

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACTORES PRONOSTICOS CLINICOS Y ENDOSCOPICOS DE
MUERTE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
NO VARICOSA HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2009- 2013

Para obtener el Título de Médico Cirujano

AUTOR:

Laura Marisol Soto Urquiaga

ASESOR:

Dr. Manuel Núñez Llanos

Trujillo – Perú

2015

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. Tomas Geldres Alcántara **PRESIDENTE**

Dr. Edgar Mora Chávez **SECRETARIO**

Dr. Karen Díaz Paz **VOCAL**

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, son los dos grandes pilares de mi vida. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, Patricia y Enrique los amo infinitamente, sin ustedes nada sería igual, siempre juntos a pesar de las adversidades.

A mis abuelos, los que están a mi lado en este momento y los que están en el cielo, son más que mis abuelos, son mis padres también, no tengo palabras para describir el amor y respeto que siento por ustedes.

A mis tías queridas, Ana, Dina, Elena, Betty, Mireyda e Isabel por consentirme, escucharme, entenderme y por todo el amor que siempre me dan.

A mi prima Ariadna quien ha sido y es una mi motivación, inspiración y felicidad.

A mis mejores amigos, que son como hermanos, gracias por los momentos y experiencias vividas.

Laura Marisol Soto Urquiaga

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Antenor Orrego que me dio la bienvenida al mundo como tal, las oportunidades que me ha brindado son incomparables, y antes de todo esto ni pensaba que fuera posible que algún día si quiera me topara con una de ellas.

Al cuerpo docente de la Escuela Profesional de Medicina Humana, maestros y compañeros por todos los conocimientos y orientación impartidos a lo largo de nuestra formación académica.

A mi asesor Dr Manuel Nunez Llanos por el gran apoyo brindado en el desarrollo de la investigación siendo una gran partícipe de este resultado.

Laura Marisol Soto Urquiaga

PRESENTACION

Señores Miembros del Jurado:

Dando cumplimiento con las disposiciones del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, someto a vuestra consideración la tesis titulada: **FACTORES PRONOSTICOS CLINICOS Y ENDOSCOPICOS DE MUERTE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2009- 2013**, luego de haber culminado mi paso por esta casa de estudios, donde me he formado profesionalmente para estar al servicio de la sociedad.

El presente trabajo realizado con el propósito de obtener el Título de Médico Cirujano, es un producto de una investigación ardua y constante que pretende determinar los factores de riesgo asociados a la muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa, con la finalidad de tomar en cuenta las variables en estudio como base para desarrollar estrategias preventivas que minimicen la muerte en estos pacientes, siendo de gran ayuda a la prevención de esta enfermedad que es muy frecuente en nuestro medio.

TRUJILLO, FEBRERO DEL 2015

Laura Marisol Soto Urquiaga

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES.....	i
PORTADA.....	ii
PAGINA DE DEDICATORIA.....	iii
PAGINA DE AGRADECIMIENTOS.....	iv
PRESENTACION	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCION.....	9
MATERIAL Y METODOS.....	19
RESULTADOS.....	26
DISCUSION.....	28
CONCLUSIONES.....	32
SUGERENCIAS.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34
Anexos:.....	39

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los factores pronósticos clínicos y endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa, se seleccionó aleatoriamente dos grupos de 40 pacientes. El primero formado por pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicosa y con endoscopia alta fallecidos entre los siete días posteriores a su ingreso por emergencia al Hospital Belén de Trujillo durante los años 2009 y 2013. El segundo grupo estuvo conformado por pacientes con el mismo diagnóstico del grupo anterior sometidos a endoscopia alta pero que no murieron hasta siete días posteriores a su ingreso al establecimiento de salud en mención durante el mismo periodo de tiempo. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de χ^2 fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$, además se calculó el Odds ratio con su respectivo intervalo de confianza. Se encontró que: la comorbilidad, el estado hemodinámico inestable y aspirado gástrico con sangre son factores pronósticos clínicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. ($P < 0.05$) La presencia de lesión ulcerosa, el tamaño de la úlcera mayor de 2cm y signos endoscópicos de hemorragia reciente son factores pronósticos endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. ($P < 0.05$)

Palabras claves: mortalidad, factores pronósticos, hemorragia digestiva alta no varicosa.

ABSTRACT

In order to determine the clinical and endoscopic predictors of death in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding were randomly selected two groups of 40 patients. The first consisted of patients diagnosed with non-variceal upper gastrointestinal bleeding and upper endoscopy deaths among the seven following his emergency admission to Bethlehem in Trujillo Hospital during the years 2009 and 2013 days. The second group consisted of patients with the same diagnosis of the previous group underwent upper endoscopy but that did not die until seven days after admission to the clinic in question during the same period days. For statistical analysis test was used Chi² setting the significance level at $P < 0.05$, plus the odds ratio was calculated with their respective confidence interval. It was found that: comorbidity, unstable hemodynamic status and gastric aspirate blood are clinical predictors of death in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. ($P < 0.05$) The presence of injury colitis, ulcer size greater than 2 cm and endoscopic stigmata of recent hemorrhage are endoscopic predictors of death in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. ($P < 0.05$)

Keywords: mortality, prognostic factors, non-variceal

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico:

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia médico quirúrgica frecuente que presenta una elevada morbimortalidad. A pesar de los avances terapéuticos de los últimos años, constituye la principal urgencia gastroenterológica (1, 2) y representa entre el 1 y 3.5% de las internaciones en los servicios de emergencia (3).

