



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACION

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

Escuela profesional de Medicina

**FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL,
EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO
LOAYZA 2018**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Sucasaire Cjuiro, Jean Carlos

ASESOR:

Dr. Pichilingue Prieto, Oscar A.

JURADO:

Dr. La Rosa Botonero, José Luis.

Dr. Panzera Gordillo, Dante

Dr. Cerna Iparraguirre, Fernando

Dr. Piña Pérez, Alindor

Lima, Perú

2019

Dedicatoria

Le dedico a mi padre José Luis, a mi madre Baleriana, a mi hermano Wilder y a mis queridos sobrinos. Por todo el apoyo que me brindaron familia, gracias por estar siempre a mi lado.

Agradecimientos

Agradezco a mi asesor Dr. Pichilingue Prieto Oscar A.,
asimismo al Dr. Garavito Rentería Jorge L., por su
apoyo en el desarrollo del trabajo de investigación y a
mis maestros Loayzinos por su apoyo en mi etapa de
pregrado.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------|----|
| RESUMEN | 7 |
| ABSTRAC | 8 |
| I. INTRODUCCIÓN | 9 |
| II. MARCO TEÓRICO | 28 |
| III. MÉTODO | 42 |
| 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 42 |
| 3.2. ÁMBITO ESPACIAL Y TEMPORAL | 42 |
| 3.3. VARIABLES | 42 |
| 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 43 |
| 3.5. INSTRUMENTO | 44 |
| 3.6. PROCEDIMIENTOS | 44 |
| 3.7. ANÁLISIS DE DATOS | 44 |
| IV. RESULTADOS | 45 |
| V. DISCUSIÓN | 60 |
| VI. CONCLUSIONES | 65 |
| VII. RECOMENDACIONES | 67 |
| VIII. REFERENCIAS | 68 |
| IX. ANEXOS | 73 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Frecuencias sobre edad en pacientes con HDA no variceal..... | 45 |
| Tabla 2 Frecuencias según sexo | 46 |
| Tabla 3 Frecuencias según Procedencia | 47 |
| Tabla 4 Frecuencias según antecedentes personales..... | 48 |
| Tabla 5 Frecuencias según comorbilidad..... | 49 |
| Tabla 6 Frecuencias según presentacion clinica | 50 |
| Tabla 7 Frecuencias según actividad de HDA | 51 |
| Tabla 8 Frecuencias según localizacion topografica | 52 |
| Tabla 9 Frecuencias según el diagnostico endoscopico..... | 53 |
| Tabla 10 Frecuencias según hallazgo endoscopico | 54 |
| Tabla 11 Frecuencia según mortalidad | 55 |
| Tabla 12 Frecuencias según ulcera peptica Vs Mortalidad | 56 |
| Tabla 13 Frecuencias según edad Vs Mortalidad | 57 |
| Tabla 14 Frecuencias segun forrest Vs Mortalidad | 58 |
| Tabla 15 Frecuencias sobre Variables independientes Vs Mortalidad..... | 59 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 Frecuencias sobre edad en pacientes con HDA no variceal..... | 45 |
| Figura 2 Frecuencias según sexo | 46 |
| Figura 3 Frecuencias según Procedencia | 47 |
| Figura 4 Frecuencias según antecedentes personales | 48 |
| Figura 5 Frecuencias según comorbilidad | 49 |
| Figura 6 Frecuencias según presentacion clinica..... | 50 |
| Figura 7 Frecuencias según actividad de HDA..... | 51 |
| Figura 8 Frecuencias según localizacion topografica | 52 |
| Figura 9 Frecuencias según el diagnostico endoscopico | 53 |
| Figura 10 Frecuencias según hallazgo endoscopico | 54 |
| Figura 11 Frecuencia según mortalidad..... | 55 |
| Figura 12 Frecuencias según ulcera peptica Vs Mortalidad | 56 |
| Figura 13 Frecuencias según edad Vs Mortalidad | 57 |
| Figura 14 Frecuencias segun forrest Vs Mortalidad..... | 58 |
| Figura 15 Frecuencias sobre Variables independientes Vs Mortalidad..... | 59 |

Resumen

Objetivo: Determinar los principales factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el hospital nacional arzobispo Loayza 2018.

Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Muestreo no probabilístico. Se incluyó 188 pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Se recolectaron datos de la historia clínica y/o informe endoscópico, se procesó en Excel y STATA 14. Resultados: De 188 pacientes, edad mayor de 60 años (59.57%) y menor de 60 años (40.43%); masculino (71.28%), femenino (28.72%); Lima (94.68%), otros (5.32%). La mortalidad fue de 7.98% (15 casos). Factores de riesgo: Comorbilidad (77.66%) y no (22.34%); Antecedentes personales: ninguno(48.4%), Aines(28.72%), Alcohol(13.83%), HDA previa(7.98%) y tabaco(1.064%); Presentación clínica: melena (52.13%), Hematemesis-Melena(14.36%), Hematemesis(14.36%), Shock(9.04%), Vómitos borboreos(6.91%) y Hematoquecia(3.19%). Localización topográfica: estomago (58.51%), duodeno (34.04%) y Esófago (7.447%). Diagnostico endoscópico: Ulcera gástrica (40%), duodenal (29.19%), gastritis (8.11%), Lesiones malignas (6.49%), Ulcera péptica (4.86%), Mallory Weiss (4.86%), Duodenitis (3.78%) y Esofagitis (2.7%). Hallazgos endoscópicos (Forrest): III (57.21%), IIa (25%), Ia (19.68%), IIb (6.38%), Ib (4.26%) y IIc (4.26%). Respecto a mortalidad: Edad mayor de 60 años (53.3 %), si comorbilidad (93.3%), ulcera péptica (73.3%), hallazgo endoscópico: Ia (80%) y Ib (20%). Conclusiones: Predomina edad mayor de 60 años, masculino, con comorbilidad, AINEs y alcohol; Con clínica de melena y melena-hematemesis, con localización y etiología gastroduodenal, con Forrest de III (en mortalidad el Ia y Ib).

Palabras Clave: Hemorragia digestiva alta, Ulcera gástrica, Melena, Mortalidad.

Abstract

To determine the main factors associated with mortality in patients with non-variceal high digestive hemorrhage in the national hospital archbishop Loayza 2018.

Methodology: Descriptive, prospective and transversal study. Non-probabilistic sampling.

We included 188 patients who met the inclusion criteria. Data from the clinical history and / or endoscopic report were collected, processed in Excel and STATA 14. Results: Of 188 patients, older than 60 years (59.57%) and less than 60 years old (40.43%); male (71.28%), female (28.72%); Lima (94.68%), others (5.32%). Mortality was 7.98% (15 cases). Risk factors: Comorbidity (77.66%) and no (22.34%); Personal history: none (48.4%), Aines (28.72%), Alcohol (13.83%), Previous HDA (7.98%) and Tobacco (1.064%); Clinical presentation: melena (52.13%), Hematemesis-Melena (14.36%), Hematemesis (14.36%), Shock (9.04%), Vomiting borrhaceos (6.91%) and Hematoquezia (3.19%). Topographical location: stomach (58.51%), duodenum (34.04%) and esophagus (7.447%). Endoscopic diagnosis: gastric ulcer (40%), duodenal ulcer (29.19%), gastritis (8.11%), malignant lesions (6.49%), peptic ulcer (4.86%), Mallory Weiss (4.86%), duodenitis (3.78%) and esophagitis (2.7%). Endoscopic findings (Forrest): III (57.21%), IIa (25%), Ia (19.68%), IIb (6.38%), Ib (4.26%) and IIc (4.26%). Regarding mortality: Age over 60 years (53.3%), if comorbidity (93.3%), peptic ulcer (73.3%), endoscopic finding: Ia (80%) and Ib (20%).

Conclusions: Predominantly older than 60 years, male, with comorbidity, NSAIDs and alcohol; with hair and mane-hematemesis clinic, with location and gastroduodenal etiology, with Forrest de III (in mortality Ia and Ib).

Key words: Upper digestive hemorrhage, gastric ulcer, Melena, Mortality.

I. Introducción

1.1 Descripción y formulación del problema

La hemorragia digestiva alta (HDA) representa la emergencia médica gastroenterológica más frecuente (Rotondano, 2014), con una prevalencia de 150 por 100 000 adultos por año y una mortalidad entre 10 a 20% (Cremers, Ribeiro, 2014). Cifras similares han sido reportadas en Perú (Cassana, Espinoza, 2016)

Se consideran hemorragias digestivas altas aquellas que ocurren proximal al ligamento de Treitz, suelen dividirse en de origen varicoso y no varicoso, esta última fue el tema de esta investigación. El Colegio Americano de Gastroenterólogos se refiere a hemorragia gastrointestinal cuando el paciente presenta melena o hematoquecia y la causa de hemorragia ha sido identificada. Oculta se define cuando el paciente presenta una anemia por déficit de hierro o prueba del guayaco en las heces positiva y se ha encontrado una fuente de la hemorragia. La hemorragia gastrointestinal se nombra oscura cuando el origen de la misma no se ha logrado identificar. (Gerson, Fidler, Cave, et al. 2015)

La enfermedad ulcerosa péptica sigue siendo la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta. Los nuevos conocimientos sobre la etiopatogenia de la enfermedad úlcero péptica ha permitido desarrollar nuevos fármacos que han modificado el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad, como son los inhibidores de la bomba de

protones, cuyo uso demuestra una disminución en la recidiva y gravedad de los pacientes que han presentado un episodio de hemorragia digestiva alta no varicosa y disminuyen la tasa de sangrado en los pacientes con riesgo elevado de hemorragia digestiva alta, como los que se encuentran bajo tratamiento de ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos y en los pacientes hospitalizados en estado grave. También ha contribuido a disminuir la tasa de recurrencia de la hemorragia digestiva alta el diagnóstico y la terapéutica para la erradicación del *Helicobacter pylori*. La endoscopia juega un papel importante en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento en la hemorragia digestiva alta y es el de elección para tratar el sangrado agudo, lo que conduce a una disminución de las tasas de recurrencia y necesidad de cirugía, con lo que disminuye la mortalidad por esta causa. (Iris, Cryer, 2011)

Con el empleo de estos tres elementos: endoscopia, inhibidores de la bomba de protones y la erradicación del *Helicobacter pylori*, las tasas de mortalidad, recidiva y cirugía debió descender, sin embargo, en un estudio, que abarcó una revisión desde el 2006 al 2011, el total de fallecidos fue de 33 810; en Gales la tasa fue de 10,7 %, mientras que Japón exhibió las más bajas, con un 1,1 %. (Jairath, Martel, Logan, et al., 2012)

Los pacientes tienen frecuentemente un tratamiento multidisciplinario, en el que intervienen especialistas en medicina de urgencia, gastroenterología, cuidados intensivos, cirugía y radiología intervencionista. Es importante insistir en la importancia que tiene la consulta precoz con los cirujanos, como parte del tratamiento de estos pacientes. Además de intervenir en la reanimación inicial de los pacientes, el endoscopista quirúrgico establece el diagnóstico e inicia el tratamiento. Cuando el gastroenterólogo asume estas funciones, la colaboración precoz del cirujano permite establecer los objetivos y los límites

del tratamiento conservador inicial; la consulta inmediata con el cirujano proporciona más tiempo para la preparación y la evaluación preoperatoria, así como informar al paciente y a los familiares, en caso que fuera necesario, operar de urgencia. (Syed, Abbas , Farina, et al. 2017).

La existencia de dispersión en la literatura especializada y la diversidad de muchos criterios y/o factores referidos a la mortalidad en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicosa, constituyó el problema que motivó el presente trabajo de investigación con el objetivo de brindar un aporte acerca de este tema de estudio y así poder contribuir de alguna manera en el manejo de esta entidad.

Este proyecto es realizado con la finalidad de conocer los factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el hospital nacional arzobispo Loayza de enero a diciembre del 2018, debido a que no se cuenta con trabajos de investigación actualizados acerca del tema y el riesgo de generarse complicaciones sino se identifican a tiempo los factores de riesgo.

1.1.1 Problema General

¿Cuáles son los factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el hospital nacional arzobispo Loayza en el 2018?

1.1.2 Problema específico

¿Cuál es la relación existente entre mortalidad y factores asociados como edad, sexo, procedencia, antecedentes personales, comorbilidad, presentación clínica, localización topográfica, diagnostico-hallazgo endoscópico en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

1.2 Antecedentes

Del ámbito internacional

Corzo et al (2013) publicaron un trabajo titulado “Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Tuvo Resultados: variables relacionadas a mortalidad: edad, hematemesis, hemorragia digestiva alta intrahospitalaria, cirrosis neoplasia maligna ingreso a la unidad de cuidados intensivos/Shock-Trauma, score de Rockall mayor a 4, resangrado, y paquetes globulares transfundidos. En análisis logístico multivariado se encontró las variables neoplasia maligna, ingreso a la unidad de cuidados intensivos/Shock-Trauma y score de Rockall mayor a 4. Conclusiones: Los factores que aumentan el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta son: 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. (Corzo, Guzmán, Bravo., et al, 2013)

Infante, Roselló, Ramos., et al (2016) publicaron un artículo original titulado: “Parámetros clínicos relacionados con la gravedad del episodio agudo de hemorragia digestiva alta no varicosa”. Resultados: los predictores de hemorragia grave son: consumo de AINES (RR 2,28), poseer más de una enfermedad asociada (RR 1,01), la presencia de melena (RR 9,53) y su constatación en el examen rectal (RR 2,87); así como las cifras de hemoglobina menores de 10 g/L (RR: 4,39) y la FC mayor de 100 latidos por minuto (RR 5,49). Esta probabilidad es 3,4 veces mayor si la Hb está por debajo de 10 g/L y 2,4 veces

si La FC aumenta por encima de 100 latidos por minuto. Conclusiones: se confirma el valor de los síntomas y signos clínicos que acompañan la pérdida hemática aguda y las alteraciones hemodinámicas para predecir la probabilidad de presentar una hemorragia grave. (Infante, Rosello, Ramos., et al, 2016)

Infante Mirtha y Col en su artículo que lleva como título “La escala clínica de Rockall se utiliza para clasificar la hemorragia digestiva alta en individuos atendiendo al riesgo de presentar sangrado activo, que necesiten de la realización urgente de la endoscopia digestiva”. Se Obtuvo los Resultados: incluidos 118 pctes, 22 (18,6 %) recibieron terapéutica endoscópica por presentar sangrado activo o reciente. Índice clínico de Rockall con una media de 1,79 puntos. Riesgo alto 83 pacientes (70,3 %) y bajo 35 casos (29,7 %). La capacidad predictiva excelente, con valor del área bajo la curva = 0,960 (IC 95 % : 0,904-1,017); punto de corte igual a 1 (índice de Youden = 0,971) con una sensibilidad de 97 % y de especificidad de 71 %. Conclusiones: la escala clínica de Rockall puede ser utilizada con seguridad para la toma de decisiones en relación con la realización urgente de la endoscopia en el paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. (Infante, Guisado, Rodríguez., et al, 2014)

