

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**Factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con  
hemorragia digestiva alta en el hospital nacional hipolito unanue  
en el servicio de gastroenterologia -2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO  
CIRUJANO**

**Paredes Egúsquiza, Jonathán Moisés**

DR. DE LA CRUZ VARGAS JHONY

DIRECTOR DE TESIS

DRA. SEGURA NUÑEZ PATRICIA

ASESOR

**Lima-2017**

*Dedicatoria: A **Dios**, a mis padres Alejandro y  
Genoveva, hermanos Saúl y Melisa.*

Gary

*Agradecimientos:*

*Dr. De la Cruz Vargas Jhony (Asesor URP)*

*Dra. Segura Núñez (Coordinadora de sede HNHU)*

Ing. Bazán Baca Juan Francisco

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los 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.

**Material y métodos:** El diseño es observacional, analítico y retrospectivo. Se trabajó con 240 pacientes; para el análisis bivariado de asociación se utilizó la prueba exacta de OR.

**Resultados:** Se incluyó 240 pacientes a los que fueron atendidos por presentar hemorragia digestiva alta. Se excluyó a aquellos con historias clínicas incompletas y con alteraciones mentales. Se utilizó el programa estadístico SPSS 21 para el procesamiento de datos. Se revisó 240 historias clínicas, 10% tuvieron mortalidad intrahospitalaria, los > 60 años obtuvo OR 2,36 (0,971-5,755), OR de 4,39 (1,453-13,275) para los pacientes que consumían alcohol, para las comorbilidades se obtuvo un OR de 4,7 (1,888-11,988), la manifestación clínica de Hematemesis obtuvo un OR de 85,0 (11,18-646,19), diagnóstico endoscópico como Úlcera duodenal se obtuvo un OR de 4,3(1,806-10,264). Se observó que los factores de riesgo como la edad, consumo de alcohol, hematemesis y el diagnóstico de úlcera duodenal están relacionados a una alta mortalidad por hemorragia digestiva alta.

**Conclusiones:** Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre los 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.

**Palabras claves:** Hemorragia digestiva alta, hematemesis, úlcera duodenal, mortalidad.

## **SUMMARY**

**Objective:** To determine the risk factors associated with mortality in patients with High Digestive Hemorrhage at the National Hospital "Hipolito Unanue" in the gastroenterology service -2015.

**Material and methods:** The design is observational, analytical and retrospective. We worked with 240 patients; For the bivariate analysis of association we used the exact OR test.

**Results:** A total of 240 patients were included in the study who were treated for high digestive hemorrhage. Those with incomplete medical histories and with mental disorders were excluded. Statistical software SPSS 21 was used for data processing. Twenty-four clinical histories were reviewed, 10% had in-hospital mortality, > 60 years had OR 2.36 (0.971-5.755), OR 4.39 (1.453-13.275) for patients who consumed alcohol. For comorbidities, a OR of 4.7 (1,888-11,988), the clinical manifestation of Hematemesis obtained an OR of 85.0 (11.18-646.19), endoscopic diagnosis as duodenal ulcer an OR was obtained of 4.3 (1,806-10,264). It was observed that risk factors such as age, alcohol consumption, hematemesis and diagnosis of duodenal ulcer are related to a high mortality due to high digestive hemorrhage.

**Conclusions:** We conclude that there is a statistically significant association between risk factors associated with mortality in patients with upper gastrointestinal bleeding at the Hospital National Hipólito Unanue in the gastroenterology service-2015.

**Key words:** Upper gastrointestinal bleeding, hematemesis, duodenal ulcer, mortality

## ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	13
1.1 Planteamiento del problema .....	14
1.2 Formulación del problema.....	15
1.3 Justificación.....	15
1.4 Delimitación del problema.....	16
1.5 Objetivos .....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes .....	17
2.2 Bases teóricas.....	26
2.3 Definición de conceptos operacionales.....	41
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	44
3.1 Hipótesis.....	44
3.2 Variables .....	44
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	45
4.1 Tipo de investigación.....	45

4.2 Población y muestra .....	45
4.3 Criterios de selección .....	45
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	46
4.5 Recolección de datos .....	46
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos .....	47
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>48</b>
5.1 Resultados .....	48
5.2 Discusión de resultados .....	70
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>74</b>
Conclusiones .....	74
Recomendaciones .....	76
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>83</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla N°1. Operacionalización de variables.....	41
Tabla N° 2. Resumen de datos cualitativos de los pacientes con Hemorragia digestiva alta .....	49
Tabla N° 3. Tabla de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus grupos de edades en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	58
Tabla N° 4. Tabla de estimación de riesgo de mortalidad intrahospitalaria versus grupos de edades en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	58
Tabla N° 5. Tabla de estimación de significancia de mortalidad intrahospitalaria versus grupos de edades en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015 .....	59
Tabla N° 6 . Tabla de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	60
Tabla N°7: Tabla de estimación de riesgo de mortalidad intrahospitalaria versus consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	60
Tabla N°8: Tabla de estimación de significancia de mortalidad intrahospitalaria versus consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	61
Tabla N°9: Tabla de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus comorbilidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	62

Tabla N°10: Tabla de estimación de riesgo de mortalidad intrahospitalaria versus comorbilidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	62
Tabla N°11: Tabla de estimación de significancia de mortalidad intrahospitalaria versus comorbilidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	63
Tabla N°12: Tabla de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de hematemesis en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	64
Tabla N°13: Tabla de estimación de riesgo de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de hematemesis en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015....	64
Tabla N°14: Tabla de estimación de significancia de mortalidad intrahospitalaria versus hematemesis en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	65
Tabla N°15: Tabla de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de ulcera duodenal en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	66
Tabla N°16: Tabla de estimación de riesgo de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de ulcera duodenal en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	66
Tabla N°17: Tabla de estimación de significancia de mortalidad intrahospitalaria versus ulcera duodenal en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	67
Tabla N°18: Tabla de resumen de variables .....	68
Tabla N°19: Tabla de resumen de datos cualitativos de pacientes con mortalidad intrahospitalaria.....	69

## LISTA DE GRAFICOS

Gráfico N°1. Frecuencia de los pacientes según edad, con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	50
Gráfico N°2. Frecuencia de los pacientes según sexo, con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	51
Gráfico N°3. Frecuencia de los pacientes con consumo de alcohol, con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	52
Gráfico N°4. Frecuencia de los pacientes asociado a comorbilidad con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	53
Gráfico N°5. Frecuencia del motivo de ingreso en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	54
Gráfico N°6. Frecuencia de los pacientes según diagnostico endoscópico, con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	55
Gráfico N°7. Frecuencia de los pacientes con mortalidad intrahospitalaria, con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....	56

Grafico N°8: Grafico de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus edad >60 años y <a 60 años en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....59

Grafico N°9: Grafico de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015  
.....61

Grafico N°10: Grafico de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus comorbilidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....63

Grafico N°11: Grafico de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de hematemesis en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....65

Grafico N°12: Grafico de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de Ulcera duodenal en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.....67

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1. Ficha de recolección de datos.....	83
ANEXO N°2. Permiso del H.N.H.U de revisión de historias clínicas.....	84
ANEXO N°3. Aprobación del proyecto de tesis.....	85
ANEXO N°4. Turnitin .....	86

## CAPITULO I: INTRODUCCION

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una verdadera emergencia y un gran reto para el médico que se enfrenta a ella, presenta una incidencia que de 50 a 170 por cada 100 000 habitantes en países occidentales, es una de las causas más frecuente de emergencia en el área de gastroenterología y una de las causas de alta morbilidad y mortalidad. <sup>1</sup>

La mortalidad a nivel mundial en estudios recientes no ha variado, en las últimas cinco décadas, está dentro del rango de 5-15% mientras que en la literatura nacional se reporta una mortalidad de 9,1 a 12,9%.<sup>1</sup>

Se evidencio que las defunciones, en mayoría; ocurrió en personas con edad avanzada y con comorbilidades severas. La tasa de mortalidad no se ha visto alterada, cursa con el 10% desde 1945. <sup>2</sup>

La presentación de la forma de sangrado nos orientara de forma importante sobre el origen alto o bajo del sangrado. Si estamos ante una lesión que produzca sangrado en una porción ubicada arriba del ángulo de Treiz (HDA) el sangrado se visualizara como vómito a manera de sangre roja (hematemesis) ,otra forma de presentación que se da es como heces negras (melenas) .La hematoquezia es una forma poco frecuente de presentación de HDA .<sup>2</sup>

Encontrándonos que no se han llevado a cabo trabajos recientes para determinar cuáles son los factores asociado a la mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional "Hipólito Unanue" en el servicio de Gastroenterología -2015.

## 1.1 Planteamiento del problema

La hemorragia digestiva alta es una patología que presenta una incidencia que de 50 a 170 por cada 100 000 habitantes en países occidentales, es una de las causas más frecuente de emergencia en el área de gastroenterología y una de las causas de alta morbilidad y mortalidad. Los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta presentan una incidencia mayor, en el sexo masculino que en el femenino en una relación de 2a 1 y afecta a diversos grupos etarios, siendo las personas de edades más avanzadas las que presentarían mayor mortalidad. <sup>1</sup>

La mortalidad a nivel mundial en estudios recientes no ha variado, en las últimas cinco décadas, está dentro del rango de 5-15% mientras que en la literatura nacional se reporta una mortalidad de 9,1 a 12,9%.<sup>1</sup>

Se evidencio que las defunciones, en mayoría; ocurrió en personas con edad avanzada y con comorbilidades severas. La tasa de mortalidad no se ha visto alterada, cursa con el 10% desde 1945. <sup>2</sup>

Se ha evidenciado variaciones en la práctica clínica en los últimos 15 años, revelando que la permanencia hospitalaria ha disminuido considerablemente y que más del 90% de personas con HDA son evaluados con endoscopía durante las primeras 24 horas de estancia hospitalaria. <sup>2</sup>

Encontrándonos que no se han llevado a cabo trabajos recientes para, determinar:  
¿Cuáles son los factores asociado a la mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional "Hipólito Unanue" en el servicio de Gastroenterología -2015?

## 1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el servicio de Gastroenterología en el periodo 2015?

## 1.3 Justificación

En nuestro medio no contamos con registros recientes de los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta. Sin embargo es frecuente la atención de ellas en los centros de emergencia hospitalaria y siendo una patología con una significativa morbimortalidad es importante identificar los factores de riesgo asociados a esta entidad.

Se sabe que la mortalidad a nivel mundial está dentro del rango de 5-15%, mientras que en la literatura nacional se reporta una mortalidad de 9,1 a 12,9%.<sup>1</sup>

El presente estudio se realiza con la finalidad de analizar e interpretar los resultados de los principales factores de riesgo que influyen en la mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta.

Es importante aportar con la publicación del trabajo de investigación en revistas científicas y epidemiológicas, con el objetivo de dar a conocer los resultados; así mismo, estos serán al Departamento de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue , para que de esta manera, los pacientes atendidos en dicha área sean beneficiados con el mejor control de su tratamiento y puedan concluirlo exitosamente.

## 1.4 Delimitación del problema

Investigación epidemiológica y clínica sobre 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. El servicio cuenta con 20 camas que se ubica dentro del pabellón de Medicina Interna. El hospital se encuentra en Cesar Vallejo 1390, El Agustino 15007.

## 1.5 Objetivos

### 1.5.1 Objetivo general

Determinar los 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.

### 1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar si los factores epidemiológicos son un factor de riesgo para la mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta.
- Determinar si los factores clínicos son un factor de riesgo para la mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta.
- Determinar si las comorbilidades son un factor de riesgo para la mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta.
- Determinar si los factores endoscópicos son un factor de riesgo para la mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta.

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes

**Artículo: Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta.**

Fuente: Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia.

Dado los autores Rodríguez H. El objetivo de determinar los factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad y los tratamientos empleados. Se llevó a cabo un estudio de tipo retrospectivo con diseño de caso-control en el Hospital General Calixto García en el período Septiembre 2004 - 2008. A través de muestreo irrestricto aleatorio, obteniéndose 150 casos, 100 para casos y 50 para controles. Los factores de riesgo asociados a morbilidad son: respecto a mayor pérdida de volumen sanguíneo, corresponde al sexo masculino total de 75 pacientes para un 78.6 %, el antecedente de ingestión de alcohol; para un 50 % seguido del consumo de antiinflamatorios no esteroides en un 33.3%, antecedentes de úlcera péptica con 32 %; seguido de la diabetes Mellitus, e hipertensión arterial con un 26.6 % y 23.3 % respectivamente. Evidenciando clínicamente como hematemesis-melena en un 42.6 % y solo hematemesis para 33.3 %; en cuanto a los resultados endoscópicos obtenidos la presencia de úlcera gástrica 49.3 % y gastritis erosiva 24.6 % fueron los más apreciados. La terapéutica tanto médica y endoscópica fueron los más utilizados, presentando una mortalidad de 2.6%.<sup>11</sup>

**Artículo: Factores que influyen en la mortalidad hospitalaria en la hemorragia digestiva alta.**

Fuentes: Saudi Journal of Gastroenterology 2000.

Dado los autores Khurshid A. El objetivo del estudio fue analizar la mortalidad con el objetivo de identificar los factores de riesgo que afectan la mortalidad en estos pacientes. La mayoría de los pacientes eran hombres (82 %) y Arabia Saudí (54%). Su edad media fue de 52,46 + 17,8 años. Las várices esofágicas (45%) fueron las principales causas de sangrado seguido de úlceras duodenales (24%). La mortalidad global de la serie fue de 15,8 % (89 pacientes). Enfermedades comórbidas fueron responsables de la muerte en 68 (76 %) pacientes, mientras que, el sangrado se considera que es directamente responsable de la muerte en 21 (24%) pacientes. En el análisis de los datos de este estudio, la vejez (> 60 años), la presión sistólica < 90 mmHg al ingreso, enfermedades comórbidas, hemorragia varicosa y grado C de Child en pacientes con enfermedad hepática crónica se asocia con resultados adversos.<sup>8</sup>

**Artículo: Etiología y el resultado de sangrado gastrointestinal aguda en Irán**

Fuentes: Middle East J Dig Dis. 2012 Oct; 4(4): 193–198.

Dado los autores Mohsen M. La HDA también aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad en pacientes que ya están hospitalizados por otras razones. De acuerdo con las encuestas epidemiológicas de la HDA aguda en Irán, úlcera péptica es el diagnóstico endoscópico más común. Gástrica y duodenal erosión representa el 16,4 % y el 25 % de las etiologías. Otras causas relativamente comunes de la HDA son la hemorragia varicosa, desgarros de Mallory - Weiss, y arterial y las malformaciones venosas. Sin embargo, en 9 % -13,3 % de los pacientes, la endoscopia es normal. <sup>19</sup>

**Artículo: Hemorragia gastrointestinal no varicosa superior en Portugal: un estudio retrospectivo multicéntrico en doce hospitales portugueses.**

Fuente: Gastroenterol Hepatol. 2012 Jun-Jul; 35(6):377-85. doi: 10

Dado los autores Fonseca J. Los objetivos de este estudio fueron determinar la caracterización de pacientes portugueses y enfoques clínicos utilizados en HDANV, la comparación de gestión utilizada en Portugal con la gestión utilizada a nivel mundial en los países europeos, identificar los factores asociados a las opciones de gestión, e identificar los factores asociados con el resultado adverso. ENERGiB fue un estudio observacional retrospectivo de cohortes. Los pacientes eran en su mayoría hombres (66,8 %), la media de edad de 68 años, con comorbilidad (72%), con frecuencia en los Aines / aspirina. El 10% había sangrado persistencia y recidiva. Las defunciones ocurrió en 24 pacientes, 20 por causas no relacionadas con el sangrado. Los malos resultados se relacionaron con la edad > 65 años, co-morbilidades, hematemesis de sangre fresca, choque / síncope, sangrado a través de sonda nasogástrica anterior, la reposición de líquidos o transfusiones masivas, además de los glóbulos rojos. Esta investigación logro identificar los factores asociados con un mal resultado. Asu vez se identificaron diferencias, sobre todo en la organización de los equipos de la hemorragia GI, que nos pueden ayudar a mejorar el manejo de estos pacientes.

