



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

*Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta de origen
no variceal en pacientes mayores de 65 años que
se atienden en el Hospital Teodoro Maldonado
Carbo durante el año 2019*

AUTOR:

ZAMBRANO MECIAS JOAN MANUEL

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO

TUTOR:

ABARCA COLOMA LUZ CLARA

Guayaquil, Ecuador

11 septiembre del 2020



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 **ZAMBRANO MECÍAS JOAN MANUEL**, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTORA:

f. _____
ABARCA COLOMA LUZ CLARA

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
JOUVIN MARTILLO JOSE LUIS

Guayaquil, al 11 del mes de septiembre del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **ZAMBRANO MECIAS JOAN MANUEL**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, ***Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta de origen no variceal en pacientes mayores de 65 años que se atienden en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2019*** previo a la obtención del Título de **MEDICO**, 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, al 11 del mes de septiembre del año 2020

EL AUTOR

f. _____
ZAMBRANO MECÍAS JOAN MANUEL



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **ZAMBRANO MECÍAS JOAN MANUEL**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, ***Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta de origen no variceal en pacientes mayores de 65 años que se atienden en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2019***, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 11 del mes de septiembre del año 2020

EL AUTOR:

f. _____
ZAMBRANO MECÍAS JOAN MANUEL

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	JOAN ZAMBRANO TESIS TERCER BORRADOR.docx (D78636677)
Submitted	9/5/2020 6:56:00 AM
Submitted by	
Submitter email	joanzamb@gmail.com
Similarity	3%
Analysis address	luz.abarca.ucsg@analysis.arkund.com

Joan Manuel Zambrano Mecías

DEDICATORIA

A mi madre Fátima por ser mi ejemplo de bondad y por ser mi apoyo incondicional durante mi vida y mi carrera universitaria.

A mi padre Manuel por ser mi ejemplo de perseverancia y por ser mi apoyo incondicional durante mi vida y mi carrera universitaria.

A mi hermano Alejandro por ser el primero de la familia en abrir camino en esta noble carrera y permitirme seguir sus pasos.

A mi hermano José por ser mi consejero de vida y guía durante mi carrera universitaria.

A mis amigos quienes fueron parte de la carrera y ahora son parte de mi vida.

Joan Manuel Zambrano Mecías

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica De Santiago de Guayaquil por ser mi Alma Máter, a la Facultad de Ciencias Médicas por formarme como profesional y como persona.

A mi tutora de este trabajo, la Dra Luz Clara Abarca Coloma, docente de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y Médico Tratante del Hospital de Especialidades Dr Teodoro Maldonado Carbo, por guiarme en la elaboración y resolución de este trabajo.

Al Hospital de Especialidades Dr Teodoro Maldonado Carbo por darme la facilidad y las herramientas que hicieron posible que se lleve a cabo este trabajo, fomentando siempre la investigación científica de todos aquellos quienes hemos llegado a formar parte de este.

Joan Manuel Zambrano Mecías



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LUZ CLARA ABARCA COLOMA
TUTOR

f. _____

JOSÉ LUIS JOUVIN MARTILLO
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. Problema a investigar	3
2. Justificación	3
Aplicabilidad y utilidad de los resultados del estudio	3
3. Objetivo General:	4
4. Objetivos específicos	4
MARCO TEÓRICO	5
5. Definición	5
6. Clasificación.....	5
7. Epidemiología	6
8. Etiología.....	6
9. Factores de riesgo	8
10. Clínica.....	9
11. Diagnóstico	9
12. Tratamiento.....	10
13. Pronóstico.....	10
MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
14. DISEÑO DEL ESTUDIO	11
15. UNIVERSO Y MUESTRA	11
16. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.....	12

16.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	12
16.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	12
16.3	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:.....	13
	RESULTADOS.....	15
	DISCUSION	21
	CONCLUSIONES	23
	RECOMENDACIONES.....	25
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

RESUMEN (ABSTRACT)

La hemorragia digestiva alta o sangrado digestivo alto se define como todo tipo de sangrado que ocurre en la parte superior del tracto digestivo, siendo originado en cualquiera de los vasos sanguíneos o mucosa de las estructuras que forman el tracto digestivo desde el esófago hasta el duodeno, específicamente hasta el ángulo duodenal o ángulo de Treitz. El presente trabajo se trata de un estudio descriptivo observacional de corte transversal y retrospectivo. Del universo de estudio con un total de 630 pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta de origen no variceal, se usó una muestra de 107 pacientes de la cual se obtuvo como resultados una distribución de 71 pacientes de sexo masculino representando el 66,4%, el sexo femenino representó un 33,6% de la muestra con un total de 36 pacientes, la forma de presentación la más frecuente fue la melena con un total de 68 pacientes representando el 63,6%. La complicación más frecuente fue el shock hipovolémico con un total de 15 pacientes representando el 14% de la muestra y la neumonía por aspiración con un total de 5 pacientes representando el 4,7 % de la muestra. Fallecieron 20 pacientes, representando el 18,7% del total de la muestra.

Palabras Claves: (hemorragia digestiva alta, hemorragia digestiva, úlcera péptica, endoscopía, hematemesis, melena)

INTRODUCCIÓN

Existen diversos estudios sobre prevalencia y causas principales de riesgo de hemorragia digestiva alta en pacientes adultos y adultos mayores. Se incluyen aquí los estudios más relevantes sobre hemorragia digestiva alta a nivel mundial y de Ecuador, encontrados e indexados en sus respectivos buscadores científicos y repositorios.

Sucasaire J, realizó un estudio descriptivo, el cual fue hecho de manera prospectiva y transversal con un muestreo no probabilístico en el que determinó los principales factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en Lima, Perú. Fueron incluidos 188 pacientes que cumplían criterios de inclusión. Los datos recolectados dieron como resultados 7.98% (15 casos) de mortalidad concluyendo que predominó la edad mayor de 60 años, sexo masculino, con comorbilidad, AINEs y alcohol; clínicamente melena y melena-hematemesis, con localización y etiología gastroduodenal, con Forrest de III (en mortalidad el Ia y Ib) (1).

