



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO PROMOCIÓN ABRIL – SEPTIEMBRE 2014

**“SANGRADO DIGESTIVO ALTO POR CONSUMO INADECUADO DE
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES”**

Requisito previo a la obtención del título de Médico.

Autor: Larcos Herrera, Darwin Paul

Tutor: Dr. Jiménez Flores, Iván Alexander

Ambato – Ecuador

Marzo 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de investigación sobre el tema:

“SANGRADO DIGESTIVO ALTO POR CONSUMO INADECUADO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES” de Darwin Paúl Larcos Herrera estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2015

EL TUTOR

.....
Dr. Jiménez Flores, Iván Alexander

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: “**SANGRADO DIGESTIVO ALTO POR CONSUMO INADECUADO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES**”, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo 2015

EL AUTOR

.....
Larcos Herrera, Darwin Paúl.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este trabajo de grado o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de grado con fines de difusión pública; además apruebo su reproducción, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Marzo 2015

EL AUTOR

.....

Larcos Herrera Darwin Paúl

APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“SANGRADO DIGESTIVO ALTO POR CONSUMO INADECUADO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES”**, de Larcos Herrera Darwin Paúl, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo 2015

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de graduación a Dios, por brindarme la vida y fortaleza para seguir adelante en la carrera de Medicina. A mis padres que siempre fueron mi apoyo incondicional.

A mí querida hermana Celene quien siempre me dio ánimos de continuar y nunca desmayar.

A mi Novia Andrea que siempre me mostro su apoyo y guía para culminar la carrera.

A mis amigos quienes fueron un pilar importante es todo el transcurso de la carrera

Larcos Herrera, Darwin Paúl

AGRADECIMIENTO

A la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato por los conocimientos brindados que ayudaron a mi formación profesional.

A mis Padres y hermana por su apoyo incondicional.

A mis Maestros quienes, compartieron sus conocimientos en mi vida estudiantil.

Larcos Herrera, Darwin Paúl

ÍNDICE DE PÁGINAS PRELIMINARES

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE PÁGINAS PRELIMINARES	viii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN.....	x
SUMMARY.....	xii
Error! Marcador no definido.	

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	5
PRESENTACIÓN DEL CASO	6
EXAMEN FÍSICO	7
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.....	9

FACTORES DE RIESGO	13
ACCESO A LA ATENCIÓN MEDICA	14
OPORTUNIDADES DE LA ATENCIÓN	14
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:	15
OPORTUNIDADES DE REMISIÓN:	15
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES UTILIZADAS	15
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	16
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	16
CONCLUSIONES	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
LINKOGRAFÍA:	20
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA	21
ANEXOS.....	23
ENTREVISTA AL PACIENTE	23

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1	10
TABLA N°2	11
TABLA N°3.....	14
TABLA N°4	16

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“SANGRADO DIGESTIVO ALTO POR CONSUMO INADECUADO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES”

Autor: Larcos Herrera, Darwin Paúl

Tutor: Dr. Jiménez Flores, Iván Alexander

Fecha: Marzo del 2015

RESUMEN

Caso Clínico: Paciente masculino de 78 años de edad, residente en Latacunga, viudo, instrucción superior, jubilado, católico, con antecedentes patológicos de artritis reumatoidea diagnosticada hace 10 años, con antecedentes familiares de madre que fallece con Cáncer Gástrico. Fuma 2 unidades por día.

El paciente es traído por sus familiares al servicio de emergencia, en septiembre del 2014, refieren cuadro de tres días de evolución de melenas, hiporexia, mareo y malestar general, a esto se suma desde hace 12 horas hematemesis y dolor abdominal urente. La causa aparente de este cuadro refiere que es la ingesta de jugo de naranja más Ibuprofeno 600mg. Al examen físico Tensión Arterial 90/50 mmHg, palidez, mucosas

orales secas, dolor abdominal localizado en epigastrio de moderada intensidad sin irradiación.

En emergencia se valora y se administra omeprazol, líquidos endovenosos y se solicita exámenes de laboratorio. Luego de esto se evalúa el caso y se deriva a hospital nivel III (Hospital Carlos Andrade Marín de Quito) donde continúan el tratamiento y realizan la endoscopia con biopsia.