**Artículo: La predicción de la mortalidad en las hemorragias gastrointestinales alta no varicosa: validación de la Escala italiana DESPNGE y comparación prospectiva con la puntuación de Rockall**

Fuente: Am J Gastroenterol. 2010 Jun; 105(6):1284-91

Dado los autores Marmo R. El objetivo del presente estudio fue validar una nueva regla de predicción de la mortalidad en una población independiente con hemorragia digestiva alta no varicosa sangrado ( HDA ) y para comparar la precisión de la puntuación italiana DESPNGE vs puntuación de Rockall para predecir el riesgo de muerte .Fue un estudio prospectivo llevado a cabo la validación de los análisis de los pacientes consecutivos con HDA en 21 hospitales entre 2007 y 2008 , medida de resultado fue la mortalidad de 30 días. Dando como resultado la puntuación de 10 puntos italiana para la predicción de la muerte fue validada con éxito en esta población independiente de los pacientes con hemorragia digestiva no varicosa. La puntuación DESPNGE es exacta y superior a la puntuación de Rockall . Se necesitan más validación externa a nivel internacional. <sup>15</sup>

**Artículo: Factores asociados ha sangrado digestivo alto. Servicio de gastroenterología.Panamá.Arbril-Septiembre2009.**

Fuente: Rev méd cient ISSN 2218-8266. Año 2011, Volumen 24(1):4-11.

Dado los autores Bernardino D. El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación de las variables con la hemorragia digestiva alta en pacientes hospitalizados en el Servicio de Gastroenterología del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Fue un estudio de casos y controles no pareados 1:1, muestra de 154 pacientes para un nivel de confianza del 90% y un poder de 80, los casos y controles correspondían a pacientes atendidos en la sala de gastroenterología y medicina. La asociación de sangrado digestivo alto con edades mayores a 59 años obtuvo un  $X^2 = 2,62$  con OR de 0.589 (IC 0,31-1,12). El sexo masculino presentó un  $X^2 = 1,7$  con un OR=1,5 IC (1,12-6,28) la utilización de glucocorticoides obtuvo un  $X^2 = 0,53$  con un OR de 0,5838 (IC 0,1345 – 2,5332). La relación con el consumo de anticoagulantes orales demostró un  $X^2 = 1,02$  con un OR de 0,3246 (IC 0,033 – 3,1914). La utilización de antiinflamatorios no esteroideos obtuvo un  $X^2 = 5,14$  con un OR 2,65 para un intervalo de confianza de 1,12-6,28. El tabaquismo obtuvo un  $X^2 = 1,68$  con un OR 1,6238 (IC 0,7781 – 3,3888) y el etilismo demostró un  $X^2 = 0,03$  con un OR 0,9287 (IC 0,4369 – 1,9740). Evidenciando que el uso de AINES es un importante factor de riesgo para la población estudiada. Las otras variables no demostraron asociación individual con la presentación de hemorragia digestiva alta. <sup>13</sup>

**Artículo: Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital Enrique Cabrera (2003 a 2007)**

Fuente: Revista Scielo 2008. La Habana.2008.

Dado los autores Cruz A. El objetivo fue determinar la mortalidad por hemorragia digestiva alta en el período comprendido entre enero del 2003 y julio del 2007, en el Hospital «Enrique Cabrera» (La Habana). Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde se revisaron las fichas clínicas de los pacientes fallecidos por sangrado digestivo alto en el período señalado. Fallecieron 49 pacientes de un total de 320 ingresados por sangrado digestivo alto (15%). El 80,6 % de los fallecidos eran mayores de 55 años. Se evidencio que el antecedente personal de elevado consumo de antiinflamatorios no esteroideos, de forma mantenida, se presenta en el 54,8 % de los casos, y le siguió la cirrosis hepática. Casi el 64 % de los fallecidos se encontraban hemodinámicamente inestables en el momento del ingreso. Se llevó a cabo las intervenciones mediante cirugía en el 32,2 % de estos fallecidos. Todos los casos que se presentaron que no se operaron fallecieron en un cuadro de shock hipovolémico.

7

**Artículo: Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina**

Fuente: REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS 2011

Dado los autores C. H. Morales U. El objetivo del estudio fue determinar la experiencia con la hemorragia de vías digestivas alta (HDA) en dos hospitales centros de referencia de un país latinoamericano, las principales causas, tratamiento, pronóstico y explorar algunos factores de riesgo asociados con la mortalidad. Se llevó a cabo un estudio de cohortes prospectivo. El promedio de edad fue de 57,9 años, la proporción hombre: mujer fue de 1,4:1. Trescientos cincuenta y nueve pacientes (77,3%) consultaron a causa de sangrado digestivo (sangrado extra hospitalario) y 105 pacientes (22,6%) lo presentaron en la institución (sangrado intrahospitalario). La mortalidad fue del 9,5%. Los pacientes que presentan sangrado durante una hospitalización por otra causa, presentaron un riesgo de morir mayor que los pacientes cuyo motivo de consulta fue el sangrado digestivo (RR 2,4 IC 95% 1,2-4,6). La presencia de comorbilidades expresada por el valor ascendente asignado por la clasificación de Rockall está asociado igualmente con mayor probabilidad de muerte (RR 2,5 IC 95% 1,1-5,4). El sangrado digestivo intrahospitalario y la presencia de comorbilidades son factores de riesgo para presentar un desenlace fatal. Identificar los pacientes de mayor riesgo contribuiría a mejorar el manejo de los pacientes con HDA. <sup>18</sup>

**Artículo: Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2009.**

Fuente: Universidad de Cuenca.

Dado los autores Gicela P. El objetivo fue del presente estudio fue identificar la frecuencia de factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en pacientes ingresados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante octubre de 2009 a septiembre de 2010. Se llevó a cabo un estudio descriptivo en un universo de 135 pacientes. Evidenciando que el antecedente de ingesta crónica de alcohol se relacionó con el 57.8% de casos y hepatopatía crónica en el 52.6% de casos. Al realizar la endoscopia se detectó várices esofágicas en el 48.9%. A su vez se evidencio mediante la escala de Rockall que el 31.1% de pacientes presentaba un riesgo alto de recidiva de sangrado. También que los pacientes cirróticos Child C en 37.8% y la mortalidad general del 17%.<sup>2</sup>

**Artículo: Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador.**

Fuente: Revista Médica Vol.7 Núm. 1 Marzo 2015.

Dado los autores Álvarez S. El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia conjunta entre hemorragia digestiva no variceal y el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), alcohol, tabaco y antecedentes de dispepsia. Este estudio se llevó a cabo como: analítico de casos y controles con pacientes mayores de 39 años que ingresaron al “Hospital Vicente Corral Moscoso” de Cuenca – Ecuador entre enero de 2008 y enero de 2012. Se incluyeron 243 pacientes, 81 casos y 162 controles. La distribución por edad, residencia, ocupación, instrucción y sexo fue similar entre los grupos La HDANV fue más frecuente en los pacientes sobre los 65 años (61.7%), en el sexo masculino (56.8%), en pacientes con instrucción primaria (46.9%) y sin ocupación (53.1%). El consumo de AINES (OR: 2.1; IC 95%: 1.2 – 3.6), el consumo de tabaco (OR: 2.0; IC 95%: 1.1 – 3.6) y los antecedentes dispépticos (OR: 22.4; IC 95%: 9.2 – 54.7) fueron factores de riesgo ( $P < 0.05$ ). La hemorragia digestiva alta no variceal es más frecuente es pacientes mayores a 65 años, en el sexo masculino, en pacientes con instrucción primaria y sin ocupación definida. Los factores de riesgo significativos estadísticamente fueron el consumo de AINES, consumo de tabaco y la presencia previa de síntomas dispépticos.<sup>9</sup>

**Artículo: Causas de hemorragia digestiva alta en un hospital de altura. Hospital Departamental Daniel Alcides Carrión. Cerro de Pasco -Perú**

Fuente: Congreso Panamericano de enfermedades digestivas. Lima 2001.

Dado los autores J. Pintado, El objetivo del presente estudio fue determinar cuáles son las patologías que causan hemorragia digestiva alta en un hospital de altura. Obteniéndose la información de los archivos de 243 endoscopias digestivas altas realizadas a pacientes que acudieron al Hospital Departamental Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco, presentando hemorragia digestiva alta, durante el periodo de enero de 1995 hasta junio del 2000. Entre las causas de hemorragia digestiva alta fueron; úlcera péptica 98 pacientes (40.32%), LAMGD 76 pacientes (31.27%). La úlcera péptica (40.32%), LAMGD (31.27%) y el cáncer gástrico (11.93%) son las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta (HDA) en el hospital donde se hizo el estudio. El cáncer gástrico, a nivel del mar es una de las causas menos frecuentes de HDA, en nuestro estudio ocupa el tercer lugar. Las várices esofágicas, que a nivel del mar es la segunda causa de HDA, en nuestro estudio ocupa el quinto lugar. Los resultados obtenidos ayudarán a mejorar el enfoque diagnóstico de la HDA, en pacientes de un hospital de altura. <sup>16</sup>

**Artículo: Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Estudio caso control**

Fuente: Sociedad de Gastroenterología del Perú. 2013

Dado los autores Corzo M. El objetivo del presente estudio fue determinar y establecer los factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta (HDA). Se llevó a cabo un estudio observacional analítico caso-control retrospectivo con una proporción caso: control de 1:3, analizando 180 pacientes, siendo 135 los controles y 45 los casos. Se evidencio que habían factores que aumentan el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta cuales mencionan: un score de Rockall mayor a 4, ingreso a la unidad de cuidados intensivos/Shock-Trauma, resangrado, hemorragia digestiva alta intrahospitalaria, cirrosis, presencia de hematemesis, neoplasia maligna, número de paquetes globulares transfundidos y edad. <sup>1</sup>

**Artículo: Frecuencia y mortalidad de resangrado en pacientes cirróticos tratados por hemorragia de várices esofágicas en dos hospitales de Lima-Perú durante los años 2009-2011.**

Fuente: 2013 Sociedad de Gastroenterología del Perú

Dado los autores Pichilingue R. El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de resangrado y mortalidad por resangrado en pacientes cirróticos tratados previamente por hemorragia variceal en los Centros Endoscópicos del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), ambos en Lima, Perú, durante los años 2009-2011. Este estudio fue transversal de periodo y retrospectivo donde participaron en total 176 pacientes cirróticos mayores de 14 años de edad que hayan sangrado por varices esofágicas y que hayan recibido tratamiento endoscópico por hemorragia variceal. Se tomó para la recolección de datos una ficha de datos donde se consignó la información obtenida de las historias clínicas de cada paciente, la escala de CHILD para medir la severidad de la enfermedad hepática, informes endoscópicos y llamadas telefónicas. El sangrado variceal es una causa importante de morbimortalidad en la población peruana, la frecuencia y mortalidad por resangrado resultaron ligeramente menores a la reportada en la bibliografía mundial.<sup>11</sup>

**Artículo: Epidemiología de la Hemorragia Digestiva**

Fuente: Acta Médica Peruana, vol. 23, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006.

Dado los autores Ichiyanagui R. El objetivo general fue describir las características epidemiológicas, etiológica, clínica y de manejo así como antecedentes patológicos de la hemorragia digestiva alta en la población pediátrica atendida en el Instituto Nacional de Salud del Niño durante el periodo de Enero del 2005 a Diciembre del 2010. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La prevalencia hospitalaria fue de 1.8 por 1000 atenciones/año. El mayor número de casos se presentó en varones (51.7%). Los signos más frecuentes de presentación fueron la hematemesis y la melena. Los antecedentes patológicos más frecuentes fueron los de patología hepática, respiratoria y los gastrointestinales. El método de diagnóstico principal fue la endoscopia en el 100% de los casos. En conclusión se puede decir que la HDA es una enfermedad poco frecuente y se recomienda realizar un estudio prospectivo controlado para determinar con precisión algunas variables epidemiológicas y clínicas, que ayudarían al mejor conocimiento de esta patología gastrointestinal.<sup>12</sup>

### **Artículo: Validación del Score de Rockall en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en un Hospital de Lima- Perú**

Fuente: Rev. Gastroenterol. Perú; 2009; 29-2: 111-117

Dado los autores Espinoza R. Este estudio se realizó para determinar y de validar el score de Rockall en nuestro medio y encontrar el valor que mejor discrimine entre el paciente con alto y bajo riesgo de mortalidad, resangrado y necesidad de transfusión de más de 2 paquetes globulares en pacientes con hemorragia digestiva alta. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, prospectivo en pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre febrero del 2007 y enero del 2008. En total fueron 163 pacientes los incluidos en el estudio, 107 (65.64%) casos fueron varones y 56 (34.36%) mujeres, pero se debió excluir a 8 de ellos porque no contaban con endoscopia de emergencia. Entre los 155 restantes se buscó establecer el punto de corte para determinar a los pacientes severos y no severos utilizando la curva de ROC (Receiver Operating Characteristic). Luego del análisis, se encontró que al comparar el Score de Rockall con la mortalidad (12.9%), los pacientes con un score mayor igual de 5 presentaban más riesgo de fallecer que los pacientes con puntaje menor, con un área bajo la curva de ROC de 0.8037 que indica una alta capacidad de discriminación de este score para predecir mortalidad. El sistema de Score de Rockall es útil para identificar a los pacientes con alto riesgo de fallecer, pero no para predecir resangrado o el número de transfusiones en nuestro hospital. <sup>20</sup>

### **Artículo: EL SCORE DE ROCKALL Y EL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

Fuente: FACULTAD DE MEDICINA HUMANA. SECCIÓN DE POSGRADO. USMP

Dado los autores BARDALEZ C. Este estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el puntaje de la puntuación Rockall y cada uno de sus componentes con la mortalidad en hemorragia digestiva alta. Se realizó un estudio de casos y controles. En este estudio se colectó 109 datos, 27 casos y 81 controles, la causa más frecuente de sangrado fue el de origen no variceal (78,7%) y la enfermedad ulcerosa péptica fue el hallazgo más frecuente (48,97%). En el análisis univariado y multivariado, solo la presencia de shock fue la variable más significativa (OR = 6,61,  $p < 0,01$ ). El puntaje Rockall obtuvo un OR de 1,92 (0,63 – 5,86). La conclusión fue que el shock es la más importante dentro de las variables clínicas para predecir la mortalidad. El puntaje Rockall total mayor de 5 también se asoció a mayor mortalidad. <sup>5</sup>

**Artículo: Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” 1980-2003**

Fuente: Rev. Gastroenterología Perú.

Dado los autores Basto V. El objetivo fue determinar los factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad y la eficacia de los tratamientos empleados. Este estudio es de tipo retrospectivo con diseño de caso-control. Este estudio se llevó a cabo mediante un muestreo irrestricto, obteniéndose 104 casos para cada grupo, seleccionados aleatoriamente de todos los pacientes diagnosticados como Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, en el tiempo comprendido entre 1998 y 2003. Se evidencio que los factores de riesgo asociados a morbilidad son: corresponde al sexo masculino OR=1.94, IC(1.08–3.50); antecedente de ingestión de alcohol OR=2.47 IC(1.32–4.66); antecedentes de úlcera péptica OR=2.83, IC(1.16–7.07); hepatopatía crónica OR=4.55, IC(1.36–16.77); manifestaciones clínicas de hematemesis–melena OR=2.85, IC(1.53–5.34); y solo hematemesis OR=3.40, IC(1.62–7.23); la presencia de várices esófago-gástricas OR=4.64, IC(1.96–13.42). Estos factores de riesgo, vio que se incrementó la morbi-mortalidad cuales son: presencia de enfermedades concomitantes como hepatopatía crónica, varices esófago-gástricas y presentación con hematemesis y melena. <sup>6</sup>

**Artículo: HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL ADULTO MAYOR. EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DEL HNERM EN PACIENTES DE 81 AÑOS Y MAYORES**

Fuente: Sociedad de Gastroenterología de Latinoamérica.