Pérez J et al realizaron un estudio observacional descriptivo transversal en los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en Cuba entre el 2013 y el 2017 obteniendo resultados de predominancia en las edades de 70-79 años, en el sexo masculino y en la raza blanca en HDA. La principal etiología fue la gastritis erosiva en un total de 21 casos. Los sangrados de moderada intensidad tuvieron más relevancia en el momento del diagnóstico y el 96% de los pacientes tuvo resolución con tratamiento médico, con supervivencia de 93,3 % (2).

En Ecuador se han diversos realizados estudios sobre hemorragia digestiva alta, de los cuales el mencionado a continuación guarda relación con el tema presente: Gómez P. realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal en donde se determinó la prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática en Guayaquil en el año 2014 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, arrojando como resultados que en la población de pacientes con cirrosis hepática fue de 100 pacientes, considerando el total de

pacientes atendidos durante el periodo de estudio que fue de 736 pacientes en total. (3)

1. Problema a investigar

La hemorragia digestiva alta es una de una de las patologías que más se presenta en el área de emergencia y sobre todo en el adulto mayor quienes poseen más factores de riesgo de padecerla debido a la edad.

2. Justificación

En nuestro país se han realizado estudios sobre esta patología debido a alto índice de morbilidad por año; sin embargo, no se han establecido las repercusiones que tiene esta patología en pacientes adultos mayores. Los pacientes atendidos en el área de Emergencia que presentan la sintomatología de la hemorragia digestiva tienen un alto riesgo de mortalidad por año y el riesgo aumenta si estos pacientes son adultos mayores, puesto que muchos de ellos cursan esta patología de manera asintomática.

Este estudio busca establecer el impacto que tiene esta patología en la población adulta mayor por lo que se hace necesario caracterizar la sintomatología que esté arraigada a esta patología que permita en el futuro mejorar las estrategias diagnósticas y de tratamiento para el manejo de la enfermedad respecto a la edad aplicables en nuestro medio que podrán ser implementados por el personal de salud competente, para poder así reducir de manera considerable la morbimortalidad de esta patología.

Aplicabilidad y utilidad de los resultados del estudio

Una vez obtenidos los resultados y establecida la prevalencia de hemorragia digestiva alta de origen no variceal del presente estudio permitirá al personal de salud tomar mejores medidas de prevención de la patología mencionada, permitirá establecer mejores medidas terapéuticas, logrando así reducir la morbilidad que posteriormente reducirá la mortalidad esta patología.

3. Objetivo General:

Establecer la prevalencia de hemorragia digestiva alta de origen no variceal en pacientes mayores de 65 años que se atienden en el área de hospitalización de cirugía general en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2019.

4. Objetivos específicos

- 1.Describir las características clínicas de la hemorragia digestiva alta de origen no variceal en la población de estudio.
- 2.Identificar las complicaciones más frecuentes en lo pacientes con hemorragia digestiva alta de origen no variceal.
- 3.Determinar las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con hemorragia digestiva alta de origen no variceal.

MARCO TEÓRICO

5. Definición

La hemorragia digestiva alta o sangrado digestivo alto se define como todo tipo de sangrado que ocurre en la parte superior del tracto digestivo, siendo originado en cualquiera de los vasos sanguíneos o mucosa de las estructuras que forman el tracto digestivo desde el esófago hasta el duodeno, específicamente hasta el ángulo duodenal o ángulo de Treitz (4).

Este tipo de sangrado se puede presentar ya sea como hematemesis, melenas o hematoquecia. Se define a la hematemesis como vómito de sangre fresca, coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros (5).

Por otro lado, se define a la melena a las heces blandas, de color negro oscuro y de carácter brillante y malolientes, estas se producen cuando la pérdida sanguínea oscila entre los 50 ml y los 100 ml de sangre que permanecen al menos 10 horas en el tubo digestivo haciendo que hemoglobina sea degradada por las bacterias que se encuentran en el colon (5,6).

Por último, este tipo de sangrado se puede presentar como hematoquecia que es definida como heces entremezcladas con sangre, que por lo general se origina originada distalmente al ángulo de Treitz (5,6).

6. Clasificación

La hemorragia digestiva alta se puede clasificar de acuerdo con el tiempo de evolución o a la cantidad de sangrado de esta (5).

Tabla 1

Gravedad de la Hemorragia Digestiva Alta	
Gravedad	Síntomas/signos clínicos
HDA leve	Constantes vitales normales. Pérdida del 10% de volemia.

HDA moderada	Presión arterial sistólica > 100 mm Hg, frecuencia cardíaca < 100 lpm, ligera vasoconstricción periférica, signos posturales positivos. Pérdida de 10-25 % de volemia
HDA grave	Presión arterial sistólica < 100 mm Hg, Frecuencia Cardíaca: 100-120 lpm, intensa vasoconstricción periférica, signos posturales positivos. Pérdida del 25-35% de la volemia.
HDA masiva	Shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica, colapso venoso, estupor, coma. Pérdida superior al 35% de la volemia

FC: frecuencia cardíaca; HDA: hemorragia digestiva alta; lpm: latidos por minuto; TA: tensión arterial.

7. Epidemiología

Betés M. et al afirman que entre el 74 y el 80% de las hemorragias agudas digestivas corresponden a hemorragias digestivas altas, con una incidencia anual que oscila entre 50-150 casos por 100.000 habitantes/año (5).

Las patologías que involucran sangrado digestivo tienen una alta prevalencia e incidencia en el adulto mayor, sobre todo las de origen no variceal, dentro de las cuales están: la úlcera péptica, cuadros generalizados de infección y sepsis, síndrome de Mallory – Weiss, esofagitis por reflujo, entre otras. Todas estas distintas patologías corresponden al 90 % de las causas (2).

