

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



**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE RESANGRADO DE  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL  
JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014-2019.**

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

**AUTORA:**

**ERIKA TATIANA GALLEGOS CHIMBO**

**DIRECTOR:**

**DR. ARTURO FERNANDO CARPIO GUERRERO**

**ASESOR:**

**DR. DANILO GUSTAVO MUÑOZ PALOMEQUE**

**CUENCA-ECUADOR**

**2020**

## AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL



### PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Erika Tatiana Gallegos Chimbo, con cedula de identidad número 1400595516. En calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE RESANGRADO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014-2019", de conformidad a lo establecido en el Art.114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17 de Enero de 2020.



---

Erika Tatiana Gallegos Chimbo  
C.I.: 1400595516

AUTORA

## CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



Yo, Erika Tatiana Gallegos Chimbo, autora del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE RESANGRADO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014-2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 17 de Enero de 2020.



Erika Tatiana Gallegos Chimbo  
C.I.: 1400595516

AUTORA

## CARTA DE COMPRIMISO ÉTICO



Yo, Erika Tatiana Gallegos Chimbo, con cedula de ciudadanía N° 1400595516 autora del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE RESANGRADO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014-2019", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá conocer la prevalencia y factores asociados de resangrado de hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga, las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 17 de Enero de 2020



---

Erika Tatiana Gallegos Chimbo  
C.I.: 1400595516

AUTORA

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero manifestar mi profundo agradecimiento principalmente a Dios, por permitirme realizar mi más grande sueño, bendecirme todos estos años y porque sin su gracia y fortalece nada de esto sería posible.

A mis padres y hermanos, fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida, especialmente durante estos años de carrera profesional.

A mi director de tesis Dr. Arturo Carpio y asesor metodológico Dr. Danilo Muñoz, por su apoyo incondicional y confiar en mi desde el principio permitiéndome trabajar en este increíble trabajo de investigación.

Finalmente al Hospital José Carrasco Arteaga por haberme brindado un espacio en el que pude ampliar mis conocimientos y forjarme como un profesional, pero principalmente por permitirme desarrollar este trabajo de investigación.

Erika Tatiana Gallegos Chimbo

## **DEDICATORIA**

Agradezco principalmente a Dios por permitirme llegar hasta esta etapa de mi carrera, por siempre permanecer a mi lado, y permitir que mi sueño se haga realidad.

También quiero agradecer a mi familia, por brindarme ese apoyo incondicional durante todos estos años, por guiarme en cada momento de mi vida y de mi carrera profesional, y por enseñarme que todo esfuerzo tiene su recompensa para cumplir con mis metas.

Erika Tatiana Gallegos Chimbo

## RESUMEN

**Antecedentes:** El resangrado consiste en la presencia de hematemesis fresca y/o melena asociada a shock o a descenso de la hemoglobina en más de 2 g/dl en 24 horas. Sus principales factores asociados son la edad, sexo, uso de medicamentos (AINES, esteroides, ASA, anticoagulantes), índice de masa corporal, albumina, comorbilidades (cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial), bajos niveles de hemoglobina.

**Objetivo General:** Determinar la prevalencia y factores asociados de re sangrado de hemorragia digestiva alta en pacientes del hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014-2019.

**Metodología:** Se efectuó un estudio analítico, retrospectivo de corte transversal, se trabajó con un universo de 3646 y con una muestra de 147 historias clínicas, el cual estuvo constituido por los pacientes hospitalizados en el área de gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga, durante los años 2014-2019. Se aplicó un cuestionario de recolección de datos previamente elaborado y aprobado. Los datos fueron analizados en el software SPSS 20.0 en español, chi 2 y riesgo relativo. La información es representada a través de tablas simples de frecuencia y doble entrada.

**Resultados:** de los 147 pacientes el sexo masculino fue el predominante con un 63.9 %, un gran porcentaje corresponde a pacientes  $\geq 60$  años (91.2%), de acuerdo a los factores de riesgo de resangrado el 23.1% utilizaba algún tipo de medicamento, el 49.7% presentó sobre peso, el 74.8% mostró hipoalbuminemia y el 63.9 % tenía HTA. La hemorragia digestiva alta de tipo no variceal predominó con un 51.7 %, y al asociar el resangrado con el tipo de HDA el 17.7% se presentó en el tipo variceal.

**Conclusiones:** La prevalencia de resangrado en los pacientes hospitalizados en el área de gastroenterología del hospital José Carrasco Arteaga fue alta (20,4%), presentó una asociación significativa con el consumo de medicamentos (AINE, esteroides, ASA, anticoagulantes) y los niveles de hemoglobina evidenciándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables.

**Palabras claves:** Resangrado, Hemorragia digestiva alta, Factores asociados, medicamentos.

## **ABSTRACT**

**Background:** Upper gastrointestinal bleeding consists of the presence of fresh hematemesis and / or mane associated with a shock or a decrease in hemoglobin by more than 2 g / dl in 24 hours. Its main associated factors are age, sex, medication use (NSAIDs, steroids, ASA, anticoagulants), body mass index, albumin, comorbidities (liver cirrhosis, chronic renal failure, type 2 diabetes mellitus, high blood pressure), low levels hemoglobin.

**General Objective:** Determine the prevalence and associated factors of bleeding from upper gastrointestinal bleeding in patients of the José Carrasco Arteaga Hospital, Cuenca 2014-2019.

**Methodology:** An analytical, retrospective cross-sectional study was carried out, it was established with a universe of 3646 and with a sample of 147 medical records, which was constituted by the patients hospitalized in the gastroenterology area of the José Carrasco Arteaga Hospital, during the 2014-2019 years. A previously collected and approved data collection questionnaire was applied. The data were analyzed in the SPSS 20.0 software in Spanish, chi 2 and relative risk. The information is represented through simple frequency tables, double entry and pie charts.

**Results:** 147 patients, the male sex was predominant with 63.9%, a large percentage corresponds to patients  $\geq 60$  years (91.2%), according to the risk factors of rebleeding, 23.1% used some type of medication, the 49.7% presented overweight, 74.8% had hypoalbuminemia and 63.9% had hypertension. The type of no variceal upper gastrointestinal hemorrhage predominated with 81.4%, and when the rebleeding was associated with the type of HDA, 17.7% appeared in the variceal type.

**Conclusions:** The prevalence of re-bleeding in hospitalized patients in the gastroenterology area of the José Carrasco Arteaga Hospital was high (20.4%), a significant association with medication consumption and hemoglobin levels, showing a statistically significant difference between both variables.

**Keywords:** Bleeding, upper gastrointestinal bleeding, associated factors, medications

## ÍNDICE

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL .....	¡Error! Marcador no definido.
CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL .....	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE COMPRIMISO ÉTICO.....	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO .....	4
DEDICATORIA .....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
CAPITULO I.....	12
1. INTRODUCCIÓN: .....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	15
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPITULO II .....	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	17
2.1. DEFINICIONES .....	17
2.2. ANTECEDENTES:.....	17
2.3. BASES TEORICAS CIENTÍFICAS.....	18
2.3.1. Epidemiologia:.....	18
2.3.2. Patogenia: .....	18
2.3.3. Predictores de re sangrado temprano:.....	19
2.3.4. Factores de riesgo para el re sangrado: .....	20
2.3.5. Factores de riesgo de mortalidad:.....	22
2.3.6. Diagnostico:.....	22
2.3.7. Tratamiento: .....	24
2.4. HIPOTESIS.....	26
CAPITULO III .....	27
3. OBJETIVOS .....	27
3.1. Objetivo general.....	27
3.2. Objetivos específicos .....	27

CAPITULO IV.....	28
4. DISEÑO METODOLOGICO .....	28
4.1. Diseño general de estudio.....	28
4.1.1. Tipo de investigación .....	28
4.1.2. Área de investigación .....	28
4.1.3. Universo .....	28
4.1.4. Tamaño de la muestra.....	28
4.1.5. Muestreo .....	28
4.2. Criterios de inclusión y exclusión .....	28
4.2.1. Criterios de inclusión .....	28
4.2.2. Criterios de exclusión .....	29
4.3. Métodos e instrumentos para obtener la información .....	29
4.3.1. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	29
4.3.2. Plan de procesamientos y análisis de datos .....	29
4.4. Procedimientos para garantizar procesos bioéticos .....	29
4.5. Descripción de variables .....	30
4.5.1. Matriz de variables .....	30
4.5.2. Operacionalización de variables .....	30
CAPÍTULO V.....	34
5. RESULTADOS .....	34
5.1. Cumplimiento del estudio.....	34
CAPITULO VI.....	39
6. DISCUSIÓN .....	39
CAPITULO VII.....	46
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFIA.....	46
7.1. CONCLUSIONES .....	46
7.2. RECOMENDACIONES .....	46
7.3. BIBLIOGRAFIA: .....	48
7.4. ANEXOS.....	55
7.4.1. Anexo 1: Oficio de Bioética.....	55
7.4.2. Anexo 2: Oficio de coordinación de investigación .....	56
7.4.3. Anexo 3: Formulario de recolección de datos .....	57
7.4.4. Anexo 4: Informe de antiplagio .....	59

7.4.5.	Anexo 5: Oficio de autorización de investigación .....	60
7.4.6.	Anexo 6: Rúbrica de primer par revisor.....	61
7.4.7.	Anexo 7: Rúbrica de segundo par revisor .....	62
7.4.8.	Anexo 8: Informe final de titulación .....	63

## **CAPITULO I**

### **1. INTRODUCCIÓN:**

En el siglo II a. C Galeno describió que la hemorragia digestiva alta de tipo no variceal presentaba como principal complicación la úlcera péptica, detalló al observar que en ciertos pacientes presentaban como signo clínico las heces de color negro. Mientras que en año 1700 fue Bauhin, quien describió que uno de sus pacientes presentó melenas, se descubrió que el origen del sangrado por una úlcera gástrica. También fue Cruveilhier quien describió varias características que presentaron sus pacientes como adelgazamiento, náuseas, vómitos de características diferentes, hematemesis, melenas (1).

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la emergencia médica más frecuente en el área de gastroenterología de los hospitales, mantiene una prevalencia de 150 por 100 000 adultos por año (1). Ocurren en la parte proximal al ligamento de Treitz, su origen puede ser varicoso y no varicoso. De acuerdo a estudios se considera que el consumo excesivo de fármacos como los antiinflamatorios no esteroideos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, incrementan la prevalencia de esta patología (2).

En las últimas 4 décadas la tasa de mortalidad no ha variado, se mantiene entre 5 al 14% a pesar de los avances en la endoscopia, los pacientes con una edad entre los 60 años representaban del 6-17% con esta patología reportadas entre 1921 y 1936, pero en las series 1953 a 1973 se demostró un incremento en un 50% (2).

