



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

ESCUELA DE MEDICINA

**FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES
DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN
PACIENTES MAYORES A 40 AÑOS EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON EN EL AÑO
2014-2015**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR EL TÍTULO DE MEDICO**

AUTOR: DIANA CAROLINA SOLORZANO PACHAY

TUTOR: DR. WILLIAN MUÑOZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO 2015



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN PACIENTES MAYORES A 40 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON EN EL AÑO 2014-2015.:		
AUTOR/ ES: DIANA CAROLINA SOLORZANO PACHAY		REVISORES:
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil		FACULTAD: Ciencias Médicas
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACION:		Nº DE PÁGS:
ÁREAS TEMÁTICAS: Medicina Interna		
PALABRAS CLAVE Hemorragia Digestiva Ata no variceal, sistema digestivo, factores de riesgo, diagnostico, pronóstico, estudio descriptivo, endoscopia.		
RESUMEN:		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):		Nº DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0992253937	E-mail: DianaCaro_74@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil	
	Teléfono: 04-2921722	
	E-mail:	



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la Srta. Diana carolina Solórzano Pachay, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el título de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA

II

CETIFICADO DEL TUTOR

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

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR LA SRTA. DIANA CAROLINA SOLORZANO PACHAY, CON NUMERO DE CEDULA 0930345699

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN PACIENTES MAYORES A 40 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON EN EL AÑO 2014-2015

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

TUTOR: DR. WILLIAM MUÑOZ ARANBULO

III

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico primeramente a DIOS por darme el valor para poder atravesar cualquier obstáculo que se me haya presentado durante esta etapa, por demostrarme tantas veces su presencia, por ser quien protege, guía e ilumina mi camino y me enseñó a no rendirme jamás.

A mi MAMÁ Sandra Pachay por su amor incondicional, por siempre estar cuando la necesito, por su entrega, su confianza y todo su apoyo constante, A mi PAPÁ Holger Solórzano por su apoyo, su confianza y su paciencia, A lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo siempre mí apoyo mi guía y mi ejemplo en todo momento, enseñándome dedicación y confianza en todo los momentos de mi vida, por sentar mis bases de responsabilidad y deseo de superación.

A mis ABUELITOS Colon Pachay, Diosa Gómez, Soledad Zavala y Esperanza Zavala Depositando su confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo instante en mi inteligencia y capacidad.

A mi TIA Gardenia Pachay por el cariño, apoyo y confianza a lo largo de todos estos años.

A mis HERMANAS Mischelle, Carla y Katia por estar en los momentos importantes de mi vida.

A mis amigos Valerie, Guillermo, María Fernanda, Damián Ginger, Estefanía, Jazmín y mis 3 Juanes por su apoyo en todos estos años por su cariño, los consejos y las palabras de aliento.

Y finalmente a todas y cada una de las personas que han estado a lo largo de este tiempo y de una u otra manera me han brindado su apoyo incondicional para alcanzar mis sueños.

IV

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de titulación, primeramente me gustaría agradecerle a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado. A mis padres y hermanas por su apoyo en cada etapa de mi vida, porque gracias a ellos este sueño se hizo realidad A mi tutor de tesis, Dr. William Muñoz A. por su esfuerzo y dedicación, por aceptar ayudarme en calidad de Maestro y Amigo en mis planes de realizar el trabajo de titulación, a mi amiga Jessica Lazo por su ayuda en este trabajo por brindarme su amistad sincera, su confianza y todos sus consejos.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que agradezco por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

V

RESUMEN

ANTECEDENTES: La hemorragia digestiva alta no variceal es una de las patologías más frecuentes en la emergencia hospitalaria, según los estudios internacionales y datos obtenidos en el Hospital Abel Gilbert Pontón en el año 2014 - 2015 hay una predisposición en el género masculino en un 73%, mientras que en género femenino es del 27% , así mismo pudimos constatar que hay un predominio en pacientes mayores de 60 años en 68%. El diagnóstico de esta patología es de gran importancia ya que se permite dar a conocer las causas del sangrado de la patología y el método más adecuado es la clínica y la endoscopia.

OBJETIVO:

Determinar factores de riesgo, diagnóstico, y complicaciones de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes mayores a 40 años en el Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón.

MÉTODOS:

La información se obtuvo de la Base de Datos del Hospital Abel Gilbert Ponton del año 2014 - 2015. Posteriormente se registró en el software Excel 2013.

PALABRAS CLAVES:

HEMORRAGIA DIGESTIVA ATA NO VARICEAL, SISTEMA DIGESTIVO, FACTORES DE RIESGO, DIAGNOSTICO, PRONÓSTICO, ESTUDIO DESCRIPTIVO, ENDOSCOPIA.

SUMMARY

BACKGROUND: The non-variceal upper gastrointestinal bleeding is one of the most common diseases in hospital emergency, according to international studies and data from the Abel Hospital Gilbert Ponton in the year 2014 - 2015 there is a predisposition in males by 73% while in female is 27%, also we found that there is a predominance in patients older than 60 years at 68%. The diagnosis of this condition is of great importance since it allows to present the causes of bleeding pathology and the most appropriate method is the clinical and **endoscopy**.

OBJECTIVE:

Determine risk factors, diagnosis, and complications of non-variceal upper gastrointestinal bleeding in patients older than 40 years in the specialty Hospital Abel Gilbert Ponton.

METHODS:

The information was obtained from the database of Abel Gilbert Ponton Hospital 2014 - 2015. Later recorded in the Excel 2013 software.

KEYWORDS:

GASTROINTESTINAL BLEEDING ATA NONVARICEAL, DIGESTIVE SYSTEM, RISK FACTORS, DIAGNOSIS, PROGNOSIS, DESCRIPTIVE, ENDOSCOPIA.

Contenido

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	I
FICHA DE REGISTRO DE TESIS.....	II
MIEMBRO DEL TRIBUNAL	III
CETIFICADO DEL TUTOR	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
SUMMARY	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XIII
1 INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	3
2 EL PROBLEMA.....	3
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
2.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	4
2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
2.5 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN	5
2.6 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	6
2.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
2.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
CAPÍTULO II	7
3 MARCO TEÓRICO	7
3.1 DEFINICIÓN	8
3.2 FACTORES DE RIESGO	8
3.3 CAUSAS.....	9
3.4 CLASIFICACIÓN	11
3.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	12
3.6 DIAGNOSTICO	13
3.7 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO.....	15
3.7.1 INDICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.....	17
3.7.2 CONTRAINDICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	17
3.7.3 COMPLICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	17

3.8	ARTERIOGRAFÍA	18
3.9	GAMMAGRAFÍA	18
3.10	TRATAMIENTO	19
3.10.1	MANEJO INICIAL.....	19
3.10.2	MEDIDAS HEMOSTÁTICAS ESPECÍFICAS HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN NO VARICEAL.....	21
3.10.3	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO	22
3.10.4	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	23
3.11	COMPLICACIONES Y VALORACIÓN PRONOSTICA	24
3.11.1	ESCALA DE ROCKALL	25
3.11.2	ESCALA DE BLATCHFORD	27
3.12	HIPÓTESIS.....	28
3.12.1	Hipótesis alterna (H_1)	28
3.13	VARIABLES.....	28
3.13.1	VARIABLE INDEPENDIENTE:	28
3.13.2	VARIABLE DEPENDIENTE:	28
CAPÍTULO III		30
4	MATERIALES Y MÉTODOS	30
4.1	METODOLOGÍA	30
4.2	MATERIALES.....	30
4.2.1	RECURSOS HUMANOS.....	30
4.2.2	RECURSOS MATERIALES.....	30
4.3	RECOLECCIÓN DE DATOS	31
4.4	ANÁLISIS DE DATOS.....	31
4.5	POBLACIÓN QUE SE ESTUDIARÁ, MUESTRA	31
4.5.1	CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	31
4.5.2	UNIVERSO.....	32
4.5.3	MUESTRA	32
4.6	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	32
4.6.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
4.6.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	32
4.7	VIABILIDAD.....	33

CAPITULO IV	34
5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
CAPITULO V	45
6 CONCLUSIONES.....	45
CAPITULO VI.....	46
7 RECOMENDACIONES O PROPUESTA.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla # 1. PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL AREA DE EMERGENCIA.	34
Tabla # 2. FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGUN LA EDAD.....	35
Tabla # 3. FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIFESTIVA ALTA NO VARICEAL SEGUN EL SEXO.	36
Tabla # 4. FORMAS DE PRESENTACION DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.	37
Tabla # 5. CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.....	38
Tabla # 6. CONSUMO DE AINES EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.....	39
Tabla # 7. FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.	40
Tabla # 8. PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.....	41
Tabla # 9. DIAGNOSTICO DEL HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.	42
Tabla # 10. COMPLICACIONES DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.	43
Tabla # 11. PRONOSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVO ALTA.	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos # 1. PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL AREA DE EMERGENCIA.	34
Gráficos # 2. FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGUN LA EDAD.....	35
Gráficos # 3. FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIFESTIVA ALTA NO VARICEAL SEGUN EL SEXO.....	36
Gráficos # 4. FORMAS DE PRESENTACION DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.	37
Gráficos # 5. CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.....	38
Gráficos # 6. CONSUMO DE AINES EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.....	39
Gráficos # 7. FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.	40
Gráficos # 8. PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.	41
Gráficos # 9. DIAGNOSTICO DEL HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL	42
Gráficos # 10. COMPLICACIONES DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.	43
Gráficos # 11. PRONOSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVO ALTA.....	44

VI

1 INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva es una de las causas principales de ingreso en el área de emergencia en patologías del sistema gastrointestinal. En cuanto al origen donde se produce puede ser alta o baja, este estudio se basa en el origen y manejo específico de la Hemorragia Digestiva Alta no variceal.

La Hemorragia Digestiva Alta está clasificada en dos grupos causales: variceal y no variceal; siendo más frecuente en la emergencia médica las de origen ácido péptico. La frecuencia total de esta patología no está muy clara aun, pero se sabe que su incidencia anual esta entre 50 a 150 pacientes por cada 100 000 personas. Se debe tratar como una prioridad al momento del ingreso hospitalario para su oportuno tratamiento y evitar complicaciones.

La Hemorragia Digestiva Alta es la pérdida de volumen sanguíneo capaz de producir hematemesis, melanemesis y/o melena cuyo origen puede estar localizado desde el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz. Su presentación comúnmente es de forma aguda pero el manejo no adecuado de esta patología puede provocar complicaciones sistémicas graves, por lo cual se debe tener un manejo y decisiones urgentes para estabilizar de manera oportuna al paciente y aplicando un tratamiento adecuado. Con el avance en el manejo diagnóstico de esta patología se logra que se mejore su tratamiento pronostico, mediante la Endoscopia; Aunque La Hemorragia Digestiva Alta continua teniendo un alto índice de mortalidad según su factores de riesgo determinados, como en pacientes con enfermedades asociadas y mayores de 65 años. Las causas principales del inicio de la Hemorragia Digestiva Alta son las úlceras pépticas y duodenales, seguidas por la rotura de várices esofágicas en pacientes con hipertensión portal, síndrome de Mallory-Weiss y la gastritis hemorrágica, También tendremos las erosiones de la mucosa del estómago como consecuencia del consumo de fármacos o alcohol, que favorecen la formación de úlceras.

El incremento de pacientes que padecen de Hemorragia Digestiva se ha producido a partir de la mitad del siglo XX, asociada más frecuentemente a la enfermedad Ulcerosa péptica. El avance en la endoscopia como tratamiento en pacientes con sangrado gastrointestinal permite una notable mejoría el pronóstico de los pacientes y, en consecuencia, su evolución clínica, ello está siendo contrarrestado por la prolongación

de la esperanza de vida de las poblaciones y el elevado número de personas que ingieren actualmente antiinflamatorios no esteroideos (AINES). (Dr. Lucas García Orozco, Algunas especificidades sobre la mortalidad asociada a la hemorragia por enfermedad ulcerosa péptica gastroduodenal, 2015), Actualmente se han identificado varios factores clínicos y endoscópicos que permiten reconocer qué pacientes poseen mayor riesgo y también que pacientes podrían presentar un resangrado como complicación. Además que su manejo adecuado permite identificar que pacientes podrían y deberían ingresar en áreas de cuidados intensivos; así, como los que presentan un menor riesgo en esta patología. Que pueden ser diagnosticados y tratados muy oportunamente en el área de emergencia o pacientes los cuales necesitarían hospitalización para su tratamiento y observación. Se necesita identificar los factores de riesgo que podrían producir a una hemorragia digestiva alta no variceal con el fin de disminuir la mortalidad y las complicaciones de la patología; conocer la magnitud y gravedad de los problemas que se relacionan con ésta patología y que servirán para aplicar métodos de diagnóstico y tratamiento más eficaces y oportunos. El principal factor pronóstico de mortalidad es el resangrado precoz, que ocurre en el 20% de los pacientes. Para estimar el riesgo de un paciente cuando ingresa por hemorragia digestiva alta no variceal, se puede recurrir a la evaluación de determinadas variables con valor pronóstico conocido o con la utilización de índices numéricos pronósticos.