Es dado de alta luego de 8 días con diagnóstico de hemorragia digestiva alta con tratamiento de Omeprazol 20mg cada 12 horas + Claritromicina cada 12 horas + Amoxicilina 1g cada 12h se realiza un seguimiento posterior al alta con énfasis en aquellos factores de riesgo modificables por el paciente.

PALABRAS CLAVE: MELENA, HEMATEMESIS, HEMORRAGIA_DIGESTIVA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

HEALTH SCIENCES FACULTY

CAREER OF MEDICINE

**"BLEEDING DIGESTIVO IMPROPER USE BY HIGH NONSTEROIDAL
ANTI-INFLAMMATORY"**

Author: Larcos Herrera, Darwin Paul

Tutor: Dr. Jimenez Flores, Ivan Alexander

Date: March 2015

SUMMARY

Case report: Male patient, 78 years old, living in Latacunga, widowed, higher education, retired, Catholic, medical history diagnosed with rheumatoid arthritis 10 years ago with a family history of mother who dies with gastric cancer. Smoke 2 units per day.

The patient was brought by his family to the emergency, in September 2014, relate box three-day history of melena, hiporexia, dizziness and malaise, this adds from 12 hours ago hematemesis and abdominal burning pain. The apparent cause of this table refers to is the intake of orange juice plus ibuprofen. Physical examination Blood Pressure 90/50mmHg, pale, dry oral mucosa, epigastric abdominal pain localized moderate intensity without irradiation.

In emergency is valued and omeprazole were administered intravenous fluids and laboratory tests requested. After that the case is evaluated and is derived tertiary hospital (Hospital Carlos Andrade Marín de Quito) where treatment continue and perform endoscopy with biopsies.

It is discharged after eight days with a diagnosis of upper gastrointestinal bleeding with treatment with Omeprazole 20mg every 12 hours + Clarithromycin every 12 hours+ Amoxicillin 1 g every 12 hours subsequent monitoring at discharge was emphasized modifying those modifiable risk factors is performed by the patient.

KEYWORDS: HEMATEMESIS, MELENA, GASTROINTESTINAL_BLEEDING.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva se define como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. A nivel Mundial la mortalidad oscila entre un 5 y un 20%, variando en función de diferentes factores, especialmente la cuantía del sangrado, su origen, la edad del paciente y otras patologías asociadas (X. Calvet, 2011).

La forma de presentación de la hemorragia nos va a orientar de manera importante sobre el origen alto o bajo (X. Calvet, 2011).

La hemorragia digestiva alta se define como la pérdida hemática proximal al ángulo de Treitz. Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis o melenas, aunque ocasionalmente puede presentarse en forma de rectorragia (*J. Montero, 2012*).

La hemorragia digestiva baja es aquella que tiene su origen en el tubo digestivo distal al ángulo de Treitz. Representa aproximadamente el 20% de todos los casos de hemorragia digestiva y su incidencia se estima en aproximadamente 20 casos por 100.000 habitantes cada año (*F. Feu Caballé, 2011*).

La incidencia anual en Latinoamérica se estima aproximadamente entre 50 y 170 casos por 100 000 habitantes y los índices de mortalidad van desde 10% hasta 36% (*Sergio Zepeda Gómez, 2010*).

Según datos del Hospital de especialidades Eugenio Espejo el sangrado digestivo alto es la veintava causa de morbilidad en el 2008 (*Cecilia Silva, 2008*).

La mayoría de las Hemorragia digestiva alta (80-90%) son de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%). En nuestro medio, más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINE y/o a la presencia de H. pylori rectorragia (*J. Montero,2012*).

Hemorragia digestiva alta es un problema frecuente de salud en el mundo y es considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios, pero su incidencia es difícil de determinar a pesar de la gran cantidad de reportes que se encuentran en la literatura médica. En los Estados Unidos de América, es una condición médica común con una alta mortalidad y con altos costos de cuidado médico (*Elena García Ruiz, 2010*).

