

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE MEDICINA**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA  
DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS, EN EL HOSPITAL VICENTE  
CORRAL MOSCOSO DE ENERO 2015 A DICIEMBRE 2016**

**AUTORA: PAULA FRANCISCA OLIVOS MASSA**

**DIRECTOR: DR. GUILLERMO QUINDE**

**ASESOR: DR. WILSON CAMPOVERDE**

**CUENCA – ECUADOR**

**AÑO 2017**

## *AGRADECIMIENTOS*

*Agradezco primero a Dios por darme seres queridos que velan por mí y por mi bienestar cada día, agradezco a mi familia por ser mi apoyo y sostén en el transcurso de los años. Si existe alguien que siempre ha confiado y ha creído en mí son ellos. Los amo.*

## *DEDICATORIA*

*A Dios por darme fuerzas y guiar mi camino,*

*A mi familia por su paciencia y amor,*

*A mi hermana, quiero ser tu mejor ejemplo,*

*A mi tutor por orientarme y creer en mí.*

*Gracias.*



## ÍNDICE

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
ABSTRACT .....	5
CAPÍTULO I.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	6
1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2 Justificación.....	7
CAPÍTULO II.....	9
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	9
2.1 Antecedentes .....	9
2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS .....	11
2.2.1.- Epidemiología .....	11
2.2.2.- Factores asociados .....	12
2.2.2.1 Dependencia del alcohol .....	14
2.2.2.2 Consumo de AINEs .....	15
2.2.3.- Etiología .....	16
2.2.3.1.- Úlcera Péptica .....	17
2.2.3.2.- Várices Esofágicas .....	18
2.2.3.3.- Síndrome de Mallory - Weiss .....	18
2.2.3.4.- Enfermedad de Dieulafoy .....	19
2.2.3.5.- Esofagitis .....	19
2.2.3.6.- Esofagitis Eosinofílica.....	19
2.2.3.7.- Esofagitis Péptica.....	20



2.2.3.8.- Esofagitis Infecciosa .....	20
2.2.3.9.- Esofagitis por Fármacos .....	21
2.2.3.10.- Adenocarcinoma Gástrico .....	21
2.2.4.- Manifestaciones Clínicas .....	22
2.2.5.- Diagnóstico y Tratamiento .....	23
2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS .....	25
2.4.- HIPÓTESIS .....	26
CAPÍTULO III.....	27
3. OBJETIVOS .....	27
3.1 Objetivo general:.....	27
3.2 Objetivos específicos: .....	27
CAPÍTULO IV .....	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	28
4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO .....	28
4.1.1 TIPO DE ESTUDIO.....	28
4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	28
4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO .....	28
4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	28
4.1.5 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.....	28
4.1.5.1 Población.....	28
4.1.5.2 Muestra .....	29
4.1.5.3 Muestreo .....	29
4.1.6 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN .....	29
4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	29
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	29
4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	29



4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	30
4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN ....	30
4.4.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	30
4.4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y .....	31
4.4.3.1 TABLAS .....	31
4.4.3.2 MEDIDAS ESTADÍSTICAS .....	31
4.5.- PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS ....	31
4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	31
4.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	31
CAPÍTULO V .....	34
5.- RESULTADOS .....	34
5.1.- CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO .....	34
5.2.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO VI .....	48
6.- DISCUSIÓN.....	48
CAPÍTULO VII .....	50
7.1.- CONCLUSIONES.....	50
7.2.- RECOMENDACIONES.....	52
7.3.- BIBLIOGRAFÍA.....	53
7.3.1.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	60



## RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

**Antecedente:** La hemorragia digestiva alta (HDA) es una causa frecuente de ingresos hospitalarios por la gravedad que representa. Los factores asociados son diversos, resulta necesario estudiarlos y conocer su prevalencia.

**Objetivo General:** Determinar la prevalencia y los factores asociados a hemorragia digestiva alta, en pacientes adultos ingresados en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período de enero 2015 a diciembre del 2016.

**Metodología:** Se realizó un estudio de corte transversal retrospectivo. El universo de estudio comprende 4.224 pacientes adultos y la muestra ha estado conformada por 187 a los que se les diagnosticó HDA. Los datos fueron obtenidos con la revisión de historias clínicas y tabulados en el programa Microsoft Excel y el software SPSS. Se realizó un análisis descriptivo, utilizando medidas de asociación para tablas de doble y triple entrada: prueba del Chi – Cuadrado de Pearson ( $p = 0,005$ ) y Odds Ratio (OR) con IC al 95% y 5% de error.

**Resultados:** Se determinó una prevalencia de HDA en un 4% al 6% en el período de estudio y los factores asociados comprobados han sido: Sexo Masculino con consumo crónico de alcohol OR 8,955 (IC95%: 4,169 – 19,236 con  $p = 0,000$ ) y Cirrosis con várices esofágicas OR 12,833 (IC95%: 4,094 – 40,229).

**Conclusiones:** De los pacientes estudiados, la mayoría son adultos mayores de sexo masculino, residencia rural e instrucción primaria. Asociados con mayor predominio al hábito alcohólico, su diagnóstico más frecuente fue de úlcera gástrica.

**Palabras claves:** HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, FACTORES ASOCIADOS, PREVALENCIA.



## ABSTRACT

**Background:** High digestive hemorrhage (HDA) is a frequent cause of hospital admissions because of the seriousness it represents. The associated factors are diverse, it is necessary to study and know their prevalence.

**General Objective:** To determine the prevalence and factors associated with upper gastrointestinal bleeding in adult patients admitted to the clinic of Vicente Corral Moscoso Hospital, from January 2015 to December 2016.

**Methodology:** A retrospective cross-sectional study was conducted. The universe of study comprises 4,224 adult patients and the sample has been conformed by 187 who were diagnosed with HDA. The data were obtained with the review of medical records and tabulated in the program Microsoft Excel and SPSS software. A descriptive analysis was performed using association measures for double and triple input tables: Pearson Chi - Square test ( $p = 0.005$ ) and Odds Ratio (OR) with 95% CI and 5% error.

**Results:** A prevalence of HDA was determined in 4% to 6% in the study period and the associated factors were: Male sex with chronic alcohol consumption OR 8,955 (95% CI: 4,169 - 19,236 with  $p = 0,000$ ) and Cirrhosis with varicose veins esophageal OR 12,833 (95% CI: 4.094-40.229).

**Conclusions:** Of the patients studied, the majority are male adults, rural residence and primary education. Associated with greater prevalence of alcoholic habit, the most frequent diagnosis was gastric ulcer.

**Key words:** HIGH DIGESTIVE HEMORRHAGE, ASSOCIATED FACTORS, PREVALENCE.



## CAPÍTULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

Hemorragia digestiva alta se define como aquella originada por encima del ángulo de Treitz; es decir, en la unión duodenoyeyunal y constituye una de las emergencias médicas más frecuentes. (1)

Se clasifica en HDA de origen no variceal, la cual es más frecuente que aquella de origen variceal, en una relación 3 a 1. La primera tiene por característica principal ser autolimitante en un 80% y requiere solo de medidas de sustento. (2)

Se estima una frecuencia de HDA a nivel mundial entre 50 y 140 pacientes por cada cien mil habitantes, la cual aumenta con la edad. En nuestro medio, la morbilidad es del 2 al 4 % del total de pacientes que son ingresados en los servicios de emergencia. (2)

Dentro de los principales factores asociados a HDA se encuentran: El abuso de antiinflamatorios no esteroideos, el hábito alcohólico, la infección por *Helicobacter pylori*. Este último asociado al desarrollo de úlcera péptica, la cual a su vez es responsable de un 50% de sangrados del tracto digestivo superior. (2)

Este estudio se encuentra enfocado a encontrar la prevalencia y factores asociados a hemorragia digestiva alta en adultos, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en un lapso de dos años comprendidos entre el 2015 y 2016. Con el objetivo de incidir en la población y en los profesionales de salud, para prevenir esta patología y sus posibles complicaciones e incluso la muerte.

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### 1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A nivel mundial la hemorragia digestiva alta (HDA) presenta una incidencia anual de hospitalización entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes, y su mortalidad alcanza al 5-10 % de los pacientes ambulatorios. (3,2) En los países occidentales su incidencia es de 100 a 150 casos por 100 000 habitantes al año. (1)



Anualmente, aproximadamente 100,000 pacientes son ingresados en hospitales de los Estados Unidos para terapia para hemorragia digestiva alta. En el Reino Unido, la HDA cuenta con 70.000 ingresos hospitalarios cada año, con la mayoría de los casos de origen no variceal. (4) La incidencia de HDA es 2 veces mayor en varones que en mujeres, en todos los grupos de edad; sin embargo, la tasa de mortalidad es similar en ambos sexos. (5) En nuestro medio, la morbilidad es del 2 al 4 % del total de pacientes que son ingresados en los servicios de emergencia. (2)

La HDA abarca un problema a nivel mundial, determinado por múltiples causas, dentro de los principales asociados al hábito del alcoholismo. El desconocimiento en las causas que lo desencadenan, tratamiento y prevención, hacen que su incidencia aumente diariamente.

### **1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

- ¿Cuál es la prevalencia de hemorragia digestiva alta, en pacientes adultos que han sido ingresados en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período de enero 2015 a diciembre del 2016?
- ¿Cuáles son los factores a los que se asocia con mayor frecuencia la hemorragia digestiva alta, en pacientes adultos que han sido ingresados en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período de enero 2015 a diciembre del 2016?

### **1.2 Justificación**

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una enfermedad que, si bien no se observa con tanta frecuencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, tiene un alto índice de hospitalizaciones y se ha convertido en un potencial de morbimortalidad de las personas afectadas.

Al ser esta enfermedad un problema de salud pública a nivel mundial, es importante conocer sobre ella; las principales causas que la desencadenan, como tratarse y cómo prevenirse dicho suceso.



Este proyecto tiene por objetivo determinar la prevalencia de esta enfermedad en los pacientes adultos que han sido ingresados al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso y conocer claramente los factores a los que se asocia con mayor frecuencia y establecer si existe alguna relación entre ellos. De esta manera crear una base de datos que sirva como materia prima para estudios posteriores que sean más precisos y que puedan intervenir de manera positiva y prevenir las diversas condiciones que favorecerían a su aparición y desarrollo.



## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

A nivel Internacional, Gallach y colaboradores en su investigación sobre el manejo de la hemorragia digestiva alta realizado en España en el año 2013, afirman que en el 80 al 90% de las HDA diagnosticadas tienen origen o causa no varicosa, aunque se trata de un problema con un nivel alto de hospitalización por complicación digestiva. Los autores mencionan que en España la frecuencia es de 80 casos por cada 100.000 habitantes que existen por año. (6)

Según Csendes y colaboradores en su investigación sobre situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile en el año 2016, afirman según las nuevas estadísticas del GLOBOCAN obtenidas en el año 2013 que hubo un aproximado de 984.000 nuevos casos de cáncer gástrico a nivel mundial, de los cuáles el 85% de estos fallecieron. Por tanto, el cáncer gástrico representa la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo y una importante causa de HDA. (7)

En la actualidad el cáncer gástrico se concentra en un 60% entre Japón, China y Corea. En este estudio se determinó al *Helicobacter pylori* como un factor importante en el desarrollo de cáncer gástrico en un 60-70%, sobre todo asociado al cáncer no cardial. (7)

En un estudio realizado por Urquiza y colaboradores en el año 2012 en Cuba, se estima que la frecuencia de HDA a nivel mundial se encuentra entre los 50 y 140 pacientes por cada cien mil habitantes por año que han sido hospitalizados. (8)

A nivel Latinoamericano, en un estudio realizado por Corzo y colaboradores, publicado en el año 2013, titulado factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en la ciudad de Lima – Perú, se determinó que la edad mediana de pacientes con HDA fue de 60 años. (9)



En este estudio concluyeron que dentro de los principales factores que aumentan el riesgo de mortalidad en pacientes con HDA, se encuentran: edad, el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, el resangrado, cirrosis, pacientes que presenten como primera manifestación clínica un cuadro de hematemesis y presentar como etiología una neoplasia maligna. (9)

Según Csendes y colaboradores en su investigación sobre situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile en el año 2016, afirma que este país posee un riesgo mediano a desarrollar cáncer gástrico, con una mortalidad de 19 por cada cien mil habitantes, con un riesgo alto en pacientes del sexo masculino y representa una importante causa de HDA. (7)

A nivel regional, el estudio realizado por Mero, publicado en la ciudad de Guayaquil, en el año 2014, titulado prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes que acuden al Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010 -2011 y propuesta de un protocolo actualizado de atención, afirma que la prevalencia de HDA encontrada en este Hospital fue de un 0,3%, con mayor predominio en un grupo etario entre los 61-80 años y en el sexo masculino. (10)

A nivel local, según Portilla G en su trabajo publicado en el año 2010 en la ciudad de Cuenca, titulado factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, se determinó que la HDA presenta predominio en los pacientes de sexo masculino, con 57,8% en aquellos con antecedentes de ingesta de alcohol y el consumo de AINE en un 14,1%. (11)

Durante un lapso de 12 meses de estudio se determinó como etiología principal las várices esofágicas en un 48,9%, seguido por gastritis erosiva en un 18,5% y úlcera gástrica en un 17,7% en un universo estimado de 135 pacientes. (11)

Para Álvarez y colaboradores en el trabajo realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2015, logró determinar la prevalencia en los factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores, en el sexo masculino con instrucción primaria, confirmando que la HDA es una de las principales urgencias gastroenterológicas. (2)



## 2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

La hemorragia digestiva alta se define como aquella originada por encima del ángulo de Treitz; es decir, en la unión duodenoyeyunal y constituye una de las emergencias médicas más frecuentes. (1)

### 2.2.1.- Epidemiología

La hemorragia digestiva alta es considerada una emergencia médica, es importante que todo el personal médico se encuentre capacitado para llevar a cabo un tratamiento efectivo, pero sobre todo indicar a la población medidas de prevención para de esta manera, evitar que esta enfermedad se desarrolle. (12)

A pesar de los últimos avances, la mortalidad por HDA no varicosa todavía se mantiene elevada. Sin embargo, existen estudios recientes que demuestran un descenso a valores que se mantienen por debajo del 5%. Esta reducción significativa se debe al mejor conocimiento, al desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y de tratamiento que facilitan su manejo. (12)

En la actualidad, uno de los principales factores que ayudan a pronosticar la mortalidad, son la edad y la recidiva temprana de la hemorragia, la cual ocurre en un 20% del total de pacientes. (12)

La incidencia de hospitalizaciones por hemorragia digestiva es de aproximadamente 25 episodios por cien mil habitantes, de los cuáles aproximadamente el 45% corresponde a pacientes mayores de 60 años. (13)

A nivel mundial la hemorragia digestiva alta (HDA) presenta una incidencia anual de hospitalización entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes, y su mortalidad alcanza al 5-10 % de los pacientes ambulatorios. (3) Esta entidad asocia una mortalidad que varía en los diferentes estudios entre el 2-14%. (14) En los países occidentales su incidencia es de 100 a 150 casos por 100 000 habitantes al año. (1)



Según el congreso de la American Gastroenterological Association (AGA) del 2016 se concluyó que la tasa de hospitalizaciones por HDA en EE. UU ha disminuido en un 18% entre el período de 2002 – 2012, desde los 80 a los 65 casos por 100.000 habitantes, con mayor prevalencia en varones y en pacientes > 85 años de edad. (15)

Se ha determinado que entre los principales factores que contribuyen a su desarrollo se encuentran: la edad, hemorragia digestiva alta previa, enfermedades crónicas, el uso de medicamentos como corticoides, anticoagulantes y antiinflamatorios no esteroideos. Aproximadamente del 50 al 60% de pacientes que consumen AINE desarrollan alteraciones gastrointestinales, de estos un 1% con condición grave que puede llevar hasta la muerte. (16)

### 2.2.2.- Factores asociados

La hemorragia digestiva alta es un problema de salud a nivel mundial. Se presenta con gran frecuencia y representa una importante causa de morbilidad y mortalidad. El envejecimiento de la población es un factor que se encuentra asociado a esta patología, la edad promedio de presentación corresponde a los 61-71 años. Se observa predominantemente en el sexo masculino en un 71%. (17)

Este estudio será basado en el ciclo de vida según el modelo de atención integral en salud del Ecuador (MAIS) (18) para clasificar la edad según rangos que puedan facilitar la recolección de datos.

Ciclo de Vida	Grupos de edad			
<b>Niñez</b> 0 a 9 años	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
<b>Adolescencia</b> 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
<b>Adultos/as</b>	20 a 64 años Adulto joven: 20 a 39 años      Adulto 40 a 64			
<b>Adulto/a mayor</b>	Más de 65 años			

**Fuente:** MSP. Manual del modelo de atención integral en salud – MAIS. Vol 1. 1ra ed. Ecuador: 2012.  
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Manual_MAIS-MSP12.12.12%20(1).pdf)



Según un estudio realizado en España que incluyó a 403 pacientes, la edad promedio en la que se presentó esta enfermedad resultó ser en adultos mayores, de 65 años y en la etnia caucásica se observó con un porcentaje del 96%. (14) No se han encontrado datos de frecuencia en la etnia mestiza, la cual es más común en el Ecuador.

El consumo de alcohol se ha visto relacionado en España en un 20% a la hemorragia digestiva alta. Sin embargo, el hábito tabáquico también se encuentra asociado en similar porcentaje. (14)

En relación al consumo de fármacos, esta enfermedad se presentó en un 19,6% de pacientes que no consumían ningún tipo de medicación, un 15,6% en aquellos que ingerían  $\leq 100$  mg de ácido acetilsalicílico por día y un 9,7% en aquellos que consumían una dosis superior a la anteriormente mencionada. (14)

Los AINE corresponden a un grupo frecuente de fármacos asociados a la HDA en un 16,6% del total de los pacientes estudiados. (12) Los tratamientos en base a la utilización de anticoagulantes como la Warfarina se relacionan en un 11,9% y a la heparina de bajo peso molecular en un 2,2%. Este tipo de medicamentos son utilizados a nivel mundial en casos de pacientes con enfermedad renal crónica, en sesiones de diálisis y como tratamiento de otras enfermedades; por tanto, deben ser considerados. (14)

Existen distintos factores que permiten predecir la persistencia del sangrado o la posibilidad de recurrencias; como son, la presencia de comorbilidades como insuficiencia cardíaca, enfermedades pulmonares, cirrosis hepática, entre otras. Los hallazgos en la endoscopía también resultan significativos, como la presencia de estigmas de alto riesgo. (14)

Un deterioro previo del paciente, las hemorragias desencadenadas por úlcera péptica, el hecho de no incorporar tratamiento con inhibidores de la bomba de protones posterior a la realización de una endoscopía. La utilización de heparina posterior a este procedimiento. Estos son factores que también influyen en la aparición de un resangrado. (14)



### 2.2.2.1 Dependencia del alcohol

Según la OMS (19) alcoholismo se define como:

“El consumo crónico o periódico de alcohol, caracterizado por la imposibilidad de controlar la ingesta, frecuentes episodios de intoxicación y la falta de preocupación con respecto al alcohol, a pesar de sus consecuencias adversas” (p12).

Este término ya no es utilizado debido a su inexactitud, razón por la que se prefiere hablar de síndrome de dependencia del alcohol.

Según la OMS (19) el síndrome de dependencia del alcohol se define como:

“Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él” (p11).

El consumo de alcohol de manera periódica favorece al desarrollo de múltiples patologías. Se habla de un consumo de riesgo cuando su ingesta persistente ocasiona consecuencias que terminan siendo perjudiciales para la salud. La OMS (19) lo define como: “Consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres” (p10).

El consumo perjudicial se refiere a una costumbre de ingesta que afecta a las personas tanto física como mentalmente. La OMS (19) lo define como: “Consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres” (p11).

Se ha determinado que una de las complicaciones por abuso de alcohol, es la afección hepática, cuyo riesgo se ha establecido con tasas de consumo bajo (30g/día). El sexo femenino presenta un riesgo entre 2 a 4 veces mayor que el sexo masculino de presentar toxicidad hepática. (20)

La ingesta aguda de alcohol en grandes cantidades puede ocasionar gastritis erosiva, mientras que la ingesta crónica favorece al desarrollo de hepatopatía crónica como la cirrosis. (21)



La hepatopatía alcohólica y la cirrosis hepática son complicaciones del consumo de alcohol a largo plazo y en altas cantidades y corresponde tan solo al 10-20% del total de enfermedades crónicas que pueden presentar las personas que ingieren abundantes cantidades de alcohol. (21)

De estas enfermedades crónicas se pueden deslindar múltiples complicaciones que comprometen la supervivencia de los pacientes. Dentro de las principales se encuentran la descompensación hepática, la hemorragia de origen variceal e incluso el carcinoma hepatocelular. (21)

#### **2.2.2.2 Consumo de AINEs**

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos son conocidos a nivel mundial por su acción de triple efecto, la cual comprende una labor antiinflamatoria, analgésica y antipirética. En la actualidad se asocia su consumo a múltiples complicaciones tanto gastrointestinales como cardiovasculares las más conocidas, esto debido sobre todo al uso desmedido de los mismos. (22)

Se han establecido factores que se asocian al riesgo de sufrir úlcera péptica por consumo de AINE, dentro de los principales se encuentran: la edad, considerando que existe un riesgo significativo a partir de los 60 años y un riesgo bastante alto en aquellos mayores de 70 años; antecedentes de enfermedad ulcerosa previa, el consumo de dosis elevadas de AINE y el uso concomitante con otros medicamentos como corticoides, anticoagulantes e incluso con otros AINEs. (22)

Existen a su vez otros factores con los que se relaciona el riesgo de lesión, aunque el papel que estos emplean es menos conocido. Entre ellos se encuentran: el sexo masculino, el hábito tabáquico, el hábito alcohólico y la presencia de patología cardiovascular. (22)

La mayoría de AINE causan lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal, suelen cursar asintomáticas y desaparecen mediante un proceso de adaptación al fármaco. Sin embargo, este proceso agudo favorece al desarrollo de lesiones más graves como la formación de úlceras gástricas y duodenales y las respectivas complicaciones que estas conllevan: sangrado y la perforación. (22)



Se ha considerado que el uso crónico de AINE en un plazo de 6 a 12 meses de tratamiento, implica el riesgo de desarrollar úlceras sintomáticas entre un 4 – 8% y de ellos solo un 1-2% sufre complicaciones. Sin embargo, un 25% de pacientes refieren malestar epigástrico con el consumo crónico y de un 10 - 30% de pacientes desarrollan úlceras pépticas que cursan asintomáticas y son diagnosticadas como hallazgo con el uso de endoscopia sistemática. (22)

El mecanismo fisiopatológico por el que estos medicamentos producen daño de la mucosa gástrica comprende tanto un efecto directo como indirecto. El directo se da por atrapamiento iónico que provoca alteración del metabolismo y permeabilidad celular e inhibición de la fosforilación oxidativa que desencadena en una disolución del núcleo, disrupción de comunicaciones intercelulares, necrosis, erosiones y finalmente sangrado. (23)

El mecanismo indirecto por el que produce lesión comprende la inhibición de la síntesis de prostaglandinas, al privar la acción de la isoenzima COX–1. Esta reacción provoca disminución de secreción y viscosidad del moco, disminución en la síntesis de bicarbonato, proliferación celular y flujo sanguíneo produciendo adhesión de leucocitos y la síntesis de leucotrienos. (23)

Es importante conocer las posibles complicaciones que se pueden dar con el uso crónico de fármacos antiinflamatorios no esteroideos, incluso de aquellos consumidos en dosis bajas. En la actualidad aproximadamente un 60% de pacientes que ingresan con diagnóstico de hemorragia digestiva alta han tomado recientemente uno o más AINEs, que con frecuencia no han sido prescritos por ningún facultativo; al contrario, son automedicados. (22)

### **2.2.3.- Etiología**

Dentro de las principales patologías causantes de hemorragia digestiva alta, se encuentran encabezando el primer lugar las de origen no varicoso, como la úlcera péptica. (24) A continuación, se detallará en una tabla las diferentes etiologías en su respectivo orden de frecuencia.



