

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN
PACIENTES CON ULCERA PÉPTICA**

AUTORA:

Pritsy Mariney Romero Mondalgo

ASESOR:

DR. NOLBERTO TAPIA SILVA

Trujillo- Perú

2016

MIEMBROS DEL JURADO

DR. OVIDIO VILLENA MOSQUEIRA

PRESIDENTE

DR. ORLANDO CILLIANI AGUIRRE

SECRETARIO

DRA. KAREN DIAZ PAZ

VOCAL

DEDICATORIA

- **A Dios**, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y brindarme sabiduría.

- **A mis Padres:** Julia y Jorge; por su amor, confianza y fortaleza durante todo el trayecto de mi vida, sin ellos nada sería posible, a ellos mi respeto y amor por siempre.

- **A mis Tíos:** Javier, Edison y Willy; por su esfuerzo, sacrificio, siempre lo querré.

- **A mi Hermana:** Vanesa; por ser mi compañía, apoyo y mi fuerza para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

- **A mi Asesor:** Nolberto Tapia Silva; por su apoyo y dedicación en la realización de ésta tesis.

- **A mi novio:** Yordy; por su apoyo incondicional y paciencia, gracias amor por estas a mi lado dándome ánimos.

- **Al Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas,** por haberme permitido realizar el Internado Médico, del cual me llevo una enorme satisfacción profesional.

- **A todos mis maestros,** quienes me instruyeron y formaron para ser una gran profesional.

INDICE

INDICE.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS.....	44

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 64 pacientes como casos y 64 pacientes como controles según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin hemorragia digestiva alta.

Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo de hemorragia digestiva alta fueron: el uso de AINES (OR: 10.96; $p < 0.05$), la Polifarmacia (OR: 21.27; $p < 0.05$), *Helicobacter pylori* (OR: 0.92; $P > 0.05$), la Edad Avanzada (OR: 2.82; $p < 0.05$), Alcoholismo (OR: 5.21; $p < 0.05$). Encontrándose asociación entre el uso de AINES, Polifarmacia (Naproxeno, Ibuprofeno y Ácido Acetil Salicílico), la edad avanzada > 65 años y el Alcoholismo; no se encontró asociación entre la presencia de *Helicobacter pylori* y HDA en grupo de casos.

Conclusiones: La Polifarmacia ((Naproxeno, Ibuprofeno y Ácido Acetil Salicílico), el uso AINES, el Alcoholismo y la Edad Avanzada > 65 años son factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con Ulcera Péptica.

Palabras Clave: Factores de riesgo, hemorragia digestiva alta, ulcera péptica.

ABSTRACT

Objective: Determine the risk factors associated with upper gastrointestinal bleeding in patients with Peptic Ulcer Hospital Hugo Pesce Pescetto Andahuaylas.

Methods: Was conducted an analitic, observational, retrospective, case-control investigation. The study population was conformed for 64 patients as cases and 64 control patients according to inclusion and exclusion criteria established divided into two groups: with and without upper gastrointestinal bleeding.

Results: The statistical analysis about variables studied as risk factors for upper gastrointestinal bleeding were: the use of NSAIDs (OR: 10.96; p <0.05), Polypharmacy(OR: 21.27; p <0.05), Helicobacter pylori (OR : 0.92: P> 0.05), older age>65años (OR: 2.82; p <0.05), Alcoholism (OR: 5.21; p <0.05). Encountering association between NSAID use, polypharmacy, the elderly and Alcoholism; no association between the presence of Helicobacter Pylori and HDA in case group was found.

Conclusions: Polypharmacy(Naproxen, ibuprofen and acetylsalicylic acid), the use NSAIDS, Alcohol and Older age> 65años are risk factors associated with upper gastrointestinal bleeding in patients with Peptic Ulcer.

Keywords: Risk factors, upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer

I. INTRODUCCIÓN:

La Hemorragia digestiva alta es la emergencia en gastroenterología más común y tiene una morbilidad y mortalidad considerable. Se define como toda aquella que tiene su origen en algún punto entre la boca y el ángulo de Treitz. (1) (2)

La úlcera péptica es una enfermedad caracterizada por una pérdida de sustancia en la mucosa del tubo digestivo expuesta a la secreción ácido-péptica y ha sido reconocida como la principal causa para HDA. La clasificación utilizada para las úlceras sangrantes es la de Forrest. En un reposte el hallazgo más frecuente fue Forrest III (38,4%) y las úlceras clasificadas Forrest I y Forrest II constituyeron el 26%, cada uno respectivamente. (3)(4)

Las tasas de incidencia de HDA demuestran una gran variación geográfica que va desde 48 a 160 casos por cada 100 000 habitantes, con informes consistentes de las incidencias más altas entre los hombres y las personas de mayor edad. (5)

Una de las clasificaciones en HDA son la de origen varicial y no varicial siendo factores de riesgo más comunes para esta última, la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aspirina, inhibidores de la recaptación de serotonina y otros antiagregantes y anticoagulantes. En pacientes con enfermedad cardiovascular y la enfermedad renal, HDA tiende a ser más grave y tiene una mayor morbilidad. (2,6)

Los fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) son agentes anti-inflamatorios y analgésicos eficaces y se encuentran entre las clases más comúnmente utilizados de los medicamentos en todo el mundo, los cuales conlleva a un incremento en el riesgo de HDA. (7-10).

Las manifestaciones clínicas, como la hematemesis y melena son característica de la hemorragia digestiva alta. Para su presentación requiere de una extravasación de al menos 60-100 ml de sangre y puede persistir hasta cinco días después del cese del sangrado. La Hematoquecia sugiere una hemorragia digestiva baja; sin embargo, hasta el 5% de

los pacientes con HDA presentan hematoquecia bien debido a una hemorragia masiva (volumen superior a 1000 cc) a un tránsito rápido. (12)

La clasificación cuantitativa de la magnitud de la hemorragia digestiva menciona, Grado I con una pérdida de volumen sanguíneo de 15%(500 a 600 mL), Grado II Caída de la tensión arterial hasta 10 mmHg y una pérdida de sangre de 10 a 20 % (600 a 1 200 mL). Grado III .El paciente ha perdido más del 30 % de la volemia (1 200 a 2 000 mL). Grado IV Sangramiento masivo más de > 2 000 mL y el paciente presenta shock hipovolémico evidente >40%. (12).

La hemorragia digestiva alta es una causa frecuente de hospitalización y de morbimortalidad. La endoscopia nos permite determinar la etiología, así como la posibilidad de realizar tratamiento y determinar el riesgo de resangrado del paciente. Diversos scores han sido desarrollados para predecir la evolución de los pacientes que acuden por hemorragia digestiva a los servicios de un hospital, entre los más conocidos se encuentran los de Rockall y Blatchford, ambos tratan de predecir el riesgo de resangrado, mortalidad y el grado de severidad de los pacientes con hemorragia digestiva.(13)

El tratamiento endoscópico es la base en terapéutica en los pacientes con sangrado activo, ya que logra la hemostasia y mejora los resultados en la evolución del paciente. La farmacoterapia después de la hemostasia endoscópica reduce las tasas de nuevas hemorragias e intervenciones. Para este efecto se emplean inhibidores de la bomba de protones.(14)

En nuestro país y en la región de Apurímac donde se encuentra localizado el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas se identificó un incremento en el número de pacientes seniles lo que conlleva al incremento de enfermedades crónicas y como consecuencia de ello el aumento en la ingesta de fármacos; así mismo, es sabido que la poblaciones de bajos recurso como es la región mencionada existe la prevalencia de H. pylori. Por otro lado el poblado de la comunidad Andina tiene dentro de sus costumbres el consumo habitual de bebidas alcohólicas los llamados “tragos cortos”. Todas estas características mencionadas condiciona una elevada frecuencia de úlceras pépticas y como consecuencia las HDA.

Además por experiencia propia de la investigadora data a las úlceras pépticas como factor de riesgo. Siendo los AINES en esta situación uno de los principales factores.

1.1 Marco Teórico

En el marco de las patologías gastroenterológicas, la hemorragia digestiva alta (HDA) constituye un motivo frecuente de consulta. Consiste en la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo en una zona comprendida entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. (1) (2)

La Úlcera péptica, es la causa más frecuente de HDA, representa entre el 37-50% de los casos, se caracteriza por una pérdida de sustancia en la mucosa del tubo digestivo expuesto a la secreción ácido-péptica, esta lesión afecta la mucosa y llega a la submucosa, pudiendo penetrar a la muscular, inclusive perforar todo el tubo digestivo hasta órganos vecinos. Si la lesión queda limitada a la mucosa, entonces se conoce como erosión siendo dos veces más frecuente el sangrado por úlcera duodenal que por úlcera gástrica. Cuando la úlcera es mayor a 2 cm de diámetro, existe una mayor incidencia de resangrado y de mortalidad, con o sin tratamiento hemostático endoscópico. Las úlceras de tamaño superior a 1 cm son más frecuentes en pacientes mayores de 60 años. La incidencia también aumenta de acuerdo a la localización de la úlcera, debido a la erosión de grandes vasos, principalmente las localizadas en la cara posterior del bulbo duodenal (arteria gastroduodenal) y en la porción proximal de la curvatura menor gástrica (arteria gástrica izquierda). (3,4)

Las complicaciones de la úlcera péptica se presentan en cerca del 25% de los pacientes y comprenden el sangrado, la perforación y la cicatrización con obstrucción secundaria; de estas, la úlcera sangrante es la más frecuente en un 15%, con una mortalidad de cerca del 10%. El 80% de las muertes se producen por causas distintas al sangrado (falla multiorgánica, complicaciones pulmonares y tumores terminales entre otras) y el 20% restante es debido a la hemorragia. El sangrado es una complicación de alta recurrencia, descrita hasta en 50% de los pacientes con múltiples factores de riesgo y en seguimiento de 10 años. (5-8)

La hemorragia digestiva alta (HDA) por úlcera péptica es una de las complicaciones que puede aparecer en su evolución y supone una de las causas más frecuentes de hospitalización. Las hemorragias digestivas altas pueden ser de origen varicosas y no varicosas; la mayoría es de causa no varicosa. La úlcera péptica ha sido reconocida como la principal causa, entre las cuales las úlceras gástricas son las más comunes. La clasificación utilizada para las úlceras sangrantes es la de Forrest. El porcentaje de presentación es variable según los estudios; el grado más frecuente fue Forrest III (38,4%). Las úlceras clasificadas Forrest I y Forrest II constituyeron el 26%, cada uno respectivamente. (9)

