



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

TEMA:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIAS DIGESTIVAS
ALTAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
GUAYAQUIL 2017.**

AUTOR:

ASISCLO XAVIER YUNGA QUIMI

Milagro - Ecuador

2021

CERTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

CERTIFICACION DE ACEPTACION DEL TUTOR

En calidad de Tutor de Proyecto de Investigación, nombrado por el Comité Académico del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro.

CERTIFICO

Que he analizado el Proyecto de Investigación con el Tema **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR GUAYAQUIL 2019**, elaborado por el MD. **ASISCLO XAVIER YUNGA QUIMI**, el mismo que reúne las condiciones y requisitos previos para ser defendido ante el tribunal examinador, para optar por el título de **MAGISTER EN SALUD PUBLICA MECION SALUD**.

Milagro, 8 de Diciembre de 2021



DRA. KATIUSKA MEDEROS MOLLINEDA

CI: 0958824575

DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Consejo de la Dirección de Postgrado de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el cual se encuentra referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier Título o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los veintisiete días del mes de mayo del 2021



Dr. Asisclo Xavier Yunga Quimi
CI: 0926346099

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

CERTIFICACION DE LA DEFENSA

El tribunal calificador previo a la obtención del título de **MAGISTER EN SALUD PUBLICA** presentado por el Médico **ASISCLO XAVIER YUNGA QUIMI** otorga presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTIFICA	(58,33)
DEFENSA ORAL	(38,66)
TOTAL	(97)
EQUIVALENTE	EXCELENTE



GABRIEL SUARES LIMA, MSC.
PRESIDENTE



KATIUSKA MEDEROS MOLLINEDA, MSC.
DIRECTORA TFM



FELIPE ABREU MARQUEZ, MSC.
SECRETARIO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi hijo, Mathias Yunga el cual es y será siempre el motor de mi vida.

A mis padres Lic. Luisa Quimi, Dr. Asiclo Yunga por ser un pilar fundamental en mi carrera como profesional gracias por confiar y creer en mí y por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida.

A toda mi familia por el apoyo e inspiración para que no desmaye en este arduo recorrido, por los consejos que me daban los cuales me guiaron durante mi vida tanto personal como estudiantil.

Asiclo Xavier Yunga Quimi

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado las fuerzas necesarias y por nunca abandonarme, durante mis años de estudio.

Mi agradecimiento también va dirigido a nuestra universidad Estatal de Milagro, a la dirección de Postgrado de la Maestría en Salud Pública donde pude culminar mis estudios con éxitos.

Agradezco infinitamente a mi asesor de tesis Dra. Katuska Mederos quien, con sus conocimientos científicos, la paciencia y motivación me ha guiado durante todo el desarrollo de la tesis.

Asisclo Xavier Yunga Quimi

CESIÓN DE DERECHO DEL AUTOR

CESIÓN DE DERECHO DEL AUTOR

Ing. Fabricio Guevara Viejo, PhD.

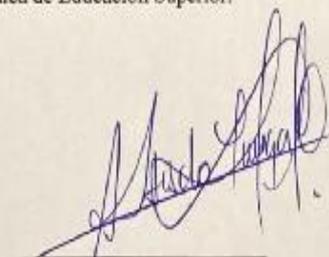
RECTOR,

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Presente

Yo, Asíselo Xavier Yunga Quimi, con documento de identidad N°0926346099 en calidad de autor titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de titulación, mediante este documento libre y voluntariamente procedo hacer la entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la investigación como requisito previo a la obtención del título de cuarto nivel, como aporte a la línea de la investigación **Salud Pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población**, de conformidad con el Art.114 del Código Orgánico de la Economía social de los conocimientos, creatividad e innovación, Concedo a la universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y conservo a mi favor todos los derechos de la obra establecidos en la normativa citada.

Asimismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este proyecto en el repositorio virtual de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Dr. Asíselo Xavier Yunga Quimi
C.I.: 0926346099

INDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR	ii
DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iii
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CESIÓN DE DERECHO DEL AUTOR.....	vii
INDICE GENERAL	viii
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	5
EL PROBLEMA	5
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1.1 Problematización	5
1.1.2 Delimitación del Problema.....	6
1.1.3 Formulación del Problema.....	6
1.1.4 Sistematización del Problema.....	7
1.1.5 Determinación del Tema.....	7
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.2.1 Objetivo General de la Investigación.....	7
1.2.2 Objetivos Específicos de Investigación.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
CAPÍTULO II.....	9
MARCO REFERENCIAL	9
2.1.1 Antecedes Históricos	9
2.1.2 Antecedentes Referenciales	10
2.1.3 Fundamentación	12
2.2 Marco Legal	25
2.3 Marco Conceptual	26
2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES	26
2.4.1 Hipótesis General	26
2.4.2 Hipótesis Particular.....	26
2.4.3 Declaración de Variables.....	27
2.4.4 Operacionalización de las variables	28
CAPÍTULO III.....	31
MARCO METODOLÓGICO	31
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL.....	31
3.1.1 Tipo de Investigación:.....	31
CAPÍTULO IV.....	36
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	36
4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	36
4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO	51
4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	51
CAPÍTULO V.....	54
PROPUESTA.....	54

5.1 TEMA.....	54
5.2 JUSTIFICACIÓN.....	54
5.3 FUNDAMENTACIÓN.....	54
5.4 OBJETIVOS.....	55
5.4.1. Objetivo General de la propuesta.....	55
5.4.2 Objetivos Específicos de la propuesta.....	55
5.5 UBICACIÓN.....	56
5.6 FACTIBILIDAD.....	56
5.6.1 Factibilidad Humana.....	56
5.6.2 Factibilidad legal.....	56
5.6.3 Factibilidad técnica.....	57
5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	57
5.7.1 Actividades.....	57
5.7.2 Recursos, análisis financiero.....	61
5.7.3 Impacto.....	61
5.7.4 Cronograma.....	61
5.7.5 Lineamiento para evaluar la propuesta.....	62
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Rango de edad	36
Tabla 2. Semáforo Factores Riesgo	37
Tabla 3. Factores de Riesgo Previos.....	38
Tabla 4. Factores de Riesgo Previos.....	39
Tabla 5. Factores de Riesgo Previos.....	40
Tabla 6. Factores de Riesgo Previos.....	41
Tabla 7. Factores de Riesgo Previos.....	42
Tabla 8. Factores de Riesgo Previos.....	43
Tabla 9. Factores de Riesgo Previos.....	44
Tabla 10. Escala de Riesgo.....	45
Tabla 11. Estado Hemodinámico.....	46
Tabla 12. Tipo de Hemorragia Reciente.....	47
Tabla 13. Hallazgo Endoscópico	48
Tabla 14. Enf. Asociadas.....	50

ÍNDICE DE GRAFICOS

Figura 1. Rango de edad	36
Figura 2. Semáforo Factores Riesgo.....	37
Figura 3. Factores de Riesgo Previos	38
Figura 4. Factores de Riesgo Previos	39
Figura 5. Factores de Riesgo Previos	40
Figura 6. Factores de Riesgo Previos	41
Figura 7. Factores de Riesgo Previos	42
Figura 8. Factores de Riesgo Previos	43
Figura 9. Factores de Riesgo Previos	44
Figura 10. Escala de Riesgo	45
Figura 11. Estado Hemodinámico	46
Figura 12. Tipo de Hemorragia Reciente	47
Figura 13. Hallazgo Endoscópico.....	48
Figura 14. Enf. Asociadas	50

RESUMEN

Introducción: La hemorragia digestiva sigue siendo hasta el momento una de las principales causas de atención médica de emergencia a nivel mundial y la primera causa de índole gastroenterológica. Se estima una prevalencia de 40 a 150 casos por cada 100.000 habitantes, aunque desde 1950 disminuyó la prevalencia de la hemorragia digestiva alta (HDA), la cifra global no se modificó ya que paradójicamente aumentaron las hemorragias digestivas bajas. **El objetivo** de este proyecto fue Factores de riesgo asociados a hemorragias digestivas altas en pacientes que acuden al servicio emergencia del Hospital Guasmo Sur. Guayaquil. Enero-Julio 2017. **Metodología:** Para el diseño de estudio decidimos seleccionar el estudio de Cohorte Histórico, debido a que haremos un seguimiento de tipo observacional, descriptivo y analítico de los pacientes. **La población** considerada para este estudio “serán los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital General Guasmo Sur con aproximadamente 200 pacientes .de los cuales se tomarán solo los que presentan hemorragia digestiva alta **Resultados:** Determinamos mediante esta muestra y población que la prevalencia de Hemorragia digestiva alta en pacientes frecuentes en las emergencia, según estudios internacionales y datos obtenidos en el Guasmo Sur Hospital General en el “periodo de enero a diciembre de 2017 hay una predisposición en el género masculino en un 73%, mientras que en el género femenino es del 27%, así mismo pudimos constatar que existe un predominio en pacientes mayores de 60 años en un 68%. El diagnóstico de esta patología es de gran importancia ya que permite dar a conocer las causas de sangrado de la patología y el método más adecuado es la clínica y la endoscopia”

Palabras Claves: Hemorragia Digestiva Alta, Emergencia, Varices esofágica

ABSTRACT

Introduction: Gastrointestinal bleeding remains to this day one of the leading causes of emergency medical care worldwide and the first cause of gastroenterological nature. It is estimated to have a prevalence of 40 to 150 cases per 100,000 inhabitants. Although the prevalence of upper gastrointestinal bleeding (UGH) has decreased since 1950, the overall figure has not changed because, paradoxically, lower gastrointestinal bleeding has increased. The objective of this project was to identify risk factors associated with upper gastrointestinal bleeding in patients attending the emergency department of Hospital Guasmo Sur. Guayaquil. January-July 2017. Methodology: For the study design we decided to select the Historical Cohort study, because we will make an observational, descriptive and analytical follow-up of patients. The population considered for this study "will be the patients attended in the emergency department of the Hospital General Guasmo Sur with approximately 200 patients. We determined through this sample and population that the prevalence of upper gastrointestinal bleeding in frequent patients in the emergency, according to international studies and data obtained in the Guasmo Sur General Hospital in the "period from January to December 2017 there is a predisposition in the male gender in 73%, while in the female gender is 27%, likewise we could see that there is a predominance in patients over 60 years of age in 68%. The diagnosis of this pathology is of great importance because it allows us to know the causes of bleeding of the pathology and the most appropriate method is clinical and endoscopy".

Key words: Upper Digestive Hemorrhage, Emergency, Esophageal Varices.

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta se define a un proceso patológico de carácter hemorrágico que se desarrolla a partir de la porción superior delimitada en la región anatómica de L2, donde se encuentra el ángulo de Treitz, el cual representa en la actualidad un punto de referencia en la semiología y anatomía gastrointestinal.

La hemorragia digestiva alta es una de las patologías más frecuentes en las emergencias, según estudios internacionales y datos obtenidos en el Guasmo Sur Hospital General en el “periodo de enero a diciembre de 2017 hay una predisposición en el género masculino en un 73%, mientras que en el género femenino es del 27%, así mismo pudimos constatar que existe un predominio en pacientes mayores de 60 años en un 68%. El diagnóstico de esta patología es de gran importancia ya que permite dar a conocer las causas de sangrado de la patología y el método más adecuado es la clínica y la endoscopia”.

Los más prevalentes son el empleo de AINE y la infección por *H. pylori*, especialmente en los ancianos. Los AINE, incluyendo la aspirina en bajas dosis, son una causa frecuente de úlceras gastrointestinales y se asocian con aumento del riesgo de HDAA. síntomas digestivos superiores, síndrome de sicca y últimamente infecciones pulmonares recurrentes. La endoscopia torácica reveló un aspecto frágil, inflamatorio y granulomatoso de los bronquios. Se observaron depósitos amiloides en el tracto digestivo superior, las glándulas salivales, la arteria temporal y el árbol traqueo bronquial. Se ofreció tratamiento sintomático.

Es importante enfatizar que esta patología puede darse en todos los pacientes, indistintamente de su edad, sexo o condiciones socioeconómicas, aunque se ha descrito que existe un incremento de riesgo y por ende un pico de incidencia en casos de pacientes masculinos cuya edad supera los 50 años de vida.

En su cuadro clínico, se presenta como principal síntoma cardinal la hematemesis o sangrado en forma de vómito y la melena, conocido como sangrado a nivel de las heces, independientemente de la zona anatómica donde se haya desarrollado la lesión. De igual forma, su mortalidad se encuentra directamente asociada al volumen sanguíneo perdido, a la región donde se desarrolló la lesión, la edad del paciente y las comorbilidades.

Aldana-Ledesma et al., (2019), señala que “el empleo concomitante de esteroides o de agentes antiagregantes incrementa aún más el riesgo de HDAA en usuarios de AINE.

En los ancianos suele indicarse terapia anticoagulante con heparina o warfarina para reducir el riesgo de trombosis asociado con fibrilación auricular, trombo embolismo venoso y válvulas cardíacas mecánicas. Estos fármacos anticoagulantes aumentan significativamente el riesgo de HDAA, especialmente cuando se emplean AINE y aspirina”.

Flores, Ávila, Solórzano, & Fiallo (2019), define que “la infección por *H. pylori* constituye una causa reconocida de enfermedad ulcerosa péptica. Los hallazgos de un metanálisis mostraron que tanto el empleo de AINE como la infección por *H. pylori* tienen un efecto independiente y aditivo sobre el riesgo de hemorragia por úlcera péptica”.

La edad avanzada constituye de por sí un riesgo de mortalidad en los pacientes con HDAA. Mato Ramos et al, (2020), indican que “los ancianos, la evolución luego de un episodio de HDAA depende no sólo de la naturaleza de la lesión, sino también de la presencia de comorbilidades y del empleo de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes”.

Montero F et al, (2011) determinaron que la “Hemorragia Digestiva Alta (HDA) se define como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo superior al ángulo de Treitz. Ésta patología se considera una emergencia médico-quirúrgica ya que afecta a personas de cualquier edad o género, aunque la mayor cantidad de casos se registran en hombres mayores de 60 años. La etiología de este sangrado es diversa y las frecuencias que se informan varían según la incidencia de las patologías de base y la posibilidad de realizar diagnóstico endoscópico”. La gastritis erosiva y hemorrágica o gastropatía es una entidad más endoscópica que clínica que se caracteriza por la presencia de múltiples erosiones y hemorragias de la mucosa gástrica. Entre las causas que pueden conducir a una gastritis erosiva y hemorrágica, podemos encontrar: "Gastropatía por estrés, gastropatías neonatales, gastropatía traumática, aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE), otros fármacos, gastropatía hipertensiva portal, gastropatía urémica, gastropatía varioliforme crónica, gastropatía biliar, gastropatía de Henoch-Schonlein, gastropatía corrosiva, gastropatía inducida por el ejercicio y gastropatía por radiación

Malla et al., (2020), indican “que entre los síntomas más característicos de la enfermedad se mencionan la hematemesis y la melena, independiente de la lesión de origen. Constituye un motivo frecuente de consulta y de hospitalización en la práctica clínica y gastroenterología a nivel mundial y en nuestro entorno. La mortalidad varía en

función de diversos factores, especialmente la cantidad del sangrado, su origen, la edad del paciente y otras patologías asociadas”.

Según Corral A et al, (2012) determinaron que la HDA “es una urgencia médica muy frecuente con una incidencia anual entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes. Esto conlleva a un elevado número de ingresos hospitalarios anuales y un gran consumo de tiempo y recursos sanitarios para su diagnóstico y tratamiento, además de poner en riesgo la estabilidad hemodinámica del paciente debido a las complicaciones, tales como hipotensión ortostática, insuficiencia renal aguda, insuficiencia cardiaca, coagulopatías y shock hipovolémico”.

Solé, Figgini, Aloy, Ritondale, & Ruiz (2020), definen que “desde el punto de vista de su gravedad, la hemorragia gastrointestinal puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las pérdidas sanguíneas crónicas e intermitentes; pudiendo la hemorragia digestiva alta aguda manifestarse de tres maneras: hematemesis, melena y hematoquezia; estas formas de presentación dependen de la magnitud del sangrado, evidenciado a través de manifestaciones clínicas del compromiso hemodinámico. Sin embargo, la intensidad y la frecuencia dependen de diversos factores de riesgo como la edad, la presencia de enfermedades concomitantes y el uso de fármacos gastrolesivos, que contribuyen incrementando el número de muertes producidas por esta complicación”.

El presente estudio tiene como propósito determinar los factores de riesgo asociados a hemorragias digestivas altas en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Guasmo Sur. Guayaquil. Enero-Julio 2018, se tomará como muestra de estudio a los pacientes con hemorragia digestiva alta, el tipo de estudio empleado será de observación y con enfoque cuantitativo analítico, y de corte transversal.

En el capítulo uno se encuentra el problema de la investigación, es aquí donde se habla de aspectos como el planteamiento del problema que incluye la problematización, seguido de la delimitación del problema destacando las líneas de investigación, la formulación y sistematización del problema donde se realizan interrogantes del problema, la determinación de este y sus objetivos tanto general como específicos.

En capítulo dos se encuentra el marco referencial que está compuesto por el marco teórico que se subdivide en los antecedentes históricos donde aborda el descubrimiento del colesterol, antecedentes referenciales que se basan en investigaciones previas

internacionales y nacionales sobre ciertos factores de riesgo como el uso indiscriminado y no controlado de fármacos más comúnmente asociada a efectos secundarios en el tracto gastrointestinal (GI), también existen otros tipos de fármacos o sustancias tóxicas con un efecto similar, como el ácido valproico, la dexametasona, los agentes quimioterapéuticos, el alcohol, el cloruro de potasio, el hierro, la ingestión prolongada de flúor y la cisteamina. Los suplementos de hierro por vía oral se han utilizado ampliamente durante muchos años para el tratamiento de la anemia ferropénica, un trastorno común en todo el mundo que, según la Organización Mundial de la Salud, afecta aproximadamente al 25% de la población. Además, lo compone el marco legal y el marco conceptual con diversas definiciones que ayudan a comprender la investigación y el planteamiento de la hipótesis. En el capítulo tres se revisa el marco metodológico, este está constituido por el tipo y diseño de investigación, la población y la muestra respectiva, el mismo que se subdivide en las características que tiene la población, la delimitación de la población, el tipo de muestra, el tamaño de la muestra y los procesos de selección; también se habla de los métodos y técnicas de la investigación y por último, se trata sobre el procesamiento estadístico de la información.

