



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

Características clínicas de las hemorragias digestivas altas y bajas en los pacientes ingresados en hospital de Guayaquil.

AUTORES:

**Cabello Lozano, Javier Omar
Morán Maldonado, Jerimy Isaac**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciado en Enfermería**

TUTORA:

Lcda. Molina De la Vera, Laura Hortencia Mgs.

Guayaquil, Ecuador

Mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación **Características clínicas de las hemorragias digestiva alta y baja en los pacientes ingresados en hospital de Guayaquil**, fue realizado en su totalidad por **Cabello Lozano, Javier Omar** y **Morán Maldonado, Jerimy Isaac**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Enfermería**.

TUTORA



Mg. Laura Molina De la Vera,
DOCENTE CARRERA DE ENFERMERÍA U.S.G.

f. _____
Lcda. Molina De la Vera, Laura Hortencia Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vincés, Angela Ovilla Mgs.

Guayaquil, a 02 días del mes mayo del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Cabello Lozano, Javier Omar**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Características clínicas de las hemorragias digestivas altas y bajas en los pacientes ingresados en hospital de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a 02 día del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR

f. _____
Cabello Lozano, Javier Omar



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Morán Maldonado, Jerimy Isaac**

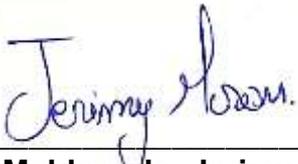
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Características clínicas de las hemorragias digestivas altas y bajas en los pacientes ingresados en hospital de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a 02 día del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:

f. 
_____ **Morán Maldonado, Jerimy Isaac**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Cabello Lozano, Javier Omar**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Características clínicas de las hemorragias digestivas altas y bajas en los pacientes ingresados en hospital de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a 02 día del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:

f. _____
Cabello Lozano, Javier Omar



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Morán Maldonado, Jerimy Isaac**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Características clínicas de las hemorragias digestivas altas y bajas en los pacientes ingresados en hospital de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a 02 día del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:

f. _____

Morán Maldonado, Jerimy Isaac

REPORTE DE COMPILATIO



tesis omar

2%
Textos sospechosos



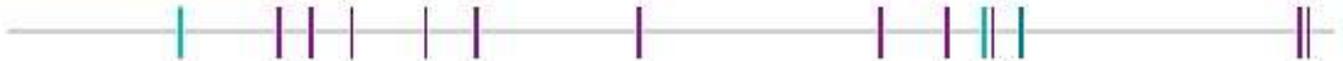
2% Similitudes
0% similitudes entre copias
0% entre las fuentes mencionadas
0% < 1% idiomas no reconocidos

Nombre del documento: tesis omar.docx
ID del documento: 28a45b39f99090174b842bc3cb467b44241bca2
Tamaño del documento original: 145,95 kb

Depositante: Laura Hortencia Molina de la Vera
Fecha de depósito: 18/4/2024
Tipo de carga: Interface
Fecha de fin de análisis: 18/4/2024

Número de palabras: 10.493
Número de caracteres: 70.681

Ubicación de las similitudes en el documento



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Tesis Alache Gómez compilatio.docx Proceso de enlace de turno de enf... #88944 El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1 % (35 palabras)
2	www.aeflo.org.mx Guía de abordaje y manejo endoscópico de la hemorragia de... http://www.aeflo.org.mx/ckei/opj/script/bscl_ar_texto.php?S2444-64832019000100004	< 1%		Palabras idénticas: < 1 % (27 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Tesis Ulauri Pisco Carlos - Cornejo Pizuelos Josselin.docx Prevalencia d... El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1 % (21 palabras)
2	www.msdmanuals.com Hemorragia digestiva - Trastornos gastrointestinales - M... http://www.msdmanuals.com/es/es/gastroenterologia/gastroenterologia/hemorragia-digestiva/...	< 1%		Palabras idénticas: < 1 % (23 palabras)
3	www.saludonnet.com El shock http://www.saludonnet.com/blog/el-sho...			Palabras idénticas: < 1 % (10 palabras)
4	www.emergency-live.com Úlce http://www.emergency-live.com/en/ulc...			Palabras idénticas: < 1 % (14 palabras)
5	CEBEÑO BOZA-CRUZ BRIONES - c... El documento proviene de mi grupo			Palabras idénticas: < 1 % (11 palabras)

Laura Hortencia Molina de la Vera
MD. Laura Molina De la Vera,
 DOCTORA EN LA Carrera de Enfermería

AGRADECIMIENTO

Con total reconocimiento hacia ustedes, les agradezco este logro que hoy celebro. Sus sacrificios y apoyo incondicional han sido mi motor en este camino hacia la graduación en enfermería. Mamá, tu incansable lucha y fe en mí para que estudie y sea un profesional han sido mi mayor inspiración. Papá, tu constante apoyo y sabias palabras me han dado fuerza para seguir adelante. A ti, hermano, por ser compañero de vida. Y a ti, sobrino, por ser mi fuente de alegría y motivación extra.

A cada uno de ustedes, les agradezco de corazón por creer en mí y por ser mi sostén en cada etapa de esta lucha. Hoy, celebro este logro con ustedes, sabiendo que su amor y respaldo fueron mi mayor impulso para alcanzarlo. ¡Gracias por ser mi familia!

Con profundo amor infinito, los ama.

Cabello Lozano, Javier Omar

DEDICATORIA

A Dios, quien ha sido mi refugio y fortaleza en cada etapa de este viaje académico, quiero dedicarle esta tesis como una expresión de mi profunda gratitud por su constante guía y amor incondicional. A mis amados padres, cuyo sacrificio y apoyo inquebrantable han sido la piedra angular de mi educación, les agradezco de todo corazón por su amor, paciencia y aliento constante. A mi querida tía Dolores Lozano, una luz en los momentos más oscuros, cuya sabiduría y palabras de aliento han sido un bálsamo en los momentos de duda y desánimo.

A mi amada familia, quienes han estado a mi lado en cada paso de este camino, les agradezco por su amor incondicional y por ser mi fuente de inspiración. A mis estimados docentes, quienes no solo me han impartido conocimiento, sino que también han sido mentores y guías en mi desarrollo académico y personal, les expreso mi más sincero agradecimiento.

Esta tesis no solo es el resultado de mi esfuerzo individual, sino también de la contribución invaluable de todas aquellas personas que han sido parte de mi vida y han hecho posible este logro. Que esta obra sea un tributo a todos aquellos que han creído en mí, me han apoyado y han sido una parte fundamental de mi camino hacia el éxito. Con todo mi amor y gratitud, les dedico este trabajo.

Cabello Lozano, Javier Omar

A mi abuelo:

A mi querido abuelo, que ya no está entre nosotros, pero que siempre estará presente en mi corazón. Gracias por ser mi guía, mi apoyo y mi confidente. Gracias por enseñarme el valor de la familia, el amor y la perseverancia. Gracias por todas las historias que me contaste, por las risas que compartimos y por los abrazos que me reconfortaron.

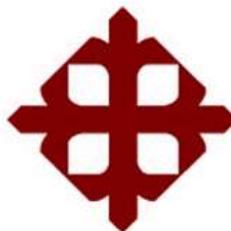
Sé que desde el cielo estás orgulloso de mí y eso me da la fuerza para seguir adelante. Esta tesis es para ti, abuelo, porque fuiste tú quien me inspiró a ser la persona que soy hoy. Te quiero y te extraño mucho.

A mi madre, Yolanda Maldonado:

No hay palabras suficientes para expresar mi profunda gratitud por todo lo que has hecho por mí. Gracias por darme la vida, por criarme con amor y por ser mi pilar fundamental en todo momento. Eres la mujer más maravillosa que conozco junto a mi abuelita Primitiva Bastidas. Su bondad, su fuerza y su sabiduría me inspiran cada día. Gracias por enseñarme el valor de la lucha, la perseverancia y la fe.

Sé que no siempre he sido el hijo o nieto perfecto, pero ustedes siempre han estado ahí para mí, apoyándome incondicionalmente. Gracias por toda su paciencia, su comprensión y su perdón. Esta tesis es un logro que no hubiera sido posible sin su apoyo. Les dedico este trabajo con todo mi amor, son las personas que más lo merecen.

Morán Maldonado, Jereimy Isaac



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES MGS
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA.MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ MGS.
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____

LCDA. OLGA ARGENTINA MUÑOZ ROCA MGS.
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	3
1.1. Planteamiento Del Problema	3
1.2. Preguntas De Investigación	4
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos.....	6
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	6
CAPITULO II.....	7
2. Fundamentación conceptual	7
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	7
2.2 Marco Conceptual.....	9
2.2.1. Hemorragias digestivas	9
2.3 Marco Legal.....	27
Constitución Nacional del Ecuador	27
Ley Orgánica de Salud Ecuador	27
CAPITULO III.....	28
3. Diseño de la investigación	28
3.1. Tipo de investigación	28
3.2. Diseño de investigación	28
3.3. Población.....	28
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	28
3.5. Procedimientos para la recolección de datos	29
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	29
3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.....	29
3.8. Operacionalización de variables	29
CAPITULO IV	32
4. Presentación y análisis de resultados	32
5. Discusión	39

6. Conclusiones	41
7. Recomendaciones	43
8. Referencias	44
Anexos	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	30
Tabla 2. Estadística descriptiva de edad.....	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por edad.....	32
Gráfico 2. Distribución por sexo y autoidentificación étnica.....	33
Gráfico 3. Factores de riesgo.....	34
Gráfico 4. Etiologías principales.....	35
Gráfico 5. Manifestaciones clínicas.....	37
Gráfico 6. Complicaciones	38

RESUMEN

La hemorragia digestiva, clasificada en alta y baja según su origen en el tracto gastrointestinal, representa una urgencia médica con significativa morbilidad y mortalidad entre pacientes hospitalizados.

Objetivo: Determinar las características clínicas de los pacientes con hemorragias digestiva alta y baja ingresados en hospital de Guayaquil, en el periodo de mayo 2023 a marzo 2024.

Metodología: Descriptivo, cuantitativo, no experimental, retrospectivo, transversal, con una muestra de 100 historias clínicas de pacientes atendidos en el área de gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado.

Resultados: Respecto al perfil sociodemográfico más afectado fueron adultos de 60 a 79 años con 48%, la edad media fue de 67 años, 58% fueron hombres; los principales factores de riesgo fueron 82% comorbilidades crónicas y 63% edad avanzada del paciente; entre las etiologías principales, destacan el 56% de gastritis y 37% de úlcera péptica; en lo correspondiente a las manifestaciones clínicas, 71% presentaron dolor abdominal y 68% anemia; mientras que, en las complicaciones, 24% presentaron hipotensión y 16% hipovolemia mantenida.

Conclusión: El análisis de los resultados sobre las características clínicas de la hemorragia digestiva en un hospital de Guayaquil indica que el grupo más afectado incluye adultos de mediana edad a ancianos, con una prevalencia mayor en hombres; las comorbilidades crónicas y la edad avanzada se destacan como los factores de riesgo principales; mientras que la gastritis y úlcera péptica se asocian al dolor abdominal y anemia; además, la presencia de complicaciones serias como hipotensión e hipovolemia mantenida resalta la importancia de un manejo clínico temprano.

Palabras Clave: Causas, Complicaciones, Etiología, Factores de Riesgo, Hemorragia Gastrointestinal.

ABSTRACT

Gastrointestinal bleeding, classified as high and low according to its origin in the gastrointestinal tract, represents a medical emergency with significant morbidity and mortality among hospitalized patients.

Objective: Determine the clinical characteristics of patients with upper and lower gastrointestinal bleeding admitted to a hospital in Guayaquil, in the period from May 2023 to March 2024.

Methodology: Descriptive, quantitative, non-experimental, retrospective, cross-sectional, with a sample of 100 medical records of patients treated in the gastroenterology area of the Teodoro Maldonado Specialty Hospital.

Results: Regarding the most affected sociodemographic profile, 48% were adults aged 60 to 79 years, the average age was 67 years, 58% were men; The main risk factors were chronic comorbidities in 82% and advanced age of the patient in 63%; Among the main etiologies, 56% of gastritis and 37% of peptic ulcer stand out; Regarding the clinical manifestations, 71% presented abdominal pain and 68% anemia; while, in complications, 24% presented hypotension and 16% sustained hypovolemia.

Conclusion: The analysis of the results on the clinical characteristics of digestive bleeding in a hospital in Guayaquil indicates that the most affected group includes middle-aged to elderly adults, with a higher prevalence in men; chronic comorbidities and advanced age stand out as the main risk factors; while gastritis and peptic ulcer are associated with abdominal pain and anemia; Furthermore, the presence of serious complications such as hypotension and sustained hypovolemia highlights the importance of early clinical management.

Keywords: Causes, Complications, Etiology, Risk Factors, Gastrointestinal Bleeding.

INTRODUCCIÓN

Debido a la naturaleza de las hemorragias intestinales, estas presagian importantes tasas de morbilidad y mortalidad (1). En su mayoría, se manifiestan como calamidades repentinas con graves riesgos para el organismo, como hematemesis, melena, sangrado rectal, entre otros (2). En estos casos, la edad del paciente, junto con otras enfermedades que pueda tener, el volumen derramado y el tiempo de evolución añade peso a la gravedad (3). En el mundo las hemorragias digestivas representan una elevada prevalencia e incidencia, no obstante, se ha evidenciado una reducción de las cifras con la implementación de la endoscopía diagnóstica (4).

A nivel mundial, la tasa anual de incidencia de HDA varía entre 37 a 172 casos por cada 100.000 habitantes, la mortalidad de la HDA es considerablemente alta ya que oscila entre 5% al 14% (5). La tasa anual de hospitalización por hemorragia digestiva comprende entre 20 a 27 casos por cada 100.000 habitantes, de los cuales, 13.6% tienen sangrado en la estancia hospitalaria, 4.4% son reingresos antes de cumplir el mes de alta, mientras que el 12.4% son reingresos antes de tres meses y 9% se dan antes del año de alta (6).