Estudios epidemiológicos recientes sobre hemorragia digestiva alta muestran tasa superior de hospitalización por hemorragia gastrointestinal, en los Estados Unidos, se estima en 160 ingresos hospitalarios por cada 100.000 habitantes, que se traduce en más de 400.000 al año. En la mayoría de los estudios, el más alto índice de episodios agudos de hemorragia digestiva alta (50 al 80%) proviene de causas no variciales, siendo la úlcera péptica la causa más frecuente en lesiones del tubo digestivo. La tasa de mortalidad de hemorragia digestiva alta varía de 3,5 a 7 % en los Estados Unidos. Sin embargo, un estudio británico llevado a cabo en 1993 en 74 hospitales que contaba con una población de 15,5 millones de habitantes reportó una tasa de mortalidad de 14%. La mortalidad para pacientes menores de 60 años en ausencia de malignidad o falla orgánica al momento de presentación fue de sólo 0,6%. (10-12)

El sangrado clínicamente significativo o relevante, se presenta en 1% al 4% y es aquel que se evidencia con inestabilidad hemodinámica, disminución de 2 gr/dL de la hemoglobina, requerimiento de transfusión de 2 o más unidades de glóbulos rojos en < de 24 horas o la incapacidad de subir el valor de la hemoglobina inicial.(13)

Se pueden diferenciar tres grupos etiológicos con diferente significado pronóstico: Grupo de bajo riesgo: hemorragias digestivas consecutivas al síndrome de MalloryWeiss, esofagitis, lesiones agudas de la mucosa gástrica (excluidas las úlceras por estrés) que tienen una escasa tasa de recidivas y una mortalidad mínima. Grupo de riesgo medio: constituido por el sangrado consecutivo a una úlcera péptica, con una mortalidad relativamente baja a pesar de la elevada proporción de las hemorragias persistentes (14,17)

%), debido a la posibilidad de una actuación (endoscópica o quirúrgica). Grupo de alto riesgo: formado por las hemorragias de origen no precisado y por las consecutivas a várices esofágicas que presentan una mortalidad en torno a 30 %.(18)

Ciertos cambios en la práctica clínica en los últimos 15 años revelan que la estancia hospitalaria ha decrecido significativamente, y más del 90% de pacientes con HDA son sometidos a endoscopia dentro de las primeras 24 horas de admisión. Aunque la incidencia de hemorragia digestiva alta no varicial ha ido disminuyendo en todo el mundo, sigue siendo un problema significativo. Incluso con el advenimiento de procedimientos endoscópicos avanzados y medicamentos potentes para suprimir la producción de ácido, La HDA lleva a una morbilidad y mortalidad significativas.(35,37-39)

Algunos de los factores de riesgo más comunes para HDA no varicosa incluyen la infección por *Helicobacter pylori*, fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aspirina, inhibidores de la recaptación de serotonina y otros antiagregantes y anticoagulantes. En pacientes con enfermedad cardiovascular y enfermedades renales, la HDA tiende a ser más grave y tiene una mayor morbilidad. Muchos de los AINE más nuevos han sido retirados del mercado por considerarse dañinos: (15)

Dentro de los factores de riesgo estudiados, se han establecido aquellos que son los más importantes para el sangrado de las úlceras pépticas. *Helicobacter pylori* es un importante patógeno humano que está implicado en la patogénesis de la gastritis atrófica, úlcera gastroduodenal, cáncer gástrico, linfoma MALT, púrpura trombocitopénica idiopática, anemia por deficiencia de hierro y deficiencia de vitamina B12 . La lesión básica es la inflamación de la mucosa progresiva que puede resultar en cambios crónicos, pudiendo llevar por un lado a la atrofia y metaplasia considerandos estos últimos como preneoplásicos , y por otro lado a un daño permanente con la consiguiente formación de úlceras pépticas .Debido a que la tasa de progresión del daño de la mucosa es impredecible, y la infección es siempre transmisible, se ha recomendado que siempre que exista infección por *H. pylori* debe ser curada a menos que existan razones de peso que podrían mitigar esa elección (por ejemplo, de edad muy avanzada con enfermedades comórbidas extensas).(16)

Respecto al sexo, se ha observado en pacientes con hemorragia digestiva alta que la incidencia en varones es el doble respecto a las mujeres. El riesgo se incrementa marcadamente con la edad y en un estudio el factor de riesgo más determinante fue la edad mayor de 65 años ($p < 0.0001$). (12)

El alcohol (más de 80 g al día) multiplica por 4 el riesgo de HDA en patología ulcerosa. Después de una inusual ingesta de alcohol, es probable que una hematemesis se deba a lesiones agudas de la mucosa gástrica. Sólo el 15% de los bebedores excesivos constantes genera daño hepático crónico. La ingesta de alcohol es un factor clave en la mortalidad, inclusive el que ha desarrollado la enfermedad hepática y sigue bebiendo tiene mucha mayor mortalidad. La mayor parte de la población se clasifica en consumidor moderado y consumen < 100 mL alcohol/día, consumiría más de 60 g, ya que $100\text{ml de OH} = 1\text{lt de vino} = 2\text{ lt de cerveza} = 250\text{ mL bebida destilada} = 100\text{ g}$.(13)

Existen fármacos que se relacionan con la presencia de hemorragia digestiva alta como los AINES, que son los más usados mundialmente en los últimos 15 años, son capaces de causar lesiones a lo largo del tracto digestivo y determinar un mayor riesgo de producir hemorragia digestiva alta. Los Fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) son agentes anti-inflamatorios y analgésicos eficaces y se encuentran entre las clases más comúnmente utilizados de los medicamentos en todo el mundo, su mecanismo de acción, bloquean la síntesis de prostaglandinas al inhibir con mayor o menor potencia la cicloxigenasa; al bloquear la cox1 o cox2 . Sin embargo, su uso se ha asociado a complicaciones gastrointestinales potencialmente graves dependientes de la dosis, tal como hemorragia digestiva alta. El riesgo de complicaciones gastrointestinales superiores puede ocurrir incluso con el uso de AINE a corto plazo y la tasa de eventos es lineal en el tiempo con el uso continuo. Aunque las terapias gastroprotectores están disponibles, estas son infrutilizadas. (16)

La ingesta de ácido acetilsalicílico y/o antiinflamatorios no esteroideos son una causa común de ulceraciones gastroduodenales debido a la lesión producida tanto por su efecto local como sistémico por la inhibición de prostaglandinas. Se sabe que los adultos mayores son un grupo especialmente susceptible, no solo porque es el que más medicamentos consume y por tanto, tiene mayores posibilidades de sufrir una reacción

adversa, sino debido a que las consecuencias suelen ser mayores puesto que con la edad disminuyen la reserva funcional y los mecanismos homeostáticos.(17)

El estrés constituye una causa frecuente de sangrado gastrointestinal alto en pacientes hospitalizados por patologías graves no hemorrágicas. El riesgo de sangrado de estas úlceras por estrés está aumentado en los pacientes con fallo respiratorio y aquellos con coagulopatías. En el síndrome de Zollinger-Ellison, la hiperacidez puede ser responsable de la formación de úlceras pépticas que pueden complicarse con hemorragias (18)

Diversos scores han sido desarrollados para predecir la evolución de los pacientes que acuden por hemorragia digestiva a los servicios de un hospital, entre los más conocidos se encuentran los de Rockall y Blatchford, ambos tratan de predecir el riesgo de resangrado, mortalidad y el grado de severidad de los pacientes con hemorragia digestiva. A diferencia del score de Rockall, la escala de Blatchford no utiliza parámetros endoscópicos, siendo esto útil en un ambiente de cuidados primarios pero teniendo una gran limitación ya que no cuenta con la información que brinda un estudio endoscópico. En el grupo de pacientes con hemorragia digestiva no variceal y que por lo tanto no requiere de una endoscopia de urgencia está el score de Rockall, la misma que nos da información sobre la posibilidad de mortalidad y en algunos estudios ha demostrado que también podría predecir la posibilidad de resangrado.(19)

Los fármacos denominados inhibidores de la bomba de protones, entre los que se encuentra el omeprazol, han demostrado su utilidad para el tratamiento de la hemorragia digestiva alta no variceal especialmente si es debida a una úlcera péptica. En ocasiones se hará un tratamiento combinado mediante técnicas endoscópica e inhibidores de la bomba de protones. En casos en que sea muy poco probable la recidiva de la hemorragia lo recomendable es el tratamiento farmacológico exclusivamente. (20)

En el manejo de los pacientes con úlcera péptica sangrante, la supresión de ácido después de la hemostasia endoscópica reduce las tasas de nuevas hemorragias e intervenciones. Para este efecto se emplean inhibidores de la bomba de protones (IBP) ya que son los fármacos más adecuados para mantener el pH gástrico por encima de 6, situación que debemos mantener al menos 72 horas. (21)

El tratamiento para erradicar la bacteria *Helicobacter pylori*, mediante la administración de dos antibióticos combinados con un inhibidor de la bomba de protones, reduce el riesgo de reaparición del sangrado de úlcera péptica. Después de un episodio de hemorragia por úlcera péptica, los pacientes deben recibir tratamiento para *H. pylori*, si es posible, evitar tomar AINE, incluyendo los llamados coxibs.(22)

1.2. Antecedentes

Rodríguez H, El 2011 en España, se realizó un estudio para identificar los factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad y los tratamientos empleados y fundamentar la atención de enfermería. Se evaluaron 150 pacientes, 100 casos y 50 controles. Los factores de riesgo asociados a morbilidad son: respecto a la mayor pérdida de volumen sanguíneo, corresponde al sexo masculino con 75 pacientes (78.6%); el antecedente de ingestión de alcohol (50%) el consumo de antiinflamatorios no esteroides (33.3%); antecedentes de úlcera péptica (32 %); la diabetes Mellitus, y la hipertensión arterial con un 26.6 % y 23.3 % respectivamente.(23)

Maldonado C, en el 2013 en Perú, realizó un estudio observacional analítico caso-control retrospectivo entre los años 2009 y 2011 que incluyó a pacientes con edad mayor o igual a 15 años que ingresaron por HDA al Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) a través del servicio de emergencias, así como pacientes hospitalizados por cualquier causa que presenten signos de HDA. Se encontró en el análisis logístico bivariado como variables relacionadas estadísticamente a la mortalidad: edad mayor (OR=1,02), hematemesis (OR=2,57), hemorragia digestiva alta intrahospitalaria (OR=4), cirrosis (OR=2,67), neoplasia maligna (OR=5,37), siendo los factores que aumentan el riesgo de mortalidad en orden de importancia los pacientes con neoplasia maligna, hemorragia digestiva alta intrahospitalaria, cirrosis y presencia de hematemesis. (24)

