

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO
FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL, HOSPITAL DE
APOYO II – SULLANA

AUTOR:

YOLANDA MELINA ALEGRE GARCÍA

ASESOR:

DR. CARLOS ALBERTO CARRIQUEO

MÉDICO INTENSIVISTA

PIURA – PERÚ

2018

**“FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES
CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL,
HOSPITAL DE APOYO II - SULLANA”**

JURADO:

Dr. Eugenio Pozo Briceño

PRESIDENTE

Dr. César Palacios Fera

SECRETARIO

Dra. María del Carmen León Chávez

VOCAL

FECHA DE SUSTENTACIÓN:

26 de Marzo del 2018

ASESOR:

DR. CARLOS ALBERTO CARRIQUEO

MÉDICO INTENSIVISTA DEL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ – COREA SANTA ROSA II-2

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a Dios y a mis padres.

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que he dado, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento; depositando su entera confianza en cada reto que enfrentaba sin dudar nunca de mi capacidad.

Es por ello que soy, lo que soy ahora.

Los amo con toda mi vida.

ÍNDICE

| | | |
|------------|--|-----------|
| I. | GENERALIDES | 06 |
| | 1. TÍTULO DEL ESTUDIO | 06 |
| | 2. EQUIPO INVESTIGADOR | 06 |
| | 2.1. AUTOR | 06 |
| | 2.2.NOMBRE DEL PROFESOR ASESOR | 06 |
| | 3. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 06 |
| | 3.1.DE ACUERDO A LA ORIENTACIÓN O FINALIDAD | 06 |
| | 3.2.DE ACUERDO A LA TÉCNICA DE CONTRASTACIÓN | 06 |
| | 4. ÁREA O LÍNEA DE INVESTIGACIÓN | 06 |
| | 5. UNIDAD ACADÉMICA | 07 |
| | 6. INSTITUCIÓN Y LOCALIDAD | 07 |
| | 7. DURACIÓN TOTAL | 07 |
| | 7.1.FECHA DE INICIO | 07 |
| | 7.2.FECHA DE TÉRMINO | 07 |
| II. | PLAN DE INVESTIGACIÓN | 08 |
| | 1. INTRODUCCIÓN | 08 |
| | 2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA | 11 |
| | 3. OBJETIVOS | 13 |
| | 3.1.OBJETIVO GENERAL | 13 |
| | 3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 13 |
| | 4. HIPÓTESIS | 14 |
| | 5. MATERIAL Y MÉTODO | 14 |
| | 5.1.DISEÑO DE ESTUDIO | 14 |
| | 5.2.POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO | 14 |
| | 5.3.DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES | 15 |
| | 5.4.PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS | 20 |
| | 5.5.PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS | 21 |
| | 5.6.ASPECTOS ÉTICOS | 22 |
| | 6. PRESUPUESTO | 22 |

| | |
|--|-----------|
| 6.1.INSUMOS PARA LA INVESTIGACIÓN | 21 |
| 6.2.SERVICIOS | 22 |
| 6.3.FINANCIAMIENTO | 22 |
| 7. CRONOGRAMA | 24 |
| 7.1.HORAS DEDICADAS AL PROYECTO | 24 |
| 7.2.RECURSOS DISPONIBLES | 25 |
| 8. LIMITACIONES | 26 |
| 9. RESULTADOS | 26 |
| 10. DISCUSIÓN | 46 |
| 11. CONCLUSIONES | 50 |
| 12. RECOMENDACIONES | 51 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 53 |
| ANEXOS | |

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar los factores asociados a morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el hospital de Apoyo II- Sullana.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que incluyó datos de 63 historias médicas de pacientes con diagnóstico de ingreso de hemorragia digestiva alta no varicosa, de las cuales, 3 pacientes se encontraron fallecidos.

RESULTADOS: La edad promedio fue 60 ± 2.28 años, predominó el sexo masculino (63.6%), procedencia urbano (78.8%). La mortalidad fue de 4.5% (3 casos).

El tiempo de enfermedad que prevaleció fue de 1 a 2 días (45.5%) y la estancia hospitalaria entre 1 a 7 días (74.2%).

En lo referente a los factores de riesgo, mostraron las siguientes distribuciones: consumo de alcohol (39.4%), de tabaco (9.1%), antecedente de HDA previo (27.3%).

En lo que respecta a la sintomatología clínica, los síntomas que predominaron fueron melena (86.4%), dolor abdominal (69.7%), mareos (56.1%), hematemesis (43.9%).

Según el diagnóstico endoscópico, prevaleció úlcera gástrica (51.5%), úlcera duodenal (21.2%), al categorizar los hallazgos endoscópicos, se encontró, base limpia III (31.8%), lesiones agudas de mucosa (LAM) y mancha plana IIC, (18.2%) cada uno.

Con respecto a los valores de hemoglobina al ingreso, predomina los valores comprendidos entre 7 – 10g/dl (39.4%). El 63.6% de los casos que ingresaron por HDANV, requirieron transfusión sanguínea; el 40% de éstos, requirieron más de 2 paquetes globulares.

El 16.7% de los pacientes presentaron presencia de *Helicobacter pylori* y el 18.2% el resultado fue negativo.

En lo referente al consumo de fármacos, se encontraron que prevalecieron los siguientes resultados: AINES (39.4%), anticoagulantes (7,6%), entre otros: antihipertensivos, antidiabéticos.

Respecto a las comorbilidades presentadas en los pacientes, se halló que presentaron hipertensión arterial (31.8%), diabetes mellitus (16.7%), insuficiencia hepática (10.6%).

CONCLUSIONES:

Son factores de riesgo importantes, la ingesta de bebidas alcohólicas y el tabaquismo; los fármacos consumidos con mayor frecuencia AINES y anticoagulantes; las comorbilidades presentes en estos pacientes fueron predominantemente HTA y DM, también se encontró un grupo importante de pacientes con enfermedades osteomioarticulares crónicas; la media de transfusión fueron 2 paquetes globulares; las úlceras pépticas son la primera causa de HDANV, según clasificación de Forrest, se determinó que la mayoría de pacientes presentaban base limpia III.

PALABRAS CLAVES: Endoscopia digestiva alta; Úlcera gástrica; Úlcera duodenal

ABSTRACT

OBJETIVE: Identify the factors associated with morbidity and mortality in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding at Hospital de Apoyo II-Sullana.

MATERIAL AND METHOD: It was an observational, descriptive, retrospective study, which included data from 63 medical histories of patients with a diagnosis of non-varicose upper gastrointestinal bleeding, of which three patients died.

RESULTS: The average age was 60 ± 2.28 años, predominantly male (63.6%), urban origin (78.8%). The mortality was 4.5% (3 casos).

The time of illness that prevailed was 1 to 2 days (45.5%) and the hospital stay was between 1 to 7 days (74.2%).

The risk factor were alcohol consumption (39.4%), Tabaco consumption (9.1%), previous HAD history (27.3%).

The clinical symptoms that predominated were melena (86.4%), abdominal pain (69.7%), dizziness (56.1%), hematemesis (43.9%).

According to the endoscopic diagnosis, gastric ulcer prevailed (51.5%), duodenal ulcer (21.2%), when categorizing the endoscopic finding, we found Clean ulcer base III (31.8%), Acute mucosal lesions (LAM) y Flat pigmented spot IIC, (18.2%) each one.

With respect to the values of hemoglobin at admission, it was between 7 – 10g/dl (63.6%) predominated, the cases admitted required blood transfusión; 40% of them required more than 2 globular packages.

The 16.7% of the patients presented the presence of *Helicobacter pylori* and 18.2% the result was negative.

Regarding the consumption of drugs, the following results were found to prevail NSAIDS (39.4%), anticoagulants (7.6%), others: antihypertensive, antidiabetic.

Regarding the comorbidities presented in the patients, it was found that had high blood pressure (31.3%), diabetes mellitus (16.7%), and liver failure (10.6%).

CONCLUSIONS: The important risk factors are the intake of alcoholic beverages and smoking; the drugs most commonly used was NSAIDs and anticoagulants; the comorbidities present in these patients were predominately hypertension and diabetes mellitus; and important group of patients with chronic osteomyoarticular diseases was also found; the average transfusion was 2 globular packages; peptic ulcers are the first cause of HDANV, according the Forrest classification, the majority of patients had clean base ulcer (III=.

KEYWORDS: Upper digestive endoscopy, gastric ulcer, duodenal ulcer.

I. GENERALIDADES

1. TÍTULO DEL ESTUDIO

“Factores Asociados a Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta No Variceal, Hospital de Apoyo II-Sullana Marzo – Diciembre 2017”.

2. EQUIPO INVESTIGADOR

2.1 Autor

Yolanda Melina Alegre García.

2.2 Nombre del Profesor Asesor

Dr. Carlos Alberto Carriqueo.

3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1 De Acuerdo a la Orientación o Finalidad

Básica.

3.2 De acuerdo a la Técnica de Contrastación

Observacional.

4. ÁREA O LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Cáncer y enfermedades no transmisibles.

5. UNIDAD ACADÉMICA

Universidad Privada Antenor Orrego.

6. INSTITUCIÓN Y LOCALIDAD

Hospital de Apoyo II- Sullana.

7. DURACIÓN TOTAL

7.1 Fecha de Inicio

01 de marzo del 2017.

7.2 Fecha de Término

31 de diciembre del 2017.

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio cuyo objetivo principal es determinar los factores asociados a morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el Hospital de Apoyo II- Sullana, en los meses comprendidos desde marzo a diciembre del año 2017. Es un tipo de estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, cuyo diseño es clase No Experimental.

Luego de recibir la autorización por parte del personal responsable del Hospital de Apoyo II- Sullana, se recabó las historias necesarias de la Sección de Archivos del hospital en mención, se recogió los datos consignados en la ficha de recolección y se elaboró una base de datos con el programa SSPS permitiéndome el procesamiento y tabulación de los mismos. Después de la introducción de datos en una base previamente diseñada en Excel, procedí al análisis de datos, y posteriormente a la elaboración de las conclusiones y recomendaciones.