Estas condiciones representan un pronóstico complejo y representa un alto riesgo de mortalidad, por lo que en el campo hospitalario es crucial estabilizar a los pacientes inmediatamente después, se debe diseñar estrategias de atención integrales donde participe el equipo de salud para reducir el riesgo de sangrado abdominal y al mismo tiempo mantener estables los signos vitales; es importante identificar factores constantes específicos que permitan planificar acciones oportunas (7).

Por lo tanto, el propósito del siguiente estudio consiste en analizar las características clínicas de los pacientes con hemorragias digestiva alta y baja ingresados en hospital de Guayaquil.

CAPITULO I

1.1. Planteamiento Del Problema

Las hemorragias digestivas (HD) son un problema de salud común en el mundo, implican pérdidas de sangre que se originan en cualquier parte del tracto digestivo (8). La hemorragia puede presentarse a nivel de esófago, estómago y duodeno, en este caso se considera hemorragia digestiva alta (HDA) (7), asimismo, puede darse en el resto del intestino delgado y colon, donde se considera hemorragia digestiva baja (HDB).

Ambas clasificaciones se consideran por su origen y tienen signos clínicos característicos como hematemesis o melena para la HDA, así como hematoquecia y rectorragia para la HDB (9). Pueden además clasificarse según la cantidad de volumen derramado en leve, moderada, grave o masiva; lo que condiciona directamente el pronóstico de un individuo (2).

A nivel internacional, un estudio de Zárate et al. en 2022, encontró que el factor etiológico primordial del sangrado digestivo es la diverticulitis y la angiodisplasia; la mortalidad oscila entre el 4% al 10% y tiene que ver mucho con la presencia de factores de riesgo, adicionalmente, en el 15.9% de los casos se asoció a uso de anticoagulantes y 29.4% de antiplaquetarios (4).

En España, un estudio realizado en un hospital de especialidad en 2019 y 2020 encontró que 71% de las exploraciones fueron realizadas por hemorragia, en 2020, en el 38.5% de endoscopías se diagnosticó HDB y en el 66.9% HDA, donde, además, se realizaron 42% de gastroscopías y 25% colonoscopías, con fines terapéuticos; en 2020, detectaron un 53.6% de rectorragia por HDB (10).

En Latinoamérica este problema tiene un alto impacto en salud pública, en Perú, representa el 39.4% admisiones hospitalarias (5). En tanto, en Colombia, Maldonado et al. en 2023 realizaron un estudio donde hallaron lesiones gastrointestinales en el estómago en el 20.8% y colon en el 16.7%, con un 33% de pacientes que manifestaron hematoquecia, dolor abdominal, náuseas y diarrea (11).

Otro estudio, reveló que de 152 endosonografías, hubo 108 lesiones gastrointestinales, de las cuales 78.7% se presentaron a nivel estomacal, las lesiones medían un promedio de 14.6 mm y los diagnósticos más frecuentes fueron tumor del estroma gastrointestinal en el 65.5% y lipoma en el 11.7%. Según datos del Ministerio de Salud de Chile, en el 2018 hubo aproximadamente 6.000 egresos hospitalarios por hemorragias digestivas sin etiología específica, con una mortalidad del 10% (3).

En Ecuador, en un estudio realizado en Ambato para analizar presencia de HDB, en una muestra de 100 historias clínicas, hallaron 56% en menores de 65 años, 59% hombres, de las causas de sangrado, 19% fue por erosiones y 11% por angiodisplasias; mientras que la ubicación fue en el duodeno en el 8%, 6% en el estómago y 4% en el colon; 25% tuvieron anemia ferropénica, 13% sangre oculta en heces y 62% sangrado evidente; en estos pacientes, se utilizó la cápsula endoscópica para identificar la causa del sangrado en el 84% de los casos (14).

El Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, es una institución del nivel de atención por complejidad y que cubre la Zona 5 y 8, provincias de Guayas, Los Ríos, Santa Elena, Bolívar y Galápagos, que representan 5'871.930 habitantes, en el año 2020 se atendieron a 407.687 pacientes por consulta externa, 90.722 por emergencia y hubo 14.178 egresos hospitalarios; el área de gastroenterología cuenta con 22 camas (13). Mediante la revisión de la historia clínica (HC), se ha podido constatar que acuden pacientes con signos y síntomas de emergencia, los cuales suelen ser hematemesis y melena.

1.2. Preguntas De Investigación

- ¿Cuáles son las características clínicas de las hemorragias digestiva alta y baja en los pacientes ingresados en hospital de Guayaquil, en el periodo de mayo 2023 a marzo 2024?
- ¿Qué perfil sociodemográfico es prevalente en los pacientes con hemorragia digestiva alta y baja?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en los pacientes con HDA y HDB?

- ¿Cuál es la etiología principal de la hemorragia digestiva alta y baja?
- ¿Cuáles son las complicaciones según el tipo de hemorragia?

1.3. Justificación

De acuerdo a la literatura revisada, escasean estudios sobre causas y factores de riesgo asociados a la HDA y HDB en pacientes hospitalizados. Desde esta perspectiva la investigación está justificada en tanto que ayudará a determinar las características clínicas de los pacientes con hemorragias digestiva alta y baja ingresados en hospital de Guayaquil, en el periodo de mayo 2023 a marzo 2024.

Esto es fundamental para mejorar la comprensión de estas condiciones médicas, por lo que se proporcionará información detallada sobre los síntomas, factores de riesgo y posibles complicaciones asociadas con estas formas de hemorragia, así se contribuirá al avance del conocimiento médico y ayudará a mejorar la calidad de la atención y el tratamiento de los pacientes afectados (14).

Con la elaboración de esta investigación, se pretende brindar recomendaciones para la formulación de estrategias de promoción de la salud destinadas a potenciales individuos con HD, de modo que se disminuya la incidencia en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. La información obtenida puede utilizarse para mejorar los protocolos de diagnóstico y tratamiento, permitiendo una atención más eficaz y personalizada. Además, puede ayudar a optimizar los recursos hospitalarios al comprender mejor la carga de enfermedad y las necesidades de los pacientes (15).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se puede tomar en consideración el tiempo de diagnóstico para mejor intervención y terapia oportuna, para que así se reduzcan complicaciones e índices de mortalidad. La investigación aportará al conocimiento médico en el ámbito de gastroenterología y medicina interna (16). Los hallazgos pueden proporcionar información importante para el desarrollo de estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Además, el estudio puede contribuir a la literatura

científica y servir como base para investigaciones futuras en el área de la salud gastrointestinal (17).

La elección de un enfoque metodológico cuantitativo es importante para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados. La investigación utiliza métodos epidemiológicos y clínicos, como análisis retrospectivos de registros médicos, revisión de historias clínicas y análisis estadísticos que permite responder los objetivos de la investigación.

Los beneficiarios directos de esta investigación son los profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras y personal de atención hospitalaria en Guayaquil, puesto que la información obtenida puede mejorar la toma de decisiones clínicas y la atención al paciente; también representa un beneficio para pacientes con potencial riesgo de sufrir estas afecciones, para el hospital por las estadísticas actualizadas y a la comunidad científica en general, ya que se aborda una problemática que no ha sido muy estudiada en el ámbito nacional, de modo que se pretende dejar como precedente para futuros estudios.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar las características clínicas de las hemorragias digestiva alta y baja en los pacientes ingresados en un hospital de Guayaquil, en el periodo de mayo 2023 a marzo 2024.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar el perfil sociodemográfico prevalente en los pacientes con hemorragia digestiva alta y baja.
- Mencionar los factores de riesgo que influyen en los pacientes con HDA y HDB.
- Distinguir la etiología principal de la hemorragia digestiva alta y baja.
- Analizar las complicaciones según el tipo de hemorragia.

CAPITULO II

2. Fundamentación conceptual

2.1 Antecedentes de la Investigación.

Un referente de Kobayashi A. et al. (18) en Japón 2023, exploró las características, resultados y factores de riesgo de la hemorragia digestiva en pacientes hospitalizados y su relación con ambulatorios; con la finalidad de esclarecer causas y mortalidad; la metodología fue cuantitativa, descriptiva donde recogieron datos de 375 participantes; en los resultados, los hospitalizados tenían un estado más deteriorado, mayor número de comorbilidades y uso de inhibidores de bomba de protones y anticoagulantes, en comparación con los ambulatorios; asimismo, los hospitalizados contaban con niveles de albúmina y recuentos plaquetarios más bajos cuando iniciaba la hemorragia; en conclusión la hemorragia digestiva en pacientes hospitalizados se asoció con mayor índice de re – sangrado y muerte.

Una indagación de Faroux L. et al. en Francia 2021 (18), respecto a la recurrencia, elementos predictores e impacto clínico de la hemorragia digestiva; la finalidad fue evaluar las características clínicas y resultados de estos pacientes; la metodología que utilizaron fue cuantitativa, descriptiva y correlacional a una muestra de 277 pacientes; en los resultados hallaron que la tasa de muerte, hemorragia y recurrencia de hemorragia digestiva fue de 14 por cada 100 personas al año; mientras que la recidiva de este trastorno fue en 3 meses posteriores al cierre de orejuela auricular izquierda (LAAC) en el 56% de los pacientes; la diabetes mellitus y la edad conformaron los principales factores asociados; en conclusión, los pacientes sometidos a LAAC presentaron baja prevalencia de hemorragia digestiva.

También en Francia, Viglino D. et al. en 2020 (20), estudiaron las características clínicas, localizaciones de hemorragias gastrointestinales, manejo y mortalidad intrahospitalaria que se asociaron a estos eventos; la metodología que utilizaron fue cuantitativa, descriptiva, transversal, con datos de 1.080 pacientes en un hospital de tercer nivel de atención; en los resultados identificaron que 576 tenían hemorragia alta y 504 baja, en 36% no

identificaron la etiología precisa, mientras que entre 209 a 408 pacientes fue la úlcera gastroduodenal la lesión causante en el tubo digestivo superior y de 120 a 289 pacientes fue el divertículo colónica el primer motivo de lesión en el tracto inferior; la conclusión evidenció una significativa mayor cantidad de casos de hemorragia alta.

En la investigación de Jorquera S. et al. en Zaragoza-España, 2021 (21); que aborda sobre la hemorragia digestiva alta de manera general; con el objetivo de actualizar la información sobre la condición clínica en estudio; con una metodología de revisión bibliográfica; en los resultados se corroboró la importancia y la necesidad de una creación de guía práctica y de un protocolo que abarquen los cuidados específicos de los pacientes que presentan HD alta; además, la congruencia de actividades y criterios al momento del manejo es fundamental para la disminución de la estancia hospitalaria de los pacientes, así como también, el personal capacitado para la toma de decisiones que favorezcan la recuperación del paciente.

Un estudio de Zheng N. et al. (19) en Estados Unidos 2022, evidenció las recurrencias de los aspectos, manejo y resultados de pacientes con hemorragia gastrointestinal; con el fin de mostrar resultados epidemiológicos en toda esa nación, en datos de 2006 a 2019; en los resultados identificaron que la incidencia ajustada por edad y sexo incrementó de 378,4 a 397,5 por cada 100.000 habitantes (h); mientras que la hemorragia digestiva alta se redujo en el periodo de 2006 a 2014 de 112,3 a 94,4 por cada 100.000 h, así mismo, la baja incrementó de 146 a 161 por cada 100.000 h; la relación con las altas de urgencias fueron en disminución de transfusión de glóbulos rojos, endoscopías, muerte y duración de la estancia; concluyeron que la incidencia de hemorragia digestiva incrementó significativamente en el periodo de tiempo estudiado.

En el trabajo de Ferreira S. et al. en Pernambuco-Brasil, 2022 (23); con el propósito de evaluar los principales factores de riesgo en el desarrollo de hemorragia digestiva alta y las diferentes formas de profilaxis en la hemorragia primaria; bajo una metodología de revisión bibliográfica; en cuyo resultados se pudo constatar los factores de riesgo para el desarrollo de HA entre los que

se destacan las varices esofágicas, úlcera péptica, cirrosis hepática así como también el uso de fármacos que lesionan la mucosa gástrica, infección por H. Pylori y estilos de vida sedentarios; además, se aborda al profesional de salud especializado en cuidados específicos, ya que esto promueve a la difusión de las bases del autocuidado en los pacientes y la prevención de las posibles complicaciones.

En un estudio realizado en Cuba por Quiroga L. et al. en 2021 (24); con la finalidad de caracterizar los pacientes con hemorragia digestiva alta de origen no variceal; de metodología descriptivo, retrospectivo y observacional; en los resultados predominaron pacientes con edad entre 45 y 49 años de los cuales más de la mitad fueron de sexo masculino, además, una tercera parte de los pacientes se caracterizaron por presentar úlcera duodenal y una hemorragia digestiva alta; por otro lado, una manifestación clínica frecuente fue la melena, seguida de pérdida hemática grave; así mismo el tratamiento médico utilizado en primera instancia fue suficiente para la casi todos los pacientes que presentaron esta condición clínica.

Mientras que un estudio realizado en Guayaquil-Ecuador por Alvarado V. et al. 2023 (25); en donde se analizó una comparación de los scores AIMS65, Rockall y Glasgow Blatchford utilizados en la hemorragia digestiva alta; con el objetivo de determinar cuál de las escalas mencionadas tiene una mayor facultad de diferenciación entre los casos de alto riesgo para un posible re-sangrado, necesidad de realizarse una transfusión sanguínea y posterior fallecimiento; bajo una metodología descriptiva, retrospectiva y transversal; mediante los resultados se ratifica que en una predicción de mortalidad el score Rockwall y AIMS65 tuvieron mayor sustentabilidad con puntuaciones de 0,701 y 0,689 respectivamente; por consiguiente

2.2 Marco Conceptual.

2.2.1. Hemorragias digestivas

Las hemorragias digestivas, o sangrado gastrointestinal, se refieren a la pérdida de sangre a través del tracto digestivo. Este tipo de hemorragia se puede clasificar según su origen, ya sea como sangrado digestivo superior o

inferior. La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como cualquier hemorragia que se origina proximal al ligamento de Treitz, mientras que la hemorragia digestiva baja ocurre distalmente a este punto (26).