Martín A , en el 2012 en España desarrollo una investigación con la finalidad de precisar las características al ingreso, el curso evolutivo y el pronóstico de la hemorragia digestiva alta (HDA) en el paciente anciano, realizo un estudio prospectivo en el que se incluyeron 103 pacientes con Edad igual o superior a 80 años. La etiología más frecuente de la HDA

fue el sangrado por úlcera gastroduodenal en el 65,1%, siendo el 60,2% consumidor crónico de antiinflamatorios no esteroideos: (25)

Lee YJ, el 28 de Enero del 2016 en (publicación Internacional) Corea realizo un estudio con el objetivo de describir los Factores predictivos de la mortalidad a los 30 días en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa .La metodología fue observacional prospectivo en un solo hospital entre abril de 2010 y noviembre de 2012, con 336 pacientes con síntomas y signos de hemorragia digestiva. La edad promedio fue de 59 años, y el 79,3% de los pacientes eran varones. El síntoma más frecuente fue la presentación de hematemesis (50,0%). Un total de 48 pacientes (26,1%) tenían antecedentes de hemorragia gastrointestinal, y 60 (32,6%) tenían antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial con 82 pacientes, (44,6%), seguido por Diabetes Mellitus con 44 pacientes (23,9%). En relación con el uso concomitante de medicamentos que podrían haber estado relacionados con el sangrado, 53 pacientes (28,8%) utilizan antiagregantes plaquetarios como la aspirina, clopidogrel o cilostazol, y 37 pacientes (20,1%) utilizaron AINEs. (26)

Nojkov B, el 7 de Enero del 2016 en Norteamerica realizo una Revisión sistemática datos sobre los aspectos distintivos de la enfermedad de úlcera péptica, lesión de Dieulafoy y el síndrome de Mallory-Weiss en pacientes con enfermedad alcohólica avanzada, incluyendo la hepatitis alcohólica o cirrosis alcohólica. Pacientes con ulcera péptica asociados con cirrosis tienen mayores tasas de complicaciones hemorrágicas, de cicatrización de la úlcera retardada y de recurrencia de la úlcera en comparación con la población general. (27)

Hsu PI, en Taiwan el 2015 realizo un estudio titulado Epidemiología de la hemorragia Gastrointestinal asociado a dosis baja de aspirina, comúnmente definida como 75-325 mg al día, es ampliamente utilizado para protección cardiovascular. Los resultados fueron: Se redujo el riesgo de eventos Cerebro Vascular y muerte en pacientes con enfermedades coronarias y cerebrovasculares y tiene las ventajas de bajo costo y de larga duración de la acción antiplaquetaria. Sin embargo, la terapia con dosis bajas de aspirina se asocia con altos efectos secundarios gastrointestinales, que van desde la dispepsia (31%), erosiones gastroduodenales (60%), úlcera péptica (7%) a las úlceras sintomáticas o complicadas (0,6%). Los importantes factores que aumentan el riesgo de complicaciones son la úlcera

péptica, edad > 70 años, la infección por *H. pylori*, y la terapia de farmacológica concomitante con medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos, otros agentes antiplaquetarios (por ejemplo, clopidogrel) o anticoagulante. (28)

Si Hye K, en Corea el 2015 en un estudio cuyo objetivo fue el manejo óptimo de la hemorragia por úlcera péptica encontrado en el análisis multivariado, los factores de riesgo fueron los pacientes con el tipo Forrest IIB, la terapia endoscópica se asoció con una reducción significativa en la mortalidad relacionada al sangrado y todas las causas de mortalidad en comparación con el tratamiento médico. El factor de riesgo de resangrado fue el uso de aspirina y / o AINE. (29)

Usta M. En Turquía el 2015 realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar el papel de anti inflamatorios no esteroideos (AINE) y la infección por *Helicobacter pylori* en la etiología del sangrado gastrointestinal superior en niños. El sangrado Gastrointestinal se observó en 188 (8,29%) de 2266 pacientes. Las causas relacionadas con la mucosa del esófago, el estómago y el duodeno fueron encontrados en la tasa de 37%, 58% y 24,5%, respectivamente, con el examen endoscópico. La ubicación de sangrado no se pudo determinar en 14,4% de los pacientes. La historia de la ingesta de drogas antes de admitir al hospital estuvo presente en 40 pacientes (21,3%). Cuando examinamos estos cuarenta pacientes, 35% se deben al ácido acetilsalicílico, el 47,5% estaban en el ibuprofeno. La relación entre *H. pylori* y HDA no se encontró estadísticamente significativa ($p > 0,05$). La relación entre el consumo de fármacos y la presencia de infección por *H. pylori* no se encontró significativo. El ibuprofeno y la ingesta de ácido acetilsalicílico se encontraron significativos en la etiología de la HDA.(30)

Herzig S, en el 2013 en Norteamérica desarrollo una investigación con la finalidad de precisar los factores de riesgo asociados a la aparición de hemorragia digestiva en pacientes no críticos a través de un diseño de casos y controles se evaluaron 75,723 pacientes con promedio de edad de 56 años en quienes la frecuencia de hemorragia digestiva nosocomial fue de 0.27% observando como factores asociados la edad mayor de 60 años, el sexo masculino, la enfermedad hepática crónica, la insuficiencia renal crónica, la presencia de sepsis, el uso de medicación anticoagulante así como la presencia de coagulopatías todos

con significancia estadística($p < 0.05$). Durante la revisión bibliográfica realizada no se identificaron estudios similares a nivel nacional, regional ni local.(31)

1.3. JUSTIFICACION:

La hemorragia digestiva alta es una urgencia médica muy frecuente con una incidencia anual entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes. Esto representa un elevado número de ingresos hospitalarios anuales y un gran consumo de recursos sanitarios. Asimismo la incidencia se incrementa marcadamente con los factores de riesgo.

En nuestro medio no contamos con registros adecuados de las características de Hemorragia digestiva alta en la población Andina. Sin embargo es frecuente la atención de ellas en un centro de emergencias hospitalario y consulta médica. Siendo una patología con una significativa morbimortalidad es importante identificar los caracteres asociados a esta entidad. Determinando sus características asociadas en los pacientes con hemorragia digestiva alta se pueden tomar medidas preventivas, diagnósticas y de tratamiento de manera efectiva, disminuyendo o erradicando así sus complicaciones asociadas.

Conocer nuestra realidad en cuanto a los factores de riesgo, causas, pronóstico y mortalidad de la hemorragia digestiva alta permitirá mejorar las estrategias de manejo y detectar a tiempo potenciales determinantes de hemorragias graves. Si se conoce dichos factores, es posible actuar acertadamente evitando un manejo inadecuado en estos pacientes. Debido a que no se han realizado estudios que describan la correlación entre los principales factores de riesgo en nuestro medio, se pretende identificar estas características para mejorar el pronóstico de los pacientes y disminuir su mortalidad. Con lo expuesto, es posible actuar de modo oportuno en el diagnóstico y establecimiento de la gravedad de la enfermedad, implementando estrategias en la atención primaria, cuyos beneficiarios son para la sociedad, los pacientes que padecen la enfermedad y el sistema de salud. En los últimos años, varios autores han desarrollado una serie de sistemas de puntuación basados en criterios clínicos, analíticos y endoscópicos para tratar de predecir el riesgo de persistencia o recidiva del sangrado en las lesiones digestivas.

A pesar de los avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento, la mortalidad por este evento no ha variado sustancialmente en los últimos 30 años, lo que obedece a diversas circunstancias entre las que se encuentran el incremento de la edad de los pacientes. Los adelantos referidos han tenido poca repercusión en las hemorragias por várices esofágicas y de origen desconocido, entre otras causas. La mortalidad global por este síndrome oscila en la mayoría de las series entre 8 y 12 %.

La tasa de mortalidad está mejor relacionada con las enfermedades subyacentes y no directamente con el sangrado. Sin embargo, el diagnóstico temprano y exacto de pacientes con sangrado severo puede facilitar maniobras terapéuticas que conduzcan a menores tasas de mortalidad

Los conocimientos actuales sobre el manejo endoscópico oportuno de la HDA están permitiendo el alta precoz de los enfermos e, incluso, tratamientos ambulatorios, en los casos leves, con una base científica segura y sin disminuir por ello los criterios de calidad asistencial. Es razonable por lo tanto identificar a los grupos de riesgo de hemorragia digestiva alta y sobre todo a aquellos que presentan factores asociados con un alto riesgo de recurrencia. La presente investigación estará a disposición de estudiantes, docentes, profesionales de la salud y de otras áreas, tanto para la información como para impulsar o ampliar proyectos de investigación concerniente al tema expuesto.

1.4. PROBLEMA CIENTÍFICO:

¿Son el uso de AINES, la polifarmacia, la presencia de Helicobacter Pylori, la Edad avanzada y el Alcoholismo factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes con ulcera péptica atendidos en el Hospital de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015?

1.5. HIPÓTESIS:

NULA: El uso de AINES, La polifarmacia(Naproxeno, Ibuprofeno y AAS), la presencia de Helicobacter Pylori, el Alcoholismo y la edad avanzada > 65 años no son factores de

riesgo asociados a hemorragia digestiva alta por ulcera péptica durante el periodo 2011 – 2015.

ALTERNA: El uso de AINES, La polifarmacia, la presencia de Helicobacter Pylori, el Alcoholismo crónico y la edad avanzada son factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta por ulcera péptica durante el periodo 2011 – 2015.

1.6 OBJETIVOS:

Objetivo General:

Demostrar si el uso AINES, la polifarmacia, la presencia de Helicobacter pylori, el Alcoholismo y la edad avanzada >65 años son factores asociados a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica del Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015?

Objetivos Específicos:

- Identificar si el uso de AINES y la polifarmacia son factores asociados para HDA en pacientes con ulcera péptica atendidos en el HHPPA.
- Identificar si la presencia de Helicobacter pylori, la edad avanzada y el Alcoholismo son factores asociados para HDA en pacientes con ulcera péptica atendidos en el HHPPA.

II. MATERIAL Y MÉTODO:

2.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Total de pacientes con ulcera péptica atendidos en el Servicio de Gastroenterología en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el período 2011 – 2015 y que cumplan con los siguientes criterios de selección.

2.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

A. Criterios de Inclusión: (Casos):

1. Paciente con diagnóstico endoscópico de ulcera péptica.
2. Pacientes con sintomatología de hemorragia digestiva alta (hematemesis, melenas, hematoquecia) debido a ulcera péptica.
3. Mayores de 20 años.
4. Historias Clínicas con datos suficientes para definir las variables en estudio.

