



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

PROYECTO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO:

**“INCIDENCIA DE LESIONES ENDOSCÓPICAS EN
PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, EN EL
ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL
IESS DE MILAGRO EN EL AÑO 2017”**

AUTORES:

Kevin Iván Vásquez Zambrano

Juan Fernando Navia Bruzzone

TUTOR:

Dr. Yoong Basurto Washington Bolívar

Guayaquil, Ecuador

30 de abril del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Vásquez Zambrano Kevin Iván**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR

f. _____

Dr. Yoong Basurto Washington Bolívar

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, 30 de abril del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Navia Bruzzone Juan Fernando**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR

f. _____

Dr. Yoong Basurto Washington Bolívar

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, 30 de abril del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Vásquez Zambrano Kevin Iván**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **"Incidencia de lesiones endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta en el área de gastroenterología del Hospital General IESS Milagro en el año 2017"**, previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

EL AUTOR

f. _____

Vásquez Zambrano Kevin Iván



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Navia Bruzzone Juan Fernando**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, "**Incidencia de lesiones endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta en el área de gastroenterología del Hospital General IESS Milagro en el año 2017**", previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

EL AUTOR

f. _____

Navia Bruzzone Juan Fernando



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Vásquez Zambrano Kevin Iván

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, "**Incidencia de lesiones endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta en el área de gastroenterología del Hospital General IESS Milagro en el año 2017**", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

EL AUTOR:

f. _____

Vásquez Zambrano Kevin Iván



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Navia Bruzzone Juan Fernando**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, "**Incidenca de lesiones endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta en el área de gastroenterología del Hospital General IESS Milagro en el año 2017**", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

EL AUTOR:

f. _____

Navia Bruzzone Juan Fernando



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

REPORTE URKUND

Autores:

VASQUEZ ZAMBRANO KEVIN IVAN

NAVIA BRUZZONE JUAN FERNANDO

URKUND	
Documento	TESIS FINAL Vasquez- Navia.docx (D50926836)
Presentado	2019-04-22 23:17 (-05:00)
Presentado por	juanfernavia12@hotmail.com
Recibido	andres.ayon.ucsg@analysis.arkund.com
Mensaje	Tesis para arkund Mostrar el mensaje completo
	0% de estas 13 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Yoong Basurto Washington Bolívar

TUTOR

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio

COORDINADOR DEL ÁREA

Índice

Planteamiento del problema	2
Formulación del problema	3
Objetivo general	3
Objetivos específicos	3
Determinación del problema	4
Introducción	5
Marco teórico	6
Generalidades	6
Diferencia entre verdaderas hemorragias digestivas y falsas.....	8
Etiología de la hemorragia digestiva alta	9
Úlcera péptica.....	9
Gastritis por estrés.....	10
Varices esofágicas.....	11
Síndrome de Mallory Weiss	12
Lesiones de Dieulafoy	12
Factores de riesgo	13
Video endoscopia digestiva alta	14
Clasificación de Forrest	15
Metodología	17
Resultados	18
Análisis y discusión	31
Conclusión	35
Bibliografía	37

Planteamiento del problema

La hemorragia digestiva es una entidad que produce, como su nombre lo dice, un sangrado activo del aparato digestivo. Este sangrado se clasifica según su origen en hemorragia digestiva alta y baja, siendo objeto de nuestro estudio la primeramente mencionada. Las hemorragias digestivas altas o HDA como comúnmente se la conoce, son las que se originan desde esófago hasta la segunda porción de duodeno o por arriba del ligamento de Treitz. Los sangrados digestivos bajos son los que su causa esta originada por debajo del ligamento de Treitz hasta el ano.

Con frecuencia, las hemorragias altas suelen tener un curso más agudo que las bajas y por ende siempre requieren atención hospitalaria inmediata.

Su gravedad es variable, ya que pueden ser sangrados pequeños hasta sangrados masivos, que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes. Algunas de las causas que pueden existir en la presencia de hemorragia digestiva alta pueden ser: esofagitis, varices esofágicas, cáncer esofágico, Síndrome de Mallory- Weiss o malformaciones vasculares, úlceras esofágicas, gástricas, duodenales, entre otras. Las mismas que requieren de un buen análisis y oportuna intervención de ser necesaria por el área de gastroenterología, para poder evitar el continuo sangrado de la vía digestiva alta, disminuyendo asi la probabilidad de cualquier efecto negativo en la parte hemodinámica del paciente.

Formulación del problema

¿Cuál es la incidencia de lesiones endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta en el área de gastroenterología del Hospital General IESS de Milagro en el año 2017?

Objetivo general

Identificar las patologías que causen una mayor incidencia de hemorragia digestiva alta constatado por VEDA en pacientes que ingresan al Hospital General IESS de Milagro.

Objetivos específicos

1. Determinar la principal causa de hemorragia digestiva alta en los pacientes afiliados IESS en el Hospital General IESS Milagro Dr. Federico Bolaños desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017
2. Proponer medidas preventivas para los pacientes que presenten hemorragia digestiva alta en el Hospital General IESS Milagro Dr. Federico Bolaños desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017
3. Determinar a qué edad es más frecuente la aparición de hemorragia digestiva alta en el Hospital General IESS Milagro Dr. Federico Bolaños desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017
4. Determinar en cual sexo se presenta con más frecuencia la hemorragia digestiva alta en el Hospital General IESS Milagro Dr. Federico Bolaños desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017

Determinación del problema

Problema: El poco conocimiento estadístico de las patologías, que causan con mayor frecuencia sangrado digestivo alto en el área de gastroenterología del Hospital General IESS milagro Dr. Federico Bolaños.

Campo: Salud Pública.

Área: Gastroenterología

Aspecto: Cifras crecientes de pacientes con hemorragia digestiva alta sin diagnosticar causa del sangrado

Tema de investigación: Incidencia de lesiones endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta, en el área de gastroenterología del Hospital General IESS Milagro Dr. Federico Bolaños desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017.

Lugar: Hospital General IESS Milagro Dr. Federico Bolaños

Palabras clave: hemorragia gastrointestinal, endoscopia, hematemesis, melena, ulcera péptica, gastritis.

Keywords: Gastrointestinal hemorrhage, endoscopy, hematemesis, melena, peptic ulcer, gastritis.

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA), ha demostrado ser una patología que cursa con una alta incidencia en las áreas de emergencia en los diferentes hospitales del Ecuador. Sin analizar la etiología de los casos que se presentan, claramente es una emergencia que alarma a los pacientes que manifiestan hematemesis o melena de forma espontánea y sin ninguna causa aparente. Incluso muchas de ellas llegan a ser una urgencia vital, que se define por la pérdida de sangre a través del tracto digestivo superior, por encima del esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.(1)

Particularmente en la ciudad de Milagro, provincia del Guayas, que posee una población de alrededor de 150 mil habitantes, no se cuenta con un estudio que indique porcentajes acertados sobre esta patología: su etiología, factores de riesgo, edades, sexo, hallazgos endoscópicos más frecuentes, que se ha vuelto común en las áreas de emergencia de sus hospitales y representa en muchas ocasiones criterio de ingreso hospitalario por afectación hemodinámica.

La HDA tiene varias patologías causantes de la misma. Las más comunes son: lesiones de Dieulafoy, úlcera péptica, gastritis por estrés, Síndrome de Mallory-Weiss, varices esofágicas, entre otras, que suelen ser comunes en las ciudades o pueblos debido a su estilo de vida, ya que se asocia al consumo de alcohol, ingestas hipercalóricas, mal uso de medicamentos que causen sangrado como AINES, falta de horario de comidas, estrés, etc. La asociación de factores de riesgo, malos hábitos de vida, y patología de base crean un alto porcentaje de sangrado digestivo y en muchos casos, luego de haber sido manejados por medios hospitalarios, aumenta los riesgos de resangrado, los

mismos que suelen ser de mucho cuidado, ya que el riesgo de afectación hemodinámica severa es alto.

