



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de

INVESTIGACION

Facultad De Medicina “Hipólito Unanue”

Escuela Profesional De Medicina

**INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y FACTORES DE RIESGO
MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A ESTE, EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS
MESES DE ENERO A SETIEMBRE-2018**

Tesis Para Optar El Título Profesional De Médico Cirujano

AUTORA

Bazan Ruiz, Pamela Rosalia

ASESOR

Pichilingue Prieto, Oscar Alfredo

JURADO

Poma Celestino, Juan Alberto

Paredes Ayala, Benjamin

Sandoval Diaz, Wilder

Vargas Laz, Mirian Gladys

Lima – Perú

2019

Dedicatoria:

Dedico el presente trabajo a mi madre que es mi motivo y motor para seguir adelante. A mi hermana, mi papa, mi tío y mis abuelos que me brindan su apoyo incondicional siempre.

Agradecimientos:

Agradezco a Dios por siempre estar presente, ya sea que se presenten circunstancias adversas continuamente y hacer crecer mi fe, a mi papa que es mi ángel guardián y me cuida en cada paso, mis abuelos que me criaron y se convirtieron en mis ángeles, mis dos sobrinos que alegraban mis días y ahora están en el reino de Dios.

Agradezco a mi alma mater la Universidad Nacional Federico Villarreal por brindarme una oportunidad para lograr estudiar esta carrera. Agradezco al Hospital Hipólito Unanue por permitirme realizar mis practicas preprofesionales.

Agradezco a los miembros del jurado y a mi asesor de tesis por guiarme hasta la culminación de este trabajo.

INDICE

Resumen	1
Abstract	3
I.Introducción	5
1.1. Descripción y formulación del problema	5
1. 1. 1. Descripción del problema	5
1. 1.2. Formulación del problema	6
1.2. Antecedentes	7
1. 2. 1. Antecedentes Internacionales	7
1. 2. 1. Antecedentes Nacionales	10
1.3. Objetivos	12
1.3. 1 Objetivo General	12
1.3. 2 Objetivos específicos	12
1.4. Justificación e importancia.....	13
II. Marco teórico	15
2. 1. Bases teóricas	15
2. 1. 1 Clasificación De Hemorragia Digestiva Alta	15
2. 1.2. Hemorragia Alta No Variceal	16
2.1. 3. Fisiopatología:.....	18
2. 1. 4. Hemorragia Alta Variceal	24

2. 1. 5. Fisiopatología.....	26
2. 1. 6. Factores De Riesgo Para El Desarrollo De HDA.....	29
III. Método	32
3. 1. Tipo de investigación	32
3. 2. Ámbito temporal y espacial	32
3. 3. Variables	32
3. 3. 1. Variable independiente:	32
3. 3. 2. Variable dependiente:.....	32
3. 4. Población y muestra	33
3. 4. 1. Población.....	33
3. 4. 2. Muestra.....	33
3. 4. 3. Criterios de selección	33
3. 5. Técnica	34
3. 6. Instrumentos	34
3. 8. Procedimientos	34
3. 9. Análisis de datos	35
IV. Resultados	36
V. Discusión de resultados	47
VI. Conclusiones	50
VII.Recomendaciones	52

VIII. Referencias	53
IX. Anexos	58
Anexo N°1	58
Anexo N°2	59
Anexo N°3	60
Anexo N°4	61

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1	Incidencia de hemorragia digestiva alta en el servicio de medicina interna	32
Tabla 2	Incidencia de hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en el servicio de medicina interna.	33
Tabla 3	Distribución según la edad de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta.	34
Tabla 4	Distribución según el género de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta.	35
Tabla 5	Distribución según el lugar de procedencia de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta	36
Tabla 6	Distribución según la clasificación de hemorragia digestiva alta.	37
Tabla 7	Distribución según el consumo de aines en pacientes con hemorragia digestiva alta.	38
Tabla 8	Distribución según el consumo de aines en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal.	39
Tabla 9	Distribución según la presencia de Cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta	40
Tabla 10	Distribución según la presencia de cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal	41

LISTA DE GRÁFICOS		Pág.
Gráfico 1	Incidencia de hemorragia digestiva alta en el servicio de medicina interna	32
Gráfico 2	Incidencia de hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en el servicio de medicina interna.	33
Gráfico 3	Distribución según la edad de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta.	34
Gráfico 4	Distribución según el género de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta.	35
Gráfico 5	Distribución según el lugar de procedencia de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta	36
Gráfico 6	Distribución según la clasificación de hemorragia digestiva alta.	37
Gráfico 7	Distribución según el consumo de aines en pacientes con hemorragia digestiva alta.	38
Gráfico 8	Distribución según el consumo de aines en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal.	39
Gráfico 9	Distribución según la presencia de Cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta	40
Gráfico 10	Distribución según la presencia de cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal	41

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) continúa correspondiendo como causa primordial de morbimortalidad, con una incidencia entre 50-170/100 000 personas en países occidentales, por tal motivo se le considera la causa más habitual gastroenterológica en el sector de emergencia. Teniendo en cuenta que a nivel nacional se reporta una mortalidad de 9,1% 12,9%.

Objetivo: Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta y los factores de riesgo asociado a este en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de enero a setiembre durante el año 2018.

Material y método: Transversal, descriptivo, observacional, seleccionándose como área de estudio al servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Setiembre del 2018 tomando pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva alta en dicho servicio.

Resultados: Se tuvo una muestra de 74 pacientes con el diagnóstico de HDA encontrando una incidencia de 2,7%. De los cuales 75,7% era tipo no variceal y 24,3% del variceal. Según su grupo etareo la mayor incidencia se da en pacientes entre de 60-79 años. Determinó una mayor incidencia en el sexo masculino (68.9%), que acudieron con mayor frecuencia procedentes de lima este (70%). Según la clasificación de hemorragia digestiva alta se encontró que con un 45% la enfermedad ulcero péptica era más frecuente en esta muestra; con un 18% las varices gastroesofágicas; un 8% en el caso de gastropatía erosiva; 2% para angiodisplasias o malformaciones vasculares y un 1% en el caso de Sd. De Malorrry Weiss. Respecto al consumo de aines, un 35. 1% consumieron aines y 64.9% no lo hicieron; en cuanto a su consumo en HDA no variceal

el 39.3% lo consumieron y el 60,7%, no. Además, se obtuvo que 25.7% de la muestra presentaba Cirrosis y el resto, 74.3% no presento dicha patología. Y la presencia de cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal, 18 (100%) la presentaron y en hemorragia digestiva alta 55 (98.2%) no la presentaba.

Conclusiones: Los pacientes con HDA presentan una incidencia de 2,7%, presentándose en mayor frecuencia la HDA no variceal, y en general, la enfermedad ulcero péptica. También, se presenta con mas frecuencia en el sexo masculino, de 60 a 79 años y procedentes de Lima este. No encontrándose una frecuencia importante en aquellos que consumían aines y presentaban HDA; de igual manera la presencia de Cirrosis en pacientes con HDA. A diferencia de, en caso de HDA De tipo variceal donde si existe una incidencia mayor en quienes tienen esta patología.

Palabras clave: hemorragia digestiva alta, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), Cirrosis, variceal y no variceal.

Abstract

Introduction: Upper gastrointestinal hemorrhage (UGIB) continues to be a primary cause of morbidity and mortality, with an incidence of 50-170 / 100,000 people in Western countries, which is why it is considered the most frequent gastroenterological cause in the emergency area. . Taking into account that a national level reported a mortality of 9.1% – 12.9%.

Objective: To determine the incidence of High Digestive Hemorrhage and the risk factors associated with it in the internal medicine service of the Hipolito Unanue National Hospital between the months of January to September during the year 2018.

Material and method: It is of descriptive, cross-sectional type and observational, being selected as an area of study at the Internal Medicine service of the Hipolito Unanue National Hospital from January to September 2018 taking patients with the diagnosis of high digestive hemorrhage in said service.

Results: A sample of 74 patients with a diagnosis of UGIB was found, with an incidence of 2.7%. Of which 75.7% were non variceal type and 24.3% variceal. According to its age group, the highest incidence occurs in patients between 60-79 years. It determined a greater incidence in the male sex (68.9%), which came more frequently from East Lima (70%). According to the classification of upper gastrointestinal bleeding, it was found that with 45% peptic ulcer disease was more frequent in this sample; with 18% gastroesophageal varices; 8% in the case of erosive gastropathy; 2% for angiodysplasias or vascular malformations and 1% in the case of Sd. Malorry Weiss. Regarding the consumption of Non-steroidal anti-inflammatories (NSAIDs), 35.1% consumed NSAIDs and 64.9% did not; in terms of their non-variceal HDA use, 39.3%

consumed it and 60.7% did not. In addition, it was obtained that 25.7% of the sample presented Cirrhosis and the rest, 74.3% did not present this pathology. And the presence of cirrhosis in patients with variceal high digestive hemorrhage, 18 (100%) presented it and in upper digestive hemorrhage 55 (98.2%) did not present it.

Conclusions: Patients with UGIB have an incidence of 2.7%, with non-variceal UGIB and, in general, peptic ulcer disease. Also, it occurs more frequently in males, from 60 to 79 years old and from Lima east. Not finding an important frequency in those who consumed Non-steroidal anti-inflammatories (NSAIDs) and presented UGIB; Similarly, the presence of Cirrhosis in patients with UGIB. Unlike, in case of UGIB Variceal type where there is a higher incidence in those who have this disease.

Key words: high digestive hemorrhage, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), cirrhosis, variceal and non-variceal.

I. Introducción

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

La hemorragia digestiva alta (HDA) continúa siendo causa primordial en morbilidad tanto como mortalidad, aunque las medidas diagnósticas se han mejorado, endoscopias en el área de emergencia y el tratamiento médico-quirúrgico desarrollado, con una incidencia entre 50-170/100 000 personas en países occidentales, por tal motivo se le considera la razón más habitual gastroenterológica en el sector de emergencia. La mortalidad de HDA mundialmente en las últimas cinco décadas se encuentra en un rango de 5 a 15%, teniendo en cuenta que a índole nacional se manifiesta un 9,1% - 12,9% de mortalidad (Corzo, et al., 2013; CruzGuillen y SanchezEspinoza, 2013).

Entre los orígenes más usuales de hemorragia digestiva alta halladas en estudios multicéntricos nacionales como internacionales se logró tener los siguientes: la úlcera péptica, gastritis erosivas, várices esofágicas, esofagitis, tumores del estómago y esófago, traumatismos y el síndrome de Mallory-Weiss siendo la herramienta diagnóstico como terapéutica inmediata más utilizada la endoscopia digestiva alta, como también lo es el manejo de la escleroterapia, la ligadura de vasos sangrantes y/o varices, entre otras amplias técnicas. Sin embargo, entre el 10-30 % de pacientes sufren de un re-sangrado y entre el 4-14 % de las veces las hemorragias llevan a la muerte del paciente. Este recurso completa el estudio clínico, por ejemplo, tenemos la escala de Rockall, como la de Blatchford y de ChildPugh, y consede un estudio del pronóstico de los pacientes con hemorragia digestiva alta, primordialmente en relación con la probabilidad de resangrado y de muerte. (Almeida, Perez, Diaz y Martinez, 2011).

De acuerdo con el género se obtuvo que en personas con hemorragia del tracto digestivo alta la incidencia en varones es el doble correspondiente a la encontrada en mujeres, concluyendo con la premisa de que esta es una patología que se va a ver incrementada marcadamente con la edad. Existen medicamentos vinculados con la existencia de hemorragia digestiva alta como por ejemplo tenemos a los anti-inflamatorios no esteroideos los cuales vendrían a ser uno de los más usados a nivel mundial en los últimos quince años como profilaxis secundaria en el caso de enfermedades vasculares. (Basto, Vargas y Ángeles, 2005).

Se ha indicado que entre el 10-20% de pacientes que consumen AINES padecen complicaciones tales como sangrado en la vía digestiva y perforaciones por síndrome ulceroso; siendo más frecuentes en personas con una edad mayor a los 75 años, con precedentes de úlcera gastroduodenal y hemorragia gástrica, adicional a ello con la existencia de una cardiopatía concomitante. (Basto et al., 2005).

Es de importancia establecer los factores de riesgos asociados a hemorragia gástrica alta con el fin de aminorar la mortalidad como las posibles complicaciones ha presentarse; conociendo la extensión de los problemas que se vinculan a esta patología valieran de soporte para realizar injerencias más eficientes y oportunas. (Basto et al., 2005).

1. 1.2. Formulación del problema

Por todo lo previamente mencionado con este trabajo buscamos responder la siguiente interrogante ¿Cuál es la incidencia de hemorragia digestiva alta y los factores de riesgo más frecuentes relacionados a esta enfermedad dentro del servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los meses entre enero a setiembre del 2018?.