Además, estas hemorragias pueden caracterizarse por su naturaleza aguda o crónica, dependiendo del volumen y la duración de la pérdida de sangre. Comprender la clasificación de las hemorragias digestivas es crucial para determinar las estrategias de diagnóstico y tratamiento adecuadas. La epidemiología y la prevalencia de las hemorragias digestivas varían según el tipo específico y la causa subyacente del sangrado. La hemorragia digestiva alta, por ejemplo, es una emergencia gastroenterológica común con diversas etiologías y métodos de diagnóstico (27).

Una causa frecuente de HDA es el sangrado por várices, que resulta de un aumento de la presión dentro del sistema vascular portal y la posterior formación de várices gastroesofágicas. En general, las hemorragias digestivas pueden tener un impacto significativo en la salud pública debido a su posible gravedad y la diversa gama de causas, lo que requiere una comprensión integral de su epidemiología para abordar este problema de manera efectiva (26).

La fisiopatología de las hemorragias digestivas implica un mecanismo subyacente común: una hemorragia masiva que conduce a una pérdida de volumen circulante. Esta pérdida de sangre puede provocar diversos síntomas y complicaciones, según la gravedad de la hemorragia y la causa subyacente. Para poder diagnosticar y tratar adecuadamente estas hemorragias, es fundamental determinar el origen del sangrado e identificar la causa o factor desencadenante, como por ejemplo una infección por *H. pylori* en el caso de una úlcera péptica (28).

La endoscopia es una herramienta de diagnóstico crucial para la hemorragia gastrointestinal, ya que permite la visualización directa del tracto digestivo y la identificación de la fuente de la hemorragia. Este procedimiento implica la inserción de un tubo flexible con una cámara y una fuente de luz en el tracto digestivo del paciente, ya sea a través de la boca o el recto (29).

La endoscopia se puede realizar en casos de hemorragia gastrointestinal superior e inferior; la endoscopia superior se centra en el esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado, mientras que la endoscopia inferior, también conocida como colonoscopia, examina el intestino grueso y el recto. Además de identificar el sitio de la hemorragia, la endoscopia también permite al médico realizar intervenciones terapéuticas, como hemostasia o vendaje de várices, durante el mismo procedimiento (30).

Los estudios de imagen juegan un papel complementario en el diagnóstico de hemorragia gastrointestinal, particularmente cuando la endoscopia no es concluyente o no es factible. Algunas de las técnicas de imagen comúnmente utilizadas son la tomografía computarizada (TC) que proporciona imágenes detalladas del tracto gastrointestinal y puede revelar la presencia de sangre o anomalías como tumores, úlceras o inflamación (30).

Además, la radiografía con contraste, que requiere que el paciente ingiera un material de contraste, como el bario, que ayuda a delinear el tracto digestivo y detectar anomalías; la angiografía que implica la inyección de un medio de contraste en el torrente sanguíneo para visualizar los vasos sanguíneos y detectar sitios de sangrado que pueden no ser evidentes durante la endoscopia (30).

De igual forma, las pruebas de laboratorio son esenciales en la evaluación del sangrado gastrointestinal, ya que brindan información valiosa sobre la salud general del paciente y la gravedad del sangrado. Algunas pruebas solicitadas consisten en conteo sanguíneo completo (CBC) que evalúa el recuento de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas del paciente, lo que proporciona información sobre la gravedad de la pérdida de sangre y cualquier infección o inflamación subyacente (30).

Adicionalmente, el tipo de sangre y pruebas cruzadas del paciente y la compatibilidad con el posible donante, lo que puede ser necesario si se requiere una transfusión debido a una pérdida importante; los estudios de coagulación pueden ayudar a identificar cualquier trastorno subyacente que contribuya al sangrado (27).

Asimismo, las pruebas de función hepática que evalúan la función hepática y pueden ayudar a determinar la causa del sangrado, especialmente en casos de sospecha de enfermedad hepática o hipertensión portal. Estas pruebas de laboratorio ayudan a los trabajadores de la salud a determinar la causa subyacente de la hemorragia gastrointestinal e identificar posibles complicaciones, lo que permite el manejo y tratamiento adecuados de la afección (7).

Es fundamental administrar estos medicamentos con prontitud para minimizar las complicaciones y mejorar los resultados de los pacientes. En los casos en que la terapia farmacológica sea insuficiente, puede ser necesaria una intervención endoscópica para tratar la hemorragia gastrointestinal. Este enfoque permite a los profesionales sanitarios visualizar el lugar del sangrado, diagnosticar la causa subyacente y administrar un tratamiento específico (31).

Los tratamientos endoscópicos comunes incluyen ligadura con banda, escleroterapia y clips hemostáticos, que funcionan sellando o comprimiendo los vasos sangrantes. Por lo general, se prefiere la intervención endoscópica al tratamiento quirúrgico debido a su naturaleza mínimamente invasiva y su menor riesgo de complicaciones (1).

El tratamiento quirúrgico de la hemorragia gastrointestinal generalmente se reserva para los casos en los que las terapias farmacológicas y endoscópicas han fracasado o no son adecuadas. Las indicaciones para la cirugía pueden incluir sangrado incontrolado, perforación u obstrucción del tracto gastrointestinal. Algunas opciones quirúrgicas incluyen embolización arterial, resección gástrica o resección intestinal, según la ubicación y la gravedad del sangrado (9).

2.2.1.1. Hemorragias digestivas altas

Las hemorragias digestivas altas se refieren a la pérdida de sangre que se origina en la parte superior del tracto gastrointestinal, generalmente en el esófago, el estómago o la primera parte del intestino delgado (duodeno). La hemorragia gastrointestinal superior es una afección común y potencialmente mortal que requiere un diagnóstico y tratamiento rápidos. Las causas y

factores de riesgo del sangrado gastrointestinal superior pueden ser diversos, incluyendo úlceras pépticas, gastritis, várices esofágicas y desgarros de Mallory-Weiss, entre otros (14).

Algunos factores que aumentan el riesgo de desarrollar hemorragia gastrointestinal superior incluyen el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE), el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo. Es fundamental comprender la causa específica del sangrado en cada caso para adaptar las estrategias de tratamiento y prevención adecuadas (32).

Los síntomas y el diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior pueden variar según la gravedad y la ubicación del sangrado. Los signos comunes de hemorragia gastrointestinal superior incluyen melena, que consiste en heces negras y alquitranadas que generalmente indican hemorragia en el tracto digestivo superior (33).

Otros síntomas pueden incluir vómitos con sangre, dolor abdominal o sensación de mareo y debilidad. Para diagnosticar la hemorragia gastrointestinal superior, los proveedores de atención médica pueden utilizar una combinación de examen físico, pruebas de laboratorio y estudios de imágenes, como la endoscopia, para identificar la fuente de la hemorragia y evaluar la gravedad de la afección (34).

El tratamiento y la prevención de la hemorragia gastrointestinal superior dependen de la causa subyacente y la gravedad del sangrado (35). Algunas opciones de tratamiento pueden incluir medicamentos para reducir la producción de ácido estomacal, como inhibidores de la bomba de protones, o medicamentos que ayudan a proteger el revestimiento del estómago, como sucralfato y misoprostol (3).

2.2.1.2. Hemorragias digestivas bajas

La hemorragia digestiva baja se refiere a la pérdida de sangre que se origina en la porción inferior del tracto gastrointestinal, que incluye el intestino grueso (colon) y el recto. Este tipo de hemorragia puede manifestarse a través de la presencia de sangre en las heces, y su gravedad puede variar desde casos leves hasta situaciones potencialmente críticas (36).

Causas y factores de riesgo del sangrado gastrointestinal bajo pueden variar ampliamente y depender de la edad, la salud general y el historial médico del individuo. Entre las causas comunes se encuentran las hemorroides, diverticulosis, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, pólipos y cáncer colorrectales (37).

Algunos factores de riesgo incluyen el consumo excesivo de alcohol, el uso prolongado de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como el ibuprofeno y el naproxeno, y la presencia de enfermedades hepáticas crónicas. Es importante tener en cuenta que, aunque estos factores pueden aumentar la probabilidad de desarrollar sangrado gastrointestinal bajo, no todos los individuos con estos factores experimentarán sangrado (17).

Los síntomas del sangrado gastrointestinal bajo pueden variar según la causa y la gravedad del sangrado. Algunos signos comunes incluyen heces negras o alquitranadas, sangre oscura mezclada con las heces, y heces mixtas con sangre fresca. Otros síntomas pueden incluir dolor abdominal, fatiga, mareos y debilidad. El diagnóstico del sangrado gastrointestinal bajo generalmente implica evaluación médica completa, incluyendo el historial médico del paciente, un examen físico, y pruebas de diagnóstico como análisis de sangre, colonoscopia, sigmoidoscopia o tomografía computarizada (38).

El tratamiento y la prevención del sangrado gastrointestinal bajo pueden variar según la causa y la gravedad del sangrado. En casos leves, el tratamiento puede incluir cambios en la dieta, medicamentos para controlar la inflamación o el dolor, o la administración de suplementos de hierro para tratar la anemia. En casos más graves, pueden ser necesarios procedimientos médicos como la coagulación con láser, la ligadura de bandas elásticas o la cirugía para detener el sangrado y tratar la causa subyacente (39).

2.2.1.3. Factores de riesgo

2.2.1.3.1. Edad avanzada del paciente.

La edad avanzada del paciente se ha identificado como un factor de riesgo significativo en el desarrollo de hemorragias gastrointestinales. A medida que las personas envejecen, se vuelven más propensas a condiciones médicas

crónicas y cambios estructurales en el sistema digestivo, como el debilitamiento de los vasos sanguíneos y la disminución de la mucosa gastrointestinal (40).

Estos cambios hacen que los adultos mayores sean más susceptibles a trastornos gastrointestinales que pueden dar lugar a hemorragias, como úlceras pépticas, enfermedades inflamatorias intestinales y la presencia de pólipos o tumores. La edad avanzada también puede conllevar a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedad renal, que contribuyen a la fragilidad vascular y, por ende, a un mayor riesgo de hemorragia gastrointestinal (40).

2.2.1.3.2. Comorbilidades crónicas.

Las comorbilidades crónicas, que abarcan una variedad de condiciones médicas persistentes, han emergido como un importante factor de riesgo en la predisposición a la hemorragia gastrointestinal. Individuos que padecen enfermedades crónicas como hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad renal crónica o trastornos autoinmunes enfrentan una mayor vulnerabilidad a complicaciones gastrointestinales (41).

La presencia de estas comorbilidades a menudo está asociada con cambios fisiológicos y estructurales en el sistema vascular y gastrointestinal, haciendo que los vasos sanguíneos sean más propensos a la fragilidad y a la ruptura. Además, la gestión continua de estas condiciones puede implicar el uso prolongado de medicamentos, como antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o anticoagulantes, que incrementan el riesgo de ulceración y sangrado en el tracto gastrointestinal (42).

La interrelación compleja entre las comorbilidades crónicas y la salud gastrointestinal destaca la importancia de una evaluación integral del historial médico y la implementación de estrategias de manejo específicas para minimizar el riesgo de hemorragias gastrointestinales en aquellos afectados por enfermedades crónicas (42).

2.2.1.3.3. Antecedentes patológicos personales de hemorragia digestiva.

Los antecedentes patológicos personales de hemorragia digestiva representan un factor de riesgo sustancial para la recurrencia de eventos hemorrágicos en el tracto gastrointestinal. Individuos que han experimentado episodios previos de hemorragia digestiva, ya sea por causas como úlceras pépticas, enfermedad diverticular, varices esofágicas u otros trastornos gastrointestinales, enfrentan un riesgo elevado de futuras complicaciones hemorrágicas (43).

Estos antecedentes sugieren la presencia de condiciones subyacentes que pueden debilitar la integridad de los vasos sanguíneos gastrointestinales o propiciar la formación de lesiones ulcerativas. Además, los pacientes con antecedentes patológicos de hemorragia digestiva pueden requerir tratamientos prolongados con medicamentos, como inhibidores de la bomba de protones o anticoagulantes, que pueden aumentar el riesgo de ulceración y sangrado (43).

2.2.1.3.4. Tabaquismo, alcohol.

Otro factor de riesgo de hemorragias digestivas es el consumo de alcohol [5]. El consumo excesivo de alcohol puede provocar diversas complicaciones en el sistema gastrointestinal, entre ellas gastritis y el desarrollo de várices gastroesofágicas. Estas várices son el resultado de un aumento de presión en el sistema vascular portal y pueden provocar hemorragia gastrointestinal superior (HDA). Además, el consumo de alcohol puede exacerbar los efectos de otros factores de riesgo, como el uso de AINE, lo que hace que sea aún más importante controlar la ingesta de alcohol para reducir el riesgo de hemorragia gastrointestinal (9).

2.2.1.3.5. Obesidad

La obesidad se ha reconocido cada vez más como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de hemorragias gastrointestinales. Las personas con obesidad a menudo presentan una serie de cambios fisiológicos

y metabólicos que pueden contribuir a trastornos gastrointestinales y aumentar la propensión al sangrado (9).

La obesidad está vinculada a condiciones como la enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA), que, a su vez, puede predisponer a la formación de varices esofágicas y aumentar el riesgo de hemorragia. Además, la obesidad puede asociarse con enfermedades cardiovasculares y diabetes, que, a su vez, aumentan la susceptibilidad a trastornos gastrointestinales como úlceras y hemorragias. La presión intraabdominal elevada en personas con obesidad también puede contribuir a la formación de hernias y divertículos, incrementando el riesgo de hemorragias asociadas con estas condiciones (9).

2.2.1.3.6. Inmunodepresión

La inmunodepresión, caracterizada por un sistema inmunológico debilitado o suprimido, se presenta como un factor de riesgo importante en el contexto de hemorragias gastrointestinales. Los individuos con inmunodepresión, ya sea debido a condiciones médicas crónicas, tratamientos inmunosupresores, como trasplantes de órganos o terapias para enfermedades autoinmunes, o infecciones como el VIH, pueden enfrentar una mayor vulnerabilidad a complicaciones gastrointestinales (9).