La hemorragia gastrointestinal superior consiste en la pérdida de sangre intraluminal en el tubo digestivo, que se produce proximal al ángulo de Treitz o flexura duodeno-yeyunal. (4)

La mayoría de las HDA (80-90%) son de causa no varicosa, siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%). En nuestro medio, más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINE y/o a la presencia de *H. pylori*. Otras causas de HDA menos frecuentes son las erosiones gástricas o duodenales, el síndrome de Mallory-Weiss, la esofagitis péptica, las lesiones tumorales benignas y malignas y las lesiones vasculares (lesión de Dieulafoy, angiodisplasia, fístula aortoentérica, etc.). Finalmente hay que señalar que en un 5-8% de las ocasiones no se logra determinar la causa de la hemorragia, a pesar de las exploraciones pertinentes. (5)

La hemorragia digestiva alta no varicosa es un problema frecuente de salud en el mundo y es considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios (8) La frecuencia global de este trastorno se desconoce con exactitud, pero se reporta que su incidencia anual oscila entre 50 a 150 pacientes por cada 100 000 habitantes, los cuales deben ser inmediatamente hospitalizados por ese motivo. (9) En Inglaterra, varía entre 103 y 172 por 100 000 habitantes, y es dos veces más que la tasa reportada en Holanda de 47,7 por 100 000 habitantes. (10). En los países occidentales, su incidencia es de 100 a 150 casos por 100,000 habitantes al año o de 36 a 100 hospitalizaciones por 100,000

habitantes de la población general (4). Por otro lado, en el mundo, provoca más de 500 000 ingresos hospitalarios anuales y para su control se requieren costos administrativos de hasta 150 000 USD por año por hospital, sólo en los Estados Unidos el gasto anual es de 2000 millones de dólares. (6, 11)

Existen algunas condiciones que se han asociado a éste tipo de hemorragia. Se ha descrito que las personas mayores de 56 años son los más frecuentemente afectados; de igual modo, el hábito de fumar, la ingesta de café o té, el uso de los antiinflamatorios no esteroideo y los antecedentes de gastroduodenopatía han demostrado estar asociados con la hemorragia digestiva alta (8).

Desde el punto de vista de su gravedad, la hemorragia gastrointestinal puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las perdidas sanguíneas crónicas e intermitentes, pudiendo la hemorragia digestiva alta aguda manifestarse de tres maneras: hematemesis de sangre fresca, melenas, de ambas o, con menor frecuencia, como hematoquecia. Estas formas de presentación dependen de la magnitud del sangrado, evidenciándose a través de manifestaciones clínicas y del compromiso hemodinámica. (1, 3)

El diagnóstico, como el de cualquier otra entidad, consta de una fase sindrómica sustentada en la historia clínica, la exploración física y las exploraciones complementarias básicas y, de otra forma etiológica, para identificar la lesión causal, que se alcanza fundamentalmente mediante la endoscopia digestiva alta. (12) En la actualidad, el examen endoscópico precoz, es decir el realizado entre 2 y 24 horas posteriores a la hospitalización, constituye el método de elección para el diagnóstico de la causa de la HDA. Su creciente importancia reside en que además de permitir localizar un episodio de sangrado digestivo y tratar a quien lo padece, puede aportar información sobre el pronóstico y la estratificación para el riesgo de resangrado, sobre la base de la presencia o ausencia de estigmas de reciente hemorragia. En tal sentido, se han propuesto muchas clasificaciones, pero la más comúnmente utilizada en los servicios de cirugía es la de Forrest, aunque existen otras como el índice de Rockall, según el cual puede lograrse una predicción reproducible de la mortalidad. (9)

A pesar del desarrollo de la medicina y el advenimiento de nuevas técnicas la morbimortalidad de esta patología se ha mantenido sin variación los últimos 50 años. El envejecimiento poblacional que presentan numerosas comorbilidades han sido reportados como la principal causa de esta situación. (8, 13, 14, 15)

La mortalidad global de la hemorragia digestiva alta no varicosa oscila en la mayoría de las series entre 8% y 12% (8). En los hospitales de Estados Unidos ingresan entre 300.000 y 350.000 pacientes por año con este diagnóstico con una mortalidad estimada de 7 a 10%. (13) En el Perú se reporta una mortalidad de 9,1 a 12,9% (16, 17).

No obstante, en la actualidad se presentan estudios con rangos de mortalidad global menos del 7%, e incluso menores al 3% en las series que excluyen hemorragias causadas por varices esofágicas. Al respecto se reporta que varios son los factores que pueden influir en este descenso de la mortalidad: mejor conocimiento de los factores pronósticos de la hemorragia digestiva alta, amplio desarrollo de las técnicas de tratamiento endoscópico y la existencia de unidades especializadas en el tratamiento de estos pacientes (14, 18)

Uno de los principales factores pronósticos de mortalidad es la recidiva temprana de la hemorragia, que ocurre en el 20% de los pacientes. Se han identificado diversos factores clínicos y endoscópicos con valor pronóstico independiente, que en su mayoría son válidos tanto para el riesgo de recidiva como para la mortalidad. (18)

Entre los factores clínicos con valor pronóstico se encuentra la edad. En los pacientes mayores de 60 años se observa una incidencia mayor de recidiva hemorrágica y mortalidad mayor, que puede llegar al 39% en comparación con la mortalidad de los pacientes menores de 60 años y sin comorbilidad que es inferior al 1%. (18)

La enfermedad asociada grave empeora el pronóstico de los pacientes con hemorragia digestiva alta. Al respecto se reporta que gran parte de la mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta puede atribuirse a la descompensación de

enfermedades graves, como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, diabetes mellitus, alteraciones n

eurológicas y neoplasias (18, 19).

Por otro lado, el pronóstico es peor en los pacientes con hemorragia grave, manifestada a su inicio con shock hipovolémico o por un valor de hemoglobina al ingreso inferior a 10 g/dl. (18) Así mismo otros factores clínicos asociados son: Hemorragia severa (mayor de 1000ml), aspirado gástrico rojo brillante, presencia de hematoquezia o hematemesis abundante, transfusiones múltiples (mayor de 5U), la necesidad de intervención quirúrgica de urgencia y/o sangrado continuo o recurrente (14)

Los parámetros endoscópicos que tienen valor predictivo sobre la evolución de la hemorragia alta se encuentran determinados por la presencia o ausencia de estigmas de hemorragia reciente, el tamaño de la úlcera, la localización de la misma y, en algunos casos, la posibilidad de utilizar ultrasonidos para detectar la presencia de flujo sanguíneo en la superficie ulcerosa (14).