C. H. Morales Uribe y Col publicaron un artículo cuyo título: “Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina”. Resultados: edad promedio 57,9 años, proporción H: M 1,4:1. 359 (77,3%) consultaron a causa de sangrado digestivo (sangrado extrahospitalario) y 105 (22,6%) lo presentaron en la institución (sangrado intrahospitalario). A un 71,6% de los pacientes que ingresaron con

el Dx de HDA se les realizó EDA en primeras 24 horas. Las causas de sangrado más frecuentes fueron úlcera péptica en 190 (41%), enfermedad erosiva en 162 (34,9%) y enfermedad variceal 47 (10,1%). La mortalidad fue 9,5%. Los ptes con sangrado en la hospitalización por otra causa, presentaron un riesgo de morir mayor que los pacientes cuyo motivo de consulta fue el sangrado digestivo (RR 2,4). 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). Conclusiones: 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. (Morales, Sierra, Hernández., et al, 2011)

García O. Lucas y Col publicaron el estudio titulado “Mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta por enfermedad ácido péptica en pacientes operados”. Teniendo los Resultados: predominio del sexo masculino y del grupo etario de 60 y más años. Los sangrados masivo y persistente fueron situaciones más comunes para decidir el tratamiento quirúrgico urgente. La vagotomía troncular más piloroplastia fue la técnica más empleada, en tanto la infección respiratoria y el choque séptico resultaron ser las principales complicaciones posoperatorias; este último y la disfunción multiorgánica fueron las causas directas de muerte más representativas. Conclusiones: para seleccionar la técnica quirúrgica se debe tener en cuenta la causa del sangrado, localización, estado clínico y la edad. La vagotomía troncular asociada a algún procedimiento de drenaje resultó la más utilizada porque es menos laboriosa y el efecto antiácido más efectivo. (García, Piña, Lozada., et al, 2013)

Rodríguez H, Iyemai. Público un estudio titulado “Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. Los factores de riesgo asociados a morbilidad son: respecto a mayor pérdida de volumen sanguíneo, corresponde al sexo masculino total de 75 (78.6 %), el antecedente de ingestión de alcohol (50 %), consumo de AINEs (33.3%), antecedentes de úlcera péptica (32 %); seguido de la diabetes Mellitus e hipertensión arterial con un 26.6 % y 23.3 % respectivamente. Clínicamente hematemesis-melena (42.6 %) y solo hematemesis (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. El tratamiento médico y endoscópico fueron los más utilizados, presentando una mortalidad de 2.6%. Se concluye que la gastritis erosiva y la manifestación clínica de hematemesis más melena son factores que incrementan la morbimortalidad. (Rodríguez, Iyemai, 2011)

Rodríguez H. Heriberto y Col. Publicaron un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad”, Resultados: tabaquismo (OR = 2.6), consumo de alcohol (OR = 4.8,) y antecedente de hemorragia de tubo digestivo alto (OR = 1.8) se asociaron a ocurrencia de hemorragia de tubo digestivo alto, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (OR = 1.9) e hipertensión arterial (OR = 1.4) a muerte por hemorragia de tubo digestivo alto. Conclusiones: en pacientes con úlcera péptica menor de 60 años, antecedente de hemorragia de tubo digestivo alto, tabaquismo y consumo de alcohol se asocian a hemorragia de tubo digestivo alto; la EPOC y la HTA, a mortalidad. (Rodríguez, H., Rodríguez, M., González, et al, 2009)

Karol, R., y Col. Publicaron un estudio titulado “Hemorragia digestiva alta no varicosa: comportamiento e índice de Rockall” tuvo como Método: estudio descriptivo, transversal realizado en el Hospital General Docente "Ernesto Guevara de la Serna" con 182 pacientes atendidos entre 2009 y 2010. Resultados: los hombres (54,4 %) y el grupo de 60-80 años presento mayor número de casos. La úlcera gastroduodenal fue la primera causa (52,7 %). La melena se presentó como manifestación inicial en el 60,4 % de los pacientes. La HTA fue la comorbilidad más frecuente (60,7 %). El 44,5 % de los pacientes necesitó transfusión sanguínea. La mortalidad fue del 8,2 %. La mayor parte de la muestra se ubicó en el grupo de riesgo intermedio de Rockall (40,1 %). Recibió alta precoz solo el 11,5 % de los pacientes, y la inestabilidad hemodinámica (38 %) fue la mayor responsable de este bajo número. El Rockall tuvo sensibilidad del 98,3 %, especificidad del 56,9 %, valor predictivo positivo del 52,3 %, valor predictivo negativo del 98,6 % y una exactitud del 70,9 %. En los pacientes clasificados de bajo riesgo la única complicación fue la recidiva (1,4 %). (Karol, Menéndez, Cobiellas, 2014)

De la Cruz G, Alex y Col. Publicaron un estudio titulado “Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional”. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Resultados: 83 pacientes (44 hombres y 39 mujeres) mayores de 15 años de edad. En 35 pacientes (42%) se encontró enfermedad variceal, en 29 (35%) enfermedad ulcerosa, en 3 (4%) traumatismo esofágico, en 2 (3%) lesión sugerente de neoplasia y en 14 pacientes no fue

posible realizar estudio endoscópico. Conclusión: el sangrado del tubo digestivo alto es una afección frecuente en nuestro medio. La principal causa es secundaria al síndrome de hipertensión portal manifestada por várices esofágicas, seguida de la enfermedad ulcerosa y gastropatía erosiva derivado del análisis de indicadores establecidos en el estudio. (De la Cruz, Sánchez, 2013)

Contreras M, Lisbet y Col. publico el estudio publicado el 2015 cuyo título fue “Factores pronósticos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta”. Estudio de cohorte, De 255 pctes, fallecieron 18 (7,1%). En el análisis univariado de todos los factores estudiados solo el sexo (RR = 0,879) no tuvo relación con la muerte. Las cifras de hemoglobina (RR = 2,290) y la edad mayor de 65 años (RR = 1,349) presentaron relación con la muerte por HDA. La variable que tuvo mayor relación con la muerte fue la magnitud del sangramiento (RR = 24,50). Resultados: el modelo de regresión logística mostró que el sangrado grave (OR 17,704;) seguido del shock hipovolémico (OR: 9,428) y la insuficiencia cardíaca (OR 5,604) mostraron una relación independiente, estadísticamente significativa e importante con el riesgo de fallecer. Conclusiones: se puede decir que con los valores obtenidos por el ajuste de la función de regresión logística para los factores de influencia independiente sobre la muerte, se podrá estimar el riesgo de morir de nuestros enfermos. (Contreras, Quesada, Soria, 2015)

Del ámbito nacional:

Paredes E, Jonathán. Publico su tesis con título “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”. Estudio observacional, analítico y

retrospectivo. Conto con 240 pacientes; para el análisis bivariado de asociación se utilizó la prueba exacta de OR. Resultados: Se incluyó 240 pacientes con Dx hemorragia digestiva alta. Se revisó 240 historias clínicas, 10% tuvieron mortalidad intrahospitalaria, los > 60 años (OR 2,36), consumidores de alcohol (OR: 4,39), para las comorbilidades (OR: 4,7); la manifestación clínica de Hematemesis (OR: 85,0), Dx endoscópico como Ulcera duodenal (OR: 4,3). Se observó que los factores de riesgo como la edad, consumo de alcohol, hematemesis y el diagnóstico de ulcera 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. (Paredes, J. 2017)

Patiño V, Lía y Col publicaron un estudio de tesis en el 2018 titulado “Mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: Estudio de cohorte retrospectivo, realizado a partir de una base de datos de 339 pacientes con diagnóstico clínico-endoscópico de HDA atendidos en la UHD del HNERM, junio 2012 y diciembre 2013. Las características clínicas y hallazgos endoscópicos fueron evaluados como factores de riesgo asociados a mortalidad mediante las pruebas: chi cuadrado y análisis de regresión Poisson. Para analizar la escala de Rockall como predictor de mortalidad, se graficó la curva ROC y se calculó el área bajo la curva. Todos los análisis fueron realizados por tipo de HDA. Resultados: Del total pacientes, se dividieron dos grupos: HDA variceal (33%) y no variceal (67%). La mortalidad fue mayor en el primero (10,8% vs 7,9%), sin diferencia estadísticamente significativa. Los factores asociados a mortalidad en la HDA no variceal

fueron: frecuencia cardiaca, presión arterial, hematocrito, esofagitis erosiva y tratamiento con argón plasma y clips. Mientras que en la HDA variceal fueron: frecuencia cardiaca, urea y tratamiento con escleroterapia variceal. La curva ROC para mortalidad en HDA no variceal mostró un área bajo la curva de 0,64, resultado similar a la del grupo con HDA variceal 0,43. Conclusiones: En ambos grupos de HDA se encontraron diferentes factores asociados a mortalidad. Además, la escala de Rockall completa no predice mortalidad en ninguno de los dos grupos de estudio. (Patiño, 2018)

Rojas D, Jorge y Col. Publicaron un estudio titulado “Factores asociados a mal pronóstico en pacientes con sangrado digestivo bajo en un hospital público” Estudio observacional analítico de tipo cohorte retrospectivo. Las variables principales a evaluar fueron $FC \geq 100/\text{min}$, $PAS < 100 \text{ mmHg}$ y Hto bajo ($\leq 35\%$) al ingreso. Sus Conclusiones: Frecuencia Cardiaca elevada al ingreso, hipotensión sistólica al ingreso, Hto bajo al ingreso y presentar un sangrado en el cual no se encuentra el punto de origen son considerados factores que aumentan el riesgo de presentar mal pronóstico, recomendándose un monitoreo más estricto en estos pacientes. (Rojas, Carvallo, Piscoya., et al, 2016)

Velásquez L, Vanessa publicó su tesis en el 2016 con título “Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en la unidad de hemorragia digestiva, servicio de gastroenterología, HNERM Essalud 2013 – 2014. Estudio observacional descriptivo, serie de casos, retrospectivo de 412 de un total de 650 pacientes con hemorragia digestiva. Conclusiones: La evaluación de las manifestaciones clínicas en la hemorragia digestiva alta

en el presente estudio observacional, determinó la severidad del sangrado (leve moderada-severa), su repercusión hemodinámica (shock) y los hallazgos endoscópicos para la toma de decisiones en cuanto al tratamiento farmacológico, clínico y de terapia endoscópica, siendo la melena la principal manifestación clínica. La causa principal de HDA fue la úlcera duodenal; el compromiso hepático descompensado se presentó en 56% (Child C) y el riesgo Rockall de recidiva alto fue de 50%. (Velásquez, 2016)

Espinoza R, Jorge y Col. Publicaron un estudio titulado “Validación del Score de Rockall en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en un Hospital de Lima- Perú”. Estudio descriptivo, prospectivo, se utilizó la escala de Rockall para determinar su severidad y estratificar a los pacientes con mayor riesgo de fallecer o presentar resangrado. Resultados: En total 163 pacientes (65.64%) varones (34.36%) mujeres, se excluyó a 8 por no contar con endoscopia de emergencia. Quedando solo 155 buscando el punto de corte para determinar pacientes severos y no severos mediante la curva de ROC. Luego del análisis, se encontró que al comparar la escala 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. Conclusiones: El sistema de escala 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. (Espinoza, Mercado, Lindo., et al, 2009)

En el 2016, en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas; Romero Mondalgo, Pritsy Mariney publicó su tesis titulada “Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con ulcera péptica”. Estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población 64 casos y 64 controles. Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo de hemorragia digestiva alta fueron: el uso de AINES (OR: 10.96), la Polifarmacia (OR: 21.27), *Helicobacter pylori* (OR: 0.92), la Edad Avanzada (OR: 2.82), Alcoholismo (OR: 5.21). Encontrándose asociación entre el uso de AINES, Polifarmacia (Naproxeno, Ibuprofeno y Ácido Acetil Salicílico), la edad avanzada > 65 años y el Alcoholismo; no se encontró asociación entre la presencia de *Helicobacter pylori* y HDA en grupo de casos. Conclusiones: La Polifarmacia ((Naproxeno, Ibuprofeno y Ácido Acetil Salicílico), el uso AINES, el Alcoholismo y la Edad Avanzada >65 años son factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con Ulcera Péptica. (Romero, 2016)

En el 2016, en el Hospital Regional Docente de Trujillo se publicó una tesis con título: “Factores clínicos y endoscópicos pronósticos de mortalidad en pacientes adultos con hemorragia digestiva alta aguda no variceal”. Estudio de casos y controles (50 casos y 150 controles). Resultados: Se encontró que las variables que fueron estadísticamente significativas, tanto en el análisis bivariado como en el análisis logístico multivariado fueron: la edad (OR: 4,38), el shock hipovolémico al ingreso (OR: 2,69) y la Clasificación de Forrest (OR: 16,43). Conclusiones: La edad y el shock hipovolémico al ingreso son factores clínicos pronósticos de mortalidad en pacientes adultos con hemorragia digestiva alta aguda no variceal; y el sangrado activo y los estigmas de sangrado reciente, según la

clasificación de Forrest I y II respectivamente, son factores endoscópicos pronósticos de mortalidad en este tipo de pacientes.(Eslava, 2016)

En el 2015, en el Hospital Belén de Trujillo, cuyo título fue “Factores pronósticos clínicos y endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa Hospital Belén de Trujillo 2009-2013”. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi² fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$, además se calculó el OR con su respectivo intervalo de confianza. Se encontró que: la comorbilidad, el estado hemodinámico inestable y aspirado gástrico con sangre son factores pronósticos clínicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. ($P < 0.05$) La presencia de lesión ulcerosa, el tamaño de la úlcera mayor de 2cm y signos endoscópicos de hemorragia reciente son factores pronósticos endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. ($P < 0.05$). (Soto, 2015)

En el 2017, en el Hospital de Apoyo II – Sullana; Alegre G, Yolanda, realizó su tesis de grado titulada “Factores asociados a morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, hospital de apoyo II - Sullana”. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que incluyó datos de 63 ptes, de los cuales 3 se hallaron fallecidos. Resultados: edad promedio fue 60 ± 2.28 años, predominó sexo masculino (63.6%), procedencia urbano (78.8%). La mortalidad fue de 4.5% (3 casos). El tiempo de enfermedad que prevaleció fue de 1 a 2 días (45.5%) y la estancia hospitalaria entre 1 a 7 días (74.2%). En lo referente a los factores de riesgo, mostraron las siguientes distribuciones: consumo de alcohol (39.4%), de tabaco (9.1%), antecedente de HDA previo

(27.3%). Respecto a la sintomatología clínica, la melena (86.4%), dolor abdominal (69.7%), mareos (56.1%), hematemesis (43.9%). Según el diagnóstico endoscópico, prevaleció úlcera gástrica (51.5%), úlcera duodenal (21.2%), al categorizar los hallazgos endoscópicos, se encontró, base limpia III (31.8%), lesiones agudas de mucosa (LAM) y mancha plana IIC, (18.2%) cada uno. Con respecto a los valores de hemoglobina al ingreso, predomina de 7 – 10g/dl (39.4%). El 63.6% de los casos que ingresaron por HDANV, requirieron transfusión sanguínea; el 40% de éstos, requirieron más de 2 paquetes globulares. El 16.7% de los pacientes presentaron presencia de *Helicobacter pylori* y el 18.2% el resultado fue negativo. En lo referente al consumo de fármacos, se encontraron que prevalecieron los siguientes resultados: AINES (39.4%), anticoagulantes (7,6%), entre otros: antihipertensivos, antidiabéticos. Respecto a las comorbilidades presentadas en los pacientes, se halló que presentaron hipertensión arterial (31.8%), diabetes mellitus (16.7%), insuficiencia hepática (10.6%). Conclusiones: Son factores de riesgo importantes, la ingesta de bebidas alcohólicas y el tabaquismo; los fármacos consumidos con mayor frecuencia AINES y anticoagulantes; las comorbilidades presentes en estos pacientes fueron predominantemente HTA y DM, también se encontró un grupo importante de pacientes con enfermedades osteomioarticulares crónicas; la media de transfusión fueron 2 paquetes globulares; las úlceras pépticas son la primera causa de HDANV, según clasificación de Forrest, se determinó que la mayoría de pacientes presentaban base limpia III. (Alegre, 2017)

En el 2012, en un estudio titulado “situación actual del manejo de la hemorragia digestiva alta no variceal en España. Se obtuvo como resultado 403 pacientes de los cuales

fueron hombres (71%), con edad promedio de 65 años, se asocia a comorbilidad (62,5%). Para su manejo se encargó a gastroenterólogos y/o médicos internistas. Los IBP se usaron de forma empírica preendoscopia en 80% de los casos. El 6,4% mostro persistencia y 6,7% resangrado post endoscopia. La tasa de mortalidad en los 30 días posteriores fue del 3,5%. Conclusiones: Este estudio permite conocer el perfil de presentación de los episodios de HDA-NV en España y el manejo en práctica clínica habitual. Este se ajusta a los estándares propuestos por las recientes guías de práctica clínica, asimismo se tiene que los ptes con HDA-NV son de edad más avanzada y presentan un mayor número de enfermedades asociadas, lo que podría explicar que la mortalidad se haya mantenido estable a pesar de los múltiples avances médicos en el manejo de esta entidad. (Pérez, Nuevo, López., et al, 2012)

En el 2005, en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”, en Lima, Milagros Basto Valencia, realizo un estudio titulado “Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el HNAL, 1980-2003”.