Se identificó los factores asociados a morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta, a fin de disminuir ésta y las complicaciones que se presentan; además reconocer los problemas que se relacionan a ésta, servirá de base para intervenciones más eficaces y oportunas. (1)

1. INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) consiste en la pérdida de sangre intraluminal en el tubo digestivo, que abarca desde la boca al ángulo duodeno-yeyunal (Treitz).(2-6)

Estudios reportan incidencia es de 48 - 160 por 100.000 habitantes/año, con más de 300 mil hospitalizaciones al año en EEUU. (4,6-8). El porcentaje de varones es levemente más

elevado que las mujeres (43%-48%)(6,9), la edad promedio de presentación es de 58.8 años(7,10,11) y el promedio de hemoglobina al ingreso 8 g/dl +- 2.8 g/dl.(12)

La HDA se clasifica en: Hemorragia Digestiva Variceal (HDAV) y No Variceal (HDANV), en éste trabajo se tratará sobre la HDANV. La enfermedad de úlcera péptica es la causa más frecuente de HADNV, tanto en literatura nacional y mundial (37 - 50%) (6,13,14), dentro de ese grupo incluye a la úlcera gástrica (44%) y úlcera duodenal (37%). (13). Otras causas (19%): esofagitis, ulcus esofágico, lesiones agudas de la mucosa (esofagitis, gastritis, duodenitis), Mallory-Weiss, entre otros. (2,15)

Los diversos factores que contribuyen al desarrollo de una úlcera péptica, principalmente la lesión acidopéptica de la mucosa, producida por un desbalance entre factores agresores y protectores. (16) En cuanto a la úlcera duodenal, estudios han demostrado como principal mecanismo de formación la presencia de Helicobacter Pilory hasta en un 95% de los pacientes. Respecto a la úlcera gástrica, la infección por Helicobacter pylori es menor, sin embargo, a diferencia de la úlcera duodenal que casi siempre son benignas, ésta se asocia más a patologías malignas. (16)

En nuestro país se han realizado dos estudios prospectivos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia; en el primero de ellos se incluyeron pacientes con HDA variceal y no variceal y se encontró una tasa de mortalidad de 12.9% y de resangrado de 14.8%; y en otro estudio, donde se incluyeron pacientes con HDA con etiología de úlcera péptica se halló una tasa de mortalidad y resangrado de 11.05% y 5.52% respectivamente, ambos resultados son comparables a los datos recogidos en otros países. (4,17)

Según la literatura revisada, los síntomas predominantes de pacientes con diagnóstico de HDA al ingreso son: melena, hematemesis, vómitos porráceos, rectorragia, en orden de frecuencia; presentan 40% hematemesis, 90% melena. (6,18). Otros estudios refieren que sus casos presentaron 39.9% melena, 4.2% hematemesis, 55.9% hematemesis y melena (12).

La endoscopia constituye, actualmente, un elemento imprescindible en el manejo del paciente con hemorragia digestiva por su capacidad diagnóstica, pronóstica y terapéutica, los hallazgos endoscópicos son descritos según la clasificación en la escala Forrest.(3,19).

La escala de Forrest, tiene una mayor especificidad y valor predictivo positivo que otros índices (Rockall, Blatchford y Baylor college scoring system), aunque presenta limitantes,

debido a la existencia de variabilidad interobservador en la identificación de diferentes estigmas endoscópicos.(20)

Fue desarrollada y publicada por primera vez por Forrest, cuyo objetivo de la clasificación fue inicialmente uniformar la descripción de lesiones que están o han estado sangrando, sin embargo, se ha utilizado también para estratificar a los pacientes con hemorragia por úlcera en categorías de alto y bajo riesgo de resangrado y mortalidad.

Según estudios realizados, la mayoría de úlceras pépticas corresponden a la clasificación Forrest III, seguidas en orden descendente por las IIC, IIB, IIA y I, demostrando así, que en la mayoría de las lesiones, el sangrado se autolimita.(7,13) (**Anexo 1**)

El abuso y consumo de fármacos (AINES, corticoides, anticoagulantes, inhibidores de serotonina, o la combinación entre ellos), aumentan más el riesgo de padecer HDANV(3–7,9). Son conocidos los mecanismos de lesión gástrica a través de un efecto local mediante la irritación superficial del epitelio gástrico y de un efecto sistémico mediante la inhibición de la enzima ciclooxigenasa (COX); contribuyendo a una importante disminución en la síntesis de prostaglandinas (PG) a partir del ácido araquidónico, las mismas que regulan procesos fisiológicos como la integridad de la mucosa gástrica. (21)

Un estudio realizado en Barcelona, determina que el riesgo asociado a algunos AINES en particular (piroxicam, diclofenaco, ácido acetilsalicílico) tiende a ser más elevado que el de otros, también determinó que en la población estudiada el 70% de los pacientes, consumían un solo fármaco, mientras que el 30% restante, combinaba dos AINES.(22)

Según la Universidad de Navarra, los corticoides aunque tienen un escaso efecto sobre la úlcera gástrica, tienen un potente efecto sinérgico con los AINES. (23)

También hay factores que predispone a complicaciones ulcerosas, el tabaco retrasa la cicatrización de la úlcera péptica, ya que disminuye el flujo sanguíneo, aumenta el reflujo biliar, disminuye la producción de PG. La nicotina también toma parte en la iniciación y promoción de carcinogénesis en el tracto gastrointestinal. El mecanismo que utiliza el alcohol para producir lesiones gástricas es la hiperproducción de factor alfa de necrosis tumoral, aumento de la apoptosis e incremento de la peroxidación lipídica inducida por radicales libres, aumentando el riesgo de hemorragia.(21)

Los antecedentes de úlcera (recidiva hemorrágica), y prevalencia *Helicobacter pylori* (43-56%)(7), más la presencia de enfermedades comórbidas, intervienen sustancialmente en el pronóstico de HDA (1,4,6,7,24,25). Existe una disminución importante en la tasa de recurrencia de úlceras (las úlceras duodenales con más frecuencia que las gástricas) posterior a la erradicación de la infección por H. pylori. (Nivel evidencia Ia) (26)

Realizo ésta propuesta de investigación, debido a que, actualmente pese a que se ha implementado estrategias preventivas en pacientes con polifarmacia, todavía el HDA conlleva una morbilidad y mortalidad considerable y una gran carga económica de la salud.(7)

2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta constituye una de las emergencias médicas gastroenterológicas más frecuentes, es un cuadro grave, con una mortalidad aproximada del 10%, y en la literatura nacional varía 9.1 – 12.9%. (8)

Entre las razones de mayor importancia por las cuales la tasa de mortalidad ha permanecido estable, son la edad creciente de los pacientes que presentan la HDA y el subsecuente incremento de comorbilidades asociadas. (24)

Debido a que los pacientes de edad avanzada presentan incremento en la frecuencia de enfermedades concomitantes y a consecuencia de ello, consumo de diversos fármacos, además son menos tolerantes a la injuria hemodinámica, conllevando a un desafío importante, su manejo y tratamiento. (7,12,17)

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)

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

- Identificar los factores asociados a morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal en el hospital de Apoyo II- Sullana.

3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal.
- Determinar 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.

4. HIPÓTESIS

H¹: Existen factores asociados a morbimortalidad en pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva no variceal en el Hospital de Apoyo II- Sullana.

H⁰: No existen factores asociados a morbimortalidad en pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva no variceal en el Hospital de Apoyo II- Sullana.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Diseño de Estudio

Descriptivo, no experimental, transversal, retrospectivo

5.2. Población Muestra y Muestreo

Universo: Pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta del hospital de Apoyo II - Sullana en el periodo de marzo-diciembre 2017.

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

➤ Criterios de Inclusión

- Pacientes hospitalizados cuyo ingreso fue por emergencia/consultorio externo en el Departamento de Medicina - Servicio de Gastroenterología del Hospital de Apoyo II – Sullana.
- 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 con datos faltantes
- Historias clínicas que no sean posible su ubicación.
- Pacientes con diagnóstico clínico-endoscópico de HDA varicosa y/o secundaria a hipertensión portal.

Muestra y Muestreo

Unidad de muestreo: Registro clínico

Método de selección: Por conveniencia

Unidad de análisis: Paciente con diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

Marco muestral: Registro de historias clínicas del Hospital de Apoyo II-Sullana.

Tamaño de muestra: Todos los pacientes que cumplan con criterios de inclusión, que hayan sido internados en el área de hospitalización o de emergencia de Medicina Interna del Hospital de Apoyo II-Sullana.

5.3. Definición Operacional de Variables

Variable dependiente

Mortalidad intrahospitalaria

Variables independientes

Edad, sexo, procedencia, antecedentes personales, tiempo de enfermedad, estancia hospitalaria, manifestaciones clínicas, Hb al ingreso, número de paquetes transfundidos, hallazgos y diagnósticos endoscópicos (Clasificación de Forrest), localización topográfica del sangrado, presencia de *Helicobacter Pylori*, uso de fármacos, enfermedades concomitantes.

| Variable Dependiente | 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 |
|---------------|---|---|---|--|------------------|

5.4. Procedimientos y Técnicas

➤ Técnicas de Recolección de Datos

1. Se solicitó mediante documento la autorización para la ejecución y facilidades del proyecto de investigación “Factores asociados a morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa, Hospital de Apoyo – II Sullana”, a la dirección del hospital y al comité de ética perteneciente al mismo.

2. Se revisó el libro de emergencias del área de Medicina Interna del año 2017, seleccionando aquellos pacientes atendidos con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicosa.

4. Se solicitó el registro endoscópico del año 2017, y se seleccionó aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

5. Se obtuvo las historias clínicas necesarias de la Sección de Archivos del Hospital de Apoyo II- Sullana.

6. Se recolectó los datos necesarios y se consignaron en la ficha de recolección de datos confeccionada previamente. (**Anexo 02**)

7. Se elaboró una base de datos utilizando el programa SSPS versión 20 que permitió el procesamiento y tabulación de los mismos, según la información obtenida de las fichas.

8. Se alimentó la base de datos, y se hizo un control para comprobar que estén bien consignados todos los datos.

9. Se introdujo los datos recolectados en la base de datos creada para ese propósito.

10. Se analizó los datos obtenidos en las variables medidas.

11. Se formularon las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.

12. Se elaboró el Informe final.

5.5. Plan de Análisis de Datos

Se utiliza el Método de Observación y como instrumentos la Ficha de Registro de Datos, diseñada y estructurada para recolectar los datos seleccionados y así determinar las variables antes expuestas.

Luego de recolectados los datos, estos serán procesados por computadora a través del programa SPSS VERSION 20.0 de la siguiente manera: Se ingresarán los puntajes en las hojas codificadas del programa SPSS VERSION 20.0, tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio creando una *base de datos*, posteriormente los datos serán revisados y corregidos. Luego se trabaja con la base de datos para obtener las tablas y gráficos estadísticos facilitando así el análisis. Posteriormente, se procederá al análisis de las variables con elaboración de tablas de resumen y gráficos comparativos. Se realizaron medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes y promedios, también se construyeron tablas simples y de doble entrada, gráficos circulares y de barras. Para el procesamiento de datos se utilizará el software estadístico SPSS VERSIÓN 20.0.

5.6. Aspectos Éticos

En el estudio tenemos en cuenta los aspectos éticos de los pacientes seleccionados que serán incluidos en el estudio. El principio de beneficencia de nuestra investigación está expresado en la importancia de aportar al conocimiento acerca de ésta patología que es un problema de salud pública. Como se colecta los datos de documentos de la atención de salud recibida y no directamente del paciente, no hay que requerir su consentimiento, aunque si se respetará la confidencialidad de los datos obtenidos, protegiendo la identidad de las fuentes tanto de personas como de instituciones.