Una de las principales complicaciones de la hemorragia digestiva alta no varicosa es el alto riesgo de persistencia o recidiva de sangrado, que consiste en la presencia de hematemesis fresca y/o melena asociada a shock o descenso de los niveles de hemoglobina en más de 2 g/dL en un tiempo de 24 horas. (3)

De acuerdo a un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes adultos que acudieron por el servicio de urgencia en el Hospital Universitario de la Samaritana, se determinó que 69,1 % de los pacientes eran mayores de 60 años, el 73,3 % estaba asociada a alguna comorbilidad, el 55,1 % consumía algún medicamento. Se estima que tan solo un 19,6 % reportaba episodios de sangrado previos y el 11,2 % presentaron re sangrado (4).

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La hemorragia digestiva es considerada como una de las urgencias médicas más frecuente, esta enfermedad presenta una incidencia de 50-150 casos por 100.000 habitantes por año; convirtiéndose de esta manera en uno de los principales motivos de consulta externa y hospitalización, su mortalidad está asociada a comorbilidades del paciente en un 6-10% (5). De acuerdo a varios avances en la medicina sigue siendo un problema clínico bastante frecuente, también se considera como una afección con un nivel alto de riesgo tanto en su morbilidad y mortalidad (6).

Un estudio realizado en los años 2002 y 2012 en Estados Unidos, determinó que la etiología más frecuente para esta patología se encuentra en primer lugar con un 49% la úlcera péptica, seguida de la gastritis en un 17%, esofagitis en un 15%, una angiodisplasia y Mallory Weiss en un 6%, presencia de alguna neoplasia en un 3%, y finalmente varices esofágicas y lesión de Dieulafoy en tan solo un 2%.

En Cuba, 2014, Infante, aplicó un estudio de tipo prospectivo de corte transversal en el Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Luis Díaz Soto" en 118 pacientes, en donde se demostró una prevalencia de resangrado en un 9.3% de los cuales solo 11 resangraron (3).

En el año 2019, en Ecuador, un estudio realizado por Cevallos y Vanegas en el Hospital IESS de Milagro de tipo observacional y retrospectivo a 101 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, en el cual se demostró que el 28% de los pacientes presentaron resangrado recurrente. (7)

Un estudio realizado por Kim y colaboradores, donde comparan la prevalencia de los factores de riesgo de hemorragia digestiva alta en pacientes con osteoartritis y la población general, se determinó que los pacientes con osteoartritis tienen una mayor prevalencia de factores de riesgo múltiples concurrentes en comparación con la población general por tal motivo los médicos deben considerar la evaluación de riesgos individualizada independientemente de la edad al prescribir medicamentos o evitar procedimientos que puedan aumentar el riesgo (6).

La tasa de mortalidad en el paciente adulto es de un 10-12% aproximadamente, ha permanecido estable por más de cinco décadas por la presencia de comorbilidades, mayor número de complicaciones y el envejecimiento progresivo de la población. En numerosos estudios se afirma que la edad es un factor de riesgo independiente (8).

El mayor riesgo de re sangrado en la HDA por ulcera péptica tras terapia endoscópica se da en lesiones con hemorragia arterial. Un ensayo clínico aleatorizado evaluó las tasas de resangrado de lesiones gastroduodenales para los pacientes tratados con terapia endoscópica estándar guiada con eco Doppler frente a terapia estándar sola, el tratamiento estándar incluía hemoclips y/o electrocoagulación multipolar asociados a inyección de adrenalina que en unas de las ramas fue guiada por eco-doppler. Hubo diferencias significativas en las tasas de resangrado (un 15.2% superior) en el grupo estándar frente al grupo eco-doppler. Este ensayo permite señalar que en pacientes con HDA grave, el uso de una sonda Doppler como guía para la hemostasia endoscópica reduce significativamente las tasas de resangrado y cirugía en comparación con el tratamiento estándar (9).

De acuerdo a un estudio se planteó que los pacientes que presentan sucesos de resangrado durante su estancia hospitalaria tiene 5.65 veces mayor riesgo de fallecer, además existe una proporción de pacientes con persistencia del sangrado después de una primera endoscopia que fue del 6.4% y la de re sangrado del 6.7% y el porcentaje acumulado de persistencia del sangrado o re sangrado durante los primeros 30 días fue del 11,9% (10).

Se estima que cerca del 80% de los pacientes que sufren algún episodio de tipo agudo de hemorragia digestiva alta no varicosa presenta un riesgo de recidiva de sangrado; por lo que se ha relacionado con la presencia de un sangrado reciente, el mismo que se puede detectar mediante un examen endoscópico. Para estimar el riesgo de re sangrado se utilizan en la actualidad varios índices numéricos, desarrollados a partir de la evaluación de determinadas variables con valor pronóstico conocido. De todos ellos, el propuesto por Rockall es el más conocido, utilizado y validado (3).

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia y sus factores asociados de resangrado de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014-2019

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

La hemorragia digestiva alta actualmente hoy en día se considera como una patología médica quirúrgica frecuente en los servicios de gastroenterología en donde la mayoría de los pacientes deben ser internados inmediatamente por sus complicaciones, y por el grupo afectado que son principalmente los hombres adultos mayores de 60 años; además es importante destacar que esta patología conlleva a una mortalidad hasta el 25% de los casos, puede desencadenar múltiples complicaciones entre las más importantes se encuentra el re sangrado.

Mediante la elaboración de esta investigación se pretende recolectar toda la información con respecto a esta problemática. El siguiente estudio se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el área de clínica-gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga, mediante el resultado que se obtenga en esta investigación ayudará a descubrir la asociación que existe entre los factores asociados y la presencia de re sangrado por hemorragia digestiva alta, de esta manera se podrá iniciar con medidas preventivas y su pronta detección en los diferentes establecimientos de salud.

Desde esta perspectiva me motiva a realizar el siguiente estudio para conocer la prevalencia de re sangrado y sus factores asociados, por lo que se espera que esta investigación sirva en un futuro para estudios más amplios, para determinar soluciones y principalmente aprender a prevenir y evitar complicaciones.

## **CAPITULO II**

### **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

#### **2.1. DEFINICIONES**

La hemorragia digestiva alta es una de las principales causas de ingreso y endoscopia urgente en el área de gastroenterología, caracterizada por aquel sangrado procedente a nivel del tracto gastrointestinal (11).

El re sangrado se define según Jiménez y colaboradores como la presencia de hematemesis fresca y/o melena asociada a shock o a descenso de la hemoglobina en más de 2 g/Dl en 24 horas una vez considerada controlada la hemorragia inicial. Del mismo modo se catalogan de re sangrado los casos que necesiten repetir una endoscopia, cirugía o radiología intervencionista (11).

#### **2.2. ANTECEDENTES:**

En España en el año 2012, se realizó un estudio retrospectivo de cohortes con una muestra de 403 pacientes que en un 71% pertenecían al sexo masculino, con una edad media de 65 años y el 62,5 % presentaban asociación a una comorbilidad; concluyendo que un 20% de estos pacientes presentaba antecedentes de hemorragia digestiva alta no varicosa y tan solo un 6.7% presento episodios de resangrado posterior a una endoscopia. Por tanto, la tasa de mortalidad en este estudio se pudo comprobar que fue del 3,5% (10).

Un estudio realizado en Perú, consideran que la HDA es una emergencia médica por presentar una prevalencia de aproximadamente 150 casos por 100 000 adultos que existen por año; además con un índice de mortalidad de aproximadamente entre el 10 al 20% (1).

Según Cabrera y colaboradores en el año 2018 en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila, en su estudio los pacientes cursaban una edad sobre los 60 años de edad y que aproximadamente el 1% representa hospitalizaciones por esta patología. De acuerdo a este mismo estudio se identificaron las principales causas con un 41.6% la ulcera gástrica, en un 25.7% la gastritis erosiva y en tercer lugar se encuentra con un 12.9% la ulcera péptica duodenal (12).

Otro estudio en el año 2017, también analizó que existe asociación entre la aparición de síntomas digestivos con atletas que realizan ejercicio intenso; en función al grado de actividad física, desde un 7% hasta un 85% de los atletas pueden llegar a presentar un test de sangre oculta en heces positiva al finalizar su entrenamiento (13).

## **2.3. BASES TEORICAS CIENTÍFICAS**

### **2.3.1. Epidemiología:**

La incidencia anual aproximada de la HDA corresponde de entre 40-150 casos por cada 100000 habitantes, por lo que esto provoca que exista mayor ingreso hospitalario, se considera según este estudio que las causas más comunes son no variceales, que incluye 28-59% ulcera péptica, 1-47% enfermedad erosiva de la mucosa del (esófago, estómago, duodeno), 4-7% Síndrome de Mallory-Weiss, 2-4% neoplasias malignas del tracto gastrointestinal superior (14).

De acuerdo al estudio planteado por Infante, considera que los pacientes que presentan algún episodio agudo de hemorragia digestiva alta de tipo no variceal demuestran mayor riesgo de presentar recidiva de sangrado. (3)

Según González y colaboradores en un estudio acerca de los niveles de albumina en pacientes con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto no variceal, se relaciona con la presencia de re sangrado con una prevalencia de 11.2 % de acuerdo al siguiente estudio. (4)

### **2.3.2. Patogenia:**

El sangrado gastrointestinal superior es causado en un 20-25 % por el sangrado de una ulcera péptica, y como segunda causa es por varices esofágicas. Entre otras posibles etiológicas se encuentran el desgarro de Mallory Weiss, malformaciones arterio-venosas, duodenitis, gastritis y malignidad (15).

Se considera que las ulcera duodenales son las más comunes que las gástricas, sin embargo los que presentan mayor frecuencia de hospitalización son los pacientes con diagnóstico de úlceras gástricas. Las úlceras duodenales presentan una mortalidad de un 3.7% porque tienen más probabilidad de erosionarse en grandes vasos de esta manera causando un sangrado aún más severo, en comparación con las úlceras gástricas que solo representan un 2.1% de mortalidad.

El sangrado por una úlcera péptica es una condición común y potencialmente mortal, con una mortalidad intrahospitalaria del 5% al 8%, que ha permanecido sin cambios a pesar de los recientes desarrollos en el tratamiento, esto debe a que los pacientes por lo general son añosos, presentan algún tipo de comorbilidad, y utilizan algún tipo de medicamento que pueden promover el sangrado de la ulcera. La intervención endoscópica logra una hemostasia inicial en más del 90% de los casos y la tasa de re sangrado es limitada 8-16%. Cuando la intervención endoscópica fracasa en lograr la hemostasia, o después de un re-sangrado a pesar de esa intervención, el tratamiento quirúrgico es el tratamiento estándar (16).

Al detectar la presencia de una varice esofágica, se considera que la incidencia de una hemorragia es del 5% anual en varices esofágicas pequeñas, y en las de tamaño mediano y grande de un 15%. Los pacientes con cirrosis tienen una probabilidad del 70% de presentar hemorragia varicosa, con una mortalidad que oscila entre el 6-42% (17).