8. Etiología

En pacientes que presentan hemorragia digestiva alta, cualquiera que sea la causa, el factor más importante es la reanimación efectiva (1,7). Esto no solo permite un manejo adecuado, sino que disminuirá la morbilidad y la mortalidad. La endoscopia temprana juega un papel clave en el diagnóstico y el manejo inicial con opciones radiológicas y quirúrgicas disponibles. Se debe evaluar el riesgo de los pacientes al ingreso y después de la endoscopia primaria para identificar a aquellos con riesgo de resangrado y aquellos que requerirán un mayor nivel de monitoreo o intervención (1,5).

Úlcera péptica

Se conoce a la enfermedad de la úlcera péptica como la causa más común de hemorragia digestiva alta, este tipo de ulceración es frecuentemente causado por infección de *H. pylori* y el uso de AINES. Es muy frecuente encontrar úlceras duodenales en mayor número que las gástricas sobretodo cuando se deben a infección por *H. pylori*; sin embargo, no hay diferencia al momento de la presentación de la hemorragia (8,9).

El aspecto endoscópico del sangrado asociado con las úlceras pépticas se puede describir según la clasificación de Forrest. Esta clasificación es útil para decidir qué tratamiento endoscópico debe aplicarse. Si el tratamiento endoscópico falla, se requiere radiología intervencionista en forma de embolización o manejo quirúrgico (10)

Clasificación Forrest de los tipos de úlceras			
Sangrado	Grado	Descripción	Porcentaje de resangrado
Activo	IA	Hemorragia arterial o repentina.	90 %
	IB	Hemorragia rezumante	20 – 30 %
Reciente	IIA	Vaso visible no sangrante	30 – 51 %
	IIB	Coágulo adherente	25 – 41 %
	IIC	Mancha plana pigmentada	0 – 5 %
Sin Sangrado	III	Úlcera con base limpia	0 – 2 %

Clasificación Forrest sobre los distintos tipos de úlcera y su riesgo de resangrado.

Síndrome de Mallory Weiss

Esto se describe como una rotura en la mucosa esofágica cerca de la unión gastroesofágica. Representa el 5% de las hemorragias gastrointestinales superiores. Sigue a vómitos o arcadas repetitivas. La historia clásica de esto es varios episodios de vómitos de contenido gástrico simple seguido de un episodio que contiene sangre. La condición casi siempre se resuelve sin intervención. Si persiste, puede ser necesaria una intervención endoscópica (10)

Cáncer

Las neoplasias primarias del tracto gastrointestinal superior incluyen adenocarcinomas esofágicos, gástricos y duodenales. Aunque estos tumores a menudo se presentan con hemorragia oculta, rara vez se presentan con hemorragia digestiva alta aguda. Otras lesiones que tienen una propensión establecida a sangrar incluyen los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), particularmente si se complican por la ulceración de la mucosa asociada. Los cánceres de esófago tienden a presentarse como lesiones exofíticas con cánceres gástricos que se presentan con frecuencia como úlceras perforadas con bordes característicamente enrollados. (8,9)

9. Factores de riesgo

Existen varios factores que pueden desencadenar una hemorragia digestiva alta de origen no variceal de manera súbita, entre los principales se encuentra la edad avanzada puesto que esta enfermedad digestiva tiene su pico de prevalencia en adultos mayores asociado al resto de comorbilidades propias de la edad dentro de las cuales la uremia, los tumores del tracto digestivo, la condición de polifarmacia son los factores asociados a una mayor letalidad (7).

10. Clínica

La hemorragia digestiva alta se presenta en la mayoría de los casos como hematemesis, melena o con evidencia clínica o de laboratorio de pérdida de sangre del tracto gastrointestinal superior. La hematemesis es definida como el vómito de sangre o coágulos de sangre. Esto también incluye el vómito molido. Melena se define como el paso de heces oscuras y alquitranadas o el descubrimiento de esto durante el examen rectal. En casos menos comunes, los pacientes también pueden presentar hematoquecia (sangre roja franca). Los estudios han demostrado que la presentación con hematemesis se asocia con una mayor mortalidad en comparación con la melena. (7,9,11)

11. Diagnóstico

El gold standard para el diagnóstico es la endoscopia digestiva alta. Esto permite el diagnóstico y la oportunidad de tratamiento endoscópico. Las imágenes radiológicas, generalmente en forma de angiografía tomográfica computarizada (CT-angio), que pueden incluir una angiografía selectiva para el tracto UGI (p. Ej., Arteria celíaca o mesentérica superior), pueden mostrar hemorragia activa si la tasa es mayor a 0.5 ml por minuto y donde los servicios están disponibles, se puede realizar una embolización.

Los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta deben someterse a las siguientes investigaciones. Muestras de sangre para recuento sanguíneo completo, agrupar y guardar, compatibilidad cruzada, coagulación, urea, creatinina, electrolitos y pruebas de función hepática. Electrocardiogramas seriales y enzimas cardíacas (incluida la troponina) en pacientes con alto riesgo de infarto de miocardio.

La concentración inicial de hemoglobina (Hb) puede ser normal y, por lo tanto, falsamente tranquilizadora, ya que el paciente está perdiendo sangre completa. La monitorización de Hb en serie es imprescindible para permitir el manejo efectivo de la transfusión. También se debe prestar atención al hematocrito que puede ser más sensible a la pérdida de sangre en el contexto agudo. La sangre se digiere y se absorbe en el intestino delgado. El alto contenido de amoníaco del contenido entérico rico en proteínas aumenta la

concentración de urea en plasma. Cuanto mayor sea la relación urea: creatinina, es probable que la fuente de la hemorragia sea el tracto gastrointestinal superior (8,10).