Dado los autores Ayala E. El objetivo del presente estudio fue determinar la experiencia de la Unidad de Hemorragia Digestiva (UHD) en pacientes de 81 años o más, frecuencia, tipo de hemorragia, diagnóstico, tratamiento y mortalidad. Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo, incluyó todos los pacientes con edad igual o mayor a 81 años hospitalizados en la UHD del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el período 01-01-06 al 31-12-07. Se registran datos epidemiológicos, diagnóstico, tratamiento y mortalidad en las primeras 48 horas. Concluyendo que el sangrado a nivel digestivo es frecuente en pacientes de 81 años o más, predominando el sexo masculino, el tipo más frecuente es hemorragia alta, siendo la causa principal la úlcera gástrica, en hemorragia baja la causa principal es enfermedad diverticular de colon. A su vez en hemorragia alta no variceal el tratamiento más empleado es inyecta terapia más termocoagulación. No hubo mortalidad y la necesidad quirúrgica fue baja. <sup>14</sup>

## 2.2 Bases teóricas

### 1. Generalidades

El sangrado digestivo fue descrito en antiguos manuscritos chinos, aproximadamente en el año 2600 a. C., donde se describe el sistema gastrointestinal rudimentario y se observa diferentes puntos para la acupuntura. Las descripciones de los papiros egipcios del año 1500 a. C., dan el concepto de pérdida sanguínea. Otro manuscrito es el Papiro de Ebers (1550 a. C.) que demuestra que se presumía de los síntomas de la úlcera duodenal y gástrica y las complicaciones de la pérdida de sangre. Se debió a que los griegos no aceptaban la disección de cuerpos humanos para fines de estudio. Hipócrates en su literatura, menciona las complicaciones de la pérdida de sangre por úlcera duodenal y gástrica. Galeno en el siglo II d. C. comento los signos y síntomas de la úlcera péptica; y realizó una revisión que la hemorragia digestiva alta cursa con heces negras. Durante el siglo XV, el estudio por la anatomía humana dio la pauta, para ampliar el conocimiento de lo que sabemos de la hemorragia gastrointestinal.<sup>2</sup>

### 2. Definición

La hemorragia digestiva alta (HDA) es, sin duda, una verdadera emergencia y un gran reto para el médico que se enfrenta a ella en el consultorio, el hospital o los servicios médicos de urgencias; su manejo requiere por fuerza conocimientos de atención médica de urgencias y gastroenterología, así como un trabajo en equipo coordinado y disciplinado de todo el personal que interviene en el control de esta emergencia, no sólo del especialista en gastroenterología o en endoscopia gastrointestinal. La hemorragia gastrointestinal es la complicación más grave y fatal de la enfermedad ácido péptica; en su espectro es en especial riesgosa la úlcera péptica y las siguientes afecciones, en orden decreciente de frecuencia: la hipertensión portal, la gastritis erosiva y el síndrome de Mallory–Weiss<sup>2</sup>

Clínicamente se da por la presencia de sangrado visible, que es apreciado por el paciente en formas variadas pero casi siempre tangibles, y puede ser masivo, en forma de hematemesis o melena, o tener repercusiones hemodinámicas, como la anemia asociada, que se presenta como una pérdida microscópica. Estos son los datos clínicos de mayor importancia, que en general se toman como referencia para el sangrado proximal o distal y la localización de una lesión en relación con el ángulo de Treitz, con la presentación de hematemesis, melena y hematoquezia. <sup>2</sup>

La principal característica clínica de la hemorragia gastrointestinal proximal es la inestabilidad hemodinámica: sensación de debilidad al asumir la posición de pie (lipotimia), pérdida del sentido (desmayo) e hipotensión ortostática, lo que conlleva a evidente palidez y descarga vasovagal. Casi siempre hay antecedentes de melena. <sup>2</sup>

#### Diferenciación entre HDA y HDB

La presentación de la forma de sangrado nos orientara de forma importante sobre el origen alto o bajo del sangrado. Si estamos ante una lesión que produzca sangrado en una porción ubicada arriba del ángulo de Treiz (HDA) el sangrado se visualizara como vómito a manera de sangre roja (hematemesis) o un vómito negro de sangre con coágulos (vómitos en posos de café), otra forma de presentación que se da es como heces negras (melenas) . La visualización de melenas, es de vital importancia que la sangre permanezca al aproximadamente alrededor de diez horas en el tracto gastrointestinal padeciendo la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon. El sangrado que se da por debajo del ángulo de Treiz (HDB) se presenta como heces con sangre roja viva o como sangre roja por el ano que correspondería a lo llamado como rectorragia . La incidencia de melena como forma de presentación de una HDB y si ocurre indica que la lesión se encuentra en el intestino delgado o colon proximal. Asimismo, la hematoquezia es una forma poco frecuente de presentación de HDA a no ser que el sangrado sea tan repentino que no dé lugar a la degradación de la

hemoglobina por las bacterias del colon. Como se observa las erosiones que producen hemorragia a nivel de intestino delgado pueden manifestarse como melena, hematemesis y hematoquezia. <sup>4</sup>

### **3. Etiología**

#### **HDA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL**

Las lesiones sangrantes que se deben a Hemorragias digestivas altas que son secundarias, que a su vez se presenta como complicaciones de la presencia de la Hipertensión Portal, cursan con un grado mayor de severidad y un pronóstico pobre. Se ha visto que los casos con sangrado digestivo asociados a daño hepático deben ser evaluados y observados con mucha cautela ya que estaría relacionado a una mayor morbilidad de los pacientes. Se ha estudiado las lesiones sangrantes de la hipertensión portal cuales son:

- Varices esófago-gástricas: esta patología se da en un 50% de los cirróticos que a su vez un 30%-35% presentarán un cuadro de sangrado vía digestiva en los primeros años posteriores al hallazgo endoscópico. En una primera presentación el riesgo de hemorragia aumenta hasta en un 70% a los 2 años de vida. Se ha observado que la presencia de varices gástricas pueden ser extensiones de varices que vienen del esófago, o pueden ser varices ubicadas a nivel de fondo gástrico (varices fúndicas). También se ha observado que suelen haber presentaciones de varices gástricas solas o únicas como complicación de una trombosis de la vena esplénica secundaria a pancreatitis o traumatismos. <sup>4</sup>

- La gastropatía de Hipertensión portal: por lo general el sangrado suele ser de larga data (crónico) y oculto, pero a su vez se observa como sangrado agudo. <sup>4</sup>

- Presencia varices ectópicas: a nivel de todo el tracto digestivo como en intestino delgado y grueso. <sup>4</sup>

## HDA NO SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL

Se ha observado que las causas de este tipo de sangrado (hemorragias) son:

- Úlcera péptica: es la causa más común, siendo más de la mitad de las presentaciones con hemorragia digestiva alta (50%). La presencia de hemorragia digestiva proviene en mayor proporción a causa de la úlcera duodenal a comparación de la úlcera gástrica <sup>4</sup>.

Una úlcera péptica es una alteración o daño en la mucosa gástrica o duodenal que se extiende a través de la mucosa muscular en las capas más profundas de la pared. Las úlceras pépticas pueden presentarse con síntomas dispépticos gastrointestinales o de otro tipo, o pueden ser asintomáticos y presentan complicaciones tales como hemorragia o perforación debido a la persistencia de una función de la actividad de ácido o péptica en el jugo gástrico. La úlcera péptica es una causa importante de mortalidad. <sup>4</sup>

- Síndrome de Mallory-Weiss: se caracteriza por laceraciones longitudinales de las mucosas en el esófago distal y proximal del estómago, que por lo general se asocian con arcadas contundente. Las laceraciones a menudo conducen a la hemorragia de las arterias de la submucosa. En raras ocasiones, la perforación puede ocurrir en repetidas veces de vómitos prolongados. <sup>4.21</sup>

- Hernia de hiato: estas podrían llegar a ser causas de hemorragias de larga data que se deberían a lesiones erosivas lineales. A su vez la hernia de hiato se ha encontrado en el 40 al 100 por ciento de los pacientes con desgarros de Mallory-Weiss y ha sido considerado por algunos como un factor de predisposición necesaria. Se ha propuesto que, en la hernia de hiato, hay un gradiente de presión más alta se desarrolla en la hernia en comparación con el que en el resto del estómago durante arcadas, aumentando así el potencial de laceración de la mucosa. <sup>4.22</sup>

- Esofagitis: esta patología no es una causa común de sangrado agudo, se debe a un 1-2% del total. Estas se producen o suelen ser secundarias a úlceras esofágicas (esofagitis grado IV).<sup>4</sup>

Otras causas de menor importancia son:

-Gastropatía erosiva y hemorrágica: son sangrados subepiteliales y erosiones, se inician en situaciones de ingesta de AINES, alcohol y stress (cirugía, quemaduras importantes). Generalmente no suceden sangrados significativos a no ser que terminen en úlceras.<sup>4</sup>

- Duodenitis: no es muy frecuente.<sup>4</sup>

- Neoplasias: Se debe a hemorragias crónicas ocultas que producen grandes pérdidas sanguíneas.<sup>4</sup>

- Hemobilia: esta forma se debe secundariamente a traumas, biopsia hepática, litiasis, etc. En estos pacientes pueden manifestarse clínicamente en ictericia, cólico biliar y HDA.<sup>4</sup>

- Fístulas aorto-entéricas: estas suelen ser primarias son menos frecuentes y se originan de un aneurisma aórtico. Las formas secundarias más frecuentes principalmente son a partir de prótesis aórticas (otra causa más rara de cuerpos extraños). Se da una comunicante en el 75% con el duodeno. Esta forma de presentación se da como melenas o hematemesis. Suelen ser característicos y dan las fístulas aortoentéricas la “hemorragia heráldica” en la que una hemorragia auto-limitada precede a un sangrado masivo con un intervalo de tiempo, que suele cursar de varias horas a incluso meses.<sup>4</sup>

Alteraciones vasculares:

- Lesión de Dieulafoy: esta patología se debe a una arteria de formación anormal, de proporción relativamente grande que daña la mucosa saliendo hacia la luz. El sangrado en dicha patología puede ser masivo. La identificación es complicada salvo cuando existe una hemorragia activa o presenta un coágulo adherido.<sup>4</sup>

- Ectasias vasculares: en estas se destaca el hallazgo endoscópico denominado “estómago en sandía” en esta patología están las ectasias vasculares gástricas localizadas a nivel de antro que forman trazos lineales. Esta se da en las personas mayores, del sexo femenino y rara vez en el contexto de una cirrosis, aunque no es un factor indispensable. Incluso podemos hallar ectasias vasculares secundarias, relacionadas a enfermedades tales como pseudoxantoma elástico, Ehlers-Danlos y fallo renal. <sup>4</sup>

-Angiodisplasias: o telangiectasias, vasos sanguíneos aberrantes se encuentran con frecuencia en el tracto gastrointestinal, donde están probablemente más común que en cualquier otra parte del cuerpo. Básicamente son vasos dilatados a nivel de la mucosa y submucosa, ubicados en la parte colonica derecha que se manifiestan como una hemorragia limitada y crónica en el paciente longevo. (4)

-Enfermedad de Rendu -Osler-Weber: telangiectasia hemorrágica hereditaria con ectasia vascular y malformaciones arteriovenosas a nivel de tubo digestivo, cerebro, pulmones, piel y nariz. Esta tiene una principal manifestación de sangrado es la epistaxis. <sup>4</sup>

-Malformaciones arteriovenosas: estas son estructuras vasculares dilatadas de pared fina, nodulares o sobre elevadas, muy poco común en el tracto gastrointestinal y de origen congénito. <sup>4</sup>

#### **4. Diagnóstico**

##### LABORATORIO

Cuando evaluamos a los pacientes con HDA se suele solicitar pruebas de laboratorio como un recuento sanguíneo completo, bioquímica sérica, pruebas de función hepática, y los estudios de coagulación. <sup>4</sup>

El parámetro inicial de la hemoglobina en pacientes con hemorragia gastrointestinal aguda a menudo será superior al inicio del estudio del paciente ya que el paciente está perdiendo sangre entera. Con el tiempo (por lo general después de 24 horas o más) que la hemoglobina disminuirá, a medida que la sangre se diluye por la afluencia de fluido extravascular en el espacio vascular y por el líquido administrado durante la reanimación. <sup>4.23</sup>

Los pacientes con hemorragia aguda deben tener los glóbulos rojos normocíticos. Los glóbulos rojos microcíticos o anemia por deficiencia de hierro sugieren sangrado crónico. Dado que la sangre es absorbido a medida que pasa a través del intestino delgado y los pacientes puede haber disminución de la perfusión renal, los pacientes con hemorragia aguda del tracto gastrointestinal superior típicamente tienen un nitrógeno de elevada urea en sangre (BUN) creatinina o urea a creatinina ratio ( $> 20: 1$  o  $> 100: 1$ , respectivamente) . Cuanto mayor sea el ratio, más probable es que el sangrado es de una fuente gastrointestinal superior. <sup>4.23</sup>

## ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) y TÉCNICAS DE IMAGEN

- Radiografía de tórax: este examen se realiza si existen comorbilidades subyacentes (aneurisma de aorta, insuficiencia cardíaca o respiratoria, etc.), si existe presunción de presencia de cuerpos extraños en esófago y a su vez para la valoración si entra a sala de operaciones. <sup>4</sup>

- Radiografía simple de abdomen: no es un método de elección para el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, pero nos permite descartar la presencia de una perforación de alguna víscera o algún proceso de obstrucción intestinal. <sup>4</sup>

- Ecografía Doppler: esta herramienta es de utilidad para la valoración de la anatomía venosa portal en pacientes con Hipertensión portal, de vital importancia antes de una cirugía o procedimientos intervencionistas. En otros hallazgos útiles podemos encontrar dilatación del eje esplenoportal, fenómenos trombóticos, vasos colaterales o presencia de líquido ascítico. A su vez podemos obtener datos del flujo portal (velocidad, dirección, turbulencias). <sup>4</sup>

- Electrocardiograma: se da en pacientes con antecedentes de cardiopatía o inestabilidad hemodinámica. <sup>4</sup>

## ENDOSCOPIA

La endoscopia superior es la modalidad diagnóstica de elección para la hemorragia aguda. La endoscopia tiene una alta sensibilidad y especificidad para la localización e identificación de lesiones sangrantes en el tracto gastrointestinal superior. Además, una vez ha sido identificada la lesión sangrante, la endoscopia terapéutica puede lograr la hemostasia aguda y prevenir hemorragias recurrentes en la mayoría de los pacientes. Se recomienda endoscopia temprana (dentro de las 24 horas) para la mayoría de los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior aguda. Los hallazgos endoscópicos en pacientes con úlceras pépticas pueden describirse utilizando la clasificación de Forrest. La apariencia endoscópica ayuda a determinar qué lesiones requieren tratamiento endoscópico. Puede ser útil para irrigar el estómago antes de la endoscopia para ayudar a eliminar la sangre residual y otros contenidos gástricos. <sup>24</sup>

Sin embargo, a pesar de la irrigación, el estómago puede ser oscurecida con la sangre, lo que podría hacer que sea difícil establecer un diagnóstico claro y / o realizar maniobras terapéuticas. En pacientes en los que la sangre oculta el origen del sangrado, una segunda endoscopia puede ser necesaria para establecer un diagnóstico y aplicar la terapia potencialmente, pero no se recomienda de rutina de segunda exploración endoscópica. <sup>25.26</sup>

Ahora de acuerdo a la sedación, en un principio no es aconsejable durante la prueba, ya que la disminución del nivel de consciencia favorece la bronco aspiración en un paciente con regurgitaciones. Entonces tenemos que ver, si por las características del paciente fuera necesario la sedación, se llevará a cabo monitorizando la saturación de O<sub>2</sub> en sangre y frecuencia cardíaca mediante un pulsioxímetro. Un ansiolítico como el midazolam es el fármaco de elección para la sedación del paciente durante el procedimiento de exploración de la vía digestiva.

#### Contraindicaciones <sup>4</sup>:

Riesgos de la endoscopia superior incluyen la aspiración, las reacciones adversas a la sedación, perforación, y el aumento de la hemorragia al intentar la intervención terapéutica. Los pacientes necesitan estar hemodinámicamente estable antes de someterse a una endoscopia.

- Relativas: lesión cardíaca grave, insuficiencia respiratoria grave, coagulopatía importante, divertículo de Zencker, cirugía de la región cervical, falta de colaboración del paciente.
- Absolutas: angina inestable, shock no compensado, aneurisma disecante de aorta, perforación gastrointestinal.

Desde el punto de vista endoscópico también se hace distinción entre los pacientes con y sin H T P:

a) Hemorragia digestiva alta secundaria a hipertensión portal: La hipertensión portal es a menudo asintomática hasta que aparecen complicaciones. Las manifestaciones clínicas de la hipertensión portal incluyen esplenomegalia, vasos colaterales de la pared abdominal, y trombocitopenia. Muchas de las otras manifestaciones clínicas observadas en pacientes con hipertensión portal están relacionados con la causa subyacente de la hipertensión portal (por ejemplo, angiomas araña y ginecomastia en un paciente con cirrosis) o las complicaciones de la hipertensión portal. <sup>4.27</sup>

El grupo con enfermedad hepática descompensada sangran considerablemente por eso suelen presentar mayor mortalidad. La hemorragia de origen variceal es la principal causa de sangrado severa y persistente en pacientes con HTP por eso la realización de un estudio endoscópico requiere intubación orotraqueal por el del nivel de conciencia que se ve severamente comprometido, si el paciente presentara encefalopatía severa. <sup>4</sup>

b) Hemorragia digestiva alta no secundaria a hipertensión portal: en este grupo vamos a centrarnos en la úlcera péptica ya que este es el principal motivo de causa de Hemorragia digestiva alta. Teniendo en cuenta, el tamaño de la úlcera se asocia a mayor riesgo de resangrado, en los signos endoscópicos de la base de la úlcera los que establecen el pronóstico. En este caso se puede visualizar una base limpia, estigmas de sangrado reciente (puntos de hematina, un coágulo adherido o un vaso visible de superficie relativamente plana y resistente al lavado) o bien encontrar un sangrado activo (en chorro o en sábana) <sup>4</sup>.