6. PRESUPUESTO

6.1. Insumos para la Investigación

| Partida | Insumos | Unidad | Cantidad | Costo Unit | Costo Total | Financiado |
|------------------|---------------------------------|---------------|-----------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Papel Bulky | Millar | 2 | 10 | 20.00 | Propio |
| | Papel Bond A4 | Millar | 5 | 10 | 50.00 | Propio |
| | Lapiceros | Unidad | 15 | 3 | 45.00 | Propio |
| | CD | Unidad | 5 | 2 | 10.00 | Propio |
| | Tinta compatible para impresora | Unidad | 2 | 40 | 80.00 | Propio |
| Sub Total | | | | | | 205.00 |

6.2. Servicios

| Partida | Servicios | Unidad | Cantidad | Costo (S/.) | Costo Total | Financiado |
|------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| | Asesoría | Horas | 50 | 25.00 | 1,250 | Propio |
| | Estadística | Horas | 30 | 15.00 | 450 | Propio |
| | Transporte local | Taxi | 20 | 6.00 | 120 | Propio |
| | Internet | Horas | 150 | 1.00 | 150 | Propio |
| | Encuadernación | Ejemplar | 4 | 25.00 | 100 | Propio |
| | Anillado | Ejemplar | 9 | 3 | 27 | Propio |
| | Fotocopiado | Paginas | 500 | 0.05 | 25 | Propio |
| | Procesamiento Automático de datos | Horas | 30 | 5.00 | 150 | Propio |
| Sub Total | | | | | | 2,272.00 |

Insumos : 205.00

Servicios : 2,272.00

TOTAL : 2,477.00 Soles

6.3 Financiamiento

Propio

7. CRONOGRAMA

| N° | ACTIVIDADES | PERSONAS RESPONSABLES | MARZO - ABRIL | | | | MAYO - JUNIO | | | | SEPTIEMBRE - OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE - DICIEMBRE | | | | | |
|-----------------------|--|------------------------------------|---------------|------------|----|----|--------------|----|------------|------------|----------------------|----|----|------------|-----------------------|----|----|------------|------------|------------|
| | | | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | | |
| 1 | Planificación y Elaboración del Proyecto | INVESTIGADOR ASESOR | | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Presentación y Aprobación del Proyecto | INVESTIGADOR | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | |
| 3 | Recolección de Datos | INVESTIGADOR ASESOR PERSONAL | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | |
| 4 | Procesamiento y Análisis | INVESTIGADOR ESTADÍSTICO | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | |
| 5 | Elaboración del Informe Final | INVESTIGADOR ASESOR | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |
| DURACIÓN DEL PROYECTO | | | | 13-03-2017 | | | | | 14-05-2017 | 15-05-2017 | | | | 15-10-2017 | 17-10-2017 | | | 10-12-2017 | 12-12-2017 | 31-12-2017 |

TOTAL: 42 semanas.

7.1. Horas Dedicadas al Proyecto

Autor : 05 horas semanales.
Asesor médico : 02 horas semanales.
Asesor estadístico : 01 hora semanal.
Personal de archivo : 02 horas semanales.

7.2. Recursos Disponibles

- **Personal**

| Participante | Actividades de Participación | Horas |
|---------------------|-------------------------------------|--------------|
| Investigador | (1), (2), (3), (4), (5) | 210 |
| Asesor | (1), (3) , (5) | 84 |
| Estadístico | (4) | 10 |
| Personal de Archivo | (3) | 5 |

- **Material y Equipo**

Material Bibliográfico

Historias Clínicas

Computadora e Impresora personal

- **Locales**

Área de trabajo

8. LIMITACIONES

Es un trabajo transversal, no útil para enfermedades raras o de corta duración, con posibilidad de sesgos de información y selección debido a la población pequeña que se pudo obtener en el año 2017, además, de tratarse de un trabajo descriptivo, con la posibilidad de encontrar datos erróneos y faltantes.

9. RESULTADOS

Durante el período comprendido entre 01 de marzo al 31 de diciembre del 2017 se recopilaron historias clínicas de 88 pacientes con diagnóstico de HDA, de las cuales se preseleccionaron 73 por cumplir con criterios de inclusión, sin embargo 7 de ellas no tenían reporte de endoscopia, por lo que fueron retiradas de la muestra, finalmente se trabajó con 66 historias clínicas.

La media fue de 60 años, la edad mínima fue 19 años y la edad máxima 95 años, el porcentaje por intervalos de edades fue 15-29 años (6.1%), 30-44 años (12.1%), 45-60 años (31.8%), mayor a 60 años (50%).

TABLA N° 01 Distribución de frecuencias y porcentual, de las personas participantes del estudio, por grupos de edad.

| EDAD (agrupado) | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| 15 – 29 | 4 | 6.1 | 6.1 |
| 30 – 44 | 8 | 12.1 | 18.2 |
| 45 – 60 | 21 | 31.8 | 50.0 |
| mayor a 60 | 33 | 50.0 | 100.0 |
| Total | 66 | 100.0 | |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

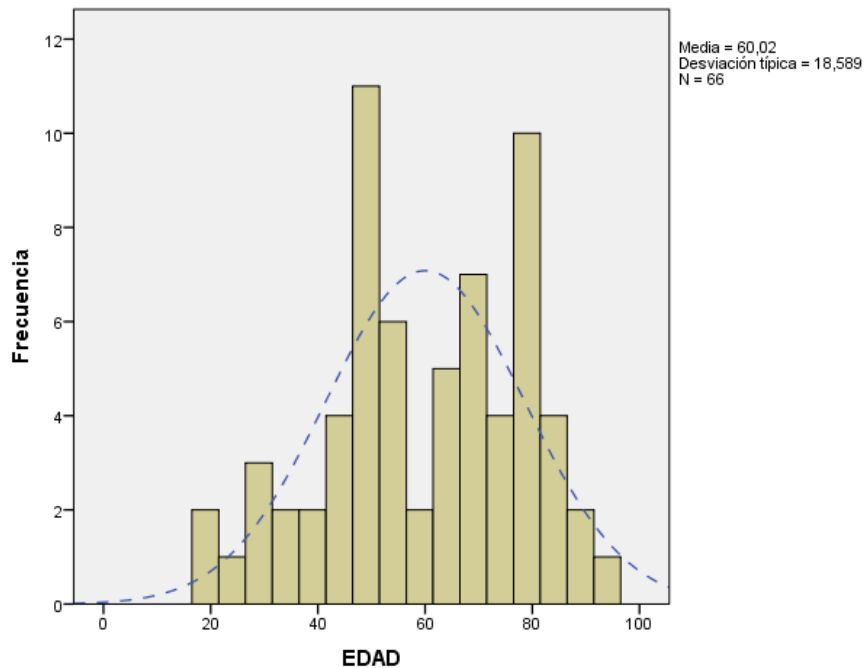


GRÁFICO N° 01 Distribución de pacientes, según su edad en años.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se muestra en barras la cantidad de personas según edad. Se puede observar que existe una moda de edad: 78 años que acumula 7.6%. También en la gráfica se observa una línea punteada, elaborada por el programa estadístico, que representa la tendencia a la normalidad de la distribución de datos. Ello nos permite afirmar que nuestros datos sí tienen una distribución normal y, por lo tanto, si es pertinente utilizar estadísticos probabilísticos.

En cuanto a la distribución por sexos, se encontró sexo masculino (63.6%) y, sexo femenino (36.4%). La procedencia fue urbano (78.8%) y rural (21.2%).

TABLA N° 02 Distribución de casos, por frecuencias y porcentaje, según sexo.

| SEXO | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| MASCULINO | 42 | 63.6 | 58.9 |
| FEMENINO | 24 | 36.4 | 100.0 |
| Total | 66 | 100.0 | |

Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 03 Distribución de casos, por frecuencias y porcentaje, según procedencia.

| PROCEDENCIA | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| URBANO | 52 | 78.8 | 78.1 |
| RURAL | 14 | 21.2 | 100.0 |
| Total | 66 | 100.0 | |

Fuente: Ficha de recolección de datos

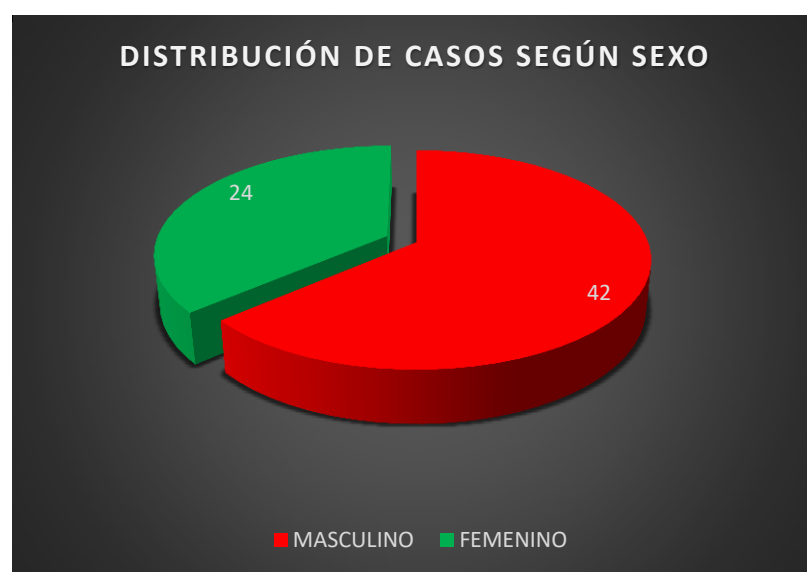


GRÁFICO N° 02 Distribución de casos, según su sexo.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

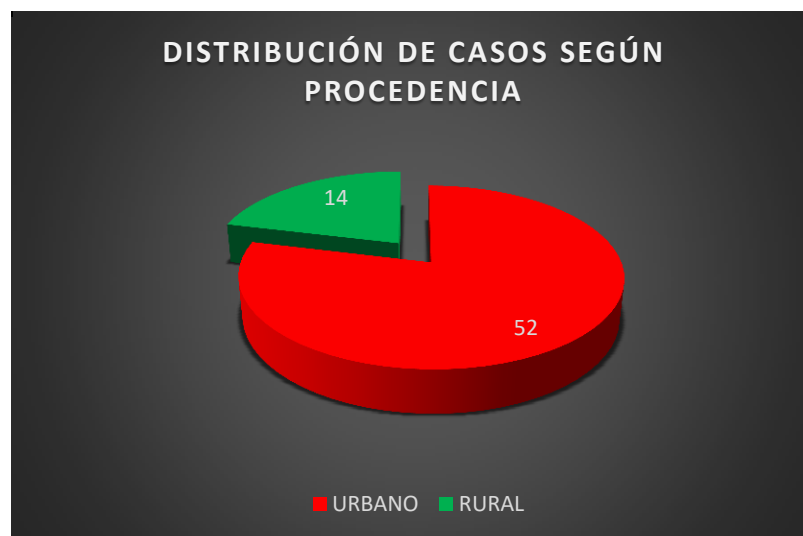


GRÁFICO N° 03 Distribución de casos, según su procedencia.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En lo referente al tiempo de enfermedad, tiempo desde el inicio de los síntomas hasta llegar a la atención médica, se encontró, de 1 a 2 días (45.5%), de 3 a 4 días (21.2%), de 5 a más días (33.3%). Con respecto a la estancia hospitalaria, tiempo que permanece el paciente desde el ingreso, hasta su alta o mortalidad, se encontró, de 1 a 7 días (74.2%), de 8 a 14 días (19.7%), de 15 a más días (4.5%) y retiro voluntario (1.5%).

