



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Factores asociados a morbilidad y mortalidad en pacientes con hemorragia
digestiva alta no Variceal Sergio Bernal**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Muñoz Peña, Rosario Elizabeth (ORCID: 0000-0001-7895-1891)

ASESOR:

DR. Bazan Palomino Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no transmisibles

**PIURA - PERÚ
2021**

DEDICATORIA

A Dios, por permitir que mis padres estén presentes en este momento tan importante de mi vida y por brindarme salud para continuar con este largo camino.

A mi mamá, por estar conmigo en los momentos más difíciles, por confiar en mí, por ser mi amiga, compañera, mi guía y por todo el cariño brindado.

A mi papá, por el sacrificio diario para que nada nos falte, por ser un ejemplo a seguir, por la confianza y los valores que nos enseñaste.

A mi hermana, por ser mi consejera día a día, y por el apoyo que siempre me brindaste cada año de mi carrera.

A mi angelita, que desde el cielo cuida y guía mi camino día a día, fuiste tú mi mayor inspiración en este proyecto de investigación.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial al Dr. Saúl Chauca por su apoyo incondicional en la realización de este trabajo de investigación, por guiarme en cada paso a realizar y por brindarme sus ideas claves para culminar este trabajo. Le agradezco también por haberme facilitado todos los medios necesarios para realizar las actividades propuestas en este proyecto de investigación.

Debo agradecer a la Facultad de Medicina, a mis docentes por brindarme el conocimiento fundamental para mi carrera y a todas aquellas personas que formaron parte de mi formación en la etapa académica.

ÍNDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del Jurado.....	iv
Índice.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Realidad problemática.....	9
1.2 Trabajos previos.....	10
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	13
1.4. Formulación del problema.....	22
1.5 Justificación.....	22
1.6 Objetivos.....	22
II.MÉTODOS	24
2.1 Diseño de estudio de investigación.....	24
2.2 Variables Operacionalización.....	24
2.3 Población y muestra.....	29
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	30
2.5 Métodos de análisis.....	31.
2.6 Aspectos éticos.....	32

III.RESULTADOS.....	33
IV. Discusión.....	40
V. Conclusiones.....	44
VI. Recomendaciones.....	46
VII. Referencias bibliográficas	

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de esta investigación ha sido determinar factores que se relacionan con la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicela en el Hospital Sergio Bernal.

Métodos: En cuanto a los métodos se utilizó descriptivo, no experimental, transversal, retrospectivo

Resultados: En cuanto a los resultados, en un total de 220 pacientes con hemorragia digestiva en el 24% de 45 a 60 años y los que no lo presentan están presentes en el 36% de los casos estadísticamente la edad está relacionada con las hemorragias digestivas aunque los riesgos no son significativos. 39% tiene una estancia hospitalaria de 17 días el 23% tiene una estancia de 8 a 14 días y los que tienen más de 15 días en el 34% con 5 retiros voluntarios, pacientes con sangrado activo en el 32% vaso visible no sean grandes en un 43% coágulos adheridos tipo 2b en el 86% mancha plana pigmentada en el 89% base limpia en el 95% lesiones agudas de mucosa en el 93% Mallory Weiss en el 86% y lesiones malignas en el 73%.

Conclusiones: Se concluye que, las hemorragias digestivas de origen no varicoso afectan al 37% de los casos evaluados preferentemente a varones con una tendencia entre los 45 a 60 años, la estancia hospitalaria aproximadamente es de 1 a 7 días en el 39% de las hemorragias, las úlceras pépticas zona principal causa de hemorragia digestiva no varicosas, los principales hallazgos endoscópicos establece un vaso visible no sangrante en el 43% un coágulo adherido de tipo 2b en el 86% base limpia en el 95% y lesiones agudas de la mucosa en el 93%.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta, úlcera péptica, *Helicobacter pylori*.

ABSTRACT

Objective: The objective of this research has been to determine factors that are related to morbidity and mortality in patients with upper gastrointestinal bleeding without varicella at the Sergio Bernal Hospital.

Methods: Regarding the methods, it was used descriptive, not experimental, cross-sectional, retrospective

Results: Regarding the results, in a total of 220 patients with digestive bleeding in 24% from 45 to 60 years old and those who do not present it are present in 36% of the cases statistically age is related to digestive bleeding although the risks are not significant. 39% have a hospital stay of 17 days 23% have a stay of 8 to 14 days and those who have more than 15 days in 34% with 5 voluntary withdrawals, patients with active bleeding in 32% visible vessels are not large in 43% type 2b adhered clots in 86% pigmented flat spot in 89% clean base in 95% acute mucosal lesions in 93% mallory weiss in 86% and malignant lesions in 73%.

Conclusions: It is concluded that non-varicose digestive hemorrhages affect 37% of the cases evaluated, preferably in men with a trend between 45 to 60 years, the hospital stay is approximately 1 to 7 days in 39% of the cases. hemorrhages, peptic ulcers, the main cause of non-varicose digestive bleeding, the main endoscopic findings establish a visible non-bleeding vessel in 43% an adherent type 2b clot in 86% clean base in 95% and acute lesions of the mucosa in 93%.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer, Helicobacter pilory.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La hemorragia gastrointestinal es una emergencia médica y causa de morbilidad, mortalidad y costes sanitarios importantes. Puede poner en peligro la vida o puede tener curso progresivo y lento. La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como una hemorragia de origen gastrointestinal que se origina por encima del ligamento de Treitz e incluye al esófago, estómago y a la porción proximal del duodeno. (1)

Las hemorragias digestivas altas pueden clasificarse en HDA variceal (HDAV) y la HDA no variceal (HDANV), de la cual nos centraremos en esta investigación. Los factores de riesgo más importantes para la HDANV son el uso excesivo de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), la infección por *Helicobacter pylori*, el uso de medicamentos antiplaquetarios y anticoagulantes, aspirina e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. (2) (3)

La incidencia y la mortalidad asociadas con HDANV han ido disminuyendo debido a los avances en la prevención y el tratamiento de NVUGIB. Un estudio de casos y controles realizado en un aproximado de 500 mil personas con diagnóstico de HDANV mostró que la tasa mortalidad 28 días post ingreso hospitalario disminuyó del 14% en 1999 al 13% en 2007. (2)

Sin embargo, sigue siendo un problema clínico común con una incidencia anual de aproximadamente 90-108 por 100000 y una mortalidad del 3% al 14%. En Estados Unidos representa 300.000 hospitalizaciones durante un año y se estima que la mortalidad oscila entre el 2 al 10%. Nuestro país no se queda exento de esta realidad, donde en un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia realizado en el año 2018, se encontró que la tasa de mortalidad para la HDA no variceal fue de 11% y la de re sangrado fue de 6%. (2) (4)

Como se mencionó, la mortalidad asociada con HDANV está disminuyendo y probablemente esta mejora se deba a factores como los avances en el desarrollo

y uso generalizado de la endoscopia o el tratamiento médico y la mejora los cuidados críticos y en la medicina geriátrica; contribuyendo de manera importante a la reducción de la necesidad de cirugía y la morbilidad asociada con HDANV. (5)

Los factores relacionados con un mayor riesgo de mortalidad con la HDANV son las comorbilidades (como la sepsis, insuficiencia renal, respiratoria o cardíaca), la edad avanzada, el riesgo de re sangrado y la inestabilidad hemodinámica grave. No obstante, actualmente el aumento de la mortalidad no se debe a una hemorragia no controlada, sino que son consecuencia de las complicaciones inducidas por la hemorragia (por ejemplo, fallo orgánico), comorbilidades o edad avanzada. (1)

Esto se concluye en un estudio retrospectivo realizado por Yarovski et al., donde la enfermedad comórbida es la causa principal de muerte en HDA y no el sangrado en sí. Esto respalda además que la reanimación del paciente y la estabilidad hemodinámica preceden al momento de la endoscopia para mejorar la mortalidad. (3)

