



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS MAYORES EN EL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS
DE MAYO, 2017 - 2018**

PRESENTADO POR

**REYNA ESTEFANY MEJÍA SANDOVAL
STIFFEN JHAIR PELÁEZ SAAVEDRA**

ASESORA

NORA ESPÍRITU SALAZAR

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

LIMA- PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS MAYORES EN EL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS
DE MAYO, 2017 - 2018**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

**MEJÍA SANDOVAL, REYNA ESTEFANY
PELÁEZ SAAVEDRA, STIFFEN JHAIR**

ASESORA: Mg. ESPÍRITU SALAZAR, NORA

**LIMA-PERÚ
2022**

JURADO

Presidente:

DRA. GLORIA VARGAS CARDENAS

Miembro:

DR. VICTOR FELIPE PARRA PEREZ

Miembro:

DR. LUIS ALBERTO GARCIA CARRION

DEDICATORIA

A nuestros familiares (a familia Saavedra Perfecto, Peláez, y a la familia Mejía Sandoval), especialmente a nuestros padres: Rosmery Dalia Saavedra Perfecto y Miguel Ángel Peláez Sebastián; Ana María Sandoval Lozano y Nelson Pastor Mejía Núñez, quienes se esforzaron en nuestra educación, y nos apoyaron para ser excelentes profesionales de la Salud.

A aquellos profesionales de la Salud que están en primera línea frente al COVID 19, a los que fallecieron y se mantuvieron trabajando en los hospitales en pandemia.

A los que aún siguen batallando en esta pandemia por el SARS COV 2.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra asesora de tesis, Mg. Nora De las Mercedes Espíritu Salazar.

Al jefe del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos De Mayo, Dr. William Prado Cisneros.

Al ex jefe de la Sala Santa Ana de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos De Mayo, Dr. Segundo Aguilar Herrera.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
JURADO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
I.MATERIALES Y MÉTODOS.....	4
II.RESULTADOS.....	6
III.DISCUSIÓN.....	13
IV.CONCLUSIONES.....	18
V.RECOMENDACIONES.....	19
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	20
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivos: Determinar las características epidemiológicas y clínicas de la hemorragia digestiva alta (HDA) en adultos mayores, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo enero, 2017 – diciembre, 2018.

Materiales y Métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo. Los datos fueron analizados en el programa SPSS versión 22, mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas; y para las cuantitativas en media y desviación estándar. Se usó la clasificación de Forrest para catalogar el riesgo de resangrado en la úlcera péptica.

Resultados: Se analizaron 65 casos de pacientes con diagnóstico de HDA, siendo la edad media: $75 \pm 7,88$ años; predominando el sexo masculino (67,7%) y ancianos jóvenes (52,3%). La etiología más frecuente fue la úlcera gástrica (56,9%); y como manifestación clínica la más frecuente, la melena (96,9%). Los factores de riesgo predominantes fueron el consumo de alcohol (72,7%) y AINES (38,2%). En la HDA no variceal, el tratamiento farmacológico que predominó fue el omeprazol (67,7%), mientras que en la HDA variceal fue el octeotride como tratamiento médico más ligadura de bandas elásticas como tratamiento endoscópico (24,6%). Según la clasificación de Forrest, predominó el tipo IIc: macula plana (manchas oscuras) (27,7%). La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente (74,1 %). En cuanto a mortalidad, fallecieron 5 pacientes (7,7%).

Conclusiones: La HDA afectó más a varones y ancianos jóvenes, siendo el alcohol y AINES los factores de riesgo más comunes. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente y la úlcera gástrica, la etiología principal de la HDA. La melena y hematemesis fueron los síntomas más frecuentes. La mortalidad fue baja.

Palabras claves: Hemorragia digestiva alta, adulto mayor, melena, etiología, úlcera gástrica, comorbilidad.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological and clinical characteristics of upper gastrointestinal bleeding (UGIB) in older adults, treated at the gastroenterology service of the Hospital Nacional Dos de Mayo January, 2017 - December, 2018.

Materials and Methods: Quantitative, observational, descriptive and retrospective study. The data was analyzed in the SPSS version 22 program, using frequencies and percentages for the categorical variables; and for the quantitative ones in mean and standard deviation. The Forrest classification was used to classify the risk of rebleeding in peptic ulcer.

Results: 65 cases of patients diagnosed with UGIB were analyzed, with a mean age of 75 ± 7.88 years; predominantly male (67.7%) and young elderly (52.3%). The most frequent etiology was gastric ulcer (56.9%); and as the most frequent clinical manifestation, melena (96.9%). The predominant risk factors were alcohol consumption (72.7%) and NSAIDs (38.2%). In non-variceal UGIB, the predominant pharmacological treatment was omeprazole (67.7%), while in variceal UGIB it was octeotride as medical treatment plus elastic band ligation as endoscopic treatment (24.6%). According to the Forrest classification, type IIc predominated: flat macula (dark spots) (27.7%). Arterial hypertension was the most frequent comorbidity (74.1%). Regarding mortality, 5 patients died (7.7%).

Conclusions: UGIB affected more young men and elderly, being alcohol and NSAIDs the most common risk factors. Arterial hypertension was the most frequent comorbidity and gastric ulcer, the main etiology of UGIB. Melena and hematemesis were the most frequent symptoms. Mortality was low.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, older adult, melena, etiology, gastric ulcer, comorbidity.

INTRODUCCIÓN

El sangrado de la mucosa digestiva superior es considerado a nivel mundial una causa común de enfermedad y muerte en los diferentes rangos de edad, oscilando entre 5- 15% de muertes, cifra que se mantiene desde hace aproximadamente 50 años ^(1,2), semejante a lo que ocurre en nuestro país ⁽³⁾.

Por lo general, la ubicación de la hemorragia digestiva alta (HDA) se va a establecer por encima del ángulo de Treitz, que se encuentra a nivel de la continuidad duodeno-yeyunal. Según Morales Uribe *et al.*, la HDA respecto a la HDB es por lo general cinco veces más frecuente, siendo la úlcera péptica el origen más prevalente ⁽⁴⁾.

Se considera que mundialmente existen más de 500,000 ingresos admitidos a nosocomios al año. En Estados Unidos, el 30% de los pacientes con HDA pueden presentar nuevamente el sangrado en la primera semana, incrementando el gasto público en salud en 2,000 millones de dólares americanos ⁽⁵⁾.