B. Criterios de Inclusión: (Controles):

1. Paciente con diagnóstico endoscópico de ulcera péptica.
2. Pacientes sin sintomatología de hemorragia digestiva alta
3. Mayores de 20 años.
3. Pacientes en cuyas historias clínicas se puedan definir las variables en estudio.

Criterios de Exclusión (Ambos grupos):

Aquellos pacientes cuyo motivo de ingreso hospitalario sea hemorragia digestiva baja; con historia de trombocitopenia , antecedente de hospitalización por hemorragia digestiva alta

en los últimos 6 meses, gastrectomizados, usuarios de corticoides, que presenten Neoplasia Gástrica en los 3 meses y con varices esofágicas.

2.3 MUESTRA:

Unidad de Análisis

Estuvo constituido por cada paciente atendido en el Servicio de Gastroenterología en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el período 2011 – 2015 y que cumplieron con los criterios de selección.

Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por la historia clínica de cada paciente atendido en el Servicio de Gastroenterología en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el período 2011 – 2015 y que cumplieron con los criterios de selección.

Tamaño muestral:

Se usa la siguiente fórmula para estudio de casos y controles: ⁽⁴⁰⁾

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$Z\alpha = 1.96$ Coeficiente de confiabilidad para $Z\alpha = 0.05$

$Z\beta = 0.84$ Coeficiente de confiabilidad para $Z\beta = 0.20$

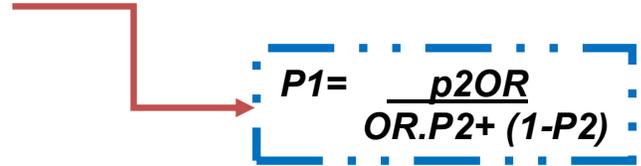
$c =$ Razón de número de controles por caso ($c = 1$)

$p_2 =$ Proporción de controles que estuvieron expuestos ($p_2 = 0.29$)(36)

$p_1 =$ Proporción de casos que están expuestos ($p_1=0.53$)

OR = 2.83 (36)

P = 0.41


$$P1 = \frac{p2OR}{OR.P2 + (1-P2)}$$

Basto el 2008 en el Perú, encontró que la Ulcera Péptica estuvo presente en el 71% de los casos y en el 29% de los controles.(36)

Reemplazando los valores, se tiene:

n = 64

CASOS: (Pacientes con HDA y Ulcera Péptica) = **64** pacientes

CONTROLES:(Pacientes sin HDA y Ulcera Péptica) = **64** pacientes.

Tipo de muestreo:

Muestreo no probabilístico, por conveniencia.

2.4 DISEÑO ESPECÍFICO

- Tipo de Estudio: Analítico de casos y controles
- En relación al periodo de captación de la información: Retrospectivo
- En relación a la evolución del fenómeno en estudio: Transversal
- En función de la comparación entre poblaciones: Comparativa
- En función de la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: Observacional.

	G1	O1, O2, O3, O4
P	G2	O1, O2, O3, O4

P: Población.

G1: Pacientes con ulcera péptica y hemorragia digestiva alta.

G2: Pacientes sin ulcera péptica y sin hemorragia digestiva alta.

O1: AINES

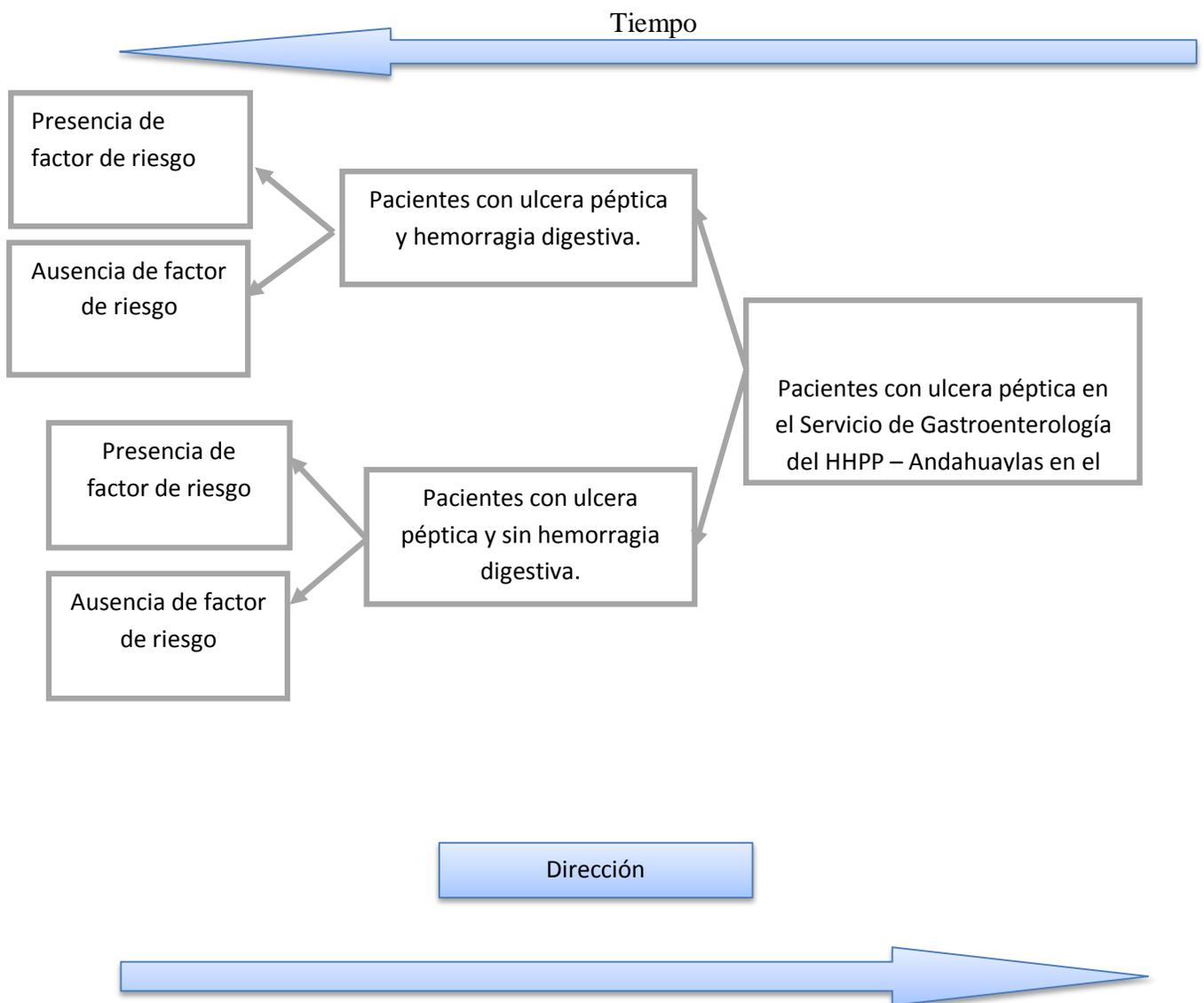
O2 Polifarmacia

O3: Helicobacter pylori

O4: Edad avanzada

O5: Alcoholismo

DISEÑO



2.5 .Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
Hemorragia digestiva	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Si-No
INDEPENDIENTE: AINES	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Si-No
Polifarmacia	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Si-No
Helicobacter pylori	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Si-No
Alcoholismo	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Si-No
INTERVINIENTE Edad avanzada	Cualitativa	Nominal	H. clínica	mayores de 65 años

Definiciones operacionales:

- **AINES:** Son un grupo variado y químicamente heterogéneo de fármacos principalmente antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos, por lo que reducen los síntomas de la inflamación, el dolor y la fiebre. Todos ejercen sus efectos por acción de la inhibición de la enzima ciclooxigenasa (COX1).
- **Polifarmacia:** Según la OMS es el uso concomitante de tres o más medicamentos (Naproxeno, Ibuprofeno y AAS) los ancianos toman tres veces más medicamentos por día que los jóvenes, estudios han comprobado que pacientes mayores de 65 años usan de 2 a 6 fármacos prescritos y de 1 a 3 de venta libre o de uso herbolario.
- **Helicobacter pylori:** Es una bacteria, gramnegativa, que exclusivamente habita en la mucosa gástrica. Esta bacteria es un importante patógeno humano está implicado en la patogénesis de la gastritis atrófica, úlcera gastroduodenal, cáncer gástrico, linfoma MALT, púrpura trombocitopénica idiopática, anemia por deficiencia de hierro y deficiencia de vitamina B12. Provoca lesión básica de la mucosa que puede resultar en cambios atróficos preneoplásicas.^{3, 30}
- **Edad avanzada:** Es un término antropológico que hace referencia a las últimas décadas de la vida mayores de 65 años, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir.
- **Alcoholismo:** Es la ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades dañinas para la salud. El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia. Se considera como alcoholismo una ingesta calculada de > 65g en varones y > 30g en mujeres de alcohol, mayor de 80 g por día es decir, que 100ml de OH = 1lt de vino= 2 lt de cerveza= 250 mL bebida destilada =100 g.

2.6 Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó la autorización al director del Hospital Hugo Pesce Pescetto y al jefe del servicio de gastroenterología del Hospital Hugo Pesce Pescetto. (Anexo 1)

Se selecciono de los archivos del hospital las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología que cuenten con los criterios de inclusión.

Usando la ficha de recolección de dato se registró la información pertinente para el objetivo del estudio (anexo2).

Se incluyeron datos generales como edad, sexo, datos clínico, endoscópicos y todas las variables independientes motivo del estudio y anatomopatológicos.

Los datos obtenidos se vaciaron en un archivo Excel 2010.

Los datos obtenidos en las correspondientes hojas de recolección fueron procesadas utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0.y son presentados en cuadro y gráficos.

2.8. Métodos de análisis de datos

Los datos obtenidos de la historia clínica serán registrados en las correspondientes hojas de recolección, elaboradas por la misma autora en base a los objetivos propuestos. Estos datos serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0 previa elaboración de la base de datos en el programa Excel.

Estadística Descriptiva:

Los resultados son presentados en cuadros simples y de doble entrada con el número de casos en cifras absolutas y relativas porcentuales. Se adjuntó algunas cifras para facilitar la comprensión de los resultados.