El capítulo cuatro se refiere al marco administrativo el cual comprende el talento humano, los recursos materiales que se requieren para la investigación, los recursos financieros en el que se detalla cada uno de los materiales que se necesitan con su respectivo costo y el cronograma de actividades que aborda paso a paso cada actividad que se va a efectuar a fin de conseguir cumplir con los objetivos de la investigación.

Esta investigación se realiza con el objeto de aumentar el conocimiento de los factores de riesgo, las características clínicas, etiológicas, en los pacientes que acuden al servicio de emergencia por Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Guasmo Sur.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematización

La HDA es un problema de salud pública muy frecuente, implica más de 300.000 hospitalizaciones anualmente en los Estados Unidos. En los países occidentales, la incidencia de HDA es de 100 a 150 casos por 100.000 habitantes al año y es dos veces más frecuente en la población masculina respecto a la femenina. Asimismo, la incidencia se incrementa marcadamente con la edad” (Elta G, 2005).

Gran parte de la “mortalidad ocurre en pacientes muy ancianos o que tienen severas enfermedades concurrentes. Entre las razones de mayor relevancia por las cuales la tasa de mortalidad ha permanecido estable, en aproximadamente, el 10% desde mediados del siglo pasado, son la edad creciente de los pacientes que presentan la HDA y el subsecuente incremento de comorbilidades asociadas” (Laine L., 2004).

Según estudios realizados por (Martín Antonio Manrique, y otros, 2011) en el cual indica que 83% de las hemorragias son altas y 17% bajas, 63% son varones y 37% mujeres, 66% son mayores de 60 años. Las principales causas de hemorragia digestiva alta son: úlcera duodenal (24,5%), úlcera gástrica (19,8%) y várices esófago gástricas (15%). El 75 – 90% de estos episodios de sangrado es auto limitado y el 15 – 20% requieren cirugía de urgencia, la mortalidad quirúrgica es de un 20%. Mientras el re sangrado es de un 20% a pesar del manejo endoscópico.

En nuestro país no existen cifras estadísticas específicas de la incidencia del sangrado digestivo alto por la falta de estudios en las unidades hospitalarias a pesar de ser la principal causa en la emergencia hospitalaria en gastroenterología por lo que surge la necesidad de investigar sobre el manejo de dicha patología.

Como la mayoría de los “costos hospitalarios para proveer cuidados a los pacientes con HDA aguda son causados por el costo de la cama hospitalaria, el acortamiento de la estancia hospitalaria o eliminación de la necesidad de hospitalización puede disminuirse significativamente. Hace algún tiempo una comparación de costos de cuidados de pacientes con HDA aguda mostró que los gastroenterólogos proveían cuidados más

costo-efectivos que los internistas y cirujanos” (Fullarton GM, 1990). Este ahorro causado por una menor estancia hospitalaria reflejó el intervalo de tiempo entre la endoscopia y el alta, no hubo diferencias significativas respecto al tiempo de la endoscopia entre los diferentes servicios

En el Hospital General Guasmo Sur, los pacientes atendidos por presentar Hemorragia Digestivas Altas constituyen una población de amplio espectro clínico y ha observado una demanda asistencial creciente. El problema actualmente radica en la falta de categorización del riesgo en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, lo que conlleva a una inadecuada selección del esquema terapéutico del paciente con el consiguiente aumento del riesgo de complicaciones propias de la patología y su reingreso en un corto periodo.

1.1.2 Delimitación del Problema

Línea de Investigación: Salud Pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población

Línea de investigación de la Universidad: Salud pública y educación

Sub Línea de la Maestría: Atención Primaria de la Salud. Enfermedad degenerativa Crónica.

Objeto de estudio: Factores de Riesgos.

Unidad de observación: Pacientes que acuden a la emergencia del Hospital General Guasmo Sur

Delimitación temporal: Año 2017

Delimitación espacial: Hospital General Guasmo Sur

1.1.3 Formulación del Problema

En base al contexto antes analizado, se formula el siguiente problema:

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a hemorragias digestivas altas en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital General Guasmo Sur Guayaquil Enero-Julio 2017?

1.1.4 Sistematización del Problema

Se plantea la problemática sobre aspectos observados con la formulación de las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los factores intrínsecos y extrínsecos que producen las hemorragias digestivas altas?
- ¿Qué tipo son las causas que producen hemorragia digestiva alta?
- ¿Cuál pueden ser las complicaciones más frecuentes que producen hemorragia digestiva alta?

1.1.5 Determinación del Tema

Factores de riesgo asociados a hemorragias digestivas altas en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Guasmo Sur. Guayaquil. Enero-Julio 2017.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General de la Investigación

Determinar los factores de riesgo asociados a hemorragias digestivas altas en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital General Guasmo Sur. Guayaquil. Enero-Julio 2017.

1.2.2 Objetivos Específicos de Investigación

- Definir los factores intrínsecos y extrínsecos de las hemorragias digestivas.
- Analizar las causas que conllevaron al paciente a la hemorragia digestiva alta
- Identificar las complicaciones más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta

1.3 JUSTIFICACIÓN

Se justifica para los principales factores de riesgo en nuestro medio, se pretende identificar estas causas más frecuentes que desencadenan la hemorragia digestiva alta. Desde esta perspectiva la presente investigación se justifica en tanto y cuanto, conduce a determinar los factores de riesgo que influyen en la hemorragia digestiva alta en esta

casa de salud tomando en cuenta los hábitos de los pacientes como problema de salud pública.

En la siguiente investigación buscamos realizar estudios acerca de la patología ya que no se evidencia que se haya realizado trabajos en casas de salud ni realizados en el país.

El punto de vista de este estudio está encaminado a conocer la situación de los pacientes que acuden al servicio de emergencia por HDA. Conociendo los factores de riesgo, causas y complicaciones de los pacientes con hemorragia digestiva alta que acuden al hospital reconocerá perfeccionar las estrategias de manejo en la atención primaria de salud para mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad hospitalaria por esta causa.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedes Históricos

Las primeras descripciones de hemorragia digestiva alta se sitúan en antiguos manuscritos chinos, que datan aproximadamente del año 2600 a. C., en “los que se transcribe una anatomía rudimentaria del estómago y se identifican diferentes puntos útiles para la acupuntura. En papiros egipcios del año 1500 a. C., se ha encontrado la descripción del concepto de pérdida sanguínea. El Papiro de Ebers (1550 a. C.) sugiere que ya en ese entonces se conocían los síntomas de la úlcera péptica y las complicaciones de la hemorragia” (Simons F., 2010).

Probablemente, debido a que los griegos no permitían la disección de cuerpos humanos, en las Obras Médicas de Hipócrates aparecen las complicaciones hemorrágicas de la úlcera péptica, pero no su etiología. “Galeno en el siglo II d. C. narra síntomas y complicaciones de la úlcera péptica y cita, en numerosas ocasiones, la hemorragia digestiva con heces negras. En el siglo XV, revivió el interés por la anatomía humana lo que proporcionó la base firme para los avances posteriores en el conocimiento de la hemorragia gastrointestinal. Bahuin, en 1700 17, descubrió una úlcera gástrica al practicar la autopsia a un hombre joven, que presentaba melenas”.

Cuatro años más tarde, Littre publicaba el caso de “un varón fallecido tras abundantes vómitos de sangre y en cuya autopsia se revelaba una úlcera en el canal pilórico con varios vasos sanguíneos abiertos en su base. En el mismo siglo, Morgagni dio a conocer una serie de historias clínicas y estudios anatomopatológicos sobre la úlcera gastroduodenal; siendo el primero en describir la hemorragia digestiva causada por hipertensión portal” (Simons F., 2010).

La aparición de la endoscopía digestiva “ha sido un paso decisivo para conseguir el diagnóstico etiológico de la hemorragia sin cirugía, ni disección anatómica de ninguna clase. La primera esofagoscopia fue realizada en 1868 por Kussmaul mediante un endoscopio rígido y, en 1932, Rudolf Schindler diseñó el primer gastroscopio

semiflexible. Durante los siguientes 25 años, fueron introducidas una serie de mejoras técnicas, pero no fue sino hasta mediados del siglo XX, que los avances tecnológicos permitieron la construcción de endoscopio flexible, con lo que la endoscopia se fue convirtiendo en una técnica segura y útil para el diagnóstico etiológico de la hemorragia digestiva". En la actualidad la "Hemorragia Digestiva Alta una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y un frecuente motivo de hospitalización. Las dos causas más habituales son la hemorragia digestiva (HD) por úlcera péptica y la secundaria a hipertensión porta, ésta deprimente realidad se expone por el aumento significativo en la edad de los pacientes que hoy ingresan a los servicios de urgencias con esta complicación; mientras en 1947 apenas el 2% de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda sobrepasaba los 70 años, actualmente la cuarta parte corresponde a personas mayores de 80 años" (EcuRed, 2018).

2.1.2 Antecedentes Referenciales

En un estudio realizado en México en el cual se "diagnosticaron 3,966 casos de hemorragia del tubo digestivo alto, correspondiente a 58.46% de todos los estudios realizados, con una frecuencia anual promedio de 791 casos, lo que establece una tasa anual de casos de 105 por cada 100,000 habitantes por año. El sexo, fue similar, correspondiendo al masculino 49.87% mientras que 50.13% al femenino. La edad promedio de los casos fue de 52 años, encontrando 62.55% de ellos entre la quinta y octava décadas de la vida. El sitio más frecuente de hemorragia se localizó en el esófago en 45.16%, seguida del estómago con 42.46% y en el duodeno en 10.44%. La etiología fue diversa, la principal causa en nuestra serie fue la hemorragia por várices esofágicas en 33.85%, seguida de gastritis erosiva con 31.12%, en tercer lugar, esofagitis con 9.30%, úlcera duodenal 9.30%, úlcera gástrica 7.68% y 6.77% restantes correspondieron a diversas entidades" (Acad. Dr. Federico Roesch-Dietlen, y otros, 2002).

Considerándose la "hemorragia del tubo digestivo alto fue la causa más frecuente de demanda de estudio endoscópico de las vías digestivas altas (58.46%), y la causa más importante fue la hemorragia por ruptura de várices esofágicas en 33.85%, seguida de sangrado por gastritis erosiva en 31.12% y en menor frecuencia el resto de las causas". Según estudio llevado a cabo en el Hospital General Docente "Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas Cuba con 182 pacientes atendidos entre 2009 y 2010. En el cual sus

resultados muestran que “los hombres fueron los más afectados (54,4 %) y el grupo de 60-80 años tuvo el mayor número de casos. La úlcera gastroduodenal fue la primera causa (52,7 %). La melena se presentó como manifestación inicial en el 60,4 % de los pacientes. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente (60,7 %). El 44,5 % de los pacientes necesitó transfusión sanguínea. La mortalidad fue del 8,2 %. La mayor parte de la muestra se ubicó en el grupo de riesgo intermedio de Rockall (40,1 %). Recibió alta precoz solo el 11,5 % de los pacientes, y la inestabilidad hemodinámica (38 %) fue la mayor responsable de este bajo número” (Ramírez, 2014).

A nivel nacional, en un estudio realizado en el 2010 en la provincia de Chimborazo un “estudio comparativo entre úlcera péptica gastroduodenal y vórices esofágicas como causantes de HDA en los pacientes ingresados en el hospital del seguro social de la ciudad de Riobamba entre setiembre del 2009 y febrero del 2010. Se obtuvo una población de 54 pacientes con la cual se concluyó: que la úlcera duodenal es significativamente más importante que las vórices esofágicas (52,2% frente a 8,9%) como etiologías predominantes en la hemorragia digestiva alta además que la mayor incidencia de casos de HDA se identifica en el género masculino con un 66% en relación al género femenino con 33%, observándose por grupo de edades que predomina el rango entre 76 a 85 años con un 26,9% y que el 69% de los pacientes estuvo hospitalizado entre 3 a 5 días”(Arıcı, 2019).

A nivel local en un estudio realizado en el Hospital Universitario de Guayaquil en el cual indica que “la mayor frecuencia en pacientes del género masculino (71%), mucho más frecuente en pacientes mayores de 55 años (70.7%). Se relacionó con el consumo de AINES como principales medicamentos gastrolesivos utilizados (36.9%) mientras que el consumo de alcohol como principal hábito nocivo fue encontrado solo en el 23.9% de los pacientes, por lo que se sospecha la participación de otros factores de riesgo (H. pylori, estrés). La mayoría de nuestros pacientes no presentaron sangrado previo al evento estudiado (82.6%) y la presentación clínica más frecuente fue la hematemesis (50.6%). Las principales causas de la HDA fueron la úlcera péptica (46.7%) y la gastropatía erosiva (37.5%), obteniéndose que topográficamente el sangrado provino del estómago en la mayoría de pacientes (70.7%)” (López A. & Lucero M., 2009).

En conclusión, la prevalencia de la hemorragia digestiva alta en el Ecuador, muestran una tendencia mayor en el sexo masculino que el femenino y que los factores más asociados a esta epidemia son: la úlcera péptica gastroduodenal y várices esofágicas. Por lo antes expuesto esta investigación se fundamenta mediante teorías que se mencionan a continuación.

2.1.3 Fundamentación

2.1.3.1 Definición

Hemorragia Digestiva

Es la “extravasación de sangre en el aparato digestivo desde el esfínter esofágico superior hasta el ano, que se manifiesta en forma de hematemesis, melena o hematoquecia, dependiendo de la localización de la lesión”.

Forma de presentación.

- **Hematemesis.** – “es el vómito de sangre o coágulos, el vómito puede ser de sangre fresca, de color rojo rutilante o rojo oscuro, o en forma de restos hemáticos oscuros, en —poso de café”.
- **Melena.** – “es la emisión por el ano de heces pastosas de color negro brillante y maloliente. Es el resultado de la degradación de la sangre en el tracto gastrointestinal, y no debe confundirse con el oscurecimiento de las heces provocado por la administración de hierro o bismuto”.
- **Hematoquecia o enterorragia.** – “heces de color negro rojizo”.
- **Rectorragia.** – “es la emisión de sangre roja por vía rectal, aislada o mezclada con la deposición”.
- **Pérdida oculta.** – “no produce cambios en la coloración de las heces y se detecta sólo analizando las heces con un reactivo químico”.
- **Síntomas de pérdida hemática.** – “algunos pacientes pueden presentar hipotensión ortostática, disnea, angina o incluso shock, sin evidencias de exteriorización de la pérdida hemática”.

La “hematemesis, la melena, la hematoquecia y la rectorragia son indicativas de la existencia de una hemorragia aguda, mientras que las pérdidas ocultas son generalmente crónicas” (ALVARADO, Jaime; RODRIGEZ, Alberto; & BELTRÁN, Oscar, 2008).

LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Se define por la “existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. La magnitud y severidad de la pérdida sanguínea oscila desde un grado bajo e intermitente que requiere pruebas para detectar sangre oculta en las heces y que sólo produce anemia ferropénica, hasta la hemorragia aguda y masiva que se presenta con hematemesis y shock hipovolémico y que pone en peligro la vida del paciente, cuadro que hace perentoria una evaluación clínica rápida pero sistemática y la instauración de tratamiento enérgico y bien conducido orientado a recuperar el estado hemodinámico”(Periago, 2007).

El paciente con “hemorragia del tracto digestivo alto requiere manejo interdisciplinario por el internista, el gastroenterólogo y el cirujano que atienden los servicios de urgencias, con apoyo del endoscopista. A pesar de los avances de la tecnología y de la farmacología, la tasa de mortalidad global por hemorragia digestiva alta no ha mejorado. Esta desalentadora realidad se explica por el aumento significativo en la edad de los pacientes que hoy ingresan a los servicios de urgencias con esta complicación. La edad guarda una estrecha relación con la incidencia de enfermedades crónicas asociadas, que inevitablemente incrementan la mortalidad” (Flores et al., 2019).

La edad, “la comorbilidad, el shock, la concentración de la hemoglobina al ingreso, el tamaño de la úlcera causante del sangrado, los estigmas mayores de hemorragia reciente, los requerimientos de transfusiones sanguíneas, han sido identificados como los principales factores de predicción de riesgo de resangrado y de mortalidad” (LABRECQUE, Daniel & FRIED Michael, 2008).

La “HDA” pone en peligro la vida, por lo que se debe actuar con rapidez, eficacia y efectividad. Por lo anterior, la elaboración de un diagnóstico adecuado implica iniciar la terapéutica correcta con rapidez, lo que influye de manera directa en el pronóstico del paciente” (Yunga Quim & Montenegro Villavicencio, 2020).

2.1.3.3. Epidemiología

La hemorragia digestiva alta “es cinco veces más frecuente que la del tracto gastrointestinal bajo, su incidencia varía entre 47 a 116 de cada 100 000 habitantes, con una mortalidad del 7 al 10%, tiene un porcentaje alto en ancianos por la múltiple farmacia que les es medicada, por lo que el pronóstico en la presentación aguda se empobrece en este grupo de edad. Hay más de 250.000 hospitalizaciones al año en los

Estados Unidos para la hemorragia digestiva alta aguda, con una tasa de mortalidad del 4-10%. Aproximadamente la mitad de los pacientes tienen más de 60 años de edad, y en este grupo de edad la tasa de mortalidad es aún mayor” (Aguilar O & Domínguez G, 2011).

Entre los principales factores de bajo riesgo se tienen “en la edad menor de 60 años, estabilidad hemodinámica, inexistencia de hemorragia activa, ausencia de enfermedades concomitantes y factores de coagulación normales. Como factores de alto riesgo pueden citarse: edad mayor de 60 años, enfermedades concomitantes, estado de choque severo, múltiples transfusiones sanguíneas y hemorragia recurrente a pesar de manejo médico” (Quim & Villavicencio, 2020).