1.2. Antecedentes

1. 2. 1. Antecedentes Internacionales

En Ecuador, Soria, Malla, Aguilar, y Puga (2018) realizan un estudio de tipo retrospectivo y observacional el cual incluyó pacientes con cirrosis de ambos sexos, mayores de 18 años con diagnóstico de hemorragia digestiva variceal, del área de Gastroenterología del Hospital Abel Gilbert Pontón, entre el periodo Enero del 2014 hasta Julio del 2017. Realizando un análisis univariado de las variables teniendo finalmente 300 pacientes ingresantes al análisis definitivo. Para la mediana de edad se tuvo los 64 años. De las cuales 148 (56%) fueron mujeres. De estos, 145 (48,3%) fallecieron debido a la hemorragia variceal. En el análisis multivariado la creatinina elevada, así como la escala de MELD elevada y la localización de las várices esófago-gástrica fueron factores de riesgo para mortalidad.

En Ecuador, Ayón y Zambrano (2016), realizaron una investigación no experimental de tipo descriptivo, retrospectivo en Hospital Teodoro Maldonado Carbo de enero del 2015 diciembre del 2016 para especificar los factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes <50 años en el mencionado hospital. Se observó que en pacientes con sexo masculino se halló un 65% de prevalencia, no se encontró alguna asociación entre desarrollar esta enfermedad y el ser de sexo masculino. Y como media de edad tuvo a 33 años en sexo femenino y 40 en el masculino. Encontrando un 6% de mortalidad en estos pacientes con una significancia de <0,001. La ingesta de AINEs estaba en un 66% de los casos estudiados. La ingesta de alcohol, en un 55% así como el tabaquismo en un 58% de estos, identificándose una interrelación significativa el desarrollo de HDA por Várices con la ingesta de hábitos nocivos con un p menor a 0,005. Concluyendo que personas de sexo masculino tendrían un riesgo incrementado para desarrollar sangrado digestivo alto debido a várices esofágicas y un incremento en la

mortalidad de igual manera. Aparte de esto, encontró una relación del desarrollo de la entidad y el uso de insumos como consumir tabaco, consumir alcohol y AINEs de forma crónica, aumentando el peligro de mortalidad. Así como la dolencia hepática grave de clase tipo C, con una asociación que se reflejaría con el aumento de la probabilidad de mortalidad.

En Cuba, Jiménez et al. (2015) con su estudio de tipo epidemiológico y de causalidad, analítico retrospectivo, de casos y controles, en los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, durante el período de abril de 2012 a marzo de 2014 con el fin de identificar la probable asociación entre variables clínicas, como epidemiológicas y la aparición de sangrado digestiva alto. Encontrándose como resultado la predominancia en el adulto mayor de sexo masculino. Como la causa más frecuente fue la úlcera gastroduodenal. Con respecto a su nivel socioeconómico, tuvo predominancia el nivel medio sin diferencias importantes al compararlo con otros grupos de investigación. El consumo de café es el hábito nocivo más frecuente, y dio un resultado significativamente mayor en el grupo de enfermos lo que incremento 3 veces la probabilidad de presentar dicha enfermedad. El consumo de picantes a la cual no se le encontró asociación con el surgimiento de sangrado digestivo, hecho que por el contrario ocurrió en la ingesta de medicamentos irritantes y con la presencia de antecedentes de patología previa en el aparato digestivo; éstas intensifican 12 veces el riesgo del comienzo de la enfermedad.

En México, Cruz-Guillén y Sánchez-Espinosa (2013) realizaron un estudio de tipo descriptivo, transversal y también retrospectivo en el servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Rafael Pascasio Gamboa con la finalidad de comparar la instauración sindromática de aquellas patologías que provocan sangrado del aparato digestivo alto en pacientes que acuden a dicho hospital en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, México. En el cual se estudió una muestra de un total de 83

pacientes entre los cuales hay 44 hombres (53%) y también 39 mujeres (47%), mayores a los 15 años, cuyos datos clínicos de hemorragia digestivo alto al ingreso al servicio, teniendo como base la puntuación del Rockall's score, antes y posterior a la realización de la endoscopia. Se encontró el 42% (35) en enfermedad variceal, el 35% (29) padecían enfermedad ulcerosa, en 4% (3) traumatismo en la región esofágica, en 3% (2) lesión sugerente de un proceso neoplásico y en 14 pacientes no fue posible realizar un estudio endoscópico. Como antecedente de haber ingerido fármacos gastrolesivos (AINEs) en 28 (33.7%) fueron positivos y en 55 (66.3%) negativos. Teniendo como conclusión que el sangrado del aparato gastrico alto es un padecimiento frecuente en su medio siendo principalmente a causa secundaria del síndrome llamado hipertensión portal manifestada por la presencia de várices esofágicas, seguida de enfermedad ulcero- péptica y gastropatía erosiva proveniente del análisis establecido en la investigación.

En Ecuador, Mero (2011) con su estudio de tipo retrospectivo y descriptivo en el Hospital Rodríguez Zambrano de Manta entre los años 2010-2011 con el objetivo principal de determinar la prevalencia, así mismo identificar edad, el sexo y comorbilidad que tienen los pacientes con dicha patología, donde se obtuvo un universo constituido por los 38325 de la que se obtuvo 134 pacientes que acudieron a emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano con hemorragia digestiva alta. Como descubrimiento de este estudio, se tuvo una prevalencia de 0.3%, dentro del grupo etario el que contó con una prevalencia alta fue de 61–80 años con un 35.8% , también el género masculino con 68% y el género femenino con un 32% , la comorbilidad de mayor a menor frecuencia fue hipertensión arterial con 34%, seguido de diabetes mellitus con 16%, y por ultimo cirrosis, con respecto a las particularidades del episodio hemorrágico los enfermos entraron con un volumen calculable leve con 51% y moderado con el 34%. La mortalidad fue de 9.7% , con re-currencia del 19%, de los 134 pacientes con sangrado digestivo alto.

1. 2. 1. Antecedentes Nacionales

En Lima, Paredes (2015) realizando un estudio de tipo observacional, analítico y retrospectivo en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de Gastroenterología en el año 2015 con el fin de demostrar los factores de Riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta.. Se revisó 240 historias clínicas, 10% de las cuales tuvieron una mortalidad hospitalaria, se obtuvo un 66,6% con relación al género mostrando una asociación de 2 a 1 sobre el sexo femenino; la presentación clínica del total de la población como más frecuente fue melena con un 68,7%. Encontrando que la edad con una frecuencia de 52, 1% fue entre 18 a 60 años. Por otro lado, el consumo de alcohol obtuvo una frecuencia de 56,2%, de acuerdo con alguna comorbilidad asociada se encontró que no la tenían en un 62,5%, también se evidencio que en caso de los pacientes que alguna vez se les realizo una endoscopia digestiva fue del 99,1%; como resultado dentro de la clasificación genera la más presentada fue las varices esofágicas en 42,5%.

En Lima, Astoncondor, R. (2018), en el estudio basado en las características Clínicas y Endoscópicas de la HDA en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, elaborandose un estudio de tipo descriptivo, así como retrospectivo y transversal. Hallando que dentro de 381 pacientes con hemorragia del tracto digestivo alto, en donde se tiene como grupo etario más frecuente el de 61-70 años con una frecuencia de 23.88%, una moda de 64 años y una media de los 56 años, también se observó predominancia en el sexo masculino (61.68%), siendo la presencia de melena la característica clínica más encontrada con un 67.19%. Encontrando de igual manera, la enfermedad ulcera péptica como causa más común de HDA con 38.58 % seguido de las varices esofágicas con un 18.11% , a ello se suma que en el sexo masculino la causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta con un 16.01% fue la ulcera duodenal y en el caso del sexo femenino con un

9.29%, la úlcera gástrica fue el hallazgo en el centro endoscópico más frecuente con un 19.42%.

En Lima, Corzo et al. (2013), refieren que tras realizar un estudio observacional analítico caso-control retrospectivo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2013 buscando determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) a los 30 días posteriores al evento en dicho hospital en el 2013. Se incluyó a una población de pacientes con edad ≥ 15 años de edad que entraron por Hemorragia Digestiva alta al Hospital Nacional Cayetano Heredia por el área de emergencia, así como a los pacientes que fueron hospitalizados por alguna otra patología que tengan signos y síntomas de HDA, tomándose referencias de aquellos en los que se realizó endoscopia. Además, aquellos pacientes quienes tuvieron HDA que hasta treinta días después del evento no fallecieron entraron en el grupo de controles, por otra parte, los pacientes que fallecieron debido a factores que estaban asociados a HDA incluso 30 días pasado dicho evento fueron planteados dentro del grupo de los casos. Reportando una muestra de 180 pacientes, siendo 135 los controles y 45 los casos, con un nivel de confianza llegando al noventa y cinco por ciento; número de casos: control fue 1: 3. Hallando en el estudio bivariado y logístico como variables que estaban relacionadas estadísticamente con la mortalidad: como la edad con un OR de 1,02, en caso de hematemesis obtuvo un OR de 2,57, adicionando sangrado digestivo alto intrahospitalario que tuvo un OR de 4, como cirrosis al encontrar un OR en 2,67, la neoplasia maligna tuvo un OR de 5,37, quienes ingresaron a la unidad de cuidados intensivos y Trauma Shock un OR de 9,29, teniendo al score de Rockall > 4 con un OR en 19,75), re-sangrado un OR de 5,65, y por último el número de transfusiones de paquetes globulares un OR en 1,22. En la otra mano se tuvo que en el análisis multivariado y logístico observó

solo las sgts. variables como la neoplasia maligna con OR de 5,35, quienes ingresaron a la unidad de cuidados intensivos y Trauma Shock con un OR en 8,29, y un score Rockall >a 4 con un OR de 8,43. Concluyendo así que cuyos factores que llevarían a un aumento en el riesgo de mortalidad en los pacientes con diagnóstico de sangrado del tracto digestivo alto son : un score Rockall > de 4, ingresantes al sector de cuidados intensivos y Trauma Shock, re-sangrado, HDA intrahospitalaria, cirrosis, presencia de hematemesis, neoplasia maligna, número transfundido de paquetes globulares y finalmente edad.

1.3. Objetivos

1.3. 1 Objetivo General

- Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta y los factores de riesgo asociado a este en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de enero a setiembre durante el año 2018.

1.3. 2 Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta Variceal en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018.

- Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta no variceal en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018.

- Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta según grupo etario en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018.

- Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta según el género en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018.

- Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta según región de procedencia en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018.

- Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta según factores de riesgos modificables de procedencia en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018.

1.4. Justificación e importancia

La Hemorragia Digestiva Alta es una patología multifactorial que puede ser de origen variceal o no variceal; el desarrollo de uno o de otro va a depender de los factores de riesgo que puedan presentarse. (Basto et al., 2005).

Los factores de riesgo asociados a estos eventos vasculares pueden ser no modificables, como son la edad, el género y a que raza pertenece, o pueden ser modificables como lo son el consumo de antiinflamatorios no esteroideos, hipertensión portal, consumo de aspirinas, cirrosis, los hábitos nocivos, etc. (Basto et al., 2005).

La Hemorragia Digestiva Alta puede presentarse en cualquier género y grupo etario, siendo más frecuentemente en pacientes varones en un 72% y que predominaba en mayores de 60 años. En el caso de hemorragia digestiva alta no variceal estudios observan que las perforaciones ulcerosas son más frecuentes en enfermos que cuyas siguientes características como edad de 60 años a más, dosis aumentadas de AINEs por un tiempo luengo, tratados con anticoagulantes y corticoides; con antecedente ya preexistente de padecimiento ulceroso. Por otra parte, en caso de hemorragia digestiva alta variceal como complicación en mayoría de los casos de pacientes con cirrosis. Las várices presentes previamente al análisis es el 40% de los enfermos asintomáticos y compensados al momento del diagnóstico, y se incrementa al 90% de incidencia de las personas en el seguimiento en un periodo más amplio, con una incidencia del 6% aproximadamente anualmente. (Velásquez, 2006; García, et al., 2015).

Se dice que dentro de los factores de riesgo modificables como el consumo de antiinflamatorios no esteroideos y el consumo de aspirinas son los dos factores más importantes, ya que según algunos estudios estadísticos se ha visto mayor relación de estos con el desarrollo de hemorragia del aparato digestiva alta no variceal. (Velásquez, 2006; Vásquez, et al, 2017)

Por este motivo el presente trabajo buscara investigar cual es la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta y cuáles son los factores de riesgos que presentan mayor asociación al desarrollo de esta patología, ya que al poder determinar los principales factores asociados podríamos establecer terapias de prevención tanto primaria, secundaria y terciaria. (Velásquez, 2006)

II. Marco teórico

2. 1. Bases teóricas

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) es una patología originada como resultado de la pérdida de sanguínea hacia la luz del tubo digestivo ubicada por encima del ángulo de Treitz, que se desarrolla por lesiones en el esófago, estómago y/o duodeno; que pueden llevar a diversos estadios de gravedad y morbimortalidad, debido a la pérdida sanguínea por lo que constituye la urgencia gastroenterológica más importante. (Cruz-Guillén y Sánchez-Espinosa, 2013; Velázquez, 2016).