Estadística Analítica

Para determinar si existe asociación entre el factor de riesgo propuesto y los resultados obtenidos en los casos y controles, se aplicó la prueba de chi cuadrado para asociación de factores si $p < 0.05$ existe asociación. Para medir el nivel de asociación se obtuvo el OR, el cual será mayor de 1 con intervalo de confianza de 95%; así se probó que los factores propuestos son factores asociados a HDA en pacientes con ulcera péptica.

Estadígrafo propio del estudio:

Dado que el estudio correspondió a un Analítico Transversal, se obtuvo el OR para el correspondiente factor de riesgo en cuanto a su asociación con la presencia de hemorragia digestiva alta. Se calculara el intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

	HDA	
FACTORES DE RIESGO	Presente	Ausente
Presente	A	B
Ausente	C	D

Odds ratio (OR) de casos y controles: $\frac{a \times d}{b \times c}$

Si el OR > 1 el factor en estudio, es de riesgo

Si el OR = 0, no existe relación

Si el OR < 1, el factor en estudio es factor protector

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

- La información obtenida de los pacientes a través de las historias clínicas, fueron tratadas de forma confidencial de acuerdo al principio de autonomía.

- El Colegio Médico del Perú hace suyas estas recomendaciones, adecuándolas a la Declaración de Principios del presente Código de Ética y Deontología:
- La investigación clínica sólo debe ser conducida por personas científicamente aptas, bajo la vigilancia de un médico-cirujano calificado.
- No puede intentarse una investigación clínica sino cuando la trascendencia del objetivo buscado es proporcionalmente mayor al riesgo a que se somete al individuo respetando el principio de no maleficencia.
- Todo proyecto de investigación médica debe ser presentado al Comité de Ética de la institución correspondiente, sin cuya aprobación no puede efectuarse ningún paso de la investigación.
- Mundial en sus "Recomendaciones para guía de investigaciones en el hombre" adecuadas por el Colegio Médico del Perú.
- Todo médico tiene el deber de denunciar, ante el Colegio Médico del Perú, a quienes transgredan las normas del presente Título, especialmente cuando se trate de investigaciones con población analfabeta o en lugares apartados del país.
- Por ser un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomaron en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)(32) y la Ley General De Salud (Título cuarto: artículos 117 y 120).(33)

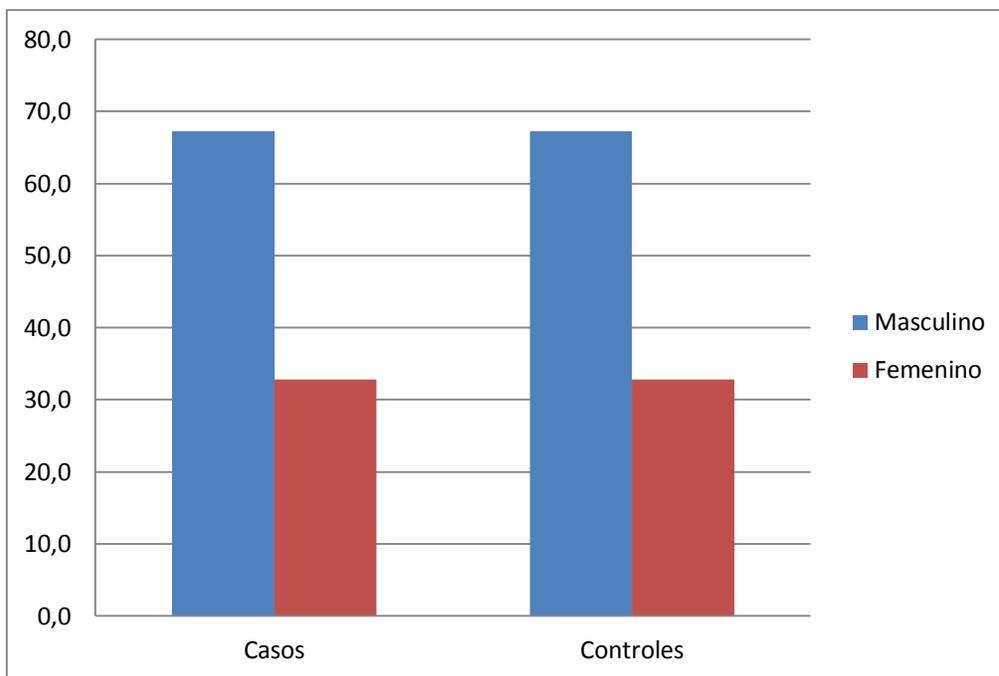
III. RESULTADOS

Tabla N° 01. Características de los pacientes incluidos en el estudio en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015.

Características	Hemorragia (n=64)	No hemorragia (n=64)
Edad (Años):		
- Promedio	56.3	53.8
- Rango	31- 90	29 - 80
Sexo:		
- Femenino	21 (33%)	43 (67%)
- Masculino	43 (67)	21 (33%)
AINES	58 (90.6%)	30 (46.9%)
Polifarmacia	58 (90.6)	20 (31.3)
Helicobacter Pylori	17 (26.6%)	18(28.1%)
Edad Avanzada	48 (75.0%)	33(51.6.5)
Alcoholismo	45 (70.3%)	20 (31.3%)

FUENTE: HOSPITAL HUGO PESCE PES CETTO ANDAHUAYLAS-Archivo historias clínicas-2011-2015.

Gráfico N° 01: Distribución de los pacientes del estudio según el sexo en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015.



La frecuencia en el sexo masculino en el grupo con hemorragia digestiva alta fue de 67.2% mientras que en el grupo sin hemorragia digestiva alta fue de 32.8%.

Tabla N° 02: Los AINES como factor asociado a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015:

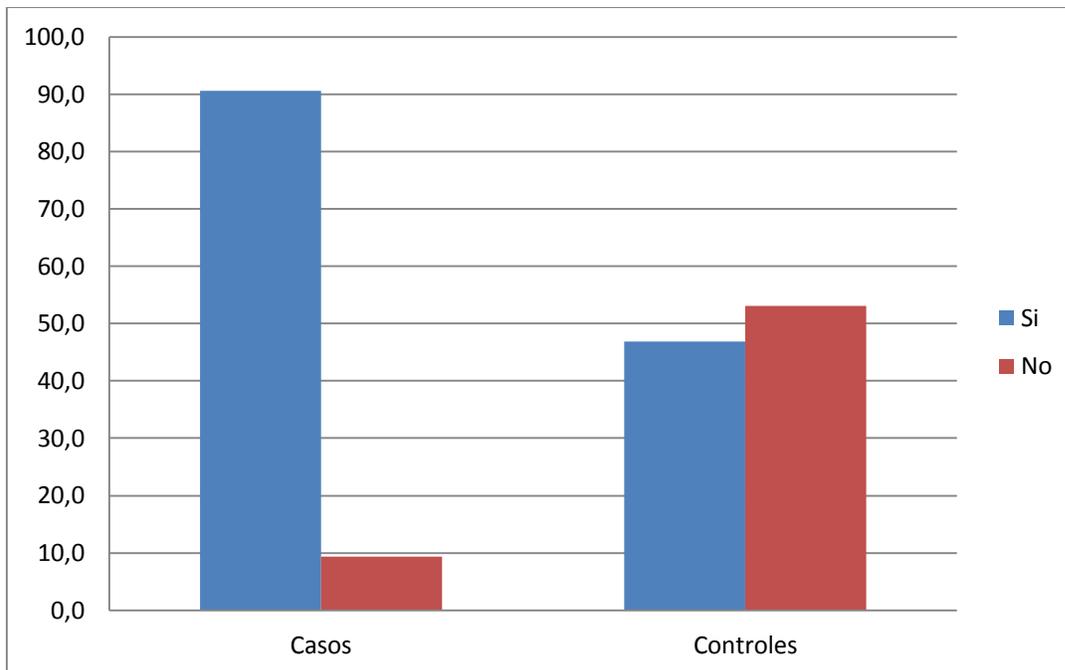
Aines	Grupo				Total
	Casos		Controles		
	Nro	%	Nro	%	
Si	58	(90.6)	30	(46.9)	88
No	6	9.4	34	53.1	40
Total	64	100.0	64	100.0	128

FUENTE: HOSPITAL HUGO PESCE PES CETTO ANDAHUAYLAS-Archivo historias clínicas-2011-2015.

- X^2 : 28.509
- $p < 0.05$. (P = 0.0001)

- Odds ratio: 10.96
- Intervalo de confianza al 95%: (4.13 - 29.41)

Gráfico N° 02: Los AINES como factor asociado a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015:



La frecuencia de AINES en el grupo con hemorragia digestiva con ulcera péptica fue de 90.6% mientras que en el grupo sin hemorragia digestiva y con ulcera péptica fue de 46.9%.

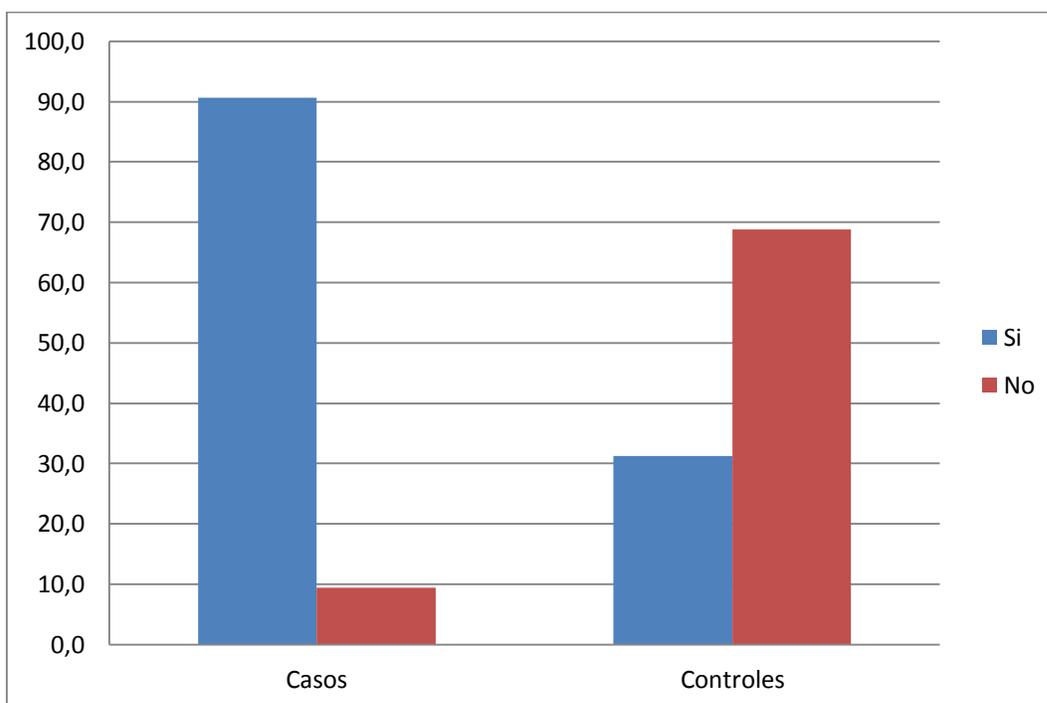
Tabla N° 03: La polifarmacia como factor asociado a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015:

Polifarmacia	Grupo				Total
	Casos		Controles		
	Nro	%	Nro	%	
Si	58	(90.6)	20	(31.3)	78
No	6	9.4	44	68.8	50
Total	64	100.0	64	100.0	128

FUENTE: HOSPITAL HUGO PESCE PESCETTO ANDAHUAYLAS-Archivo historias clínicas-2011-2015.