La base del diagnóstico de HDA, parte desde la correcta anamnesis del paciente, la interpretación de los exámenes de laboratorio y sobre todo el gold standard en diagnóstico y tratamiento, que es la video endoscopia digestiva alta (VEDA). Este procedimiento, se ha convertido en la piedra angular del control de las manifestaciones clínicas de estos pacientes, ya que nos permite evidenciar de forma clara la causa de la patología y a su vez tratarla. Permitiendo así disminuir la morbilidad y mortalidad que se pueda presentar al momento de verse afectado el estado hemodinámico del paciente, que en muchas ocasiones suele ser causado por el re-sangrado debido al mal manejo o calidad de vida del paciente.(1,2)

Marco teórico

Generalidades

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como el sangrado del tracto digestivo que se localiza por arriba del ligamento de Treitz y este se divide en sangrado variceal y no variceal. Los órganos del aparato digestivo que se encuentran por encima del ligamento de Treitz son esófago, estómago y duodeno. El sangrado se origina por diferentes causas y aunque está asociado a menos mortalidad que el sangrado digestivo bajo (10 a 25% de mortalidad), no deja de ser muy importante al momento de presentarse ya que sumado a los factores de riesgo y enfermedades asociadas de cada paciente, este porcentaje puede elevarse a tal punto de llegar a un desenlace fatal. La hemorragia digestiva alta es considerada una emergencia que debe ser correctamente diagnosticada y tratada en el tiempo oportuno. (2–5)

Las principales patologías que causan hemorragia digestiva alta son: la úlcera péptica, gastritis por estrés, Mallory Weiss, lesiones de Dieulafoy, esofagitis y las lesiones vasculares relacionadas con hipertensión portal con mayor frecuencia y con menos rango de aparición tenemos a la neoplasia gástrica, pólipo gástrico, úlcera esofágica, malformaciones vasculares, hemobilia, etc.(3–5)

La HDA tiene diferentes presentaciones dependiendo de su localización, cronicidad, etc., pero los principales motivos de consulta en pacientes que presentan hemorragia digestiva alta son la hematemesis y melena. Otro tipo de presentación de la HDA es la hematoquecia pero en menor porcentaje. (6)

En cuanto a la definición de estos términos tenemos que la " hematemesis es la aparición vómitos de sangre con o sin restos alimenticios, de color rojo rutilante u oscuro dependiendo del lugar de origen del sangrado. La melena

es la evacuación de heces negras, fétidas, pegajosas y de consistencia pastosa. Para que se produzca la melena es preciso un sangrado lento, de más o menos 8 horas de permanencia en el tubo digestivo para que tenga lugar la oxidación de la hemoglobina. La hematoquecia es la emisión de sangre por el ano, sola o mezclada con las heces; suele ser indicativa de hemorragia digestiva baja, aunque en ocasiones es una forma de manifestación de la hemorragia del tubo digestivo alto, cuando el tránsito es acelerado por la abundante y rápida cantidad de sangre en el tubo digestivo, y para que esto suceda, la hemorragia debe ser mayor de 1,000 cc y producirse en menos de una hora, con una permanencia en el tubo digestivo menor de cinco horas. "(7)

Diferencia entre verdaderas hemorragias digestivas y falsas

Hay que saber diferenciar entre hemorragias digestivas verdaderas y falsas ya que muchas veces llegan a la emergencia pacientes que refieren haber vomitado o evacuado heces de color rojo o negruzco, pero al momento de hacer la correcta y rápida historia clínica, nos damos cuenta que son falsos sangrados del tubo digestivo.

Las falsas hematemesis que se presentan con frecuencia son los sangrados de las vías aéreas superiores como las epistaxis, sangrado tonsilar y comidas o bebidas de color rojo.

En cuanto a las falsas melenas, se podría decir que las principales son los medicamentos con hierro, bismuto, como el pepto-bismol, medicamento indicado para molestias transitorias del aparato digestivo. Además, alimentos que contengan sangre de origen animal.

La hematoquecia se confunde muchas veces con alimentos y bebidas rojas o hematurias macroscópicas de gran magnitud. Los falsos positivos en los exámenes de sangre oculta en heces se dan muchas veces por la alimentación rica en carnes rojas, rábanos o por consumo de vitamina C. Por estas y muchas otras falsas hemorragias digestivas es que la exhaustiva pero rápida anamnesis nos va a ayudar al correcto diagnóstico de estos pacientes.

(4)

Etiología de la hemorragia digestiva alta

Las principales lesiones que causan hemorragias del tracto digestivo alto son las ocasionadas por úlceras pépticas, gastritis erosivas y varices esofágicas. Otras causas menos frecuentes son el síndrome de Mallory Weiss y lesiones de Dieulafoy. (3–5,8)

Úlcera péptica

Las úlceras gástricas y duodenales son la causa más común de hemorragia digestiva alta. Alrededor del 90% de las úlceras duodenales y el 70% de las úlceras gástricas se asocian con *Helicobacter pylori*, este bacilo gramnegativa altera la barrera mucosa y causa inflamación de la mucosa del estómago y el duodeno. Otra causa muy común de la enfermedad úlcero péptica son los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), que inhiben la ciclooxigenasa, lo que lleva a la alteración de las defensas de la mucosa a través de la disminución de la síntesis de prostaglandinas. El uso de AINES tiene un efecto más pronunciado en el estómago que en el duodeno. Aproximadamente el 25% de los usuarios de AINES a largo plazo tendrán ulceración de la mucosa. Independientemente de la etiología, a medida que

la úlcera avanza más allá de la mucosa hacia la submucosa la inflamación causa el debilitamiento y la necrosis de las paredes arteriales, lo que lleva a la formación de pseudoaneurisma seguido de ruptura y hemorragia. La severidad del sangrado está directamente relacionada con el tamaño de los vasos involucrados.

Los pacientes con úlcera péptica pueden presentar antecedentes de dispepsia, epigastralgia, úlceras previas, saciedad temprana y consumo prolongado de AINES. Al examen físico van a presentar hematemesis, melena, posible hematoquecia y dependiendo de la cantidad y tiempo de sangrado van a presentar inestabilidad hemodinámica (hipotensión, taquicardia). Los exámenes de laboratorio demostraran posiblemente: disminución de la hemoglobina, incremento de creatinina, aumento de glóbulos blancos y *Helicobacter pylori* positivo.(2-4,8,9)

Gastritis por estrés

La mucosa del estómago está protegida del medio ácido por moco, bicarbonato, prostaglandinas y flujo sanguíneo. Si hay un desbalance entre la secreción de ácido gástrico y la defensa de la mucosa, el ácido se pone en contacto con el epitelio de la mucosa causando daño. En la gastritis por estrés no hay evidencia de hipersecreción, por lo tanto, la modificación de la defensa mucosal conlleva a su propio daño y sangrado subsecuente. La gastritis por estrés se presenta clásicamente en dos tipos de poblaciones, en los grandes quemados como úlceras de Curling y en los pacientes con la presión intracraneal elevada como úlceras de Cushing.

Los pacientes con gastritis por estrés presentan antecedentes de trauma craneal, quemaduras que comprometen gran porcentaje de su superficie corporal, coagulopatias, ventilación mecánica, consumo prolongado de esteroides. Al examen físico presentan hematemesis en borra de café más comúnmente, melena y en muy poco porcentaje, inestabilidad hemodinámica. En cuanto a los exámenes de laboratorio, es común encontrar: disminución de la hemoglobina y aumento de los glóbulos blancos. (3,4,8)

Varices esofágicas

Como resultado de la hipertensión portal, se forman varices secundarias a la descompresión del sistema venoso portal a la circulación sistémica. Las varices esofágicas comienzan a ocurrir a una presión de 8 a 10 mmHg, con riesgo de sangrado aumentado a partir de 12 mmHg. Las varices esofágicas se deben a la dilatación de la vena coronaria, mientras que las varices gástricas son secundarias al reflujo a través de las venas gástricas cortas. La ubicación más común de el sangrado se produce en la unión gastro-esofágica, ya que es donde las varices son más superficiales y tener la pared más delgada. El sangrado variceal agudo ocurre un gran porcentaje de pacientes cirróticos y tiene una mortalidad del 20% al 30% aproximadamente, por lo que es una de las complicaciones más graves de hipertensión portal y requiere mayor atención para su prevención.

Los pacientes con varices gastroesofágicas presentaran antecedentes de consumo excesivo de alcohol y/o tabaco, debilidad, mareos, sincope. Al examen físico es común encontrar estigmas de enfermedad hepática crónica,

hematemesis, melena o hematoquecia e inestabilidad hemodinámica. Los laboratorios de estos pacientes presentan las siguientes posibles modificaciones: disminución de la hemoglobina, posible disminución del hematocrito, desequilibrio hidroelectrolítico, aumento de bilirrubina y enzimas hepáticas. (3,4,10)

Síndrome de Mallory Weiss

Son laceraciones en la unión gastroesofágica o en el cardias del estómago causadas por vómitos a repetición asociados a personas con un hábito de alcoholismo. También se pueden ver con menos frecuencia en tos crónica. El síndrome de Mallory Weiss es responsable de hasta el 15% de las hemorragias gastrointestinales.

La mayoría de estos desgarros se resuelve espontáneamente en un lapso de 24 a 48 horas, pero es posible que necesiten de transfusión sanguínea.

Los pacientes con el síndrome de Mallory Weiss también pueden presentar síncope y mareos. Al examen físico presentan hematemesis, posible hematoquecia o melena e inestabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión). Los exámenes de laboratorio se verán posiblemente alterados con disminución de la hemoglobina, posible aumento creatinina, posible aumento de glóbulos blancos. (3–5,8)

Lesiones de Dieulafoy

Las lesiones de Dieulafoy son vasos grandes, tortuosos e histológicamente normales localizados en la submucosa. Estos vasos a menudo sobresalen a

través de los defectos de la mucosa, dejándolos en riesgo de ruptura debido a la necrosis de la pared arterial por exposición al ácido gástrico. Estas lesiones se encuentran con mayor frecuencia dentro de los 6 cm de la unión gastroesofágica en la curvatura menor del estómago.