En estas características se basa la clasificación de Forrest de la HDA:

El primer grupo, Forrest I, incluye a las úlceras pépticas con sangrado activo, pulsátil (Forrest IA), sangrado en napa desde el lecho ulceroso (Forrest IB).

El segundo grupo, Forrest II, incluye a úlceras sin sangrado activo al momento de su observación, pero con signos o estigmas de sangrado reciente en el lecho ulceroso, como el vaso visible (Forrest IIA) que se describe como una protuberancia pigmentada de superficie lisa, de menos de 3 mm, la cual corresponde a un pequeño coágulo ubicado sobre el defecto de la pared del vaso que originó el sangrado y que proporciona una hemostasia inestable, el coágulo adherido (Forrest IIB) definido como una lesión amorfa, roja, café o negra, de tamaño variable, en general mayor a 5 mm, adherida al lecho ulceroso y que no se desprende con aspiración o lavado del coágulo, señal de una hemostasia algo más avanzada, y finalmente la mácula plana (Forrest IIC) la cual se describe como una mancha pigmentada plana, sin relieve evidente en el lecho de la úlcera.

Las lesiones tipo Forrest III corresponden exclusivamente a las úlceras pépticas con fondo limpio fibrinoso, sin ningún tipo de protuberancia o cambio en coloración.

Contraindicaciones <sup>4</sup>:

Relativas: trauma dental, faringitis, espasmo de glotis, síndrome de Mallory - Weiss.

Absolutas: perforación digestiva, arritmias (incluso parada cardíaca), bacteriemia y endocarditis, aspiración broncopulmonar.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ARTERIOGRAFÍA: esta posee una mayor precisión en el diagnóstico de malformaciones vasculares. Está en nos permite hacer una terapéutica mediante embolización o inyección intraarterial de vasopresina. La indicación es cuando se realiza el estudio endoscópico y no detecta el daño a nivel gastrointestinal y el paciente sigue sangrando activamente o presenta recidivas graves. En este caso podemos objetivar la lesión debido al débito de sangre que debe ser superior a 0.5 ml/min <sup>4</sup>.

- GAMMAGRAFÍA CON HEMATÍES MARCADOS CON Tc-99: comparado con la anterior prueba esta es más sensible (detecta lesiones sangrantes con flujos de hasta 0.1 ml/ min) pero menos específica y no permite realizar de una terapéutica.  
<sup>4</sup>

- RADIOGRAFÍA CON BARIO: esta prueba no es de utilidad para la fase aguda del sangrado pero permite detectar lesiones del intestino delgado. <sup>4</sup>

### **5. Terapéutica**

En el tratamiento de la hemorragia digestiva alta conlleva a una serie de pasos y herramientas que a continuación se explicara:

1. La realización de lavados gástricos no han demostrado mucha eficacia en detener el sangrado, pero son muy eficaces para aumentar el valor diagnóstico y sobre todo terapéutico de la endoscopia, motivo por el cual este proporciona una mayor visibilidad de las zonas de sangrado. <sup>5</sup>

2. La utilización de los fármacos: Los pacientes ingresados con hemorragia gastrointestinal superior aguda se tratan típicamente con un inhibidor de la bomba de protones (IBP). Se sugiere que los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior aguda pueden iniciar empíricamente en una vía intravenosa (IV) (por ejemplo, omeprazol 40 mg dos veces al día IV). Pudiendo ser iniciado en la presentación y continuar hasta la confirmación de la causa del sangrado, mediante endoscopia. Una vez se ha identificado el origen de la hemorragia y tratada (si es posible), la necesidad de la supresión de ácido en curso puede ser determinada. <sup>27</sup>

En el de sangrado del tracto gastrointestinal superior activa de una úlcera, la terapia de supresión de ácido con antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> ha **no** ha demostrado disminuir significativamente la tasa de úlcera de resangrado. Por el contrario, el tratamiento anti secretor de alta dosis con una infusión intravenosa de un IBP reduce significativamente la tasa de resangrado en comparación con el tratamiento estándar en pacientes con úlceras sangrantes.

La terapia con IBP oral e intravenosa también a disminuir la duración de la estancia hospitalaria, la tasa de nuevas hemorragias, y la necesidad de transfusión de sangre en pacientes con úlceras de alto riesgo tratados con la terapia endoscópica. IBP también puede promover la hemostasia en pacientes con lesiones distintas de las úlceras. Esto probablemente se debe a que la neutralización del ácido gástrico conduce a la estabilización de coágulos de sangre. <sup>28</sup>

Pro cinético, la eritromicina y la metoclopramida se han estudiado en pacientes con hemorragia gastrointestinal superior aguda. El objetivo de la utilización de un agente pro cinético es para mejorar la visualización gástrico en el momento de la endoscopia en la limpieza del estómago de la sangre, coágulos, y los residuos de

comida. Se sugiere que la eritromicina ser considerado en pacientes que son propensos a tener una gran cantidad de sangre en el estómago, tales como aquellos con hemorragia grave. Una dosis razonable es 3 mg / kg por vía intravenosa durante 20 a 30 minutos, 30 a 90 minutos antes de la endoscopia.

La somatostatina y sus análogos - somatostatina, o su análogo octreotida , se utiliza en el tratamiento de la hemorragia por varices y también puede reducir el riesgo de sangrado debido a causas no varicosa. En los pacientes con sospecha de hemorragia varicosa, octreotida se da como un bolo intravenoso de 20 a 50 mcg, seguido de una infusión continua a una velocidad de 25 a 50 mcg por hora. <sup>29</sup>

Octreotida no se recomienda para uso rutinario en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa aguda, pero puede ser utilizado como terapia coadyuvante en algunos casos. Su papel se limita generalmente a entornos en los que la endoscopia no está disponible o como un medio para ayudar a estabilizar a los pacientes antes de la terapia definitiva se puede realizar. <sup>30</sup>

3. La utilidad de la endoscopia en el tratamiento: la endoscopia sirve para diagnóstico y localización de la úlcera a su vez también tiene valor pronóstico y tratamiento. Lo que se utiliza como maniobras para la realización de la terapia es variada, dependiendo de cada hospital (electrocoagulación, coagulación con láser e inyección de sustancias esclerosantes tipo etanolamina o etoxiesclerol). En caso de escleroterapia se realizara cuando se evidencie sangrado activo o vaso visible en la úlcera; si se presentara algún caso de recurrencia se puede repetir el tratamiento. Cuando se produzca que la hemorragia digestiva sea causada por varices esofágicas se procederá primariamente a la escleroterapia endoscópica (tratamiento de elección); otra opción terapéutica es la ligadura endoscópica de varices. <sup>5</sup>

4. Angiografía terapéutica: se pondrá en utilidad cuando la posibilidad de tratamiento en pacientes en los que la endoscopia no ha sido efectiva y presentan un riesgo elevado si son sometidos a intervención quirúrgica. <sup>5</sup>

## Cirugía:

El tratamiento quirúrgico en principio con el taponamiento se realiza con sonda de Sengstaken-Blakemore o de Minnesota y tiene su principal indicación en la hemorragia masiva que impide la esclerosis endoscópica y que posteriormente no se llega a controlar con tratamiento en base a fármacos. En la realización de colocación de esta sonda, se debe retirar antes de 24 h para prevenir el daño isquémico sobre la mucosa gástrica o esofágica. <sup>5</sup>

Cortocircuito porto sistémico intrahepático transyugular (TIPS): esta medio consiste en la colocación de una prótesis metálica expandible entre la vena suprahepática y una rama portal, este tratamiento está dando resultados aceptables. Se debe utilizarse en los siguientes casos:

- a) Cuando la hemorragia persiste a pesar de un tratamiento adecuado farmacológico y endoscópico recurrente
- b) Cuando la hemorragia se da por varices ectópicas: Está contraindicado en aquellos pacientes con: trombosis portal, obstrucción de la vena cava inferior, enfermedad poliquística hepática, insuficiencia hepatocelular grave, coagulopatía grave, encefalopatía previa, carcinoma hepatocelular o sepsis. La cirugía urgente se realizará en aquellos casos que el paciente sigue con la persistencia de hemorragia por varices altas durante los primeros 3 meses tras el primer sangrado.<sup>5</sup>

c) En el caso de un paciente con varices esofágicas la profilaxis para el resangrado, ya que éste es frecuente en los primeros 3 meses, se basa en la esclerodermia, uso de sulcrafato, bloqueadores beta, TIPS y cirugía de derivación. La presencia de varices esofágicas, el uso de bloqueadores beta es recomendado cuando se trata de un paciente con varices al menos de grado II/IV o mayor, existen varices con estrías eritematosas, manchas de color rojo cereza o enrojecimiento difuso (signos endoscópicos que hacen sospechar resangrado) y en casos con grado avanzado de disfunción del hígado.<sup>5</sup>

## 2.3 Definiciones operacionales

Tabla N °1 Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Consumo de alcohol</b>	<b>Comorbilidad</b>
<b>Denominación</b>	Sexo	Edad	Alcohol	Comorbilidad
<b>Tipo</b>	Independiente	Independiente	Independiente	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa	Cuantitativa	Cualitativa	Cualitativa
<b>Medición</b>	Nominal	Nominal	Nominal	Nominal
<b>Indicador</b>	Partida de nacimiento	Fecha de Nacimiento	Consumo de alcohol	Presencia de otra patología
<b>Unidad de medida</b>	mujeres hombres	De razón	Si / No	Si / No
<b>Instrumento</b>	Ficha de datos	Ficha de datos	Ficha de datos	Ficha de datos
<b>Dimensión</b>	Biológica	Biológica	Química –social	Biológica
<b>Definición operacional</b>	Masculina / Femenina	18años a más	Ingesta excesiva de alcohol	Presencia de patología
<b>Definición conceptual</b>	Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas	Tiempo que ha vivido una persona	Ingesta excesiva de alcohol	Presencia de patología

Tabla N °1 Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Hematemesis</b>	<b>Melena</b>	<b>Hematoquezia</b>
<b>Denominación</b>	Hematemesis	Melena	Hematoquezia
<b>Tipo</b>	Independiente	Independiente	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa	Cualitativa	Cualitativa
<b>Medición</b>	Nominal	Nominal	Nominal
<b>Indicador</b>	Objetivo	Objetivo	Objetivo
<b>Unidad de medida</b>	Si / No	Si / No	Si / No
<b>Instrumento</b>	Ficha de datos	Ficha de datos	Ficha de datos
<b>dimensión</b>	Biológica	Biológica	Biológica
<b>Definición operacional</b>	Vomito de sangre	Heces negras	Presencia de sangre viva por vía rectal
<b>Definición conceptual</b>	Vomito de sangre	Heces negras	Presencia de sangre viva por vía rectal

Tabla N °1 Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Úlcera Duodenal</b>	<b>Úlcera gástrica</b>	<b>Varices esofágicas</b>	<b>Varices gástricas</b>
<b>Denominación</b>	Úlcera péptica	Úlcera gástrica	Varices esofágicas	Varices Gástricas
<b>Tipo</b>	Independiente	Independiente	Independiente	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa	Cualitativa	Cualitativa	Cuantitativa
<b>Medición</b>	nominal	Nominal	Nominal	Nominal
<b>Indicador</b>	Informe de endoscopia digestiva alta	Informe de endoscopia digestiva alta	Informe de endoscopia digestiva alta	Informe de endoscopia digestiva alta
<b>Unidad de medida</b>	Si/No	Si / No	Si / No	Si / No
<b>Instrumento</b>	Ficha de datos	Ficha de datos	Ficha de datos	Ficha de datos
<b>dimensión</b>	Clínica	Clínica	Clínica	Clínica
<b>Definición operacional</b>	Enfermedad del tubo digestivo	Enfermedad del tubo digestivo	Enfermedad del tubo digestivo	Enfermedad del tubo digestivo
<b>Definición conceptual</b>	Enfermedad del tubo digestivo caracterizada cuya lesión se manifiesta por daño necrótico de la mucosa	Enfermedad del tubo digestivo caracterizada cuya lesión se manifiesta por daño necrótico de la mucosa	Dilataciones venosas patológicas en la submucosa .	Dilataciones venosas patológicas en la submucosa

# CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

## 3.1 Hipótesis

H1: Existen factores de riesgo asociados que aumenten el riesgo de mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional "Hipólito Unanue" en el servicio de Gastroenterología -2015

## 3.2 Variables

- **Variable dependiente:**
  - Mortalidad intrahospitalaria
- **Variables independientes:**
  - Edad
  - Sexo
  - Consumo de alcohol
  - Hematemesis
  - Melena
  - Hematoquezia
  - Comorbilidades
  - Úlcera péptica
  - Varices esofagogastricas

## CAPITULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 tipo de investigación

Es un estudio analítico, Observacional, Retrospectivo, cuantitativo, con el objetivo de identificar los factores asociados a mortalidad en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología -2015.

### 4.2 Población y muestra

**Población de estudio:** Se estudió el universo de pacientes de edad igual o mayor de 18 años, que ingresaron al servicio de Gastroenterología con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, durante el periodo de 2015

**Selección y tamaño de muestra:** Se tomó el total de la población(n=240) que presento Hemorragia digestiva alta en el 2015 .No se tomó muestra.

**Unidad de análisis y observación:** historias clínicas de los pacientes que presentaron Hemorragia Digestiva Alta en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el año 2015

### 4.3 Criterios de inclusión y exclusión

#### Criterios de inclusión

-Pacientes con diagnóstico de ingreso de hemorragia digestiva alta en el 2015 al servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

- Pacientes mayores de 18 años

### **Criterios de exclusión**

-Pacientes con historia clínica incompleta

## **4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Instrumento: Ficha de datos elaborada en base a los objetivos. La elaboración de ficha de datos se realizó a base de los datos obtenidos de las historias clínicas.

## **4.5 Recolección de datos**

Se contactó con la oficina de docencia e investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue y se envió una solicitud para la revisión y aprobación de la ejecución del proyecto.

Se solicitó el acceso al archivo de historias clínicas y al marco muestral por parte del servicio de archivo del hospital.

Se llenó cada ítem, siguiendo las instrucciones escritas en cada ficha.

Completados todos los ítems de las fichas, llenadas por día, se tabuló los resultados en la matriz de datos.

## 4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo incluyendo la presentación de medias y desviación estándar para las variables numéricas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Para verificar la asociación entre factores clínicos y mortalidad intrahospitalaria se utilizó el estadístico chi cuadrado de independización. Se calculó OR con intervalo de confianza 95%. Se consideró estadísticamente significativo, todo valor de  $p < 0.05$

Se utilizó el software IBM STATISTICS SPSS VERSION 21 para el análisis, la elaboración de la base de datos y recopilación de información.

