

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS EN EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE 2018**

PRESENTADO POR LA BACHILLER

GERALDINE TALANCHA MERINO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

DR. JAVIER CÁCERES DEL CARPIO

ASESOR DE TESIS

LIMA – PERÚ

2019

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme continuar luchando por mis sueños con su bendición en cada uno de los momentos más difíciles que se me presentaron.

Al Hospital Nacional Hipólito Unanue por permitirme realizar la ejecución de mi proyecto de tesis en sus instalaciones

A mis profesores y a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma por haberme brindado todos los conocimientos durante estos años y prepararme para un futuro competitivo no sólo como mejor profesional sino también como persona.

A mi Asesor, Dr. Javier Cáceres Del Carpio por su tiempo, paciencia y buenos consejos durante la elaboración de este proyecto compartiendo sus conocimientos.

DEDICATORIA

A Dios, a mi mamita Yanet, a mis papitos José y Tina, pilares fundamentales en mi vida pues han sido la guía y el camino para llegar a esta realidad, que con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento siempre estuvieron cuando los necesite, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad para poder afrontarlos. Es por ellos que soy lo que soy ahora.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y AINEs con el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018.

Material y métodos: Es un estudio observacional de tipo analítico, casos y controles en el que se revisó informes de endoscopia, historias clínicas, y se entrevistó a los pacientes. Se calcularon OR crudo y ajustados mediante regresión logística, para las variables estudiadas.

Resultados: De entre los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) predominó el sexo masculino, con una edad media de 54 años. Del total de los pacientes, el 20.57% presentó consumo de alcohol, el 22.78% consumo de tabaco y 16.77% AINEs en el grupo con HDANV. Se obtuvo OR ajustado de 3.03 (IC 95% 1.54 – 5.99) para consumo de alcohol, OR de 11.61 (IC 95% 5.39-24.97) para el consumo de tabaco, y OR de 12.36 (IC 95% 5.72-26.72) para el consumo de AINEs para desarrollo de HDANV. El ibuprofeno fue el AINE más consumido, la lesión endoscópica más frecuente fue la úlcera péptica, con clasificación de Forrest III en la mayoría de los casos.

Conclusiones: El consumo de alcohol, tabaco y AINEs son factores de riesgo para el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV), etanol, tabaco, AINEs.

ABSTRACT

Objective: To establish the association between the consumption of alcohol, tobacco and NSAIDs with the development of non-variceal upper gastrointestinal bleeding in patients treated at the Hipólito Unanue Hospital Endoscopic Center during 2018.

Material and methods: It is an analytic case - control observational study; endoscopy reports, clinical charts were reviewed and patients interviewed regarding their consumption habits.

Results: Among the patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding, the most frequent gender was male, with an average age of 54 years old. 20.57% of patients used alcohol, 22.78% tobacco and 16.77% NSAIDs among the patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. An adjusted OR of 3.03 (CI 95% 1.54 – 5.99) for alcohol, adjusted OR of 11.61 (CI 95% 5.39-24.97) for tobacco use, and an adjusted OR of 12.36 (CI 95% 5.72-26.72) for NSAIDs consumption were found as risk factors for non-variceal upper gastrointestinal. The most frequent endoscopic lesion was the peptic ulcer with a Forrest III classification as the most common.

Conclusions: Alcohol, tobacco and NSAIDs consumption are risk factors for non-variceal upper gastrointestinal bleeding.

Key words: non-variceal upper gastrointestinal bleeding, ethanol, tobacco, NSAIDs.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es el sangrado que se produce por encima del ángulo de Treitz¹ y que actualmente se ha convertido en la urgencia gastroenterológica más frecuente estando presente en alrededor del 50 a 170 por cada 100 000 habitantes en países occidentales². A su vez esta patología se clasifica en la de tipo variceal y no variceal.³

El desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal se ha visto relacionada al consumo de alcohol, tabaco y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) pues son hábitos frecuentemente practicados en nuestra población⁴. Sin embargo se evidenció que existen otros factores que influyen en su aparición como la edad avanzada y el sexo masculino.

A nivel mundial el rango de mortalidad de 5-15% en pacientes con hemorragia digestiva alta no ha cambiado en los últimos 5 años¹, asimismo se evidenció que de acuerdo a estudios nacionales un 10% de pacientes con HDA fallecieron hospitalizados. A su vez se ha asociado la mortalidad con mayor frecuencia a pacientes con hemorragia digestiva alta de tipo no variceal teniendo a la úlcera péptica como principal factor de riesgo.⁵

El Hospital Nacional Hipólito Unanue es un hospital de tercer nivel que atiende gran cantidad de pacientes en el servicio de gastroenterología, por lo mismo se conoce de la gran frecuencia de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal que practican hábitos nocivos⁶ y que a pesar de ello hasta hoy en día no se conoce de una relación clara entre estas situaciones lo cual ha servido de base para la realización de este trabajo.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Formulación del problema	10
1.3 Justificación de la investigación.....	10
1.4 Delimitación del problema: línea de investigación	11
1.5 Objetivos de la investigación	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 Antecedentes de la investigación	13
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Definición de conceptos operacionales.....	29
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	31
3.1 Hipótesis.....	31
3.2 Variables principales de investigación	31
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	32
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	32
4.2 Población y muestra	32
4.3 Operacionalización de variables	34
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
4.5 Recolección de datos.....	35
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos	35
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
5.1 Resultados.....	36
5.2 Discusión de resultados.....	43
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
6.1 Conclusiones	47
6.2 Recomendaciones	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
ANEXOS	53

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre originada en cualquier parte del tubo digestivo, ésta a su vez puede ser alta o baja de acuerdo al lugar en donde se situó, ya sea por encima del ángulo de Treitz, denominándose hemorragia digestiva alta (HDA) o por debajo, denominándose hemorragia digestiva baja (HDB)¹.

La hemorragia digestiva alta *persé* es un problema clínico frecuente, ya que tiene una incidencia que varía de 50 a 170 por cada 100 000 habitantes en países occidentales², considerándose la causa más frecuente de emergencia en el área de la gastroenterología⁷, sin embargo abarca solo el 1% de todas las hospitalizaciones por emergencia. Si bien el 80% de episodios siguen una evolución limitada y sólo requieren terapia de apoyo, sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad dentro de la especialidad⁸.

La etiología de la hemorragia digestiva alta varía de acuerdo al grupo poblacional estudiado; siendo las etiologías más frecuente: la úlcera péptica, gastritis erosiva o lesiones agudas de la mucosa gástrica (LAMG), várices esofágicas, esofagitis por reflujo, síndrome de Mallory – Weiss y neoplasias⁹.

El consumo de alcohol es un factor de riesgo conocido para hemorragia digestiva alta de tipo variceal, asociado frecuentemente a enfermedades como la cirrosis, sin embargo en cuanto al sangrado de tipo no variceal su asociación no está muy clara debido a que algunos estudios no han podido demostrar una asociación entre la posible dosis respuesta del alcohol y la HDA¹⁰.

En cuanto a la relación del consumo de tabaco y el desarrollo de hemorragia digestiva alta, también existen pocos estudios que relacionen a causas específicas como el desarrollo de úlcera péptica, entre otros; que además es la lesión endoscópica más frecuentemente hallada en HDA⁶.

Los AINEs son los fármacos más usados a nivel mundial cerca de 30 millones de personas en el mundo lo consumen diariamente, de los cuales aproximadamente los mayores de 60 años representan el 40% de ésta población¹¹, en nuestro país éstos medicamentos son utilizados frecuentemente en el tratamiento y/o prevención de diversas patologías, sin embargo su inadecuado uso puede tener efectos secundarios¹².

En el país el consumo de alcohol es frecuente, el 91,5% de personas que habitan en el Perú han declarado haberlo consumido al menos una vez en su vida; en cuanto al consumo de tabaco, se conoce que el 19,8% de la población ha fumado al menos 1 cigarrillo en el último año. Debido a estos datos estadísticos es importante identificar estos factores de riesgo potencialmente modificables, como fumar y consumir de alcohol⁴.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y AINEs con el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018?

1.3 Justificación de la investigación

La hemorragia digestiva alta es un problema de salud frecuente pues representa uno de los principales motivos de ingreso hospitalario; a su vez la hemorragia digestiva se puede dividir en alta y baja, siendo la primera la de mayor incidencia dentro de nuestra población. Al ser una emergencia médico-quirúrgica, existen diversos avances científicos y técnicos en el diagnóstico y tratamiento; sin embargo aún no se ha podido disminuir la morbilidad que genera en la población mundial y nacional.

Actualmente existen diversos estudios acerca de los factores de riesgo que estén asociados al desarrollo de hemorragia digestiva alta, pero pocos son los estudios que se han enfocado en hábitos nocivos como el consumo de alcohol, tabaco y el uso de AINEs con relación al desarrollo de HDA no variceal de manera local.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue es un hospital de categoría III-1 de referencia nacional, siendo el de mayor complejidad de toda la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este. En cuanto a la demanda de hospitalización, se conoce que el servicio de Gastroenterología ocupa un gran número de egresos hospitalarios por lo que abarca una gran población de pacientes atendidos en el hospital¹³.

Con los resultados obtenidos, al Servicio de Gastroenterología le permitirá el correcto uso de recursos humanos, materiales y financieros de nuestro sistema

de salud, destinados a la prevención en el desarrollo de HDA relacionada a alcohol, tabaco y AINEs; y de ésta manera lograr disminuir su morbimortalidad.

1.4 Delimitación del problema: línea de investigación

Si bien la hemorragia digestiva alta no está considerada *per sé* cómo una de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021, al ser una patología de frecuente aparición en las emergencias de los hospitales en Lima, se considera de importancia y podría establecerse dentro del ítem de Emergencias y Desastres; considerándose como hemorragia digestiva alta - factores de riesgo asociados.

Así mismo se trata de un investigación epidemiológica y clínica sobre el consumo de tabaco, alcohol y AINEs en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018. El servicio de gastroenterología cuenta con 20 camas que se ubica dentro del pabellón de Medicina Interna, además de ellos atiende a pacientes hospitalizados en emergencia. El hospital se encuentra en Av. Cesar Vallejo 1390, El Agustino.

1.5 Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Establecer la asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y AINEs con el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018.

Objetivos específicos

- Señalar la frecuencia del consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.
- Evaluar la frecuencia del consumo de tabaco en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.
- Determinar la frecuencia del consumo de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.
- Establecer la relación entre el consumo de alcohol y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal.
- Demostrar la relación entre el consumo de tabaco y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal.
- Establecer la relación entre el consumo de antiinflamatorios no esteroideos

y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal.

- Describir las características sociodemográficas en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.
- Estimar la lesión endoscópica más frecuente en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

En el año 2006; Gustavo Salvatierra y Col. Evaluaron pacientes con HDA no variceal de hospitales referentes; Edgardo Rebagliati Martins, Hipólito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia, de Lima-Perú. El estudio contó con 117 pacientes con 77 varones y 40 mujeres, en edades entre 14 a 85 años, de los cuales 63 personas el 54% aproximadamente consumían AINEs: el 60% aspirina, ibuprofeno el 28.5%, diclofenaco 15.8% y naproxeno 15.8%; Además 31% consumieron más de un AINE. Tenían más de 60 años el 65% del grupo AINEs y el 55.4% se auto medicaban del mismo. Los pacientes con más de 65 años fue el factor de riesgo más determinante. Dentro de sus antecedentes patológicos presentaron enfermedades reumatológicas y cardiovasculares. Con más frecuencia los que tuvieron úlcera gástrica en el grupo AINEs 31 varones (49%) y 14 mujeres (26%), la presencia de úlcera duodenal en el grupo no-AINEs 32 (59%) y 19 (30%); Y la gastritis erosiva en el grupo AINEs en 13 (20.6%) y 18 (33%). El cuadro clínico; en el grupo AINEs, manifestando un síndrome ulceroso y hematemesis fue estadísticamente significativa. Los niveles de hemoglobina y las transfusiones no fueron diferentes en los diferentes grupos. La presencia de lesiones digestivas que evolucionaron asintomáticas antes de sangrar fue en el grupo AINEs 35 (55.5%). En conclusión; la frecuencia de HDA no variceal está asociada al consumo de AINEs siendo alta en Lima Metropolitana, significativo en el uso del adulto mayor, siendo la causa más frecuente la úlcera péptica, principalmente de tipo gástrica¹⁴.