El objetivo de la investigación será determinar los factores de riesgo, diagnóstico y complicaciones de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en pacientes del hospital Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2014 – 2015. Con los resultados se clasificara los pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones clínicas y proporcionara pautas para establecer estrategias de prevención. Además permitirá orientar el tratamiento mejorando la calidad de servicio prestado en este hospital.

El presente estudio es de enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, que analizara las frecuencias y proporciones de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en pacientes del Hospital Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2014 – 2015. Los resultados permitirán conocer las características demográficas de la población, factores de riesgo y complicaciones.

CAPÍTULO I

2 EL PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta no variceal es una emergencia médica asociada frecuentemente a una considerable morbilidad y mortalidad. En los últimos años se han producido importantes avances científicos en el manejo de la patología, los cuales han permitido una disminución de la recidiva hemorrágica y la mortalidad en estos pacientes. Los puntos clave para el manejo de la Hemorragia Digestiva no Variceal son: a) la reanimación hemodinámica pronta y la prevención de las complicaciones como la patología cardiovascular de base, que se produce más comúnmente; b) el tratamiento endoscópico de las lesiones con alto riesgo de resangrado; y c) el uso oportuno de inhibidores de la bomba de protones a dosis altas pre y postendoscopia. (MARTA GALLACH, 2013, pág. 1).

En USA la incidencia anual de Hemorragia Digestiva Alta es de 50 a 100 por 100 000 habitantes, en Inglaterra, varía entre 103 y 172 por 100 000 habitantes, y es dos veces más que la tasa reportada en Holanda de 47,7 por 100 000 habitantes en el año 2000. En el estudio holandés, la tasa de recurrencia de hemorragia fue del 15% y la mortalidad de 13%, a pesar del uso más frecuente de terapias combinadas, de métodos endoscópicos y de inhibidores de bomba de protones, Sin embargo; la mayoría de estudios documentan una mortalidad de 10%, sin mayor variación en las dos últimas décadas aunque en un reciente estudio canadiense, sobre 1 869 pacientes, se encuentra una disminución en la mortalidad al 5,4%, con un promedio de edad de presentación de la hemorragia de 66 años. (Carlos Contardo Zambrano¹, 2013). La Hemorragia Digestiva Alta no Variceal genera una gran problemática en la salud del paciente y debido al notable aumento de la enfermedad a nivel mundial, es importante identificar factores de riesgo que permitan categorizar a los pacientes en grupos susceptibles a complicaciones clínicas con el objetivo de reducir su incidencia y prevalencia, por tal motivo el propósito de las instituciones públicas de salud es implementar medidas preventivas de la enfermedad. Se requiere un estudio para establecer la frecuencia de pacientes con Hemorragia digestiva alta no Variceal en el Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón.

2.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de titulación permitirá identificar los factores de riesgo, diagnóstico y complicaciones de pacientes con Hemorragia digestiva alta no Variceal en el hospital Abel Gilbert Pontón. Se identificará grupos susceptibles a presentar la patología y se establecerá la relación de las complicaciones presentadas con los factores de riesgo. Además se calculará el riesgo relativo de los factores protectores y de riesgo de la enfermedad.

Es importante realizar la presente investigación por que la Hemorragia digestiva alta no Variceal predispone a complicaciones graves como el shock hipovolémico y el riesgo a resangrado que pueden aumentar el riesgo de complicaciones o mortalidad. Hay la necesidad de implementar métodos de evaluación de las características epidemiológicas y los factores de riesgo de la Hemorragia Digestiva alta no variceal en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón. Además no existe una guía o base para establecer pautas de recomendaciones de prevención en el país sobre esta patología, haciendo difícil utilizar los estudios nacionales como una referencia al tema.

Con los resultados se identificará los grupos susceptibles a presentar esta patología, permitirá el conocimiento del manejo en tratamiento del paciente, disminuyendo su morbimortalidad. Al identificar la relación que existe entre la Hemorragia Digestiva alta no variceal y los factores de riesgo como la presencia de infecciones por el Helicobacter Pylori o el consumo inadecuado de Aines, se podrá realizar el manejo adecuado de esta patología reducir los factores de riesgo y fomentar controles médicos periódicos que garanticen la reducción de resangrado y de shock hipovolémico.

2.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Naturaleza: Es un estudio básico, de observación indirecta y descriptivo.

Campo: Salud pública.

Área: Medicina Interna.

Aspecto: Hemorragia digestiva alta no variceal.

Tema de investigación: Factores de riesgo, diagnóstico y complicaciones de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes mayores a 40 años estudio a realizarse en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2014 - 2015.

Lugar: Hospital Abel Gilbert Pontón en las áreas de emergencia y hospitalización.

2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar Hemorragia Digestiva alta no variceal en pacientes mayores de 40 años en el área de emergencia y hospitalización del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón?

2.5 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar Hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes mayores de 40 años del Hospital Abel Gilbert Pontón?

¿Cuáles son los métodos diagnósticos empleados en pacientes con Hemorragia digestiva no variceal alta en las áreas de emergencia y hospitalización del Hospital Abel Gilbert Pontón?

¿Cuáles son las principales complicaciones en Hemorragia digestiva alta no variceal que se observa en el Hospital Abel Gilbert Pontón?

2.6 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar factores de riesgo, diagnóstico, y complicaciones de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes mayores a 40 años en el Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón.

2.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

-) Identificar los factores de riesgo de los paciente que padecieron de Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el área de emergencia de dicho hospital
-) Analizar los métodos de diagnóstico empleado en Hemorragia digestiva alta no variceal en las áreas de emergencia y hospitalización.
-) Determinar las principales complicaciones que presentaron los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta no variceal

CAPÍTULO II

3 MARCO TEÓRICO

Se ha evidenciado en los últimos años un cambio en el comportamiento de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal, la causa más frecuente de esta patología es la úlcera péptica gastroduodenal en el mundo se ha experimentado un descenso influenciada por el tratamiento oportuno y estandarizado contra *Helicobacter pylori* agente causal más frecuentemente en esta patología desencadenante.

Las primeras descripciones de hemorragia digestiva alta se sitúan en antiguos manuscritos chinos, que datan aproximadamente del año 2600 a. C., en los que se transcribe una anatomía rudimentaria del estómago y se identifican diferentes puntos útiles para la acupuntura. En papiros egipcios del año 1500 a. C., se ha encontrado la descripción del concepto de pérdida sanguínea. El Papiro de Ebers (1550 a. C.) sugiere que ya en ese entonces se conocían los síntomas de la úlcera péptica y las complicaciones de la hemorragia. Probablemente, debido a que los griegos no permitían la disección de cuerpos humanos, en las Obras Médicas de Hipócrates aparecen las complicaciones hemorrágicas de la úlcera péptica, pero no su etiología. Galeno en el siglo II d. C. narra síntomas y complicaciones de la úlcera péptica y cita, en numerosas ocasiones, la hemorragia digestiva con heces negras. En el siglo XV, revivió el interés por la anatomía humana lo que proporcionó la base firme para los avances posteriores en el conocimiento de la hemorragia gastrointestinal. Bahuin, en 1700 17, descubrió una úlcera gástrica al practicar la autopsia a un hombre joven, que presentaba melenas. Cuatro años más tarde, Littre publicaba el caso de un varón fallecido tras abundantes vómitos de sangre y en cuya autopsia se revelaba una úlcera en el canal pilórico con varios vasos sanguíneos abiertos en su base. En el mismo siglo, Morgagni dio a conocer una serie de historias clínicas y estudios anatomopatológicos sobre la úlcera gastroduodenal; siendo el primero en describir la hemorragia digestiva causada por hipertensión portal 18 . La aparición de la endoscopía digestiva ha sido un paso decisivo para conseguir el diagnóstico etiológico de la hemorragia sin cirugía, ni disección anatómica de ninguna clase. La primera esofagoscopia fue realizada en 1868 por Kussmaul mediante un endoscopio rígido y, en 1932, Rudolf Schindler diseñó el primer gastroscopio semiflexible. Durante los siguientes 25 años, fueron introducidas una serie de mejoras técnicas, pero no fue sino hasta mediados del siglo XX, que los avances tecnológicos permitieron la construcción de endoscopios flexibles, con lo que la endoscopía se fue convirtiendo en una técnica segura y útil para el diagnóstico etiológico de la hemorragia digestiva

3.1 DEFINICIÓN

La hemorragia digestiva alta es definida como el escape de sangre a la luz del tubo digestivo, entre el esófago alto y el ángulo de Treitz es decir toda pérdida hemática proximal al ángulo de Treitz. Esta patología se manifiesta generalmente en forma hematemesis o vomito con sangre roja, melanemesis o vomito con sangre acompañada por coágulos y melena o heces con sangre de color oscuro para que se forme una melena es necesario que la sangre permanezca al menos 10 horas en el tubo digestivo sufriendo la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon. Con menos frecuencia se observa hematoquecia o rectorragia la cual se produce comúnmente cuando el sangrado es de forma tan brusca que no permite la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon por el poco tiempo que permaneció en el tubo digestivo por la cantidad de sangre

La Hemorragia digestiva alta es considerada una urgencia grave y en la actualidad sigue siendo una de las causas más frecuentes de hospitalización en patología digestiva su incidencia esta entre 50 a 100 casos de cada 100.000 habitantes al año, La mortalidad se encuentra entre un 5 y un 20%, según los factores que la predispongan, valorando también la cantidad de sangrado, donde se ocasiona, la edad del paciente y si existen o no patologías asociadas (Dr. Jorge Luis Ulloa Capestany, 2009)

3.2 FACTORES DE RIESGO

La Hemorragia Digestiva Alta en la mayoría de los casos es autolimitada. No obstante, en un aproximado del 20% de casos la hemorragia persiste o hay recidiva tras el ingreso en el centro hospitalario, este grupo de pacientes es donde hay que concentrar el índice de mortalidad. Los factores de riesgo que debemos considerar en la Hemorragia Digestiva Alta no variceal son:

-) Edad del paciente: frecuentemente afecta a pacientes mayores de 65 años, no obstante se han reportado casos en pacientes de menos edad considerando el estilo de vida que este lleve.
-) Sexo: según estudios la patología se presenta más frecuentemente en varones que en mujeres.

-) Patología concomitante: cardiopatía, enfermedades reumatológicas, hepatopatía crónica, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica, neoplasias no digestivas
-) Ingesta de fármacos: aquí se encuentran los antiinflamatorios no esteroides como el factor de riesgo predominante que causa la patología. Aproximadamente, del 10 al 30% de los consumidores crónicos de AINES desarrollan úlcera péptica en 6 meses de tratamiento continuo. añadiendo también medicamentos de uso frecuente en tratamientos específicos del paciente como los anticoagulantes y aspirina
-) Ingesta de alcohol: una ingesta de alcohol diaria superior a 50 g en la mujer y 70 g en el hombre o en cantidades excesivas puede ocasionar gastritis erosiva, el alcohol aumenta 4 veces el riesgo de sangrado digestivo en patología ulcerosa

3.3 CAUSAS

La hemorragia digestiva alta según el sitio donde se origina puede ser: variceal y no variceal; ambas son consideradas una emergencia médica como ya ha sido mencionado, La Hemorragia digestiva alta que se presenta mayormente en un 80-90% son de causa no variceal, la causa primordial y más frecuentemente es la úlcera péptica presentándose en un 40-50%, Si es mayor a 2 cm de diámetro la úlcera, hay una mayor causa de resangrado y la mortalidad aumenta, teniendo o no tratamiento endoscópico hemostático. Si la úlcera es mayor a 1 cm su frecuencia es mayor en pacientes mayores de 60 años. La incidencia aumenta según la localización de la úlcera, debido a si existe o no erosión de vasos grandes, las que se localizan principalmente en la cara posterior del bulbo duodenal donde se encuentra la arteria gastroduodenal y en la porción proximal de la curvatura menor gástrica donde encontramos la arteria gástrica izquierda. De los pacientes que presentan la patología de esto debemos tomar en cuenta que aproximadamente el 95% de las úlceras son asociadas al consumo de AINES, aspirina y otros fármacos que aumentan posibilidad de que el paciente presente complicaciones como la hemorragia, en pacientes con enfermedad ulcerosa de base. Las complicaciones se podrían presentarse al inicio del tratamiento, pero generalmente se presentan en el primer mes de tratamiento. El uso de corticoesteroides no está relacionado con el incremento al riesgo de presentar úlcera péptica o sangrado digestivo, sin embargo, si se

los asocia con AINES el riesgo se incrementaría hasta diez veces. El uso de anticoagulantes orales facilita el sangrado de una lesión existente o dificulta el tratamiento.