Se infiere que los mayores de 56 años son los más frecuentemente afectados. El hábito de fumar, la ingesta de café o té y los antecedentes de gastroduodenopatía han demostrado estar asociados con este cuadro (*Elena García Ruiz, 2010*).

El 80-90% de las hemorragias digestivas altas (HDA) son de causa no varicosa, y de éstas, la causa más frecuente es la úlcera péptica. La hemorragia digestiva alta no varicosa es uno de los motivos más frecuentes de hospitalización. Representa una importante carga económica y asistencial (*Marta Gallach,2013*)

Otras causas de Hemorragia Digestiva Alta menos frecuentes son las erosiones gástricas o duodenales, el síndrome de Mallory-Weiss, la esofagitis péptica, las lesiones tumorales benignas y malignas y las lesiones vasculares (lesión de Dieulafoy, angiodisplasia, fístula aortoentérica). Finalmente hay que señalar que en un 5-8% de las

ocasiones no se logra determinar la causa de la hemorragia, a pesar de las exploraciones pertinentes. nos centraremos en la HDA de origen no varicoso, especialmente la causada por úlcera péptica rectorragia (*J. Montero,2012*).

Respecto al sexo se ha observado en pacientes con hemorragia digestiva alta que la incidencia en varones es el doble respecto a las mujeres. Existen fármacos que han sido relacionados con la presencia de hemorragia digestiva alta como los anti-inflamatorios no esteroideos que son los más usados mundialmente en las últimas décadas, en la profilaxis secundaria a enfermedades vasculares, dolor e inflamación, capaces también de causar lesiones a lo largo del tracto digestivo y con mayor riesgo de producir Hemorragia Digestiva Alta (*Denis B, Trejos 2012*).

Se ha observado que la tercera parte de los pacientes hospitalizados con hemorragia digestiva alta, la edad es un factor de riesgo importante, en pacientes mayores de 60 años presenta una mortalidad de 14 al 39%, a diferencia de pacientes con edad de 25 – 40 años presentan una mortalidad de 4 al 9 % (*Marta Gallach,2013*)

En términos generales la mortalidad por HDA ronda el 7-10% (hasta un 30% en varices esofágicas) y se correlaciona con la persistencia y/o recidiva de la hemorragia, etiología y presencia o no de factores de mal pronóstico (*Denis B, Trejos 2012*).

Hoy día, dado el coste económico de la hospitalización, y con el fin de reducir la estancia hospitalaria, se han identificado una serie de factores clínicos y endoscópicos que permiten conocer qué pacientes son de riesgo elevado de recidiva y/o persistencia de la hemorragia y cuáles precisan ser ingresados en unidades de cuidados críticos; así

como identificar aquellos que son de bajo riesgo, que pudieran ser dados de alta desde el propio servicio de urgencias hospitalario o ser ingresados en una unidad de hospitalización durante aproximadamente 48-72 h (*Denis B, Trejos 2012*).

OBJETIVOS

General:

- ✓ Identificar los Factores de Riesgo Socioculturales en un paciente adulto mayor con sangrado digestivo alto.

Específicos:

- ✓ Concienciar y Educar al personal de salud y familiares en el manejo integral y seguimiento del paciente con sangrado digestivo alto.
- ✓ Ayudar en la planificación de citas subsecuentes para pacientes que requieren seguimiento del profesional de salud.
- ✓ Concienciar al personal de salud sobre los riesgos de administrar medicamentos que pueden provocar Sangrado digestivo alto.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 78 años nacido en el cantón Latacunga, Provincia de Cotopaxi, residente en la parroquia Ignacio Flores, viudo, vive solo, instrucción superior, ocupación docente jubilado, religión católica, grupo sanguíneo ORH+ con antecedentes patológicos de artritis reumatoidea desde hace diez años en tratamiento por 8 años con ibuprofeno en dosis que no refiere además medicación que no especifica , niega cirugías, antecedentes familiares madre fallece por Cáncer Gástrico, alergias no refiere, Hábitos Alcohol ocasional, tabaco 2 unidades diarias desde hace 20 años aproximadamente.