### **2.3.3. Predictores de re sangrado temprano:**

Los pacientes que presenten sangrado por ulcera péptica deben ser hospitalizados después de una hemostasia endoscopia por lo menos un mínimo de 72 horas, con un tratamiento de inhibidor de bomba de protones seguida de una infusión continua. Hoy en día la mayoría de centros de salud dan de alta a los pacientes después de solo 48 horas; y se ha cuestionado la necesidad de regímenes de inhibidores de bomba de protones intravenosos a dosis altas en comparación con regímenes de dosis más bajas (18).

En un estudio realizado por Maggio y colaboradores, se basaron en datos demográficos, datos históricos, datos de laboratorio, hallazgos en el examen físico, y rendimiento en el aspirado nasogástrico, en el cual se recopiló información sobre las nuevas hemorragias y su momento dentro de los 30 días posteriores a la hospitalización inicial del paciente, además del momento de la hemostasia endoscópica. Se evidenció que un paciente que experimentó un sangrado posterior > 30 días después del evento de sangrado inicial experimentó un nuevo episodio de sangrado (19).

El resangrado en el sangrado gastrointestinal superior no varicoso ocurre en aproximadamente 8% a 25% de los pacientes, a pesar de la terapia endoscópica. Los predictores de nuevas hemorragias se han identificado previamente, incluyen la cabecera (inestabilidad hemodinámica, enfermedad comórbida y nivel de hemoglobina en la presentación) y predictores endoscópicos (sangrado activo en la endoscopia, tamaño de la úlcera y ubicación de la úlcera).

Un estudio realizado por Lau, informó que las nuevas hemorragias ocurren por lo general dentro de los primeros 3 días posteriores a una terapia endoscopia, por lo que recomiendan actualmente una infusión IV de inhibidor de bomba de protones a dosis altas durante 72 horas completas después de la hemostasia (19).

#### **2.3.4. Factores de riesgo para el re sangrado:**

Un estudio realizado en Corea, demuestra que después de un sangrado gastrointestinal superior existen algunos factores de riesgo como predictores de sangrado, quienes lo clasifican en univariado y multivariado de los factores de riesgo de nuevas hemorragias; en el análisis univariante, se considera como primer factor la edad, seguido del uso de AINE, esteroides, índice de masa corporal, albúmina y hematemesis se asociaron significativamente con la nueva hemorragia y de acuerdo al análisis multivariado, fue fundamental la presencia de alguna comorbilidad, el uso de fármacos múltiples, el nivel de albúmina y hematemesis fueron independientes asociado con la nueva hemorragia (20).

De acuerdo a un metanálisis también se consideró a la vejez, mal estado general de la salud, alguna enfermedad comórbida, niveles bajos de hemoglobina como predictores de nuevas hemorragias. También para la presencia de nuevas hemorragias por úlcera péptica se tiene presente los niveles altos de proteína C en suero, niveles bajos de hemoglobina, y la inestabilidad hemodinámica (20).

- **Edad:**

Un estudio realizado en el año 2018, con pacientes diagnosticados de hemorragia digestiva alta se encontró que existe una prevalencia de un 35-45% sobre el sexo masculino y sobre una edad de los 60 años. En el mismo estudio también se descubrió que el 1% corresponde a la edad de 80 años.

- **Sexo:**

De acuerdo a un estudio de cohorte prospectivo realizado en Colombia en pacientes con diagnóstico de HDA, La proporción hombre: mujer fue de 1,4:1 con resultado del grupo más afectado el sexo masculino (21).

- **Uso de medicamentos:**

En el año 2018 en un estudio realizado por kim y colaboradores, los pacientes mencionaron haber consumido estos medicamentos como anti plaquetarios (incluida la aspirina), anticoagulantes, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y esteroides. Los pacientes que tomaron más de uno de los medicamentos antes mencionados fueron clasificados como multi-drogas. Se registró la información de los pacientes que usaron uno de estos medicamentos dentro de 1 semana de sangrado por úlcera (20).

- **Índice de masa corporal:**

En el año 2015, se realizó un estudio donde se comprobó que posterior a un proceso de bypass gástrico su principal complicación es la hemorragia digestiva alta, el estudio estuvo comprendido por una muestra de 123 varones y 177 mujeres donde la principal indicación fue un IMC igual o superior a 40 kg/m<sup>2</sup> (22).

- **Albumina:**

Un estudio realizado en el año 2016 considera que la hipoalbuminemia presenta una mayor mortalidad hospitalaria en pacientes con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto no variceal, de esta manera siendo un factor de riesgo para un nuevo proceso de re sangrado. En este estudio la hipoalbuminemia (<3.5 g/dl) se encontró en más del 70% de los pacientes que fueron valorados durante 4 años. Finalmente de acuerdo a este estudio consideran que la albumina es una herramienta accesible que permite la estratificación de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal (23).

- **Comorbilidades:**

De acuerdo a un estudio realizado en Corea en pacientes masculinos y con edades de 63 años, con diagnóstico de sangrado gastrointestinal superior se descubrió varios factores de riesgo considerados predictores de sangrado en

estos pacientes, como son las comorbilidades más comunes en estos pacientes fueron insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial (20)

- **Bajos niveles de hemoglobina:**

La caída en la hemoglobina de 2 g / dL después de una hemostasia inicial fue un predictor para la presencia de un re sangrado en un estudio realizado por Kim y colaboradores (6)

Un estudio ha demostrado que el nivel sérico de PCR antes de la endoscopia tenía un valor pronóstico para predecir la nueva hemorragia en pacientes con esta patología, por lo tanto, la presencia de bajos niveles de PCR en pacientes con sangrado gastrointestinal superior de tipo no variceal indica una baja probabilidad de re sangrado (24).

Con respecto a la hemorragia digestiva alta continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad, de acuerdo a un estudio realizado con 170 participantes se comprobó que la causa más común de sangrado digestivo superior en estos pacientes fueron las várices esofágicas (57.0%), seguidas de la enfermedad de úlcera péptica (18.6%) y gastritis (10.4%) (25).

### **2.3.5. Factores de riesgo de mortalidad:**

Se estima que la mortalidad por una hemorragia gastrointestinal superior oscila aproximadamente entre el 6-12% en los últimos 50 años (26).

En un estudio se compararon las características clínicas y endoscópicas entre pacientes que murieron y aquellos que sobrevivieron, en donde los pacientes en el grupo de mortalidad tenían mayor edad, mayor grado ASA, comorbilidades, mayor nivel de PCR y un nivel de hemoglobina más bajo. Además se hizo énfasis en la tasa de re sangrado de 30 días es del 13,1 %, se comparó con un estudio europeo y los porcentajes no habían cambiado significativamente que fueron del 13.0 % (27)

### **2.3.6. Diagnóstico:**

- **Papel de la endoscopia**

Al sospechar de una hemorragia varicosa, la endoscopia debe realizarse solo después de una reanimación adecuada cuando el paciente está hemodinámicamente estable.

En el caso de sangrado gastrointestinal superior no varicoso, un consenso previo del Grupo de Trabajo de Asia y el Pacífico recomendó que se tomara una intervención endoscópica dentro de las 24 h del inicio del sangrado en pacientes con alto riesgo de evaluación pre-endoscópica (p. Ej., Glasgow-Blatchford Score (GBS)  $\geq 12$ ). Este consenso es similar a una guía en cascada reciente de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal en 2018, que informó que la endoscopia se debe realizar dentro de las 24 h posteriores a la inicial adecuada gestión. Por lo tanto, se ha señalado que, en pacientes que están hemodinámicamente inestable y presentando hematemesis masiva, endoscopia no debe hacerse hasta después de que el paciente se estabilice mediante reanimación (28).

Según un estudio de tipo retrospectivo que se realizó en 361 pacientes, los que fueron sometidos a un proceso endoscópico de emergencia presentaron 5 veces más riesgo de presentar algún evento adverso como la presencia de una nueva hemorragia, e incluso la muerte (28).

La terapia mediante endoscopia para procedimiento como el sangrado por ulcera péptica es superior a la farmacoterapia sola, porque disminuye la necesidad de cirugía y mortalidad. A demás en estudios se comprobó que disminuyó significativamente el sangrado continuo, el resangrado y la transferencia a cirugía de emergencia versus la terapia estándar (29).

Para el tratamiento de un sangrado activo la endoscopia es el método de elección, puede identificar el tamaño y la ubicación de las varices. De acuerdo a La Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades del Hígado sugieren que el tiempo de endoscopia debe ser de 12 horas para el sangrado varicoso agudo, inclusive otro estudio demostró que la endoscopia tardía mayor a 15 horas representa un factor un riesgo mayor para la mortalidad en el sangrado varicoso agudo (30).

La endoscopia proporciona una visualización directa de las várices y es la piedra angular del enfoque de diagnóstico para confirmar la presencia de hemorragia por

várices. Pero también existen situaciones en las que puede ser difícil visualizar las várices sangrantes. La situación más común es un coágulo grande en el fondo del estómago que impide una visión retroflexionada adecuada del cardias y la unión gastroesofágica (30).

- **Escala pronóstica de Rockall**

La Escala de Rockall es el sistema de puntuación de riesgo más utilizado en Hemorragia Digestiva alta, se desarrolló para evaluar el riesgo de muerte después de presentar este episodio, incorpora cinco factores importantes como la edad del paciente, shock acompañante, las comorbilidades (a nivel de corazón, hígado, riñón, enfermedades causales del sangrado) y los hallazgos endoscópicos (31).

Esta escala ha sido validada en varios países, y es considerada superior a las puntuaciones de Baylor y Cedar-Sinai en la identificación de pacientes con bajo riesgo entre una cohorte con hemorragia no varicosa, sin embargo en estudios recientes consideran que los tres puntajes fueron mejores para predecir la mortalidad que el re sangrado. Pero en la actualidad el puntaje de Rockall es el puntaje post endoscópico más ampliamente utilizado, porque evalúa la posibilidad de re sangrado, necesidad quirúrgica, y mortalidad estimada (31).

El estudio realizado por Ouali y colaboradores, concluyó que los pacientes que volvieron a sangrar, el 55,6% lo hizo dentro de los tres días. Esto es más alto de lo que se ha informado en la literatura, con tasas de resangrado de hasta el 95% en los primeros tres días (32).

Solo unos pocos estudios han comparado la eficacia de este sistema de puntuación en los subgrupos de pacientes con varices y sangrado no varicoso. Estos informes también indican que el puntaje de Rockall fue predictivo tanto de nuevas hemorragias como de mortalidad en pacientes con hemorragia varicosa en menor grado en comparación con pacientes con hemorragia no varicosa (33) (34)

### **2.3.7. Tratamiento:**

- **Manejo pre-endoscópico**

En el sangrado gastrointestinal superior a los pacientes se los clasifica según el estado hemodinámico, la edad, las comorbilidades y los resultados iniciales de laboratorio. El manejo más importante en estos pacientes es su estabilidad hemodinámica e iniciar una medida de reanimación.

El paciente debe recibir líquidos isotónicos intravenosos, y se debe administrar una transfusión manteniendo la hemoglobina a un nivel  $\geq 7$  g / dl o superior si el paciente es sintomático (15).