Los pacientes con lesiones de Dieulafoy presentan frecuentemente antecedentes de dispepsia, debilidad, mareos, síncope, sangrados previos. Al examen físico los pacientes presentan hematemesis roja rutilante, melena e inestabilidad hemodinámica. Los exámenes de laboratorio tendrán las siguientes posibles alteraciones: disminución de hemoglobina, disminución de hematocrito y aumento de glóbulos blancos.(3–5,8,11,12)

Todas estas patologías se pueden diagnosticar con la video endoscopia digestiva alta (VEDA), que es el Gold Standard.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para sufrir las patologías antes nombradas causantes de hemorragia digestiva alta son:

- Sexo masculino
- Hábitos:
 - Alcoholismo
 - Tabaquismo
- Uso prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINES)
- Alimentación sin horario establecido
- Mala alimentación
- Obesidad
- Enfermedades crónicas como cirrosis hepática, diabetes mellitus

- Trastornos en la coagulación (5,7,8,13,14)

Video endoscopia digestiva alta

La endoscopia es el paso más importante en el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta, puede clasificar el proceso de la enfermedad y proporcionar intervención para detener el sangrado. La endoscopia temprana debe realizarse (dentro de las 24 horas), mientras más temprana es la intervención, la necesidad de transfusión es menor. En la enfermedad ulcerosa, la presencia de un vaso visible o sangrado activo tiene una alta tasa de resangrado, con una gran necesidad de cirugía y una mortalidad asociada del 11%. La video endoscopia digestiva alta controla el sangrado activo por úlceras gastroduodenales en un 85% a 90% de los casos, y en el 80% de éstos pacientes no habrá resangrado. También hay un beneficio potencial de supervivencia a la endoscopia temprana. Varias opciones terapéuticas endoscópicas están disponibles, y la opción seleccionada depende de la lesión específica identificada, estas intervenciones comúnmente incluyen inyección de epinefrina, inyección de trombina y / o termocoagulación para úlceras o lesiones de Dieulafoy.

Para el sangrado variceal, pueden incluirse las bandas, endoclips, esclerosantes, y la inyección de trombina. Si se usa epinefrina, el tratamiento reduce la incidencia de sangrado adicional, disminuye la necesidad de cirugía, y tiene un gran beneficio en pacientes con úlceras pépticas sangrantes de alto riesgo. Aparte al evaluar visualmente la mucosa, la endoscopia también

permite la biopsia de lesiones para evaluar el cáncer, además de diagnosticar la infección por H. pylori.

El resangrado ocurre con frecuencia dentro de las 48 a 72 horas en los pacientes tratados vía endoscópica. Si existe resangrado se debe repetir la endoscopía y el tratamiento hemostático, y si no se logra controlar el sangrado, el siguiente paso será la angiografía selectiva del tronco Celíaco. (2,12,14–16)

Clasificación de Forrest

La clasificación de Forrest es el método más conocido y efectivo para valorar el riesgo de re sangrado y mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta por ulcera péptica. La interpretación de esta clasificación es la siguiente:

Clasificación	Estigmas	Riesgo de resangrado	Mortalidad
Forrest I A	Sangrado activo a chorro	90%	11%
Forrest I B	Sangrado difuso o en capa	60-80%	11%
Forrest II A	Vaso visible	50%	11%
Forrest II B	Coagulo adherido	25-30%	7%
Forrest II C	Mancha plana pigmentada	7-10%	3%
Forrest III	Ulcera con base limpia	3-5%	2%

Las úlceras mayores a 2 centímetros y su ubicación en cara posterior del bulbo duodenal o en la parte alta de la curvatura menor del estómago, son indicadores de mal pronóstico ya que tienen mayor probabilidad de sangrado y de muerte con o sin tratamiento endoscópico correcto.

A los resultados endoscópicos se les debe sumar datos importantes de los pacientes para revalorar su riesgo de mortalidad como:

- Edad > 65años
- Reperusión hemodinámica (cantidad de sangrado y shock)
- Enfermedades asociadas: insuficiencia cardíaca, coronariopatías, enfermedad hepática, enfermedad renal, cáncer
- Tratamiento anticoagulante
- Diagnóstico previo de patologías del aparato digestivo
- Presencia de ulcera con alto riesgo de resangrado. (8,9,14,16,17)

Metodología

Basado en la elección de estudio, que es un estudio de casos y controles, el mismo que tendrá como población a los pacientes del hospital general IESS Milagro, del área de gastroenterología, con clínica de hemorragia digestiva alta y a su vez confirmado por VEDA.

Como criterios de inclusión, usaremos a solo pacientes afiliados IESS de la ciudad de Milagro, provincia del Guayas, que hayan ingresado por presentar cuadro clínico de hemorragia digestiva alta, posterior al tratamiento por el área de gastroenterología y diagnosticada la lesión por VEDA. Como criterio de exclusión, aquellos que no tengan diagnóstico por VEDA. En cuanto al método de recolección de datos se usarán los datos que serán proporcionados por el área de estadística del hospital general IESS Milagro, los mismos que serán un corte del año 2017 en el área de gastroenterología y se buscaran aquellos pacientes que hayan sido ingresados con diagnóstico presuntivo de hemorragia digestiva alta y como diagnóstico final presenten alguna patología causante de hemorragia digestiva que fue corroborada por VEDA.

Por otra parte, las variables que usaremos serán edad, sexo, patología definitiva, lesión encontrada por VEDA. Basándonos en estas variables, podremos asociar correctamente a las etiologías causantes de HDA y los factores que pueden predisponer a la misma.

Resultados

Sexo.

Tabla 1. Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	88	68,2	68,2	68,2
	Masculino	41	31,8	31,8	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

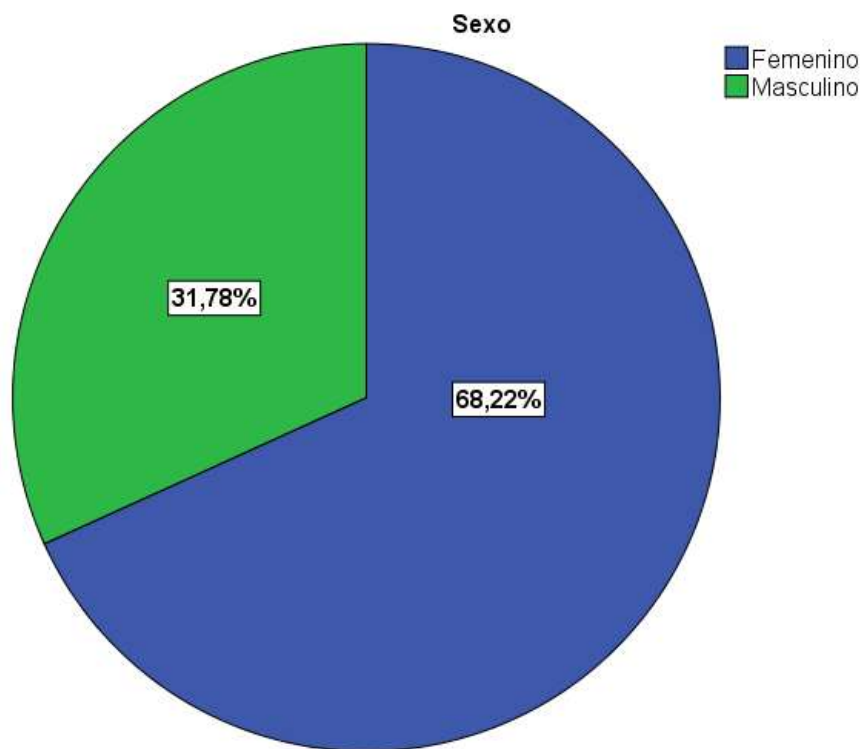


Figura 1. Sexo

En el presente estudio realizado a los pacientes del Hospital General IESS Milagro, en el área de gastroenterología, con clínica de hemorragia digestiva alta y confirmado por el VEDA, se pudo determinar que el 68.2% era del sexo femenino, mientras que el 31.8% perteneció al sexo masculino.