En estudios a nivel regional en Sudamérica tenemos un estudio realizado en Paraguay “en donde se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de Asunción desde enero 2011 a diciembre 2011. Durante el período de estudio fueron evaluados 27 pacientes con el diagnóstico de HDA. La edad promedio fue de 62 años (20-89 años), con un ligero predominio del sexo masculino (59% de los casos). El motivo de consulta más frecuente fue la melena en 10 pacientes (37%), seguida de hematemesis sola en 8 pacientes (30%), hematemesis más melena en 8 (30%) y rectorragia en un caso (3%). Del total de casos, 16 pacientes presentaron antecedente de consumo de AINES. Las causas encontradas más frecuentes fueron las úlceras de localización gástrica en 12 pacientes (44%) y las úlceras duodenales en 10 pacientes (37%)” (Aguayo O., 2013).

2.1.3.4. Etiología

La HDA puede proceder de diferentes fuentes. Las más importantes son:

a) Úlcera péptica: “Las úlceras pépticas son la causa más común de la HDA, representan hasta un ~ 50% de los casos; una creciente proporción se debe al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), y a la presencia de *Helicobacter pylori*”. La úlcera péptica “es una condición común derivada de un desequilibrio de los factores de protección y perturbadores de la mucosa gastrointestinal. En su mayoría se encuentran en el estómago y duodeno proximal. La incidencia anual de la enfermedad de úlcera péptica en pacientes infectados con *Helicobacter pylori* es de aproximadamente 1% por año, lo que es 6 a 10 veces mayor que los pacientes que no están infectados. Un primer

paso en el manejo de la úlcera péptica es identificar la infección por *H. pylori* y los usuarios de los AINE. Estos son los dos factores de riesgo principales para la gran mayoría de las úlceras en el tracto digestivo superior” (Hyett B y Saltzman J, 2012).

Factores que pueden dañar “las mucosas del tracto gastrointestinal incluyen ácido, pepsina, sales biliares, isquemia, y *H. pylori*. Las causas exógenas son medicamentos predominantemente AINE y aspirina. Úlceras producidas por estrés son una causa común de sangrado en pacientes hospitalizados por otras enfermedades graves. Los factores de riesgo para las úlceras inducidas por el estrés son: insuficiencia respiratoria (especialmente pacientes intubados) coagulopatías (INR > 1,5 o plaquetas < 50.000/ul), trauma, sepsis, fallo renal, quemaduras, ingreso en la UCI, y cirugía” (Pino, Albán, Rivas, & Rodríguez, 2016).

Los factores protectores del esófago “incluyen motilidad esofágica con aclaramiento de materiales fluidos, el esfínter esofágico inferior para prevenir reflujo y secreciones salivales que contienen bicarbonato. Factores protectores gástricos incluyen las capas mucosas, así como mediadores tisulares. *H. pylori* es una bacteria flagelada con varios atributos únicos que ayudan en su capacidad para lesionar la mucosa gástrica. Estos factores incluyen la producción de ureasa. Los AINE inhiben los niveles de ciclooxigenasa, la prostaglandina protectora, disminuyendo así los niveles de esta en la mucosa en el estómago. La enfermedad de úlcera péptica se presenta en una variedad de maneras. Los pacientes pueden experimentar dolor epigástrico, melena, hematoquecia, dispepsia, hinchazón de abdomen, o pueden estar asintomáticos, con o sin anemia” (Hyett B y Saltzman J, 2012).

b) Várices esofágicas: “Las várices son dilataciones colaterales venosas que tienen una tendencia a la ruptura y pueden sangrar masivamente. Varices esofágicas y gástricas se desarrollan como resultado de la hipertensión portal general debido a una enfermedad hepática avanzada y cirrosis. Várices esofágicas y gástricas pueden ocurrir sin ninguna sintomatología”.

La hemorragia por rotura de varices esofágicas (HVE) “es una complicación frecuente y grave de los pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal. Aproximadamente un 40-50% de los pacientes con cirrosis presentan varices esofágicas (VE) en el momento del diagnóstico y entre quienes no las presentan se estima una incidencia anual de un 5% para su desarrollo. El riesgo de HVE viene determinado primordialmente por tres factores: el tamaño de las varices, la presencia de puntos rojos en su superficie y el grado de insuficiencia hepática (Child-Pugh)” (García J, 2010).

La endoscopia superior es la “modalidad diagnóstica primaria y permite la visualización directa de las columnas de las várices esofágicas. Si las varices se consideran como el origen de la hemorragia digestiva alta, la endoscopia debe realizarse rápidamente (dentro de las 24 horas) para la potencial intervención. Tomografía computarizada del abdomen y la ecografía puede mostrar la presencia de venas colaterales. Angiografía de la vena porta también puede demostrar la presencia de colaterales o recanalización de la vena umbilical” (Hyett B y Saltzman J, 2012).

Hemorragia varicosa es “responsable de un tercio de todas las muertes debidas a la cirrosis. La mortalidad es entre 15% a 50% para cada episodio de sangrado, y 70% a 80% en aquellos con sangrado continuo. Posterior al cese de la hemorragia por varices activa, existe un alto riesgo de recurrencia del sangrado dentro de las 6 semanas (>50%). El momento de mayor riesgo está dentro las primeras 48 a 72 horas (90% de resangrado se producirán en este período de tiempo), y más de la mitad de todos los episodios de nuevas hemorragias posteriores ocurrir dentro de los primeros 10 días” (Sundal, Petersen, & Boge, 2019).

La supervivencia “durante las 6 semanas después de la hemorragia inicial está directamente relacionada con el resangrado. Los factores de riesgo son la edad mayor de 60 años, grandes várices, sangrado inicial grave (hemoglobina <8 g / dl en la admisión) y la insuficiencia renal” (Aksu, Varol, & Hotun Sahin, 2017).

Los síntomas de la hemorragia por “varices son inespecíficos e incluyen hematemesis, melena, y hematoquecia. Los pacientes pueden sentirse mareados y cansados; y aquellos con enfermedad hepática grave pueden tener encefalopatía hepática, que puede ser la única presentación característica en un paciente cirrótico que está sangrando por el tubo gastrointestinal superior. Otros signos y síntomas asociados son las manifestaciones clínicas de cirrosis incluyendo las anomalías de laboratorio asociadas con cirrosis” (Garten et al., 2020).

c) Esofagitis: “La causa más frecuente de HDA a nivel esofágico es la esofagitis, sobre todo la que se relaciona con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); otras causas comprenden infecciones, medicamentos, ingestión de cáusticos y radiación” (Terrazas H, 2012).

d) Desgarros de Mallory-Weiss: Desgarros de Mallory-Weiss “se producen en la unión gastroesofágica en el esófago distal o del estómago proximal. Por lo general, estos desgarros se forman después de vómitos repetidos y graves o arcadas. Los

desgarros pueden extenderse en los vasos sanguíneos subyacentes. Hemorragia digestiva alta aguda es el principal hallazgo clínico, que puede asociarse con dolor epigástrico que puede irradiarse a la espalda. La endoscopia se utiliza para documentar la presencia del desgarro gastroesofágico y permite la posibilidad de intervención terapéutica” (Hyett B y Saltzman J, 2012).

El sangrado se “origina cuando el desgarro implica el plexo venoso o arterial subyacente. Los pacientes a menudo tienen una historia de vómitos o arcadas no sanguinolentas antes de la aparición de hematemesis. La lesión se encuentra en la unión esófago-gástrica, y pueden estar dentro de una hernia hiatal. El desgarro puede extenderse hacia abajo en los cardias o, menos comúnmente, hacia arriba en el esófago. Aunque 40% a 70% de los pacientes con sangrado por desgarro de Mallory-Weiss requieren transfusión de sangre, la mayoría de los desgarros curan espontáneamente de 24 a 48 horas posterior a la presentación. Factores de riesgo de resangrado incluyen la hipertensión portal y coagulopatías” (Boucek et al., 2019).

e) Angiodisplasias: Las angiodisplasias “son también una causa importante de HTDA, en especial entre la población de edad avanzada. Estas malformaciones arteriovenosas se vinculan con insuficiencia renal, cirrosis, valvulopatías en particular estenosis aórtica, lesiones por radiación, enfermedades vasculares de la colágena y enfermedad de Osler-Weber-Rendu” (Pooja, 2019).

f) Neoplasias: Las neoplasias, “tanto benignas como malignas, constituyen menos de 5% de las causas de HDA. Pueden ser primarias malignas, como adenocarcinoma esofágico, gástrico o duodenal, carcinoma escamoso de esófago, linfoma gástrico y duodenal y tumor del estroma gastrointestinal; metastásicas provenientes de cáncer de colon, pulmón y mama, o lesiones benignas” (Terrazas H, 2012).

g) Otras: Otras causas “infrecuentes explican menos de 5% de los casos. El antecedente de reparación quirúrgica de aneurisma de aorta abdominal debe hacer sospechar una fístula aortoentérica; los sitios más habituales son la tercera y cuarta porciones del duodeno, seguidas de yeyuno e íleon. Por lo general la hemofilia se presenta como HDA acompañada de cólico biliar. El diagnóstico se establece mediante endoscopia al visualizar sangre que proviene del ampulla de Váter. La causa más común es traumatismo hepático. Hemosuccus pancreaticus es una hemorragia de los vasos peripancreáticos hacia los conductos pancreáticos, secundaria a rotura de aneurismas que se presentan por pancreatitis o pseudoquistes” (Terrazas H, 2012).

2.1.3.5. Cuadro Clínico

La HDA “se puede presentar de diversas maneras: *Hematemesis*: vomito de sangre roja y fresca o vómitos en posos de café. *Melenas*: heces negras, pastosas y brillantes como el alquitrán (descartar toma de sustancias que tiñen las heces negras como el hierro, el bismuto o alimentos como regaliz, morcilla, etc.), *Hematoquecia* que son las heces mezcladas con sangre roja” (Regordan L, Luque D, & Fragero E, 2011).

Melena se puede ampliar “después de tan poco sangrado como 50 a 100 ml de sangre en el tracto gastrointestinal superior, mientras que hematoquecia requiere una pérdida de más de 1000 ml. Aunque la hematoquecia generalmente sugiere una fuente de sangrado inferior (por ejemplo, colón), la hemorragia digestiva alta grave puede presentarse con hematoquecia en el 10% de los casos” (Li et al., 2019). La presencia de melena “conlleva 4 veces mayor posibilidad de ser originada en una HDA y casi siempre refleja sangrado proximal al lado derecho del colon. La presencia de hematoquecia conlleva 6 veces mayor posibilidad de ser de una fuente gastrointestinal inferior. Una excepción la constituye una fuente superior de rápido sangrado” (Baker J, 2014).

Para la hematemesis, “es importante determinar si la sangre estuvo presente por primera vez o después de varios episodios de vómitos. Esta última historia sugiere un desgarro de Mallory-Weiss. Una historia compatible con cirrosis (el uso crónico de alcohol, hepatitis, el consumo de drogas IV) sugiere varices. Estos pacientes también pueden tener una coagulopatía, haciendo el control de la hemorragia más difícil” (Kahouei, Kazemzadeh, Mahdi Zadeh, & Ahmadi, 2016). Cuando el sangrado ha sido lento, “pero de manera crónica, el paciente puede presentar mareo, fatiga, dolor de pecho o dificultad para respirar debido a la anemia sin ningún conocimiento de sangrado gastrointestinal. Los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica pueden informar dolor abdominal epigástrico. Los agentes que aumentan el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica incluyen antiinflamatorios no esteroideos (NSAIDs), la aspirina, y los cigarrillos. Los pacientes ancianos con hemorragia aguda pueden presentar inicialmente síncope o casi síncope” (Regordan L, Luque D, & Fragero E, 2011).

Los signos vitales “se recogerán inmediatamente. Cuando las alteraciones hemodinámicas están presentes, el tratamiento es con frecuencia necesario antes de obtener una historia completa. La taquicardia e hipotensión indican shock hipovolémico y requieren reanimación inmediata. Piel fría, pálida y húmeda es evidencia de anemia o

shock. El abdomen debe ser examinado a fondo, señalando áreas de sensibilidad. El examen también debe buscar evidencia de los estigmas de cirrosis incluyendo ascitis, arañas vasculares, ictericia o eritema palmar” (Pang, Fu, Cao, Hao, & Zong, 2019).

2.1.3.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para realizar el análisis sindrómico de HDA es inevitable distinguir de otras entidades que, en su presentación clínica, pueden simularla y llevar a confusión:

- **Hemorragia de otro origen que se manifiesta como hematemesis o melenas: epistaxis y hemoptisis** “En ambos casos, la sangre deglutida puede eliminarse simulando una hematemesis o una melena, y puede aumentar la urea plasmática. En estos casos de duda diagnóstica debe inspeccionarse minuciosamente la cavidad oral, las fosas nasales, la faringe y las vías respiratorias altas para descartar un sangrado a ese nivel” (Forechi et al., 2018).
- **Pseudo Hematemesis.** “La ingestión reciente de bebidas de cola, café o vino tinto y de ciertos alimentos, como tomate, cerezas, etc., puede dar al vómito un aparente aspecto de posos de café o de sangre fresca” (Forechi et al., 2018). La isquemia “mesentérica y la obstrucción intestinal mecánica cursan a menudo con vómitos, cuyo aspecto se asemeja a los de contenido hemático, mientras el resto de los hallazgos de la exploración física y las exploraciones complementarias son los que llevan al diagnóstico” (Ibrahimou, Azim, & Sun, 2019).
- **Pseudomonas.** “La ingestión de ciertos alimentos (sangre cocinada, espinacas, calamares en su tinta, etc.), medicamentos (sales de bismuto, hierro) y otros productos, como el regaliz, pueden teñir las heces de negro y simular una melena” (Ibrahimou, Azim, & Sun, 2019). En estas circunstancias, “la única característica de la melena que presentan las heces teñidas es el color, aunque éste no es negro alquitranado sino negro verdoso, las seudomelenas no son pastosas, pegajosas, fétidas ni adherentes como las melenas” (Lin et al., 2019).
- **Hemorragia digestiva baja.** “Generalmente se manifiesta como hematoquecia, con frecuencia acompañada de dolor abdominal, de carácter cólico en el hemiabdomen inferior, y en ocasiones, tenesmo rectal. No suele haber cortejo vegetativo acompañante ni síntomas previos de enfermedad del tracto digestivo alto” (Keskar et al., 2017). Sin embargo, “las HDA profusas suelen generar un tránsito intestinal acelerado y pueden manifestarse por deposiciones de color rojo oscuro, e incluso rojo vivo, que pueden llevar a confusión respecto al origen del sangrado, si bien en la práctica diaria esta duda puede no resolverse más que

por exploraciones complementarias invasivas. Una actitud aconsejable ante un episodio de sangrado de origen incierto es considerarlo inicialmente como HDA, puesto que ésta origina, con mayor frecuencia que la HDB, un riesgo vital. Por último, la remolacha puede teñir de rojo las heces, lo que alarma al paciente y puede ser un factor de confusión para el clínico que desconozca este hecho” (Dr. Ariel De La Rosa, Alejandra Pérez, 2017).

2.1.3.7. DIAGNÓSTICO

Dada la potencial gravedad de la “hemorragia digestiva aguda, debe considerarse una auténtica urgencia médico quirúrgica; a menudo será preciso modificar el orden clásico de actuación médica (primero el diagnóstico, luego el tratamiento) y, por tanto, las medidas terapéuticas urgentes deberán primar sobre cualquier consideración diagnóstica. Así pues, la evaluación de la cuantía del sangrado debe ser el primer paso” (Rumalla, Kumar, & Mittal, 2017).

Conviene recordar que la hematemesis “refleja la existencia de un sangrado de mayor cuantía que la melena (siempre que hay hematemesis existe melena, pero menos de la mitad de pacientes con melena presentan, además, hematemesis), que puede aparecer melena con sangrados de tan solo 50 ml, y que el vómito de sangre roja indica un sangrado en mayor cuantía que el de aspecto en posos de café” (Muraca, Sabr, Brant, Cundiff, & Joseph, 2016).

La evaluación preliminar “consiste en la consideración de la historia clínica del paciente, la comprobación de las constantes vitales y en una exploración física completa, que incluya tacto rectal. Se deberá pedir al paciente que responda a una serie de preguntas que ayudan a determinar el origen de la hemorragia. Por ejemplo, la hemorragia por úlcera péptica debe sospecharse en pacientes que afirman que toman a diario ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En pacientes con enfermedad hepática conocida o posible, se deben plantear como opción probable las hemorragias originadas en varices o en una gastropatía relacionada con hipertensión portal. Una ingesta copiosa de alcohol o vómitos abundantes sugieren desgarramiento de Mallory-Weiss” (Dindo, Brandt, & Fiedorowicz, 2019).

La representación de la “sonda de nutrición o de sonda nasogástrica permanente o bien la existencia de antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico incrementa la sospecha de esofagitis erosiva. Por cuanto respecta a las constantes vitales, debe prestarse especial atención a los signos de hipovolemia, como hipotensión y taquicardia.

La evidencia de hipotensión o taquicardia postural puede revelar una grave depleción de volumen, que no se aprecia en el examen en decúbito supino. Es importante explorar la piel, en busca de petequias, púrpura, angiomas aracniformes y eritema palmar, y también el abdomen para descartar ascitis, hepatomegalia o esplenomegalia, que pueden ser indicativas de hipertensión portal. La sensibilidad dolorosa o la detección de una masa por palpación pueden apuntar a la existencia de un tumor intraabdominal” (Masot et al., 2018).

La colocación de “una sonda nasogástrica u orogástrica ayuda a localizar la hemorragia en el tracto GI superior, a determinar si existe sangre roja o material con aspecto de posos de café y a valorar la persistencia, la velocidad y la recurrencia de la hemorragia. Sin embargo, la sensibilidad de la aspiración nasogástrica en relación con la HDA es de apenas un 80%, debido a que, generalmente, la sangre presente en el duodeno no refluye hacia el estómago” (Xie et al., 2016).