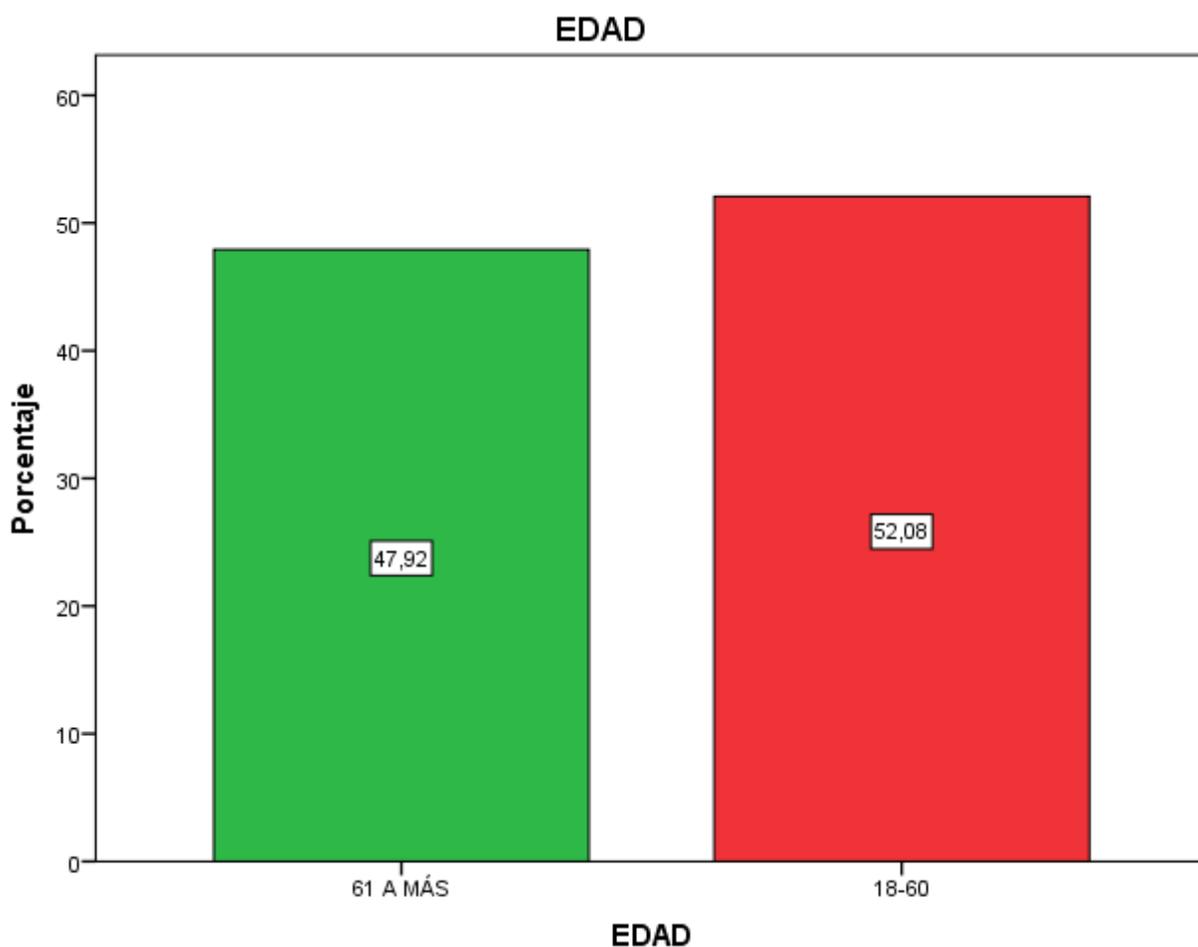
## CAPITULO V: RESULTADOS Y DICUSION

### 5.1 Resultados

Se incluyó un total de 240 pacientes diagnosticados de hemorragia digestiva alta, de los cuales 24 pacientes tuvieron mortalidad intrahospitalaria, el sexo más frecuente fue el masculino con una relación de 2/1 sobre el sexo femenino con 66,67% (n=160) el total de la población presento clínica de hemorragia digestiva alta; la presentación clínica más frecuente fue la melena con 68,75%(n=165). En relación a la edad, la hemorragia digestiva alta se presentó principalmente entre 18 y 60 años con un 52,1% (n=125). Con respecto al consumo de alcohol en la población, se obtuvo una frecuencia de 56,25% (n= 135), la mayoría de pacientes no presento comorbilidad asociada en un 62,5%(n=150), también se observó que los pacientes alguna vez se realizaron una endoscopia dando el 99,17% (n=238); como resultado la más frecuente fue varices esofágicas en un 42,5%(n=102). En la tabla N°2 se resumen los resultados descriptivos.

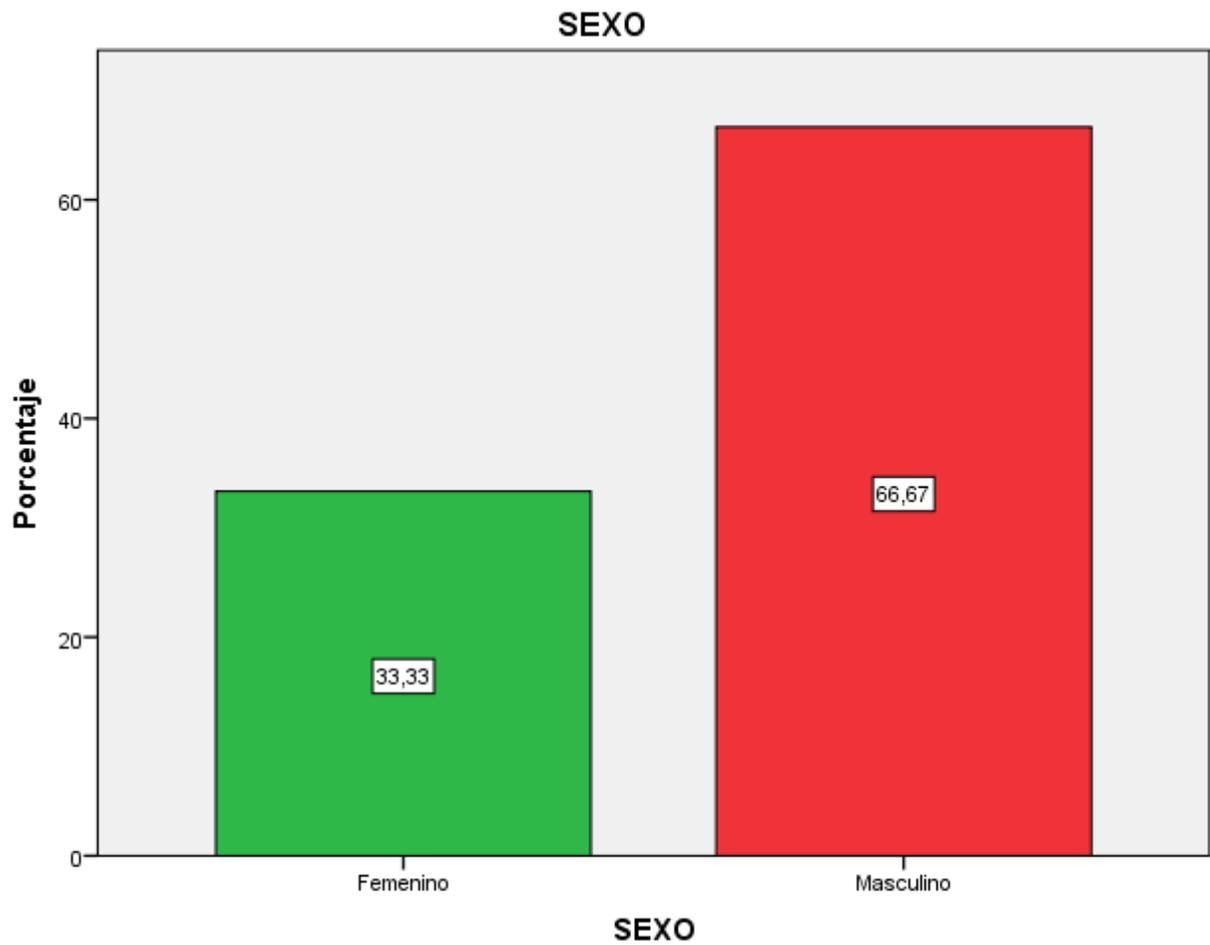
**TABLA 2: RESUMEN DE DATOS CUALITATIVOS DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

		N	%
Sexo	Femenino	80	33,33
	Masculino	160	66,67
Edad	18-60	125	52,1
	61 A MÁS	115	47,9
Consumo de OH	Si	135	56,25
	No	105	43,75
Clínica	Si	240	100
	No	0	
Hematemesis	Si	69	28,8
	No	171	71,3
Melena	Si	166	69,2
	No	74	30,8
Hematoquezia	Si	5	2,1
	No	235	97,9
Comorbilidad	Si	90	37,5
	No	150	62,5
Endoscopia	Si	238	99,17
	No	2	0,83
Mortalidad intrahospitalaria	Si	24	10
	No	216	90



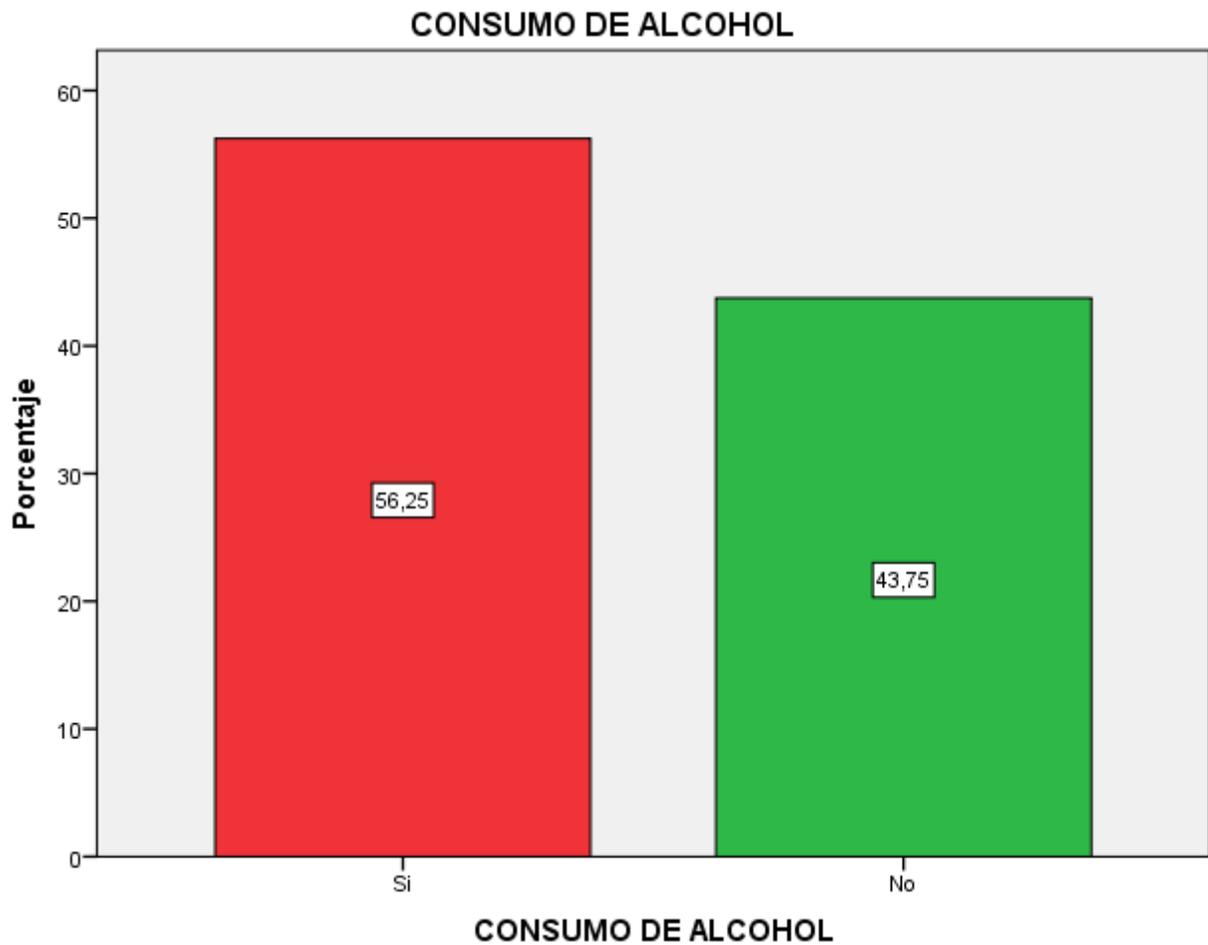
**Gráfico N°1. Frecuencia de los pacientes según edad, con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.**

La presencia de <60 años son los que tienden a desarrollar más cuadros de HDA, en un 52,1% a comparación de los >de 60 años. La edad mínima fue 18 años y la máxima fue 94 años. La edad media fue 59 años.



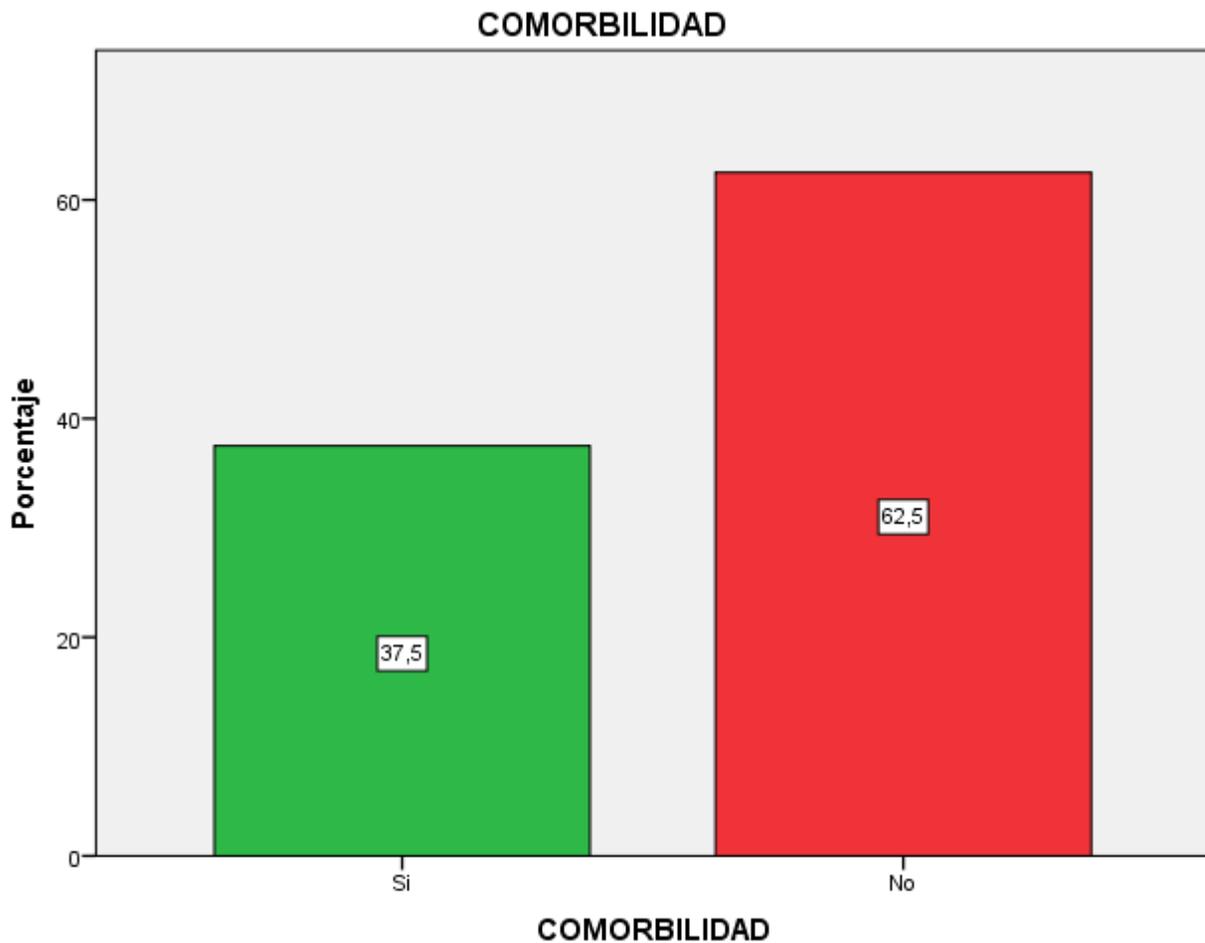
**Gráfico N°2. Frecuencia de los pacientes según sexo, con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.**

La variable sexo tuvo una relación de 2 a 1 (Masculino/Femenino)



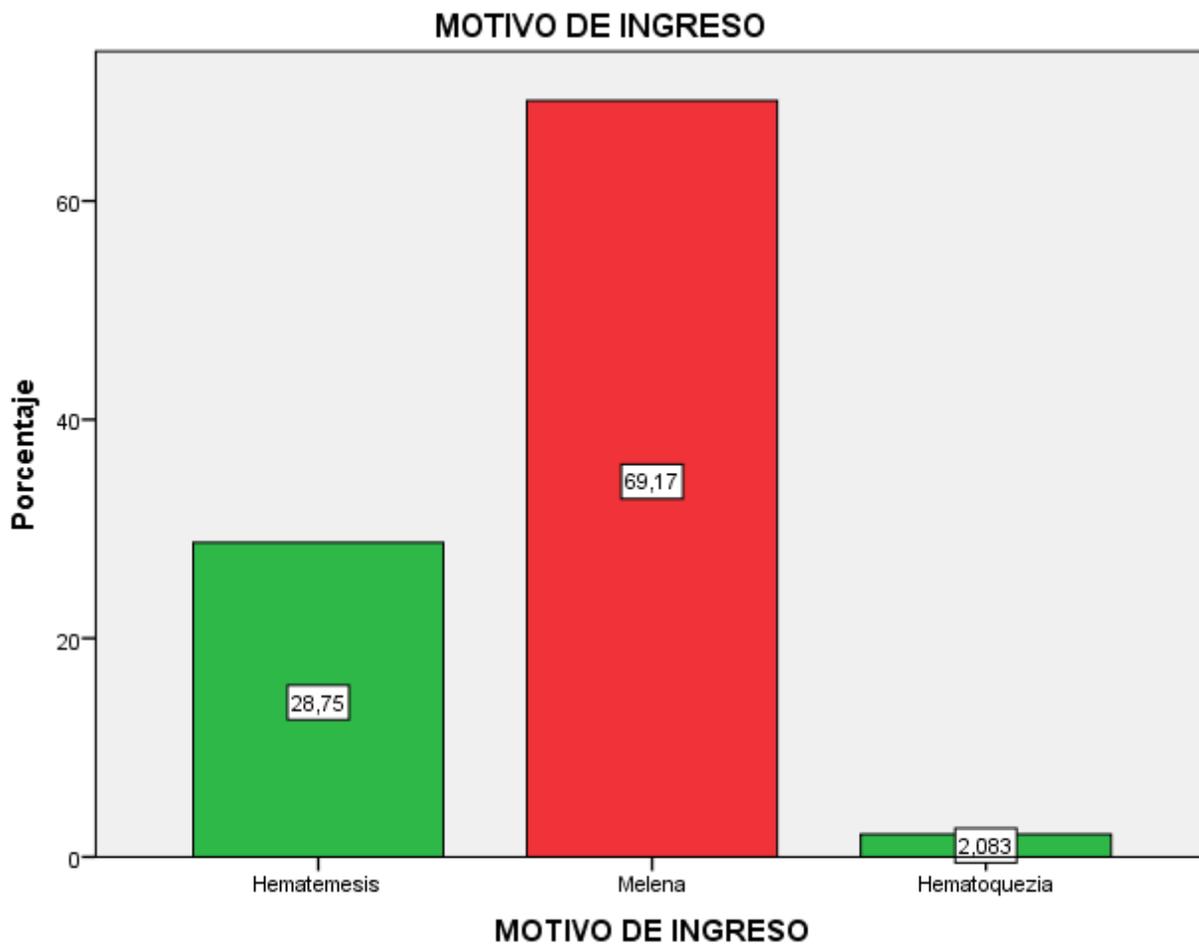
**Gráfico N°3. Frecuencia de los pacientes con consumo de alcohol, con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.**

Más de la mitad de pacientes que presento HDA, consumió bebidas alcohólicas.