Estos cuadros suelen presentarse de manera aguda, así como una amplia gama de signos y síntomas que dependerán de la ubicación de la hemorragia, así como rapidez del sangrado y la velocidad del vaciamiento gástrico, pudiendo ser macroscópica y microscópica. Siendo la presentación más habitual hematemesis que es el vómito de contenido sanguinolento con coágulos sanguíneos. También pudiendo manifestarse como melena que es la eliminación de heces negruzcas y dependiendo de la pérdida de sangre pueden presentarse síntomas pertenecientes a la hipovolemia y anemia. (Villanueva, García y Hervás, 2015).

2. 1. 1 Clasificación De Hemorragia Digestiva Alta

La patología de Hemorragia Digestiva Alta puede ser clasificada de diversas configuraciones: según frecuencia, según pérdida de volemia o según etiología, siendo esta última la forma más clásica, motivo por el cual refiere la HDA puede ser de dos tipos (Cruz-Guillén, Sánchez-Espinosa, 2013; Gonzales, 2015).

2. 1.2. Hemorragia Alta No Variceal

Dentro del grupo de HDA no relacionadas a una causa variceal se ha encontrado en Estados Unidos una incidencia de más de 300 000 internamientos por año y una mortalidad del 10%. Encontrando en esta patología factores asociados como el sexo masculino, pacientes mayores de 65 años, el uso de drogas como aspirina y antiinflamatorios no esteroideos; también la presencia del *Helicobacter pylory* en esta enfermedad. (Pérez, 2016).

Siendo la causa más usual la úlcera péptica (45-50%), y dentro de esta se ha visto mayores casos sangrado a nivel duodenal en comparación que a nivel gástrico. Siguiendo en frecuencia una serie de patologías que se distribuye entre erosiones de la mucosa y esofagitis (10-15%), malformaciones vasculares y laceración de Mallory-Weissy (5-10%), tumores componen el resto de los casos. (Gonzales, 2015; Berardi, et al.,2014).

En la evaluación inicial la evaluación rápida y la reanimación deben preceder a la evaluación diagnóstica en pacientes inestables con hemorragia aguda grave. Una vez que se asegura la estabilidad hemodinámica, los pacientes deben ser evaluados para el riesgo inmediato de nuevas hemorragias y complicaciones, así como la fuente subyacente de sangrado. (Kim, et al., 2014).

Dentro de la misma, debe haber una correcta evaluación del examen físico con control de funciones vitales, estado de conciencia y perfusión, así como la correcta confirmación de la HDA mediante tacto rectal y descartar antecedentes como cirrosis hepática valorando estigmas de hepatopatía crónica, como también presencia de síndrome encefalopatico y/o síndrome ascítico. Además, preguntar sobre el consumo de medicación principalmente AINE, corticoides, anticoagulantes siendo estas de relevante importancia al interrogar sobre el cuadro ocurrido. Berardi, et al., 2014; Gallach, Calvet, Lanás, 2013).

Agregando a lo antes mencionado, se suelen utilizar scores como el de Blatchford para completar parámetros clínicos y evaluar la necesidad de intervención clínica (endoscopia, transfusión o cirugía) o tratamiento ambulatorio. (Berardi, et al., 2014).

CLASIFICACIÓN DE HEMORRAGIA ALTA NO VARICEAL

▪ ULCERA PEPTICA

La enfermedad por ulcera péptica persiste como origen más habitual en hemorragia digestiva alta no variceal contando con 37-50% de casos, siendo dos veces más común la duodenal que la gástrica. Y teniendo como principales factores de riesgo la ingesta de AINES y la infección por *Helicobacter pylori*; además, de una variedad de patologías condicionan la formación de estas. (Gonzales, 2015).

Por ello, dichos factores pueden cambiarse a un futuro, a causa del aumento del consumo de la terapia erradicadora de *H. pylori*, el descubrimiento de AINEs menos gastro-lesivos o la administración al mismo tiempo de los conocidos inhibidores de la bomba de protones (IBP), por ejemplo, esomeprazol en enfermos con uso prolongado de AINEs. Por otra parte, menor al 0,1% de las HDA úlcero-péptica son ocasionadas por síndromes hipersecretorios, como el de Zollinger-Ellison. (Martínez y Calleja, 2005).

Los resultados de la hemorragia significativa se producen por la erosión de una arteria subyacente y la magnitud del sangrado se relaciona con la amplitud y diámetro del defecto arterial. (Gonzales, 2015).

Evidenciándose esto a través de una endoscopia digestiva alta, donde a través de la clasificación de Forrest traduce estigmas vistos a través de ella y su riesgo de re-sangrado que varía de acuerdo al estigma observado. (Zambrano y Espejo, 2006).

2.1. 3. Fisiopatología:

Dentro de la fisiopatología existen una diversidad de factores que contribuyen al desarrollo de úlcera péptica, siendo el resultado final la lesión ácido-péptica de la mucosa duodenal como de la mucosa gástrica. Considerándose actualmente la pérdida de equilibrio entre agentes provocadores y factores protectores siendo el primordial mecanismo de acción por el cual se realizan lesiones ulcerosas en la región mucosa gastro-duodenal. (Camacho, 2014).

Los AINEs tienen la capacidad de lesionar la mucosa gastro-duodenal alterando los mecanismos protectores de dicho epitelio; a través de dos mecanismos el primero de forma local provocando una alteración fisio-química que lleva a la ruptura completa de la barrera de la mucosa gástrica; y la segundo, un mecanismo sistémico que produce la alteración de los mecanismos protectores de la mucosa gástrica, mediante la inhibición de la ciclooxigenasa-1. (Camacho, 2014; Santoyo, 2001).

Se argumenta que la ingesta de inhibidores COX-1 se relaciona con riesgo mayor de establecer úlceras pépticas en contra posición a inhibidores selectivos COX-2 (Camacho, 2014).

-Daño local: Los mecanismos por lo que los AINE originan lesiones “tópico” incluyen: interacción con fosfolípidos, un efecto detergente, alteraciones en la estructura mitocondrial. Todos estos mecanismos mencionados llevan a un rompimiento de la barrera de la mucosa del estómago, una irrupción de los AINE dentro de la célula mucosa en donde, debido al pH ácido gástrico y a su pKa de entre 4 y 5, tienen que ser no-ionizados y son llevados dentro del citoplasma produciendo una serie de cambios y/o alteraciones que sostienen la teoría del “atrapamiento iónico”. (Santoyo, 2001).

-Daño sistémico: El principal resultado final de la falta de prostaglandinas que ocasionan los AINE son la disminución en la producción de moco así como del bicarbonato, del flujo de sangres a través del epitelio gástrico a nivel de la mucosa y el incremento de la eliminación de ácido. (Santoyo, 2001).

Se ha encontrado que los AINEs también son productores de isquemia microvascular, originada por la agregación de neutrófilos hacia dentro del endotelio vascular de la microcirculación gástrica. Lo anterior mencionado lleva finalmente a la hipoperfusión a la mucosa y la liberación de mediadores de daño tisular (por ejemplo. radicales libres de oxígeno y leucotrienos B4). Las prostaglandinas, especialmente las pertenecientes a las series E e I, protegen la mucosa de esta clase de alteración originada por los AINEs inhibiendo justamente la activación y adherencia de los neutrófilos al endotelio. (Santoyo, 2001).

Asako et al. (2005) han demostrado que, en caso de la aspirina, así como la indometacina producen la adherencia de los neutrófilos hacia los vasos mesentéricos de la rata y que este efecto puede ser bloqueado administrando antagonistas de LTB4 o inhibiendo los leucotrienos.

La alteración de síntesis de prostaglandinas, producción de óxido nítrico e integridad del sistema nervioso entérico producido también por AINEs pueden tener como resultado final el principio y perpetuación de las lesiones gastro-duodenales comentadas anteriormente. (Santoyo, 2001).

La infección por *Helicobacter Pylori* (Hp) cuyo mecanismo exacto que lo origina no es conocido; hoy en día se le determina como segunda causa de formación ulcerosa péptica. Es conocido que provoca un cambio en la regulación de la acidez, debido a que incrementa la secreción de

gastrina (el cual produce estimulación de la segregación de HCl) y decrece la secreción de somatostatina (inhibidora de la segregación de gastrina). Agregado a ello, origina gastritis y duodenitis, pero aún se ignora el camino por el cual ocurre la modificación por inflamación del epitelio mucosal a una lesión ulcerada. (Santoyo, 2001).

Se ha encontrado que cuando se obtiene la eliminación de esta bacteria, se logra rápidamente la cicatrización de la lesión ulcerosa, demostrando así su papel en la patogenia de esta enfermedad. (Santoyo, 2001).

La infección por *Helicobacter pylori* da lugar a una gastritis crónica, que conlleva a complicaciones como desarrollar enfermedad úlcero-péptica, linfoma gástrico y adenocarcinoma, y se ha encontrado predominancia en los hospederos adultos. Siendo el artefacto que tiene esta bacteria para lograr protección frente al pH ácido se sustenta en aglomerar una gran cuantía de ureasa en el citoplasma, en el espacio periplásmico y en la superficie de la bacteria. Debido a que dicha ureasa hidroliza la urea y produce amonio y dióxido de carbono para su acción al neutralizar el ácido clorhídrico, lo que provoca de manera momentánea aclorhidria lo que propicia un ambiente en el que puede habitar hasta llegar al epitelio gástrico. Añadido a esto, tanto la ureasa como el amonio tienen una acción en la respuesta en el hospedero de tipo inmune ya que el amonio actúa de forma quimiotáctica activando a los monocitos así como a los linfocitos polimorfonucleares y provocando la segregación de citosinas, lo que finaliza con una respuesta inflamatoria que favorece lesiones del epitelio gástrico. (Cervantes-García, 2016, Martínez y Panero, 2005).

Otros factores relacionados que no serían tan importantes pero que, sin embargo, se consideran factores de riesgo asociados para desarrollar úlcera gastro-duodenal. Teniendo en primer lugar de estos al estrés fisiológico intenso que lo encontramos en pacientes con grandes quemaduras, traumas del sistema nervioso central, cirugía mayor o sepsis. (Cervantes-García, 2016).

Luego de este, tenemos en consumo de sustancias perniciosas como el tabaco y e ingesta alcohólica los que resultan ser agresores directos de la mucosa gástrica; además se ha visto que el tabaco conlleva a un retraso en la cicatrización de las úlceras. Finalmente, se encuentran con escasa relevancia el estrés psicológico y los diversos factores dietéticos de la población. (Cervantes-García, 2016).

▪ **EROSIONES GASTRODUODENALES**

Dentro de las lesiones agudas a nivel del epitelio de mucosa gastroduodenal que constituyen un 20% del origen de la HDA se reúnen la utilización de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y/o infección por la bacteria *Helicobacter pylori* principalmente. Además, de otros factores clínicos relacionados como un paciente en unidad de cuidados intensivos con ventilación mecánica, coagulopatías, politraumatizados, entre otros. En estos casos, el sangrado digestivo como consecuencia de este tipo de gastritis, duodenitis y lesiones gastroduodenales se correlacionan con un sangrado leve. Raramente, cuando estas se asocian a la existencia de una úlcera podría llegar a producir una hemorragia clínicamente relevante. (Gonzales, 2015; Porras y Panero, 2005).

▪ **DESGARRO DE MALLORY-WEISS**

Se considera que el síndrome de Mallory-Weiss (SMW) principalmente origina del 0,5-17% de HDA no variceal y que se presenta con mayor frecuencia en varones, con 40 años como media de las edades. También se ha descrito en pacientes que han tenido ingesta enólica como antecedente, además en relación con la toma de AINES y en otras tantas situaciones. Mayormente, la

hemorragia en esta patología es autolimitada y de grado leve, con un riesgo de re-sangrado de hasta el 7% y no queda libre de producir mortalidad. (Elizalde, et al., 2001).

El desgarro de Mallory-Weiss se define como la laceración de la mucosa en la unión gastroesofágica, cardias gástricos o en el esófago distal. Esta se manifiesta comúnmente como un desgarro único, sin embargo, múltiples desgarros podrían presentarse y pueden ubicarse en cualquier lugar del contorno del cardias en el lado gástrico y muy ocasionalmente se extiende al esófago; en profundidad lesiona el epitelio de la submucosa y mucosa, que cuando llega a nivel de la serosa deriva en perforación. Produciéndose como consecuencia de vómitos que ocasionan arcadas de manera prolongada; el alcohol es la causa más común, pero otras causas de vómitos como la quimioterapia y la insuficiencia renal pueden causarlo. (Gonzales, 2015).