Paciente es traído por sus familiares al servicio de emergencia del Hospital IESS Latacunga en septiembre del 2014 quienes refieren que presenta hace 12 horas hematemesis de color rojo oscuro en moderada cantidad, el episodio se a repetido por 3 ocasiones en este día; como causa aparente atribuye la ingesta de jugo de naranja con ibuprofeno 600mg al cuadro se suma dolor abdominal tipo urente localizado en epigastrio sin irradiación , además manifiesta hiporexia y melenas mal olientes desde hace 3 días presenta sensación de mareo y malestar general.

Al ingreso en emergencia el paciente presenta: Tensión Arterial: 90/60 mmHg acostado debido a inestabilidad del paciente no es posible tomar en 3 posiciones, frecuencia cardiaca 113 de latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 por minuto, temperatura

axilar 36.7 centígrados, peso 75 kg talla 1.68, índice de masa corporal 26.5 kg/m² (sobrepeso) saturación de oxígeno 88% al aire ambiente.

EXAMEN FÍSICO

Paciente consciente, desorientado en tiempo y orientado en espacio y persona a febril, biotipo normosómico, facies álgica, ansioso, pálido, Mucosas orales secas, Pupilas reactivas a la luz y acomodación. Auscultación Cardíaca taquicárdico ruidos rítmicos Pulmonar: Murmullo Vesicular conservado Abdomen: suave depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, ruidos hidroaéreos aumentados, no visceromegalias, extremidades fuerza conservada, Miembro superior leve deformación de mano derecha e izquierda tono conservado sin edema miembro inferior conservado no edema simétrico.

Evolución en emergencia: paciente consciente TA: 100/60 mmHg con líquidos endovenosos Frecuencia cardíaca 100 por minuto abdomen doloroso en epigastrio se decide transferencia a hospital de mayor complejidad.

Indicaciones Farmacológicas

Ingreso a emergencia

- ✓ Nada por vía Oral
- ✓ Control de signos vitales cada 4 horas
- ✓ Oxígeno 2 litros por bigotera nasal
- ✓ Solución salina al 0.9% pasar 500ml IV STAT
- ✓ Solución salina al 0.9% pasar 1000ml IV en 24 horas

✓ Omeprazol 40mg en 100ml Bomba de infusión pasar en 24 horas

Evolución en Ambulancia: consciente TA: 100/70 continúa con líquidos endovenosos Frecuencia Cardiaca 98 por minuto.

Evolución en Hospital de tercer nivel Hospital Carlos Andrade Marín: Paciente es valorado en emergencia estable Tensión Arterial 100/70 mmHg Frecuencia Cardiaca 97 por minutos Frecuencia Respiratoria 19 por minuto consiente es trasferido a servicio de gastroenterología donde realizan endoscopia más biopsia.

ANÀLISIS DEL CASO CLÍNICO

La hemorragia digestiva alta es una emergencia médica frecuente que se asocia a una considerable morbilidad y mortalidad constituyéndose en un problema de salud pública por tal motivo ha determinado que se realicen estudios basados en parámetros clínicos, exámenes complementarios como hemograma, endoscopia, biopsia.

Nos encontramos ante un paciente adulto mayor con antecedentes de artritis reumatoidea no controlada que se automedica antiinflamatorios no esteroideos. fumador, alcohol ocasional que presenta hematemesis, melenas por lo cual acude a hospital IESS Latacunga donde es valorado e ingresado al servicio de emergencia por sangrado digestivo alto más descompensación hemodinámica por lo cual se interconsulta al servicio de gastroenterología dicha especialidad el hospital no cuenta en ese momento además se realiza exámenes de sangre como Biometría hemática: Hematocrito 28% Hemoglobina: 10.3 Leucocitos: 10.5 Plaquetas 100 mil/ml Bioquímica: creatinina de 1.6mg/dl urea 117 mg/dl Na 135 mEq/l K: 3.9 mEq/L perfil hepático: GTP: 36 UI/L GOT: 41 U/L Coagulación TP: 15 SEG TTP: 31 SEG se realiza valoración de la escala Rockall Score inicial para valorar la mortalidad del paciente.

