jairath V, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut.* mayo de 2019;68(5):776-89.
20. Duarte-Chang C, Beitia S, Adames E. Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, con alto y bajo riesgo de complicaciones atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomas, 2015-2016. *Rev Gastroenterol Perú.* abril de 2019;39(2):105-10.
21. Recio-Ramírez y Aguilera-Peña - 2015 - The predictive capacity of the Glasgow-Blatchford .pdf [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n5/original2.pdf>
22. Reyes G, Pérez DOA, Barea DIG, Guerra DEW. Escalas de predicción en el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. :13.

23. Sangrado variceal en el paciente cirrótico. Tratamiento médico [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://actagastro.org/sangrado-variceal-en-el-paciente-cirrotico-tratamiento-medico/>
24. Oakland K, Kothiwale S, Forehand T, Jackson E, Bucknall C, Sey MSL, et al. External Validation of the Oakland Score to Assess Safe Hospital Discharge Among Adult Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in the US. JAMA Netw Open [Internet]. 7 de julio de 2020 [citado 13 de septiembre de 2020];3(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7341175/>
25. García-Iglesias P, Botargues J-M, Feu Caballé F, Villanueva Sánchez C, Calvet Calvo X, Brullet Benedi E, et al. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastroenterol Hepatol. 1 de mayo de 2017;40(5):363-74.
26. Cruz FL. Choque hipovolémico. :7.
27. Gastropatía aguda hemorrágica (erosiva) [Internet]. [citado 25 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/social/chapter/B34.II.4.5.1>.
28. Clip Ovesco® como tratamiento de rescate en lesión de Dieulafoy duodenal con sangrado activo [Internet]. NetMD ® - La mayor comunidad de médicos en Latinoamérica. [citado 25 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.netmd.org/gastroenterologia/gastroenterologia-articulos/clip-ovesco-como-tratamiento-de-rescate-en-lesion-de-dieulafoy-duodenal-con-sangrado-activo>
29. esophageal-varices-spanish-2014.pdf [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/esophageal-varices-spanish-2014.pdf>

30. lower-gastrointestinal-bleeding-treated-with-super-selective-arterial-embolization-a-case-report-1271.pdf [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://scivisionpub.com/pdfs/lower-gastrointestinal-bleeding-treated-with-super-selective-arterial-embolization-a-case-report-1271.pdf>

ANEXOS

Anexo 1



Guayaquil 15/09/2020

Dr. Geovanny Falconi Coronel
Director Hospital General Monte Sinaí

De mis consideraciones:

Mediante la presente yo **Shirley Mabel Figueroa Cajape** con número de cédula 0951782358, y **Milton David Suárez Decimavilla** con número de cedula 0954146148 estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad de Guayaquil, solicito a usted de la manera más respetuosa el acceso a la información respectiva para la realización de mi tesis de grado, previo a obtener nuestro título de Médico de la misma forma me comprometo a entregar una copia del presente trabajo de tesis al departamento de docencia de este hospital. Agradezco las facilidades prestadas para desarrollar este tema "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS" y las encuestas necesarias para la investigación. Quedamos muy agradecidos.


SHIRLEY MABEL FIGUEROA CAJAPE
CI: 0951782358


MILTON DAVID SUÁREZ DECIMAVILLA
CI: 095414648


Dr. Geovanny Falconi Coronel
Director Asistencial Hospital General Monte Sinaí
Hospital General Monte Sinaí

ANEXO 2



Universidad de Guayaquil

ANEXO 2

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

Guayaquil, 25/09/2020

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

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS** de la estudiante **FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL**, indicando han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

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

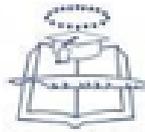
Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

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

Atentamente,

DR. FERNANDO LITUMA
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

ANEXO 3



Universidad de Guayaquil

ANEXO 3

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

Guayaquil, 25/09/2020

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

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS** de la estudiante **SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID**, indicando han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

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

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

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

Atentamente,

DR. FERNANDO LITUMA
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

ANEXO 4



Universidad de Guayaquil

ANEXO 5

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



RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

<p>Título del Trabajo: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS Autor(s): SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID</p>		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALIF.
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA		
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.		
Relación de pertinencia con las líneas y Sublíneas de investigación Universidad / Facultad/ Carrera		
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.		
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PNO-87/		
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión.		
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.		
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.		
RIGOR CIENTÍFICO		
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación		
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.		
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.		
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.		
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica		
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL		
Pertinencia de la investigación		
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional		
CALIFICACIÓN TOTAL *		
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.		

Dr. *Fernando Lituma*

DR. FERNANDO LITUMA

FECHA: _____

ANEXO 5



Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS

MÉDICAS

ESCUELA/CARRERA DE

MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO 8

Guayaquil, 12 de Octubre del 2020

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

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS"**, de los estudiantes **FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL Y SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

- El título tiene un máximo de 10 palabras.
- La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.
- Los soportes teóricos son de máximo 5 años.
- La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

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

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

Una vez concluida esta revisión, considero que los estudiantes **FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY MABEL Y SUÁREZ DECIMAVILLA MILTON DAVID** están aptos para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,


DR. ERRÓL DAVID MARGILEO VALLEJO
CI:0600895197

Anexo 6



ANEXO IX.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN DOCENTE REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA: MEDICINA

Título del Trabajo: FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS			
Autor(s): FIGUEROA CAJAPE SHIRLEY Y SUAREZ DECIMAVILLA MILTON			
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALIFICACIÓN	COMENTARIOS
ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA	3	3	
Formato de presentación acorde a lo solicitado.	0.6	0.6	
Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras.	0.6	0.6	
Redacción y ortografía.	0.6	0.6	
Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación.	0.6	0.6	
Adecuada presentación de tablas y figuras.	0.6	0.6	
RIGOR CIENTÍFICO	6	6	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación.	0.5	0.5	
La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento de la sociedad, así como del campo al que pertenece.	0.6	0.6	
El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar.	0.7	0.7	
Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivo general.	0.7	0.7	
Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportan significativamente al desarrollo de la investigación.	0.7	0.7	
Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de la investigación.	0.7	0.7	
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos.	0.4	0.4	
Factibilidad de la propuesta.	0.4	0.4	
Las conclusiones expresan el cumplimiento de los objetivos específicos.	0.4	0.4	
Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas.	0.4	0.4	
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia Bibliográfica.	0.5	0.5	
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1	
Pertinencia de la investigación/ Innovación de la propuesta.	0.4	0.4	
La investigación propone una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional.	0.3	0.3	
Contribuye con las líneas/sublíneas de investigación de la Carrera.	0.3	0.3	
CALIFICACIÓN TOTAL*10		10	
*El resultado será promediado con la calificación del Tutor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.			
****El estudiante que obtiene una calificación menor a 7/10 en la fase de tutoría de titulación, no podrá continuar a las siguientes fases (revisión, sustentación).			


 DR. ERROL DAVID MARCILLO VALLEJO
 CI:0600895197