Estudio de tipo retrospectivo con diseño de caso – control. Se realizó muestreo irrestricto, obteniéndose 104 casos, seleccionados aleatoriamente de todos los pacientes diagnosticados de Hemorragia digestiva alta. Resultados: factores de riesgo asociados a morbilidad son: respecto a mayor pérdida de volumen sanguíneo, corresponde al sexo masculino (OR= 1.94); antecedente de ingestión de alcohol (OR=2.47); antecedentes de úlcera péptica (OR=2.83); hepatopatía crónica (OR=4.55); manifestaciones clínicas de hematemesis–melena (OR=2.85); y solo hematemesis (OR=3.40); la presencia de várices esófago-gástricas (OR=4.64). (Basto, Vargas, Ángeles, 2005)

1.3 Objetivos:

1.3.1 Objetivo general

- Determinar los principales factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el hospital nacional arzobispo Loayza en el 2018

1.3.2 Objetivo específicos

- Identificar la frecuencia de los factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal
- Identificar las características demográficas en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal
- Identificar antecedentes personales en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal
- Identificar la comorbilidad asociada en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal
- Describir la presentación clínica y localización topográfica más frecuente en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal
- Identificar el diagnóstico y hallazgo endoscópico más frecuente en pacientes con Hemorragia digestiva alta no variceal
- Identificar la mortalidad intrahospitalaria porcentual en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal

1.4 Justificación

Durante los últimos años múltiples factores han condicionado la incidencia de la hemorragia digestiva alta. El aumento del uso de algunos fármacos, como los antiinflamatorios no esteroideos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, han incrementado la prevalencia de la hemorragia digestiva, mientras que los inhibidores de la bomba de protones y los fármacos orientados a erradicar el *Helicobacter pylori* la han reducido. (Tavakkoli, Stanley, Ashley, 2017)

A pesar de los avances en la endoscopia, en la atención al paciente crítico la tasa de mortalidad por hemorragia digestiva alta oscila de 5 a 14 % y no ha cambiado en las últimas cuatro décadas. Una explicación a esto es el incremento del número de pacientes con más de 60 años y a las enfermedades asociadas propias de la edad. Los pacientes de 60 años o más representaban del 6 al 17 % de los pacientes con hemorragia digestiva alta en las series reportadas entre 1921 y 1936, mientras que entre 1953 a 1973 se incrementó en un 50 %. Cualquier avance en un mejor diagnóstico y tratamiento puede haber sido compensado por el incremento de esta tendencia, es decir la población geriátrica en el mundo. (Longstreth, Czernichow, 2016)

Es importante realizar este estudio, ya que sus resultados pueden contribuir con información actualizada y detallada acerca de esta patología, asimismo ser útil en la elaboración de Guías de Práctica Clínica acerca del manejo de la Hemorragia Digestiva Alta no variceal. Es fundamental el estudio de enfermedades que ponen en riesgo la vida de la población sino son diagnosticadas y tratadas de manera oportuna. Tener un

diagnóstico precoz de la HDA y un manejo oportuno, consiguiendo de este modo un ahorro de recursos económicos y humanos.

1.5 Formulación de hipótesis

Debido a que el presente estudio de investigación es de carácter descriptivo no fue necesaria la formulación de hipótesis, ya que no se someterá a alguna prueba de verificación.

1.6 limitaciones y viabilidad del estudio

No se contó con las historias clínicas de forma completa, por lo que se tuvo que recurrir a otros lugares con la finalidad de poder completar los datos (informes de endoscopia, oficina de estadística, para ver si hubo o no mortalidad, si el dato no se encontraba en la historia clínica), pese a ello se pudo concretar el presente estudio, por más que los trámites administrativos demoraron.

II. Marco Teórico

2.1 Definición

La hemorragia digestiva alta (HDA) representa la emergencia médica gastroenterológica más frecuente (Rotondano, 2014), con una prevalencia de 150 por 100 000 adultos por año y una mortalidad entre 10 a 20% (Cremers, Ribeiro, 2014). Cifras similares han sido reportadas en Perú (Cassana, Espinoza, 2016)

La hemorragia digestiva (HD) es una de las urgencias médicas más frecuentes en nuestro medio. (Feldman, M., Friedman, L., Brandt, L.2016.) La hemorragia digestiva alta (HDA) es la que tiene su origen en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz. La HDA es una urgencia frecuente, con una incidencia anual de 50-150 casos por 100 000 habitantes. La mortalidad relacionada con esta circunstancia se concentra en pacientes de edad avanzada y enfermedades graves asociadas y, sobre todo, en los que presentan la recidiva de la hemorragia durante el ingreso hospitalario (Farreras, P., Rozman, C. 2014)

Según se origine por encima o por debajo del ángulo de Treitz, se clasifica en hemorragia digestiva alta (HDA) o hemorragia digestiva baja (HDB). Algunos autores diferencian también la HD media, originada en el intestino delgado distalmente al ángulo de Treitz. Entre el 74 y el 80% de las hemorragias agudas digestivas corresponden a hemorragias digestivas altas, con una incidencia anual que fluctúa en torno a 50-150 casos por 100.000 habitantes/año. (Bajador, E., García, L., Orive, V., et al, 2006)

2.2 Clínica

La hemorragia digestiva aguda puede manifestarse de diferentes maneras:

El Colegio Americano de Gastroenterólogos se refiere a hemorragia gastrointestinal cuando el paciente presenta melena o hematoquecia y la causa de hemorragia ha sido identificada. Oculta se define cuando el paciente presenta una anemia por déficit de hierro o prueba del guayaco en las heces positiva y se ha encontrado una fuente de la hemorragia. La hemorragia gastrointestinal se nombra oscura cuando el origen de la misma no se ha logrado identificar. (Gerson, Fidler, Cave., et al. 2015)

- *Hematemesis* o vómito de sangre. Se presenta como sangre fresca rutilante o rojo oscuro, indicando una hemorragia activa, pudiendo ser restos hemáticos oscuros a manera de «pozo de café», lo que indica habitualmente que la hemorragia ha cesado o que su débito es muy bajo.
- *Melena*. Es la salida de sangre por el ano, en forma de una deposición de color negro brillante, pastoso y maloliente. Indicando sangrado digestivo alto.
- *Hematoquecia*. Es la salida de sangre por el ano en forma de sangre fresca rutilante o de sangre rojo vinoso oscurecido, acompañando a la deposición o se presenta de forma aislada. La *rectorragia* es la emisión de sangre rojo fresca rutilante y suele teniendo origen rectal o distal del colon.
- *Manifestaciones de hipovolemia o anemia*. Algunos pacientes pueden presentar hipotensión ortostática, lipotimia, *shock* hipovolémico, disnea o angina, antes de que se haya producido la exteriorización de sangre por el tubo digestivo.

Mediante el tacto rectal se puede confirmar la presencia de melenas. Durante esta fase es fundamental realizar una evaluación de la *situación hemodinámica* del paciente, mediante la determinación de la presión arterial, frecuencia cardíaca, signos de mala perfusión periférica y diuresis. Ello permitirá estimar la cuantía de la pérdida hemática según el siguiente esquema:

- *Hipovolemia leve*. Presión arterial sistólica (PAS) superior a 100 mm Hg, frecuencia cardíaca inferior a 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica.
- *Hipovolemia moderada*. PAS superior a 100 mm Hg, frecuencia cardíaca superior a 100 ppm. Se estima una pérdida de un 10% - 25% de la volemia.
- *Hipovolemia grave*. PAS inferior a 100 mm Hg, frecuencia cardíaca superior a 100 ppm, signos de hipoperfusión periférica, anuria. Pérdida del 25%-35% de la volemia. (Farreras, P., Rozman, C. 2014)

2.3 Etiología

La HDA puede obedecer a diversas causas y la distribución de las lesiones varía de acuerdo a la población considerada. Aproximadamente el 15% se origina en el esófago, un 40% en el estómago y 45% en el duodeno, aunque estas cifras que pueden variar por razones geográficas y epidemiológicas. Las lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal son reportadas en algunas series como la etiología más frecuente; no obstante, si se consideran únicamente las hemorragias de carácter grave, la causa más común son las úlceras pépticas, que en conjunto representan el 40-50%. La úlcera duodenal es casi dos veces más frecuente que la gástrica; le siguen en frecuencia las lesiones agudas de la

mucosa gastroduodenal, la esofagitis, la gastropatía hipertensiva portal y las várices esofágicas. (Ures, A., La piedra, D. 2018).

La causa más frecuente es la úlcera gastroduodenal, responsable de casi la mitad de los casos. La segunda causa es la rotura de varices esofagogástricas en pacientes con hipertensión portal.

El *síndrome de Mallory-Weiss* consiste en una o varias laceraciones longitudinales en la unión esofagogástrica. Habitualmente se presenta en forma de hematemesis de sangre fresca, después de haber presentado vómitos alimentarios o biliosos. Las *erosiones* de la mucosa gástrica son causadas por ingesta de fármacos potencialmente ulcerogénicos (ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]), o bien aparecen en el contexto de la gastritis hemorrágica en pacientes graves hospitalizados y en situación de estrés por quemaduras extensas, traumatismo craneoencefálico, insuficiencia respiratoria con ventilación mecánica, alteraciones graves de la coagulación o *shock* séptico.

La *lesión de Dieulafoy* se caracteriza por la presencia de una arteria anómala de calibre grueso que atraviesa la submucosa del estómago y discurre en contacto con la mucosa, por lo que pequeñas roturas de esta capa pueden ocasionar la erosión de la arteria y la consiguiente hemorragia. Suele localizarse en el *fundus* o cuerpo gástrico y se manifiesta típicamente por una hemorragia masiva intermitente.

Otras causas de hemorragia menos frecuentes incluyen lesiones como esofagitis, angiodisplasia, tumores benignos y malignos, fístula aortoentérica, hemobilia, *hemosuccus* pancreático y diátesis hemorrágica.

Factores de riesgo para el desarrollo de hemorragia digestiva Alta

- Úlcera gastroduodenal.
- Fármacos (AINES, GC, Alcohol, ACO)
- Lesiones neurológicas agudas.
- Quemaduras extensas.
- Coagulopatías.
- Insuficiencia respiratoria.
- Cirrosis.
- SOC.
- Sepsis.
- Síndrome urémico- Insuficiencia renal.
- Colonización por H. Pylori.
- Internación en unidades críticas (UCO, UTI)
- Episodios previos de hemorragia digestiva (80 % de las digestivas que ceden espontáneamente recurren)

ETIOLOGIA HDA NO VARICIAL

- Úlcera péptica (Duodenal, gástrica) 30-50 %
- Mallory – Weiss 10-20 %
- Gastropatía erosiva 0-15 %
- Esofagitis 5- 10 %
- Neoplasias 1-2 %
- Angiodisplasias o malformaciones vasculares 5 %

HDA VARICIAL

- En pacientes cirróticos ocurre en un 25-30%.
- Causantes de un 80% de HDA.
- Mortalidad 30% en un episodio.
- Cesa espontáneamente en el 40%
- En el 40 % ocurre resangrado dentro de las de las 6 semanas.
- Alto riesgo si presento sangrados previamente, coagulopatía, insuficiencia hepática, infecciones concomitantes.
- Pronostico CHILD C, supervivencia al año 30 %
- CHILD A Y B 85%
- Alcoholismo activo peor pronóstico.

2.4 Diagnostico

2.4.1 Exploraciones complementarias

Endoscopia digestiva alta

La gastroscopia es la exploración de elección para el diagnóstico de la HDA por su alta rentabilidad diagnóstica, valor pronóstico y potencial terapéutico. La gastroscopia identifica la lesión causante de la hemorragia en más del 90% de los casos. Además, permite estimar el riesgo de recidiva y de mortalidad sobre la base del tipo de lesión y la presencia de signos de hemorragia reciente sobre la lesión. La gastroscopia está indicada en todos los casos de HDA. En general, debería realizarse en cuanto se hayan iniciado las medidas de reanimación y el paciente se encuentre en una situación

estable. Se recomienda realizar la EDA al inicio del cuadro en las 8 horas iniciales.

(Farreras, Rozman, 2014)

Un retraso superior a 24 h después de la última manifestación de hemorragia supone una reducción notable de su rentabilidad diagnóstica. En los casos excepcionales de hemorragia masiva con hipovolemia grave, en los que se establece la indicación de cirugía urgente, debe realizarse la endoscopia intraoperatoria, ya que no es fácil para el cirujano identificar la lesión mediante la inspección visual y manual.

2.4.2 Otras exploraciones diagnósticas

En casos excepcionales en los que la gastroscopia no puede identificar la lesión hemorrágica se debe recurrir a otras exploraciones diagnósticas, como la arteriografía selectiva de tronco celíaco y/o arteria mesentérica superior.

2.4.3 Criterios endoscópicos

Tipo, localización y tamaño de la lesión hemorrágica

Hay lesiones que muy raramente ocasionan recidiva, como el síndrome de Mallory-Weiss y las erosiones gástricas. Por el contrario, la hemorragia por úlcera gastroduodenal tiende a recidivar con mayor frecuencia.