Edad

Tabla 2. Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 17 o menos	3	2,3	2,3	2,3
18 - 29	13	10,1	10,1	12,4
30 - 39	11	8,5	8,5	20,9
40 - 49	17	13,2	13,2	34,1
50 - 59	28	21,7	21,7	55,8
60 - 69	33	25,6	25,6	81,4
70 o más	24	18,6	18,6	100,0
Total	129	100,0	100,0	

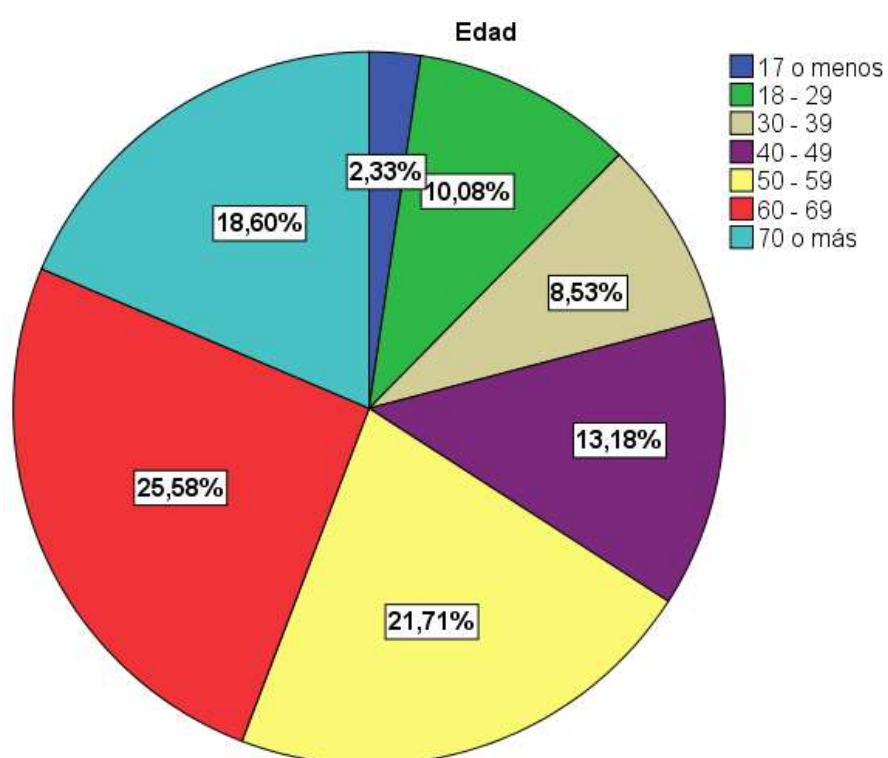


Figura 2. Edad

En lo que respecta a la edad de los pacientes que formaron parte del estudio se pudo observar que el 2.3% tenía menos de 18 años, el 10.1% tenía de 18 a 29 años, el 8.5% de 30 a 39 años, el 13.2% de 40 a 49 años, el 21.7% de 50 a 59 años, el 25.6% de 60 a 69 años, mientras que el 18.6% tenía 70 años o más. La mayor cantidad de ingresados se ubicó en el rango de 60 a 69 años, seguido de los de 50 a 59 años.

Sangrado

Tabla 3. Sangrado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	74	57,4	57,4	57,4
	Sí	55	42,6	42,6	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

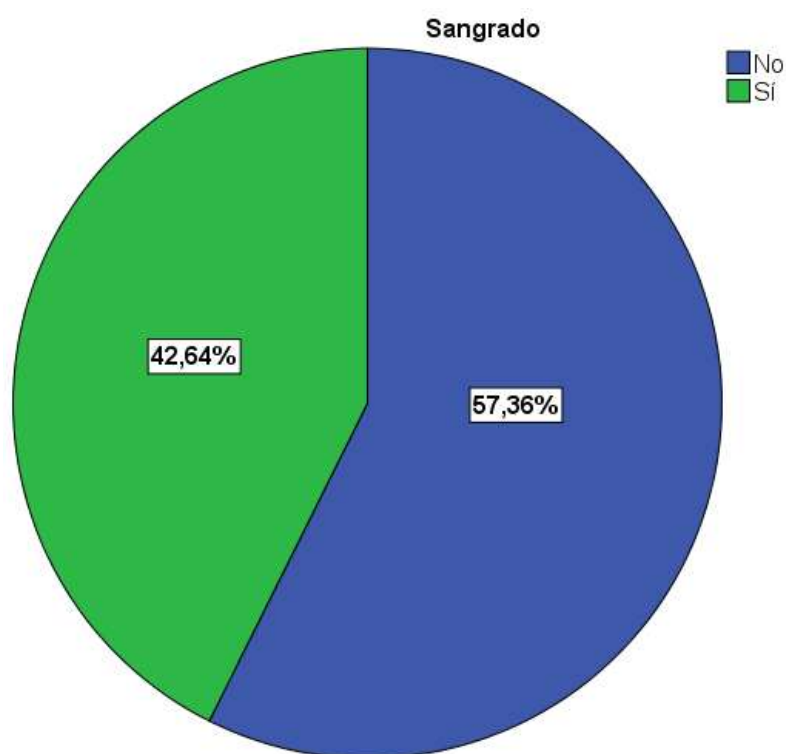


Figura 3. Sangrado

Los pacientes que ingresaron al área de gastroenterología y formaron parte de este estudio, mostraron en un 42.6% sangrado, en tanto que el 57.4% restante no presentó sangrado. Por tanto, se evidencia que la mayoría no tuvo sangrado.

VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (VEDA)

Tabla 4. VEDA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sí	129	100,0	100,0	100,0

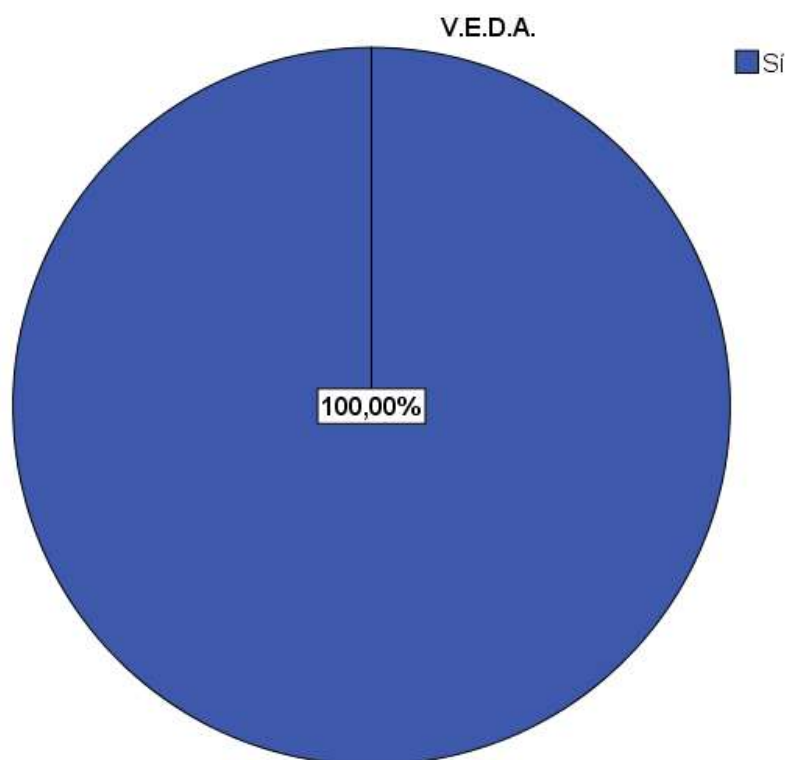


Figura 4. VEDA

El total de pacientes ingresados al área y que fueron parte de esta investigación, recibieron la Video Endoscopia Digestiva Alta, es decir un total de 129 personas.

Diagnóstico Post Tratamiento o V.E.D.A.

Tabla 5. Diagnóstico Post Tratamiento

Diagnóstico Post Tratamiento o V.E.D.A.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ERGE + Gastropatía eritematosa	28	21,7	21,7	21,7
	Gastritis Crónica Superficial	8	6,2	6,2	27,9
	Gastritis y duodenitis	15	11,6	11,6	39,5
	Gastropatía eritematosa	48	37,2	37,2	76,7
	Hemorragia digestiva no especificada	2	1,6	1,6	78,3
	Úlcera antral forrest III	9	7,0	7,0	85,3
	Úlcera duodenal	3	2,3	2,3	87,6
	Úlcera gástrica	6	4,7	4,7	92,2
	Úlcera pilórica	2	1,6	1,6	93,8
	Várices esofágicas	8	6,2	6,2	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