En el 2009 en México, un estudio determinó factores de riesgo con asociación a ocurrencia y mortalidad de HDA por úlcera péptica, para el cual empleo un diseño de tipo transversal comparativo usando casos y controles con una población de 345 pacientes, en los cuales se estudiaron diversos factores de riesgo dentro de los que se tomaron en consideración el consumo de alcohol que como resultado obtuvo un OR = 4.8, que es significativamente estadístico para establecer una relación con las hemorragias digestivas altas. El consumo de tabaco también fue estudiado y como resultado se obtuvo que OR = 2.6 por

lo que como conclusión del estudio se tiene que en pacientes con úlcera péptica y hábitos como el consumo de tabaco y alcohol se asocian con HDA.¹⁵ En el año 2011 en Panamá, se realizó un estudio de casos y controles en el que participaron 154 pacientes con una relación de 1:1 respectivamente, éstos fueron atendidos en el servicio de gastroenterología y medicina interna. Para el presente estudio se empleó un formulario, el cual dio como resultados que existía una asociación del sangrado digestivo con edades mayores de 59 años (OR=0.6), así mismo el sexo masculino, la utilización de glucocorticoides, el consumo de anticoagulantes orales, el uso de antiinflamatorios no esteroideos fueron factores de riesgo. En cuanto al tabaquismo se obtuvo un OR=1.6 y el Etilismo un OR=0.9 por lo que se concluyó que estos hábitos tóxicos no presentaban una asociación para adquirir la enfermedad de manera individual.¹⁶

En el 2011, en Cuba, se publicó un artículo en el cual tenía como objetivo identificar los factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. Se realizó un estudio con diseño de caso control de tipo retrospectivo para el cual se efectuó de 150 casos (100 casos y 50 controles). El resultado del presente estudio fueron que un 50% de los pacientes tuvieron como antecedente la ingesta de alcohol y solo un 9% en consumo de tabaco, también se pudo hallar el tipo de lesión endoscópica más frecuente siendo la úlcera gástrica la de mayor frecuencia con un 49% en comparación con la úlcera duodenal que sólo obtuvo un 18%.¹⁷

En el 2013 en Inglaterra se llevó a cabo un estudio de casos y controles en el que se usaron datos de atención primaria y secundaria para conocer comorbilidades como factor de riesgo para la hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV). Por lo que se estudiaron a pacientes mayores de 15 años con HDANV con una población de 16.355 pacientes en los que se definió la comorbilidad mediante el índice de Charlson, asimismo se estudió diversos factores de riesgo como el alcoholismo y tabaquismo que son de nuestro interés. Referente a estos factores de riesgo se encontró que existía un asociación de 22.9% con comorbilidades.¹⁸

En el año 2013, en Colombia, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre los pacientes atendidos en el servicio de urgencias en el Hospital

Universitario de la Samaritana, que presentaron hemorragia digestiva alta en el que se excluyó a pacientes que presentaron HDA secundario a várices esofágicas. Dicho estudio contó con 285 pacientes como población, se los que se obtuvieron resultados: el 69,1% de pacientes tenían edad mayor a 60 años, el 73,3% padecía de Hipertensión arterial y el 55,1% de los pacientes había ingeridos antiinflamatorios no esteroideos y aspirina. Por lo que se concluyó que existía una asociación significativa entre el uso de AINEs y la presencia de hemorragia digestiva alta no variceal, teniendo a la úlcera péptica como la patología más frecuentemente asociada.¹⁹

En el 2015, en Nueva York, se realizó un estudio para determinar si el abuso del alcohol aumenta el riesgo de re sangrado y mortalidad en pacientes con HDANV, dicho estudio fue de tipo retrospectivo en el cual se clasificó a los pacientes estudiados en alcohólicos (AA) y no alcohólicos (NA). Como resultados se encontró que el abuso de alcohol estaba presente en el 19,7% de los pacientes con HDANV y la tasa de nuevas hemorragias en un año fue del 16,7% en los AA frente al 9,1% en los NA; por lo que se concluyó que el abuso de alcohol se asocia con un doble riesgo en el re sangrado. Debido a esto se llegó a la conclusión de que el consumo de alcohol es un factor de riesgo para nuevas hemorragias, así mismo se observó una mayor tendencia a la mortalidad en pacientes alcohólicos con HDANV.¹⁰

En el año 2015 se realizó un estudio en Cuba para identificar algunas variables clínicas y epidemiológicas con el fin de conocer si existía alguna posible asociación con la HDA. Con un estudio de tipo retrospectivo con casos y controles; se registraron el tabaquismo y alcoholismo como principales factores de riesgo. Asimismo para dicho estudio se utilizó una población de 120 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HDA atendidos en el Servicio de Cirugía. Como resultado se obtuvo que el consumo de café fue el hábito tóxico con mayor frecuencia con un 37%, lo cual lo relaciona 3 veces más con la aparición de HDA que aquellos consumidores habituales; por otro lado el tabaquismo le siguió en orden de frecuencia con un 34% lo cual lo hace significativo; sin embargo el alcoholismo solo obtuvo un 17% a pesar de ocupar el tercer lugar en frecuencia. Por último en el presente estudio también se

evaluó el diagnóstico endoscópico más frecuente resultando ser la úlcera péptica gastroduodenal la de mayor aparición.⁶

En el año 2015 en Ecuador, se realizó un estudio para conocer los factores asociados a hemorragia digestiva alta no variceal, para el cual se estudió a 243 pacientes de los cuales se estableció una relación de 1:2 para los casos y controles respectivamente. Como resultado se encontró que la hemorragia digestiva alto no variceal es más frecuente en pacientes mayores de 65 años (61.7%), predominio en el sexo masculino (56.8%) y dentro de los factores de riesgo con mayor significancia estadística estaban el consumo de tabaco con un OR=2.0, el consumo de AINEs con un OR= 2.1, la presencia previa de síntomas dispépticos con un OR (22.4) y el consumo de alcohol con un OR=1.2. Por lo que se concluyó que el consumo de AINEs, tabaquismo y síntomas dispépticos existe asociación con la manifestación de HDANV, sin embargo en cuanto al consumo de alcohol no se encontró significancia estadística para asociarlo como factor de riesgo.²⁰

En el 2015 en Lima-Perú, se investigaron factores de riesgo y su asociación a la mortalidad en pacientes con HDA en el HNHU para el cual se utilizó un estudio de tipo retrospectivo. Se analizaron 240 historias clínicas de las que se obtuvieron como resultado que 24 pacientes tuvieron mortalidad intrahospitalaria por hemorragia digestiva alta, predominaron los pacientes mayores de 60 años y sobre todo de sexo masculino. En cuanto a hábitos nocivos como el alcoholismo se obtuvo (OR 4.39) existiendo un riesgo de 4 veces más de mortalidad en pacientes con HDA.⁵

2.2 Bases teóricas

DEFINICIÓN:

La hemorragia digestiva alta (HDA), forma parte de las enfermedades más frecuentes en gastroenterología pues existe una incidencia entre las 50–150/100.000 personas al año y debido a esto se le conoce como la urgencia gastroenterológica más frecuente pues, además posee una tasa de mortalidad del 10%, ascendiendo al 35% incluso en otros pacientes²¹.

Es definida como la pérdida sanguínea provocada por una lesión ubicada en el tubo digestivo, propiamente en un punto por encima del ángulo de Treitz a esto se añaden de igual forma el sangrado de órganos cercano que por vecindad

drenan ya sea, por orificios naturales, como se puede observar en las hemorragias ocasionadas por el árbol biliar o conductos pancreáticos, o por orificios patológicos donde se encuentran las fístulas aortodigestivas²².

Las causas de hemorragia digestiva alta son varias por lo que existe una forma de agruparlas de manera más práctica, aquellas que son secundarias a varices del estómago y/o esófago denominándose hemorragia digestiva alta de tipo variceal y las que son producto del resto de causas que están bajo la denominación HDANV²³. En referencia a la HDANV, su incidencia en Estados Unidos se conoce que, aproximadamente más de 300 mil hospitalizaciones al año le corresponden.²⁴

La forma clínica de presentación puede manifestarse con sangrado activo en forma de hematemesis que es un vómito de sangre, también conocido como material tipo borra de café, además puede estar como melena que son las deposiciones de color negro tipo "brea" o en menor frecuencia como hematoquezia; Así mismo un grupo de pacientes con sangrados importantes por una hemorragia digestiva alta, se manifestarán en un inicio presentando mareos, debilidad general, hipotensión e incluso shock, sin la presencia necesaria de hematemesis o melenas; por lo tanto en un paciente que cuenta con esas características debemos sospechar un cuadro de hemorragia digestiva alta y por consiguiente realizar un tacto rectal, así como introducirle una sonda nasogástrica, averiguando la presencia de restos de sangre en el tubo digestivo.²²

Existen pocos estudios sobre la epidemiología de esta enfermedad en su forma aguda, sin embargo en los que existen se conoce que aproximadamente entre el 50 y 80% se deben a causas de origen no variceal, estando la úlcera péptica en la mayoría de lesiones.²⁵

El sangrado del tubo digestivo desde la perspectiva fisiopatológica puede ser producido por: ²²

- Erosión de un vaso.
- Ruptura de venas.
- Sangrado capilar.

Fenómenos inflamatorios que involucren la mucosa del tracto digestivo alto ocasionando edema, congestión, erosión y esta última creando necrosis y sangrado.

En el caso de esofagitis, gastroduodenitis, colitis, y rectitis, más escasamente vasculitis, como por ejemplo la vasculitis eosinofílica que, habitualmente en el intestino delgado y grueso se muestra como angiodisplasia.

También están las ectasias vasculares o angiodisplasias que al tener vasos dilatados o tortuosos, conformados por plexos capilares y venosos en la mucosa y submucosa de pacientes adultos mayores o en personas con enfermedad renal crónica, generan cuadros de sangrado, en su mayoría leves, pero que aparecen con frecuencia, sin embargo puede ser severo y persistente en algunas situaciones ocasionando la hemorragia.

Por otro lado están las úlceras gastroduodenales que pueden sangrar de dos formas, ya sea por un compromiso periulceroso o por la erosión de un vaso de gran calibre en el lugar de la ulceración.