Tienen mayor riesgo de recidiva las hemorragias ocasionadas por úlceras situadas en la parte alta de la pequeña curvatura gástrica y en la cara posterior del bulbo duodenal. Ello es debido probablemente a que en estas localizaciones es más fácil que la úlcera erosione una arteria importante (arteria gástrica izquierda y arteria gastroduodenal, respectivamente), y también a que ofrecen mayor dificultad técnica para realizar un

tratamiento endoscópico adecuado. En las úlceras de gran tamaño (> 2 cm de diámetro), la hemorragia tiene una mayor tendencia a recidivar. (Farreras, Rozman, 2014)

Signos endoscópicos de hemorragia reciente.

La identificación de los denominados *signos de hemorragia reciente* predice el riesgo de recidiva del episodio hemorrágico. Las características de estos signos endoscópicos son:

- *Hemorragia activa.* Puede ser en forma de babeo o de chorro de origen arterial. En los casos en que cede espontáneamente, la incidencia de recidiva es muy alta (55%), y en algunos estudios alcanza prácticamente el 100%.
- *Vaso visible sin hemorragia.* Consiste en una pequeña formación protruyente de color rojizo en la base de la úlcera que corresponde a un vaso arterial exteriorizado que hace prominencia en la luz gástrica o duodenal. La presencia de un vaso visible en la base de la úlcera indica que se trata de una lesión de alto riesgo de recidiva, con una media del 43%, aunque hay estudios que muestran recidiva en el 100% de los casos.
- *Coágulo adherido sobre la úlcera.* Se aplica presencia de un coágulo de gran tamaño que oculta prácticamente la lesión ulcerosa. Estudios recientes muestran una incidencia de recidiva hemorrágica del 35%.
- *Restos de hematina.* Consiste en la presencia de restos hemáticos oscuros sobre la lesión ulcerosa. Indica una lesión de bajo riesgo de recidiva (5%-10%).

En ausencia de signos de hemorragia reciente, el riesgo de recidiva es mínimo, situado alrededor del 2% (del 0% al 5%).

2.5 Índices pronósticos

Diversos índices pronósticos que valoran de forma conjunta estos factores clínicos y | endoscópicos permiten estimar de forma más precisa el riesgo de recidiva y de mortalidad al ingreso del paciente.

Uno de los índices pronósticos más conocidos es el de Rockall, que combina cinco variables obtenibles fácilmente en el ingreso: edad, estado hemodinámico, presencia de enfermedades graves asociadas, tipo de lesión responsable de la hemorragia y presencia de signos de hemorragia reciente. De acuerdo con este sistema de puntuación se puede estratificar a los pacientes con HDA en grupos de riesgo de recidiva de la hemorragia y mortalidad bajo, intermedio o alto y determinar las necesidades asistenciales y la duración del ingreso.

2.6 Manejo de la HDA

El abordaje inicial de estos pacientes está dirigido a una reanimación temprana. Esto incluye vía aérea, respiración y estado hemodinámico del paciente, al respecto. “el objetivo principal es la hemodinámica. Estabilidad con reanimación con líquidos y transfusiones de sangre o productos sanguíneos, si está garantizado (Syed, Saeian, 2016).

La estabilización hemodinámica es la meta inicial y principal de cualquier paciente que se presente con hemorragia digestiva alta (De la Mora Levy, Guillermo, 2015, p. 28). El uso de lavado gástrico ha sido tema de controversia, sin embargo, se afirma que actualmente “En pacientes con UGIB no se requiere un lavado gástrico u orogástrico para el diagnóstico, pronóstico, visualización o efecto terapéutico. (Laine, Loren, Jensen, 2012)

2.6.1 Tratamiento farmacológico

En pacientes con riesgo alto de recidiva hemorrágica, el control farmacológico sin hemostasia endoscópica es inadecuado. Por eso, en los pacientes con úlceras sangrantes, es una opción mejor la combinación de tratamiento endoscópico y farmacológico.

Supresores de la secreción ácida

Los fármacos supresores de la secreción ácida, como los antagonistas de los receptores H₂ y los inhibidores de la bomba de protones (IBP), son eficaces para estimular la cicatrización, aunque los antagonistas de los receptores H₂ no controlan la hemorragia aguda. Dado que el ambiente ácido afecta a la función plaquetaria y a la hemostasia, la reducción de ácido debería disminuir la hemorragia. La supresión enérgica de la secreción ácida con IBP intravenosos (esomeprazol, lansoprazol, omeprazol y rabeprazol) disminuye la recurrencia hemorrágica después del tratamiento endoscópico. Los IBP deben recomendarse como tratamiento adyuvante al tratamiento endoscópico en pacientes con úlcera péptica y alto riesgo de recidiva. (Talley, Segal, Weltman, 2010).

Agentes vasoactivos

Tradicionalmente, la vasopresina (0,2-0,4 U/min) ha sido el agente más utilizado para disminuir la presión portal y controlar la hemorragia por varices. Los efectos adversos de la vasopresina, como la isquemia miocárdica (en casi el 10% de los pacientes) y el empeoramiento de la coagulopatía (al liberar activador del plasminógeno), han llevado a rechazar su utilización en los últimos años. La

terlipresina, un análogo triglicil sintético de la vasopresina, tiene una vida media más larga y menos efectos secundarios cardíacos, y parece más eficaz y segura cuando se combina con nitroglicerina. La administración de somatostatina y sus análogos (octreotida, vapreotida) disminuye la presión portal y el flujo en la ácidos. Son fármacos seguros y eficaces en la hemorragia aguda por varices. La eficacia es más marcada si se administran precozmente, incluso antes de la endoscopia. La octreotida ha demostrado su eficacia utilizada como tratamiento adyuvante en combinación con el tratamiento endoscópico. Los episodios de recidiva hemorrágica y, por tanto, las necesidades de transfusión, disminuyen de forma significativa. (Talley, Segal, Weltman, 2010).

Antifibrinolíticos

Los antifibrinolíticos, como el ácido traxenámico, no disminuyen la mortalidad en la hemorragia GI aguda. El factor VII activado recombinante (rFVIIa, eptacogalfa) puede ser útil en casos complicados de hemorragia por varices esofágicas.

Antibióticos

Se han recomendado los antibióticos en el tratamiento de la hemorragia por varices. La bacteriemia es frecuente después del tratamiento endoscópico. La profilaxis antibiótica con cefalosporinas o quinolonas puede impedir la aparición de peritonitis bacteriana espontánea en estos pacientes.

2.6.2 Radiología intervencionista

Cuando la endoscopia no consigue localizar el origen de la hemorragia GI, la angiografía es una exploración eficaz. Las ventajas de la angiografía son la localización precisa de lesiones que sangran abundantemente y su control inmediato mediante varias modalidades de tratamiento:

*Embolización ultraselectiva con espirales en úlceras sangrantes y malformaciones vasculares utilizando:

- Parches de esponja de gelatina.
- Microespirales.
- Microesferas de alcohol de polivinilo.

*TIPS: derivación portosistémica por vía transyugular en varices gástricas o esofágicas.

2.6.3 Cirugía

La cirugía sigue siendo el método más eficaz para detener una hemorragia digestiva. Sin embargo, actualmente no hay consenso sobre las indicaciones exactas y el momento adecuado para una intervención quirúrgica. Esto se debe a la eficacia de los tratamientos endoscópico y radiológico. Por consiguiente, es fundamental la cooperación entre intensivistas, gastroenterólogos, radiólogos intervencionistas y cirujanos. Son indicaciones quirúrgicas:

- Hemorragia arterial que no puede controlarse con hemostasia endoscópica.
- Necesidad de transfusión masiva (6-8 unidades de sangre) para mantener la presión arterial.
- Hemorragia recurrente después de hemostasia endoscópica o angiográfica eficaces.

- Indicios de perforación GI.

La enfermedad ulcerosa péptica sigue siendo la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta. Los nuevos conocimientos sobre la etiopatogenia de la enfermedad úlcero-péptica ha permitido desarrollar nuevos fármacos que han modificado el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad, como son los inhibidores de la bomba de protones, cuyo uso demuestra una disminución en la recidiva y gravedad de los pacientes que han presentado un episodio de hemorragia digestiva alta no varicosa y disminuyen la tasa de sangrado en los pacientes con riesgo elevado de hemorragia digestiva alta, como los que se encuentran bajo tratamiento de ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos y en los pacientes hospitalizados en estado grave. También ha contribuido a disminuir la tasa de recurrencia de la hemorragia digestiva alta el diagnóstico y la terapéutica para la erradicación del *Helicobacter pylori*. La endoscopia juega un papel importante en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento en la hemorragia digestiva alta y es el de elección para tratar el sangrado agudo, lo que conduce a una disminución de las tasas de recurrencia y necesidad de cirugía, con lo que disminuye la mortalidad por esta causa. (Iris, Cryer, 2011)

Con el empleo de estos tres elementos: endoscopia, inhibidores de la bomba de protones y la erradicación del *Helicobacter pylori*, las tasas de mortalidad, recidiva y cirugía debió descender, sin embargo, en un estudio, que abarcó una revisión desde el 2006 al 2011, el total de fallecidos fue de 33 810; en Gales la tasa fue de 10,7 %, mientras que Japón exhibió las más bajas, con un 1,1 %. (Jairath, Martel, Logan., et al, 2012)

Los pacientes tienen frecuentemente un tratamiento multidisciplinario, en el que intervienen especialistas en medicina de urgencia, gastroenterología, cuidados intensivos, cirugía y radiología intervencionista. Es importante insistir en la importancia que tiene la consulta precoz con los cirujanos, como parte del tratamiento de estos pacientes. Además de intervenir en la reanimación inicial de los pacientes, el endoscopista quirúrgico establece el diagnóstico e inicia el tratamiento. Cuando el gastroenterólogo asume estas funciones, la colaboración precoz del cirujano permite establecer los objetivos y los límites del tratamiento conservador inicial; la consulta inmediata con el cirujano proporciona más tiempo para la preparación y la evaluación preoperatoria, así como informar al paciente y a los familiares, en caso que fuera necesario, operar de urgencia. (Syed, Abbas, Farina., et al, 2017)

La existencia de dispersión en la literatura especializada y la diversidad de muchos criterios y/o factores referidos a la mortalidad en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicosa, constituyó el problema que motivó el presente trabajo de investigación con el objetivo de brindar un aporte acerca de este tema de estudio y así poder contribuir de alguna manera en el manejo de esta entidad.

Este proyecto es realizado con la finalidad de conocer los factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el hospital nacional arzobispo Loayza de enero a diciembre del 2018, debido a que no se cuenta con trabajos de investigación actualizados acerca del tema y el riesgo de generarse complicaciones sino se identifican a tiempo los factores de riesgo.

III. Método

3.1. Tipo de investigación

- Por la ocurrencia de los hechos y registro de información: Prospectivo
- Por el periodo y acoplo de información: Transversal
- Por el análisis de los resultados: descriptivo, observacional

3.2. Ámbito espacial y temporal

Espacial

Esta investigación se ejecutó estrictamente en la emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Temporal

Los datos considerados en el proceso de esta investigación fueron tomados de las historias clínicas y/o informes endoscópicos (servicio de endoscopia-Gastroenterología) de la atención de la emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, en el periodo del 1 enero al 31 de diciembre del 2018.

3.3. Variables

Variable dependiente: Mortalidad intrahospitalaria

Variable independiente: Factores asociados son Edad, Sexo, Procedencia, Antecedentes personales (HDA previa, consumo AINES, alcohol, tabaco), Comorbilidad, Presentación

clínica, Actividad de HDA, Localización topográfica, Diagnostico endoscópico, Hallazgos endoscópico, Mortalidad. (Ver ANEXO 1)

3.4. Población y muestra

Población

La población estará conformada por 188 pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal que acuden al servicio de emergencias del hospital Nacional Arzobispo Loayza-2018.

Los criterios de inclusión y exclusión que fueron considerados para la delimitación son los siguientes:

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal con historia clínica y/o informe endoscópico completo que acudan al servicio emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza-2018.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con edades menores de 18 años con otros diagnósticos (diferentes a hemorragia digestiva variceal), asimismo con historia clínica y/o informe endoscópico incompleto

Muestra

La muestra está constituida por 188 pacientes que fueron atendidos con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal que acuden al servicio de emergencias del hospital Nacional Arzobispo Loayza-2018. La muestra fue no probabilístico al respecto Martínez & Rodríguez (2012) señalaron; “Se cumple la función no probabilística cuando el investigador

elige su muestra por conveniencia o situación de contexto, no sometiendo a ninguna probabilidad” (p.24).

3.5. Instrumento

Se realizó una ficha de recolección de datos, asimismo se usó las históricas clínicas que cuentan con informe endoscópico completo.

3.6. Procedimientos

La presente investigación se llevó a cabo a través de las siguientes fases claramente definidas, siendo estas:

- ❖ Primera fase: Se dio en todo lo relacionado al planteamiento y formulación del problema a investigar; para lo cual se tomó en cuenta el contexto, la unidad de análisis y la temporalización.
- ❖ Segunda fase: En esta etapa se desarrolló todo el campo gnoseológico del marco teórico y los respectivos antecedentes que fortalecieron las variables trabajadas.
- ❖ Tercera fase: En esta fase se sistematizó la estructura de la investigación con la matriz de consistencia que orienta todo el proceso técnico y metodológico de la investigación.
- ❖ Cuarta fase: En esta fase se ejecutó el recojo y sistematización de la información recolectada.
- ❖ Quinta fase: En esta fase se obtuvo los resultados, se desarrolló la discusión, se formuló las conclusiones y las recomendaciones.

3.7. Análisis de datos

Los datos recogidos mediante la ficha de recolección de datos fueron procesados mediante el paquete estadístico STATA 14 (versión original) asimismo con el programa Excel realizándose las tablas y gráficos del presente trabajo

IV. Resultados

4.1. Descripción de los resultados

Tabla 1

Edad de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal

| Edad | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|-----------------|------------|------------|-----------|
| Mayor a 60 años | 112 | 59.57 | 59.57 |
| 18-60 años | 76 | 40.43 | 100 |
| Total | 188 | 100 | |

Datos obtenidos (elaboración propia)

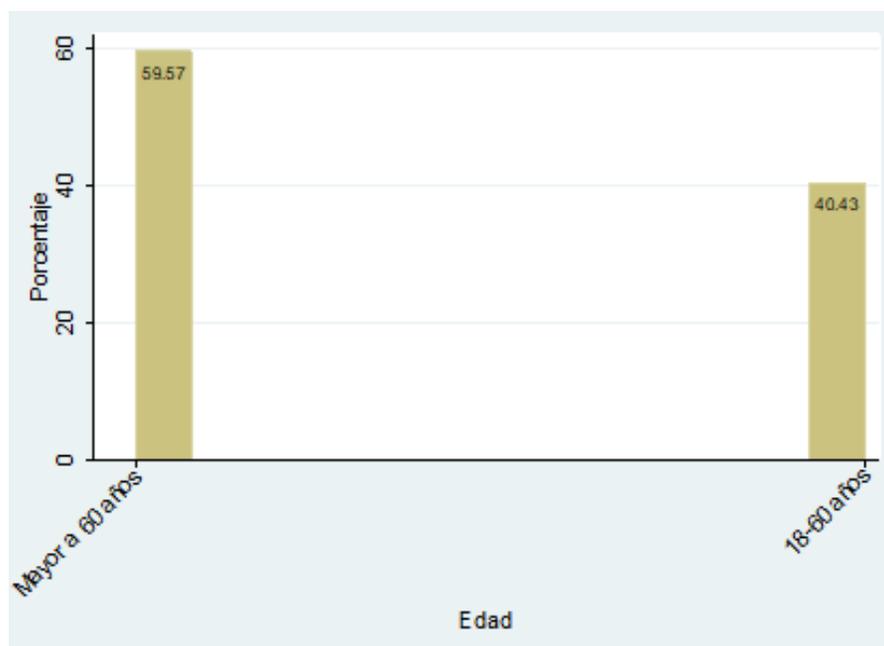


Figura 1. Porcentaje según Edad

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto a la edad registraron tener más de 60 años fueron 112(59.57%) y el porcentaje que registraron tener de 18 a 60 años fueron 76 (40.43%), tal como se ilustra en la figura 2. Teniendo una población añosa.