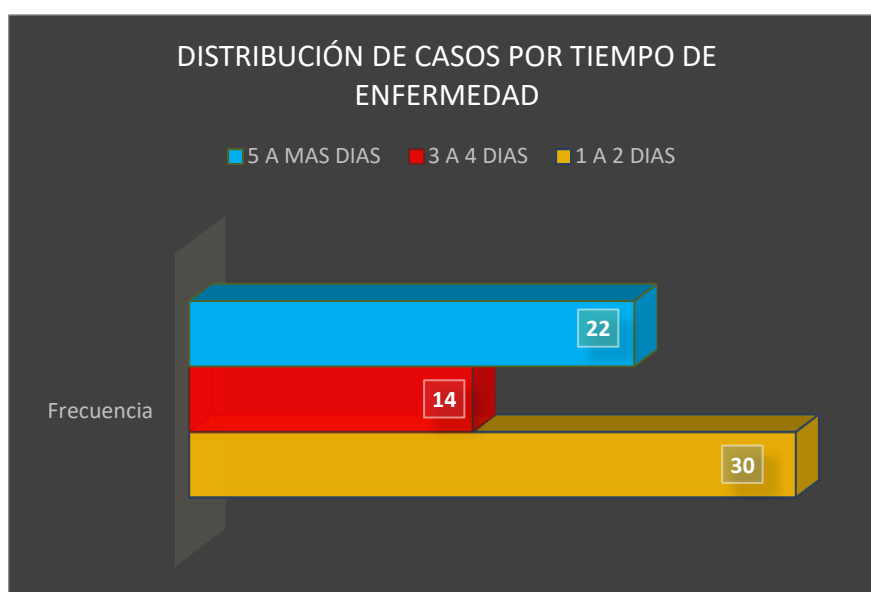


GRÁFICO N° 04 Distribución de casos por tiempo de enfermedad.

Fuente: Ficha de recolección de datos

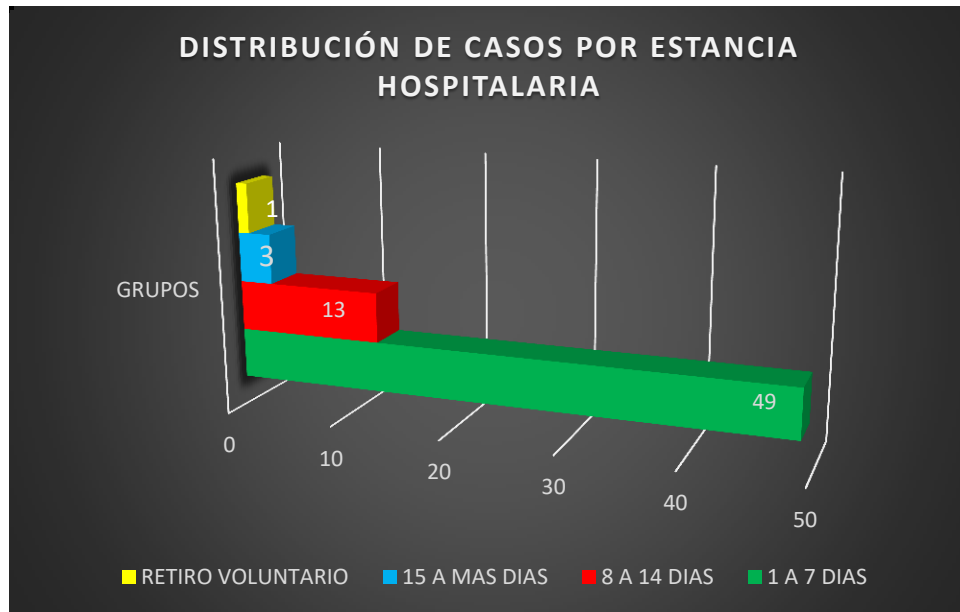


GRÁFICO N° 05 Distribución de casos, por estancia hospitalaria.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En lo que respecta a factores de riesgo asociados, se observó que consumían alcohol (26 pacientes, 39.4%), tabaco (6 pacientes, 9.1%), y tenían antecedente HDA previa (18 pacientes, 27.3%).

Respecto a la sintomatología clínica, presentaron melena 57 (86.4%), dolor abdominal 46 (69.7%), mareos 37 (56.1%), hematemesis 29 (43.9%), náuseas 21 (31.8%), vómitos 19 (28.8%), hematoquecia 5 (7.6%), reflujo gastroesofágico 4 (6.1%), entre otros 4: temblor, distensión abdominal (6.1%).

TABLA N° 04 Distribución de frecuencias de factores de riesgo/sintomatología clínica en los casos.

| FACTOR | SI | NO | TOTAL |
|----------------------|-----------|-----------|--------------|
| Alcoholismo | 26 | 40 | 66 |
| Tabaquismo | 6 | 60 | 66 |
| H.D.A. Previa | 18 | 48 | 66 |
| Melena | 57 | 9 | 66 |
| Hematemesis | 29 | 37 | 66 |
| Hematoquecia | 5 | 61 | 66 |
| Dolor Abd | 46 | 20 | 66 |
| Nauseas | 21 | 45 | 66 |
| Mareos | 37 | 29 | 66 |
| Reflujo | 4 | 62 | 66 |
| Vómitos | 19 | 47 | 66 |
| Otros | 4 | 62 | 66 |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

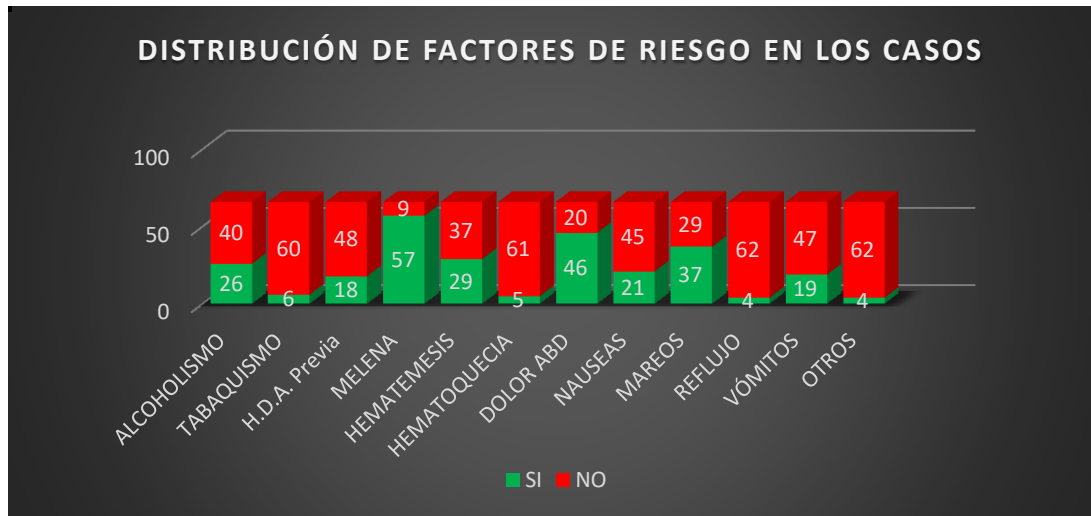


GRÁFICO N° 06 Distribución de factores de riesgo/sintomatología clínica, en los casos.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Según el diagnóstico endoscópico, se encontró úlcera gástrica (34 pacientes, 51.5%), úlcera duodenal (14 pacientes, 21.2%), úlcera esofágica (2 pacientes, 3.1%), gastritis (7 pacientes, 10.6%), duodenitis (2 pacientes, 2.3%), mallory weiss (1 paciente, 1.5%), lesiones malignas (3 pacientes, 4.5%).

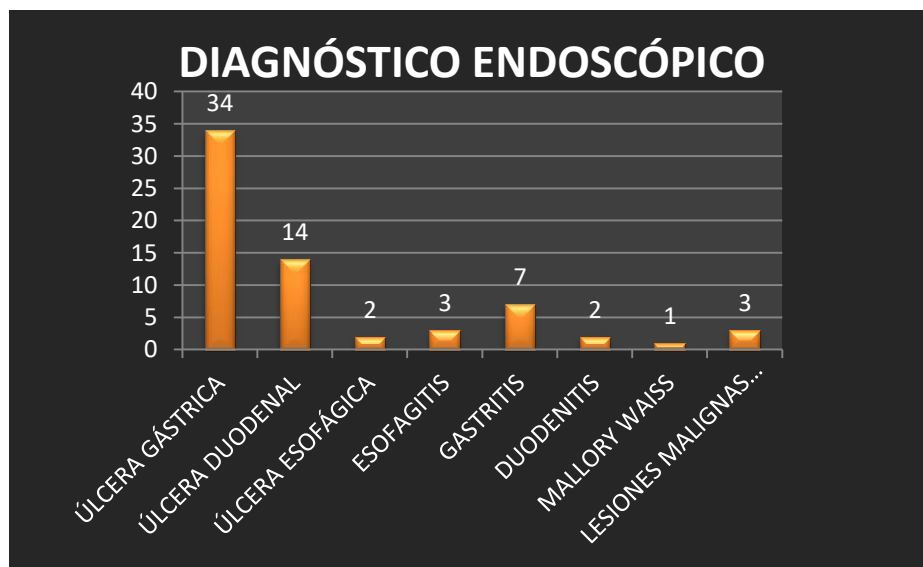


GRÁFICO N°7 Diagnósticos endoscópicos en los casos de estudio.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA N° 05 Frecuencia y porcentaje según diagnóstico encontrado en los pacientes.

| DIAGNÓSTICO | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Úlcera Gástrica | 34 | 51.5 |
| Úlcera Duodenal | 14 | 21.2 |
| Úlcera Esofágica | 2 | 3.1 |
| Esofagitis | 3 | 4.5 |
| Gastritis | 7 | 10.6 |
| Duodenitis | 2 | 3.0 |
| Mallory Waiss | 1 | 1.5 |
| Lesiones Malignas Estomago | 3 | 4.5 |
| | 66 | 100.0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En cuanto al hallazgo endoscópico, se obtuvieron los siguientes resultados: Sangrado activo en rezuma IB (4 pacientes, 6.1%), vaso visible no sangrante IIA (4 pacientes, 6.1%), coágulo adherido IB (9 pacientes, 13.6%), mancha plana pigmentada IIC (12 pacientes, 18.2%), base limpia III (21 pacientes, 31.8%), lesiones agudas en mucosa (12 pacientes, 18.2%), mallory weiss (1 paciente, 1.5%), lesiones malignas (3 pacientes, 4.5%).