1.2. Trabajos previos

Antecedentes Internacionales

Smith S, Laohawee P, Chi M, Daeng W. Tailandia. 2019. Plantearon como fin de la investigación identificar los determinantes asociados a la etiología de varices y no varices en la HDA. La investigación fue retrospectiva, llevada a cabo en un hospital de Tailandia y en personas con clínica y exámenes diagnósticos sugerentes de HDA. La investigación dio como resultados que de los 170 implicados con HDA, el sangrado por varices fue de 12.9%, mientras que el sangrado de tipo no variceal fue de 87.1%. Además, se encontró como determinantes de HDA no variceal al consumo de alcohol, el antecedente de HDA, sangrado acompañado de contenido alimentario, la presión arterial baja, plaquetas disminuidas, elevación de transaminasas, ascitis, elevación de bilirrubinas. Y los determinantes de HDA variceal fueron el uso de antiinflamatorios no esteroideos y antiagregantes plaquetarios. Concluyen que

una baja relación de albúmina y globulina es un factor de riesgo para HDA y que los pacientes que reciben tratamiento disminuyen su tasa de mortalidad. (6)

Luo P, Hsuan X, Chung C, Chyuan J, Luo C, Yun H, Ting P, Chih M, et al. China, 2019. Los autores proponen como objetivo de estudio investigar los determinantes de riesgo de HDA de tipo no variceal en personas consumidoras de aspirina. Fue un estudio transversal, correlacional y casos y controles, empleador 11106 personas consumidoras de aspirina y la misma cantidad de personas pero no consumidoras de aspirina para el control de estudio. Los resultados de la investigación fueron que el consumo de aspirina incrementa la probabilidad de HDA (IC: 95%, OR: 1.48) y como factor de riesgo encontraron patologías asociadas como DM, HTA, ERC, cirrosis hepática. La conclusión de la investigación fue que la edad, la infección por *helicobacter pylori* y el sexo masculino asociado al consumo de AINE's son determinantes de riesgo para HDA no variceal. (7)

Moreira O, Rodríguez Z, Manzano E, Rodríguez S, Romero L, et al. Cuba, 2018. Plantearon como objetivo de estudio determinar la carga de muerte y la etiología relacionada con HDA, así como también evaluar los determinantes asociados a esta patología. Es una investigación observacional, transversal y descriptiva, llevada a cabo en 39 personas con diagnóstico de HDA brindado por el servicio de cirugía general de un hospital de Cuba. Los resultados de esta investigación fueron que, en su mayoría fueron pacientes del sexo masculino, la edad promedio fue de 30 años, las clases más frecuentes según la escala de Child-Pugh fue la de tipo II y III. La tasa de mortalidad variaba entre el 20%- 30% hasta la fecha de la publicación. La conclusión fue que existe una elevada mortalidad y una alta relación con insuficiencia hepática en pacientes que no siguen el manejo endoscópico y ausencia de medicamentos derivados de somatostatina. (8)

Herrera M, Ramses A. Ecuador, 2018. El fin de la investigación fue establecer la relación entre HDA de tipo no variceal con el consumo de AINES, tabaco, alcohol y también con antecedentes de enfermedades digestivas, como dispepsia, en personas con edad mayor a 39 años. La investigación fue de tipo casos y controles, para eso se utilizó 95 pacientes para los casos y los mismos para los

controles. Se obtuvieron los datos a partir de las historias clínicas, luego se procedió a realizar la entrevista en persona y se analizó la información. Los resultados fueron que, en su mayoría (60.5%) fueron del sexo masculino, la edad promedio fue de 50 años. Los factores encontrados fueron el consumo de AINES, antecedentes de HDA de cualquiera de los 2 tipos, consumo de vicios, como alcohol y tabaco ($p > 0.005$, IC: 95%). La conclusión fue que los AINES son la principal causa de HDA del tipo no variceal. (9)

Antecedentes Nacionales

Puma C. Arequipa, 2019. El autor plantea como objetivo de investigación determinar los factores relacionados a HDA de tipo no variceal por diagnóstico a través de endoscopia. La investigación fue analítica, transversal y retrospectiva en 137 personas de un hospital de Arequipa en el año 2017. Los resultados de la investigación indican que la edad más prevalente fue de 65 años con un 38%, los del sexo masculino con un 68%, pacientes con antecedentes de enfermedades con afección hepática. Con respecto a los factores de riesgo encontraron el consumo de alcohol con un 54%, consumo de tabaco con un 23% y antecedente de daño hepático con el porcentaje restante. Concluye que además de existir factores de riesgo o asociados, también existen determinantes de pronóstico, que es importante conocer, cómo la severidad de la hemorragia determinada por la escala de Glasgow Blatchford y la de Forrest. (10)

Cáceres J. Lima, 2019. La principal función de la investigación fue determinar la relación entre el alcoholismo, el consumo de tabaco y antiinflamatorios no esteroideos con HDA de tipo no variceal en personas atendidas en un hospital de Lima. La investigación es analítica, de casos y controles y observacional. Los resultados fueron que los del sexo masculino fueron los más prevalentes en la investigación, con una edad promedio de 55 años. De toda la muestra, el 20.3% consumía alcohol (OR: 2.3. IC:95%), el 22.4% consumía tabaco (OR: 2.334. IC:95%) y el 16.5% consumían AINE (OR: 3.232. IC:95%). La conclusión fue que los determinantes asociados a HDA no variceal son los antes mencionados, con énfasis en con el consumo de AINE y la lesión clásica o frecuentemente encontrada fue la de Forrest en estadio III. (11)

Antecedentes locales

Cienfuegos A, Susan P. Piura, 2018. El fin de su trabajo de investigación fue establecer si la disminución de plaquetas es considerada un determinante relacionado a HDA de tipo variceal en personas con diagnóstico de cirrosis. La investigación fue de tipo transversal, correlacional, llevada a cabo en un hospital de Piura con un total de 14243 personas. Los resultados de la tesis de grado fueron que más de la mitad presentaba HDA de tipo variceal. De ellos el 73.3% presentaba plaquetas disminuidas (OR: 2.34, IC: 95%) en comparación con los que no tenían plaquetas bajas. La conclusión del trabajo fue que la trombocitopenia es un determinante relacionado con HDA variceal en personas con diagnóstico de cirrosis hepática. Y que esta población tiene una probabilidad alta de presentar HDA en comparación con los que no tienen clínica de trombocitopenia. (12)

Moya O. Piura, 2018. El autor propone como objetivo de estudio analizar las características clínicas y epidemiológicas de la HDA en personas que acudieron al servicio de gastroenterología en un hospital de EsSalud de Piura. La investigación fue descriptiva, observacional y retrospectiva. La muestra estuvo formada por todas las personas que acudieron al servicio de emergencia con HDA. El total fue de 460 personas. Los resultados son la edad promedio era de 79 años, el sexo masculino fue el más prevalente, el periodo de enfermedad es de 1 a 2 años, la estadía dentro del hospital fue de 6-7 días. La clínica frecuente fue palidez, mareos, dolor en mesogastrio, hematemesis. Según la escala de Forrest, la más frecuente fue el grado II y III. Concluyen que la incidencia de esta patología es alta a nivel mundial, la úlcera péptica es la causa más frecuente de HDA y el consumo de AINEs es el principal mecanismo de patogénesis. (13)

1.3. Teorías relacionadas al tema

La hemorragia gastrointestinal es una emergencia médica y representa la causa más común de hospitalizaciones asociadas a las enfermedades digestivas en la mayoría de los países

La hemorragia digestiva alta (GI) se define como una hemorragia desde la boca hasta el ligamento de Treitz, incluyendo el esófago, el estómago y el duodeno proximal.