Los puntajes de Blatchford, Rockall y el AIMS65 se utilizan para identificar pacientes con UGIB que necesitan ser ingresados en el hospital, ya que el sangrado requiere una intervención médica adicional, como una transfusión de sangre o una intervención endoscópica. La anticoagulación y la terapia antiplaquetaria se deben utilizar en estos pacientes, pero existe el riesgo de presentar trombosis por lo que se debe sospechar frente al riesgo de sangrado. Si un paciente que toma warfarina e INR es supratrapéutico, se debe administrar plasma fresco congelado (FFP) o concentrado de complejo de protrombina (15).

Se considera que en estos pacientes es recomendable utilizar los inhibidores de bomba de protones hasta reconocer el origen del sangrado, se utilizan dosis altas lo que produce evitar de que las úlceras vuelvan a sangrar. En el área de emergencia se considera el alta a un paciente con este diagnóstico siempre que presente los siguientes criterios si el nitrógeno de urea  $< 18.2$  mg / dl, la hemoglobina es mayor o igual a 13 g / dl para los hombres y 12 mg / dl para las mujeres, sangre sistólica presión mayor o igual a 110 mmHg, pulso  $< 100$  / min, ausencia de melena, síncope, insuficiencia cardíaca y enfermedad hepática, ya que tienen menos del uno por ciento de posibilidades de requerir intervención (15).

- **Manejo post endoscópico:**

Un paciente que desarrolla úlceras asociadas a AINE debe ser evaluado cuidadosamente, se recomienda la dosis más baja de AINE selectivo de ciclooxigenasa-2 (COX-2) con IBP diario (15).

Los pacientes con signos de sangrado recurrente después de la primera terapia endoscópica generalmente son tratados con una segunda terapia endoscópica.

- **Dispositivo para hemostasia endoscópica**

Posterior a una ligadura endoscópica existe la posibilidad de una nueva hemorragia que ocurre en un 20-60 % de los pacientes, y principalmente es común por úlceras de la banda esofágica.

El Hemospray es una modalidad hemostática sin contacto relativamente nueva, actualmente se utiliza para el tratamiento de úlceras pépticas sangrantes, consiste en un nanopolvo y se rocea sobre una área de mucosa grande. Su función es aumentar la concentración tanto de los factores de la coagulación y plaquetas ya que se encuentran activadas en el lugar del sangrado, de acuerdo a los estudios no presenta ninguna riesgo de toxicidad (35).

Recientes estudios han demostrado sus grandes beneficios incluso como terapia de primera línea para controlar el sangrado de úlcera péptica que no responde a la terapia convencional. De acuerdo a un estudio prospectivo en donde 20 pacientes con úlceras pépticas sangrantes se sometieron a este producto, se obtuvo como resultado hemostasia aguda en el 95% de ellos (85% de aplicación única; 15% a dos aplicaciones) (35).

Un estudio realizado en un centro de Suiza, en el cual participaron 194 pacientes con sangrado gastrointestinal superior, de los cuales 16 fueron tratados con Hemospray, demostrando una alta eficacia en su primera aplicación (36).

Estudios previos describen que el Hemospray es más factible para obtener hemostasia de forma rápida durante el proceso endoscópico, el mismo que puede ser utilizado como rescate o tratamiento primario, es considerado de primera opción cuando existe algún tipo de sangrado refractario a pesar de haber ocupado otros métodos (37).

#### **2.4. HIPOTESIS**

Se considera actualmente que existe una prevalencia de re sangrado de un 11,2 %, siendo sus principales factores asociados son el uso de medicamentos (AINES, esteroides, ASA, anticoagulantes), índice de masa corporal, albumina, comorbilidades (cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial), bajos niveles de hemoglobina.

## **CAPITULO III**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia y factores asociados de resangrado de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014-2019.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Categorizar socio demográficamente en la población según edad y sexo.
- Describir los factores de riesgo que producen el re sangrado en los pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta
- Identificar la frecuencia de re sangrado por hemorragia digestiva alta de tipo variceal y no variceal.
- Identificar la frecuencia del tipo de hemorragia digestiva alta con la cirrosis hepática.
- Analizar la relación entre el re sangrado con los factores sociodemográficos y de riesgo de re sangrado.

## **CAPITULO IV**

### **4. DISEÑO METODOLOGICO**

#### **4.1. Diseño general de estudio**

##### **4.1.1. Tipo de investigación**

El Estudio es de tipo analítico, cuantitativo, transversal en el área de clínica-gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014-2019.

##### **4.1.2. Área de investigación**

Para este estudio se tomó como área de investigación, el Hospital José Carrasco Arteaga, el mismo que se encuentra ubicado en la ciudad de Cuenca, parroquia Monay, provincia del Azuay, específicamente en las calles Popayán y Pacto Andino, camino a Rayoloma, pertenece a la Zona de Salud 6 del Ecuador.

##### **4.1.3. Universo**

El universo para este estudio se encontró formado por las historias clínicas correspondientes a los pacientes hospitalizados en el área de clínica - gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga, durante los meses de Enero 2014 – Julio 2019.

##### **4.1.4. Tamaño de la muestra**

Para el universo está conformado por todos los pacientes hospitalizados en el área de clínica – gastroenterología que corresponde a 3646 pacientes, se aplicó un intervalo de confianza del 95%, se tomó como prevalencia de re sangrado el 11.2 % (4), dando como resultado una muestra de 147 pacientes.

##### **4.1.5. Muestreo**

La aleatorización de la muestra se realizó de forma probabilística y mediante el programa estadístico EPIDAT versión 4.2. Los datos se ingresaron en el programa de SPSS y en Excel.

#### **4.2. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **4.2.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes ingresados en el área de clínica-gastroenterología con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo de 2014-2019.
- Pacientes mayores de 18 años de edad.

#### **4.2.2. Criterios de exclusión**

- Historias clínicas que se encuentren incompletas.
- Pacientes embarazadas

#### **4.3. Métodos e instrumentos para obtener la información**

##### **4.3.1. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El método empleado en este estudio fue mediante la observación, recolección y análisis de los datos obtenidos mediante un formulario de recolección de autoría propia y las historias clínicas en el sistema AS400 de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo establecido.

##### **4.3.2. Plan de procesamientos y análisis de datos**

Previa a la aprobación del estudio por parte de las autoridades de la Universidad Católica de Cuenca y Hospital José Carrasco Arteaga, se elaboró un formulario de autoría propia, una vez que se recolectaron los datos a través de la revisión de historias clínicas en el programa AS400, se procedió a la tabulación y sistematización de datos en la base digital, posteriormente se realizó una evaluación de la calidad de datos obtenidos. El análisis consistió en la presentación de frecuencias y porcentajes para las variables nominales. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows y Excel. Para determinar los factores asociados a la variable directa se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson, y se cuantificó el grado de asociación y riesgo de Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza con el 95%. Se considerará valores estadísticamente significativos a  $p < 0.05$ .

#### **4.4. Procedimientos para garantizar procesos bioéticos**

Para iniciar con la investigación primero se contó con la respectiva aprobación del protocolo por el director, asesor, comité de investigación, y comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca. También se solicitó autorización a la coordinación general de investigación del Hospital José Carrasco Arteaga para la realización de la respectiva investigación.

De acuerdo al tipo de investigación y el método de recolección de los datos se utilizaron conforma a las normas éticas de investigación. Debido a que el tipo de investigación es retrospectivo y bajo ningún motivo se mantuvo ninguna

comunicación o contacto alguno con los pacientes por lo que no se realizó un consentimiento informado.

En cuanto a la privacidad la información se guardará con absoluta confidencialidad, no se publicará o no se darán a conocer los datos reales de las personas que participaron en el estudio como edad, sexo. En esta investigación el proceso no implica riesgo alguno para los pacientes, como tampoco tiene costo.

#### 4.5. Descripción de variables

##### 4.5.1. Matriz de variables

- Dependiente: Re sangrado digestivo alto
- Interviniente: Edad, sexo.
- Independiente: uso de medicamentos (AINE, esteroides, ASA, anticoagulantes), índice de masa corporal, albumina, comorbilidades, bajos niveles de hemoglobina.

##### 4.5.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Es el tiempo que tiene un ser vivo desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Tiempo en años	Numérica Juventud: 14-26 años Adultez: 27-59 años Vejez: 60 años y mas	Cualitativa Numérica
<b>Sexo</b>	Son las características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer	Fenotipo	Masculino Femenino	Cualitativo Nominal
<b>Consumo de AINES</b>	Si el paciente consume	Antecedentes de consumo	Si No	Cualitativo Nominal

	habitualmente algún medicamento antes de su ingreso.			
<b>Consumo de Esteroides</b>	Si el paciente consume habitualmente algún medicamento antes de su ingreso.	Antecedentes de consumo	Si No	Cualitativo Nominal
<b>Consumo de Ácido acetilsalicílico</b>	Si el paciente consume habitualmente algún medicamento antes de su ingreso.	Antecedentes de consumo	Si No	Cualitativo Nominal
<b>Consumo de anticoagulantes</b>	Si el paciente consume habitualmente algún medicamento antes de su ingreso.	Antecedentes de consumo	Si No	Cualitativo Nominal
<b>Índice de masa corporal</b>	Relación entre peso y talla de una persona	Relación peso-talla	Bajo peso < 18,5 kg/m <sup>2</sup> Peso normal 18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup> Sobre peso 25,0 – 29,9	Cualitativo Nominal

			kg/m2 Obesidad > 30 kg/m2	
<b>Albumina</b>	Proteína producida por el hígado, sus niveles séricos tienen valor pronóstico para las complicaciones .	Laboratorio	Hipoalbuminemia Hiperalbuminemia Normal	Cualitativo Nominal
<b>Comorbilidades</b>	Se trata de alguna morbilidad asociada a dos o más trastornos, que se presentan en la persona.	Clínica	Cirrosis hepática Insuficiencia Renal crónica Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión Arterial Ninguna Otra comorbilidad	Si No
<b>Hemoglobina</b>	Proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno. Sus niveles de concentración sirve para diagnosticar la anemia.	Laboratorio	Anemia Normal	Cuantitativo Continuo
<b>Hemorragia</b>	Tipo de HDA,	Clínico	- Si	Cualitativo

<b>digestiva alta variceal</b>	consiste en el sangrado de cualquier de las venas que drenan el estómago, esófago, intestinos.	endoscópico	No	Nominal
<b>Hemorragia digestiva No variceal</b>	Tipo de HDA, consiste en el sangrado sobre la zona papilar, no se debe a varices esofágicas o gástricas.	Clínico - endoscópico	Si No	Cualitativo Nominal
<b>Re sangrado</b>	Consiste en la presencia de hematemesis fresca y/o melena asociada a shock, con descenso de la hemoglobina en más de 2 g/dl en 24 horas.	Signo clínico confirmado con endoscopia.	Si No	Cualitativo Nominal

## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1. Cumplimiento del estudio

Al haber aplicado el formulario de recolección de autoría propia a 147 pacientes que fueron hospitalizados en el área de gastroenterología-clínica del Hospital José Carrasco Arteaga, mediante la revisión de las historias clínicas, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, se procedió al respectivo análisis y tabulación de los datos obteniéndose los siguientes resultados.

