

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Determinar la incidencia de hemorragia digestiva alta en
pacientes con IRC grado 5 en el Hospital IESS Ceibos,
periodo agosto del 2020 a agosto del 2021**

AUTORES:

Morales Murillo Jimmy Santiago

Llangari Recalde Any Josette

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

MEDICO

TUTOR:

Dr. Christian Enrique Elias Ordoñez

Guayaquil, Ecuador

1 de septiembre del 2022



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **MORALES MURILLO JIMMY SANTIAGO, LLANGARI RECALDE ANY JOSETTE**, como requerimiento para la obtención del título de **MEDICO**.

TUTOR (A)

f. _____

DR. CHRISTIAN ENRIQUE ELIAS ORDOÑEZ

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros: **Morales Murillo Jimmy Santiago;**
Llangari Recalde Any Josette

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Determinar la incidencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con IRC grado 5 en el Hospital IESS Ceibos, periodo agosto del 2020 a agosto del 2021**

previo a la obtención del título de **MEDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022

AUTORES:

MORALES MURILLO JIMMY SANTIAGO

LLANGARI RECALDE ANY JOSETTE



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

AUTORIZACIÓN

Nosotros: Morales Murillo Jimmy Santiago;
Llangari Recalde Any Josette

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Determinar la incidencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con IRC grado 5 en el Hospital IESS Ceibos, periodo agosto del 2020 a agosto del 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022

AUTORES:

MORALES MURILLO JIMMY SANTIAGO

LLANGARI RECALDE ANY JOSETTE

JIMMY SANTIAGO MORALES MURILLO
ANY JOSETTE LLANGARI RECALDE
URKUND

Documento [Tesis ERCSHDA.docx](#) (D143241046)

Presentado 2022-08-25 00:24 (-05:00)

Presentado por jimmymorales236@gmail.com

Recibido christian.elias.ucsg@analysis.orkund.com

1% de estas 10 páginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.



TUTOR: DR. CHRISTIAN ELIAS ORDOÑEZ

AGRADECIMIENTOS

Any Josette Llangari Recalde

No existen palabras para expresar lo agradecida que estoy con mi madre y mi hermana, Victoria Recalde Veloz y Melany Astudillo Recalde. Mami sin ti este logro jamas hubiera sido posible, estoy infinitamente agradecida contigo, por todo tu amor, dedicación, paciencia y el admirable esfuerzo que has hecho para ayudarme a cumplir esta meta. A mi hermana gracias por ser mi respaldo, mi aliento e impulso, me has llevado de la mano hasta aquí y no sabes la bendición que ha sido tenerte. Finalmente, gracias Diosito, todo en mi vida existe gracias a ti.

Jimmy Santiago Morales Murillo

Primero quiero agradecer a Dios por todas las bendiciones que me ha dado, segundo a mi familia, a mi papá Jimmy, mi mamá Gina, mis ñaños, José Antonio, Marcel, Ginita y Federico. Por apoyarme siempre en este largo camino que fue duro, pero valió la pena. Además, le doy las gracias a mi tutor el doctor Christian Elias por guiarnos en la realización de la tesis y por sus consejos que los aplicaremos en nuestra vida como profesionales.

DEDICATORIA

Jimmy Morales Murillo

Dedicó este presente trabajo a mis padres que gracias a su gran apoyo pude cumplir mis sueños por enseñarme y educarme a ser un hombre de bien con humildad y con valores.

A mis hermanos, que me aconsejaron a qué no me dé por vencido, me influenciaron a que siga adelante, ya que con disciplina y perseverancia todo se puede lograr.

Any Llangari Recalde

Le dedico esta tesis a mi mamá, a mi hermana y a mi familia, cada uno de mis logros son por y para ustedes.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. AGUIRRE MARTILLO, JUAN LUIS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. AYON GENKUONG, ANDRES MAURICIO
COORDINADOR DE TESIS / DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

RESUMEN

Introducción: La enfermedad renal crónica se define como el deterioro progresivo e irreversible de la función renal. Se manifiesta cuando el filtrado-glomerular cae por debajo de 25-35% y en su lugar aumentan los niveles de urea y creatinina, si el VFG es $> \leq 60$ ml/min/1.73m. **Objetivo:** Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica grado 5 y hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital IESS Ceibos entre Agosto 2020 a Agosto 2021. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, realizado sobre pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica grado 5 y hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital IESS Ceibos entre Agosto 2020 a Agosto 2021. **Resultados:** La base de datos estudiada consistió de 49,374 pacientes atendidos en el Hospital IESS Ceibos en el período agosto 2020 a agosto 2021. La muestra requerida consistió de 383 pacientes que presentaron enfermedad renal crónica en grado cinco y hemorragia digestiva alta. **Conclusión:** Se encontró que los pacientes con ERC grado 5 con HDA presentaron un promedio de edad de 65 años, estando dos tercios en el rango de 55 a 75 años de edad. La distribución de sexo favorecía levemente a los varones.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica grado 5, hemorragia digestiva alta, antecedentes patológicos personales, manifestaciones clínicas.

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease is defined as the progressive and irreversible deterioration of kidney function. It manifests itself when the glomerular filtration falls below 25-35% and instead the levels of urea and creatinine increase, if the GFR is $>$ or $=$ 60 ml/min/1.73m. **Objective:** To determine the clinical-epidemiological characteristics of patients diagnosed with grade 5 chronic kidney disease and upper gastrointestinal bleeding treated at the IESS Ceibos Hospital between August 2020 and August 2021. **Materials and methods:** A descriptive, observational, cross-sectional, retrospective study was carried out. , conducted on patients diagnosed with grade 5 chronic kidney disease and upper gastrointestinal bleeding treated at the IESS Ceibos Hospital between August 2020 and August 2021 **Results:** The database studied consisted of 49,374 patients treated at the IESS Ceibos Hospital in the period August 2020 to August 2021. The required sample consisted of 383 patients who presented grade five chronic kidney disease and upper gastrointestinal bleeding. **Conclusion:** It was found that patients with CKD grade 5 with HDA presented an average age of 65 years, with two thirds in the range of 55 to 75 years of age. The gender distribution slightly favored males.

Keywords: Grade 5 chronic kidney disease, upper gastrointestinal bleeding, personal medical history, clinical manifestations.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1.....	3
1. EL PROBLEMA	3
1.1 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	4
1.4.1 1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.4.2 1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
CAPÍTULO II.....	5
2. MARCO TEÓRICO	5
1.5 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	5
1.6 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	7
1.6.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	7
1.6.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	7
1.7 INTERVENCIÓN ENDOSCÓPICA.....	10
1.8 2.4 HIPÓTESIS.....	11
1.9 2.5 OPERALIZACIÓN DE VARIABLE.....	11
CAPÍTULO III:	14
3. MARCO METODOLÓGICO.....	14
METODOLOGÍA	14
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	14

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	14
UNIVERSO Y MUESTRA	14
UNIVERSO.....	14
MUESTRA.....	14
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	14
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	14
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	15
PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	15
RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS	15
HUMANOS	15
FÍSICOS	15
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	15
CAPÍTULO IV	17
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	17
1.10 4.1 RESULTADOS	17
1.11 4.2 DISCUSIÓN.....	18
CAPÍTULO V	20
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20
1.12 5.1 CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS	26

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, se define a la enfermedad renal crónica como el deterioro progresivo e irreversible de la función renal. Se manifiesta cuando el filtrado-glomerular cae por debajo de 25-35% y en su lugar aumentan los niveles de urea y creatinina, si el VFG es ≤ 60 ml/min/1.73m, además existe evidencia de daño renal, que puede ser definido por alteraciones urinarias, anomalías estructurales, enfermedad renal genética, enfermedad renal probada histológicamente. Pudiendo estar los pacientes relativamente asintomáticos o bien presentando anemia, hipertensión arterial, poliuria y nicturia. (1) En la enfermedad renal crónica las complicaciones gastrointestinales de estos pacientes, así como el resto de complicaciones que pudieran aparecer, son más prevalentes, siendo imperativo y necesario conocerlas para aportar la más apropiada conducta recuperadora.