ETIOLOGÍA	FRECUENCIA
Úlcera péptica gastroduodenal	40-50%
Várices esofagogástricas	15-25%
Erosiones gástricas y duodenales	10-15%
Síndrome de Mallory-Weiss	5-15%
Esofagitis	5-10%
Tumores	3-4%
Angiodisplasias	2-3%
Enfermedad de Dieulafoy	1-2%

**Fuente:** Saperas E. Hemorragia gastrointestinal. En: Rozman C, Farreras P. Medicina Interna. 17ª ed. España: Elsevier; 2012. 225-231.

### 2.2.3.1.- Úlcera Péptica

La úlcera péptica es la causa más común de hemorragia digestiva alta, aproximadamente de un 40%. (25) Dentro de los pacientes con un alto índice para desarrollar úlcera péptica se encuentran aquellos con antecedentes de abuso de alcohol, insuficiencia renal crónica y por el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). (25)

Es más frecuente el sangrado proveniente de la úlcera duodenal que de la úlcera gástrica, relacionadas principalmente con la infección por *Helicobacter pylori*, el cual causa inflamación directa de la mucosa gástrica y duodenal. Según la literatura se ha encontrado incidencia del 71% de la infección por *H. pylori* en pacientes con úlceras duodenales hemorrágicas, mientras que los pacientes con úlcera no hemorrágica tuvieron una incidencia de 93%. (5)

La tasa de incidencia de úlcera péptica ha ido en descenso, esto gracias a los nuevos avances en tratamiento para la erradicación del *Helicobacter pylori*. (26)

En aproximadamente el 80% de los pacientes, el sangrado de una úlcera péptica se detiene espontáneamente. (5) Se ha establecido una mortalidad aproximada del 5 – 10%. (25)

Dentro de los factores de riesgo para recidiva de sangrado de una úlcera se encuentran la edad mayor de 60 años, la presencia de shock al ingreso,



coagulopatía, sangrado pulsátil activo y la presencia de enfermedad cardiovascular. (25)

### **2.2.3.2.- Várices Esofágicas**

Las várices esofágicas son canales que se encargan de comunicar la circulación venosa portal con la sistémica. Afecta principalmente a la submucosa del esófago y se presenta secundario a hipertensión portal. Dentro de las más frecuentes complicaciones se encuentra la ruptura y el sangrado y estas se asocian con una tasa elevada de mortalidad. (27)

La hemorragia de origen varicoso es responsable de entre 10 y 30% de todos los casos de hemorragia digestiva alta. (27) La frecuencia de várices esofágicas varía entre 30% y 70% de los pacientes con cirrosis, y un 9–36% de los pacientes presentan aquellas con denominación de alto riesgo.

Las várices gástricas son con frecuencia resultado de hipertensión portal, se encuentran presentes en 5–33% de estos pacientes. (27)

### **2.2.3.3.- Síndrome de Mallory - Weiss**

Se trata de una lesión traumática penetrante longitudinal del esófago inferior o desgarró en la unión gastroesofágica producida por el aumento súbito de la presión abdominal, habitualmente producidos por vómitos. (28) Constituye alrededor del 5% de las causas de HDA. (25) Náuseas, vómitos no hemáticos y el reflujo gastroesofágico pueden preceder a vómitos más intensos que producen el síndrome. Es más frecuente en varones. (25)

La hemorragia puede ser una hematemesis limitada (80 a 90%), y en pocos casos puede llegar a ser importante con melena y repercusión hemodinámica. La recurrencia hemorrágica es menor al 5%. El diagnóstico presuntivo se efectúa con los antecedentes y se confirma con la endoscopia. Los hallazgos pueden ir desde la observación de una laceración limpia, a desgarró con hemostasia reciente o mostrar sangrado activo o vaso visible. (28)



#### **2.2.3.4.- Enfermedad de Dieulafoy**

La lesión de Dieulafoy es una anomalía vascular que puede localizarse en cualquier parte de tracto gastrointestinal, ubicándose principalmente en el estómago proximal. Se ha encontrado esta patología también en bronquios. Representa una causa rara y grave de la hemorragia digestiva alta. Puede presentarse en cualquier edad. (29)

Esta enfermedad vascular consiste en una arteria histológicamente normal que sigue un trayecto aberrante. Representa entre aproximadamente el 1 al 2% del total de casos de hemorragia digestiva alta. (29)

No se ha encontrado una causa determinada. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, adultos y que presenten algún tipo de comorbilidad. El uso de AINE también se ha visto asociado al desarrollo de la misma. (30)

Esta enfermedad se caracteriza por cursar de manera silenciosa, presentándose inicialmente con sangrados gastrointestinal leves que posteriormente se vuelven masivos y recurrentes. (28)

La endoscopía es considerada de elección para su respectivo diagnóstico. La detección puede dificultarse debido a la ausencia de sangrado activo, ya que la mucosa se observa aparentemente normal, esto conlleva a realizarse endoscopias a repetición para llegar a un diagnóstico definitivo. Esta enfermedad posee una recurrencia del 9-40%. (30)

#### **2.2.3.5.- Esofagitis**

La esofagitis se caracteriza por que existe lesión, inflamación e irritación de la mucosa esofágica. Tiene múltiples agentes causales como infecciones, agentes tóxicos e incluso puede asociarse a un compromiso inmunológico y alérgico. (31)

#### **2.2.3.6.- Esofagitis Eosinofílica**

Representa una reacción inmunológica frente a diferentes tipos de alimentos o alérgenos, causando hipersensibilidad y como respuesta a la misma, la infiltración



de eosinófilos en el esófago. Esta patología afecta sobre todo al sexo masculino, con predominio adultos jóvenes que hayan presentado síntomas en los 4 a 5 años previos al diagnóstico. (31)

Inicialmente se asociaba al reflujo gastroesofágico, debido a las alteraciones similares que estas presentaban, como la alteración papilar y la presencia de eosinófilos intraepiteliales. Posteriormente se realizaron análisis en pacientes en los cuales al administrar antiseoretos no se encontraba mejoría; la cual resultó eficaz con el cambio de la dieta. Es desde entonces que se demostró el mecanismo alérgico que esta posee. (31)

Para el diagnóstico se debe considerar tanto la clínica como los hallazgos endoscópicos e histológicos. El tiempo aproximado en el que se establece un diagnóstico definitivo es de 6 años posterior al inicio de los síntomas. Al existir esta dificultad, se presenta como principal complicación el riesgo de fibrosis. (31)

#### **2.2.3.7.- Esofagitis Péptica**

Se encuentra asociado al reflujo gastroesofágico que no haya recibido tratamiento. Como complicaciones principales puede producir ulceraciones en la mucosa esofágica que producen sangrado. La mayor parte de las hemorragias de esta causa mejoran con tratamiento médico basado en inhibidores de la bomba de protones y protectores locales. (28)

El diagnóstico se establece sobre todo con las manifestaciones clínicas, las cuáles se presentan similares a las del reflujo gastroesofágico y se recomienda corroborar con endoscopia y en caso de que se encuentre un sangrado activo, utilizarla en forma terapéutica. (28)

#### **2.2.3.8.- Esofagitis Infecciosa**

Se presenta sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. Sin embargo, las personas inmunocompetentes también pueden resultar afectadas, con menor frecuencia.

Las esofagitis por *Candida albicans* son las más frecuentes en ambos grupos de riesgo. Este hongo diploide asexual puede encontrarse como comensal esofágico.



Se ha encontrado una prevalencia de colonización de hasta el 20% en adultos sin patología alguna. (32)

Con frecuencia se puede observar al examen físico el compromiso orofaríngeo, caracterizado por la presencia de placas blanquecinas adheridas a la mucosa, sin embargo, su ausencia no excluye el diagnóstico. El diagnóstico definitivo se establece con el examen histológico obtenido por cepillado o biopsia de la lesión. El tratamiento con antimicóticos sistémicos se asocia a una respuesta favorable. (32)

La esofagitis herpética se observa con mayor frecuencia en pacientes inmunodeprimidos, pero también se puede encontrar en inmunocompetentes debido a la reactivación del virus, el cual se puede extender a través del nervio vago o de una infección de la faringe. Se encuentra vinculada al Virus del Herpes Simple tipo 1. (31)

El diagnóstico debe realizarse con endoscopía en la cual se pueden visualizar lesiones de aspecto vesicular que posteriormente forman úlceras circunscritas rodeadas por mucosa sana. Para establecer un diagnóstico definitivo se debe realizar un estudio histopatológico del borde de dicha úlcera. (31)

#### **2.2.3.9.- Esofagitis por Fármacos**

Este tipo de lesiones son inducidas por medicamentos que producen reflujo gastroesofágico con su consecuente lesión del esófago actuando de manera indirecta. Sin embargo, también pueden actuar de forma directa con un efecto cáustico sobre la mucosa que se encuentra recubriendo el esófago. Entre los principales grupos se encuentran antibióticos, AINEs, antirretrovirales, bifosfonatos, entre otros. (32)

#### **2.2.3.10.- Adenocarcinoma Gástrico**

El cáncer gástrico representa una causa de hemorragia digestiva alta y una importante causa de muerte a nivel mundial. Se diagnostican aproximadamente un



millón de casos anualmente, con una supervivencia del 20% en la mayoría de países. (33)

El adenocarcinoma representa el 85% del total de cánceres gástricos, un 15% lo ocupan linfomas y tumores de estroma. Tiene una frecuencia de 2:1 en hombres y mujeres. Se presenta con mayor predominio en mayores de 60 años. El orden en el que los cánceres gástricos se originan, en primer lugar, en el tercio proximal del estómago (37%), seguido de la región distal del estómago (30%), de la parte media del mismo (20%) y de la totalidad gástrica en tan solo un 13%. (33)

Dentro de los principales factores que predisponen a esta patología, se encuentra, el *Helicobacter Pylori*, que al inicio puede ser el causante de una gastritis superficial que posteriormente causa una atrofia crónica de la mucosa gástrica. Se recomienda la endoscopía como método principal para su diagnóstico. (33)