12. Tratamiento

Tratamiento farmacológico

La justificación de una terapia de supresión de ácido es aumentar el pH intragástrico y lograr la estabilización del coágulo de sangre que obstruye el defecto del vaso y promover la cicatrización de las capas. Mientras que la terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP) es bien tolerada y tiene efectos secundarios en la fase aguda, el uso a corto plazo es raro, es cuestionable si la totalidad de los pacientes que presentan hematemesis o melena realmente necesitan terapia con IBP, ya que aproximadamente el 80% de las úlceras detienen el sangrado sin ninguna forma de intervención y las hemorragias son raras. (11)

Tratamiento no farmacológico

Existen varias técnicas endoscópicas para lograr la hemostasia. La inyección de epinefrina es fácil de realizar y efectiva en situaciones agudas, pero se produce un nuevo sangrado en casi la totalidad de los pacientes. Por lo tanto, debe usarse en combinación con otro método. La aplicación de clips, termocoagulación, inyección con un agente esclerosante o pegamento de fibrina o trombina podría realizarse sola o en combinación con inyección de epinefrina. Un nuevo método para el tratamiento del sangrado refractario es el clip sobre el alcance, que permite el tratamiento de defectos grandes. (11)

13. Pronóstico

Los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta necesitan tener una estratificación de riesgo, ya que esto permite anticipar el resangrado y la predicción temprana del pronóstico. Esto es vital en la planificación de su manejo clínico. Los factores asociados con la nueva hemorragia incluyen inestabilidad hemodinámica (presión arterial sistólica menor de 100 mmHg, frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto), Hb menor de 10 g / l,

sangrado activo al momento de la endoscopia, tamaño de úlcera grande (mayor de 2 cm) y ubicación de la úlcera (curva alta menor o bulbo duodenal posterior) (8,10)

Los puntajes de riesgos se utilizan para predecir el resangrado y la mortalidad. Los puntajes comunes utilizados son el puntaje Rockall, el puntaje Blatchford y el puntaje AIMS65 (8,10)

La puntuación de Rockall considera los hallazgos clínicos y endoscópicos. Identifica los factores de riesgo de mortalidad. Hay una forma pre y post endoscópica de la puntuación. Una puntuación baja de Rockall identifica pacientes de bajo riesgo y facilita el alta temprana. La puntuación de Glasgowe Blatchford no tiene en cuenta los hallazgos endoscópicos. Esto facilita su uso en la admisión para determinar el riesgo del paciente. Aunque no es tan superior en la predicción de mortalidad en comparación con Rockall, lo hace significativamente mejor en la predicción de resangrado y reintervención (8,10) (11–18)

MATERIALES Y MÉTODOS

14. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente trabajo se trata de un estudio descriptivo observacional de corte transversal y retrospectivo.

15. UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

La totalidad de los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta de origen no variceal ingresados en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, de la ciudad de Guayaquil, en el periodo del 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2019, en total se registraron 630 pacientes.

MUESTRA

La muestra utilizada en este estudio es de tipo no probabilística secuencial, que incluirá a la totalidad de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta de origen no variceal, que cumplen con los criterios de inclusión de la investigación y que tuvieron tratamiento médico-quirúrgico en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de estudio.

16. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Información será obtenida mediante del departamento de archivo clínico y de estadísticas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo que proporcione los archivos de historia clínica de todos los pacientes que han ingresado con diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

16.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta de origen no variceal.
- Pacientes mayores de 65 años

16.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes menores de 65 años
- Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta de origen variceal
- Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva intermedia o baja.
- Pacientes transferidos a otra unidad de servicios de salud.

16.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:

Variable	Definición	Indicadores	Valor Final	Tipo de variable
Prevalencia	Cantidad de persona que presentan una patología en un tiempo determinado	Historias Clínicas	Baja Media Alta	Independiente
Hemorragia Digestiva Alta	Pérdida sanguínea en el tubo digestivo por encima del ángulo de Treitz	Historias Clínicas	Leve Moderada Grave	Variable de interés
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico	Historias Clínicas	>65 años	Numérica discreta
Sexo	Diferenciación entre hombre y mujer por su fenotipo y genotipo	Historias Clínicas	Masculino Femenino	Categórica nominal
Comorbilidad	Toda afección orgánica o sistémica que presenta al momento del diagnóstico de otra patología	Historias Clínicas	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Tumores malignos del tracto digestivo	Categórica nominal
Complicación	Factor que repercute en la mejoría del cuadro clínico	Historias Clínicas	Shock hipovolémico Neumonía por aspiración	Categórica Nominal
Forma de presentación	Forma en la que se manifiesta la enfermedad	Historias Clínicas	Melena Hematemesis Mixta	Categórica nominal

Evolución	Actividad del sangrado según el tiempo	Historias Clínicas	Limitada Persistente Recidivante	Categórica nominal
Estancia Hospitalaria	Cantidad de días que el paciente permanece en la unidad hospitalaria	Historias Clínicas	Número de días	Numérica continua
Mortalidad	Pacientes fallecidos a causa de la HDA	Historias Clínicas	Sí No	Categórica nominal

ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE DATOS

Se almacenaron los datos en hoja de cálculo de Excel.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS V. 23 se realizará primero el análisis descriptivo de promedio y frecuencias.

RESULTADOS

El presente trabajo de investigación fue planteado con el objetivo de determinar la prevalencia de HDA de origen no variceal en pacientes mayores de 65 años que se atienden en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de enero a diciembre del 2019, por medio de la información obtenida en las historias clínicas. Una vez recopilada la información se clasificó, se tabuló y se estableció en tablas y gráficos para su mejor entendimiento. En función de los objetivos de la investigación y la hipótesis se hizo análisis e interpretación de los resultados.

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	71	66,4
FEMENINO	36	33,6
Total	107	100,0

Tabla 1. Distribución de la muestra según el sexo.