La Organización Mundial de la Salud habla sobre que el consumo de alcohol de forma perjudicial tanto físico como mental de 40g (40ml) al día para las mujeres o de más de 60g (60ml) para los hombres²⁶. Así mismo de acuerdo a una publicación realizada acerca del consumo de alcohol independientemente del sexo puede valorarse éste según la cantidad y frecuencia del consumo mediante la Clasificación de Marconi en la que se agrupa de acuerdo al tipo de bebedor y sus equivalentes de frecuencia y cantidad.²⁷

De igual forma de acuerdo a algunos estudios se conoce que el consumo en cantidades grandes puede generar gastritis erosiva y el consumo de larga data la presencia de varices esofagogástricas ocasionando hemorragias de tipo variceal²⁸. Además según estudios publicados la ingesta de más de 80gr (80ml) al día cuadruplica el riesgo de sangrado en los pacientes con HDANV.²⁹

En farmacología los antiinflamatorios son clasificados en 2 grupos aquellos de mayor potencia que son los de tipo esteroideo o glucocorticoides y los no esteroideos.³⁰

En referencia a los antiinflamatorios no esteroideos se conoce que son un grupo de medicamentos que cumple con la función de que la síntesis de las prostaglandinas sea inhibida a atreves de la inhibición de la ciclooxigenasa. En

éste grupo la aspirina es el medicamento prototipo debido a lo cual también son conocidos como fármacos “tipo aspirina”.³⁰

Además se puede clasificar a éstos fármacos de acuerdo a la enzima ciclooxigenasa en la que tienen intervención ya sea la COX1 o a la COX 2 o que tengan acción en ambas como es el caso del ibuprofeno, aspirina, indometacina, piroxicam, y el diclofenaco.³⁰

Se conoce de medicamentos que tienen distinto efecto in vitro a nivel de Cox1 pudiendo ser más tóxicos a nivel gastrointestinal y renal si existe mayor afinidad. Dentro de éste grupo existe una sub clasificación: los que poseen mayor (indometacina, piroxicam) o menor afinidad in vitro (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco).³⁰

ETIOLOGÍA

Como se mencionó la hemorragia digestiva alta también se puede dividir entre la de tipo variceal y no variceal, siendo la hemorragia de tipo variceal aquella que guarda relación con la hipertensión portal a diferencia de la de tipo no variceal. De acuerdo a otras literaturas se sabe que la hemorragia de causa no varicosa ocupa el 80-90% de las HDA, teniendo como etiología más frecuente a la úlcera péptica en un 40-50% y que ésta a su vez está relacionada en un 95% a la toma de AINEs y/o la presencia del *Helicobacter pylori*³¹.

Por lo mismo en el caso de los AINEs en cuanto a su fisiopatología con respecto a HDA se debe al acúmulo dentro de la célula del fármaco de forma directa y por la secreción de pepsina y ácido estimulada, también se debe a la inhibición la enzima ciclooxigenasa (COX1) quién se encarga de la síntesis de prostaglandinas⁴², de ésta manera generando daño al alterar la barrera de la mucosa gástrica pues, como sabemos ésta guarda una integridad dependiente de ciertos elementos, los cuales se dividen en³²:

Preepiteliales como la capa de surfactante y de mucobicarbonato, disminuyendo la viscosidad del moco y la secreción.^{32,33}

Epiteliales en los que están las bombas de intercambio iónico, los fosfolípidos de superficie y los fenómenos de restitución celular, generando aquí menor proliferación celular.^{32, 33}

Postepiteliales como el flujo sanguíneo mucoso, generando a este nivel adhesión leucocitaria.^{32,33}

Creando de esta manera una barrera fisicoquímica que divide la luz gástrica del medio interno, y que es permeable parcialmente, de este modo posibilita un intercambio adecuado entre ambos medios.³²

Por lo tanto existe evidencia de que los AINEs alteran la composición de los elementos preepiteliales generando daños en la mucosa.³²

También se conoce que los AINEs alteran la respuesta proliferativa de la mucosa al inhibir la síntesis de prostaglandinas y de esta manera ocasionar un daño en la regeneración celular, adicionalmente, la inhibición produce un incremento en la secreción ácida del estómago, ocasionando de esta manera lesiones que conllevan a posibles sangrados.³²

Por último existe un riesgo diferente para el desarrollo de HDA en referencia al tipo de AINE consumido en el que se muestra los riesgos de cada uno con respecto al desarrollo de HDA por ejemplo dentro del grupo estudiado el ketorolaco presenta un riesgo relativo (RR) de 24.7, seguido por el Piroxicam con un RR de 15.5. En el caso de los medicamento como Naproxeno, Ibuprofeno y diclofenaco poseen un RR de 10.0, 3.1, 3.7 respectivamente.³⁴

Actualmente el consumo de alcohol y tabaco se han convertido en problemas sanitarios a nivel mundial considerándolos como las sustancias psicoactivas más consumidas³⁵. Sin embargo no se conoce con profundidad la fisiopatología para ambos casos, y la poca información acerca del mecanismo por el cual el alcohol puede conllevar a un sangrado habla sobre que al igual que en el caso de la bilis, el alcohol alteraría la resistencia en las células de la mucosa permitiendo la retro difusión de ácido clorhídrico a atravesar la barrera de mucus-bicarbonato y concretar el daño a la mucosa³⁶.

Con respecto al consumo de tabaco y su etiopatogenia lo poco que se conoce de acuerdo a estudios es que, el tabaco alteraría el flujo sanguíneo, disminuiría la secreción de bicarbonato pancreático, disminuiría la presión del esfínter pilórico, retardaría la cicatrización, y por último aumentaría la secreción de ácido clorhídrico y con todo esto conllevaría a la formación de úlceras pépticas que posteriormente pueden sangrar si se perforan³⁶.

Diferentes procesos pueden ocasionar las hemorragias digestivas altas, sin embargo la mayoría puede ser secundaria por una determinada cifra de lesiones que de acuerdo a su constancia se enumeran a continuación.³¹

20- 30% las Úlceras Duodenales
15-25% las Úlceras Gástricas
10-20% las Varices Esofagogástricas
12-18% Lesiones Agudas de la Mucosa Gástrica (LAMG)
2-7% Síndrome de Mallory-Weiss
1-3% Esofagitis por Reflujo
8-12% Otras Lesiones
Úlcera Péptica.

Son responsables del 40 al 50% de todas las HDA, siendo las úlceras de tipo duodenal las que ocasionan mayor sangrado a diferencia de las úlceras gástricas, sin embargo en zonas rurales puede invertirse esa situación. También se sabe que la ingesta de AINEs previa se da en el 20 - 50% de los casos en los que la hemorragia se produce secundaria a una úlcera péptica lo cual no significa que necesariamente la ingesta de AINEs esté involucrada. Por tal razón en estos pacientes se deben tomar las mismas actitudes que en el resto de pacientes ulcerosos y analizar la probable relación con el *Helicobacter pylori*, descartando, igualmente, la presencia de malignidad.³¹

Varices Esofagogástricas.

Esta es una de las etiologías que causan el sangrado más grave pues la ruptura de las varices pueden conllevar hasta un 30% en la tasa de mortalidad dentro del primer mes siguiente a ocurrido el accidente hemorrágico. Dentro de áreas en las que existe un alto consumo de alcohol tiene como incidencia entre el 10 y 22%.²⁴

Lesiones Agudas de la Mucosa Gástrica (LAMG).

Existen una serie de lesiones agudas y superficiales en el estómago que en algunas ocasiones pueden generar hemorragia digestiva alta y dentro del concepto clásico que existe incluye a toda lesión gástrica aguda; En algunas literaturas se refieren a las LAMG como gastritis hemorrágico-erosiva. Por lo general constantemente las LAMG, son consecuencia del estrés o el consumo de AINEs. Se conoce que, además del estómago existen otras zonas como el duodeno en el que podrían aparecer este tipo de lesiones agudas que conllevan a HDA teniendo además la misma etiopatogenia. Habitualmente en el esófago producto de una lesión aguda de la mucosa existen diversas erosiones

hemorrágicas superficiales conocida como esofagitis hemorrágica y que por lo general se debe a una agresión de la mucosa esofágica producto de vómitos reiterados.²⁴

Tumores.

En el tracto digestivo superior ésta es una causa frecuente ya sean benignos o malignos. En el caso de algunos tumores como los leiomiomas que son de etiología benigna suelen causar hemorragias más graves que incluso requieren de cirugías urgentes.³¹

Síndrome de Mallory-Weiss.

En pacientes que sufren de crisis de vómitos constantes ocurren unos desgarros longitudinales en la unión de la zona esofagogástrica, habitualmente en la cara posterior denominada como Síndrome de Mallory - Weiss. Inicialmente éste síndrome se describió en personas alcohólicas que se inducían al vómito para seguir bebiendo. Actualmente independientemente de que el paciente sea bebedor o no, se habla de Síndrome de Mallory Weiss a todo aquel desgarro ocasionado por vómitos. Estadísticamente se conoce que pertenecen entre el 2 y 7% de las causas de HDA y que ocasionan una mortalidad alrededor del 5%. En la endoscopía se localiza en la unión esofagogástrica, o en una aproximación de 2 cm por arriba o por abajo de la misma. En ocasiones pueden presentar un coágulo centinela o ser lesiones de tipo longitudinal de regular profundidad.³¹

Existen más causas etiológicas sobre hemorragia digestiva alta que incluso pueden comprometer la vida de los pacientes, sin embargo éstas son mucho menos frecuentes que las mencionadas anteriormente. Dentro de ellas se encuentran:

Hernia de hiato:

Ésta es una de las razones de hemorragias desde hace mucho que se originan por lesiones erosivas lineales. Así mismo se ha encontrado que la hernia de hiato está presente en el 40 al 100 por ciento de los pacientes con desgarros de Mallory-Weiss, incluso por algunos es considerado como una situación que predispone necesariamente. Se sugirió que, en el caso de la hernia de hiato existe una gradiente de presión alta durante las arcadas en contraste con el

resto del estómago y de esta manera aumenta el nivel de lesión en la mucosa.³⁷

Esofagitis:

Esta enfermedad está presente en el 1 a 2 % del total por lo que no es común. Suelen ser generadas por la presencia de úlceras esofágicas, más que nada aquellas esofagitis de grado IV.³⁷

Gastropatía erosiva y hemorrágica:

Ocasionan hemorragias importantes siempre y cuando se produzcan úlceras, sin embargo la mayoría produce sólo sangrado subepitelial y erosiones que se generan tras el consumo de AINEs, alcohol o stress como en los casos de cirugías mayores y grandes quemaduras.³⁷

Neoplasias:

Ocasionan sangrado importante secundario a hemorragias de larga data por lo general ocultas.³⁷

Hemobilia:

Habitualmente la manifestación en estos pacientes es por ictericia, cólicos biliares y sangrado digestivo producto de biopsias, litiasis, traumas, etc.³⁷

Fístulas aorto-entéricas:

Son poco usuales, habitualmente primarias y derivan de un aneurisma aórtico. En el caso de las formas secundarias por lo general se deben a prótesis aórticas. En el 75% de los casos se debe a una comunicación con el duodeno ocasionando así las melenas o hematemesis. También existe la “hemorragia heráldica” que es un gran sangrado que está precedido por una hemorragia que se ha auto limitado por un transcurso de tiempo que puede ser de horas o meses.³⁷

Alteraciones vasculares:

Lesión de Dieulafoy:

Se debe a una arteria de creación anómala, por lo general grande que ocasiona daño en la mucosa al salir en dirección a la luz, puede producir grandes hemorragias y esto complicar el hallazgo a menos que presente un coágulo adherido.³⁷

Ectasias vasculares:

Comúnmente conocido como “estómago en sandía” pues las ectasias vasculares gástricas están ubicadas en el antro formando trazos lineales. Es una enfermedad que se presenta en personas mayores, mujeres y rara vez en pacientes con cirrosis, incluso se puede relacionar a enfermedades como el Ehlers-Danlos, pseudoxantoma elástico y fallo renal.³⁷

Angiodisplasias:

También llamadas telangiectasias, son capilares aberrantes que se localizan frecuentemente en el tracto gastrointestinal, son vasos que se dilatan en la mucosa y submucosa, que si se ubican en el colon derecho generan sangrado limitado en pacientes ancianos.³⁷

Enfermedad de Rendu -Osler-Weber:

Es una telangiectasia hemorrágica que se hereda, además presenta una ectasia vascular y malformaciones arteriovenosas en el tracto gastrointestinal, pulmones, cerebro, nariz, y piel. Su forma de presentación comúnmente es la epistaxis.³⁷

Malformaciones arteriovenosas:

Son estructuras congénitas producidas por dilataciones de pared fina a nivel capilar, también pueden ser nodulares o sobre elevadas poco frecuentes en el tubo digestivo.³⁷

DIAGNÓSTICO

Inicialmente para evaluar a un paciente con hemorragia digestiva alta en forma conjunta se debe realizar maniobras de reanimación. Además el examen físico y las preguntas que se le realizan están destinados a encontrar el lugar de sangrado, el motivo, la cantidad perdida y los elementos que lo precipiten, para estas situaciones se debe considerar predictores clínicos para un riesgo de re sangrado alto o incluso de muerte. Dentro de los predictores conocidos están las personas mayores de 65 años, presencia de comorbilidades, shock, nivel de hemoglobina inicial, signos de sangrado (melena, hematoquezia), falla renal.³⁸

Es de gran ayuda la *colocación de una sonda nasogástrica* para confirmar el diagnóstico y se permita el lavado del estómago facilitando así la endoscopia.³⁸

El *débito sanguíneo* confirmará el sangrado, sin embargo un débito no hemático no lo descarta pues el sangrado podría haber terminado de forma espontánea.³⁸

El *tacto rectal* puede ser de gran ayuda para estimar lesiones locales pues ayuda a confirmar la presencia de melena o hematoquezia.³⁸

Existen parámetros hemodinámicos empleados en el examen físico para poder determinar la cantidad de sangre perdida, uno de ellos es mediante la toma de presión, pues al encontrarla baja deducimos una pérdida sanguínea por encima del 20% de la volemia, mientras que la hipotensión ortostática nos habla de un 10 a 20% de sangre que se perdió.³⁸

Solicitar exámenes auxiliares como el hemograma, perfil de coagulación, el grupo y factor, urea, creatinina y el perfil hepático son importantes pues contribuyen en el diagnóstico.³⁸

Finalmente en pacientes con sangrado digestivo alto se debe realizar una endoscopia digestiva alta que cuenta con una especificidad y sensibilidad mayor al 95% para el diagnóstico si se llega a realizar dentro de las 24 primeras horas, por lo tanto es considerado un componente de gran ayuda para el manejo. Sin embargo, se debe usar el criterio clínico para elegir el momento correcto de hacer su uso pues podría además ser de ayuda terapéutica de ser necesario.³¹

Es importante tener en consideración que aproximadamente el 70 a 80% de pacientes con sangrado de origen no variceal presenta autolimitación espontánea, por lo tanto estos pacientes de igual forma deben ser ingresados a la unidad de cuidados intermedios para su monitoreo cuidadoso, si se evidencia que están hemodinámicamente estables será de utilidad hacer que ingieran agua y así hacer un lavado de estómago para que dentro de 8 o 12 horas poder realizar la endoscopia, pero si a pesar de haber empleado medidas de reanimación persiste una inestabilidad hemodinámica, valorando las situación en la que se encuentra el paciente de acuerdo a la cantidad perdida o la presencia de un nuevo sangrado, el paciente necesitará de una endoscopia urgente.³¹

LA ENDOSCOPIA

Este procedimiento facilita la identificación de estigmas hemorrágicos recientes o de un sangrado presente, que incluso ayudan en la identificación de una posible recidiva en el sangrado, lo que ayuda en la selección de pacientes que requieren de endoscopia terapéutica. Además un paciente con hemorragia activa tiene un 80% de riesgo de persistir con el sangrado o de que lo presente nuevamente, sin embargo si se observa un vaso visible no sangrante disminuye a un 50%, por lo tanto se dice de un vaso visible cuando, existe la presencia de una elevación con aspecto de pezón y ésta puede ser de diversos colores como granate, rojo, oscuro o hasta blanco que se ubican al fondo de la lesión. Si se observa un coágulo adherido la posibilidad de recaída baja a un 20 a 30%, si hay sólo manchas planas de hematina un 5-10% y apenas un 1-2% si el fondo es limpio de la lesión. Por tal motivo existe la clasificación de Forrest, que ha utilizado estos parámetros para su creación.³⁹

La clasificación de Forrest se divide en tres grupos, siendo éstos⁴⁰:

El primer grupo:

Forrest I, aquel en el que está presente un sangrado activo debido a úlceras pépticas y que a su vez se subdividen en:

IA que es de tipo pulsátil

IB que es un sangrado en napa.

El segundo grupo:

Forrest II se habla de aquel en el que se encuentra estigmas o signos de sangrado reciente, en úlceras en las que no hay sangrado activo al momento de su visualización. De igual forma existe una sub clasificación:

IIA es el vaso visible, que se observa como una protrusión pigmentada de superficie lisa menor a 3mm, que corresponde a un coágulo pequeño situado encima de la lesión y que ofrece hemostasia.

IIB es el coágulo adherido, visualizada como un lesión roja, negra o café de diversos tamaños, amorfa, la mayoría > 5 mm y que al lavado o aspiración no se separa del lecho ulceroso pues es signo de hemostasia avanzada

IIC es la mácula plana que es una mancha pigmentada plana sin elevación sobre el lecho ulceroso.

El tercer grupo:

Forrest III se habla únicamente de úlceras en las que hay un fondo limpio sin fibrina ni protuberancia, ni cambio de color.

Asimismo existen otros métodos diagnósticos para la hemorragia digestiva alta como son:

Arteriografía.

Se emplea para ubicar el lugar de sangrado cuando la endoscopia no es útil y existe un sangrado grave y persistente. Su uso mejora siempre y cuando se traten de lesiones vasculares aunque necesita de una extravasación sanguínea mínima de 0,5 ml/min. La tasa de diagnósticos acertados con su empleo es casi el 50% de los casos en la mayoría de hospitales, ya que además permite que se actúe de manera terapéutica cuando son positivos en el diagnóstico. Como ventaja se tiene que existe poca probabilidad de complicaciones cerca al 2 y 4% y la mayoría de éstas debidas a alergias con el contraste.⁴¹

Radiología gastroduodenal con contraste.

Actualmente ya no se emplea más que en pacientes con contraindicación absoluta lo cual es raro, o en pacientes que no desean la realización de endoscopias.⁴¹

Otras técnicas de imagen.

La Tomografía abdominal y/o la ecografía se deben realizar en todos los pacientes con sangrado en lo que la endoscopia no es de utilidad diagnóstica para de esa forma desechar la posibilidad de lesiones en el páncreas, como los pseudoaneurismas o pseudoquistes, que pueden ocasionar un sangrado del Wirsung o descartar una probable fístula aorto-duodenal espontánea proveniente de un aneurisma de la aorta roto.⁴¹

Laparotomía exploradora.

Se requiere siempre y cuando los métodos previamente mencionados no hayan logrado el diagnóstico y cuando el sangrado se presenta de forma persistente, grave o recidivante, además de considerarlo en pacientes en los que el sangrado no se debe a varices esofagogástricas.⁴¹

TRATAMIENTO

Inicialmente en todo paciente con HDANV se debe enfocar una evaluación en cuanto a la cantidad de sangre perdida y su reposición de volumen, además de estabilizarlo en cuanto a sus comorbilidades y condición general.⁴²

Se recomienda siempre tener una vía de acceso central venoso y una periférica, también valorar la función hepática, renal, metabólica y cardíaca, como también considerar el estado hemodinámico y de coagulación en todos los pacientes. En pacientes con evidencia de sangrado masivo se tendrá que tomar en consideración la posibilidad de intubación orotraqueal y de esta forma salvaguardar la vía aérea.⁴²

No se aconseja rutinariamente poner una sonda nasogástrica para aspirar el contenido gástrico pues no predice la ocurrencia en la endoscopia lesiones de alto riesgo.⁴²

Es importante que se deba tratar en lo posible, que la persona que realiza la endoscopia lo haga en un campo limpio de restos hemáticos para elevar la posibilidad de identificar la razón del sangrado.⁴²

El uso de eritromicina intravenosa en una cantidad de 250 mg a bolo o de metoclopramida junto con el lavado gástrico, 20 minutos previos a la endoscopia ha resultado beneficioso para la buena visualización de la mucosa gástrica.⁴²

En el caso de vaso visible, úlceras con sangrado activo, coágulo adherido, las cuales, son lesiones de gran riesgo, requieren de terapia endoscópica pues en caso ocurran nuevamente guardan una relación 5 a 16 veces más de riesgo para la mortalidad en estos pacientes. Existen diferentes maneras de terapia endoscópica como lo son la de inyección, térmica y mecánica, sin embargo actualmente se está prefiriendo la terapia combinada sobre la individual pues obtiene un mejor control inicial y menor riesgo que el sangrado vuelva a recurrir.⁴²

Terapia de inyección.⁴²

Para lograr hemostasia en pacientes con HDANV se puede hacer uso de solución salina o adrenalina diluida (1:10 000) inyectándola en la submucosa. Esto se explica por la generación de un tapón vascular, una vasoconstricción local y agregación plaquetaria.

También se ha hecho uso de agentes como el etanol, etanolamina y polidocanol, los cuales son esclerosantes y ocasionan trombosis en los capilares. El sólo empleo de la terapia por individual genera el 15 – 36% de recurrencia.⁴²

Terapia térmica.⁴²

Este tipo de terapia tiene 2 modalidades: la de contacto y no contacto. Se dice de terapia de contacto aquella en la que durante la aplicación de calor comprime la arteria, la terapia de no contacto es el uso de argón plasma para coagulación que genera en un inicio control del sangrado en un 76% con recurrencia de 5.7%; y el láser que no se usa comúnmente por estar poco disponible y ser dificultoso.

Cabe mencionar que en cuanto a la terapia de contacto están la electrocoagulación con sonda caliente y la electrocoagulación bipolar, ambas generando hemostasia por medio de una compresión en el vaso sanguíneo y la aplicación de calor.

Terapia mecánica.⁴²

Se considera dentro de este grupo a los hemoclips quienes generan presión directa sobre tejidos o vasos sanguíneos, ocasionando hemostasia y trombosis, Además cabe mencionar que estos dispositivos son usados frecuentemente en pacientes con HDANV con resultados beneficiosos pues son seguros y efectivos casi en un 200%.

En estudios en los que se ha comparado con las técnicas previas, los hemoclips presentan menor riesgo de re sangrado, pero una desventaja es la aplicación ya que las zonas periféricas del estómago u esófago son de acceso dificultoso.

En este sentido, una opción segura es el uso de ligadura endoscópica pues es más sencillo y eficaz sobretodo en pacientes con HDANV.

2.3 Definición de conceptos operacionales

Hemorragia digestiva alta no variceal:

Es la hemorragia que se produce en la parte alta del tubo digestivo, por encima de ángulo de Treitz y que comprende al esófago, el estómago y el duodeno, siendo estos la primera parte del intestino delgado.⁷

Consumo de alcohol

Es una alteración en la conducta de la persona manifestada por la ingesta de alcohol reiteradamente y en grandes cantidades fuera de lo permitido, generando un daño para la Salud, economía y funciones sociales del bebedor. (Comité de Expertos OMS).²⁹

1. Bebedor excepcional u ocasional: Es la persona que ingiere menos de 20 ml de etanol o sus equivalentes, en situaciones muy especiales, no más de 5 veces al año.
2. Bebedor moderado: Es la persona que ha ingerido menos de 100ml con frecuencia pero no más de 3 veces por semana o que se ha embriagado en menos de 12 oportunidades en un año.
3. Bebedor excesivo: Es la persona que ingiere alcohol por encima de 100ml y por más de 3 veces por semana o que se haya embriago más de 12 veces al año
4. Bebedor patológico o alcohólico: Es la persona que independientemente de la frecuencia o cantidad en la que bebe, empieza a manifestar signos y síntomas de dependencia psíquicos o físicos.