#### **2.2.4.- Manifestaciones Clínicas**

Para el diagnóstico de la hemorragia digestiva alta, el médico de enfocarse de manera primordial en la clínica y en la historia que tenga el paciente, debido a que esto proporciona información que facilita un análisis. Dentro de las principales manifestaciones clínicas de la hemorragia digestiva alta, se presenta hematemesis en un 40-50% y melena en un 70-80% del total de pacientes que desarrollen esta patología. (34,5)

Se define hematemesis como un vómito con la presencia de sangre rojo rutilante, coágulos o restos hemáticos. Y melena como la eliminación de heces de color negro, brillantes. Para que este último se produzca se requiere al menos una extravasación de 60-100ml de sangre en el aparato digestivo superior. (34)

El color de las heces no siempre es un indicador íntegro de hemorragia digestiva alta, esto se debe a que otro signo que se puede presentar es la hematoquecia la cual aparece en un 15 a 20% del total de estos pacientes y se manifiesta como la eliminación por el ano de sangre de coloración rojo rutilante o rojo oscuro. (34)

Este signo se manifiesta sobre todo en hemorragias digestivas altas masivas, con una pérdida de un volumen aproximado de 1000ml, pueden a su vez verse



asociadas a un tránsito rápido, esta condición incluye a pacientes que hayan sido intervenidos quirúrgicamente de resección intestinal. (34)

La presentación de signos y síntomas de shock hipovolémico se encuentran asociados principalmente a la gravedad de la hemorragia, presentándose con mayor frecuencia en las masivas. (34) A continuación, se presentará una tabla que corresponde a los parámetros clínicos que permiten evaluar la magnitud de la pérdida hemática.

Gravedad	Síntomas y signos clínicos
HDA leve	<ul style="list-style-type: none"><li>· Paciente asintomático, constantes normales, piel normocoloreada, templada y seca</li><li>· Indica una pérdida de hasta un 10% de la volemia circulante</li></ul>
HDA moderada	<ul style="list-style-type: none"><li>· TA sistólica &gt; 100 mmHg, FC &lt; 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales positivos</li><li>· Pérdida de un 10-25% de la volemia</li></ul>
HDA grave	<ul style="list-style-type: none"><li>· TA sistólica &lt; 100 mmHg, FC 100-120 ppm, taquipnea, intensa vasoconstricción periférica (palidez intensa, frialdad, sudoración, etc.), inquietud o agitación, oliguria, signos posturales positivos</li><li>· Pérdida del 25-35% de la volemia</li></ul>
HDA masiva	<ul style="list-style-type: none"><li>· Shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria</li><li>· Pérdida superior al 35% de la volemia</li></ul>

**Fuente:** Villanueva C, García J, Hervás A. Hemorragia gastrointestinal. En: Montoro M, García J. Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología [Internet]. Vol 2. España: © Cto editorial; 2016. P. 55-85. Disponible en: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03\\_Gastroenterologia.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf).

### 2.2.5.- Diagnóstico y Tratamiento

Como primera instancia una buena historia clínica facilita el llegar a un diagnóstico, el cual se recomienda ser corroborado con estudios complementarios. La endoscopía digestiva alta se considera el Gold estándar para establecer un diagnóstico de hemorragia digestiva alta y el estudio histopatológico para un diagnóstico definitivo. (35)

En la actualidad se han incluido varias escalas que permiten predecir riesgo de resangrado y la persistencia de los mismos. Mediante la endoscopía se puede



determinar la escala de Forrest, basado en la aparición de estigmas de sangrado reciente, esta a su vez ayuda a estratificar a los pacientes que presenten hemorragia digestiva alta no varicosa, por el riesgo que estas presentan de recurrencia de sangrado y altos índices de mortalidad. (35)

El empleo de las tablas facilita el diagnóstico y sirve para estadificar; método que favorece a la elección de un adecuado tratamiento. Por ejemplo, en aquellos pacientes en los que se evidencia un sangrado activo; es decir, una categoría Forrest Ia, Ib, se podría considerar aplicar endoterapia, tratamiento que actualmente se considera de primera línea. (35)

Según estudios se ha determinado que la modalidad dual de endoterapia con adrenalina ha demostrado tener mayor eficacia que la modalidad de monoterapia basado solo en la utilización de epinefrina. A pesar de dicha opción, existe una amplia gama de terapias endoscópicas que favorecen a la hemostasia en casos de hemorragia digestiva alta no varicosa que podrían considerarse. (35)

En pacientes con hemorragia digestiva alta de origen varicoso, se recomienda antes de realizar la endoscopia, utilizar profilaxis antibiótica y tratamiento con terlipresina 2mg IV cada 4 a 6 horas. Al encontrar várices esofágicas se debe considerar ligarlas, situación que ha reducido el resangrado y la mortalidad de estos pacientes. La escleroterapia ya no se recomienda actualmente. (35)

En caso de que existan várices gástricas, guías americanas recomiendan utilizar N-butil-2-cianacrilato en inyección. En varias ocasiones se ha tenido que repetir el tratamiento para completar la oclusión de las mismas. (35) El hecho de no realizar una endoscopia digestiva puede de manera potencial aumentar la estancia de pacientes de bajo riesgo, lo que significaría un costo adicional por parte de cada país, sobre todo en los servicios públicos.



### 2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Hemorragia:** Pérdida de sangre a través de vasos sanguíneos dañados. (36)

**Hemorragia digestiva alta:** Es aquella pérdida de sangre originada por encima de la unión duodenoyeyunal. (1)

**AINE:** Medicamento antiinflamatorio no esteroideo. (36)

**Úlcera péptica:** Es una alteración en el revestimiento de la mucosa que cubre esófago, estómago o duodeno. Entre su principal etiología se encuentra el Helicobacter Pylori y el tratamiento con ciertos medicamentos como los AINE. (36)

**Neoplasia:** Es una masa anormal de tejido que se produce por una hiperplasia o una falla en el mecanismo de apoptosis. Puede ser benigna y maligna. (36)

**Hiperplasia:** Es el aumento de número de células en un órgano o tejido. (36)

**Apoptosis:** Muerte celular programada. (36)

**Cirrosis:** Enfermedad crónica progresiva que afecta al parénquima hepático. En la que la estructura normal del hígado es reemplazada por tejido fibroso. (37)

**Síndrome de Mallory Weiss:** Lesión traumática penetrante longitudinal del esófago inferior o desgarró en la unión gastroesofágica producida por el aumento súbito de la presión abdominal, habitualmente producidos por vómitos. (28)

**Melena:** Materia fecal de coloración negra, secundario a la degradación de la hemoglobina en hematina. (28)

**Hematoquezia:** Eliminación de sangre pura por el ano, puede acompañarse de la presencia de coágulos, con o sin materia fecal. (28)

**Hematemesis:** Eliminación de sangre a través del vómito. (28)

**Shock hipovolémico:** Síndrome multifactorial, caracterizado por un colapso circulatorio, lo que conlleva a una alteración en la perfusión y oxigenación de los tejidos. (38)

**Helicobacter Pylori:** Bacteria que causa inflamación y alteración en el revestimiento mucoso de estómago y duodeno. (36)



**Endoscopia:** Procedimiento para examinar en el interior del tubo digestivo. Se realiza a través de un endoscopio. (36)

#### **2.4.- HIPÓTESIS**

La hemorragia digestiva alta se asocia frecuentemente a factores tanto sociodemográficos como a aquellos biológico - ambientales que comprenden sobre todo al consumo crónico de alcohol y de fármacos antiinflamatorios no esteroideos.



## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo general:

- Determinar la prevalencia y los factores asociados a hemorragia digestiva alta, en pacientes adultos ingresados en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período de enero 2015 a diciembre del 2016.

#### 3.2 Objetivos específicos:

- 1) Determinar según frecuencia que factores socio - demográficos prevalecen en pacientes con hemorragia digestiva alta.
- 2) Determinar según frecuencia que factores biológico – ambientales se asocian a pacientes con hemorragia digestiva alta.
- 3) Identificar si existe asociación significativa entre los factores estudiados.
- 4) Identificar el sitio de lesión más frecuente mediante la utilización de endoscopia.
- 5) Determinar según frecuencia la causa principal de hemorragia digestiva alta en adultos ingresados en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso.



## **CAPÍTULO IV**

### **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO**

##### **4.1.1 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal.

##### **4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

Servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, provincia Azuay.

##### **4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO**

Según los registros del INEC obtenidos en el departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso, el universo corresponde a un número total de 4.224 pacientes ingresados en el servicio de clínica.

##### **4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La muestra se encuentra representada por la totalidad de pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período de enero 2015 a diciembre 2016. Esto debido a que el número de casos es pequeño y de fácil acceso.

##### **4.1.5 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.**

###### **4.1.5.1 Población**

Conformada por 4.224 pacientes adultos ingresados en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo de enero 2015 a diciembre 2016.



#### **4.1.5.2 Muestra**

Establecida en 240 pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta.

#### **4.1.5.3 Muestreo**

Para la determinación de la muestra se realiza un muestreo no probabilístico, selectivo. De acuerdo a las historias clínicas, se obtuvieron los datos de 187 pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta, debido a que las 53 historias clínicas se encontraban con datos incompletos, incorrectos que no aseguraban la confiabilidad en las mismas.

#### **4.1.6 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN**

Servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, provincia Azuay.

#### **4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

Estudio de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal.

#### **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes mayores de 20 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en la edad adulta ingresados al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Pacientes ingresados en el servicio de clínica durante el periodo de enero 2015 a diciembre del 2016.
- Pacientes que consten en la base de datos del departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.



### **4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes menores de 20 años.
- Pacientes que no tengan diagnóstico de hemorragia digestiva alta.
- Pacientes ingresados en otro periodo de tiempo que no corresponda al del estudio.
- Fichas mal llenadas.
- Fichas con letra ilegible.
- Fichas que no se encuentren en el departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el momento de la recolección de datos.

### **4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN**

#### **4.4.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

La información recolectada por los instrumentos de investigación, ha recibido el procesamiento a través de programas estadístico SPSS, versión 15.00 de Evaluación y Excel.

#### **4.4.2 TÉCNICA**

Se aplicaron las preguntas que conformaron el cuestionario de la ficha de recolección de datos.

Como instrumento investigativo se ha utilizado la ficha de recolección de datos, realizada directamente por el investigador, elaborada entorno a las variables tanto dependientes como independientes, las mismas que han sido obtenidas desde un margen bibliográfico.

La información ha sido proporcionada por el centro estadístico del Hospital Vicente Corral Moscoso, mediante la historia clínica de los pacientes que consten en el sistema de datos con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, por tanto, se trata de información legal y legítima, sin datos modificables.



#### **4.4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR**

##### **4.4.3.1 TABLAS**

- La información recopilada ha sido digitalizada en una base de datos usando SSPS, versión 15, luego se han elaborado tablas en las cuales constan con detalle los resultados por cada uno de los ítems de las variables que se plantearon, tanto por frecuencia como porcentajes.

##### **4.4.3.2 MEDIDAS ESTADÍSTICAS**

Las variables han sido tabuladas con la ayuda del programa SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) para Windows versión 15.0. Para el estudio realizó el análisis mediante estadística descriptiva y medidas de tendencia central; la asociación de estadística se midió con la prueba del Chi - cuadrado de Pearson y con razón OR o RR y su intervalo de confianza (IC) al 95%.