Tabla N°1

ROCKALL INICIAL	0	1	2	3
EDAD	<60 años	60 a 79 años	Mayor a 80 años	-
SCHOK	TAS MAYOR A 100 PULSO MENOR 100 L/MIN	TAS MAYOR A 100 MAYOR A 100	TAS MENOR A 100 MMHG	-
Co. Morbilidades	NINGUNA AFECCION MAYOR		INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	FALLA RENAL FALLA EPATICA
Tomada libro Bartolimej.Aranalde- Keller- Medicina interna. Elaborada por Larcos Darwin				

El paciente presento un puntaje de 3 puntos presentando un riesgo de mortalidad del 11%(tabla numero 1) por la edad del paciente estado hemodinámico y necesidad de

endoscopia se transfiere a paciente a hospital Carlos Andrade Marín Quito se solicita la ambulancia que llega a las dos horas. El paciente en el hospital de tercer nivel es sometido a exámenes complementarios más complejos como son:

ENDOSCOPIA: Esófago normal Estomago: Lago mucosa hemático en poso café 50cc aproximadamente distensibilidad y peristaltismo conservado, mucosa del fondo, cuerpo curvatura mayor y antro no presenta alteración. No obstante sobre la incisura angularis en la curvatura menor existe una lesión ulcerada redondeada cóncava borde bien definido en un diámetro de 4cm. El fondo de la lesión se encuentra cubierta en coagulo rojo vinoso y hematina friable al roce con el endoscopio **PILORO:** normal **DUODENO:** normal

Se llega a la conclusión de Úlcera Gástrica Gigante Hemorrágica FORREST IIC

Tabla N°2

ESTIGMAS ENDOSCÓPICOS DE HEMORRAGIA RECIENTE. PROBABILIDAD DE RECIDIVA HEMORRAGICA SEGÚN LA CLASIFICACION DE FORREST		
ESTADÍO	CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA (%)
Ia-Ib	Sangrado chorro/babeante	a 67-95%

IIa	Vaso visible no sangrante	25-55%
IIb	Coágulo rojo	15-30%
<u>IIc</u>	<u>Manchas o coágulos oscuros</u>	<u>4-7%</u>
III	Fondo de fibrina	0%
FUENTE: Tomada libro Bartolimeu. Aranalde- Keller- Medicina interna. Elaborado por Larcos Darwin		

El reporte de la endoscopia refiere gastritis crónica activa, erosiva, no atrófica, intensa actividad. Helicobacter pylori +++/+++

Paciente en su evolución se encuentra de mejor manera Es dado de alta a los 8 días con Diagnostico de Sangrado digestivo alto con tratamiento de omeprazol 20mg cada 12 horas más claritromicina cada 12 horas más amoxicilina 1gr cada 12 horas se realiza un seguimiento posterior al alta se puso énfasis en modificar aquellos factores de riesgo modificables por el paciente como Tabaco, Alcohol, Automedicación. Control con reumatología.

Paciente refiere actualmente encontrarse en buenas condiciones acudió a un control con gastroenterología se encuentra pendiente la consulta médica por parte de reumatología,

cumple con todo el tratamiento prescrito al momento del alta obteniendo mejora en sus síntomas sin recidiva, trata de modificar sus hábitos en el tabaco no se automedica, no acude a controles en el Subcentro de Salud.

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo son circunstancias o situaciones que condicionan la probabilidad de presentar una enfermedad determinada. Estos factores se pueden observar en la población sana y aumentan el riesgo de tener una enfermedad la identificación de los factores es imprescindible para la prevención primaria de salud

En epidemiología los factores de riesgo son características que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o al evento estudiado

Con referencia al paciente de este caso clínico presenta múltiples factores de riesgo que pueden ser modificables pues hacen referencia al uso inadecuado de antiinflamatorios no esteroideos, Hábitos, vivir solo, antecedente patológico de artritis reumatoidea, los mismos que predisponen al desarrollo de una hemorragia digestiva alta.

