



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

**“FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO
CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO”**

**AUTORES
ABARCA MORALES INGRID PAOLA
BETANCOURT AVALOS JORDY STEVEN**

**TUTOR
DR. MARCO CALLE**

GUAYAQUIL, MARZO 2022



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

**“FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO
CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO”**

**AUTORES
ABARCA MORALES INGRID PAOLA
BETANCOURT AVALOS JORDY STEVEN**

**TUTOR
DR. MARCO CALLE**

GUAYAQUIL, MARZO 2022



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



senescyt
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN		
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	“FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO”	
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	INGRID PAOLA ABARCA MORALES; JORDY STEVEN BETANCOURT AVALOS	
REVISOR(ES) / TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	TUTOR: MARCO ANTONIO CALLE GOMEZ	
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS	
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA GENERAL	
GRADO OBTENIDO:	MEDICO	
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS
ÁREAS TEMÁTICA:	SALUD HUMANA	
PALABRAS CLAVES / KEYWORDS:	Hemorragia digestiva alta, sangrado digestivo, melena , Hematemesis.	
<p>INTRODUCCION: La hemorragia digestiva alta (HDA) es definida como la pérdida de sangre que ocurre en el tubo digestivo entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz, es una de las urgencias de mayor prevalencia en el mundo, y causa de hospitalización, con una tasa de mortalidad que varía entre el 6 y 10% y que dependen del origen del sangrado, los factores de riesgo, y las complicaciones.</p> <p>MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de tipo observacional, no experimental, descriptivo, de corte trasversal y retrospectivo, la población considerada en este estudio fue de 50 pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.</p> <p>RESULTADOS: Entre los datos demográficos la edad promedio fue de 50,3 (± 12.8) predominó el grupo etario entre 46 a 60 años, predominio de sexo masculino (58%) Los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron el uso de alcohol, ser de sexo masculino, antecedentes de utilizar AINES (58%), además en APP gastrointestinales, la úlcera péptica fue la más prevalente con un 32% , seguida de varices GI con un 16%. Mas del 80% de los pacientes tuvo HDA No variceal , y solo el 18% HDA Varicosa. La localización más frecuente fue el estómago y el signo Melena predominó. Las principales complicaciones fueron los resangrados 24% e IRA en un 16%. 6 pacientes fallecieron.</p> <p>CONCLUSIONES: Los factores de riesgo de mayor importancia identificados fueron ser de sexo masculino, edad avanzada, antecedente de uso de alcohol, cirrosis hepática , uso continuo de AINES, corticoides y anticoagulantes</p>		
ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléfono: 0990930902-0984775510	E- mail: ingrid.abarcam@ug.edu.ec E-mail: jordy.betancourta@ug.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil – Facultad de Ciencias Médicas	
	Teléfono: (03)2848487 Ext. 123	
	E-mail: www.ug.edu.ec	

ANEXO VII.- CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado MARCO ANTONIO CALLE GÓMEZ, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **ABARCA MORALES INGRID PAOLA Y BETANCOURT AVALOS JORDY STEVEN**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICOS.

Se informa que el trabajo de titulación: “**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO**”, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio URKUND quedando el 3 % de coincidencia.



Document Information

Analyzed document	FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ABARCA MORALES -BETANCOURT AVALO .docx (D130406508)
Submitted	2022-03-15T03:13:00.0000000
Submitted by	CALLE GOMEZ MARCO
Submitter email	marco.calleg@ug.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	marco.calleg.ug@analysis.arkund.com

[file:///C:/Users/marco/Downloads/Ouriginal%20Report%20-%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20PARA%20EL%20DESARROLLO%20DE%20HEMORRAGIA%20DIGESTIVA%20ALTA%20ABARCA%20MORALES%20-BETANCOURT%20AVALO%20%20.docx%20\(D130406508\)%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/marco/Downloads/Ouriginal%20Report%20-%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20PARA%20EL%20DESARROLLO%20DE%20HEMORRAGIA%20DIGESTIVA%20ALTA%20ABARCA%20MORALES%20-BETANCOURT%20AVALO%20%20.docx%20(D130406508)%20(2).pdf)

Guayaquil, 14 de marzo del 2022

Sra. MARIA LUISA ACUÑA CUBRE

**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 PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO”** de los estudiantes **INGRID PAOLA ABARCA MORALES** con C.I No. **1205174251** y **JORDY STEVEN BETANCOURT AVALOS** con C.I No. **0940266505**

Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

El título tiene un máximo de 16 palabras.

La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.

El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad. La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.

Los soportes teóricos son de máximo 5 años. La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

El trabajo es el resultado de una investigación.

El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.

El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.

El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

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

Una vez concluida esta revisión, considero que los estudiantes **INGRID PAOLA ABARCA MORALES INGRID** y **JORDY STEVEN BETANCOURT AVALOS** están aptos para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente.



Firmado electrónicamente por:
**MARCO ANTONIO
CALLE GOMEZ**

MARCO ANTONIO CALLE GÓMEZ

DOCENTE REVISOR

C.I. 0907574552

FECHA: 14-03-22



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, 14 Marzo 2022

CERTIFICACION DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **DR. MARCO ANTONIO CALLE GOMEZ**, tutor del trabajo de titulación de **“FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO”**, certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **INGRID PAOLA ABARCA MORALES** con CI. No **1205174251** y con **JORDY STEVEN BETANCOURT AVALOS** con CI. No. **0940266505** 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 la sustentación.

TUTOR: DRA. INGRID ESMERALDA GURUMENDI ESPAÑA
CI.



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

Nosotros, **INGRID PAOLA ABARCA MORALES** con C.I No. **1205174251** y **JORDY STEVEN BETANCOURT AVALOS** con C.I No. **0940266505** certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es “**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO**” son de nuestra absoluta propiedad y responsabilidad y SEGÚN EL Art. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIEMINTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

INGRID PAOLA ABARCA MORALES

CI 1205174251

JORDY STEVEN BETANCOURT AVALOS

CI 0940266505

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

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado principalmente a Jehová que me ha dado salud y vida para poder concluir con éxito una etapa más en mi proceso académico. A mis queridos padres quienes me dieron educación, creyeron en mí y han estado conmigo en todo momento con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

Paola Abarca M.

El presente trabajo investigativo lo dedico en primer lugar a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados en esta etapa de mi vida. A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que me representa como ser humano. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hijo, espero que me sigan apoyando en mis futuras metas. A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo, como los años de estudios, se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos, consejos, recomendaciones y amistad.

Jordy Betancourt A.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Paola Abarca M.

Me gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que muchas personas me han prestado durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo, como también en estos años de estudio. En primer lugar, quisiera agradecer a mis padres que me han ayudado y apoyado en todo mi producto, a mi tutor de tesis, como a mis docentes, por haberme orientado en todos los momentos que necesité sus consejos. A las personas que he conocido en todo este proceso de estudio y realización de trabajo, porque de alguna manera me brindaron con alguna pizca de ayuda.

Jordy Betancourt A.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

DEDICATORIA.....	VIII
AGRADECIMIENTOS.....	IX
TABLA DE CONTENIDO.....	X
INDICE DE TABLAS.....	XII
INDICE DE ILUSTRACIONES.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	16
CAPÍTULO I.....	18
1. EL PROBLEMA.....	18
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	19
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.5. HIPÓTESIS.....	21
1.6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.7. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
CAPÍTULO II.....	22
2. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
2.2. FUNDAMENTACION TEÓRICA.....	24
2.2.1. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.....	24
2.2.1.1. Definiciones.....	24
2.2.1.1. Epidemiología.....	26
2.2.1.2. Fisiopatología.....	27
2.2.1.1. Etiología.....	30
2.2.1.2. Factores de riesgo.....	32
2.2.1.3. Clasificación.....	35
2.2.1.4. Presentación clínica de la HDA.....	38
2.2.1.5. Diagnóstico.....	38
2.2.1.1. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGOS.....	40
2.2.1.2. Tratamiento.....	44
2.3. MARCO LEGAL.....	48

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	48
CAPÍTULO III	51
3. MARCO METODOLÓGICO	51
3.1. ENFOQUE.....	51
3.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.3. PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA INVESTIGACIÓN	51
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	52
3.4.1.1. Criterios de selección.....	52
3.4.1.1. Criterios de inclusión.....	52
3.4.1.2. Criterios de exclusión	52
3.5. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	52
3.5.1.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	52
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	53
3.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	53
CAPÍTULO IV	54
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	54
4.1. RESULTADOS	54
4.2. DISCUSIÓN	65
CAPÍTULO IV	67
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
5.1. CONCLUSIONES	67
5.2. RECOMENDACIONES.....	68
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS	i
CERTIFICACION.....	i
ANEXO V.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN	iv

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escala de Rockall.....	42
Tabla 2. Escala de GB.....	43
Tabla 3 Clasificación de Forrest.....	44
Tabla 4 Medidas de tendencia central de los pacientes con IAM	54
Tabla 5 Indicadores sociodemográficos	55
Tabla 6 Indicadores de salud.....	56
Tabla 7 Indicadores clínicos de IAM.....	57
Tabla 8 Características clínicas de la HDA	58
Tabla 9. Características del sangrado y evolución	59
Tabla 10 Complicaciones de la HDA.....	60
Tabla 11 Tabla cruzada de las características Clínicas epidemiológicas de los pacientes con y sin HDA variceal y no variceal	62
Tabla 12 Características epidemiológicas de los pacientes fallecidos por HDA....	64

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Indicadores sociodemográficos	55
Ilustración 2 Indicadores de salud	56
Ilustración 3 Factores de riesgo para HDA.....	57
Ilustración 4 Gráfica de barras que demuestra los Indicadores clínicos de HDA ..	58
Ilustración 5 Caracterización del sangrado digestivo alto	60
Ilustración 5 Complicaciones de la HDA.....	61
Ilustración 5 Características Clínicas epidemiológicas de los pacientes con y sin HDA variceal y no variceal	63

“FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO”

AUTORES: ABARCA MORALES INGRID PAOLA

BETANCOURT AVALOS JORDY STEVEN

TUTOR: DR. MARCO CALLE

RESUMEN

INTRODUCCION: La hemorragia digestiva alta (HDA) es definida como la pérdida de sangre que ocurre en el tubo digestivo entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz, es una de las urgencias de mayor prevalencia en el mundo, y causa de hospitalización, con una tasa de mortalidad que varía entre el 6 y 10% y que dependen del origen del sangrado, los factores de riesgo, y las complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de tipo observacional, no experimental, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, la población considerada en este estudio fue de 50 pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.

RESULTADOS: Entre los datos demográficos la edad promedio fue de 50,3 (\pm 12.8) predominó el grupo etario entre 46 a 60 años, predominio de sexo masculino (58%) Los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron el uso de alcohol, ser de sexo masculino, antecedentes de utilizar AINES (58%), además en APP gastrointestinales, la úlcera péptica fue la más prevalente con un 32% , seguida de varices GI con un 16%. Mas del 80% de los pacientes tuvo HDA No variceal , y solo el 18% HDA Varicosa. La localización más frecuente fue el estómago y el signo Melena predominó. Las principales complicaciones fueron los resangrados 24% e IRA en un 16%. 6 pacientes fallecieron.

CONCLUSIONES: Los factores de riesgo de mayor importancia identificados fueron ser de sexo masculino, edad avanzada, antecedente de uso de alcohol, cirrosis hepática , uso continuo de AINES, corticoides y anticoagulantes

Palabras claves: Hemorragia digestiva alta, sangrado digestivo, melena , Hematemesis.

**“RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF UPPER DIGESTIVE
HEMORRHAGE IN THE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS HOSPITAL,
QUEVEDO”**

AUTHORS: ABARCA MORALES INGRID PAOLA

BETANCOURT AVALOS JORDY STEVEN

TUTOR: DR. MARCO CALLE

ABSTRACT

INTRODUCTION: Upper gastrointestinal bleeding (UGH) is defined as blood loss that occurs in the digestive tract between the upper esophageal sphincter and the angle of Treitz, it is one of the most prevalent emergencies in the world, and a cause of hospitalization, with a mortality rate that varies between 6 and 10% and that depends on the origin of bleeding, risk factors, and complications.

MATERIALS AND METHODS: Observational, non-experimental, descriptive, cross-sectional and retrospective study. The population considered in this study was 50 patients treated in the emergency area of the Hospital Sagrado Corazón de Jesús in the city of Quevedo.

RESULTS: Among the demographic data, the average age was 50.3 (+ 12.8), the age group between 46 and 60 years prevailed, predominance of males (58%). The risk factors with the highest prevalence were the use of alcohol, being male, history of using NSAIDs (58%), in addition to gastrointestinal APP, peptic ulcer was the most prevalent with 32%, followed by GI varices with 16%. More than 80% of the patients had non-variceal UGIB, and only 18% had varicose UGIB. The most frequent location was the stomach and the Melena sign predominated. The main complications were rebleeding in 24% and ARI in 16%. 6 patients died.

CONCLUSIONS: The most important risk factors identified were being male, older age, history of alcohol use, liver cirrhosis, continuous use of NSAIDs, corticosteroids and anticoagulants.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding, gastrointestinal bleeding, melena, Hematemesis.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es definida como la pérdida de sangre que ocurre en el tubo digestivo entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz, es una de las urgencias de mayor prevalencia en el mundo, y causa de hospitalización, con una tasa de mortalidad que varía entre el 6 y 10% y que dependen del origen del sangrado, (1) los factores de riesgo, y las complicaciones. Según las estadísticas a nivel mundial la prevalencia de la HDA varía entre 50 y 150 personas por cada 100.000 habitantes (2). Estados Unidos es el país con mayor incidencia al año de pacientes con hemorragias en el tubo digestivo. (3)

Con el paso de los años son múltiples los factores de riesgo que han aumentado la incidencia de sangrado del tracto digestivo alto, entre los factores de riesgo más importantes se encuentran el antecedente de cirrosis hepática, Insuficiencia Renal Crónica, Insuficiencia cardíaca, e incluso algunos tipos de cáncer. Con el envejecimiento las patologías se presentan y se cronifican a mayor rapidez, lo que hace que la edad sea otro factor de riesgo para esta urgencia, no solo por los años sino por las comorbilidades que afectan al adulto mayor y la necesidad del uso de fármacos para las distintas patologías que éste padece, como las trombosis, cardiopatía isquémica, artritis, lo que permite el uso de AINES, anticoagulantes, antiagregantes, corticoides, que son factores de riesgo para el desarrollo de sangrado digestivo. Los hábitos higiene dietéticos como el consumo de alcohol, droga y tabaco pueden también predisponer una HDA. (4)

El estudio epidemiológico a nivel nacional es limitado, por lo que no se conoce con exactitud las estadísticas de la HDA. En Ecuador las enfermedades del tracto gastrointestinal son muy prevalentes, y ello se relaciona con los hábitos inadecuados como el consumo del alcohol, tabaco, un alto índice de obesidad, Diabetes Mellitus tipo 2, y la enfermedad hepática crónica.