El factor de riesgo más importante es el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y aspirina. Estos fármacos tienen alta comercialización. Su ingesta por 6 meses origina úlcus péptica en casi el 30% de las personas ⁽⁶⁾. Otros factores son la infección por *H. pylori* en el 60 a 70% de los casos, alcoholismo e inhibidores selectivos de ciclooxigenasa- 2 (coxibs) ⁽⁵⁾.

De acuerdo a la etiología se puede clasificar en HDA no variceal (80%) y variceal (20%). En la HDA no variceal se encuentran de mayor a menor frecuencia: úlcera péptica, gastritis y duodenitis, esofagitis, síndrome de Mallory Weiss y tumores. Dentro de la HDA variceal están las varices esófago- gástricas en más del 90% y gastropatía hipertensiva portal ⁽⁷⁾.

Los signos clínicos representativos son la hematemesis (vómitos con sangre) y melena (deposiciones negras, mal olientes) ⁽⁸⁾.

Existen escalas de valoración de riesgo, como la Clasificación de Rockall y Escala de Glasgow- Blatchford. Ésta última ayuda en la elección del manejo del paciente con HDA: endoscopia digestiva alta de urgencia, transfusión de glóbulos rojos o cirugía. La escala de Forrest se usa en HDA no variceal, siendo el tipo Ia a IIb las que necesitarán de tratamiento hemostático ^(7,10).

En la práctica médica, el diagnóstico y manejo de HDA se dan a la vez ⁽⁷⁾. En primer lugar, se debe tratar la inestabilidad hemodinámica. En caso que el paciente tenga una hemoglobina menor a 7 mg/dl será necesario transfundir paquetes globulares. Luego del manejo, es recomendable realizar una endoscopia digestiva alta dentro de las 24 horas. Los inhibidores de bomba de protones se dan antes del procedimiento endoscópico 80 mg intravenoso en bolo seguido de 40 mg cada 12 horas y continuar con esta dosis después del procedimiento para evitar y disminuir los episodios de resangrado. Es aconsejable en el tratamiento en la HDA no variceal utilizar inyectoterapia de adrenalina junto a terapia térmica o mecánica. En las varices esófago- gástrico se puede recetar antibiótico endovenoso como Ciprofloxacino 200 mg cada 12 horas o Ceftriaxona 1 g cada 24 horas por una semana como manejo preventivo. El tratamiento de elección es la ligadura con bandas. La cirugía solo se da en caso que el tratamiento convencional no haya tenido éxito ⁽⁹⁾. El abordaje terapéutico de un paciente con HDA implica varios factores y será decisión del médico escoger el más adecuado ⁽⁷⁾.

Según Rodríguez Hernández (2011) en un estudio realizado en Cuba encontró que los pacientes adultos mayores de 60 años con clínica de HDA tienen una mortalidad que alcanza el 14 a 35%, en comparación con los menores de 60 años que es de 4-9%. Estas diferencias de porcentajes, ocurre porque las personas longevas consumen más medicamentos gastrolesivos (antiinflamatorios no esteroideos, aspirina y prednisona) ⁽¹⁰⁾. El 12% de las hospitalizaciones en adultos mayores es por reacción medicamentosa adversa, principalmente a los AINE's ⁽⁶⁾.

La tasa de muertes por HDA podría aumentar en un 70% en personas que tienen más de 4 enfermedades asociadas, lo que es muy frecuente en las personas de tercera edad⁽¹¹⁾.

La mayoría de estudios sobre HDA en adultos mayores datan desde hace dos décadas. Un trabajo realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza por la Dra. Gloria Vargas y Milagros Quineche (1991 - 1995) concluyó que las mujeres de edad avanzada padecían más de HDA; en su mayoría con clínica de hematemesis; las afecciones agudas en la mucosa gástrica fue la etiología más común y el porcentaje de fallecidos fue 6.2%⁽¹²⁾.

Investigaciones entre los años 1997-1998 en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional 2 de Mayo determinaron que la incidencia de HDA es tres veces más frecuente en hombres; la edad más prevalente fue 50 años; y el origen habitual de HDA fue la úlcera péptica. Las várices esófago- gástricas representaron el 10% de HDA⁽¹³⁾.

García C *et al* en su estudio de HDA no variceal en personas mayores de 60 años que acudieron al Hospital Nacional Cayetano Heredia (2009-2013) señalaron que hubo más pacientes varones entre 70 a 79 años con úlcera péptica, signo de melena y el porcentaje de fallecidos fue 16.8%⁽¹⁴⁾. Por otro lado, la Dra. Bazán R. investigó los factores de riesgo de los pacientes con HDA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (2018) siendo la mayoría adultos hombres de 60 a 79 años con patología úlcus péptica, el consumo de AINES en la HDA variceal fue 22,2% y en la HDA no variceal 39,3 %⁽¹⁵⁾.

La HDA en adultos mayores no ha sido estudiada ampliamente en nuestro medio, motivo por el cual se realiza este trabajo, que tiene como objetivo determinar las características epidemiológicas y clínicas de la hemorragia digestiva alta en adultos mayores, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año enero, 2017 y diciembre, 2018.

I. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio:

El presente estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo. La población total con hemorragia digestiva fueron 218 pacientes. De los cuales 107 pacientes adultos mayores presentaron hemorragia digestiva alta y baja, siendo nuestra población de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, 65 pacientes adultos mayores con diagnóstico de HDA, atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años enero, 2017- diciembre, 2018. Se recolecto las variables de interés de las historias clínicas. No se utilizó ninguna técnica de muestreo, se trabajó con todos los casos de HDA en adultos mayores.

Variables y mediciones:

Esta investigación se ha basado en la identificación y descripción de variables demográficas (sexo, edad, procedencia), clínicas (melena, hematemesis, dolor abdominal, distensión abdominal y dispepsia), etiología, factores de riesgo, comorbilidades, mortalidad y tratamiento de la hemorragia digestiva alta (médico, endoscópico y quirúrgico). Se utilizó la escala de Forrest ⁽¹¹⁾ para considerar el riesgo de resangrado de HDA por úlcera péptica. Se categorizó la variable edad, según la clasificación de la OMS (2010) ⁽¹²⁾ en ancianos jóvenes (60-74 años), ancianos viejos (75-90 años) y ancianos longevos (mayor a 90 años).