También se considera como causa frecuente la presencia de *H. pylori* bacteria gram negativa que invade y coloniza la mucosa gástrica dando como resultado gastritis atrófica, iniciando así la patogénesis de úlceras gástricas y duodenales, carcinomas y linfomas gástricos. Actualmente, el tratamiento oportuno para la erradicación de *H. Pylori* ha demostrado reducir la recurrencia de la enfermedad ulcerosa.

Otras causas desencadenantes de la patología con menos frecuencia son las erosiones gástricas o duodenales, Síndrome de Mallory-Weiss que es un desgarró a nivel de la unión gastroesofágica después de intensos vómitos. Produce aproximadamente entre el 5 y el 15% de los casos de sangrado digestivo. Es característica la historia de náuseas o vómitos precedidos a la hematemesis en un paciente alcohólico. El sangrado es autolimitado en un 90% de los casos. El resangrado es poco frecuente, la esofagitis péptica, las lesiones tumorales benignas y malignas.

Lesiones vasculares como lesión de Dieulafoy arteria anormalmente larga que se diferencia de otros vasos, mantiene su calibre al atravesar la pared gastrointestinal, causa de sangrado grave y continuo que se localiza, principalmente , en la región proximal de la cavidad gástrica.

Angiodisplasia es la anomalía vascular más asociada a la hemorragia digestiva. causante de aproximadamente 2.1- 8% de los sangrados digestivos. La hemorragia es activa en las lesiones vasculares y puede ser controlada oportunamente, diagnosticada por endoscopia existiendo una alta probabilidad de resangrado.

La fístula aortoentérica Se clasifican en primarias que son poco frecuentes y se originan de un aneurisma aórtico y las secundarias las cuales son más frecuentes las cuales se originan, generalmente a partir de prótesis podemos observar fundamentalmente a través de melenas o hematemesis el sangrado digestivo.

3.4 CLASIFICACIÓN

La Hemorragia digestiva alta no variceal se la puede clasificar también según la pérdida sanguínea realizando un cálculo aproximado. Siendo así grave, moderada o leve. Según la clasificación de la American College of Surgeons (1994) las pérdidas sanguíneas son. **Grado I o leve.** Cuando exista una pérdida de sangre menor al 15% (hasta 750 CC.) de la volemia. Sin cambios hemodinámicos o cambios mínimos. Frecuencia cardíaca y la presión sanguínea normal. De no continuar la pérdida estos pacientes se equilibran con la ingesta líquida oral o la administración de 500 ml. de solución salina isotónica.

Grado II o moderada. La pérdida sanguínea se calcula entre el 15 a 30% (750 a 1500 CC.). Con repercusión hemodinámica, aumento de la frecuencia cardíaca (> 100 X minuto), con pulso de amplitud disminuida y la presión arterial por mecanismos compensadores se encuentra dentro de cifras normales. La frecuencia respiratoria se encuentra aumentada entre 20 y 30 por minuto y la diuresis se encuentra algo disminuida (20 a 30 ml/hora). Paciente ansioso y con mareo al pasar a la posición ortostática.

Grado III o grave. Existe una pérdida del 30 a 40% de la volemia (1500 a 2000cc.). El paciente está ansioso mayormente confuso, en decúbito, con palidez de piel y mucosas notable, y existe un aumento de la frecuencia respiratoria (> 30 /minuto). La frecuencia cardíaca también se encuentra aumentada (> 120 X minuto), presión arterial disminuida (Caída de 40 mmHg. o más de su presión normal o menos de 100 mmHg.), pulso de amplitud disminuido. El relleno capilar es lento.

Grado IV o masiva. La pérdida que existe es mayor al 40% de la volemia (> 2000 cc.). El paciente se encuentra totalmente confuso o en coma. Hay palidez de piel y mucosas y cianosis. La frecuencia cardíaca es mayor a 140 por minuto. El relleno capilar de la piel está ausente. La presión arterial se encuentra muy disminuida siendo difícil en muchos casos establecer la diastólica. La oliguria es franca. (Galindo, 2012)

3.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cuadro clínico se lo relaciona con el tipo de sangrado que presenta el paciente que puede ser de forma mínima o de manera intensa. Para un manejo adecuado del paciente debemos siempre tener en cuenta un buen interrogatorio y examen físico lo cual permitirá valorar la causa de la hemorragia y la magnitud del sangrado, considerando los factores riesgo y las causas que podrían haber provocado la patología. Las formas de presentación más habituales del sangrado son hematemesis, melena y/o hematoquezia. El dolor abdominal que presenta el paciente puede orientar al diagnóstico como ocurre en úlceras pépticas, isquemia mesentérica o colónica. En caso de pérdida de sangre por vía anal ver si se trata de una verdadera melena. En una correcta historia clínica debe constar:

-) Valoración de la cantidad de la Hemorragia
-) Forma en la que se presenta y que síntomas se asocian
-) Hábitos tóxicos y/o de fármacos
-) Antecedentes patológicos personales

El examen físico nos permite valorar la cantidad de la hemorragia si existe una pérdida verdadera en el caso de pérdidas a nivel anal y contribuir en datos que contribuyen al diagnóstico de la causa que provoca la patología.

Para un buen examen físico es importante la posición del paciente. En el caso de una hemorragia leve el paciente puede estar de pie, en la moderada podría estar en posición de decúbito pero al pasar a la posición de sentado o de pie, se encontraría un poco mareado, mientras que en las hemorragias graves el decúbito es indispensable. Tomando en cuenta siempre la frecuencia cardíaca y de la respiración, la disminución de la presión arterial, se debe tener una evaluación rápida para comenzar con las medidas de reanimación. La palidez de piel y mucosas y la presencia de cianosis, para valorar la hemorragia. El relleno capilar es inexistente en la hemorragia masiva y lenta que se presentan en formas graves.

Es importante el examen de lo eliminado por hematemesis y melena. Cuando la cantidad de hematemesis es grande valorar la pérdida. Tener presente que cuando es pequeña puede ser debido a que la sangre puede seguir al peristaltismo normal. La

sangre roja brillante generalmente es una hemorragia activa por varices o lesión de un vaso. Si es como borra de café señala que la sangre ha permanecido cierto tiempo y no se trataría de una hemorragia activa. La evacuación intestinal también deben observarse. Si la materia fecal es marrón es improbable que se trate de una hemorragia digestiva grave. La presencia de sangre roja u oscura o de melena indica una hemorragia importante. En caso de hematemesis con sangre, como borra de café, y que no se exterioriza macroscópicamente en materias fecales (puede haber sangre oculta) indica que la hemorragia no es grave. La inspección del ano y el tacto rectal deben formar parte del primer examen, ya que puede mostrar una hemorragia cuando se carece de otros datos y a diagnosticar lesiones sangrantes de la zona. (Rodriguez, 2015)

3.6 DIAGNOSTICO

El paciente debe referir el episodio de hematemesis o melenas en las horas o días antes a su llegada al hospital; muchos presentaran inestabilidad hemodinámica dependiendo de la cuantía de la pérdida de sangre. Los trastornos hemodinámicos producidos por la pérdida de volumen sanguínea deber permitir realizar el diagnostico causal, detener rápidamente hemorragia y tratar oportunamente su causa y prevenir el resangrado u otras complicaciones. Primeramente se debe clasificar, rápidamente y con los elementos clínicos necesarios si la hemorragia es leve, moderada, grave o masiva considerando una de las formas clínicas más fiables de valorarla es realizando un lavado- aspirado nasogástrico. Considerando que las dos últimas requieren de una reposición rápida de la volemia con soluciones con cristaloides mientras se solicita grupo sanguíneo para reponer la perdida por medio de transfusiones. Los pacientes con hemorragia grave o masiva deben trasladados a unidades de cuidados intensivos. Para su mejor diagnóstico y tratamiento conveniente el control de la diuresis, de la presión venosa central, monitoreo de la función cardiaca y respiratoria, se deben realizar análisis de laboratorio que incluyan hematocrito, recuento de glóbulos, plaquetas, hemoglobina y pruebas de la coagulación. Se debe tener en cuenta que existe la posibilidad de requerir de cirugía. Corregir el estado hemodinámico, dentro de valores compatibles con la vida, es prioritario al diagnóstico. Existen también casos severos, que se producen con menos frecuencia por el avance que existe últimamente en la endoscopia, en estas hemorragias masivas los pacientes deben ser perfundidos por varias vías y ser tratados con mayor

urgencia por el cirujano según su diagnóstico oportuno. El diagnóstico de la lesión se hace en base a los antecedentes clínicos y los estudios por imágenes.

-Laboratorio: Son importantes el hemograma incluyendo el hematocrito y determinación de hemoglobina, plaquetas y pruebas de coagulación (Tiempo de coagulación, sangría, protrombina, recuento de plaquetas y otras según los antecedentes). Evaluando la hemorragia y el tratamiento, sin dejar de lado el criterio clínico.

-Hematocrito: Si la hemorragia es reciente habrá una disminución de la volemia pero el hematocrito se modificara mínimamente, cuando existe intercambio de líquidos del medio intersticial se observa la disminución en relación con la sangre perdida. Esto se evidencia 24 a 72 horas después. El control del hematocrito es útil para la valoración y el seguimiento y repuesta al tratamiento.

-Hemoglobina: Su descenso se relaciona con la anemia su utilidad y determinación es para conocer la evolución y tratamiento de la hemorragia. Se recomienda transfusiones con hemoglobina si es inferior a 7 g/dl. La indicación para una transfusión de sangre será el resultado de la valoración clínica.

-Grupo sanguíneo AB0 y Factor Rh: Necesario en caso de administrarse sangre o glóbulos rojos.

-Nitrógeno ureico. El pasaje de sangre al intestino, por la acción de las bacterias, da lugar a la producción de urea que al ser absorbida aumentado los niveles en sangre. Este aumento no se correlaciona con la creatinina sérica¹².

-Ionograma: Necesario por los cambios que pueda haber (por vómitos, diarreas, etc.) y efectuar las correcciones necesarias. Pruebas de función hepática y de coagulación. Especialmente en pacientes con antecedentes de hepatopatías y o hipertensión portal. (Jaime Solano Mariño, 2012)

3.7 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO

Después de la estabilización de un paciente y su diagnóstico clínico, la endoscopia en casos de hemorragia digestiva alta es una técnica sensible, fácil y actualmente imprescindible la cual permita determinar la causa y el origen del sangrado digestivo en la mayoría de pacientes (90-95 %) por su capacidad:

-) Diagnóstica: identifica y localiza el lugar de la lesión sangrante
-) Pronóstica: permite conocer el riesgo de resangrado
-) Terapéutica: actúa sobre las lesiones de sangrado activo y de riesgo de resangrado, realizando hemostasia en la lesión

Considerándose desde 1981 se como método de tratamiento para determinadas lesiones, por superar el tratamiento farmacológico. La exploración endoscópica se utiliza como procedimiento de elección para valorar signos de sangrado y dar un adecuado pronóstico sobre la continuidad o recidiva, identificando si los pacientes requieren la terapia endoscópica de urgencia, para lo cual es de gran ayuda la clasificación de Forrest, en caso de úlcera sangrante, atendiendo al tipo de lesión se clasifica en:

-) Tipo Ia: hemorragia a chorro, arterial.
-) Tipo Ib: hemorragia en sábana, venosa.
-) Tipo IIa: lesión con vaso visible.
-) Tipo IIb: lesión con coágulo.
-) Tipo IIc: lesión con base negra.
-) Tipo III: úlcera sin signos de sangrado.

La endoscopia además permite la toma de muestras biopsias de las úlceras gástricas que descartan cualquier tipo de malignidad, así como la determinación de la presencia de *Helicobacter pylori* mediante una prueba de ureasa o histología. En las primeras 12-24 h, de forma rápida, se debe realizar una endoscopia digestiva alta en todo paciente con hemorragia, a no ser que existan contraindicaciones, ya que se consigue una mayor eficacia diagnóstica, además de permitir detectar lesiones de bajo riesgo en pacientes

que pueden ser dados de alta de forma precoz, y en aquellos pacientes con lesiones de alto riesgo sugiere aplicar una terapia hemostática, lo que ayuda a determinar estancia hospitalaria adecuada para cada caso, requerimientos transfusionales correctos, disminuye también la incidencia de resangrado y cirugía, y mejora el pronóstico.