La HDA puede ser de origen variceal y no variceal, y según la presentación clínica y con exámenes complementarios se la clasifica como leve, moderada o grave (3). Alrededor del 40 al 50% de los casos de HDA están causados por la enfermedad úlcero péptica, relacionada con el uso frecuente de AINES, presencia

de *Helicobacter pylori*, y estrés (5) . A esta EUP le siguen las varices esofágicas entre 10 y 20 % (6). Entre causas no variceales son la gastritis aguda erosiva, úlceras aisladas, esofagitis con hemorragia, Síndrome de Mallory-Weiss. Entre las de origen variceal las varices esofágicas y gastroesofágicas. Existen causas menos frecuentes como neoplasias, ectasia vascular antral, úlcera de Cameron, hemobilia y misceláneas. (7)

El tratamiento para la HDA es multidisciplinario, y la videoendoscopía digestiva alta es la piedra angular para el diagnóstico y tratamiento del sangrado. Es importante reconocer las características clínicas de un paciente que ingresa por sangrado en el tracto digestivo, ya que del 20% de las hemorragias digestivas que fueron diagnosticadas bajas, en realidad han sido HDA, y entre una de las características clínicas que resaltan a este tipo de sangrado es la inestabilidad hemodinámica, el shock y el mal estado debido a la pérdida sanguínea de varias horas. El objetivo principal del tratamiento en estos pacientes es la reanimación mediante el uso de soluciones cristaloides, conocer los datos de laboratorio para tomar decisiones, e identificar las comorbilidades del paciente con el fin de estratificar el riesgo. (8)

El presente trabajo de investigación previo a la obtención del título de médico tiene como objetivo principal determinar los factores de riesgo que desarrollan la presencia de una hemorragia digestiva alta en pacientes que acuden por el servicio de emergencia al Hospital básico Sagrado Corazón de Jesús, la hipótesis planteada se ha establecido como “la Edad avanzada y la enfermedad hepática crónica son los principales factores para la aparición de Hemorragia digestiva alta”, con lo expuesto, se desarrolla el tema principal enfocando los puntos claves de la investigación: los factores de riesgo, las características clínicas-epidemiológicas y la prevalencia de los pacientes con esta urgencia médica.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como la pérdida de contenido hemático entre el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz, (4) se puede presentar como hematemesis que son vómitos con sangre expresados por los pacientes como “posos de café”, ó también se manifiesta con melena que son heces de contenido hemático generalmente de color negruzco, alquitranado y fétido. El sangrado digestivo es de causa variceal y no variceal, siendo la primera la más frecuente. (2)

La HDA constituye un verdadero problema de salud pública en los diferentes tipos de atención. La incidencia al año está dada entre 50 a 150 personas por cada 100,000 habitantes (2). Es considerada la urgencia del tracto gastrointestinal más frecuente, y representa el 8% del total de las urgencias de forma general, además es la complicación más prevalente en los casos tratados por el área de gastroenterología. (9) La HDA es más frecuente que la Hemorragia digestiva baja, con una prevalencia del 86% sobre la HDB. (10)

A nivel mundial la tasa de mortalidad se encuentra entre el 6 y 10%, esto depende de la edad, sexo y comorbilidades que presente el paciente. En EEUU, la mortalidad se reporta en hasta un 20%, y en Canadá se ha estimado un 16% en los casos de HDA de origen variceal. (1)

En el Ecuador durante el año 2018 el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) notificó aproximadamente 1702 casos de HDA donde las causas principales fueron las úlceras gástricas y duodenales. De acuerdo con las referencias de la práctica clínica y quirúrgica en los diferentes servicios de salud en el Ecuador los casos de HDA son muy frecuentes, y entre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar esta urgencia son aquellos pacientes con daño hepático crónico, uso de fármacos antiinflamatorios no esteroides por

larga data, además del consumo de alcohol, tabaco y enfermedades catastróficas como algunos tipos de cáncer.

Las consecuencias de presentar una HDA son altamente peligrosas, como el desarrollo de shock por pérdida, insuficiencia renal aguda, isquemia cerebral o coronaria, lo que se traduce en riesgo de muerte, por lo que es de vital importancia conocer los orígenes y los factores de riesgo para evitar la aparición de una HDA en pacientes con mayor susceptibilidad.

El presente trabajo tiene como finalidad determinar los factores de riesgo que predisponen el desarrollo de una HDA. Debido al aumento de casos en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, el interés de esta investigación es poder identificar los posibles patrones que llevan a esta emergencia, y caracterizar a la población para establecer los grupos etarios de riesgo, las comorbilidades asociadas, la frecuencia de tales patologías, las complicaciones, y la mortalidad en ellos, además mediante los resultados enriquecer la estadística de patologías y urgencias en el país.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los principales factores de riesgo para el desarrollo de hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo durante el período enero a diciembre del 2021?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Siendo la hemorragia digestiva alta una de las urgencias más frecuentes a nivel global, es de gran importancia realizar el estudio de los principales factores de riesgo que conllevan al desarrollo de esta condición clínica, la cual aumenta los índices de mortalidad en la población. Entre los factores de riesgo que se encuentran la edad avanzada, el consumo de alcohol y tabaco, el uso permanente de AINES y otros fármacos como los antiagregantes , anticoagulantes y corticoides que aumentan el riesgo de presentar un sangrado digestivo, debido a las

comorbilidades para las cuales se utilizan estos lo que precipita y conlleva a un sangrada inminente. (11)

Actualmente la HDA constituye la primera causa de demanda efectiva de hospitalización y una de las principales de consulta externa registradas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, a pesar de ser considerada un problema de salud pública que requiere acciones claras para prevenirla, no se dispone de la suficiente información acerca de sus características clínicas. Esta situación limita las posibilidades de intervención de las pautas preventivas y asistenciales más adecuadas, para la eliminación o el control de los principales factores causales de esta enfermedad.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Establecer los principales factores de riesgo para el desarrollo de la HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA en pacientes atendidos en el Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo durante el período enero-diciembre 2021

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la población con diagnóstico de HDA según los datos epidemiológicos y clínicos.
2. Determinar la prevalencia de los factores de riesgo de HDA en los pacientes atendidos en el Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús que constituyen la muestra del estudio.
3. Identificar las mortalidad en los pacientes con HDA.

1.5. HIPÓTESIS

H₀: Edad avanzada y enfermedad hepática crónica constituyen el binomio más prevalente para el desarrollo de Hemorragia digestiva alta en pacientes que ingresan a la urgencia del Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo durante el período enero-diciembre 2021.

1.6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Factores de riesgos principales que desarrollan Hemorragia digestiva alta

Campo: Salud Pública.

Línea de investigación: Salud humana, animal y del ambiente.

Sublínea de investigación: Biomedicina y epidemiología

Área: Medicina Interna

Aspectos: Perfil epidemiológico, clínico, diagnóstico y preventivo.

Línea del MSP: Aparato digestivo.

Ubicación: Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús, Provincia de Los Ríos , Cantón Quevedo,

Lugar: Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús

Período de Estudio: Enero a diciembre del 2021

1.7. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de Investigación previo a la obtención del título de médico tuvo viabilidad y factibilidad debido a que se contaron con todos los medios adecuados para el hallazgo de los resultados los cuales respondieron a todas las preguntas de la investigación. Con el análisis de las historias clínicas se obtuvo la información de los datos requeridos para la aplicación de las variables respecto al trabajo de investigación, que son ingresados en el sistema estadístico del Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús donde se realizó el estudio, con la finalidad de obtener datos reales y actuales sobre los factores de riesgo de los pacientes con Hemorragia digestiva Alta.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

La Hemorragia digestiva alta es una urgencia que amerita un manejo rápido, oportuno y eficaz, ya que la mortalidad es inminente en los casos donde no se logra determinar el origen del sangrado. En muchos casos la inestabilidad hemodinámica es la única forma de presentación, sin ningún signo o síntoma específico, y esto es motivo de preocupación para la salud pública, ya que precipitadamente se presenta el shock y hasta la muerte.

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Pérez, E; Fernández, J, et al, Santiago de Cuba, Cuba; 2020, en el estudio titulado *“Ligadura de varices mediante endoscopia en pacientes con Hemorragia digestiva alta”* con el objetivo de identificar los sangrados y factores de riesgo de HDA, llevaron a cabo una investigación de tipo observacional, longitudinal y descriptivo en 20 pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta, en el área de Gastroenterología del Hospital Dr. Juan Bruno Zayas en Santiago de Cuba. Entre las características sociodemográficas la prevalencia fue del sexo masculino (80%) y el grupo etario que predominó fue entre 51 a 60 años (40%), entre los factores de riesgo estaban el antecedente de cirrosis hepática (60%), consumo de aines y salicilatos (15%) y el principal factor de riesgo para la rotura fue el tamaño de las varices esofágicas (70%), Se llegó a la conclusión que la cirrosis hepática es la principal comorbilidad que permite el desarrollo de una HDA por la hipertensión portal que se produce en estadíos avanzados (12)

Aldana, J; López, G; Ibarra, M; et al, Guadalajara, México, 2019, *“Prevalencia y factores de riesgo para hemorragia digestiva alta secundaria a úlceras”* tuvieron como objetivo establecer la frecuencia de los factores de riesgo de la HDA, la metodología aplicada fue con estudio retrospectivos, de tipo analítico. La población

estuvo constituida por 648 pacientes hospitalizados con HDA, siendo de estos 175 (27%) de origen variceal, de ellos la edad promedio fue de 41 años en pacientes con úlceras post-ligaduras (UPL) y de 53 años sin UPL. Entre los factores de riesgo que resultaron de esta investigación fueron: antecedente de coagulopatía (41%) Diabetes mellitus (8 pacientes), sexo masculino con una prevalencia de 71%, el. En las conclusiones se determinó que la hepatopatía crónica y la trombocitopenia son factores de riesgo para una HDA, sobre todo la postligadura. (13)

Pinto, C; et al. Santiago de Chile, Chile, 2020, *“Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal, mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en Hospital Universitario”* tuvo como objetivo determinar la mortalidad asociada a los factores de riesgo en pacientes con HDA. La muestra fue de 249 pacientes con predominio del sexo masculino 62%, la edad promedio fue de 62 años, entre los antecedentes úlcera péptica con el 44%, la presentación de HDA con melena el 73%, hematemesis 51%, y un 8% síncope. Al menos el 78.7% presentó una comorbilidad, se llegó a la conclusión que un factor de riesgo para mortalidad y HDA son la edad mayor a 70 años, el sexo masculino. (14)

Espinoza, P, Quito, Ecuador 2019, En su estudio *“Comparación de la escala AIMS65 con las de Glasgow, Blatchford y Rockall como predictores de mortalidad y resangrados en pacientes con Sangrado digestivo alto”* tuvo como objetivo determinar la utilidad de estas escalas para caracterizar el riesgo de muerte en los pacientes con HDA, el estudio fue de tipo observacional, retrospectivo, con corte transversal, la muestra estuvo constituida por 217 pacientes con sangrado digestivo alto y los datos demograficos fueron: Sexo masculino con mayor prevalencia pero con menor mortalidad 11.97% vs 12% mujeres. La edad estuvo comprendida entre los 18 y 99 años con una media de 69 años. Las atenciones en emergencia fueron del 82.49%, la hospitalización fue de 16,3% y el 1.4 ocurrieron en la unidad de cuidados intensivos. Las comorbilidades con mayor prevalencia fueron la cirrosis 44%, enfermedad crónica renal 26%, cáncer avanzado 17%, Insuficiencia cardíaca 17%, Cardiopatía isquémica, 3.8%. Otros factores de riesgo uso de Antiagregantes 50%, AINES 30%, Anticoagulantes 14%, corticoides 6%. Entre las causas de los resangrados en estos pacientes se encontraron las varices esofágicas, varices

gástricas, lesión Dieulafoy, angiodisplasia. La presentación clínica con mayor frecuencia fueron las melenas en el 56.68% seguido de hematemesis con el 31.8%. En esta investigación se concluyó que el factor de riesgo de mayor importancia fue la cirrosis hepática siendo responsable de HDA en el 62% de los casos. (15)

Saco, M; et al, Guayaquil, Ecuador 2020, realizaron estudio titulado " *Factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta*" cuyo objetivo principal fue determinar factores de riesgo en pacientes con HDA no variceal en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, la muestra estuvo conformada por 162 historias clínicas, la investigación fue de tipo cuantitativa, no experimental, retrospectiva, de corte transversal. Entre los resultados el sexo que predominó fue el masculino (78%), el grupo etario de mayor prevalencia fue entre 35 y 40 años (35%), las comorbilidades más frecuentes Hipertensión arterial, (22%) seguida de Insuficiencia renal crónica 18%, Diabetes Mellitus 15% y cirrosis en el 10% de los casos. El 25% refirieron tomar AINES, el 28% consume alcohol, y 16% tabaco. En las conclusiones se determinó que la causa más común de HDA no variceal es la úlcera gástrica, los factores de riesgo la edad, sexo masculino, alcohol, y consumo de AINES. (16)

2.2. FUNDAMENTACION TEÓRICA

2.2.1. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

2.2.1.1. Definiciones

La Hemorragia digestiva alta o HDA, es definida anatómicamente como el sangrado que ocurre en el tracto gastrointestinal alto, y tracto proximal al ligamento de Treitz, cualquier pérdida sanguínea que ocurra a esta altura anatómica incluido en los órganos adyacentes. Se sospecha de una HDA cuando el paciente llega a la emergencia con hematemesis que son vómitos de color café, melena, y un descenso inexplicable de hemoglobina en la analítica sanguínea. El 20 % de los casos de HDA pueden imitar a una Hemorragia digestiva baja (HDB), sin embargo, existen características clínicas que apoyan al diagnóstico de un sangrado de tracto superior, que incluyen inestabilidad hemodinámica, aumento de cociente urea/creatinina sérica y el hematocrito disminuido. (17)

La hemorragia gastrointestinal superior es manejada por varios profesionales de la medicina en diferentes áreas, incluidos médicos de salas de emergencia, internistas, gastroenterólogos, cirujanos, radiólogos, intervencionistas y hematólogos, es una complicación bastante conocida a nivel mundial, puede afectar a órganos importantes como esófago, estómago y duodeno. (18)

El sangrado manifiesto generalmente se define de acuerdo con Cook y compañeros de trabajo como hematemesis, sangre gruesa en un aspirado nasogástrico, hematoquecia o melena. No todos los sangrados evidentes son lo suficientemente graves que puedan llevar a consecuencias clínicas como el shock. El sangrado es evidente cuando existe una disminución de la presión arterial sistólica en 20 mmHg, y aumento de la frecuencia cardíaca a 20 lpm, o una disminución en los niveles de hemoglobina dentro de 24 horas después del sangrado en ausencia de otras causas, esta definición se resume en que clínicamente un sangrado evidente y grave se asocia con hipotensión y necesidad de transfusión. (19)

Al sangrado digestivo alto se lo puede denominar como masivo cuando hay compromiso hemodinámico, que va en el siguiente orden: taquicardia, ortostatismo y la hipotensión arterial. Clínicamente las tres formas de presentación del sangrado son la hematemesis, melena y hematoquecia, las cuales dependen del sitio donde se genera la extravasación de la sangre.

Hematemesis

Son aquellos vómitos con sangre que provienen del tubo digestivo superior, en especial cuando el sangrado se encuentra en esófago. Se observan de color rojo si el sangrado es reciente, y de color café cuando la sangre ha sido digerida. (20)

Melena

Se define como presencia de heces negras, con olor fétido, y son causadas por un sangrado digestivo alto, sobretodo si este se ha desarrollado en el estómago o duodeno. (21)

Hematoquecia

Es definido como el paso de sangre por el recto con características de sangre roja brillante, otras literaturas lo definen como una sangre color rojo-vinoso, y generalmente no se acompaña de heces. (22)

La gravedad resulta de varios factores como la edad, las comorbilidades, la cantidad de pérdida sanguínea, y los signos que se encuentren con la endoscopía. Para su estudio se divide en hemorragia digestiva alta Variceal y hemorragia digestiva alta no variceal, la etiología es multifactorial, en la varicosa las varices esofágicas son la causa más frecuente y el factor de riesgo principal es la cirrosis hepática, mientras que en la no variceal la úlcera péptica es la más común y puede causar hasta un 2% de muerte. (23)

2.2.1.1. Epidemiología

La Hemorragia digestiva alta es una de las emergencias médicas mas comunes a nivel mundial, la incidencia global es de 50 por cada 100.000 habitantes (2). Estudio en UK estima una incidencia de hasta 134 por 100.000 habitantes, los cuales equivalen a un caso de HDA cada 6 minutos aproximadamente. (17)

La Hemorragia digestiva alta es más frecuente que la hemorragia digestiva baja, cinco veces más, la mortalidad se estima que es del 7 al 10%, con una prevalencia en ancianos. En una auditoría Nacional del Reino Unido se estimó que la mortalidad global es del 10% después de la presencia de una HDA aguda. (24) Es una de las emergencias más comunes en Europa, con alrededor de 300.000 personas hospitalizadas, y una tasa de mortalidad que oscila entre el 5 y 20%. (25) Por otra parte, cada año hay aproximadamente 100 hospitalizados por cada 100.000 adultos con HDA en los Estados Unidos, y en esta región la tasa de mortalidad oscila entre el 5 y 15%. El costo económico de estas hospitalizaciones supera los 2500 millones de dólares americanos.