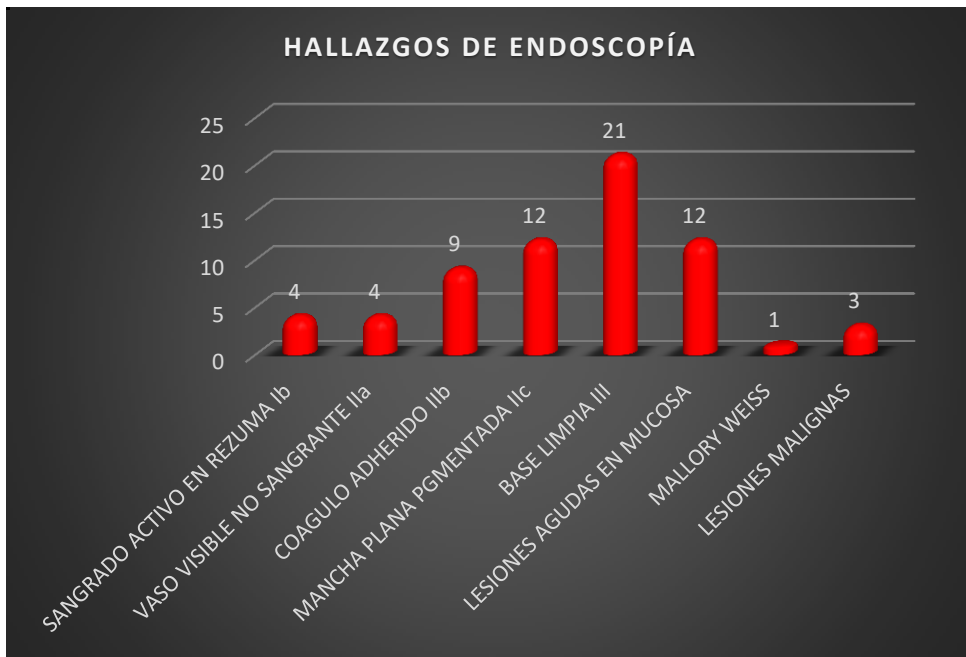


GRÁFICO N°8 Hallazgos endoscópicos en los casos de estudio.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Respecto a la localización topográfica, tenemos: Estómago (44 pacientes, 66.7%), duodeno (16 pacientes, 24.2%), esófago (6 pacientes, 9.1%).

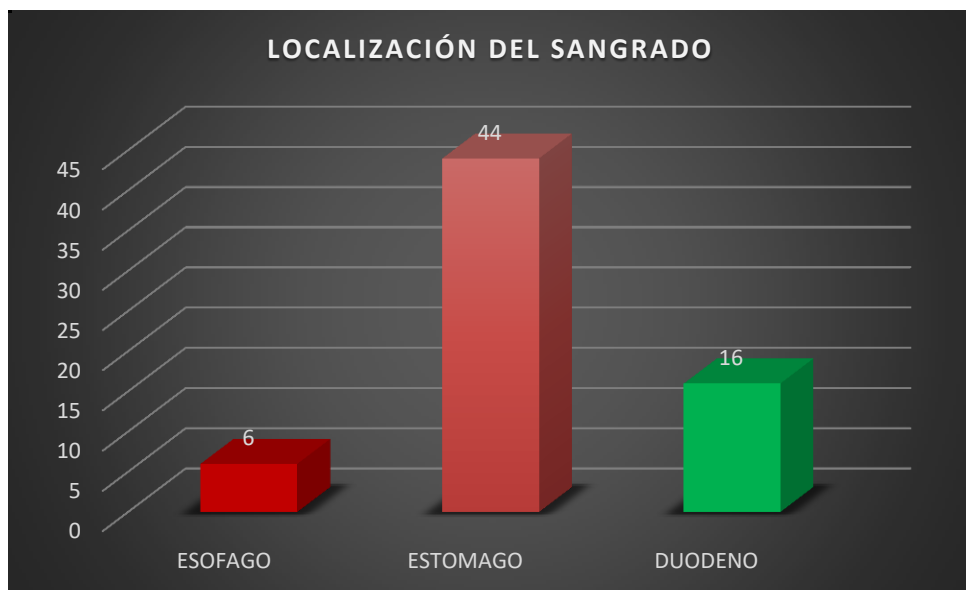


GRÁFICO N° 9 Localización topográfico del sangrado.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

El porcentaje de úlcera péptica corresponde al 72.7% de los casos encontrados; realizamos una tabla de contingencia con aquellos que presentaron el diagnóstico de úlcera péptica con la variable dependiente: mortalidad intrahospitalaria; obteniendo el siguiente resultado, de los tres pacientes fallecidos, todos presentaron úlcera péptica como diagnóstico endoscópico.

TABLA N° 06 Tabla de contingencia Úlcera péptica * Mortalidad intrahospitalaria.

| | | MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA | | |
|----------------|-----------|---|-----------|--------------|
| | | SI | NO | Total |
| ULCERA | SI | 3 | 47 | 50 |
| PEPTICA | NO | 0 | 16 | 16 |
| Total | | 3 | 63 | 66 |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se elaboró una tabla de contingencia de la clasificación de Forrest con la variable de mortalidad intrahospitalaria, obtuvimos como resultados: los pacientes fallecidos presentaron según clasificación Forrest, sangrado activo en rezuma (1 paciente, IB) y sangrado reciente (1 paciente IIA y 1 paciente IIB).

TABLA N° 07 Tabla de contingencia Clasificación de Forrest * Mortalidad intrahospitalaria.

| | | MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA | | |
|----------------------------------|--------------|---|-----------|--------------|
| | | SI | NO | Total |
| CLASIFICACION FORREST | IB | 1 | 4 | 5 |
| | IIA | 1 | 3 | 4 |
| | IIB | 1 | 7 | 8 |
| | IIC | 0 | 12 | 12 |
| | III | 0 | 21 | 21 |
| | OTROS | 0 | 16 | 16 |
| | Total | 3 | 63 | 66 |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Respecto a los valores de hemoglobina presentados al ingreso hospitalario, fueron los siguientes: menos de 6g/dl (18 pacientes, 27.3%), entre 6 – 7g/dl (16 pacientes, 24.2%), entre 7 –10g/dl (26 pacientes, 39.4%), mayor a 10g/dl (6 pacientes, 9.1%).

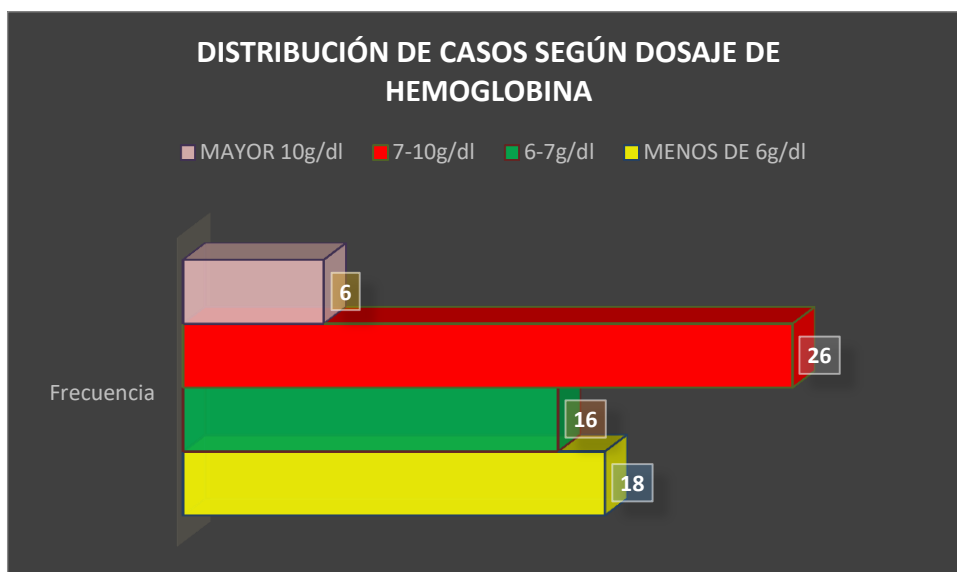


GRÁFICO N° 10 Distribución de casos según dosaje de hemoglobina.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Requirieron transfusión de paquete(s) globular(es), 42 pacientes (63.6%), y no requirieron 24 pacientes (36.4%), aquellos que requirieron transfusión sanguínea, más de dos paquetes globulares (17 pacientes, 25.8%), dos paquetes globulares (15 pacientes, 22.7%) y un paquete globular (10 pacientes, 15.2%).