La endoscopia requiere monitorizar al paciente y disponer del material que sea necesario para la terapia hemostática. En los pacientes con sangrado activo o inestabilidad hemodinámica, se debe realizar rápidamente la estabilización y transfusión sanguínea, antes del ingreso en una sala de cuidados intensivos. Si el paciente presenta una hemorragia masiva y shock hemorrágico, se debe valorar si necesita de cirugía urgente con una endoscopia preoperatoria en el quirófano. Si hay sospecha de una perforación u obstrucción intestinal, se debe acompañar el diagnóstico con radiografías de tórax, abdomen para descartar estas afecciones antes de empezar la exploración endoscópica.

La correcta descripción del informe es importante, describiendo el tipo, tamaño y localización de las lesiones, la presencia de signos de hemorragia activa, reciente o inactiva según la clasificación de Forrest, ya que el resangrado constituye el factor de riesgo y pronóstico más importante y determinante para saber qué pacientes deben recibir tratamiento endoscópico. La presencia de sangrado activo en chorro o en sábana o signos de sangrado reciente con la presencia de vaso visible representan alta incidencia de resangrado y una indicación de tratamiento endoscópico, y en caso de una úlcera con base limpia no necesitara tratamiento endoscópico. En conclusión la endoscopia debe realizarse a todos los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en los que se haya confirmado por presencia de hematemesis, melena o ambas, o salida de sangre por la sonda nasogástrica. Es importante valorar la realización de una endoscopia urgente en pacientes con síndrome de deprivación alcohólica o enfermedades asociadas graves, tales como insuficiencias respiratoria, cardíaca o de miocardio recientes. (Zenen Rodríguez Fernández, Rev Cubana Cir v.49 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2012)

3.7.1 INDICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Dado a que la prueba posee una escasa morbi-mortalidad todo paciente con Sangrado digestivo alto es candidato a la exploración. Tomando en cuenta que riesgo que conlleva además de:

-) Paciente que hayan sufrido de infarto agudo de miocardio en los últimos 6 meses
-) Insuficiencia respiratoria grave
-) Cirugías recientes

3.7.2 CONTRAINDICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Se considera diagnostico absoluto para la exploración:

-) Shock hemodinámico, se considera un estado reversible una vez el paciente este estabilizado se podrá realizar la exploración
-) Sospecha de perforación

Se considera además una contraindicación parcial en pacientes que posean una patología terminal, en la cual el procedimiento no mejorara su diagnostico

3.7.3 COMPLICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento seguro; las complicaciones son poco frecuentes, menos de 1/1.000 en los procedimientos diagnósticos, pudiendo llegar a alcanzar el 1% en casos de realización de técnicas terapéuticas. La mortalidad relacionada con estos procedimientos es muy baja, situándose aproximadamente entorno al 0.004% aumentando con la edad y comorbilidades del paciente.

La preparación para la endoscopia digestiva alta es mínima, los pacientes únicamente deben encontrarse en ayunas durante las 6-8 horas previas al procedimiento.

La principal preocupación corresponde al grupo de pacientes diabéticos. Se recomienda posponer la dosis de sulfonilureas, así como, de las insulinas de acción rápida el día del procedimiento. En cuanto a las insulinas de acción lenta-intermedia, para evitar elevaciones importantes de glucemia, es recomendable reducir la dosis habitual, quizás a la mitad de la dosis en la mañana del procedimiento. La exploración es molesta para el paciente por el contacto del endoscopio con la pared de la hipofaringe aunque no es dolorosa produce nauseas, pero tenemos que tener en cuenta que la duración de la

exploración es muy breve (unos minutos) y la información que proporciona muy valiosa. Es muy importante para minimizar los efectos una buena relajación del paciente en la que debe colaborar el explorador y el personal auxiliar antes y durante el procedimiento.

Dentro de las complicaciones relevantes existentes en la realización de la endoscopia digestiva alta destacamos:

- Derivadas de la sedación y anestésicos tópicos
- Complicaciones cardiovasculares
- Infecciones
- Perforaciones
- Aspiración
- Hemorragia
- Incarceración del endoscopio

3.8 ARTERIOGRAFÍA

Su indicación se halla limitada a aquellos pacientes que presentan una hemorragia persistente y no ha podido localizarse su origen por endoscopia alta, y que, por su gravedad, resulta necesario llegar a un diagnóstico de la lesión. Además de su valor diagnóstico, también puede tener una utilidad terapéutica, actuando sobre la lesión sangrante; para ello se debe practicar primero una arteriografía selectiva y una vez localizado el vaso sangrante se procede a la embolización de éste mediante esponja de gelatina. Una indicación clara de esta técnica es el caso de sangre en el árbol biliar, aparecida como complicación de una biopsia hepática. Para que esta técnica sea rentable, desde un punto de vista diagnóstico, es condición imprescindible que al inyectar el contraste se esté produciendo una extravasación sanguínea activa en una cantidad mínima de 0,5 ml/min.

3.9 GAMMAGRAFÍA

Marcada con tecnecio En esta exploración la acumulación del radioisótopo en el lugar de la hemorragia puede ser detectada por el contador gamma. Se utilizará en aquellos casos de HD de origen no aclarado. Puede detectar el punto sangrante si la velocidad es mayor a 0.05 ml/min. Si se usan eritrocitos marcados con tecnecio, pueden obtenerse imágenes retrasadas (hasta 24 horas) que puede indicar la localización de un sangrado intermitente o extremadamente lento. (Paredes, 2011)

3.10 TRATAMIENTO

El tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta va encaminado a alcanzar 2 objetivos:

- Reponer la volemia.
- Detectar el sitio de sangramiento con la finalidad de suprimir aquello que lo ha causado.

Al ingreso tiene prioridad el tratamiento del shock, si este está presente, a continuación la realización del diagnóstico etiológico del sangramiento y llevar a cabo el tratamiento consecuente de la causa, pudiendo ser el este médico o quirúrgico.

3.10.1 MANEJO INICIAL

Ante la sospecha de hemorragia digestiva hay que valorar y estabilizar hemodinámicamente al paciente. En lo posterior se localizara el origen del sangrado y se aplicara el tratamiento adecuado. Se realizara los siguientes estándares para la estabilización del paciente en la emergencia:

- Oxígeno por vía nasal, especialmente en pacientes de edad d avanzada o con alteraciones cardiorrespiratorias.
- Reposición de la volemia Algunas determinantes importantes en la reanimación del paciente son un acceso intravenoso adecuado, una valoración precisa de la pérdida hemática y una perfusión correcta de líquidos y productos sanguíneos. Se deben canalizar dos vías periféricas de grueso calibre en todos aquellos pacientes con Hemorragia Digestiva Alta moderada o severa. La vía periférica es de elección para la transfusión de hemoderivados y expansores del plasma. La vía venosa central no ofrece ventajas e induce a retrasar la perfusión de volumen, por lo que quedará restringida a aquellos pacientes con cardiopatía, nefropatía o con shock hipovolémico en los que se precisa la medición de la presión venosa central. La reposición de la volemia se realiza con soluciones isotónicas tales como suero salino 0.9% o lactato de Ringer

Los expansores plasmáticos tan solo se emplearan en caso de HDA masiva. Las plaquetas y el plasma fresco están indicados solo si existen trastornos severos de la coagulación. La cantidad de líquidos debe ser proporcional a la pérdida, que cuantificaremos, mediante las cifras de Tensión Arterial Sistémica y Frecuencia

Cardiaca, debe tenerse en cuenta la hipotensión basal del paciente y que la elevación de la Tensión Arterial se correlaciona directamente con el incremento de la presión portal. Por esto es suficiente marcarse como objetivo una Tensión Arterial Sistémica de 100-110 mm Hg.

- Colocación de sonda nasogástrica para lavado gástrico con agua o solución salina a temperatura ambiente; determina si la hemorragia continúa, pero no tiene efectos hemostáticos. También sirve para limpiar el tracto gastrointestinal superior en preparación para la endoscopia.

Puede ser de gran utilidad para la confirmación o no del origen alto de una hemorragia. Tras introducir la sonda lubricada y comprobar su correcta posición procederemos a realizar varios lavados con solución salina. Es mejor realizar los lavados manualmente con jeringa, ya que la sonda se obstruye frecuentemente con restos alimenticios o coágulos. Conviene además pinzar la sonda entre los lavados e ir anotando las características del aspirado. Un aspirado hemático confirma un origen alto de la hemorragia. Un aspirado claro, no bilioso se puede observar hasta en un 15% de 10 pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, generalmente de causa duodenal. Un aspirado bilioso descarta casi con toda seguridad un sangrado activo o reciente con origen por encima del ángulo de Treitz. Otra causa de aspirado no hemático es la posibilidad de una SNG mal colocada. La SNG debe retirarse tan pronto como sea posible evitando malestar al paciente y lesiones iatrogénicas en la mucosa esofágica secundarias a la sonda.

- Transfusión de hemoderivados Debe realizarse tan rápido como sea posible ante una hemorragia masiva o persistente. Es conveniente realizar la transfusión tras la realización de pruebas cruzadas. En aquellos pacientes sin sangrado activo y con un hematocrito superior al 25% se transfundirá en función de la tolerancia de la anemia por el enfermo. Es importante no trasfundir la sangre en una vía por la que entre suero glucosado ya que la glucosa favorece la lisis de los hematíes. Se empleará plasma fresco congelado ante defectos graves de la coagulación o en pacientes politransfundidos así como plaquetas ante trombocitopenias inferiores a 50000 plaquetas/ mm³

- Valoración del estado circulatorio y respiratorio: el descenso de 10 mmHg en la presión arterial sistólica o el incremento en 10 latidos por minuto en la frecuencia cardiaca indican una pérdida de 1.000-1.500 mL de sangre (20-30% del volumen sanguíneo). Si hay hipotensión o taquicardia en reposo y en decúbito (FC >PA sistólica), no conviene ejecutar maniobras ortostáticas. En este caso se puede asumir una pérdida de 1.500-2.000 mL de sangre (30%-40% del volumen sanguíneo). Se deben registrar signos de vasoconstricción periférica como palidez y sudoración, asegurar un adecuado volumen urinario horario (1 mL/ kg/min), vigilar el estado mental. La vía respiratoria debe permanecer permeable, para lo cual es conveniente aspirar secreciones y sangre.

- Indicar nada por vía oral (Elena García Ruiz, 2013)

3.10.2 MEDIDAS HEMOSTÁTICAS ESPECÍFICAS HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN NO VARICEAL

Además de los métodos endoscópicos terapéuticos y quirúrgicos que se utilizan en la Hemorragia Digestiva alta , Se debe administrar tratamiento específico preendoscopico sobre la lesión sangrante encaminado a cohibir la hemorragia activa y a evitar la recidiva, consiguiendo esto con:

- Administración de Somatostatina: la administración de Somatostatina en la Hemorragia Digestiva Alta de origen no variceal, o de su derivado el octreotido, es útil como tratamiento adyuvante antes de la endoscopia o cuando la endoscopia es imposible, está contraindicada o no disponible. La Somatostatina se utiliza a dosis inicial de 250 µg en bolo intravenoso, seguido de perfusión continua de 250 µg/hora durante 2-5 días. El octeotride se inicia 50 µg en bolo intravenoso, seguido de 25 µg/hora, durante 2-3 días. Son necesarios más estudios que confirmen la eficacia de estos fármacos en este tipo de Hemorragia Digestiva Alta (Pérez, 2012)

- Uso de los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) vía endovenosa (omeprazol, pantoprazol, esomeprazol.) Su administración endovenosa antes de la gastroscopia disminuye el sangrado activo, la necesidad de tratamiento endoscópico y la estancia media del No obstante su administración no debe retrasar la gastroscopia, Es especialmente importante administrar el IBP endovenoso si se prevé que la endoscopia

no se realizará de manera inmediata, La dosis inicial no está clara, dada la falta de estudios aleatorizado, en cuanto la dosis recomendada es un bolo de 80 mg de IBP endovenoso, la administración de un bolo de 80 mg IBP endovenoso debe seguirse de perfusión de 8 mg/h disuelto en solución salina . Debe cambiarse la perfusión cada 12 horas debido a la baja estabilidad de la molécula en solución. (Gallach, 2013)

- Uso de Procinéticos (metoclopramida/eritromicina vía endovenosa): No deben indicarse de forma sistemática antes de la gastroscopia, La eritromicina endovenosa podría ser útil en pacientes seleccionados como aquéllos con hemorragia masiva y aspirado hemático, para aumentar el rendimiento diagnóstico de la gastroscopia urgente. La indicación más clara es previamente a una segunda endoscopia en pacientes en los que la sangre en el estómago impidió la adecuada visualización de la lesión sangrante

3.10.3 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

La endoscopia permite por una parte estratificar el riesgo de la hemorragia desde el punto de vista endoscópico y por otra realizar un tratamiento de la lesión sangrante, con lo que se reduce el riesgo de recidiva, la necesidad de cirugía y la mortalidad

La definición de endoscopia digestiva precoz varía tanto que comprende desde 2 hasta 24 horas después de presentarse el paciente con ese sangrado en el departamento de emergencia.