La prueba del guayacol para “sangre oculta en aspirados obtenidos mediante sonda nasogástrica no resulta de utilidad, ya que el traumatismo ocasionado por la inserción de la sonda provoca a menudo una pequeña hemorragia y da lugar a resultados falsos positivos. Los pacientes que refieren vómitos de sangre en «posos de café» o de sangre fresca no requieren sonda nasogástrica con fines diagnósticos, pero puede que, sí la requieran para limpiar la sangre gástrica y favorecer así una mejor visualización endoscópica, reduciendo el riesgo de aspiración” (Alcedo J, 2010).

El análisis de una “HDA aguda’ se completa con la realización de una endoscopia digestiva alta (EDA), cuya sensibilidad y especificidad superan el 95%. La recomendación es que en los casos graves se lleve a cabo en cuanto se consiga la estabilidad hemodinámica, y en el resto dentro de las 12 a 24 horas siguientes (de forma ideal antes de transcurridas 6 horas). Cuando no es posible alcanzar la estabilidad hemodinámica debe valorarse la cirugía urgente con eventual endoscopia intraoperatoria” (Haule, Sando, Kitali, & Richardson, 2019).

El instante recomendable para “practicar la endoscopia es controvertido. La posibilidad de identificar y tratar a los pacientes con sangrado activo o alto riesgo de resangrado (disminuye la morbi-mortalidad en este subgrupo) y la oportunidad de seleccionar a aquellos que pueden ser dados de alta de inmediato, constituyen sólidos argumentos en favor de la endoscopia precoz. En contraste, no se ha demostrado un ahorro en los recursos sanitarios tras la realización de una endoscopia temprana” (Alcedo J, 2010).

En los estudios radiológicos “no debe emplearse nunca medio de contraste con bario, ya que al mezclarse con la sangre forma concreciones muy duras que pueden condicionar oclusiones intestinales; asimismo, si al explorar al paciente se advierte que tiene abdomen agudo, las placas simples de abdomen y tórax ayudarán a descartar que esté perforado, pues podrá observarse aire libre subdiafragmático (signo de Jouver), la angiografía permite efectuar estudios selectivos de determinadas arterias; sin embargo, es necesario que al realizar el estudio exista hemorragia activa de al menos 1/2 cc por minuto para visualizar la extravasación de sangre”(Pérez, J. Abdo, F. Bernal y D. Kershenovich, 2012).

Cuando se ha estudiado a un “paciente tanto con endoscopia digestiva alta y baja y no se encuentra causa de la hemorragia, esto indica que debe utilizarse la cápsula endoscópica, la cual es deglutida por el paciente; dicha cápsula tiene un sistema alimentado por una pila, y posee la capacidad de tomar aproximadamente 50000 fotografías en un lapso de 8 horas, captadas por transductores previamente fijados en el abdomen del paciente y enviados a una computadora portátil, la cual capta todas las imágenes, mismas que se revisan mediante otra computadora. Este estudio es práctico, pero no puede realizarse ningún procedimiento terapéutico” (Pérez, J. Abdo, F. Bernal y D. Kershenovich, 2012).

2.1.3.8. FACTORES DE RIESGO

LOS ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

Los AINES “constituyen uno de los grupos farmacológicos de uso más frecuente en la medicina actual. Aunque los mecanismos por los cuales estos fármacos son eficaces como analgésicos, antiinflamatorios y antitérmicos son diversos, la inhibición de la síntesis de prostaglandinas es uno de los mecanismos clave, responsable tanto de los efectos terapéuticos como de los efectos adversos. Hoy se conoce que existen al menos 2 isoenzimas de ciclooxigenasa (COX); una de las isoformas denominadas COX-1 es constitutiva y tromboxanos no sólo en el tubo digestivo, sino también en las plaquetas y los riñones, entre otros sistemas” (León Ruiz Palomino, Torres R., Fernández A, & Martínez., 2011).

La misión “es la de mantener la homeostasis de la mucosa gastrointestinal. La otra enzima, la COX-2, es inducible y controla la síntesis de muchas moléculas en situaciones de inflamación y su activación depende de la presencia de estímulos

diversos como citosinas y lipopolisacáridos, entre otros. No obstante, en algunos sistemas, como el riñón, el sistema nervioso central y posiblemente el endotelio vascular, esta isoenzima se expresa en forma constitutiva” (Ikram, Rehman, & Rauf, 2019).

Los AINES “no selectivos inhiben ambas isoformas y, por este motivo, su efecto beneficioso ha ido siempre asociado en uno u otro grado a la inducción de lesiones del tracto digestivo, cuando la capacidad de defensa de la mucosa no era compensada por otros mecanismos responsables de la defensa mucosa a la agresión repetida. El desarrollo de fármacos que inhiben de manera selectiva la COX-2 abrió una nueva línea en el tratamiento de los procesos reumatológicos y en el tratamiento de los procesos dolorosos e inflamatorios en general, sin descartar la posibilidad futura de tratamiento en la prevención del cáncer de colon y tratamiento de síndromes polipósicos” (León Ruiz Palomino, Torres R, Fernández A, & Martínez., 2011).

Las lesiones “más frecuentes originadas por los AINES se dan en la mucosa gastroduodenal, pero todo el tramo digestivo, desde el esófago al recto, puede lesionarse. A nivel gastroduodenal el tratamiento con AINES origina el desarrollo de petequias, equimosis, erosiones, úlceras y eventualmente complicaciones como hemorragia digestiva, perforación o estenosis. Las petequias, la equimosis y las erosiones aparecen en las primeras horas tras la ingesta del fármaco en la gran mayoría de las personas que toman AINES de manera aguda. Estas lesiones pasan desapercibidas, ya que son asintomáticas y desaparecen con el uso continuado de los AINES (posiblemente asociado a un proceso de adaptación mucosa)” (Takamatsu & Kitawaki, 2018).

Las complicaciones, “entre los pacientes que son tratados con AINES, se dan tanto en el tracto digestivo superior (TDS) como en el inferior (TDI). Aproximadamente el 50% de los pacientes que acuden al hospital con HD o perforación gastrointestinal han tomado AINES o ácido acetilsalicílico (AAS) durante la semana previa al ingreso hospitalario” (Liu, Liao, & Jou, 2019).

Es igualmente notable reseñar que “evitar la vía de administración oral no reduce el desarrollo de complicaciones. De hecho, la administración por vía parenteral parece asociarse a un mayor riesgo de complicaciones y la administración por vía rectal parece inducir proctitis y ulceraciones rectales. En el TDI (intestino delgado y grueso), al margen de complicaciones como HD o perforación, se han descrito otras

complicaciones asociadas a AINES, como son el desarrollo de estenosis anulares múltiples, enteropatía con pérdida de proteínas, inflamación difusa, ulceración múltiple, diverticulitis, entre otros, que muchas veces se manifiestan en forma de anemia con/sin diarrea acompañante” (Feu, 2011).

Factores de riesgo aceptados para el desarrollo de complicaciones gastrointestinales

- Historia previa ulcerosa
- Historia de hemorragia digestiva previa
- Edad > 60 años
- Dosis altas de AINES
- Utilización concomitante de 2 AINE, incluida dosis bajas de AAS
- Utilización conjunta de corticosteroides
- Utilización concomitante de anticoagulantes
- Enfermedad concomitante grave

La Hemorragia Digestiva Alta es “autolimitada en la mayoría de los casos, “hay casos en que la hemorragia persiste o recidiva tras el ingreso en el hospital, y es en este grupo de pacientes donde se concentra la mortalidad. Numerosos estudios han demostrado el valor predictivo de recidiva y de mortalidad de factores clínicos como el sexo, la edad avanzada, el antecedente de ingesta de alcohol, consumo de AINES y tabaco; además de la presencia de enfermedades concomitantes (cardiopatía, enfermedades reumatológicas, hepatopatía crónica, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica, neoplasias no digestivas)” (Ortega, Jambrina, Vallhonrat, & Simón, 2014).

Respecto al sexo, “se ha observado en pacientes con hemorragia digestiva alta que la incidencia en varones es el doble respecto a las mujeres. El riesgo se incrementa marcadamente con la edad y en un estudio el factor de riesgo más determinante fue la edad mayor de 65 años” (Feu, 2011).

La OMS define el “alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 g en la mujer y 70 g en el hombre, la ingesta de alcohol en grandes cantidades puede ocasionar gastritis erosiva y la ingesta crónica predispone la producción de várices esófago gástricas como expresión de cirrosis hepática e hipertensión portal. El alcohol (más de 80 g al día) multiplica por 4 el riesgo de Hemorragia Digestiva Alta en

patología ulcerosa. Después de una inusual ingesta de alcohol, es probable que una hematemesis se deba a lesiones agudas de la mucosa gástrica. Sólo el 15% de los bebedores excesivos constantes genera daño hepático crónico” (Simons J. Q., 2013).

Existen fármacos que se relacionan con la presencia de hemorragia digestiva alta como los “AINES, que son los más usados mundialmente en los últimos 15 años en la profilaxis secundaria de enfermedades vasculares y que son capaces de causar lesiones a lo largo del tracto digestivo y determinar un mayor riesgo de producir hemorragia digestiva alta. Siendo los AINES más consumidos: aspirina (60%), ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15.8%), el 31% de los casos consumieron más de un AINES simultáneamente. Se observa que la tercera parte de los pacientes hospitalizados con hemorragia digestiva alta tienen antecedente de ingesta de AINES. Entre el 15 y el 30% de los enfermos expuestos a AINES desarrollan úlceras gastroduodenales” (Angel, 2011).

Gran cantidad de pacientes consumidores crónicos de AINES “desarrollan úlcera péptica en 6 meses de tratamiento continuo; además, el riesgo de sangrado digestivo se cuadruplica en relación a la población general. El ácido-acetil-salicílico (AAS) multiplica por 2 el riesgo de sangrado o de perforación; no se evidencian diferencias con su presentación con cobertura entérica. Actualmente, tiene un gran impacto clínico por su uso abusivo. Tampoco se presentan diferencias con dosis entre 75 y 300 mg. Los usuarios simultáneos de AINES y antiagregantes, situación bastante común, presentan un riesgo 16.6 veces superior de HDA que la población general” (Angel, 2011).

La presencia de 4 o más enfermedades concomitantes aumentan la mortalidad por hemorragia digestiva que puede llegar al 70%; además, los pacientes hospitalizados por otras causas tienen un mal pronóstico cuando presentan una hemorragia digestiva por úlcera durante la hospitalización.

2.2 Marco Legal

**Constitución Política del Ecuador (2008) Capítulo II Derechos del Buen Vivir
Sección primera. Agua y Alimentación**

Art.13.- “Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria”.

Sección séptima. Salud

Art.32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

2.3 Marco Conceptual

Factores de Riesgo. – “Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud”.

Hemorragia Digestiva. – “Es una forma de hemorragia en el tracto gastrointestinal que puede originarse en el esófago, estómago, duodeno, intestino delgado, colon y recto”.

Hemorragia Digestiva Alta. – “Es la pérdida de sangre causada por diversas enfermedades que afectan al tubo digestivo desde la orofaringe al ligamento de Treitz”.

AINES. - “Los fármacos antiinflamatorios no esteroides son medicamentos que se usan para tratar tanto el dolor como la inflamación”.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 Hipótesis General

Los factores de riesgo influyen en la Hemorragia Digestiva Alta.

2.4.2 Hipótesis Particular

- Los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos desencadenan en Hemorragia Digestiva Alta
- Las úlceras pépticas y las varices esofágicas constituyen las causas más frecuentes de Hemorragia Digestiva alta

- Conociendo los factores de riesgo y las causas podrán prevenirse los factores de riesgo en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta

2.4.3 Declaración de Variables

Variable Independiente: Factores de riesgo

Variable dependiente: Hemorragia Digestiva Alta

2.4.4 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS/ ESCALA
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • RESIDENCIA • NIVEL DE INSTRUCCIÓN • ESTADO CIVIL 		
	Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la asociación de padecer y desarrollar una enfermedad	EDAD	Años Cumplidos	≤ 44 45 a 64 ≥ 65
		SEXO	Fenotipo	Masculino Femenino

<u>Variable</u> <u>Independiente</u> FACTORES DE RIESGO	ALCOHOLISMO	Embriaguez e ingesta crónica de alcohol	ESCALA LICKERT
	INGESTA DE AINES	Tiempo de ingesta	ESCALA LICKERT
	TABACO	Tiempo de consumo	ESCALA LICKERT
	ULCERA GASTRICA	Valoración endoscópica	SI NO
	ULCERA DUODENAL	Hallazgo endoscópico	SI NO
	GASTRITIS EROSIVA	Hallazgo endoscópico	SI

				NO
		VARICES ESOFÁGICAS	Tamaño de las várices	Grado I Grado II Grado III
<u>Variable Dependiente</u>	Pérdida de sangre por el tubo digestivo en algún punto entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz	Pérdida de Sangre	Hipovolemia Leve	Observación Guía de observación (informes endoscópicos e historias clínicas)
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA			Hipovolemia Moderada	
			Hipovolemia Grave	

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

3.1.1 Tipo de Investigación:

La investigación tiene un enfoque cuantitativo no experimental “es de tipo descriptivo, documental, transversal y de campo, será factible analizar todas las categorías de interés científico referente al objeto de estudio acerca de los factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta en el Hospital General Guasmo Sur, seleccionando a los pacientes que acuden al servicio de emergencia” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1996).

El diseño de investigación es de “tipo diseño cuantitativo no experimental con carácter propositivo porque busca la solución al problema identificado factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta” (Díaz & Ortiz, 2005).

Descriptiva: “porque registra, analiza e interpreta la naturaleza y composición de los procesos o fenómenos para luego presentar una interpretación correcta obtuvimos información estadística y describimos y analizamos los datos” (H. Sampieri, Collado, Lucio, & Pérez, 2010).

Correlacional: “porque permite relacionar las variables independientes con la dependiente y lograr responder a la formulación del problema y demostrar en bases a fundamentos científicos el análisis de las interrogantes mencionadas en el estudio” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006).

De campo: “porque será aplicada en el Hospital General Guasmo Sur, donde se permitirá investigar, elaborar y el desarrollar una propuesta de un modelo operativo y viable para la resolución de un problema, que está claramente descrito en el capítulo 1” (R. H. Sampieri, 2018).

Documental: “por estar basada y fundamentada en la revisión bibliográfica de referencias, sustentos legales y la máxima autoridad de salud Organización Mundial de la salud OMS, que permite dar formalidad al marco teórico del estudio” (Salgado Lévano, 2007).

Transversal: “por el tiempo y proceso de investigación dentro del periodo enero a julio del 2018” (de la Muestra & MAZARIEGOS, 2003).

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

La población considerada para este estudio “serán los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital General Guasmo Sur con aproximadamente 200 pacientes .de los cuales se tomarán solo los que presentan hemorragia digestiva alta” (Gómez, 2015).

Criterios de Selección

3.2.2 Delimitación de la población

El Hospital General Guasmo Sur “ubicado en la Avenida Cacique Tomalá Y Callejón Eloy Alfaro, Guayaquil 090112, perteneciente a la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, país Ecuador, cuenta con 22 especialidades distribuidas en un total de 57 consultorios distribuidos en 3 bloques; su cartera de servicios de consulta externa tiene: Medicina interna, dermatología, cardiología, traumatología, endocrinología, cirugía plástica., cirugía general, cirugía vascular, neurocirugía, ginecología, fisioterapia, urología, odontología, otorrinolaringología, psiquiatría, psicología, neurología y nefrología”(Abreu, 2012).

El Servicios de Hospitalización por Especialidad en el “área de Gineco Obstetricia tiene 95 camas hospitalarias, Unidad de Procedimientos y salas de cuidados en aislamiento, en Hospitalización Pediatría tiene 95 camas hospitalarias, unidad de procedimientos y salas de cuidados en aislamiento, la hospitalización de medicina interna tiene 119 camas hospitalarias, unidad de procedimientos y salas de cuidado en aislamiento, y por último la hospitalización cirugía- pie diabético tienen 119 camas hospitalarias, unidad de procedimientos y salas de cuidados en aislamiento”(María, del Carmen, & Victoria, 2018).

El Servicio de Emergencia atiende las 24 Horas al día, “con profesionales de la salud de amplia experiencia, capacitación y alto grado de humanismo, con tecnología de punta, moderna y adecuada, con una capacidad resolutive de 52 puestos de atención para observación en niños y adultos. Los Servicios de atención inmediata con los que cuenta la emergencia son: unidad de choque, sala polivalente adultos, sala de

observación, quirófano, triaje, sala polivalente niños, sala observación niños, sala de monitoreo fetal, sala de curaciones, inhaloterapia adultos, inhaloterapia niños, sala de partos” (Aguilar et al., 2015).

3.2.3 Tipo de muestra

Investigación de tipo probabilística se considera la totalidad de los 197 pacientes ya que todos entran en el estudio

3.2.4 Tamaño de la muestra

197 pacientes

3.2.5 Proceso de selección

Este proceso de selección de la muestra se realizará de acuerdo a los sujetos tipos que presenten hemorragia digestiva alta. Mediante oficio dirigido a las autoridades del Hospital solicitando permiso para realizar la investigación (Olabuénaga, 2012).

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1 Métodos teóricos

Para el cumplimiento de la investigación se aplicarán los siguientes métodos (R. H. Sampieri, 2018):

3.3.1.1 Analítico -sintético: “Permite llegar a la constancia y verdad de la problemática, pudiendo comprender todos los elementos seleccionados y analizar de forma lógica hasta demostrar la realidad del problema en estudio, además porque maneja juicios considerando cada una de las causas las cuales son clasificadas para conocer el origen y llegar a una conclusión”.

3.3.1.2 Hipotético-deductivo: “Tomando la hipótesis planteada basada en los objetivos obtener nuevas conclusiones y predicciones empíricas, las que serán sometidas a verificación”.

3.3.2 Métodos empíricos

Se utilizará el **método de la observación**, para conocer la realidad mediante la sensopercepción directa.

3.3.3 Técnicas e instrumentos

Para este trabajo de investigación se utilizará revisión bibliográfica de historias clínicas, que es “una técnica de recolección de información realizada en el área de estadística del Hospital General Guasmo Sur de pacientes que hayan acudido al servicio de la emergencia” (Básico & Guerrero, 2004).

Tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

3.4 PROPUESTA DE PROCESAMIENTO ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Una vez que se obtengan los datos “se procederá a analizar cada uno de ellos, atendiendo los objetivos y variables de investigación de manera tal que se pueda contrastar la hipótesis con variables y objetivos, y así poder demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formularán las conclusiones y sugerencias para mejorar la problemática investigada” (S. Wilson, Deeks, & Rosella, 2018). Para el procesamiento de datos se utilizará la estadística descriptiva con el apoyo de un software estadístico SPSS. Para la obtención del diagnóstico del peso y la talla, se calcularon los puntajes Z con el programa WHO Anthro Plus versión 3.2.2.

3.4.1 Presentación de datos

- Tablas
- Gráficos
- Pasteles

3.4.2 Análisis de Datos

Para el análisis de datos “se utilizará el programa estadístico SPSS v.21 para Windows; para la variable del estudio y determinar su asociación o independencia se utilizará χ^2 , a un nivel de confianza del 95%” (Del Cid, Méndez, & Sandoval, 2011)

3.4.3 Consideraciones Éticas

Se solicitará el consentimiento informado de acuerdo al principio ético de autonomía y se explicará acerca del estudio a los padres de familia de los estudiantes.

En esta tesis en su investigación se presentaron datos de forma anónima, por lo que no se mostró información personal de los entrevistados respetándose su privacidad.

Los datos obtenidos se utilizaron sólo como resultados académicos, contando con la experiencia en el campo estudiado por parte del investigador.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Tabla 1. Rango de edad

Grupo Etáreo	Rockall	%
< 60 años	90	45,92%
61-70 años	88	44,90%
>70 años	19	9,69%
Total	197	100,51%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi



Figura 1. Rango de edad

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados que se les aplicó la encuesta del Índice Pronóstico de Rockalll en su mayoría poseen un rango de edad menos de 60 años representado por el 45,92%, mientras que el segundo es la edad entre 61-70 años con el 44.90%, el rango de edad con menor porcentaje fueron los de más de 70 años en adelante con el 9.69%.

Tabla 2. Semáforo Factores Riesgo

Semáforo Factores Riesgo	FR previos	%
Verde (0 a 2)	71	36,22%
Amarillo (3 a 4)	75	38,27%
Rojo (5 o +)	50	25,51%
Total	196	100,00%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

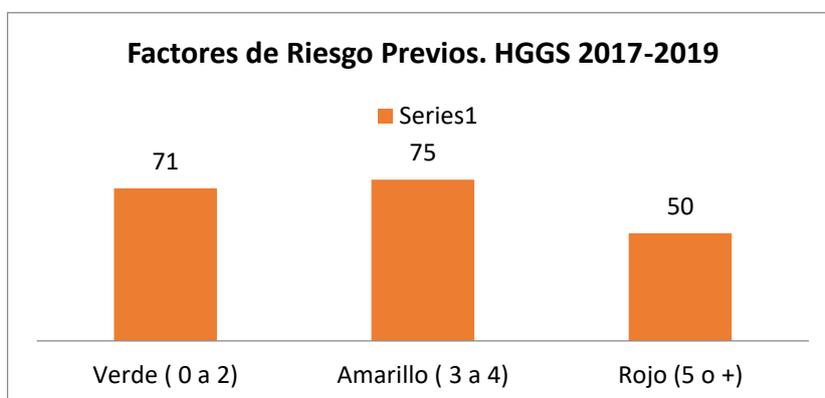


Figura 2. Semáforo Factores Riesgo

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre el tema de Semáforo Factores Riesgo en su mayoría poseen los rangos de Amarillo (3 a 4) con el 38.27%, mientras que el segundo es la Verde (0 a 2) representado por el 36,22%, el rango con menor porcentaje fueron los de Rojo (5 o +) con el 25, 51%. Evidenciando que es más frecuente tener de 3 a 4 factores de riesgos asociados

Tabla 3. Factores de Riesgo Previos

Factores de Riesgo Previos	FR previos	%
AINES	136	69,39%
No AINES	60	30,61%
Total	196	100,00%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

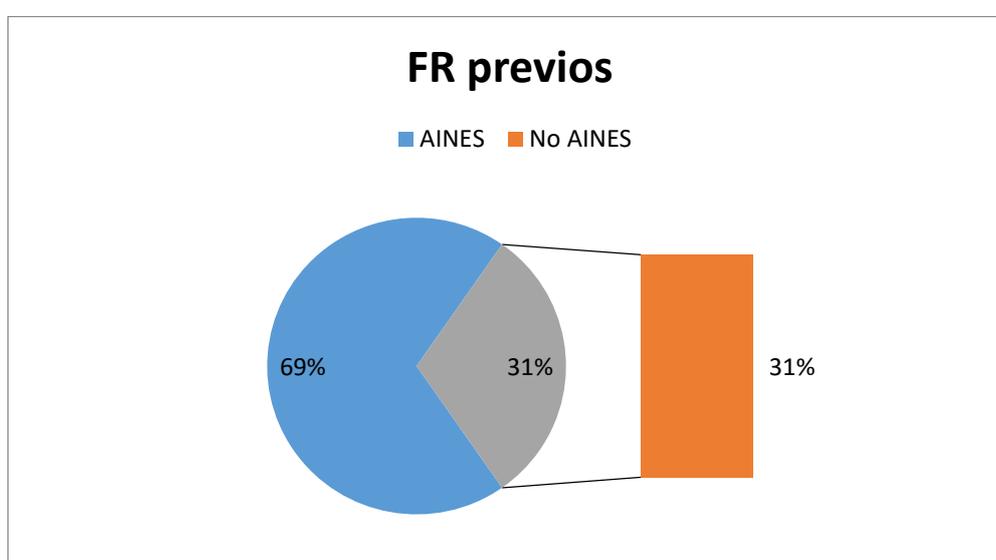


Figura 3. Factores de Riesgo Previos

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre los Factores de Riesgo Previos en su mayoría poseen los rangos de AINES con el 69.39%, mientras que el segundo es No AINES representado por el 30,61%. Evidenciado el consumo desmedido de AINES y la costumbre de nuestra población por la automedicación en muchas ocasiones sin necesidad de estar prescrita por un profesional de la salud.

Tabla 4. Factores de Riesgo Previos

Factores de Riesgo Previos	FR previos	%
Aspirina	122	62,24%
No Aspirina	74	37,76%
Total	196	100,00%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

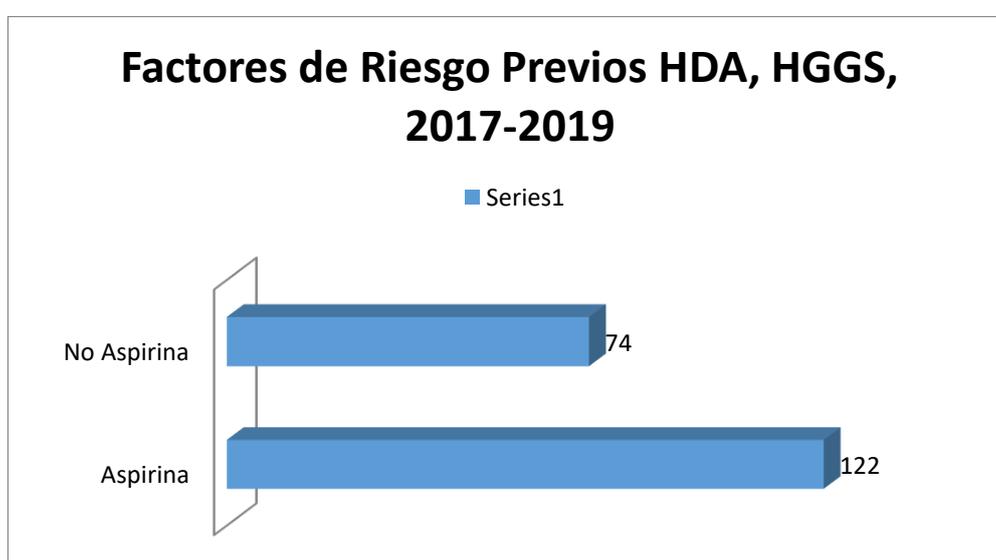


Figura 4. Factores de Riesgo Previos

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre los Factores de Riesgo Previos en su mayoría poseen los rangos de consumo de Aspirina con el 62.24%, mientras que el segundo es el no consumo No Aspirina representado por el 37,76%. La aspirina es uno de los fármacos más usado a lo largo de la historia de manera desmedida y automedicada.

Tabla 5. Factores de Riesgo Previos

Factores de Riesgo Previos	FR previos	%
Corticoides	73	37,24%
No Corticoides	123	62,76%
Total	196	100,00%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

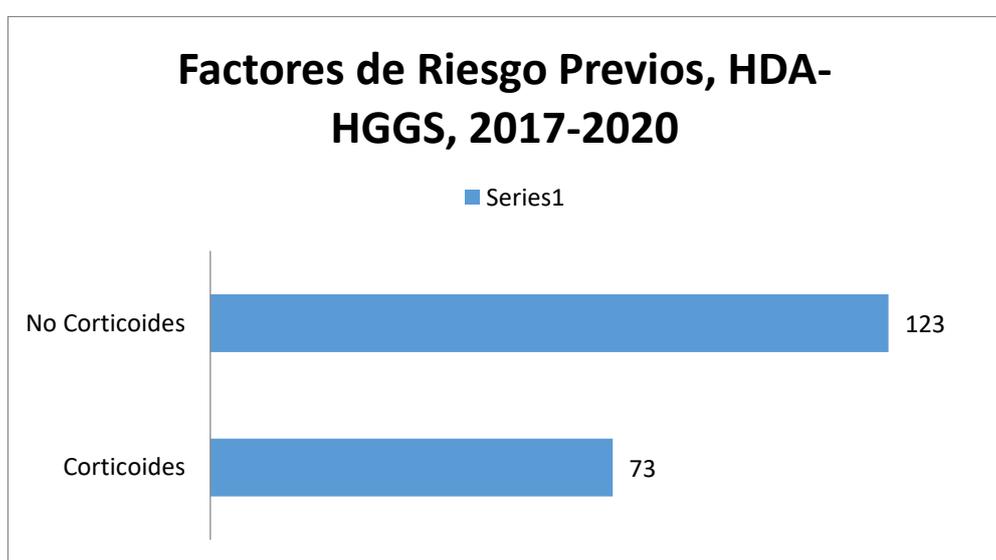


Figura 5. Factores de Riesgo Previos

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre los Factores de Riesgo Previos en su mayoría poseen los rangos de No Corticoides con el 62.76%, mientras que el segundo es el Corticoides representado por el 37,24%.

Tabla 6. Factores de Riesgo Previos

Factores de Riesgo Previos	FR previos	%
Anticoagulantes	58	29,59%
No anticoagulantes	139	70,41%
Total	197	100%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

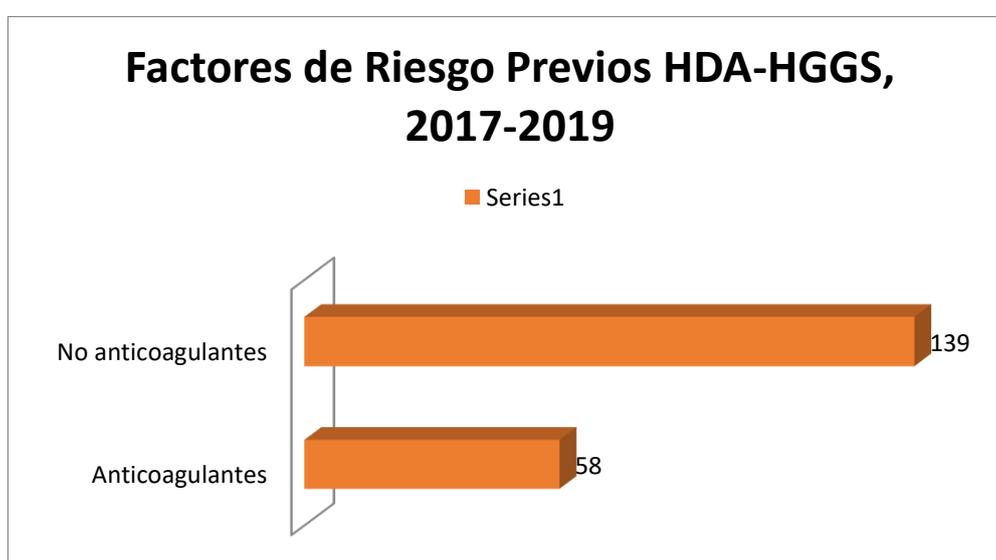


Figura 6. Factores de Riesgo Previos

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre los Factores de Riesgo Previos en su mayoría poseen los rangos de No anticoagulantes con el 70.41%, mientras que el segundo es el Anticoagulantes representado por el 29,59%. Podríamos encasillar a la Warfarina como el anticoagulante que más complicaciones de sangrado presenta.

Tabla 7. Factores de Riesgo Previos

Factores de Riesgo Previos	FR previos	%
Alcohol	99	50,51%
No alcohol	98	49,49%
Total	197	100%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

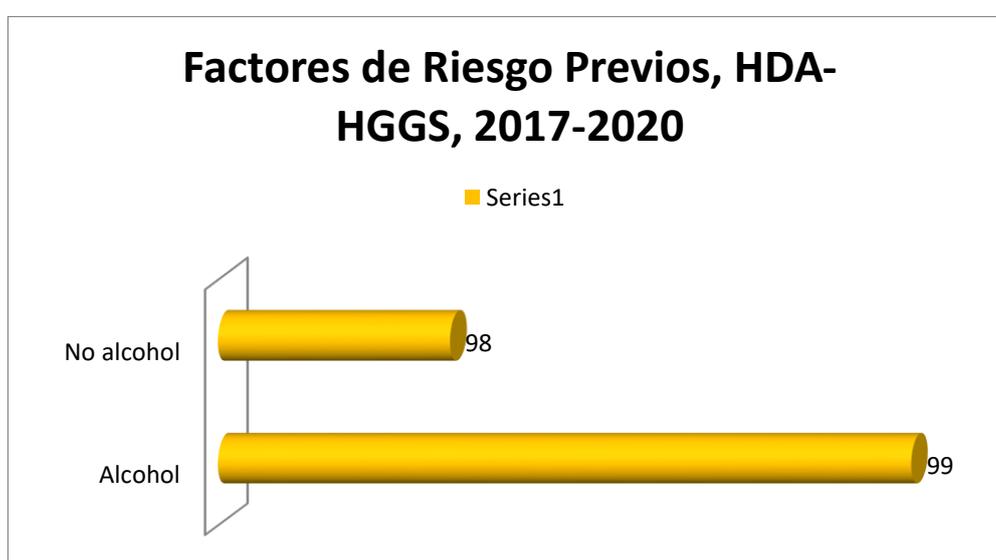


Figura 7. Factores de Riesgo Previos

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre los Factores de Riesgo Previos en su mayoría poseen los rangos de Alcohol con el 50.51%, mientras que el segundo es No alcohol representado por el 49,59%. El consumo de bebidas alcohólicas a temprana edad acelera la aparición de sangrados.

Tabla 8. Factores de Riesgo Previos

Factores de Riesgo Previos	FR previos	%
HDA previa	30	15%
Sin HDA previa	167	85%
Total	197	100%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

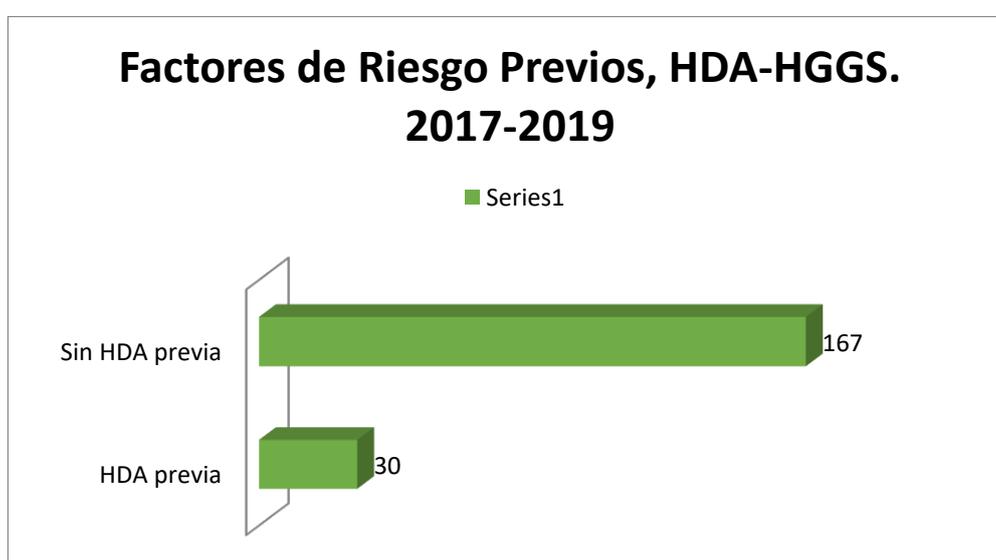


Figura 8. Factores de Riesgo Previos

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre los Factores de Riesgo Previos en su mayoría poseen los rangos de Sin HDA previa con el 85%, mientras que el segundo es HDA previa representado por el 15%.