Criterios de Inclusión:

- Pacientes adultos mayores a 60 años que ingresaron por emergencia con diagnóstico de HDA, a quienes se les realizó la endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años enero, 2017 a diciembre, 2018.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que tengan en su historia clínica datos incompletos de las variables de estudio
- Pacientes que no tengan diagnóstico de HDA confirmado por endoscopía
- Pacientes con clínica de Hemorragia Digestiva Baja

Análisis estadístico:

La información recolectada se registró y almacenó en una base de datos en el programa SPSS versión 22, mediante la cual se realizaron pruebas estadísticas descriptivas. Para las variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes, para las cuantitativas se usaron media y desviación estándar.

Consideraciones éticas:

El presente estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres y del Hospital Nacional Dos de Mayo. Los datos recolectados y el contenido de las historias clínicas no han sido modificados ni empleados para otros fines. No se solicitó consentimiento informado, puesto que la información se recolectó directamente de las historias clínicas, y se respetó la confidencialidad de los datos usando códigos numéricos.

II. RESULTADOS

Se analizaron 65 casos con diagnóstico de HDA que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad media fue $75 \pm 7,88$ años. Predominó el sexo masculino con 44 casos (67,7%). La mayoría provenía de Lima (89,2%, n=58). El 52,3% (n= 34) son ancianos jóvenes, el 43,1% (n=28) ancianos viejos y el 4,6% (n=3) ancianos longevos. (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de la HDA en adultos mayores en el Servicio de Gastroenterología del HNDM 2017 - 2018.

Variables demográficas	N= 65	Porcentaje
	n	(%)
Sexo		
Masculino	44	(67,7)
Femenino	21	(32,3)
Procedencia		
Lima	58	(89,2)
Sierra	4	(6,2)
Costa (Excepto Lima)	3	(4,6)
Selva	0	(0)
Grupos etarios		
Ancianos jóvenes	34	(52,3)
Ancianos viejos	28	(43,1)
Ancianos longevos	3	(4,6)

*Según la OMS (2010): ancianos jóvenes (60- 74 años), ancianos viejos (75 a 90 años), ancianos longevos (mayor a 90 años)

En 16 pacientes se presentó varices esofágicas (24,6%), 15 con úlcera gástrica (23,1%), 11 con úlcera péptica (16,9%), 4 con neoplasia gástrica (6,2%), seguida de 3 pacientes con úlcera gástrica (UG) más erosiones gastroduodenal por AINES (4,6%) y 3 pacientes con UG más erosiones gástricas por anticoagulantes (4,6%). Cabe precisar que la UG se presentó en 56,9% de los pacientes (n = 37), seguida de las varices esofágicas y úlcera duodenal ambas en un 24,6% (n= 16). Tanto las erosiones gastroduodenales por AINES y erosiones gástricas por anticoagulantes acompañaron a otras entidades nosológicas presentándose en 20 %(n=13) y 15,4% (n=10) de los pacientes, respectivamente. (Tabla 2).

Tabla 2. Etiología de la HDA en adultos mayores en el Servicio de Gastroenterología del HNDM 2017 - 2018.

Etiología de la HDA	Número de casos	Porcentaje
	n	(%)
Varices esofágicas	16	24,6
Úlcera gástrica	15	23,1
Úlcera gástrica + úlcera duodenal (UP*)	11	16,9
Neoplasia gástrica	4	6,2
Úlcera gástrica y Erosiones GD† por AINES‡	3	4,6
Úlcera gástrica y Erosiones Gástricas por ACO¶	3	4,6
Otros	13	20,0
TOTAL	65	100

*UP: úlcera péptica

†GD: gastroduodenal

‡AINES: antiinflamatorios no esteroideos

¶ACO: anticoagulantes orales

Respecto a los signos y síntomas de la HDA, en 20 pacientes se presentó melena más hematemesis (30,8%), 15 con melena más hematemesis y dolor abdominal (23,1%) seguido de 9 pacientes con melena más dolor abdominal (13,8%). En general, la melena se presentó en 96,9% de los pacientes (n= 63), seguida de la hematemesis en 64,6% (n=42) y dolor abdominal en 52,3% (n=34). (Tabla 3).

Tabla 3. Signos y Síntomas de la HDA en adultos mayores en el Servicio de Gastroenterología del HNMD 2017 - 2018.

Signos y Síntomas de la HDA	Número de casos n	Porcentaje (%)
Melena + Hematemesis	20	30,8
Melena + Hematemesis + Dolor Abdominal	15	23,1
Melena + Dolor Abdominal	9	13,8
Melena	9	13,8
Otros*	12	18,5
TOTAL	65	100

*Otros: son combinaciones como hematemesis + dolor abdominal, distensión abdominal+ dispepsia.

En lo que se refiere a factores de riesgo, en 19 pacientes el consumo de alcohol (29,2%) fue el factor más frecuente, seguido del consumo de alcohol y tabaco en 10 pacientes (15,4%), 10 no presentaron ningún factor de riesgo (15,4%), y 6 consumieron AINES (9,2%). Cabe señalar que el alcoholismo se presentó en un 72,7% de los pacientes (n=40), consumo de AINES en 38,2% (n=21), como el ácido acetilsalicílico (20 pacientes) y el ibuprofeno (1 paciente), seguido del tabaco 32,7% (n=18) y anticoagulantes (ACO) 18,2% (n=10), dentro de estos predominó el uso de la warfarina. (Tabla 4).

Tabla 4. : Factores de Riesgo de la HDA en adultos mayores en el Servicio de Gastroenterología del HNDM 2017 - 2018.

Factores de Riesgo	Número de casos n	Porcentaje (%)
Alcohol	19	29,2
Alcohol + Tabaco	10	15,4
Ninguno	10	15,4
AINES*	6	9,2
Alcohol + Tabaco + AINES	4	6,2
AINES + ACO †	4	6,2
Otros ‡	12	18,4
TOTAL	65	100

*AINES: Antiinflamatorios no esteroideos

†ACO: Anticoagulantes orales

‡Otros: son combinaciones alcohol+ AINES, tabaco+ AINES.

En relación a la presencia de comorbilidades, hubo 19 pacientes con hipertensión arterial (29,2%), 11 no presentaron ninguna comorbilidad (16,9%), 9 con cirrosis hepática (13,9%), 6 con hipertensión arterial más cirrosis hepática (9,2%). Es importante mencionar que la hipertensión arterial se presentó en 49,4% de los pacientes (n=40), seguido de cirrosis hepática en 20% (n=17), diabetes mellitus tipo 2 en 13,6% (n=11). (Tabla 5).

Tabla 5. Comorbilidades de los adultos mayores con HDA atendidos en el Servicio de Gastroenterología del HNDM 2017 - 2018.