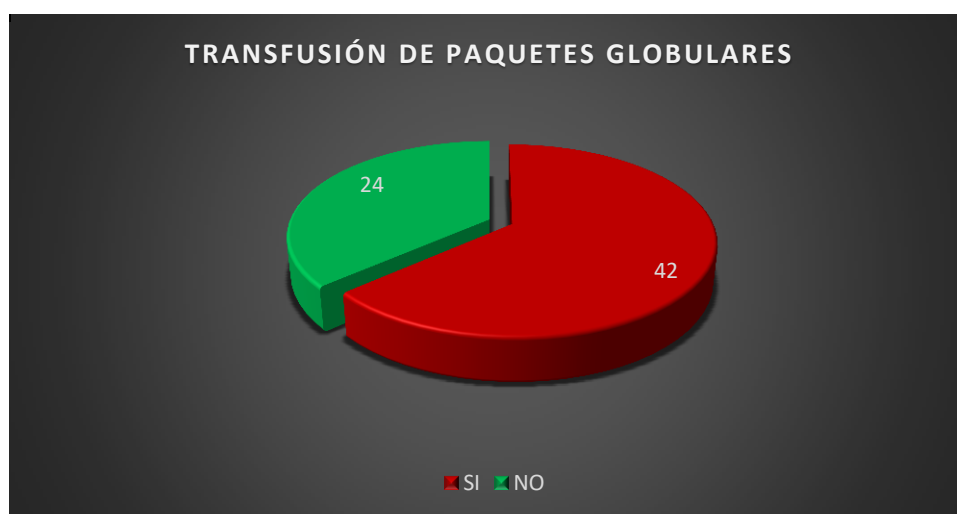


GRÁFICO N°11 Distribución según transfusión de paquetes globulares.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

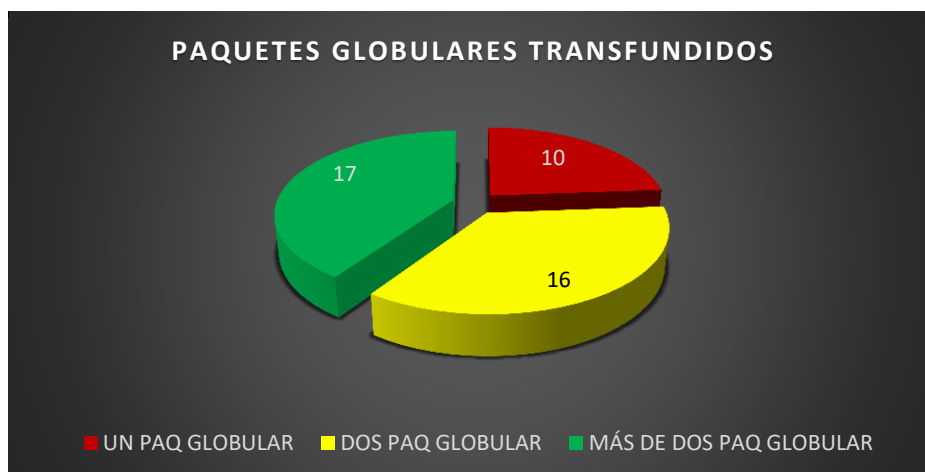


GRÁFICO N°12 Distribución de casos según número de paquetes globulares transfundidos.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En los resultados respecto a la presencia a *Helicobacter Pylori*, encontramos, positiva (11pacientes, 16.7%), negativa (12 pacientes, 18.2%), no se realizó (33 pacientes, 50%), familiar/paciente no autorizó (2 pacientes, 3%), no se encuentra en historia clínica (8 pacientes, 12.1%).

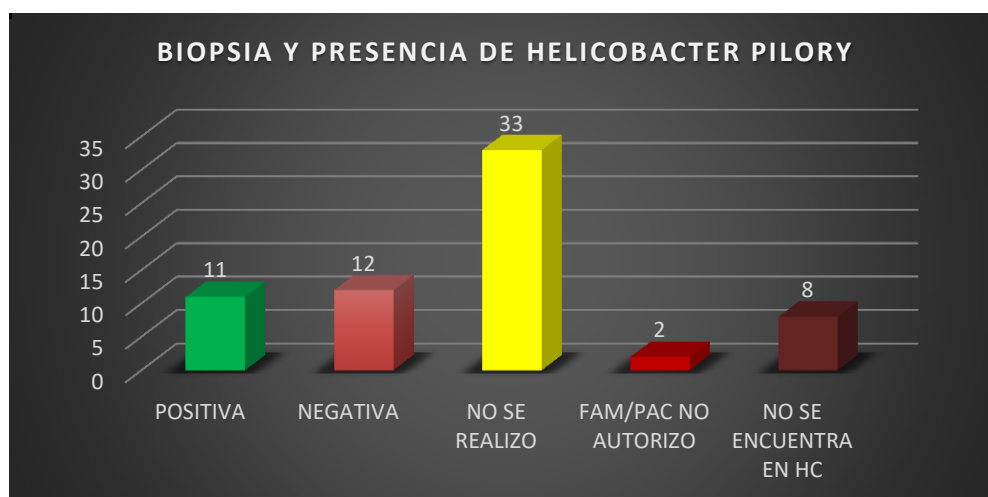


GRÁFICO N°13 Resultados encontrados frente a la realización de toma de muestra y presencia de helicobacter pylori.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Los casos con antecedente de consumo de fármacos (60.6%) y no consumo de fármacos (39.4%); y según la clasificación, usaron AINES (26 pacientes, 39.4%), anticoagulantes (5 pacientes, 7.6%), inhibidores de serotonina (2pacientes, 3%), y otros medicamentos 21 (31.8%), entre ellos antihipertensivos, antidiabéticos, tamsulosina.

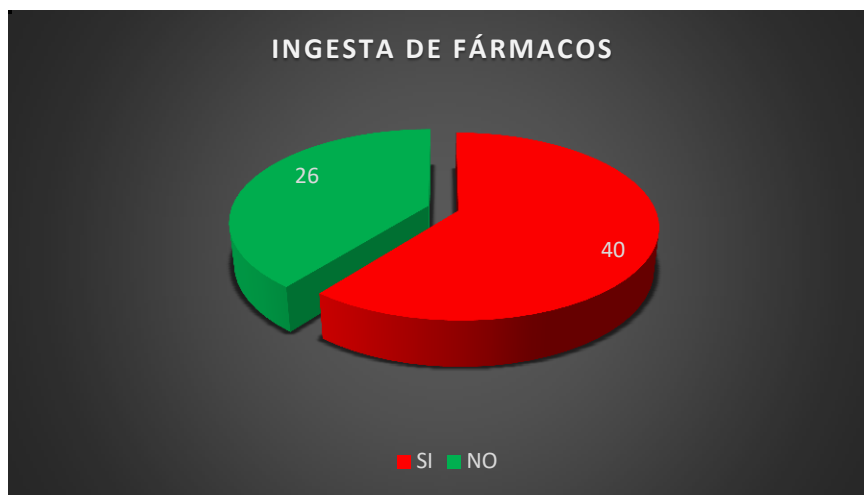


GRÁFICO N°14 Distribución de pacientes según ingesta de fármacos

Fuente: Ficha de recolección de datos.

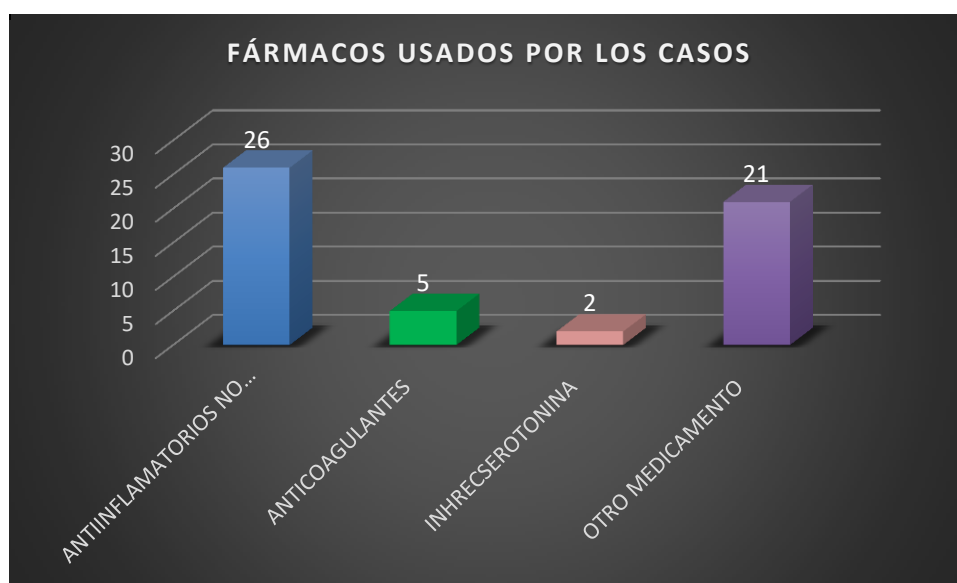


GRÁFICO N°15 Distribución de fármacos según uso por los casos.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA N° 08 Distribución de frecuencias según clasificación de fármacos consumidos por pacientes de estudio.

| FÁRMACOS | Frecuencia | ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS | ANTICOAGULANTES | INHIBIDORES DE LA RECEPTORA TONINA | OTRO MEDICAMENTO |
|-----------------|-------------------|---|------------------------|---|-------------------------|
| SI | 40 | 26 | 5 | 2 | 21 |
| NO | 26 | 40 | 61 | 64 | 45 |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

El 71.2% de los casos seleccionados presentaron alguna comorbilidad, entre ellos, presentaron hipertensión arterial (21 pacientes, 31.8%), diabetes mellitus (11 pacientes, 16.7%), insuficiencia hepática (7 pacientes, 10.6%), trastorno de coagulación (3 pacientes, 4.5%), insuficiencia renal (3 pacientes, 4.5%), neoplasia (3 pacientes, 4.5%), insuficiencia cardíaca (2 pacientes, 3.0%), y presentaron otra comorbilidad (23 casos, 34.8%), entre las más resaltantes, enfermedades articulares degenerativas.



GRÁFICO N°16 Distribución de los pacientes, según la presencia de comorbilidad.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

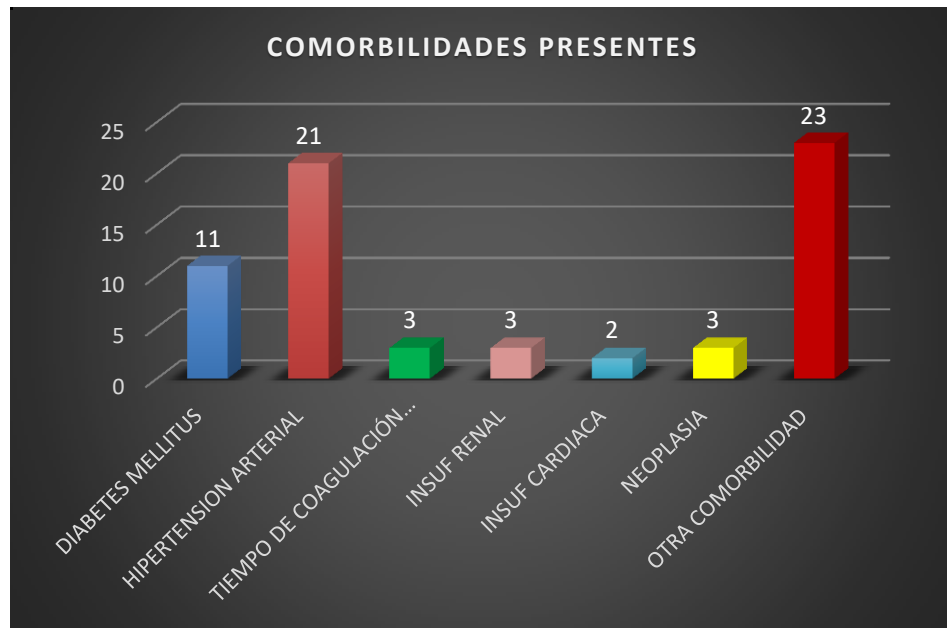


GRÁFICO N°17 Frecuencia de comorbilidades presentes en pacientes.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA N° 09 Distribución de frecuencias según clasificación de fármacos consumidos por pacientes de estudio.

| CO MORBILID AD | Frecuenc ia | DIABETE S MELLIT US | HIPERTENSI ON ARTERIAL | TIEMPO DE COAGULACI ÓN ELEVADO | INSU F RENA L | INSUF CARDIAC A | NEOPLAS IA | OTRA COMORBILID AD |
|----------------------|----------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------|-----------------------|---------------|--------------------------|
| SI | 47 | 11 | 21 | 3 | 3 | 2 | 3 | 23 |
| NO | 19 | 55 | 45 | 63 | 63 | 64 | 63 | 43 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Respecto a la mortalidad intrahospitalaria, encontramos 3 casos, que equivalen al 4.5% del total de casos.