Los estigmas de hemorragia (EH) son características endoscópicas identificables, que proveen información acerca del riesgo de recurrencia y el subsiguiente resultado. Los EH han sido clasificados en orden decreciente en hemorragia activa (en chorro), vaso visible no sangrante, coágulo adherido a la base de la úlcera, mancha pigmentada y base limpia (14)

También el tamaño y la localización de la úlcera son importantes indicadores pronósticos. De hecho, en pacientes con úlceras de tamaño igual o superior a 2cm de diámetro existe una mayor incidencia de resangrado y mortalidad, con o sin tratamiento hemostático endoscópico. Además las úlceras con tamaño superior a 1cm son más frecuentes en pacientes mayores de 60 años, y es en estas lesiones donde se encuentra con mayor frecuencia signos de sangrado reciente, lo que conlleva una mayor tasa de re sangrado y mortalidad. (14)

Existe una mayor tasa de resangrado para ciertas localizaciones ulcerosas, probablemente por una mayor facilidad de erosionar un vaso de gran calibre. En el caso de las úlceras duodenales, úlceras bulbares en posición postero-inferior presentan una mayor tasa de resangrado por la posibilidad de afectar la arteria gastroduodenal. De igual manera ocurre en las úlceras gástricas localizadas en la porción alta de la pequeña curvatura y la posibilidad de involucrar a la arteria gástrica izquierda. (14, 18, 19)

Así mismo se describe que el tipo de lesión también ejerce influencia en la mortalidad. Es bien conocido que la lesión de Mallory-Weiss o las erosiones gástricas tienen una incidencia baja de recidiva. Contrariamente, la recidiva en la hemorragia digestiva alta suele concentrarse en los pacientes con úlcera péptica gastroduodenal. (18, 20)

1.2. Antecedentes:

Entre algunos antecedentes se puede citar a: Rotondano G. et al., en el 2014. Con el objetivo de identificar los factores que protegen a los pacientes con sangrado digestivo alto no varicosa, estudiaron 2.398 pacientes de los cuales 107 (4,46%) fallecieron. Los predictores de pronóstico favorable fueron: Riesgo de anestesia (ASA=American Society of Anesthesiologists) 1 o 2, la ausencia de neoplasia, hemorragia ambulatorio, el uso de bajas dosis de aspirina, sin necesidad de transfusiones, la úlcera de base limpia, edad <70 años, sin inestabilidad hemodinámica éxito endoscópico diagnóstico / terapia, sin lesión de Dieulafoy en la endoscopia, sin hematemesis en la presentación (21) De igual forma, Wirzchowski P. et al., en el 2013, con el objetivo de evaluar los resultados del tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa según el momento de la endoscopia (urgente vs electiva), teniendo en cuenta los factores de riesgo de muerte en este grupo de pacientes, realizaron una evaluación comparativa de grupos de pacientes: Grupo A consistió en pacientes sometidos a endoscopia electiva (n = 187) y Grupo B consistió en pacientes sometidos a endoscopia de emergencia (n = 295). En el grupo A la tasa de mortalidad fue del 9,1%, y la tasa de recurrencia fue del 18,2%. En el grupo B los valores fueron de 6,8% y 12,2%, respectivamente. En el grupo B el número de intervenciones quirúrgicas,

transfusiones de sangre y admisiones de cuidados intensivos fue significativamente menor ($p < 0,05$). Un análisis del material combinado mostró que los factores que correlacionan con un riesgo elevado de muerte fueron: edad, estado hemodinámico (shock), elevada puntuación de Charlson índice de comorbilidad, la concentración de hemoglobina, el sangrado de una lesión maligna, sangrado recurrente y la necesidad de cirugía ($p < 0,05$). (22)

Por su parte, Marmo R. et al., en el 2013, con el objetivo de evaluar los factores pronóstico clínicos de la hemorragia digestiva alta no varicosa, estudiaron 338 pacientes hospitalizados y 1979 pacientes ambulatorios; encontrando la inestabilidad hemodinámica en la aparición del cuadro clínico (OR 7.31, IC 95%, 2,71-19,65) y la presencia de comorbilidad grave (OR 6.72, IC 95%, 1,87 a 24,0) fueron los predictores más fuertes de la muerte (23). Fonseca J. et al., en el 2012, al estudiar 404 pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa investigando en ellos los factores pronóstico de muerte; hallaron que fallecieron 24 pacientes encontrándose fuertemente relacionado a factores como: edad > 65 años, comorbilidad, hematemesis de sangre fresca y shock/síncope, sangrado a través de la sonda nasogástrica y sustitución masiva de líquido (24)

Lanas A. et al., en el 2012 con el objetivo de investigar los factores predictivos para el resangrado y la mortalidad de hemorragia digestiva alta no varicosa (HDANV) en la práctica clínica en los diferentes países europeos, estudiaron 2660 pacientes hospitalizados en Bélgica, Grecia, Italia, Noruega, Portugal, España y Turquía. Encontraron que las diferencias significativas entre los países en la frecuencia de muerte a los 30 días se debieron a ciertos factores como el tipo de lesión (25) Gonzalez J. et al., en el 2011, con el objetivo de determinar los predictores independientes de mortalidad hospitalaria de los pacientes hispanos con hemorragia digestiva alta no varicosa (NVUGB), estudiaron 1.067 pacientes encontrando que la mortalidad hospitalaria fue del 10,2%, de los cuales sólo el 3,1% se asoció a la hemorragia significativa. Al comparar las causas de muerte entre los pacientes con y sin comorbilidades, se encontró sólo diferencias significativas en la frecuencia del shock hipovolémico (48,3 vs 25%, $p = 0,020$). (26)

Crooks C. et al., en el 2011, con la finalidad de determinar los factores pronósticos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa, realizaron un estudio de casos y controles. Comparando dos grupos: los casos fueron muertes dentro de los 28 días de ingreso (n=74.992), y los controles fueron los sobrevivientes a los 28 días, detectándose que la edad y las comorbilidades influyen en la mortalidad en este grupo de pacientes (27).

