



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD EN
PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2019**

**PRESENTADO POR
HALIA JANNIRA VALDEZ PACHAURE**

**ASESOR
DORIS MEDINA ESCOBAR**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN GASTROENTEROLOGÍA**

LIMA- PERÚ

2019



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
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD EN
PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2019**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA

PRESENTADO POR

THALIA JANNIRA VALDEZ PACHAURE

ASESORA

MGTR. DORIS MEDINA ESCOBAR

LIMA, PERÚ

2019

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	10
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	18
3.1 Formulación de la hipótesis	18
3.2 Variables y su operacionalización	18
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	20
4.1 Diseño metodológico	20
4.2 Diseño muestral	20
4.3 Técnicas de recolección de datos	22
4.4 Procesamiento y análisis de datos	23
4.5 Aspectos éticos	26
CRONOGRAMA	27

PRESUPUESTO

28

FUENTES DE INFORMACIÓN

29

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Instrumentos de recolección de datos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La hemorragia digestiva es un problema clínico muy frecuente, con una morbilidad y mortalidad alta, a nivel mundial; durante los últimos 50 años, la mortalidad global no ha variado significativamente, está dentro del rango de 5-15%. En EE. UU., se estima que la tasa anual de hospitalización por hemorragia digestiva es alrededor de 350 ingresos /1 000 000 de hospitalizaciones por año. Esta patología tiene una incidencia en países occidentales que varía entre 50 a 170 por cada 100 000 habitantes (1).

Del total de las hemorragias digestivas, alrededor del 50% de los ingresos son de origen alto (del esófago, estómago y duodeno), el 40 % corresponden a las bajas (del colon y anorrecto) y el 10 % son de origen oscuro (del intestino delgado). En cuanto a las primeras, aproximadamente el doble, se presenta en el sexo masculino que en el femenino y aqueja a diversos grupos etarios; las edades más avanzadas son las más afectadas (2).

En un estudio británico realizado en 1993, se mostró que en los 74 hospitales que cubrían una población total de 15,5 millones, tenían una mortalidad de un 14%. Donde la mayor parte de defunciones se dio en los pacientes muy añosos o en los que padecían graves comorbilidades (3 veces mayor). La mortandad en dicho trabajo en menores de 60 años sin malignidad o disfunción orgánica resultó de 0,6%⁽³⁾. Dentro de las causas de mayor relevancia que produce que dicha tasa sigue permaneciendo sin modificarse (estable), en aproximadamente, el 10% desde 1945; son la edad avanzada y comorbilidades que están presentes en el HDA (3).

En el Perú, la hemorragia digestiva alta y baja es una patología frecuente, se reporta una mortalidad de 9,1 a 12,9%, se realizó un estudio, en noviembre del 2001, en casi 5 000 pacientes que hasta ese momento se habían hospitalizado en el Hospital Edgardo Rebagliati, permanecieron casi inalterados los porcentajes de las diferentes patologías hasta la fecha. Dio como resultado que las hemorragias digestivas altas

fueron 82,7% y las bajas un 17,3%. Con relación al sexo, fueron más frecuentes en varones con un 62,6% y menores en mujeres con un 37,4% (relación masculina: femenino es 1,7: 1). En cuanto a la edad los mayores de 60 años fueron un 65,6% y de 80 años un 14,8% (4).

En el Hospital Nacional Cayetano Heredia se realizó un trabajo en el año 2009, donde encontraron como causas más frecuentes de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta son úlceras gástricas (23,8%) y várices esofágicas (19,04%). Además, reportaron como variables asociadas a un pobre pronóstico en HDA, al resangrado, edad, comorbilidades y estado circulatorio (5).

En gran parte de los pacientes, la hemorragia remite espontáneamente; siendo la tasa de mortalidad más asociada con otras comorbilidades y no estrechamente relacionada con la hemorragia digestiva. Aunque, el diagnóstico oportuno y preciso de pacientes con hemorragia severa disminuye la tasa de mortalidad, debido a que se pueden realizar maniobras terapéuticas (6).