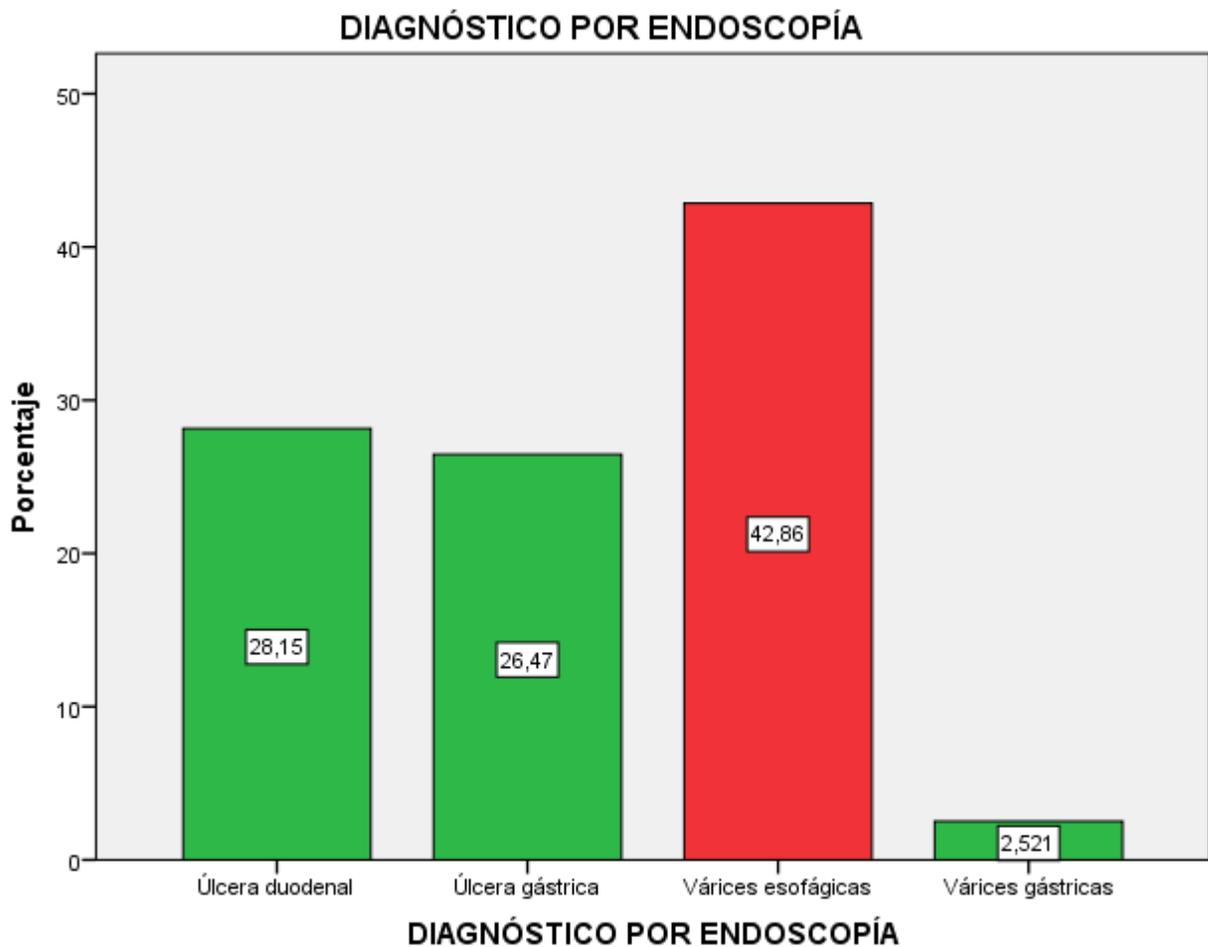
**Gráfico N°4. Frecuencia de los pacientes asociado a comorbilidad con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.**

En el total de pacientes que presento HDA, 1/3 de pacientes no presentaba alguna comorbilidad (62%)



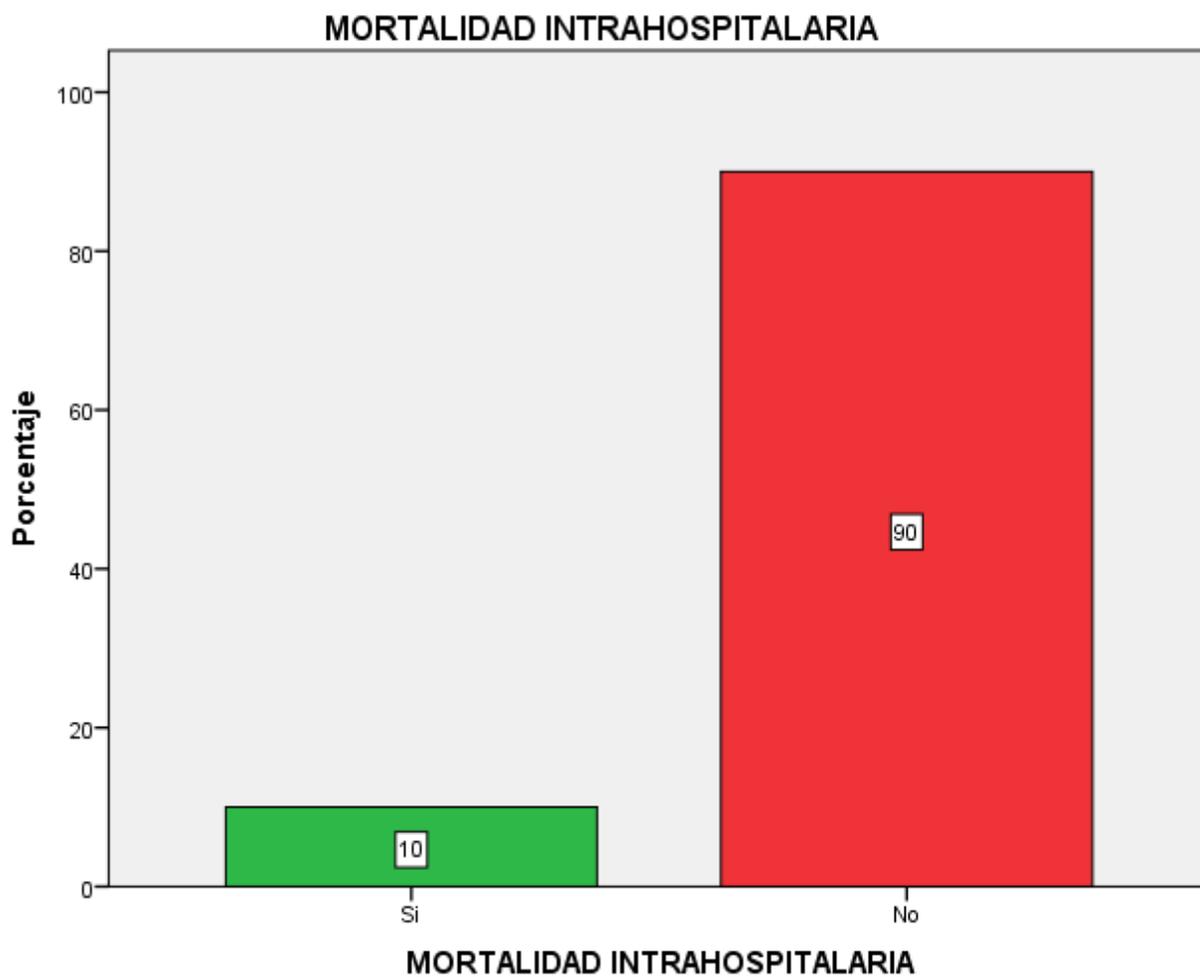
**Gráfico N°5. Frecuencia del motivo de ingreso en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

La clínica que presentaron los pacientes al ingreso fue melena en más de la mitad del total de pacientes (69,17%)



**Gráfico N°6. Frecuencia de los pacientes según diagnóstico endoscópico, con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.**

La presencia de varices esofágicas se presentaron en un poco más de 1/3 de la población estudiada. (42,8%)



**Gráfico N°7. Frecuencia de los pacientes con mortalidad intrahospitalaria, con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015.**

La mortalidad intrahospitalaria fue del 10% (n=24)

Se procedió posteriormente a realizar el análisis estadístico analítico:

Se obtuvo un OR de 2,36 (IC-95%: 0,97 – 5,7) para edad para >de 60 años con hemorragia digestiva alta, lo que nos indicaría que no estadísticamente significativo.

Se obtuvo un OR de 4,39 (IC95%: 1,45-13,27) y  $p < 0.05$  (0.005) para los pacientes que consumían alcohol con hemorragia digestiva alta, lo que nos indica que los pacientes que consumen alcohol tienen cuatro veces más riesgo de padecer mortalidad intrahospitalaria que los que no consumen alcohol

Para los pacientes que presentaban comorbilidades con hemorragia digestiva alta se obtuvo un OR de 4,7 (IC95%: 1,88-11,98) y  $p < 0.05$  (0.000), lo que refiere que los pacientes que presentan comorbilidades tienen cuatro veces más riesgo de mortalidad intrahospitalaria que los pacientes que no tienen ninguna comorbilidad asociada.

En relación a la asociación hematemesis y mortalidad intrahospitalaria se obtuvo un OR de 85,0 (IC95%: 11,18-646,1) y  $p < 0.05$  (0.000). Nos indica que la mayoría de pacientes que ingresan con un cuadro de hematemesis tienen alta mortalidad intrahospitalaria que los que no presentaron el cuadro clínico de hematemesis.

En el diagnóstico endoscópico como Úlcera duodenal se obtuvo un OR de 4,3 (IC95%: 1,8-10,26) y  $p < 0.05$  (0.000), lo que refiere que los pacientes que presentan el diagnóstico de úlcera duodenal tienen cuatro veces más riesgo de mortalidad intrahospitalaria que los que no lo tienen.

Para la demás variables estudiadas no se alcanzó significancia estadística.

**Tabla N°3. Tabla de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus grupos de edades en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

		MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA		Total	
		Si	No		
EDAD	61 A MÁS	Recuento	16	99	115
		%	66,7%	45,8%	47,9%
	18-60	Recuento	8	117	125
		%	33,3%	54,2%	52,1%
Total		Recuento	24	216	240
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente :INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue

**Tabla N°4. Tabla de estimación de riesgo de mortalidad intrahospitalaria versus grupos de edades en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

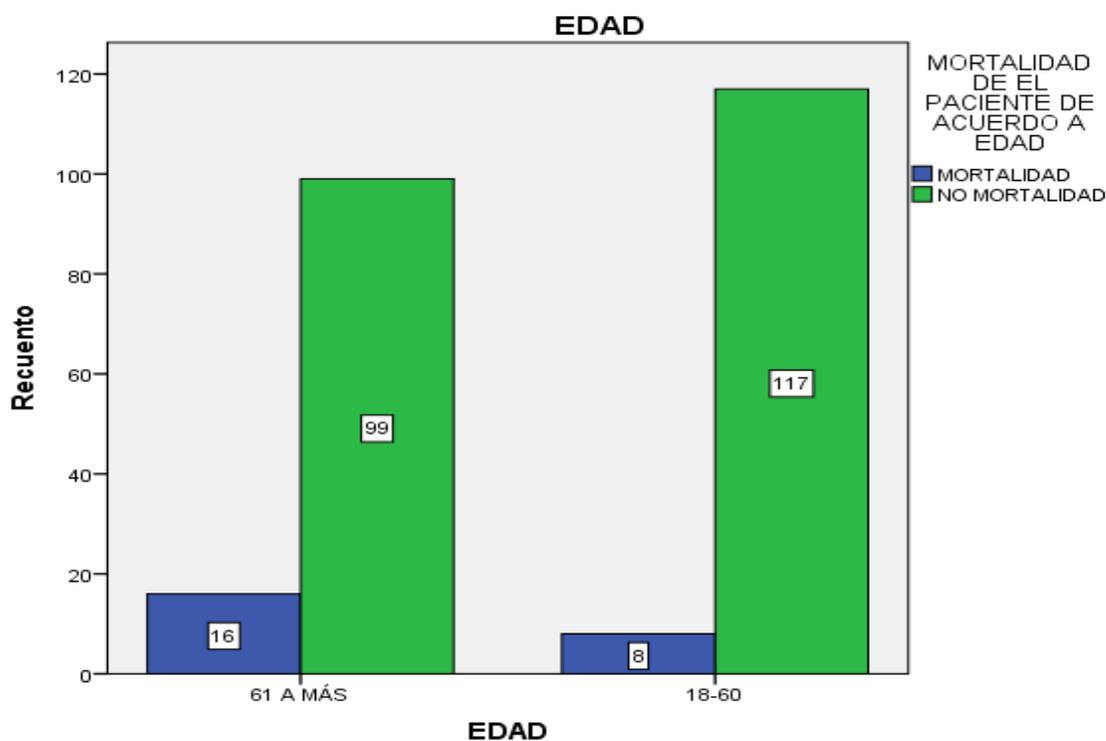
Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EDAD (61 A MÁS / 18-60)	2,364	,971	5,755
Para la cohorte ¿FALLECIÓ EL PACIENTE? = Si	2,174	,967	4,887
Para la cohorte ¿FALLECIÓ EL PACIENTE? = No	,920	,843	1,003
N de casos válidos	240		

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue

**Tabla N°5. Tabla de estimación de significancia de mortalidad intrahospitalaria versus grupos de edades en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,757 <sup>a</sup>	1	,050		
Corrección por continuidad	2,968	1	,085		
Razón de verosimilitudes	3,803	1	,051		
Estadístico exacto de Fisher				,083	,042
Asociación lineal por lineal	3,741	1	,053		
N de casos válidos	240				

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue



**Gráfico N°8: Gráfico de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus grupos de edades en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

**Tabla N°6: Tabla de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

			MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA		Total
			Si	No	
CONSUMO DE ALCOHOL	Si	Recuento	20	115	135
		%	83,3%	53,2%	56,3%
	No	Recuento	4	101	105
		%	16,7%	46,8%	43,8%
Total	Recuento	24	216	240	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue

**Tabla N°7: Tabla de estimación de riesgo de mortalidad intrahospitalaria versus consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