TABLA N° 10 Frecuencia y porcentaje de mortalidad intrahospitalaria.

| MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---|-------------------|-------------------|---------------------------------|
| SI | 3 | 4.5 | 4.5 |
| NO | 63 | 95.5 | 100.0 |
| Total | 66 | 100.0 | |

Fuente: Ficha de recolección de datos.



GRÁFICO N°19 Distribución de la mortalidad intrahospitalaria.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA N° 11 Correlación entre mortalidad intrahospitalaria y EDAD (agrupado)

| Correlaciones | | | |
|---|---------------------------|---|----------------------------|
| | | MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA | EDAD (agrupado) |
| MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA | Correlación de Pearson | 1 | -.181 |
| | Sig. (bilateral) | | .145 |
| | N | 66 | 66 |
| EDAD (agrupado) | Correlación de Pearson | -.181 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | .145 | |
| | N | 66 | 66 |

Fuente: Programa estadístico SPSS 20.0.

p: 0.145, no tiene nivel de significancia, ya que $p > 0.05$, sin embargo, luego de haber trabajado posibles correlaciones con cada uno de los factores, la correlación de la mortalidad intrahospitalaria con la edad, es la que más se acerca a tener un menor nivel de significancia. Si se hubiera trabajado un grupo de mayor tamaño, es probable que pudiéramos haber obtenido un nivel de significancia menor.

10. DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos en este estudio, la edad media fue de 60.02 años, y la mayoría de los casos tenían más de 60 años (50.0%), este resultado coincide con todos los estudios, quienes afirman que la media de años en pacientes con HDA, es entre 6ta y 7ma década de vida. (7,10,11), con ésta tendencia podemos afirmar que a partir de estas edades incrementa la ingesta de medicamentos en general y AINES en particular, ya que aumenta también la frecuencia de aparición de enfermedades osteoarticulares degenerativas, o cardiovasculares que justifican el uso de los mismos. (27)

Respecto a los pacientes fallecidos, todos tenían más de 70 años; la edad fue uno de los factores que obtuvo menor significancia al realizar correlaciones con el resto de factores encontrados.

Predominó en el sexo masculino (63.6%), dato tendencia entre varios estudios, a diferencia de Tielleman et, que refiere que existe estrecha diferencia entre ambos sexos. (6)

Según el tiempo de enfermedad, prevaleció de 1 a 2 días (45.5%), y, 5 a más días (33.3%), es decir, la sintomatología de la hemorragia digestiva se presenta de forma aguda, sin embargo, tenemos un 33.3% en el otro extremo, cabe resalta que el 50% de los pacientes que fallecieron intrahospitalariamente, tuvieron un tiempo de enfermedad de 5 días a más, con enfermedades concomitantes presentes, acuden o son llevados tardíamente a la atención médica.

En relación con estancia hospitalaria, se encontró en éste estudio, que más 50% estuvo hospitalizado entre 1 a 7 días (74.2%), pudiéndose deducir que el alta se hace de una manera rápida, obteniendo mejor uso del recurso hospitalario, tanto el tiempo de hospitalización 15 a más días, acumula 4.5%, y se obtuvo un retiro voluntario (1.5%). En un estudio realizado en Ecuador 2015, se encontró que los días de estancia hospitalaria concuerdan con nuestro estudio, con un 64.1% de 3 a 8 días. (28) Otro estudio, realizado en dos centros urbanos de América Latina, muestran un promedio de 7.97 días de hospitalización. (29)

En un estudio realizado en México el año 2009, en su grupo de casos se encuentra que tanto el tabaquismo (OR: 2.6) y la ingesta de bebidas alcohólicas (OR: 4.8) tuvieron

significancia mayor, que la HDA previa (OR: 1.8), en la presentación de un nuevo episodio HDA. (12). En este estudio, hemos encontrado que el antecedente personal más importante fue el consumo de alcohol (39.4%), seguido de HDA previa (27.3%) y finalmente el consumo de tabaco (9.1%).

Según la sintomatología clínica, en nuestros casos se encontró que, el 86% presentaba sólo melena, 43.9% hematemesis y 30% melena y hematemesis, comparado con otros trabajos, la presentación de melena concuerda con el porcentaje en otros estudios, sin embargo la presentación de hematemesis es mayor, en éste estudio. (12)

Otros síntomas con mayor porcentaje fue el dolor abdominal y mareos, éste último síntoma más común si la pérdida sanguínea fue aguda, como en la hematemesis, a diferencia de la melena que puede presentarse de forma crónica, siendo tolerada por más días.

De acuerdo al diagnóstico endoscópico, en éste estudio se obtuvo, en primer lugar úlceras pépticas (72.75%), segundo lugar, lesiones agudas de mucosa (18.1%), Mallory Weiss (1.5%), lesiones malignas (4.5%). En el grupo de la úlcera péptica, predominó la úlcera gástrica (51.5%), úlcera duodenal (21.2%), resultados concuerdan con los obtenidos en otros estudios, Paraguay 2013, EEUU 2015. (6,13,29). Sin embargo, difiere de los resultados de dos revistas cubanas, cuyos resultados ponen el porcentaje mayor a la úlcera duodenal y luego la úlcera gástrica. (10,11). Todos los pacientes fallecidos presentaron úlcera péptica.

Respecto al hallazgo endoscópico, según clasificación Forrest, se encontró, Base limpia III (31.8%), mancha plana pigmentada IIC y lesiones agudas en mucosa, ambas ubicadas en el segundo lugar con (18.2%) cada una; la frecuencia coincide con estudios realizados en Cuba 2015(10), América Latina 2011(29) y Perú 2007(14). En nuestro estudio encontramos en tercer lugar, Coágulo adherido IIB (13.6%), cuarto lugar, Vaso visible no sangrante IIa (6.1%), sangrado activo Ib (6.1%), y sangrado activo Ia no presentó ningún caso, proporciones concuerdan con estudio realizado en Panamá. (27) Nuestros pacientes fallecidos, tuvieron cada uno, los siguientes hallazgos endoscópicos según Forrest, sangrado activo Ib, vaso visible no sangrante IIa y sangrado activo Ib. Diagnóstico coinciden con el porcentaje más alto de riesgo de mortalidad con un 11% de riesgo según la escala de Forrest.

Según los resultados de hemoglobina encontrados en nuestro estudio, presentaron entre 7 – 10g/dl (39.4%), menos de 6g/dl (27.3%), 6 – 7g/dl (24.2%), mayor 10g/dl (9.1%), se comparan con otro estudio, que presenta un promedio de hemoglobina de 8.9+- 2.8g/dl, los resultados coinciden con los nuestros obtenidos, concuerda con el intervalo de mayor porcentaje. (12)

En nuestro estudio más del 50% casos requirieron transfusión sanguínea, entre dos paquetes globulares y más de dos paquetes globulares. Situación que se asemeja a un estudio publicado en la Revista de Gastroenterología Perú 2013, que muestran como media la transfusión de 2 paquetes globulares, no obstante, al asociarlo a mortalidad intrahospitalaria (p: 0.486), OR: 0.93, no fue significativo(8); resultado similar que obtuvimos al correlacionar el factor transfusión con mortalidad intrahospitalaria. (8)

En relación a la presencia de *Helicobacter pylori* (HP), se mostró positiva 16.7%, y negativa 18.2%, hemos tenido que no se realizó este estudio (50.0%), debido al gran porcentaje de resangrado que puede presentar, por ello, se recomienda la toma en una posterior endoscopia. Comparando con otros estudios, Rodríguez 2009, llega a la conclusión que la infección por *HP*, no muestra asociación independiente con la ocurrencia, ni la mortalidad. (13) Sin embargo, la mayoría de los estudios indican la importancia de erradicar la bacteria *HP* después del episodio agudo de HDANV. (4) Otros estudios afirman la importancia de la erradicación de la bacteria, para disminuir la incidencia de hemorragias digestivas y las complicaciones de úlcera pépticas. (30)

Respecto a la comorbilidad que presentan, 71.2% presentaron comorbilidad, entre los principales hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia hepática, trastorno de la coagulación e insuficiencia renal, y hemos encontrado un importante grupo de enfermedades articulares degenerativas. Un estudio realizado en Ecuador, refiere entre las patologías asociadas, cardiovascular (donde incluye HTA), endocrinológicas (DM), hepatobiliares, y osteomioarticulares, coincidiendo con nuestras patologías mencionadas. (28)

Aunque al inicio de la investigación, no se consideró las enfermedades osteoarticulares, pudimos observar que en la sección “otras comorbilidades”, se presentó un grupo importante de pacientes con enfermedades articulares degenerativas de larga data, siendo muchas veces éstas, las que obligan al consumo de AINES de manera crónica.

En cuanto al consumo de fármacos, se observó que 40 pacientes (60.6%) consumía fármacos, dentro de los cuales consumían, 20 AINES, 5 anticoagulantes, 2 inhibidores serotonina, 21 (antihipertensivos, antidiabéticos, tamsulosina). Un estudio en Panamá, confirma que existe una asociación altamente significativa entre la presencia de HDA y el uso de AINES, aumentando el riesgo 2.6 veces de presentar HDA. (27)

La mortalidad global de la serie fue 4.5% (6 casos), un porcentaje incrementado a diferencia de un estudio cubano en el 2015, donde la mortalidad intrahospitalaria de la HDNV fue de 2.2%. (11) Sin embargo, menor que con un estudio realizado en Centroamérica 2016, quien afirma 10% de mortalidad. (4)

11. CONCLUSIONES

- Hemorragia digestiva no varicosa (HDNV) afecta predominantemente al sexo masculino, con tendencia de afectación entre la sexta y séptima década de vida, siendo la edad media 60 años.
- Los síntomas más presentados en episodios HDANV son melena, dolor abdominal, mareos, hematemesis, náuseas, vómitos y hematoquecia, de mayor a menor frecuencia.
- El tiempo de enfermedad de los pacientes con HDNV, es agudo, con tiempo de enfermedad entre 1 a 2 días.
- La estancia hospitalaria de los pacientes con HDANV encontrada en el hospital de Apoyo II, coincide con el promedio de hospitalización en estudios realizados en América Latina.
- La ingesta de bebidas alcohólicas, y el tabaquismo son antecedentes frecuentes en pacientes con episodios de HDANV.
- La mayoría de los pacientes con episodio de HDANV, consumen fármacos de manera crónica, entre los principales se encuentran (AINES y anticoagulantes), sin embargo, no fue posible asociar la ingesta con la mortalidad intrahospitalaria.