Consumo de tabaco

En la persona que ha fumado cigarrillos, tabacos o pipa, al menos una vez al día, o la persona que hace menos de un año lo ha dejado. De acuerdo a la cantidad de cigarrillos se puede clasificar a la persona que fuma en⁴³:

1. Ligero: hasta 10 cigarrillos al día.
2. Moderado: de 11 a 20 cigarrillos al día.
3. Gran fumador: más de 20 cigarrillos al día.

Consumo de AINEs

Es la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, los cuales pertenecen a un grupo de medicamentos utilizados para el manejo del dolor, inflamación o fiebre que han contribuido para el manejo de inflamaciones agudas y crónicas, mejorando la calidad de vida.⁴⁴ El consumo crónico en el desarrollo de hemorragia digestiva alta hace referencia según un estudio realizado en nuestro país con un tiempo mayor o igual a 30 días.¹⁴

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Hipótesis principal

- Existe asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y AINEs con el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018

Hipótesis secundarias

- Existe relación entre el consumo de alcohol y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018
- Existe relación entre el consumo de tabaco y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018
- Existe relación entre el consumo de AINES y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018

3.2 Variables principales de investigación

Variable dependiente

- Hemorragia digestiva alta no variceal

Variable independiente

- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Consumo de AINEs

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

Es un estudio observacional de tipo analítico, casos y controles con diseño cuantitativo.

El presente estudio es de tipo observacional ya que no se realizó ningún tipo de intervención ni se manipulo variables, analítico pues se quiere demostrar la relación entre factores como el consumo de tabaco, alcohol y antiinflamatorios no esteroideos con el desarrollo de hemorragias digestivas altas de tipo no variceal, de caso control pues se contó con una población que estuvo y no estuvo expuesta a estos factores de riesgo. Así mismo, es un estudio cuantitativo ya que se hizo uso de las estadísticas; estadística inferencial, pues se usó OR. Por último fue de tipo prospectivo no concurrente, ya que se evaluó a todos los pacientes atendidos en el Centro Endoscópico durante el año 2018, pero se complementó la información sobre el consumo de hábitos nocivos mediante una entrevista posterior a su ingreso a centro endoscópico, previo a lo cual se les solicitó a todos los participantes su consentimiento informado para participar en el estudio.

El trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto de IV CURSO – TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS según enfoque y metodología publicada.⁴⁵

4.2 Población y muestra

La población estuvo conformado por todos los pacientes de 18 años o más, con hemorragia digestiva alta no variceal, que se atendieron en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018.

Criterios de inclusión:

Grupo de casos

Todos los pacientes de 18 años o más que se atienden en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal, que ingresaron durante el periodo y área de estudio.

Grupo de controles

Todos los pacientes de 18 años o más que se atienden en el Centro Endoscópico del Hospital Nacional Hipólito Unanue con diagnóstico diferente a hemorragia digestiva alta, que ingresaron durante el periodo y área de estudio

Criterios de exclusión:

Grupo de casos

Pacientes con historias clínicas incompletas o con fichas endoscópicas mal llenadas.

Muestra

Se calculó el tamaño de muestra con la Calculadora IMIN en la cual dio como resultado que para un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en contraste bilateral, se requieren de **89** casos y **178** controles para detectar una odds ratio mínima de 2.4. Asumiendo que la tasa de expuestos en el grupo control será del 0.2. Según la revisión de la literatura se tomó en cuenta como OR de consumo de alcohol de 2.4⁵, así mismo se encontró que la frecuencia de consumo de alcohol en la población es de 20%¹⁴. Además se realizó un muestro no probabilístico por conveniencia.

La calculadora IMIN se encuentra gratuita y disponible en <https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>.

4.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN NATURALEZA	CATEGORÍA Y UNIDAD
Edad	Número de años del paciente al momento de su hospitalización	Número de años indicado en la historia clínica	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Género orgánico	Género señalado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Femenino 1= Masculino
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol habitual en forma de bebidas alcohólicas	Persona que declaró beber al menos una vez por semana durante el último año	Nominal	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si
Frecuencia del consumo de alcohol	Frecuencia del consumo de alcohol habitual en forma de bebidas alcohólicas	Persona que declaró beber al menos una vez por semana durante el último año	Nominal	Independiente Cualitativa	1= En situaciones especiales, no > 5 veces al año 2= Menos de 3 veces por semana 3= Más de 3 veces por semana 4= Siempre
Consumo de tabaco	Consumo de tabaco habitual en forma de cigarrillos	Persona que declaró fumar al menos un cigarrillo diario	Nominal	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si
Frecuencia del consumo de tabaco	Frecuencia del consumo de tabaco habitual en forma de cigarrillos	Persona que declaró fumar al menos un cigarrillo diario	Nominal	Independiente Cualitativa	1= Ligero: < 10 cigarrillos al día 2= Moderado: 11 – 20 cigarrillos al día 3= Gran fumador: > de 20 cigarrillos al día
Consumo crónico de AINES	Ingesta de un grupo de medicamentos utilizados para manejo del dolor, inflamación o fiebre.	Persona que ingirió por larga dato éstos medicamentos.	Nominal	Independiente Cualitativa	0= Si 1= No
Tipo de AINE	Fármacos utilizados para manejo del dolor, inflamación o fiebre.	Tipo de medicamento ingerido.	Nominal	Independiente Cualitativa	0= Ibuprofeno 1= Diclofenaco 2= Naproxeno
Lesión endoscópica	Hallazgos clínicos durante la endoscopia.	Hallazgos clínicos durante la endoscopia	Nominal	Politómica	0= Úlcera gástrica 1= Úlcera duodenal 2= LAMG 3= Angiodisplasia 4= Mallory Weiss 5= Neoplasias 6= Otros 7= Gastropatía erosiva 8= Gastritis eritematosa 9= Gastropatía atrófica 10= Normal

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el presente estudio se revisó el libro de registro de endoscopia, los informes de endoscopia y las historias clínicas de los pacientes; así mismo se entrevistó a los pacientes previa toma de consentimiento informado.

4.5 Recolección de datos

Para el presente trabajo se envió una solicitud para la revisión y aprobación del proyecto a la oficina de docencia e investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue, además se pidió acceso a las instalaciones del Centro Endoscópico para el llenado de cada ítem de la ficha de recolección de datos. Seleccionando a todos los pacientes en los que se realizó una endoscopia digestiva alta, por lo que de todos ellos se agrupó en el grupo casos a los pacientes con diagnóstico de ingreso por hemorragia digestiva alta mientras que al grupo control todos aquellos pacientes que se realizaron una endoscopia en Centro Endoscópico pero con resultado de ésta negativo o normal.

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el software IBM STADISTICS SPSS VERSIÓN 25 para el análisis, la elaboración de la base de datos y recopilación de información. Se realizó estadística descriptiva, análisis bivariado y regresión logística de las variables de interés.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

El sexo que predominó dentro de la población estudiada fue el sexo femenino que representaban el 55.4%, mientras que del sexo masculino estuvo conformado por el 44.6%.

En relación al consumo de alcohol se obtuvo que un 30.1% (n=95) si consumieron alcohol. Asimismo en referencia al consumo de tabaco el 26.3% (n=83) si lo consumieron.

De igual manera se observó la frecuencia del consumo de AINES observando que un 20.9% (n=66) de los pacientes si los consumieron.

Tabla1. Tabla de resumen: Sexo, consumo de alcohol, consumo de tabaco y consumo de AINEs.

		Cantidad	%
HDA no variceal	NO	178	56.3%
	SI	138	43.7%
Sexo	Femenino	175	55.4%
	Masculino	141	44.6%
Consumo de Alcohol	NO	221	69.9%
	SI	95	30.1%
Consumo de Tabaco	NO	233	73.7%
	SI	83	26.3%
Consumo de AINEs	NO	250	79.1%
	SI	66	20.9%
Total		316	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Por otro lado en la población de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, se encontró que la frecuencia de pacientes que si consumieron alcohol fue cercana de los que no lo hicieron (20.57% versus 23.10%); en el caso del grupo control se observa que la razón de los que no consumieron alcohol es casi 5 veces más de los que sí lo consumieron. (Gráfico 1)

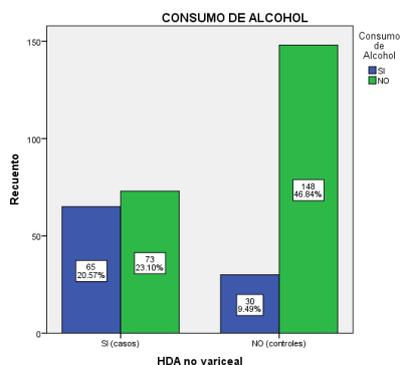


Gráfico1. Consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

De igual manera se estimó un tipo de escala para los pacientes que si consumieron alcohol evidenciándose que en ambos grupos predomino el consumo de alcohol en situaciones especiales no mayor a 5 veces al año, alcanzando un 8.86% (n=28) para el grupo casos y un 9.18%(n=29) para el grupo control. (Gráfico 2)

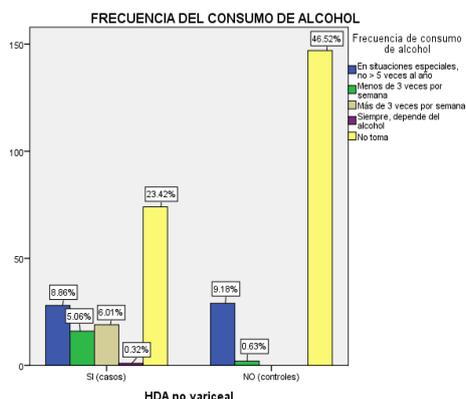


Gráfico 2. Frecuencia de consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

En cuanto a la frecuencia del consumo de tabaco en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal se encontró que no existía gran diferencia entre los pacientes que si consumieron tabaco versus lo que no lo hacían (si 22.78% versus no 20.89%) ya que apenas existe una diferencia del 2%. Muy por el contrario en el grupo control se encontró una diferencia significativa pues un 52.85% de los pacientes si fumaban versus sólo un 3.48% que no lo hacía. (Gráfico 3)

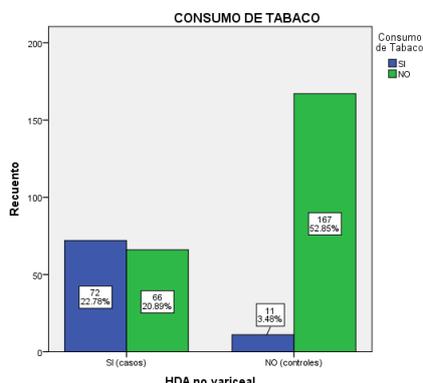


Gráfico 3. Consumo de Tabaco en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

De acuerdo a una escala utilizada en el presente estudio acerca de la frecuencia del consumo de tabaco en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal que si consumían tabaco, se obtuvo que la mayoría de los pacientes lo hacía de forma ocasional encontrándose un 11.39% y 2.85% para los grupos casos y controles respectivamente. (Gráfico 4)

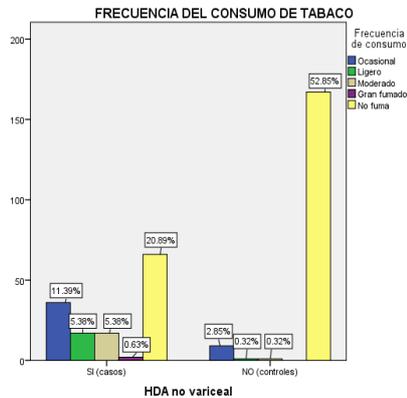


Gráfico 4. Frecuencia de consumo de Tabaco en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

También se estimó la frecuencia del consumo de AINEs evidenciándose que más de la mitad de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal si consumían a diferencia de los que no lo hacían hallándose un 16.77% versus un 26.90% respectivamente. Para el grupo control se halló al igual en los resultados previos mayor cantidad de población que no consumía AINEs (52.22%) en contraste con los que sí lo hacían (4.11%) (Gráfico 5). Se encontró además, que el ibuprofeno fue el AINE más consumido de entre los estudiados. (Gráfico 6)