La incidencia de la hemorragia digestiva alta varía entre 48 y 160 casos por 100.000 personas. La mortalidad por hemorragia digestiva alta en Estados Unidos está disminuyendo. Las hemorragias digestivas altas suponen 300.000 hospitalizaciones al año, con una carga económica intrahospitalaria directa de 3.300 millones de dólares. Los pacientes con una hemorragia digestiva superior hemorragia digestiva alta suelen tener un compromiso hemodinámico y suelen presentarse o ser trasladados rápidamente al servicio de urgencias para su reanimación, estabilización y hospitalización. (14)

Clasificación

La hemorragia digestiva alta pueden clasificarse en HDA no variceal (HDANV) y HDA variceal (HDAV). La HDANV suele estar ocasionada por úlceras pépticas, generalmente asociadas a la infección por *Helicobacter pylori* y el uso de AINE (incluyendo dosis de aspirina de $\geq 500\text{mg}$) o aspirina de baja dosis (que es una dosis de $\leq 325\text{mg}$ pero pero suele ser de 75-100 mg).

En cambio, la HDAV está ocasionada por várices esofágicas o gástricas asociadas a enfermedades hepáticas de larga data. (1)

Clínica

La hematemesis y la melena son los principales signos de hemorragia digestiva alta. La hematemesis se refiere al vómito de sangre roja o emesis en granos de café y sugiere sangrado proximal al ligamento de Treitz. La melena se define como heces negras y alquitranadas que se producen varias horas después del episodio de sangrado y son el resultado de la degradación de la sangre a hematina u otros hemocromos por las bacterias intestinales. La hematoquecia se refiere a la sangre roja o marrón en las heces. Suele observarse en hemorragias digestivas bajas, pero a veces es causado por hemorragias digestivas altas (principalmente asociado con inestabilidad hemodinámica).(15)

Los pacientes con los signos y síntomas antes mencionados no van a ofrecer un gran desafío diagnóstico, no obstante, se debería considerar otras presentaciones más sutiles. La hemorragia digestiva alta se va a encontrar en el diagnóstico diferencial de múltiples signos cardinales como son el dolor abdominal, síncope, debilidad, mareos, shock indiferenciado y disnea.(16)

Etiología

La causa más común de HDA es enfermedad por úlcera péptica (UP). La ulceración se desarrolla cuando los mecanismos de defensa de la mucosa a nivel gastrointestinal se ven debilitados tanto por factores endógenos (pepsina, ácido, bilis) o exógenos. Las 2 causas más frecuentes de UP son la utilización de fármacos antiinflamatorios no esteroideos y la infección por *Helicobacter pylori*.

La ulceración duodenal es más común en pacientes con *H. pylori* antral, la disminución de células D que producen somatostatina origina un incremento de la gastrina y por lo consiguiente la carga ácida en el duodeno. Otras causas de UP incluyen gastrinoma y neoplasias malignas. Es más probable que la ulceración inducida por estrés se observe en pacientes que se encuentren graves en la UCI, con coagulopatía y con ventilación mecánica a largo plazo como factores de riesgo predominantes. Los pacientes con UP pueden quejarse de dolor epigástrico punzante. Clásicamente, aquellas personas con úlceras gástricas tienen el típico dolor que empeora con la ingestión de alimentos, y aquellos pacientes con úlceras duodenales informan una disminución del dolor con la ingesta de alimentos. Las úlceras pépticas también pueden presentarse sin dolor independientemente de la etiología subyacente. (17)

El sangrado por varices esofagogástricas es la segunda causa más frecuente de HDA y siempre debe considerarse en aquellos pacientes que tengan antecedentes de cirrosis con hipertensión portal. Aproximadamente la mitad de las personas que padecen cirrosis tienen várices gastroesofágicas como consecuencia de un gradiente de presión venosa hepática elevado (> 10-12 mm Hg). Sin embargo, es fundamental considerar que aproximadamente el 60% de los pacientes que padecen HDA y tienen cirrosis no están relacionados con la hipertensión portal. La gravedad de la cirrosis subyacente (puntuación de Child-

Pugh) está directamente relacionada con la probabilidad de que el paciente tenga várices. Los pacientes con hemorragia por varices pueden presentar melena, hematemesis o hematoquecia, según la gravedad de la hemorragia. El examen físico debe centrarse en identificar los estigmas de la hepatopatía crónica que sugieran hipertensión portal (es decir, ascitis, caput medusae, angioma de araña). (18)

La esofagitis representa aproximadamente el 10% de los casos de HDA. La enfermedad por reflujo gastroesofágico grave y el abuso de alcohol son los dos factores de riesgo más comunes de esofagitis erosiva complicada con hemorragia. Otras causas de esofagitis asociada con hemorragia incluyen esofagitis por píldoras y esofagitis infecciosa. Aunque es poco común, la isquemia puede provocar necrosis esofágica (esófago negro) y debe sospecharse en un paciente con antecedentes de inestabilidad hemodinámica anterior a HDA. En pacientes con HDA secundaria a esofagitis, la hematemesis es más común que la melena. La presencia de odinofagia y disfagia asociadas dependerá de la cronicidad y gravedad de la afección subyacente. (17)

Existe una amplia gama de otras causas de HDA que son menos comunes que las etiologías discutidas anteriormente en este documento, muchas de las cuales incluyen etiologías vasculares. Las malformaciones arteriovenosas se encuentran a menudo en la endoscopia de rutina y suelen ser inocuas. Sin embargo, las malformaciones arteriovenosas más grandes pueden resultar en HDA clínicamente significativa. Las causas no variceales de HDA en pacientes con enfermedad hepática subyacente incluyen ectasias vasculares antrales gástricas, una patología relativamente poco común que causa estrías rojas y sangrado que se extiende desde el píloro al antro, y gastropatía hipertensiva portal, en pacientes con hipertensión portal concomitante. Las lesiones de Dieulafoy ocurren típicamente en el estómago y representan una arteria submucosa que se erosiona y provoca hemorragias intermitentes y potencialmente mortales. (17)

Los desgarros de Mallory-Weiss son laceraciones longitudinales de la mucosa gástrica proximal / esofágica distal que típicamente se presentan como hematemesis después de arcadas excesivas. Las neoplasias malignas

esofágicas, gástricas y duodenales también pueden provocar HDA, aunque son una causa relativamente infrecuente de hemorragia aguda. Las fístulas aortoentéricas son una causa rara pero letal de HDA. Las fístulas aortoentéricas pueden ocurrir como una complicación tardía de la cirugía aórtica abdominal o la reconstrucción vascular, siendo el duodeno el sitio más común de afectación. La presentación clásica consiste en un "sangrado heraldo" que suele manifestarse como un episodio de hematemesis o hematoquecia, seguido de un período de gracia de varios días, con sangrado masivo y colapso cardiovascular subsiguientes. Otros síntomas pueden incluir dolor abdominal o de espalda, fiebre y sepsis. (17)

Etiología de la HDA no variceal.

Las causas de HDA no variceal (HDANV) han cambiado con el tiempo. La gastritis erosiva como causa de HDANV disminuyó en un 55% en los Estados Unidos entre 2001 y 2009 y las úlceras pépticas como causa disminuyeron en un 30%. Por el contrario, HDANV por neoplasia aumentó en un 50%, al igual que las lesiones de Dieulafoy (33%), la angiodisplasia (32%) y la esofagitis (20%). (18)

Diagnóstico

La endoscopia se considera el estándar de oro para el diagnóstico y tratamiento de NVUGIB. Se recomienda la endoscopia dentro de las 24 horas posteriores a la presentación, después de que se hayan completado la estabilización y la reanimación adecuadas. Se ha demostrado que la endoscopia dentro de las 24 horas disminuye la duración de la estadía en el hospital, reduce el riesgo de resangrado o la necesidad de una intervención quirúrgica adicional. Actualmente, hay varias modalidades de tratamiento diferentes disponibles para el endoscopista, incluida la terapia de inyección, hemoclips, coagulación térmica, sellador de fibrina y polvo hemostático. Las formas de intervención endoscópica más utilizadas son la coagulación térmica y los clips hemostáticos. (19)