FORMA DE PRESENTACION

	Frecuencia	Porcentaje
HEMATEMESIS	17	15,9
MELENA	68	63,6
MIXTA	22	20,6
Total	107	100,0

Tabla 2. Distribución de la muestra según su forma de presentación

FORMA DE PRESENTACION*MORTALIDAD

		MORTALIDAD		Total
		NO	SÍ	
FORMA DE PRESENTACION	HEMATEMESIS	12	5	17
	MELENA	59	9	68
	MIXTA	16	6	22
Total		87	20	107

Tabla 3. Forma de presentación de la Hemorragia Digestiva Alta y su relación con la mortalidad.

EVOLUCION*MORTALIDAD

		MORTALIDAD		Total
		NO	SÍ	
EVOLUCION	LIMITADA	67	0	67
	PERSISTENTE	18	3	21
	RECIDIVANTE	2	17	19
Total		87	20	107

Tabla 4. Evolución de los pacientes y su relación con la mortalidad.

COMPLICACIONES*ESTANCIA HOSPITALARIA EN DÍAS

		ESTANCIA HOSPITALARIA EN DÍAS			TOTAL
		1 - 10 DÍAS	11 - 20 DÍAS	21 - 30 DÍAS	
COMPLICACIONES	NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN	5	0	0	5
	SHOCK HIPOVOLÉMICO	8	2	5	15
	NINGUNA	83	4	0	87
TOTAL		96	6	5	107

Tabla 5. Complicaciones y su relación con el número de días de estancia hospitalaria.

COMPLICACIONES*MORTALIDAD

		MORTALIDAD		Total
		NO	SÍ	
COMPLICACIONES	NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN	0	5	5
	SHOCK HIPOVOLÉMICO	0	15	15
	NINGUNA	87	0	87
TOTAL		87	20	107

Tabla 6. Complicaciones y su relación con la mortalidad.

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS
POR VEDA

DIAGNÓSTICO POR VEDA

	Frecuencia	Porcentaje
ÚLCERA GÁSTRICA FORREST III	26	24,3
GASTRITIS ANTRAL MODERADA	24	22,4
ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DE TIPO INTESTINAL	9	8,4
GASTRITIS ANTRAL LEVE	8	7,5
ÚLCERA GÁSTRICA FORREST IA	6	5,6
NO AMERITA VEDA	5	4,7
ÚLCERA GÁSTRICA FORREST IIA	3	2,8
GASTRITIS ATRÓFICA	5	4,7
ÚLCERA GÁSTRICA FORREST IB	2	1,9
ADENOCARCINOMA DE BULBO DUODENAL	3	2,8
ÚLCERA GÁSTRICA FORREST IIB	1	0,9
DESGARRO DE MUCOSA EN TERCIO DISTAL DE ESÓFAGO	2	1,9
TUMOR GÁSTRICO INFILTRANTE	2	1,9
ÚLCERA DUODENAL FORREST IIA	2	1,9
CANDIDIASIS ESOFAGICA	1	0,9
LESION SUBEPITELIAL TIPO GIST DE CUERPO	1	0,9
PANGASTRITIS EROSIVA ERITEMATOSA	1	0,9
TUMOR GÁSTRICO BORRMANN TIPO 3	1	0,9
TUMOR NEUROENDOCRINO ULCERADO EN ANTRO GÁSTRICO	1	0,9
ÚLCERA DUODENAL FORREST IB	1	0,9
ÚLCERA DUODENAL FORREST IIC	1	0,9
ÚLCERA DUODENAL FORREST III	1	0,9
ÚLCERA GÁSTRICA DE ASPECTO NEOPLÁSICO	1	0,9
TOTAL	107	100

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de las patologías de origen no variceal diagnosticadas por VEDA que causaron hemorragia digestiva alta en la población de estudio.

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO

	Frecuencia	Porcentaje
ADENOCARCINOMA TIPO PAPILAR G2 MODERADAMENTE DIFERENCIADO	1	0,9
ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DE TIPO INTESTINAL G1 BIEN DIFERENCIADO	2	1,9
ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DE TIPO INTESTINAL G2 MODERADAMENTE DIFERENCIADO	4	3,7
ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DE TIPO INTESTINAL G3 POCO DIFERENCIADO	3	2,8
ADENOCARCINOMA INFILTRANTE POCO DIFERENCIADO CON FENOTIPO NEUROENDOCRINO	1	0,9
ADENOCARCINOMA TIPO PAPILAR G2 MODERADAMENTE DIFERENCIADO	2	1,9
GASTRITIS ANTRAL CRÓNICA SUPERFICIAL CON HIPERPLASIA FOVEOLAR	7	6,5
GASTRITIS CRÓNICA ACTIVA SEVERA CON METAPLASIA INTESTINAL FOCAL Y REACTIVIDAD DEL EPITELIO GLANDULAR	1	0,9
GASTRITIS CRÓNICA MODERADA SIN METAPLASIA O DISPLASIA	17	15,9
LINFOMA NO HODGKIN, DIFUSO DE CÉLULAS PEQUEÑAS Y MEDIANAS INMUNOFENOTIPO B NO ESPECÍFICO	2	1,9
NO AMERITA BIOPSIA	67	62,6
TOTAL	107	100,0

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje del diagnóstico patológico en la muestra de estudio. La gastritis crónica sin metaplasia y displasia fue la más frecuente.