Morales C. et al., en el 2011, con el objetivo de presentar la experiencia con la hemorragia de vías digestivas alta en dos hospitales, realizaron un estudio de cohortes prospectivo investigando 464 pacientes mayores de 15 años en quienes se indagó algunas variables demográficas, antecedentes, presentación clínica, tratamiento y mortalidad. Se encontró que la edad promedio fue de 57,9 años, la proporción hombre: mujer fue de 1,4:1. Además, los pacientes que presentan sangrado durante una hospitalización por otra causa, presentaron un riesgo de morir mayor que los pacientes cuyo motivo de consulta fue el sangrado digestivo (RR 2,4 IC 95% 1,2-4,6). La presencia de Comorbilidades expresada por el valor ascendente asignado por la clasificación de Rockall está asociado igualmente con mayor probabilidad de muerte (RR 2,5 IC 95% 1,1-5,4). Concluyendo afirmando que el sangrado digestivo intrahospitalario y la presencia de comorbilidades son factores de riesgo para presentar un desenlace fatal. (2)

Cheng C. et al., en el 2010, con el propósito de identificar los factores clínicos y de laboratorio asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia debido a úlcera péptica, estudiaron 390 pacientes, encontrándose, según el análisis de regresión, que el sangrado reciente, el nivel de hemoglobina por debajo de <10 g/dL (OR 3.3) y el tamaño de la úlcera ≥ 2 cm son factores de riesgo de muerte (28). Chiu P. et al., quienes en el 2009, con el propósito de identificar los factores predictivos de muerte en pacientes con sangrado por úlcera péptica, estudiaron 3220 pacientes de los cuales 7.1% de ellos fallecieron; encontrándose que los pacientes con la presencia de sangrado reciente fue uno de los factores predictivos de mortalidad (29).

Gisbert P. et al., en el 2008, estudiaron 156 pacientes con el objetivo de identificar las características asociadas con una evolución negativa, encontrando una frecuencia de muerte del 7% y las variables asociadas con una evolución negativa en el análisis multivariado fueron: edad, hematemesis roja, la presión arterial sistólica ≥ 100 mmHg, frecuencia cardíaca ≥ 100 lpm (30). Al-Akeely M. et al en el 2004, con el objetivo de evaluar los posibles predictores significativos asociados a muerte en pacientes con úlcera péptica, revisaron los registros de 205 pacientes ingresados en la unidad de sangrado gastrointestinal. En total, 11 pacientes (5%) fallecieron, siendo los factores predictores de muerte sangre en la sonda nasogástrica y vaso visible dentro de la úlcera en la endoscopia (31).

1.3. Justificación:

El sangrado digestivo constituye hoy en día un problema médico que implica una significativa morbilidad y mortalidad y elevado consumo de insumos sanitarios. (32, 33, 34)

El 80-90% de las hemorragias digestivas altas (HDA) son de causa no varicosa, y de éstas, la causa más frecuente es la úlcera péptica. La hemorragia digestiva alta no varicosa (HDANV) es uno de los motivos más frecuentes de hospitalización por lesión del en aparato digestivo (35, 36, 37) y a pesar de los avances terapéuticos actuales, la mortalidad de los episodios agudos sigue siendo considerable, 4 al 10% en la hemorragia no relacionada con hipertensión portal y del 18 - 30% en la hemorragia varicosa, pudiendo llegar al 70% en las primeras horas del episodio agudo. (38, 39, 40)

Aunque la tasa de mortalidad entre los pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa es alta, un importante número de pacientes tiene una evolución favorable. Esto hace importante el identificar precozmente a los pacientes que se encuentren con un alto y bajo riesgo de mortalidad para que de esta forma reciban un cuidado médico adecuado y se reduzca la frecuencia de mortalidad.

1.4. Formulación del problema científico:

¿Cuáles son los factores pronósticos clínicos y endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2009 - 2013?

1.5. Objetivos:

Objetivo general

Determinar los factores pronósticos clínicos y endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2009 - 2013.

Objetivos específicos

- Establecer si la edad mayor de 60 años, la comorbilidad, el estado hemodinámico inestable y aspirado gástrico con sangre son factores pronósticos clínicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa.
- Determinar si la presencia de lesión ulcerosa, la localización duodenal, el tamaño de la úlcera mayor de 2cm y signos endoscópicos de hemorragia reciente son factores pronósticos endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa.

1.6. Hipótesis:

Hipótesis Nula:

La edad mayor de 60 años, la comorbilidad, el estado hemodinámico inestable, aspirado gástrico con sangre, lesión ulcerosa, localización duodenal, tamaño de la úlcera mayor de 2cm y signos endoscópicos de hemorragia reciente no son factores pronósticos clínicos y endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa.

Hipótesis Alterna:

La edad mayor de 60 años, la comorbilidad (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva, crónica, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, diabetes mellitus, enfermedad vascular cerebral y neoplasias malignas estadio IV), el estado hemodinámico inestable, aspirado gástrico con sangre, lesión ulcerosa, localización duodenal, tamaño de la úlcera mayor de 2cm y signos endoscópicos de hemorragia reciente son factores pronósticos clínicos y endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa

II. MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL

Área de estudio: Servicio de Gastroenterología del Hospital Belén de Trujillo.

Selección de pacientes

Población a estudiar

Población Diana: Pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa.

Población Muestral: Pacientes a quienes se les realizó endoscopia digestiva alta por hemorragia digestiva alta no varicosa., atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo durante los años 2009 y 2013.

Criterios de selección

Grupo casos:

a) Criterio de inclusión:

- Pacientes con muerte intrahospitalaria durante los siete días posteriores al diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicosa.

Grupo control:

a) Criterio de inclusión:

- Pacientes vivos hasta los siete días posteriores al diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicosa.

Grupo casos y controles

a) Criterios de inclusión

Se incluirá a todo paciente:

- Mayor de 18 años
- A quien se le realizó endoscopia

b) Criterios de exclusión

Se excluirá a todo paciente:

- Con historia clínica ilegible
- Con historia clínica incompleta

- Con historia clínica que no se encuentre físicamente en el archivo durante el estudio.

Muestra.

Unidad de Análisis: Cada uno de los pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa que cumplieron con los criterios de inclusión y no tengan los criterios de exclusión.

Unidad de Muestreo: La unidad de muestreo coincide con la unidad de análisis.

Tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra fue de 40 pacientes fallecidos con hemorragia digestiva alta no varicosa e igual número de pacientes vivos con el mismo diagnóstico. El tamaño de la muestra se determinó a través de la fórmula para estudios de casos y controles, teniendo en cuenta que el estado hemodinámico inestable condiciona un riesgo de OR=7.34 (23)

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

Proporción de casos expuestos = 56%

Proporción de controles expuestos = 15%

OR esperado = 7.3

Número de controles por cada caso = 1

Potencia de 80%

Nivel de confianza = 95%

Entonces:

Desarrollando la formula estadística obtenemos n= 40.

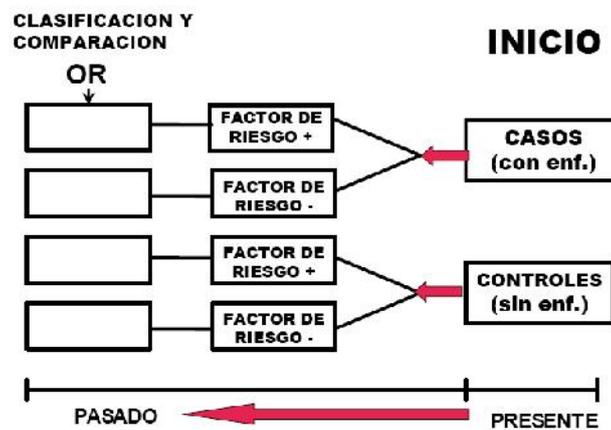
Muestreo. Se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, mediante el sorteo con una lista de números aleatorios.

MÉTODO

Diseño: La presente investigación se realizó mediante el diseño analítico: Casos y Control

Grupo casos: Pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa y que fallecieron.

Grupo 2: Pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa y que no fallecieron.



2.1.4 Descripción de Variables y Escala de Medición

	Variable	Indicadores.	Tipo de variable	Escala de Medida	Índice	
<u>Dependiente:</u>	Muerte		Cualitativa	Nominal	Si No	
<u>Independiente:</u>	Factores pronósticos clínicos y endoscópicos	C L I N I C O S	Edad mayor de 60 años	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente
			Comorbilidades	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente
			Estado hemodinámico inestable	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente
			Aspirado gástrico con sangre	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente
		E N D O S C O P I C O S	Lesión ulcerada	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente
			Lesión mayor de 2cm	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente
			Localización duodenal de la lesión	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente
			Signos endoscópicos de hemorragia reciente	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente

DEFINICION OPERACIONAL

Edad mayor de 60 años: Se registró según la edad del paciente registrado en su historia clínica

Comorbilidades: Se consideró ante la presencia de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva, crónica, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, diabetes mellitus, enfermedad vascular cerebral y neoplasias malignas estadio IV, según el reporte indicado en la historia clínica.

Estado hemodinámico inestable: Se registró ante la presencia de shock hipovolémico al momento del ingreso hospitalario definido por la historia clínica o variables hemodinámicas

Aspirado gástrico con sangre: Presencia de sangre en la sonda nasogástrica.

Lesión ulcerada: Se registró según el tipo de lesión que el gastroenterólogo diagnosticó durante el examen endoscópico.

Lesión mayor de 2cm: Se registró según el tamaño de la lesión visualizada durante la endoscopia

Localización duodenal de la lesión: Lugar anatómico de la lesión causante de la hemorragia digestiva alta

Signos endoscópicos de hemorragia reciente: Se registró ante la presencia de hemorragia activa (en chorro), vaso visible no sangrante, coágulo adherido a la base de la úlcera, mancha pigmentada y base limpia.¹⁴

Proceso de captación de la información y recolección de datos

- 1) El presente proyecto de investigación se presentó al comité de Ética e Investigación del Hospital Belén de Trujillo para su aprobación.

- 2) Posteriormente se seleccionó aleatoriamente a 40 pacientes fallecidos entre los siete días posteriores a su ingreso por emergencia al mencionado establecimiento de salud, con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicosa y a quienes se les realizó endoscopia alta durante los años 2009 y 2013. Cabe señalar que la selección de estos pacientes se realizó de manera aleatoria haciendo uso de una lista de números aleatorios generada por computadora, para ello cada paciente seleccionado tuvieron que cumplir con los criterios de selección propuestos.
- 3) De igual forma se seleccionó a 40 pacientes que ingresaron durante el mismo periodo de tiempo y a la misma institución con diagnóstico semejante pero que al transcurrir siete días desde su ingreso no fallecieron.
- 4) La investigadora revisó las historias clínicas de ambos grupos de pacientes a fin de obtener la información sobre los factores clínicos y endoscópicos con posible relación con la mortalidad. Todos los datos fueron registrados en un instrumento especialmente creado para esta investigación. (Anexo 1)

Análisis estadístico

Toda la información recolectada fue almacenada en una base de datos utilizándose el paquete estadísticos SPSS v.20.0.

Se hizo uso de la:

- a) **Estadística descriptiva.** Los datos numéricos son expresados en medias \pm desviación estándar. Los datos de las variables cualitativas fueron expresados en proporciones y porcentajes.
- b) **Estadística analítica.** Para la comparación o asociación de dos variables cualitativas en forma independiente se empleó la prueba de Chi cuadrado de Mantel Haenszel o el test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas sean menores de cinco. Se consideró un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Además se calculó el OR de cada factor con su respectivo intervalo de confianza.

Aspectos Éticos:

La presente investigación estuvo regida por la aprobación por los comités de investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo y el Hospital Belén de Trujillo.

Además se tuvo en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18o Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29o Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por la 35o Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983), la 41o Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, 1989), la 48o Asamblea General Somerset, West Sudáfrica, Octubre 1996, la 52o Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y nota de clarificación del párrafo 29 agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, y modificada por la AMM en Tokio, enero 2004. Recomendaciones que guían a los médicos en la investigación biomédica que involucra a seres vivos.

III. RESULTADOS

IV. DISCUSIÓN

A pesar de los importantes avances farmacológicos y endoscópicos de los últimos años, la mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta no varicosa todavía es elevada en muchos países como el nuestro. (15)

En la tabla 1 se describe los factores pronósticos clínicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. Se encontró que el 57.5% de los pacientes que murieron tenían edad mayor de 60 años al igual que el 62.5% de aquellos que no fallecieron, no existiendo diferencias estadísticamente significativas. De igual modo la edad mayor de 60 años no condicionó riesgo de muerte. El 85% de los pacientes hemorragia digestiva alta que murieron presentaban comorbilidades en comparación del 40% de aquellos que no fallecieron, hallándose diferencias altamente significativas ($P<0.001$), condicionando la comorbilidad un riesgo elevado para la ocurrencia de muerte ($OR=8.5$).