El cuadro representativo es el establecimiento de náuseas o vómitos como antecedente de la hematemesis, primordialmente en sujetos ya alcohólicos. (Martínez y Panero 2005).

La endoscopia, del mismo modo al ser el método de elección diagnóstica en SMW, permitiendo su tratamiento mediante diversas técnicas. Sin embargo, no contamos con suficiente información acerca del tratamiento endoscópico de esta patología. (Elizalde, et al, 2001).

▪ **MALFORMACIONES VASCULARES**

Las malformaciones arteriovenosas (MAV) corresponden de un 5 a un 10% como causa de HDA no variceal. Estas se encuentran frecuentemente en la endoscopia de rutina y se ha visto que pueden presentarse de manera esporádica o en asociación con otros trastornos, en algunos casos las MAV pueden originar un sangrado importante, que conlleva al desarrollo insidioso de anemia por deficiencia de hierro, o también manifestarse como un sangrado agudo, en la mayoría

de enfermos de edad avanzada no tienen una causa conocida por otra parte en caso de pacientes jóvenes pueden ser producidas por la telangiectasia hemorrágica hereditaria, enfermedad cardiaca valvular, ectasia vascular antral, gastropatía hipertensiva por congestión de la mucosa gástrica secundario a hipertensión portal, lesión de Dieulafo y que se presenta típicamente con sangrado intermitente y recurrente, entre otras. (Gonzales, 2015).

- **NEOPLASIAS**

Las neoplasias en regiones esofagogástricas generalmente se manifiestan en manera de sangrado gástrico crónico y el sangrado agudo que suele presentarse en los tumores de células estromales gastrointestinales (GIST) ulcerados. (Porras y Calleja, 2005).

- **MISCELÁNEA**

Dentro de esta encontramos por ejemplo a la fístula aorto-entérica en la que se sospecharía en aquel paciente que presente sangrado gástrico e historia de aneurisma en la aorta o usuario de prótesis vascular aórtica, teniendo frecuentemente una localización en la porción distal del duodeno. Otras razones poco usuales, como la hemobilia, se sospecharía frente a la salida sanguínea por la papila en correspondencia con una fístula arteriobiliar traumática, haciéndose el diagnóstico confirmatorio por una angiografía. (Porras y Calleja, 2005).

2. 1. 4. Hemorragia Alta Variceal

La hemorragia ocasionada una lesión de continuidad de las varices esofágicas se convierte en una complicación grave que encontramos frecuentemente en pacientes portadores de cirrosis hepática e hipertensión portal representando mayormente del 40-50% de pacientes con estas patologías de los cuales aproximadamente un 30% tendrán un cuadro de hemorragia digestiva en los dos primeros años posteriores al diagnóstico de su enfermedad. Y se estima una incidencia por año de hasta el 5% con respecto al desarrollo de varices esofágicas (Alcívar, Malla, Aguilar y Puga, 2018; García, 2013).

Además, posterior al primer episodio de sangrado aumenta hasta un 70% el riesgo de re-sangrado en un periodo de dos años. (Alcívar et al., 2018).

Se tienen en consideración que el tamaño de las varices esofágicas (mayor a 5mm), así como la presencia de puntos rojos en dicha superficie y el grado de insuficiencia hepática (que se evalúa mediante la clasificación de Child-Pugh) son los factores relacionados a un riesgo incrementado de originar un episodio de hemorragia digestiva alta, siendo esta primordialmente prevenible por la terapia endoscópica o médica (García, 2013).

Las varices gástricas pueden venir procedentes de varices provenientes a nivel del esófago, ya sean varices localizadas a nivel de fundus estomacal llamadas varices fúndicas. Pueden originarse varices gástricas marginales como resultado de una complicación de la trombosis en la vena esplénica posterior a pancreatitis o traumatismos primordialmente. (Alcívar et al., 2018).

Además de esto, se tiene que el factor de riesgo más importante que va a llevar al desarrollo de esta patología es la hipertensión portal adeudada a cirrosis; la cual se debe al consumo crónico

de bebidas alcohólicas; aunque ya sea cualquier enfermedad hepática crónica la que lleve a su desarrollo. (Alcívar et al., 2018).

CLASIFICACIÓN VÁRICES ESOFÁGICAS

Existen variedad de distribuciones en el caso de las varices esofágicas, siendo una de las más utilizada la clasificación de Paquet: (Zumaeta, 2007).

Grado I: en el cual existe una mínima protrusión en el epitelio esofágico, mayormente rectas, así como telangiectasias o hipervascularización capilar pertenecientes a un solo cuadrante. Grado II: donde existe la presencia de cordones moderadamente protruidos o nódulos que abarcan dos cuadrantes, en rosario o de manera recta, con un calibre mediano y/o pequeño. (Zumaeta, 2007).

Continuando con el grado III: hay várices que se extienden en tres cuadrantes de tamaño mediano a grande, pudiendo ser tortuosas con protrusión que comprometerían hasta la mitad del diámetro esofágico, con o sin signos de color rojizo. Y por último el grado IV: Están las várices que se ubican en los cuatro cuadrantes tortuosos, gruesos que ocupan más de la mitad de la amplitud esofágica de un tamaño grande, y usualmente también poseen signos de color rojizo. (Zumaeta, 2007).

CLASIFICACIÓN VÁRICES GÁSTRICAS

Se encuentran divididas en dos amplios grupos, según Sarin y resguardado según beneplácito de Baveno III: La tipo I que son las varices esófago-gástricas (VEG) y la tipo II que contiene a las varices gástricas aisladas (VGA).

Las várices gástricas (VG) se encuentran en menor frecuencia que las várices esofágicas (VE) en 20% de todos los enfermos que padecen hipertensión portal. (Zumaeta, 2007).

Las várices esófagogastricas mayormente están coligadas a várices esofágicas las cuales se subdividirían en: Tipo VEG - 1: se desarrollan como una prolongación de las primeras várices esofágicas y cuales se despliegan alcanzando de 2 hasta 5 cm por abajo de la unión esofágogastrica únicamente por la curvatura menor. Y tipo VEG - 2: cuales se expanden hacia el fundus de la superficie estomacal.

Entretanto las várices gástricas marginales o VGA se distribuyen: Tipo VGA - 1: se ubican únicamente en el fundus en carencia de várices esofágicas. Tipo VGA - 2: localizadas en diferentes sectores del estómago. (Zumaeta, 2007).

Además, se estima que pacientes en estadio Child A presentan el 40% de riesgo de presentar VE; en cuanto a si pertenecieran al estadio Child C el porcentaje aproximado seria de 85%. En sujetos padecientes de cirrosis biliar primaria, la presentación con VE es de inicio más temprano. (Nicolás, 2014).

2. 1. 5. Fisiopatología

Primeramente, hay que tener en cuenta que la presión portal normal se considera en valores dentro de 5 hasta 10 mm Hg; las posibles modificaciones arteriovenosas de la presión portal son proporcionales en forma directa tanto al flujo sanguíneo como a la resistencia vascular. Siendo que exista la presencia de un incremento en el volumen sanguíneo, una vasodilatación de la arteria esplácnica, aumento del gasto cardiaco, así como de resistencia intrahepática y colindante lo que provocan de este modo el incremento de la presión portal. (Nicolas, 2014).

Definiéndose así a la hipertensión portal (HT) como el aumento de la gradiente de presión hepato-venosa mayor a 10 mm Hg, pudiendo presentarse la existencia de várices, así como hemorragia digestiva alta o ascitis. Dándose así el diagnóstico a través de la medición de la gradiente

de presión venoso hepático (GPHV) o visibilidad endoscópica de estas varices esofágicas. Hasta cerca de un 80% podría deberse a un origen de clase cirrótica como de no cirrótico. (Nicolás, 2014).

Las varices gastro-esofágicas se producen en consecuencia directa del incremento hipertensión portal el cual, en paciente con cirrosis, se da como producto del incremento de la resistencia al flujo portal y acrecentamiento del flujo portal de sangre venosa. Siendo el ascenso de la resistencia portal es tanto estructural (provocando alteración de la estructura vascular hepática al producir fibrosis así como nódulos de regeneración) así como dinámico (aumentando el tono vascular a nivel hepático producido por la falla de la función endotelial y la disminución de la biodisponibilidad del óxido nítrico). (Garcia-Tsao y Bosch, 2010).

En respuesta al aumento de la presión portal (>10 mm Hg) da origen a una circulación colateral que lleva el flujo hacia las venas sistémicas se van a formar estas colaterales portosistémicas debido a la apertura y maleabilidad de los canales vasculares ya existentes que se encargan de unir el sistema vena-portal y las venas cavas inferior y superior. (Nicolás, 2014; Garcia-Tsao y Bosch, 2010).

La hipertensión portal es el principal factor que conlleva a la formación de circulación colateral a través de vasos portosistémicos, sin embargo, existen otros factores por lo que se llega a producir lo antes mencionado. Siendo las colaterales más importantes las formadas a nivel gastro-esofágico que van en dirección a la vena ácigos y de ahí a la vena cava superior y que van a ser los principales responsables de la complicación de la alta presión portal: hemorragia digestiva alta pudiendo llegar a ser masiva. (Nicolás, 2014; Garcia-Tsao y Bosch, 2010).

Estudios recientes han expuesto la importancia en la génesis de la hipertensión portal y de las varices esofágicas el rol de la endotelina 1 (ET-1) y el óxido nítrico (NO). Encontrando que la ET-1 es un potente vasoconstrictor y el óxido nítrico es una esencia vasodilatadora producida por las células endoteliales dentro de los sinusoides. Sobre la cirrosis hay una alteración de estos componentes, presentando la ET-1 intensificada y el NO decrecido. (Nicolás, 2014; Garcia-Tsao y Bosch, 2010).

Añadiendo a esto se ha encontrado una serie de mecanismos dentro de lo que es la microcirculación hepática que podrían llegar a explicar el aumento de la resistencia vascular intrahepática como lo son la reducción del calibre de los sinusoides debido al aumento de los hepatocitos en tamaño. También a una compresión de las venas hepáticas a causa de los nódulos de regeneración y lesiones en la vena hepática por la fibrosis que se forma alrededor de la misma; cambios venooclusivos y por la inflamación portal fibrosis y necrosis portal que llevarían a un bloqueo perosinusoidal. (Zumaeta, 2007).

La hemorragia digestiva alta variceal es uno de los eventos más graves encontrados en pacientes con cirrosis que van a producir una mortalidad alta, teniendo en cuenta eso es importante conocer los factores de riesgo que pueden producir dicha patología. Un estudio de tipo observacional realizado en Sudamérica que incluyó a 63 cirróticos que presentaron HDA variceal realizada por Para y colaboradores concluyen lo siguiente: Pacientes con un Child Pugh C están relacionados con una mortalidad en 6 semana con una significancia $p: 0.003$, mientras que encontró durante la endoscopia un sangrado activo y/o una creatinina > 0 o igual a 1 está relacionado con riesgo de re-sangrado durante los 5 primeros días. (Alcívar et al., 2018).

Se ha visto que la mortalidad intrahospitalaria de hemorragia digestiva alta variceal se encuentra en un rango de 20 a 25% y estos números se incrementarían si consideramos que muchos

pacientes fallecen antes de su llegada al hospital debido a una pobre reserva hepática. En la actualidad, estas cifras de mortalidad hospitalaria han ido disminuyendo a menos del 10%. (Velásquez, 2006).

Para ello, es importante tener en conocimiento diversos factores predictivos para una mortalidad temprana como lo son: el grado de severidad de la hemorragia, el grado de disfunción hepática, si existe la presencia de infecciones o disfunción renal. Así como, la presencia de sangrado activo, re-sangrado precoz, alguna patología cardio-respiratoria adyacente sumándose a todo eso una presión portal mayor o igual de doce milímetros de mercurio. (Velásquez, 2006).

Diferentes patrones farmacológicos como generales que fueron utilizadas para tener control de la hemorragia teniendo como causa las várices esófago-gástricas, taponamiento esofágico, escleroterapia transyugular, atadura de várices, incluyendo drogas, shunt porto-sistémico transyugular intrahepático (TIPS) y cirugía de emergencia. Aislados no son sumamente eficientes, sin embargo, para lograr exitosamente el tratamiento se solicita una combinación de los procedimientos mencionados. (Velásquez, 2006).