Comorbilidades	Número de casos n	Porcentaje (%)
Hipertensión arterial	19	29,2
Ninguno	11	16,9
Cirrosis Hepática	9	13,9
Hipertensión arterial + Cirrosis Hepática	6	9,2
Hipertensión arterial + DM2*	5	7,7
Otros †	15	23,1
TOTAL	65	100

*DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

†Otros: son combinaciones DM2+ cirrosis hepática insuficiencia renal, tuberculosis pulmonar, fibrosis pulmonar.

Respecto al tratamiento, lo más usado en la HDA no variceal fue el tratamiento farmacológico con el Omeprazol, tanto por vía endovenosa como oral (67,7%), mientras que la HDA variceal se trató con octeotride como tratamiento médico más ligadura con bandas elásticas como tratamiento endoscópico (24,6%). Se realizó tratamiento endoscópico (6,2%) en los pacientes que presentaron Forrest Ib, que consistió en inyectoterapia con adrenalina 1:10,000; Forrest IIa, que consistió en inyectoterapia con adrenalina 1:10,000 más colocación clip metálico y solo coagulación con argón plasma (APC); y Forrest IIb, que consistió en inyectoterapia con adrenalina 1:20,000 más APC. Solo se realizó tratamiento quirúrgico en un paciente con neoplasia gástrica (1,5%). (Tabla 6).

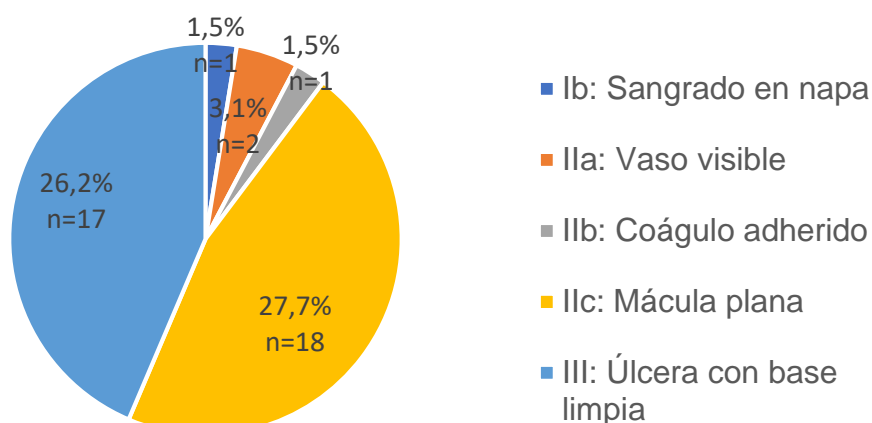
Tabla N 6: Tratamiento de los adultos mayores con HDA atendidos en el Servicio de Gastroenterología del HNDM 2017 - 2018.

Tratamiento específico	Tipos de HDA			
	HDA No Variceal		HDA Variceal	
	n	%	n	%
Omeprazol endovenoso y oral	44	(67,7)	0	0
Octeotride más ligadura con bandas elásticas	0	0	16	(24,6)
Tratamiento endoscópico (inyectoterapia con adrenalina 1:10,000)	1	(1,5)	0	0
Tratamiento endoscópico (inyectoterapia con adrenalina 1:10,000 más colocación clip metálico)	1	(1,5)	0	0
Tratamiento endoscópico (solo APC)	1	(1,5)	0	0
Tratamiento endoscópico (Inyectoterapia con adrenalina 1:20,000 más APC)	1	(1,5)	0	0
Tratamiento quirúrgico	1	(1,5)	0	0
Total	49	(75.3)	16	(24.6)

Los 39 casos de pacientes con HDA por úlcera péptica estaban consignadas en las historias clínicas, los informes endoscópicos con la clasificación de Forrest. De los cuales 23 eran úlcera gástrica, 14 úlcera gástrica y duodenal y 2 úlcera duodenal. El tipo más frecuente fue IIc (mácula plana) en un 27.7% (n= 18), el tipo III (úlceras con base limpia) en un 26.2% (n=17), el tipo IIa (vaso visible) en un 3.1% (n=2), el tipo IIb (coágulo adherido) en un 1.5% (n=1) y el tipo Ib (sangrado en napa) en un 1.5% (n=1). (Gráfico 2).

Gráfico 2: Clasificación de Forrest de la HDA por Úlcera péptica en adultos mayores en el Servicio de Gastroenterología del HNMD 2017 - 2018.

Clasificación de Forrest



En cuanto a la mortalidad, de los 65 adultos mayores, 5 fallecieron (7,7%). (Tabla 7).

Tabla N 7: Mortalidad de los adultos mayores con HDA atendidos en el Servicio de Gastroenterología del HNMD 2017 - 2018.

Mortalidad	N=65	
	n	Porcentaje %
Fallecidos	5	7,7
Vivos	60	92,3

III. DISCUSIÓN

En el presente estudio de investigación se encontró que el sexo masculino (67,7%) prevaleció sobre el femenino (32,3%), siendo la relación 2:1, respectivamente. Estos resultados concuerdan con Corzo Maldonado et al ⁽²⁾ y Velásquez León ⁽¹⁶⁾, quienes realizaron estudios en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (2009-2011) y Hospital Edgardo Rebagliati Martins (2013-2014). En países como Cuba y Colombia, los porcentajes de pacientes varones con diagnóstico de HDA fueron 78,6% y 58,8%, respectivamente ^(4,10). Probablemente debido a que los varones adoptan más hábitos nocivos y estilos de vida no saludables.

En el Perú, la esperanza de vida en hombres y mujeres es 72,0 años y 77,3 años, respectivamente (INEI, 2015). La mayoría de los casos ocurrió en el grupo etario ancianos jóvenes cuyas edades oscilan entre 60 y 74 años (52,3%), cifras similares se describió en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (enero a setiembre, 2018) por Bazán Ruíz ⁽¹⁵⁾, quien concluyó que las edades más frecuentes fueron 60 a 79 años (43,2%). A nivel mundial, el envejecimiento demográfico es cada vez mayor comparado con años anteriores. Se reporta que para el año 2050, ésta cifra se duplicará (Según OMS, 2021). Oleaga- Walters ⁽¹⁷⁾ en una investigación realizada en Cuba en adultos mayores con HDA se encontró que el grupo etario más predominante fueron entre 60 y 74 años.

El 89,2% de los pacientes procedían de Lima, al igual que en el estudio de Bastos Valencia M y col. ⁽¹⁸⁾ en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (90%). Ambos hospitales están localizados en Lima.