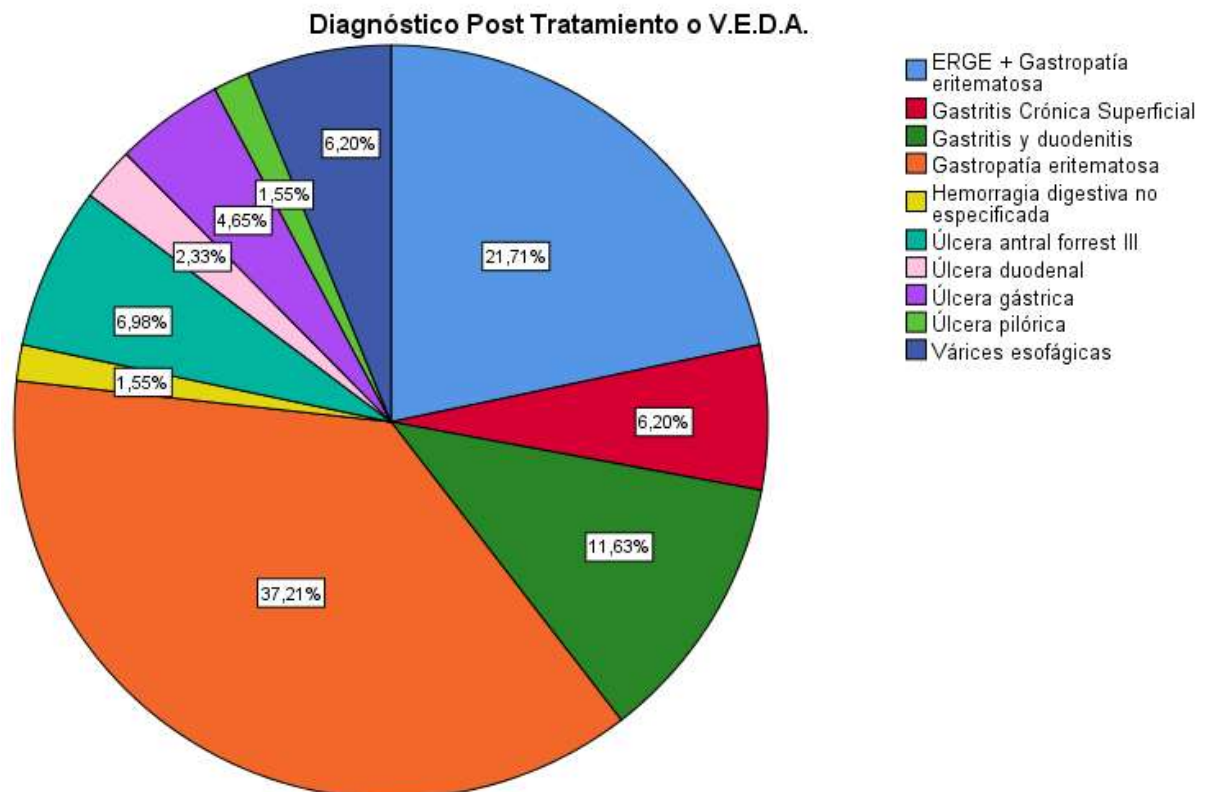


Figura 5. Diagnóstico Post Tratamiento o V.E.D.A.

Por medio del diagnóstico Post Tratamiento o V.E.D.A., se pudo identificar que la mayoría de pacientes representado por un 37.21%, tenía gastropatía eritematosa, lo que pudo ser generado por una infección de la bacteria *Helicobacter Pylori*, alcoholismo, exceso de corticoides o anti-inflamatorios, así como por enfermedades autoinmunes. La ERGE más la gastropatía eritematosa presentó un 21.71% de prevalencia. Otros diagnósticos importantes fueron la gastritis y duodenitis con el 11.63%, la úlcera antral forrest III con el 6.98%, la gastritis crónica superficial y las várices esofágicas con el 6.20% cada una.

Cruce Sangrado - Lesión Endoscópica

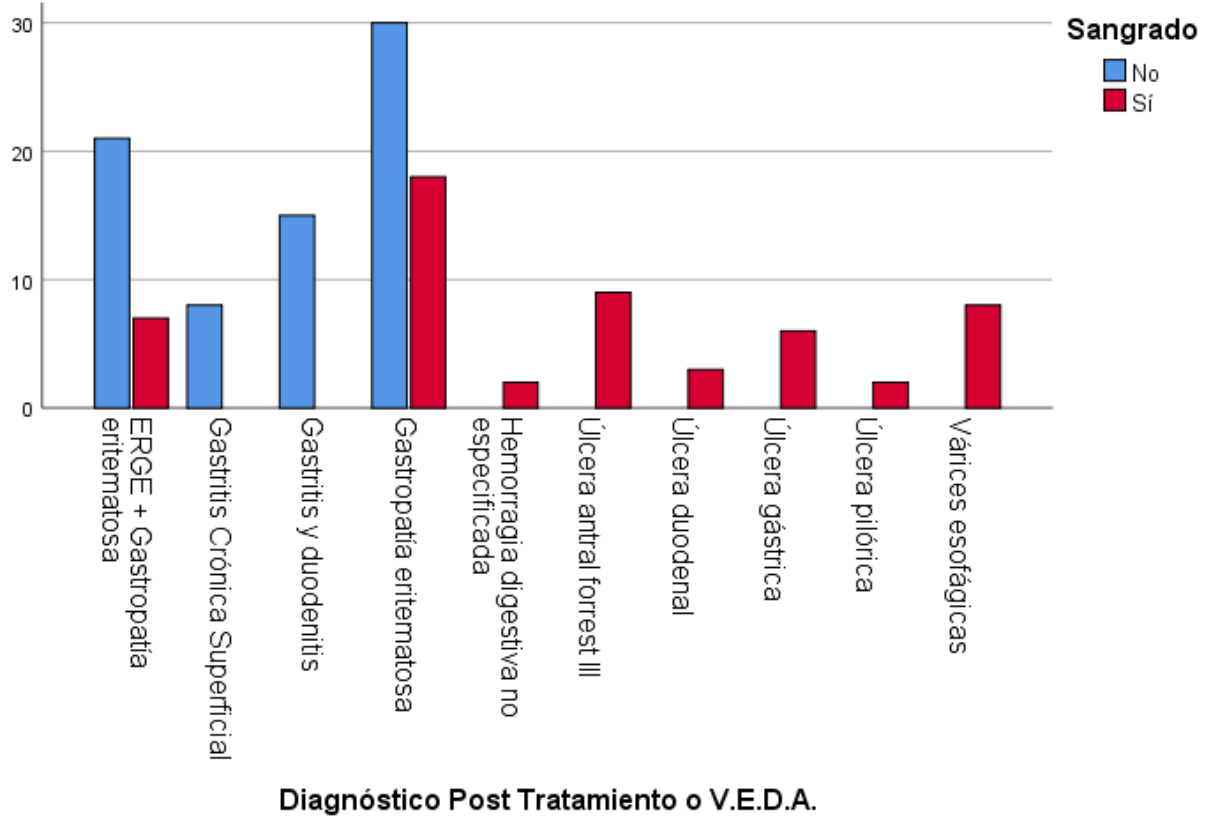


Figura 6. Cruce Sangrado - Lesión Endoscópica

Tabla 6. Chi cuadrado sangrado - lesión endoscópica

	Valor	df
Chi-cuadrado de Pearson	61,536 ^a	9

En el cruce de variables entre el sangrado y la lesión endoscópica se observa que el sangrado se hace presente principalmente en la gastropatía eritematosa, la ERGE con la gastropatía eritematosa, la úlcera antral forrest III, la úlcera gástrica y las várices esofágicas. El sangrado y la lesión endoscópica se encuentran relacionados, lo cual fue comprobado por medio de la prueba Chi cuadrado de 61,536.

Cruce sexo - lesión endoscópica de los que no sangraron

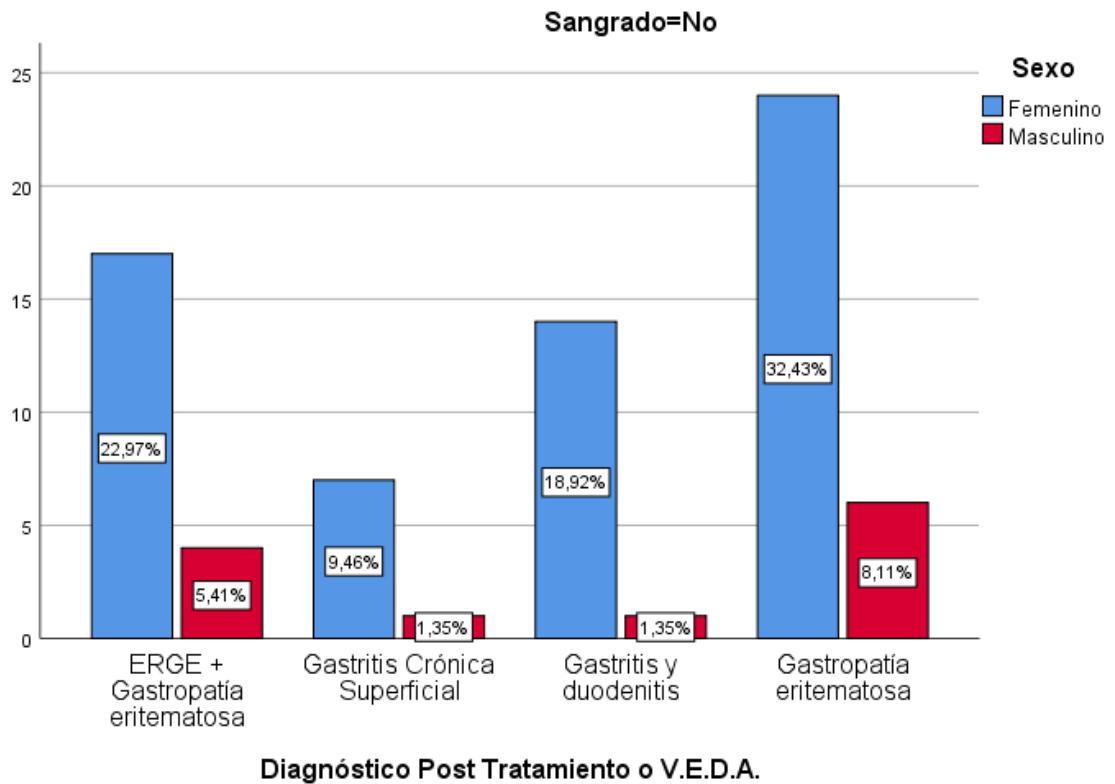


Figura 7. Cruce sexo - lesión endoscópica de los que no sangraron

En lo que respecta al cruce de variables entre el sexo y la lesión endoscópica de los que no sangraron, se observa que el sexo femenino tuvo una mayor prevalencia de gastropatía eritematosa, así como del ERGE más la gastropatía eritematosa, se observó también un cruce importante con la gastritis y duodenitis. El sexo masculino se presentó en la gastropatía eritematosa y en el ERGE más gastropatía eritematosa.