Parte importante de este conocimiento implica la caracterización de las principales lesiones endoscópicas del tracto digestivo superior que aparecen en estos pacientes en especial en nuestro medio. (2,3)

CAPÍTULO 1

1. EL PROBLEMA

1.1 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los procesos de globalización, las políticas neoliberales, están determinando el deterioro de la calidad de vida de la población, marcada por la pobreza y la ignorancia convirtiéndose en uno de los factores que agrandan esta problemática, la extensión de la insuficiencia renal crónica y sus complicaciones se ha debido a la tendencia en aumento de la obesidad, dietas no saludables, hábitos sociales, ingesta de fármacos de uso masivo, estilos de vida sedentarios. La insuficiencia renal es considerada en los países del primer mundo como una epidemia. (4,5)

1.2 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En el Ecuador cada año se suman mil personas a la lista, que no reciben tratamiento a tiempo, el paciente corre peligro de morir (5). Pese a que en el país existe tecnología de punta y profesionales capacitados, el presupuesto es el principal impedimento para afrontar esta enfermedad pues un paciente no puede correr con los gastos que demandan los tratamientos, siendo esto un detonante de la aparición de complicaciones propias de la enfermedad de base como son los trastornos gastrointestinales que se citan en esta trabajo, así la hemorragia digestiva alta es una emergencia médico quirúrgica que conlleva teniendo una elevada mortalidad, a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años. Su incidencia varía en los distintos países. Sin embargo, se estima que se presenta con una frecuencia entre 50 y 140 casos por cada cien mil habitantes. (6-8)

1.3 1.3 JUSTIFICACIÓN

La importancia del estudio de la hemorragia digestiva en enfermos renales se basa en conocer factores desencadenantes, así como causas del sangrado en estos pacientes mediante el seguimiento de sus historiales médicos lo que

nos permitirá llegar a un diagnóstico temprano y veraz, evitando la progresión al evento hemorrágico correspondiente a una de las consecuencias más frecuentes a nivel digestivo y de esta forma el paciente no progrese a un estado que ponga en riesgo su vida. (9,10) Por tanto, se proyecta disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad que en estos tiempos está en auge. Así mismo el resultado de este estudio contribuirá para reportar estadísticas, patrones asociados de esta afección entre otros que contribuirán en cuanto al área científica e investigativa.

1.4 1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.4.1 1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica grado 5 y hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital IESS Ceibos entre Agosto 2020 a Agosto 2021.

1.4.2 1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar las características epidemiológicas de los pacientes estudiados.

Establecer los factores de riesgo presentes relacionados con hemorragia digestiva alta.

Describir la frecuencia de las manifestaciones clínicas de hemorragia digestiva alta encontradas.

Enumerar los hallazgos endoscópicos relacionados a hemorragia digestiva alta encontrados en los pacientes estudiados.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

1.5 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica (CKD) afecta a más de 20 millones de estadounidenses, y más de 500 000 tienen enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). Las causas más comunes de ERC son la diabetes y la hipertensión. La ERC es un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular, disfunción cognitiva, hospitalización y mortalidad por todas las causas. En pacientes mayores con CKD, el riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad por todas las causas suele ser mayor que el riesgo de progresión a ESRD y depende del nivel de función renal, la proteinuria y la edad (9,10).

Otras complicaciones de la ERC incluyen anomalías metabólicas, como anemia, hiperparatiroidismo secundario y alteraciones electrolíticas. Los objetivos principales del tratamiento incluyen ralentizar el deterioro de la función renal, prevenir enfermedades cardiovasculares, tratar complicaciones y facilitar la transición a la terapia de reemplazo renal cuando esté indicado. El manejo de estos pacientes desafiantes se logra mejor a través de la colaboración entre los proveedores de atención primaria y los nefrólogos (11,12).

Las dos causas más comunes de ERC en los Estados Unidos son la diabetes y la hipertensión. La detección debe evaluar los marcadores de daño renal y estimar la tasa de filtración glomerular (TFG). Por lo tanto, debe incluir una medición de la creatinina sérica para estimar la TFG, un análisis de orina para evaluar los leucocitos y los glóbulos rojos, y la medición de la proteína en la orina utilizando tiras reactivas estándar o específicas para la albúmina. A las personas que dan positivo en la prueba de albúmina o proteína se les debe medir la proteína para calcular la relación proteína-creatinina o albúmina-creatinina. Los pacientes con diabetes tipo 2 deben someterse a pruebas de detección de albuminuria en una muestra de orina puntual en el momento del

diagnóstico y luego anualmente utilizando >30 mg/g de creatinina como indicador de un resultado positivo de la prueba (13).

La hipertensión es la segunda causa más común de CKD en los Estados Unidos y acelera la disminución de la función renal independientemente de la causa principal. La mayoría de los pacientes con hipertensión deben mantener la presión arterial $<140/90$ mm Hg mediante la modificación del estilo de vida y la terapia con medicamentos antihipertensivos. Sin embargo, aunque el tratamiento de la hipertensión reduce el riesgo de eventos cardiovasculares, la reducción de la presión arterial no reduce el riesgo de ERC (14).

Las guías Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) de 2012 y Kidney Disease Outcomes and Quality Initiative (K/DOQI) de la National Kidney Foundation (NKF) definen la ERC como daño renal o una TFG <60 ml/min/1,73 m² durante más de 3 meses. Las pautas definen el daño renal como anomalías funcionales de los riñones (como proteinuria o albuminuria, o anomalías del sedimento urinario, como glóbulos rojos dismórficos) o anomalías estructurales como se observa en los estudios de imágenes (15).

1.5 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una condición médica común con diversas etiologías y presentaciones. Se define como la pérdida de sangre que se origina proximal al ligamento de Treitz, en el esófago, el estómago o el duodeno. La manifestación más común de HDA es melena o hematemesis. Sin embargo, la HDA también debe sospecharse en pacientes hemodinámicamente inestables que presentan hematoquecia (16).

La gravedad de la UGIB se define por el estado hemodinámico del paciente y los requisitos de transfusión de concentrados de glóbulos rojos. Aunque los pacientes que permanecen hemodinámicamente estables pueden ser tratados adecuadamente en el ámbito ambulatorio, la HDA grave requiere una estrecha vigilancia en la unidad de cuidados intensivos con endoscopia digestiva precoz. Esta revisión analiza las diversas etiologías de UGIB y proporciona un enfoque gradual para su manejo (17).

1.5.1 EPIDEMIOLOGÍA

En los Estados Unidos, hay aproximadamente 350 000 ingresos hospitalarios por UGIB anualmente. La incidencia de hospitalizaciones generalmente aumenta con la edad y es más común en hombres que en mujeres. Las 3 causas más comunes de HDA son la úlcera péptica (PUD), las várices esofagogástricas y la esofagitis erosiva. El historial del paciente y el examen físico a menudo pueden proporcionar pistas sobre la etiología específica del sangrado (18).