Tabla 9. Factores de Riesgo Previos

Factores de Riesgo Previos	FR previos	%
Úlcera previa	112	57%
Sin úlcera previa	85	43%
Total	197	100%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

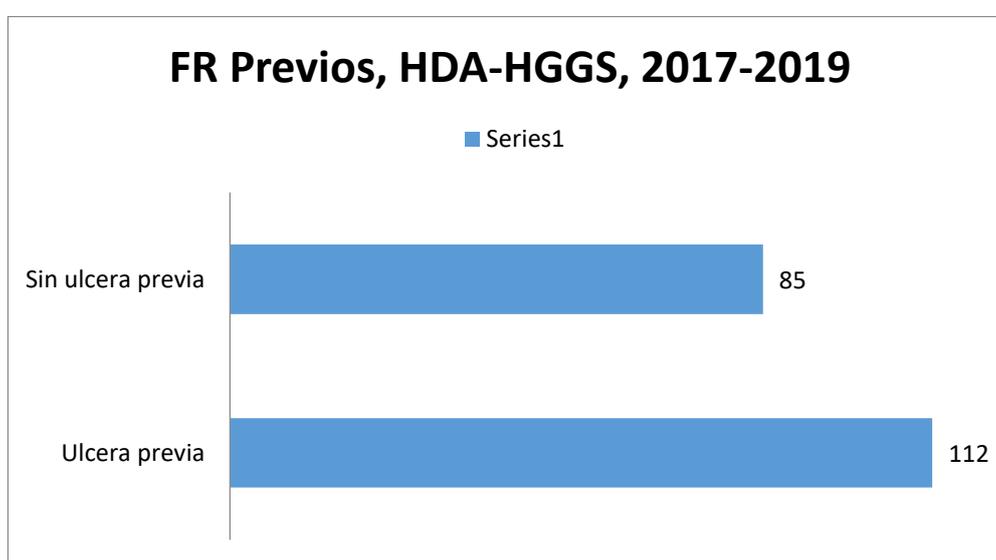


Figura 9. Factores de Riesgo Previos

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre los Factores de Riesgo Previos en su mayoría poseen los rangos de Úlcera previa con el 57%, mientras que el segundo es Sin úlcera previa representado por el 43%. En la mayoría de los pacientes atendidos hay antecedente de úlceras en estómago previas.

Tabla 10. Escala de Riesgo

Escala de Riesgo	Rockall	%
Bajo (0-2)	4	2,03%
Intermedio (3-4)	58	29,44%
Alto (5 o +)	135	68,53%
Total	197	100,00%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

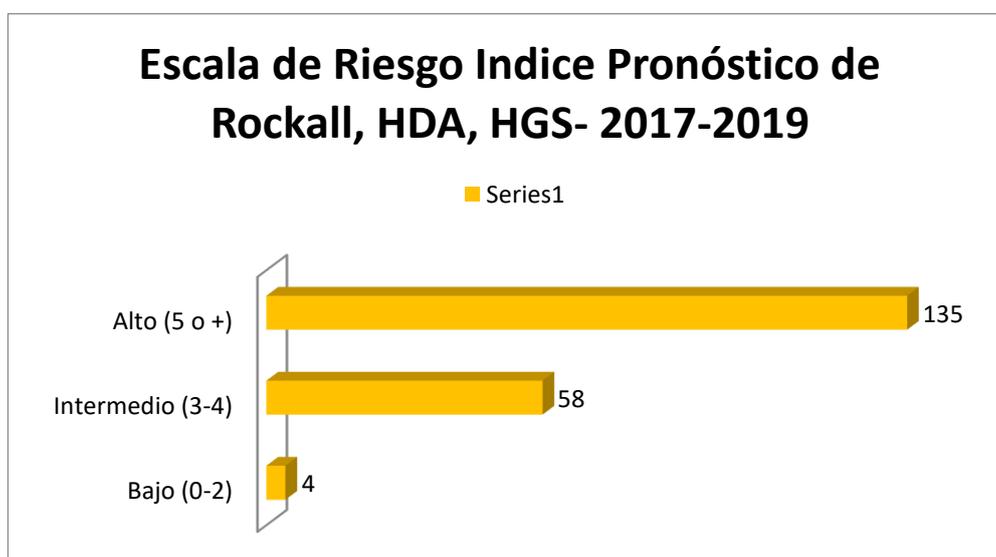


Figura 10. Escala de Riesgo

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre el tema Escala de Riesgo en su mayoría poseen los rangos de Alto (5 o +) con el 68,53%, mientras que el segundo es Intermedio (3-4) representado por el 29,44%, el rango con menor porcentaje fueron los de Bajo (0-2) con el 2,03%

Tabla 11. Estado Hemodinámico

Estado Hemodinámico	Rockall	%
Sin Shock	68	34,52%
Taquicardia	70	35,53%
Con shock	59	29,95%
Total	197	100,00%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

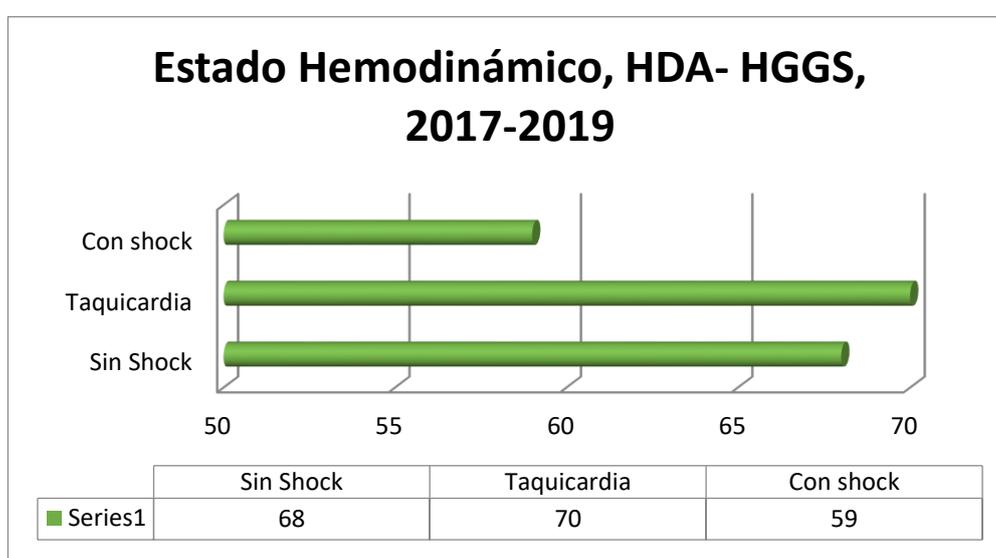


Figura 11. Estado Hemodinámico

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre el tema Estado Hemodinámico en su mayoría poseen Taquicardia con el 35,53%, mientras que el segundo es Sin Shock representado por el 34,52%, el rango con menor porcentaje fue Con shock con el 29,95%. La taquicardia es uno de los primeros y principales síntomas de pérdida de volumen consecuencia de la mala perfusión en el cuerpo.

Tabla 12. Tipo de Hemorragia Reciente

Tipo de Hemorragia Reciente	Rockall	%
Coágulos	15	7,61%
Estrías Sanguinolentas	36	18,27%
Hemorragia Activa	53	26,90%
Vómito Sanguinolento	93	47,21%
Total	197	100,00%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

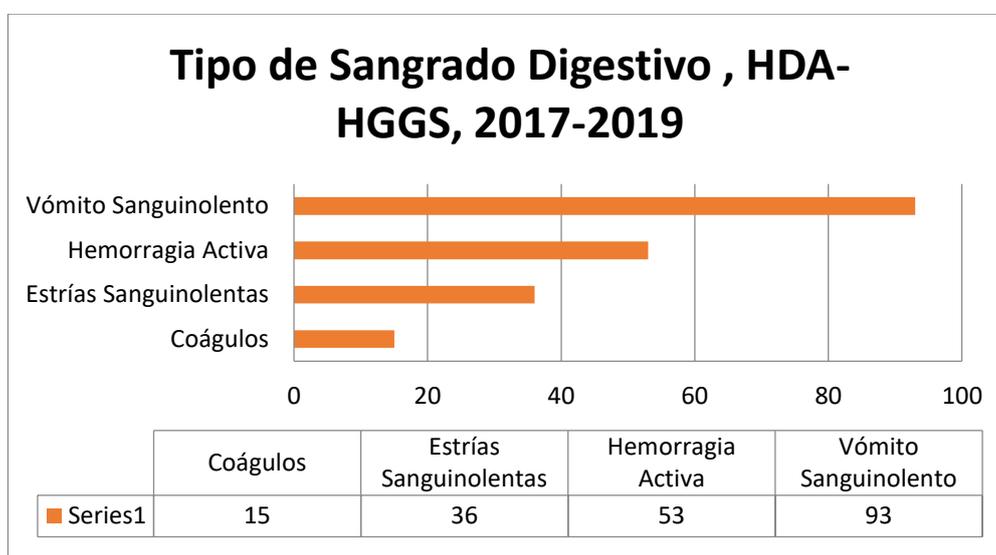


Figura 12. Tipo de Hemorragia Reciente

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre el tema Tipo de Hemorragia Reciente en su mayoría poseen Vómito Sanguinolento con el 47,21%, mientras que el segundo es Hemorragia Activa representado por el 26,90%, el siguiente es Estrías Sanguinolentas con el 18,27%, el rango con menor porcentaje fue Con Coágulos con el 7,61%.

Tabla 13. Hallazgo Endoscópico

Hallazgo Endoscópico	Rockall	%
Erosión Aguda Leve	22	11,17%
Esofagitis	12	6,09%
Gastritis Crónica	38	19,29%
Mallory Weiss	7	3,55%
Mucosa Normal	9	4,57%
Neoplasia Digestiva	7	3,55%
Úlcera duodenal	12	6,09%
Úlcera gástrica	78	39,59%
Várices Esofágicas	12	6,09%
Total	197	100,00%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

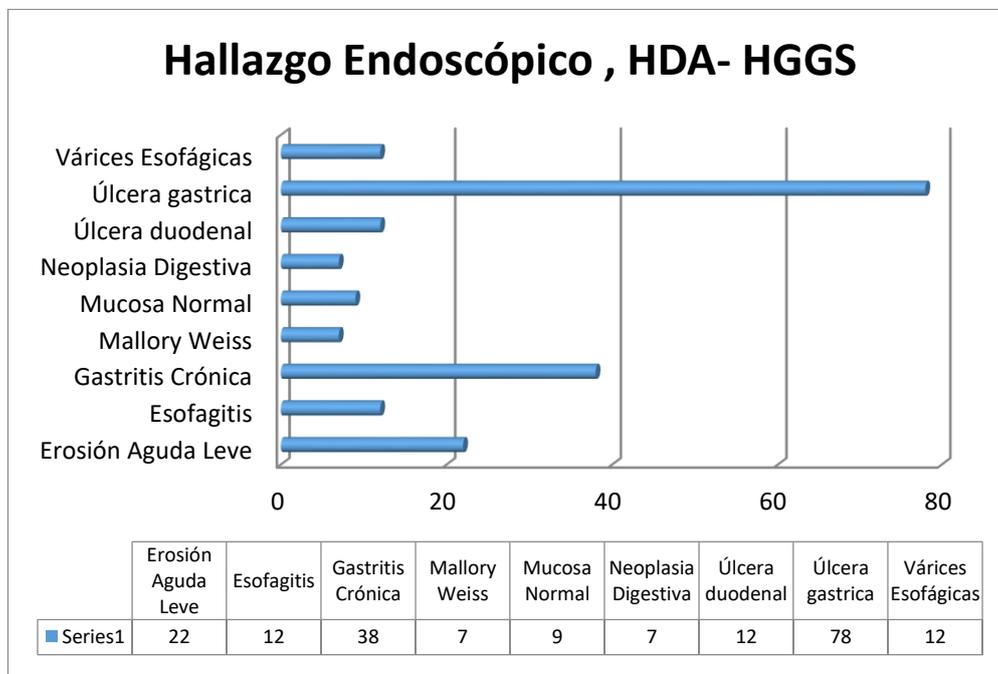


Figura 13. Hallazgo Endoscópico

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre el tema Hallazgo Endoscópico en su mayoría poseen Úlcera gástrica con el 39,59%, mientras que el segundo es Gastritis Crónica representado por el 19,29%, el siguiente es Erosión Aguda Leve con el 11,17%, los siguientes fueron Esofagitis, Úlcera duodenal, Várices Esofágicas con el 6,09% y el rango con menor porcentaje se dieron para Mucosa Normal con 4,57%, Mallory Weiss, Neoplasia Digestiva con el 3,55%.

Tabla 14. Enf. Asociadas

Enf. Asociadas	Rockall	%
Ninguna	48	24,37%
Neumonía	58	29,44%
Cardiovascular	43	21,83%
Insuficiencia Renal Crónica	19	9,64%
Cirrosis	12	6,09%
Reumatológica	10	5,08%
Neoplásica	7	3,55%
Total	197	100,00%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

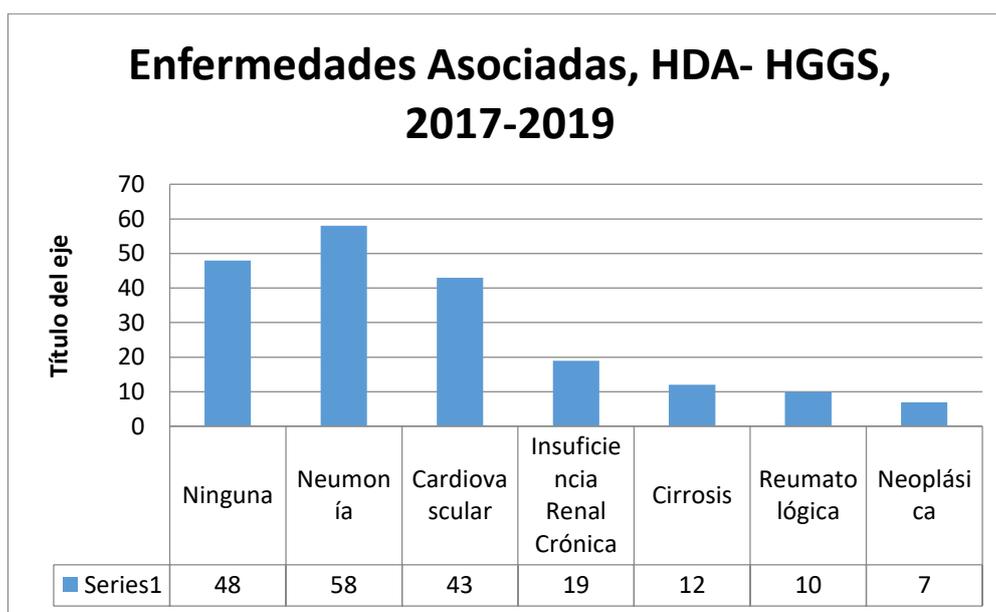


Figura 14. Enf. Asociadas

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Xavier Yunga Quimi

A los encuestados sobre el tema Enf. Asociadas en su mayoría poseen Neumonía con el 29,44%, mientras que el segundo es Ninguna representado por el 24,37%, el siguiente es Cardiovascular con el 21,83%, la Insuficiencia Renal Crónica con el 9,64% y el rango con menor porcentaje se dieron para Cirrosis con 6,09%, Reumatológica con el 5,08% y Neoplásica con el 3,55%.

4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO

El Hospital General Guasmo Sur, cuenta con 22 especialidades distribuidas en un total de 57 consultorios distribuidos en 3 bloques; Este proceso de selección de la muestra se realizó de acuerdo a los sujetos que presenten hemorragia digestiva alta, con lo cual se conforman en una población de 197 personas, a quienes se les aplicó una encuesta que mostró los siguientes resultados que se explican a continuación:

Con respecto a las características sociodemográficas, sobre su rango de edad en su mayoría poseen menos de 60 años representado por el 45,92%, mientras que el segundo es la edad entre 61-70 años con el 44.90%, el rango de edad con menor porcentaje fueron los de más de 70 años en adelante con el 9.69%.

4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Objetivo específico 1: Los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos desencadenan en Hemorragia Digestiva Alta

Con respecto a la verificación de la hipótesis en relación a los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que desencadenan en Hemorragia Digestiva Alta. A través de la prueba chi cuadrado se pudo apreciar que la significación asintótica fue menor a 0.05, por lo tanto, se considera que si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,958 ^a	5	0,007
Razón de verosimilitud	2,298	5	1
N de casos válidos	197		

a. 172 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.
Figura 15. Chi cuadrado factores de riesgo intrínsecos - extrínsecos

Objetivo específico 2: Las úlceras pépticas y las varices esofágicas constituyen las causas más frecuentes de Hemorragia Digestiva alta.

Con respecto a la verificación de la hipótesis en relación a las úlceras pépticas y las varices esofágicas constituyen las causas más frecuentes de Hemorragia Digestiva alta. Para constatar los resultados se procedió a efectuar la prueba chi cuadrado, en la cual se pudo conocer que la significación asintótica fue menor a 0.05, por lo tanto, se considera que sí existe una relación estadísticamente significativa entre las variables a. 123 casillas (99,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,128 ^a	7	0,001
Razón de verosimilitud	1,221	7	1
N de casos válidos	197		

Figura 16. Chi cuadrado sobre úlceras pépticas - varices esofágicas

Objetivo específico 3: Conociendo los factores de riesgo y las causas podrán prevenirse los factores de riesgo en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta

Con respecto a la verificación de la hipótesis en relación a los factores de riesgo y las causas podrán prevenirse. Para constatar los resultados se procedió a efectuar la prueba chi cuadrado, en la cual se pudo conocer que la significación asintótica fue menor a 0.05, por lo tanto, se considera que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables. a. 120 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	124,468 ^a	7	0,005
Razón de verosimilitud	26,516	7	1
N de casos válidos	197		

Figura 17. Chi cuadrado sobre factores de riesgo - causas podrán prevenirse

Objetivo general: Los factores de riesgo influyen en la Hemorragia Digestiva Alta.

En lo que se refiere a los factores de riesgo influyen en la Hemorragia Digestiva Alta, se pudo identificar que existe relación con las variables factores de riesgo y la Hemorragia Digestiva Alta en donde se pudo comprobar por medio de la prueba chi cuadrado de Pearson que existe una significación asintótica menor a 0.05 con cada una de las variables, por lo cual se confirma la hipótesis general, esto se puede deber a que la mayoría de personas con una gran diferencia en lo que respecta a ese criterio por lo que no se pudo apreciar un mejor panorama con respecto al mismo, por lo cual, no influye este factor en la Hemorragia Digestiva Alta.

Factores de Riesgo Previos	Rockall > 5	Rockall 4 o -	
FR Previos > 5	50	1	51
FR Previos 4 o -	84	61	145
Total	134	62	196

OR= 36,30952381

Figura 18. Chi cuadrado sobre factores de riesgo influyen en la Hemorragia Digestiva Alta.