- X^2 : 47.393
- $p < 0.05$. ($p = 0.0001$)
- Odds ratio: 21.27
- Intervalo de confianza al 95%: (7.87-58.8)

Gráfico N° 03: La polifarmacia como factor asociado a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015:



La frecuencia de Polifarmacia en el grupo con hemorragia digestiva y ulcera péptica fue de 90.6% mientras que en el grupo sin hemorragia digestiva con ulcera péptica fue de 31.3%.

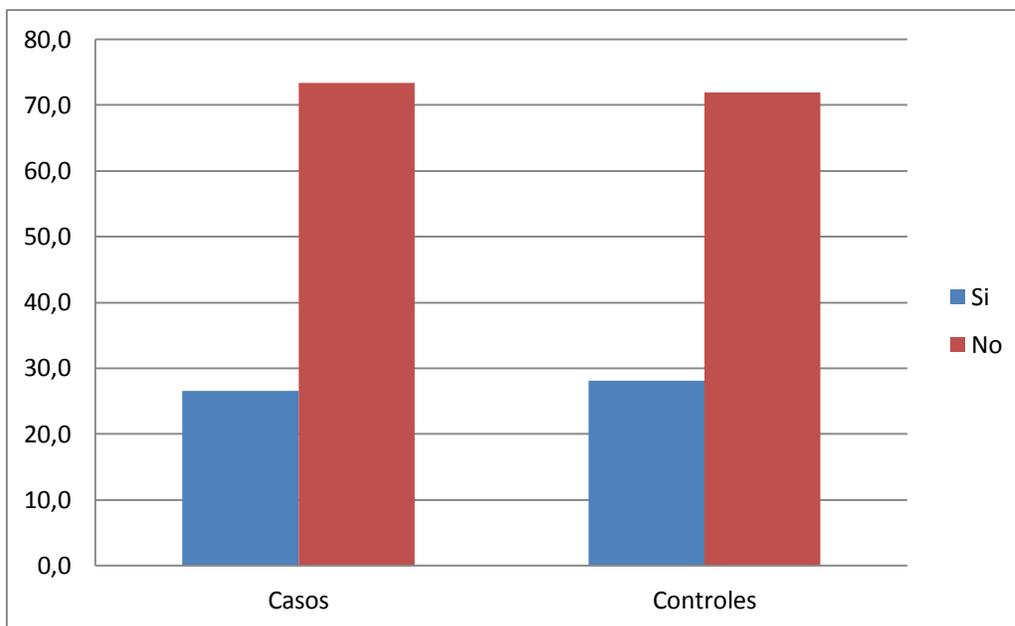
Tabla N° 04: La presencia de Helicobacter pylori como factor asociado a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015:

Helicobacter Piloret	Grupo				Total
	Casos		Controles		
	Nro	%	Nro	%	
Si	17	26.6	18	28.1	35
No	47	73.4	46	71.9	93
Total	64	100.0	64	100.0	128

FUENTE: HOSPITAL HUGO PESCE PESCETTO ANDAHUAYLAS-Archivo historias clínicas-2011-2015.

- X^2 : 0.039
- $p < 0.05$. ($p = 0.843$)
- Odds ratio: 0.92
- Intervalo de confianza al 95%: (0.42 - 2.01)

Gráfico N° 04: La presencia de Helicobacter pylori como factor asociado a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015:



La frecuencia de *Helicobacter pylori* en el grupo con hemorragia digestiva y ulcera péptica fue de 26.6% mientras que en el grupo sin hemorragia digestiva con ulcera péptica fue de 28.1%.

Tabla N° 05: La Edad Avanzada como factor asociado a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015:

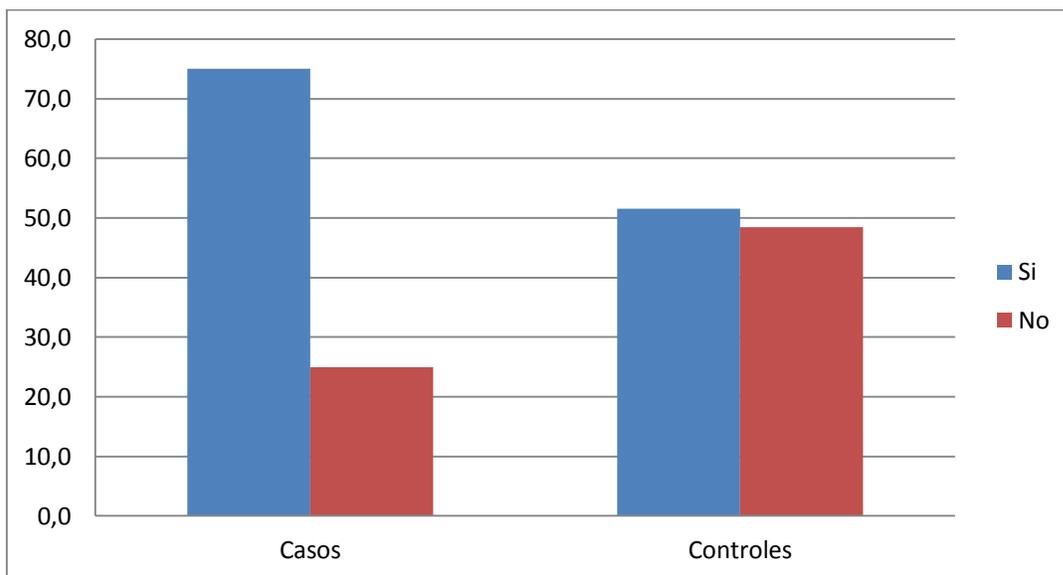
Edad Avanzada	Grupo				Total
	Casos		Controles		
	Nro	%	Nro	%	
Si	48	75.0	33	51.6	81
No	16	25.0	31	48.4	47
Total	64	100.0	64	100.0	128

FUENTE: HOSPITAL HUGO PESCE PESCETTO ANDAHUAYLAS-Archivo historias clínicas-2011-2015.

- X^2 : 7.565
- $p < 0.05$. ($p = 0.006$)
- Odds ratio: 2.82

➤ Intervalo de confianza al 95%:(1.33 - 5.95)

Gráfico N° 05: La Edad Avanzada como factor asociado a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015:



La frecuencia en la Edad Avanzada en el grupo con hemorragia digestiva y ulcera péptica fue de 75.0% mientras que en el grupo sin hemorragia digestiva con ulcera péptica fue de 51.6%.

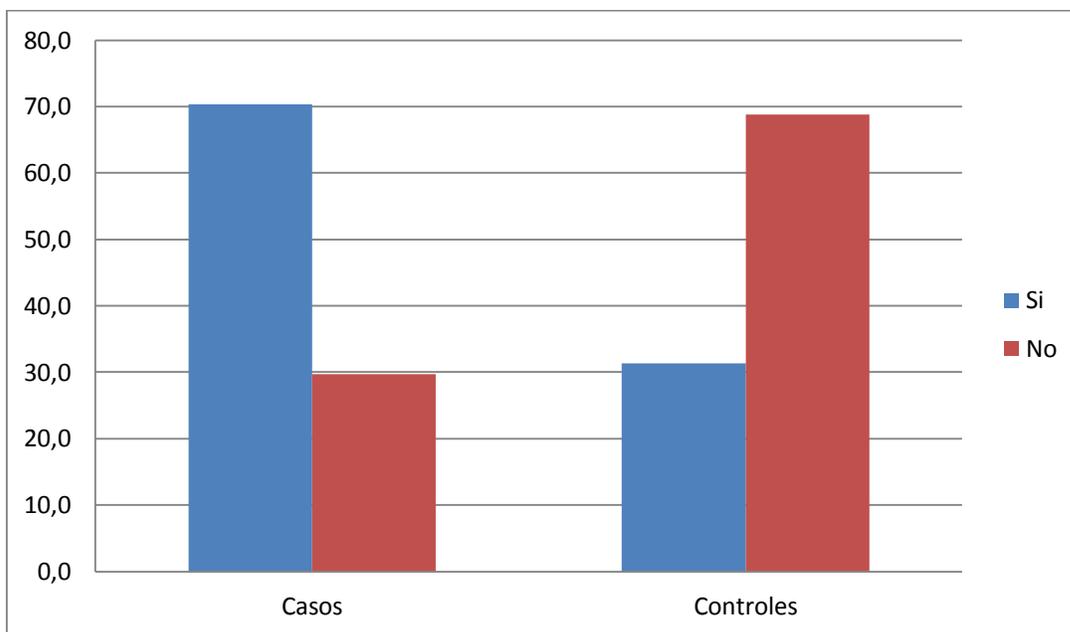
Tabla N° 06: El alcoholismo como factor asociado a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015:

Alcoholismo	Grupo				Total
	Casos		Controles		
	Nro	%	Nro	%	
Si	45	70.3	20	31.3	65
No	19	29.7	44	68.8	63
Total	64	100.0	64	100.0	128

FUENTE: HOSPITAL HUGO PESCE PES CETTO ANDAHUAYLAS-Archivo historias clínicas-2011-2015.

- χ^2 : 19.536
- $p < 0.05$. ($p = 0.0001$)
- Odds ratio: 5.21
- Intervalo de confianza al 95%: (2.45 - 11.1)

Gráfico N° 06: El alcoholismo como factor asociado a Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas durante el periodo 2011-2015:



La frecuencia de Alcoholismo en el grupo con hemorragia digestiva y ulcera péptica fue de 70.3% mientras que en el grupo sin hemorragia digestiva con ulcera péptica fue de 31.3%.

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar si existe asociación entre el consumo de AINES, la polifarmacia, la infección por *H. pylori*, la edad avanzada y el alcoholismo con la presentación de HDA en pacientes con Úlcera Péptica, debido a su frecuente presentación observada en la población en estudio.