1.5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1.5.2.1 Úlcera péptica

La causa más común de UGIB es PUD. La ulceración se produce cuando los mecanismos de defensa de la mucosa en el tracto gastrointestinal superior se ven superados por factores endógenos (ácido, pepsina, bilis) o exógenos. Las 2 causas más comunes de PUD son el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y la infección por *Helicobacter pylori*, que pueden presentarse con ulceración gástrica o duodenal (19).

La ulceración duodenal es más común en pacientes con gastritis por *H. pylori* de predominio antral, donde la destrucción de las células D productoras de somatostatina conduce a un aumento de la carga de gastrina y ácido en el duodeno. Otras causas menos comunes de PUD incluyen estrés fisiológico, hipersecreción ácida (es decir, gastrinoma) y malignidad. La ulceración inducida por estrés es más probable que se observe en pacientes gravemente enfermos en la unidad de cuidados intensivos, con ventilación mecánica a largo plazo y coagulopatía como factores de riesgo predominantes (16).

Los pacientes con PUD pueden quejarse de dolor epigástrico persistente. Clásica De hecho, los pacientes con úlceras gástricas tienen dolor que empeora con el consumo de alimentos, y aquellos con úlceras duodenales informan una disminución del dolor con la ingesta de alimentos. Las úlceras pépticas también pueden presentarse sin dolor, independientemente de la etiología subyacente (17).

1.5.2.2 Várices esofagogástricas

El sangrado por várices esofagogástricas es la segunda causa más común de HDA y siempre debe considerarse en pacientes con antecedentes de cirrosis con hipertensión portal. Aproximadamente la mitad de los pacientes con cirrosis tienen várices gastroesofágicas como consecuencia de un gradiente de presión venoso hepático elevado ($> 10-12$ mm Hg). Sin embargo, es importante considerar que aproximadamente el 60% de los casos de HDA en pacientes con cirrosis no están relacionados con la hipertensión portal. La gravedad de la cirrosis subyacente (puntuación de Child-Pugh) está directamente relacionada con la probabilidad de que el paciente tenga várices. Los pacientes con hemorragia por várices pueden presentar melena, hematemesis o hematoquecia, según la gravedad de la hemorragia. El examen físico debe enfocarse en identificar estigmas de enfermedad hepática crónica que sugieran hipertensión portal (es decir, ascitis, caput medusae, araña angioma) (20).

1.5.2.3 Esofagitis

La esofagitis representa aproximadamente el 10% de los casos de HDA. La enfermedad por reflujo gastroesofágico grave y el abuso de alcohol son los 2 factores de riesgo más comunes para la esofagitis erosiva complicada con sangrado. Otras causas de esofagitis asociadas con sangrado incluyen esofagitis por píldora y esofagitis infecciosa. Aunque es raro, la isquemia puede conducir a necrosis esofágica (esófago negro) y debe sospecharse en un paciente con antecedentes de inestabilidad hemodinámica anterior a la HDA. En pacientes con HDA secundaria a esofagitis, la hematemesis es más común que la melena. La presencia de odinofagia y disfagia asociadas dependerá de la cronicidad y severidad de la condición subyacente (21).

1.6 INTERVENCIÓN ENDOSCÓPICA

Los pacientes con HDA deben someterse a una esofagoduodenoscopia porque puede ser diagnóstica y terapéutica. Para la mayoría de los pacientes, se debe realizar una esofagoduodenoscopia dentro de las 24 horas posteriores al ingreso en el hospital, después de haber recibido la reanimación adecuada como se describe anteriormente en este documento. Sin embargo, la endoscopia urgente, idealmente dentro de las 12 horas, debe realizarse en pacientes con características clínicas de alto riesgo. Además, la endoscopia dentro de las 12 horas es el estándar de atención para pacientes con sospecha de sangrado por várices (22).

La clasificación de Forrest se puede utilizar para describir los hallazgos endoscópicos en pacientes con UPP. Una úlcera de base limpia se asocia con un 5% de riesgo de resangrado, mientras que las úlceras con estigmas de sangrado reciente se asocian con un 10% a 43 % riesgo. Una úlcera sangrante activa tiene el riesgo más alto de volver a sangrar, estimado en un 55% (23).

En consecuencia, la terapia endoscópica se ofrece a los pacientes que presentan una úlcera sangrante activa y aquellos con fuertes estigmas de sangrado reciente. Por lo general, no se requiere terapia endoscópica en pacientes con una úlcera que contiene una mancha pigmentada plana o una úlcera de base limpia (24).

El tratamiento endoscópico de una úlcera con estigmas de sangrado de alto riesgo suele incluir la inyección de epinefrina para promover la vasoconstricción y el taponamiento por presión combinado con electrocoagulación bipolar o colocación de hemoclips. La coagulación con plasma de argón es una terapia ablativa sin contacto que puede usarse para lesiones vasculares superficiales (25).

1.7 2.4 HIPÓTESIS

Al ser un estudio descriptivo no presenta hipótesis.

1.8 2.5 OPERALIZACIÓN DE VARIABLE

GRUPO	VARIABLE	TIPO	RESULTADO
EPIDEMIOLÓGICA	EDAD	Cuantitativa continua	SI; NO
	SEXO	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ALCOHOL	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	TABACO	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	AINES	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	DIABETES	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	HIPERTENSIÓN	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	Categórica nominal dicotómica	SI; NO

	INSUFICIENCIA CARDÍACA	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	ENFERMEDAD CEREBROVASCUL AR	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	TUMOR SÓLIDO	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
SÍNTOMAS SIGNOS	Y NÁUSEA VÓMITOS	Y Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	DOLOR ABDOMINAL	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	HEMATEMESIS	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	MELENA	Categórica nominal dicotómica	SI; NO
HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS.	ÚLCERA GÁSTRICA	Categórica nominal dicotómica	SI; NO

	CÁNCER GÁSTRICO		Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	ÚLCERA DUODENAL		Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	CÁNCER ESOFÁGICO		Categórica nominal dicotómica	SI; NO
	ANGIODISPLASIA		Categórica nominal dicotómica	SI; NO
DESENLACE	MORTALIDAD ALTA	AL	Categórica nominal dicotómica	SI; NO

CAPÍTULO III:

3. MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

Cuantitativa

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Corte transversal.

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica grado 5 y hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital IESS Ceibos entre Agosto del 2020 y Agosto del 2021.

MUESTRA

Se realizó el cálculo del tamaño muestral con la calculadora de tamaño muestral en línea de QuestioPro.com, en el cual con un nivel de confianza 95%, un margen de error de 5% y una población de 49 374 pacientes se encontró que es necesario tener 383 pacientes escogidos por muestreo probabilístico con aleatorización sistemática para tener una muestra representativa de la población estudiada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Enfermedad renal crónica grado 5.

Hemorragia digestiva alta diagnosticada

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con hepatopatía crónica aunada.

Pacientes con HDA tipo varicial.

No hay evidencia de lesiones endoscópicas.

No realización de endoscopia digestiva alta.

Datos incompletos.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se recolectarán los datos en el programa de hojas de datos Microsoft Excel 2016, siendo los datos extraídos de las historias clínicas procedentes del sistema computacional del hospital.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se procesarán los resultados de las variables usadas mediante el uso de estadística descriptiva, con frecuencias y porcentajes para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas.

Se realizarás también tablas y gráficos correspondientes para ilustrar los hallazgos encontrados.

Ambos procesos se llevarán a cabo en el programa estadístico IBM SPSS Versión 26.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

HUMANOS

Investigadores principales.

Tutor de tesis.

Especialistas consultados.

FÍSICOS

Computadoras de escritorio del hospital.