En Chile, según los datos de la encuesta Nacional de salud, se estima que la incidencia de HDA es de 8.9% en los últimos años. En El Ecuador existen pocos reportes estadísticos del sangrado digestivo alto, sin embargo, varios autores de informes y artículos manifiestan que la HDA es un motivo frecuente de consulta en las emergencias, así lo indica el jefe de la Unidad Técnica de Gastroenterología del Hospital del IESS Carlos Andrade Marín de Quito, donde la mortalidad de los

pacientes críticos oscila entre el 3.5 al 10%. La causa más frecuente de los casos de HDA en este centro hospitalario es la úlcera péptica en especial la úlcera duodenal. (20)

La HDA es más frecuente en los pacientes con edad avanzada, sobretodo los mayores de 60 años, comorbilidades asociadas a este grupo etario, tratamiento con AINES, antecedentes de alcoholismo, Helicobacter pylori positivo en úlceras pépticas, pacientes con cirrosis hepática y varices esofágicas. En un estudio observacional se determinó que la HDA fue mayor entre los 60 a 74 años, el sexo masculino predominó. La mortalidad se presentó con mayor frecuencia en los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, de los cuales el sexo femenino fue más prevalente y la hipovolemia causó el shock y muerte. (26) La mortalidad a nivel mundial se estima que es entre el 15% y 20%, especialmente las de tipo variceal, por tal razón el diagnóstico inicial es clave para estratificar el riesgo e instaurar el manejo adecuado. La mortalidad en las de tipo no variceal es menor, el porcentaje oscila entre los 2 y 10%, las cifras se duplican cuando el paciente es hospitalizado por otras morbilidades. (27)

Los datos actuales en comparación con los de décadas anteriores, no difieren mucho, e incluso se observa una reducción en la incidencia de la hemorragia digestiva alta, sea esta péptica o por varices. Estas tendencias se explican por el uso de nuevas opciones terapéuticas como el uso de inhibidores de la bomba de protones, terapias antivirales, y la prevención primaria del sangrado por varices esofágicas. (28)

2.2.1.2. Fisiopatología

Mecanismo por enfermedad ulcerosa

La mucosa gástrica normal está diseñada y altamente adaptada para resistir los fluidos ácidos en la luz gástrica. La integridad de esta mucosa normalmente está formada por una capa de moco, una barrera de fosfolípidos, las uniones estrechas entre células epiteliales, la capacidad de regeneración de la mucosa, la producción de las prostaglandinas y el flujo sanguíneo de la mucosa.

Cuando ocurre la pérdida de una o más de las barreras de la mucosa gástrica se produce una disminución de la integridad. En pacientes críticamente enfermos, el estado inflamatorio y la alteración de la circulación de la región esplácnica pueden resultar fácilmente en una reducción o más de los mecanismos de defensa. Cuando el daño de la integridad de la mucosa se produce, el ácido gástrico alcanza las capas más profundas de la mucosa, lo que conduce a la formación de una úlcera gástrica. El daño de la mucosa llega a ocurrir en el 75 y 100% de los pacientes que son ingresados en la UCI en estado de shock. Otro estado que conduce a este proceso inflamatorio y de daño tisular es en los pacientes quemados, o neuroquirúrgicos lo cual permite una alta incidencia de úlcera gástrica y el desarrollo de una hemorragia. (19)

Probablemente la razón principal de una interrupción de la función de barrera en cualquier paciente críticamente enfermo es una circulación mucosa reducida. Normalmente cuando la mucosa es perfundida las lesiones se recuperan en cuestión de horas, pero cuando existe un deterioro de la perfusión esplácnica durante un estado inflamatorio crónico se dificulta la recuperación inmediata. La microcirculación alterada y la vasoconstricción en la región esplácnica se produce por una endotoxemia e hipovolemia en las fases agudas de las enfermedades graves, la perfusión reducida con la mucosa isquémica conduce a una pérdida de uniones estrechas (19)

Mecanismo de Infección por Helicobacter pylori.

McColl KE destaca entre sus estudios epidemiológicos realizados en diferentes partes del mundo, que más de la mitad de la población mundial tiene H. pylori, lo que explica claramente el mecanismo de causalidad de la respuesta inflamatoria tras la infección. Este hecho también se refleja en la literatura médica de Cuba por EM. Paniagua, quien ha explicado detalladamente la patogenia de infección por H. Pylori, la cual consta de dos etapas que son: (29)

1. El acceso y penetración de la bacteria en el moco donde reside y prolifera, durante esta fase las bacterias secretan diversas sustancias tóxicas capaces de estimular una respuesta inmunitaria local manifestada por un aumento de la secreción de IgA, que aparece para el control del proceso de infección. Luego se

presenta la migración de las principales células inflamatorias entre ellos los neutrófilos, que junto con los folículos linfoides se consideran un signo de actividad, en esta etapa a menudo se observa la invasión de *H. pylori* en las células epiteliales.

2. La respuesta inflamatoria se ve reforzada por la interacción de macrófagos, linfocitos, los neutrófilos iniciales, las células mastoides y células no inmunitarias que atraen mediadores químicos, entre ellos las citosinas (IL-1, IL6, IL8 y el FNT α), metabolitos reactivos de oxígeno, los eicosanoides (los más importantes leucotrienos, LTB4 y LTC4), sistema de complemento que mantienen la inflamación. Durante esta etapa también participan los neuropéptidos secretados por las neuronas del sistema nervioso entérico, lo que contribuye al aumento de la respuesta de inflamación más el daño funcional y estructura del estómago que ha sido colonizado por *H. pylori*.

En la segunda etapa se explica la patogenia de la gastritis donde se enfatiza el papel de la respuesta inmunitaria local y sistémica para el control de la infección por *H. pylori*, además de la neutralización de las toxinas de la bacteria, durante esta fase se produce la destrucción del tejido que, dependiendo de la intensidad y el tiempo de colonización, pueden provocar daños graves en la mucosa como úlceras y con ello una hemorragia digestiva alta. (29)

Comprender estos mecanismos patogénicos no sólo permite tomar la decisión de erradicar la bacteria, sino que también modula el sistema neuroinmune antes, durante y después del daño en el tejido, lo que implica una adecuada regeneración tisular, mejorando la función del órgano sangrante y detienen la enfermedad con graves complicaciones.

Mecanismo por Hipertensión portal, Várices esofágicas.

El sangrado producido por Hipertensión portal y/o várices difieren de la patogénesis del sangrado causado por úlceras pépticas donde en esta dependen mucho los factores locales, en cambio en la variceal repercute la condición sistémica del paciente. En la mayoría de los países, por ejemplo, España, la causa más importante de hipertensión portal es la cirrosis hepática, la cual está originada por un daño crónico tisular que provoca la fibrosis en el órgano. Las causas principales de esta cirrosis son el consumo del alcohol o por una infección crónica

viral (Hepatitis C). Todos estos factores producen un incremento de la resistencia vascular intrahepática (RVI), el cual depende de dos factores, el primero es pasivo y depende de la distorsión de la arquitectura del órgano por fibrosis, que causa el 70% del aumento de la RVI, el otro 30% se obtiene por un aumento activo de la RVI producida por una vasoconstricción activa de los vasos intrahepáticos por consumo de energía, que es causado principalmente por un déficit en la producción de óxido nítrico que a su vez provoca vasodilatación esplácnica. Para que se complete la hipertensión portal es necesario un último e importante factor que es el hiperreflujo en la vena porta, el cual marca el empeoramiento de la hipertensión de los vasos portales. (28)

La hipertensión portal produce diversos cambios en la hemodinamia, que pueden ser primarios como adaptativos, donde se destaca la hipovolemia relativa, retención de sales y agua, incremento de gasto cardíaco y shunts portosistémicos tanto intra y extrahepáticos. Es importante recalcar que el sangrado debido a hipertensión portal no siempre va a ser varicoso, un paciente con cirrosis hepática puede también sangrar por una enfermedad ulcerosa.

Las varices en el esófago, estómago y ectópicas no son mas que dilataciones de venas que se presentan como consecuencia directa de la hipertensión portal. Cuando la presión sanguínea de la pared del vaso venoso supera el punto de ruptura se rompe y ocurre el sangrado. Debido a este mecanismo se entiende el porqué de las altas recidivas de hemorragia digestiva alta variceal, lo que también ha incentivado a mejorar e innovar las opciones terapéuticas mas eficaces que logren controlar la hemorragia recidivante. (28)

2.2.1.1. Etiología

En general, el sitio del sangrado gastrointestinal puede estar en las capas superior o inferior del tracto gastrointestinal. El tracto gastrointestinal superior puede ocurrir en el esófago, estómago o intestino delgado. En ocasiones el sangrado puede ocurrir en otros sitios incluyendo la vía biliar. A menudo la ubicación es inicialmente desconocida, el sangrado digestivo alto puede ser causado por una esofagitis por reflujo, que tiene una causa completamente

diferente y tratamiento que las ulceraciones por estrés. En un estudio dos o tres de 16 hemorragias parecían ser causadas por esofagitis. (19)

Según su frecuencia las causas de sangrado digestivo alto pueden ser frecuentes, infrecuentes, o menos frecuentes. Entre las más frecuentes se encuentran la úlcera duodenal (25%), Úlcera gástrica (23%), Várices esofágicas (25%), Desgarro de Mallory Weiss. Causas Infrecuentes son la fístula aórtica entérica, Hemofilia, Enfermedad pancreática, duodenitis erosiva, y Enfermedad de Crohn. Existen causas menos frecuentes como las erosiones gástricas, Angiodisplasia, Esofagitis, estómago de sandía (ectasia vascular antral gástrica), presencia de neoplasias, Lesiones de Dieulafoy, y lesiones De Cameron.

Úlcera Péptica

Es la causa más común de HDA no variceal, está asociada generalmente por el consumo de AINES e Infección por *Helicobacter pylori*, las úlceras gástricas son más comunes que las duodenales. (6)

Síndrome de Mallory Weiss

Síndrome caracterizado por un desgarro de la mucosa que se encuentra en la unión gastroesofágica, puede aparecer en cualquier grupo etario, fue estudiada por primera vez en 1879 como una hemorragia por laceración. En 1929 K. Mallory y S. Weiss la estudiaron en 15 autopsias donde identificaron laceraciones con características longitudinales en pacientes con antecedentes de náuseas y consumo de alcohol, el sangrado que provocaba era mortal, en la actualidad se conoce que la causa del desgarro es debido al aumento de la presión intraabdominal e intraesofágica lo que provoca el desgarro de la mucosa, esta hemorragia ocurre por la vecindad con el plexo venoso o arterial adyacente. (30) De las posibles etiologías de la HDA el desgarro de Mallory-Weiss puede ser la causa entre el 5 al 15%.

Erosiones gastroduodenales

La presencia de gastritis o duodenitis y erosiones en la mucosa gastroduodenal tienen la etiología similar a la úlcera péptica, por el consumo de AINES e infección por *Helicobacter pylori*, evitar los AINES y erradicar la bacteria ha dado resultados

beneficiosos en ambos casos. (6) La esofagitis erosiva representan el 11% de causas de sangrado digestivo, mientras que la duodenitis el 10%. (31)

Hipertensión portal y HDA

La hipertensión portal es definida como el aumento de más de 5 mmHg en el gradiente de presión venoso hepático, esto se refiere a la diferencia de presión entre las venas porta y suprahepática. Es hipertensión portal cuando hay una elevación clínicamente significativa de la presión portal, y cuando esta sube 10 mmHg y se presentan complicaciones como ascitis, encefalopatía hepática, y varices gastroesofágicas. A menudo se asocia con cirrosis, pero puede ocurrir sin ella como en el síndrome de Budd- Chiari, o una hipertensión portal idiopática. La hemorragia por varices esofágicas es la consecuencia más grave de la hipertensión portal, con una tasa de mortalidad del 20% dentro de las 6 semanas posteriores al sangrado agudo. (32)

2.2.1.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el desarrollo de HDA pueden ser adquiridos como modificables y no modificables. Los casos de HDA aumentan con la edad, presencia de Diabetes Mellitus, tabaquismo anterior y actual, enfermedad cardiovascular, albúmina sérica baja, desnutrición, entre factores protectores se ha establecido a la raza negra, y pacientes trasplantados, estos factores son significativos en ciertas poblaciones.

Edad y sexo

La Edad es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de esta complicación, en uno de los primeros estudios sobre HDA la mayoría de las muertes con este sangrado ocurrieron en ancianos. A nivel general mas del 50% de los pacientes con HDA tiene mas de 60 años, y la mortalidad es mayor a medida que la edad avanza. (33)

La razón por la que la tasa de mortalidad sigue siendo considerable desde el siglo XX es por la presentación en personas mayores de 65 años, y las enfermedades severas concurrentes en este grupo etario. (34) La HDA en varios estudios predomina en pacientes mayores de 60 años y con mayor frecuencia en el sexo masculino. En Cuba en el año 2018 se comprobó en estudios

observacionales que el grupo etario más prevalente se encontraba entre los 60 y 74 años edad, pero la mortalidad fue mayor en los ancianos mayores de 75 años y de sexo femenino. (35)

Estudio en Perú en el año 2021 mencionó que entre los factores de riesgo para presentar un sangrado del aparato digestivo fue la edad promedio de 58 años, con antecedentes de consumo de alcohol, una HDA previa, y cirrosis hepática, el sexo predominante fue el masculino con el 64%, se llegó a la conclusión que los hallazgos endoscópicos de HDA fueron de mayor presentación en adultos mayores de sexo masculino. (36)

Cirrosis hepática

La cirrosis hepática, aumenta en gran manera el riesgo de hemorragia digestiva alta, por causa de los mecanismos ya explicados anteriormente, el daño del tejido hepático hace que el flujo sanguíneo busque ramas colaterales para fluir, con ello la hipertensión portal, la formación de las varices y el riesgo de la ruptura de estos vasos. En un estudio de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta, el 60% de los casos fueron por causa de varices esofágicas, mientras que el restante fue por causas no variceales incluyendo la enfermedad ulcerosa. La mortalidad incrementa con el sangrado, en este mismo estudio fue de 8.6% en la causa variceal, y el 8.3% en la no variceal. (37)

El sangrado digestivo alto de tipo variceal es el más común en los enfermos con cirrosis hepática, sin embargo, la hemorragia también puede ser por causas no variceales. Entre los predictores de mortalidad indicado en varios estudios se encuentran el deterioro de las funciones hepáticas y la gravedad del sangrado inicial. (38)

Consumo de alcohol

La importancia de este factor de riesgo radica en que puede causar tanto hemorragia por enfermedad ulcerosa como hemorragia variceal por el consumo crónico y la cirrosis alcohólica.