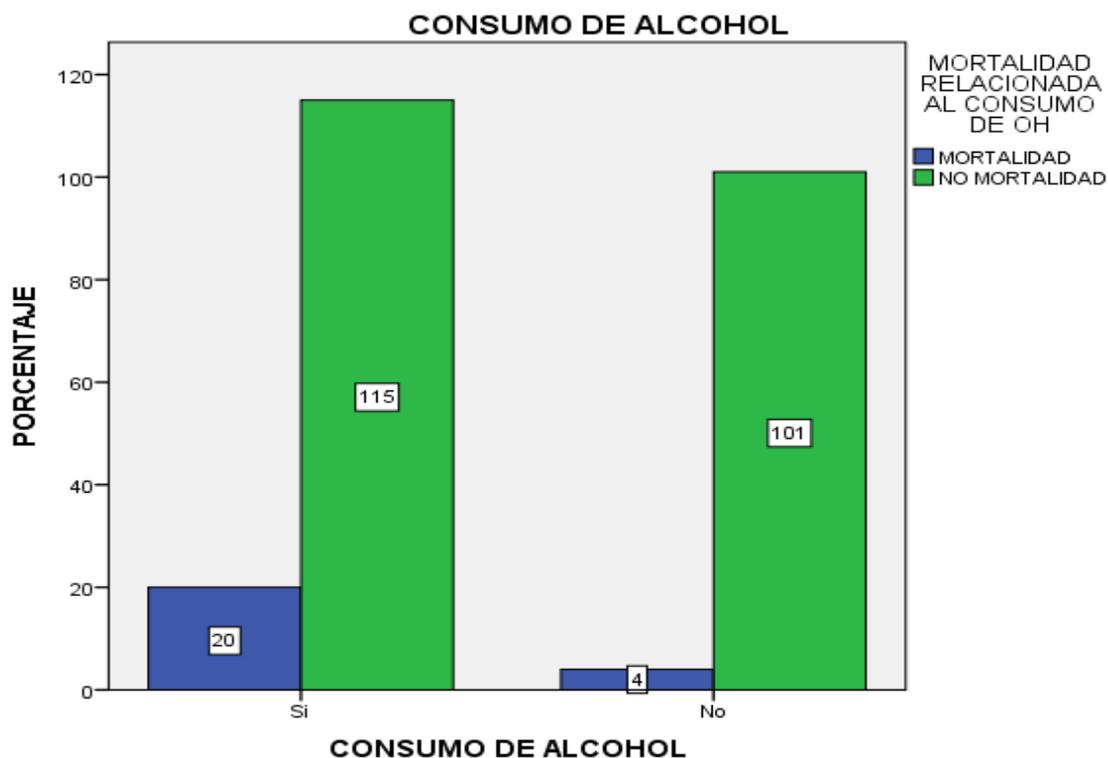
	Estimación de riesgo		
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para CONSUMO DE ALCOHOL (Si / No)	4,391	1,453	13,275
Para la cohorte ¿FALLECIÓ EL PACIENTE? = Si	3,889	1,371	11,033
Para la cohorte ¿FALLECIÓ EL PACIENTE? = No	,886	,818	,959
N de casos válidos	240		

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue

**Tabla N°8: Tabla de estimación de significancia de mortalidad intrahospitalaria versus consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,948 <sup>a</sup>	1	,005		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	6,772	1	,009		
Razón de verosimilitudes	8,792	1	,003		
Estadístico exacto de Fisher				,005	,003
Asociación lineal por lineal	7,915	1	,005		
N de casos válidos	240				

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue



**Gráfico N°9: Gráfico de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus consumo de alcohol en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

**Tabla N°9: Tabla de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus comorbilidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

			MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA		Total
			Si	No	
COMORBILIDAD	Si	Recuento	17	73	90
		%	70,8%	33,8%	37,5%
	No	Recuento	7	143	150
		%	29,2%	66,2%	62,5%
Total		Recuento	24	216	240
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue

**Tabla N°10: Tabla de estimación de riesgo mortalidad intrahospitalaria versus comorbilidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

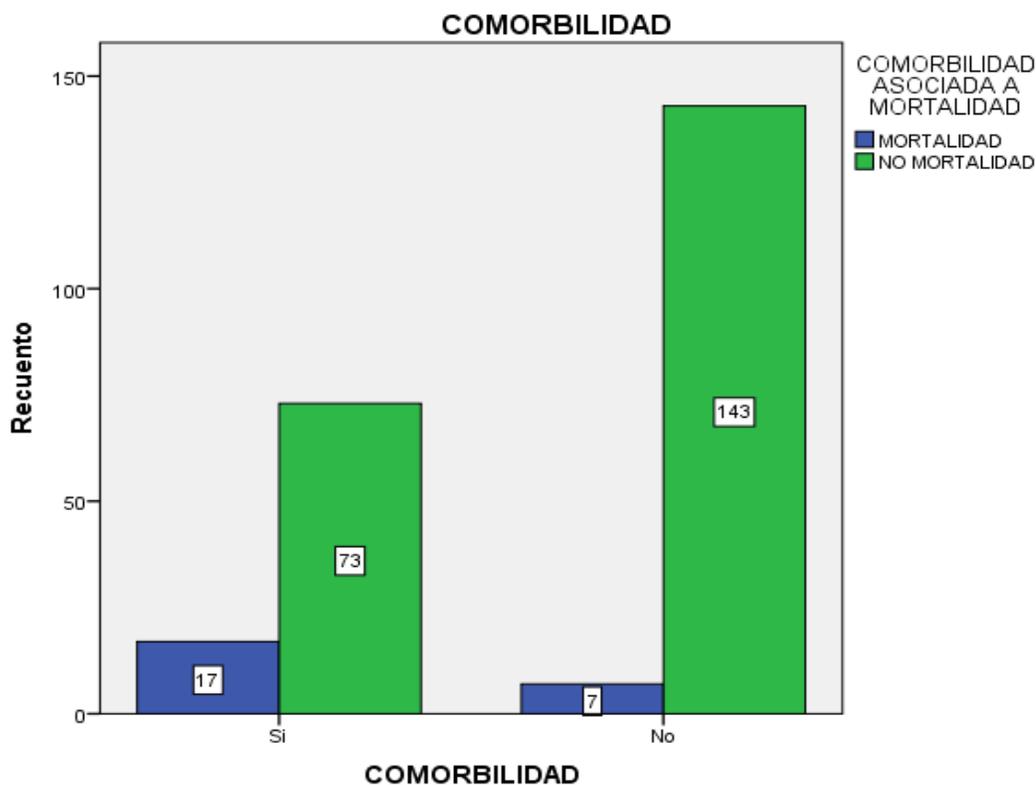
Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para COMORBILIDAD (Si / No)	4,757	1,888	11,988
Para la cohorte ¿FALLECIÓ EL PACIENTE? = Si	4,048	1,747	9,381
Para la cohorte ¿FALLECIÓ EL PACIENTE? = No	,851	,765	,946
N de casos válidos	240		

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue

**Tabla N°11: Tabla de estimación de significancia de mortalidad intrahospitalaria versus comorbilidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,642 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	11,111	1	,001		
Razón de verosimilitudes	12,236	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	12,589	1	,000		
N de casos válidos	240				

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue



**Grafico N°10: Grafico de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus comorbilidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

**Tabla N°12: Tabla de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de hematemesis en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

		MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA		Total	
		Si	No		
HEMATEMESIS	SI	Recuento	23	46	69
		%	95,8%	21,3%	28,8%
	NO	Recuento	1	170	171
		%	4,2%	78,7%	71,3%
Total	Recuento	24	216	240	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue

**Tabla N°13: Tabla de estimación de riesgo de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de hematemesis en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

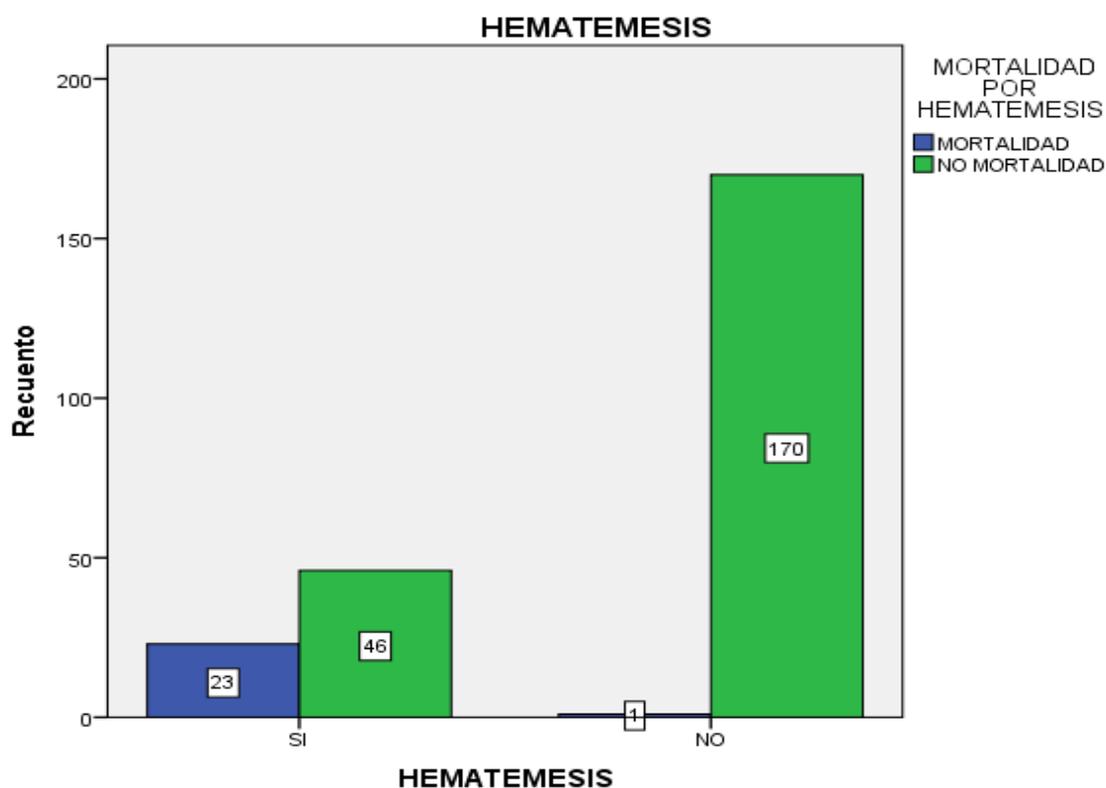
Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para HEMATEMESIS (SI / NO)	85,000	11,181	646,191
Para la cohorte ¿FALLECIÓ EL PACIENTE? = Si	57,000	7,850	413,873
Para la cohorte ¿FALLECIÓ EL PACIENTE? = No	,671	,567	,793
N de casos válidos	240		

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue

**Tabla N°14: Tabla de estimación de significancia de mortalidad intrahospitalaria versus hematemesis en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58,583 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	55,001	1	,000		
Razón de verosimilitudes	55,923	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	58,339	1	,000		
N de casos válidos	240				

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue



**Gráfico N°11: Gráfico de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de hematemesis en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

**Tabla N°15: Tabla de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de Úlcera duodenal en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

			MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA		Total
			Si	No	
ULCERA DUODENAL	SI	Recuento	14	53	67
		%	58,3%	24,5%	27,9%
	NO	Recuento	10	163	173
		%	41,7%	75,5%	72,1%
Total	Recuento	24	216	240	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue

**Tabla N°16: Tabla de estimación de riesgo de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de úlcera duodenal en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

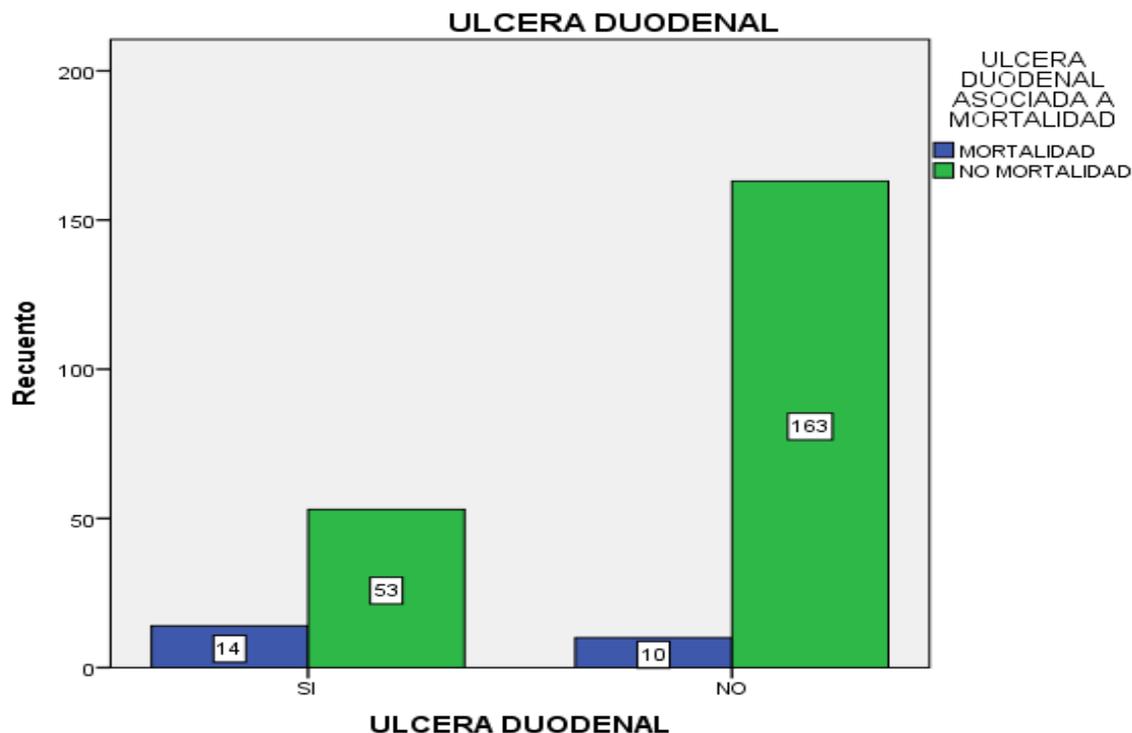
	Estimación de riesgo		
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ÚLCERA DUODENAL (SI / NO)	4,306	1,806	10,264
Para la cohorte ¿FALLECIÓ EL PACIENTE? = Si	3,615	1,689	7,737
Para la cohorte ¿FALLECIÓ EL PACIENTE? = No	,840	,738	,955
N de casos válidos	240		

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue

**Tabla N°17: Tabla de estimación de significancia de mortalidad intrahospitalaria versus ulcera duodenal en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,260 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	10,638	1	,001		
Razón de verosimilitudes	10,931	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	12,209	1	,000		
N de casos válidos	240				

Fuente: INICIB-FAMURP/Hospital Nacional Hipólito Unanue



**Gráfico N°12: Gráfico de asociación de mortalidad intrahospitalaria versus presencia de Ulcera duodenal en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015**

**TABLA NUMERO 18 :  
RESUMEN DE VARIABLES**

<b>VARIABLE</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
<b>EDAD 60&lt; /18-60</b>	2,364	0,971-5,755	0,05
<b>SEXO MASCULINO/FEMENINO</b>	1,000	0,409-2,446	1,000
<b>CONSUMO DE OH SI/NO</b>	4,391	1,453-13,275	0,005
<b>COMORBILIDADES SI/NO</b>	4,757	1,888-11,988	0,000
<b>HEMATEMESIS SI/NO</b>	85,00	11,18-646,19	0,000
<b>ULCERA DUODENAL SI/NO</b>	4,306	1,806-10,264	0,000
<b>ULCERA GASTRICA SI/NO</b>	N.D	N.D	0,002

Se presenta a continuación una tabla resumen de las frecuencias de los pacientes con mortalidad intrahospitalaria en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

**TABLA 19: RESUMEN DE DATOS CUALITATIVOS DE LOS PACIENTES CON MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA**

		N	%
Sexo	Femenino	8	33,33
	Masculino	16	66,67
Edad	18-60	8	33,3
	61 A MÁS	16	66,7
Consumo de OH	Si	20	83,3
	No	4	16,7
Clínica	Si	24	100
	No	0	
Hematemesis	Si	23	95,8
	No	1	4,2
Melena	Si	1	4,2
	No	23	95,8
Endoscopia	Si	23	95,8
	No	1	4,8
Úlcera Duodenal	Si	14	60,9
	No	9	39,1
Comorbilidad	Si	17	70,8
	No	7	29,2

## 5.2 Discusión de resultados

En el presente estudio trabajamos con la población total de 240 pacientes con Hemorragia digestiva alta de los cuales 24 pacientes tuvieron mortalidad intrahospitalaria asociado a los diversos factores estudiados.

El sexo que predominó en la presentación de la hemorragia digestiva alta en general fue el sexo masculino, al igual que los pacientes que tuvieron mortalidad intrahospitalaria, dando así una relación de 2 a 1 con relación a las mujeres.

En un estudio realizado por Rodríguez Hernández Lyemai, se ha observado respecto al sexo que la incidencia en varones es el doble con respecto a las mujeres, siendo esta una patología que se incrementa notablemente <sup>9</sup>; también como se describe en un artículo publicado por Manuel Alejandro Corzo Maldonado, Patricia Guzmán Rojas en donde se realizó un estudio encontrándose que los varones son más susceptibles a enfermedades gastrointestinales. <sup>1</sup>

La mortalidad relacionada a la edad, se vio que aumenta conforme aumenta la edad de los pacientes, se tomó el punto de corte de 60 años debido a que en otros estudios como de Milagros Basto Valencia, Gloria Vargas Cárdenas refieren que a partir de esta edad; el riesgo de sangrado aumenta dos veces más a lo normal relacionado con la mortalidad <sup>3</sup>.