Tabla 2
Frecuencia y porcentaje según Sexo

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|-----------|------------|------------|-----------|
| Masculino | 134 | 71.28 | 71.28 |
| Femenino | 54 | 28.72 | 100 |
| Total | 188 | 100 | |

Datos obtenidos (Elaboración propia)

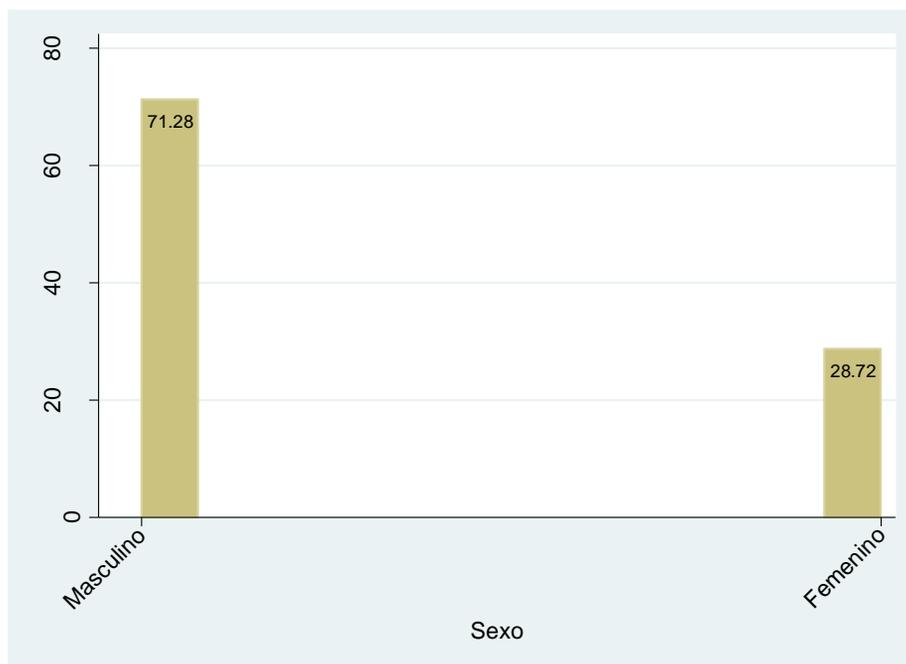


Figura 2. Porcentaje según Sexo

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto al sexo (71.28%) registraron ser Masculino y el porcentaje que registraron ser Femenino fueron 28.72%, tal como se ilustra en la figura 2. Predominando el sexo masculino.

Tabla 3
Frecuencia y porcentaje según Procedencia

| Procedencia | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|-------------|------------|------------|-----------|
| Lima | 178 | 94.68 | 94.68 |
| Otros | 10 | 5.32 | 100 |
| Total | 188 | 100 | |

Datos obtenidos (Elaboración propia)

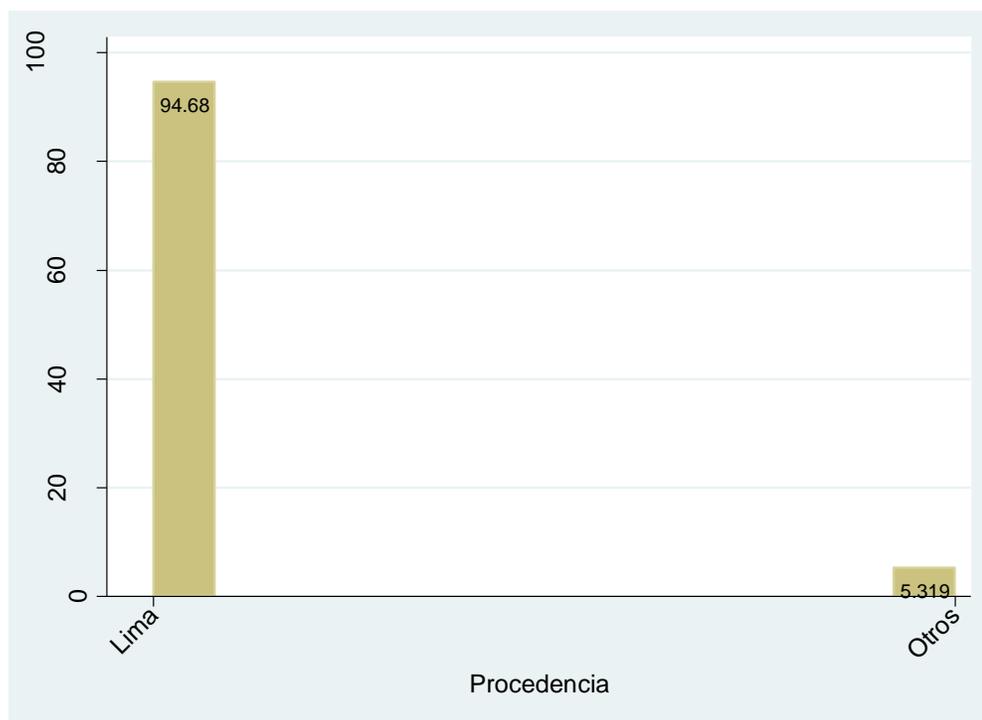


Figura3. Porcentaje según Procedencia

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto a la procedencia (94.68%) registraron Lima y el porcentaje que registraron otros fueron 5.32%, tal como se ilustra en la figura 3. La mayoría de pacientes provinieron de la capital (Lima) y la minoría fue de otros departamentos, puesto que hay centralización.

Tabla 4
Frecuencia y porcentaje según Antecedentes personales

| Antecedentes personales | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|-------------------------|------------|------------|-----------|
| Ninguno | 91 | 48.4 | 48.4 |
| HDA previa | 15 | 7.98 | 56.38 |
| Aines | 54 | 28.72 | 85.11 |
| Alcohol | 26 | 13.83 | 98.94 |
| Tabaco | 2 | 1.06 | 100 |
| Total | 188 | 100 | |

Fuente: Ficha de recolección de datos

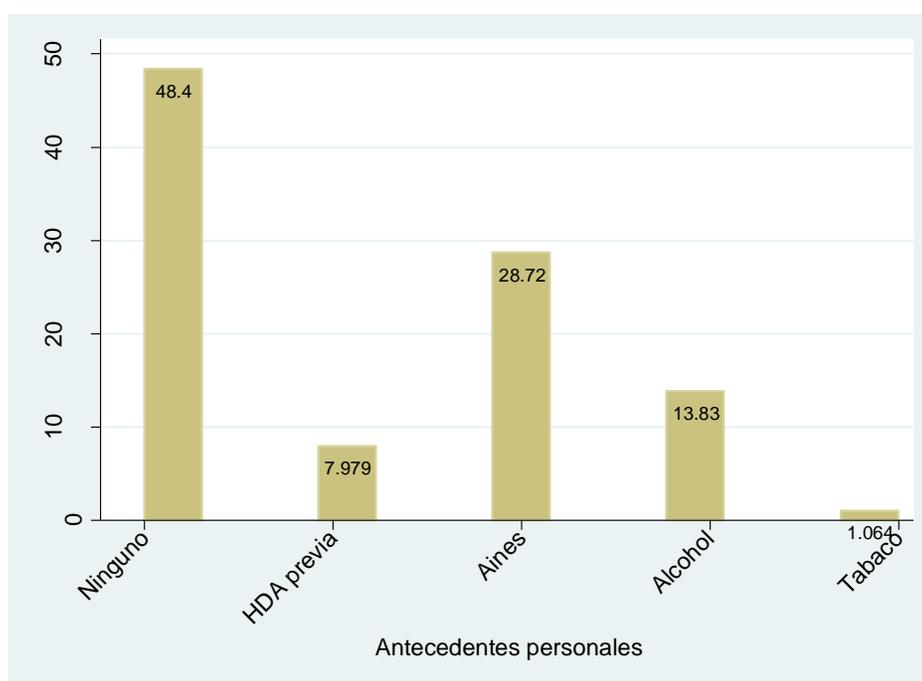


Figura 4. Porcentaje según Antecedentes personales

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto a los Antecedentes personales (48.4%) registraron ninguno; Aines registró 28.72%; Alcohol, 13.83%; HDA previa, 7.98% y tabaco, 1.06%, tal como se ilustra en la figura 4. Si bien es cierto la mayoría no presento antecedentes, sin embargo, gran numero presento consumo de Aines.

Tabla 5
Frecuencia y porcentaje según Comorbilidad

| Comorbilidad | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|--------------|------------|------------|-----------|
| Si | 146 | 77.66 | 77.66 |
| No | 42 | 22.34 | 100 |
| Total | 188 | 100 | |

Datos obtenidos (Elaboración propia)

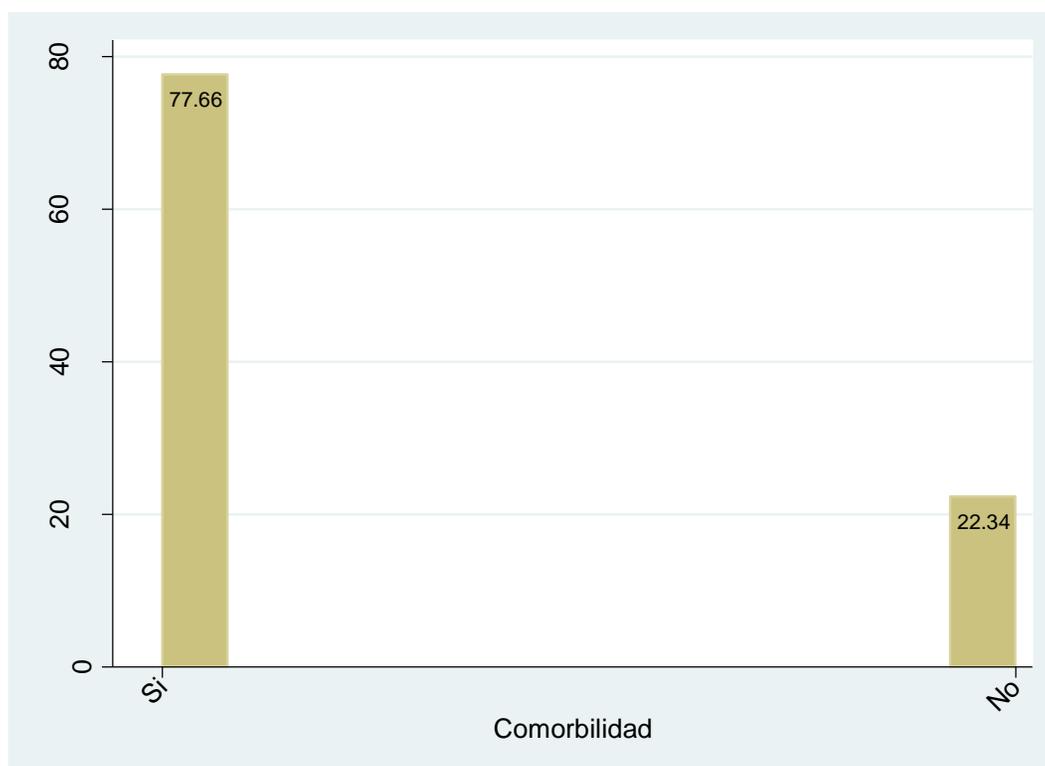


Figura5. Porcentaje según Comorbilidad

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto a la Comorbilidad (77.66%) registraron si y el porcentaje que registraron no fueron 22.23%, tal como se ilustra en la figura 5. Predominaron pacientes con comorbilidad asociada. Nuestros pacientes de estudio presentación comorbilidad asociada a su cuadro clínico.

Tabla 6
Frecuencia y porcentaje de Presentación clínica

| Presencia clínica | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|-------------------|------------|------------|-----------|
| Hematemesis- Mel | 27 | 14.36 | 14.36 |
| Hematemesis | 27 | 14.36 | 28.72 |
| Melena | 98 | 52.13 | 80.85 |
| Vomitos borraeos | 13 | 6.91 | 87.77 |
| hematoquezia | 6 | 3.19 | 90.96 |
| Shock | 17 | 9.04 | 100 |
| Total | 188 | 100 | |

Datos obtenidos (elaboración propia)

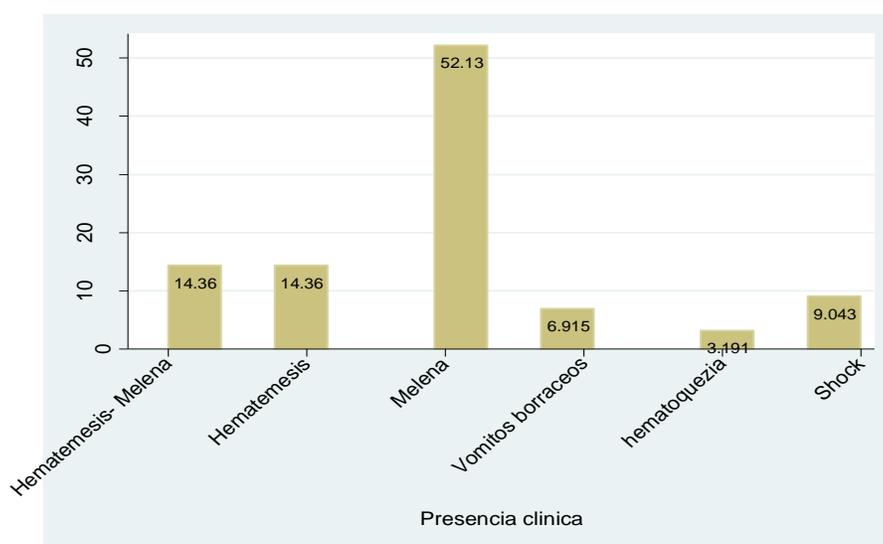


Figura 6. Porcentaje según Presentación clínica

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto a la Presentación clínica registraron Melena un 52.13%); Hematemesis-Melena registró 14.36%; Hematemesis, 14.36%; Shock, 9.04%; Vómitos borraeos, 6.91% y Hematoquecia, 3.19%, tal como se ilustra en la figura 6. Predomino la presentación clínica Melena.