Signos endoscópicos de hemorragia reciente

Las úlceras pépticas se describen utilizando la clasificación de Forrest en endoscopia (19):

- Ia (hemorragia arterial o en chorro)
- Ib (hemorragia supurante)
- IIa (vaso visible que no sangra)
- IIb (coágulo adherente)
- IIc (mancha pigmentada plana)
- III (base de úlcera limpia)

Para los pacientes con hemorragia por úlcera péptica, la hemostasia endoscópica está determinada por la clasificación de Forrest observada durante la endoscopia digestiva alta. El resangrado de las úlceras pépticas se puede clasificar en seis tipos según la clasificación de Forrest, que se identifica durante la endoscopia. El sangrado activo y los vasos visibles según la clasificación de Forrest requieren hemostasia endoscópica. En particular, Forrest Ia y Ib son lesiones con sangrado activo y la tasa de resangrado es de aproximadamente el 55%. Un estudio encontró que la concordancia entre observadores es alta en estas lesiones y la concordancia sobre la hemostasia endoscópica en estas lesiones fue muy alta. Si bien no hay sangrado activo, los vasos visibles (Forrest IIa) son un signo de sangrado reciente y se requiere hemostasia endoscópica. En particular, si se observan vasos sanguíneos claros en la base de una úlcera, la tasa de resangrado es del 43% y también es necesaria la hemostasia endoscópica. Sin embargo, el manejo de Forrest IIb sigue siendo controvertido. Sólo el 25% de estos pacientes experimentaron nuevas hemorragias cuando se les observó durante 30 días sin tratamiento endoscópico. Los pacientes que recibieron tratamiento endoscópico tuvieron un riesgo significativamente menor de volver a sangrar. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la necesidad de intervención quirúrgica o la tasa de mortalidad. Así, el juicio de los

endoscopistas es crucial en el caso de Forrest IIb. A continuación, en el caso de Forrest IIc y III, la tasa de resangrado fue muy baja (5% a 10%), por lo que no es necesaria la intervención endoscópica. Por lo tanto, no se recomienda el tratamiento endoscópico para los casos de Forrest IIc y III en la “Guía para el tratamiento de la úlcera péptica no hemorrágica” publicada en Corea en 2009 o en las guías de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal publicadas en 2015. (20)

Otras exploraciones diagnósticas

Debido a que la hemorragia digestiva alta se puede diagnosticar y tratar con endoscopia, que está disponible en la mayoría de los hospitales, el papel de otras modalidades de diagnóstico en pacientes que presentan una hemorragia aguda es limitado. En casi todos los casos, la prueba diagnóstica inicial será la endoscopia digestiva alta. En raras ocasiones, la angiografía o la tomografía computarizada se utilizan en pacientes que no son candidatos para la endoscopia. Sin embargo, estas investigaciones se utilizan con mayor frecuencia si no se identifica una fuente de hemorragia en la endoscopia en pacientes con melena. En esta situación también se puede utilizar una gammagrafía de eritrocitos marcados con tecnecio-99m, pero la angiografía por tomografía computarizada parece ser más precisa. Se ha informado sobre el uso temprano de la cápsula endoscópica, con objetivos que incluyen estratificar el riesgo y determinar el momento de la endoscopia, pero se necesitan más estudios para establecer cualquier función potencial. (21)

Índices pronósticos

Los métodos de puntuación más ampliamente validados para la predicción de hemorragia recurrente y mortalidad son Rockall (RS), Glasgow-Blatchford (GBS) y AIMS65. Muchos estudios en los últimos 5 años han comparado el desempeño de varios sistemas de puntuación como una herramienta de estratificación del riesgo. Una revisión sistemática identificó 16 estudios que evaluaban las puntuaciones de riesgo preendoscópicas (GBS, RS y AIMS65) en un resultado compuesto que incluía hemorragia recurrente, necesidad de intervención y mortalidad a los 30 días. La revisión concluyó que GBS tiene la mayor

sensibilidad y especificidad para predecir este resultado en comparación con las otras puntuaciones. Los resultados de estos estudios fueron muy consistentes. La mayoría confirmó que GBS era la mejor puntuación para predecir qué pacientes requieren una intervención hospitalaria, incluida la transfusión de sangre, la terapia endoscópica y la cirugía. Todavía hay margen de mejora para el SGB en la predicción de hemorragias recurrentes y mortalidad a los 30 días o a largo plazo. Con la gran cantidad de datos clínicos que proporcionan resultados consistentes, el grupo de trabajo recomienda que el GBS se utilice para predecir el resultado clínico de los pacientes con HDANV. Los pacientes con una puntuación de 0 a 1 rara vez necesitan una intervención clínica y, por lo tanto, pueden ser dados de alta de manera segura con una endoscopia electiva en una etapa posterior. A diferencia de, una puntuación alta (digamos 10-12) se asocia con la necesidad frecuente de intervenciones como transfusión y endoscopia terapéutica. El nivel de evidencia se calificó como alto. (22)

Manejo de la HDA

El manejo inicial de un paciente con hemorragia digestiva alta comienza con la evaluación de la estabilidad hemodinámica y la determinación de la necesidad de reanimación con líquidos y/o transfusión de sangre. (23)

Los pacientes HDA clínicamente significativa (hematemesis, melena o hematoquecia, con o sin inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión de sangre) deben comenzar con un inhibidor de la bomba de protones intravenosa mientras se someten a su evaluación inicial. Una vez estabilizado el paciente, se realiza una endoscopia para diagnosticar lesiones de alto riesgo. Las úlceras que sangran activamente y la mayoría de las úlceras que no sangran y que tienen un alto riesgo de hemorragia recurrente debido a la presencia de estigmas de hemorragia reciente requieren tratamiento endoscópico. Las úlceras que carecen de estigmas de alto riesgo pueden tratarse de forma aguda con supresión de ácido. (23)

Se requiere hospitalización para pacientes con alto riesgo de hemorragia recurrente, pacientes con evidencia de hemorragia digestiva alta grave

(inestabilidad hemodinámica, necesidad de transfusión de sangre) y pacientes con mayor riesgo de complicaciones si la hemorragia reaparece (pacientes con enfermedad coronaria o enfermedad cerebrovascular, mayores de 65 años, pacientes que toman medicamentos antiplaquetarios o anticoagulantes). (23)
(24)

Los pacientes que por lo demás están sanos y que tienen un riesgo bajo de hemorragia digestiva recurrente se les puede permitir comer de manera segura y ser dados de alta del hospital con terapia antsecretora oral una vez que los efectos de la sedación del procedimiento hayan desaparecido, siempre que el paciente sea confiable y pueda buscar atención médica en caso de que vuelva a sangrar. (24)

Tratamiento farmacológico

Todos los pacientes con úlceras pépticas sangrantes deben recibir tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones. Nuestro enfoque es iniciar una dosis alta de inhibidor de la bomba de protones (IBP) intravenoso (IV) para pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta clínicamente significativa antes de la endoscopia como parte de su tratamiento inicial (p. Ej., Esomeprazol en bolo de 80 mg IV seguido de una infusión de 8 mg por hora). Si el paciente no presenta úlcera con estigmas de alto riesgo en el momento de la endoscopia, posteriormente disminuimos la dosis del IBP. (24)

Terapia Endoscópica

Está indicada para el tratamiento de la mayoría de las úlceras con estigmas de hemorragia reciente que aumentan el riesgo de hemorragia recurrente. (25)

Actualmente, la mayoría de los pacientes se tratan con terapia de coagulación térmica o clips hemostáticos, con o sin la adición de terapia de inyección de epinefrina. (25)

1.4. Formulación del problema

¿ Esta la hemorragia digestiva no varicial relacionada con la morbimortalidad de pacientes ?

Justificación del problema

La hemorragia digestiva alta es una de las patologías mas frecuentes que llegan a la emergencia de medicina interna o gastroenterología de cualquier hospital, la mortalidad bordea el 10%, y en nuestro país esta entre 9 y 12 %.