2. 1. 6. Factores De Riesgo Para El Desarrollo De HDA

Los factores de riesgo más importantes asociados al desarrollo de este tipo de patología se dividen en:

a) Factores no modificables:

1. Edad: siendo este considerado como el factor no modificable más importante ya que diversos estudios han demostrado que hay un incremento de manera exponencial en la incidencia de la HDA con respecto al aumento progresivo de la edad; se dice pues que pacientes entre los 60 años a 74 años son el grupo etareo más afectado por la mencionada patología. (Jiménez, et al., 2015).

2. Sexo: estadísticamente se ha evidenciado que la HDA suele tener mayor prevalencia en el sexo masculino comparándolo con el femenino; también se ha visto que la mayor mortalidad se encontró en el sexo masculino. (Jiménez, et al., 2015).

3. Raza: se ha visto que en diversos estudios no encuentran significancia mencionando que no existe mayor diferencia en cuanto a razas. Sin embargo, se ha encontrado una prevalencia en la raza caucásica de hasta 96%. (Pérez, et al., 2012).

b) Factores modificables:

son aquellos factores en los que se pueden desarrollar medidas de acción tanto como para prevenir su aparición o para disminuir su desarrollo. Dentro de estos factores podemos mencionar:

1. Ingesta de fármacos: Se tiene que el consumo de AINE y de aspirinas incrementa el riesgo de HDA en pacientes adultos de 40 a 60 años, debido a que están relacionados a la aparición de úlceras duodenales como gástricas (Un 40-60% de los sujetos usuarios regulares de AINEs tienen erosiones a nivel gástrico y un 10-30% son úlceras gástricas). El empleo profiláctico de fármacos inhibidores de la secreción ácido gástrico reduce la tasa de estos eventos, se destaca que los ancianos suelen requerir más fármacos AINE lo que hace que aumente el riesgo de esta patología, ya que el peligro de presentar síndrome ulceroso es dosis-dependiente de la utilización de AINEs. El uso de corticoesteroides no acrecienta la probabilidad de presentar úlcera péptica o hemorragia, sin embargo, si se asocian con AINES esta probabilidad se encuentra aumentada 10 veces más (Portilla, 2010; Bolívar, 2016).

2. Infección por *Helicobacter Pylori*: Se considera que cerca del 50 % de la población a nivel mundial está infectada por la mencionada bacteria; sin embargo, tenemos diferencias de acuerdo

con los países, así como razas y niveles socioeconómicos por ejemplo, en Europa y Estados Unidos, donde se señalan prevalencias mínimas de infección (20 % a 30%), entretanto que en países en desarrollo es de hasta 60% o 70%. La infección por Hp se encuentra en relación con la existencia de úlcera a nivel duodenal en 90% o 95% y a la úlcera gástrica en 80% o 85%. (Rojas, Zamorano-Orozco, Mejia y Martinez, 2011).

3. Cirrosis: siendo un estadio último de un ramo de diferentes enfermedades crónicas hepáticas caracterizado por fibrosis y regeneración nodular; llega a producir crecimiento de la presión portal que va dar lugar a complicaciones entre ellas originando varices esofágicas en un 40-50% de pacientes con estas patologías de los cuales aproximadamente un 30% tendrán un cuadro de hemorragia digestiva. (Nicolás, 2014).

4. Sd. Mallory Weiss: se encuentra como causa del 0,5 al 17% de los casos de sangrado gástrico alto según los variados estudios. No obstante, se puede encontrar en sujetos de ambos sexos o de diferentes edades, de mayor incidencia en varones, con 40 años como media de la edad. Por añadidura, en pacientes con historial de ingesta enólica, se ha descrito en afinidad con el uso de antiinflamatorios no esteroideos y en otras situaciones. Generalmente, el sangrado en este síndrome se autolimitada y sería leve; pero se ha informado un riesgo de re-sangrado de hasta el 7% y no está libre de mortalidad. (Elizalde, et al., 2001).

5. Consumo de alcohol: El consumo de alcohol ya sea agudo o crónico se simboliza como un factor de riesgo para el desarrollo de HDA tanto variceal como no variceal. La hepatopatía por alcohol es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio. Los grupos de edad más afectados se encuentran entre la tercera así mismo dentro de la quinta décadas de la vida. Predomina por su frecuencia y gravedad la lesión hepática alcohólica. (Parés y Caballería, et al., 2011).

III. Método

3. 1. Tipo de investigación

El presente estudio es una investigación de tipo:

3. 1. 1. Observacional: Debido que el investigador no realizó alguna intervención por parte del investigador, y este se limitó a medir las variables ya definidas en este estudio.

3. 1. 2. Descriptivo: Solo se describió un fenómeno dentro de una población de estudio y se dio a conocer su distribución en la misma.

3. 1.3. Retrospectivo: Ya que los elementos registrados ocurrieron anterior al estudio.

3. 1.4. Transversal: Se hizo una única medición en un tiempo establecido.

3. 2. Ámbito temporal y espacial

Ámbito espacial: Se selecciono como área de estudio al servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue

Ámbito temporal: Se realizo de Enero a Setiembre del 2018 tomando pacientes con el diagnostico de Hemorragia Digestiva alta en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue

3. 3. Variables

3. 3. 1. Variable independiente:

Hemorragia Digestiva alta

3. 3. 2. Variable dependiente:

Consumo de Aines

Cirrosis

Edad

Genero

Lugar de procedencia

3. 4. Población y muestra

3. 4. 1. Población

Está formada por todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018.

3. 4. 2. Muestra

Está conformada por todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018.

3. 4. 3. Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diagnosticados con Hemorragia Digestiva Alta que ingresaron a al servicio de medicina interna.
- Pacientes diagnosticados con hematemesis que ingresaron a al servicio de medicina interna.
- Pacientes diagnosticados con melena que ingresaron a servicio de medicina interna.
- Pacientes de ambos géneros que ingresaron a al servicio de medicina interna.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes ingresados a otros hospitales.
- Pacientes que ingresaron a al servicio de medicina interna con hemorragia digestiva baja.
- Pacientes que ingresaron a al servicio de medicina interna con HDA por trombosis vena esplénica.
- Pacientes que ingresaron a al servicio de medicina interna con HDA por traumatismos.

3. 5. Técnica

El tipo de técnica utilizada en el actual estudio es la de tipo documentaria, debido a que se realizó una investigación revisando textos y/o documentos directamente, de cuales se toma y se selecciona la información relevante para el estudio.

3. 6. Instrumentos

Para la obtención de datos se rellenará en de fichas de recolección de datos a partir de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018.

3. 8. Procedimientos

Para la obtención de la población y número de historias clínicas se tuvo acceso al programa

SINGHO del servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue; para la revisión de las mismas se solicitó permiso al jefe del servicio de medicina interna de dicho nosocomio. Luego de tener acceso a las historias clínicas se seleccionó aquellas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en la investigación. Para la recolección de la información de importancia se utilizó fichas de recolección de datos previamente diseñadas para la investigación. El periodo de recolección de la información se realizó según cronograma, y estuvo a cargo de la investigadora.

3. 9. Análisis de datos

Se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25. Se consideró análisis descriptivo. Para describir las variables se tomó en cuenta frecuencias y proporciones. Posteriormente se realizó la presentación y la interpretación de los datos mediante el uso de cuadros estadísticos y además se los representó gráficamente.

IV. Resultados

RESULTADO N° 1

Tabla 1

Incidencia de hemorragia digestiva alta en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre enero- setiembre 2018.

Tiempo	pacientes	HDA	incidencia
enero-set. 2018	2734	74	2,7%

Fuente: Ficha de recolección de datos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-setiembre 2018. Elaboración propia.

Gráfico n°1

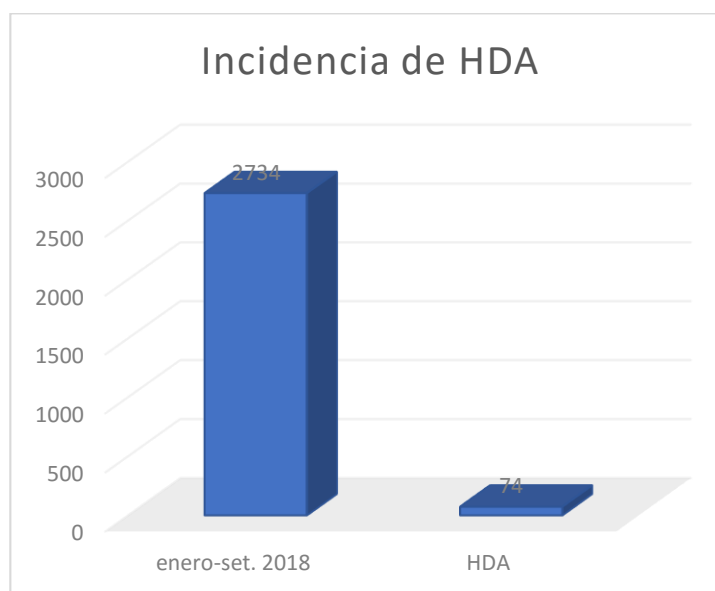


Gráfico 1. Incidencia de hemorragia digestiva alta en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre enero- setiembre 2018. Fuente: Elaboración propia

Análisis:

Se puede distinguir de la tabla 1 que del total de pacientes que ingresaron al sector de medicina interna del HNHU en periodo de tiempo entre enero a setiembre de 2018 fueron 2734 personas de las cuales con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta fueron 74. Teniendo los casos analizados una incidencia de 2,7%.

Tabla n°2

Incidencia de hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre enero-setiembre del 2018.

Tipos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Variceal	18	24.3	24.3	24.3
No variceal	56	75.7	75.7	100
Total	74	100	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-setiembre 2018. Elaboración propia.

Gráfico n°2

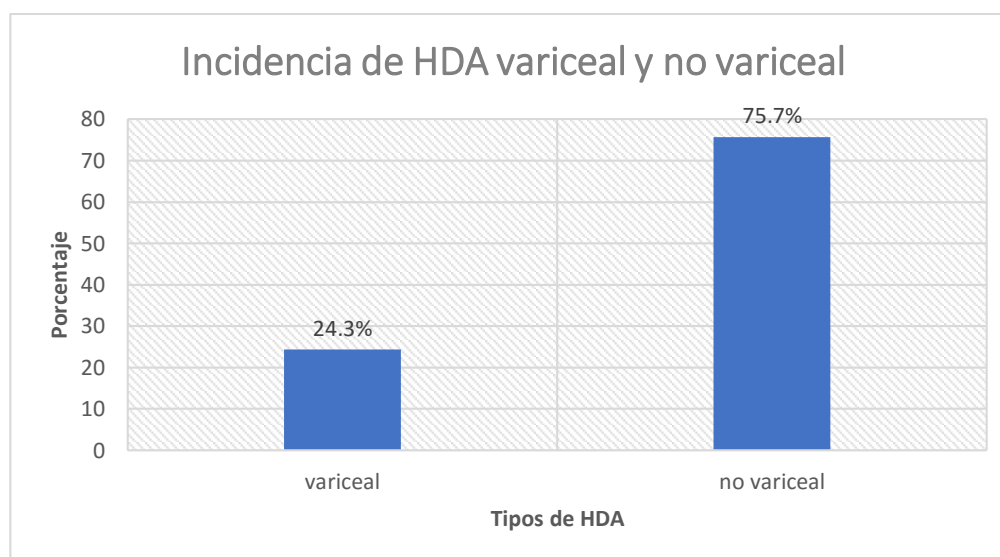


Gráfico n°2 Incidencia de hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre enero-setiembre del 2018. Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Se encontró que en la tabla 2, de una muestra de 74 pacientes con el diagnóstico de sangrado digestivo alto, el 75,7% de casos se trataba del tipo no variceal y el restante de 24,3% del variceal.

Tabla n°3.

Distribución según la edad de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-19	2	2.7	2.7	2.7
20-39	11	14.9	14.9	17.6
40-59	18	24.3	24.3	41.9
60-79	32	43.2	43.2	85.1
80-99	11	14.9	14.9	100
Total	74	100	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-setiembre 2018. Elaboración propia.

Gráfico n°3.