Cruce sexo - lesión endoscópica de los que sí sangraron

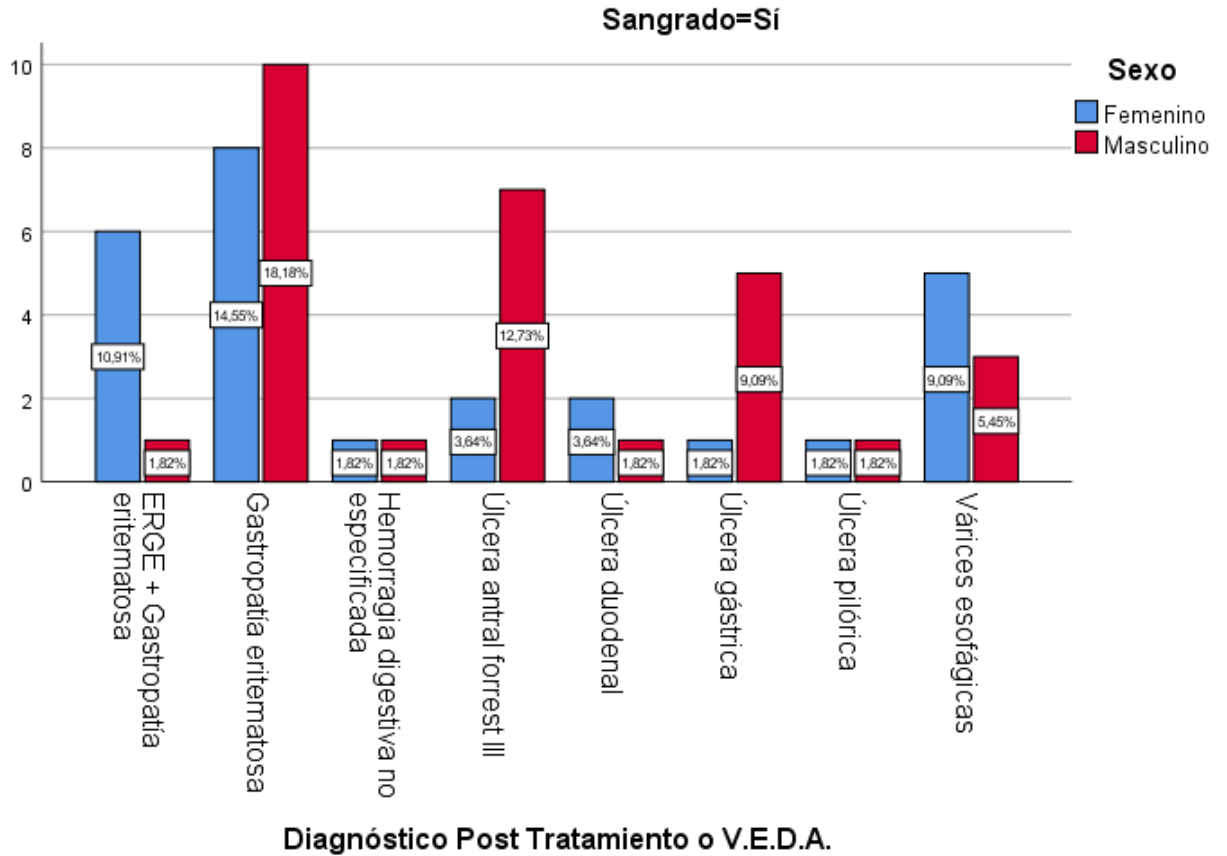


Figura 8. Cruce sexo - lesión endoscópica de los que sí sangraron

En lo que respecta al cruce de variables entre el sexo y la lesión endoscópica de los que sí sangraron, se observa que el sexo masculino tuvo una mayor prevalencia de gastropatía eritematosa, úlcera antral forrest III, úlcera gástrica y várices esofágicas; mientras que las del sexo femenino presentaron gastropatía eritomatosa, ERGE más gastropatía eritematosa y várices esofágicas.

Tabla 7. Chi cuadrado sexo – lesión endoscópica de los que sí sangraron

Total	Chi-cuadrado de Pearson	25,166 ^a	9
	Razón de verosimilitud	25,659	9
	N de casos válidos	129	

La prueba Chi cuadrado demostró que sí se observa una relación al tener un nivel de significancia de 0.03 con un valor chi cuadrado de 25,659, entre el sexo y la lesión endoscópica sangrante.

Cruce edad - lesión endoscópica de los que no sangraron

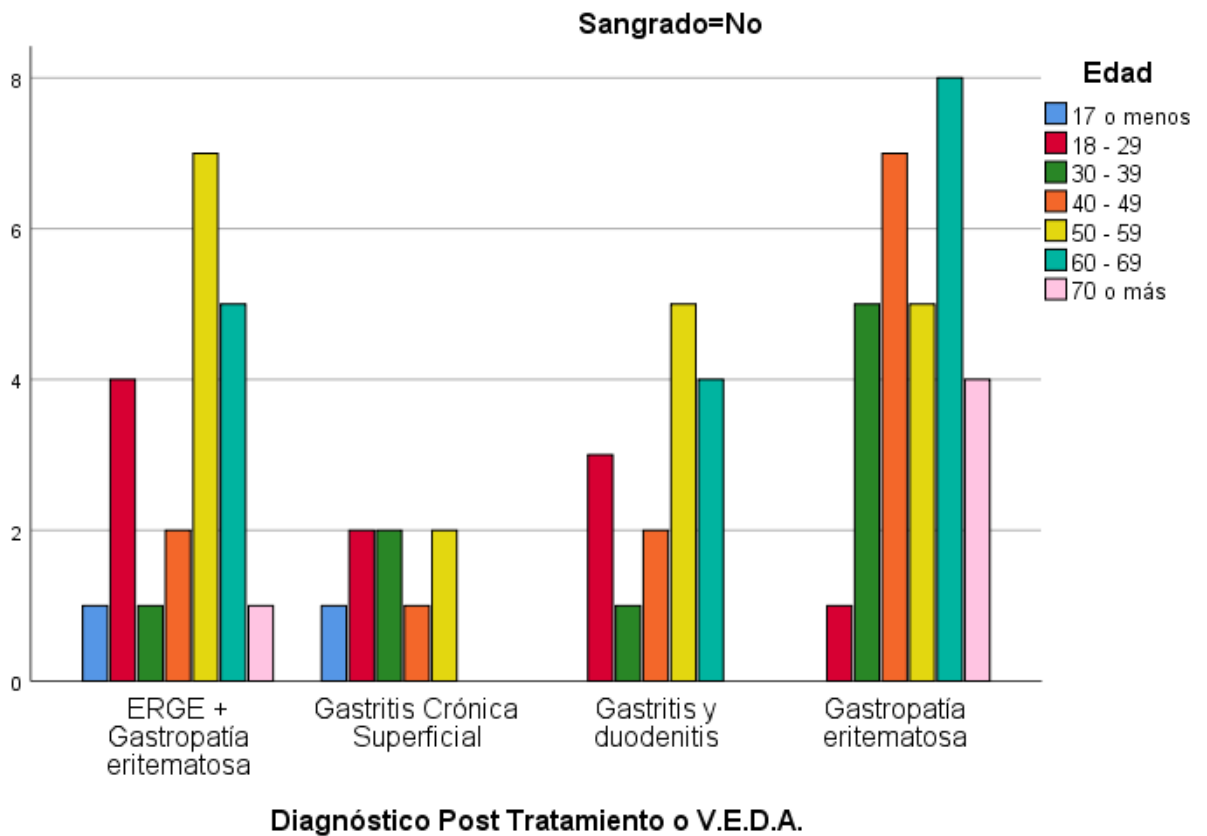


Figura 9. Cruce edad - lesión endoscópica de los que no sangraron

En el cruce de variables entre la edad y la lesión endoscópica en los pacientes que no sangraron, se pudo evidenciar que no existe una tendencia clara de las variables. Se observa que las personas de 60 a 69 años tienen una mayor prevalencia de gastropatía eritematosa, ERGE más la gastropatía eritematosa, así como de gastritis y duodenitis.