Según la tabla 2, nosotros encontramos asociación entre el consumo de AINES y la presencia de HDA (OR: 10.9 con una $p < 0.0001$). Ello concuerda con la hipótesis planteada en el presente estudio. Los hallazgos coinciden con los encontrados por otros investigadores.

Martín A, en el 2012 en España desarrollo una investigación con la finalidad de precisar las características al ingreso, el curso evolutivo y el pronóstico de la hemorragia digestiva alta (HDA) en el paciente anciano. Realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 103 pacientes con Edad igual o superior a 80 años. La etiología más frecuente de la HDA fue el sangrado por úlcera gastroduodenal en el 65,1%, siendo el 60,2% consumidor crónico de antiinflamatorios no esteroideos. Como también se encontró en nuestro estudio.(25)

Otro estudio realizado por Si Hye Kim en Corea el 2015 cuyo objetivo fue el manejo óptimo de la hemorragia por úlcera péptica, encontró que un factor de riesgo de resangrado fue el uso de aspirina y / o AINES.(29)

Usta M, en una investigación realizada en el 2015 en Turquía, cuyo objetivo fue determinar el papel de anti inflamatorios no esteroideos (AINE) y la infección por *Helicobacter pylori* en la etiología del sangrado gastrointestinal superior en niños, encontró que el sangrado Gastrointestinal se observó en 188 (8,29%) de 2266 paciente evaluados. En el examen endoscópico, se encontraron lesiones en la mucosa del esófago, estómago y duodeno con una frecuencia de 37%, 58% y 24,5%, respectivamente. La ubicación de sangrado no se pudo determinar en 14,4% de los pacientes. La historia de la ingesta de drogas antes de admitir al hospital estuvo presente en 40 pacientes (21,3%). Cuando examinamos estos cuarenta pacientes, 35% se debieron al ácido acetilsalicílico, el 47,5% recibieron ibuprofeno, encontrándose significativos en la etiología de la HDA.(30)

En este caso el estudio previo desarrolla su análisis en un contexto poblacional de características muy distintas a la nuestra por corresponder a un país desarrollado un tamaño muestral considerablemente mayor que el nuestro a través de un diseño común al de nuestra estudio; respecto a las asociaciones observadas podemos encontrar coincidencia con el uso de fármacos específicamente de los AINES que representan un 47.5%. En nuestro caso los AINES predominantemente consumidos fueron el naproxeno, el ibuprofeno así como la aspirina, representando ellos un 90.6%, todos ellos con capacidad gastrolesiva demostrada.

En la tabla 3, La polifarmacia es un factor asociado para el desarrollo de HDA (OR: 21.27 con una $p < 0.05$) siendo el factor que mayor presencia tuvo en ambos grupos y a su vez el que evidenció mayor asociación de todas las variables en estudio, considerándose como altamente significativo. Se ha visto según datos registrados en los antecedentes patológicos de las historias clínicas que los pacientes presentan diversas comorbilidades como la artritis reumatoide, hiperplasia prostática, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, ello contribuye al uso de más de 3 fármacos, denotando como factor asociado para la presentación de HDA en este estudio.

En cuando a los antecedentes previos **Lee YJ** en el 2016 en Corea realizo un estudio con objetivo de describir los Factores predictivos de la mortalidad a los 30 días en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa .La metodología fue observacional prospectivo en un solo hospital entre abril de 2010 y noviembre de 2012, con 336 pacientes con síntomas y signos de hemorragia digestiva. La edad promedio fue de 59 años, y el 79,3% de los pacientes eran varones. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial con 82 pacientes, (44,6%), seguido por Diabetes Mellitus con 44 pacientes (23,9%). En relación con el uso concomitante de medicamentos que podrían haber estado relacionados con el sangrado, 53 pacientes (28,8%) utilizan antiagregantes plaquetarios como la aspirina, clopidogrel o cilostazol, y 37 pacientes (20,1%) utilizaron AINES.(26)

En este caso el estudio previo desarrolla su análisis en un contexto poblacional de características muy distintas a la nuestra por corresponder a un país desarrollado, toma en cuenta un tamaño muestral considerablemente mayor que el nuestro a través de un diseño

común al de nuestra estudio; respecto a las asociaciones observadas podemos encontrar coincidencia con el uso de fármacos, es decir la polifarmacia. Podemos concluir de lo observando que la polifarmacia predomino en nuestro caso, lo mismo el que expreso mayor riesgo de hemorragia digestiva.

En la tabla 4, la presencia de *Helicobacter pylori* no es un factor asociado a HDA (OR: 0.96 con una $p > 0.05$) por ende se concluyó que no es factor de riesgo para HDA en éste estudio. La infección por *Helicobacter pylori* es frecuente en países subdesarrollados como el nuestro y específicamente en la población estudiado, siendo a su vez un factor ampliamente reconocido en el desarrollo de úlcera péptica, con porcentajes variables. Nosotros evaluamos únicamente pacientes con ulcera péptica para identificar que factor puede estar asociado con la hemorragia, siendo así la frecuencia de infección es semejante tanto en los casos como en los controles dada la elevada prevalencia conocida, siendo necesario aparentemente otros factores para presentar la complicación. Otros investigadores encuentran que la asociación para desarrollar ulcera en presencia de *Helicobacter pylori* es el 12% y el riesgo de sangrado en pacientes con ulcera es más o menos 5%. El *Helicobacter pylori* es un factor de riesgo para Ulcera Péptica, y no necesariamente para la hemorragia. Así mismo se observó una mayor frecuencia de ulcera gástrica (90%) con respecto a la duodenal en nuestro estudio.

Hsu PI, en Taiwan el 2015 realizo un estudio titulado Epidemiología de la hemorragia Gastrointestinal. Los importantes factores que aumentan el riesgo de complicaciones sistémicas son la úlcera péptica, edad > 70 años, la infección por *H. pylori*, y la terapia farmacológica concomitante con medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos, otros agentes antiplaquetarios (por ejemplo, clopidogrel) o anticoagulante.(28)

Según la tabla 5, la Edad Avanzada es un factor asociado a HDA (OR: 2.82 con una $p < 0.05$). Con referencia a esta variable datos registrados por el INEI describen según datos demográficos muestran la cúpula de la pirámide más ancha y demuestran el crecimiento en 1.4 veces más de la población mayor en los últimos 30 años, lo que se plasma en este estudio, aumentando de esa manera las enfermedades crónicas y las comorbilidades como factores relacionados.

El estudio de referencia que corrobora la investigación es el descrito por **Maldonado** en el 2013 en Perú, realizó un estudio observacional analítico caso-control retrospectivo entre los años 2009 y 2011 que incluyó a pacientes con edad mayor o igual a 15 años que ingresaron por HDA al Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) a través del servicio de emergencias, así como pacientes hospitalizados por cualquier causa que presenten signos de HDA. Se encontró en el análisis logístico bivariado como variables relacionadas estadísticamente a la mortalidad: la edad mayor (OR=1,02), hematemesis (OR=2,57), hemorragia digestiva alta intrahospitalaria (OR=4), cirrosis (OR=2,67), neoplasia maligna (OR=5,37), siendo los factores que aumentan el riesgo de mortalidad en orden de importancia los pacientes con neoplasia maligna, hemorragia digestiva alta intrahospitalaria, cirrosis y presencia de hematemesis.(24)

Es pertinente mencionar las conclusiones a las que llegó **Herzig S**, en el 2013 en Norteamérica quien desarrollo una investigación con la finalidad de precisar los factores de riesgo asociados a la aparición de hemorragia digestiva en pacientes no críticos a través de un diseño de casos y controles en 75,723 pacientes observando como factores asociados la edad mayor de 60 años, el sexo masculino, la enfermedad hepática crónica, la presencia de sepsis, el uso de medicación anticoagulante ($p<0.05$) todos con significancia estadística¹⁷. La edad avanzada en el rango de ancianidad, condiciona a que se exponen como factores de riesgo en nuestras conclusiones.(31)

Según la tabla 6, el alcoholismo es un factor asociado para la presencia de HDA, al realizar el análisis correspondiente se obtuvo un (OR:5.2 con $p<0.05$) esto atribuye a su significancia en este estudio.

Es evidente que el departamento de Apurímac la población es usuaria de bebidas alcohólicas en forma de los llamados tragos cortos como “el cañazo”, utilizada en faenas de trabajo, eventos festivos y diferentes agasajos sociales. En nuestro estudio demuestra que es un factor de riesgo para HDA.

Rodríguez H, en el 2011 en España , realizó una investigación siendo uno de los objetivos identificar los factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad de la HDA y su relación con la magnitud del sangrado, Se evaluaron, 100 casos y 50 controles. Los factores de riesgo asociados a morbilidad fueron: respecto a la mayor pérdida de volumen

sanguíneo, corresponde al sexo masculino con 75 pacientes (78.6%); el antecedente de ingestión de alcohol (50%) el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (33.3%); antecedentes de úlcera péptica (32 %); la diabetes Mellitus, y la hipertensión arterial con un 26.6 % y 23.3 % respectivamente.(23)

Nojkov B, el 2016 en Norteamérica realizó una Revisión sistemática sobre los aspectos distintivos de la enfermedad de úlcera péptica, lesión de Dieulafoy y el síndrome de Mallory-Weiss en pacientes con enfermedad alcohólica avanzada, incluyendo la hepatitis alcohólica o cirrosis alcohólica. Pacientes con úlcera péptica asociados con cirrosis tienen mayores tasas de complicaciones hemorrágicas, de cicatrización de la úlcera retardada y de recurrencia de la úlcera en comparación con la población general.(27)

V. CONCLUSIONES

1. La Polifarmacia es factor de riesgo asociado a Hemorragia digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica.
2. La edad avanzada es factor de riesgo asociado a Hemorragia digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica.
3. El uso de AINES es factor de riesgo asociado a Hemorragia digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica.
4. La infección por *Helicobacter pylori*, no es un factor de riesgo asociado a HDA en pacientes con Ulcera Péptica.
5. El Alcoholismo es factor de riesgo asociado a Hemorragia digestiva Alta en pacientes con Ulcera Péptica.