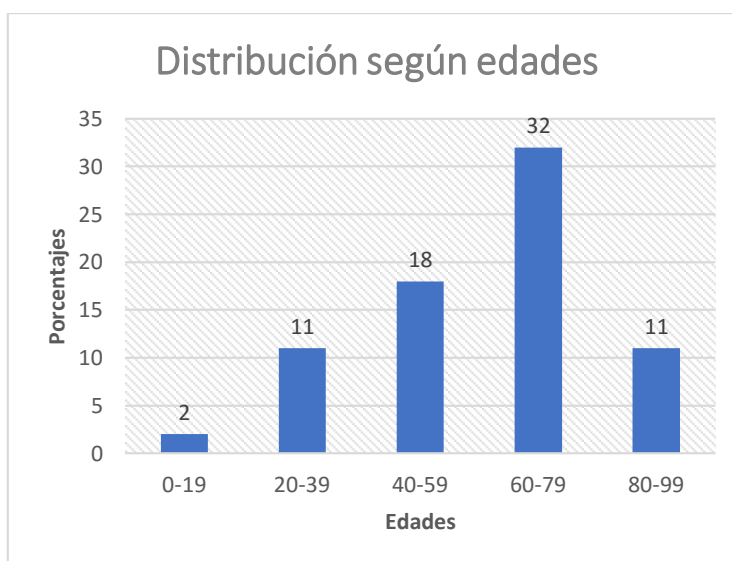


Gráfico n°3. Distribución según la edad de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Tenemos en la tabla 3 que la disposición de los pacientes con hemorragia gástrica alta según sus edades dividido ordinalmente en 5 grupos, con una edad el 3 % (2) corresponde a los pacientes cuyas edades son de <20 años, el 15% (11) a pacientes con edades que van desde 20-39 años, otro 15% (11) de pacientes con un rango de edad entre 80-99 y el 43% (27) corresponde a pacientes cuyas edades se encuentran entre 60-79, lo que nos indica que la mayor incidencia de HDA se da en pacientes entre de 60-79 años.

Tabla n°4

Distribución según el género de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
femenino	23	31.1	31.1	31.1
masculino	51	68.9	68.9	100
Total	74	100	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-setiembre 2018. Elaboración propia.

Gráfico n°4

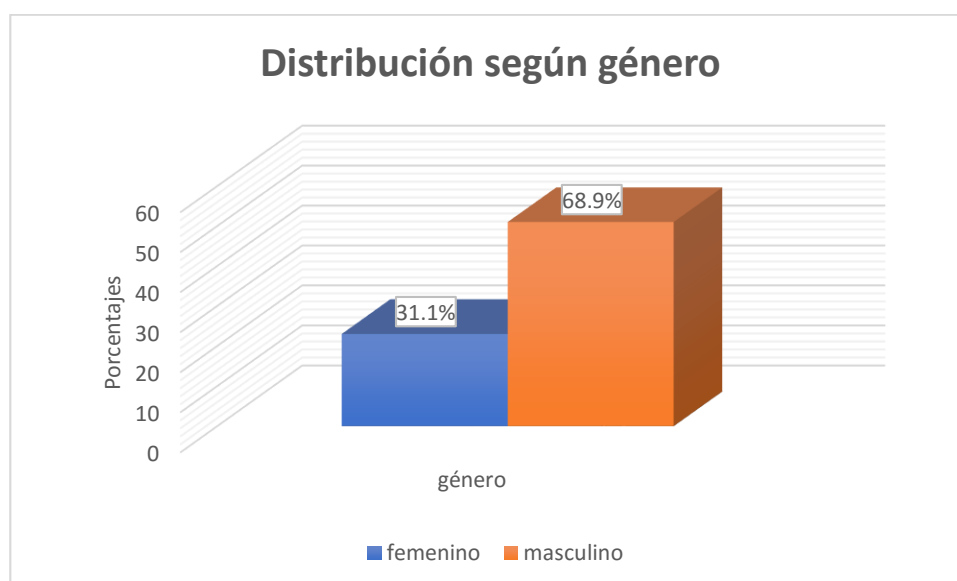


Gráfico n°4. Distribución según el género de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Teniendo una muestra de 74 pacientes (100%) con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, dentro de la tabla 4 los cuales el 68.9% (51) corresponden al género masculino y el 31.1% (23) al género femenino. Encontrando una mayor incidencia en el género masculino.

Tabla n°5.

Distribución según el lugar de procedencia de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
lima norte	2	2.7	2.7	2.7
lima sur	3	4.1	4.1	6.8
lima este	52	70.3	70.3	77
lima centro	9	12.2	12.2	89.2
Otros	8	10.8	10.8	100
Total	74	100	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-setiembre 2018. Elaboración propia.

Gráfico n°5.

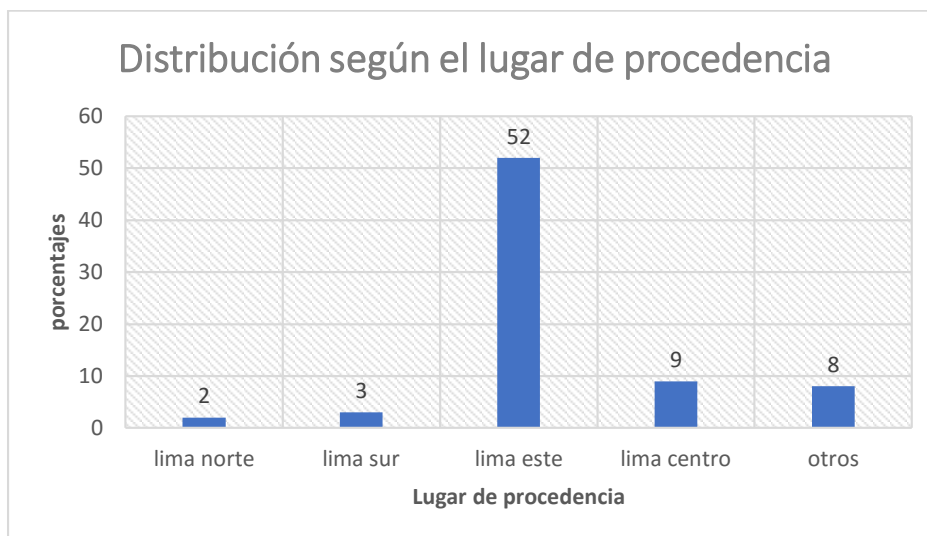


Gráfico n°5. Distribución según el lugar de procedencia de los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Se encontró en la tabla 5, de un total de 74 pacientes que acudieron al Hospital Nacional Hipólito Unanue, el 70% provenía de lima este; el 12% de lima centro; el 11% de otras provincias; 4% venían desde lima sur y el restante 3% acudieron desde lima norte.

Tabla n°6.

Distribución según la clasificación de hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enfermedad ulcero péptica	45	60.8	60.8	60.8
Varices gastroesofágicas	18	24.3	24.3	85.1
Sd. Malorrry Weis	1	1.4	1.4	86.5
Gastropatía erosiva	8	10.8	10.8	97.3
Angiodisplasias o malformaciones vasculares	2	2.7	2.7	100
Total	74	100	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-setiembre 2018. Elaboración propia.

Gráfico n°6

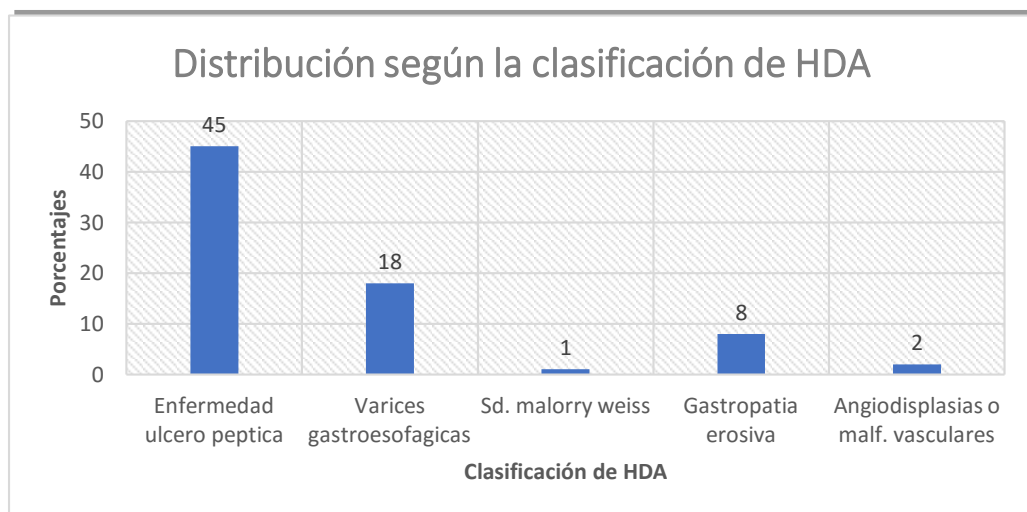


Gráfico n°6 Incidencia según el tipo de hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Como resultado en la tabla 6, según la clasificación de hemorragia digestiva alta se encontró que con un 45% la enfermedad ulcero péptica era más frecuente en esta muestra; con un 18% las varices gastroesofágicas; un 8% en el caso de gastropatía

erosiva; 2% para angiodisplasias o malformaciones vasculares y un 1% en el caso de Sd.

De Malorrry Weiss.

Tabla N°7

Distribución según el consumo de aines en pacientes con hemorragia digestiva alta del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Consumo de aines	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	26	35.1	35.1	35.1
No	48	64.9	64.9	100
Total	74	100	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-setiembre 2018. Elaboración propia.

Gráfico N°7

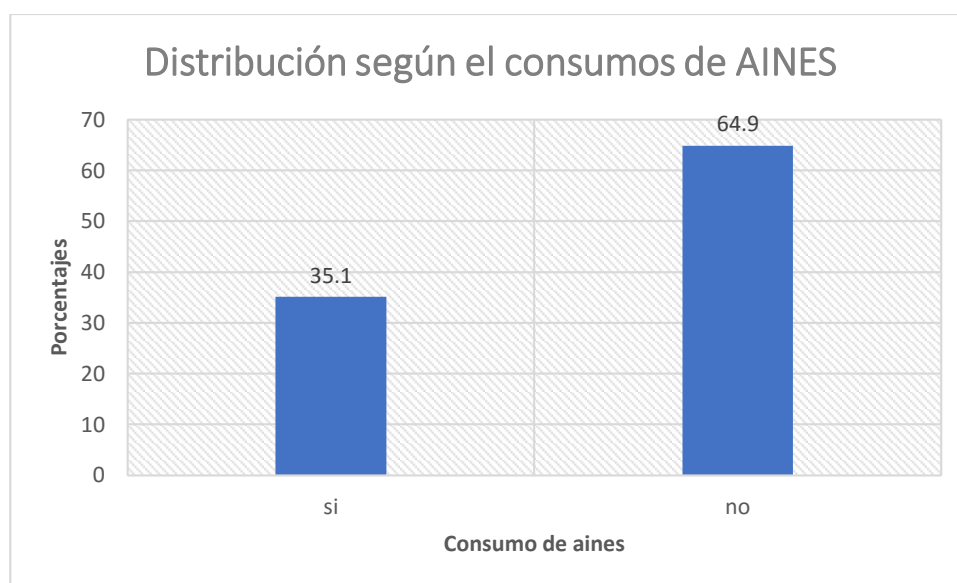


Gráfico N°7. Distribución según el consumo de aines en pacientes con hemorragia digestiva alta del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Esta tabla nos muestra que para una muestra de 74 pacientes (100%), existe un 35.1% (26) de personas que consumieron aines y 64.9% (48) no consumieron aines.

Tabla N°8

Distribución según el consumo de aines en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Consumo de aines	Variceal	No variceal	Total
Si	4	22	26
No	14	34	48
Total	18	56	74

Fuente: Ficha de recolección de datos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-setiembre 2018. Elaboración propia.

Gráfico N°8

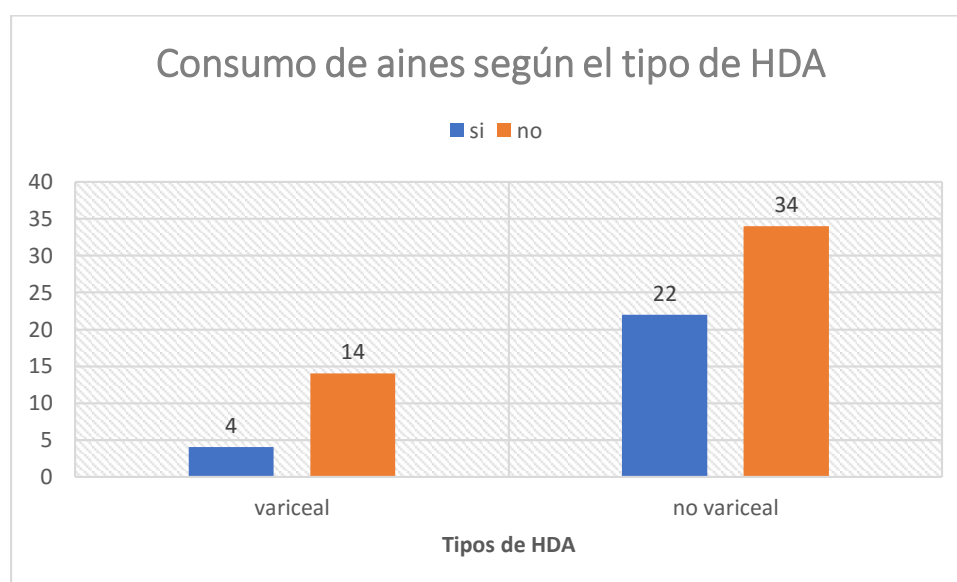


Gráfico N°8. Distribución según el consumo de aines en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Se tiene a partir de esta tabla, se tiene que en el caso del consumo de aines en el caso de hemorragia digestiva alta variceal, 4 (22.2%) la consumieron y 14 (77.8%) no consumieron aines. Además de ello, en enfermos con los diagnósticos de hemorragia digestiva alta tipo no variceal 22 (39.3%) personas consumieron aines y 34 (60,7%) no consumieron aines.