En la misma tabla se observa que el 65% de los pacientes con muerte y 32.5% de aquellos que no murieron presentaban estado hemodinámico inestable, encontrándose diferencias altamente significativa, así mismo el riesgo que condicionó el estado hemodinámico inestables fue de $OR= 3.8$, siendo este un riesgo elevado. El 67.5% de los pacientes que murieron habían tenido aspirado gástrico en comparación del 27.5% de aquellos que no fallecieron, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($P<0.001$), el aspirado gástrico condicionó un riesgo elevado de muerte entre los pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa ($OR=5.4$).

Como se puede observar la presencia de comorbilidades, el estado hemodinámico inestable y el aspirado gástrico son sangre fueron factores pronósticos clínicos de muerte entre los pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. Al respecto se menciona que gran frecuentemente la mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta puede atribuirse a la descompensación de enfermedades graves, como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca,

enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, diabetes mellitus, alteraciones neurológicas y neoplasias (18). Así mismo el pronóstico es peor en los pacientes con hemorragia grave, manifestada a su inicio con shock hipovolémico, debido a la hipovolemia; sosteniéndose que la corrección precoz de la hipotensión reduce significativamente la mortalidad. (5)

Los hallazgos encontrados se asemejan a los de Fonseca J. et al., quienes en el 2012 al estudiar 404 pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa investigando en ellos los factores pronóstico de muerte; hallaron que fallecieron 24 pacientes encontrándose fuertemente relacionado a factores como: edad > 65 años, co-morbilidad, hematemesis de sangre fresca y shock/síncope (24) Del mismo modo, Marmo R. et al., en el 2013 con el objetivo de evaluar los factores pronóstico clínicos de la hemorragia digestiva alta no varicosa, estudiaron 338 pacientes hospitalizados y 1979 pacientes ambulatorios; encontrando la inestabilidad hemodinámica en la aparición del cuadro clínico (OR 7.31, IC 95%, 2,71-19,65) y la presencia de comorbilidad grave (OR 6.72 , IC 95%, 1,87 a 24,0) fueron los predictores más fuertes de la muerte (23)

Del mismo modo, Crooks C. et al., en el 2011 con la finalidad de determinar los factores pronósticos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa, realizaron un estudio de casos y controles. Comparando dos grupos: los casos fueron muertes dentro de los 28 días de ingreso (n=74.992), y los controles fueron los sobrevivientes a los 28 días, detectándose que la edad y las comorbilidades influyen en la mortalidad en este grupo de pacientes (27). A su vez, Gisbert P. et al., en el 2008 con el objetivo de revisar las variables clínicas y endoscópicas de los pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa para identificar las características asociadas con una evolución negativa, estudiaron 156 pacientes; encontrando una frecuencia de muerte del 7%, las variables asociadas con una evolución negativa en el análisis multivariado fueron: edad, hematemesis roja, la presión arterial sistólica ≥ 100 mmHg, frecuencia cardíaca ≥ 100 lpm (30)

Así mismo, Morales C. et al., en el 2011, con el objetivo de presentar la experiencia con la hemorragia de vías digestivas alta en dos hospitales, realizaron un estudio de cohortes prospectivo investigando 464 pacientes mayores de 15 años en quienes se indagó algunas variables demográficas, antecedentes, presentación clínica, tratamiento y mortalidad. Se encontró que la presencia de Comorbilidades expresada por el valor ascendente asignado por la clasificación de Rockall está asociado igualmente con mayor probabilidad de muerte (RR 2,5 IC 95% 1,1-5,4). (2) Por su parte, González J. et al., en el 2011, con el objetivo de determinar los predictores independientes de mortalidad hospitalaria de los pacientes hispanos con hemorragia digestiva alta no varicosa (NVUGB), estudiaron 1.067 pacientes encontrando que la mortalidad hospitalaria fue del 10,2%, de los cuales sólo el 3,1% se asoció a la hemorragia significativa. Al comparar las causas de muerte entre los pacientes con y sin comorbilidades, se encontró sólo diferencias significativas en la frecuencia del shock hipovolémico (48,3 vs 25%, $p = 0,020$). (26)

En la tabla 2 se analiza los factores pronósticos endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. Se halló que 65% de los pacientes que fallecieron presentaban lesión ulcerosa en comparación del 10% de aquellos que no fallecieron, existiendo diferencias altamente significativas ($P < 0.001$), la presencia de éste tipo de lesión condicionó un riesgo elevado de muerte (OR= 16.7). El 77.5% de los pacientes que murieron y 62.5% de aquellos que no fallecieron tuvieron como localización duodenal del sangrado, no existiendo diferencias estadísticamente significativas, el riesgo que condicionó esta localización fue de OR=2.1.

El 42.5% y 22.5% de los pacientes con y sin muerte respectivamente presentaban un tamaño de ulcera mayor de 2cm, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.05$), condicionando este tamaño un riesgo de 2.5 para la ocurrencia de muerte. El 52.5% de los pacientes muertos mostraban signos endoscópicos de hemorragia reciente en comparación del 17.5% de aquellos que no murieron, hallándose diferencias altamente significativas, la presencia de estos signos condicionó riesgo elevado de muerte (OR=5.2)

De los cuatro factores endoscópicos pronósticos estudiados solo tres de ellos mostraron asociación significativamente con la ocurrencia de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa, pudiéndose afirmar que la presencia de lesión ulcerada, el tamaño de la úlcera mayor de 2cm y los signos endoscópicos de hemorragia reciente se asocian a mayor riesgo de muerte. La literatura revisada menciona que la lesión ulcerada constituye uno de los cuadros más severos de hemorragia digestiva alta que coloca al paciente en mayor riesgo hipovolémico; así mismo es lógico que cuando mayor sea el tamaño de la úlcera mayor será el sangrado producido. (10)

Nuestros hallazgos se asemejan a los de Chiu P. et al., quienes en el 2009 con el propósito de identificar los factores predictivos de muerte en pacientes con sangrado por úlcera péptica, estudiaron 3220 pacientes de los cuales 7.1% de ellos fallecieron; encontrándose que los pacientes con la presencia de sangrado reciente fue uno de los factores predictivos de mortalidad (29). Del mismo modo, Cheng C. et al., en el 2010 con el propósito de identificar los factores clínicos y de laboratorio asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia debido a úlcera péptica, estudiaron 390 pacientes encontrándose según el análisis de regresión que el sangrado reciente, el nivel de hemoglobina por debajo de <10 g/dL (OR 3.3) y el tamaño de la úlcera ≥ 2 cm son factores de riesgo de muerte (28).