**Tabla 1. Distribución de la categorización sociodemográfica de los pacientes con HDA del HJCA. Cuenca, 2014 -2019**

<b>Variables sociodemográficas</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Sexo	Masculino	94	63.9
	Femenino	53	36.1
Edad	27-59 años	13	8.8
	≥ 60 años	134	91.2

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado por:** Tatiana Gallegos

Con relación a la categorización sociodemográfica de los pacientes con HDA, se observa que en el estudio predominó el sexo masculino en un 63.9% y el 36.1% corresponde al sexo femenino respectivamente. La edad media de los pacientes es 73.8 años (DE  $\pm$  13.1). Un gran porcentaje de la muestra corresponde a pacientes  $\geq$  60 años en un 91.2% y el 8.8% de 27 a 59 años de edad (Tabla 1).

**Tabla 2. Distribución de los factores de riesgo que producen el re sangrado en los pacientes que presentaron HDA del HJCA. Cuenca, 2014 -2019**

<b>Factores de riesgo</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Uso de medicamentos: Aines, esteroides, asa, anticoagulantes	Si	34	23.1
	No	113	76.9
Índice de masa corporal	Peso bajo (<18,5 Kg/m <sup>2</sup> )	1	0.7
	Peso normal (18,5-24,9 Kg/m <sup>2</sup> )	54	36.7
	Sobrepeso (25,0 - 29,9 Kg/m <sup>2</sup> )	73	49.7
	Obesidad (>30 Kg/m <sup>2</sup> )	19	12.9
Niveles de albumina al ingreso hospitalario	Hipoalbuminemia	110	74.8
	Hiperalbuminemia	11	7.5
	Normal	26	17.7
Antecedentes de comorbilidad	Cirrosis hepática	45	30.6
	Insuficiencia renal crónica	9	6.1
	Diabetes mellitus tipo 2	29	19.7
	Hipertensión arterial	94	63.9
	Otra comorbilidad	7	4,8
	Ninguna	12	8.2
Hemoglobina al ingreso hospitalario	Anemia	102	69.4
	Normal	45	30.6

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado por:** Tatiana Gallegos

Con respecto a los factores de riesgo que producen el re sangrado en los pacientes que presentaron HDA, se observa que el 23.1% utilizaba algún tipo de medicamento como: Aines, esteroides, asa, anticoagulantes, especialmente ibuprofeno y aspirina; en lo concerniente al IMC casi la mitad los participantes tenían sobrepeso en un 49.7%; de acuerdo a las alteraciones de albumina el 74.8% presentaba hipoalbuminemia y el 7.5% hiperalbuminemia; con relación a los antecedentes de comorbilidades la mayoría tenía HTA en un 63.9%, seguido por Cirrosis hepática en un 30.6% y DMT2 en un 19.7%; y por último, según la hemoglobina al ingreso hospitalario el 69.4% presentó anemia (Tabla 2).

**Tabla 3. Frecuencia de re sangrado por HDA de tipo variceal y no variceal en pacientes del HJCA. Cuenca, 2014 -2019**

<b>Presencia de hemorragias y resangrado</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Tipo de hemorragia digestiva alta	Variceal	71	48.3
	No Variceal	76	51.7
Presencia de resangrado digestivo alto	Si	30	20.4
	No	117	79.6

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado por:** Tatiana Gallegos

De acuerdo a la frecuencia del tipo de HDA, se puede apreciar que el 51.7% de los pacientes presentan hemorragia digestiva alta de tipo no variceal, mientras que el 48.3% presenta de tipo variceal; en lo que respecta a la frecuencia de re sangrado se observa que la prevalencia es del 20.4% (Tabla 3).

**Tabla 4. Asociación de la frecuencia de re sangrado con el tipo de HDA en los pacientes del HJCA. Cuenca, 2014 -2019**

	Si		No		OR	IC Inf-Sup	p	
	n	%	N	%				
Variceal	26	17.7	45	30.6	10.40	3.40	31.76	0.000
No variceal	4	2.7	72	49.0				

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado por:** Tatiana Gallegos

Al asociar la frecuencia del re sangrado con el tipo de HDA, se observa que el 17.7% de los pacientes que tienen re sangrado presentan HDA de tipo variceal, mientras que el 2.7% restante presentan HDA de tipo no variceal; por lo tanto, existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables OR 10.4 (IC95%: 3.40–31.76 valor p 0,000); es decir, que los pacientes con HDA de tipo variceal tienen 10 veces mayor riesgo de padecer resangrado (Tabla 4).

**Tabla 5. Asociación de la frecuencia del tipo de HDA con la Cirrosis hepática en los pacientes del HJCA. Cuenca, 2014 -2019**

Cirrosis hepática	Variceal		No variceal		OR	IC Inf-Sup	p	
	n	%	n	%				
Si	39	26.5	6	4.1	14.21	5.46	39.98	0.000
No	32	21.8	70	47.6				

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado por:** Tatiana Gallegos

Al asociar la frecuencia del tipo de HDA con la cirrosis hepática, se observa que el 26.5% de los pacientes que presentan HDA de tipo variceal tienen cirrosis hepática; mientras que el 21.8% no padece de cirrosis hepática; por lo tanto, existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables OR 14.21 (IC95%: 5.46–39.98 valor p 0,000); es decir, que los pacientes con cirrosis hepática tienen 14 veces mayor riesgo de padecer HDA de tipo variceal (Tabla 5).

**Tabla 6. Asociación de la frecuencia re sangrado por HDA con los factores sociodemográficos y de riesgo en los pacientes del HJCA. Cuenca, 2014 - 2019**

Factores asociados		Re sangrado por HDA				OR	IC Inf-Sup	p
		Sí		No				
		N	%	n	%			
Sexo	Mujeres	14	9.5	39	26.5	1.55	0.82-2.92	0.174
	Hombres	16	10.9	78	53.1			
Edad	27-59 años	5	3.4	8	5.5	2.72	0.82-9.03	0.090
	≥ 60 años	25	17.0	109	74.1			
Consumo de medicamentos	Sí	12	8.2	22	15.0	2.87	1.21-6.83	0.014*
	No	18	12.2	95	64.6			
Índice de masa corporal	Con Sobrepeso	15	10.2	58	39.5	1.01	0.45-2.26	0.966
	Sin Sobrepeso	15	10.2	59	40.2			
	Sin Peso normal	18	12.2	75	51.0	0.84	0.36-1.91	0.677
	Con Peso normal	12	8.2	42	28.6			
	Con Obesidad	3	2.0	16	10.9	0.70	0.19-2.58	0.592
	Sin obesidad	27	18.4	101	68.7			
Alteración Albumina	Alterados	22	15.0	98	66.7	0.53	0.20-1.37	0.188
	Normales	8	5.4	19	12.9			
Antecedentes de comorbilidad	Con Cirrosis hepática	7	4.8	38	25.9	0.63	0.24-1.60	0.332
	Sin Cirrosis hepática	23	15.6	79	53.7			
	Con Insuficiencia renal crónica	2	1.4	7	4.8	1.12	0.22-5.70	0.889
	Sin Insuficiencia renal crónica	28	19.0	110	74.8			
	Con DMT2	2	1.4	27	6.2	0.23	0.04-1.06	0.078
	Sin DMT2	28	19.0	90	73.5			
	Con HTA	17	11.5	77	52.4	0.67	0.30-1.53	0.352
	Sin HTA	13	8.8	40	27.2			
Hemoglobina	Anemia	26	17.7	76	57.7	3.76	1.23-11.49	0.014*
	Normal	4	2.7	41	27.9			

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado por:** Tatiana Gallegos

Para identificar la asociación de variables se recodificó a la alteración de albumina en dos grupos: los pacientes que se encuentran en el indicador alterado son los que presentan hipoalbuminemia e hiperalbuminemia y los normales son los que presentan niveles dentro del rango normal.

Al asociar a los pacientes que presentan re sangrado con los factores sociodemográficos y de riesgo, se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas solo en el consumo de medicamentos y en la hemoglobina.

En cuanto al consumo de medicamento se puede apreciar que el 8.2% de pacientes que se medicaban con aines, asa, anticoagulantes y esteroides habían presentado re sangrado, por lo que se lo considera un factor de riesgo, lo que

implica que aquellas personas que consumían medicamento tenían un riesgo de dos veces superior a aquellas personas que no las consumían OR 2.87 (IC95%: 1.21–6.83 valor p 0.014).

En lo referente a la hemoglobina, se puede observar que el 17.7% de los pacientes que tenían anemia habían presentado re sangrado, considerándolo también un factor de riesgo, lo que implica que las personas que padecen de anemia tienen 3 veces mayor riesgo de presentar re sangrado que los que tienen una hemoglobina normal OR 3.76 (IC95%: 1.23–11.49 valor p 0.014).

En algunos factores se encontró asociación (OR > 1) pero no una diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ): en el caso de sexo hubo asociación pero no significancia OR 1.55 (IC95%: 0.82-2.92 valor p 0.174); de igual manera en la edad OR 2.72 (IC95%: 0.82-9.03 valor p 0.090); en el sobrepeso OR 1.01 (IC95%: 0.45-2.26 valor p 0.966) y en la insuficiencia renal crónica OR 1.12 (IC95%: 0.22-5.70 valor p 0.889).

Sin embargo, no se encontró asociación entre el peso normal y el re sangrado OR 0.84 (IC95%: 0.36-1.91 valor p 0.677); de igual manera en la obesidad OR 0.70 (IC95%: 0.19-2.58 valor p 0.592); en la alteración de albumina OR 0.53 (IC95%: 0.20-1.37 valor p 0.188); en la cirrosis hepática OR 0.63 (IC95%: 0.24-1.60 valor p 0.332); en la DMT2 OR 0.23 (IC95%: 0.04-1.06 valor p 0.078); y por último, en la HTA OR 0.67 (IC95%: 0.30-1.53 valor p 0.352) (Tabla 6).

## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

La HDA es la emergencia médica del área de gastroenterología más frecuente, convirtiéndose de esta manera en uno de los principales motivos de consulta externa y hospitalización; sin embargo, el resangrado de lesiones gastroduodenales tras la terapia endoscópica puede aumentar el riesgo de mortalidad en los pacientes.