Cruce edad - lesión endoscópica de los que sí sangraron

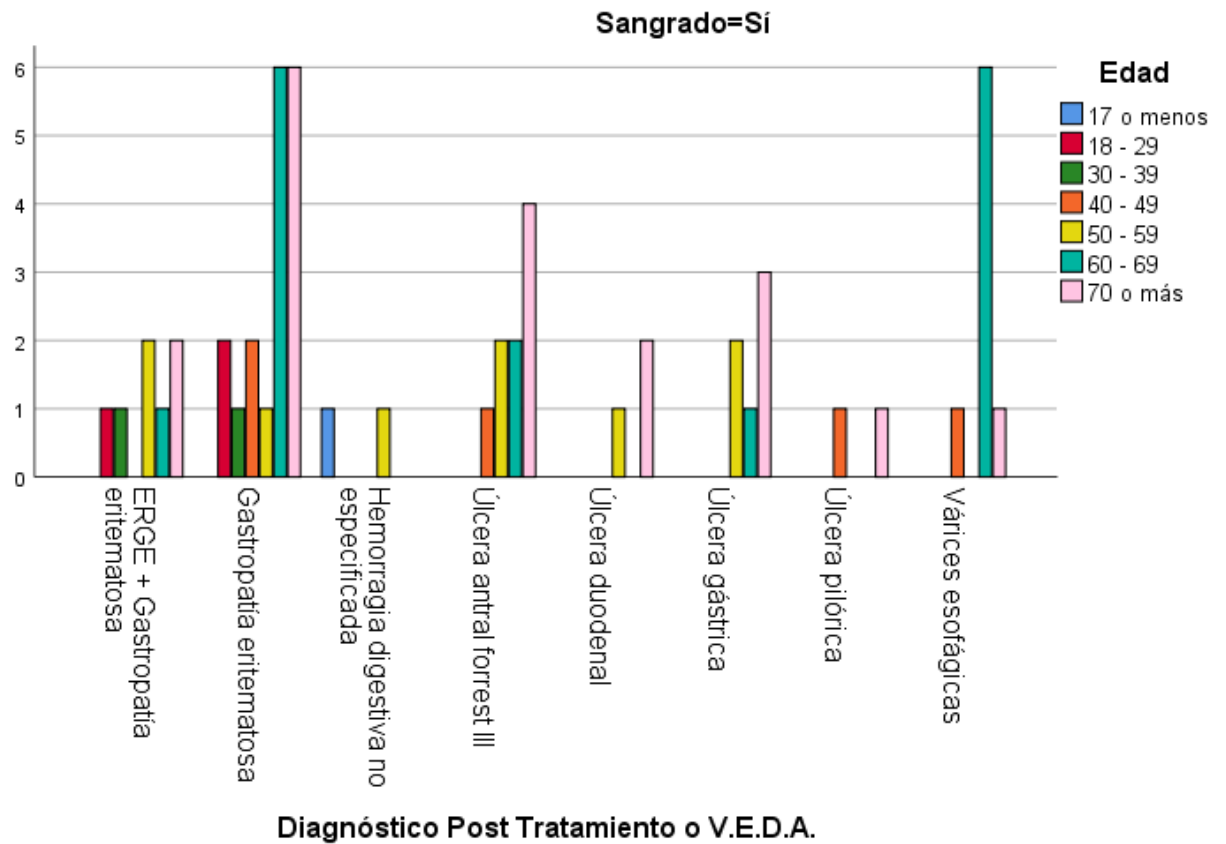


Figura 10. Cruce edad - lesión endoscópica de los que sí sangraron

En el cruce de variables, no se refleja una tendencia clara de las variables de investigación. A pesar de ello, se observa que las personas de 60 o más años tienen una prevalencia en la gastropatía eritematosa, además se observa que las várices esofágicas se presentan mayormente en personas de 60 a 69 años.

Tabla 8. Chi cuadrado edad - lesión endoscópica de los que sí sangraron

Total	Chi-cuadrado de Pearson	82,541 ^a	54	,007
	Razón de verosimilitud	75,850	54	,027
	N de casos válidos	129		

La prueba Chi cuadrado demostró que existe una relación entre la edad y la lesión endoscópica sangrante, la significancia fue de 0.007, demostrando que existe una relación entre la edad y las lesiones en los pacientes en estudio.

Análisis y discusión

Luego de haber analizado los datos obtenidos a través de la base de datos de los pacientes del área de gastroenterología del hospital IESS de Milagro que presentaron hemorragia digestiva alta que fueron sometidos a la VEDA para diagnosticar su patología en el año 2017 se obtuvo los siguientes resultados:

Se obtuvo un total de 129 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del trabajo de titulación.

En cuanto a las variables tenemos como primera variable a discutir el sexo. Se pudo determinar que, de los 129 pacientes, 88 eran del sexo femenino siendo el 68,22%, mientras que 41 pacientes pertenecieron al sexo masculino, siendo el 31,8% del total de pacientes.

En un estudio hecho en el hospital Universitario de Guayaquil titulado: “Hemorragia digestiva alta. Factores de riesgo, localización más frecuente y tiempo de estancia hospitalaria. Hospital Universitario de Guayaquil 2013-2014” en cambio, en un total de 184 paciente, el sexo predominante fue el masculino con un 71%, siendo el porcentaje restante el sexo femenino.(7)

De igual manera en otro estudio de tipo descriptivo retrospectivo, llamado “Características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017” en Lima, Perú, se pudo constatar en un total de 381 paciente estudiados, el sexo predominante fue el masculino con 235 pacientes, con un porcentaje de 61.68%. mientras que el sexo femenino obtuvo un porcentaje de 38,32% con un total de 146 pacientes.(18)

La siguiente variable a analizar en nuestro trabajo de titulación fue la edad, donde se pudo observar que el 2.3% tenía menos de 18 años, el 10.1% tenía de 18 a 29 años, el 8.5% de 30 a 39 años, el 13.2% de 40 a 49 años, el 21.7% de 50 a 59 años, el 25.6% de 60 a 69 años, mientras que el 18.6% tenía 70 años o más. La mayor cantidad de ingresados se ubicó en el rango de 60 a 69 años, seguido de los de 50 a 59 años.

En el estudio del hospital universitario se agrupo a los pacientes por su edad en rangos diferentes a los que se agrupo en nuestro trabajo de titulación, en donde su rango de edad que presento más sangrado digestivo alto fue en pacientes mayores de 55 años con un 70.7%.(7)

En el estudio del hospital nacional Arzobispo Loayza se pudo observar que el grupo etario con mayor sangrado fue el que estuvo en los rangos de 60 a 79 años con un 42,86%.(18)

Analizando los resultados de ambos estudios junto al nuestro se puede confirmar que, a mayor edad, mayor riesgo de sangrado y también que los rangos de edades que más se presenta hemorragia digestiva alta se relacionan mucho entre sí.

Por medio del diagnóstico Post Tratamiento o V.E.D.A., se pudo identificar que la mayoría de pacientes representado por un 37.21%, tenía gastropatía eritematosa, lo que pudo ser generado por una infección de la bacteria *Helicobacter Pylori*, alcoholismo, exceso de corticoides o anti-inflamatorios, así como por enfermedades autoinmunes. La ERGE se presentó en el 21.71% de los casos. Otros diagnósticos importantes fueron la gastritis y duodenitis, con el 11.63%, la úlcera antral Forrest III con el 6.98%, la gastritis crónica superficial y las várices esofágicas con el 6.20% cada una.

En el estudio del hospital universitario se pudo observar que la causa más frecuente de sangrado digestivo fue la úlcera péptica (úlceras gástrica, úlcera duodenal y úlcera gástrica y duodenal juntas) con el 46.7% de todos los pacientes. En segundo lugar, se obtuvo la gastropatía erosiva presente en el 37.5% de los pacientes del estudio. La tercera causa más frecuente de HDA fueron las várices esofágicas con el 12%.⁽⁷⁾

En el hospital nacional Arzobispo Loayza se observó que la úlcera péptica obtuvo el mayor porcentaje con un 38,58%, dividido entre úlcera gástrica 19,42% y úlcera duodenal 16,16%. En segundo lugar, con un porcentaje de 18,11% estuvieron las varices esofágicas. ⁽¹⁸⁾

Después de analizar las variables de sexo, edad y lesión causante de hemorragia digestiva alta se dice que, nuestro trabajo al ser en un hospital de pacientes asegurados al instituto ecuatoriano de seguridad social, se ve restringido y modificado en ciertos aspectos como por ejemplo en el sexo,

donde se vio que la mayoría eran del sexo femenino mientras que en los otros estudios el sexo predominante fue el sexo masculino ya que estos estudios tienen universos y muestras mayores a las nuestras y si se toman en cuenta factores de riesgo o factores desencadenantes de hemorragias digestivas altas tenemos a la cabeza el hábito tabáquico y el alcohólico, los cuales son hábitos adquiridos mayormente por hombres.(7,18)

Otra variable en donde se vio diferencias fue en las causas que originan el sangrado, en donde en nuestro estudio se vio que la principal patología fue la gastropatía eritematosa y en los otros dos estudios fue la úlcera péptica.
(7,18)

Se sabe a ciencia cierta que la principal patología que causa hemorragia digestiva alta es la úlcera péptica, pero nuestro estudio difiere en aquello.

Nuestros pacientes al ser asegurados por su trabajo, se infiere que tienen más restricción en cuanto a los malos hábitos que los pacientes que acuden a hospitales públicos donde muchas veces son pacientes desahuciados y sin trabajo. Por eso es que nuestros resultados son diferentes a los que se espera encontrar en un estudio con un universo más grande, como en los estudios en hospitales públicos.