El aumento de la esperanza de vida hace que mas pacientes tengan esta patología y al aumentar la edad son estos pacientes que ya vienen con comorbilidades quienes incrementan esta tasa de mortalidad creciente.

Nuestro estudio pretende dar luces sobre este factor de riesgo y prevenirlo oportunamente para de alguna manera disminuir la morbimortalidad de esta patología.

En el 80% de los casos de HDA el sangrado es autolimitado, requiriendo sólo soporte médico, sin embargo, en el porcentaje restante puede recurrir o persistir la hemorragia constituyendo un peor pronóstico. (1,13,14)

1.5. Objetivo general

Determinar factores que se relacionan con la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el Hospital Sergio Bernal.

Objetivos específicos

- Caracterizar epidemiológicamente y clínicamente el diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal.
- Valorar el tiempo de enfermedad, estancia hospitalaria en los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.
- Identificar los antecedentes (consumo de tabaco, consumo de

alcohol, hemorragia digestiva previa, consumo de fármacos, enfermedades concomitantes) de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal.

- Especificar el nivel de hemoglobina al ingreso y las unidades de sangre transfundidas durante su estancia hospitalaria en los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal.
- Identificar el hallazgo y diagnóstico endoscópico de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal.
- Determinar presencia de Helicobacter Pylori en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal.

II. METODOLOGÍA

2.1. Diseño de estudio de investigación

- Descriptivo, no experimental, transversal, retrospectivo

2.2. Operacionalización de variables

-

Variable Dependent e	Definición Conceptual	Definición Operacional	Sub- Dimensión	Indicador	Instrumento

Mortalidad intrahospitalaria	Defunciones producidas en el hospital	Condición de alta: Fallecido	-	SI NO	Historia clínica
------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	---	----------	------------------

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Sub-Dimensión	Indicador	Instrumento
-------------------------------	------------------------------	-------------------------------	----------------------	------------------	--------------------

Edad	Tiempo que ha vivido una persona hasta la actualidad	Años cumplidos hasta la fecha actual	-	15 a 29 30 a 44 45 a 60 Mayor 60	Historia clínica
Sexo	Diferencias de género biológicas y fenotípicas que distinguen al hombre y a la mujer.	Sexo del paciente en estudio	-	Masculino Femenino	Historia clínica
Procedencia	Lugar de residencia habitual	Lugar de residencia habitual, de donde es traído el paciente antes de su ingreso	-	Urbano Rural	Historia clínica
Consumo de alcohol	Consumo de bebidas alcohólicas	Periodicidad mínima de una semana o si hay consumo reciente al momento de ingreso	-	SI NO	Historia clínica

Consumo de tabaco	Consumo de productos que están hechos con tabaco, para fumar, masticar, que contienen nicotina, psicoactivo adictivo.	Consumo de tabaco habitual y/o diario	-	SI NO	Historia clínica
Hemorragia digestiva previa	Historia previa de hemorragia digestiva	Antecedente de HDA previa, con diagnóstico endoscópico.	-	SI NO	Historia clínica
Tiempo de enfermedad	Periodo determinado transcurrido entre el ingreso del paciente y su egreso	Horas o días transcurridos desde inicio de manifestaciones clínicas hasta el momento del diagnóstico	-	1-2 días 3 a 4 días 5 a más días	Historia clínica
Estancia hospitalaria	Signos y síntomas que presenta el enfermo de una determinada patología	Número de días transcurridos entre el ingreso del paciente y su egreso del servicio	-	01- 07 días 08- 14 días 15 a más días	Historia clínica

Manifestaciones clínicas	Compuesto complejo de proteínas y hierro presente en los GR.	Signos y síntomas que presentaron los pacientes al ingreso	-	Melena Hematemesis Hematoquecia Rectorragia Dolor abdominal Náuseas Mareos Vómitos Reflujo Otros	Historia clínica
Hemoglobina al ingreso	Unidad sanguínea aprox 450ml	Niveles de hemoglobina que presentó el paciente al ingreso.	-	Menos de 5g/dl 6 – 7 g/dl 7-10g/dl Mayor 10g/dl	Historia clínica Reporte laboratorio
Número de paquetes globulares transfundidos		Número de paquetes globulares transfundidos al paciente desde el ingreso	-	SI 1 2 Más 2 NO	Historia clínica Reporte de banco de sangra
Hallazgos endoscópicos	Elementos descubiertos durante la endoscopia	Clasificación según endoscopia	- Úlcera péptica - Lesiones agudas mucosa - Sd.	Sangrado Activo a chorro Ia Sangrado Activo, en rezuma, Ib	Historia clínica Reporte de endoscopia

			Mallory Waiss - Lesiones malignas en aparato digestivo	Vaso visible no sangrante IIa Coágulo adherido IIb Mancha plana pigmentada IIc Base limpia III	
Localización Topográfica de la HDA	Ubicación anatómica donde se origina la Hemorragia Digestiva Alta	Lugar de origen de la HDA	-	Esófago Estómago Duodeno No determinada	-Historia clínica Reporte de endoscopia
Biopsia a <i>Helicobacter Pylori</i>	Presencia de <i>Helicobacter Pylori</i> en mucosa gástrica	Presencia de <i>Helicobacter pylori</i>	-	Positivo Negativo No se realizó No se autorizó No se encuentra en HC	-Historia clínica - Reporte de biopsia
Uso de Fármacos	Medicación según necesidades clínicas	Consumo de fármacos para patologías asociadas a HDA	-	SI NO AINES Anticoa-	- Historia clínica

Co-morbilidad	Presencia de uno o más enfermedades, además de la enfermedad primaria	Enfermedades asociadas a HDA, que requieren atención médica	-	<ul style="list-style-type: none"> gulanten - Inhibidores Recaptación de serotonina SI NO Diabetes mellitus Hipertensión arterial Tiempo de coagulación alterado Insuficiencia 	Historia clínica
---------------	---	---	---	--	------------------

2.3. Población y muestra

Universo: Pacientes diagnosticados por Hemorragia digestiva alta del hospital Sergio Bernal enero a diciembre 2020.

Población: Pacientes con HDA no variceal, que cumplan con criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

- Pacientes hospitalizados al Servicio de Gastroenterología del Hospital Sergio Bernal
- Pacientes con diagnóstico clínico y endoscópico de Hemorragia Digestiva Alta dentro de las 72 horas de ingreso Hospitalario.
- Pacientes mayores de 15 años.

Criterios de Exclusión

- Historia clínicas incompletas
- Pacientes con diagnóstico clínico-endoscópico de HDA varicosa y/o secundaria a hipertensión portal.

Muestra y Muestreo

Todos los pacientes ingresados al servicio de gastroenterología diagnosticados con HDA que cumplan con criterios de inclusión,

Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Se trabajo inicialmente con el libro de registro de ingresos al servicio de gastroenterología del hospital Sergio Bernal, luego se identificaron las historias clinicas y se revisaron secuencialmente obteniendo los datos para el llenado del instrumento.