En el presente estudio se incluyeron a 147 pacientes que presentaron HDA al ingresar al área de gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca durante el período 2014-2019, encontrándose con una prevalencia del 20,4%. Nuestra prevalencia es mayor a un estudio realizado por Infante et al. en Cuba 2014 quienes aplicaron un estudio prospectivo de corte transversal a 118 pacientes del Hospital Clínico Quirúrgico “Dr. Luis Díaz Soto” demostrando una prevalencia de re sangrado en un 9,3% (3); esta diferencia de porcentajes podría deberse a que de los 118 pacientes solo 71 presentaron HDA de los cuales 11 re sangraron. Por otro lado, Cevallos y Vanegas en el 2019 reportan una prevalencia superior a través de una investigación de tipo observacional y retrospectiva a 101 pacientes con DHA que acudieron al área de emergencia del Hospital IESS Milagro “Dr. Federico Bolaños” de la provincia del Guayas, en el cual demuestran que el 28% de los pacientes presentaron re sangrado recurrente (7). Esta discrepancia en los porcentajes de prevalencia probablemente se deba al tamaño de la población de cada estudio. Sin embargo, se puede observar que nuestra población así como otros estudios continúan siendo víctimas de malos hábitos como es la automedicación, considerándolo un factor de riesgo para esta patología.

En lo que respecta al sexo se observa que en el estudio predominó el masculino en un 63.9% y el 36.1% corresponde al sexo femenino respectivamente. Estos hallazgos con relación al sexo masculino es superior al encontrado por Contreras et al. en México 2017 quienes a través de una investigación de tipo multicéntrico prospectivo, transversal y analítico dirigida a una población de 198 pacientes con HDA de algunos centros hospitalarios, reportaron una prevalencia del 54% (34); Cabrera et al. Cuba 2018 realizaron un estudio observacional, descriptivo

transversal en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila a 110 pacientes con HDA, revelando que el 69,1% corresponde al sexo masculino (12). La prevalencia del sexo masculino en la HDA es muy frecuente en algunos estudios, ya que esta población (masculina) está caracterizada por no recurrir a consultas médicas continuas, lo que ocasiona en algunos casos que la patología tenga posibles complicaciones.

En base a la edad nuestra población tuvo una media de 73.8 años ( $DE \pm 13.1$ ), prevaleciendo la HDA en pacientes  $\geq 60$  años en un 91,2%; los datos de nuestro estudio arrojan prevalencias similares en cuanto a la clase longeva, lo cual se asemeja a los resultados reportados por Velázquez V. en Perú 2016 quien aplicó un estudio observacional descriptivo a 412 pacientes con HDA del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, demostrando que la mayoría de participantes tuvieron una edad mayor a 60 años representado en un 86% (38); de igual manera Pesantes C. en Guayaquil 2015 a través de un estudio de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo dirigido a 184 pacientes con HDA del Hospital Universitario de Guayaquil revela que en su muestra predominó personas mayores a 60 años en un 71,3% (39). A través de esta evidencia se constata que los casos de HDA ha aumentado progresivamente en la edad longeva, por lo que algunos autores han dirigido sus estudios en este grupo etario como Contreras et al. en México 2017 quien seleccionó solo a pacientes mayores de 60 años obteniendo un gran porcentaje los pacientes de 70 a 79 años (34); al igual que Cabrera et al. Cuba 2018 predominando el grupo etario de 60 -74 años en un 51,4%.

En lo concerniente al consumo de medicamento (AINES, esteroides, asa, anticoagulantes), tuvo una frecuencia de 23,1%, que es inferior al encontrado en otras investigaciones. Pichilingue O. en Perú 2019 realizó un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal y retrospectivo a 74 pacientes con HDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue, demostrando que el 35,1% corresponde al consumo de aines (40); por otro lado, Velázquez J. en Perú 2013 mediante un estudio de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal dirigido a 187 pacientes con HDA, reveló que el 26,8% consume aines (41); al igual que Contreras et al. en México 2017 reporta un 33% de consumo de aines

por un tiempo prolongado; asimismo Velázquez V. en Perú 2016 reportó un 33% (34). En nuestro estudio el consumo de este tipo de medicamento es inferior a otras investigaciones, probablemente se deba al tamaño de la población; además, cabe señalar que la prevalencia no es muy alta porque en la actualidad existen otros fármacos que han permitido mejorar su patología.

En lo referente al IMC un gran porcentaje de los participantes tenían sobrepeso en un 49,7% y obesidad en un 12,9%; a pesar de la elevada prevalencia del sobrepeso y obesidad en los pacientes con HDA no se han reportado estudios similares, encontrándose prevalencias inferiores al nuestro. Gómez P. en Guayaquil 2015 realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y estadístico de corte transversal a 100 pacientes con HDA del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo, en el cual reporta que el 8% de los pacientes que padecen de HDA tienen sobrepeso y obesidad (42); de igual forma Cevallos y Vanegas en Guayaquil 2019 demuestra que el 28% corresponde a los pacientes con HDA tienen problemas de obesidad (7). Estos datos contradictorios dan a notar que la obesidad como el sobrepeso no se lo considera como factor de riesgo en el re sangrado.

De acuerdo a las alteraciones de albumina el 74,8% presentaba hipoalbuminemia y el 7,5% hiperalbuminemia. No se ha encontrado bibliografía en el cual se asocie la HDA con la albumina, por lo que es necesario que se realizarán nuevas investigaciones en donde se podría confirmar esta asociación, con la finalidad de valorar sus causales.

En base a los antecedentes de comorbilidades asociada a los pacientes con HDA, en primer lugar está la HTA en un 63,9%, seguido por Cirrosis hepática en un 30.6% y DMT2 en un 19.7%; similar la información obtenida por Gómez P. en Guayaquil 2015 quienes revelan que la HTA se encuentran en primer lugar como comorbilidad asociada en un 34%, seguido por DMT2 en un 20%; por otro lado, Carrillo G. en Ambato 2014 realizó un estudio de tipo descriptivo con enfoque cualitativo y cuantitativo a 153 pacientes con HDA del Hospital del Instituto de Seguridad Social de Ambato, en el cual revela que la comorbilidad más frecuente es la HTA con un 22%, seguido por cardiopatías en un 15%, DM en un 9%; a diferencia de otros estudios Velázquez V. en Perú 2016 quien revela que la

Cirrosis hepática se encuentran en primer lugar como comorbilidad asociada en un 30%, seguido por HTA en un 24% y DM en un 10% (38); por otro lado, Espinoza et al. en Perú 2016 reporta que la comorbilidad más frecuente es la Cirrosis hepática con un 29,4%, seguido por la DM con un 8,2% (43); por último, Del Cid, J. en Guatemala 2018 quien ha realizado un estudio descriptivo y prospectivo a 77 pacientes adultos mayores con HDA del Hospital Pedro de Bethacourt, sostiene en su estudio que la Cirrosis hepática es la comorbilidad más frecuente en los pacientes con HDA en un 90% (44). En la mayoría de los estudios encontrados se concuerda que la HTA es una de las comorbilidades más frecuentes en la patología de HDA y en otros afirman que es la cirrosis hepática.

En lo referente al nivel de hemoglobina al ingreso hospitalario, se observa que el 69,4% presentó anemia; lo que coincide con Velázquez J. en Perú 2013 el cual reporta que el 65,8% de los pacientes con HDA tuvieron anemia al ingreso (41); de igual manera Espinoza y Guerrero en Quito 2017 realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal a 166 pacientes con HDA del Hospital General Enrique Garcés, demostrando que el 63,7% de los pacientes presentaron anemia al ingreso (45). Espinoza et al. en Perú 2016 realizó un estudio de tipo analítico y prospectivo a 231 pacientes con HDA del Hospital Nacional Cayetano Heredia, revelando que el 66,7% de los participantes presentaron anemia al ingreso (43).

De acuerdo a la frecuencia del tipo de HDA, se puede apreciar que el 51.7% de los pacientes presentan HDA de tipo no variceal, mientras que el 48.3% de tipo variceal. Este dato es similar al reportado por Del Cid, J. en Guatemala 2018, revelando que el 54,5% de los pacientes presentan HDA de tipo no variceal y el 45,5% de tipo variceal (44); de igual manera Sharma et al. India 2016 reporta que el 54,3% de los pacientes presentan HDA de tipo no variceal, mientras que el 45,7% tipo variceal (33); por otro lado existe un estudio con una mayor frecuencia en la HDA de tipo no variceal reportado por Bazan P. en Perú 2019 quien realizó un estudio con enfoque descriptivo, observacional de corte transversal a 74 pacientes diagnosticados con HDA, demostrando que el 82% corresponde a participantes que presentan HDA de tipo no variceal, mientras que tan solo el 18%

tienen de tipo variceal (40). Estos resultados muestran que la HDA se presenta con mayor frecuencia en el tipo no variceal.

Al asociar el tipo de HDA con la cirrosis hepática, se observa que el 54.9% de los pacientes que presentaron HDA de tipo variceal tienen cirrosis hepática; mientras que el 45.1% no padece de cirrosis hepática; por lo tanto, existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables OR 14.21 (IC95%: 5.46–39.98 valor p 0,000); es decir, que los pacientes con HDA de tipo variceal tienen 14 veces mayor riesgo de padecer cirrosis hepática. Lo cual se asemeja a un estudio realizado por Del Cid, J. en Guatemala 2018, demuestra que de los pacientes que presentan HDA de tipo variceal el 51,4% padecen de cirrosis hepática (44); asimismo, otro estudio reportado por Velázquez V. en Perú 2016, demuestra que el 30% de pacientes que presentan varices esofágicas y gástricas padecen de cirrosis hepática (38). Este resultado revela que en la cirrosis hepática se presenta con mayor frecuencia en la HDA de tipo variceal.

Al relacionar el género con el resangrado en los pacientes con HDA, se observa que hubo asociación pero no significancia OR 1.55 (IC95%: 0.82-2.92 valor p 0.174); lo que concuerda con lo reportado por Kim et al. en Corea 2018 quien realizó un estudio de tipo descriptivo de corte prospectivo a 28 centros de Corea, en el cual se analizaron a 891 pacientes con HDA, demostrando que no existe diferencias estadísticamente significativas entre sexo y el re sangrado ( $p = 0.700$ ) (20). Por lo tanto, el género no es considerado un factor de riesgo para el re sangrado en pacientes con HDA.

En lo concerniente a la asociación de la edad y el resangrado, se aprecia que el 17% de los adultos mayores con HDA han presentado re sangrado, sin embargo, se determinó que no existe diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables OR 2.72 (IC95%: 0.82-9.03 valor p 0.090); lo cual se asemeja a los datos reportados por Plaza et al. en España 2012 quienes revelan a través de su estudio descriptivo y prospectivo dirigido a 103 pacientes, que la edad avanzada no es un factor pronóstico para el re sangrado (8). La edad del paciente no es considerado un factor de riesgo para el resangrado, en nuestro estudio dato que difiere de la bibliografía.

En lo que se respecta al consumo de medicamento (AINES, esteroides, asa, anticoagulantes) se aprecia que el 8,2% de pacientes que se medicaban habían presentado resangrado, por lo que se lo considera un factor de riesgo, lo que implica que aquellas personas que consumían medicamento tenían un riesgo de dos veces superior a aquellas personas que no las consumían OR 2.87 (IC95%: 1.21–6.83 valor p 0.014); lo cual se asemeja a los datos reportados por Kim et al. en Corea 2018 quienes reportan que el consumo de fármacos múltiples (AINES, esteroides y multidrogas) se asocia significativamente con el resangrado (OR, 3.105; IC95%: 1.181 - 8.165; p = 0.022) (20).