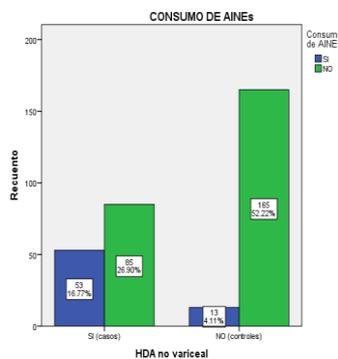


Gráfico 5. Consumo de AINEs en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

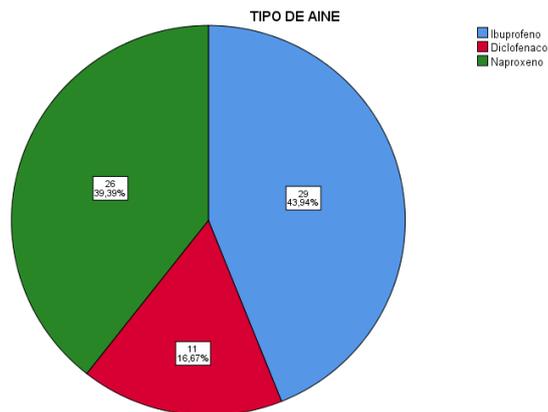


Gráfico 6. Frecuencia del tipo de AINE que consumían los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

En cuanto al sexo, en pacientes con Hemorragia digestiva alta no variceal se halló que la mayoría fueron de sexo masculino en contraste con el grupo control donde predominó el sexo femenino. (Gráfico 7)

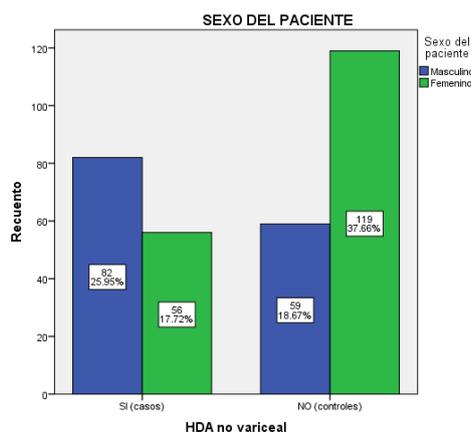


Gráfico 7. Frecuencia de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal según sexo atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

En relación a las características sociodemográficas en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal se obtuvieron los siguientes datos:

En cuanto a la edad, dentro de la población en mención se estimó un rango de edad entre los 18 y 98 años teniendo como media 54.78, también se calculó una mediana de 55,00 y una moda de 49 años. (Gráfico 8)

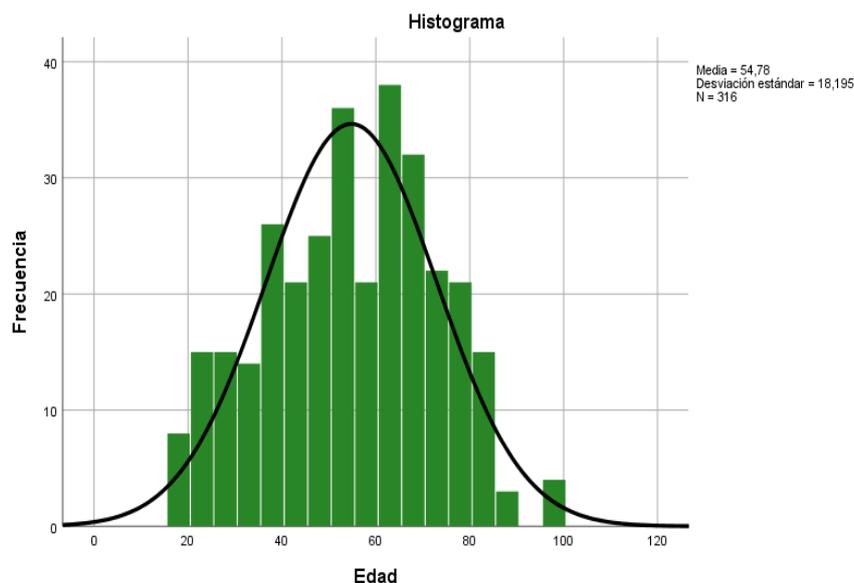


Gráfico 8. Distribución de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal según sexo atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

Respecto a la ocupación que con mayor frecuencia se presentó en el total de la población fue la de ama de casa conformada por 83 pacientes siendo éstos un 26.3% de la población en total, sin embargo el segundo lugar era ocupado por 67 pacientes (21.2%) que se dedicaban al comercio, de los cuáles 31 tenían el diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal ocupando la mayoría dentro de éste grupo. (Tabla 2)

Tabla 2. Tabla de Frecuencias de ocupación en pacientes con hemorragia digestiva alta de tipo no variceal.

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	83	26.3
Albañil	7	2.2
Abogado	1	0.3
Carpintero	1	0.3
Carretillero	1	0.3
Cocinero	8	2.5
Comerciante	67	21.2
Contador	2	0.6
Costurero	17	5.4
Independiente	4	1.3
Estibador	8	2.5
Estudiante	19	6.0
Mecánico	17	5.4
Mototaxista	4	1.3
Obrero	10	3.2
Panadero	5	1.6
Profesor(a)	27	8.5
Secretario(a)	3	0.9
Soldador	4	1.3
Taxista	28	8.9

Fuente: Ficha de recolección de datos

En cuanto a la procedencia de los pacientes que participaron en este estudio se obtuvo que la mayoría provenía del distrito de El Agustino, en segundo lugar de San Juan de Lurigancho, mientras que la menor cantidad de pacientes procedían de Huachipa, Chosica y La Molina. (Tabla 3)

Tabla3. Frecuencia del distrito de procedencia en los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

	Frecuencia	%
El Agustino	148	46.8
San Juan de Lurigancho	89	28.2
Santa Anita	46	14.6
La Victoria	16	5.1
Vitarte	6	1.9
Pachacamác	5	1.6
Chosíca	3	0.9
La Molina	2	0.6
Huachipa	1	0.3

Fuente: Ficha de recolección de datos

Por otro lado dentro de los resultados de la endoscopias digestivas altas realizadas en todos los pacientes se encontró que la lesión más frecuente de toda la población en estudio fue la Gastritis eritematosa, seguida por la úlcera gástrica. Sin embargo en el grupo con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal las lesiones que tuvieron mayor frecuencia fueron las úlceras pépticas. (Tabla 4)

Tabla 4. Tabla de Hallazgos endoscópicos en pacientes con HDANV atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

Diagnósticos endoscópicos	Frecuencia	%
Úlcera gástrica	53	16.8
Úlcera duodenal	36	11.4
LAMG	12	3.8
Angiodisplasia	16	5.1
Mallory Weiss	7	2.2
Neoplasias	23	7.3
Otros	22	7.0
Gastropatía erosiva	38	12.0
Gastritis eritematosa	70	22.2
Gastropatía atrófica	18	5.7
Normal	21	6.6
Total	316	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Asimismo, entre los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal y que tienen como diagnóstico úlcera péptica, se estimó la clasificación de Forrest hallando que la lesión de tipo III es la más frecuente en estos pacientes. (Tabla 5)

Tabla 5. Clasificación de Forrest en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta con HDA y diagnóstico endoscópico de úlcera, atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018

	Frecuencia	%
Ia	13	14.6
Ib	16	18.0
IIa	17	19.1
IIb	4	4.5
IIc	7	7.9
III	32	36.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En cuanto al análisis bivariado para valorar el grado de relación que existe entre nuestras variables, se obtuvo lo siguiente:

Para la relación entre el consumo de alcohol y desarrollo de Hemorragia digestiva alta no variceal se obtuvo un $p=0.02$ estadísticamente significativo lo cual hace considerarlo como un factor de riesgo, de igual manera se halló un $p=0.00$ para el consumo de tabaco, un $p=0.00$ para el consumo de AINEs, un $p=0.04$ para el sexo masculino que al igual que la variable anterior resultan ser factores de riesgo. (Tabla 6). Encontrándose resultados muy parecidos luego del análisis multivariado (Tabla 7)

Tabla 6. Tabla de estimación de riesgo (OR crudo) de consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de AINEs y sexo en pacientes con hemorragia digestiva alta de tipo no variceal

Factor de Riesgo	OR	Intervalo de Confianza (95%)	P
Sexo masculino	2.95	1.86 – 4.68	0.04
Consumo de Alcohol	4.39	2.62 – 7.36	0.02
Consumo de Tabaco	16.56	8.26 – 33.20	0.00
Consumo de AINEs	7.91	4.09 – 15.32	0.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla7. Regresión logística, OR ajustado de consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de AINEs y sexo en pacientes con hemorragia digestiva alta de tipo no variceal.

Factor de Riesgo	OR Ajustado	Intervalo de Confianza (95%)	P
Sexo masculino	1.88	1.01 – 3.48	0.04
Consumo de Alcohol	3.03	1.54 – 5.99	0.01
Consumo de Tabaco	11.61	5.39 – 24.97	0.00
Consumo de AINEs	12.36	5.72 – 26.72	0.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

5.2 Discusión de resultados

Se analizaron factores asociados al desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal como el consumo de alcohol, tabaco y AINEs. Asimismo se evaluaron el sexo, edad, ocupación, procedencia y diagnósticos endoscópicos en todos estos pacientes. Cabe añadir que en el presente estudio no se consideraron factores de riesgo que pudieran ser considerados intervinientes para el desarrollo de HDANV. Tampoco se consideró el consumo del ácido acetil salicílico (AAS) dentro de los AINEs estudiados.

En igual sintonía que en estudios en Panamá¹⁶ y Ecuador¹² el sexo que predominó entre pacientes con HDA no variceal fue el masculino. A pesar que no existe una relación clara en cuanto a la influencia que tiene éste género en el desarrollo de HDA, en estudios realizados en nuestro país se obtuvieron resultados similares, encontrando que existe 2 veces más riesgo^{10, 16}, pudiendo suponer que existe algún componente genotípico que conlleve a la predisposición de su desarrollo.

Las edades estuvieron comprendidas entre los 18 y 98 años de las cuales pudo observarse una recurrencia en pacientes con 49 años en el total de nuestra población, sin embargo realizando una selección de sólo los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta se evidenció que la mayoría de pacientes presentaban 65 años lo cual guarda relación con un estudio realizado en nuestro país, quienes incluso lo consideran como factor de riesgo debido a que ésta población tiene mayor riesgo de desarrollar comorbilidades propias de la edad como lo son las enfermedades cardiovasculares o reumatologías,

además de otras, en las que su manejo se puede utilizar AINEs, cabe acotar que se encontró también similitud de nuestros resultados con estudios de países como Colombia¹⁹ y Ecuador²⁰.

En cuanto al consumo de alcohol, en los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal y que consumieron alcohol, se estimó tenían 4 veces más riesgo de presentar esta patología, del mismo modo existen resultados que se asemejan a nuestra realidad en países como México¹⁵. En cambio en Ecuador según estudios publicados sobre el consumo de alcohol, no se halló relación con la presencia de hemorragia digestiva alta no variceal como factor de riesgo²⁰. Como se mencionó previamente en el marco teórico el alcohol es considerado gastrolesivo, más aun teniendo en cuenta la cantidad y frecuencia con la que se consume debido a que puede ocasionar lesiones en la mucosa gástrica alterando la resistencia en las células³⁶ y originando la úlcera péptica motivo de sangrado, además se sabe que un estado de etilismo puede conllevar en la persona a vómitos constantes desgarros en la mucosa ocasionando así un Síndrome de Mallory Weiss como causa de HDA.