Según Velásquez León V ⁽¹⁶⁾ la causa más común de HDA en los pacientes atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati (2013- 2014), correspondió a la úlcera péptica con 45,6% (n=188), de los cuáles la úlcera duodenal representa el 24,2% y gástrica, 21,3%. En el estudio de Canales O y col ⁽¹⁹⁾, realizado en el Hospital Nacional Dos De Mayo entre los años 1997-1998, la etiología predominante fue la úlcera duodenal (22,4%), gastritis erosiva (21,2%) y úlcera gástrica (21%). En nuestro estudio fue la úlcera gástrica con 56,9%, seguido de

las varices esofágicas (24,6%) y úlcera duodenal (24,6%). Esto se explica porque el consumo prolongado de AINES está más relacionado a la úlcera gástrica y estos fármacos son muy empleados para aliviar los dolores osteoarticulares en las personas mayores.

Ricardo JP et al ⁽²⁰⁾ en su estudio sobre el comportamiento de la HDA en el adulto mayor en Cuba menciona que los varones tienen mayor susceptibilidad de habituarse a los factores de riesgo relacionados a dicha enfermedad. Esto coincidió con la publicación de Alegre García Y⁽²¹⁾, quien concluye que el consumo étílico (39,4%) es un componente importante de dicho padecimiento. Al igual que en nuestra investigación, el alcoholismo fue el más prevalente con un 72,7%.

Respecto a la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), en este trabajo representó el 38,2% de casos, siendo el ácido acetilsalicílico el más consumido, seguido de Ibuprofeno, similar a lo reportado por Salvatierra G y col ⁽⁶⁾ en su estudio realizado en los Hospitales Nacionales: Dos de Mayo, Hipólito Unanue, Cayetano Heredia y Edgardo Rebagliati. Pero difiere a lo encontrado por Rodríguez M. ⁽²²⁾ en personas mayores de San Juan de Lurigancho (Lima, 2017-2018) siendo los más consumidos: naproxeno (40.7%), ibuprofeno (37%) y diclofenaco (16%).

En concordancia a lo encontrado en el Hospital Clínico Universidad de Chile por C. Pinto et al ⁽²³⁾ en pacientes hospitalizados por HDA del 2015 al 2017, la melena y hematemesis fueron las manifestaciones clínicas que más destacaron, 73,5% y 51% respectivamente. En nuestro trabajo, la melena (96,9%) fue más prevalente que la hematemesis (64,6%) y el dolor abdominal (52,3%).

Gonzales E. ⁽²⁴⁾ en su estudio realizado en el servicio de emergencia en el HNMD en pacientes con HDA por úlcera péptica del 2009 al 2011, concluyó que la presencia de enfermedades concomitantes han sido determinantes en la morbimortalidad, al igual que la variable edad. En nuestro trabajo, 40 (74,1%) casos registraron hipertensión arterial, 17 (31,5%) cirrosis hepática, 11 diabetes mellitus tipo 2 (20,4%), entre otros. El estudio de Illescas S. y Vargas A. ⁽²⁵⁾ en el Hospital Cayetano Heredia 2019, reveló que entre las comorbilidades más comunes se encuentran la cirrosis hepática (21,4%), seguida de diabetes

mellitus (15,5%) e hipertensión arterial (15,5%). Aunque la población en nuestra investigación solo incluyó a las personas de la tercera edad, coincidimos que estas tres patologías son las comorbilidades más frecuentes. En cambio, Plaza Santos *et al.*⁽²⁶⁾ y su investigación con adultos de edades por encima de 79 años, mencionaron que la presión alta (53%), patologías cardíacas (47%) y enfermedades reumáticas (25%) se presentaron en la mayoría de pacientes con HDA. Con lo expuesto, la hipertensión es la comorbilidad más asociada al sangrado digestivo alto en gerontes.

Según la clasificación endoscópica de Forrest, el tipo del Ia al IIb tiene un mayor riesgo de resangrado por úlcera gastro-duodenal ⁽²⁷⁾ que va del 100% al 30 – 35%. En nuestro estudio, en el 27,7% se encontró mácula plana correspondiente a Forrest tipo IIc, 26,2% tipo III, un 3,1% fueron tipo IIa, y solo un 1,5% fueron tipo IIb y Ib, lo cual implica que la mayoría tenía un menor riesgo a presentar resangrado. En el trabajo de Sucasaire J ⁽²⁸⁾ identifico un mayor predominio de Forrest III (57,21%), luego IIa (25%), Ia (19,68%), IIb (6,38%), Ib (4,26%) y IIc (4,26%). Según Morales y cols ⁽⁴⁾ demostró que la mayor parte de úlceras estuvo asociada al tipo III (42%), seguido del IIc (20%). Coincidiendo en que la mayoría de los pacientes presentaron un bajo riesgo de resangrado, probablemente debido a la administración rápida de medicamentos protectores gástricos.

En cuanto al tratamiento realizado, este siguió la guía de manejo del servicio; después de estabilizar al paciente, el tratamiento se realizó de acuerdo a la causa de la HDA. En la HDA variceal se trató con octeotride como tratamiento médico más ligadura con bandas elásticas como tratamiento endoscópico (24,62%), Astocondor Villar ⁽²⁹⁾ en su trabajo realizado el 2017 en el hospital Arzobispo Loayza en 381 pacientes con HDA, menciona que la banda elástica se realizó en un 2,62%. Para el tratamiento de las varices esófago-gástricas se tienen principalmente dos alternativas: inyección de sustancia esclerosante y ligadura con bandas elásticas, siendo ésta última de elección ⁽³⁰⁾.

El manejo médico de la HDA no variceal se realizó con Omeprazol EV 80 mg en bolo seguido de una infusión de 8mg/ hora (67,7%), además del Omeprazol Vía Oral 20 mg a 40 mg/d, lo que coincide con la guía de la Sociedad Catalana de Digestología donde mencionan que en pacientes con estigmas endoscópicos de alto riesgo, la terapia endoscópica debe asociarse a la administración inicial de

un bolo de IBP e infusión endovenosa continua con el objetivo de reducir el riesgo de recidiva hemorrágica y la mortalidad⁽³¹⁾.

Vásquez Quiroga *et al*⁽⁹⁾ recomiendan la administración de Inhibidores la bomba de protones (Omeprazol Endovenoso u Oral) antes de la endoscopia, considerando que disminuyen la necesidad de hemostasia, genera ahorro de recursos y en quienes la endoscopia va a demorar, podría tener beneficios clínicamente relevantes en desenlaces como mortalidad o resangrado.