Los pacientes con HDA que tuvieron > 5 factores de riesgo previos tienen mayor posibilidad de presentar un índice predictivo de Rockall de 5 pts o más. Por lo tanto, los factores de riesgo previos, predicen el tipo de presentación y nivel de gravedad de la HDA.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 TEMA

Programa de capacitación y prevención de los factores más comunes e importantes en Hemorragias Digestivas altas enfocados a la Salud Pública del Hospital General Guasmo Sur.

5.2 JUSTIFICACIÓN

La investigación que se ha llevado a cabo en este estudio sobre las Hemorragias Digestivas tiene una gran importancia sobre la sociedad y Salud Pública, debido que esta enfermedad en muchas ocasiones suele ser asintomática por lo que no refleja síntomas visibles que se puedan detectar, solo se lo diagnostica al momento de revisar otras enfermedades, por lo cual, esto lo hace una enfermedad no transmisible crónica, ya que a pesar de no reflejar síntomas genera otros problemas de salud graves.

Resulta de gran importancia “conocer nuestra realidad en lo que respecta a los factores de riesgo, causas y mortalidad de la hemorragia digestiva alta lo que permitirá mejorar las estrategias de manejo y detectar a tiempo potenciales determinantes de esta patología” (Al-Hashmi, Hodge, Nandy, Thomas, & Brecht, 2018).

Entre los principales factores de bajo riesgo se tienen: “edad menor de 60 años, estabilidad hemodinámica, inexistencia de hemorragia activa, ausencia de enfermedades concomitantes y factores de coagulación normales. Como factores de alto riesgo pueden citarse: edad mayor de 60 años, enfermedades concomitantes, estado de choque severo, múltiples transfusiones sanguíneas y hemorragia recurrente a pesar de manejo médico” (S. E. Wilson et al., 2018).

5.3 FUNDAMENTACIÓN

Para contrarrestar el problema de salud pública los diferentes países desarrollan estrategias que se enfocan en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y rehabilitación, por lo que es necesario que los esfuerzos del Estado se enfoquen en los grupos prioritarios en especial a los adultos mayores que son los más afectados y

propensos a presentar las diversas enfermedades crónicas debido al deterioro de la salud por causa del envejecimiento.

En la mayoría de los casos la Hemorragia Digestiva, sin embargo, “se muestran casos en que persiste o recidiva tras el ingreso en el hospital, y es en este grupo de pacientes donde se concentra la mortalidad. Muchos estudios han confirmado el valor importante de recidiva y de mortalidad de factores clínicos como el sexo, la edad avanzada, el antecedente de ingesta de alcohol, consumo de AINES y tabaco; asimismo de la presencia de enfermedades crónicas (cardiopatía, enfermedades reumatológicas, hepatopatía crónica, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica, neoplasias no digestivas). Se ha observado respecto al sexo que la incidencia en varones es mayor respecto a las mujeres y el riesgo se aumenta intensamente con la edad” (Gariepy, Nitka, 2013).

Bajo el enfoque preventivo se “guía la mayoría de las intervenciones de las instituciones de salud. Promover la salud, desde tal enfoque, significa realizar acciones de protección inespecífica para evitar enfermedades: saneamiento básico del medio, educación preventiva, favorecer prácticas individuales de higiene, control de riesgos, organizar la atención médica en niveles preventivos, romper la cadena epidemiológica, poner barreras contra agentes de enfermedad, prevenir, atender, asistir. Las evidencias de la efectividad de las acciones preventivas se miden con indicadores de frecuencia de enfermedad, de asociación e impacto epidemiológico” (Otero Figueredo et al.; 2020).

5.4 OBJETIVOS

5.4.1. Objetivo General de la propuesta

Diseñar una campaña de prevención de las Hemorragias Digestivas altas del Hospital General Guasmo Sur, con la finalidad de prevenir enfermedades e estimular las buenas costumbres alimentarias

5.4.2 Objetivos Específicos de la propuesta

- Concientizar a los pacientes con Hemorragias Digestivas altas y cómo reducir el riesgo de padecerla.
- Identificar los factores de riesgo asociados a Hemorragia Digestiva Alta.
- Fomentar la alimentación saludable en los pacientes con Hemorragias Digestivas altas del Hospital General Guasmo Sur

5.5 UBICACIÓN

El Hospital General del Guasmo Sur se encuentra en Ecuador, perteneciente a la provincia del Guayas, que corresponde al cantón Guayaquil, en la Avenida Cacique Tómala, y Callejón Eloy Alfaro, Calle 58 S-E, se puede apreciar en la figura 51.



Figura 19. Ubicación del Hospital General del Guasmo Sur

Tomado de Google Maps.

5.6 FACTIBILIDAD

5.6.1 Factibilidad Humana

La propuesta tiene factibilidad humana, ya que se dispondrá de los conocimientos que tienen los profesionales de la salud del hospital general del Guasmo sur, por lo cual, no generará costo adicional para la campaña de capacitación; sin embargo, se contratará un instructor para las actividades físicas que brindará capacitación tres veces a la semana, cada reunión con un tiempo de una hora; por lo tanto, las clases que se impartirán a los pacientes, Hemorragias Digestivas el costo se agregará al presupuesto de la propuesta a fin de cumplir con los objetivos planteados de la misma.

5.6.2 Factibilidad legal

La propuesta es factible en el aspecto legal, debido que los profesionales de salud que impartirán la capacitación llevarán a cabo dicha actividad dentro de su horario laboral, por lo cual se planificará la fecha adecuada que no interrumpa ninguna de sus funciones

dentro del hospital, por lo cual, no se estaría cometiendo ninguna infracción legal en el ámbito laboral con respecto a carga laboral.

5.6.3 Factibilidad técnica

Existe una factibilidad técnica debido que el hospital cuenta con un auditorio que posee los recursos necesarios para poner en marcha la campaña de capacitación sobre el programa de capacitación y prevención de los factores más comunes e importantes en Hemorragias Digestivas enfocados a la Salud Pública del Hospital General Guasmo Sur.

5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La descripción de la propuesta se enfoca en un programa de capacitación y prevención de los factores más comunes e importantes en Hemorragias Digestivas, esto se llevará a cabo mediante la capacitación sobre Hemorragias Digestivas, sus factores de riesgo y los hábitos alimenticios adecuados para su edad, para esto se dispondrá de la ayuda de equipo tecnológico como una laptop y proyector, la capacitación será impartida por personal profesional del Hospital General Guasmo Sur. Además, este programa será realizado por un profesional del hospital durante su jornada de trabajo y dentro de las instalaciones del hospital a partir del mes de enero del 2021.

5.7.1 Actividades

Programa de capacitación

A fin de prevenir la enfermedad de las Hemorragias Digestivas se ha enfocado la propuesta a actividades que han sido estudiadas en trabajo anteriores donde se evidenció que tuvieron efectos positivos en los pacientes, por lo que se ha considerado pertinente que se lleve a cabo una campaña de capacitación sobre Hemorragias Digestivas, los factores de riesgo y fomentar los buenos hábitos alimentarios. Para esto se requiere de la participación del personal médico que impartirá la capacitación a todos los pacientes que presentes hemorragias digestivas, que se llevará a cabo en el auditorio del Hospital General Guasmo Sur en horario de jornada laboral en el transcurso de la mañana en el mes de enero del 2021. La capacitación contendrá los temas que se detallan a continuación:

Tabla 18

Capacitación sobre hemorragias digestivas y alimentación saludable

Tema	Detalle	Recursos	Tiempo
<i>Hemorragias Digestivas</i>	Definiciones	Auditorio	20 minutos
	Causas y síntomas		
	Factores de riesgo	Proyector	10 minutos
	Prevención de <i>hemorragias digestivas</i>	Dípticos	
Alimentación Saludable	Definición de alimentación	Auditorio	20 minutos
	La pirámide alimenticia	Proyector	
	Porciones recomendadas para adultos mayores	Dípticos	
Taller	Trabajo en grupos	Lápices Hojas	10 minutos

Como primer punto se tratará en la capacitación sobre hemorragias digestivas, en la cual se brindará su definición, las causas de ocasionan esta enfermedad, sus síntomas, factores de riesgo, tratamiento necesario y cómo prevenirla, se tendrá como medio de ayuda para la capacitación el uso de material digital que será proyectado y que tendrá una duración aproximada de 30 minutos para dicho tema. Una vez finalizado se continuará con el tema sobre la alimentación saludable, en este tema se abordará su definición, se explicará la pirámide alimenticia y las porciones recomendadas de alimento específico para los pacientes con hemorragias digestivas y por último se efectuará un taller en grupos, en el cual se facilitará hojas y lápices para que puedan desarrollarlo, dispondrán de un tiempo de diez minutos para dicho taller, que se basará en todo lo enseñado en la capacitación a fin de brindar una manera más didáctica de revisar toda la información que se les proporciona, por lo que toda la capacitación tendrá una duración de una hora.

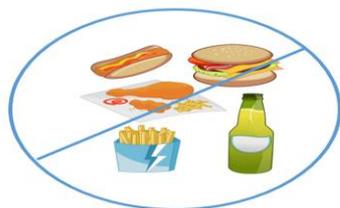
Dípticos para los asistentes

Se busca proporcionar a los pacientes con hemorragias digestivas información indispensable sobre las hemorragias digestivas y cómo prevenir su desarrollo, por

medio de los talleres, pero para que el tema brindado por los profesionales de la salud tenga mayor impacto en los adultos se consideró importante la entrega de dípticos con la información más relevante de toda la capacitación a fin de que este material sirva como un recordatorio de las formas de prevenir hemorragias digestivas, por lo cual de esta manera se fomenta la prevención de enfermedad y la buena alimentación, que es uno de los aspectos importantes y parte de las estrategias del estado para garantizar la salud en la población.



Figura 20. Díptico parte exterior



La alimentación saludable es aquella que aporta a cada individuo todos los alimentos necesarios para cubrir sus necesidades nutricionales, en las diferentes etapas de la vida (infancia, adolescencia, edad adulta y envejecimiento), y en situación de salud.

Hospital General Guasmo Sur

Figura 21. Díptico parte interior

- 1 **Planifica la semana**
Es muy importante elaborar un calendario para organizar las comidas durante la semana. Así tendrás más variedad y podrás gestionar mejor la cesta de la compra.
- 2 **Tómate tu tiempo**
Intenta dedicar más de 45-50 minutos para comer, siempre más e incluso a la misma hora. Así evitarás atracones rápidos o picoteos innecesarios y ayudarás a tener una mejor digestión.
- 3 **No te olvides de la media mañana**
Prueba a llevarte una pieza de fruta a un brente saludable para comer a media mañana. Irás a la comida menos hambriento.
- 4 **Prepara comida casera**
No siempre es posible, pero opta por comida hecha en casa. Alimento diverso y tendrás un plato siempre que te prepares mejor equilibrado.
- 5 **Conoce tu zona**
No todos los restaurantes son iguales. Busca un lugar en el que sirvas variedad y productos de calidad.
- 6 **En la variedad está la clave**
Al final siempre se opta por la monotonía. Procura variar de menús, verduras, carnes, pescado, legumbres... Sin olvidar incluir todos los días alguna pieza de verdura y un postre saludable: fruta.
- 7 **Legumbre: la gran olvidada**
Tenemos la concepción de que la legumbre es pesada. Comiendo una ración adecuada (no el típico plato de fabada) o incluyéndola en una ensalada fría podemos consumir estos alimentos tan necesarios sin sentirnos sin fuerzas después.
- 8 **De beber: agua**
Es muy fácil recurrir a una copa de alcohol o refresco durante las comidas. Inconscientemente no se convierte en un problema, pero de forma habitual podría suponer una ingesta calórica adicional.
- 9 **De acompañante: Verdura**
Lo más común es recurrir a los fritos como acompañante de un plato de carne o pescado. De vez en cuando podemos darnos un capricho pero la verdura es una opción más sana: ya que aportará vitaminas y fibra en lugar de la grasa y los hidratos de carbono presentes en las patatas fritas.
- 10 **¡Muevete!**
Si comes ceno o en un restaurante, aprovecha el tiempo que te falta para dar un paseo, te despejarás y podrás sentirte mejor de vuelta al trabajo.

Alimentación saludable en la dieta blanda gástrica

Para brindar a los pacientes con hemorragias digestivas una buena alimentación adecuada con nutrientes y que sea saludable para su salud, es necesario fomentar los buenos hábitos alimentarios, a pesar que el Estado ha desarrollado varias estrategias para el consumo de alimentos, no existe una correcta promoción de la misma enfocada a

los adultos mayores que son las personas que más requieren de conocimiento sobre el tema debido a ser un grupo que es más propenso a padecer de diversas enfermedades crónicas.

CANTIDAD RECOMENDADA DE ALIMENTOS

1. Leche: 500ml/día
2. Infusiones o bebidas: Deben ser claras y máximo de azúcar 5g/100ml
3. Condimentos: No acres y picantes
4. Fibra: no dar celulosa porque tienen un efecto de permanencia en la mucosa gástrica
5. Ácidos grasos: Libre de frituras
6. Tiempos de comida: 4 a 5 con espacios de 4 horas de comida en comida.



Figura 22. Díptico parte interior



MEDIDAS HIGIÉNICO NUTRICIONALES

- Reposo adecuado con ejercicios de relajación para disminuir la tensión y estrés
- Alimentarse en horarios fijos y regulares
- Comer lentamente y masticar despacio y bien
- Reposar antes y después de las comidas con la cabecera siempre alta y no acostada
- Abandonar el consumo del alcohol, tabaco y no utilizar antiinflamatorios

Nutrientes	Requerimiento Diario
Aporte calórico:	500-800Kcal en la fase inicial (Evolución progresiva después llegar a cubrir la tasa metabólica basal hasta llegar al gasto energético total)
Proteínas:	Considerar el amonio y nitrógeno para el calculo Llegar a 0,8 a 1,2g/kg de peso al día Ofertar proteínas 70% de alto valor biológico
Grasas:	1 – 2% del valor calórico total (progresivo) Libre de ácidos grasos saturados
Carbohidratos:	Remanente calórico Azúcares simples por debajo del 5%
Vitaminas:	No vía oral.



Condimentos	Caldos concentrados, consomé, picantes, acres, antojitos en especias, pimienta, moztaza, cátsup, tamarindo, chocolate, mantequilla, ajíes
Frutas	Frutas crudas, piña, sandía, melón,
Verduras	Brócoli, coliflor, ajo, col, tomate, rabano, pepino, cebolla
Proteínas	Visceras, embutidos, enlatados, quesos grasoso o almendras
Otros	Pan dulce, pasteles, refrescos con gas, nueces, salsas, maní, te negro, café

Figura 24. Díptico parte interior

Se inicia con una Dieta líquida y progresas a una Dieta hipo grasa, la consistencia de las preparaciones es líquida a blanda, no dar volúmenes altos, es mejor comidas en poca cantidad y mayores tiempos de comida.

La temperatura se recomienda templada a fría, esto brinda un alivio al dolor y favorece la cicatrización de las heridas. El contenido de fibra debe ser modificado por cocción, corte y no ofertar celulosa, es preferible que todos los alimentos estén cocidos y no

crudos. El aroma debe brindar alivio, en cuanto a la lactosa y los ácidos orgánicos, se deben ligar, atenuar y neutralizar con las preparaciones.

5.7.2 Recursos, análisis financiero

En lo que respecta a los materiales que se usarán en la propuesta se incluyó las hojas y el proyector que son por autogestión, es decir que el hospital dispone de los mismos por lo que no se los incluirá en el presupuesto.

Tabla 17

Materiales para la propuesta

Actividades	Costos por actividad
Caja de lapices	\$ 5,00
Dípticos	\$ 80,00
Hojas	\$ 12,00
Impresión	\$ 50,00
Refrigerios	\$ 90,00
Total	\$ 237,00

Los recursos humanos que se requieren para poner en marcha la propuesta son tres, pero de estos sólo uno que es el instructor tendrá un costo adicional para la propuesta, ya que los profesionales de la salud brindarán su capacitación durante su horario laboral, con lo cual no representa costos su participación.

5.7.3 Impacto

La propuesta brindará a los a los pacientes con hemorragias digestivas del hospital general del Guasmo sur información importante que permita prevenir la aparición de la dislipidemia, por medio de la capacitación donde se instruirá sobre el tema y se recalcará la importancia de llevar una buena alimentación y los alimentos que debe contener su plato de comida para su edad, de esta manera se generará un gran impacto en la vida de los a los pacientes con hemorragias digestivas reduciendo riesgos considerables de contraer esta enfermedad y otras asociadas a la misma como las enfermedades cardiovasculares.

5.7.4 Cronograma

En el cronograma de actividades se encuentra las fechas de cada acción que se requiere efectuar para que la propuesta se desarrolle correctamente sin dejar ningún detalle de

lado y de esa manera concretar cada actividad en el tiempo estipulado. Todas las actividades se desarrollarán en el año 2018 a partir del mes de junio como se detalla a continuación.

Tabla 28

Cronograma para la propuesta

Actividades	Cronograma / meses					
	1	2	3	4	5	6
Levantamiento de información	■					
Etapa de sensibilización de las autoridades del Hospital General del Guasmo Sur	■					
Aprobación de la propuesta		■				
Etapa de elaboración de material		■				
Socialización de la propuesta a pacientes con hemorragias digestivas del Hospital General del Guasmo Sur		■				
Ejecución de plan de capacitación			■	■		
Mesas de evaluación de la experiencia con autoridades del Hospital General del Guasmo Sur					■	
Evaluación y acompañamiento técnico con la comunidad y autoridades del Hospital General del Guasmo Sur						■

5.7.5 Lineamiento para evaluar la propuesta

A fin de poder evaluar la propuesta se considera de gran importancia el llevar un listado de las personas que acuden a las capacitaciones, con lo cual se puede dar un seguimiento a cada pacientes con hemorragias digestivas del Hospital General del Guasmo Sur, en especial los que mantienen actualmente una enfermedad a fin de poder

revisar los cambios que surgen después de ingresar al programa, con estos datos se puede hacer correcciones o incrementar los tiempos según lo que requiere cada paciente según su condición de salud.