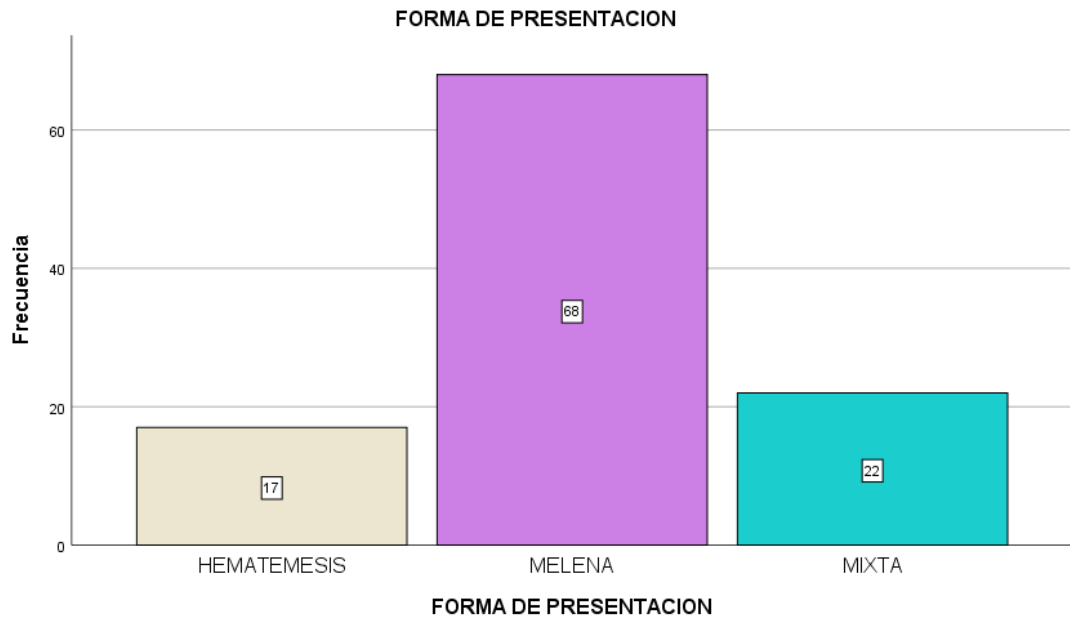


Gráfico 1. Distribución de la forma de presentación en la muestra, en la cual la melena fue la más frecuente con un total de 68 pacientes representando el 63,6%

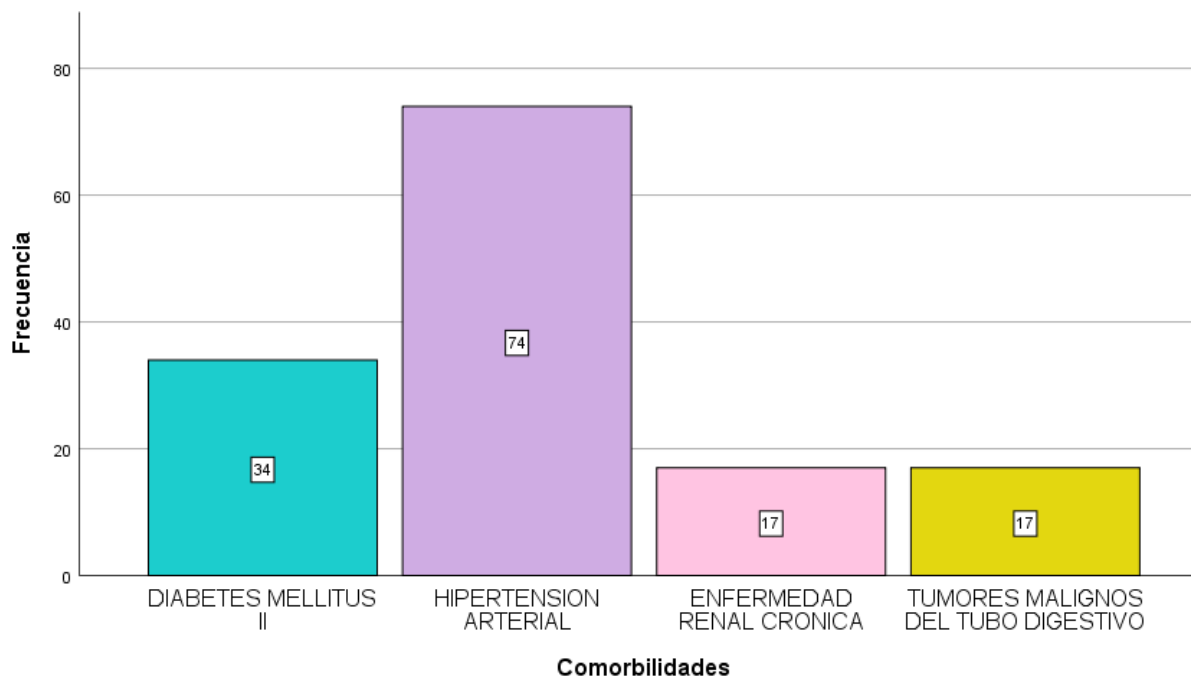


Gráfico 2. Distribución de las comorbilidades presentes en los pacientes de la muestra, la hipertensión arterial fue la más frecuente, con un total de 74 pacientes de los 107 de la muestra.

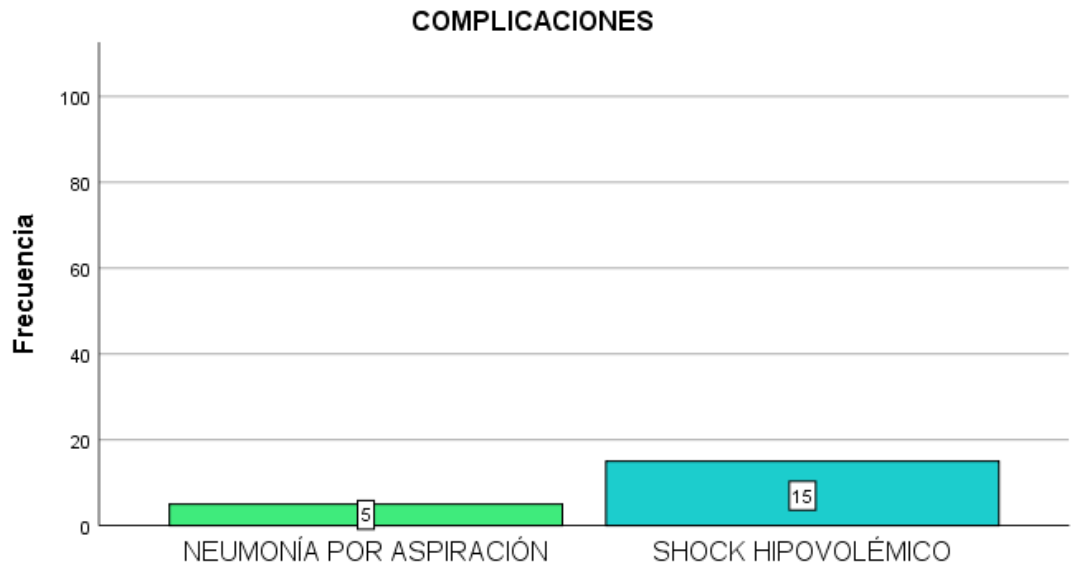


Gráfico 3. Distribución de las complicaciones en la muestra, siendo el shock hipovolémico el más frecuente con un total de 15 en total.