En nuestro trabajo, el tratamiento endoscópico represento 4,6% en el caso de úlcera péptica de Forrest Ib, que consistió en inyectoterapia con adrenalina 1:10,000; Forrest IIa, inyectoterapia con adrenalina 1:10,000 más colocación clip metálico y solo coagulación con argón plasma (APC); y Forrest IIb, inyectoterapia con adrenalina 1:20,000 más APC. Astocondor Villar (2017), quien demostró que la inyectoterapia con adrenalina fue el tipo de tratamiento endoscópico más frecuente con 8,66%⁽²⁹⁾. La literatura también menciona el uso de hemoclips, u otras terapias actuales en el tratamiento endoscópico como el hemospray, endoclot o ankaferd blood stoppe⁽³²⁾. Para el manejo endoscópico de Forrest Ia-IIb es de mayor evidencia usar una combinación de adrenalina y otro sistema hemostático (térmica o hemoclips)⁽²⁶⁾.

La mortalidad en nuestro estudio fue del 7,7% (n=5) menor a lo reportado por García Encinas C. y colaboradores⁽¹⁴⁾ que fue 16,8% en un estudio realizado en el 2009 al 2013 en 190 sujetos mayores de 60 años en un hospital general de tercer nivel. Mientras que en una publicación más reciente en una revista cubana por Ricardo JP et al⁽²⁰⁾, la tasa de mortalidad representó el 6,7% en una población de 75 pacientes durante los años 2013-2017. Esto debido a la excelente labor asistencial por parte del personal de salud. No obstante, la literatura extranjera y nacional, recalca que existe una notoria prevalencia de mortalidad en personas más longevas⁽⁵⁾.

La disminución de la tasa de mortalidad probablemente se deba a que exista un mayor conocimiento en resucitación hemodinámica del paciente, inicio precoz de la terapia farmacológica con inhibidores de la bomba de protones y una mejoría del paciente con tratamiento endoscópico.

Entre las limitaciones están la naturaleza retrospectiva, el tamaño pequeño de la muestra, algunas historias clínicas con datos incompletos y/o párrafos ilegibles. Además, no se investigaron complicaciones de la endoscopia, tiempo de estancia hospitalaria, medicación post quirúrgica o terapia a largo plazo y causas de la mortalidad.

El sangrado digestivo alto en adultos mayores ocupa altas tasas de morbimortalidad a diferencia de los más jóvenes. En el presente estudio buscamos poner en evidencia la importancia de conocer las características epidemiológicas y clínicas de los casos de hemorragia digestiva en este grupo etario a fin de contribuir a un diagnóstico temprano y mejor manejo terapéutico, disminuyendo de esta manera la tasa de mortalidad.

CONCLUSIONES

De acuerdo al presente estudio realizado en una serie de casos de pacientes adultos mayores con hemorragia digestiva alta encontramos que la prevalencia es mayor en adultos mayores jóvenes.

Los factores de riesgo más comunes fueron la ingesta de bebidas alcohólicas y el uso de AINES.

La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial.

La etiología principal de la HDA fue la úlcera gástrica siendo la melena y hematemesis los signos más frecuentes.

Endoscópicamente, de acuerdo a la clasificación pronóstica de Forrest se encontró con más frecuencia el tipo Forrest IIc (27,7%).

El tratamiento fue una combinación de medicamentos más endoscopia terapéutica en todos los casos.

IV. RECOMENDACIONES

Es recomendable identificar los factores de riesgo o hábitos nocivos (uso indiscriminado de AINES, consumo de alcohol y/o tabaco). Además, es importante que estos pacientes acompañados de sus familiares acudan a su posta o centro de salud más cercano para recibir charlas o chequeos médicos, de esta manera evitar las posibles complicaciones.

Se sugiere realizar investigaciones de HDA con una cifra de población mayor a la nuestra. Asimismo, considerar a los adultos mayores que residen en diferentes lugares de nuestro país.

Se recomienda la realización de endoscopia digestiva alta precoz para evitar la mortalidad, el tratamiento temprano con IBP y el uso de terapia endoscópica doble.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Oliver Solaz Lilian, Jordán Alonso Ariel Demetrio, Alfonso Moya Oriol, Alejo Concepción Osvaldo, Cruz Méndez Datiel. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el quinquenio 2009 a 2013. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Mar 09]; 39(3): 432-442. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000300002&lng=es.
2. Maldonado MAC, Rojas PG, Paredes EAB, López RCG, Mercado-Tenorio JH, Ochoa YS, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Estudio caso control. Revista de Gastroenterología del Perú [Internet]. el 8 de agosto de 2017 [citado el 10 de marzo de 2019];33(3):223–9. Disponible en: <http://www.revistagastroperu.com/index.php/rqp/article/view/205>
3. Ichyanagui Rodríguez CE. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. Acta méd. peruana [Internet]. 2006 Sep [citado 2019 Mar 09]; 23(3): 152-155. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300005&lng=es.
4. Morales Uribe C. H., Sierra Sierra S., Hernández Hernández A. M., Arango Durango A. F., Lopez G. A. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2011 Ene [citado 2019 Mar 9]; 103(1): 20-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011000100004&lng=es.
5. Cuartas-Agudelo Yuban Sebastian, Martínez-Sánchez Lina María. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. Médicas UIS [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 May 21]; 33(3): 9-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192020000300001&lng=en. Epub 30 de octubre de 2020. <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n3-2020001>
6. Salvatierra G, De la Cruz L, Paulino M, et al. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de los antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2006 Ene [citado 2021 Nov 13]; 26 (1):13-20. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292006000100002&lng=es
7. Martinez S, Figueroa N, Toro P, García C, Csendes J. Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Rev. Cir. 2021;73(6):728-743. DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210061132>
8. Rodríguez V, Cáceres-Méndez. Hemorragia de vías digestivas en el paciente anticoagulado. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2011 [citado 2022 May 21]; 26 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v26n1/v26n1a07.pdf>
9. VASQUEZ-QUIROGA, Jorge et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro

Social del Perú (EsSalud). *Rev. gastroenterol. Perú* [online]. 2018, vol.38, n.1, pp.89-102. ISSN 1022-5129.