CONCLUSIONES

En lo referente a determinar los factores de riesgo asociados a hemorragias digestivas altas en pacientes que acuden al servicio emergencia del Hospital General Guasmo Sur. Guayaquil. Enero-Julio 2017, la identificación temprana de los pacientes con riesgo de mortalidad intrahospitalaria puede ayudar a iniciar oportunamente el tratamiento adecuado y a mejorar los resultados clínicos. Como tal, la comprensión de los factores clínicos asociados con la mortalidad de los pacientes hospitalizados es fundamental para mejorar nuestra comprensión en los pacientes que murieron en comparación con los que no murieron. Sin embargo, los factores asociados a hemorragias digestivas altas en pacientes que acuden al servicio emergencia del Hospital General Guasmo Sur.

En lo referente a definir los factores intrínsecos y extrínsecos de las hemorragias digestivas, los factores asociados con la mortalidad intrahospitalaria. Mientras que los resultados de este pequeño estudio son generadores de hipótesis, se necesitan estudios multicéntrico más grandes para elaborar más factores clínicos que puedan usarse para predecir la muerte en pacientes cirróticos que se presentan con hemorragia gastrointestinal.

En lo referente a analizar las causas que conllevaron al paciente a la hemorragia digestiva alta, para predecir la mortalidad de los pacientes hospitalizados en esta población de pacientes y se justifican estudios dedicados más amplios para validar aún más su utilidad clínica. Estos factores clínicos fácilmente disponibles pueden ser útiles para pronosticar a los pacientes que se presentan al servicio emergencia del Hospital General Guasmo Sur con la consiguiente mejora en el triaje y la toma de decisiones clínicas en este escenario clínico relativamente común.

En lo referente a identificar las complicaciones más frecuentes en pacientes con hemorragia digestiva alta, la hemorragia gastrointestinal superior puede ser mortal. Las puntuaciones de mortalidad son ciertamente útiles; sin embargo, la identificación de factores clínicos que se presentan en el servicio emergencia del Hospital General Guasmo Sur, en espera de los resultados de las investigaciones paraclínicas. La identificación temprana de al menos uno de estos factores en el servicio de urgencias o en el momento del ingreso permitiría mejorar la identificación de los pacientes de alto riesgo y optimizaría potencialmente su tratamiento terapéutico.

RECOMENDACIONES

Sobre los pacientes ancianos que sufren un primer episodio de hemorragia gastrointestinal corren un alto riesgo de volver a acudir al servicio de urgencias por un episodio hemorrágico, sin que haya diferencias particulares entre los tipos de anticoagulantes prescritos al momento del alta.

Si hacemos referencia a las publicaciones científicas señalan que los pacientes, encontramos que aquellos que fracasaron en la erradicación inicial del H pylori tienen un mayor riesgo asociados a hemorragias digestivas altas, en comparación con los pacientes que respondieron a la terapia inicial. El riesgo aumentó progresivamente con un tiempo más largo hasta el retratamiento. Se debería considerar la posibilidad de volver a realizar el tratamiento en un plazo de 3 meses para minimizar el riesgo asociados a hemorragias digestivas altas posterior.

Una simple puntuación de riesgo preendoscópica para predecir la intervención después para minimizar el riesgo asociados a hemorragias digestivas altas, con una discriminación justa en la predicción de la mortalidad. Debido a su aplicabilidad, podría ser una opción en la práctica clínica.

Al analizar varios estudios bibliográficos y ver la tasa de incidencia de hemorragias gastrointestinales superiores debidas a úlceras y erosiones pépticas parece disminuir continuamente a pesar de la elevada ingesta de medicamentos de riesgo, especialmente en pacientes hospitalizados, y el bajo uso concomitante pre hospitalario. La infección con H. pylori se encontró baja después de pruebas exhaustivas. Además, se registró una tasa de mortalidad más elevada entre los pacientes hospitalizados y los que presentaban varias comorbilidades, pero la mortalidad general fue comparable a la de estudios anteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2012). Hipótesis, método & diseño de investigación (hypothesis, method & research design). *Daena: International Journal of Good Conscience*, 7(2), 187–197.
- Aguilar, R. D., Morán, R. A., Uría, R. M. A., González, A. C., Dueñas, M. M., & Oria, M. (2015). Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad “Lidia Doce”. 2013. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2014.12.001>
- Aksu, S., Varol, F. G., & Hotun Sahin, N. (2017). Long-term postpartum health problems in Turkish women: prevalence and associations with self-rated health. *Contemporary Nurse*, 53(2), 167–181.
- Al-Hashmi, I., Hodge, F., Nandy, K., Thomas, E., & Brecht, M.-L. (2018). The Effect of a Self-Efficacy-Enhancing Intervention on Perceived Self-Efficacy and Actual Adherence to Healthy Behaviours Among Women with Gestational Diabetes Mellitus. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 18(4), e513.
- Aldana-Ledesma, J. M., López-Cota, G. A., Ibarra-Estrada, M. A., Rangel-Orozco, M. F., EC Mercado-Jáuregui, L., Lazcano-Becerra, M., ... Gómez-Castaños, P. C. (2019). Prevalencia y factores de riesgo para hemorragia digestiva alta secundaria a úlceras post-ligadura. *Revista Médica MD*, 9(2), 125–130.
- Arici, M. (2019). *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*. *Αγαη*.
- Básico, B., & Guerrero, A. M. G. F. (2004). Metodología de la Investigación.
- Boucek, L., Kane, I., Lindsay, D. L., Hagle, H., Salvio, K., & Mitchell, A. M. (2019). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) education of residential care nursing staff: Impact on staff and residents. *Geriatric Nursing*, 40(6), 553–557.
- de la Muestra, S., & MAZARIEGOS, D. R. A. C. (2003). Metodología de la investigación. *Hernández, Sampieri. Macgraw-Hill México, DF*.
- Del Cid, A., Méndez, R., & Sandoval, F. (2011). Investigación: fundamentos y metodología.
- Díaz, G., & Ortiz, R. (2005). La entrevista cualitativa. *Universidad Mesoamericana*, 31.
- Dindo, L., Brandt, C. P., & Fiedorowicz, J. G. (2019). Cross-sectional relations between psychological inflexibility and symptoms of depression and anxiety among adults reporting migraines or risk factors for cardiovascular disease. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 1–6.
- Dr. Ariel De La Rosa, Alejandra Pérez, D. B. et al. (2017). Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2 Accidente Cerebrovascular. *Ministerio de Salud ER*, 6. Retrieved from http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2015-11_protocolo-ACV_3Nov2015.pdf
- Flores, K. L. F., Ávila, L. E. L., Solorzano, L. B. D., & Fiallo, S. J. A. (2019). Hemorragia digestiva alta asociada a AINES. *RECIMUNDO*, 3(3 ESP), 128–145.
- Forechi, L., Mill, J. G., Griep, R. H., Santos, I., Pitanga, F., & Molina, M. del C. B. (2018). Adherence to physical activity in adults with chronic diseases: ELSA-Brasil. *Revista de Saude Publica*, 52, 31.
- Garipey, G., Nitka, D., Obesity, N. S.-I. journal of, & 2010, U. (2013). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *Nature.Com*. Retrieved from

- <https://www.nature.com/articles/ijo2009252>
- Garten, L., Globisch, M., von der Hude, K., Jäkel, K., Knochel, K., Krones, T., ... Schneider, U. (2020). Palliative Care and Grief Counseling in Peri-and Neonatology: Recommendations From the German PaluTiN Group. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 67.
- Gómez, M. C. S. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo Abierto. Revista de Educación*, 11–30.
- Haule, H. J., Sando, T., Kitali, A. E., & Richardson, R. (2019). Investigating proximity of crash locations to aging pedestrian residences. *Accident Analysis & Prevention*, 122, 215–225.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1996). Metodología de la Investigación. XXVI Mc. Graw Hill. Koenigsberger O. (1977). *Viviendas y Edificios En Zonas Cálidas y Tropicales*. Madrid, Paraninfo. Mazria E. (1983). *El Libro de La Energía Solar Pasiva*. Ed. G. Gili. Mexico. Normas IRAM, 11601.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). Concepción o elección del diseño de investigación. *Metodología de La Investigación*, 4, 157–231.
- Ibrahimou, B., Azim, S. I., & Sun, N. (2019). Interaction between blood lead level and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on risk of heart attack or stroke: USA NHANES, 2013–2014. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*, 58, 101805.
- Ikram, M., Rehman, A. U., & Rauf, A. (2019). THE INCIDENCE OF CRITICAL INCIDENTS AND OPERATIVE MORTALITY IN A CEE CLASS HOSPITAL. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 69(3), 505–509.
- Kahouei, M., Kazemzadeh, F., Mahdi Zadeh, J., & Ahmadi, Z. (2016). Hierarchy of Iranian parents' information needs and social seeking behavior of infants suffering blood disease. *Social Sciences (Pakistan)*, 336–342.
- Keskar, V., McArthur, E., Wald, R., Harel, Z., Zimmerman, D., Molnar, A. O., ... Bota, S. E. (2017). The association of anticoagulation, ischemic stroke, and hemorrhage in elderly adults with chronic kidney disease and atrial fibrillation. *Kidney International*, 91(4), 928–936.
- Li, H., Shao, Y., Xing, Z., Li, Y., Wang, S., Zhang, M., ... Sun, J. (2019). Napping on night-shifts among nursing staff: A mixed-methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(2), 291–312.
- Lin, D., Wang, L., Yan, S., Zhang, Q., Zhang, J. H., & Shao, A. (2019). The Role of Oxidative Stress in Common Risk Factors and Mechanisms of Cardio-Cerebrovascular Ischemia and Depression. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2019.
- Liu, Y.-F., Liao, J.-F., & Jou, J. (2019). Exploring the dual effects of perceived waiting on healthcare service satisfaction among outpatients. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*.
- Malla, I., López, S., Busquet, L., Lipsich, J., Sierre, S., Cervio, G., & Cuarterolo, M. (2020). Ocreótidio de liberación prolongada para el tratamiento de hemorragia digestiva alta en Pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(2), 251–254.
- María, E., del Carmen, M., & Victoria, M. (2018). Metodología de investigación.
- Masot, O., Lavedán, A., Nuin, C., Escobar-Bravo, M. A., Miranda, J., & Botigué, T. (2018). Risk factors associated with dehydration in older people living in nursing homes: Scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 90–98.
- Mato Ramos, Y. A., Ramos Rodríguez, A. O., Fernández Delgado, S., Hernández

- Arzola, Y., & González Crespo, N. (2020). Efectividad del tratamiento con ácido tranexámico en la hemorragia digestiva alta. *Revista Cubana de Cirugía*, 59(2).
- Muraca, G. M., Sabr, Y., Brant, R., Cundiff, G. W., & Joseph, K. S. (2016). Temporal and Regional Variations in Operative Vaginal Delivery in Canada by Pelvic Station, 2004-2012. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(7), 627–635. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.04.007>
- Olabuénaga, J. I. R. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (Vol. 15). Universidad de Deusto.
- Ortega, M. A. R., Jambrina, C. C., Vallhonrat, I. L., & Simón, I. F. (2014). Indicaciones de la dexmedetomidina en las tendencias actuales de sedoanalgesia en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 38(1), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.03.008>
- Otero Figueredo., M. de J., Figueredo González., L. I., Figueredo González., C., Rosada Navarro., Y., & Polanco Rosales., A. (2020). Sangramiento Digestivo Alto. Factores de riesgo asociados. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Enero 2017 a enero 2018. *Multimed (Granma)*, 24(1), 130–139. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100130
- Pang, H., Fu, Q., Cao, Q., Hao, L., & Zong, Z. (2019). Sex differences in risk factors for stroke in patients with hypertension and hyperhomocysteinemia. *Scientific Reports*, 9(1), 1–9.
- Periago, M. R. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21, 65–68.
- Pino, A., Albán, M., Rivas, A., & Rodríguez, E. (2016). Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador. *Journal of Public Health Research*, 5(692). Retrieved from http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf
- Pooja, P. M. (2019). Effect of Occupational Therapy on Cognitive and Occupational Performance in Individuals with Mental-Health Disorders. *Indian Journal of Occupational Therapy*, 51(2).
- Quim, A. X. Y., & Villavicencio, A. F. M. (2020). REVISIÓN TEÓRICA DE LOS FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVAS ALTAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS. *Más Vita*, 2(2), 68–75.
- Rumalla, K., Kumar, A. S., & Mittal, M. K. (2017). Gastrointestinal Bowel Obstruction in Acute Ischemic Stroke: Incidence, Risk Factors, and Outcomes in a U.S. Nationwide Analysis of 3,998,667 Hospitalizations. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(10), 2093–2101. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.04.028>
- Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71–78.
- Sampieri, H., Collado, F., Lucio, B., & Pérez, C. (2010). Concepción o elección del diseño de investigación. *Metodología de La Investigación. 5ta Ed. México. Editorial Mc Graw Hill*, 58.
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw Hill Mexico*. McGraw Hill Mexico.
- Solé, J. J., Figgins, H., Aloy, L., Ritondale, O., & Ruiz, H. D. (2020). Hemorragia digestiva alta y divertículo duodenal. Reporte de un caso. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 50(2), 169–172.
- Sundal, H., Petersen, K. A., & Boge, J. (2019). Exclusion and inclusion of parents of

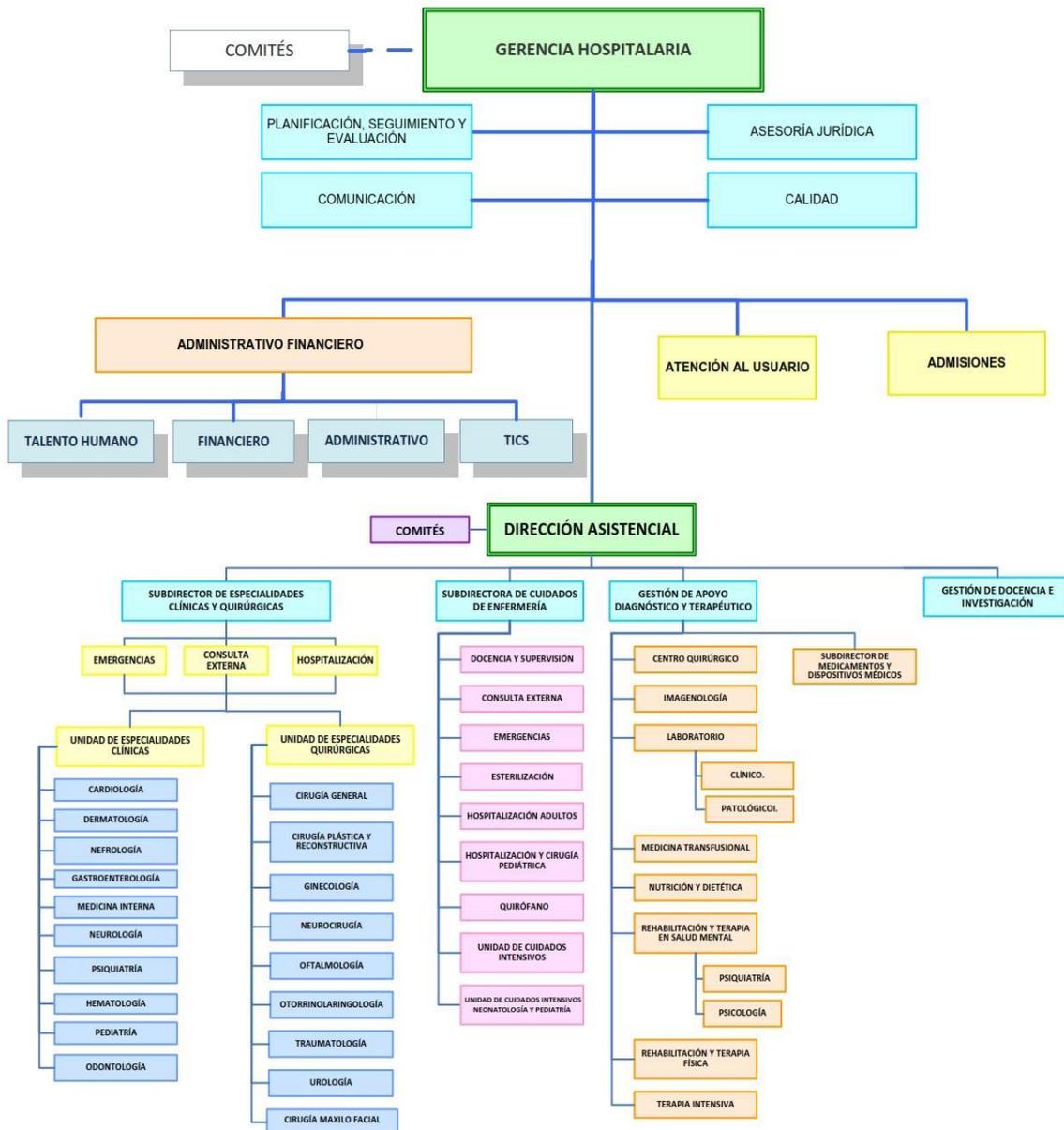
- hospitalized children in Norway in the period 1877–2017. *BMC Nursing*, 18(1), 6.
- Takamatsu, K., & Kitawaki, J. (2018). Annual report of the Women's Health Care Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2017. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(1), 13–26.
- Wilson, S., Deeks, S., & Rosella, L. (2018). Importance of ICD-10 coding directive change for acute gastroenteritis (unspecified) for rotavirus vaccine impact studies: illustration from a population-based cohort. *Tspace.Library. Utoronto.Ca*. Retrieved from <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/85641>
- Wilson, S. E., Chung, H., Schwartz, K. L., Guttmann, A., Deeks, S. L., Kwong, J. C., ... Tu, K. (2018). Rotavirus vaccine coverage and factors associated with uptake using linked data: Ontario, Canada. *PLOS ONE*, 13(2), e0192809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192809>
- Xie, H., Cheng, C., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jia, J., & Su, Y. (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 99.
- Yunga Quim, A. X., & Montenegro Villavicencio, A. F. (2020). Revisión Teórica De Los Factores De Riesgos Asociados a Hemorragia Digestivas Altas En Pacientes Geriátricos. *Más Vita*, 2(2), 68–75. <https://doi.org/10.47606/acven/mv0012>

ANEXOS

ANEXO 1



ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL HOSPITAL GENERAL MÁS 200 CAMAS



ANEXO 2.



ANEXO 3.