Por otro lado en referencia al consumo de tabaco se evidenció que más de la mitad de pacientes no fumaban siendo un 73.3%, en contraste con los pacientes que desarrollaron hemorragia digestiva alta no variceal en lo que aproximadamente la mitad (52.2%) si fumaba, encontrándose en este estudio que existe 11 veces más riesgo de desarrollar hemorragia digestiva alta no variceal si se consume tabaco, (OR de 11.61), que a diferencia de estudios en México (OR 2.6)¹⁵, Panamá (OR 1.6)¹⁶, Ecuador (OR 2.0)²⁰ en los que se obtuvieron OR menores, por lo tanto al ver la diferencia existente con nuestra realidad, aún sin que exista una explicación fisiopatológica para la razón el desarrollo, se puede plantear la posibilidad de la existencia de otros factores. Para aclarar este punto serán necesarios estudios con diferente diseño que permitan estudiar directamente este riesgo junto con otros factores concomitantes.

En cuanto al consumo de AINEs y la relación con el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal a diferencia de países como Ecuador en el que se halló un OR menos de 2.1²⁰ en el presente estudio se encontró un OR mayor de 12.36 lo que refuerza estudios previos realizados en nuestro país en los que

el consumo de AINEs si se considera como factor de riesgo ya que incluso la ingesta se relaciona con el diagnóstico endoscópico más frecuente hallado el cual es la úlcera péptica. Esto podría relacionarse a la cultura de automedicación por parte de los pacientes, que lamentablemente es muy común en el país: o incluso relacionarse a inadecuada prescripción médica en los centros de atención primaria haciendo uso irracional de estos fármacos.⁴⁶

Cabe mencionar que si bien se conoce que el AAS es uno de los fármacos que mayor representación tiene de entre los AINEs, y además que se ha demostrado su relación con el desarrollo de HDA, no se tomó en consideración en el presente estudio, en parte por la discontinuación de su uso como antiinflamatorio *per se* en la actualidad, siendo primordialmente utilizado como antiagregante plaquetario en prevención de patologías cardiovasculares y cerebrovasculares. Por lo que la información obtenida en el presente trabajo respecto a la relación de AINEs y desarrollo de HDANV, podría estar sesgada por no haber tomado en consideración al AAS ni en dosis antiinflamatoria, ni en dosis preventiva cardiovascular, por lo que se sugieren ampliar estudios teniendo en cuenta su uso en ambas dosificaciones. . Para el presente trabajo se optó por considerar otros medicamentos de la misma familia agrupados más por su efecto y uso como analgésico que son de fácil accesibilidad y uso por parte de los pacientes.⁴⁷

Dentro de los estudios realizados en cuanto a las diferencias del tipo de AINE y su relación con el desarrollo de hemorragia digestiva alta se conoce en la literatura que existe mayor predisposición al sangrado por parte de los AINEs que tiene intervención a nivel de la ciclooxigenasa de tipo 1 y 2, y de éste grupo los que son más afines a la COX1 como el ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco³⁰, medicamentos que la mayoría de pacientes refieren haber usado como resultado en el estudio.

Se conoce por estudios realizados que el riesgo de desarrollar hemorragia digestiva alta varía de acuerdo a los medicamentos, conocidos como el naproxeno, indometacina, piroxicam, ketorolaco como los de mayor riesgo³⁴. Sin embargo en nuestra población el de mayor uso fue el ibuprofeno quien según la literatura presenta un 3.1 de riesgo para el desarrollo de HDA y esto probablemente a que sea uno de los medicamento con mayor uso dentro de las

instalaciones del hospital sobre todo en la emergencia donde llegan patologías agudas.

La ocupación que la mayoría de pacientes ejercía fue la de ama de casa y esto debido a que el sexo que predominó en nuestra población fue el femenino, sin embargo haciendo una selección de solo los pacientes diagnosticados de hemorragia digestiva alta no variceal en el que la mayoría eran hombres la mayoría se dedicaban al comercio lo cual podría estar relacionado al estrés inherente a dicha actividad económica.

Como se mencionó anteriormente la mayoría de pacientes atendidos en el centro endoscópico del Hospital fueron aquellos que procedían del mismo distrito en el que se encuentra que es El Agustino, siendo un 46.8% del total de la población, y esto debido a que gran parte de los pacientes son afiliados al Sistema Integral de Salud el cual agrupa a las personas en determinados establecimientos de Salud de acuerdo al lugar de residencia sin excluirlos de la posibilidad de ser atendidos en entidades de otra jurisdicción razón por la cual en el Centro Endoscópico hubieron pacientes que procedían de Huachipa, Chosica y La Molina.

Si bien existen numerosos estudios a la fecha tanto nacionales como internacionales acerca de hemorragia digestiva alta no variceal, sólo se encontró uno realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, sin embargo este tuvo diferente enfoque respecto a mortalidad y sus factores asociados por HDA; no encontrándose –anterior al presente- ninguno relacionado a los estilos de vida de hábitos nocivos y hemorragia digestiva alta de tipo no variceal. Lo cual es interesante, ya que según estadísticas nacionales, los distritos como el Agustino, La Victoria, Rímac, Barranco y Surquillo son considerados como los principales punto de venta de drogas sociales como son el alcohol y el tabaco⁴⁸.

El presente trabajo tuvo como limitaciones el uso de un muestreo no probabilístico, y no se aparearon los grupos según sexo y edad. Se empleó la frecuencia de consumo de alcohol más no la cantidad ya que era de mayor facilidad al realizar las preguntas y la medición; y no se consideró al AAS dentro de los AINEs estudiados.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Entre los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal la mayoría no consumieron alcohol, consumieron tabaco alrededor de la mitad y consumieron AINEs en la misma proporción.
- La mayoría de pacientes con HDANV son varones, siendo el género masculino encontrado como factor de riesgo para su desarrollo.
- El consumo de alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal asociado significativamente.
- El consumo de tabaco es un factor de riesgo en el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal asociado significativamente.
- El consumo de antiinflamatorios no esteroideos estudiados genera 7 veces más riesgo de presentar hemorragia digestiva alta no variceal.
- La Úlcera péptica es la lesión endoscópica más frecuente en la HDANV pacientes y la lesión tipo III está presente en la mayoría.

6.2 Recomendaciones

- Realizar estudios con diseños que permitan la evaluación de posibles factores de riesgo intervinientes para el desarrollo de HDANV, ampliar los estudios sobre el diagnóstico, manejo y prevención sobre la hemorragia digestiva alta.
- Realizar estudios con diseño apropiado para la evaluación del AAS tanto en dosis antiinflamatoria como en dosis preventiva cardiovascular, y su relación con la HDANV en la realidad local.
- Realizar campañas de concientización sobre el consumo de alcohol, tabaco y AINEs en toda la población.
- Capacitar al personal médico de atención primaria sobre el uso y prescripción inadecuada de los antiinflamatorios no esteroideos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hyams J, Leichtner A, Schwartz A Recent advances in diagnosis and treatment of gastrointestinal hemorrhage in infants and children J Pediatr. 1985 Jan;106:1-9.
2. Schemmer P, Decker F, Dei-Anane G, Henschel V, Buhl K, Herfarth C, et al. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients. World J Gastroenterol. 2006;12(22):3597-601.
3. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Revista Española de Enfermedades Digestivas [Internet]. 2014; (206).
4. Dr. Aníbal Sánchez Aguilar. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, - 2015 – INEI. Publicado Mayo, 2016
5. Paredes Egúsqüiza J. Factores de Riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de Gastroenterología -2015 [Medico Cirujano]. Universidad Ricardo Palma; 2017.
6. Jiménez Rodríguez D, Cong Rodríguez J, Estrada Espinosa E, Bermúdez Balado A, Rivero Díaz P, Martínez Lorenzo F. Evaluación de los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila. 2015 mediciego 2015; Vol.21 No.4
7. Soto-Tarazona A, Gutiérrez-de-Aranguren C, Cueva-Cueva K, Flores-Alva J, Díaz-Calderón A. Nuevo sistema de puntaje de predicción de la hemorragia digestiva alta complicada en comparación con el sistema de puntaje de Rockall. Rev Soc Peru Med Interna. 2007;20(1):5-9.
8. Combe J. Sangrado Gastrointestinal Alto. En Ormea Av. Salvatierra EA (Edits): Emergencias en Medicina Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú, 1992:115-126
9. Epstein A, Isselbacher k. Hemorragia Digestiva. En: Fauci A dir. Harrison: Principios de Medicina Interna.14ta Edición. España: Mc Graw – Hill – Interamericana; 1998. p.281 – 85.
10. Strate L, Singh P. A Prospective Study of Alcohol Consumption and Smoking and the Risk of Major Gastrointestinal Bleeding in Men. PLoS ONE [Internet]. 2016;60(12).
11. Rodríguez León, M. C; Escarcena Chacón, V. E; Martín Calero, M. J. “Actuación del farmacéutico comunitario ante el paciente automedicado” Rev. Farm. aten. prim; 4(3): 78-84, jul.-sept. 2006.
12. García A. Carbonel L. López P. León P. Definición de consumo de medicamentos y

- su patrón. Rev. Horizonte sanitario. 2013; 12 (3):79-83.
13. Dr. Luis Wilfredo Miranda Molina. Análisis situacional de salud hospitalario – HNHU. Lima, Perú. Publicado 2017.
 14. Contardo Zambrano C, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. Acta méd. peruana [Internet]. 2006 Sep; 23(3): 162-173.
 15. Rodríguez Hernández H, Rodríguez-Morán M, González J. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2009;47(2).
 16. Bernardino d. Dr. Arnulfo arias Madrid. Factores asociados a sangrado digestivo alto. Servicio de gastroenterología. Complejo hospitalario metropolitano. Panamá. abril – septiembre. 2009. rev. méd ciento. año 2011, volumen 24(1):4-11.
 17. Rodríguez Hernández I. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. Rev. Scielo. Enferm. glob. vol.10 no.22 Murcia abr. 2011.
 18. Crooks, Colin John, Joe West, and Timothy Richard Card. “Comorbidities Affect Risk of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding.” Rev. Gastroenterology 144.7 (2013): 1384–1393.e2.
 19. Rivera H Daysi, Martínez M Julián David, Tovar C José Rafael, Garzón O Martín Alonso, Hormaza A Natan, Lizarazo Jorge I et al . Caracterización de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas no varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2013 Dec; 28(4): 278-285.
 20. Álvarez M, Mora R, Vanegas M, et al. Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. Rev Med HJCA 2015; 7(1): 28-31.
 21. McPee Stephen J. Papadakis Maxine. Hemorragia del Tubo digestivo. Diagnostico Clínico y tratamiento. 49a. Ed.: Mc Graw-Hill LANGE. 2010. p 517-524.
 22. J. L. Martinez Porras, J.L. Calleja Panero. Hemorragia digestiva alta: etiología y rocedimientos diagnósticos. Unidad de Aparato digestivo. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. Servicio de gastroenterología. Clínica Puerta de Hierro. Universidad autónoma de Madrid. 2005;17:S50-S54.
 23. Aguirre PA. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Revista Española de Enfermedades Digestivas. Pag.106(1):1.
 24. María del Mar Pérez Calvo. Emergencias quirúrgicas - Hemorragia digestiva alta no varicosa revisión bibliográfica. Revista médica de costa rica y Centroamérica lxxiii (620) 479 - 483, 2016