Tabla 7
Frecuencia y porcentaje de Histograma de Actividad de HDA

| Actividad de HDA | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|------------------|------------|------------|-----------|
| Activa | 44 | 23.4 | 23.4 |
| No activa | 144 | 76.6 | 100 |
| Total | 188 | 100 | |

Datos obtenidos (Elaboración propia)

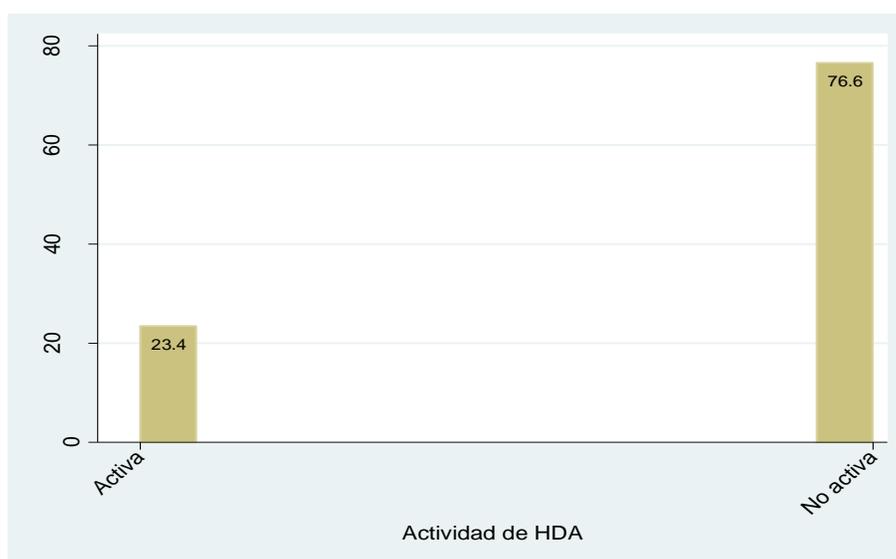


Figura 7. Porcentaje según Actividad de HDA

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto a la actividad de HDA (76.6%) registraron no activa y el porcentaje que registraron activa fueron 23.4%, tal como se ilustra en la figura 7. Predomina la hemorragia digestiva no activa en nuestros pacientes de estudio.

Tabla 8

Frecuencia y porcentaje de Localización topográfica

| Localización topografica | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|--------------------------|------------|------------|-----------|
| Esofago | 14 | 7.45 | 7.45 |
| Estomago | 110 | 58.51 | 65.96 |
| Duodeno | 64 | 34.04 | 100 |
| Total | 188 | 100 | |

Datos obtenidos (Elaboración propia)

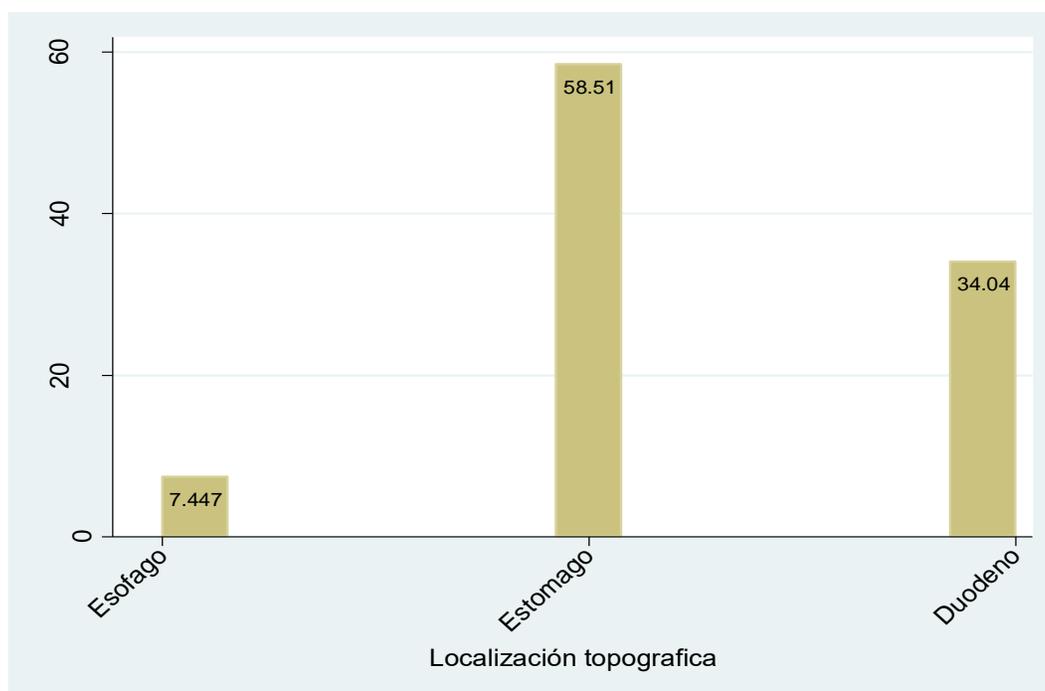


Figura 8. Porcentaje según Localización topográfica

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto la Localización topográfica (58.51%) registraron Estomago; El 34.04 registro Duodeno y el porcentaje que registraron Esófago fueron 7.447%, tal como se ilustra en la figura 8. La localización más frecuente fue estómago.

Tabla 9

Frecuencia y porcentaje de Diagnostico endoscópico

| Diagnostico endoscopico | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|-------------------------|------------|------------|-----------|
| Ulcera peptica | 9 | 4.86 | 4.86 |
| Ulcera gastrica | 74 | 40 | 44.86 |
| Duodenitis | 7 | 3.78 | 48.65 |
| Ulcera duodenal | 54 | 29.19 | 77.84 |
| Mallory weiss | 9 | 4.86 | 82.7 |
| Lesiones malignas | 12 | 6.49 | 89.19 |
| Esofagitis | 5 | 2.7 | 91.89 |
| Gastritis | 15 | 8.11 | 100 |
| Total | 185 | 100 | |

Datos obtenidos (elaboración propia)

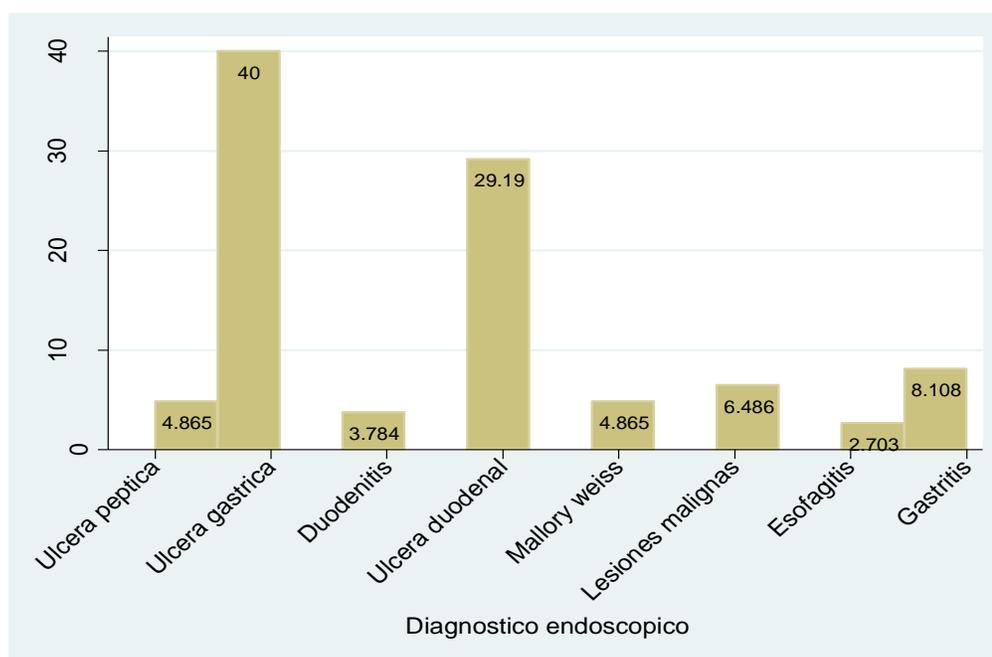


Figura 9. Porcentaje según Diagnostico endoscópico

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto el Diagnostico endoscópico (40%) registraron ulcera gástrica; Ulcera duodenal registró 29.19%; Gastritis, 8.11%; Lesiones malignas, 6.49%; Ulcera péptica, 4.86%; Mallory Weiss, 4.86%; Duodenitis, 3.78% y Esofagitis, 2.7%, tal como se ilustra en la figura 9. Predomina la etiología gástrica.

Tabla 10
Frecuencia y porcentaje de Hallazgos endoscópicos

| Hallazgos endoscópicos (FORREST) | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|----------------------------------|------------|------------|-----------|
| Ia | 37 | 19.68 | 19.68 |
| Ib | 8 | 4.26 | 23.94 |
| IIa | 47 | 25 | 48.94 |
| IIb | 12 | 6.38 | 55.32 |
| IIc | 8 | 4.26 | 59.57 |
| III | 76 | 40.43 | 100 |
| Total | 188 | 100 | |

Datos obtenidos (Elaboración propia)

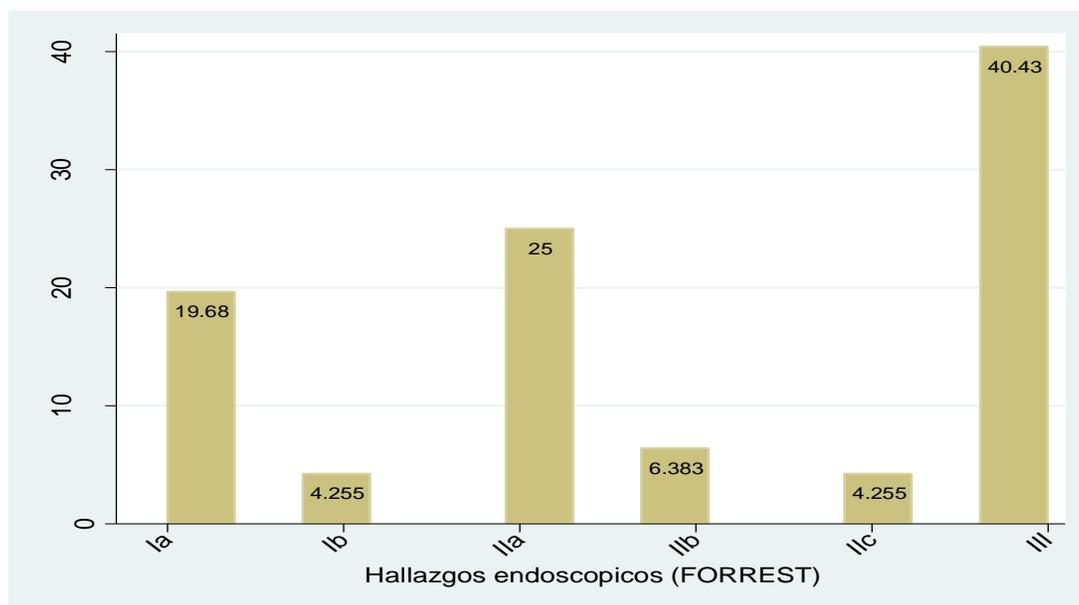


Figura 10. Porcentaje según Hallazgos endoscópicos

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto los Hallazgos endoscópicos (57.21%) registraron III; IIa registró 25%; Ia, 19.68%; IIb, 6.38%; Ib, 4.26% y IIc, 4.26% , tal como se ilustra en la figura 10. Predomino la ulcera sin estigma de sangrado.

Tabla 11

Frecuencia y porcentaje de Mortalidad

| Mortalidad | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|------------|------------|------------|-----------|
| Si | 15 | 7.98 | 7.98 |
| No | 173 | 92.02 | 100 |
| Total | 188 | 100 | |

Datos obtenidos (Elaboración propia)



Figura 11. Porcentaje según Mortalidad

Interpretación

En dicha tabla observamos que la mayoría de los pacientes respecto a la mortalidad (57.21%) registraron no y el porcentaje que registraron si fueron 7.98%, tal como se ilustra en la figura 11. Hubo una mortalidad similar a otros estudios dentro del rango estudiado en pacientes con Hemorragia digestiva alta.

Tabla 12.

Tabla de contingencia Úlcera péptica Vs Mortalidad intrahospitalaria

| | | Si | No | Total |
|----------------|----|----|-----|-------|
| Úlcera péptica | Si | 11 | 126 | 137 |
| | No | 4 | 47 | 51 |
| | | 15 | 173 | |

Datos obtenidos (Elaboración propia)

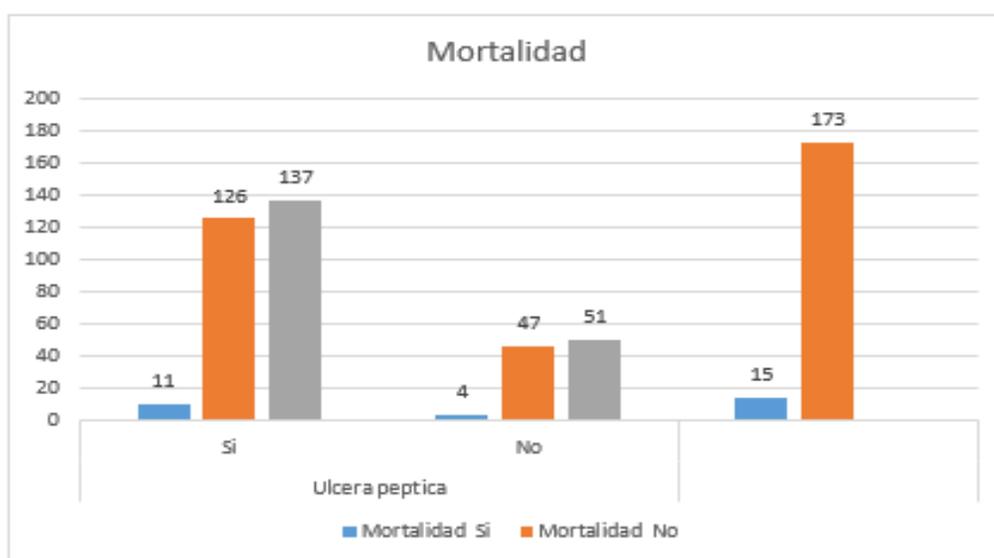


Figura 12. Porcentaje ulcera péptica Vs Mortalidad

Interpretación

En dicha tabla observamos que los pacientes con ulcera péptica respecto a la mortalidad fueron 11 de un total de 15 representan 73.3%, mientras que los pacientes sin esta fueron 4 que representan el 26.7%, tal como se ilustra en la figura 12. Predomino en su mayoría la ulcera péptica en nuestros pacientes fallecidos.