En cuanto al sobrepeso se encontró asociación con el re sangrado, pero no una diferencia estadísticamente significativa OR 1.01 (IC95%: 0.45-2.26 valor p 0.966); sin embargo, no hubo significancia en peso normal y el re sangrado OR 0.84 (IC95%: 0.36-1.91 valor p 0.677); de igual manera en la obesidad OR 0.70 (IC95%: 0.19-2.58 valor p 0.592). Lo cual también se confirma con el estudio realizado por Kim et al. en Corea 2018, demostrando que el IMC no se encuentra relacionado estadísticamente con la presencia del re sangrado (p = 0,071) (20). Aseverando que el IMC no es un factor de riesgo para la presencia de resangrado.

En lo que se refiere a la asociación de la alteración de albumina (hipoalbuminemia e hiperalbuminemia) con la presencia de resangrado, se aprecia que el 15% de los pacientes que tienen alteraciones de albumina presentan re sangrado OR 0.53 (IC95%: 0.20-1.37 valor p 0.188), a pesar de la patología no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables, por lo que no se considera factor de riesgo. Similar a la información obtenida por Burgos M. en España 2014 quien realizó un estudio descriptivo a 483 pacientes con HDA de los Hospitales de la Comunidad Valenciana y de Castilla-La Mancha, reportando que la albumina no se considera un factor de riesgo para una evolución clínica desfavorable para los pacientes que presentan HDA, por lo que no se observa una diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables (p = > 0,05) (46). Estos resultados demuestran que la alteración de la albumina no es un factor de riesgo para la presencia del resangrado en pacientes con HDA.

En relación con las comorbilidades asociadas a la HDA, un gran porcentaje de los pacientes que presentaron resangrado tuvieron HTA en un 11.5; sin embargo, no

existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables OR 0.67 (IC95%: 0.30-1.53 valor p 0.352), al igual que las demás comorbilidades como: cirrosis hepática OR 0.63 (IC95%: 0.24-1.60 valor p 0.332); DMT2 OR 0.23 (IC95%: 0.04-1.06 valor p 0.078) e insuficiencia renal crónica OR 1.12 (IC95%: 0.22-5.70 valor p 0.889). De acuerdo a nuestros hallazgos Kim et al. en Corea 2018 reporta que las comorbilidades no se asocian con la presencia de re sangrado OR 1,23 (IC95%: 0,66-2,29 valor p 0.514) (20). Estos datos revelan que las comorbilidades no son consideradas factor de riesgo para la presencia del resangrado en los pacientes con HDA, dato que difiere de la bibliografía.

En lo referente a la hemoglobina, se puede observar que el 17.7% de los pacientes que tenían anemia habían presentado resangrado, considerándolo también un factor de riesgo, lo que implica que las personas que padecen de anemia tienen 3 veces mayor riesgo de presentar re sangrado que los que tienen una hemoglobina normal OR 3.76 (IC95%: 1.23–11.49 valor p 0.014). Esta información es asevera con un estudio de Espinoza et al. en Perú 2016, quien afirma que el re sangrado se mide a través de la alteración o caída de los niveles de hemoglobina en 2 mg/dl (43); por otro lado, González J. en Costa Rica 2015 demuestra que los niveles de hemoglobina por debajo de 10 g. se considera el 32,9% de riesgo para presentar resangrado en pacientes que padecen de HDA (47). Por lo tanto, la presencia de anemia en los pacientes con HDA tiene un mayor riesgo de padecer resangrado.

## **CAPITULO VII**

### **7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFIA**

#### **7.1. CONCLUSIONES**

- La prevalencia del re sangrado de HDA en los pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga, de la ciudad de Cuenca, durante el período 2014 – 2019 es del 20,4%.
- En el estudio predominó el sexo masculino y los pacientes mayores a 60 años de edad.
- En nuestra muestra de pacientes con HDA predominaron los pacientes con sobrepeso, hipoalbuminemia, HTA y anemia.
- En la frecuencia de re sangrado por HDA prevaleció la de tipo no variceal.
- El re sangrado de los pacientes con HDA tuvo una asociación significativa con el consumo de medicamentos (aines, asa, anticoagulantes y esteroides) y los niveles de hemoglobina al ingreso, evidenciándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables, por lo que se consideran factores de riesgo.

#### **7.2. RECOMENDACIONES**

Se recomienda:

- Que se realicen más estudios acerca de este tema, aumentando el grupo poblacional con el propósito de obtener un perfil epidemiológico más certero a nivel nacional y de esta manera detectar a tiempo los factores de riesgo que conllevan a las complicaciones de esta patología.
- Mejorar el sistema de estadística del Hospital José Carrasco Arteaga, por cuanto al ser un estudio retrospectivo, se facilite la identificación inmediata de las enfermedades más prevalentes, siendo un aspecto importante para la recolección de datos.
- Disminuir la incidencia del re sangrado en pacientes con HDA a través de la detección temprana de los factores de riesgo, con la finalidad de minimizar la tasa de mortalidad que tiene esta patología.

- Que las historias clínicas archivadas en los diferentes hospitales tengan los datos sociodemográficos, clínicos y epidemiológicos completos, con la finalidad de obtener información más real y poder determinar con mayor precisión los factores de riesgo que empeora la salud del paciente.

### **7.3. BIBLIOGRAFIA:**

#### **7.3.1. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Vásquez J, Taype A, Zafra J, Arcana E, Cervera L, Contreras J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Sociedad de Gastroenterología del Perú. 2018; 38 (1).
2. Cobiellas R, López C, López N. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta. Revista Electrónica Dr. Zoilo E, Marinello Vidaurreta. 2018 Mayo; 43(3).
3. Infante M, Guisado Y, Rodríguez D, Ramos J, Angulo O, Winogrand R. Riesgo de resangrado en el paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2014; 13(6).
4. González JA, Vázquez G, Monreal R, García D, Borjas OD, Hernández B, et al. Hipoalbuminemia en el desenlace clínico de pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal. Revista de Gastroenterología de México. 2016; 81(4).
5. Betés M, Muñoz M. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Medicine. 2016; 12(02).
6. Sang K, Jae Y, Chong C, Heng P, Su Y, Dong S. Prevalence of upper gastrointestinal bleeding risk factors among the general population and osteoarthritis patients. World Journal of Gastroenterology. 2016 December; 22(48).
7. Cevallos J, Vanegas J. Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes ingresados por el área de emergencia del Hospital General IESS Milagro del 01 de enero del 2017 hasta el 31 de diciembre del 2018. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Carrera de Medicina; 2019.

8. Plaza R, Froilán C, Martín MD, Suarez J, Aldeguer M. La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2012; 47(3).
9. Lanas A. Hemorragia Gastrointestinal. *Gastroenterología y Hepatología*. 2015; 38(1).
10. Ángeles A, Nuevo J, Anibal L, González A, Martín de Argila C, Aviñoa D, et al. Situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España. *Gastroenterología y Hepatología*. 2012; 35(7).
11. Jiménez R, Valverde F, Martínez J. Utilidad de Hemospray en Hemorragia digestiva alta: Análisis de los resultados en nuestro centro. *RAPD ONLINE*. 2018 Enero ; 41(1).
12. Cabrera A, Hernández F, Fernández M, Sánchez M, Torres E, Hernández Y. Características clínico epidemiológicas de los adultos mayores ingresados por hemorragia digestiva alta en el Hospital General de Ciego de Ávila. *MediCiego*. 2018; 24(1).
13. Rodríguez S. Hemorragia digestiva alta secundaria a ejercicio físico intenso. *Revista de Gastroenterología de México*. 2017; 30(20).
14. Gralnek I, Dumonceau J, Kuipers E, Lanas A, Sander D, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015 Septiembre; 47(10).
15. Saad S, Abell T. Management of upper gastrointestinal bleeding by an Internist. *Cureus*. 2018 June; 10(6).
16. Sverdén E, Mattsson F, Lindstrom D, Sondén A, Lu Y, Lagergren J. Transcatheter Arterial Embolization Compared With Surgery: A Population-based Cohort Study. *Annals of Surgery*. 2017; 20(20).

17. Martínez J, Garzón M, Rey M, Hernández G, Beltrán Ó, Ceballos J, et al. Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes cirróticos con sangrado varicoso en dos hospital de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana Gastroenterología*. 2016; 31(4).
18. Beales I. Advances in the Therapy of bleeding Peptic Ulcer. *Clinical Medicine Insights: Therapeutics*. 2018 June; 10(1).
19. Maggio D, Barkun A, Martel M, Elouali S, Gralnek I. Predictors of early rebleeding after endoscopic therapy in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding secondary to high-risk lesions. *Can J Gastroenterol*. 2013 August; 27(8).
20. Kim J, Kim B, Sung P, Shim K, Jeon S, Kim S, et al. Factors Associated with Rebleeding in Patients with Peptic Ulcer Bleeding: Analysis of the Korean Peptic Ulcer Bleeding (K-PUB) Study. *Gut and Liver*. 2018 Mayo; 12(3).
21. Morales C, Sierra S, Hernández A. Latina, Hemorragias digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de America. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2015; 103(1).
22. García M, Martín J, Torralba J, Lirón R, Perello J, Flores B, et al. Endoscopia urgente por hemorragia digestiva tras cirugía bariátrica. Algoritmo terapeutico. *Cirugia Española*. 2015; 93(2).
23. Montaña A. Impacto clínico de la albúmina sérica en la hemorragia de tubo digestivo no variceal. *Revista de Gastroenterología de México*. 2016; 81(4).
24. Hee H, Park J, Wook S, Hun S, Hyung C, Kyung Y, et al. C-reactive protein as a prognostic indicator for rebleeding in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Digestive and Liver Disease*. 2015; 47(5).
25. Moledina S, Komba E. *BMC Gastroenterology*. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 17. Available from: <https://sci-hub.tw/10.1186/s12876-017-0712->

8.

26. Abougergi M, Travis A, Saltzman J. The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2015; 81(4).
27. Han Y, Cha J, Park J, Jeon J, Shin H, Joo K, et al. Successful Endoscopic Hemostasis Is a Protective Factor for Rebleeding and Mortality in Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Published Online. 2016 February; 61(7).
28. Jung K, Moon W. Role of endoscopy in acute gastrointestinal bleeding in real clinical practice: An evidence-based review. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. 2019 February; 11(2).
29. Satoh K, Yoshino J, Akamatsu T, Itoh T, Kato M, Kamada T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. The Japanese Society of Gastroenterology. 2016; 51(3).
30. Kapoor A, Dharel N, Sanyal A. Endoscopic Diagnosis and Therapy in Gastroesophageal Variceal Bleeding. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am*. 2015; 25(3).
31. Stanley A. Update on risk scoring systems for patients with upper gastrointestinal haemorrhage. *World Journal of Gastroenterology*. 2014 June; 18(22).
32. Ouali SE, Barkun A, Martel M, Maggio D. Timing of rebleeding in high-risk peptic ulcer bleeding after successful hemostasis: A systematic review. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2014 November; 28(10).
33. Sharma V, Jeyaraman P, Rana S, Gupta R, Malhotra S, Bhall A, et al. Utility of clinical and complete Rockall score in Indian patients with upper gastrointestinal bleeding. *Tropical Gastroenterology*. 2016; 37(4).