#### **4.5.- PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS**

Para la ejecución del estudio se solicitó realizar un convenio entre el ministerio de salud pública y la universidad católica de cuenca, para la recolección de datos. En la presente investigación la información que se recolectará de las historias clínicas se utilizará de manera única y exclusiva para procesos investigativos. Por ningún motivo los datos registrados en las historias clínicas serán de uso público y la autora del presente trabajo será la responsable del manejo de la información. Este estudio de ninguna forma compromete la seguridad de los pacientes y no presenta riesgo conocido.

#### **4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

##### **4.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

###### **VARIABLES:**

Variable independiente: Factores asociados a hemorragia digestiva alta.

Variable dependiente: Determinación de prevalencia.



## Operacionalización:

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Edad	Número de años cumplidos del individuo y relación con la aparición hemorragia digestiva alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adulto joven: 20-39 años.</li> <li>▪ Adulto: 40-64 años.</li> <li>▪ Adulto mayor: &gt;65 años.</li> </ul>	Fecha de nacimiento	Numérica
Sexo	Características morfológicas que distinguen a un hombre de una mujer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Masculino</li> <li>▪ Femenino</li> </ul>	Caracteres sexuales primarios y secundarios	Categórica
Lugar de residencia	Lugar donde reside la persona en los últimos 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urbana</li> <li>▪ Rural</li> </ul>	Lugar de residencia	Categórica
Nivel de instrucción	Años de estudio de una persona en una institución formal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analfabeta</li> <li>▪ Primaria</li> <li>▪ Secundaria</li> <li>▪ Superior</li> </ul>	Años de estudio	Categórica
Ingesta crónica de alcohol	Ingestión diaria de alcohol por un largo tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Consumo crónico	Categórica
Ingesta crónica de AINEs	Consumo mayor de 6 meses en relación a la aparición de HDA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Tiempo de consumo mayor de 6 meses	Categórica
Úlcera péptica	Defecto de la mucosa esofágica, gástrica o duodenal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Hallazgo endoscópico	Categórica
Neoplasia del tracto gastrointestinal superior	Crecimiento de tejido maligno por encima del ángulo de treitz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Hallazgo endoscópico	Categórica
Cirrosis hepática	Enfermedad crónica difusa e irreversible del hígado, caracterizada por fibrosis y compromiso de funcionalidad hepática.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Diagnóstico clínico y ecográfico	Categórica
Várices esofágicas	Son colaterales porto-sistémicas que se forman como consecuencia de hipertensión portal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Hallazgo endoscópico	Categórica
Síndrome de Mallory-Weiss	Desgarros no perforantes de la membrana mucosa gastroesofágica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Diagnóstico clínico y endoscópico	Categórica
Infección por Helicobacter Pylori	Infección por una bacteria que puede ocasionar lesiones gástricas y duodenales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Examen de laboratorio	Categórica
Manifestaciones clínicas de HDA	Signos y síntomas resultantes de una alteración fisiológica que produce hemorragia digestiva alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hematemesis</li> <li>▪ Melena</li> <li>▪ Rectorragia</li> <li>▪ Hematemesis y melena</li> </ul>	Hallazgo clínico	Categórica



		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hematemesis y rectorragia</li> <li>▪ Hematemesis y hematoquecia</li> <li>▪ Otro</li> </ul>		
Shock Hipovolémico	Trastorno complejo del flujo sanguíneo que se caracteriza por una reducción de la perfusión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Hallazgo clínico	Categoría
Helicobacter pylori en heces	Prueba que se usa para detectar Helicobacter pylori en las heces, o materia fecal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Examen de laboratorio	Categoría
Endoscopia digestiva alta	Prueba médica que sirve para diagnosticar y tratar enfermedades del tubo digestivo superior	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Examen complementario	Categoría
Sitio de lesión activa	Lugar en el que se encuentra la lesión causante de hemorragia digestiva alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esófago</li> <li>▪ Estómago</li> <li>▪ Duodeno</li> <li>▪ Sin lesión activa</li> </ul>	Hallazgo endoscópico	Categoría



## CAPÍTULO V

### 5.- RESULTADOS

#### 5.1.- CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Se logró realizar la encuesta y obtener datos concretos sobre lo que es la determinación de la prevalencia y los factores asociados a hemorragia digestiva alta, en pacientes adultos ingresados en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período de enero 2015 a diciembre del 2016.

#### 5.2.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Tabla No. 1. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta de acuerdo a factores sociodemográficos, de enero 2015 a diciembre 2016.**

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	ADULTO JOVEN	25	13,4%
	ADULTO	67	35,8%
	ADULTO MAYOR	95	<b>50,8%</b>
	<b>TOTAL</b>	187	100%
SEXO	HOMBRE	116	<b>62%</b>
	MUJER	71	38%
	<b>TOTAL</b>	187	100%
RESIDENCIA	URBANA	91	48,7%
	RURAL	96	<b>51,3%</b>
	<b>TOTAL</b>	187	100%
INSTRUCCIÓN	ANALFABETO	34	18,2%
	PRIMARIA	122	<b>65,2%</b>
	SECUNDARIA	25	13,4%
	SUPERIOR	6	3,2%
	<b>TOTAL</b>	187	100%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.



De los datos de la tabla 1, con respecto a la edad el 50,8% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta son adultos mayores, el 35,8% adultos y apenas el 13,4% corresponde a la edad de adulto joven.

De acuerdo al sexo, el 62% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta pertenecen al sexo masculino y un 38% al sexo femenino.

De acuerdo al lugar de residencia, el 51,3% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta tienen su residencia en la zona rural y un 48,7% en la zona urbana.

De acuerdo al grado de instrucción, el 65,2% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta alcanzaron el nivel de instrucción de la primaria y el 18,2% son analfabetos.

**Tabla No. 2. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta de acuerdo a sus hábitos, de enero 2015 a diciembre 2016.**

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL	SI	79	42,2
	NO	108	57,8
	TOTAL	187	100,0
CONSUMO CRÓNICO DE AINES	SI	13	7,0
	NO	174	93,0
	TOTAL	187	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

De acuerdo a los datos de la tabla 2, con respecto al hábito alcohólico el 57,8% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no presentan consumo crónico de alcohol y solo un 42% afirman consumirlo en forma crónica.

De acuerdo al consumo de AINEs, el 93% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no presentan consumo crónico de fármacos antiinflamatorios no esteroideos y solo un 7% resultó consumiendo.



**Tabla No. 3. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, de acuerdo a sus antecedentes patológicos personales, de enero 2015 a diciembre 2016.**

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
CIRROSIS	SI	27	14,4
	NO	160	<b>85,6</b>
	<b>TOTAL</b>	187	100,0
ÚLCERA PÉPTICA	SI	28	15,0
	NO	159	<b>85,0</b>
	<b>TOTAL</b>	187	100,0
VÁRICES ESOFÁGICAS	SI	15	8,0
	NO	172	<b>92,0</b>
	<b>TOTAL</b>	187	100,0
MALLORY WEISS	NO	187	<b>100,0</b>
	<b>TOTAL</b>	187	100,0
HELICOBACTER PYLORI	SI	2	1,1
	NO	185	<b>98,9</b>
	<b>TOTAL</b>	187	100,0
NEOPLASIA	SI	6	3,2
	NO	181	<b>96,8</b>
	<b>TOTAL</b>	187	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

De acuerdo a los datos de la tabla 3, con respecto a la presencia de cirrosis anterior, el 85,6% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no la presentaron y solo un 14,4% de ellos tuvo ese problema.

De acuerdo a la presencia anterior de úlcera péptica, el 85% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no la presentaron y solo un 15% tuvo un resultado afirmativo.

De acuerdo a los antecedentes de vrices esofágicas, el 92% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no presentaron vrices esofágicas anteriormente y apenas un 8% tuvo un resultado positivo.



De acuerdo a los antecedentes de desgarro de Mallory Weiss, el 100% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no presentaron ninguno de estos episodios anteriormente.

De acuerdo a los antecedentes de infección por *Helicobacter pylori*, el 98,9% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no presentaron este diagnóstico anteriormente y apenas el 1% dio resultado positivo.

De acuerdo al diagnóstico previo de neoplasia, el 96,8% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no presentaron diagnóstico de neoplasia alguna anteriormente y solo un 3,2% obtuvo un resultado positivo.

**Tabla No. 4. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, de acuerdo a la clínica inicial, de enero 2015 a diciembre 2016.**

CLÍNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MELENA	57	30,5
HEMATEMESIS	71	<b>38,0</b>
RECTORRAGIA	1	,5
HEMATEMESIS Y MELENA	50	26,7
HEMATEMESIS Y RECTORRAGIA	2	1,1
HEMATEMESIS Y HEMATOQUECIA	2	1,1
OTRO	4	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

De acuerdo a los datos de la tabla 4, el 38% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta presentaron como manifestación clínica inicial hematemesis, el 30,5% melena, un 26,7% hematemesis y melena, un 1,1% hematemesis acompañado de rectorragia y un 1,1% cuadro de hematemesis acompañado de hematoquecia.



**Tabla No. 5. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, de acuerdo a los signos de shock hipovolémico, de enero 2015 a diciembre 2016.**

SIGNOS SHOCK	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	56	29,9
NO	131	<b>70,1</b>
<b>TOTAL</b>	187	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

De acuerdo a los datos de la tabla 5, el 70% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no presentaron signos de shock hipovolémico, pero el 29,9% si tuvo un resultado afirmativo.

**Tabla No. 6. Distribución de pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta, de acuerdo a estudios realizados, de enero 2015 a diciembre 2016.**

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
H. PYLORI EN HECES	SI	11	5,9
	NO	176	<b>94,1</b>
	<b>TOTAL</b>	187	100,0
ENDOSCOPIA	SI	160	<b>85,6</b>
	NO	27	14,4
	<b>TOTAL</b>	187	100,0
BIOPSIA	SI	51	27,3
	NO	109	<b>58,3</b>
	SIN ENDOSCOPIA	27	14,4
	<b>TOTAL</b>	187	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

De acuerdo a los datos de la tabla 6, con respecto a la realización del examen de Helicobacter pylori en heces, al 94% de los pacientes diagnosticados con



hemorragia digestiva alta no se les realizó esta prueba y solo a un 5,9% de pacientes se les aplicó.

De acuerdo a la realización de endoscopia, al 85,6% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta si se les realizó este examen en cambio al 14,4% no se les hizo.

De acuerdo a la toma de biopsia, del 85,6% de pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva alta, al 58,3% de ellos no se les realizó biopsia, en cambio al 27,3% sí se les fue realizada.

**Tabla No. 7. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, de acuerdo al lugar de lesión activa, de enero 2015 a diciembre 2016.**

LUGAR DE LESIÓN ACTIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESOFAGO	37	19,8
ESTOMAGO	55	29,4
DUODENO	11	5,9
SIN LESION ACTIVA	57	<b>30,5</b>
SIN ENDOSCOPIA	27	14,4
TOTAL	187	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

De acuerdo a los datos de la tabla 7, el 30,5% de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta no presentaron lesión activa durante la realización de endoscopia digestiva alta, el 29,4% presentó lesión en estómago, el 19,8% a nivel de esófago y el 5,9% a nivel de duodeno.