Así mismo, Al-Akeely M. et al en el 2004 con el objetivo de evaluar los posibles predictores significativos asociados a muerte en pacientes con úlcera péptica. Revisaron los registros de 205 pacientes ingresados en la unidad de sangrado gastrointestinal; se encontró que sólo 15% de los pacientes presentaron sangrado activo en el momento de la endoscopia inicial. En total, 11 pacientes (5%) fallecieron, siendo los factores predictores de muerte sangre en la sonda nasogástrica y vaso visible dentro de la úlcera en la endoscopia (31).

V. CONCLUSIONES

1. La comorbilidad, el estado hemodinámico inestable y aspirado gástrico con sangre son factores pronósticos clínicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. ($P < 0.05$)
2. La presencia de lesión ulcerosa, el tamaño de la úlcera mayor de 2cm y signos endoscópicos de hemorragia reciente son factores pronósticos endoscópicos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. ($P < 0.05$)

VI. SUGERENCIAS

- Se sugiere realizar nuevas investigaciones con poblaciones más grandes en donde se indague otros factores de riesgo de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa.
- Se recomienda considerar mayor minuciosidad en la elaboración de las historias clínicas, de tal forma que no sea necesario descartar historias clínicas por falta de datos de relevancia.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Y. Factores de riesgo que incrementan la morbilidad y mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. *Enfermería Global* 2011; 22(1):1-6.
2. Morales C, Sierra S, Hernández A, Arango A, López G. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. *Rev. Esp. enferm. dig.* 2011; 103(1): 20-24
3. Maidana M, Sesin S, Ormella M. Hemorragia digestiva alta aguda no varicosa: tratamiento de la recidiva. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2008; 181
4. Taquira B, García R. "Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior. Tesis de Bachiller. Universidad De San Carlos De Guatemala. 2011.
5. Calvet X, Almela P. Hemorragia digestiva alta. Disponible en URL: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo9.pdf>
6. Karol J, Menéndez B, Cobiellas R. Hemorragia digestiva alta no varicosa: comportamiento e índice de Rockall. *Rev Cuba cir.* 2014; 53(1):159-63.
7. Salvatierra G. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev. gastroenterol. Perú,* 2006; 26(1):56-9.
8. Denis B, Trejos J, Tong V, Miranda M, Torres M, Melillo F. et al. Factores asociados a sangrado digestivo alto. Servicio de Gastroenterología. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá. Abril-Septiembre. 2009. *Rev méd cient.* 2011; 24(1):4-11.

9. García L, Piña L, Lozada G, Domínguez E, Escalona M. Mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta por enfermedad ácido péptica en pacientes operados. MEDISAN 2013; 17(4): 617-624
10. Contardo C, Esperjo H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. Acta méd. peruana, 2008; 23(3):115-9.
11. Ichiyanagui C. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. Acta méd. peruana, Lima 2009; 23(3):258-63.
12. Moreno F. Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en Urgencias. Emergencias 2005; 17:S40-S49
13. Carcamo I, Lopez J, Cardemil D. Cirugía de la Hemorragia digestiva alta no variceal. Cuad. cir. (Valdivia), 2005; 19(1)
14. Reyes L. "Causas más frecuentes que condicionan sangrado de tubo digestivo alto no variceal, y tratamiento requerido. Tesis de Especialidad. Instituto Politécnico Nacional. 2011.
15. Zaragoza A, Tenias J, Llorente M. Factores pronósticos pre-endoscópicos en las hemorragias digestivas altas no varicosas. Construcción de un algoritmo predictivo. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) 2007; 94(3): 139-143.
16. Espinoza J, Huerta J, Lindo M, García C, Ríos S, Vila S, et al. Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima - Perú. Rev Gastroenterol Peru, 2009; 29(2):111-7.
17. Corzo M. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. Rev. gastroenterol. Perú, Lima 2013; 33(3):

18. Caballe F. Epidemiología, factores pronósticos y causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. *GH CONTINUADA*. 2008; 7(4): 149
19. Balanzó J, Villanueva C. Hemorragia digestiva alta. Disponible en URL: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir12-11/12-11-05.htm>
20. Trigás L, Vilariño L, Ferreira P, Sesma. Protocolo de hemorragia digestiva alta no varicosa. Disponible en URL: http://www.meiga.info/protocolo_hda.asp
21. Rotondano G¹, Cipolletta L², Koch M³, Bianco MA², Grossi E⁴, Marmo R. Predictors of favourable outcome in non-variceal upper gastrointestinal bleeding: implications for early discharge?. *Dig Liver Dis*. 2014 Mar;46(3):231-6
22. Wierzchowski P¹, Dabrowiecki S, Szczesny W, Szmytkowski J. Nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding - risk factors and the value of emergency endoscopy. *Arch Med Sci*. 2013; 9(5):843-8.
23. Marmo R, Koch M, Cipolletta L, Bianco MA, Grossi E, Rotondano G. et al. Predicting mortality in patients with in-hospital nonvariceal upper GI bleeding: a prospective, multicenter database study. *Gastrointest Endosc*. 2013; 5(1)23-9.
24. Fonseca J, Alves C, Neto R, Arroja B, Vidal R, Macedo G. et al. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Portugal: a multicentric retrospective study in twelve Portuguese hospitals. *Gastroenterol Hepatol*. 2012; 35(6):377-85.
25. Lanás A, Aabakken L, Fonseca J, Mungan ZA, Papatheodoridis GV, Piessevaux H. et al. Clinical predictors of poor outcomes among patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Europe. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011; 33(11):1225-33.