Computadoras personales de los investigadores.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Al mantenerse el anonimato de los pacientes estudiados al no registrarse datos personales en la base de datos se mantiene el acuerdo de

confidencialidad de los datos de los pacientes, y al ser un estudio de naturaleza descriptiva en conjunto con lo previamente descrito no se requiere de consentimiento informado.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1.9 4.1 RESULTADOS

La base de datos estudiada consistió de 49,374 pacientes atendidos en el Hospital IESS Ceibos en el período agosto 2020 a agosto 2021. La muestra requerida consistió de 383 pacientes que presentaron enfermedad renal crónica en grado cinco y hemorragia digestiva alta.

La edad de la muestra presentó un promedio 64.83 años con una desviación estándar de 9.902, un mínimo de 45 años y un máximo de 87 (ver tabla y figura 1).

La distribución de sexo de los pacientes estudiados consistió de 212 (55.4%) pacientes de sexo masculino y 171 (44.6%) pacientes de sexo femenino (ver tabla y figura 2).

Se estudiaron como antecedentes patológicos personales relevantes a la hemorragia digestiva alta a la diabetes mellitus tipo 2 encontrada en 313 (81.7%) pacientes, hipertensión arterial sistémica en 234 (61.1%) pacientes, consumo de AINES en 187 (48.8%), alcohol en 142 (37.1%), y otros encontrados en menos de un tercio de los pacientes estudiados (ver tabla 3 y figuras 3-12).

Se estudiaron como manifestaciones clínicas de la hemorragia digestiva alta a las náuseas y vómitos, dolor abdominal, hematemesis y melena, encontrados en 317 (82.8%), 280 (73.1%), 155 (40.5%) y 108 (28.2%) pacientes respectivamente (ver tabla 4 y figuras 13-16).

Los hallazgos endoscópicos encontrados fueron úlcera duodenal en 259 (67.6%) pacientes, úlcera gástrica en 280 (31.6%), cáncer gástrico en 25 (6.5%), cáncer esofágico en 16 (4.2%) y angiodisplasia en 11 (2.9%) (ver tabla 5 y figuras 17-21).

La mortalidad al se presentó en 169 pacientes (44.13%) (ver tabla 6 y figura aqw2w22).

1.10 4.2 DISCUSIÓN

Los pacientes con enfermedad renal crónica grado 5 se definen por presentar una TFG menor de 15 y son susceptibles a comienzo de tratamiento con hemodiálisis (11). Los pacientes en hemodiálisis tenían un riesgo

significativamente mayor de hemorragia gastrointestinal en comparación con los pacientes que no estaban en hemodiálisis. La principal fuente de sangrado fue similar entre los grupos, pero el riesgo de sangrado GI superior e inferior fue diferente (12).

En el grupo de hemodiálisis, el riesgo de hemorragia digestiva baja fue mayor que el de hemorragia digestiva alta. Además, la hemodiálisis y el uso de fármacos antitrombóticos fueron factores de riesgo de hemorragia GI, pero no hubo efecto de interacción (13).

La incidencia acumulada de hemorragia GI en el período de 5 años posterior al inicio de la hemodiálisis fue de aproximadamente el 10 %, en consonancia con un informe anterior², y significativamente mayor que la del grupo sin hemodiálisis (5 %). Los procedimientos de hemodiálisis relacionados con la heparina pueden aumentar el riesgo de hemorragia gastrointestinal (14). Sin embargo, en ambos grupos, la úlcera gástrica y el sangrado diverticular colónico fueron la fuente más frecuente de sangrado del tracto gastrointestinal superior e inferior, respectivamente. Estos hallazgos sugieren que la hemodiálisis no aumenta el riesgo de sangrado vascular, como la angioectasia, y que las fuentes de sangrado en pacientes en hemodiálisis son idénticas a las de la población general (15).

En el estudio Niikura, et al. (2021) (16) se encontró que tanto en el grupo de hemodiálisis como en el de no hemodiálisis, la tasa de eventos hemorrágicos del tracto gastrointestinal superior fue mayor que la de eventos hemorrágicos del tracto gastrointestinal inferior. Sin embargo, el HR de la hemodiálisis fue mayor para el sangrado GI inferior (HR 3,96) que para el sangrado GI superior (HR 1,22).

Esto probablemente se debió a la mayor proporción de eventos de hemorragia digestiva alta en el grupo sin hemodiálisis. Además, en el grupo sin hemodiálisis, la enfermedad hepática se asoció con la tasa de hemorragia digestiva alta; por ejemplo, la tasa de várices esofágicas y gástricas fue más alta que en el grupo de hemodiálisis (17,18).

Aunque las características iniciales de la cirrosis hepática fueron similares entre los dos grupos, las tasas de metástasis y tumor sólido en el grupo sin hemodiálisis fueron más altas que las del grupo con hemodiálisis (19). Las enfermedades hepáticas asociadas a tumores o la hipertensión portal podrían haber inducido várices esofágicas y gástricas en el grupo sin hemodiálisis (20)

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.11 5.1 CONCLUSIONES

Se encontró que los pacientes con ERC grado 5 con HDA presentaron un promedio de edad de 65 años, estando dos tercios en el rango de 55 a 75 años de edad. La distribución de sexo favorecía levemente a los varones.

Los antecedentes patológicos personales más frecuentemente encontrados fueron diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron náusea y vómitos, y dolor abdominal.

Los hallazgos endoscópicos más frecuentemente encontrados fueron úlceras pépticas, tanto duodenal como gástrica.

5.2 RECOMENDACIONES

Realizar un estudio correlacional para determinar si los hallazgos encontrados son estadísticamente significativos.

Comparar los resultados con pacientes con insuficiencia renal de menor grado y sin enfermedad renal crónica para encontrar diferencias en las variables estudiadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis. febrero de 2002;39(2 Suppl 1):S1-266.

2. Collins AJ, Foley RN, Gilbertson DT, Chen SC. United States Renal Data System public health surveillance of chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney Int Suppl* (2011). junio de 2015;5(1):2-7.
3. Coresh J, Byrd-Holt D, Astor BC, Briggs JP, Eggers PW, Lacher DA, et al. Chronic kidney disease awareness, prevalence, and trends among U.S. adults, 1999 to 2000. *J Am Soc Nephrol*. enero de 2005;16(1):180-8.
4. Mezzano A S, Aros E C. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Revista médica de Chile*. marzo de 2005;133(3):338-48.
5. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu C yuan. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med*. 23 de septiembre de 2004;351(13):1296-305.
6. Keith DS, Nichols GA, Gullion CM, Brown JB, Smith DH. Longitudinal follow-up and outcomes among a population with chronic kidney disease in a large managed care organization. *Arch Intern Med*. 22 de marzo de 2004;164(6):659-63.
7. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*. 13 de diciembre de 2001;414(6865):782-7.
8. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 15 de enero de 2005;365(9455):217-23.
9. Akchurin OM. Chronic Kidney Disease and Dietary Measures to Improve Outcomes. *Pediatr Clin North Am*. febrero de 2019;66(1):247-67.
10. Ammirati AL. Chronic Kidney Disease. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 13 de enero de 2020;66Suppl 1(Suppl 1):s03-9.
11. Charles C, Ferris AH. Chronic Kidney Disease. *Prim Care*. diciembre de 2020;47(4):585-95.