Tabla 13
 Tabla de contingencia Edad Vs Mortalidad

| | Si | No | Total |
|--------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| > 60 años | 8 (53.3%) | 68 (39.30%) | 76 (40.42%) |
| 18-60 años | 7 (47.7%) | 105 (60.70%) | 112 (59.58%) |
| Total | 15 (100%) | 173 (100%) | 188 (100%) |

Datos obtenidos (Elaboración propia)

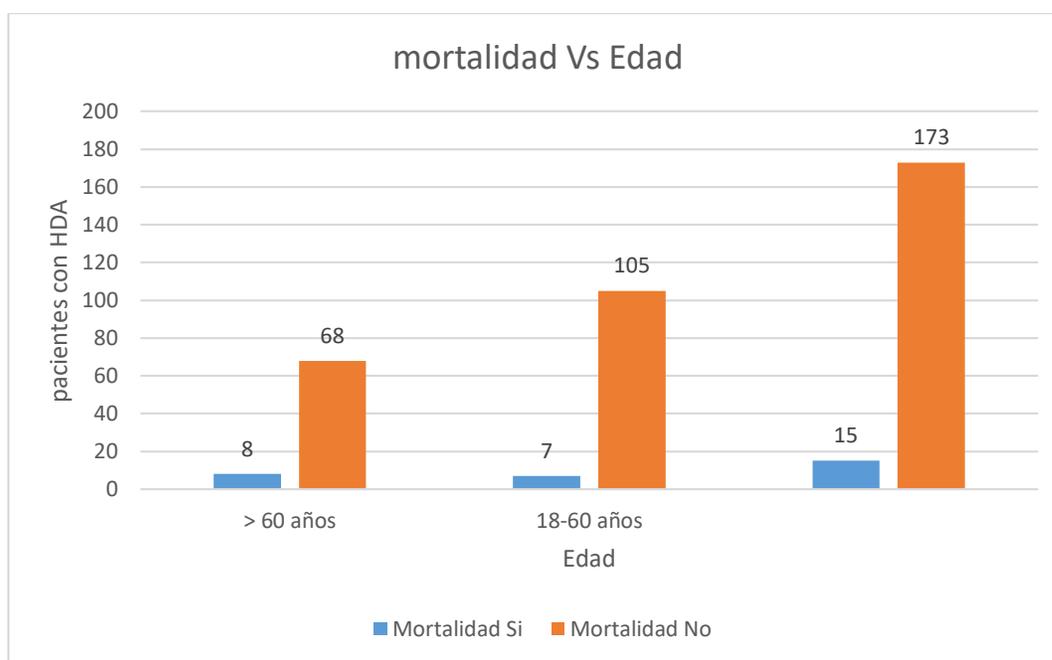


Figura 13. Porcentaje Edad Vs Mortalidad

Interpretación

En dicha tabla observamos que los pacientes con Edad mayor de 60 años respecto a la mortalidad fueron 8 de un total de 15, representan 53.3 %, mientras que los menores de 60 fueron 7 (46.7%), tal como se ilustra en la figura 13. Predomina en adultos mayores.

Tabla 14
 Tabla de contingencia Forrest Vs Mortalidad

| | Si | No | Total |
|--------------|-----------|------------|------------|
| Ia | 12 | 25 | 37 |
| Ib | 3 | 5 | 8 |
| IIa | 0 | 47 | 47 |
| IIb | 0 | 12 | 12 |
| IIc | 0 | 8 | 8 |
| III | 0 | 76 | 76 |
| Total | 15 | 178 | 188 |

Datos obtenidos (Elaboración propia)

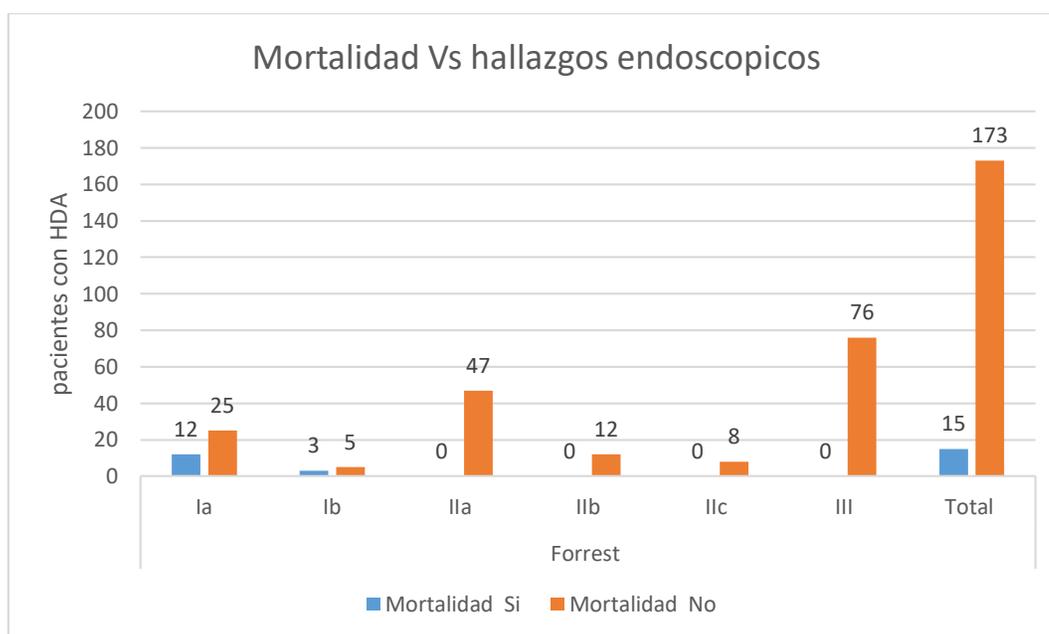


Figura 14. Porcentaje Mortalidad Vs Hallazgos endoscópicos

Interpretación

En dicha tabla observamos que respecto a la mortalidad el hallazgo endoscópico Ia (Sangrado activo en chorro) fue 12(80%) y con Ib (Sangrado activo babeante) fue 3(20%), siendo los demás nulos, tal como se ilustra en la figura 14. Predomina la hemorragia con sangrado activo.

Tabla 15
Prueba de Spearman entre la Mortalidad y las variables independientes

| VARIABLES INDEPENDIENTES | OBSERVACIONES | SPEARMAN'S RHO | PROB > t |
|--------------------------|---------------|----------------|-----------|
| Hallazgos endoscópicos | 188 | 0.4294 | 0.0000 |
| Diagnóstico endoscópico | 185 | -0.0291 | 0.6943 |
| Localización topográfica | 188 | -0.0199 | 0.7862 |
| Actividad de HDA | 188 | 0.4863 | 0.0000 |
| Presencia clínica | 188 | -0.3093 | 0.0000 |
| Comorbilidad | 188 | 0.1108 | 0.1301 |
| Antecedentes personales | 188 | -0.1521 | 0.0371 |
| Procedencia | 188 | 0.0698 | 0.3412 |
| Sexo | 188 | 0.0134 | 0.8553 |
| Edad | 188 | -0.0774 | 0.2908 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Como se puede observar el “*Spearman’s rho*” nos indica el signo de la relación de la mortalidad con cada variable independiente. La mortalidad mantiene una relación positiva con los hallazgos endoscópicos, actividad de HDA, comorbilidad, procedencia y el sexo. Respecto a la relación de dependencia podemos concluir lo siguiente: Los hallazgos endoscópicos, la actividad de HDA, presentación clínica y los antecedentes personales mantienen una relación de dependencia con la mortalidad debido a que cada probabilidad es menor al nivel de significancia de 5% (Tomando en cuenta un nivel de confianza de 95%) y esto nos permite rechazar la hipótesis nula de independencia entre variables. En caso de las otras variables independientes se cumple la relación de independencia respecto a la mortalidad. Por último se concluye que las variables que cumplen la relación de dependencia, si guardan relación con la variable mortalidad.

V. Discusión

Respecto a los resultados obtenidos se tiene que la mayoría de los pacientes respecto a la edad (tabla 1) registraron tener una edad mayor de 60 años (59.57%). Estos resultados son semejantes a varios estudios, en los que la media de edad se encuentra en la sexta y séptima década. Asimismo esto guarda similitud con estudios Alegre (2018) la edad promedio fue de 60.02 años (%). En contraste con Paredes (2017) predominó en las edades de 18 a 60 años (52.08%). Asimismo la edad respecto a la mortalidad (tabla 13) fue mayor en individuos mayores de 60 predominó según estudios como los de Paredes (2017), Soto (2015), Alegre (2018) fue mayores de 70 años y otros autores. Tener en cuenta que estos estudios son en Latinoamérica, se comparte creencias y costumbres.

En cuanto al Sexo (tabla 2), predominaron los varones con 134(71.28%), dato que destaca en muchos estudios. Según Morales (2011) en su estudio multicéntrico se halló una proporción hombre: mujer fue de 1,4:1. En los estudios de Paredes, Alegre, Rodríguez presentaron estudios donde el sexo masculino predominó respecto al femenino, en llegando inclusive a una proporción de 2 a 1.

En cuanto a la procedencia (tabla 3), predominó los pacientes de la región Lima respecto a otras provincias, ya que en la capital se cuenta con centros especializados y la migración se centra dentro de la misma. En otros estudios como se tuvo que el 93% de los pacientes estudiados son procedentes de Lima (Basto, 2003).

Según los antecedentes personales (tabla 4), el 48.4% fue ninguno, seguido de Aines (28.72%), Alcohol 13.83%. Sabiendo que hay varios factores que condicionan la incidencia de la hemorragia digestiva alta, entre ellos los AINES e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) que ocasionan el incremento en la prevalencia de la hemorragia digestiva, mientras que IBP y los fármacos orientados a erradicar el *Helicobacter pylori* la han reducido (Tavakkoli A, Stanley W. Ashley, 2017). Otros estudios consideran a su vez que los AINES. Asimismo el consumo de alcohol representó en un 56,25%, y en los que fallecieron fue 83,3%.(paredes, 2015). En otro estudio se encontró que el alcohol y los AINES representaron 50% y 33.3 % respectivamente (Rodríguez, 2011). En segundo lugar encontramos estudio realizado en el hospital Nacional Cayetano Heredia se encontró que tanto el consumo de bebidas alcohólicas y AINES estuvieron presente en 19.76% de pacientes respectivamente. En otro estudio el aproximadamente el 20% tuvo como antecedente el consumo de alcohol ((Ángeles, 2012).

Según la Comorbilidad asociada (tabla 5) en general se presentó en 146 (77.66%) y no se presentó en 42(22.34%). Nuestro estudio se asemeja a muchos como el de Paredes (2015) en el que los presentaron comorbilidad asociada más de la mitad de la población que presento mortalidad intrahospitalaria. En nuestro estudio la comorbilidad asociada a mortalidad represento un 93.3% que estuvieron en 14 pacientes fallecidos. En el estudio de Soto (2015) el 85% de los pacientes hemorragia digestiva alta que fallecieron presento comorbilidad

asociada en comparación del 40% de aquellos que no fallecieron, siendo la comorbilidad considerada un riesgo para la ocurrencia de muerte (OR=8.5).

Respecto a la presentación clínica (tabla 6), predominó melena con 98(52.13%) pacientes, seguida de Hematemesis-Melena (14.36%) y Hematemesis (14.36%). Respecto a la mortalidad predominó también la melena, siguiendo la hematemesis. En el estudio de Paredes (2015) Se evidenció que la mayoría de pacientes presentó melena, pero respecto a la mortalidad intrahospitalaria predominó la hematemesis. En el estudio de Alegre (2018), el 86% presentaba sólo melena, 43.9% hematemesis y 30% melena y hematemesis. Contrastando con el estudio de Rodríguez (2011) y Basto (2005) en el que la forma de presentación que predominaron fue melena-hematemesis y hematemesis, siendo 4.3 veces más en el grupo de los casos teniendo un mayor compromiso hemodinámico y peor pronóstico. Sin embargo en el estudio de De la Cruz, Sánchez (2013) se establece como principal manifestación clínica la hematemesis en 32.5%, similar al porcentaje a nivel mundial 30 a 50%.

Respecto a la Localización topográfica (tabla 8) predominó en estómago con 110(58.51%), siguiendo duodeno (34.04% y finalizando con esófago (7.45%). Asimismo respecto al diagnóstico endoscópico (tabla 9), predominó la úlcera gástrica (40%) luego la Úlcera duodenal (29.19 %). Asimismo respecto a la mortalidad Vs úlcera péptica (tabla 12) se encontró que se presentó en 11(73.3%) pacientes de un total de 15. En el estudio de Rodríguez (2011) se obtuvo la muerte de 4 pacientes que presentaron múltiples lesiones (úlceras gástricas activas, asociadas a esofagitis erosiva y neoplasia gástrica). En el estudio de Paredes (2015) la úlcera duodenal se consideró un factor de riesgo para mortalidad intrahospitalaria con un OR

de 4,3 siendo comparada con otros estudios realizados. El resultado concuerda con Alegre (2018) donde predominó como diagnóstico endoscópico las úlceras pépticas con 72.7.5% (gástrica 51.5%, úlcera duodenal 21.2%), luego lesiones agudas de mucosa (18.1%), Mallory Weiss (1.5%), lesiones malignas (4.5%). Sin embargo difiere con los estudios como el de Contreras (2015) encontrándose predominio de gastritis erosiva en 132 (51.8%) pacientes, úlcera gástrica en 44(17.3%) y úlcera duodenal en 22(8.6%) pacientes. Asimismo concuerda también con los estudios de Basto (2005) y De la Cruz (2013) en la que se obtuvo como diagnóstico endoscópico encabezada por úlcera gástrica (32.6%) seguida de la úlcera duodenal (23%). Asimismo con el estudio de Morales(2011) se consideró a la úlcera péptica(41%) como la principal causa de sangrado digestivo alto, siendo las úlceras gástricas las más comunes.

Respecto al hallazgo endoscópico (tabla 10) predominó el Forrest III (57.21%), seguida del IIa (25%), Ia (19.68%), Ib (4.26%). Asimismo, mencionar que respecto a mortalidad Vs hallazgo endoscópico (tabla 14) predominó el Ia (80%) y Ib (20%), siendo los demás nulos. Analizando otros estudios se asemeja a nuestro resultado el estudio de Alegre (2018) en el que predominó el de Base limpia III (31.8%) seguida por mancha plana pigmentada (IIC). Según Morales (2011) se obtuvo gran parte de las úlceras pépticas (77%) presentaron Forrest III (38,4%). Mientras que las I y II constituyeron un 26%. Sabiendo que las úlceras con sangrado activo y úlceras con vaso visible sin sangrado presentan un mayor riesgo de resangrado y mortalidad. Mientras que las Forrest III corresponden a úlceras pépticas con fondo limpio fibrinoso, sin protuberancia o cambio en coloración.

Respecto a la mortalidad (tabla 11) se obtuvo que fallecieron 15(7.98%) de los pacientes con hemorragia digestiva no variceal. Asemejándose al estudio de Contreras (2015) que de un total de 255 pacientes fallecieron 18 (7.1%) teniendo un porcentaje de mortalidad similar. Asimismo en el estudio de Karol (2012) la mortalidad fue del 8,2 % y en el estudio de Paredes (2015) la mortalidad fue de 10% de la población, relacionándose con factores como: Edad, consumo de alcohol, hematemesis y el diagnóstico de úlcera duodenal. En otros estudios la mortalidad fue menor como en el de Rodríguez (2009) donde se obtuvo una mortalidad de 4.6 %, asociándose de manera independiente con EPOC e hipertensión arterial. Asimismo en el estudio retrospectivo realizado por Basto (2005) la mortalidad fue mucho menor, resultando 0.48% de la población en estudio, teniendo que las enfermedades concomitantes están asociadas a una mayor mortalidad. El reducido descenso de la mortalidad podría estar relacionado con el aumento de la edad y la comorbilidad en los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta no variceal HDN-AV como se señala en otros estudios (Pérez, 2012). En el estudio de Morales (2011) la mortalidad fue del 9,5% considerando como factores de riesgo elevado de mortalidad al sangrado digestivo intrahospitalario y la presencia de comorbilidades.