Este estado de inmunocompromiso puede predisponer a infecciones gastrointestinales, que, a su vez, aumentan el riesgo de úlceras y hemorragias. Además, la inmunodepresión puede afectar la capacidad del cuerpo para reparar y regenerar la mucosa gastrointestinal, dejando la mucosa más propensa a lesiones y sangrado. El manejo de la hemorragia gastrointestinal en individuos inmunodeprimidos requiere una atención especializada, ya que el riesgo de infecciones secundarias y la respuesta limitada del sistema inmunológico pueden complicar el proceso de recuperación (9).

2.2.1.3.7. Infección por *Helicobacter Pylori*.

Comprende un elemento predisponente a hemorragias digestivas. Este patógeno gástrico común puede causar diversos trastornos en el tracto

digestivo, como gastritis, úlcera péptica, adenocarcinoma y linfoma gástricos de bajo grado. El diagnóstico de infección por *H. pylori* generalmente se realiza mediante endoscopia y pruebas de presencia de la bacteria. El tratamiento suele consistir en inhibir la secreción de ácido y erradicar la infección por *H. pylori* (9).

2.2.1.3.8. Uso de fármacos

El uso de fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE) principalmente comprende un riesgo. Estos medicamentos se recetan comúnmente para controlar el dolor y reducir la inflamación, pero pueden causar irritación y daño al revestimiento del tracto gastrointestinal. Este daño puede provocar gastritis, que es una inflamación del revestimiento del estómago y, en algunos casos, hemorragia gastrointestinal (9). Por tanto, se recomienda limitar el uso de AINE para ayudar a prevenir la hemorragia gastrointestinal.

2.2.1.4. Manifestaciones clínicas

2.2.1.4.1. Hematemesis

La hematemesis es una de las manifestaciones clínicas de las hemorragias digestivas. Se caracteriza por vómitos de sangre, lo que indica que el origen del sangrado se encuentra en el tracto digestivo superior. Por lo general, esto involucra el esófago, el estómago o la primera parte del intestino delgado. La hematemesis puede presentarse en diversas formas, como sangre de color rojo brillante o material oscuro parecido al café molido, según la gravedad y la ubicación del sangrado. La presencia de hematemesis es una indicación clara de una hemorragia gastrointestinal superior y requiere atención médica inmediata (44).

2.2.1.4.2. Melena

Otra manifestación clínica de las hemorragias digestivas es la melena, que es el paso de heces oscuras y alquitranadas. La melena ocurre cuando la sangre del tracto digestivo superior se mezcla con enzimas digestivas y sufre cambios químicos, lo que da como resultado heces negras y alquitranadas. Esto puede ser indicativo de hemorragia en el tracto gastrointestinal (GI) superior, como

por úlcera péptica o gastritis. Sin embargo, la melena también puede estar presente en casos de hemorragia digestiva baja si la sangre tiene tiempo suficiente para sufrir los cambios químicos dentro del tracto digestivo (44).

2.2.1.4.3. Hematoquezia

Es otra manifestación clínica de hemorragias digestivas, caracterizada por el paso de sangre de color rojo brillante o coágulos a través del recto. A diferencia de la melena, la hematoquezia generalmente indica un sangrado gastrointestinal inferior, como por enfermedad diverticular, colitis o cáncer colorrectal. Sin embargo, en algunos casos, la hematoquecia también puede ser el resultado de una hemorragia gastrointestinal superior rápida si la sangre pasa rápidamente por el tracto digestivo sin sufrir los cambios químicos que causan la melena (44).

2.2.1.4.4. Rectorragia

La rectorragia se refiere a la expulsión de sangre roja brillante por el recto durante la evacuación intestinal. Este síntoma indica una hemorragia que se origina en la porción inferior del tracto gastrointestinal, típicamente en el colon o el recto. La sangre fresca en las heces o en el papel higiénico es característica de la rectorragia, y puede ser causada por diversas condiciones, como hemorroides, fisuras anales, enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos colorrectales, entre otras (44).

2.2.1.4.5. Disnea

Las personas que padecen disnea suelen experimentar problemas para respirar o una sensación de no obtener suficiente aire, así como una incomodidad respiratoria que varía en intensidad, desde una sensación leve hasta una dificultad extrema para respirar. Este síntoma puede ser provocado por diversas condiciones médicas, como enfermedades pulmonares, problemas cardíacos, anemia, obesidad, o incluso situaciones de estrés físico o emocional (44).

2.2.1.4.6. Angina de pecho

Se describe como una sensación dolorosa o incómoda en el pecho, típicamente originada por un flujo sanguíneo insuficiente al corazón debido a una obstrucción temporal. Este síntoma es frecuentemente vinculado con enfermedades del corazón, específicamente cuando las arterias que llevan sangre al corazón están parcialmente bloqueadas. Suele presentarse en momentos de actividad física o bajo estrés emocional. Los signos de angina pueden ser una sensación de presión o tensión en el pecho, ardor y malestar que puede extenderse al brazo izquierdo, mandíbula, cuello o espalda (44).

2.2.1.4.7. Dolor abdominal

El dolor abdominal es una sensación de malestar o dolor localizada en la región del vientre, entre el pecho y la pelvis. Este síntoma es amplio y puede manifestarse de diversas maneras, desde molestias leves hasta dolor agudo e intenso. Las causas del dolor abdominal son variadas e incluyen trastornos gastrointestinales como la gastritis, apendicitis, o enfermedades como la colitis. Además, problemas en órganos como el hígado, riñones o útero también pueden provocar dolor abdominal. La ubicación, la duración y la intensidad del dolor, junto con otros síntomas asociados, son clave para determinar la causa subyacente (44).

2.2.1.4.8. Taquicardia

Se define como un aumento inusual en la velocidad del latido del corazón, lo que indica una alteración en el ritmo cardíaco, superando las tasas consideradas normales en reposo. Este aumento en la frecuencia cardíaca puede originarse en las aurículas o los ventrículos del corazón y puede presentarse de manera intermitente o persistente. Las causas de la taquicardia son variadas e incluyen factores como el estrés, la ansiedad, problemas cardíacos subyacentes, anemia, entre otros. Los síntomas pueden incluir palpitaciones, mareos, fatiga, y en casos graves, desmayos (44).

2.2.1.4.9. Anemia

Es un trastorno médico que se manifiesta cuando hay una reducción en el número de glóbulos rojos o en el nivel de hemoglobina en la sangre. Esto lleva a una menor capacidad de transportar oxígeno a los tejidos del cuerpo. Las causas de esta condición son variadas e incluyen una producción deficiente de glóbulos rojos, una pérdida significativa de sangre o una destrucción acelerada de estos glóbulos. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran la fatiga, la debilidad, la palidez, la falta de energía y problemas de concentración (44).

2.2.1.5. Etiología

2.2.1.5.1. Várices esofágicas

Las várices esofágicas, que son venas dilatadas en el esófago, representan otra fuente de sangrado gastrointestinal. Estas venas pueden llegar a romperse y causar hemorragias. Su desarrollo está asociado a un incremento en la presión dentro del sistema vascular portal, a menudo debido a una enfermedad hepática subyacente o hipertensión portal. La hemorragia gastrointestinal superior debida a causas varicosas es una complicación importante de la hipertensión portal y puede poner en peligro la vida (45).

El diagnóstico de várices esofágicas generalmente implica endoscopia y las opciones de tratamiento pueden incluir terapia farmacológica, ligadura endoscópica con banda o derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). Las medidas preventivas para reducir el riesgo de hemorragia por várices esofágicas pueden incluir betabloqueantes o vigilancia endoscópica (45).

2.2.1.5.2. Úlcera péptica

Las úlceras pépticas, que son heridas abiertas en el revestimiento del estómago o del duodeno, frecuentemente provocan sangrados gastrointestinales. Estas úlceras pueden ser causadas principalmente por una infección con la bacteria *Helicobacter pylori* o por el consumo prolongado de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (46).

El diagnóstico de úlceras pépticas suele implicar una endoscopia y pruebas para detectar la presencia de *H. pylori*. Las opciones de tratamiento para las úlceras pépticas consisten en inhibir la secreción de ácido gástrico y erradicar *H. pylori*. En particular, las úlceras pépticas pueden provocar complicaciones como perforación, penetración u obstrucción, todas las cuales pueden contribuir a la hemorragia gastrointestinal (46).

2.2.1.5.3. Gastritis

Se refiere a la inflamación de la mucosa gástrica, que es la capa que cubre el interior del estómago. Puede presentarse de manera aguda o desarrollarse como una condición crónica y es comúnmente causada por factores irritantes como el uso prolongado de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), infecciones por bacterias como *Helicobacter pylori*, consumo excesivo de alcohol, estrés persistente o por otras afecciones médicas (47).

Los síntomas típicos de la gastritis incluyen dolor abdominal, ardor estomacal, náuseas, vómitos y pérdida del apetito. Para el diagnóstico de la gastritis se emplean métodos como la endoscopia. El tratamiento puede abarcar ajustes dietéticos, uso de medicamentos para disminuir la acidez o tratar infecciones, así como controlar los factores que la desencadenan (47).

2.2.1.5.4. Síndrome de Mallory - Weiss

Es otra causa potencial de hemorragia gastrointestinal, caracterizada por desgarros longitudinales en la mucosa en la unión gastroesofágica. Esta afección puede desencadenarse por factores como vómitos excesivos, arcadas o tos, que provocan un aumento de la presión intraabdominal y el posterior desgarro de la mucosa (48).

El síndrome de Mallory-Weiss se diagnostica mediante endoscopia y las opciones de tratamiento pueden incluir cuidados de apoyo, hemostasia con terapia endoscópica o, en casos graves, intervención quirúrgica. Aunque el síndrome de Mallory-Weiss es una causa menos común de hemorragia gastrointestinal en comparación con las úlceras pépticas y las várices esofágicas, es esencial considerar esta afección en el diagnóstico diferencial de la hemorragia gastrointestinal superior (48).

2.2.1.5.5. Enfermedad diverticular o diverticulosis

La enfermedad diverticular del colon es una condición caracterizada por la formación de bolsas pequeñas llamadas divertículos en la pared del colon. Estos divertículos pueden desarrollarse debido a la presión ejercida sobre las paredes del colon durante los movimientos intestinales, especialmente en casos de estreñimiento. Aunque muchos individuos con divertículos pueden no experimentar síntomas, algunos pueden experimentar dolor abdominal, cambios en los hábitos intestinales, inflamación o infección de los divertículos, una condición conocida como diverticulitis (49).

2.2.1.5.6. Pólipos

Comprenden crecimientos anormales de tejido que sobresalen de la superficie interna de un órgano. Pueden desarrollarse en diversos lugares del cuerpo, como el colon, el útero, el estómago, entre otros. En el contexto de la salud gastrointestinal, los pólipos colorrectales son comunes y pueden ser benignos o precursores de cáncer (50).

Es relevante detectar y remover los pólipos a tiempo para evitar que evolucionen a cáncer. A menudo, los pólipos no presentan síntomas, aunque en ciertas ocasiones pueden provocar sangrado, alteraciones en los hábitos intestinales o dolor en el abdomen. La identificación de estos pólipos se lleva a cabo mediante técnicas como la colonoscopia. El tratamiento generalmente incluye la eliminación de los pólipos, dependiendo de sus dimensiones y particularidades (50).

2.2.1.5.7. Neoplasias de colon

Las neoplasias de colon son crecimientos anormales de tejido en el colon, que pueden clasificarse como benignos (pólipos) o malignos (cáncer colorrectal). Los pólipos son comunes y en algunos casos, pueden evolucionar hacia formas cancerosas con el tiempo (51).

2.2.1.5.8. Patología anorrectal

La patología anorrectal se refiere a las condiciones médicas que afectan el área del ano y el recto. Incluye una variedad de trastornos, como hemorroides,

fisuras anales, fístulas, abscesos, prolapso rectal y cáncer colorrectal. Estas condiciones pueden causar síntomas como dolor, sangrado, picazón, inflamación y cambios en los hábitos intestinales (52).

El diagnóstico y tratamiento de la patología anorrectal a menudo involucran evaluaciones clínicas, exámenes rectales y, en algunos casos, procedimientos como la sigmoidoscopia o la colonoscopia. El manejo puede incluir cambios en la dieta, medicamentos, procedimientos mínimamente invasivos o cirugía, dependiendo de la naturaleza y gravedad de la afección (52).

2.2.1.6. Complicaciones

2.2.1.6.1. Broncoaspiración

Es una complicación potencialmente grave de la hemorragia gastrointestinal que ocurre cuando el paciente inhala contenido gástrico o sangre hacia los pulmones. Esta situación puede surgir en casos de hemorragia masiva o cuando el paciente está inconsciente o debilitado, perdiendo la capacidad de proteger las vías respiratorias. La aspiración de material contaminado con sangre puede llevar a la inflamación pulmonar, infecciones respiratorias, neumonía aspirativa o incluso insuficiencia respiratoria. Los síntomas de la broncoaspiración pueden incluir tos, dificultad para respirar, fiebre y, en casos más graves, cianosis (53).

2.2.1.6.2. Hipoventilación

Se caracteriza por una disminución insuficiente en la frecuencia o profundidad de la respiración, puede surgir como complicación de la hemorragia gastrointestinal en casos de pérdida significativa de sangre. La hemorragia severa puede llevar a una disminución en el suministro de oxígeno a los tejidos y órganos, incluidos los pulmones. Esto puede resultar en una respuesta compensatoria del organismo, llevando a la hipoventilación como un intento de conservar oxígeno (54).

La hipoventilación puede manifestarse como una respiración superficial, rápida o irregular. Esta complicación puede contribuir a la hipoxia, que es una

disminución en los niveles de oxígeno en la sangre, y afectar negativamente otros sistemas del cuerpo. El tratamiento de la hipoventilación relacionada con la hemorragia gastrointestinal implica abordar la causa subyacente, como la estabilización del paciente, la reposición de líquidos y, en casos graves, la transfusión de sangre (54).