En diversos estudios se ha comprobado que beber alcohol aumenta el riesgo de sangrado gastrointestinal hasta cuatro veces. El riesgo para que se presente una HDA depende de la cantidad de alcohol que se ingiere y la frecuencia en que se lo

hace. Además, el alcohol altera la inmunidad celular de la mucosa lo que produce un proceso inflamatorio aumentando el daño y la aparición de úlceras gástrica. El alcohol también se relaciona con el Síndrome de Mallory Weiss, provocando los vómitos constantes y el desgarramiento de la mucosa, esto es visto en muchos alcohólicos crónicos. (39)

Consumo de tabaco

Se ha evidenciado que pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal y fumadores el riesgo para sangrado es de 11 veces más que los que no fuman. (39)

Medicamentos

AINES

El uso de AINES ha sido estudiado por varios años, siendo los fármacos que mayormente se relacionan al riesgo de sangrado digestivo no variceal. Los medicamentos Antiinflamatorios no Esteroides (AINES), se asocian directamente con molestias gastrointestinales que van desde síntomas dispépticos hasta una úlcera que llega a sangrado. Son medicamentos comúnmente recetados, para el desarrollo de una HDA por AINES se debe de contar con otros factores de riesgo asociados como por ejemplo ser mayor de 65 años, antecedentes de úlceras complicadas, el uso concomitante con aspirina incluida las dosis bajas, con los corticoides y anticoagulantes. Existe un menor riesgo en personas sin ninguno de los antecedentes mencionados. (40)

Anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios

En pacientes con riesgo cardiovascular que utilizan antiagregantes plaquetarios y otros fármacos relacionados se debe evitar el uso de Naproxeno. En pacientes que tienen riesgo de eventos cardiovasculares y gastrointestinales de forma concomitante se recomienda el uso de celecoxib mas un inhibidor de la bomba de protones, ya que con esta elección se ha demostrado la reducción de eventos de hemorragia digestiva alta de forma recurrente. (41)

Corticoides

En un estudio de Metaanálisis se consideró como factores de riesgo al uso de corticoides, el cual aumentó 40% el riesgo de desarrollar una hemorragia gastrointestinal sobre todo en los pacientes que se encuentran hospitalizados. (42)

El uso de anticoagulantes también es un factor de riesgo para HDA, en un estudio de 71684 pacientes de 4 ensayos aleatorizados de fase III destacó que los pacientes con tratamiento de anticoagulantes (incluyeron a warfarina, ribaroxaban dabigatran) y tienen 25% mayor riesgo de sangrado digestivo alto. El uso de Ribaroxaban y antecedentes de edad avanzada, anemia y resangrados aumentan el riesgo. (43)

2.2.1.3. Clasificación

A pesar de que la causa de un episodio hemorrágico es incierta hasta que se realiza la videoendoscopia digestiva alta (VEDA), las guías de práctica clínica a menudo separan la hemorragia digestiva variceal de la no variceal, ya que el manejo y los resultados difieren entre ambas.

La localización mas frecuente del sangrado digestivo es el estómago, aunque todos los sitios dentro del tracto gastrointestinal pueden sangrar. El sangrado puede ser oculto o manifiesto. Cuando el sangrado es oculto muchos enfermos críticos experimentan una disminución en el nivel de hemoglobina y muchos de ellos reciben una trasfusión en algún momento de su estancia en la UCI.

Hemorragia digestiva alta variceal

La hemorragia digestiva alta de tipo varicosa es aquella que se produce por la rotura de las venas dilatadas en el esófago o estómago. Son complicaciones de pacientes con enfermedad hepática crónica. En el paciente con cirrosis hepática la fibrosis del tejido dificulta la circulación completa lo que permite que el flujo se dirija a venas colaterales lo que se traducen como la circulación colateral, estas várices al llenarse de sangre suelen romperse provocando la hemorragia digestiva alta.

Estudios recientes han considerado a la ruptura de varices esofágicas secundaria a hipertensión portal como la causa más frecuente de HDA, con una incidencia del 23 al 32%, y en segundo lugar a la enfermedad ulcerativa. Estos datos varían de acuerdo con el grupo de población y el tipo de estudio. (44)

Hemorragia digestiva alta No variceal

La HDA no varicosa es aquella hemorragia que se produce en el esófago, estómago y en duodeno proximal, son causadas especialmente por la úlcera

péptica que se desarrolla por infección crónica de *Helicobacter Pylori*, o por el uso de AINES, e inclusive por aspirina en dosis bajas. A pesar de que la incidencia y la mortalidad asociadas a HDA No variceal han disminuido sigue siendo un problema clínico con una incidencia al año de 67 por 100000 habitantes en los Estados Unidos. (45)

La HDA se la puede subdividir de acuerdo con el tiempo que ha transcurrido desde la extravasación de sangre en cualquier nivel del tracto digestivo superior, son la HDA aguda y la HDA crónica, cada una con sus características clínicas, es vital el reconocimiento de esta clasificación ya que permite decidir un manejo oportuno para cada una.

Diferencias principales entre hemorragia digestiva variceal y no variceal

Son varios parámetros que se toman en consideración para diferenciar a estos dos tipos de hemorragia digestiva alta, se presentan las siguientes:

- En la hemorragia no varicosa o péptica la población de riesgo no es específica, todos tienen riesgo de presentarla, en la variceal el grupo de riesgo son los pacientes con hipertensión portal.
- La etiopatogenia en la no variceal es local mientras que en la varicosa es sistémica.
- El tratamiento de elección para la HDA no varicosa son los IBP mas endoscopía, en la varicosa se añade somatostatina y antibióticos.
- La frecuencia de la recidiva es mayor en la variceal.
- Las complicaciones son mayores en la variceal
- El tratamiento de rescate es más alto en la variceal, y la mortalidad es elevada.
- La causa de mortalidad en la no varicosa es propia de la hemorragia, en cambio en la varicosa la causa se debe a infecciones y complicaciones hepáticas.
- La mortalidad entre 5 y 45 días es muy elevada en la varicosa. (28)

Hemorragia digestiva alta aguda

Esta hemorragia se caracteriza por tener una duración corta, sin embargo, el sangrado es abundante, las características principales son (28):

- Entre los síntomas clásicos se incluye melena, hematemesis y/o shock
- La presentación es súbita, en pocas horas
- La Hemoglobina puede encontrarse normal dentro de las primeras horas
- Hay repercusión hemodinámica
- El Volumen corpuscular medio (VCM) es normal
- La ferritina es normal en las pocas horas
- La Urea se encuentra elevada
- La morbimortalidad depende del sangrado
- El riesgo vital inmediato es elevado
- La Endoscopia se solicita urgente
- El manejo es casi siempre intrahospitalario

Hemorragia digestiva alta crónica

La hemorragia crónica se caracteriza en cambio por ser de largo tiempo, pero el sangrado no es abundante, sin embargo, la pérdida acumulada de sangre es mayor en la HDA crónica. Sus características son las siguientes:

- Como síntoma clásico se encuentra el síndrome anémico
- La presentación abarca días o semanas
- La Hemoglobina normalmente se encuentra baja
- No hay repercusión hemodinámica
- El Volumen corpuscular medio (VCM) es bajo
- La ferritina se encuentra baja
- La Urea tiene valores normales
- La morbimortalidad depende de los factores etiológicos
- El riesgo vital inmediato es bajo
- La Endoscopia puede ser electiva
- El manejo normalmente es ambulatorio.

2.2.1.4. Presentación clínica de la HDA

Generalmente los pacientes suelen ser asintomáticos antes de desarrollar una hemorragia gastrointestinal aguda y profusa, la cual puede manifestarse como hematemesis, melena o hematoquecia. Aproximadamente más de la mitad de los pacientes presentan hematemesis y melena. En un estudio observacional de 177 pacientes el 51% presentó hematemesis y melena, mientras que el 28% presentó hematemesis sola, y el 18% melena sola. (46)

Los pacientes con HDA y lesiones colónicas de Dieulafoy típicamente presentan abundante sangre roja rutilante por el recto. Este sangrado suele ser grave, y es atribuido a la naturaleza arterial del sangrado y al vaso arterial dilatado. Rara vez los pacientes se presentan con Hemorragia Gastrointestinal crónica oculta. Los signos de inestabilidad hemodinámica se presentan cuando el sangrado es agudo, como taquicardia, hipertensión, ortostasis y /o anomalías de laboratorio donde existe azoemia prerrenal aguda. Estos signos ocurren con frecuencia debido a la gravedad y la agudeza del sangrado. (42)

El sangrado abundante a menudo es extremadamente grave, lo que enfatiza la importancia de un diagnóstico preciso y una terapia adecuada en la endoscopia inicial. Entre otros síntomas gastrointestinales se encuentran especialmente el dolor abdominal, a pesar de que no es muy común, cuando este se presenta es porque se sospecha de una enfermedad ulcerosa, o complicaciones del propio sangrado como la isquemia mesentérica por shock hemorrágico. (47)

2.2.1.5. Diagnóstico

El diagnóstico de sospecha de una hemorragia digestiva alta aguda es eminentemente clínico y se basa en la presencia objetivada o referida de restos hemáticos macroscópicos en el tubo digestivo bien por su salida espontánea a través de los orificios naturales o por la detección en el producto de los lavados por sonda nasogástrica o tras la realización de un tacto rectal y/o administración de un enema de limpieza.

Clínico

Es importante que durante la anamnesis se preste atención a los antecedentes patológicos personales, las comorbilidades que el paciente presente. Es

fundamental preguntar el uso de medicación diaria sobre todo el uso de AINES, antiplaquetarios, aspirina o anticoagulantes. Es importante obtener un historial social respecto al consumo o no de alcohol.

Las manifestaciones clínicas pueden variar, pero estas deben estar bien caracterizadas, es importante diferenciar una hemorragia aguda de una crónica para tomar una decisión terapéutica. Cuando hay hematemesis el sangrado es evidente, es un vómito con sangre fresca que en ocasiones incluye coágulos, pero también puede presentarse los típicos posos de café que es sangre, pero vieja, observada como vómitos con manchas oscuras. La melena son heces oscuras, alquitranadas, con un olor característico que el paciente refiere como fétido, fuerte. La hematoquecia se trata de sangre fresca que pasa por el recto, y también se presenta cuando la hemorragia ocurre en el tracto gastrointestinal superior.

Muchos de los pacientes pueden presentar también síncope o hipotensión ortostática, evidente cuando el sangrado es suficientemente grave como para alterar la estabilidad hemodinámica. En este contexto lo que determina la gravedad de la hemorragia es la hemodinamia.

Los signos vitales del paciente deben ser monitorizados constantemente, y dar un registro de signos vitales ortostáticos. En el examen físico completo se debe buscar evidencia de enfermedad hepática crónica, como por ejemplo un eritema palmar, arañas vasculares, ginecomastia, ictericia, ascitis, nevos, etc. Todas estas características dan pista del origen del sangrado, como posibles varices esofágicas.
(31)

Características clínicas según las causas más comunes

Várices esofágicas: el sangrado tiende a ser masivo, especialmente con hematemesis. El paciente tiene antecedentes de daño hepático crónico.

Úlcera gástrica duodenal: El sangrado en estos pacientes también es abundantes, en la anamnesis se comprueba un antecedente de síndrome ulceroso, el paciente refiere dolor urente en epigastrio, especialmente en el ayuno. El sangrado generalmente se presenta como melena.

Síndrome de Mallory Weiss: Tiene características clínicas bastante específicas, el paciente refiere al inicio vómitos alimentarios seguidos de hematemesis, la

hemorragia es autolimitada, no es severa como en los dos casos anteriores. El paciente con SMW llega a la emergencia hemodinámicamente estable, generalmente tienen antecedentes de intoxicación alimentaria, cólicos biliares que producen sus vómitos.

Pruebas de laboratorio

A la llegada del paciente se lo estabiliza hemodinámicamente, pero a su vez se incluye el laboratorio inicial como importante la Biometría hemática completa, con el fin de buscar los niveles actuales de hemoglobina.

El hematocrito no determina la gravedad de la hemodinamia, ya que dentro de las primeras 24 horas este puede encontrarse normal.

En los pacientes con sospecha de daño hepático crónica o cirrosis hepática los datos de laboratorio importantes son la caída de la protrombina, es decir se observa protrombinemia, alargamiento del TP, con esto se sospecha presencia de varices esofágicas como causa del sangrado.

Endoscopia

La videoendoscopía digestiva alta (VEDA) es el examen de elección que permite identificar el origen la hemorragia, además se utiliza como el tratamiento hemostático en caso de las lesiones con sangrado activo.

Existen controversias en realizar la endoscopía digestiva alta dentro de las primeras 12 horas, varios estudios observacionales han llegado a la conclusión que realizar la endoscopía entre las 2 y 12 horas después del sangrado no redujo la mortalidad. (24). El beneficio real de la VEDA en fase muy temprana sigue siendo controvertido, y no parece estar asociada con mejores resultados clínicos ya que inclusive podría conducir a peores resultados en pacientes específicos con HDA. (48)

2.2.1.1. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGOS

Para orientar los objetivos del tratamiento adecuado se han utilizado escalas de estratificación temprana de riesgo. Entre las consecuencias de los pacientes con HDA se encuentran el resangrado y la muerte. La esofagogastroduodenoscopia juega un papel importante cuando el paciente se encuentra hemodinámicamente

estable, porque puede determinar la causa de HDA, es paciente apto al tratamiento endoscópico solo si cumple ciertos criterios clínicos, es importante resolver para reducir la mortalidad, estancia hospitalaria, la cirugía de rescate y los costos de la atención. (49)

Escala de Rockall

Se han desarrollado varios sistemas de puntuación para predecir los resultados de sangrado en pacientes con HDA. La puntuación de Rockall y la puntuación de riesgo de Glasgow-Blatchford (GBS) son dos sistemas de puntuación usados en la práctica clínica.

Se ha notificado que estos sistemas de puntuación son de gran utilidad para predecir la mortalidad, el resangrado, la necesidad de transfusión y la hemostasia, no obstante, existen limitaciones en estos sistemas de puntuación. El GBS tiene la limitación al momento de calcular debido a la naturaleza compleja del calculo, en cambio Rockall requiere de hallazgos endoscópicos para su aplicación.

Recientemente, se ha mostrado mucho interés en las puntuaciones de riesgo antes de la endoscopia para la HDA. Esta escala se ha utilizado como puntuación clínica para clasificar a las personas con hemorragia digestiva alta según el riesgo de hemorragia activa que requiera una endoscopia urgente. La escala de Rockall ha demostrado ser de gran utilidad para predecir un probable resangrado, la necesidad de la cirugía y el riesgo de muerte. (50)

Tabla 1. Escala de Rockall

VARIABLE	PUNTUACIÓN			
	0	1	2	3
Edad (años)	<60	60-79	>80	>80
Frecuencia cardíaca	<100	≥ 100		-
Presión arterial sistólica	≥ 100		<100	
Comorbilidades	Ninguna mayor	Ninguna mayor	Insuficiencia cardíaca Cardiopatía isquémica Cualquier otra comorbilidad mayor	Insuficiencia Renal Hepatopatía Cáncer metastásico
Estigmas sangrado reciente	Ninguna o mancha plana	Ninguna o mancha plana	Coágulo adherido, vaso visible, hemorragia en chorro	Coágulo adherido, vaso visible, hemorragia en chorro
Origen de la Hemorragia	Mallory Weiss, sin lesión ni sangrado reciente	Todas las otras causas	Malignidad, enfermedad ulcerosa	Malignidad

Fuente: Rockall TA, adaptado de Revista Endoscopia, 2017 (51)

Para su interpretación se ha clasificado en Riesgo bajo y alto, siendo Bajo < a cero y alto > a cero. El uso de la puntuación clínica de Rockall indica que la mayoría de los pacientes que ingresan a urgencias tienen un alto riesgo de desarrollar lesiones tratables endoscópicamente, por lo que el procedimiento debe realizarse dentro de las primeras 24 horas de haber acudido al hospital.