**Tabla No. 8. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, de acuerdo al diagnóstico, de enero 2015 a diciembre 2016.**

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VARICES ESOFAGICAS	30	16,0
VARICES GASTRICAS	3	1,6
ULCERA GASTRICA	38	<b>20,3</b>
ULCERA DUODENAL	13	7,0
DESGARRO DE MALLORY WEISS	9	4,8
LESION DE DIEULAFOY	5	2,7
GASTROPATIA CONGESTIVA EROSIVA	20	10,7
GASTRITIS POR HELICOBACTER PYLORI	2	1,1
ADENOCARCINOMA	16	8,6
CANCER GASTRICO	1	0,5
ESOFAGITIS	16	8,6
GASTRODUODENITIS	1	0,5
ULCERA ESOFAGICA	1	0,5
TUMOR ESOFAGICO EN ESTUDIO	1	0,5
GASTROPATIA POR HIPERTENSION PORTAL	2	1,1
GASTROPATIA HIPERTENSIVA	1	0,5
SIN INFORMACION	28	15,0
TOTAL	187	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

De acuerdo a los datos de la tabla 8, el 20% de los pacientes con hemorragia digestiva alta ingresados a clínica fueron diagnosticados de úlcera gástrica, el 16% de vrices esofágicas, un 10,7 % de gastropatía congestiva erosiva, un 8,6% de adenocarcinoma y un 8,6% de esofagitis.



**Tabla No. 9. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta de acuerdo su prevalencia, de enero 2015 a diciembre 2016.**

Casos de Hemorragia Digestiva alta: 240 (historias clínicas existentes)  
Pacientes ingresados a clínica: 4.224  
Prevalencia: 6%



Casos de Hemorragia Digestiva alta: 187 (historias clínicas válidas)  
Pacientes ingresados a clínica: 4.224  
Prevalencia: 4%



Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.



**Tabla No. 10. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, según: edad en relación con el consumo crónico de alcohol. Período de enero 2015 a diciembre 2016.**

EDAD	CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL		Total
	SI	NO	
ADULTO JOVEN	16	9	25
	20,3%	8,3%	13,4%
ADULTO	<b>39</b>	28	67
	<b>49,4%</b>	25,9%	35,8%
ADULTO MAYOR	24	71	95
	30,4%	65,7%	50,8%
TOTAL	79	108	187
	100,0%	100,0%	100,0%
Chi cuadrado de Pearson G1 23,076/2    p = 0,000			

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

Según los resultados de la tabla 10, el 49,4% de los encuestados con edad adulta afirman que consumen alcohol en forma crónica.

De manera que al aplicar la prueba del Chi- cuadrado de Pearson, se obtuvo el valor de 23,076 y un valor para p de 0,000 que nos indica que existe asociación estadística entre la edad del paciente diagnosticado con hemorragia digestiva alta y el consumo crónico de alcohol.



**Tabla No. 11. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, según: la edad en relación con la instrucción. Período de enero 2015 a diciembre 2016.**

	INSTRUCCIÓN				Total
	ANALFABETO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
<b>EDAD ADULTO</b>	2	13	9	1	25
<b>JOVEN</b>	5,9%	10,7%	36,0%	16,7%	13,4%
<b>ADULTO</b>	4	46	13	4	67
	11,8%	37,7%	52,0%	66,7%	35,8%
<b>ADULTO MAYOR</b>	28	<b>63</b>	3	1	95
	82,4%	<b>51,6%</b>	12,0%	16,7%	50,8%
<b>Total</b>	34	122	25	6	187
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi cuadrado de Pearson GI 36,220/6    p = 0,000

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

Según los resultados de la tabla 11, el 51,6% de los pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta corresponden a adultos mayores que tienen como instrucción la primaria.

De manera que al aplicar la prueba del Chi- cuadrado de Pearson, se obtuvo el valor de 36,220 y un valor para p de 0,000 que nos indica que existe asociación estadística entre adultos mayores con hemorragia digestiva alta y el grado de instrucción primaria.



**Tabla No. 12. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, según: el sexo en relación con el consumo crónico de alcohol. Período de enero 2015 a diciembre 2016.**

SEXO	CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL		Total
	SI	NO	
HOMBRE	69	47	116
	87,3%	43,5%	62,0%
MUJER	10	61	71
	12,7%	56,5%	38,0%
TOTAL	79	108	187
	100,0%	100,0%	100,0%
Chi cuadrado de Pearson GI 37,204/1 p = 0,000			

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

#### Estimación de riesgo

SEXO / ALCOHOL	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio	8,955	4,169	19,236

Según los resultados de la tabla 12, el 87,3% de los encuestados de sexo masculino afirman que consumen alcohol de manera crónica.

De manera que al aplicar la prueba del Chi- cuadrado de Pearson, se obtuvo el valor de 37,204 y un valor para p de 0,000 que nos indica que existe asociación estadística entre el sexo masculino del paciente diagnosticado con hemorragia digestiva alta con el consumo crónico de alcohol.

Se determinó asociación entre sexo masculino OR 8,955 (IC95%: 4,169 – 19,236 valor p 0,000) y consumo crónico de alcohol, existiendo de esta forma riesgo elevado entre ambas variables.



**Tabla No. 13. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, según: cirrosis con vórices esofágicas. Período de enero 2015 a diciembre 2016.**

CIRROSIS	VARICES ESOFAGICAS		Total
	SI	NO	
SI	9	18	27
	60,0%	10,5%	14,4%
NO	6	154	160
	40,0%	89,5%	85,6%
TOTAL	15	172	187
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi cuadrado de Pearson GI 27,403/1 p = 0,000

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

**Estimación de riesgo**

CIRROSIS / VARICES ESOFAGICAS	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio	12,833	4,094	40,229

Según los resultados de la tabla 13, el 60% de los encuestados con cirrosis presentan además vórices esofágicas.

De manera que al aplicar la prueba del Chi- cuadrado de Pearson, se obtuvo el valor de 27,403 y un valor para p de 0,000 que nos indica que existe asociación estadística entre la presencia de cirrosis y vórices esofágicas.

Se determinó asociación entre cirrosis OR 12,833 (IC95%: 4,094 – 40,229 valor p 0,000) y vórices esofágicas, existiendo de esta forma riesgo elevado entre ambas variables.



**Tabla No. 14. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, según: signos de shock hipovolémico con la realización de endoscopia. Período de enero 2015 a diciembre 2016.**

		ENDOSCOPIA		Total
		SI	NO	
SIGNOS SHOCK HIPOVOLEMICO	SI	41	15	56
		25,6%	55,6%	29,9%
	NO	119	12	131
		74,4%	44,4%	70,1%
Total		160	27	187
		100,0%	100,0%	100,0%
Chi cuadrado de Pearson G1 9,865/1 p = 0,001				

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

#### Estimación de riesgo

SEXO / ALCOHOL	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio	0.2756	0,119	0,637

Según los resultados de la tabla 14, el 25,6% de los pacientes que presentaron signos de shock hipovolémico fueron sometidos a la realización de endoscopia.

De manera que al aplicar la prueba del Chi – cuadrado de Pearson, se obtuvo el valor de 9,865 y un valor para p de 0,001 que nos indica que existe asociación estadística entre los signos de shock hipovolémico con la endoscopia.

Según los valores determinados con OR de 0.275 (IC95%: 0,119 – 0,390) esta asociación entre variables no constituye un factor de riesgo para desarrollar hemorragia digestiva alta, al contrario, este examen actúa como un factor protector.

La endoscopia es el principal examen para determinar la causa de hemorragia digestiva alta, tanto en pacientes que se encuentran estables como en aquellos



inestables. Esto debido a que este procedimiento no es solo aplicado con un fin diagnóstico, si no también terapéutico.

**Tabla No. 15. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta, según: la lesión activa con la realización de biopsia. Período de enero 2015 a diciembre 2016.**

LUGAR LESIÓN ACTIVA	BIOPSIA		Total
	SI	NO	
ESOFAGO	2	35	37
	3,9%	32,1%	23,1%
ESTOMAGO	<b>23</b>	32	55
	<b>45,1%</b>	29,4%	34,4%
DUODENO	4	7	11
	7,8%	6,4%	6,9%
SIN LESION ACTIVA	22	35	57
	43,1%	32,1%	35,6%
TOTAL	51	109	160
	100,0%	100,0%	100,0%
Chi cuadrado de Pearson GI 15,730/3 p = 0,001			

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Elaborado por: Olivos, P.

Según los resultados de la tabla 15, al 45,1% de los encuestados con lesión activa en el estómago les fue realizada la biopsia.

De manera que al aplicar la prueba del Chi- cuadrado de Pearson, se obtuvo el valor de 15,730 y un valor para p de 0,001 que nos indica que existe asociación estadística entre la lesión activa en el estómago con la realización de biopsia.



## CAPÍTULO VI

### 6.- DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de los pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) permitieron determinar que el 50,8% son adultos mayores, el 62% pertenecen al sexo masculino, los que tienen su residencia en el 51,3% en la zona rural y con un nivel de educación o instrucción en el 65,2% de primaria. Estos datos se confirman con los resultados alcanzados por Álvarez y colaboradores, ya que el 61,7% de pacientes tuvo más de 65 años lo que representa al adulto mayor, además pertenecen al sexo masculino en el 56,8% con instrucción primaria en el 46,9%. (2) Incluso para Rodríguez en su estudio predominaron los adultos mayores de sexo masculino. (39)

Con respecto a los resultados de la ficha de recolección de datos en base a las variables en análisis, dieron los siguientes resultados:

El 42,2% de los pacientes presentan consumo crónico de alcohol, la cual incluso en el trabajo de Martínez y colaboradores (40) determinaron que los pacientes con cirrosis tuvieron un alto porcentaje de consumo de alcohol.

El 100% tuvieron Mallory Weiss. En el trabajo de Aguayo (3) se logró determinar que entre el 37 al 50% de los pacientes con HDA presentaron este tipo de síndrome.

Según las manifestaciones clínicas iniciales, se determinó que 38% de los casos presentaron hematemesis, reportando un similar resultado en el trabajo de Granera, en el cual se logró determinar cómo manifestación clínica al momento de la endoscopia la hematemesis. (41)

La hemorragia digestiva alta (HDA) fue detectada a través de la realización de endoscopia en el 85,6% de los casos. Lo cual coincide con el estudio realizado por Urquiza y colaboradores los cuales precisan que la endoscopia es una técnica altamente sensible para precisar los casos de hemorragia digestiva alta en un 90 a 95% de los casos de pacientes internados. (8)



La endoscopia actúa como un factor protector; a la mayoría de pacientes que presentaron signos de shock hipovolémico, se les realizó endoscopia. Esto debido a que este procedimiento tiene tanto fines diagnósticos como terapéuticos. Sin embargo, según Cortés L y colaboradores en su artículo denominado indicaciones de la endoscopia digestiva alta establecen como una contraindicación la inestabilidad hemodinámica, esto debido a que el riesgo de exploración puede superar los posibles beneficios de ella sobre el paciente. (42)

En cuanto a la lesión activa en el 29,4% fue ubicada en el estómago.

Sobre el diagnóstico se detectó en el 20,3% úlcera gástrica y el 16% várices esofágicas. Tal como lo menciona Aguayo en su trabajo, entre el 37 al 50% de los casos del sangrado por hemorragia fue por úlcera gástrica. (3) De acuerdo con Bravo la prueba de Helicobacter pylori en pacientes con hemorragia digestiva alta permitió la detección de úlceras digestivas. (43)

La relación a través de las tablas cruzadas permitió determinar los factores relacionados con la HDA:

La edad del paciente adulto mayor en el 49% y el sexo masculino en el 87% relacionado con el consumo crónico de alcohol. A su vez observamos que la mayoría de adultos mayores que han desarrollado hemorragia digestiva alta tienen como grado de instrucción primaria, en un 51,6%. Siendo este otro factor asociado a la HDA.