2.2.1.6.3. Hipotensión arterial

Es una disminución anormal en la presión sanguínea, puede desarrollarse como una complicación significativa de la hemorragia gastrointestinal. Una hemorragia severa puede provocar una notable disminución en el volumen de sangre circulante, lo que a su vez causa una caída en la presión arterial. Esta reducción en la circulación sanguínea puede comprometer gravemente el suministro de oxígeno y nutrientes a los órganos esenciales, desencadenando diversos efectos negativos (55).

Los síntomas de esta baja presión arterial incluyen mareos, debilidad, confusión y, en situaciones extremas, el desmayo. Es crucial obtener atención médica inmediata para diagnosticar y tratar la causa de la pérdida de sangre de la hemorragia gastrointestinal, así como para estabilizar la presión arterial y prevenir consecuencias más severas. El manejo puede implicar la reposición de líquidos mediante transfusiones sanguíneas y otros fluidos intravenosos, además de abordar cualquier trastorno hemorrágico subyacente (55).

2.2.1.6.4. Hipovolemia mantenida

Esta situación puede desarrollarse como resultado de una hemorragia gastrointestinal cuando la pérdida sustancial de sangre resulta en una disminución continua de los niveles de oxígeno en el cuerpo. La hipoventilación se refiere a una respiración insuficiente y cuando se mantiene a lo largo del tiempo, esto puede ocasionar niveles reducidos de oxígeno en la sangre (hipoxemia) y un incremento en la acumulación de dióxido de carbono (hipercapnia) (56).

2.2.1.6.5. Perforación intestinal

Esta complicación puede surgir como resultado de la hemorragia gastrointestinal. En situaciones de hemorragia intensa o prolongada, la pared del intestino puede debilitarse, volverse más propensa a la perforación. La perforación intestinal implica un agujero en la pared del intestino, permitiendo que el contenido intestinal, que incluye bacterias, entre en la cavidad abdominal. Esto puede desencadenar una respuesta inflamatoria intensa conocida como peritonitis, que es una infección grave de la membrana que recubre la cavidad abdominal (57).

2.2.1.6.6. Shock hipovolémico

Es una grave complicación de las hemorragias digestivas y se presenta como una emergencia médica. Esta condición ocurre cuando hay una pérdida significativa de sangre u otros fluidos corporales, impidiendo que el corazón bombee adecuadamente la sangre necesaria para los órganos y tejidos. Esta gran pérdida de sangre reduce el volumen de sangre circulante, afectando el suministro de oxígeno y nutrientes esenciales para el funcionamiento de los tejidos. Esta situación puede llevar a un fallo de los órganos y, en casos extremos, puede resultar fatal (58).

2.2.1.6.7. Anemia

Una consecuencia adicional de las hemorragias digestivas es la anemia, que se define por una reducción en el número de glóbulos rojos o en su eficiencia para transportar oxígeno. La anemia puede surgir debido a la pérdida de sangre que ocurre en el tracto gastrointestinal. Esta pérdida de sangre puede llevar a una anemia que se presenta de forma aguda o crónica, dependiendo de la cantidad y la rapidez de la pérdida sanguínea. Los síntomas típicos de la anemia abarcan cansancio, debilidad, palidez en la piel y problemas respiratorios (59).

2.2.1.6.8. Infección

La infección es una complicación potencial de las hemorragias digestivas, especialmente cuando se produce un sangrado significativo y hay una

exposición prolongada del tracto gastrointestinal a la flora bacteriana normalmente presente en el sistema digestivo. Cuando se produce una hemorragia digestiva, la sangre que se libera puede contaminar la luz del tracto gastrointestinal con bacterias presentes en el sistema digestivo, esto puede aumentar el riesgo de infección (60).

2.3 Marco Legal.

Constitución Nacional del Ecuador

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 (61).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (61).

Ley Orgánica de Salud Ecuador

Art 1. El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación. Las personas que sufran estas enfermedades se considerarán en condiciones de doble vulnerabilidad (62).

CAPITULO III

3. Diseño de la investigación

3.1. Tipo de investigación

Nivel: Descriptivo

Método: Cuantitativo

3.2. Diseño de investigación

Diseño: No experimental

Según el tiempo: Retrospectivo

Según la ocurrencia de los hechos: Transversal

3.3. Población

Población y muestra:

La población corresponde al total de pacientes atendidos en el área de Gastroenterología en el periodo de mayo 2023 a marzo 2024, la muestra corresponde a 100 historias clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta o baja, el tipo de muestreo que se aplica es el no probabilístico por conveniencia, puesto que se identificarán a los registros que integrarán el estudio de acuerdo con la facilidad para obtener dichos datos y que se encuentren disponibles para su revisión, teniendo en cuenta determinados criterios de inclusión y exclusión.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

a) Criterios de Inclusión:

Historias clínicas (HC) de pacientes con HDA, HC de pacientes con HDB.

b) Criterios de exclusión:

HC de pacientes con otras patologías, HC que no se encuentren disponibles para su revisión.

3.5. Procedimientos para la recolección de datos

Técnica: Observación indirecta

Instrumento: Matriz de observación indirecta mediante los datos de Historia Clínica.

El instrumento consistirá en una Guía de Observación de registro de datos (Anexo 2) de autoría propia que permitirá identificar datos específicos sobre las características clínicas de las hemorragias digestivas altas y bajas en las HC; constará de 31 ítems, con escala nominal dicotómica (Si – No), Se dividirá en una sección que registrará datos sociodemográficos con 3 ítems y otra sección con el registro de características clínicas propias de la condición de hemorragia digestiva alta o baja con 28 ítems.

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se recogerán los datos de manera manual y a continuación se ingresarán en una matriz de Excel, donde se organizarán y luego se pasarán al programa estadístico SPSS versión 29, donde se aplicará el procesamiento estadístico descriptivo.

3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.

Se solicitará aprobación de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, así como la autorización para recoger la información en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo IESS.

3.8. Operacionalización de variables

Variable general: Características clínicas de la hemorragia digestiva alta y baja.

Tabla 1. Operacionalización de variables

DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Características sociodemográficas	Edad	# años
	Sexo	Mujer Hombre
	Autoidentificación étnica	Blanco(a) Negro(a) Afroecuatoriano(a) Mestizo(a) Indígena
Factores de riesgo	Edad avanzada del paciente.	Si
	Comorbilidades crónicas.	No
	Antecedentes patológicos personales de hemorragia digestiva.	
	Tabaquismo, alcohol.	
	Obesidad	
	Inmunodepresión	
	Infección por Helicobacter Pylori.	
	Fármacos: corticoides inhibidores de la recaptación de serotonina; inhibidores de la aldosterona, anticoagulantes orales, antiinflamatorios no esteroides (AINES)	
Etiología	Várices esofágicas	Si
	Úlcera péptica	No
	Gastritis	
	Síndrome de Mallory - Weiss	
	Neoplasia	
	Esofagitis erosiva	
	Enfermedad diverticular o diverticulosis	
	Pólipos	
	Angiodisplasias	
	Neoplasias de colon	
	Patología anorrectal	
	Otras lesiones colónicas	
	Hemorragia originada en el intestino delgado	
	Otra	
Manifestaciones clínicas	Hematemesis	Si
	Melena	No
	Hematoquecia	
	Rectorragia	
	Disnea	
	Angina de pecho	
	Dolor abdominal	

	Taquicardia	
	Anemia	
Complicaciones	Broncoaspiración	Si
	Hipoventilación	No
	Hipotensión	
	Hipovolemia mantenida	
	Perforación intestinal	
	Inducción de hemorragia	

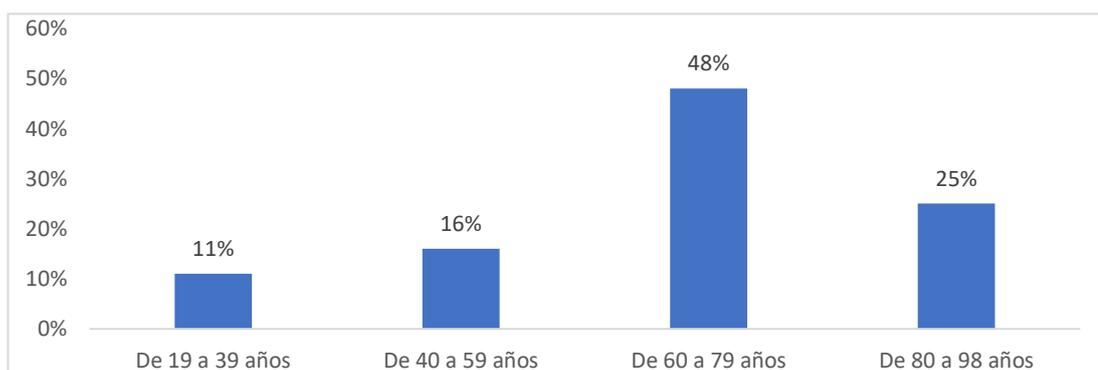
Elaborado por: Cabello Lozano, Javier Omar y Morán Maldonado, Jerimy Isaac.

CAPITULO IV

4. Presentación y análisis de resultados

Para dar respuesta al primer objetivo específico que consistió en identificar el perfil sociodemográfico prevalente en los pacientes con hemorragia digestiva alta y baja, se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 1.
Distribución por edad



Nota. Datos obtenidos de historias clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta y baja. Elaborado por: Cabello Lozano, Javier Omar y Morán Maldonado, Jerimy Isaac.

Análisis.

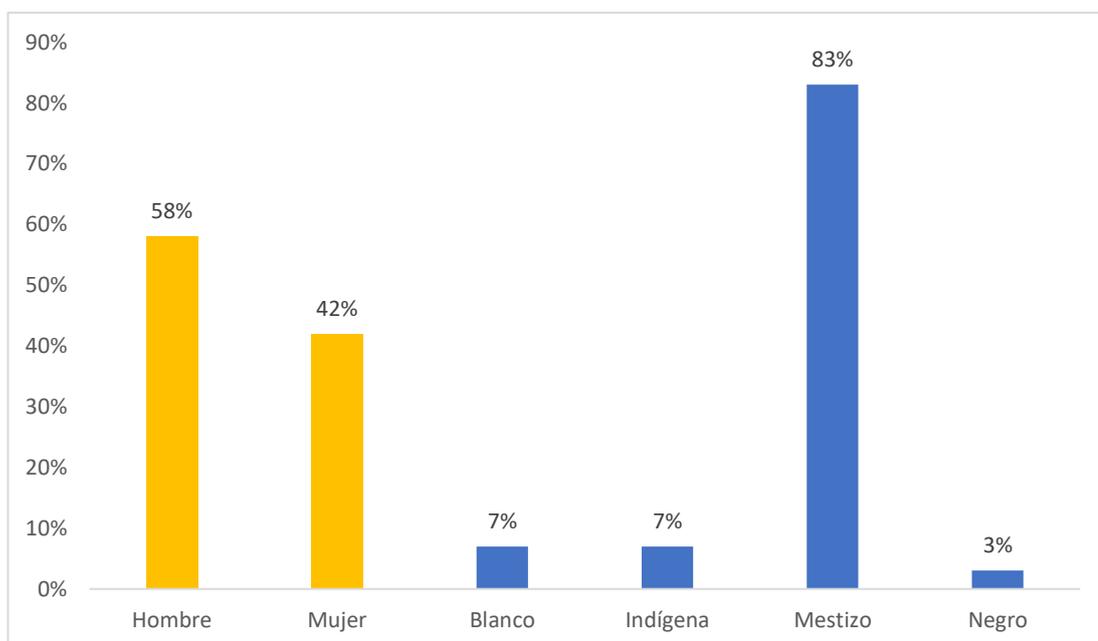
La presente ilustración destaca que el 48% de los pacientes tenían edades de 60 a 79 años; sin embargo también se halló una considerable cantidad de pacientes con edad de 80 a 98 años que representa el 25%; por otro lado, también hubo paciente de 40 a 59 años representando el 16%, por lo que se denota que la edad adulta es una cualidad específica en cuanto a pacientes con hemorragia digestiva ya sea baja o alta; cabe recalcar que con el 11% se identificaron pacientes de entre 19 a 39 años lo cual indica que saliendo de la adolescencia y entrando a la etapa adulta se sigue teniendo posibilidades de desarrollar esta condición clínica.

Tabla 2. Estadística descriptiva de edad

	n	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Desv. estándar
Edad	100	67	19	98	79	17,3

La descripción de los datos por edad se con una media de 67 y con un rango de 79 años, además la edad mínima es de 19 y la máxima de 98 años destacando una desventaja estándar de 17,3 pacientes, destacando a la edad como un factor importante en el estudio de los pacientes con hemorragia digestiva.

Gráfico 2.
Distribución por sexo y autoidentificación étnica



Nota. Datos obtenidos de historias clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta y baja. Elaborado por: Cabello Lozano, Javier Omar y Morán Maldonado, Jerimy Isaac.

Análisis.