Uno de los primeros objetivos terapéuticos establecidos en los pacientes con HDA es diagnosticar y restablecer el estado hemodinámico, de esto depende la

vida ya que se perfunden los tejidos y se evitan graves complicaciones. La endoscopía solo se realiza si el paciente se encuentra debidamente oxigenado, y recuperado.

Escala de Glasgow-Blatchford

Esta escala tiene como objetivo principal establecer la necesidad de tratamiento, además es útil para predecir la mortalidad. Actualmente es la escala más utilizada, y es considerada como la mejor escala para poder estratificar los riesgos tanto en la atención inicial como en las opciones terapéuticas. (51)

Tabla 2. Escala de GB

VARIABLES	PUNTUACION					
	0	1	2	3	4	5
Hb Hombre	-	>12 o <13	>12 o <13	>10 o <12	>10 o <12	<10
Hb Mujer	-	>10 o <12	>10 o <12	>10 o <12	>10 o <12	<10
BUN mmol/lt	-		>6.5 o <8	>8 o <10	>10 <25	>25
TAS mmHg	-	100-90	90-99	<90	<90	<90
FC	-	>100	>100	>100	>100	>100
Melena	-	Si	Si	si	si	si
Síncope	-		Si	si	si	si
Hepatopatía crónica	-		Si	si	si	si
Insuficiencia Cardíaca	-		Si	si	si	si

Fuente: Rockall TA, adaptado de Revista Endoscopía, 2017 (51)

Clasificación de Forrest

Se trata de una escala que permite identificar la gravedad del sangrado, el tiempo y las opciones terapéuticas en una HDA.

Tabla 3 Clasificación de Forrest

CLASIFICACION	HALLAZGO ENDOSCÓPICO	% DE RECIDIVA
Hemorragia activa		
Forrest Ia	Hemorragia en chorro	55
Forrest Ib	Hemorragia con babeo	50
Hemorragia reciente		
Forrest IIa	Vaso visible	43
Forrest IIb	Con coágulo adherido	22
Forrest IIc	Manchas visibles	7
Ausencia de signos de hemorragia		
Forrest III	Base de fibrina	2

Fuente: Adaptado de Gastroenterología y Hepatología, modificado Foruny 2015

2.2.1.2. Tratamiento

Medidas generales y tratamiento médico

Tanto la HDA Variceal como no variceal tienen un manejo común, que inicia con el uso del ABC, en especial el circulatorio. Desde el momento del ingreso del paciente en el Hospital es importante iniciar un seguimiento extenso. Para la reposición de líquidos y aplicación de medicamentos se aplican 2 vías periféricas gruesas y se inicia la resucitación con un adecuado aporte de agua y electrolitos, estas prácticas mejorarán cuando se aplique una sonda nasogástrica y oxigenoterapia para perfundir los tejidos, a pesar de ser ampliamente recomendadas en diversas guías clínicas aún no están aprobadas por una evidencia científica. Los estudios han demostrado que la administración de eritromicina y otros agentes procinéticos antes de la endoscopia pueden promover

la eliminación de sangre residual al aumentar el vaciamiento gástrico mejorando así la observación de la luz del tracto superior mediante la endoscopía.

Es importante mantener al paciente en observación constante, realizar seguimiento continuo de los signos vitales como la presión arterial y la frecuencia cardiaca, así como la verificación de signos de hipoperfusión tisular. En relación con la elección del fluido cuando se trata de la terapia de reemplazo de volumen no hay evidencia científica que respalde el uso de cristaloides como sustituto de coloides o viceversa, por lo que es una opción que depende de la preferencia del profesional.

El uso de transfusiones de glóbulos rojos se discutirá más adelante desde la propia sala de emergencias. El médico inicialmente también prescribe una bomba de infusión con IBP cuando existe sospecha de enfermedad ulcerosa. Si sospecha de Hipertensión portal y Varices esofágicas es importante agregar terlipresina endovenosa, u otro vasoconstrictor, suele utilizarse análogos de la somatostatina como el octeotride, además se suele dejar Antibioticoterapia como profilaxis de PVE, en caso de que el paciente se presente con ascitis, además vitamina B1 tiamina en caso de que sea alcohólico como profilaxis de Encefalopatía de Wernicke. (38)

Si se sospecha de una úlcera gastroduodenal, en especial se inicia con IBP, en este caso puede utilizarse omeprazol endovenoso, y si se sospecha de Mallory Weiss, el pronóstico es mejor, y es puede no indicar la endoscopía si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable.

Manejo inicial de HDA variceal

En casos de hemorragia digestiva variceal es importante dar reanimación con volumen utilizando cristaloides, además aumentar antibióticos, ocreótide o terlipresina, luego de estabilizar realizar endoscopía para observar localización de sangrada y realizar la respectiva ligadura con bandas o aplicar escleroterapia. Se debe realizar hemostasia, si el sangrado se detiene se completan 5 días con ocreótide y 7 días de antibióticos, las guías recomiendan una VEDA antes del alta. (38)

El manejo de la hemorragia digestiva alta es eminentemente hospitalaria y requiere la colaboración de un equipo multidisciplinario que incluye diversas especialidades médicas y en diferentes áreas hospitalarias idealmente bajo la organización de una entidad especializada compuesta principalmente por médicos gastroenterólogos con capacitación para realizar endoscopia diagnóstica y terapéutica durante las 24 horas con el apoyo del equipo sanitario.

Manejo inicial de HDA no variceal

- Si la escala GB es de riesgo bajo \leq a 1 pasa a endoscopia electiva.
- Si el riesgo es alto $>$ a 1 GB se da estabilidad hemodinámica. Cuando el paciente se encuentra hemodinámicamente estable hay que dar Restitución hídrica, agregar IB 80 mg IV mas endoscopia temprana, pero si no se consigue la estabilidad hemodinámica al mismo esquema anterior se añade Transfusión restrictiva con meta a Hb 7, Considerar intubación orotraqueal.
- En cuanto al uso de antitrombóticos: Hay 3 escalas 1 antiplaquetarios, se suspende temporalmente, el reinicio es temprano de tres a cinco días mas IBP. 2 Los anticoagulantes, se suspenden, si INR $<$ 2.5 realizar la endoscopia si es $>$ 2.5 se suspende anticoagulante, Reinicio el quinto día. 3. Los DOAC no se suspenden, se da restitución hídrica, y se revierte la anticoagulación.

Tratamiento endoscópico en enfermedad ulcerosa

Forrest IB y Forrest IIA

- Tratamiento es endoscópico mas el tratamiento médico
- Se da vigilancia en hospitalización por 72 horas
- Búsqueda de Helicobacter pylori, Uso de AINES, antiagregantes, antitrombóticos, el manejo es multidisciplinario

Forrest IIB

- Tratamiento médico, se aplica tratamiento endoscópico si es paciente con riesgo alto.
- Se da vigilancia en hospitalización por 72 horas

- Búsqueda de *Helicobacter pylori*, Uso de AINES, antiagregantes, antitrombóticos, el manejo es multidisciplinario

Forrest IIC y Forrest III

4. El tratamiento es medico, si Rockall es $>$ a 2 pasa a vigilancia intrahospitalaria por 72 horas, si Rockall es $<$ o igual a 2 se da egreso más búsqueda de causas

El tratamiento endoscópico hemostático en lesiones de alto riesgo de sangrado permite reducir el sangrado adicional y una necesidad de cirugía, el Consenso Internacional del Reino Unido recomienda realizar la endoscopia dentro de las primeras 24 horas posteriores al inicio del sangrado, esta recomendación se da sobre todo para los grupos de alto riesgo de resangrados, y muerte, es importante aplicar la técnica dependiendo de cada caso, todo paciente a quien se le practica la VEDA requiere al menos 72 horas de hospitalización. (24) (52)

El tratamiento temprano para la HDA no variceal en las primeras 24 horas consiste en la endoscopia terapéutica, el control del pH intragástrico y el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP). El manejo clínico es más complejo en la población añosa debido al uso de medicamentos anticoagulantes y antiplaquetarios ya que hay que equilibrar tanto el riesgo de hemorragia y el riesgo cardiovascular. (45)

Las estrategias disponibles para disminuir el riesgo incluyen el uso de IBP y el tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. La terapia endoscópica sigue siendo el estándar de oro en la terapéutica de la HDA, y se agrupan 3 etapas en los pacientes con HDA, el tratamiento pre-endoscópico, hemostasia y tratamiento post-endoscópicos. (45)

En el Consenso de Asia y el Pacífico establecieron avances significativos en la terapéutica donde incluyen puntuaciones de estratificación de riesgo previos al uso de endoscopia entre ellos la transfusión de sangre, plaquetas y uso de IBP. Entre técnicas emergentes se están utilizando cápsula endoscópica, sonda endoscópica Doppler para la evaluación y seguimiento de la VEDA, y un uso de embolización angiográfica como preventivo. (46)

2.3. MARCO LEGAL

De acuerdo con la Constitución de la República del Ecuador en cuanto a los Derechos del buen vivir se toma en cuenta el siguiente artículo:

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.” (53)

De la Ley Orgánica de la Salud 2015 de la República del Ecuador:

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

Art. 2. “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.” (54)

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CONCEPTO	Indicadores	Escala	Fuente
DEPENDIENTE	Hemorragia digestiva alta	Se define como la pérdida de sangre causada por diversas patologías que afectan al tubo digestivo desde la orofaringe al ángulo de Treitz.	SI/NO Hematemesis Melena Hematoquecia Shock Síncope Anemia	Cualitativa	Historia clínica
INDEPENDIENTE	Factores de riesgo	Son todos los factores de riesgos que predisponen a padecer de esta patología	SI/NO -Consumo de alcohol -Tabaco -Antecedente de HDA -Uso de AINES -Uso de Corticoides -Uso de anticoagulantes -Esofagitis -Neoplasias -Mallory Weiss -Coagulopatía -Enfermedad ulcerosa -Varices gastrointestinales	Cualitativa	Historia clínica
INTERVINIENTE	SEXO	Condición fenotípica de un individuo que lo distingue	Femenino (F) Masculino (M)	Cualitativa	Historia Clínica
	EDAD	Tiempo de vida de una persona desde el momento de su nacimiento	Años	Cuantitativa	Historia Clínica
	Grupo etario	Agrupación de los individuos de acuerdo con la edad que tenga cumplidos en años	< 30 años 30 a 45 años 45 a 60 años 60 a 85 años >85 años	Cuantitativa	Historia Clínica

	Comorbilidades	Dos o mas enfermedades de un individuo que afectan el pronostico de una patologia	(SI/NO) -ICC -Diabetes Mellitus -Cirrosis -EPOC -Insuficiencia Renal	Cualitativa	Historia clínica
	Otras características clínicas de HDA	Características clínicas que se desarrollan por una Hemorragia digestiva alta	Hipotensión < 90/50 mm/Hg SI/NO Encefalopatía SI/NO Anemia Hb < 11 SI/NO	Cualitativa	Historia Clínica
	Localización del sangrado	Lugar donde se origina la extravasación hemática	Esófago Estómago Esófago Otros	Cualitativa	Historia Clínica
	Estratificación de la HDA	Estratificación del riesgo y pronóstico de los pacientes con HDA	Forrest (Forrest I a Forrest III) Puntuación Rockall (0 a 3) Puntuación GB (0 a 5)	Cuantitativa	Historia Clínica
	Complicaciones	Consecuencias del sangrado digestivo alto a corto o largo plazo	(SI/NO) Insuficiencia Renal Infecciones bacterias severas Choque Muerte	Cualitativa	Historia Clínica

Fuente: Betancourt Avalos Jordy Steven 2022
Abarca Morales Ingrid Paola 2022

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que los datos que serán recolectados son numéricos, y se aplicarán medidas de tendencia central, frecuencia y porcentaje, es un estudio descriptivo con el análisis respectivo de las variables.

3.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Los métodos de investigación que se aplican en el presente trabajo previo a la obtención del título de Médico son el empírico y analítico. El método empírico se lo aplica mediante la mientras que el analítico se da al determinar el problema de investigación , proponer el estudio, desarrollar los objetivos, cumplirlos y sacara las conclusiones. Se describirá de forma exhaustiva todo los resultados de este estudio con el fin de encontrar una relación entre la Hemorragia digestiva alta y los datos epidemiológicos de los pacientes que la presentan. El trabajo es teórico porque se ha descrito de forma amplia cada una de las característica de la HDA mediante la fundamentación teórica.

3.3. PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo será realizado en la República del Ecuador, en la Provincia de Los Ríos, en el cantón Quevedo; en el Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, Institución pública que se encuentra ubicada en la Av. Guayacanes y Walter Andrade. El período de estudio abarcará desde enero a diciembre del 2020.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población estuvo conformada por 50 pacientes atendidos por el área de emergencia en el Hospital Básico Sangrado Corazón de Jesús, los mismos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.1.1. Criterios de selección

Los criterios de selección considerados son:

3.4.1.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con el diagnóstico definitivo de hemorragia digestiva alta
- Pacientes entre las edades comprendidas de 18 a 85 años
- Pacientes con las historias clínicas completas
- Pacientes ingresados en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús

3.4.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes sin el diagnóstico definitivo de hemorragia digestiva alta
- Pacientes menores a 18 años y mayores de 85 años

3.5. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo observacional, no experimental, puesto que los datos de las historias clínicas no serán modificados, y se colocarán tal como se encuentren en las evoluciones y reportes de laboratorio, además es de tipo descriptivo, con corte transversal y de acuerdo con el tiempo se trata de un estudio retrospectivo.

3.5.1.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los instrumentos para realizar esta investigación estarán constituidos por la base de datos solicitada en el HSCJ en el departamento de estadística, además se

utilizarán las computadoras con el Sistema informático con la autorización de la Institución donde se investiga. Para la recolección de los datos se ha elaborado una herramienta informática en Microsoft Excel, con el fin de tabular los datos recabados de forma individual según las variables establecidas.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

En cuanto a la recolección de datos del estudio investigativo se reserva el derecho de confidencialidad del paciente, el cual busca su bienestar. Los datos obtenidos son reales, la base de datos es obtenida directamente de las evoluciones de las historias clínicas de los pacientes que conforman la muestra con el objetivo de identificar las causas principales de la hemorragia digestiva alta.

Este trabajo cumple con los principios de la bioética médica, según el informe de Belmont se respeta la dignidad humana, la no maleficencia, el principio de la privacidad y confidencialidad. Con el fin de no invadir la privacidad e intimidad de los pacientes se mantuvieron en anonimato. El estudio es legal ya que se cumplieron con los estatutos establecidos en los artículos impuestos en la Ley orgánica de la Salud y la Constitución de la República del Ecuador.