En nuestro estudio se realizó la prueba estadística “*Spearman's rho*” que nos indica el signo de la relación de la mortalidad con cada variable independiente (tabla 15). De esto se puede concluir que la mortalidad mantiene una relación positiva con los hallazgos endoscópicos, actividad de HDA, comorbilidad, procedencia y el sexo.

VI. Conclusiones

- ❖ La mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta no variceal fue de 7.98% de la población estudiada.
- ❖ La mortalidad predominó en el sexo masculino y mayores de 60 años.
- ❖ Predominio del factor ningún antecedente, seguido de Aines y Alcohol
- ❖ En general la hubo una alta Comorbilidad asociada (77.66%) en los pacientes con hemorragia digestiva no variceal. Respecto a la mortalidad también fue superior (93.3%) a los que no padecen ninguna comorbilidad.
- ❖ Respecto a la presentación clínica la más frecuente fue la Melena seguida de Hematemesis-Melena. Respecto a la mortalidad predominó melena seguida de hematemesis.
- ❖ La Localización topográfica predominó estomago seguida de duodeno, finalizando con esófago.

- ❖ Hubo predominio en el diagnóstico endoscópico la úlcera gástrica, luego la Úlcera duodenal. La úlcera péptica predominó en la mortalidad.

- ❖ El hallazgo endoscópico predominó el Forrest III (lecho limpio), seguida del IIa y Ia. En la mortalidad predominó la hemorragia activa en chorro y babeante, Ia (80%) y Ib hemorragia babeante (20%) respectivamente.

- ❖ La mortalidad mantiene una relación positiva con los hallazgos endoscópicos, actividad de HDA, comorbilidad, procedencia y el sexo en los pacientes con hemorragia digestiva no variceal.

VII. Recomendaciones

- ❖ Realizar estudios con una población mayor respecto a nuestro estudio con énfasis en la promoción y prevención de la salud servirá de estímulo para continuar la línea de investigación de la hemorragia digestiva alta no variceal.
- ❖ Con los datos obtenidos en este y otros estudios se podrá realizar investigaciones futuras de índole analíticas para mejorar las guías de manejo de la hemorragia gastrointestinal no variceal.
- ❖ Realizar una mejor recolección de datos en historias clínicas e informe de endoscopia para poder tener una base más confiable y precisa.
- ❖ Realizar estudios comparativos en diversas sedes de salud y que sean multicéntricos con una mayor cantidad de años investigación.

VIII. Referencias

- Alegre, Y.(2017). Factores asociados a morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, hospital de apoyo II - Sullana. [Internet]. [Trujillo, Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) ;(2017).Recuperado de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAO_51fe0922ebc04587b21b30fc906286b0
- Bajador, E., García, S. Orive, V. (2006). Hemorragia digestiva alta no relacionada con hipertensión portal. Evidencia científica en Hemorragia digestiva alta. Manual de Actuación. Madrid: Internacional Marketing and Communication; 2006. 13-91.
- Basto, M., Vargas, G., Ángeles, P. (2005). Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1980-2003. *Rev. gastroenterol. Perú*, 25(3). 259 -267. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292005000300005
- Cassana, A., Scialom, S., Segura, E., et al. (2012). Validación del sistema de puntuación Glasgow-Blatchford para predecir la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú (junio de 2012 a diciembre de 2013).*Rev Esp Enferm Dig*. 2015; 107(8):476-82.
- Contreras, L., Quesada, A., Soria, J. (2015). Factores pronósticos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta. *Rev.Multimed*, 19(3). 120-138. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul153g.pdf>
- Corzo, M., Guzmán, P., Bravo, E., et al. (2013). Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Estudio caso control. *Rev Gastroenterol Perú*, 33 (3). 223-9. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000300004
- Cremers, I., Ribeiro, S. (2014). Manejo del sangrado gastrointestinal superior variceal y no variceal en pacientes con cirrosis. *Therap Adv Gastroenterol*. 2014; 7(5):206-16.
- De la Cruz, A., Sánchez, J. (2013). Presentación sindrómica del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Med Int Mex*, 29(5). 449-457. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=45775>
- Eslava, V. (2016). Factores Clínicos Y Endoscópicos Pronósticos De Mortalidad En Pacientes Adultos Con Hemorragia Digestiva Alta Aguda No Variceal en el Hospital Regional

- Docente de Trujillo. . [Internet]. [Trujillo, Perú]: Universidad Nacional de Trujillo (UNT);(2016). Recuperado de <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/136161>
- Espinoza, J., Aguilar, V., Bravo, E., et al. (2016). Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rojal y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. *Rev Gastroenterol Perú*. 2016; 36(2):143-52.
- Espinoza, J., Mercado, J., Lindo, M., et al. (2009). Validación de la escala de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un Hospital de Lima- Perú. *Rev. Gastroenterol. Perú*, 29(2). 111-117. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v29n2/a02v29n2>
- Farreras, P., Rozman, C. (2014). *Enfermedades Del Aparato Digestivo. Gastroenterología Y Hepatología*. España: Elsevier. 232-234
- García, L., Piña, L., Lozada, G., et al. (2013). Mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta por enfermedad ácido péptica en pacientes operados. *MEDISAN*, 17(4). 618-624. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400008
- Gerson, L., Fidler, J., Cave, D., et al. (2015). Guía clínica de ACG: diagnóstico y tratamiento del sangrado del intestino delgado. *Am J Gastroenterol [revista en internet]*. 2015; 110: 1265-87. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26303132>
- Infante, M., Guisado, Y., Rodríguez, D., Ramos, J., et al. (2014). Utilidad de la escala clínica de Rockall en la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2014 [citado junio 06 2015]; 53(3). 235-43. Recuperado de <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/137/65>
- Infante, M., Roselló, R., Ramos, J., García, M. Vega, et al. (2016). Parámetros clínicos relacionados con la gravedad del episodio agudo de hemorragia digestiva alta no varicosa. *Rev Cub Med Mil*, 45(3). 267-276. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000300002
- Iris, L., Cryer, C. (2011). Epidemiología y papel de los fármacos antiinflamatorios no esteroides en la causa del sangrado gastrointestinal. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am*. 2011; 21(4): 597-612. Disponible en: [http://www.gastro.theclinics.com/article/S1052-5157\(11\)00069-9/abstract](http://www.gastro.theclinics.com/article/S1052-5157(11)00069-9/abstract).
- Jairath, V., Martel, M., Logan, R., et al. (2012). Por qué las tasas de mortalidad por hemorragia del tracto gastrointestinal superior no variceal difieren en todo el mundo. Una revisión sistemática de estudios de cohortes. *Can J Gastroenterol*; 26(8): 537-543. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/cjgh/2012/862905/abs/>.

- Karol, J., Menéndez, B., Cobiellas, R. (2014). Hemorragia digestiva alta no varicosa: comportamiento e índice de Rockall. *Rev Cubana Cir*, 53(1). 17-29. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000100003
- Laine, Loren, Jesen, D. (2012). Manejo de pacientes con sangrado de úlcera. *The American Journal of gastroenterology*. 107(1).USA. . [En línea].
- Lee, Y., Min, B., Kim, E., et al. (2016). Factores predictivos de mortalidad dentro de los 30 días en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. *El diario coreano de medicina interna*. 2016; 31(1): 54-64. Disponible en: <https://doi.org/10.3904/kjim.2016.31.1.54>.
- Longstreth, D., Czernichow, P., Hochain, P., Noursbaum, J., et al. (2000). Epidemiología y curso de la hemorragia gastrointestinal aguda superior en cuatro áreas geográficas francesas. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2000; 12(2): 175–81. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/10741931>.
- Longstreth, G. (1995). Epidemiología de la hospitalización por hemorragia gastrointestinal alta aguda: un estudio basado en la población. *Am J Gastroenterol*. 1995; 90(2): 206–10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7847286>.
- Morales, C., Sierra, S., Hernández, A., et al (2011). Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. *Rev. Esp. enferm. dig.*, vol.103 no.1.20-24. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v103n1/es_original3.pdf
- Paredes, J. (2017). 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. [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Ricardo Palma (URP); 2017. Recuperado de <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/1005>
- Patiño, L. (2018). Mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: Estudio de cohorte retrospectivo en una unidad especializada de un hospital de la seguridad social en Lima, Perú, 2012-2013 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2018. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10757/622885>
- Pérez, A., Nuevo, J., López, A., et al (2012). Situación actual de la hemorragia digestiva alta no varicosa en España. *Gastroenterol Hepatol*. 2012; **35(7)**. 468—475. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-situacion-actual-del-manejo-hemorragia-S021057051200088X>
- Rodríguez, H. (2011). Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. *Rev.EGlobal*, 22(1), pp. 2-18. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200003

- Rodríguez, H., Rodríguez, M., González, J., et al. (2009). Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Práctica clínico-quirúrgica*, 47 (2). 179-184. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im0921.pdf>
- Rojas, J., Carvallo, A., Piscocoya, A., et al. (2016). Factores asociados a mal pronóstico en pacientes con sangrado digestivo bajo en un hospital público. *Rev. gastroenterol. Perú*, 36(4). 298-303. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000400003
- Romero, P. (2016). Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con ulcera péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas. [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego – (UPAO) ;(2016). Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2076>
- Rotondano, G. (2014). Epidemiología y diagnóstico de la hemorragia digestiva alta no variceal. *Gastroenterol Clin North Am*. 2014; 43(4). 643-63.
- Savides, T., Jensen. (2016). Hemorragia gastrointestinal. *Enfermedad gastrointestinal y hepática*. España. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. 297-335.
- Soto, L. (2015). Factores pronósticos clínicos y endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa Hospital Belén de Trujillo 2009- 2013. [Internet]. [Trujillo, Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) ;(2015). Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1708>
- Syed, I., Saeian, K. (2016). Hemorragia digestiva alta no variceal. *Critical Care Clinics*.32 (2). Wisconsin USA. [En línea].
- Syed, L., Abbas, T., Farina, H., et al. (2017). Hemorragia digestiva alta en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal: causas, características y factores asociados con la necesidad de intervención terapéutica endoscópica. *Rev medicina interna*. 2017; 5(2): 106-111. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jtim-2017-0019>.
- Talley, N., Segal, I., Weltman, M. (2010). *Manual clínico de gastroenterología y hepatología*. España. Ed. Elsevier. 92-94
- Tavakkoli, A. y Stanley, A. (2017). Hemorragia gastrointestinal aguda. Libro de texto de cirugía de Sabiston: las bases biológicas de la práctica quirúrgica moderna. 20th ed. Canada. Elsevier Inc.; 2017. 1139-1159.
- Ures, A., La piedra, D. (2018). Hemorragia digestiva alta. *Clin Quir Fac Med UdelaR*, 3(1): p.12-14. Recuperable en https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Hemorragia_digestiva_alta_CQFM.pdf
- Velásquez, V. (2016). Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en la unidad de hemorragia digestiva, servicio de gastroenterología, Hospital Edgardo

Rebagliati Martins-Essalud, 2013 – 2014. [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad de San Martín de Porres (USMP); 2016. Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2544/1/VELASQUEZ_V.pdf

IX. Anexos

Anexo 01

Operacionalización de variables

| VARIABLE DEPENDIENTE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | SUBDI MENSIO N | INDICADOR | INSTRUMENTO |
|---------------------------------|--|---|-------------------------------|--|--|
| Edad | Periodo de Tiempo transcurrido que ha vivido una persona en años | Número de años cumplidos hasta la fecha actual | - | *18-60: 0 *Mayor 60 : 1 | Historia clínica y/o informe endoscópico |
| Sexo | Diferencias de género biológicas y fenotípicas que distinguen al hombre y la mujer | Sexo del paciente en estudio | - | -Masculino: 0 -Femenino:1 | Historia clínica y/o informe endoscópico |
| procedencia | Lugar de donde es oriundo Y/o natural un individuo | Lugar donde llega un paciente para su atención | - | -Lima: 0 -Otros dptos.:1 | Historia clínica y/o informe endoscópico |
| Antecedentes personales | Conjunto de hábitos y costumbres de un individuo en sociedad | Todos aquellos caracteres que influyan en la salud del paciente | - | Ninguno(0) HDA previa(1) AINES(2) Alcohol(3) Tabaco(4) | Historia clínica y/o informe endoscópico |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| Comorbilidad | Presencia de uno o más enfermedades asociadas además de la enfermedad primaria | enfermedades asociadas a HDA, que requieren atención de salud | - | SI: 0 -HTA -ERC -CIRROSIS -NEOPLASIAS -OTRAS NO:1 | Historia clínica y/o informe endoscópico |
| Presentación clínica | Signos y síntomas que presenta el enfermo de una determinada patológica | Signos y síntomas que presentaron los pacientes al ingreso | - | *Hematemesis-Melena(0) *Hematemesis(1) *Melena (2) *Vómitos borbáceos (3) *hematoquecia (4) *shock(5) | Historia clínica y/o informe endoscópico |
| Localización topográfica de la HDA | Ubicación anatómica donde se origina la HDA | Lugar de origen de la HDA | - | -Esófago(0) -Estomago(1) -Duodeno(2) | Historia clínica y/o informe endoscópico |
| Diagnostico endoscópico | Diagnostico según etiología de la hemorragia digestiva | Clasificación según la etiología | - | -Ulcera péptica (0) Ulcera gástrica(1) Duodenitis(2) Ulcera duodenal (3) - Mallory Weiss (4) Lesiones malignas (5) Esofagitis (6) | Historia clínica y/o informe endoscópico |

| | | | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|---|---|--|
| | | | | Gastritis(7) | |
| Hallazgo endoscópico | Elementos descubiertos durante la endoscopia | Clasificación según la endoscopia | - | -Sangrado activo a chorro (Ia):0 -Sangrado activo en rezuma (Ib): 1 -Vaso visible no sangrante (IIa): 2 -Coagulo adherido (IIb): 3 -Mancha plana pigmentada (IIc):4 -Base limpia (III):5 | Historia clínica y/o informe endoscópico |
| Mortalidad | Defunción ocurrida dentro del ambiente hospitalario | Condición de alta: fallecido | - | -Si(0) -No(1) | Historia clínica |

Fuente: Elaboración propia

Anexo 02

Ficha de recolección de datos

N.- Historia clínica:

Edad: 18 - 60 ()

Mayor de 60 ()

Sexo: M () F ()

Procedencia: Lima () Otros ()

Antecedentes personales: ninguno () HDA () AINES () Alcohol () Tabaco ()

Comorbilidad: SI () NO ().....

Presentación clínica: *Hematemesis- Melena ()

*Hematemesis ()

*Melena ()

*Vómitos borraeos ()

*hematoquecia ()

*shock ()

Localización topográfica: -Esófago () -Estomago () -Duodeno ()

Diagnostico endoscópico: Ulcera péptica () Ulcera gástrica () Duodenitis () Ulcera duodenal ()

Mallory Weiss () Lesiones malignas () Esofagitis () Gastritis ()

Hallazgo endoscópico: -Sangrado activo a chorro (Ia)....

-Sangrado activo en rezuma (Ib)....

-Vaso visible no sangrante (IIa)....

-Coagulo adherido (IIb)....

-Mancha plana pigmentada (IIc)...

-Base limpia (III)...

Mortalidad: SI () NO ()