Cuando se confirma que una úlcera péptica es la causa del sangrado, se impone establecer la existencia de signos de hemorragia en curso o no; de hecho, la apariencia de la lesión cuando se observa a través del endoscopio por primera vez, tiene valor pronóstico. Hallazgos particulares o señales de hemorragia reciente predicen la ocurrencia de resangrado en el transcurso de las 24 horas subsiguientes.

Entre las muchas clasificaciones propuestas para tales fines, la más comúnmente utilizada, aceptada internacionalmente y citada tanto en series individuales como en artículos y otros materiales de consulta, sobresale la de Forrest, correspondiente a los hallazgos endoscópicos al realizar el procedimiento

- Forrest I: presencia de sangrado activo; Ia: sangrado en chorro; Ib: sangrado en sábana
- Forrest II: estigmas recientes o sangrado reciente; IIa: coágulo centinela (adherido); IIb: vaso visible no sangrante; IIc: signos indirectos: manchas planas, rojas o negruzcas, sobre el fondo ulceroso.
- Forrest III: ausencia de signos hemorrágicos sobre la lesión. No evidencias de sangrado. (Dr. Lucas García Orozco, Algunas especificidades sobre la mortalidad asociada a la hemorragia por enfermedad ulcerosa péptica gastroduodenal, 2015)

Para realizar la endoscopia, el paciente debe encontrarse estable desde el punto de vista hemodinámico. La endoscopia es una intervención que produce hipoxemia y vómito, aún más si se realiza bajo sedación. Por ello, ante el riesgo de broncoaspiración, se debe trasladar el paciente a la unidad de cuidado intensivo o a salas de cirugía para realizar el procedimiento con la asistencia de un anestesiólogo, quien debe tomar las precauciones pertinentes, asumiendo que el estómago puede estar pleno de sangre o de alimentos. Los métodos para detener la hemorragia ulcerosa activa se pueden clasificar en tres grupos:

- a. Terapia de inyección.
- b. Métodos térmicos.
- c. Hemoclips.

3.10.4 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía está indicada en aquellos casos en los que no se consigue restablecer el equilibrio hemodinámico del paciente, debido a la intensidad de la hemorragia y a la imposibilidad de detenerla endoscópicamente, y especialmente en pacientes ancianos con enfermedades asociadas. Es importante definir el mejor momento para la intervención quirúrgica valorando integralmente al enfermo. El riesgo quirúrgico y la mortalidad operatoria están en relación con la edad del paciente, el número de transfusiones recibidas y las enfermedades asociadas.

3.10.4.1 INDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

- Si el sangrado es masivo.
- Si después de transfundir 1500 - 2000 mL de sangre en un período de 2 - 24 horas, no se establece la PA = 100mmHg, Hto. 0,28 F/V, Hb 8 g/l.
- Si la hemorragia va asociada a perforación. • Si la cantidad de sangre del grupo del paciente disponible en el banco de sangre es escasa.
- Si a pesar de ceder inicialmente reaparece estando el paciente recibiendo un tratamiento adecuado.
- Paciente en shock En resumen, se deben tener presentes estos principios básicos y guiarse por los siguientes pasos: • Reanimación y estabilización hemodinámica rápida.
- Determinación del comienzo y magnitud de la hemorragia.
- Localización del sitio de la hemorragia.
- Determinación de la causa más probable.
- Preparación para la endoscopia digestiva alta.
- Endoscopia diagnóstica y terapéutica.
- Radiología diagnóstica y terapéutica.
- Tratamiento del resangrado.

3.11 COMPLICACIONES Y VALORACIÓN PRONOSTICA

Los sistemas que existen para la evaluación del riesgo antes de la endoscopia se basan en parámetros clínicos y de laboratorio, y se usan a la llegada del enfermo al hospital. Ahí radica precisamente su mayor ventaja, ya que permiten una primera evaluación rápida sobre la decisión que puede tomarse acerca del momento y el lugar del ingreso, necesidad de endoscopia y otras medidas. Antes y después de la endoscopia se debe realizar una valoración pronóstica. Como instrumento de soporte para la estratificación se recomienda el uso de escalas pronósticas. Las más conocidas en la actualidad son las

de Rockall y la de Blatchford. La escala de Blatchford utiliza datos clínicos y de laboratorio, mientras que la escala de Rockall incluye también variables endoscópicas. Una puntuación de cero en la escala de Blatchford permite identificar un pequeño subgrupo de pacientes de muy bajo riesgo que podrían ser dados de alta incluso sin necesidad de realizar gastroscopia urgente. Tras la endoscopia los pacientes de bajo riesgo de recidiva pueden ser dados de alta inmediatamente si cumplen los criterios adecuados. El alta hospitalaria temprana en estos pacientes reduce significativamente los costes y no aumenta las complicaciones ni la mortalidad. Los criterios para el alta precoz son: úlcera de base limpia o mancha de hematina, estabilidad hemodinámica, ausencia de enfermedades graves, fácil acceso al hospital y adecuado apoyo familiar en el domicilio del paciente. Por otro lado, es necesario ingresar a los pacientes de mayor gravedad que son fundamentalmente aquellos con estigmas endoscópicos de alto riesgo que han requerido tratamiento endoscópico. Dado que la mayor parte de recidivas acontecen durante este período, se recomienda un ingreso mínimo de 72 h. Debe valorarse el ingreso de los pacientes con hemorragias más graves en unidades de cuidados intensivos o unidades de sangrantes, en especial si presentan inestabilidad hemodinámica y/o hemorragia activa persistentes. Los factores que permiten identificar a los pacientes de alto riesgo de recidiva y mortalidad tras el tratamiento endoscópico son: a) clínicos: edad avanzada, comorbilidad grave y shock hipovolémico, y b) endoscópicos: causa del sangrado (la úlcera péptica presenta un peor pronóstico que las erosiones gastroduodenales o el síndrome de Mallory-Weiss), úlceras de tamaño superior a 2 cm, hemorragia activa en el momento de la endoscopia, especialmente hemorragia pulsátil y la localización en la cara posterior de bulbo o porción alta de la curvatura menor gástrica. (Notari, 2014)

3.11.1 ESCALA DE ROCKALL

Es el sistema de más amplio uso en el mundo, fue desarrollado en Inglaterra por la Auditoría Nacional de la Hemorragia Gastrointestinal Aguda. Se publicó en 1996 y ha sido validado ampliamente. De todos los índices numéricos pronósticos es el más conocido y utilizado.

Se emplea en la predicción del resangrado y la mortalidad en pacientes con HDA, que se pueden clasificar en grupos de riesgo, tanto clínico como endoscópico. Permite tener

un manejo más certero en estos casos, y justificar el seguimiento extrahospitalario en pacientes seleccionados, lo que ayuda a disminuir los gastos asociados a la hospitalización.

El índice se confeccionó a partir de los resultados de un estudio prospectivo con 4 200 pacientes, ingresados por hemorragia digestiva alta y se validó por los mismos autores en una serie de 1 600 pacientes, en los que se observó una buena correlación con la recidiva de la hemorragia y la mortalidad.

Presenta las siguientes variables clínicas: edad, situación hemodinámica, enfermedades asociadas, lesión responsable de la hemorragia y signos de hemorragia reciente. La puntuación final o índice de Rockall se obtiene de la suma de la puntuación otorgada a cada variable; su valor oscila entre 0 y 12. De acuerdo con la puntuación obtenida, se pueden clasificar los pacientes en tres grupos de riesgo:

-) Riesgo bajo: puntuación 2.
-) Riesgo intermedio: puntuación de 3-5.
-) Riesgo alto: puntuación de 6-12.

La ventaja principal de este índice es que permite diferenciar claramente a dos grupos de pacientes: unos de riesgo muy bajo, que presentan una incidencia de recidiva inferior al 5 % y una mortalidad del 0,1 %, para los cuales se sugiere el alta precoz y tratamiento ambulatorio; y por otro lado los de riesgo alto, que presentan una recidiva superior al 25 % y una mortalidad del 17 %, para los que se debe adecuar la asistencia para evitar complicaciones, pero siempre si se tiene en cuenta el inconveniente de que la escala se creó en una época en la que no se utilizaba de forma habitual la terapia endoscópica.

Para evitar infravalorar el riesgo de pacientes con hemorragia grave, fundamentalmente aquellos con lesiones de tipo vascular difíciles de diagnosticar por endoscopia, se tendrá en cuenta que pasarán de riesgo bajo a intermedio aquellos casos en los que la endoscopia no identifica ninguna lesión, pero se observa sangre fresca en el estómago, el hematocrito es < 30 % o han presentado hipotensión (PA sistólica < 100 mmHg).

Se recomienda la utilización del índice de Rockall para estimar el riesgo de los pacientes al ingreso, debido a su facilidad de aplicación en la práctica diaria y a la buena correlación que ha demostrado en numerosos estudios con la recidiva hemorrágica y la mortalidad.

3.11.2 ESCALA DE BLATCHFORD

La escala de Glasgow-Blatchford se desarrolló en el año 2000 a partir de un estudio con 1 748 casos, para identificar aquellos pacientes que necesitan algún tipo de intervención o tienen riesgo de fallecer debido a la hemorragia. No incluye parámetros endoscópicos. También puede calcularse desde el momento de llegada del paciente. Utiliza una combinación de criterios clínicos y de laboratorio; ha sido ampliamente validada.

A diferencia de la escala anterior, no tiene en cuenta la edad del paciente, pero predice la necesidad de intervención o tratamiento con la utilización de los valores de la urea sérica. Con este sistema se considera que riesgo bajo para los sucesos adversos, resangrado y mortalidad, son aquellos con puntuación de cero. Por encima de este valor el riesgo es alto. Al no utilizar parámetros endoscópicos, resulta útil para aplicar en un nivel de atención primaria

3.12 HIPÓTESIS

3.12.1 Hipótesis alterna (H₁)

Los factores de riesgo asociados inciden en la presencia de complicaciones en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Hospital Abel Gilbert Pontón el año 2014-2015.

3.13 VARIABLES

3.13.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Complicaciones de la Hemorragia Digestiva Alta No Variceal.

3.13.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Factores de riesgo.

2.13.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
V. Independiente	Factor secundario que dificulta la recuperación inmediata y total del desarrollando otras patologías	Resangrado	Síntomas, Exámenes Complementarios: Radiografías, TAC tórax	H. Clínica
Complicaciones en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta no variceal		Shock Hipovolémico	Síntomas, Exámenes Complementarios: Radiografías, TAC tórax	H. Clínica
		Pronostico	Vive Muere	H. Clínica
V. Dependiente	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo, que aumente su probabilidad de desarrollar una evolución desfavorable de una enfermedad	Sexo	Masculino-Femenino	H. Clínica
Factores de riesgo en la Hemorragia Digestiva Alta no variceal		Edad	40-49 50-59 60-70	H. Clínica
		Alcohol	Consume alcohol No consume alcohol	H. Clínica
		Aines	Consume Aines No consume Aines	H. Clínica
		Antecedentes Patológicos	Presencia de Ulceras Helicobacter Pylori Diabetes mellitus	H. Clínica

CAPÍTULO III

4 MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 METODOLOGÍA

- a) **Enfoque:** Cuantitativa.
- b) **Diseño de investigación:** No experimentales.
- c) **Tipo de investigación:** Corte transversal, ya que se realizará en un momento determinado del tiempo, haciendo una sola recolección de datos.
- d) **Métodos de Investigación Teórico:** Analítico, por que identificará los factores de riesgo para la enfermedad, realizará pruebas de hipótesis etiológicas, buscará la relación causa-efecto y sugerirá los mecanismos de causalidad. Pretende averiguar la veracidad de una hipótesis ya que intenta establecer las causas o los factores de riesgo de la Hemorragia Digestiva Alta no variceal.
- e) **Métodos de Investigación Empírico:** Observacional, porque es un estudio epidemiológico donde no hay intervención por parte del investigador.
- f) **Según la planificación de la toma de los datos:** Retrospectivo, porque los datos son recogidos directamente de las historias clínicas de eventos que ya se registraron.