3.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento de los datos se lo realizará utilizando la plataforma informática del Hospital en mención, donde se analizaron las historias clínicas de los pacientes que conformaron la muestra y se recabaran todos los datos necesarios, luego se tabularan utilizando la herramienta de Microsoft Excel 2016, y a partir de entonces se filtraran todas las variables y se colocaran tanto datos numéricos y cualitativos (SI/NO) , luego se aplicarían las medidas de tendencia central, frecuencia y prevalencia.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Para la obtención de los resultados se utilizó la población con 50 pacientes que contaron con historias clínicas completas de los cuales se aplicaron los criterios inclusión y exclusión. En el presente trabajo de investigación se consideraron los cuatro objetivos propuestos en el capítulo I, el primero basado en la descripción y análisis de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que ingresaron al área de emergencia del HBSCJ, a continuación, los resultados:

Tabla 4 Medidas de tendencia central de los pacientes con IAM

		Edad (años)	Urea	Hemogl obina	Puntuaci ón Rockall	Puntuaci ón GB
<i>N</i>	Válido	50	50	50	50	50
	Perdidos	0	0	0	0	0
<i>Media</i>		50,3	35,7	12,3	1,1	1,5
<i>Mediana</i>		52,5	31,0	12,7	1,0	1,0
<i>Moda</i>		53,0	15,0	12,0	1,0	1,0
<i>Desviación (ds) estándar</i>		12,8	19,0	3,4	0,5	1,3
<i>Mínimo</i>		19,0	10,0	5,0	0,0	0,0
<i>Máximo</i>		81,0	98,0	18,0	3,0	5,0

Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ

Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

Análisis: La edad promedio fue de 50,3 años con una desviación estándar de 12,8. Entre los datos de laboratorio obtenidos se tuvo un promedio de 35,7 en el valor de urea en sangre y para determinar anemia el parámetro de hemoglobina fue de promedio 12,3 con una desviación estándar de 3,4 mg/dL, a pesar del sangrado no predominaron valores de Hb menor al normal, se explica el sangrado digestivo agudo.

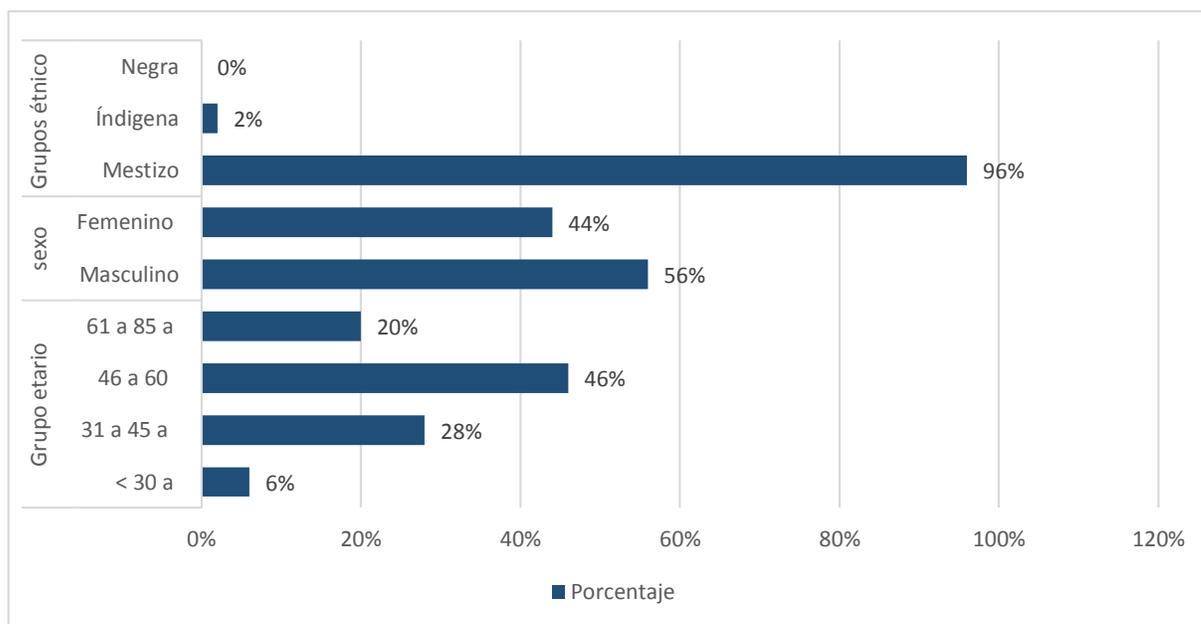
Tabla 5 Indicadores sociodemográficos

<i>Indicadores sociodemográficos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
<i>Grupo etario</i>	< 30 a	3	6%
	31 a 45 a	14	28%
	46 a 60	23	46%
	61 a 85 a	10	20%
<i>sexo</i>	Masculino	28	56%
	Femenino	22	44%
<i>Grupos étnico</i>	Mestizo	48	96%
	Indígena	1	2%
	Negra	0	0%
	Blanca	1	2%
<i>TOTAL</i>	50	100%	

Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ

Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

Ilustración 1 Indicadores sociodemográficos



Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ

Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

ANÁLISIS: Se observan resultados con mayor prevalencia en el sexo masculino, raza mestiza y los pacientes entre las edades 45 a 60 años, con menor frecuencia en aquellos pacientes menores a 30 años.

Tabla 6 Indicadores de salud

<i>Indicadores de salud</i>		Frecuencia	Porcentaje
<i>APP</i>	HTA*	28	56%
	DM**	17	34%
	ICC***	5	10%
	Cirrosis	9	18%
	IRC****	5	10%
	Obesidad	27	54%
<i>Hábitos</i>	Tabaco	16	32%
	alcohol	27	54%
<i>TOTAL</i>		50	100%

*Hipertensión arterial

**Diabetes Mellitus Tipo 2

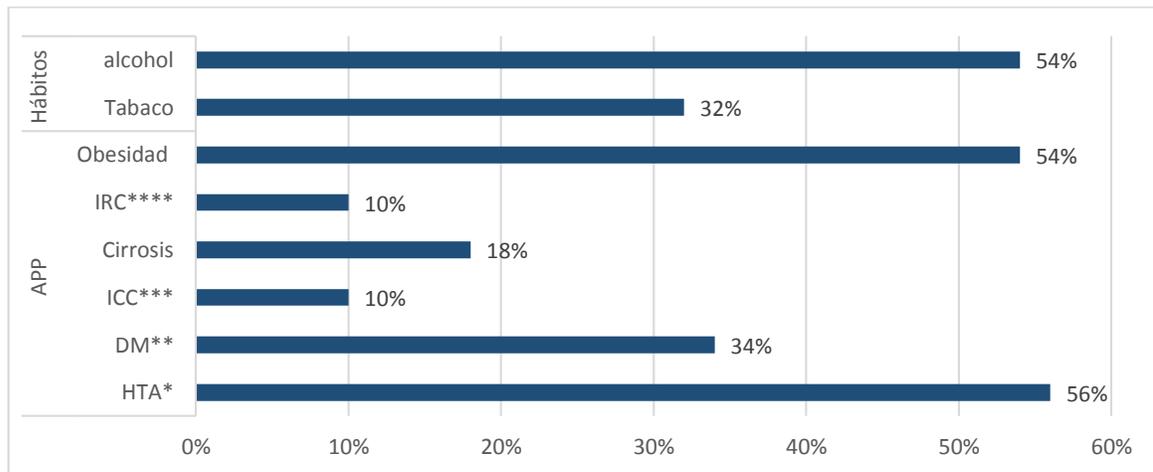
***Insuficiencia cardíaca congestiva

****Insuficiencia renal crónica

Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ

Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

Ilustración 2 Indicadores de salud



Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ

Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

Análisis: Observando los indicadores de la salud el antecedente patológico con mayor prevalencia es indudablemente la Hipertensión arterial (56%), seguido de obesidad 47% y Diabetes Mellitus 34%. Entre los hábitos sociales hay una prevalencia significativa en el consumo de alcohol (54%), mientras que el uso del tabaco fue del 34%, estos hábitos además con compatible con los factores de riesgo para hemorragia digestiva alta de origen ulceroso, o a su vez en su forma crónica por cirrosis alcohólica.

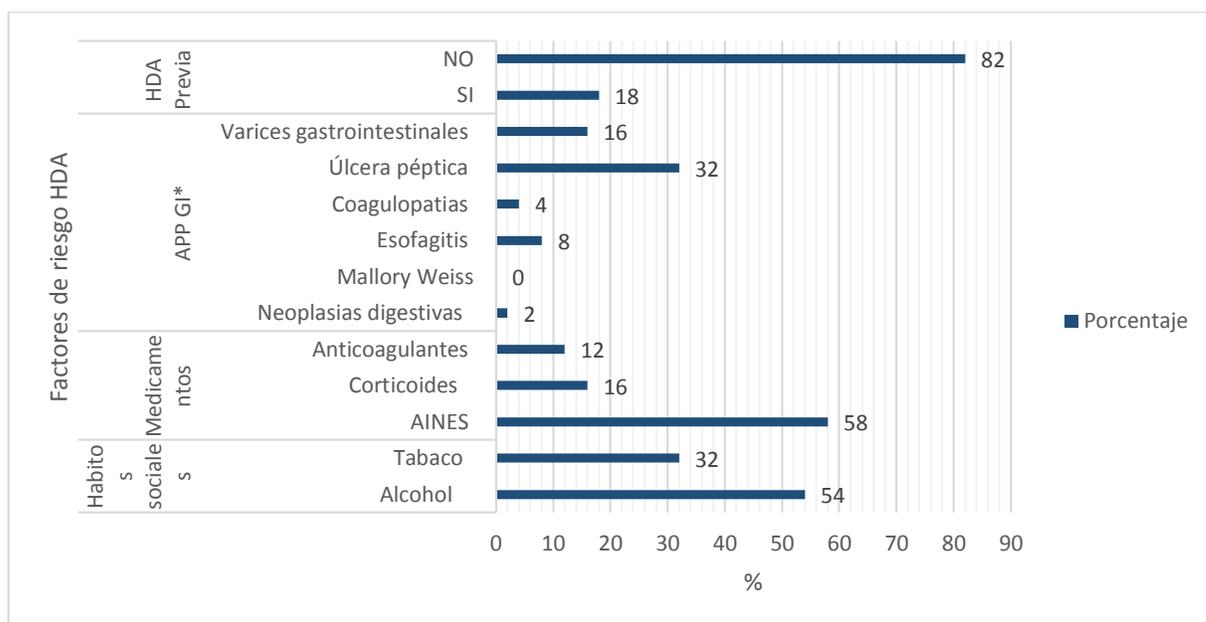
Tabla 7 Indicadores clínicos de IAM

Factores de riesgo		Frecuencia	Porcentaje
<i>Hábitos sociales</i>	Alcohol	27	54%
	Tabaco	16	32%
<i>Medicamentos</i>	AINES	29	58%
	Corticoides	8	16%
	Anticoagulantes	6	12%
<i>APP Gastrointestinal</i>	Neoplasias digestivas	1	2%
	Mallory Weiss	0	0%
	Esofagitis	4	8%
	Coagulopatía	2	4%
	Úlcera péptica	16	32%
	Varices gastrointestinales	8	16%
<i>Antecedente de HDA</i>	SI	9	18%
	NO	41	82%
TOTAL		50	100%

Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ

Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

Ilustración 3 Factores de riesgo para HDA



***Antecedentes patológicos personales gastrointestinales**

Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ

Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

Análisis: Los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron el uso de alcohol, antecedentes de utilizar AINES (58%), además en APP gastrointestinales, la úlcera péptica fue la más prevalente con un 32% , seguida de varices GI con un 16%. Al menos el 18% de los pacientes mencionaron tener un antecedente de HDA previa.

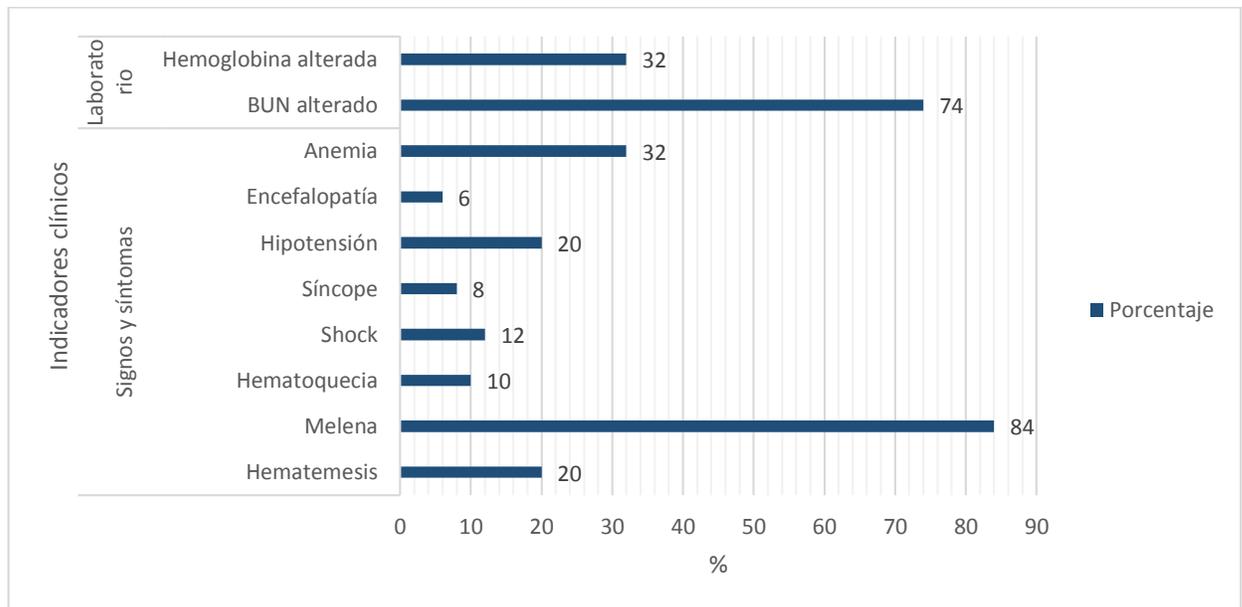
Tabla 8 Características clínicas de la HDA

INDICADORES CLÍNICOS		Frecuencia	Porcentaje
<i>Signos y síntomas</i>	Hematemesis	10	20
	Melena	42	84
	Hematoquecia	5	10
	Shock	6	12
	Síncope	4	8
	Hipotensión	10	20
	Encefalopatía	3	6
<i>Laboratorio</i>	Anemia	16	32
	BUN alterado	37	74
	Hemoglobina alterada	16	32
<i>Total</i>		50	100

Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ

Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

Ilustración 4 Gráfica de barras que demuestra los Indicadores clínicos de HDA



Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ

Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

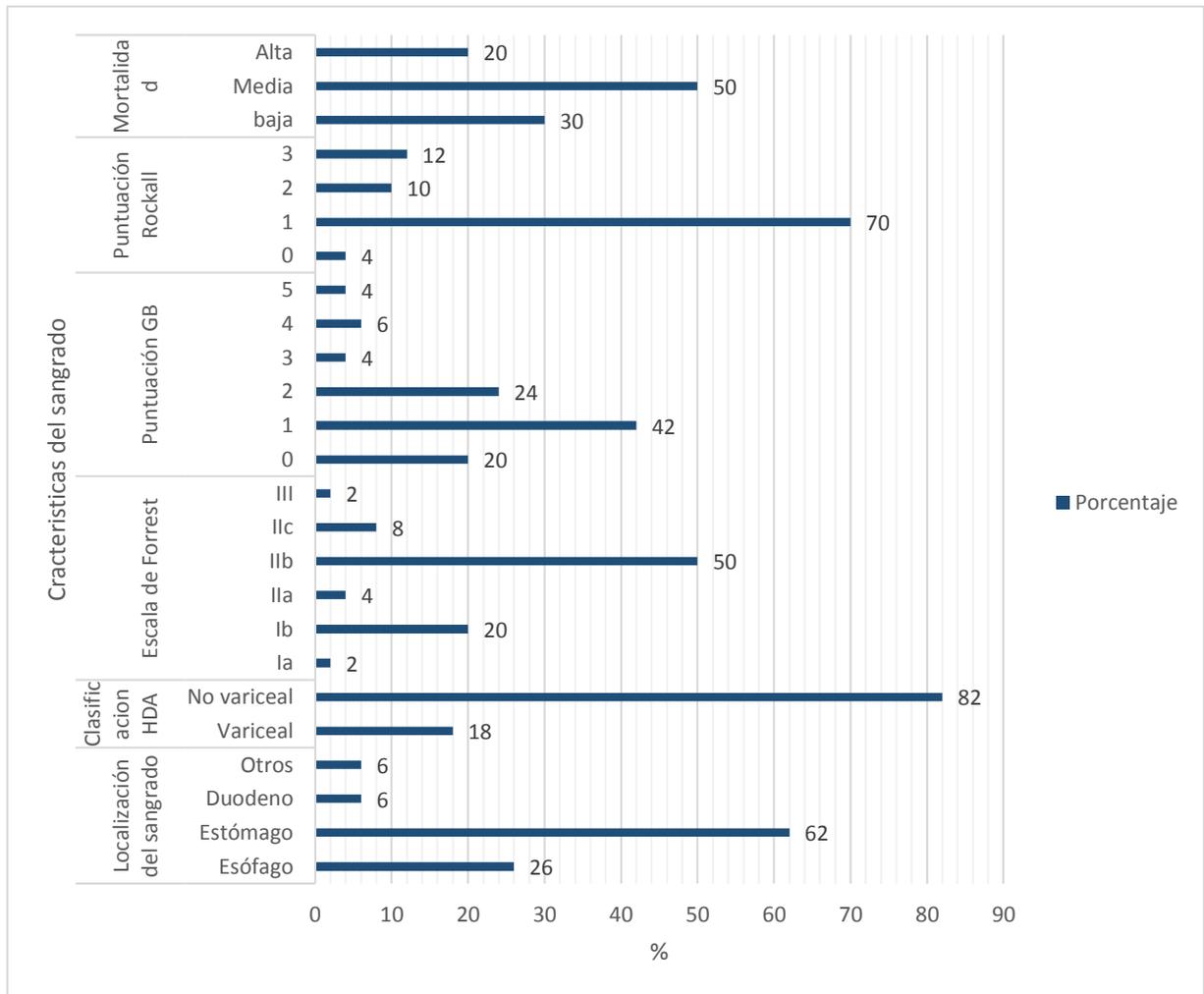
Análisis: En la Ilustración se observa un valor considerable en signos clínicos de la HDA predominando la Melena, mientras que Hematemesis se presentó en menor frecuencia. Por su parte en los datos de laboratorio se refleja una gran prevalencia del BUN alterado en el 74% de los pacientes, entre los signos de inestabilidad hemodinámica la hipotensión se presentó en 20% de los casos, mientras que shock en 12%.