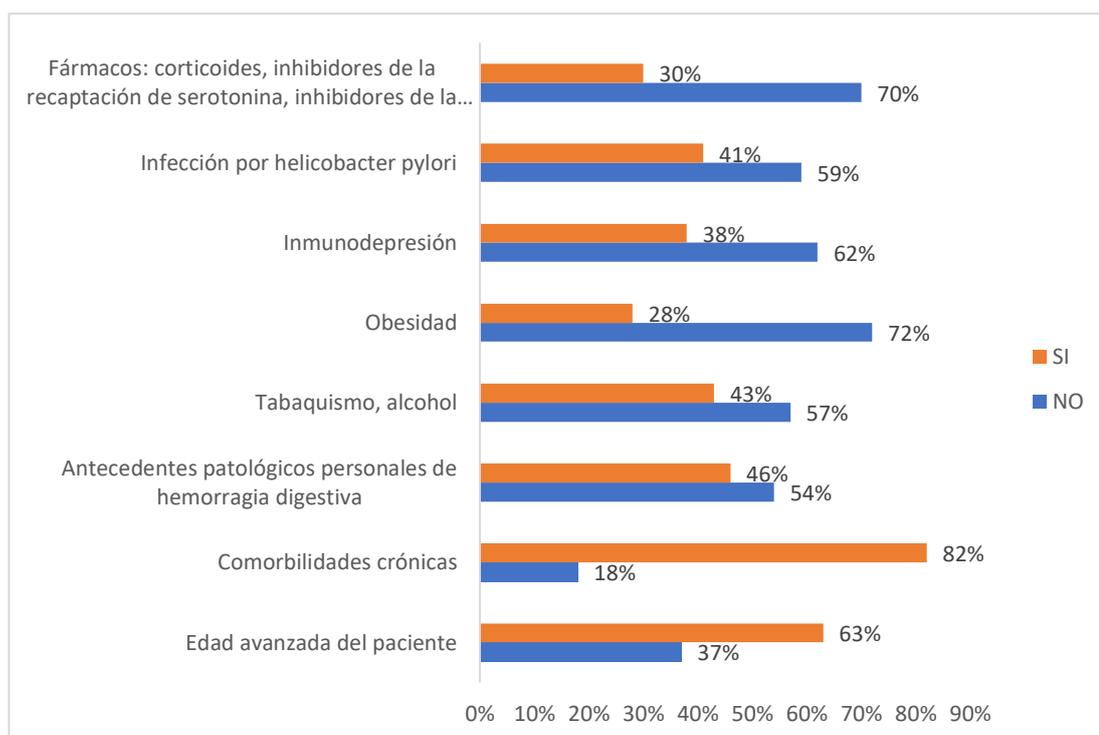
Respecto a la distribución por sexo, la proporción de hombres es moderadamente mayor con un 58% a diferencia de las mujeres con 42%; en lo que concierne a la autoidentificación étnica la población mestiza prevaleció sobre las demás con el 83%.

En este contexto se enmarca que la población masculina es la que más casos presenta a nivel clínico, sin embargo no existe gran diferencia con la población femenina, indicando una equitativa frecuencia de casos; por otro lado la población mestiza tiene una amplia diferencia sobre las demás autoidentificaciones, pero si se halló una igualdad entre la autoidentificación

blanca y la indígena con un 7% cada una respectivamente, sin dejar de lado la autoidentificación negra con un 3% del total estudiado.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico, que consistió en describir los factores de riesgo que influyen en los pacientes con HDA y HDB, se obtuvieron los siguientes ejercicios:

Gráfico 3.
Factores de riesgo



Nota. Datos obtenidos de historias clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta y baja. Elaborado por: Cabello Lozano, Javier Omar y Morán Maldonado, Jerimy Isaac.

Análisis.

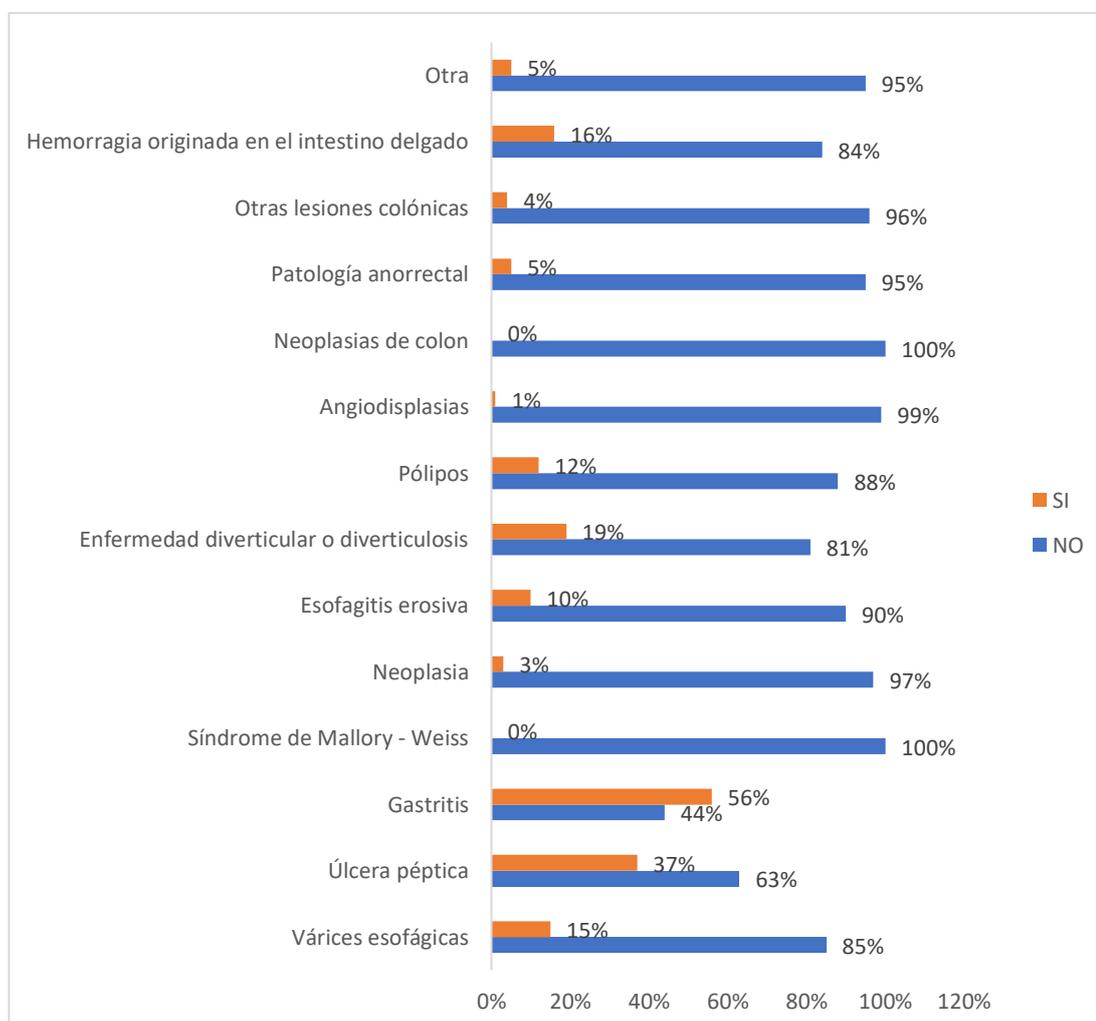
En cuanto a los factores de riesgo destacan las comorbilidades crónicas con un 82% de presencia, así como la obesidad que no tiene mayor impacto en los pacientes con 72%.

Los fármacos como factor de riesgo resalta con un 70% de no presencia, pero un 30% si recalzó este factor como atribuible a la condición clínica; por su parte la infección por helicobacter pylori prevalece con un 59% con una moderada diferencia de pacientes que no expresan este factor con un 41% aunque en la mayoría de estudios se recalca que cada vez es más recurrente

este factor en los pacientes con HD; el tabaquismo y el alcohol también destacan como factores de riesgo habiendo presencia en el 43% de pacientes y el 57% que no refiere, indicando un vínculo importante en el manejo de la enfermedad; de la misma manera los antecedentes patológicos personales enmarcan posición como factor de riesgo con un 46% de presencia y una moderada diferencia del 54% que no lo expresa, sugiriendo una cualidad importante a tomar en cuenta en los pacientes con HD.

Para dar respuesta al tercer objetivo específico, que consistió en distinguir la etiología principal de la hemorragia digestiva alta y baja, se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 4.
Etiologías principales



Nota. Datos obtenidos de historias clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta y baja. Elaborado por: Cabello Lozano, Javier Omar y Morán Maldonado, Jerimy Isaac.

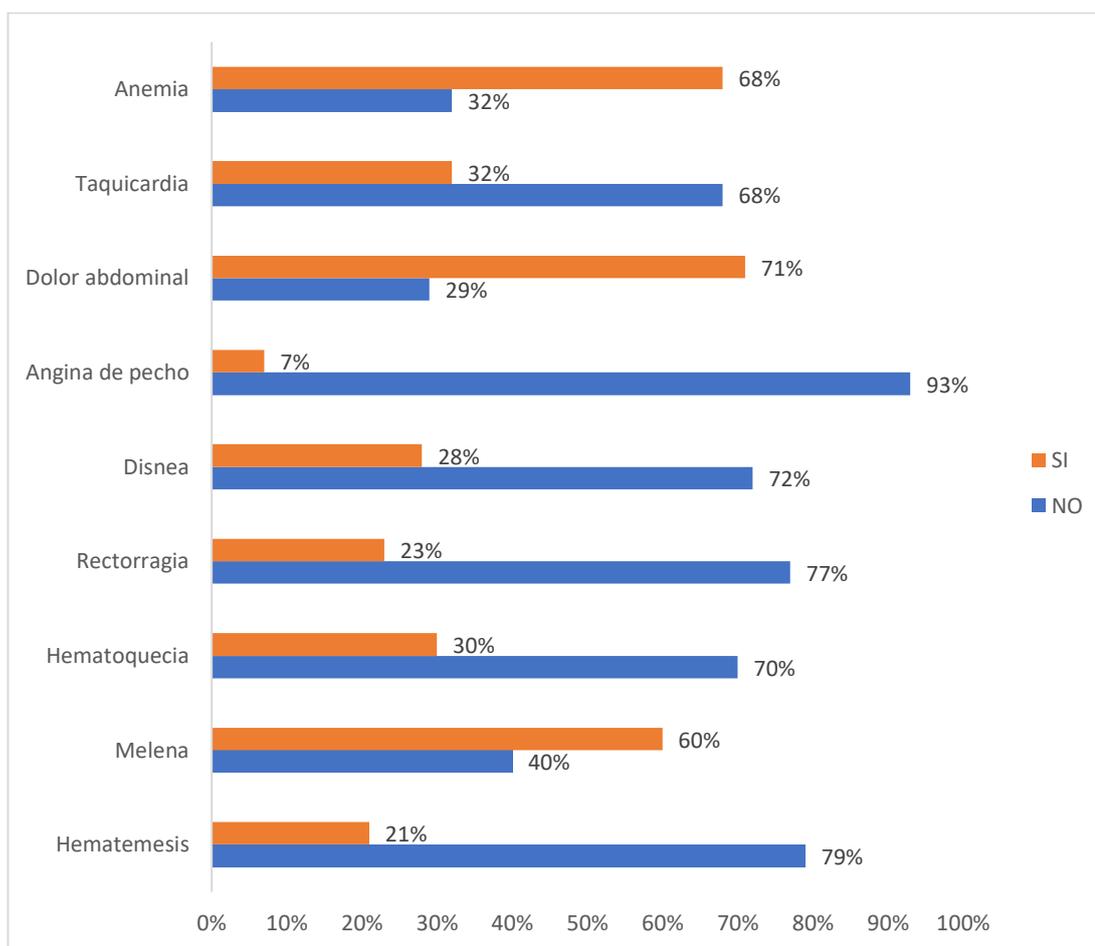
Análisis.

En cuanto a las etiologías principales asociadas a HD destaca la gastritis con un 56% de prevalencia en los pacientes, de la misma manera con un 37% de pacientes con antecedentes de úlcera péptica.

En este marco etiológico también destaca la enfermedad diverticular con un 19% indicando una enfermedad que predispone al paciente al diagnóstico de HD; por su parte las varices esofágicas con una presencia del 15% de los pacientes, lo que sugiere una condición que conlleva a una posible complicación a nivel digestivo; de la misma manera la hemorragia originada en el intestino delgado con una prevalencia del 16% en pacientes, enmarcando una etiología importante asociada a la HD; por consiguiente los pólipos con un 12% en pacientes recalca un antecedente sustancial para el manejo de la HD; además la esofagitis erosiva con el 10% de presencia resalta una posibilidad del desarrollo de una hemorragia digestiva alta por su ubicación y su función en el sistema digestivo.

Para dar respuesta al cuarto objetivo específico, que consistió en analizar las complicaciones según el tipo de hemorragia, se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 5.
Manifestaciones clínicas



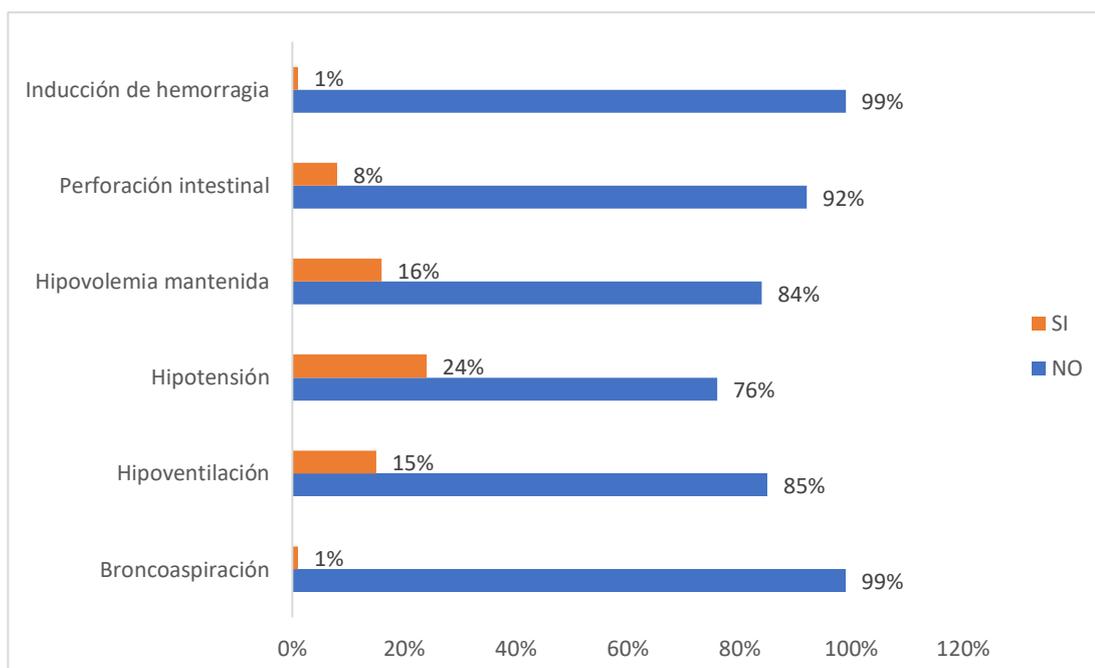
Nota. Datos obtenidos de historias clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta y baja. Elaborado por: Cabello Lozano, Javier Omar y Morán Maldonado, Jerimy Isaac.