4.2 MATERIALES

4.2.1 RECURSOS HUMANOS

-) Investigador
-) Tutor
-) Revisor

4.2.2 RECURSOS MATERIALES

-) Laptop.
-) Libros de Medicina Interna
-) Libros de Medicina Intensiva.
-) Revistas de Medicina.
-) Cuaderno.
-) Papel.
-) Esferos.

4.3 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará la observación indirecta para la captación de la información ajustada a las variables del estudio y a los objetivos específicos, se diseñará un formulario de recolección de datos diseñada, posteriormente la información será ingresa en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 para su procesamiento. Se empleará recursos materiales bibliográficos, estadísticos y metodológicos necesarios para el desarrollo y ejecución del mismo. No se tendrá en cuenta datos de identificación personal como nombre y documento de identidad, solo se registrará el número de historia clínica.

4.4 ANÁLISIS DE DATOS

Se creará una base de datos consolidada en Excel 2010 y en el programa informático IBM SPSS Statistics 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences). La presentación de los resultados se realizará en forma de cuadros simples, de doble entrada y gráficos, donde la información se representará en forma de frecuencias y porcentajes, que servirán para la interpretación de los resultados, elaboración de conclusiones y recomendaciones. Se empleará estadística descriptiva y no paramétrica para el análisis de datos, utilizando un nivel de significancia del 95% y un p-valor inferior a 0.05 como significativo. Las pruebas estadísticas a utilizar serán:

- Chi cuadrado para describir la relación entre variables cualitativas.
- Riesgo relativo o Razón de prevalencia para establecer los factores de riesgo y protectores de la enfermedad con sus respectivos niveles de confianza.

4.5 POBLACIÓN QUE SE ESTUDIARÁ, MUESTRA

4.5.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La investigación se realiza en la ciudad de Guayaquil, ubicada en la región litoral del Ecuador a 600 metros sobre el nivel del mar. Se caracteriza por ser una de las regiones con mayor densidad pobladas del Ecuador. La ciudad se mantiene una temperatura aproximada entre los 25-28°C. En el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón perteneciente a la Zonal 8 de Salud; ubicado al sur de la ciudad, en las calles S/N y Oriente. Es una unidad operativa de especialidades de hospitalización de primer nivel, brinda servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización, en las especializaciones de medicina interna, cirugía y ginecología.

4.5.2 UNIVERSO

Estará conformado por todos los pacientes que acuden a emergencia del Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo del 1 de enero del 2014 hasta el 30 de abril del 2015.

4.5.3 MUESTRA

La muestra estará constituida por las historias clínicas de pacientes que presentaron Hemorragia Digestiva alta no variceal en el servicio de Emergencia del Hospital especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación. El tamaño de la muestra va ser determinado por la fórmula universal aplicada al universo. La Formula a utilizar es la siguiente:

$$M= P /E^2 (P-1) + 1$$

Simbología:

n= Tamaño de la muestra

E= Error admisible

P= Tamaño de la población

4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los pacientes que presentaron Hemorragia Digestiva Alta ingresados en el área de Emergencia y Hospitalización del Hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

4.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán aquellos pacientes cuyas historias clínicas estén incompletas, mal llenadas y que no presente datos fidedignos para tomarlos como fuente de información.

4.7 VIABILIDAD

Este trabajo de titulación es un estudio viable porque el Hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón”. Cuenta con el área de emergencia de Medicina Interna donde son atendidos los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva alta no variceal. Del mismo modo, el Hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón”. Cuenta con el personal de salud (Especialistas, residentes, enfermeras e internos), equipos, tratamientos y materiales necesarios para dicha investigación y actualmente me encuentro laborando en calidad de Interna de medicina. Además el hospital cuenta con el servicio de Gastroenterología que permitirá el diagnóstico adecuado de la patología.

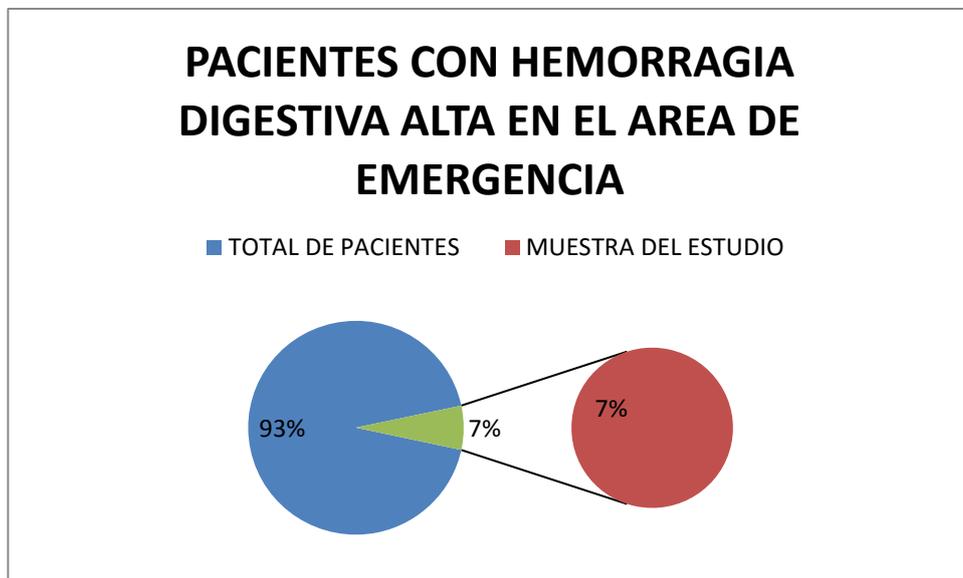
CAPITULO IV

5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TOTAL DE PACIENTES	1400
MUESTRA DEL ESTUDIO	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”
Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 1. PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL AREA DE EMERGENCIA.



Gráficos # 1. PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL AREA DE EMERGENCIA.

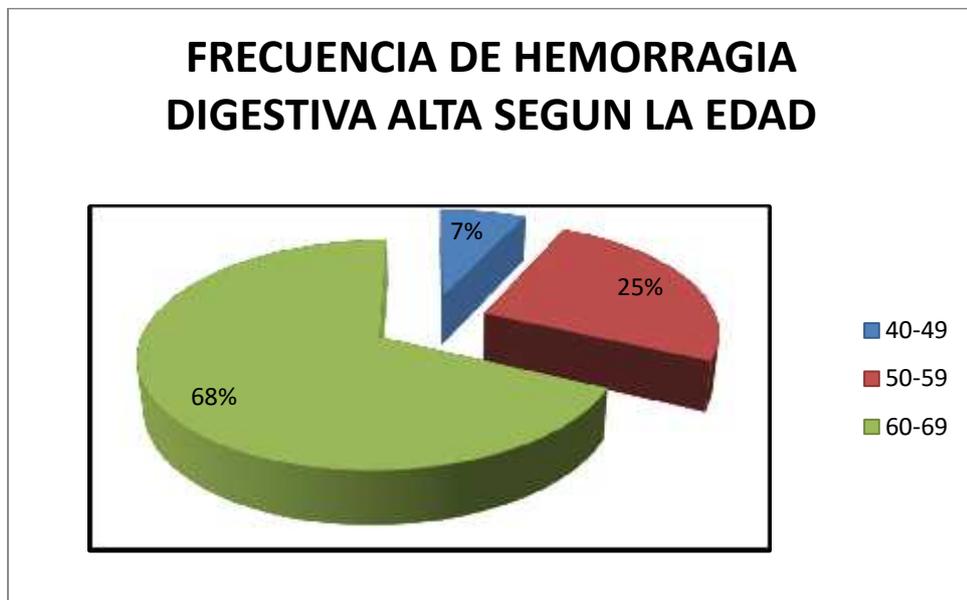
En el área de emergencia del Hospital Abel Gilbert Pontón en el año 2014- 2015 acudieron aproximadamente 1400 pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva alta de los cuales se tomó una muestra de estudios de 100 pacientes que solo cumplían con las características de hemorragia digestiva alta no variceal lo cual equivale al 7 % de la población que acudió al servicio de emergencia.

40-49	7	7%
50-59	25	25%
60-69	68	68%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”

Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 2. FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGUN LA EDAD.



Gráficos # 2. FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGUN LA EDAD.

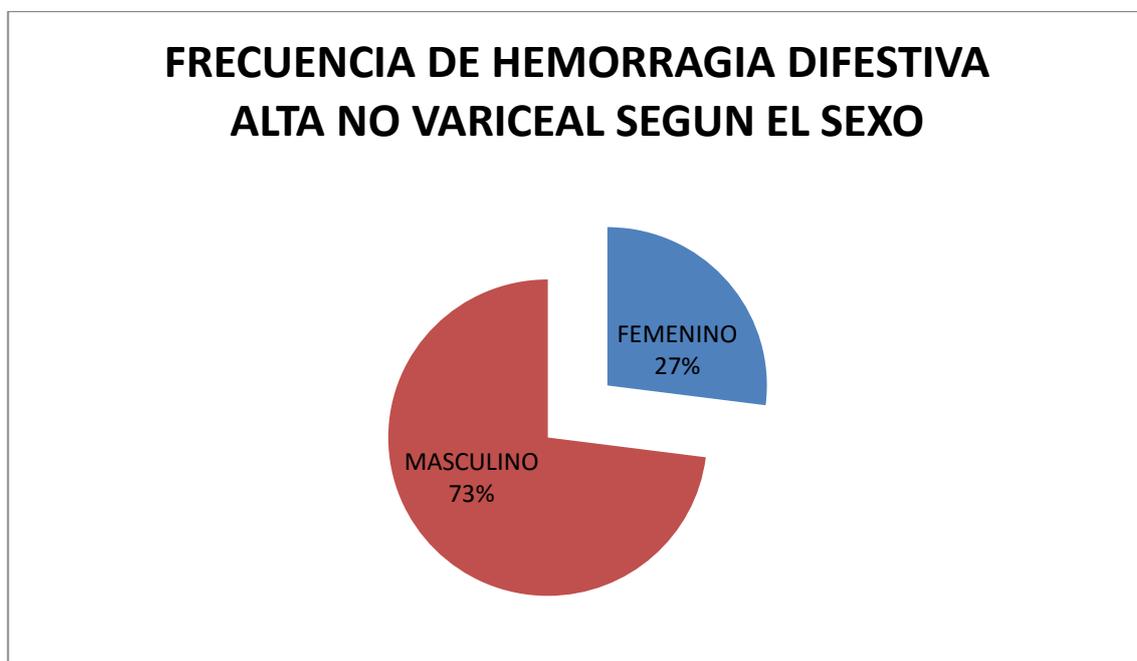
Del número de casos estudiados de Hemorragia Digestiva alta no Variceal se analiza que un 68% de pacientes que presentan esta patología tienen un rango de edad entre 60 - 69 años; el 25% se encuentra entre una edad de 50 – 59 años y el 7% se encuentra en una edad entre 40 – 49 años de edad. Concluyendo que esta patología tiene mayor predisposición en pacientes de 60 – 69 años de edad.

FEMENINO	27
MASCULINO	73

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”

Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 3. FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIFESTIVA ALTA NO VARICEAL SEGUN EL SEXO.



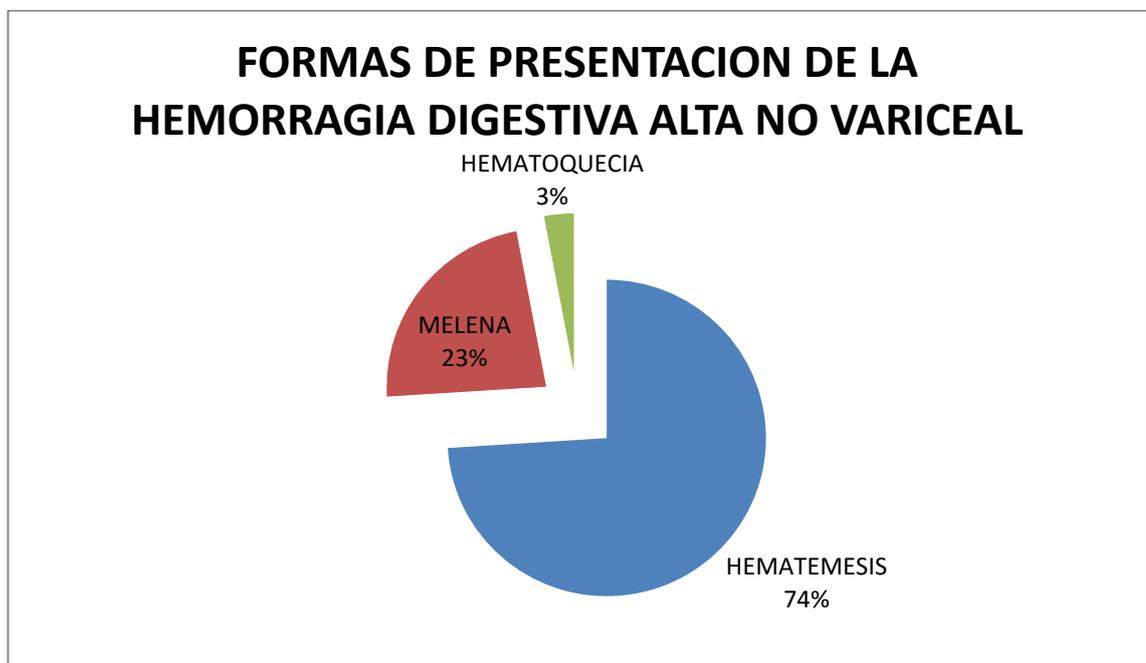
Gráficos # 3. FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIFESTIVA ALTA NO VARICEAL SEGUN EL SEXO.