DISCUSION

La hemorragia digestiva alta de origen no variceal, es una patología reconocida como un problema de salud en el Ecuador, debido a su gran prevalencia, dentro de las estadísticas. Gran parte de esta alta prevalencia se debe a las enfermedades concomitantes presentes en los pacientes, así como los hábitos que presenten al momento del diagnóstico lo que complica muchas veces el pronóstico a corto y largo plazo. El presente estudio tuvo como fin determinar y demostrar la prevalencia de hemorragia digestiva alta de origen no variceal en pacientes mayores de 65 años que se atienden en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, ya que es muy conocido que esta patología se presente en pacientes de la tercera edad.

Una de las limitaciones que se presentó al momento de hacer el estudio fueron los registros de las historias clínicas de los pacientes puesto que muchas de ellas no estaban completas o no se le hacía un correcto seguimiento al paciente desde su momento del ingreso a la unidad hospitalaria en donde se ha realizado el presente estudio. Otra limitación que presentamos al momento de hacer seguimiento de los pacientes es la ausencia de registros de procedimientos fundamentales para realizar el tratamiento de los pacientes como es el caso de las endoscopías; puesto que muchas de estas no se realizaron por ausencia del propio paciente, lo que impidió conocer el diagnóstico y localización de la hemorragia.

Gómez P. realizó en Ecuador, en la ciudad de Guayaquil, un estudio descriptivo observacional de corte transversal en el cual demostró la prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática en Guayaquil en el año 2014 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, obteniendo como resultados que en la población de pacientes con cirrosis hepática fue de 100 pacientes, considerando el total de pacientes atendidos durante el periodo de estudio que fue de 736 pacientes en total. (3)

En Perú, Sucasaire J. realizó un estudio descriptivo, de tipo prospectivo y transversal en el cual fueron incluidos 188 pacientes como muestra obteniendo como resultados que la mayoría de los pacientes eran mayores de 60 años siendo este dato representados por el 60% de la muestra, asimismo determinó que el sexo masculino era el que predominaba en la prevalencia

sobre el sexo femenino con un 70%, la mortalidad de 7,8% y la causa más frecuente fue la úlcera gástrica, con diagnóstico por VEDA y siendo la de tipo Forrest III la más frecuente (1).

CONCLUSIONES

Del universo de estudio con un total de 630 pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta de origen no variceal, se usó una muestra de 107 pacientes de la cual se obtuvo como resultados una distribución de 71 pacientes de sexo masculino representando el 66,4% de toda la muestra, siendo este el sexo predominante; el sexo femenino representó un 33,6% de la muestra con un total de 36 pacientes.

siguiendo la forma de presentación la más frecuente fue la melena con un total de 68 pacientes representando el 63,6% y la forma mixta que se manifestó en 22 pacientes, representando el 20,6 %.

Analizando la mortalidad de los pacientes de la muestra (107 pacientes) de las tres formas de presentación la más letal fue la melena con un total de 9 pacientes fallecidos de los 68 en total, seguido de la forma mixta con 6 pacientes fallecidos de los 22 en total y por último 5 pacientes fallecidos de 17 en total que presentaron hematemesis como manifestación clínica.

La evolución de la enfermedad fue un factor importante para la mortalidad de los pacientes, de las tres formas la más frecuente fue la limitada con un total de 67 pacientes de los 107 de la muestra, de los cuales ninguno falleció, seguida de la persistente con un total de 21 pacientes de la muestra de los cuales fallecieron 3 y por último la recidivante con un total de 19 pacientes, siendo esta la que más muertes causó con un total de 17 fallecidos.

La complicación más frecuente fue el shock hipovolémico con un total de 15 pacientes representando el 14% de la muestra y la neumonía por aspiración con un total de 5 pacientes representando el 4,7 % de la muestra.

La estancia hospitalaria es fundamental para la evolución correcta de la patología en el paciente, puesto que según como se lleve esta puede presentar o no complicaciones. De la muestra de los 107 pacientes 5 de ellos presentaron neumonía por aspiración como complicación, todos estos pacientes estuvieron máximo 10 días en la unidad hospitalaria, el shock hipovolémico estuvo presente en 15 pacientes de los cuales 8 de ellos presentaron esta complicación en los primeros 10 días, 2 de ellos estuvieron

entre 11 y 20 días en la unidad hospitalaria, y 5 de ellos estuvieron más de 20 días en la unidad hospitalaria, sin embargo la buena resolución de la unidad hospitalaria hizo que predomine la ausencia de complicaciones en un total de 87 pacientes.

La importancia de la estancia hospitalaria y sus complicaciones radica también en su papel en la mortalidad de los pacientes.

El método diagnóstico de preferencia fue la Videoendoscopía Alta (VEDA), método mediante el cual se encontró a la úlcera gástrica Forrest III como la más frecuente con un total de 26 pacientes de los 107 de la muestra, representando el 24,3% del total de la muestra. Además del diagnóstico por VEDA también se hizo diagnóstico patológico; sin embargo, no todos los pacientes ameritaron diagnóstico por patología, en este último la gastritis crónica moderada sin metaplasia ni displasia fue la más frecuente con un total de 17 pacientes, representando el 15,9% de la muestra.