Tabla N°9

Distribución según la presencia de Cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Cirrosis	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	19	25.7	25.7	25.7
No	55	74.3	74.3	100
Total	74	100	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-setiembre 2018. Elaboración propia.

Gráfico N°9

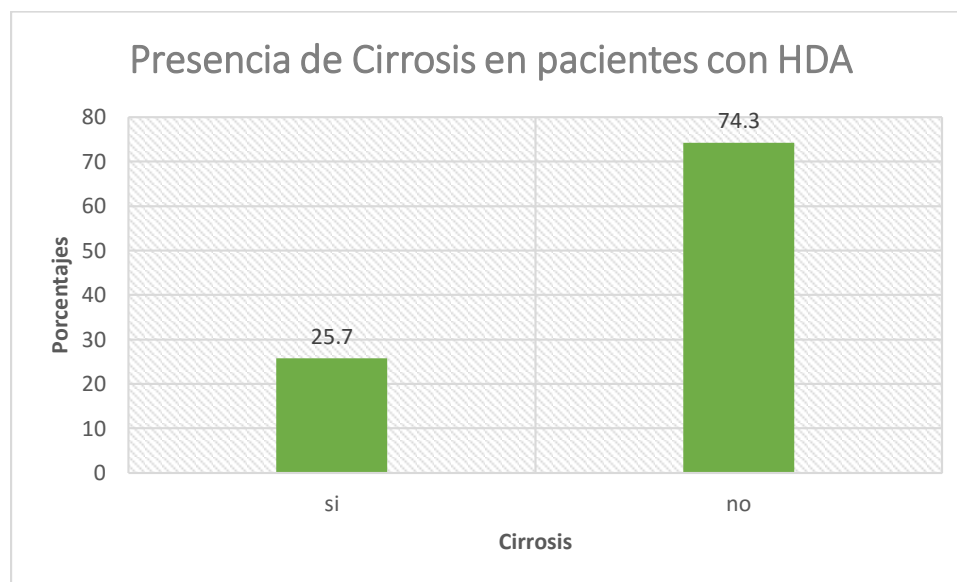


Gráfico N°9. Distribución según la presencia de Cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

Teniendo a la tabla anterior, se obtuvo que 25.7% (19) de la muestra presentaba Cirrosis y el resto, 74.3% (55) no presento dicha patología de todos los enfermos con diagnóstico de hemorragia digestiva.

Tabla N°10

Distribución según la presencia de cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

cirrosis	Variceal	no variceal	Total
si	18	1	19
no	0	55	55
Total	18	56	74

Fuente: Ficha de recolección de datos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-setiembre 2018. Elaboración propia.

Gráfico N°10

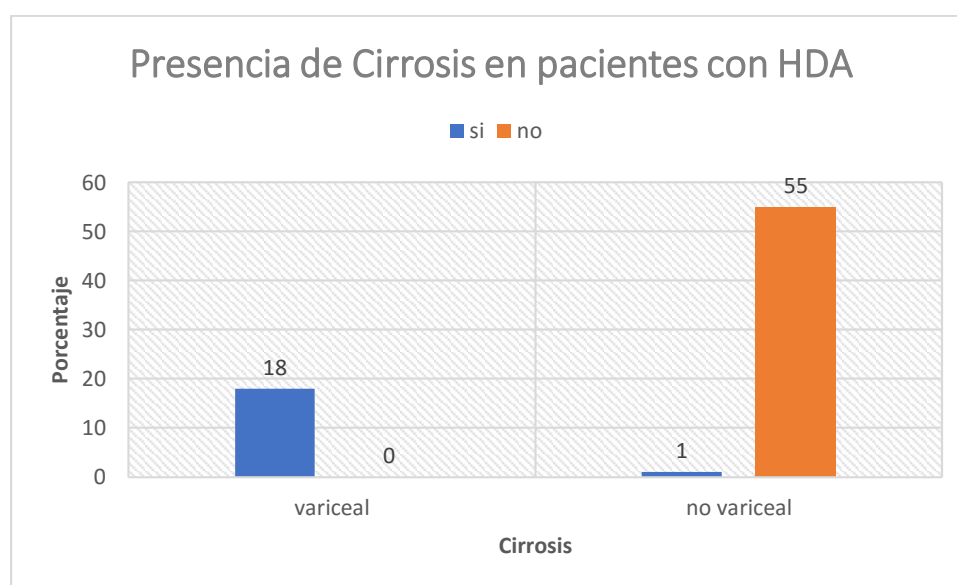


Gráfico N°10. Distribución según la presencia de cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Fuente: Elaboración propia.

Análisis:

A partir de esta tabla, se tiene que cuando hay la existencia de cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal, 18 (100%) la presentaron y 0 (0%) no tenían cirrosis. Además de

ello, en pacientes con los diagnósticos de hemorragia del tracto digestivo alto no variceal 1 (1.8%) tenía cirrosis y 55 (98.2%) no la presentaba.

V. Discusión de resultados

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal, desarrollado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue, entre Enero a Setiembre del 2018; habiéndose constatado 74 pacientes con el diagnóstico de Hemorragia digestiva alta de un total de los 2,734 pacientes ingresados a este servicio.

En el trabajo se encontró una incidencia de 2,7% de hemorragia digestiva alta dentro de un total de 2,734 (100%) de pacientes que fueron hospitalizados al sector de medicina interna del mencionado nosocomio de enero a setiembre del 2018. En relación con el trabajo que realizó Mero (2011) en el Hospital Rodríguez Z. donde encontró una prevalencia de 0,3% (134 de 38,325) siendo sus casos nuevos y antiguos inferior al de nuestro estudio. O con diversos estudios que muestran una incidencia global de 515%.

Se encontró que, de una muestra de 74 pacientes con el diagnóstico de hemorragia gástrica alta, el 75,7% de casos se trataba del tipo no variceal y el restante de 24,3% del variceal. Mostrando así que la hemorragia digestiva alta de tipo no variceal es más usual comparada con la de tipo variceal.

Según la presente investigación que contó con una muestra de 74 pacientes (100%) con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, de los cuales el 68.9% (51) corresponden al género masculino y el 31.1% (23) al género femenino. Encontrando una mayor incidencia en el género masculino. Datos similares a los de Cruz Guillen y Sánchez Espinosa (2013) que constituyen al sexo masculino se vería más afectado que el género femenino (53% vs. 47%). Y a los de Jimenez et al. (2009) donde predomina el sexo masculino (43) sobre el femenino (13).

De acuerdo con la distribución de acuerdo a grupo etario se halló dividido ordinalmente en 5 grupos, con un 3%(2) que corresponde a los pacientes cuyas edades son de <20 años, el 15%(11) a pacientes con edades que van desde 20-39 años, otro 15%(11) de pacientes con un rango de edad entre 40-59 y el 43% (27) corresponde a pacientes cuyas edades se encuentran entre 60-79%, lo que nos indica que la mayor incidencia de HDA se da en pacientes entre de 60-79 años. Comparando con el estudio de Mero (2011) en el cual se observó que el grupo etario con mayor incidencia fue el de 60-80 años con un 35,8%, seguido de los mayores de 80años con un 28,8%. También con lo que Coro et al. (2013) encontró que la mediana de la edad es de 60 años. Importante teniendo en cuenta que la mortalidad aumenta proporcionalmente con la edad como lo menciona Paredes, J. (2017) tomando como punto de corte los 60 años.

Se encontró de un total de 74 pacientes que acudieron al Hospital Nacional Hipólito Unanue, el 70% provenía de lima este; el 12% de lima centro; el 11% de otras provincias; 4% venían desde lima sur y el restante 3% acudieron desde lima norte, parámetro que no es concluyente en otras investigaciones revisadas en la bibliografía.

Por otra parte, como resultado según la clasificación de hemorragia digestiva alta se encontró que con un 45% la enfermedad ulcero péptica era más frecuente en esta muestra; con un 18% las varices gastroesofágicas; un 8% en el caso de gastropatía erosiva; 2% para angiodisplasias o malformaciones vasculares y un 1% en el caso de Sd. De Malorrry Weiss. En contra posición a Cruz Guillen y Sánchez Espinosa (2013), quienes hallaron a la enfermedad variceal con la más frecuente con un 42%, seguido de enfermedad ulcerosa con un 35%. Pero similares a Jiménez et al. (2015) con un 71,6% correspondiente a úlcera péptica, seguida de gastritis aguda erosiva con un 11,6%

Este estudio nos muestra que para una muestra de 74 pacientes (100%), existe un 35.1% (26) de personas que consumieron aines y 64.9% (48) no consumieron aines. Similar con Cruz Guillen y Sánchez Espinosa (2013) que muestran una incidencia mayor con 66,3% (55) los cuales no consumieron aines en relación con el 33,7% (28) que si consumieron aines.

Además de ello, se tiene que en el caso del consumo de aines en el caso de hemorragia digestiva alta variceal, 4 (22.2%) la consumieron y 14 (77.8%) no consumieron aines. Además de ello, en pacientes con los diagnósticos de hemorragia digestiva alta subtipo no variceal 22 (39.3%) personas consumieron aines y 34 (60,7%) no consumieron aines. Teniendo que en el estudio de Ayllon y Zambrano (2018) el consumo de aines fue de aproximadamente de 66% de todos los casos de HDA no variceal.

Se obtuvo que 25.7% (19) de la muestra presentaba Cirrosis y el resto, 74.3% (55) no presento dicha patología de todas las personas con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta. Así como se tiene que cuando hay la presencia de cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal, 18 (100%) la presentaron y 0 (0%) no tenían cirrosis. Además de ello, en pacientes con los diagnósticos de hemorragia digestiva alta no variceal 1 (1.8%) tenia cirrosis y 55 (98.2%) no la presentaba.

Comparándolo con el estudio de Mero (2014) que dentro de las comorbilidades esta la presencia de cirrosis en un 13,1% (18) de los pacientes con hemorragia digestiva alta. Y con el de Ayllon y Zambrano (2018) que muestra toda su muestra (4) con cirrosis como patología asociada a HDA Variceal.

VI. Conclusiones

- I. Se puede observar que el total de pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna del HNHU en periodo de enero a setiembre de 2018 fueron 2734 pacientes de las cuales con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta una incidencia de 2,7% (74 pacientes).
- II. Se encontró que, de una muestra de 74 pacientes con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, una incidencia mayor en el caso del tipo no variceal con 75,7% y comparado 24,3% del variceal.
- III. Tenemos que la asignación de los pacientes que sufren de hemorragia digestiva alta según sus edades dividido ordinalmente en 5 grupos, con una edad el 3 % (2) corresponde a los pacientes cuyas edades son de <20 años, el 15% (11) a pacientes con edades que van desde 20-39 años, otro 15% (11) de pacientes con un rango de edad entre 80-99 y el 43% (27) corresponde a pacientes cuyas edades se encuentran entre 60-79, lo que nos indica que la mayor incidencia de HDA se da en pacientes entre de 60-79 años. En el caso del género se vio una incidencia mayor en el género masculino con un 68.9% (51) y el 31.1% (23) del género femenino.
- IV. Como resultado según la clasificación de hemorragia digestiva alta se encontró que con un 45% la enfermedad ulcero péptica era más frecuente en esta muestra; con un 18% las varices gastroesofágicas; un 8% en el caso de gastropatía erosiva; 2% para

angiodisplasias o malformaciones vasculares y un 1% en el caso de Sd. De Malorrry Weiss.

- V. Se concluye que para una muestra de 74 pacientes (100%), existe una mayor incidencia en quienes consumieron aines (64.9%) en relación con los que no consumieron aines (35. 1%). Además, el consumo de aines en el caso de hemorragia digestiva alta variceal, 4 (22.2%) la consumieron y 14 (77.8%) no consumieron aines. Y en pacientes con los diagnósticos de hemorragia digestiva alta no variceal 22 (39.3%) personas consumieron aines y 34 (60,7%) no consumieron aines.
- VI. Se obtuvo que 25.7% de la muestra presentaba Cirrosis y el resto, 74.3% no presento dicha patología de todos los pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta. Por otra parte, la presencia de cirrosis en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal, 18 (100%) la presentaron y 0 (0%) no tenían cirrosis. Además de ello, en pacientes con los diagnósticos de hemorragia digestiva alta no variceal 1 (1.8%) tenia cirrosis y 55 (98.2%) no la presentaba.