12. Garla V, Kanduri S, Yanes-Cardozo L, Lién LF. Management of diabetes mellitus in chronic kidney disease. *Minerva Endocrinol.* septiembre de 2019;44(3):273-87.
13. Kalantar-Zadeh K, Jafar TH, Nitsch D, Neuen BL, Perkovic V. Chronic kidney disease. *Lancet.* 28 de agosto de 2021;398(10302):786-802.
14. Ruiz-Ortega M, Rayego-Mateos S, Lamas S, Ortiz A, Rodrigues-Diez RR. Targeting the progression of chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol.* mayo de 2020;16(5):269-88.
15. Vallianou NG, Mitesh S, Gkogkou A, Geladari E. Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Disease: Is there Any Relationship? *Curr Cardiol Rev.* 2019;15(1):55-63.
16. Niikura R, Aoki T, Kojima T, Kawahara T, Yamada A, Nakamura H, et al. Natural history of upper and lower gastrointestinal bleeding in hemodialysis patients: A dual-center long-term cohort study. *Journal of Gastroenterology and Hepatology.* 2021;36(1):112-7.
17. Costable NJ, Greenwald DA. Upper Gastrointestinal Bleeding. *Clin Geriatr Med.* febrero de 2021;37(1):155-72.
18. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo Clin Proc.* abril de 2019;94(4):697-703.
19. Kim JS, Kim BW, Kim DH, Park CH, Lee H, Joo MK, et al. [Guidelines for Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding]. *Korean J Gastroenterol.* 25 de junio de 2020;75(6):322-32.
20. Kim JS, Kim BW, Kim DH, Park CH, Lee H, Joo MK, et al. Guidelines for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gut Liver.* 15 de septiembre de 2020;14(5):560-70.
21. Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Primers.* 19 de abril de 2018;4:18020.

22. Patel V, Nicastro J. Upper Gastrointestinal Bleeding. *Clin Colon Rectal Surg.* enero de 2020;33(1):42-4.
23. Poddar U. Diagnostic and therapeutic approach to upper gastrointestinal bleeding. *Paediatr Int Child Health.* febrero de 2019;39(1):18-22.
24. Samuel R, Bilal M, Tayyem O, Guturu P. Evaluation and management of Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dis Mon.* julio de 2018;64(7):333-43.
25. Wilkins T, Wheeler B, Carpenter M. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. *Am Fam Physician.* 1 de marzo de 2020;101(5):294-300.
26. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med.* 3 de diciembre de 2019;171(11):805-22.
27. Xue JL, Ma JZ, Louis TA, Collins AJ. Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the United States to the year 2010. *J Am Soc Nephrol.* diciembre de 2001;12(12):2753-8.
28. Trivedi H, Yang J, Szabo A. Gastrointestinal bleeding in patients on long-term dialysis. *J Nephrol.* abril de 2015;28(2):235-43.
29. Luo JC, Leu HB, Hou MC, Huang KW, Lin HC, Lee FY, et al. Nonpeptic ulcer, nonvariceal gastrointestinal bleeding in hemodialysis patients. *Am J Med.* marzo de 2013;126(3):264.e25-32.
30. Luo JC, Leu HB, Huang KW, Huang CC, Hou MC, Lin HC, et al. Incidence of bleeding from gastroduodenal ulcers in patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis. *CMAJ.* 13 de diciembre de 2011;183(18):E1345-51.

TABLAS

ANEXOS TABLA 1

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
EDAD	383	45	87	64.83	9.902
N válido (por lista)	383				

TABLA 2

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido FEMENINO	171	44.6
MASCULINO	212	55.4
Total	383	100.0

TABLA 3

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

	Recuento	% de N columnas
DIABETES MELLITUS TIPO 2	313	81.7%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	234	61.1%
CONSUMO DE AINES	187	48.8%
CONSUMO DE ALCOHOL	142	37.1%
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	108	28.2%
INSUFICIENCIA CARDÍACA	98	25.6%
CONSUMO DE TABACO	72	18.8%
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	65	17.0%
TUMOR SÓLIDO	47	12.3%
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA	40	10.4%

TABLA 4

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA**

	Recuento	% de N columnas
NÁUSEA Y VÓMITOS	317	82.8%
DOLOR ABDOMINAL	280	73.1%
HEMATEMESIS	155	40.5%
MELENA	108	28.2%

TABLA 5

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

	Recuento	% de N columnas
ÚLCERA DUODENAL	259	67.6%
ÚLCERA GÁSTRICA	121	31.6%
CÁNCER GÁSTRICO	25	6.5%
CÁNCER ESOFÁGICO	16	4.2%
ANGIODISPLASIA	11	2.9%