- Entre las principales enfermedades concomitantes, se encuentran según orden de frecuencia, las patologías asociadas al sistema cardiovascular, endocrinológico, hepatobiliar, y enfermedades articulares degenerativas.
- El promedio de hemoglobina encontrado en los pacientes como primer episodio o episodio recurrente oscila entre el promedio 8.9 +- 2.8g/dl.
- Más del 50% de los pacientes con diagnóstico HDANV requieren de transfusión sanguínea, siendo la media de transfusión, dos paquetes globulares, no obstante, el aumento de número de paquetes, ni la necesidad de transfusión, se asocian a mortalidad intrahospitalaria.
- Las úlceras pépticas son la primera causa de HDANV, le sigue en segundo lugar las lesiones agudas en mucosa, dentro de las úlceras pépticas, la úlcera gástrica tiene mayor prevalencia que la úlcera duodenal en nuestra población de estudio.
- Según la clasificación de Forrest, los hallazgos según orden de frecuencia más encontrados son: Base limpia III, Mancha plana pigmentada IIC, coágulo adherido IIB, vaso visible no sangrante IIa, eso quiere decir, que la mayoría de los episodios con HDAN se autolimitan por sí solos, como lo afirma la referencia.
- No se pudo determinar la asociación de *Helicobacter pylori*, porque no es habitual la toma de biopsia durante el proceso agudo de la hemorragia.

12. RECOMENDACIONES

- Aplicar de guías de actuación en los equipos de urgencias, para el manejo de un paciente con hemorragia digestiva alta.
- Contar con un banco de sangre operativo.
- Realización de endoscopia temprana (dentro de las primeras 24 horas). Nivel de evidencia Ia.
- Implementar tratamiento endoscópico con métodos hemostáticos, para hallazgos endoscópicos de hemorragias digestivas activas.

- Utilizar tratamientos localizados en pacientes con enfermedades articulares degenerativas.
- Realizar la toma de biopsia en el momento oportuno, después del episodio agudo, también, su búsqueda intencionada de HP en pacientes con episodio previo de HDANV, con objetivo de disminuir las complicaciones futuras.
- Mejorar la toma de datos en historias clínicas, para poder tener una base más confiable e importante y así permitir el uso de los datos en futuros proyectos de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basto, Milagros; vargas G pavel. Revista de Gastroenterología del Perú - Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" 1980-2003. Rev Gastroenterol del Perú [Internet]. 2005;25:3. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292005000300005&script=sci_arttext
2. AndaLuz P de urgencias y emergencias. Manejo del Paciente con Hemorragia Digestiva Alta. 2000;1-7.
3. Samaniego C, Casco E CC. Hemorragia Digestiva Alta No Varicosa. La experiencia del Centro Médico Bautista. 2005;(1):1-5.
4. Perez Calvo M. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica LXXIII. 2016;(620):479-83.
5. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: Incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. Scand J Gastroenterol. 2013;48(4):439-47.
6. Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Epidemiology and Risk Factors for Upper Gastrointestinal Bleeding. Gastrointest Endosc Clin NA [Internet]. 2015;25(3):415-28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.giec.2015.02.010>
7. Rotondano G. Epidemiology and Diagnosis of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Gastroenterol Clin NA [Internet]. 2014;1-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2014.08.001>
8. Corzo Maldonado MA, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes EA, Gallegos López RC, Huerta Mercado-Tenorio J, Surco Ochoa Y, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Estudio caso control. Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2013;33(3):223-9. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84906531932&partnerID=tZOtx3y1>
9. Abougergi MS, Travis AC, Saltzman JR. The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis. Gastrointest Endosc [Internet]. 2015;81(4):882-888.e1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2014.09.027>
10. Mildred C, Palomino A, Mora S, Valladares D, Blanco M. Utilidad del índice de Rockall en pacientes con episodios de hemorragia digestiva alta no variceal Utility of Rockall index in patients with upper non-variceal gastrointestinal bleeding episodes. Revista Cubana de Medicina Familiar. 2014;43(2):176-84.
11. Winograd R, Williams E, Rodriguez D. Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa Endoscopy in patient care suffering from non-variceal upper gastrointestinal bleeding. 2015;44(2):187-94.

12. Rodríguez-Hernández H, Rodríguez-Morán M, Jáquez-Quintana JO, González JL. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(2):179–84.
13. Aguayo O., Torres A., Sosa K., Ramírez A., Rodríguez C. FA et al. Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. *Cir Parag*. 2013;37(1):15–8.
14. Contardo Zambrano C, Espejo Romero H. Simposio: Hemorragia digestiva Hemorragia digestiva alta no originada por várices Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Eur J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2007;23(3):162–73. Available from: http://journals.lww.com/eurojgh/Abstract/2013/01000/Lower_gastrointestinal_bleeding_incidence,.7.aspx%5Cnhttp://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n3/a07v23n3.pdf%5Cnfile:///C:/Users/Felix/Downloads/Emergencias-2002_14_1_S19-27.pdf%5Cnhttps://books.google.com
15. Ceneviva R, Correia Miranda LE, Dos Santos JS, Vieira Ferraciolli MH. Hemorragia digestiva alta. *Medicina (B Aires)*. 1995;28(4):625–43.
16. Lozano JA. La úlcera péptica y su tratamiento (I). Etiología , clínica , diagnóstico y medidas higienicodietéticas.
17. Espinoza Ríos J, Aguilar Sánchez V, Bravo Paredes EA. Comparison between Glasgow-Blatchford, Rockall and AIMS65 scores in patients with upper gastrointestinal bleeding in a hospital in Lima, Peru. *Rev Gastroenterol Peru*. 2016;36(2):143–52.
18. Dr. Rios E, Almarsegui G, Gálvez D. Gastroenterología. *Univ la Front* [Internet]. 2015;1–9. Available from: http://www.med.ufro.cl/clases_apuntes/medicina-interna/gastroenterologia/docs/05-hemorragia-digestiva-alta.pdf
19. Greenspoon J, Barkun A, Bardou M, Chiba N, Leontiadis GI, Marshall JK, et al. Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2012;10(3):234–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2011.07.025>
20. Cortés P. Clasificación de Forrest. *Gastroenterol latinoam N°* [Internet]. 2010;21(1):59–62. Available from: <http://endoscopia.uc.cl/publicaciones/Clasificación de Forrest.pdf>
21. Alvarez Serrano M, Mora Herera R, Vanegas Bravo M. Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años . *Hospital Vicente Corral*. 2015;7:28–31.
22. Farmacologia I catalá de. *Butlletí Gro C*. 1994;5–10.
23. Manejo. Manejo de los corticoides en la práctica clínica. *Rev Med Univ Navarra*. 2009;53(53):9–18.
24. Portilla Merino G. Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de clínica del hospital vicente corral moscoso. 2009.

25. 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;54–64.
26. Alessandrini, Romina, Molini Walter, Juan NJ. Hemorragia Digestiva Alta No Variceal en adultos Diagnóstico y Tratamiento. 2009;1–32.
27. Bernardino D, Trejos J, Tong V, Miranda M. Factores Asociados a Sangrado Digestivo Alto. Servicio De Gastroenterología . Complejo Hospitalario Metropolitano. *Revista médica científica [Internet].* 2012;24(1):4–11. Available from: www.revistamedicocientifica.org.
28. Pesantes C. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL “ HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA . FACTORES DE DE ESTANCIA HOSPITALARIA . HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL 2013-2014 .” 2015.
29. Morales Uribe C, Sierra Sierra S, Hernández Hernández A. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103(1):20–4.
30. Skok P, Sinkovic A. Upper gastrointestinal haemorrhage: predictive factors of in-hospital mortality in patients treated in the medical intensive care unit. *J Int Med Res.* 2011;39(England eISSN-1473-2300 (Electronic) PT-Journal Article LG-English DC-20110808 OVID MEDLINE UP 20151216):1016–27.

ANEXOS

ANEXO 01

Clasificación de Forrest

| SANGRADO | TIPO | DESCRIPCIÓN | %RESANGRADO | %MORTALIDAD |
|-----------------|------|--------------------------------|-------------|-------------|
| ACTIVO | IA | Sangrado a chorro, arterial | 90% | |
| | IB | Sangrado babeante, venoso | 20-30% | |
| RECIENTE | IIA | Vaso visible (no sangrante) | 30-51% | 11% |
| | IIB | Coágulo rojo (adherido) | 25-41% | 7% |
| | IIC | Fondo Ulceroso hemático | 0-5% | 3% |
| SIN SANGRADO | III | Lesión limpia (sin estigma) | 0-2% | 2% |

Fuente: John A.H Forrest, N.D.C Finlayson, D.J.C Shearman, Endoscopy in gastrointestinal bleeding, The Lancet, Volumen 304, 1974, Pages 394-97

ANEXO 02

Ficha de recolección de datos

Mortalidad intrahospitalaria: SI () NO ()

Edad: 15 – 29 ()
30 – 44 ()
_____ 45 – 60 ()
Mayor 60 ()

Sexo: M () F ()

Procedencia: Urbano () Rural ()

Antecedentes personales: Alcohol SI () NO ()

Tabaco SI () NO ()

HDA previa SI () NO ()

Tiempo de enfermedad: 1 a 2 días ()
3 a 4 días ()
5 a más días ()

Estancia hospitalaria: 1 a 7 días ()
8 a 14 días ()
15 a más días ()
Retiro voluntario ()

Manifestaciones clínicas:

| | |
|-----------------|---------------------|
| Melena () | Dolor abdominal () |
| Hematemesis () | Hematoquecia () |
| Náuseas () | Mareos () |
| Vómitos () | Reflujo () |
| Otros: _____ | |

Hemoglobina al ingreso:

Menor e igual de 6g/dl ()
6 – 7 g/dl ()
7-10g/dl ()
Mayor 10g/dl ()

Número de paquetes globulares transfundidos:

| | |
|------------|--------|
| SI () | NO () |
| 1 ____ | |
| 2 ____ | |
| Más 2 ____ | |

Hallazgos endoscópicos:

- Sangrado Activo a chorro Ia ()
- Sangrado Activo en rezuma Ib ()
- Vaso visible no sangrante IIa ()
- Coágulo adherido IIb ()
- Mancha plana pigmentada IIc ()
- Base limpia III ()
- Lesiones agudas en mucosa ()
- Sd Mallory Weiss ()
- Lesiones malignas ()
- No se realizó