Tabla 9. Características del sangrado y evolución

Características del sangrado		Frecuencia	Porcentaje
Localización del sangrado	Esófago	13	26
	Estómago	31	62
	Duodeno	3	6
	Otros	3	6
Clasificación HDA	Variceal	9	18
	No variceal	41	82
Escala de Forrest	Ia	1	2
	Ib	10	20
	IIa	2	4
	IIb	25	50
	IIc	4	8
	III	1	2
Puntuación GB	0	10	20
	1	21	42
	2	12	24
	3	2	4
	4	3	6
	5	2	4
Puntuación Rockall	0	2	4
	1	35	70
	2	5	10
	3	6	12
Mortalidad	Baja	15	30
	Media	25	50
	Alta	10	20

Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ
Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

Ilustración 5 Caracterización del sangrado digestivo alto



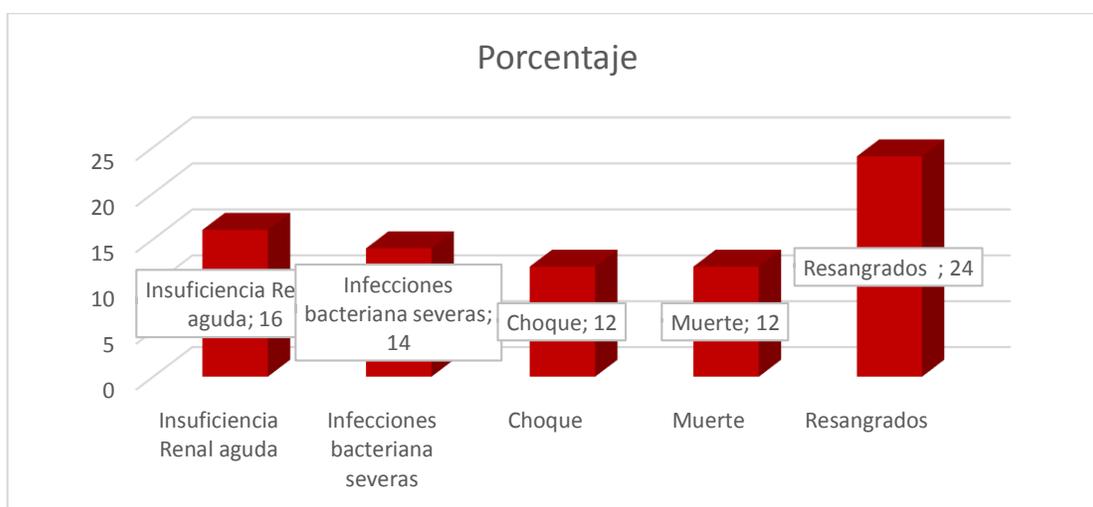
Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ
Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

ANÁLISIS: La localización de sangrado más frecuente fue el estómago seguido de esófago. El 82% de los pacientes presentó HDA no variceal, y solo el 18% HDA Varicosa. Según la Escala de Forrest en la que más se encontraba el paciente a la hora de la llegada fue en IIb. En la estratificación del riesgo utilizando la escala GB fue la puntuación 1 (42%) la mas frecuente , así mismo en la escala de Rockall la puntuación más prevalente fue 1 (70%). La mortalidad media fue prevalente (50%)
 Tabla 10 Complicaciones de la HDA

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
<i>Insuficiencia Renal aguda</i>	8	16
<i>Infecciones bacterianas severas</i>	7	14
<i>Choque</i>	6	12
<i>Muerte</i>	6	12
<i>Resangrados</i>	12	24
<i>N=50</i>		

Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ
Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

Ilustración 6 Complicaciones de la HDA



Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ
Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

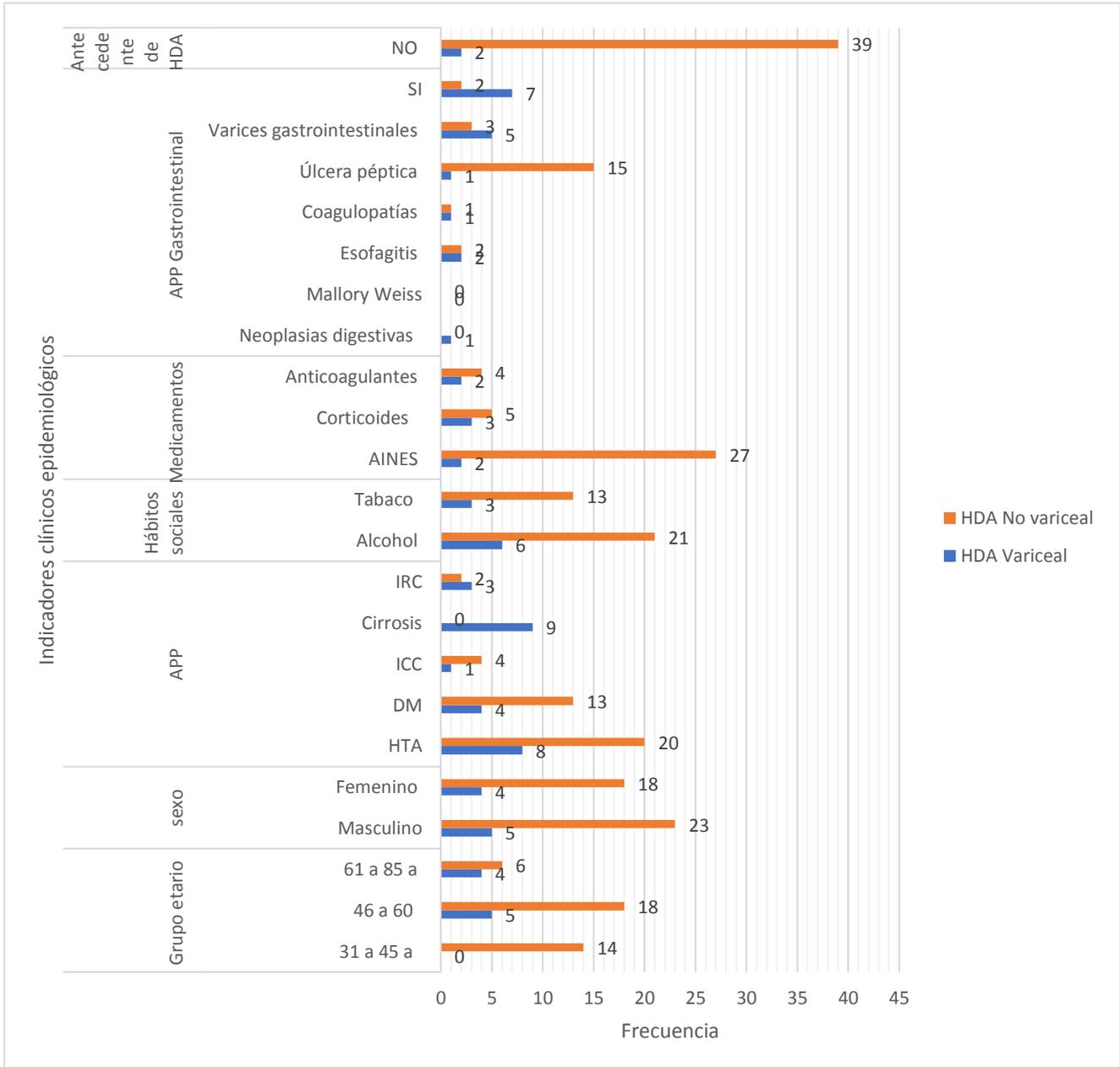
Análisis: Se identificaron las principales complicaciones de la HDA, entre ellas los resangrados fueron los más prevalentes , además un 16% tuvo IR aguda, 6 pacientes fallecieron.

Tabla 11 Tabla cruzada de las características Clínicas epidemiológicas de los pacientes con y sin HDA variceal y no variceal

Características epidemiológicas	clínicas-	HDA Variceal	HDA variceal	No	TOTAL
<i>Grupo etario</i>	31 a 45 a	0	14		14
	46 a 60	5	18		23
	61 a 85 a	4	6		10
<i>sexo</i>	Masculino	5	23		28
	Femenino	4	18		22
<i>APP</i>	HTA	8	20		28
	DM	4	13		17
	ICC	1	4		5
	Cirrosis	9	0		9
<i>Hábitos sociales</i>	IRC	3	2		5
	Alcohol	6	21		27
<i>Medicamentos</i>	Tabaco	3	13		16
	AINES	2	27		29
<i>APP Gastrointestinal</i>	Corticoides	3	5		8
	Anticoagulantes	2	4		6
	Neoplasias digestivas	1	0		1
	Mallory Weiss	0	0		0
	Esofagitis	2	2		4
	Coagulopatías	1	1		2
	Úlcera péptica	1	15		16
	Varices gastrointestinales	5	3		8
	SI	7	2		9
	Antecedente de HDA	NO	2	39	
TOTAL		9	41		50

Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ
Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

Ilustración 7 Características Clínicas epidemiológicas de los pacientes con y sin



Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ
Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

ANALISIS: En ambos grupos predominó la edad entre 46 a 60 años, sexo masculino, antecedente de HTA, el alcohol fue el hábito social con más prevalencia en ambos tipo de HDA. Los pacientes con HDA Variceal tenían antecedente de cirrosis hepática el 100%.

Tabla 12 Características epidemiológicas de los pacientes fallecidos por HDA

Características epidemiológicas de pacientes fallecidos	HDA Variceal	HDA No variceal	Total	Prevalencia
Fallecimiento	4	2	6	100,0
Grupo etario > 50	4	2	6	100,0
Uso de AINES	4	2	6	100,0
Uso de corticoides	3	1	4	66,7
Consumo de alcohol	3	1	4	66,7
APP de HDA	1	0	1	16,7
APP de DM	4	2	6	100,0
ICC	2	0	2	33,3
ERC	3	2	5	83,3
Esofagitis	3	0	3	50,0

Fuente: Historia Clínica Institucional HBSCJ

Elaborado por: Betancourt, J; Abarca, P, 2022

ANALISIS: Se caracterizó a la población que fallecieron según la causa de HDA Variceal y no variceal, donde el mayor porcentaje de fallecidos 4:1 fue por HDA Variceal, además los factores de riesgo que predominaron en este grupo fue edad mayor a 50 años, uso de AINES , todos tenían antecedente de Diabetes Mellitus seguido de ERC.

4.2. DISCUSIÓN

En el presente estudio el objetivo principal fue determinar los factores de riesgo que desencadenan una HDA, para ello se establecieron los indicadores sociodemográficos, clínicos, y de riesgo. La edad promedio de los pacientes fue 50,3 años \pm 12,8, grupo etario más frecuente de 46 a 60 años, el sexo que predominó fue el masculino y el antecedente más frecuente fue la HTA seguido de DM, estos resultados coinciden con los de Pérez, E en el cual el grupo etario que predominó fue de 51 a 60 años y sexo masculino. Así mismo Aldana determinó que el sexo masculino 71% fue el más incidente (71%) pero el grupo de mayor riesgo fueron las personas mayores de 70 años. Por otro lado Saco, M, aumentó en sus antecedentes patológicos personales en pacientes con HDA fuer Insuficiencia Renal crónica en el 18%, dato que coincide con el presente estudio donde al menos el 10% refirió tener IRC.

En las medidas de tendencia central se identificó una gran prevalencia de BUN elevado, la disminución de la hemoglobina estuvo en menos del 30% de los pacientes. Los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron el uso de alcohol, ser de sexo masculino, antecedentes de utilizar AINES (58%), además en APP gastrointestinales, la úlcera péptica fue la más prevalente con un 32% , seguida de varices GI con un 16%. Al menos el 18% de los pacientes mencionaron tener un antecedente de HDA previa. Aldana, J, identificó que entre los factores de riesgo para sangrados digestivos fue tener antecedente de coagulopatía (41%) y ser de sexo masculino, Pinto, C; por su parte indica que los factores de riesgo que aumentan la mortalidad de los pacientes con HDA son el sexo masculino y edad mayor a 70 años.

Por su parte se comparan estos resultados con los obtenidos por Espinoza, P quien identificó que las comorbilidades de mayor prevalencia son la cirrosis 44%, enfermedad crónica renal 26%, cáncer avanzado 17%, Insuficiencia cardíaca 17%, y Cardiopatía isquémica, 3.8%. Otros factores de riesgo fueron el uso de Antiagregantes 50%, AINES 30%, Anticoagulantes 14%, corticoides 6%. Entre las

causas de los re-sangrados en estos pacientes se encontraron las varices esofágicas, varices gástricas, lesión Dieulafoy, angiodisplasia.

Entre las características clínicas predominó la Melena en un 80%, además la hemorragia digestiva no variceal fue la más frecuente. Entre otros síntomas que caracterizaron a esta población es el síncope, hipotensión, shock y hematoquecia, aunque en menor cantidad. La localización más frecuente fue el estómago seguido de esófago, Mas del 80% de los pacientes tuvo HDA No variceal , y solo el 18% HDA Varicosa. Según la escala valorativa del tiempo del sangrado la Escala de Forrest IIb fue la más común, y entre las escalas para la estratificación del riesgo en GB fue la puntuación 1 (42%) , al igual que Rockall la (puntuación 1, 70%), según la mortalidad la clasificación media tuvo 50%. Se identificaron las principales complicaciones de la HDA, entre ellas los resangrados fueron los más prevalentes , además un 16% tuvo IR aguda, 6 pacientes fallecieron. En ambos grupos predominó la edad entre 46 a 60 años, sexo masculino, antecedente de HTA, el alcohol fue el hábito social con más prevalencia en ambos tipo de HDA. Los pacientes con HDA Variceal tenían antecedente de cirrosis hepática el 100%. Saco, M demostró que la presentación clínica con mayor frecuencia fueron las melenas en el 56.6% seguido de hematemesis con el 31.8%. Estos resultados coinciden con la presente investigación, además se suman los factores de riesgo para HDA Variceal la cirrosis hepática y para HDA no variceal consumo de AINES.