Con relación a factores de riesgo no modificables encontramos que el sexo masculino presenta una mayor incidencia y la edad mayor de 60 años (el paciente tiene 78 años de edad)

FACTORES DE RIESGO

Tabla N°3

MODIFICABLES	NO MODIFICABLES
APP: ARTRITIS REUMATOIDEA EN TTO CON AINES EN USO INADECUADO Alcohol Tabaco Sobrepeso Vivir solo	Sexo masculino Edad: 78 años

Acceso a la atención médica

El paciente es de condiciones socioeconómicas regulares se encuentra asignada su atención a los servicios de salud pública además es afiliado al IESS donde dejó su tratamiento de artritis reumatoidea hace aproximadamente 2 años y usa Antiinflamatorios no esteroideos sin control médico.

Oportunidades de la atención

La atención fue adecuada en el nivel de salud II y a falta de exámenes complementarios se transfiere a nivel de salud tipo III

Características de la atención:

IESS presta atención a todo afiliado por lo cual acude el paciente además la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados puesto al alcance de todos los individuos

Oportunidades de remisión:

El paciente fue referido de un hospital de segundo nivel a uno de tercer nivel para su mejor resolución

Descripción de las Fuentes Utilizadas

Historia clínica fue revisada por el autor entre Enero y Marzo de 2015 con especial atención en:

- ✓ Anamnesis donde se evidencia factores de riesgo, registro de seguimiento hospitalario.
- ✓ Se investigó desde el inicio de su sintomatología tiempos de permanencia en el hospital, características de la atención.
- ✓ Informe de exámenes complementarios.
- ✓ Cuaderno de notas donde el paciente brindó la información activa y directa la cual permitió identificar los factores que influyeron en la evolución de este caso clínico.
- ✓ Guías de práctica clínica y artículos de revisión ya que resumen y evalúan todas las evidencias.

Identificación de los puntos críticos

Se describen:

- ✓ Controles inadecuados de su enfermedad Artritis Reumatoidea.
- ✓ Uso inadecuado de Antiinflamatorios no esteroidales
- ✓ Interconsultas a otras especialidades para el manejo del riesgo
- ✓ Control inadecuado de los múltiples factores de riesgo presentes en el paciente (sobrepeso, tabaquismo) por parte de la atención primaria.
- ✓ Paciente vive solo

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla N°4

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Fecha cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Control eficiente y periódico dentro de las unidades de atención primaria	Realizar visitas domiciliarias para la prevención de salud	Un año	Ministerio de salud publica	Modelo de atención primaria de salud
Gestionar mayor cobertura en	Brindar atención en distintas	6 meses	Director del	

especialidades para consulta externa	especialidades y que su atención sea inmediata		Hospital IESS Latacunga – Director general IESS	
Gestionar la creación y aplicación de protocolos	Desarrollo y aplicación de protocolos de tratamientos para la patología	3 meses	Director del hospital IESS Latacunga	Guías clínicas – Algoritmos
Gestionar el mejor uso de recursos móviles de la institución.	Realizar un horario adecuado de trabajo de las personas que laboran en la ambulancia	3 meses	Director del Hospital IESS Latacunga – Director general IESS	
Gestionar la adquisición de equipos que	Utilizar los exámenes adecuados en	Un año	Director del Hospital	

<p>puedan realizar exámenes de mayor complejidad</p>	<p>los pacientes.</p>		<p>IESS Latacunga – Director general IESS</p>	
--	-----------------------	--	---	--

CONCLUSIONES

- ✓ Los Factores de Riesgo que presento el paciente para desarrollar la patología son modificables como tabaquismo, alcohol, vivir solo y no modificables como sexo, edad.
- ✓ Se a logrado un control adecuado de la enfermedad mediante el seguimiento adecuado por el especialista.
- ✓ Se a logrado evitar la automedicación mediante la información adecuada al paciente de las complicaciones y el debido uso de la medicación .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LINKOGRAFÍA:

1. *Calvet X., P. Almela* (2011) Claves diagnósticas y terapéutica de la Hemorragia digestiva alta. Recuperado el 5 de Marzo del 2015 Disponible en:
 - a. <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo9.pdf>
2. *Montero F., Pérez C.* (2012) Manejo de la hemorragia digestiva alta en Urgencias. Recuperado el 5 de Marzo del 2015 Disponible en:
<file:///C:/Users/Andrea/Downloads/dcart.pdf>
 - a. (García, Alcaín , & Cañero , 2015)
3. *García E., Alcaín G., Cañero J.* (2010) Hemorragia Digestiva en el Área de Urgencias. Recuperado el 5 de Marzo del 2015 Disponible en :<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemodige.pdf>
 - a. (Gallach , 2013)
4. *Gallach M.* (2013) Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Recuperado el 5 de Marzo del 2015 Disponible en http://www.semes.org/revista_EMERGENCIAS/descargar/guia-practica-para-el-manejo-de-la-hemorragia-digestiva-alta-no-varicosa/force_download/
 - a. (Denis , Trejos, & Tong , 2012)
5. *Denis B, Trejos J, Tong V.* (2012) Factors Associated With Upper Gastrointestinal Bleeding. Gastroenterology Department. Recuperado el 5 de

Marzo del 2015 Disponible en:

<http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/278/pdf>

23

6. *Silva C.*, Médica Epidemióloga Perfil Epidemiológico *HEE 2008*. Recuperado el 5 de Marzo del 2015 Disponible en :<http://www.hee.gob.ec/descargas/PERFILEPIDEMIOLOGICOHEE2008.pdf>
7. *F. Feu Caballé y E. Saperas Franch* (2011) Hemorragia digestiva baja. Recuperado el 5 de Marzo del 2015 Disponible en : <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo34.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

1. **EBSCOHOST:**Fernández , G., Calderón, Á., & Tejada, A. (2014). *Endoscopic Submucosal Dissection Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) clinical guideline*. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=65506206-2db8-4cbe-9e71-78ca5dced2b1%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4106&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=95276476>
2. **EBSCOHOST:**García , L., Pina, L., Lozada, G., Domínguez, E., & Escalona , M. (2013). *Mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta por enfermedad ácido péptica en pacientes operados*. Recuperado el 26 de Marzo de 2015,

Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=a0a6b70f-14a6-48c3-a7cb-0c571068917d%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4106&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=87521991>

3. **EBSCOHOST:**Gutiérrez , G., Villasís, M., González , B., Troconis, G., Tapia, D., & Flores, J. (2014). *Riesgo para el desarrollo de sangrado digestivo alto en niños en terapia intensiva*. Recuperado el 24 de Marzo de 2015, Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=3afce08a-9ae8-4446-921e-e72d6cac09b2%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4106&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=97766054>
4. **EBSCOHOST:**Hipólito, R., Waller , L., & espinoza, P. (2009). *Experiencia con la cápsula endoscópica en niños con sangrado de tubo digestivo de origen desconocido*. Recuperado el 25 de Marzo de 2015, Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=13&sid=8cf67104-22a8-49a8-86eb-bd35586a017b%40sessionmgr4001&hid=4106&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=59622535>
5. **EBRARY:**Lobaina, J., González , R., & Díaz , C. (2009). *Diseño de un índice predictivo clínico de morbimortalidad para la hemorragia digestiva alta*. Recuperado el 23 de Marzo de 2015, Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10307125&p00=sangrado+digestivo+alto>

ANEXOS

Entrevista al Paciente

1. ¿COMO SE SIENTE ACTUALMENTE?
2. ¿SE A REALIZADO CONTROLES CON REUMATOLOGIA?
3. ¿SE A REALIZADO CONTROLES POR PARTE DE GASTROENTEROLOGIA?
4. ¿CUMPLIO EL TRATAMIENTO AL MOMENTO DEL ALTA?
5. ¿SINTIO MEJORIA DE SUS SINTOMAS CON EL TRATAMIENTO PRESCRITO AL MOMENTO DEL ALTA?
6. ¿CREE USTED QUE LA CONSEJERIA POR PARTE DEL MEDICO ESPECIALISTA FUE LA ADECUADA?
7. ¿A MODIFICADO SUS HABITOS COMO EL TABACO?
8. ¿SIGUE AUTOMEDICANDOSE MEDICAMENTOS COMO IBUPROFENO?
9. ¿SE A REPETIDO LOS SINTOMAS COMO HEMATEMESIS, MELENAS?
10. ¿ACUDE FRECUENTEMENTE A CONTROLES EN EL CENTRO DE SALUD?