VII. Recomendaciones

- I. Elaboración de una historia clínica completa correctamente de los pacientes que ingresan a hospitalización, para contar con datos más confiables y completos, los que nos servirán para realizar estudios de calidad.
- II. Informar a los pacientes sobre el uso excesivo de aines sobre todo en pacientes mayores de 60 años, ya que se ha visto una mayor incidencia en este grupo etario.
- III. Realizar prevención en pacientes con Cirrosis, a través de la endoscopia debido que hay mayor incidencia en pacientes con la patología mencionada.
- IV. Hacer protocolos de manejos y consecutivo seguimiento en las patologías con mayor incidencia de hemorragia digestiva alta. Por ejemplo, en el caso de enfermedad úlcero péptica.
- V. Realización de estudios más amplios como el caso de estudios analíticos, observacionales para determinar factores de riesgo y con ello, reconocerlos de manera temprana disminuyendo así la incidencia de hemorragia digestiva alta.

VIII. Referencias

- Ayllón, Y. y Zambrano, M. (2018). *Factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes menores de 50 años. Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo, Enero de 2015 a diciembre del 2016.* (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador. Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1005/1/Paredes%20Eg%C3%BAsquiza%2C%20Jonath%C3%A1n%20Mois%C3%A9s_2017.pdf?fbclid=IwAR20JvFefaZ5abI-DYy0AwnLi0tKJa16kgros5bUYejgHkaUNIfHYnxusTfI
- Almeida, R., Pérez, F., Orlando, J., y Martínez, A. (2011). Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario «Calixto García». *Revista Cubana de Cirugía*, 50(1), 40-53. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n1/cir04111.pdf>
- Basto, M., Vargas, G., y Angeles, P. (2005). Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” 1980-2003. *Revista de Gastroenterología Perú*, 25(1), 259-267. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v25n3/a05v25n3.pdf>
- Berardi, D., Paulero, M., Grosso, V., Meraldi, A., Olarte, E., Romeo, C., ... Young, P. (2018). Hemorragia digestiva alta no variceal. *Fronteras en Medicina*, 7(11), 7981. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/323395497>
- Camacho, J. (2014). Úlcera Péptica. *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica*, 71 (609), 129–134. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/609/art21.pdf>

Cevallos, A. y Cisneros, V. (2018). *Características Epidemiológicas, Clínicas, Endoscópicas En Pacientes Con Hemorragia Digestiva Alta. Área De Clínica Del Hospital Vicente Corral Moscoso 2014-2016*. (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29762/1/Proyecto%20de%20Investigacion.pdf>

Contardo, C. y Espejo, H. (2006). Hemorragia digestiva alta no originada por várices. *Acta médica peruana*, 23(3), 162176. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300007

Corzo, M., Guzmán, P., Bravo, E., Gallegos, R., Huerta, J., Surco, Y., ... De los Ríos, R. (2013). Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Estudio caso control. *Revista Gastroenterología Perú*, 33(3), 223-229 Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n3/a04v33n3.pdf>

De la Cruz-Guillén, A. y Sánchez-Espinosa, J. (2013). 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. *Medicina Interna de México*, 29(5), 449-457. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim135b.pdf>

Elizalde, I., Zozaya, J., Rodríguez, C., Carral, D., Jiménez, F., y Borda, F. (2001). Hemorragia digestiva alta por síndrome de Mallory-Weiss. Papel de la escleroterapia endoscópica. *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 24(3), 301306. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5972>

- Gallach, M., Calvet, X., Lanás, Á., Feu, F., Ponce, J., Gisbert, J., ...Barkun, A. (2013). Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Emergencia*, 25(4), 472-481. Recuperado de <https://docplayer.es/17309017-Guia-practica-para-el-manejo-de-la-hemorragia-digestiva-alta-no-varicosa.html>
- García, C., Bravo, E., Guzmán, P., Gallegos, R., Corzo, M., y Aguilar, V. (2015). Validación del score de Rockall en pacientes adultos mayores con hemorragia digestiva alta no variceal en un hospital general de tercer nivel. *Revista Gastroenterología Peru*. 35 (1), 2531. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v35n1/a03v35n1.pdf>
- García, J. (2013). Hemorragia digestiva por Hipertensión portal. *Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología*, 2(10), 8387. Recuperado de <https://docplayer.es/12793460-Hemorragia-digestiva-por-hipertension-portal.html>
- Gómez, W. (2008). Manejo Inicial Del Sangrado Digestivo (Revisión Bibliográfica). *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica*, 65(586), 341-350. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art6.pdf>
- Gonzales, J. (2015). Sangrado Digestivo Alto No Variceal. *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica*, 72(614), 141-148. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151za.pdf>
- Ichiyanagui, C. (2006). Epidemiología de la hemorragia digestiva. *Acta Medica Peruana*, 23(3), 152155. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n3/a05v23n3.pdf>
- Jiménez, D., Cong, J., Estrada, E., Bermúdez, A., Rivero, P., y Martínez, F. (2015). Evaluación de los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes del

- Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila. *Mediciego*, 11 (4), 1214. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2015/mdc154c.pdf>
- Martínez, J. y Calleja, J. (2005). Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos. *Emergencias*, 17(4), 5054. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-17/numero-4/hemorragia-digestiva-alta-etilogia-y-procedimientos-diagnosticos/>
- Mero, a. (2014). *Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes que acuden al hospital Rodríguez Zambrano de Manta 20102011 y propuesta de un protocolo actualizado en atención*. (tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador. Recuperado de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9509/1/TESIS%20HEMORRAGIA%20DIGESTIVA%20ALTA.pdf?fbclid=IwAR1FKSwpD5cXHIIY2f-GGnOJ9STYEEKb_YA1AJHuyV10NYJSd0Y91OU5zMU
- Paredes, J. (2015). *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*. (tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Perú. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10524/1/T-UCSG-PRE-MED-697.pdf?fbclid=IwAR0IPoMh-G--Dvbgwz-RipWVvFgO6tRMtM8hDa-MAX8Z7NOJ8sP-Ys44155E>
- Pérez, M. (2016). Hemorragia Digestiva Alta No Varicosa Revisión Bibliográfica. *Revista Médica Costa Rica y Centroamérica*, 73 (620), 479-483. Recuperado de <http://www.binnass.sa.cr/revistas/rmcc/620/art10.pdf>

- Santoyo, R. (2001). Gastropatía por AINE. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 64(1), 28-34. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2001/hgs011f.pdf>
- Soria, M., Malla, M., Aguilar, D., y Puga, M. (2018). Factores de riesgo asociados a mortalidad intrahospitalaria en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva variceal aguda. *Revista de facultades de ciencias médicas*, 21 (1), 48. Recuperado de <http://eluniversitario.edu.ec/revistas/index.php/RFCM/article/view/321?fbclid=IwAR3FplkOKEAyxZPx-Gjbnk6MguAC0tqDEcMcbQJheDkVNHSmuKaitgjoIzTU>
- Vásquez, J., Vargas, D., Arcana, R., Cervera, A., Contreras, J., Llatas, J., ...Zafra, J. (2017). Guía De Práctica Clínica Para La Evaluación Y El Manejo De Hemorragia Digestiva Alta. *Instituto De Evaluación De Tecnologías En Salud E Investigación*, 6, 414. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_HemorragiaDigAlta_EsSalud_ver_corta.pdf
- Velásquez, H. (2006). Hemorragia digestiva por várices esófago – gástricas. *Acta Médica Peruana*, 23(3), 156161. Recuperado de www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300006
- Villanueva, C., García, J., y Hervás, A. (2013). Hemorragia gastrointestinal. *Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología*, 37(19), 5585. Recuperado de www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf
- Zumaeta, E. (2007). Várices esofagogástricas. *Acta Medica peruana*, 24(1), 4752. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v24n1/a11v24n1.pdf>

IX. Anexos

Anexo N°1

1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala	Valores
Hemorragia Digestiva Alta	Es resultado de la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo ubicadas por encima del ángulo de Treitz,	Historia clínica	Ordinal	Variceal No variceal
AINEs	Antiinflamatorios no esteroideos que ejercen su acción mediante la inhibición de la enzima ciclooxigenasa.	Historia clínica	Nominal	Si No
Cirrosis	Enfermedad crónica difusa e irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de fibrosis y por la formación de nódulos de regeneración que llevan a la alteración de la funcionalidad hepática.	Historia clínica	Nominal	Si No
Edad	Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el presente de un individuo.	Historia clínica	De razón	0-19 años 20-39 años 40-59 años 60-79 años 80-99 años
Género	Es la categorización que recibe un individuo según sus características fisiológicas y biológicas.	Historia clínica	Nominal	Masculino Femenino
Lugar de procedencia	Área donde una persona reside	Historia clínica	Nominal	lima norte lima sur lima centro lima este otros

Anexo N°2**2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS****Ficha técnica de recolección de datos**

Fecha:

Nª de Historia Clínica:.....

Sexo:

Femenino () Masculino ()

Edad:

0-19 años ()

60-79 años ()

20-39 años ()

80-99 años ()

40-59 años ()

Lugar de procedencia:

lima norte ()

lima este ()

lima sur ()

otros ()

lima centro ()

Hemorragia Digestiva alta: si () no ()

Tipo de Hemorragia digestiva alta : Variceal () no variceal ()

Cirrosis: si () no ()

Consumo de AINES: Si () no ()

Anexo N°3

3. AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE TESIS

**AUTORIZACION DE EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS**

Quien suscribe; **JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**, del **HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE** autorizo:

A la Srta. **PAMELA ROSALIA BAZAN RUIZ** interna de medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal, realizara la ejecución de su proyecto de tesis titulado "Incidencia de Hemorragia Digestiva Alta y factores de riesgo más frecuentes asociados a este, en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los meses de Enero a Setiembre del 2018", en el servicio de Medicina Interna.

El Agustino 17 de Enero del 2019

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

FREDDY D. CAMPANA GARAY
MEDICO INTERNISTA
CMP. 24981 RSE. 10945
D.N. 00070943

Anexo N°4

Planteamiento del Problema	Objetivos	Hipótesis	Operacionalización de variables				Materiales y Métodos
			Definición	Indicador	Escala	valor	
¿Cuál es la incidencia de HDA y los factores de riesgo más frecuentes asociados a esta enfermedad en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los meses de enero a setiembre del 2018?	OBJETIVO GENERAL • Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta y los factores de riesgo asociado a este en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de enero a setiembre durante el año 2018 OBJETIVOS ESPECÍFICOS - Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta Variceal en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018. - Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta no variceal en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018. - Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta según grupo etario en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018. - Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta según lugar de género en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018. - Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta según región de procedencia en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018. - Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta según factores de riesgo modificables de procedencia en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018.	Dado que los reportes a nivel mundial indican que el HDA variceal es más frecuente que el HDA no variceal será probable que estos datos sean similares a los encontrados en la población peruana. Así mismo el grupo etario en el que se espera encontrar mayor incidencia es el grupo de 60 a 75 años con una mayor presencia en el género masculino que en el femenino.	Hemorragia Digestiva Alta	Es resultado de la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo ubicadas por encima del ángulo de Treitz,	Nominal	Variceal No variceal	Tipo de Estudio: Descriptivo, observacional y de corte transversal. Población: Estará conformada por todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de Enero a Setiembre durante el año 2018. Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes diagnosticados con Hemorragia Digestiva Alta que ingresaron a al servicio de medicina interna. • Pacientes diagnosticados con hematemesis que ingresaron a al servicio de medicina interna. • Pacientes diagnosticados con melena que ingresaron a al servicio de medicina interna. • Pacientes de ambos géneros que ingresaron a al servicio de medicina interna. Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes ingresados a otros hospitales. • Pacientes que ingresaron a al servicio de medicina interna con hemorragia digestiva baja. • Pacientes que ingresaron a al servicio de medicina interna con HDA por trombosis vena esplénica. • Pacientes que ingresaron a al servicio de medicina interna con HDA por traumatismos.
	AINE		Antiinflamatorios no esteroideos que ejercen su acción mediante la inhibición de la enzima ciclooxigenasa.	Nominal	Si No		
	Cirrosis		Enfermedad crónica difusa e irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de fibrosis y por la formación de nódulos de regeneración que llevan a la alteración de la funcionalidad hepática.	Nominal	Si No		
	Edad		Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el presente de un individuo.	De razón	≤19 años 20-39 años 40-59 años 60-79 años 80-99 años		
	Genero		Es la categorización que recibe un individuo según sus características fisiológicas y biológicas.	Nominal	Masculino Femenino		
Lugar de procedencia	Área donde reside una persona	Nominal	lima norte lima sur lima centro lima este otros				