Análisis.

En lo que respecta a las manifestaciones clínicas el 71% de los pacientes refiere dolor abdominal y un 68% anemia mediante exámenes de laboratorio.

El 60% de los pacientes refiere melena como una de las manifestaciones clínicas que se presenta en la hemorragia digestiva, así mismo la presencia de taquicardia con un 32% y disnea con 28%, estos se pueden identificar al primer contacto del paciente mediante monitoreo de signos vitales; por su parte, la rectorragia presente en el 23% de pacientes y hematemesis con el 21%, sugiriendo una pérdida de líquidos por parte del paciente que conlleva a una hipovolemia; cabe recalcar que el 7% de los pacientes refiere angina de pecho como otro síntoma adicional a los ya expresados con anterioridad.

Gráfico 6.
Complicaciones



Nota. Datos obtenidos de historias clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta y baja. Elaborado por: Cabello Lozano, Javier Omar y Morán Maldonado, Jerimy Isaac.

Análisis.

En este contexto se identifica que el 99% de pacientes no desarrolla broncoaspiración y el 99% tampoco evoluciona en una inducción por hemorragia, además el 92% de pacientes no desarrolla perforación intestinal.

En este marco de complicaciones cabe destacar que el 24% de pacientes expresa y evoluciona de manera intermitente una hipotensión debido a las manifestaciones clínicas presentes en el cuadro agudo; la hipovolemia mantenida con el 16% y la hipoventilación con el 15 %, ambas vinculadas directamente al metabolismo y homeostasis del paciente con cuadro clínico agudo; en los casos más graves hay una existencia de perforación intestinal con el 8% en base a las manifestaciones clínicas y evolución del paciente; si embargo también la inducción de hemorragia y broncoaspiración también se encuentran presentes cada una con el 1%, sugiriendo que la probabilidad sigue estando presente en menores escalas.

5. Discusión

De acuerdo con los resultados encontrados en la presente investigación se corrobora para el primer objetivo específico que el principal perfil sociodemográfico encontrado es la variación entre las edades de los pacientes siendo la etapa adulta con más casos reflejados de hemorragia digestiva alta y baja con un 48% entre edades de 60 a 79 años, seguido de pacientes con 80 a 98 años en porcentaje del 25% de los casos estudiados, además que el 58% de los casos están dados en la población masculina y el 83% en personas que se autoidentifican como mestizos; esto coincide con el estudio de Jorquera S. et al. en 2021 (21) que indican la importancia de generar un protocolo para la condición clínica de los pacientes de acuerdo a sus características específicas y sus necesidades, ya que de esta manera se puede lograr una disminución de la estancia hospitalaria de los pacientes y se mejora la calidad de atención del personal de salud.

Con respecto al segundo objetivo específico que abarca los factores de riesgo se identificó que las comorbilidades crónicas sustentan el 82% de casos al igual que la presencia o antecedentes de *helicobacter pylori* con el 59%, sugiriendo una causalidad bastante amplia en cuanto a estos factores de manera que se interpreta un manejo clínico según las necesidades y estado del paciente, sin embargo también hay un 43% de pacientes con antecedentes de tabaquismo y consumo de alcohol; esto se argumenta con el estudio de Kobayashi A. et al. en 2023 (18) que indicaron que los pacientes hospitalizados presentan un estado más deteriorado de acuerdo a su ingreso y posterior evolución, agregándole factores de comorbilidades en lo que se diferencia otros pacientes que son ambulatorios y presentan mejores estado hemodinámico según los resultados de laboratorio.

En lo que concierne al tercer objetivo específico que acarrea la etiología principal de la hemorragia digestiva alta y baja, se identificó que el 56% de pacientes tenían antecedentes de gastritis, un 37% con antecedentes de úlcera péptica, además la presencia de diverticulosis con el 19%, estos factores etiológicos principales sobresalieron de manera que sugieren un posible tratamiento de acuerdo a los resultados hallados a medida que avanza

el estudio clínico; estos resultados coinciden con el trabajo de Faroux L. et al. en 2021 (18) que destacaron que la etiología tiene que ver mucho con la mortalidad de los pacientes con HD ya sea alta o baja, y que en muchos de los casos se presenta un efecto recidivante.

Por último, de acuerdo al cuarto objetivo específico que trata sobre las complicaciones de acuerdo al tipo hemorragia digestiva se determinó que el 71% de los pacientes refieren dolor abdominal como principal complicación, además de anemia con el 68% seguido de melena con el 60% de casos, por consiguiente la taquicardia con el 32% y la disnea en un 28% de los casos, sin dejar de lado la rectorragia con el 23% y la hematemesis con el 21%, estos últimos asociados a pérdida de líquidos y una posible hipovolemia; esto se sostiene con lo hallado en el estudio de Ferreira S. et al. en 2022 (23) que indican complicaciones debido al uso de fármacos y antecedentes previos de varices esofágicas así como de úlcera péptica, además de esto que recomiendan capacitar al personal de salud constantemente para promover la difusión de los cuidados y la prevención de sus posibles complicaciones.

.

.

6. Conclusiones

* Se concluye que el perfil sociodemográfico encontrado en el paciente con hemorragia digestiva alta y baja es generalmente varones con edad media de 67 años, este resultado subraya una posible predisposición de género y edad hacia la hemorragia digestiva, estos hallazgos podrían reflejar sesgos en el acceso o la búsqueda de atención médica entre diferentes grupos demográficos. Los varones, especialmente en edades avanzadas, pueden tener tendencias diferentes en cuanto a la atención sanitaria en comparación con las mujeres o grupos más jóvenes, lo que podría influir en la prevalencia observada de hemorragia digestiva.

* Se identificó que los principales factores de riesgo de hemorragia digestiva alta y baja son pacientes que abarcan la presencia de comorbilidades crónicas y edad avanzada, estas condiciones subyacentes pueden no solo predisponer a los individuos a un mayor riesgo de desarrollar hemorragia digestiva, sino también complicar el tratamiento debido a interacciones medicamentosas, mayor susceptibilidad a efectos secundarios y una capacidad reducida para recuperarse de episodios agudos; el envejecimiento de la población global implica que un número creciente de individuos está en riesgo de hemorragia digestiva debido a la edad avanzada y comorbilidades relacionadas.

* Al abarcar la etiología principal de la hemorragia digestiva se obtuvo que la gastritis y la úlcera péptica prevalecen en este aspecto, el predominio de estas condiciones como causas de hemorragia digestiva resalta la importancia de factores de riesgo modificables, como el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), el consumo de alcohol, el estrés y la infección por *Helicobacter pylori*; el hallazgo implica que los sistemas de salud deben estar equipados para manejar estas condiciones, lo que incluye disponibilidad de endoscopia diagnóstica y terapéutica, tratamientos médicos adecuados y personal capacitado en el manejo de complicaciones gastrointestinales.

* Respecto a las manifestaciones clínicas fueron el dolor abdominal y la anemia como principales signos, ambos son síntomas relativamente inespecíficos que pueden presentarse en una amplia gama de condiciones

médicas, lo cual representa un desafío diagnóstico para los profesionales de la salud; mientras que en las complicaciones según el tipo de hemorragia digestiva alta o baja, estuvieron la hipotensión e hipovolemia, estas complicaciones indican una pérdida significativa de volumen sanguíneo, lo que puede llevar a un shock hipovolémico, un estado potencialmente mortal, de modo que se precisa que los sistemas de salud estén preparados para ofrecer reanimación fluida adecuada, transfusiones de sangre y otras terapias de soporte.

7. Recomendaciones

Se recomienda identificar los datos más relevantes de los pacientes para poder realizar una toma de decisiones correcta, ya que al primer contacto con el usuario se debe manejar en base a las prioridades requeridas por el mismo, siendo así que no todos los pacientes llegan en estado consciente lo que dificulta la adquisición de la información de primera mano; esto quiere decir que la autoeducación en los profesionales es indispensable para promover las perspectivas y una mejora de recursos para ayudar al paciente en su estadía hospitalaria.

Se sugiere que el análisis exhaustivo de los factores de riesgo sea dirigido para la demanda de necesidades que presente el paciente, es decir, la previa identificación de comorbilidades crónicas y otros factores como obesidad, edad del paciente que sin bien es cierto la población adulta es la más afectada, el hallazgo de otros parámetros como la presencia e helicobacter pylori, cada uno de estos sea incluido y adaptado de acuerdo a los manuales de los pacientes y dependiendo de la gravedad, se adapte al régimen terapéutico.

Es de gran importancia reconocer la etiología de la enfermedad para correlacionar las intervenciones de cuidados con previa identificación y diferenciación de hemorragia digestiva alta y baja; normalmente los pacientes identifican antecedentes de pólipos, esofagitis erosiva, gastritis que es la más identificada así como la úlcera péptica, estadios que sugieren un estudio del paciente de carácter retrospectivo y proyectado a la evolución positiva del usuario y que va a depender de su evolución de acuerdo a los días de hospitalización.

Se recomienda una constante capacitación del personal de salud para promover la identificación de signos y síntomas, un manejo correcto y las posibles complicaciones que el paciente pueda presentar en los días de hospitalización y promover su estado clínico de tal manera que las acciones e intervenciones sean congruentes según el estado clínico, esto con el correcto uso de recursos y la información que se tiene del caso presente.

8. Referencias

1. Manzo L, Sabanes M, Rojas F, Aguilar N. Efecto del tratamiento antitrombótico en la hemorragia gastrointestinal. *Endoscopia*. 2022 febrero; 31(2).
2. Macas CJ, Naranjo MJ, García GG, Molina JK. Utilidad diagnóstica y terapéutica de la videoendoscopia digestiva alta. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*. 2018 abril; 3(2).
3. Martínez GA, Figueroa PP, Toro JI, García C, Csendes A. Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. *Revista de Cirugía*. 2021; 73(6).
4. Zarate AJ, Manríquez MJ, García C. Hemorragia digestiva baja. *Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas*. 2020 Diciembre.
5. Castillo O, Flores C. Mortalidad por enfermedades digestivas no neoplásicas en la población adulta del Perú, 2010 – 2015. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2019 marzo; 80(1).
6. Crespo E, Reyes C, Cordero G. Hemorragia digestiva. *Libros de Puerto Madero Editorial Académica*. 2022 julio; 97(8).
7. Jáquez JO. Hemorragia de tubo digestivo alto. *Endoscopia*. 2022 junio; 33(1).
8. Jiménez CE, Randía L, Quiroga F. Manejo endovascular de la hemorragia digestiva, experiencia del Hospital Universitario Clínica San Rafael. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2019; 34(3).
9. Latif J, Lorenzo M, Solla R, Segovia G, Mitidieri A, Coturel A, et al. Hemorragia digestiva baja: factores de riesgo de gravedad, necesidad de cirugía de urgencia y mortalidad hospitalaria. *Rev Argent Cir*. 2023; 115(1).
10. Alba L, Hontoría G, Jiménez MA, Saíz RM. Endoscopia digestiva urgente y de alta prioridad durante la pandemia de COVID-19 en un hospital terciario. *Gastroenterología y Hepatología*. 2022 abril; 45(51).

11. Maldonado C, Estupiñan D, Sepúlveda M, Gempeler A, Zapata I, Rojas N, et al. Caracterización clínica y endoscópica del sarcoma de Kaposi gastrointestinal en una institución del suroccidente colombiano entre 2011 y 2020. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2023 septiembre; 38(3).
12. Ayala V, Ayala G, Guamán I, Barreno R, Abarca P, Basantes N, et al. El papel de la videocápsula endoscópica en la hemorragia digestiva. *Metro Ciencia*. 2019 agosto; 27(2).
13. Andino, F.X. Informe de rendición de cuentas. Guayaquil: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; 2020.
14. Cárdenas C, Cárdenas J, Vilcacundo E, Troncoso D. Sangrado digestivo alto: Una revisión bibliográfica. *Polo del Conocimiento*. 2021 enero; 6(1).
15. Benites H, Brañez A, Monge F, Medina B, Cárdenas I, Asencios J, et al. Adherencia a la guía de práctica clínica institucional sobre hemorragia digestiva alta, en un hospital de Lima - Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2020 junio; 40(2).
16. Otero M, Figueredo L, Figueredo C, Rosada Y, Polanco A. Sangramiento Digestivo Alto. Factores de riesgo asociados. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Enero 2017 a enero 2018. *Multimed*. 2020 febrero; 24(1).
17. Guachamín P, Díaz S, Vásquez B, Churo V, Chicango R, Yagual B. Cuidados de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva que ingresan a la Unidad Técnica de Gastroenterología. *Ruta de Enfermería*. 2020; 19(1).
18. Kobayashi A, Kishino M, Misumi Y, Nakamura S, Nonaka K, Tokushige K. Características, resultados y factores de riesgo de hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados: comparación con pacientes ambulatorios. *Médico Interno*. 2023 mayo; 62(10).
19. Faroux L, Cruz I, Arzamendi D, Freixa X, Nombela L, Peral V, et al. Incidencia, factores predictivos e impacto clínico de la recurrencia de la

- hemorragia en pacientes con hemorragia digestiva previa sometidos a ACAR. *Estimulación Clin Electrophysiol.* 2021 julio; 44(7).
20. Bouget J, Viglino D, Yvetot Q, Oger E. Hemorragia digestiva mayor y antitrombóticos: características y manejo. *Mundo J Gastroenterol.* 2020 septiembre; 26(36).
 21. Jorquera S, Valiente R, Vazquez S, Gómez P, Boix E, Pérez C, et al. Hemorragia digestiva alta. Revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.* 2021 febrero; 15(6).
 22. Zheng N, Tsay C, Laine L, Shung D. Tendencias en las características, el manejo y los resultados de los pacientes que presentan hemorragia gastrointestinal en los departamentos de emergencia en los Estados Unidos de 2006 a 2019. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022 diciembre; 56(11-12).
 23. Ferreira S, Augusto V, Cordeiro M, Ferreira E. Factores de riesgo y prevención primaria de la hemorragia digestiva alta: una revisión integradora. *Research, Society and Development.* 2022 febrero; 11(3).
 24. Quiroga J, Ivars L, Estrada K, Hernández M, Pacheco F, Peñaranda L, et al. Caracterización de los pacientes con hemorragia digestiva alta de origen no variceal. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com.* 2021 febrero; 16(5).
 25. Alvarado V, Arias J, Cepeda M, Campoverde S, Vera V, López J, et al. Estudio retrospectivo: comparación de Scores AIMS65, Rockall y Glasgow Blatchford para hemorragia digestiva alta. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana.* 2023 diciembre; 53(4).
 26. Cuartas Y, Martínez L. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Medicas UIS.* 2020 octubre; 33(3).
 27. Martínez G, Figueroa P, Toro J, García C, Csendes A. Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. *Revista de cirugía.* 2021 diciembre; 73(6).