En el cruce de variables entre el sangrado al momento de la VEDA y la lesión endoscópica se observa que el sangrado se hace presente principalmente en la gastropatía eritematosa, seguido por la ERGE, la úlcera antral Forrest III, la

úlceras gástricas y las várices esofágicas en menor cantidad. El sangrado y la lesión endoscópica se encuentran relacionados, lo cual fue comprobado por medio de la prueba Chi cuadrado, al tener una significancia menor a 0.05 y un valor Chi cuadrado de Pearson de 61,536

En lo que respecta al cruce de variables entre el sexo y la lesión endoscópica de los que sangraron en el momento del diagnóstico por VEDA, se observa que el sexo masculino tuvo una mayor prevalencia de gastropatía eritematosa, úlcera antral Forrest III, úlcera gástrica y várices esofágicas; mientras que las del sexo femenino presentaron gastropatía.

Conclusión

Luego de haber analizado las diferentes lesiones endoscópicas que se presentan en pacientes con hemorragia digestiva alta, en el área de gastroenterología durante el año 2017, podemos plantear las siguientes conclusiones:

- La incidencia de edad en la que se presenta hemorragia digestiva alta, de manera más frecuente es a partir de los cincuenta años de edad y se da más en mujeres (68,22%) que en hombres (31,78%).
- En cuanto al origen del sangrado observado por vía endoscópica, en el estudio, se puede concluir que el hallazgo endoscópico que presenta mayor sangrado digestivo alto es la gastropatía eritematosa, la misma que se presenta en un 37,2% de los pacientes. Podemos aducir este resultado a varias razones como la mala alimentación que se presenta en la ciudad de Milagro, consumo en exceso de alcohol, obesidad. Además el manejo de la realización de VEDA en el Instituto

Ecuatoriano de Seguridad Social, se maneja con citas programadas, ya que muchas veces los cuadros de HDA son manejados de forma clínica en el área de emergencia, por lo que el procedimiento endoscópico lleva un tiempo de 30 – 45 días para ser realizado, lo que puede ocultar alguna otra causa aguda, por ejemplo una lesión vascular. En otros casos al no presentar dolor o sangrado al momento de la cita con gastroenterología, no se realiza VEDA.

- El total de pacientes analizados en este estudio fue de 1200 pacientes, los mismos que presentaban algún diagnóstico presuntivo que podría causar un sangrado digestivo. De los cuales solo 228 pacientes fueron diagnosticados de forma presuntiva con "hemorragia digestiva alta no especificada". Los 228 pacientes fueron atendidos por el área de gastroenterología y de ellos solo a 129 pacientes se les realizó el procedimiento VEDA por la sintomatología o sangrado activo que presentaba al momento de la cita con gastroenterología. Con este estudio también podemos analizar las falencias de una unidad de segundo nivel del seguro social al momento de la atención de un sangrado digestivo, ya que el paciente con sangrado activo no recibe atención rápida por parte de la especialidad o se da cita para después de 30- 45 días, lo mismo que puede enmascarar el cuadro real causante del sangrado. A diferencia de otras unidades de salud, las cuales cuentan con especialistas de guardia cada día.

Bibliografía

1. Sánchez CV, Pagán JCG, Molina AJH. Hemorragia gastrointestinal. :31.
2. Pérez Aisa Á, Nuevo J, López Morante AA, González Galilea Á, Martín de Argila C, Aviñoa Arreal D, et al. Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España. *Gastroenterol Hepatol*. 2012 Aug;35(7):468–75.
3. Feinman M, Haut ER. Upper Gastrointestinal Bleeding. *Surg Clin North Am*. 2014 Feb;94(1):43–53.
4. Meltzer AC, Klein JC. Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterol Clin North Am*. 2014 Dec;43(4):665–75.
5. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol*. 2013 Apr;48(4):439–47.
6. de la Cruz-Guillén AA, Sánchez-Espinosa JR. 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. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Med Interna México*. 2013;29(5):449–457.
7. Castillo P, Grimaldo C. Hemorragia digestiva alta. factores de riesgo, localización más frecuente y tiempo de estancia hospitalaria. Hospital Universitario de Guayaquil 2013-2014 [PhD Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2015.

8. Aguayo O, Torres A, Sosa K, Ramírez A, Rodríguez C, Fernández A, et al. Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. *CIRUGIA PARAGUAYA*. 2013;37(1):15–18.
9. Scally B, Emberson JR, Spata E, Reith C, Davies K, Halls H, et al. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018;3(4):231–41.
10. Moura MC de, Chen S, Kamath BM, Ng VL, Ling SC. “Acute Variceal Bleeding Causes Significant Morbidity”: *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018 May;1.
11. Rivera R, Méndez I, Ubiña E, García G, Sánchez A. Hemorragia digestiva severa por lesión de Dieulafoy duodenal. *Rev Gastroenterol Perú* [Internet]. 2017 Sep 23 [cited 2018 Jun 6];26(2). Available from: <http://www.revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/610>
12. Goldis A, Lupusoru R, Lazar D. Clinical Features, Endoscopic Management and Outcome of Patients with Non-variceal Upper Digestive Bleeding by Dieulafoy Lesion. *Biol Med* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 17];09(04). Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/clinical-features-endoscopic-management-and-outcome-of-patients-with-nonvariceal-upper-digestive-bleeding-by-dieulafoy-lesion-0974-8369-1000403.php?aid=91752>
13. Kärkkäinen JM, Miilunpohja S, Rantanen T, Koskela JM, Jyrkkä J, Hartikainen J, et al. Alcohol Abuse Increases Rebleeding Risk and

Mortality in Patients with Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Dig Dis Sci.* 2015 Dec;60(12):3707–15.

14. Winograd Lay R, Infante Velázquez M, Guisado Reyes Y, Angulo Pérez O, González Barea I, Guerra EW. Escalas de predicción en el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. *Rev Cuba Med Mil.* 2015 Mar;44(1):73–85.
15. Ramaswamy RS, Choi HW, Mouser HC, Narsinh KH, McCammack KC, Treesit T, et al. Role of interventional radiology in the management of acute gastrointestinal bleeding. *World J Radiol.* 2014 Apr 28;6(4):82–92.
16. Gallach M, Calvet X, Lanas A, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, et al. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Emergencias.* 2013;25(6):472–481.
17. Wang C-H, Chen Y-W, Young Y-R, Yang C-J, Chen I-C. A prospective comparison of 3 scoring systems in upper gastrointestinal bleeding. *Am J Emerg Med.* 2013 May;31(5):775–8.
18. Villar A, Ezequiel R. Características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017. *Univ Nac Federico Villarreal [Internet].* 2018; Available from: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1686>



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vásquez Zambrano Kevin Iván**, con C.C: **#092245504** autor del trabajo de titulación: **Incidencia de lesiones endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta, en el área de gastroenterología del Hospital General IESS de Milagro en el año 2017.** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de abril de 2019

f. _____

Nombre: **Vásquez Zambrano Kevin Iván**

C.C: **0922475504**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Navia Bruzzone Juan Fernando**, con C.C: #0918509118 autor del trabajo de titulación: **Incidencia de lesiones endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta, en el área de gastroenterología del Hospital General IESS de Milagro en el año 2017**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de abril de 2019

f. _____

Nombre: **Navia Bruzzone Juan Fernando**

C.C: **0918509118**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Incidencia de lesiones endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta en el área de gastroenterología del Hospital General IESS Milagro en el año 2017.		
AUTOR(ES)	Kevin Iván Vásquez Zambrano, Juan Fernando Navia Bruzzone		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Yoong Basurto Washington Bolívar		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de abril del 2019	No. DE PÁGINAS:	39
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Medicina Interna, Cirugía		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hemorragia Gastrointestinal, Endoscopía, Hematemesis, Melena, Úlcera Péptica, Gastritis		
Resumen:			
<p>La hemorragia digestiva es una entidad que produce, como su nombre lo dice, un sangrado activo del aparato digestivo. Este sangrado se clasifica según su origen en hemorragia digestiva alta y baja, siendo objeto de nuestro estudio la primeramente mencionada. Las hemorragias digestivas altas o HDA como comúnmente se la conoce, son las que se originan desde esófago hasta la segunda porción de duodeno o por arriba del ligamento de Treitz. Los sangrados digestivos bajos son los que su causa esta originada por debajo del ligamento de Treitz hasta el ano.</p> <p>Con frecuencia, las hemorragias altas suelen tener un curso más agudo que las bajas y por ende siempre requieren atención hospitalaria inmediata.</p> <p>Su gravedad es variable, ya que pueden ser sangrados pequeños hasta sangrados masivos, que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes. Algunas de las causas que pueden existir en la presencia de hemorragia digestiva alta pueden ser: esofagitis, varices esofágicas, cáncer esofágico, Síndrome de Mallory- Weiss o malformaciones vasculares, úlceras esofágicas, gástricas, duodenales, entre otras. Las mismas que requieren de un buen análisis y oportuna intervención de ser necesaria por el área de gastroenterología, para poder evitar el continuo sangrado de la vía digestiva alta, disminuyendo así la probabilidad de cualquier efecto negativo en la parte hemodinámica del paciente.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0993827237	E-mail: kevin_05_100@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			