RECOMENDACIONES

- Realizar un correcto registro clínico de los pacientes al momento de llegar a la emergencia para poder hacer un correcto seguimiento tanto del paciente como de la patología que presente.
- Realizar un pronto diagnóstico por VEDA a los pacientes que presenten hemorragia digestiva alta para poder hacer un tratamiento más pronto y mejorar el pronóstico de ellos.
- Mejorar la terapéutica del paciente que presente hemorragia digestiva alta en el hospital para disminuir la estancia hospitalaria y así mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones.
- Llevar un mejor seguimiento de los pacientes que presenten cuadros clínicos leves de hemorragia digestiva alta para disminuir la morbilidad en la población.
- Realizar diversos trabajos de investigación sobre patologías gastrointestinales para disminuir la morbilidad de hemorragia digestiva alta en la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sucasaire Cjuiro. Factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
2. Ricardos Pérez, Santiesteban Fuentes, Yoander Nápoles Zaldívar, Natalio Bairán Ayala, Guillén Peregrín. Incidencia de la hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. *Banes* 2013–2017. *Rev* 16 Abril. 2018;57(269):151-6.
3. Gómez Astudillo. Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2014 [Tesis de grado]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2014.
4. González Rodríguez. Emergencias Quirúrgicas Sangrado Digestivo Alto No Variceal. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica* LXXII. 2015;72(614):141-8.
5. Betés M, Muñoz-Navas M. Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Medicine (Baltimore)*. 2016;12(2):82-91.
6. Guzmán JD, ES D, WF P. Tratamiento del sangrado digestivo alto. *Unidad Téc Gastroenterol- HECAM*. 2018;17(2):95-104.
7. Burbano LMM, Yusunguaira MVB, Burbano CM, Sierra DS, Isaías H. Causas más frecuentes de Hemorragia en Tubo Digestivo Alto de origen no variceal en paciente mayor de 50 años en Colombia. *Rev Navar Médica*. 2018;4(2):14-21.
8. Mohamed Abdelrahman, Steve Hornby. Upper gastrointestinal haemorrhage. *Surg Oxf*. 2017;35(11):649-57.
9. Bilal M. Evaluation and management of Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dis Mon*. 2018;64(7):333-43.
10. Faruq Pradhan, Hughes D, Narasimhan RA. Management of Upper Gastrointestinal Bleeding. *Hosp Med Clin*. 2017;6(261-282).
11. Biecker. Diagnosis and therapy of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Baishideng Publ Group Inc Rights Reserv*. 2015;6(6):172-82.
12. Mitsuhiro Fujishiro, et al. Guidelines for endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Jpn Gastroenterol Endosc Soc Tokyo Jpn*. 2016;28:363–378.
13. Santacoloma Osorio GCG. Manifestaciones gastrointestinales de la enfermedad renal crónica. *Rev Colomb Nefrol*. 2017;4(1):17-26.

14. Chih-Chia Liang, et al. Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients with CKD. *Am Soc Nephrol*. agosto de 2014;9:1354–1359.
15. Ki Bae Kim, Soon Man Yoon, Sei Jin Youn. Endoscopy for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Korean Soc Gastrointest Endosc*. 2014;47:315-9.
16. Isabelle Cremers, Suzane Ribeiro. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. *Ther Adv Gastroenterol*. 2014;7(5):206– 216.
17. Abdel Rahman Farag, et al. Non-variceal Causes and Outcome of Acute Upper Gastro-intestinal Bleeding among Cirrhotic Patients in Tropical Medicine Intensive Care Unit. *Trop Med Dep Fac Med Zagazig Univ Zagazig Egypt*. 2019;4(9):270-9.
18. Méndez Castro, Sólorzano Gorozabel, Quimi Cedillo, Poma López. VEDA terapéutica en hemorragia digestiva alta. © RECIMUNDO Editor Saberes Conoc. enero de 2020;4(1):152-61.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Zambrano Mecías Joan Manuel**, con C.C: # 1311823700 autor/a del trabajo de titulación: ***Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta de origen no variceal en pacientes mayores de 65 años que se atienden en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2019*** 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, **11 de septiembre de 2020**

f.

Nombre: Zambrano Mecías Joan Manuel

C.C: 1311823700



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta de origen no variceal en pacientes mayores de 65 años que se atienden en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2019		
AUTOR(ES)	Joan Manuel Zambrano Mecías		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Luz Clara Abarca Coloma		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11 de septiembre del 2020	No. PÁGINAS:	DE 27
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Interna, Gastroenterología, Cirugía		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	<i>hemorragia digestiva alta, hemorragia digestiva, úlcera péptica, endoscopía, hematemesis, melena</i>		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>La hemorragia digestiva alta o sangrado digestivo alto se define como todo tipo de sangrado que ocurre en la parte superior del tracto digestivo, siendo originado en cualquiera de los vasos sanguíneos o mucosa de las estructuras que forman el tracto digestivo desde el esófago hasta el duodeno, específicamente hasta el ángulo duodenal o ángulo de Treitz. El presente trabajo se trata de un estudio descriptivo observacional de corte transversal y retrospectivo. Del universo de estudio con un total de 630 pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta de origen no variceal, se usó una muestra de 107 pacientes de la cual se obtuvo como resultados una distribución de 71 pacientes de sexo masculino representando el 66,4%, el sexo femenino representó un 33,6% de la muestra con un total de 36 pacientes, la forma de presentación la más frecuente fue la melena con un total de 68 pacientes representando el 63,6%. La complicación más frecuente fue el shock hipovolémico con un total de 15 pacientes representando el 14% de la muestra y la neumonía por aspiración con un total de 5 pacientes representando el 4,7 % de la muestra. Fallecieron 20 pacientes, representando el 18,7% del total de la muestra.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 09999345272	E-mail: joanzamb@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Andrés Mauricio Ayón Genkuong		
	Teléfono: 0997572784		
	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):			