FIGURAS

FIGURA 1

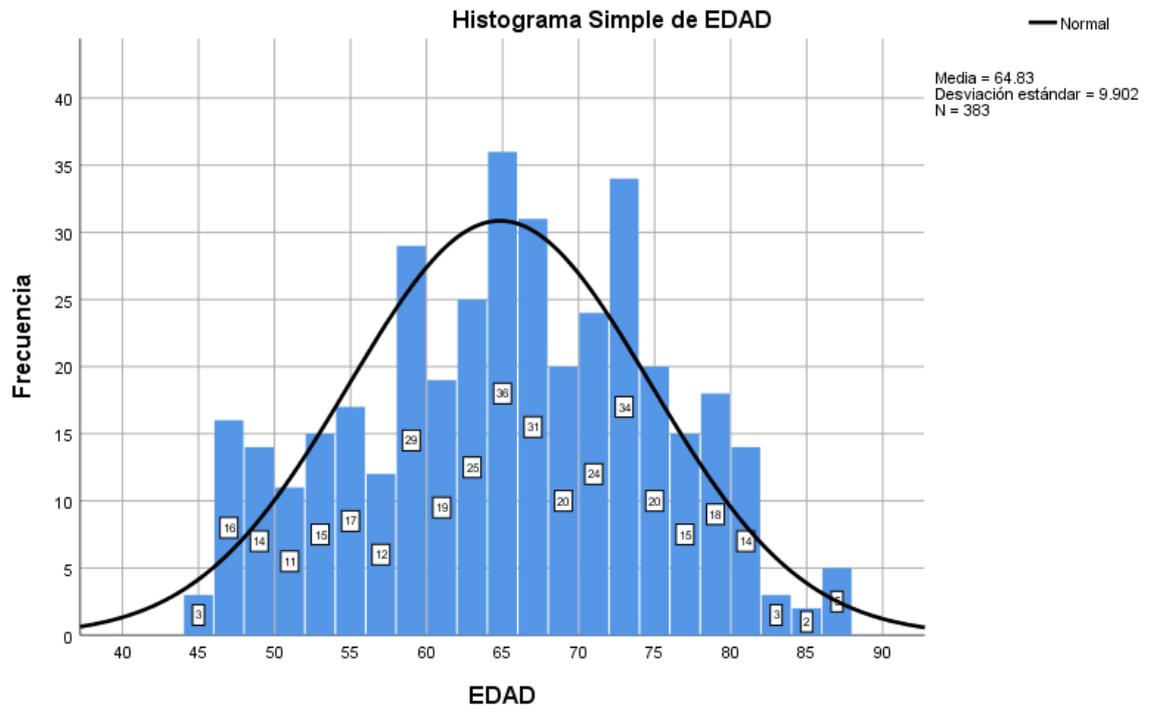


FIGURA 2

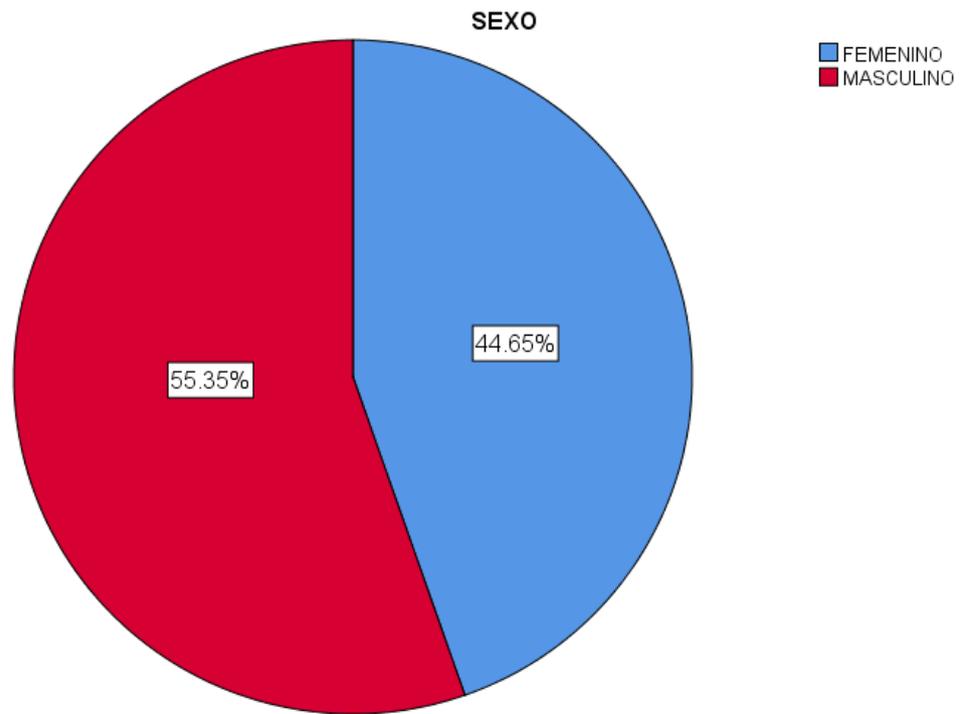


FIGURA 3

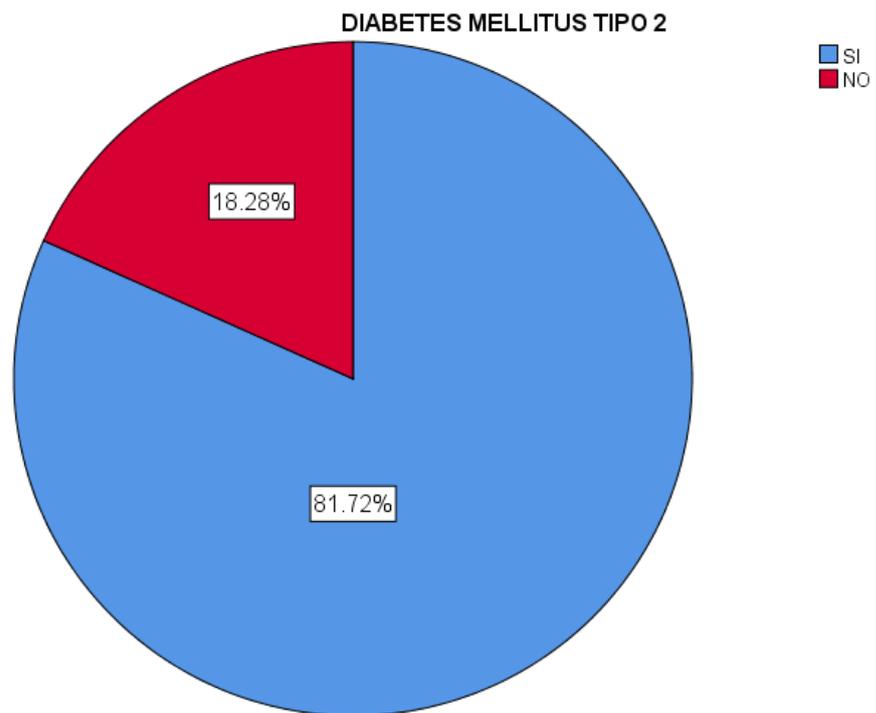


FIGURA 4

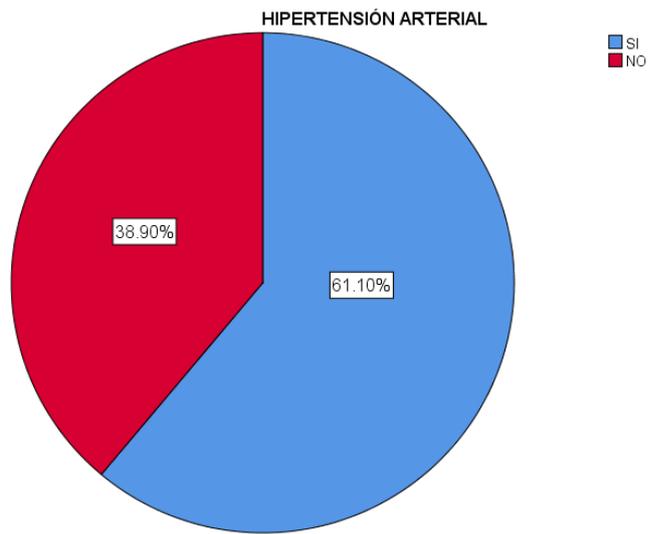


FIGURA 5

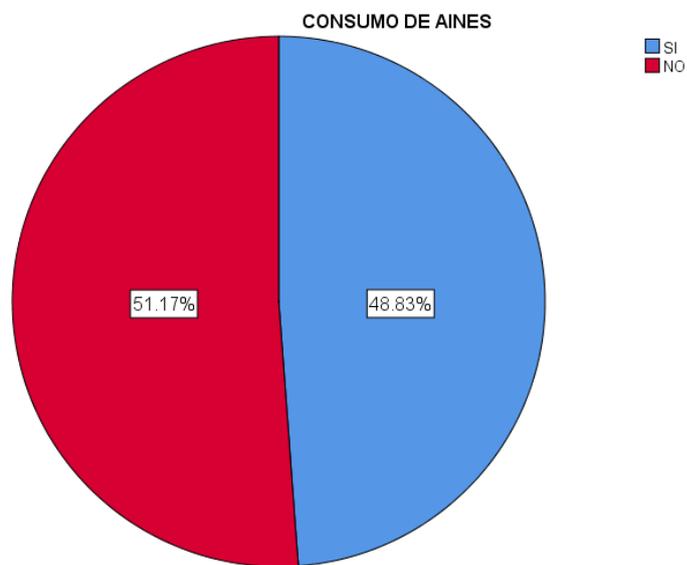


FIGURA 6

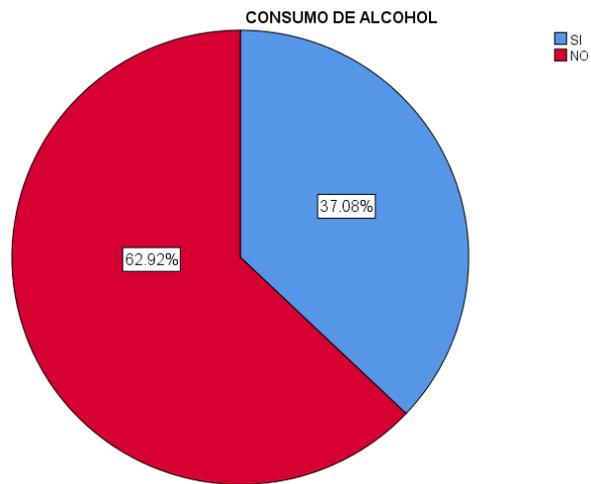


FIGURA 7

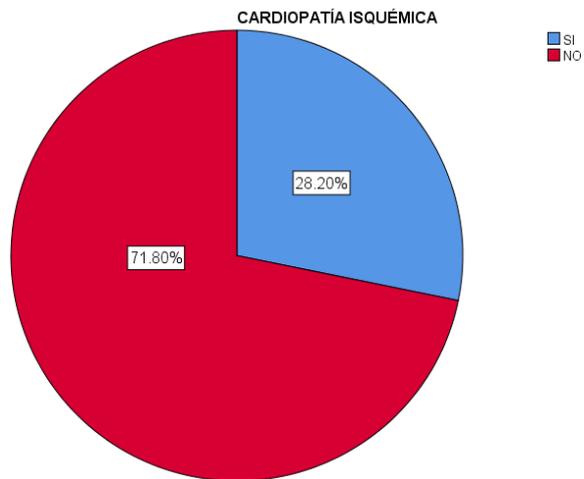


FIGURA 8

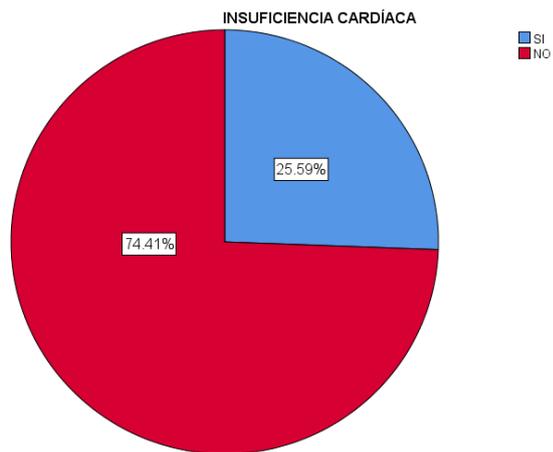


FIGURA 9

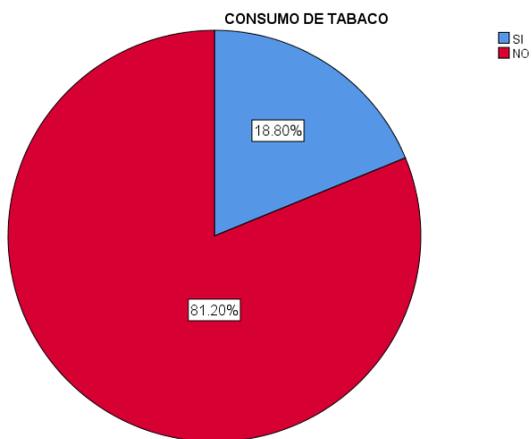


FIGURA 10

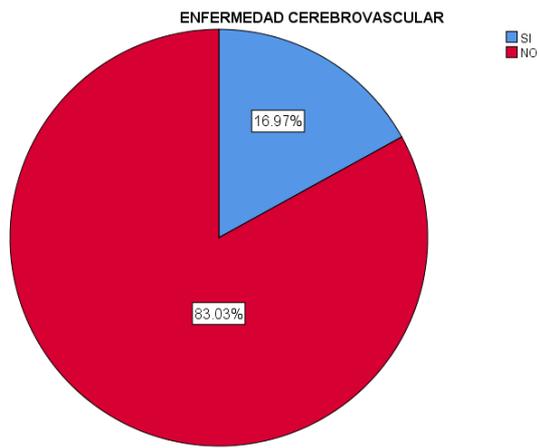


FIGURA 11

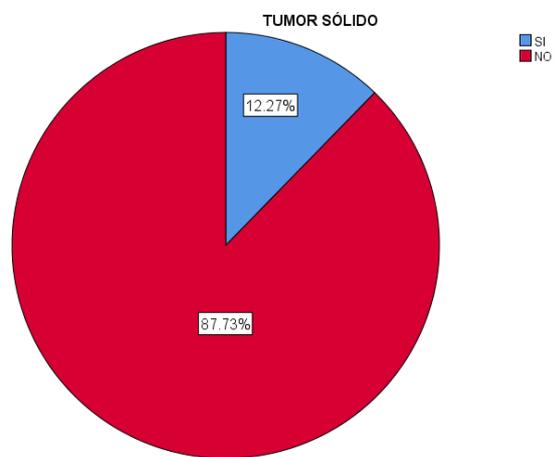


FIGURA 12

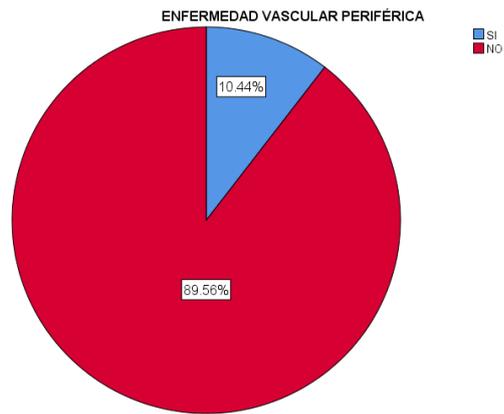


FIGURA 13

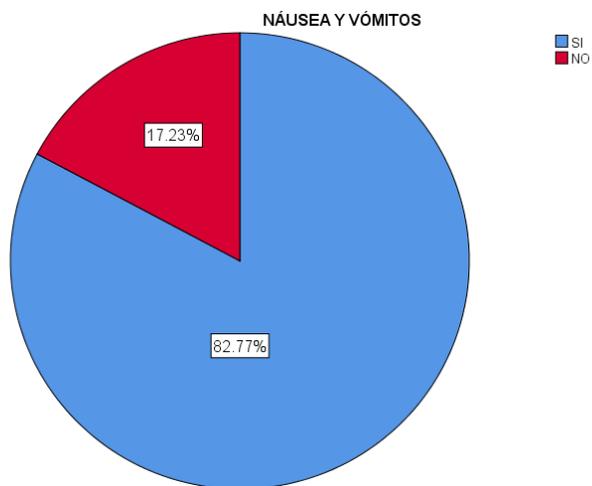


FIGURA 14

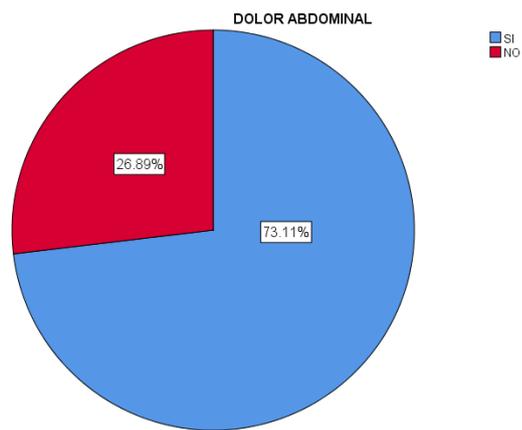


FIGURA 15

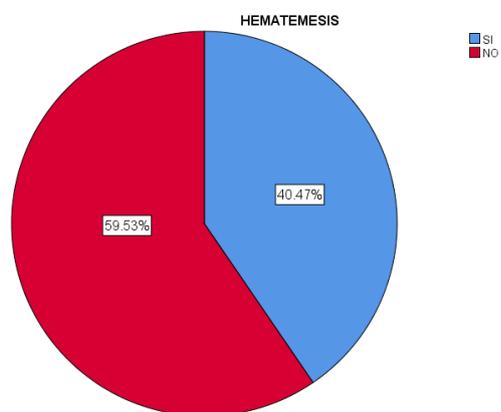


FIGURA 16

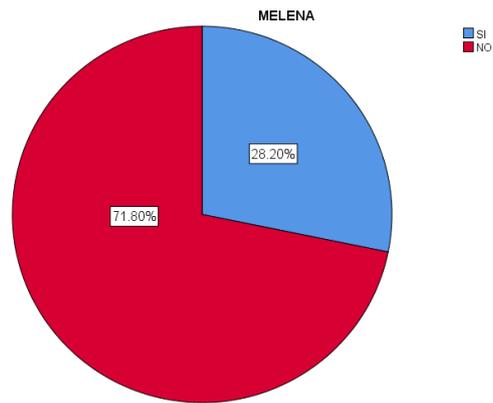


FIGURA 17

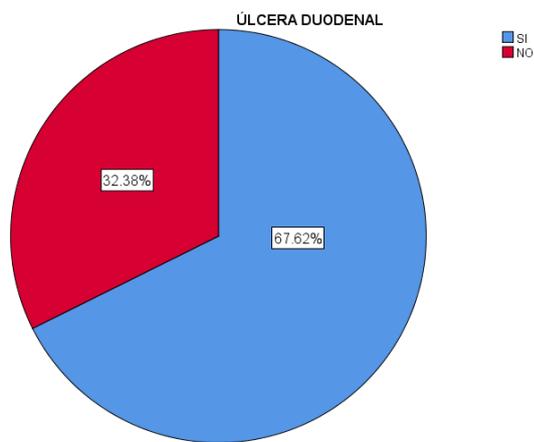


FIGURA 18

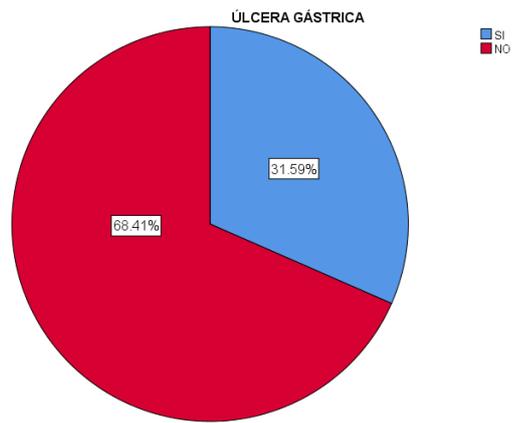


FIGURA 19

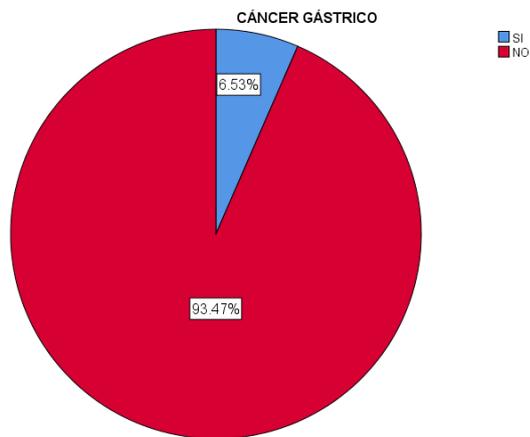


FIGURA 20

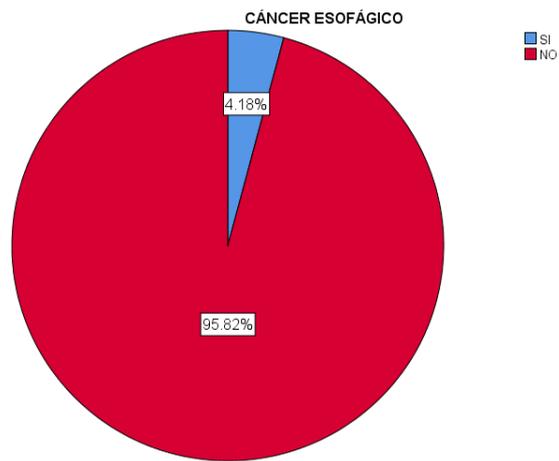


FIGURA 21

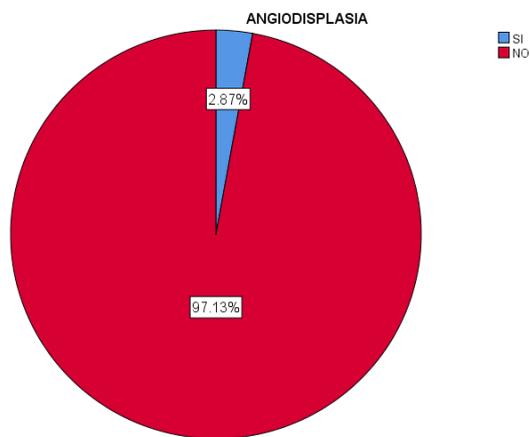
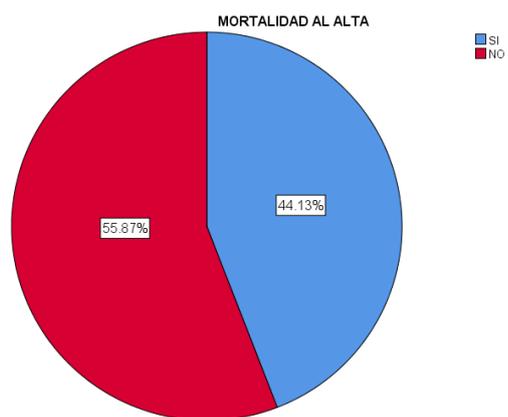


FIGURA 22