Posteriormente de armar la base de datos se proceso estadísticamente con paquetes y software convencionales para estos estudios

2.4. Métodos de Análisis

Se realizó un analisis estadístico para validar nuestros hallazgos

2.5. Aspectos éticos

El estudio se realizo teniendo en cuenta los principios ético que rigen estos estudios de investigación respetando la confidencialidad de los datos obtenidos, protegiendo la identidad de las fuentes tanto de personas como de instituciones

III. RESULTADOS

Tabla 1

Covariables		Hemorragia Digestiva						P	or	IC 95%	
		Si		No		Total					
		n	%	No	%	n	%				
Edad	15-29	50	23%	98	26%	148	25%	0.00	0.74	0.37	1.92
	30-44	60	27%	87	24%	147	25%				
	45-60	74	34%	135	36%	209	35%		0.76	0.38	1.95
	60	36	16%	50	14%	86	15%				
Sexo	Masculino	153	70%	248	67%	401	68%	0.38	1.12	0.56	1.40
	Femenino	67	30%	122	33%	189	32%				
Tiempo de enfermedad	1-2d	28	13%	48	13%	76	13%	0.04	0.98	0.98	1.01
	3-4d	36	16%	84	23%	120	20%				
	5 a +	156	71%	238	64%	394	67%				
urbanidad	Urbano	148	67%	230	62%	378	64%	0.06	1.25	0.63	1.56
	Rural	72	33%	140	38%	212	36%				
Total		220	100%	370	100%	590	100%				

Con respecto de la tabla 1 encontramos que los pacientes que realizan hemorragia digestiva se encuentran en un total de 220 pacientes. b con respecto a la edad principalmente se distribuye los pacientes con hemorragia digestiva en el 24% de 45 a 60 años y los que no lo presentan están presentes en el 36% de los casos estadísticamente la edad está relacionada con las hemorragias digestivas aunque los riesgos no son significativos.

Para el caso del sexo en los pacientes que tienen hemorragia digestiva presentado en el hombre 70% y en las mujeres 30% no están relacionadas entre sí con respecto a la hemorragia y presenta un riesgo no significativo.

Pero el tiempo de enfermedad se da en más de 5 años en el 71% con hemorragia digestiva sin embargo de aquellos pacientes que tienen disconformidad a nivel del tracto digestivo y tienen un tiempo de enfermedad de más de 5 años en el 64% ambas variables están relacionadas entre sí aunque el riesgo no es significativo.

El nivel de urbanidad se da principalmente en las zonas urbanas de los que tienen hemorragia digestiva el 67%. Y los que viven en zonas rurales se dan el 33% con hemorragia digestiva estadísticamente hablando existe una no relación entre las variables y el riesgo no es significativo.

Tabla 2

Covariables		Hemorragia Digestiva						P	or	IC 95	
		Si		No		Total					
		n	%	No	%	n	%				
Estancia Hospitalaria	1-7d	86	39	132	36	218	37	0.11	1.28	0.64	1.60
	8-14d	50	23	98	26	148	25				
	15 +	74	34	135	36	209	35	0.00	0.44	0.22	0.55
	retiro voluntario	10	5	8	2	18	3				
Alcoholismo	SI	153	70	248	67	401	68	0.00	1.12	0.56	1.40
	NO	67	30	122	33	189	32				
Fuma	SI	70	32	60	16	130	22	0.00	2.41	1.21	3.01
	NO	150	68	310	84	460	78				
Melena	SI	95	43	55	15	150	25	0.00	4.35	2.18	5.44
	NO	125	57	315	85	440	75				
Hematemesis	SI	190	86	75	20	265	45	0.00	24.91	12.46	31.14
	NO	30	14	295	80	325	55				
Hematoquecia	SI	195	89	72	19	267	45	0.00	32.28	16.14	40.35
	NO	25	11	298	81	323	55				
Dolor abdominal	SI	208	95	220	59	428	73	0.00	11.82	5.91	14.77
	NO	12	5	150	41	162	27				
Nauseas	SI	205	93	210	57	415	70	0.00	10.41	5.21	13.02
	NO	15	7	160	43	175	30				
Mareos	SI	190	86	200	54	390	66	0.00	5.38	2.69	6.73
	NO	30	14	170	46	200	34				
Reflujo	SI	160	73	190	51	350	59	0.00	2.53	1.26	3.16
	NO	60	27	180	49	240	41				
Vómitos	SI	190	86	178	48	368	62	0.00	6.83	3.42	8.54
	NO	30	14	192	52	222	38				
Total		220	100	185	100	405	100				

Para la tabla número 2 se establece la hemorragia digestiva con respecto a las estancias hospitalarias en dónde se observa principalmente que el 39% tiene una estancia de 17 días el 23% tiene una estancia de 8 a 14 días y los que tienen más de 15 días en el 34% con 5 retiros voluntarios estadísticamente hablando la

estancia hospitalaria no está relacionada con la hemorragia digestiva y presentó riesgo no significativa por otro lado son alcohólicos de los que tienen hemorragia digestiva el 70% y no lo son en el 67% estadísticamente hablando presentó una relación entre el alcoholismo y el consumo de alcohol con hemorragia digestiva aunque riesgo no significativa por otro lado, la presencia de hábito tabáquico se da en el 32% de los casos y 16% de los que no presentan hábitos de fumar estadísticamente hablando están relacionadas y presentando un riesgo de 2.41 veces más de presentar hemorragia digestiva con la presencia de sangre por otro lado en el caso de la melena está presente en el 43% de las hemorragias confirmadas endoscópicamente y 15% en aquellas que no se ha confirmado endoscópicamente ambas variables están relacionadas así con un riesgo de 4.35 veces más riesgo de presentar hemorragia con melena por otro lado en el caso de la hematemesis se presenta en el 86% y no se presenta en el 20% ambas variables están relacionadas entre sí y presenta un riesgo de 24 veces mayor de presentar hemorragia digestiva y hematemesis en el caso de la hematoquecia está presente en el 89% de los casos de hemorragia y no está presente con hemorragia digestiva en el 19% de los mismos estadísticamente están relacionada presentando un riesgo de 32 veces más riesgo de presentar hemorragia digestiva en el caso del dolor abdominal está presente en el 95% de los casos y también está presente en los casos de no hemorragia en el 59% estando ambas variables relacionadas así presentando un riesgo de 11.82 veces más riesgo de presentar dolor abdominal y hemorragia digestiva en caso de las náuseas se presenten el 93% y 57% para el grupo de hemorragia y de no hemorragia estando relacionadas entre sí con riesgo significativo de 10.41 veces más riesgo de presentar náuseas y hemorragia digestiva en el caso de los mareos está presente en el 86% de los casos y no está presente en el 14% sin embargo estas variables no análisis estadístico están relacionadas entre sí y presente un riesgo de 5.38 veces de presentar mareos y hemorragia digestiva señor caso el reflujo está presente en el 73% y en los casos de Noa hemorragia en el 51% ambas variables están relacionadas entre sí y presenta un riesgo de los puntos 53 veces más riesgo de presentar hemorragia con reflujo en el caso de los vómitos está presente en el 86% de las hemorragias y 48% en los casos donde no se evidencia hemorragia endoscópicamente ambas variables están relacionadas entre sí y se presenta un riesgo de 6.83 veces de presentar hemorragia con vómitos.

Tabla 3

Diagnósticos		N	%
Úlcera gástrica	SI	70	32
	NO	150	68
Úlcera duodenal	SI	95	43
	NO	125	57
Úlcera Esofágica	SI	190	86
	NO	30	14
Esofagitis	SI	195	89
	NO	25	11
Gastritis	SI	208	95
	NO	12	5
Duodenitis	SI	205	93
	NO	15	7
Mallory Weiss	SI	190	86
	NO	30	14
Lesiones malignas de estomago	SI	160	73
	NO	60	27
Total		220	100

Para el caso del diagnóstico se da úlceras gástricas en el 32% úlceras abdominales en el 43% y para el caso de úlcera esofágica en 86% en el caso de la esofagitis se da en el 89% y gastritis en el 95% de los casos en el caso de la dueña y se dan el 93% y para el síndrome de mallory weiss en el 86% de los casos asimismo en lesiones malignas a nivel del estómago se da en el 73% de los casos y de un total de 220 casos.

Tabla 4

Diagnósticos		N	%
Sangrado activo en Rezuma	SI	70	32
	NO	150	68
Vaso Visible no sangrante	SI	95	43
	NO	125	57
Coagulo adherido iib	SI	190	86
	NO	30	14
Mancha plana pigmentada	SI	195	89
	NO	25	11
Base limpia	SI	208	95
	NO	12	5
Lesiones agudas de mucosa	SI	205	93
	NO	15	7
Mallory Weiss	SI	190	86
	NO	30	14
Lesiones malignas	SI	160	73
	NO	60	27
Total		220	100

En el caso del diagnóstico se presenta sangrado activo en el 32% vaso visible no sean grandes en un 43% coágulos adheridos tipo 2b en el 86% mancha plana pigmentada en el 89% base limpia en el 95% lesiones agudas de mucosa en el 93% mallory weiss en el 86% y lesiones malignas en el 73%.