La hemorragia digestiva alta no variceal tiene un porcentaje del 73% en pacientes de sexo masculino y un 27% en pacientes de sexo femeninos se concluye que esta patología tiene mayor prevalencia en pacientes de sexo masculino en el Hospital Abel Gilbert Pontón.

HEMATEMESIS	74
MELENA	23
HEMATOQUECIA	3

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”
Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 4. FORMAS DE PRESENTACION DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.



Gráficos # 4. FORMAS DE PRESENTACION DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.

La forma de presentación más frecuente de Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en el Hospital Abel Gilbert Ponton fue la Hematemesis según el estudio fue de un 74%, la otra forma de presentación es del 23%, y la hematoquecia obtiene un 3% de los casos

FACTORES DE RIESGO	SI	NO
ALCOHOL	56	44

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”
 Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 5. CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.



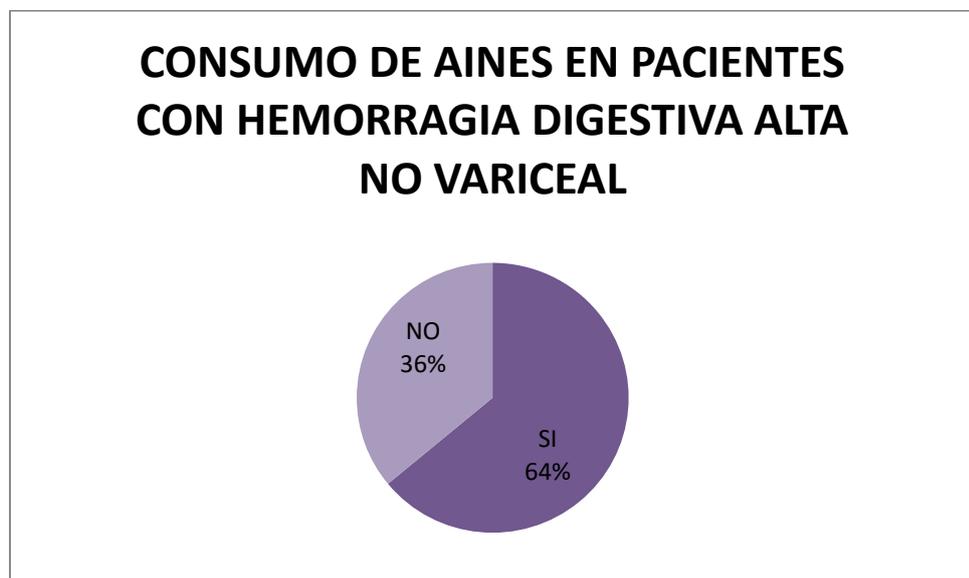
Gráficos # 5. CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.

Los factores de riesgo que más influyen en la hemorragia digestiva alta no variceal es la ingesta de alcohol; la investigación concluye que del 100% de la muestra de estudio; un 56% de pacientes ingieren alcohol y un 44% no lo ingieren.

AINES	Column2
SI	64
NO	36

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”
Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 6. CONSUMO DE AINES EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.



Gráficos # 6. CONSUMO DE AINES EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.

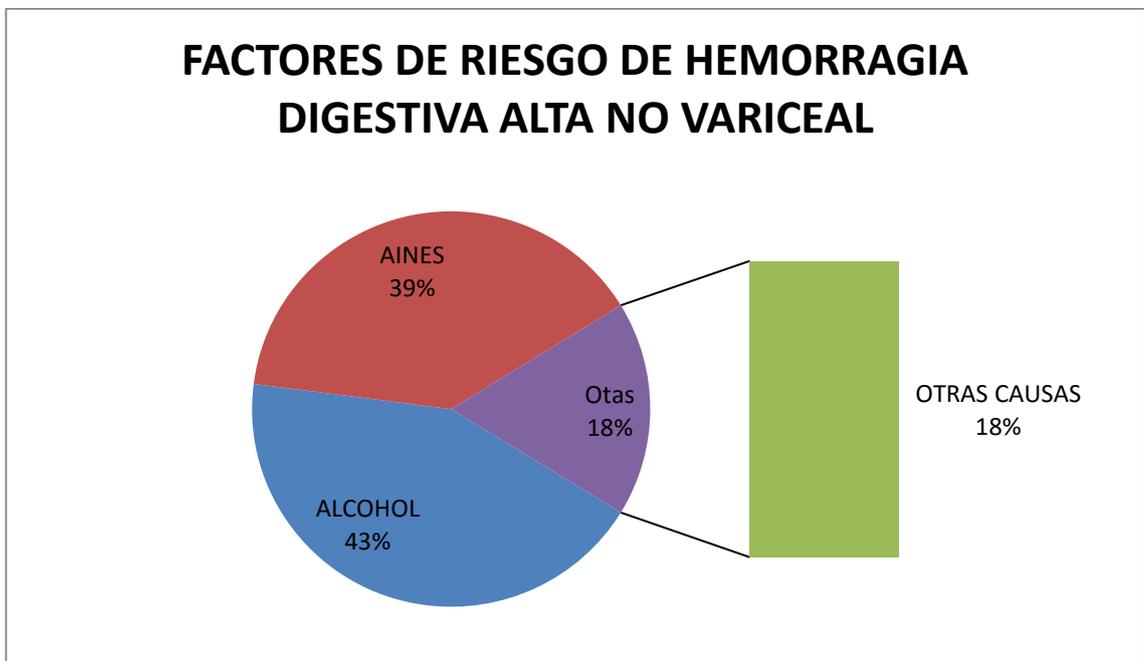
Otro factor de riesgo que influye en la hemorragia digestiva alta no variceal es la ingesta de AINES; la investigación nos permite conocer que del 100% de la muestra de estudio; un 64% de pacientes ingieren AINES y un 36% no lo ingieren.

Comparando el gráfico 4 y el gráfico 5. El factor de riesgo que mayor influye en la patología estudiada es la ingesta de AINES con un 64%, en comparación con la ingesta de Alcohol que es el 56%.

ALCOHOL	64
AINES	58
OTRAS CAUSAS	26

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”
 Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 7. FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.



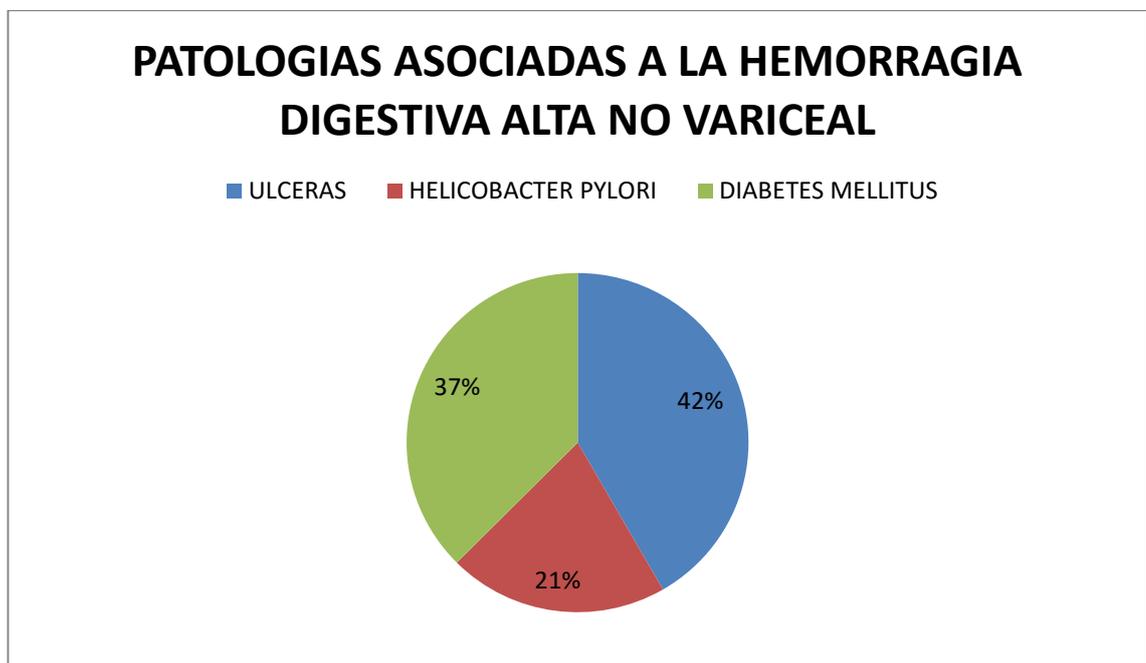
Gráficos # 7. FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.

Los factores de riesgo asociados con Hemorragia Digestiva Alta no variceal en el Hospital Abel Gilbert según los casos estudiados son mayoritariamente producidos por el consumo de alcohol con el 43% de los casos, mientras que el consumo de aines representa el 39% de los casos y otras causas como el estrés, consumo de tabaco, etc representan el 18%.

ULCERAS	80
HELICOBACTER PYLORI	40
DIABETES MELLITUS	72

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”
Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 8. PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.



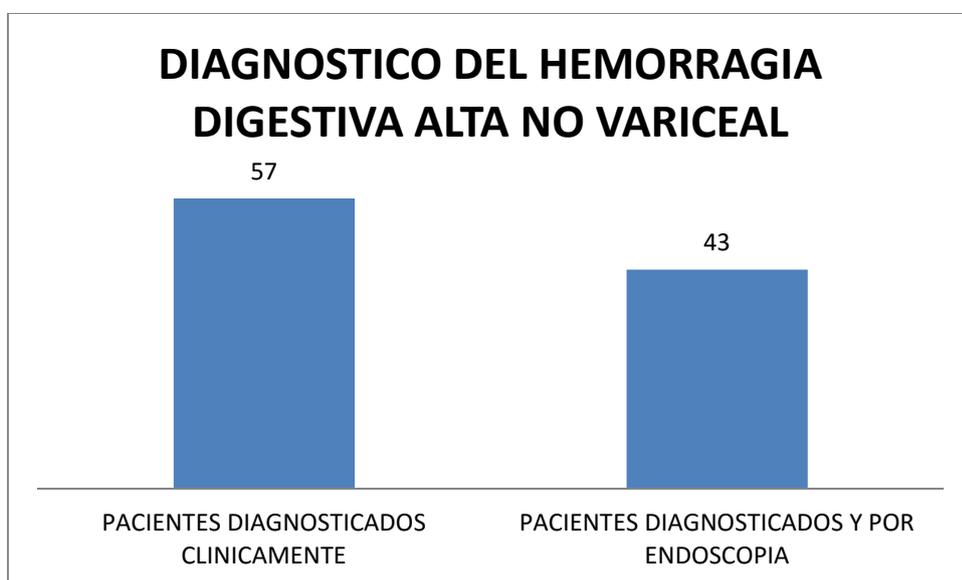
Gráficos # 8. PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.

El grafico muestra que de las patologías asociadas a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal, 80 pacientes de los casos estudiados poseen Diabetes Mellitus, mientras que 20 pacientes no la poseen; 72 pacientes poseen ulceras como factor predisponente y 40 pacientes tienen diagnosticado presencia de Helicobacter Pylori.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE	57
PACIENTES DIAGNOSTICADOS Y POR ENDOSCOPIA	43

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”
Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 9. DIAGNOSTICO DEL HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.