CAPÍTULO IV

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- ✓ Los datos sociodemográficos más prevalentes en pacientes con diagnóstico de HDA fue ser de sexo masculino y edades entre 46 a 60 años, la mortalidad aumentó después de los 65.
- ✓ Los factores de riesgo de mayor importancia identificados fueron ser de sexo masculino, edad avanzada, antecedente de uso de alcohol, cirrosis hepática, uso continuo de AINES, corticoides y anticoagulantes.
- ✓ Los antecedentes patológicos personales relacionados con la HDA demostraron ser significativamente prevalentes y aumentaron el riesgo de HDA entre ellas esofagitis, HDA previa, coagulopatías y úlcera péptica.
- ✓ La presentación clínica característica más frecuente es la Melena, y entre las complicaciones más comunes fueron los resangrados.
- ✓ Las comorbilidades más prevalentes en el presente estudio son la Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal crónica.
- ✓ La localización del más frecuente de la HDA es el estómago.
- ✓ Las escalas de Rockall y GB permiten identificar la estratificación del riesgo y permiten tomar decisiones en la hora de manejo terapéutico. El más común fue la puntuación 1 para ambas escalas.
- ✓ Forrest IIb fue la clasificación más frecuente según esta escala valorativa.
- ✓ Los factores de riesgo para mortalidad identificados fueron la HDA variceal, edad mayor a 50 años, uso de AINES, antecedente de Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal crónica.

5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda al personal de primer contacto identificar los factores de riesgo de la HDA de manera oportuna ya que los casos aumentan mientras el paciente sea edad avanzada, y con comorbilidades.
- ✓ Se sugiere identificar las características clínicas de una HDA para dar un manejo inmediato en las primeras fases de instaurada la Hemorragia, con el fin de evitar el riesgo de complicaciones fatales o por lo contrario para reducir los ingresos innecesarios en las unidades hospitalarias.
- ✓ Se recomienda a la llegada del paciente a la emergencia estabilizar hemodinamicamente antes de realizar cualquier otro procedimiento.
- ✓ Se recomienda a los profesionales de primer nivel de atención referir de inmediato en caso de identificar una HDA, debido a las graves complicaciones por el descenso de volumen, riesgo de shock hipovolémico, hipotensión , y muerte.
- ✓ Se recomienda aumentar la bibliografía sobre estudios de HDA y factores de riesgos a Nivel Nacional ya que los datos publicados son escasos y limitan la investigación.
- ✓ Se recomienda al departamento de docencia e investigación del HBSCJ implementar herramientas de acceso rápido para el estudio de las historias clínicas y no presentar las limitaciones a estas bases de datos.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

1. Zarate A. Hemorragia digestiva alta. Artículo científico. Santiago de Chile : Universidad Finis Terrae , Gastroenterología.
2. Correa M, Aguilar MJ. Hemorragia digestiva aguda. En Francisco C, Francisco D. Urgencias médicas. Madrid : Marban ; 2016. p. 50.
3. Cobiellas R, López CLN. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018; 43(3).
4. Moreira O, Zenén R, Ernesto M. Current knowledge of variceal upper digestive bleeding. Revista Cubana de Medicina Militar. 2018; 47(3).
5. Jaquez J. Hemorragia de tubo digestivo alto. Endoscopia. 2021; 33(1).
6. Gonzales J. Sangrado digestivo alto no variceal. Revista medica de Costa Rica y Centroamerica LXXII. 2015; 614.
7. Diaz M, Masi A, Adorno c, Prieto I. Caracterización endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de Endoscopia Digestiva, Hospital Nacional de Itauguá, período 2020. Ciriugía Paraguaya. 2021; 45(2).
8. Aguilar O, Valdovinos F. ratamiento endoscópico de lahemorragia de tubo digestivo alto no variceal. Endoscopia. 2018; 30(1).
9. Montero F, Gonzalez A, Jimenez L, Gálvez C. Hemorragia digestiva alta. En Jimenez , Montero. Medicina de urgencias y emergencias. Barcelona : Elsevier ; 2015. p. 283.
10. Zuara J. Hemorragia digestiva alta. Revisión bibliográfica. Revista electronica de Portales médicos. 2021; XVI(6).
11. Ahmed A, Stanley A. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the Elderly. Drugs y Aging. 2020; 29(12): p. 933-940.
12. Perez M, Fernandez J, Brice V, Dinza S, Colas G. Ligature of varicose veins by videoendoscopy in patients with upper digestive bleeding. Medisan. 2020; 24(6).
13. Aldana J, Lopez G, Estrada A, Rangel M, Mercado L, Lazcano M, et al. Prevalencia y factores de riesgo para hemorragia digestiva alta secundaria a úlceras post-ligadura. Revista Médica MD. 2019; 10(2).

14. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C. Variceal and non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Analysis of 249 hospitalized patients. *Revista médica Chile*. 2020; 148(3).
15. Espinoza P, Zambrano J. COMPARACIÓN DE LA ESCALA AIMS65 CON LAS DE GLASGOWBLATCHFORD Y ROCKALL COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD, RE SANGRADO Y RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN DOS HOSPITALES DE QUITO, ENTRE NOVIEMBRE 2018 Y JUNIO 2019. Tesis Cuarto nivel. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador , Especialización Gastroenterología y Endoscopia.
16. Sarco M, Sierra A. Factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva alta. Tesis. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Escuela de Medicina.
17. Siau K, Chapman W, Sharma N, Tripathi D, Bhala N. Management of acute upper gastrointestinal bleeding: an update for the general physician. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2017; 47(3).
18. Stanley A. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ*. 2019; 364.
19. H.J van der Voort P. How to prevent and treat gastrointestinal bleeding in the critically ill patient: a pathophysiological approach. *Journal of Emergency and Critical Care Medicine*. 2017; 1(35).
20. Guzmán J, Dávila E, Palomeque W. Tratamiento del sangrado digestivo alto. *Protocolo Médico*. 2018; 17(2).
21. MedlinePlus. Medline plus. [Online]; 2022. Acceso 16 de febrero de 2022. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003130.htm#:~:text=Las%20heces%20negras%20o%20alquitranosas,usa%20para%20describir%20este%20hallazgo.>
22. Fead. Fundación española de aparato digestivo. [Online]; 2019. Acceso 16 de febrero de 2022. Disponible en: <https://www.saludigestivo.es/diccionario-saludigestivo/hematoquecia/>.
23. Alastruey M, Aranda B, Ferrando M, Sanz L. Hemorragia digestiva alta , caso clínico. *Revista sanitaria de investigación*. 2021.
24. James YW, Yuanyuan-Yu , S.Y R. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding List of authors.. *The New England Journal of Medicine*. 2020; 2020(382).

25. Rodríguez T, Pla L, Lopez E. Hemorragia Digestiva Alta: descripción de su evolución mediante la aplicación de escalas pronósticas.. En: Primera Jornada científica virtual CaliMayMayabeque; 2020 p. 3.
26. Cabrera A, Hernández F, Hernández F, Fernandez F. Clinical epidemiological characteristics of older adults admitted for upper gastrointestinal bleeding. *Mediciego*. 2018; 24(1).
27. Chuecas J, Torres T. Hemorragia digestiva alta. *Ars Medicas Revista de Ciencias Médicas*. 2019; 44(3).
28. Colomo A. Hemorragia digestiva alta. Tesis doctoral. Barcelona : Universidad autónoma de Barcelona, Departamento de Medicina, Programa de doctorado en Medicina.
29. Sosa G, Piñol F. Etiopatogenia de la hemorragia digestiva alta no variceal, respuesta inflamatoria y *Helicobacter pylori*. *Revista médica electrónica*. 2018; 40(1).
30. Délano A, Herrera J, Vera A, Sanchez J. Síndrome de Mallorys Weiss. *Revista de la facultad de Medicina de la UNAM*. 2019; 62(5).
31. Antunes C. Upper Gastrointestinal Bleeding. *SteatPearls*. 2022.
32. Carpio A, Cárdenas A. Manejo del sangrado por várices esofágicas en pacientes con cirrosis. *Revista experiencia médica*. 2016; 34(2).
33. Bibiano C. Hemorragia de tubo digestivo. 3rd ed. Saned G, editor. Madrid ; 2018.
34. Ichiyanagui C. Epidemiología de la Hemorragia digestiva. *Acta médica Peruana*. 2006; 23(3).
35. Cabrera A, Hernandez F, Fernandez M, Sánchez M, Torres E. Características clínico - epidemiológicas de los adultos mayores ingresados por hemorragia digestiva alta. *Mediciego*. 2018; 24(1).
36. Choquehuanca G. Característica clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Tesis. Tacna : Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de ciencias de la Salud.
37. Thomas M, Elliot A, Rockey D. A Risk Scoring System to Predict In-hospital Mortality in Patients With Cirrhosis Presenting With Upper Gastrointestinal Bleeding. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2015; 48(8).
38. Rahman A, Jouda A, Moustafa E, Shawky J. Non-variceal Causes and Outcome of Acute Upper Gastro-intestinal bleeding among Cirrhotic Patients in Tropical

Medicine Intensive Care Unit. Afro Egyptian Journal of Infectious and Endemic Diseases. 2019; 9(4).

39. Talancha G. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. Tesis. Lima : Universidad Ricardo Palma , Facultad de Medicina Humana.
40. Dincer D, Ulukal K, Akin M, Adanir H. Hemorragia digestiva alta relacionada con AINE, antiagregantes y/o anticoagulantes: ¿hay algún cambio en la tasa de profilaxis después de un período de 10 años? Turkish, Journal of Gastroenterology. 2019; 30(6).
41. Chan F, Ching J, Yee K, Lam Kea. Gastrointestinal safety of celecoxib versus naproxen in patients with cardiothrombotic diseases and arthritis after upper gastrointestinal bleeding (CONCERN): an industry-independent, double-blind, double-dummy, randomised trial. The lancet. 2017; 389(10087).
42. Narum S, Westergren T, Klemp. Corticosteroids and risk of gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. Gastroenterology and Hepatology. 2015; 4(5).
43. Neena S, Caleb A, Lindsey H. Comparative risk of gastrointestinal bleeding with dabigatran, rivaroxaban, and warfarin: population based cohort study. BMJ. 2015; 350.
44. De.la.Cruz , A. Sánchez J. Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Medicina Interna de México. 2015; 29(5).
45. Lanas A, Jean D, Hunt R. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Nature reviews disease primers. 2018; 4(2018).
46. Joseph J, Philip W, K.L F, James Y. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. Gut. 2018; 67(10).
47. Nojkov B, Cappell M. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: Clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy. World J Gastrointest Endoscopy. 2015; 16(4).
48. Alezandrino G, Dias T, R C. Endoscopy Timing in Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. Clinical endoscopy. 2019; 52(1).
49. Martínez G, Manrique M, García M, et-al. Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica. Endoscopía. 20016; 28(4).

50. Infante M, Guisado Y, Rodríguez D, et al. Utilidad de la escala clínica de Rockall en la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Revista Cubana de Cirugía*. 2015; 53(2).
51. Blanco C, Pelaez M, et-al. Guías de diagnóstico y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. *Endoscopia*. 2017; 29(3).
52. Betés M, Muñoz M. Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Medicine*. 2016; 12(2).
53. CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR. Salud.gob. [Online]; 2021. Acceso 12 de enero de 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/base-legal/>.
54. LEY-ORGANICA-DE-LA-SALUD. Salud.gob. [Online].; 2015. Acceso 12 de ENERO de 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGANICA-DE-SALUD4.pdf>.
55. Orozco R, Velarde V, García E. Hemorragia de tubo digestivo alto no variceal en pacientes con cirrosis hepática. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*. 2019; 6(2).

ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. ALEJO LASCANO BAHAMONDE
VICEDECANATO**

CERTIFICACION

En mi calidad de Vicedecana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, tengo a bien **Certificar**:

El tema de tesis **Factores de riesgo para el desarrollo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo** del (a) estudiante **BETANCOURT AVALOSJORDY STEVEN** con CI. 0940266505 de la Carrera de Medicina, el cual ha sido **APROBADO** en sesión de Consejo de Facultad, mediante Resolución No. UG-CFCM-O-46-11-2021-R y alcance con Resolución No. UG-CFCM-O-52-04-2021-R en el Período Lectivo 2021-2022 TI2.

El interesado (a) puede hacer uso del presente para solicitar información relacionada con el tema de Tesis.

Guayaquil, Enero 25 del 2022

Atentamente



Firmado electrónicamente
Por:
**GERMANIA
MARIVEL VARGAS
AGUILAR**

**Lic. Germania Vargas Aguilar, MSc.
VICEDECANA**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. ALEJO LASCANO BAHAMONDE
VICEDECANATO**

CERTIFICACION

En mi calidad de Vicedecana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, tengo a bien **Certificar**:

El tema de tesis **Factores de riesgo para el desarrollo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo** del (a) estudiante **ABARCA MORALES INGRID PAOLA** con CI. 1205174251 de la Carrera de Medicina, el cual ha sido **APROBADO** en sesión de Consejo de Facultad, mediante Resolución No. UG-CFCM-O-46-11-2021-R y alcance con Resolución No. UG-CFCM- O-52-04-2021-R en el Período Lectivo 2021-2022 TI2.

El interesado (a) puede hacer uso del presente para solicitar información relacionada con el tema de Tesis.

Guayaquil, Enero 25 del 2022

Atentamente



**Lic. Germania Vargas Aguilar, MSc.
VICEDECANA**



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

QUEVEDO, 03 DE MARZO DEL 2022

SEÑORA LCDA.
GERMANIA VARGAS AGUILAR, MSC.
Vicedecana de la Universidad de Guayaquil

ASUNTO: Carta de Interés institucional con protocolo de investigación: " **FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO** " Yo, DR. WILLIAM ZEA MORALES en calidad de autoridad del HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación " **FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO**, cuyo investigadores principales son: **ABARCA MORALES INGRID PAOLA** con CI 1205174251 , correo electrónico abarcapaola66@gmail.com ; **BETANCOURT AVALOS JORDY STEVEN** con CI 0940266505, correo jordy.betancourt@ug.edu.ec

Certifico que también se han establecido acuerdos con los investigadores para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos o fuentes de investigación a los que se autorice acceso.




DR. WILLIAM ZEA MORALES

DIRECTOR DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

ANEXO V.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN



Título del Trabajo: "FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LA DISFAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, QUEVEDO"

Autor(s): ABARCA MORALES INGRID PAOLA Y BETANCOURT AVALOS JORDY STEVEN

ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALIFICACIÓN
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	4.1	
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad/Facultad/Carrera.	0.4	
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	0.9	
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, preventivos o de acuerdo al PND-BV.	1	
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión.	0.9	
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social y tecnológico.	0.3	
Responde a un proceso de investigación - acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.3	
RIGOR CIENTÍFICO	4.1	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación.	1	
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.	1	
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	0.8	
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica.	0.5	
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	0.8	
Pertinencia de la investigación.	0.4	
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional.	0.4	
CALIFICACIÓN TOTAL * 9 (NUEVE)		

* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor 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).

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

APROBACIÓN DE TESIS

Este trabajo de graduación cuya autoría corresponde a los estudiantes **INGRID PAOLA ABARCA MORALES** y **JORDY STEVEN BETANCOURT AVALOS** , luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el Título de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL
TRIBUNAL**

MIEMBRO DEL

SECRETARIA ESCUELA DE MEDICINA