10. Rodríguez Hernández Iyemai. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 Abr [citado 2019 Mar 22]; 10(22). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200003&lng=es.
11. Calleja J, Martínez J. Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Medicine* 2000; 8 (14): 725-735. 14 Feu F. Complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica: manifestaciones clínicas, actitudes diagnósticas e indicaciones terapéuticas. *Medicine* 2000; 8 (03): 128-133.
12. Vargas G y Quineche M. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL «ARZO-BISPO LOAYZA» 1991 – 1995. *Revista de Gastroenterología del Perú* [Internet]. 1998 [citado el 10 de mayo de 2022]; 18(1). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol_18s1/hemorragiad.htm
13. Olivia M. Canales Sevilla, Juan Miyagui Maeda, Ada Ciurlizza Huamaní, William Prado Cisneros. Hemorragia digestiva EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. *Revista de Gastroenterología del Perú* [Internet]. 1998 [citado el 10 de marzo de 2019]; 18(1). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol_18s1/hemorragiad.htm
14. GARCÍA ENCINAS, Carlos et al. Validación del score de Rockall en pacientes adultos mayores con hemorragia digestiva alta no variceal en un hospital general de tercer nivel. *Revista de Gastroenterología del Perú*, [S.l.], p. 25-31, jun. 2017. ISSN 1609-722X. Disponible en: <<https://www.revistagastroperu.com/index.php/rqp/article/view/130>>. Fecha de acceso: 24 oct. 2021 doi: <http://dx.doi.org/10.47892/rqp.2015.351.130>.
15. Bazán Ruiz, P. INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y FACTORES DE RIESGO MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A ESTE, EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS MESES DE ENERO A SETIEMBRE-2018. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima: Facultad de Medicina de la Universidad Federico Villarreal; 2019.
16. Velasquez VV. Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva alta en la unidad de hemorragia digestiva, servicio de gastroenterología, hospital edgardo rebagliati martins-essalud, 2013-2014 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima: Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres; 2016.
17. Oleaga-Walters D. Comportamiento del sangramiento digestivo alto en adultos mayores. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud* [revista en Internet]. 2013 [citado 24 Oct 2021]; 4 (2) Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/130>
18. Basto Valencia M, Vargas Cárdenas G, Angeles Chaparro P. Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" 1980-2003. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2005 Jul [citado 2019 Mar 22]; 25(3): 259-267. Disponible en:

- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292005000300005&lng=es.
19. CANALES O., MIYAGUI J. Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional 2 de Mayo. Rev. Gast del Perú. Comunicaciones Libres XVI Congreso Peruano de Enfermedades Digestivas. XI Congreso Peruano de Endoscopia Digestiva. 23 a 27 de noviembre de 1998; 59: 145.
 20. Ricardo JP, Santiesteban HA, Nápoles Y, Bairán N, Guillén DJ. Incidencia de la hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. Banes 2013–2017. 16 de Abril. 2018;57(269):151-156.
 21. Alegre Y. Factores asociados a morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, hospital de apoyo II - Sullana. [Internet]. [Trujillo, Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO); (2017).
 22. Rodríguez Vasquez M. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES QUE CONSUMEN ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS MAYORES DE 80 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO [tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima: Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres; 2019. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5062/rodriguez_vmj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 23. Pinto C, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). Rev Med Chile 2020; 148: 288-294
 24. Gonzales, E. Factores predictores de la evolución clínica de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) por úlcera péptica en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú, 2009-2011. [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2012.
 25. Illescas S, Vargas A. Utilidad del score ABC en pacientes con hemorragia digestiva alta en un Hospital Público nivel III en Lima- Perú. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima: 2020.
 26. Plaza Santos R, Froilán Torres C, Martín Arranz MD, Suárez de Parga JM, Aldeguer Martínez M. La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-hemorragia-digestiva-alta-el-S0211139X11002095>. DOI: 10.1016/j.regg.2011.06.009
 27. Cabrera-Linares A, Hernández-González F, Fernández-González M, Sánchez-Águila M, Torres-Mariño E, Hernández-Guardarrama Y. Características clínico epidemiológicas de los adultos mayores ingresados por hemorragia digestiva alta en el Hospital General de Ciego de Ávila. **MediCiego** [Internet]. 2018 [citado 11 May 2022]; 24 (1) :[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/830>
 28. Sucasaire JC. Factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, en el hospital nacional arzobispo loayza 2018. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima:2019. Recuperado:

http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2911/UNFV_SUCA_SAIRES_CJUIRO_JEAN_CARLOS_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

29. Astocóndor Villar RE. Características clínicas y endoscópicas de la Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017. [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.66p. Disponible en:
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1686>

30. Zumaeta Villena Eduardo. Várices esofagogástricas. Acta méd. peruana [Internet]. 2007 Ene [citado 2022 Mayo 13]; 24(1): 47-52. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100011&lng=es.

31. Pilar García-Iglesias *et al.* Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Sociedad Catalana de Digestología. Rev. Gastroenterología y Hepatología. Vol. 40, issue 5 (2017),pp: 363-374. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2016.11.009 ISSN:02105705

32. Goelder SK, Brueckner J, Messmann H. Endoscopic hemostasis state of the art- Nonvariceal bleeding. WJG February 25, 2016. Vol 8. Issue 4

ANEXOS:

Anexo 01: Matriz de consistencia

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	VARIABLES	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	DISEÑO MUESTRAL	RECOLECCIÓN DE DATOS
Características clínicas y epidemiológicas de hemorragia digestiva alta en adultos mayores, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2017 y 2018	¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de hemorragia digestiva alta en adultos mayores, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2017 y 2018?	<p>Objetivo general: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de hemorragia digestiva alta en adultos mayores atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2017 y 2018.</p> <p>Objetivos específicos: -Describir las características epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta en adultos mayores, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2017 y 2018. -Describir la etiología de hemorragia digestiva alta en adultos mayores atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2017 y 2018 -Describir las características clínicas de la hemorragia digestiva alta en adultos mayores,</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sexo -Edad - Procedencia - Características clínicas - Localización topográfica -Etiologías - Comorbilidades -Factores de riesgo - Tratamiento 	<p>El presente estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo.</p> <p>Este estudio de investigación es de tipo cuantitativo porque los resultados serán expresados numéricamente y se usará el software estadístico SPSS; es observacional porque no se manipularán las variables; descriptivo porque se describirán las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con HDA y retrospectivo porque los datos se obtendrán de historias clínicas del año 2017 y 2018.</p>	<p>Población de estudio: Pacientes adultos mayores con diagnóstico de hemorragia digestiva alta atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2017-2018.</p> <p>Tamaño de la muestra: La población total está conformada por 107 pacientes adultos mayores con diagnóstico de hemorragia digestiva alta atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2017-2018.</p> <p>Selección de la muestra: No se utilizará ninguna técnica de muestreo, se trabajará con la población</p>	<p>Procedimiento de recolección de datos. Se recolectarán las variables de interés de las historias clínicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico endoscópico de hemorragia digestiva alta atendidos en el servicio de Gastroenterología del HN2DM en el año 2017-2018.</p> <p>Instrumento de recolección de datos Se seleccionó la información mediante una ficha de recolección de datos que fue realizada anteriormente, conteniendo las variables de interés. Posteriormente el instrumento de recolección de datos fue revisada y aprobada por los asesores médicos especialistas en el estudio de investigación.</p>