26. González J, Vázquez G, García D, Gaytán J, Flores Á, Jáquez J. et al. Predictors of in-hospital mortality in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011 Apr;103(4):196-203.
27. Crooks C1, Card T, West J. Reductions in 28-day mortality following hospital admission for upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology.* 2011; 141(1):62-70
28. Cheng C, Lin C, Kuo C, Sung K, Lee C, Liu N. et al. Predictors of rebleeding and mortality in patients with high-risk bleeding peptic ulcers. *Dig Dis Sci.* 2010; 55(9):2577-83.
29. Chiu P, Ng E, Cheung F, Chan F, Leung W, Wu J, Wong V. et al. Predicting mortality in patients with bleeding peptic ulcers after therapeutic endoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009; 7(3):311-6
30. Gisbert J, Llorca I, Cantero J, Pajares JM. Clinical and endoscopic prognostic factors in patients with bleeding peptic ulcer. *Med Clin (Barc).* 2008;118(13):481-6.
31. Al-Akeely M, Alam M, Al-Salamah S, Abdu M, Al-Teimi I, Mohammed A. Initial factors predicting rebleeding and death in bleeding peptic ulcer disease. *Saudi Med J.* 2004; 25(5):642-7.
32. Cruz A, Sánchez J. Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Med Int Mex* 2013; 29:449-457
33. Palomino A. Experiencias en la endoscopia de urgencia en el Sangramiento Digestivo alto. *Rev. Cub Med Milit.* 2007; 26(2): 116-121

34. Hierro A, Jiménez N. Sangramiento digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. ISCM-Hosp. Clínico Quirúrgico de 10 de Octubre. Revista cubana Med 2003; 42(4):115-26.
35. Gallachi M, Calveta X, Lanás A, Feu F, Ponce J, Gisbert J. et al. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Emergencias 2013; 25: 472-481
36. Porfilio G, Parquet R, Bugallo M, Nakamura J, Alegre R. Hemorragia digestiva alta, nuestra casuística en los últimos cinco años. Rev. Fac. Med. Univ. Nac. Nordeste. 2004; 22(1/2):19-21
37. Harrison: Principles of internal medicine. 17th Edition; Mc Grawhill. New York. 2008 pags 257-260.
38. Aguayo O, Torres A, Sosa K, Ramírez A, Rodríguez C, Fernández A. et al. Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. Cir. Parag. 2013; 37(1)
39. Covaro J, Leiro F, Bozo W, Casares P, Barredo C. La endoscopia en la Hemorragia digestiva alta: la visión del cirujano. Rev. Argent. Cir. 2005; 88(5/6):195-205.
40. Fillipi J. Clínica y Diagnóstico de la Hemorragia digestiva alta. Manual de Patología Quirúrgica. P Univ. Católica de Chile. 2007. p.74-79.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Sexo: _____

Muerte:

Si () No ()

DATOS SOBRE FACTORES CLÍNICOS

Edad: _____

- Edad mayor de 60 ()
- Edad menor o igual a 60 ()

Estado hemodinámico:

- Inestable ()
- Estable ()

Comorbilidades: Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, diabetes mellitus, alteraciones neurológicas y/o neoplasias

- Presente ()
- Ausente ()

Aspirado gástrico con sangre

- Presente ()
- Ausente ()

DATOS SOBRE FACTORES ENDOSCÓPICOS

Tamaño de úlcera: _____

- Mayor de 2 cm ()
- Menor o igual 2cm ()

Tipo de lesión: _____

Localización de la úlcera: _____

Signos de hemorragia reciente:

- Ausente ()
- Presente ()
 - Hemorragia activa (en chorro) ()
 - Vaso visible no sangrante ()
 - Coágulo adherido a la base de la úlcera ()
 - Mancha pigmentada ()
 - Base limpia ()

III.- RESULTADOS

TABLA 1
FACTORES PRONÓSTICOS CLÍNICOS DE MUERTE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA. HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO. 2009 - 2013

Factores pronósticos clínicos	MUERTE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA				PRUEBA ESTADÍSTICA		OR	IC95%
	SI		NO		Chi ²	Valor de P		
	n	%	n	%				
Edad mayor de 60								
Si	23	57.5	25	62.5	0.20	P>0.05	OR=0.8	(0.3 - 1.9)
No	17	42.5	15	37.5				
Comorbilidad								
Si	34	85.0	16	40.0	17.20	P<0.001	OR= 8.5	(2.9 - 24.8)
No	6	15.0	24	60.0				
Estado hemodinamico inestable								
Si	26	65.0	13	32.5	8.40	P<0.001	OR= 3.8	(1.5 - 9.7)
No	14	35.0	27	67.5				
Aspirado gástrico								
Si	27	67.5	11	27.5	12.80	P<0.001	OR= 5.4	(2.1 - 14.1)
No	13	32.5	29	72.5				

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 2
FACTORES PRONÓSTICOS ENDOSCÓPICOS DE MUERTE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA NO VARICOSA. HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO. 2009 - 2013

Factores pronósticos endoscópicos	MUERTE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA				PRUEBA ESTADÍSTICA		OR	IC95%
	SI		NO		Chi ²	Valor de P		
	n	%	n	%				
Presencia de lesión ulcerosa								
Si	26	65.0	4	10.0	25.10	P<0.001	OR=16.7	(4.9 - 56.6)
No	14	35.0	36	90.0				
Localización duodenal								
Si	31	77.5	25	62.5	2.10	P>0.05	OR= 2.1	(0.7 - 5.5)
No	9	22.5	15	37.5				
Tamaño de ulcera >2cm								
Si	17	42.5	9	22.5	3.60	P<0.05	OR= 2.5	(0.9 - 6.7)
No	23	57.5	31	77.5				
Sig. Endosc. Hemor. Reciente								
Si	21	52.5	7	17.5	10.70	P<0.001	OR= 5.2	(1.8 - 14.5)
No	19	47.5	33	82.5				

Fuente: Instrumento de recolección de datos