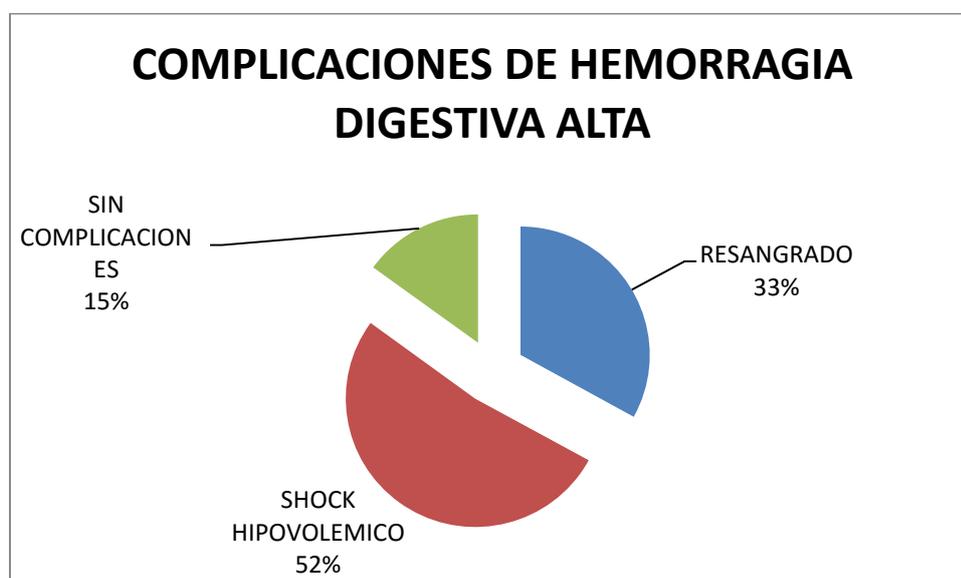
Gráficos # 9. DIAGNOSTICO DEL HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL.

En este grafico podemos observar que como método de diagnóstico en pacientes con Hemorragia Digestiva no variceal en el Hospital Abel Gilbert Pontón, se analiza que el examen clínico representa un 57% como diagnostico en pacientes con esta patología, y la Endoscopia representa un 43% de los casos.

RESANGRADO	33
SHOCK HIPOVOLEMICO	52
SIN COMPLICACIONES	15

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”
 Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 10. COMPLICACIONES DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.



Gráficos # 10. COMPLICACIONES DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

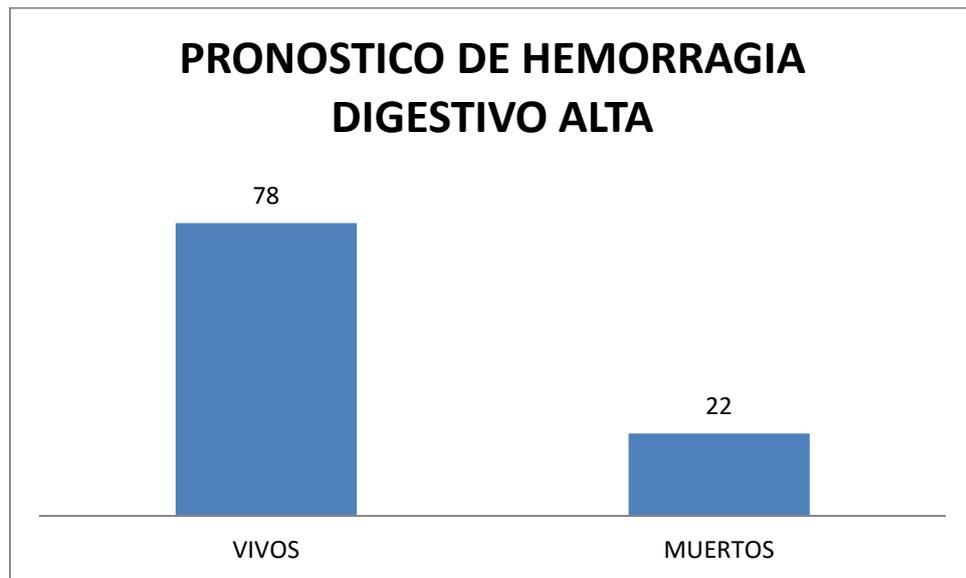
Entre las complicaciones de la Hemorragia Digestiva alta no variceal en el Hospital Abel Gilbert Pontón en el estudio se reporta que la más frecuente es el Shock Hipovolémico que se presenta en el 52% de los casos, mientras que el resangrado se observó en el 33% de los pacientes, y 15% de los pacientes no presentaron ninguna complicación.

VIVOS	78
MUERTOS	22

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de especialidades “Abel Gilbert Pontón”

Realizado por: Diana Solórzano

Tabla # 11. PRONOSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVO ALTA.



Gráficos # 11. PRONOSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVO ALTA.

En el pronóstico de la patología la supervivencia es del 78% en los casos analizados, y de la vitalidad es del 22% debido a las complicaciones que se dan en la Hemorragia Digestiva Alta no variceal.

CAPITULO V

6 CONCLUSIONES

La Hemorragia Digestiva Alta no variceal es una patología frecuente y se asocia a una elevada morbi-mortalidad, lo que constituye un importante problema de salud. Nuestra población hospitalaria está dada, en su mayoría, por pacientes con edad igual o mayor a 60 años, que corresponde al 68%. en algunas poblaciones hospitalarias es considerado como un factor de riesgo y se halla incluido en la mayoría de los sistemas de valoración pronóstica. En nuestro estudio predominaron pacientes de sexo masculino 73% sobre el femenino 27% y según, algunos reportes, la hemorragia digestiva alta es dos veces más frecuente en la población masculina. En relación a las formas de presentación clínica, el mayor índice lo constituye la hematemesis (74%). Después le sigue la melena (23%) y la hematoquecia (3%). Con respecto a la presencia de patologías asociadas, en nuestro estudio, se observó que el 42.% de pacientes presentaron úlceras, seguido de pacientes con diabetes mellitus (37%) y con la presencia de *Helicobacter Pylori* (21%) dentro de los principales. Se conoce que la presencia de 4 ó más enfermedades concomitantes aumentan la mortalidad. En lo que se refiere a hábitos de alcohol en nuestro estudio el 43% de pacientes presentaron antecedente de ingesta crónica de alcohol, seguido de los AINES (39%), y otros como el estrés, tabaco etc (18%). En relación a los AINES, los pacientes tratados con estos medicamentos, tienen un riesgo relativo de 64% de complicaciones de sangrado. La hemorragia digestiva alta con shock hipovolémico se manifestó en el 52% de los pacientes. Se ha considerado la manifestación de la HDA de acuerdo a la gravedad de la hemorragia y al compromiso hemodinámico, ya que cuando aparecen manifestaciones de shock hipovolémico, se asocian a mal pronóstico.

El diagnóstico se realiza mediante las manifestaciones clínicas observadas en el paciente que corresponden al 57%, diagnósticos endoscópicos fueron del 43% siendo la gastritis erosiva (58%) y úlcera gástrica (42%) como principales causas de hemorragia digestiva alta. En general la etiología de la Hemorragia Digestiva Alta no variceal se obtuvo una la mortalidad 22%.

CAPITULO VI

7 RECOMENDACIONES O PROPUESTA

Teniendo en cuenta los factores de riesgo más comunes de la hemorragia digestiva alta no variceal, la recomendación principal sería la necesidad de disminuir la ingesta de alcohol, una correcta alimentación y el consumo de medicamentos tales como Aines solo si el médico los prescribe, o en medicamentos usados en patologías asociadas su uso debe estar adecuado en una correcta dosis para prevenir el sangrado, sería explicar en cada consulta a los pacientes los peligros que la ingesta de fármacos indiscriminada podría causarles esta patología,

Realizar campañas más explícitas con medios de comunicación de otros de los factores de riesgo conocidos como es la ingesta de alcohol que en nuestro país es muy alta mencionando esta patología como un riesgo más del consumo excesivo del alcohol. En pacientes con patologías concomitante o con antecedente a padecer de esta patología se debería mantener un manejo por consulta externa y así evitarla

Realizar endoscopia alta a todo paciente con sangrado digestivo alto para localizar el sitio exacto del sangrado y evitar futuras complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dr. Jorge Luis Ulloa Capestany, D. A. (2009). Guía de Práctica Clínica para la hemorragia digestiva alta. . Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos , 7(1) Supl .
2. Dr. Lucas García Orozco, D. L. (2015). Algunas especificidades sobre la mortalidad asociada a la hemorragia por enfermedad ulcerosa péptica gastroduodenal. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba., 4.
3. Elena García Ruiz, G. A. (2013). HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL AREA DE URGENCIAS. Servicios de Aparato Digestivo y Urgencias* del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria"., 6-10.
4. Galindo, F. (2012). Hemorragia Digestiva. 1.
5. Gallach, M. C. (2013). Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en Emergencias. 25(6), 472-481.
6. Jaime Solano Mariño, M. J. (2012). Hemorragia Digestiva Alta. 743-744.
7. Paredes, D. A. (2011). Hemorragia Digestiva Alta . Servicio de gastroenterología Universidad de la Frfontera, 7-8.
8. Pérez, F. J. (2012). Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de Hemorragia Digestiva Alta. 19-27.
9. Rodriguez, D. J. (2015). Sangrado digestivo No variceal . 1-4.
10. Zenen Rodriguez Fernandez, D. A. (Rev Cubana Cir v.49 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2012). Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. 5-6.
11. Feu F, Brullet E, Calvet X, et al. Recomendaciones para el diagnostico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Gastroenterol Hepatol. 2003;26:70-85.
12. Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A; en representación del I Consenso Nacional sobre el Manejo de la Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Primer consenso español sobre el manejo de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Med Clin (Barc). 2010;135:608-16.
13. Velásquez H, Espejo H. et al. Reporte de 4772 hemorragias digestivas en una unidad de sangrantes. Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas. Rev Gastroenterol Per. 2004; 21:12- 13:Nº49.

14. Ramírez J, Menéndez-Rivera B, Araujo-Malaf A, Sánchez-Morel Y, Cobiellas-Rodríguez R. Hemorragia digestiva alta no varicosa: comportamiento e índice de Rockall. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2014 [cited 2 oct 2014];53(1):[aprox. 12 p.] Disponible en: <http://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/50>
15. García Valdés A, Gil Manrique L, Brizuela Quintanilla R, García Vega M. Índice modificado de baylor. Experiencias de su uso en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. *Rev Cubana Med Int Emerg* [Internet]. 2007 [cited 2 oct 2014];6(1):[aprox. 15 p.] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6_1_07/mie06107.htm
16. Armenteros Torres MC, Palomino Besada AB, Mora González S, Valladares Reyes D, Blanco Azpiazú M. Utilidad del índice de Rockall en pacientes con episodios de hemorragia digestiva alta no variceal. *Rev Cubana Med Mil* [Internet]. 2014 Jun [citado 9 oct 2014] ;43(2):176-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572014000200006&script=sci_arttext
17. Pamplona J, Ortiz J, Sancho-Poch FJ, Bolanzo J. Hemorragia digestiva por angiodisplasia duodenal en la región periampular. *Gastroenterología y Hepatología* 2006; 19(5):250-251.
18. Zhang R, Shen BB. Las características clínicas de la etiología, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia gastrointestinal de emergencia. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*. 2010 Jan; 49(1):38-41.
19. Maldonado Urias M., Almeda Valdez P., Lizardi-Cervera J., et al. Hemorragia de tubo digestivo alto. Experiencia en el hospital Médica Sur *Revista de Investigación Médica Sur, México* Vol. 15, núm. 3, JulioSeptiembre 2008
20. .Gómez Herrera W. Manejo inicial del Sangrado Digestivo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*. 2008 (586) 341-350
21. Ramírez J.V., Uc Contreras J., Tenorio Flores C., et al. Tratamiento endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal en el Hospital General de México, O.D *Endoscopia* 2008; 20 (2): 102-109
22. Gupta PK, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Med Clin North Am* 1993;77:973-92.
23. Lanás A, García-Rodríguez LA, Polo-Tomás M, Ponce M, Alonso-Abreu I, Pérez-Aisa MA, Pérez-Gisbert J, Bujanda L, Castro M, Muñoz M, Rodrigo L, Calvet X, Del-Pino D, García S. Time Trends and Impact of Upper and Lower Gastrointestinal Bleeding and Perforation in Clinical Practice. *Am J Gastroenterol* 2009;104: 1633-41.
24. Loperfido S, Baldo V, Piovesana E, Bellina L, Rossi K, Groppo M, Caroli A, Dal Bò N, Monica F, Fabris L, Salvat HH, Bassi N, Okolicsanyi L. Changing trends in acute upper-GI bleeding: a population-based study. *Gastrointest Endosc* 2009;70:212-24.

25. Crooks C, Card T, West J. Reductions in 28-Day Mortality Following Hospital Admission for Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *Gastroenterology* 2011;141:62–70.
26. . Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, Sinclair P. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010;152: 101-136.
27. Peter DJ, Dougherty JM. Evaluation of the Patient With Gastrointestinal Bleeding: an Evidence Based Approach. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17:239-61.
28. Huang CS, Lichtenstein DR. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin N Am* 2003;32:1053-78. 8. Lanas A, Calvet X, Feu F,