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **MORALES MURILLO JIMMY SANTIAGO CI: 0924585599 Y LLANGARI RECALDE ANY JOSETTE CI: 0202484184** Autores del trabajo de titulación: **Determinar la incidencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con IRC grado 5 en el Hospital IESS Ceibos, periodo agosto del 2020 a agosto del 2021**, previo a la obtención del título de **MEDICO** 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, 1 de septiembre del 2022

MORALES MURILLO JIMMY SANTIAGO
CI: 0924585599

LLANGARI RECALDE ANY JOSETTE
CI: 0202484184



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Determinar la incidencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con IRC grado 5 en el Hospital IESS Ceibos, periodo agosto del 2020 a agosto del 2021		
AUTOR(ES)	Morales Murillo Jimmy Santiago; Llangari Recalde Any Josette		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Christian Enrique Elias Ordoñez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre de 2022	No. DE PÁGINAS:	64
ÁREAS TEMÁTICAS:	Hemorragía Gastrointestinal, Enfermedades Digestivas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Enfermedad renal crónica grado 5, hemorragia digestiva alta, antecedentes patológicos personales, manifestaciones clínicas		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Introduccion: La enfermedad renal crónica se define como el deterioro progresivo e irreversible de la función renal. Se manifiesta cuando el filtrado-glomerular cae por debajo de 25-35% y en su lugar aumentan los niveles de urea y creatinina, si el VFG es $> \delta = 60$ ml/min/1.73m. Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica grado 5 y hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital IESS Ceibos entre Agosto 2020 a Agosto 2021. Materiales y métodos: Se realizo un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, realizado sobre pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica grado 5 y hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital IESS Ceibos entre Agosto 2020 a Agosto 2021 Resultados: La base de datos estudiaba consistió de 49,374 pacientes atendidos en el Hospital IESS Ceibos en el período agosto 2020 a agosto 2021. La muestra requerida consistió de 383 pacientes que presentaron enfermedad renal crónica en grado cinco y hemorragia digestiva alta. Conclusión: Se encontró que los pacientes con ERC grado 5 con HDA presentaron un promedio de edad de 65 años, estando dos tercios en el rango de 55 a 75 años de edad. La distribución de sexo favorecía levemente a los varones.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	CON	Teléfono+593987456123; +593963852741	E-mail: Jimmy.morales01@cu.ucsg.edu.ec; Any.llangari@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	LA	Nombre: Ayon Genkoung, Andres Mauricio	
		Teléfono: +593997572784	
	DEL	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			