		<p>atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2017 y 2018.</p> <p>-Describir la localización de la hemorragia digestiva alta en adultos mayores, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2017 y 2018.</p> <p>-Describir las comorbilidades asociadas al diagnóstico de hemorragia alta en adultos mayores, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2017 y 2018.</p>			total.	<p><u>Procesamiento y análisis de los datos.</u></p> <p>Las variables del estudio se procesarán y analizarán mediante el programa estadístico SPSS statistics 2.1. versión 25. Se utilizará medidas de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (varianza, mínimo, máximo y desviación estándar) y distribución (asimetría y curtosis) para la variable edad, la cual será manejada como cuantitativa en un primer momento y luego como cualitativa ordinal. Para las variables cualitativas se utilizará gráficos de barra para procedencia, características clínicas, comorbilidades y factores de riesgo; también se usarán gráficos de torta para la edad,</p>
--	--	--	--	--	--------	--

						localización, etiologías y tratamiento, y finalmente se hará una tabla de contingencia de sexo.
--	--	--	--	--	--	---

Anexo 02: Matriz de Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	MÉTODO DE VERIFICACIÓN	CATEGORÍA	MEDICIÓN DE LA CATEGORÍA
Sexo	Características biológicas que diferencia al hombre de la mujer	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Historia clínica	1. Masculino 2. Femenino	
Edad	Años cumplidos al ingreso de su hospitalización, la cual será categorizada según la clasificación de la OMS.	Cualitativa	Ordinal	Historia clínica	1. ancianos jóvenes 2. ancianos viejos 3. ancianos longevos (Según OMS)	1. 60-74 años 2. 75-90 años 3. mayor e igual a 90 años
Procedencia	Lugar de residencia habitual del paciente	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	1. Lima 2. Costa (excepto Lima) 3. Sierra 4. Selva	
Características clínicas	Signos y síntomas clínicos importantes que presenta el paciente por el cual se hospitaliza	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	1. Melena 2. Hematemesis 3. Dolor abdominal 4. Distensión abdominal 5. Dispepsia	
Localización topográfica	Ubicación donde se presentó la lesión	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	1. Esófago 2. Estómago 3. Duodeno	

Etiologías	Causa por el cual se originó la lesión	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Úlcera gástrica 2. Úlcera duodenal 3. Varices esofágicas 4. Erosiones gastroduodenales por AINES 5. Erosiones gástricas por Anticoagulantes 6. Neoplasias gástricas 7. Sd. Mallory Weiss 	
Comorbilidades	Presencia de enfermedad asociada que tiene relación con el diagnóstico actual	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial 2. Cirrosis Hepática 3. Diabetes mellitus tipo 2 4. Insuficiencia renal 5. Tuberculosis Pulmonar 6. Fibrosis pulmonar 	

Factores de riesgo	Situación que aumenta la probabilidad de que el paciente presente la enfermedad	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcohol 2. Tabaco 3. AINE'S 4. Anticoagulantes 	
Tratamiento	Actuación médica y/o sanitaria que ayuda a curar la enfermedad	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento Farmacológico 2. Octeotride más ligadura con bandas elásticas 3. Tratamiento Endoscópico 4. Tratamiento Quirúrgico 	

Anexo 03: Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Historia clínica:

Código

N°.....

1. Características epidemiológicas:

- Apellidos y Nombres:
- Edad: años
- Sexo: (1) Masculino (2) Femenino
- Procedencia: (1) Lima.....
(2) Costa excepto Lima.....
(3) Sierra
(4) Selva

2. Características clínicas:

- Melena (Sí) (No)
- Hematemesis (Sí) (No)
- Dolor abdominal (Sí) (No)
- Dispepsia (Sí) (No)
- Distensión abdominal (Sí) (No)

3. Localización:

- Esófago (Sí) (No)
- Estómago (Sí) (No)
- Duodeno (Sí) (No)

4. Etiologías:

- Úlcera duodenal (Sí) (No)
- Úlcera gástrica (Sí) (No)
- Varices esofágicas (Sí) (No)
- Erosiones gastroduodenales por AINES (Sí) (No)
- Erosiones gástricas por Anticoagulantes (Sí) (No)

- Neoplasia gástrica (Sí) (No)
- Síndrome de Mallory Weiss (Sí) (No)

5. Comorbilidades:

- Hipertensión arterial (Sí) (No)
- Diabetes mellitus (Sí) (No)
- Cirrosis hepática (Sí) (No)
- Insuficiencia renal (Sí) (No)
- Tuberculosis (Sí) (No)
- Fibrosis pulmonar (Sí) (No)

6. Factores de riesgo:

- Alcohol (Sí) (No)
- Tabaco (Sí) (No)
- AINES (Sí) (No)
- Anticoagulantes (Sí) (No)

7. Tratamiento:

- Farmacológico (Sí) (No)
- Octeotride más ligadura con bandas elásticas (Sí) (No)
- Tratamiento Endoscópico (Sí) (No)
- Tratamiento Quirúrgico (Sí) (No)

Anexo 04: Escala de Forrest

Según Forrest JA *et al.* Lancet 1974

ALTO RIESGO DE RECIDIVA	GRADO DE FORREST	DESCRIPCION	PORCENTAJE DE RECIDIVAS
	Ia	Sangrado activo arterial en forma de jet o chorro	90%
	Ib	Sangrado en forma rezumante o en sábana	10-33%
	Ila	Vaso visible en el lecho de la lesión	50%
	Ilb	Coagulo fresco adherido	25-30%
BAJO RIESGO DE RECIDIVA	Ilc	Puntos de hematina	7-10%
	III	Lesión con base limpia, cubierta con fibrina	3-5%