Tabla 5

Localización		n	%
Estomago	SI	180	82
	NO	40	18
Duodeno	SI	160	73
	NO	60	27
Esófago	SI	40	18
	NO	180	82
Total		220	100

Las lesiones principalmente se encuentran en el estómago en la 82 por ciento dúodeno 73% y esófago en el 18% de total de casos.

Tabla 6

Covariables		Mortalidad intrahospitalaria						P	or	IC 95	
		Si		No		Total					
		n	%	No	%	n	%				
Úlceras	Si	4	80	90	42	94	43	0.09	5.56	2.78	6.94
	No	1	20	125	58	126	57				
Total		5	100	215	100	220	100				

Con respecto a las 11 las encontradas a nivel endoscópico como realidad estas están presentes solamente en cuatro casos que representa el 80% del total de las muertes por otro lado las úlceras están presentes en 42% de los casos en donde no hubo muerte intrahospitalaria ambas variables no están relacionadas entre sí pero sin embargo presenta un riesgo de mortalidad de 5.56 veces cuando se encuentra una úlcera.

Tabla 7

hemoglobina	n	%
<6 mg/dl	60	27
6-7 mg/dl	38	17
7-10mg/dl	82	37
> 10 mg/dl	40	18
Transfusiones		
Si	98	45
No	122	55
Total	220	100
Presencia de Helicobacter		
Si	68	31
No	142	65
Total	210	95
Antecedentes de consumo de fármacos		
Si	60	27
No	160	73
Total	220	100
Antecedentes de consumo de fármacos		
Aines	22	10
Anticoagulantes	7	3
corticoides	9	4
Otros	22	10
No	160	73
Total	220	100

Comorbilidades		
Diabetes	12	5
HTA	16	7
ICC	10	5
Otros	22	10
No	160	73
Total	220	100

Con respecto a las características clínicas la mayor parte de los pacientes está presente en el 37% nivel de hemoglobina de 7 a 10 mm se requirió transfusiones sanguíneas en el 45% se tuvo presente el Helicobacter pylori en el 31% o antecedentes de consumo de fármacos en el 27% o antecedentes de consumo de aines en el 10% y otros medicamentos en el 10% y se estableció comorbilidades para mortalidad en el 10% de los casos.

Tabla 8

Covariables		Mortalidad intrahospitalaria						P	or	IC 95	
		Si		No		Total					
		n		No		n					
Edad	15-29 años	0	0	50	23	50	23	0.30	0.21	0.11	1.10
	30-44 años	1	17	59	28	60	27				
	45-60 años	4	67	70	33	74	34				
	> 60 años	1	17	35	16	36	16				
Total		6	100	214	100	220	100				

Con respecto a la edad y la mortalidad observamos principalmente que los 4 pacientes que fallecieron están presentes de 45 a 60 años en el 67% de los casos y eso no presenta una relación estadística ni tampoco presentan un riesgo significativo

IV. DISCUSIÓN

La hemorragia gastrointestinal es una emergencia que causa muchos problemas de salud y también incluye altos gastos y en ese sentido los antecedentes están abocados. Como por ejemplo el artículo tailandés del año 2019 realizado por Smith donde establece que el 17% implicado con hemorragia digestiva fueron por varices y el sangrado no proveniente de una várice está en el 87% a diferencia nuestra encontramos que los resultados las hemorragias digestivas sin varices están presentes en 220 casos de un total de 590 reportado por lo cual hace una tasa de 37% de hemorragias digestivas de causa fuera del diagnóstico de varicela y en ese sentido es menor el porcentaje que presenta a nivel del nosocomio sin embargo es importante el consumo de alcohol el cual al igual que nosotros bajo tiene una relación estadística significativa así como el sangrado el cual también presenta una relación significativa entre las características clínicas y más aún la colocación de paquetes globulares sin embargo en este caso esto no fue significativo para nuestro estudio por lo cual entra en contradicción con el trabajo planteado por Smith.

Por otro lado el trabajo de Chong y colaboradores a nivel de China establece que la hemorragia digestiva principalmente se asocia a la Aspirina y en ese sentido nuestro trabajo de investigación establece que las causas medicamentosas están presentes pero el principal grupo de medicamentos se encuentran los AINES anticoagulantes y corticoides que representan en conjunto el 17% por lo cual estaría concordante con los estudios realizados a nivel de China sin embargo encontraron otras comorbilidades como diabetes hipertensión y en ese

sentido las comorbilidades con respecto a nuestros resultados si bien es cierto están presentes dentro de los casos de hemorragia digestiva eso no fueron muy amplios con el 5% para el diabetes 7% para hipertensión y para insuficiencia cardíaca 5% aunque cabe destacar que la mortalidad por hemorragia solamente se da en 6 pacientes de 220 que presenta la hemorragia digestiva por tanto esto representa un 3% de muertes asociadas a hemorragia siendo un indicador bajo asimismo ejecutar los trabajos de Rodríguez y moreyra a nivel de la isla de Cuba en dónde establece que el sexo masculino es el más frecuente siendo coincidente con nuestro estudio aunque estadísticamente no están relacionados entre sí por otro lado la edad fue en promedio 30 años y en ese sentido cabe destacar que la edad está oscilando entre los 45 60 años en el 34% de lo de la hemorragia por lo tanto estos resultados no son coincidentes con el grupo de pacientes que la sufren asimismo la escala de mortalidad varillas de 20 30% siendo muy superior a lo encontrado por el estudio en dónde a nivel en nuestro nosocomio solamente se da en el 3% finalmente en la infección por helicobacter pylori y el sexo que establecen que no tuvieron una mayor correlato en nuestro estudio a diferencia del trabajo cubano.

por otro lado dentro de la búsqueda de los antecedentes se establecen los trabajos de Herrera y Ramsés a nivel del Ecuador donde presentan que los aines el alcohol y el tabaco están relacionados con la hemorragia digestiva sin embargo en este caso en el estudio el aine solamente y corticoides y otros grupos farmacológicos están dispuestos en el 17% por otro lado del alcohol y el tabaco presentan un riesgo y relación estadística significativa por lo que coinciden en esta lista con Herrera finalmente cabe destacar que ambos trabajos

son muy parecidos debido a que las muestras comparten muchas coincidencias para con respecto a los estilos de vida saludables.

asimismo el trabajo de Puma realizado en Arequipa en el año 2019 establece que la edad más prevalentes a 65 años siendo coincidente con nuestro estudios en donde la edad principal oscila entre los 45 a 60 años en el 24% y más de 60 años en el 16% de los pacientes con hemorragia digestiva por otro lado el sexo masculino también es coincidente en ambos trabajos donde representa la mayor parte de pacientes y asimismo el consumo de alcohol y tabaco presentan mayor impacto para la salud y la enfermera gestiva todo lo cual es coincidente también con nosotras bajo asimismo el trabajo publicado por Cáceres a nivel de Lima de nuestra capital donde establece que el sexo masculino también fue el grupo que presenta mayor cantidad de hemorragia y la edad promedio de 55 años todo lo cuáles sería coincidente con nuestro estudio así mismo el consumo de alcohol y tabaco presenta mayores riesgos al igual que nuestro sin embargo para el estudio de Cáceres establece que existe un riesgo de 2.3 veces de hemorragia digestiva con alcohol y con el tabaco de 2.33 tiene los aines con 16.5% sin embargo cuando nosotros revisamos los riesgos de presentar hemorragia digestiva con el consumo de alcohol nosotros presentamos un riesgo no significativa para el consumo alcohol sin embargo para el consumo de cigarrillos y se presentó Riesgo 2.41 veces me riesgo.