25. Jensen DM, et al. Colonoscopy for diagnosis and treatment of severe lower gastrointestinal bleeding. Routine outcomes and cost analysis. *Rev. Gastrointes Endosc Clin N Am* 2005; 7:477-98.
26. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Biblioteca Sede OPS. Washington, D.C,2008; pag.9-15.
27. Del Sol Padrón D, Alvarez Fernández D, Rivero Berovides D. Consumo de alcohol. *Revista Científica Médica Cienfuegos [Internet]*. 1990; (Vol.10).
28. Ananya D, Richard C, Wong M. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models *Gastrointest Endosc*, 2005; 60:85-93.
29. Guadalupe Garcia-Tsao, M.D., and Jaime Bosch, M.D. Management of Várices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis. *N Engl J Med* 2010; 362:823-832.
30. Valsecia, Malgor, et al. Analgésicos antipiréticos y antiinflamatorios no esteroides (aines) - drogas tipo aspirina. Biblioteca virtual de la FMH - UNNE capítulo 7. Pag 112-137.
31. Castro Novo, María Inés*; Fernández Souto, Purificación**; Carballo Fernández, María Coral***; Dacal Rivas, Andrés*. Servicio de Digestivo, Servicio de Cirugía y Servicio de Radiología Intervencionista. Disponible en: - <http://www.librodopeto.com/5-enfermedades-digestivas/51-hemorragia-digestiva-alta-y-baja/>
32. Quintero Carrión E. Efectos de los AINEs sobre la mucosa gastrointestinal. *Rev Esp Reumatol [Internet]*. 1 de enero de 2000 [citado 7 de febrero de 2019];27(1):19-24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-efectos-los-aime-sobre-mucosa-8543>
33. Clemente Muriel, Juan Santos, Francisco Sanchez Montero. Et al. Farmacología de los analgesicos no opiaceos (AINEs). Catedra extraordinaria del Dolor - Fundacion Grunenthal, Biblioteca virtual. Modulo 6. Pag. 1-49. Disponible en: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%206.pdf>
34. Portela Romero Manuel, Rodríguez Moreno Carlos, Chuclá Cuevas Teresa, Durán Parrondo Carmen, Fernández Benito José, Méndez Bustelo M. José, Paz Silva Eduardo, Pía Morandeira Agustín, Puime Montero Paloma, Santos Rodríguez J. Antonio, Sueiro Justel Jesús, Caneda García Yolanda, López Fernández Dolores. Gastroproteccion y riesgo gastrointestinal. Comisión de Farmacia y terapéutica de la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela. Servizo Galego de Saúde, Biblioteca virtual. Pag 1-6 Disponible en: <https://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/Farmacia/XAPSantiago/Ga>

stroproteccion%20y%20riesgo%20gastrointestinal.pdf

35. Rollhauser C. Fleisher D. Non varicial upper gastrointestinal bleeding . Endoscopy 2006; 34,111-118.
36. Harrison: Principles of internal medicine. 17th Edition; Mc Grawhill. New York. 2008 pags 257-260.
37. García Ruiz E, Alcaín Martínez G, Cañero J, Vazquez Pedreño, L. Hemorragia digestiva en el area de urgencias. Servicios de Aparato Digestivo y Urgencias* del Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Victoria”. Campus Universitario de Teatinos. Málaga 2010.
38. Soriano AC. Hemorragia en el tracto digestive Acta méd. peruana 2006; 23 (3).
39. Adang RP, Vismas JF, Talmon JL, Hasman A, Ambergen AW, Stockbrügger RW. Appropriateness of indications for diagnostic upper gastrointestinal endoscopy: association with relevant endoscopic disease. Gastrointest Endosc. 1995; 42(5):390.
40. Cortés G P. Clasificación de Forrest. Gastroenterología Latinoamericana. 2010;21(1).
41. Vázquez-Iglesias J, Yáñez López J, Souto Ruzo J. Hemorragia digestiva alta (HDA) [Internet]. 2010.
42. Zepeda Gómez S. Hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 2010.
43. Espinosa Brito D, Espinosa Roca D. Tabaquismo. Revista Científica Médica de Cienfuegos [Internet]. 1990 [citado el 23 de Agosto 2018];(Vol.10).
44. Ángeles Pérez A. Antiinflamatorios no esteroideos [Internet]. Unidad de Digestivo. 2012 [citado el 23 de Agosto del 2018].
45. De la Cruz Vargas JA, Correa López LE, Alatriza Gutierrez de Bambarén M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educ Médica [Internet]. 2 de Agosto de 2018 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.Science direct.com/science/article/piiS1575181318302122>.
46. Arévalo SMJ, Castro SLJ, Matamoros SJM. Frecuencia de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011. [Ecuador]: Universidad de cuenca Facultad de Ciencias Médicas escuela de medicina; 2011.
47. Angel Lanas Arbeloa. Aspirina en dosis bajas y complicaciones gastrointestinales. Hospital Clínico “Lozano Blesa”, Zaragoza, España. Rev. SIIC - Salud(i)Ciencia,

Año XIV, Vol. 13, Nº 6 – 2005.

48. Carlos Becerra Gutiérrez, Nelly Patricia Zavaleta Vertiz, Ricardo Montero Reyes et al. Alcoholismo en Lima aumentó en 164% durante los últimos cuatro años. ANDINA/Difusión (Agencia Peruana de noticias). Publicado: 2/3/2015. Disponible: <https://andina.pe/agencia/noticia-alcoholismo-lima-aumento-164-durante-los-ultimos-cuatro-anos-545445.aspx>

ANEXOS

ANEXO 1.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	INSTRUMENTO
¿Cuál es la asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y AINES con el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el Centro Endoscópico del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2018?	GENERAL Establecer la asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y AINES con el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el centro Endoscópico del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2018	GENERAL Existe asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y AINES con el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el centro Endoscópico del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2018	Observacional de tipo analítico, casos y controles con diseño cuantitativo.	Análisis multivariado entre variables dependientes e independientes mediante el uso de odds ratio	Ficha de recolección de datos
	ESPECÍFICOS Señalar la frecuencia del consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.	SECUNDARIAS Existe relación entre el consumo de alcohol y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el centro Endoscópico del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2018	MUESTRA Se calculó el tamaño de muestra con la Calculadora IMIN en la cual dio como resultado que para un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en contraste bilateral, se requieren de 89 casos y 178 controles para detectar una odds ratio mínima de 2.4	Análisis descriptivo de frecuencia del consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.	
	Evaluar la frecuencia del consumo de tabaco en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.			Análisis descriptivo de frecuencia del consumo de tabaco en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.	
	Determinar la frecuencia del consumo de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.	Existe relación entre el consumo de tabaco y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el centro Endoscópico del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2018		Análisis descriptivo de frecuencia del consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.	
	Establecer la relación entre el consumo de alcohol y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal.	Existe relación entre el consumo de AINES y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes atendidos en el centro Endoscópico del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2018		Análisis bivariado y de asociación mediante el uso de odds ratio en los casos y controles	
	Demostrar la relación entre el consumo de tabaco y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal.			Análisis descriptivo de las características sociodemográficas en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.	
	Establecer la relación entre el consumo de antiinflamatorios no esteroideos y el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal.				
	Describir las características sociodemográficas en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.	Análisis descriptivo de la lesión endoscópica más frecuente en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.			
	Estimar la lesión endoscópica más frecuente en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.				

ANEXO 2.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Edad	Número de años del paciente al momento de su hospitalización	Número de años indicado en la historia clínica	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Género orgánico	Género señalado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Femenino 1= Masculino
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol habitual en forma de bebidas alcohólicas	Persona que declaró beber al menos una vez por semana durante el último año	Nominal	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si
Frecuencia del consumo de alcohol	Frecuencia del consumo de alcohol habitual en forma de bebidas alcohólicas	Persona que declaró beber al menos una vez por semana durante el último año	Nominal	Independiente Cualitativa	1= En situaciones especiales, no > 5 veces al año 2= Menos de 3 veces por semana 3= Más de 3 veces por semana 4= Siempre
Consumo de tabaco	Consumo de tabaco habitual en forma de cigarrillos	Persona que declaró fumar al menos un cigarrillo diario	Nominal	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si
Frecuencia del consumo de tabaco	Frecuencia del consumo de tabaco habitual en forma de cigarrillos	Persona que declaró fumar al menos un cigarrillo diario	Nominal	Independiente Cualitativa	1= Ligero: < 10 cigarrillos al día 2= Moderado: 11 - 20 cigarrillos al día 3= Gran fumador: > de 20 cigarrillos al día
Consumo crónico de AINES	Ingesta de un grupo de medicamentos utilizados para el manejo del dolor, inflamación o fiebre	Persona que ingirió por larga dato éstos medicamentos.	Nominal	Independiente Cualitativa	0= Si 1= No
Tipo de AINE	Fármacos utilizados para manejo del dolor, inflamación o fiebre	Tipo de medicamento ingerido	Nominal	Independiente Cualitativa	0= Ibuprofeno 1= Diclofenaco 2= Naproxeno
Lesión endoscópica	Hallazgos clínicos durante la endoscopia	Hallazgos clínicos durante la endoscopia	Nominal	Politómica	0= Úlcera gástrica 1= Úlcera duodenal 2= LAMG 3= Angiodisplasia 4= Mallory Weiss 5= Neoplasias 6= Otros 7= Gastropatía erosiva 8= Gastritis eritematosa 9= Gastropatía atrófica 10= Normal

ANEXO 3.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1.- Número:

• Edad: _____ Sexo: F
M

• Ocupación: _____ Distrito: _____

2.- Hábitos Nocivos:

• Consumo de alcohol: SI NO

En situaciones especiales, no > 5 veces al año

Menos de 3 veces por semana

Más de 3 veces por semana

Siempre, depende del alcohol

• Consumo de tabaco: SI NO

Regular Fuma 1 vez al dia de forma diaria

Ligeramente: ≤ 10 cigarillos al dia

Moderado: 11 - 20 cigarillos al dia

Gran fumador: > de 20 cigarillos al dia

Ocasional: Fuma 1 o más pero no de forma diaria

• Consumo de AINES SI NO

Ibuprofeno	Diclofenaco	Naproxeno
Piroxicam	Indometacina	Tenoxicam
Nimesulida	Ketorolaco	Celecoxib

Otro:

3.- Procedencia:

4.- Diagnostico Endoscopico:

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| • Ulcera Gastrica | <input type="checkbox"/> | • Mallory Weis | <input type="checkbox"/> |
| • Ulcera Duodenal | <input type="checkbox"/> | • Neoplasias | <input type="checkbox"/> |
| • LAMG | <input type="checkbox"/> | • Otros | <input type="checkbox"/> |
| • Angiodisplasia | <input type="checkbox"/> | | |

5.- Clasificacion De Forrest:

Ia Ib IIa IIb IIc III

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTERIOIREOS EN EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio tiene como objetivo establecer la asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y Antiinflamatorios no esteroideos con el desarrollo de hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018.

La hemorragia digestiva alta es un problema de salud frecuente ya que representa uno de los principales motivos de ingreso hospitalario; además al ser una emergencia médico-quirúrgica existen diversos avances científicos y técnicos en el diagnóstico y tratamiento, sin embargo aún no se ha podido disminuir la morbimortalidad que genera en la población mundial y nacional. El propósito de este estudio es que una vez obtenida la información se pueda generar estrategias de prevención o promoción para pacientes con esta patología.

Se realizará un estudio de casos y controles prospectivo para el cual requerimos pacientes con hemorragia digestiva alta y personas sanas que puedan participar. Los datos proporcionados se mantendrán en confidencialidad y se respetará los derechos de autonomía y privacidad de las personas que participen en este estudio, el cual cumple con todas las normas éticas aprobadas y reconocidas en el Perú y el mundo.

Usted no está obligado a participar en este estudio por lo que puede desistir del mismo en cualquier momento. Si usted decide participar en el estudio le agradeceremos colocar su nombre y firma.

Muchas gracias,

.....

FIRMA

NOMBRE:

D.N.I:

Geraldine Talancha Merino
Interna de Medicina -
Investigadora
Universidad Ricardo Palma