28. Délano R, Herrera J, Vera A, Sánchez J, Heredia M, Valenzuela C. Síndrome de Mallory-Weiss. Reporte de caso y breve revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2021 enero; 62(5).
29. Crespo E, Reyes C, Cordero G. Hemorragia digestiva. *Medicina de Urgencias*. 2022; 1(23).
30. Chuecas J, Torres T, Cabezas G, Lara B. Hemorragia digestiva alta. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2019 septiembre; 44(3).
31. Mellado J, Mellado J. Variación estacional de la hemorragia digestiva alta. *Revista Cubana de Reumatología*. 2022 octubre; 24(2).
32. Chabesta B, Hinostroza F. Actualización en la terapéutica del sangramiento digestivo alto no visceral. *Polo del Conocimiento*. 2022 agosto; 7(8).
33. Mendoza J, Monzón J, Tovar G, García M, Mendoza G. Hemorragia de vías digestivas altas por presentación atípica de adenocarcinoma endometrial metastásico en el estómago. Tipificación diagnóstica con recursos endoscópicos. *Revista colombiana de Gastroenterología*. 2022 febrero; 36(1).
34. Zamora J, Maturana V. Tratamiento quirúrgico de la hemorragia digestiva alta por enfermedad de Dieulafoy. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2020 marzo; 35(1).
35. Guzmán J. Tratamiento del sangrado digestivo alto. *Revista Médica Científica CaMBios*. 2018; 17(2).
36. Méndez A, Solórzano M, Quimi S, Poma L. VEDA terapéutica en hemorragia digestiva alta. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2020 enero; 4(1).
37. O'Brien A, Wash A, Enríquez O, Yevenes S, Zapata G, Labbe I, et al. Hemorragia digestiva: evaluación por angio-TC y entero-TC. *Revista Chilena de Radiología*. 2020 diciembre; 27(3).
38. Mato Y, Ramos A, Fernández S, Hernández Y, González N. Efectividad del tratamiento con ácido tranexámico en la hemorragia digestiva alta. *Revista Cubana de Cirugía*. 2020 junio; 59(2).

39. Ramírez M, Restrepo J. Hemobilia, una causa infrecuente de hemorragia del tracto digestivo superior. *Revista colombiana de Gastroenterología*. 2021 noviembre; 36(2).
40. Diaztagle J, Sprockel J, Mojica E, Vásquez L, Cruz R, Eslava D, et al. Profilaxis para sangrado gastrointestinal en pacientes del servicio de medicina interna de un hospital universitario. *Universidad y Salud*. 2022 agosto; 24(3).
41. Navalón M, Bautista A. Hemorragia digestiva alta y baja en edad pediátrica. *Protoc diagn ter pediatr*. 2023 enero; 1.
42. Larrosa C, Moratorio I, Canavesi A. Hemorragia digestiva baja por cáncer de páncreas: una presentación infrecuente. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2023; 43(2).
43. Blanco C, Peláez M, Solana S, Martínez C, Hernández A, Cerna J, et al. Guía de abordaje y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo bajo. *Endoscopia*. 2021 octubre; 31(1).
44. Gamarro E, Ruiz P. Hemorragia digestiva como manifestación de neurofibromatosis tipo I: reporte de un caso. *Horizonte Médico (Lima)*. 2020 diciembre; 20(4).
45. Pérez M, Fernández J, Brice V, Dinza S, Colas G. Ligadura de varices esofágicas por videoendoscopia en pacientes con hemorragia digestiva alta. *MEDISAN*. 2020 noviembre; 24(6).
46. Inzunza J, Gallardo V, Gallardo V, López M. Abordaje diagnóstico-terapéutico de pacientes con úlceras pépticas hemorrágicas en un Hospital público del Noroeste de México. *Endoscopia*. 2022 febrero; 31(2).
47. Vicén M, Gallego M, Martín J, Aguilar A. Revisión de actualización de pautas de tratamiento de *H. pylori*. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2020 abril; 13(1).
48. Délano R, Herrera J, Vera A, Sánchez J, Heredia M, Valenzuela C. Síndrome de Mallory-Weiss. Reporte de caso y breve revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2019sSeptiembre; 62(5).

49. Martínez C, García M, Villalba F. La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. *Revista de cirugía*. 2021; 73(3).
50. González A, Hernández A, Manzano M, Aguilar R, Escobedo D, Soc P. Riesgo de cáncer en pólipos diminutos de colon en población mexicana. *Endoscopia*. 2022 febrero; 31(2).
51. Vicente T, Delgado S, Ramírez V. Cáncer colorrectal. Uso de cuestionarios. *Gaceta mexicana de oncología*. 2021 abril; 19(2).
52. Zambra M, Bocic G, Abedrapo M, Snguineti A, Llanos J, Azolas R, et al. Características epidemiológicas y manifestaciones clínicas de pacientes con proctitis infecciosa. *Revista de cirugía*. 2021 febrero; 73(1).
53. Capote G, Labrada D, Sosa D, Gorgoso A. Ayuno preoperatorio. *Multimed*. 2020 septiembre; 24(5).
54. Varón F. Enfermedad de Pompe y compromiso respiratorio. *Acta Neurológica Colombiana*. 2023 noviembre; 39(2).
55. Monge M, Jiménez I, Lorente J, García D, Fernández A, Pérez A, et al. Hipotensión arterial postoperatoria: el enemigo inadvertido. *Rev Esp Anestesiol Reanim (Engl Ed)*. 2023 diciembre; 70(10).
56. Beneš J. Diagnóstico de la hipovolemia y la hipervolemia: del examen clínico a los métodos modernos. *Vnitr Lek*. 2019 diciembre; 65(3).
57. Rausch L, Hanna D, Patel A, Blakely M. Revisión de la enterocolitis necrotizante y la perforación intestinal espontánea: presentación clínica, tratamiento y resultados. *Clin Perinatol*. 2022 diciembre; 49(4).
58. Kashani K, Omer T, Shaw A. La perspectiva del intensivista sobre el shock, el control del volumen y la monitorización hemodinámica. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2022 mayo; 17(5).
59. Scheckel C, Go R. Anemia Hemolítica Autoinmune: Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2022 abril; 36(2).
60. Osegueda J, Unda J, Unda S, Escobedo L. Sangrado de tubo digestivo alto asociado a infección gastrointestinal por norovirus. *Acta médica Grupo Ángeles*. 2022 mayo; 20(4).

61. Constitución de la República del Ecuador. ; 2021.

62. Ley Orgánica de la Salud.; 2015.

Anexos

Anexo 1. Aprobación Carrera de Enfermería



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

Tel. 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 15 de diciembre del 2023

Sr. Javier Omar Cabello Lozano
Sr. Jerimy Isaac Morán Maldonado
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación: “Características clínicas de las hemorragias digestiva alta y baja en los pacientes ingresados en un hospital de Guayaquil.” ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Laura Molina De la Vera.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,



LCDA. ÁNGELA MENDOZA VINES
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Anexo 2. Autorización Docencia del Hospital



Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2024-0038-FDQ
Guayaquil, 18 Marzo de 2024

PARA: **JAVIER OMAR CABELLO LOZANO**
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

JEREMY ISAAC MORAN MALDONADO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de tesis "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVA ALTA Y BAJA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE GUAYAQUIL" una vez que por medio del memorando Nro. IESS-HTMC-JUTGA-2024-0200-M de fecha 29 de Febrero del 2024, firmado por la Espc Maria Emilia Vera – Jefe Unidad de Gastroenterología, se remite el informe favorable a la misma.

Por lo antes expuesto reitero que puede realizar su trabajo de Tesis siguiendo las normas y reglamentos del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Atentamente,



Mg. MARÍA GABRIELA ACUÑA CHONG
COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO

Referencias:

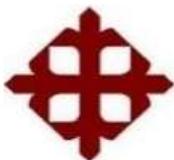
- Solicitud

Mm



www.iess.gob.ec

Anexo 3. Instrumento



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

Instrumento: Guía de observación de registro de datos

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad

años _____

2. Sexo

() Hombre () Mujer

3. Autoidentificación étnica

() Blanco(a) () Negro(a)
() Afroecuatoriano(a) () Mestizo(a)
() Indígena

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Colocar un visto (✓) según estén presentes o ausentes las siguientes características:

Factores de riesgo		Si	No
	4. Edad avanzada del paciente.		
	5. Comorbilidades crónicas.		
	6. Antecedentes patológicos personales de hemorragia digestiva.		
	7. Tabaquismo, alcohol.		
	8. Obesidad		
	9. Inmunodepresión		
	10. Infección por Helicobacter Pylori.		
	11. Uso de fármacos: corticoides inhibidores de la recaptación de serotonina; inhibidores de la aldosterona, anticoagulantes orales, antiinflamatorios no esteroides (AINES)		
Etiología		Si	No
	12. Várices esofágicas		
	13. Úlcera péptica		
	14. Gastritis		
	15. Síndrome de Mallory - Weiss		
	16. Neoplasia		

	17. Esofagitis erosiva		
	18. Enfermedad diverticular o diverticulosis		
	19. Pólipos		
	20. Angiodisplasias		
	21. Neoplasias de colon		
	22. Patología anorrectal		
	23. Otras lesiones colónicas		
	24. Hemorragia originada en el intestino delgado		
	25. Otra		
Manifestaciones clínicas		Si	No
	26. Hematemesis		
	27. Melena		
	28. Hematoquecia		
	29. Rectorragia		
	30. Disnea		
	31. Angina de pecho		
	32. Dolor abdominal		
	33. Taquicardia		
	34. Anemia		
Complicaciones		Si	No
	35. Broncoaspiración		
	36. Hipoventilación		
	37. Hipotensión		
	38. Hipovolemia mantenida		
	39. Perforación intestinal		
	40. Inducción de hemorragia		

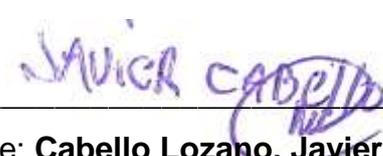
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cabello Lozano, Javier Omar**, con C.C: # **0927177808** autor del trabajo de titulación: **Características clínicas de las hemorragias digestivas altas y bajas en los pacientes ingresados en hospital de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **02 de mayo del 2024**

f.  _____

Nombre: **Cabello Lozano, Javier Omar**

C.C: **0927177808**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Morán Maldonado, Jerimy Isaac**, con C.C: # **0955978929** autor del trabajo de titulación: **Características clínicas de las hemorragias digestivas altas y bajas en los pacientes ingresados en hospital de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **02 de mayo del 2024**

f.  _____

Nombre: **Morán Maldonado, Jerimy Isaac**

C.C: **0955978929**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Características clínicas de las hemorragias digestivas altas y bajas en los pacientes ingresados en hospital de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Cabello Lozano, Javier Omar Morán Maldonado, Jerimy Isaac		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Mgs. Lcda. Molina De la Vera, Laura Hortencia		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Medicina		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo del 2024	No. DE PÁGINAS:	55
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Características Clínicas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Causas, complicaciones, etiología, factores de riesgo, hemorragia gastrointestinal.		
RESUMEN:	<p>La hemorragia digestiva, clasificada en alta y baja según su origen en el tracto gastrointestinal, representa una urgencia médica con significativa morbilidad y mortalidad entre pacientes hospitalizados. Objetivo: Determinar las características clínicas de los pacientes con hemorragias digestiva alta y baja ingresados en hospital de Guayaquil, en el periodo de mayo 2023 a marzo 2024. Metodología: Descriptivo, cuantitativo, no experimental, retrospectivo, transversal, con una muestra de 100 historias clínicas de pacientes atendidos en el área de gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado. Resultados: Respecto al perfil sociodemográfico más afectado fueron adultos de 60 a 79 años con 48%, la edad media fue de 67 años, 58% fueron hombres; los principales factores de riesgo fueron 82% comorbilidades crónicas y 63% edad avanzada del paciente; entre las etiologías principales, destacan el 56% de gastritis y 37% de úlcera péptica; en lo correspondiente a las manifestaciones clínicas, 71% presentaron dolor abdominal y 68% anemia; mientras que, en las complicaciones, 24% presentaron hipotensión y 16% hipovolemia mantenida. Conclusión: El análisis de los resultados sobre las características clínicas de la hemorragia digestiva en un hospital de Guayaquil indica que el grupo más afectado incluye adultos de mediana edad a ancianos, con una prevalencia mayor en hombres; las comorbilidades crónicas y la edad avanzada se destacan como los factores de riesgo principales; mientras que la gastritis y úlcera péptica se asocian al dolor abdominal y anemia; además, la presencia de complicaciones serias como hipotensión e hipovolemia mantenida resalta la importancia de un manejo clínico temprano.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 97 871 5799+593 95 874 8928	E-mail: jerimy.moran@cu.ucsg.edu.ec javier.cabello@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Mgs		
	Teléfono: +593- 993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			