Los > 60 años presenta un OR de 2,36 (IC-95%: 0,97 – 5,7) resultando que no es un valor estadísticamente significativo

Con respecto al consumo de alcohol en el total de pacientes que presentaron Hemorragia Digestiva Alta se presentó en un 56,25%. Esto a su vez en los pacientes que fallecieron fue del 83,3%, más de la mitad que fallecieron.

Se ha estudiado que el efecto deletéreo del alcohol, produce daño de la mucosa que está asociado principalmente a erosiones y hemorragia subepitelial con edema circundante, con leve a moderado incremento de las células inflamatorias de la mucosa que se postula que la injuria celular se debería a las propiedades lipofílicas inherentes del etanol y/o a la interrupción de la barrera mucosa gástrica o daño directo a los pequeños vasos sanguíneos de la mucosa.<sup>3</sup>

En un estudio realizado por Milagros Basto Valencia, Gloria Vargas Cárdenas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se vio que el 90% de pacientes con hemorragia digestiva alta, tenían el antecedente de consumo de alcohol, así mismo en un estudio del hospital de Iquitos en el que se encontró de pacientes con antecedente de ingesta de alcohol.<sup>3</sup>

El consumo de alcohol en los pacientes con Hemorragia digestiva alta se ha visto en otros estudios que es factor de riesgo de mortalidad, a su vez se en la población estudiada, los hábitos y costumbres de los pacientes al consumo de alcohol no se modificaron ya que presentaba más de un ingreso por la misma sintomatología; incluso sabiendo que presentaba un riesgo para su salud.

Se podrá decir que el consumo de Alcohol es un factor de riesgo para la mortalidad con un OR de 4,39 (IC95%: 1,45-13,27), cual es corroborado adecuadamente por diversos estudios, en donde concluyen que el consumo de alcohol predispone a una mayor mortalidad.

Los pacientes que presentaban comorbilidades asociadas a la Hemorragia digestiva alta fueron más de la mitad de la población de mortalidad intrahospitalaria.

Asimismo en otros estudios de Milagros Basto Valencia, Gloria Vargas Cárdenas se evidencio que la patología asociada a la hemorragia digestiva alta era un factor de riesgo para la mortalidad entre las cuales está a la cabeza hipertensión arterial.

En el estudio se evidencio que los pacientes que presentaban alguna patología asociada tenían cuatro veces más riesgo de mortalidad un OR de 4,7 (IC95%: 1,88-11,98) que en los pacientes que no presentaban ninguna patología y tuvieran Hemorragia digestiva alta.

Las manifestaciones clínicas de Hemorragia digestiva alta, estudiadas fueron hematemesis, melena y hematoquezia. Se evidencio que los pacientes con HDA, tuvieron con mayor frecuencia melena, pero que en la población de mortalidad intrahospitalaria la manifestación que predomino fue la hematemesis en casi la totalidad de pacientes.

Asimismo la forma de presentación como melena-hematemesis y hematemesis están presentes en más de la tercera parte de los casos en un estudio llevado a cabo por Milagros Basto Valencia, Gloria Vargas Cárdenas; que refleja significativamente una disminución marcada de la hemoglobina que conllevaría a un factor de riesgo de mortalidad <sup>3</sup>

En Portugal, Fonseca et al, de un total de 404 pacientes con HDA determinaron que hematemesis como presentación del HDA era uno de los factores relacionados con un pobre pronóstico malo al igual que Fattahi y col; quienes también concluyen que dicha variable era un factor predictor de mortalidad en pacientes con HDA .<sup>1</sup>

En el trabajo de Manuel Alejandro Corzo Maldonado, Patricia Guzmán Rojas, se encontró que existe un riesgo 2,6 veces mayor de morir en los que presenten hematemesis con respecto a los que no lo presenten.

En el estudio se demostró que la hematemesis es un factor de riesgo alto para mortalidad intrahospitalaria un OR de 85,0 (IC95%: 11,18-646,1), así como, al igual que en otros estudios realizados en dicha población que presenta Hemorragia Digestiva Alta.

La presencia de alteraciones a nivel de la estructura digestiva que se evidencia a través de una endoscopia, autores como Milagros Basto Valencia, Gloria Vargas Cárdenas refieren que existe un riesgo de sangrado; así como tener ulcera es un factor de riesgo de 2.71 veces mayor de resangrado que puede conllevar a una mayor mortalidad <sup>3</sup>.

La presencia de ulcera duodenal en la población refleja que es factor de riesgo para mortalidad intrahospitalaria con un OR de 4,3 (IC95%: 1,8-10,26), ya que se comparó con otros estudios realizados, llegando a la conclusión que es un factor de riesgo para la mortalidad intrahospitalaria.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

La mortalidad intrahospitalaria por Hemorragia digestiva alta fue de 10% de la población estudiada.

La mortalidad intrahospitalaria se presentó con mayor frecuencia en pacientes > de 60 años (66.7%) con un OR de 2,36 (IC-95%: 0,97 – 5,7) y  $p < 0,05$  ( $p < 0,05$ ) mostrando que no es estadísticamente significativo.

El sexo que predominó en los pacientes con mortalidad intrahospitalaria fue el masculino ( 66,67%) con una OR de 1,00(IC-95%: 0,409-2,446) y  $p < 0,05$ (1,0) resultando estadísticamente no significativo.

El consumo de Alcohol tuvo un OR de 4,39 (IC95%: 1,45-13,27) y un  $p < 0,05$ (0,005), mostrando que los pacientes que consumen alcohol tienen cuatro veces más riesgo de presentar mortalidad intrahospitalaria que los que no consumen alcohol.

La presencia de hematemesis como signo principal de hemorragia digestiva alta tuvo OR de 85,0 (IC95%: 11,18-646,1) y  $p < 0,05(0,000)$  resultando que la hematemesis es un factor de riesgo alto para la mortalidad intrahospitalaria que los que no presentan el cuadro clínico de hematemesis.

La mortalidad intrahospitalaria predominó en pacientes con comorbilidades con una frecuencia de 70,8%, con un OR de 4,7 (IC95%: 1,88-11,98) y  $p < 0,05(0,00)$ , resultando que los pacientes con comorbilidades presentan cuatro veces más riesgo de mortalidad intrahospitalarias que los que no padecen de ninguna comorbilidad.

La presencia de Úlcera duodenal predominó en los pacientes con mortalidad intrahospitalaria en un 60,9%, con un OR 4,3 (IC95%: 1,8-10,26) y  $p < 0,05(0,00)$ , lo que nos indica que los pacientes que tienen úlcera duodenal tienen cuatro veces más riesgo de mortalidad intrahospitalaria que los que no tienen.

## Recomendaciones

Se recomienda ampliar las investigaciones en este campo ya que son pocos los estudios en nuestra población.

Promover las medidas higiénico dietéticas para la salud.

Concientizar a la población de riesgo, disminuir el consumo de bebidas alcohólicas por el riesgo de mortalidad intrahospitalaria.

Hacer un estudio de seguimiento a los que tienen alta probabilidad de mortalidad por los diversos factores mencionados en el estudio.

Emplear la tabla N°18 de resumen de variables para medir el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Estudio caso control [Base de datos en línea]. Lima, Perú. Sociedad de Gastroenterología del Perú.2013 [Fecha de acceso 12 de Junio del 2016]. URL disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n3/a04v33n3.pdf>.
2. Gicela Portilla M. FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, 2009 [Tesis Doctoral] Cuenca Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina. Universidad de Cuenca. 2009.
3. Mohsen Masoodi. Etiology and Outcome of Acute Gastrointestinal Bleeding in Iran: A Review Article. Middle East J Dig Dis. 2012 Oct; 4(4): 193–198.
4. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL AREA DE URGENCIAS [Base de datos en línea]. Málaga. Campus Universitario de Teatinos.2010. [Fecha de acceso 12 de Junio del 2016]. URL disponible:<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemodige.pdf>.
5. BARDALEZ CRUZ. EL SCORE DE ROCKALL Y EL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. 2015 [Tesis doctoral] Lima – Perú. FACULTAD DE MEDICINA HUMANA SECCIÓN DE POSGRADO. USMP. 2015

6. Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” 1980-2003. [Base de datos en línea]Lima. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, REV. GASTROENTEROL. PERÚ 2[Fecha de acceso 11 de Junio del 2016]. URL disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v25n3/a05v25n3.pdf>
7. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital Enrique Cabrera (2003 a 2007). [Base de datos en línea]Cuba – La Habana.Scielo. [Fecha de acceso 11 de Junio del 2016]. URL disponible en : <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v47n4/cir06408.pdf>
8. Alam MK. Factores que influyen en la mortalidad hospitalaria en la hemorragia digestiva alta. Saudi Journal of Gastroenterology 2000. Jun; 4(4): 102–123.
9. Álvarez S .Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador. Revista Médica Vol.7 Núm. 1 Marzo 2015.
10. Frecuencia y mortalidad de resangrado en pacientes cirróticos tratados por hemorragia de várices esofágicas en dos hospitales de Lima-Perú durante los años 2009-2011. [Base de datos en línea]. Lima, Perú. Sociedad de Gastroenterología del Perú.2013 [Fecha de acceso 12 de Junio del 2016]. URL disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n3/a04v33n3.pdf...>

11. Rodríguez H .Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta. Enfermería Global N° 22 Abril 2011
12. Ichiyanagui R .Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. Acta Médica Peruana, vol. 23, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006.
13. Bernardino D. FACTORES ASOCIADOS A SANGRADO DIGESTIVO ALTO. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID. PANAMÁ. ABRIL – SEPTIEMBRE. 2009. Rev. méd ciento ISSN 2218-8266. Año 2011, Volumen 24(1):4-11.
14. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL ADULTO MAYOR. EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DEL HNERM EN PACIENTES DE 81 AÑOS Y MAYORES. Base de datos en línea]. Lima, Perú. Sociedad de Gastroenterología de Chile.2008 [Fecha de acceso 10 de Junio del 2016]. URL disponible en : [http:// www.socgastr.cl/revistas.htm...](http://www.socgastr.cl/revistas.htm...)
15. Marmo R .La predicción de la mortalidad en las hemorragias gastrointestinales alta no varicosa: validación de la Escala italiana DESPNGE y comparación prospectiva con la puntuación de Rockall. Am J Gastroenterol. 2010 Jun;105(6):1284-91

16. J. Pintado .CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL DE ALTURA. Hospital Departamental Daniel Alcides Carrión. Cerro de Pasco –Perú. Congreso Panamericano de enfermedades digestivas. Lima 2001.
17. Fonseca J .Hemorragia gastrointestinal no varicosa superior en Portugal: un estudio retrospectivo multicéntrico en doce hospitales portugueses. Gastroenterol Hepatol. 2012 Jun-Jul;35(6):377-85. doi: 10
18. C. H. Morales U .Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. : REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS 2011
19. Mohsen M. Etiología y el resultado de sangrado gastrointestinal aguda en Irán. Middle East J Dig Dis. 2012 Oct; 4(4): 193–198.
20. Espinoza R .Validación del Score de Rockall en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en un Hospital de Lima- Perú. Rev. Gastroenterol. Perú; 2009; 29-2: 111-117
21. Mallory GK, S. Weiss Las hemorragias de laceraciones del cardias del estómago debido a los vómitos. Uptodate.com; Jun 04, 2015. [Acceso 3 de Enero 2017]. Disponible en uptodate.com
22. Dagradi AE, Broderick JT, Juler G, et al. El síndrome de Mallory-Weiss y lesión. Uptodate.com; Jun 07, 2015. [Acceso 7 de Enero 2017]. Disponible en uptodate.com

23. Mortensen PB, Nøhr M, Møller-Petersen JF, Balslev I. El valor diagnóstico de la relación urea / creatinina sérica en la distinción entre el sangrado gastrointestinal superior e inferior. Uptodate.com; abril, 2015. [Acceso 7 de Enero 2017]. Disponible en [uptodate.com](http://uptodate.com)
24. Adang RP, Vismans JF, Talmon JL, et al. Adecuación a las indicaciones de diagnóstico para la endoscopia gastrointestinal superior: asociación con la enfermedad endoscópica relevante. Uptodate.com; Jun 04, 2015. [Acceso 16 de Enero 2017]. Disponible en [uptodate.com](http://uptodate.com).
25. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopia de hemorragia digestiva. Uptodate.com; May, 2015. [Acceso 21 de Enero 2017]. Disponible en [uptodate.com](http://uptodate.com)
26. Lau JY, Sung JJ, KK Lee, et al. Efecto de omeprazol por vía intravenosa en la hemorragia recurrente después del tratamiento endoscópico de la úlcera péptica sangrante. Uptodate.com; Jun 04, 2015. [Acceso 16 de Enero 2017]. Disponible en [uptodate.com](http://uptodate.com).
27. Chan WH, Khin LW, Chung YF, et al. Ensayo controlado aleatorio de la norma frente a altas dosis de omeprazol por vía intravenosa después de la terapia endoscópica en pacientes de alto riesgo con hemorragia por úlcera péptica aguda. Uptodate.com; Jun 04, 2015. [Acceso 16 de Enero 2017]. Disponible en [uptodate.com](http://uptodate.com).
28. Frossard JL . La eritromicina infusión intravenosa en bolo en la hemorragia digestiva aguda. Uptodate.com; Jun 04, 2015. [Acceso 16 de Enero 2017]. Disponible en [uptodate.com](http://uptodate.com).

29. Imperiale TF, Birgisson S. La somatostatina o octreotida en comparación con los antagonistas H2 y el placebo en el tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa aguda. Uptodate.com; Jun 04, 2015. [Acceso 16 de Enero 2017]. Disponible en [uptodate.com](http://uptodate.com).

30. Imperiale TF, Birgisson S. La somatostatina o octreotida en comparación con los antagonistas H2 y el placebo en el tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa agud. Uptodate.com; Jun 04, 2015. [Acceso 16 de Enero 2017]. Disponible en [uptodate.com](http://uptodate.com).

## 11. ANEXO

### Ficha de Recolección de Datos: Servicio de Gastroenterología HDA

Ficha:

Edad:

Sexo:                                      M                                      F

Consumo de Alcohol:                  SI                                      NO

Motivo de ingreso:

Hematemesis                              (   )                                      (   )

Melena                                      (   )                                      (   )

Hematoquezia                              (   )                                      (   )

Comorbilidad:                              SI                                      NO

Diabetes Mellitus                              (   )                                      (   )

HTA                                          (   )                                      (   )

Insuficiencia Cardiaca                              (   )                                      (   )

Insuficiencia Renal                              (   )                                      (   )

Cirrosis                                      (   )                                      (   )

Diagnostico por endoscopia: SI                                      NO

Úlcera duodenal                              (   )                                      (   )

Úlcera gástrica                              (   )                                      (   )

Varices esofágicas                              (   )                                      (   )

Varices gástricas                              (   )                                      (   )

MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA                                      SI                                      NO



PERÚ Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ  
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

El Agustino, 24 de enero de 2017

**CARTA N° 012-2017-OEI-HNHU**

Sr  
PAREDES EGUSQUIZA JONATHAN MOISES  
Presente.-

Asunto : **LISTADO DE HISTORIAS CLINICAS**

Ref. : Exp. N° 000090

De mi consideración:

Me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y en relación al documento de la referencia, remito adjunto al presente la información solicitada de listado de historias clínicas correspondiente a la revisión de historias con el nombre de investigación "Factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional Hipólito Unánue" en el servicio de Gastroenterología del año 2015.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE  
ING. EST. E INF. D. CARHUAMACCA  
RUC: 147723  
JEFA DE LA OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

MPC/mer

[www.hnhu.gob.pe](http://www.hnhu.gob.pe) Av. César Vallejo N° 1390  
El Agustino  
Lima 10 - Perú  
Telef: (511) 362-5700



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

**Facultad de Medicina Humana**

Oficio N° 1989-2016-FMH-D

Surco, 22 de julio de 2016

Señor  
**JONATHAN MOISES PAREDES EGUSQUIZA**  
Presente

**ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis**

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "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", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha 21 de julio de 2016.

Por lo tanto queda usted expedito a fin de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



*Hilda Jurupe Chico*  
**Mg. Hilda Jurupe Chico**  
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco  
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú  
E-mail: [mhuaman@urp.edu.pe](mailto:mhuaman@urp.edu.pe) - [www.urp.edu.pe/medicina/](http://www.urp.edu.pe/medicina/)

Central: 708-0000  
Anexo: 6010  
Telefax: 708-0106

## Factores de riesgo asociado a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de gastroenterología-2015

### INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://www.scielo.org.pe">www.scielo.org.pe</a> Fuente de Internet	7%
2	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	2%
3	<a href="http://dspace.ucuenca.edu.ec">dspace.ucuenca.edu.ec</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://sisbib.unmsm.edu.pe">sisbib.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%