VI. RECOMENDACIONES

1. La asociación entre las variables en estudio debieran ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias preventivas que minimicen la aparición de la complicación estudiada en la población de pacientes con ulcera Péptica.
2. Sería conveniente diseñar y aplicar guías de práctica clínica orientadas a la prevención y al control de los factores de riesgo modificables para disminuir la frecuencia de esta complicación de riesgo vital.
3. En el Perú el uso creciente de los AINES es un problema de salud pública por los siguientes factores: crecimiento de la población geriátrica, la automedicación de estos productos –estimulada incluso por televisión, el expendio libre de receta médica y la carencia de programas educativos que alerten de sus problemas colaterales. Recomendamos evitar el uso indiscriminado de AINES, promoviendo las indicaciones específicas a través de guías; seleccionar a los pacientes con alto riesgo de hemorragia asociada a AINES para indicar medidas preventivas reconocidas; y hacer conciencia de que aún la «profilaxis cardíaca» con ASA en baja concentración, puede traer consecuencias no deseadas.
4. Desde una perspectiva demográfica, el envejecimiento de la población, la edad avanzada condiciona a su aparición es recomendable tener énfasis en este grupo poblacional y buscar otras opciones terapéuticas como la Terapia Física, para algias y alteraciones musculoesqueléticas, así como las capacitaciones que son idóneas respecto a enfoques, guías clínicas y la farmacovigilancia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Holster IL, Kuipers EJ. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Current policies and future perspectives. *World J Gastroenterol(USA)*.2012; 18(11):1202-7.
2. Luigi M, Pilar G-I, Xavier C. Management of NSAID-associated peptic ulcer disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol. (Bare)*.2016; 6(5): 25-35.
3. Jiménez F, Vicente A, Jamanca Y, Poma T,- Umaña .Protocolo diagnóstico de la melena. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Salamanca. España. *Medicine*. 2012; 11(6):378-83.
4. Celinski K, Cichoz-Lach H, Madro A, Slomka M, KasztelanSzczerbinska,B, Dworzanski T. Non-variceal upper gastrointestinalbleeding--guidelines on management. *J Physiol Pharmacol*. 2010;59 (2):215-29.
5. Rodríguez F, Acosta I, González II. Fong J. Behavior in face of a high digestive hemorrhage from. *Rev Cubana*.2010;49(1):462-76.
6. Galindo J, Otero W, Gómez M. Úlcera duodenal no complicada y complicada con sangrado: ¿cuál es la importancia del tratamiento contra *Helicobacter pylori*?. *Rev Col Gastroenterol*. 2010; 25 (3): 295-300.
7. Blanca N M, Cortés GP,Pérez AR. Endoscopic classification of esophageal varices. *Gastroenterol. latinoam* .2011; 22 (1): 61-63.
8. Morris JA, Blatcher D, Karlstadt R, et al: Intermittent intravenous pantoprazole rapidly achieves and maintains gastric Ph 4 compared with continuous infusion H2-receptor antagonist in intensive care unit patients. *Abstr. Crit Care Med* 2009;30(6):34-37.
9. Pérez A.a, Rosales J. Zábala, A. Lanás A. Hemorragia digestiva alta por lesión péptica. *Medicine. España*. 2012; 11(3):142-8.
10. Morales U, S. Sierra S., Hernández H, Arango G. Upper gastrointestinal bleeding: risk factors for mortality in two urban centers in Latin America. *Rev. esp*.2011;103(1): 20-24.
11. Steven A, Conrad, MD. Randomized, double-blind comparison of immediate-release omeprazole oral suspension versus intravenous cimetidine for the prevention of upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Crit Care Med* 2009;33(4): 760-765.
12. Carlos S, Lanás A. La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años.*Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47(3): 110–113.
13. Guadalupe GT, Bosch J.Management of Várices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis. *Engl J Med* 2010; 362:823-832.
14. Heredia P. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. When endoscopy should not be delayed? *Gastroenterol. latinoam* 2013; 24(1): 52-55.

15. Matsui S, Kashida H, Asakuma Y, Sakurai T, Kudo M. Úlcera gástrica, úlcera duodenal. *Nihon Rinsho*. 2015; 73(7):1116-1122. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
16. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med*. 2010; 152(23):101–13.
17. Palamidessi N, Sinert R, Falzon L, Zehtabchi S. Nasogastric aspiration and lavage in emergency department patients with hematochezia or melena without hematemesis. *Acad Emerg Med*. 2010;17(2):126-32
18. Lanás A, Calvet X, Faust Feu, Ponce J, Gisbert - Barkun A. First panish consensus on peptic ulcer bleeding management. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(13):608–616.
19. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 19 de enero de 2010;152(2):101-13.
20. Ichiyangui C. Epidemiology of digestive bleeding. *Acta méd. peruana* v.23 n.3 Lima sep./dic. 2006. <http://www.scielo.org.pe/scielo.php>.
21. Uotani T, Graham DY. Diagnosis of *Helicobacter pylori* using the rapid urease test. *Ann Transl Med*. 2015;3(1):9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4293486/>.
22. Goldstein JL, Cryer B. Gastrointestinal injury associated with NSAID use: a case study and review of risk factors and preventative strategies. *Drug Healthc Patient Saf*. 2015;7(5):31-41.
23. Rodríguez Hernández L. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva Alta. *Enfermería Global*. Abril de 2011; 10(22):57-60.
24. Maldonado C, Alejandro M, Guzmán Rojas P, Paredes B, Alban E, López G, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. *Revista de Gastroenterología. Peru*. 2013; 33(3):223-9
25. Martín A, Plaza S, Torres B, Upper gastrointestinal haemorrhage in patients over 80 years-old. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(3):110–113.
26. Lee YJ, Min BR, Kim ES, Park KS, Cho KB, Jang BK, et al. Predictive factors of mortality within 30 days in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Korean J Intern Med*. 2016;31(1):54-64.
27. Nojkov B, Cappell MS. Distinctive aspects of peptic ulcer disease, Dieulafoy's lesion, and Mallory-Weiss syndrome in patients with advanced alcoholic liver disease or cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2016;22(1):446-66

28. Hsu PI, Tsai TJ 1. Epidemiology of Upper Gastrointestinal Damage Associated with Low-Dose Aspirin. *Curr Pharm Des.* 2015;21(35):5049-55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
29. Si Hye Kim, Jin Tae Jung, Joong Goo Kwon, Eun Young Kim, Dong Wook Lee, Seong Woo Jeon 1, Kyung Sik Parque 2, Si Hyung Lee 3, Jeong Bae Parque 4, Chang Yoon Ha 5, y Youn Sun Park 6 ;Daegu-Gyeongbuk Gastrointestinal Study Group (DGSG). Comparison between Endoscopic Therapy and Medical Therapy in Peptic Ulcer Patients with Adherent Clot: A Multicenter Prospective Observational Cohort Study. *Corea J Gastroenterol.* 2015; 66 (2): 98-105.
30. Usta M 1, Urganci N. Gastrointestinal superior Hemorragia en los niños: El papel de la infección por *Helicobacter pylori* y no esteroides anti-inflamatorios Uso de Drogas. *West Indian Med J.* 2015 ; 64 (2): 113-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26360683>.
31. Herzig S, Rothberg M, Feinbloom D. Risk factors for nosocomial gastrointestinal bleeding and use of acid-suppressive medication in non-critically ill patients. *J Gen Intern Med.* 2013;28(5):683-90.
32. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2009.
33. Ley General de Salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2009.
34. Grad YH, Lipsitch M, Aiello AE. Secular trends in *Helicobacter pylori* seroprevalence in adults in the United States: evidence for sustained race/ethnic disparities. *Am J Epidemiol* 2012;175:54-9.
35. Zambrano CC, H Romero EH, Hemorragia digestiva alta no originada por vórices. *Acta méd. peruana.*2006;23(3):162-173.
36. Basto V, Vargas C, Chaparro A, Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional“Arzobispo Loayza” 1998-2005 *Rev. Gastroenterológica Peru.*2008; 34(1): 42-52.
37. Águila M. Rodríguez R. Jiménez R. Guía para el manejo de la hemorragia digestiva alta. *Cuba.*2006;11(1).
38. Lucas García Orozco, MsC. Luis Roberto Piña Prieto, Dr. Guido Alfonso Lozada Prado, Dr. Erian Jesús Domínguez González. Mortality associated with upper gastrointestinal bleeding due to peptic acid disease in patients operated. *MEDISAN* 2013;17(4): 617.
39. Tielleman T 1, Bujanda D 1, Cryer B 2. Epidemiología y factores de riesgo para el sangradodigestivoalto.2015; 25(3):41-52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26142028>.
40. www.fisterra.com/mbe/investiga

VIII. ANEXOS:1

HOSPITAL HUGO PESCE PESCKETTO DE ANDAHUAYLAS

Dr. WILBER WALTER ROMERO ORTIZ
DIRECTOR EJECUTIVO (e)

Yo, Pritsy Mariney Romero Mondalgo, identificada con DNI N° 46138777, Bachiller en Medicina Humana. Me dirijo ante Usted con el debido respeto, con el propósito de solicitarle el permiso respectivo para poder hacer uso de las historias clínicas del Servicio de Gastroenterología del Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas; para así poder concretar mi proyecto de investigación el cual tiene como tema central: **“Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta en Pacientes con Úlcera Péptica; Gastroenterología. Andahuaylas-Perú. 2011-2015”**. En él se tomarán datos acerca de los pacientes que sean diagnosticados con úlcera péptica y hemorragia digestiva alta, así como de aquellos pacientes con úlcera péptica y no presentaron hemorragia digestiva alta; datos que serán almacenados en una ficha de recolección de datos para su debido análisis.

Por lo consecuente me comprometo a guardar toda la información con la debida confidencialidad que amerita.

Le agradecemos de antemano su gentil aguda.

Trujillo, 09 de Febrero del 2016.

 GOBIERNO REGIONAL APURÍMAC
HOSPITAL SUB REGIONAL ANDAHUAYLAS
.....
Med. Wilber Walter Romero Ortiz
C.M.P. N° 60070
DIRECTOR EJECUTIVO (e)

Dr. WILBER WALTER ROMERO ORTIZ
DIRECTOR EJECUTIVO (e)

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores asociados a Hemorragia Digestiva Alta en paciente por ulcera péptica en el Servicio de Gastroenterología

Datos de Paciente:

Número de historia clínica:

Edad: <de 65 años

>de 65 años

• Sexo - Masculino

- Femenino

• Clínica:

Hematemesis

Melena

Vómito borraqueo

Hemorragia digestiva: si

no

Dolor abdominal: si

• Diagnostico por endoscopia: ulcera gástrica

ulcera duodenal

Presencia de Helicobacter p. en biopsia gástrica: si

no

Consumo de Medicamentos:

AINES: si

no

Otros

Polifarmacia: si

no

Consumo de alcohol: si

no

Alcoholismo: si

no