La presencia de cirrosis en el 60% relacionada con las várices esofágicas. Confirmado este valor en el trabajo en el cual la cirrosis es uno de los factores que aumentan el riesgo de la mortalidad por HDA. (9) Incluso en el trabajo de Lorenzo y colaboradores se detectó que la cirrosis está relacionada en el 53,8% con pacientes que padecen de alcoholismo. (40)

La lesión activa fue detectada en el 45,1% en el estómago a través del examen de biopsia.



## CAPÍTULO VII

### 7.1.- CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los objetivos de esta investigación, se puede concluir lo siguiente:

- La prevalencia de los pacientes con HDA ingresados en el servicio de clínica en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el período de enero 2015 a diciembre del 2016 se encuentra entre el 4% al 6%.
- La frecuencia de acuerdo a las variables socio - demográficas en los pacientes con HDA se caracterizó por ser adultos mayores, de sexo masculino, residencia rural y con un nivel de instrucción primaria.
- La frecuencia de acuerdo a las variables biológico - ambientales en los pacientes con HDA se caracterizó por ser consumo crónico de alcohol el que más predominaba entre los factores estudiados, habiendo sido diagnosticado tanto pacientes con úlcera gástrica como en aquellos con várices esofágicas.
- Según la relación entre variables, se determinó que la edad adulta y el sexo masculino con el consumo crónico de alcohol son factores coadyuvantes para el desarrollo de HDA. Al igual que los adultos mayores que solo alcanzaron un nivel de instrucción primaria.
- Según la relación entre variables, se determinó que una mínima cantidad de pacientes que han sido diagnosticados de cirrosis, desarrollaron várices esofágicas como complicación previa a su nuevo ingreso. Sin embargo, según los resultados obtenidos la asociación entre estas dos variables constituye un factor de riesgo para desarrollar hemorragia digestiva alta.
- Según la relación entre variables, se determinó que la asociación entre pacientes con signos de shock hipovolémico y aquellos que se realizaron



endoscopia no constituye un factor de riesgo para desarrollar nuevos episodios de HDA, al contrario, este examen actúa como factor protector.

- La endoscopia es el principal examen para determinar la causa de HDA, tanto en pacientes que se encuentren con una condición estable como en aquellos inestables. Esto debido a que este procedimiento no es solo aplicado con un fin diagnóstico, si no también terapéutico.
- Al relacionar otras variables, también se pudo determinar que el lugar de la lesión influye en la decisión de realizar biopsia. Según los resultados obtenidos se estableció que el principal lugar que es biopsiado corresponde al estómago.
- La localización más frecuente de la lesión mediante el uso de endoscopia digestiva alta, en pacientes con HDA fue a nivel gástrico.
- En este estudio se determinó según la frecuencia que la principal causa de hemorragia digestiva alta en la población estudiada, es aquella de origen no variceal: úlcera gástrica.



## 7.2.- RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- Ampliar la publicación de los resultados de investigaciones de este tipo en centros de salud nacional, para poder conocer la realidad de los problemas de salud con énfasis social que afecta a la población no sólo local o nacional, sino a nivel mundial para establecer prevalencias o incidencias y establecer factores asociados, para de esta manera adoptar medidas de intervención que permitan mejorar las condiciones de salubridad.
- Fomentar que las y los egresados de la carrera de Ciencias de la Salud de las universidades del país se enfoquen en servir a la sociedad a través del cumplimiento de su trabajo sin considerar beneficios personales.



## 7.3.- BIBLIOGRAFÍA

### 7.3.1.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de médicos de atención primaria. Hemorragia digestiva alta y baja. SEMERGEN [Internet]. 2012 [Citado: 2017 enero 07]; 1(1): 1-8. Disponible en: [http://urgenciasadultos.dpcsemergen.com/Ftalleres/2\\_24\\_1.pdf](http://urgenciasadultos.dpcsemergen.com/Ftalleres/2_24_1.pdf)
2. Álvarez M, Mora R, Vanegas M. Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador. HJCA [Internet]. 2015 [Citado: 2017 enero 08]; 7(1): 28-31. Disponible en: [www.revistamedicahjc.med.ec](http://www.revistamedicahjc.med.ec)
3. Aguayo O, Torres A, Sosa K, Ramírez A, Rodríguez C, Fernández A, et al. Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. Cir. Parag [Internet]. 2013 [Citado: 2017 enero 08]; 37(1): 15-17. Disponible en: <http://sopaci.org.py/wp/wp-content/uploads/2016/03/Aguayo-Omar-jun13.pdf>
4. Jairath V; Desborough MJ. Modern day management of Upper gastrointestinal haemorrhage. Transfus med [Internet]. 2015 [Citado: 2017 Enero 09]; Disponible en: <http://reference.medscape.com/medline/abstract/26707695>
5. Maurice A. Upper Gastrointestinal Bleeding. Medscape [Internet]. 2016 [Citado: 2017 enero 09]; 1(1). Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/187857-overview#showall>
6. Gallach M, Calvet X, Lanas A, Feu F, Ponce J, Gisbert J, et al. "Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa." Emergencias [Internet]. 2013 [Citado: 2017 febrero 11]; 25(6): 472-481. Disponible en: [www.academia.edu](http://www.academia.edu)
7. Csendes A, Figueroa M. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. Rev Chil Cir [Internet]. 2016 [Citado: 2017 febrero 13]; xxx(xx):xxx---xxx. Disponible en: <https://sci->



[hub.cc/http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316301533](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316301533)

8. Suárez, Reynaldo Urquiza, et al. "06 Hemorragia digestiva alta no variceal. Estadía y variables clínico-endoscópicas relacionadas. Lenin's Hospital. 2012." MULTIMED Revista Médica Granma 19.1 (2017): 14. Disponible en: [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com)
9. Corzo M, Guzmán P, Bravo E, Gallegos R, Mercado J, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Estudio caso control. Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2013 [Citado: 2017 febrero 14]; 33(3):223-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n3/a04v33n3.pdf>
10. Mero A. Andrade M (dir). Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes que acuden al Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010 -2011 y propuesta de un protocolo actualizado de atención [Tesis Doctoral]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2014 [Citado: 2017 febrero 15]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/reduq/9509/1/TESIS%20HEMORRAGIA%20DIGESTIVA%20ALTA.pdf>
11. Portilla G. Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca [Tesis de Postgrado]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2010 [Citado: 2017 febrero 18]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3945/1/MEDMI70.pdf>
12. Feu F. Hemorragia digestiva alta no varicosa. GH continuada. julio-agosto [Internet]. 2008 [Citado: 2017 marzo 06]; 7(4): 149-153. Disponible en: <https://sci-hub.cc/http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1578155008730080>
13. González J. Sangrado digestivo alto no variceal. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2015 [Citado: 2017 marzo 08]; LXXII (614)141-148. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151za.pdf>



14. Pérez A, Nuevo J, López A, González A, Argila C, Aviñoa D, et al. Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2012 [Citado: 2017 marzo 08]; 35(7):468-475. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S021057051200088X\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S021057051200088X_S300_es.pdf)
15. Rodríguez M, Ibáñez L, Díaz R, Romero M. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva en Urgencias. Medicine [Internet]. 2015 [Citado: 2017 marzo 23]; 11(90):5389-93. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/sci-hub.cc/science/article/pii/S0304541215003042>
16. Alvarez C, Guerra M. Evolución de la incidencia de la hemorragia digestiva alta en España en relación con el consumo de antiulcerosos. Aten Primaria [Internet]. 2012 [Citado: 2017 abril 11]; 44(8):478-484. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S021265671200056X/1-s2.0-S021265671200056X-main.pdf?tid=cb5fe3e8-989f-11e7-8ca2-00000aab0f27&acdnat=1505319953\\_3f89d2c62a4a0a2adaacf7f3cbba48ca](http://ac.els-cdn.com/S021265671200056X/1-s2.0-S021265671200056X-main.pdf?tid=cb5fe3e8-989f-11e7-8ca2-00000aab0f27&acdnat=1505319953_3f89d2c62a4a0a2adaacf7f3cbba48ca)
17. Pateron D, Pourriat J, Calbonell N. Hemorragias digestivas no traumáticas del adulto. Elsevier [Internet]. 2008 [Citado: 2017 abril 11]; 1(1): 1-11. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S128047030870464X>
18. MSP. Manual del modelo de atención integral en salud – MAIS. Vol 1. 1ra ed. Ecuador: 2012. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Manual MAIS-MSP12.12.12%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Manual MAIS-MSP12.12.12%20(1).pdf)
19. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2008 [Citado: 2017 junio 10]. 148 p. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf)
20. Sanvisens A, Rivas I, Bolao F, Tor J, Rosón B, Rey – Joly C, et al. Género y alteraciones hepáticas, nutricionales y metabólicas del alcoholismo grave: estudio de 480 pacientes. Med Clin Barc [Internet]. 2011 [Citado: 2017 junio



- 11];137(2):49–54. Disponible en: <https://sci-hub.cc/http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577531100100>
- X
21. McPherson S, Lucey M, Moriarty K. Hepatopatía alcohólica descompensada. BMJ [Internet]. 2016 [Citado: 2017 junio 13];352:i124. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=886622>
22. Gisbert J.P, Calvet X, Lanas Á, Elizalde J.I. Enfermedades del estómago y duodeno. En: Rozman C, Farreras P. Medicina Interna. 17ª ed. España: Elsevier; 2012. 92-112.
23. Muriel C, Santos J, Sánchez F. Farmacología de los analgésicos no opiáceos (AINEs). Máster del dolor [Internet]. [Citado: 2017 junio 14]. Disponible en: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%206.pdf>
24. Saperas E. Hemorragia gastrointestinal. En: Rozman C, Farreras P. Medicina Interna. 17ª ed. España: Elsevier; 2012. 225-231.
25. Betés M, Muñoz M. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Medicine [Internet]. 2016 [Citado:2017 junio 15]; 12(02): 82-91. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/sci-hub.cc/science/article/pii/S0304541216000196>
26. Camacho J, Ulcera péptica. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2014 [Citado: 2017 junio 15]; LXXI (609) 129 – 134. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/609/art21.pdf>
27. LaBrecque D, Khan A, Sarin S, Le Mair A. Várices esofágicas. WGO Practice Guideline [Internet]. 2013 [Citado: 2017 julio 20]; 1(1): 1-15. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/esophageal-varices-spanish-2014.pdf>
28. Galindo F. Hemorragia digestiva. Cirugía Digestiva [Internet]. 2009 [Citado: 2017 julio 23]; 1(126): 1-19. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/uveintiseis.pdf>
29. Martinez J. Avila K. Lesión de Dieulafoy. Presentación de 2 casos. Endoscopia [Internet]. 2014 [Citado: 2017 agosto 10]; 27(1):42-44. Disponible en: [56](http://ac.els-cdn.com/S0188989315000081/1-s2.0-</a></p></div><div data-bbox=)