34. Contreras R, Alfaro JA, Cruz CE, Velarde A, Flores DI, Romero I. Sistema Progetto Nazionale Emorragia Digestiva (PNED) vs. escala de Rockall como predictores de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto no variceal: un estudio multicéntrico prospectivo. *Revista de Gastroenterología de México*. 2017 Abril; 82(2).
35. Sanglodkar UJD, Rela M. Hemospray for recurrent esophageal band ulcer bleeding. *Clinical and Experimental Hepatology*. 2018; 4(1).
36. Sulz M, Frei R, Meyenberger C, Bauerfeind P, Semadeni GM, Gubler C. Routine use of Hemospray for gastrointestinal bleeding: prospective two-center experience in Switzerland. *Endoscopy*. 2014 Abril; 46(7).
37. Hagel A, Albrecht H, Nägel A, Vitali F, Vetter M, Dauth C, et al. The Application of Hemospray in Gastrointestinal Bleeding during Emergency Endoscopy. *Gastroenterology Research and Practice*. 2017; 20(3).
38. Velázquez V. Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en la unidad de hemorragia digestiva, servicio de gastroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins-Essalud, 2013 – 2014. Tesis de grado. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2016.
39. Pesantes C. Hemorragia digestiva alta. Factores de riesgo, localización más frecuente y tiempo de estancia hospitalaria. Hospital Universitario de Guayaquil 2013-2014. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
40. Bazan P. Incidencia de hemorragia digestiva alta y factores de riesgo más frecuentes asociados a este, en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los meses de enero a setiembre-2018. Tesis de grado. Lima – Perú: Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”; 2019.
41. Velázquez J. Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la

hemorragia digestiva alta no variceal en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012. Tesis de grado. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina; 2013.

42. Gómez P. Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2014. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
43. Espinoza J, Aguilar V, Bravo E, Pinto J, Huerta J, Tenorio2c M. Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. Sociedad de Gastroenterología del Perú. 2016; 36(2): p. 143-52.
44. Del Cid JC. Incidencia de hemorragia digestiva alta en adultos. Tesis de grado. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2018.
45. Espinoza V, Guerrero G. Comparar la eficiencia de las escalas de Blatchford y Rockall para predecir el riesgo de mortalidad y re-sangrado en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal en el servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés. Tesis de grado. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2017.
46. Burgos M. Validación Multicéntrica de los Algoritmos Predictivos de la Evolución Clínica de las Hemorragias Digestivas Altas No Varicosas. Tesis de grado. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, Departamento de Medicina; 2014.
47. González J. Sangrado Digestivo alto no variceal. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2015; 72(614): p. 141-148.



## ANEXOS

### 7.3.2. Anexo 1: Oficio de Bioética



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

Cuenca, 24/10/2019

El Comité Institucional de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca:

#### **CERTIFICA**

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Prevalencia y factores asociados de resangrado de hemorragia digestiva alta en pacientes del hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014-2019

Trabajo de titulación realizado por Erika Tatiana Gallegos Chimbo

Código: Ga16PreME08



**DR. CARLOS FLORES MONTESINOS**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE SERES  
HUMANOS, UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA**

### 7.3.3. Anexo 2: Oficio de coordinación de investigación



Cuenca, 24 de octubre del 2019

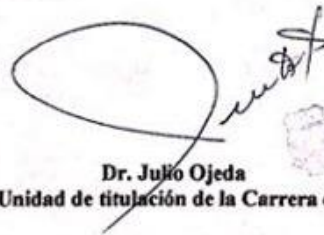
Señor Doctor  
Marco Rivera Ullauri  
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA - IESS  
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina GALLEGOS CHIMBO ERIKA TATIANA con CI: 1400595516, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo, de titulación cuyo tema ha aprobado sido revisado como factible y lleva como título: "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE RESANGRADO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014-2019". La Investigación será dirigida por el DR. ARTURO CARPIO ESPECIALISTA DE GASTROENTEROLOGIA, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



Dr. Julio Ojeda  
Coordinar (E) de la Unidad de titulación de la Carrera de Medicina Matriz



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

**7.3.4. Anexo 3: Formulario de recolección de datos**

**FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS  
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
FACULTAD DE MEDICINA**



**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE RESANGRADO DE  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL JOSE  
CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014-2019”**

Número de Formulario \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Numero de Historia Clínica \_\_\_\_\_

**1. EDAD: ..... (AÑOS)**

**2. SEXO:**

Masculino

Femenino

**3. UTILIZACIÓN DE ALGUN MEDICAMENTO (AINES, ESTEROIDES, ASA,  
ANTICOAGULANTE)**

Si

No

Especificar que medicamento.....

**4. INDICE DE MASA CORPORAL**

- Peso (kg) .....
- Talla (cm) .....
- IMC: .....

**5. NIVELES DE ALBUMINA AL INGRESO HOSPITALARIO**

- Hipoalbuminemia
- Hiperalbuminemia
- Normal

**6. ANTECEDENTE DE COMORBILIDAD**

- Cirrosis hepática
- Insuficiencia renal crónica
- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial
- Ninguna
- Otra comorbilidad

**7. HEMOGLOBINA AL INGRESO HOSPITALARIO**

- Anemia
- Normal

**8. TIPO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

- Variceal
- No variceal

**9. PRESENCIA DE RESANGRADO DIGESTIVO ALTO**

- Si
- No

**Fuente:** Erika Tatiana Gallegos Chimbo

### 7.3.5. Anexo 4: Informe de antiplagio

## INFORME FINAL DE TITULACION Tatiana Gallegos

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS


1	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	4%
2	scielo.sld.cu Fuente de Internet	1%
3	revistagastroenterologiamexico.org Fuente de Internet	1%

Excluir citas      Activo

Excluir coincidencias      < 1%

Excluir bibliografía      Activo

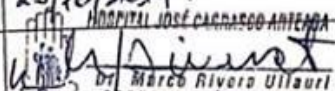
7.3.6. Anexo 5: Oficio de autorización de investigación




**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA**  
**COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN**

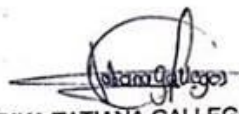
**ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN**  
**PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

En la ciudad de Cuenca, con fecha 24 de octubre del presente año, recibo documento.

FECHA DE RECEPCION	24/10/2019
FECHA DE ACEPTACION	25/10/2019
FIRMA DE APROBACIÓN:	 <small>HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA</small> <small>DR. MARCO RIVEDA ULLAURI</small> <small>COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN</small>
REVISADO POR:	DR. MARCO RIVEDA U.
TITULO	PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE RESANGRADO DE HEMORRAGIAS DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014 - 2019.
CONTENIDO	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	DICIEMBRE 2019
AUTOR	ERIKA TATIANA GALLEGOS CHIMBO CI: 1400595516
CORREO ELECTRONICO	tatty_aries27@hotmail.com
DIRECCIÓN	TOTORACOA
TELEFONO	
CELULAR	0980866034




CLAUDIA CABRERA TORAL  
SECRETARIA



ERIKA TATIANA GALLEGOS  
U. CATÓLICA DE CUENCA

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia



Scanned with CamScanner

Av. José Carrasco Arteaga entre Popayan y Pacto Andino Conmutador: 07 2861500 Ext. 2053 P.O. Box 0101045 Cuenca - Ecuador, Investigación telf: 07 2864898 E-mail: revista.medica.hjca@gmail.com

7.3.7. Anexo 6: Rúbrica de primer par revisor



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



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

**Rubrica 5 Pares Revisores**

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formaran parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Prevalencia y factores asociados de seropositivo de hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital José Comasaca Alcaza, Cuenca 2014-2019.

Nombre del estudiante: Erika Tabora Gallegos Chumbo

Director: Dr. Alvaro Caspe

Nombre de par revisor: Dr. Juan Diego Dominguez

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	X			1 / 1
Redacción Científica	X			1 / 1
Pensamiento crítico		X		0,5 / 1
Marco teórico		X		0,5 / 1
Anexos	X			1 / 1
<b>Total</b>				<b>4 / 5</b>

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	
Tesis apta para sustentación con modificaciones	X
Tesis no apta para sustentación	

\* Marcar con una X lo que corresponde

**Observaciones y recomendaciones:**

Se envia a realizar Modificaciones  
en cuadros y nueva revisión de datos

  
Firma y sello de responsable

  
Firma de aceptación del estudiante

**Manuel Vega y Pio Bravo**  
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA MEDICINA  
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



7.3.8. Anexo 7: Rúbrica de segundo par revisor



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



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

**Rubrica 5 Pares Revisores**

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formaran parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Praxología y Índices asociados de resorción de Hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital José Cordero Alarcaya, Cuenca 2014-2019.

Nombre del estudiante: Enika Esthano Gallegos Chumbo

Director: Dr. Arturo Campio

Nombre de par revisor: Dr. Luis Gabriel Tiza

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis	✓			✓ 11
Redacción Científica	✓			✓ 11
Pensamiento crítico	✓			✓ 11
Marco teórico	✓			✓ 11
Anexos	✓			✓ 11
<b>Total</b>				<b>5 15</b>

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponde

Observaciones y recomendaciones:

Correcciones realizadas

---



---



---



---

Dr. Luis Gabriel Tiza  
 GASTROENTEROLOGÍA  
 010577  
 SENESCYT 15

Firma y sello de responsable

Enika Esthano Gallegos

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pío Bravo  
 Teléfonos: 830752 – 4123175  
 www.ucacue.edu.ec



### 7.3.9. Anexo 8: Informe final de titulación



Informe Nro.: UCACUE-UTCM-009-2020-I  
Cuenca, 16 de enero de 2020

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA

#### INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rúbricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rúbricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: El/la estudiante **GALLEGOS CHIMBO ERIKA TATIANA**, ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación: **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE RESANGRADO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014-2019**, obteniendo las siguientes notas:

1. Rúbricas de director y asesor: 40/40
2. Rúbrica de pares revisores: 9/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 49/100

Revisores: DR. LUIS GABRIEL TIGSI / DR. JUAN DIEGO DOMINGUEZ  
Director: DR. ARTURO CARPIO / Asesor: DR. DANILO MUÑOZ

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

El/la estudiante ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto, en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación el/la estudiante.

Atentamente,  
  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN

Lcda. Carem Prieto M. Sc.  
Colaboradora de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



16 ENE 2020

RECIBIDO  
UCACUE 15:40  
FIRMA

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

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui ☎ Telf: 2820751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).  
☎ Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. ☎ Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria  
km.72 Quinceava Este y Primera Sur ☎ Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n ☎ Telf: 2700393, 2700392