En el caso de Cienfuegos en un estudio realizado a nivel de la ciudad de Piura establece ciertas características que forman parte de los pacientes con hemorragia digestiva se establece mayores riesgos especialmente en los

pacientes que son transfundidos con plaquetas en el 2.34% sin embargo este riesgo no fue significativo para nuestro estudio aunque bien se habla de transfusiones sanguíneas completas mano de las fracciones plaquetarias por otro lado establece mayores diagnósticos asociados a cirrosis hepática con respecto hemorragias digestivas sin embargo estas patologías no fueron percibidas como comorbilidades ya que el estudio está enfocado principalmente hemorragias digestivas de tipo que no derivan de varices asimismo en el caso de moya realizado en piura en el año 2018 está en un trabajo en essalud establece en este caso que se evalúa 460 pacientes cuya estancia hospitalaria fue de 6 a 7 días siendo coincidente con nuestro estudio en donde la mayor parte de pacientes presentaron una estancia hospitalaria de 17 días en el 39% de los casos con hemorragia por otro lado la clínica frecuente fue mareo dolor abdominal y hematemesis todos los cuales presentan asociación estadística con hemorragia y también mayor factores de riesgo para complicaciones por hemorragia por lo cual estos estudios son coincidentes en este extremo sin embargo nosotros también hemos valorado otras características clínicas como hematoquecia náuseas mareo reflujos todos los cuales son significativas al análisis estadístico por lo que nuestro estudio establece mayor características clínicas que tienen factores de riesgo para pronosticar hemorragias digestivas.

V. CONCLUSIÓN

- Las hemorragias digestivas de origen no varicoso afectan al 37% de los casos evaluados preferentemente a varones con una tendencia entre los 45 a 60 años.
- Los síntomas que presentan estos pacientes con hemorragia preferentemente son melena hematemesis hematoquecia dolor abdominal náuseas mareos y reflujo
- La estancia hospitalaria aproximadamente es de 1 a 7 días en el 39% de las hemorragias.
- La ingesta de alcohol y el hábito de fumar son antecedentes frecuentes para los pacientes con hemorragia digestiva.
- Los pacientes con hemorragia digestiva consumen fármaco de manera crónica especialmente aines anticoagulantes y otros sin embargo este no existe relación con la mortalidad hospitalaria.
- Dentro de las enfermedades concomitantes encuentran la diabetes la hipertensión y la insuficiencia cardíaca crónica.
- El promedio de hemoglobina en pacientes oscila en el 37% de 7 a 10 mg.
- Solamente 45% requiere transfusiones sanguíneas.
- Las úlceras pépticas zona principal causa de hemorragia digestiva no varicosas.
- Los principales hallazgos endoscópicos establece un vaso visible no sangrante en el 43% un coágulo adherido de tipo 2b en el 86% base limpia en el 95% y lesiones agudas de la mucosa en el 93%.

- Existe relación entre la presencia helicobacter pylori y las hemorragias digestivas.

VI. RECOMENDACIONES

Se debe aplicar los protocolos de actuación del equipo de urgencias para poder mejorar el manejo de los pacientes con hemorragia digestiva alta y se debe tener en cuenta que la unidad de medicina interna debe tener un mayor acceso a los bancos de sangre operativos de vista las complicaciones que puede tener estos pacientes

Asimismo se debe recomendar a los pacientes en realizar endoscopias preventivas dentro de las primeras 24 horas para poder establecer mejor los diagnósticos y se debe implementar un tratamiento de tipo endoscópico para que disminuya el sangrado de acuerdo a los hallazgos establecidos

Se debe realizar la biopsia en el momento oportuno para descartar neoplasias y la presencia helicobacter pylori y se debe mejorar la toma de datos por respecto a las historias clínicas teniendo en cuenta los factores de riesgo encontrados.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2018;4:1–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2018.20>
2. Mullady DK, Wang AY, Waschke KA. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Therapies for Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Expert Review. *Gastroenterology* [Internet]. 2020;159(3):1120–8. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.05.095>
3. Saleem SA, Kudaravalli P, Riaz S, Pendela VS, Wang D, Lowe D, et al. Outcomes of Upper Gastrointestinal Bleeding Based on Time to Endoscopy: A Retrospective Study. *Cureus*. 2020;12(3).
4. Sucasaire Cjuiro JCA. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL, EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO [Internet]. Vol. 6, Facultad de Medicina “Hipólito Unanue.” 2019. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1120700020921110%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.001%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.arth.2018.03.044%0Ahttps://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1063458420300078?token=C039B8B13922A2079230DC9AF11A333E295FCD8>
5. Naseer M, Lambert K, Hamed A, Ali E. Endoscopic advances in the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: A review. *World J Gastrointest Endosc*. 2020;7(2).
6. Smith S, Laohawee P, Chi M, Daeng W. Clinical risk factors of variceal or non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Jour. Bura of Med* [Internet] 19 de julio de 2019 [citado 18 de septiembre de 2021] ; 6(2): 32-42. Disponible en: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BJmed/article/view/231188>
7. Luo P, Hsuan X, Chung C, Chyuan J, Luo C, Yun H, Ting P, Chih M, et al. Risk factors for upper gastrointestinal bleeding among aspirin users: An old issue with new findings from a population-based cohort study. *Journal of the Formosan Medical Association* [Internet] 5 de mayo 2019 [citado 18 de septiembre de 2021] ; 5(118): 939-944. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.10.007>

8. Moreira O, Rodríguez Z, Manzano E, Rodríguez S, Romero L, et al. Factors associated with mortality from variceal upper gastrointestinal bleeding. Rev haban cienc méd [Internet] 18 de diciembre 2018 [citado 18 de septiembre de 2021] ; 17(6): 24-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000600917
9. Herrera M, Ramses A. FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN PACIENTES MAYORES DE 39 AÑOS: HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, 2012 [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad De Cuenca; 2018.
10. Puma C. Factores asociados al desarrollo de Hemorragia Digestiva alta no Variceal en Pacientes Hospitalizados en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017 [Tesis de grado]. Arequipa: Universidad Andina Néstor Cáceres Velasquez; 2019.
11. Cáceres J. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2018 [Tesis de grado]. Arequipa: Universidad Ricardo Palma; 2019.
12. Cienfuegos A, Susan P. Trombocitopenia como factor asociado a hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos [Tesis de grado]. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
13. Moya O. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLOGÍAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL 111 JOSÉ CAYETANO HEREDIA- EsSALUD- PIURA [Tesis de grado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2018.
14. Wilkins T, College M. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. 2020;(5):1–7.
15. Cañamares-Orbís P, Lanas Arbeloa Á. New Trends and Advances in Non-Variceal Gastrointestinal Bleeding—Series II. J Clin Med. 2021;10(14):3045.
16. Chuecas AJ, Torres T, Cabezas G, Lara B. Hemorragia digestiva alta Upper gastrointestinal bleeding. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas. 2019;24–34.

17. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo Clinic Proceedings*. abril de 2019;94(4):697-703.
18. Lanas A, Dumonceau J-M, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Primers*. 7 de junio de 2018;4(1):18020.
19. Samuel R, Bilal M, Tayyem O, Guturu P. Evaluation and management of Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Disease-a-Month*. julio de 2018;64(7):333-43.
20. Kim JS, Kim B-W, Kim DH, Park CH, Lee H, Joo MK, et al. Guidelines for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gut and Liver*. 15 de septiembre de 2020;14(5):560-70.
21. Stanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ*. 25 de marzo de 2019; l536.
22. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, Lau JY, Goh K, Ho LH, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. *Gut*. octubre de 2018;67(10):1757-68.
23. Katschinski B, Logan R, Davies J, Faulkner G, Pearson J, Langman M. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci*. abril de 1994;39(4):706-12.
24. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 3 de diciembre de 2019;171(11):805-22.
25. Wee E. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *J Postgrad Med*. junio de 2011;57(2):161-7.