- [S0188989315000081-main.pdf? tid=43bc042c-91cd-11e7-9cbf-00000aab0f6b&acdnat=1504569825\\_6153df21bdaba2ac4742a341a25600ab.](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570517301486)
30. García I, et al. Hemorragia digestiva recurrente por lesión de Dieulafoy tratada con éxito mediante esclerosis guiada por ecoendoscopia. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2017[Citado: 2017 agosto 10]; xxx(xx):xxx--xxx. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570517301486>
  31. Osuna R.M, Sempere L. Esofagitis eosinofílica. Esofagitis infecciosa. Esofagitis tóxicas. Esofagitis cáusticas. Medicine [Internet]. 2016 [Citado: 2017 agosto 16];12(1):22-30. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216000044>
  32. Sánchez M, Lucendo A.J. Otras esofagitis. Etiología infecciosa y tóxica/cáustica. Esofagitis eosinofílica. Medicine [Internet]. 2012 [Citado: 2017 agosto 18]; 11(1):13-25. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541212702548>
  33. Díaz J, Pulido L, Casanova J. Adenocarcinoma gástrico. FMC [Internet]. 2012 [Citado: 2017 agosto 20]; 19(1):47-53. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113420721270292X>
  34. Villanueva C, García J, Hervás A. Hemorragia gastrointestinal. En: Montoro M, García J. Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología [Internet]. Vol 2. España: © Cto editorial; 2016. P. 55-85. Disponible en: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03\\_Gastroenterologia.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf).
  35. Waddell K, Stanley A, Morris A. Endoscopy for upper gastrointestinal bleeding: where are we in 2017?. Frontline Gastroenterology [Internet]. 2017 [Citado: 2017 septiembre 03]; 8:94–97. Disponible en: <http://fg.bmj.com/sci-hub.cc/content/8/2/94>



36. NIH. Instituto Nacional del cáncer. Diccionario del cáncer [Internet]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrd=650040>
37. Rincón D, Bañares R. Cirrosis hepática. Medicine [Internet]. 2016 [Citado: 2017 septiembre 05]; 12(11):597-605. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.sci-hub.cc/science/article/pii/S0304541216300580>
38. Ramírez C.R, Díaz M, Peral J.A. Manejo inicial del shock. Medicine [Internet]. 2015 [Citado: 2017 septiembre 06]; 11(90):5404-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.sci-hub.cc/science/article/pii/S0304541215003078>
39. Rodríguez D, Cong J, Estrada E, Bermúdez A, Rivero P, Matínez F. "Evaluación de los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila." MediCiego [Internet]. 2015 [Citado: 2017 septiembre 06]; 21(4). Disponible en: [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com)
40. Martínez LFY, Hidalgo AM, Galbán GJA, Martínez SA, Sinal MD, Jiménez RD. "Relación clínico-evolutiva de pacientes con cirrosis hepática y várices esofágicas tratados con propranolol para la prevención de la hemorragia digestiva." MediCiego [Internet]. 2016 [Citado: 2017 septiembre 07]; 22(4): 1-12. Disponible en: [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com)
41. Granera L. Correlación entre la presentación clínica y los hallazgos endoscópicos, en pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva sometidos a endoscopia digestiva alta, en el Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de Enero del 2012 al 31 de Diciembre del 2016 [Tesis de postgrado]. [Managua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2017 [Citado: 2017 septiembre 07]. Disponible en: [www.repositorio.unan.edu.ni](http://www.repositorio.unan.edu.ni)
42. Cortés L, Mostacero S, Ducons J.A. Indicaciones de la endoscopia digestiva alta. Medicine [Internet];2008 [Citado: 2017 septiembre 08];10(2):117-8. Disponible en: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



43. Paredes E, Guzmán P, Gallegos R, Corzo M, Zegarra A, Surco Y, et al. "Utilidad del Test Rápido de Ureasa para la Detección de *Helicobacter pylori* en la Hemorragia Digestiva Alta por Úlcera Péptica." *Rev. Gastroenterol. Perú* [Internet]; 2011 [Citado: 2017 septiembre 10]; 31(1): 17-20. Disponible en: [www.revistagastroperu.com](http://www.revistagastroperu.com)



# ANEXOS



## Anexo 1: Código de bioética



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 04 de julio de 2017

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE ENERO 2015 - DICIEMBRE 2016", cuyo investigador principal es la Srta. Paula Francisca Olivos Massa y que se encuentra siendo dirigida por el Dr. Guillermo Quinde Morocho.

Código: OMPF2

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.

Atentamente,

  
Dr. Wilson Campo Verde Barros

COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y  
BIENESTAR



DR. WILSON CAMPOVERDE BARROS  
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



## Anexo 2: Autorización del Hospital Vicente Corral Moscoso



Ministerio  
de Salud Pública

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO  
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Oficio N° 107-UDI-2016-IM  
Cuenca, 12 de julio de 2017

Dr.  
Lorgio Aguilar  
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN- UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
Presente.-

De mis consideraciones:

Luego de un cordial saludo, informo que el estudio de tesis titulado: "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS MAYORES DE CUARENTA AÑOS, EN EL HOSPITALVICENTE CORRAL MOSCOSO DE ENERO-JUNIO DEL 2016" fue analizado por la Comisión de Docencia e Investigación de este centro médico, aprobando su factibilidad.

Por la favorable atención a la presente, anticipamos nuestro sincero agradecimiento.

Atentamente:

Dra. Viviana Barros A.  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN  
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

CC. Archivo

Av. Los Arupos y 12 de Abril  
Teléfonos: 4096000  
[www.hvcm.gob.ec](http://www.hvcm.gob.ec)



## Anexo 3: Compromiso de confidencialidad



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

### CARTA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Paula Francisca Olivos Massa, suscritora de la presente carta me comprometo a mantener confidencialidad en relación a la documentación e información obtenida en el proceso de investigación del tema: **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE ENERO 2015 A DICIEMBRE 2016."** Por lo que declaro estar de acuerdo con lo siguiente:

- Recolectar únicamente información necesaria para la realización de mi trabajo de titulación.
- La información proporcionada será estrictamente confidencial, no serán revelados datos personales que puedan identificar a los pacientes.
- No explotar y aprovechar en beneficio propio, o permitir el uso por otros, de las informaciones obtenidas o conocimientos adquiridos durante el proceso de investigación.
- No conservar documentación que sea prioridad del Hospital Vicente Corral Moscoso, ni permitir que se realicen copias no autorizadas de esta información.

Si por algún motivo faltase a cualquiera de mis compromisos, acepto mi responsabilidad por cada uno de mis actos.

Firma.

Paula Francisca Olivos Massa

C.I. 0105920631.

Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)



## Anexo 4: Modelo de encuesta

### **FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE ENERO 2015 A DICIEMBRE 2016”

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia y factores asociados a hemorragia digestiva alta en adultos, en el Hospital Vicente Corral, durante el periodo de Enero 2015 a Diciembre del 2016.

#### **INSTRUCTIVO:**

1. La información proporcionada será confidencial.
2. El llenado del formulario será realizado por el investigador, mediante la recolección de datos de las respectivas historias clínicas.

**N° De formulario** \_\_\_\_\_

**N° Historia clínica:** \_\_\_\_\_

#### **Datos sociodemográficos:**

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: a. Hombre \_\_\_\_\_ b. Mujer \_\_\_\_\_
3. Residencia: a. Urbana \_\_\_\_\_ b. Rural \_\_\_\_\_
4. Grado de instrucción:
  - a. Analfabeto \_\_\_\_\_
  - b. Primaria \_\_\_\_\_
  - c. Secundaria \_\_\_\_\_
  - d. Superior \_\_\_\_\_

#### **Hábitos:**

5. Consumo crónico de alcohol:
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_
6. Consumo crónico de AINES:
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_



### Enfermedades asociadas:

7. ¿Ha sido diagnosticado/a de cirrosis hepática?:
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_
8. ¿Ha sido diagnosticado/a de úlcera péptica?:
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_
9. ¿Ha presentado anteriormente episodios de vómitos esofágicos?
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_
10. ¿Ha presentado Síndrome de Mallory-Weiss?
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_
11. ¿Ha sido diagnosticado de infección por Helicobacter Pylori?
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_
12. ¿Ha sido diagnosticado de alguna neoplasia?
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_

### Examen clínico:

13. Forma de presentación clínica de la HDA:
  - a. Melena \_\_\_\_
  - b. Hematemesis \_\_\_\_
  - c. Rectorragia \_\_\_\_
  - d. Melena y hematemesis \_\_\_\_
  - e. Otros \_\_\_\_
  - f. Hematemesis y rectorragia \_\_\_\_
  - g. Hematemesis y hematoquecia \_\_\_\_
14. Presenta signos de shock hipovolémico:
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_



**Exámenes diagnósticos:**

15. ¿Se realizó examen de Helicobacter pylori en heces?:

a. Si \_\_\_\_\_

b. No \_\_\_\_\_

16. Se realiza endoscopia digestiva alta:

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

En caso de que la respuesta sea afirmativa, se responderán las siguientes preguntas.

17. Altura de la lesión activa:

a. Esófago \_\_\_\_\_

b. Estómago \_\_\_\_\_

c. Duodeno \_\_\_\_\_

d. Sin lesión activa \_\_\_\_\_

18. Se toma biopsia:

a. Si \_\_\_\_\_

b. No \_\_\_\_\_

19. Diagnóstico endoscópico: \_\_\_\_\_



## Anexo 5: Recibo del antiplagio

### PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE ENERO 2015 A DICIEMBRE 2016

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>1%</b>	<b>5%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad de San Martin de Porres</b> Trabajo del estudiante	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>www.worldgastroenterology.org</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>dspace.udla.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>docs.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>sacd.org.ar</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.biblioteca.usac.edu.gt</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Universidad Católica de Santa María</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>



## Anexo 6: Oficio del director



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA

Cuenca, 14 de septiembre del 2017.

**Señor, Doctor.**

Lorgio Aguilar

**DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

**Señora, Doctora.**

Patricia Vanegas

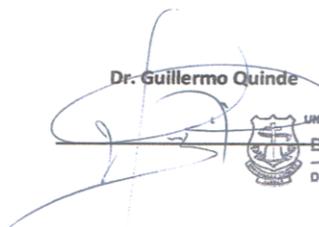
**DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN**

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el Trabajo de Grado, de título: Prevalencia y factores asociados a hemorragia digestiva alta en adultos, en el Hospital Vicente Corral Moscoso de enero 2015 a diciembre 2016 realizado por la estudiante Paula Francisca Olivos Massa ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se dé paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Guillermo Quinde

  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
DR. GUILLERMO QUINDE M.  
DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacues.edu.ec](http://www.ucacues.edu.ec)



## Anexo 7: Oficio del derecho de autor



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA**

Yo, Paula Francisca Olivos Massa, autora del proyecto de investigación titulado: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE ENERO 2015 A DICIEMBRE 2016; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Atentamente,

**Paula Francisca Olivos Massa**

**Manuel Vega y Pio Bravo**

**Teléfono: 830752-413175**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)



## Anexo 8: Cronograma de actividades

Actividades	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Presentación de protocolos como			X	X								
Socialización de los protocolos	X	X	X									
Aprobación por el Consejo Académico		X										
Aprobación por la Comisión de Investigación y Asesoría de tesis			X	X								
Aprobación de los protocolos por el H. Consejo Directivo			X	X	X							
Ejecución de las investigaciones					X	X	X	X	X	X	X	
Socialización de los avances y presentación de informes parciales						X	X	X	X	X	X	
Presentación del informe final										X	X	X
Sustentación de la tesis y GRADUACION										X	X	X