En el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, la hemorragia digestiva es una patología frecuente en el servicio de emergencia y gastroenterología, sin embargo, no existen estudios, por lo que el presente estudio tiene como objetivo principal determinar los factores de riesgos, tales como la edad, el sexo, la etiología (úlceras pépticas: gástrica y/o duodenal; variceal: esofágicas y/o gástricas), las comorbilidades, antecedente de consumo de AINES y/o alcohol, la forma de presentación (melena, hematemesis, hematoquecia) que podrían estar asociados a un incremento del deterioro hemodinámico del paciente y por consiguiente una elevada mortalidad.

Es por ello la importancia de conocer los factores de riesgo, para así poder realizar un diagnóstico oportuno y posterior manejo adecuado, con ello evitaremos las posibles complicaciones, mejoraremos su pronóstico, disminuyendo así desenlaces fatales.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.

Objetivos específicos

Precisar los factores epidemiológicos asociados a mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.

Establecer los factores clínicos asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.

Identificar la relación entre la forma de presentación de hemorragia digestiva alta (hematemesis, melena, hipotensión) con la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.

1.4 Justificación

A pesar de que la hemorragia digestiva alta una patología muy frecuente y al tener una mortalidad considerable a nivel mundial, en nuestra población no hay estudios. Es por ello, que al determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva en el Hospital Nacional

Alberto Sabogal Sologuren, siendo este un hospital de referencia nacional, y al ser uno de los de mayor complejidad del país, podremos conocer, interpretar y analizar dichos factores, esta información nos permitirá actualizar y mejorar el conocimiento de la patología y así establecer protocolos de manejo adecuado y seguimiento de pacientes con factores de riesgo, para así contribuir con la disminución de la mortalidad por esta causa. Ello implica no solo un beneficio directo al paciente sino también socioeconómicos, ya que esta entidad genera altos gastos económicos al Sistema de Salud tanto privado como público a nivel nacional.

Este al ser un estudio reciente en cuanto al comportamiento clínico epidemiológico ayudará a tener un diagnóstico temprano y acertado, con ello no solo habrá una mejor identificación y manejo de los pacientes, también nos permitirá el adecuado uso de materiales, recursos humanos y financieros en nuestro sistema de salud, originando un efecto positivo en la disminución de mortalidad y mejorar el pronóstico de los pacientes con esta enfermedad.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio es viable, pues el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren donde se tomarán el grupo de casos y controles ha autorizado la ejecución del presente proyecto, el cual se realizará en el servicio de gastroenterología y los resultados darán a conocer y así poder colaborar en tener datos recientes de la investigación para así mejorar la atención de los pacientes disminuyendo la mortalidad por hemorragias digestivas altas.

Se cuenta con los recursos humanos y económicos para poder llevar con éxito el término de la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Castillo G, et al., 2019, investigaron sobre la prevalencia de hemorragia digestiva alta de origen variceal en los pacientes en el Hospital Abel Gilbert Pontón en los años 2014-2017, para ello ingresaron los datos de las historias clínicas a una base de datos en Microsoft Excel 2007. Llegaron a la conclusión de que la HDA se presenta en su mayoría en pacientes varones (54%), mayor de 60 años (40%), además se asocian a otras patologías (71%), principalmente cardiovascular (23%) y hepatopatías (18%). Siendo la presentación clínica más frecuente la hematemesis (51%) y las principales causas fueron la úlcera péptica 46% y la gastropatía erosiva (7).

Lingjie He et al., 2018, evaluaron los factores de riesgo de mortalidad en pacientes con HDA e IAM, y su incidencia; este fue un análisis retrospectivo durante enero de 2012 a enero de 2017 en el departamento de emergencias de un hospital local chino. Se incluyeron 243 pacientes de ellos, 60 fallecieron en comparación con los sobrevivientes, los pacientes fallecidos mostraron un aumento en el recuento máximo de glóbulos blancos, niveles de creatinina sérica, niveles máximos de nitrógeno en la orina y cantidades máximas de péptido natriurético cerebral; mientras tanto, los pacientes que murieron también mostraron niveles de hemoglobina mínimos más bajos y conteos mínimos de plaquetas. Se concluyó que la mortalidad hospitalaria de pacientes con HDA e IAM fue muy alta. La edad, el recuento máximo de glóbulos blancos, el recuento mínimo de plaquetas y los niveles máximos de BNP demostraron ser factores de riesgo independientes de mortalidad hospitalaria (8).

Mora A, en 2018, busco investigar la relación entre la hemorragia digestiva alta no variceal con el consumo de AINES, tabaco, alcohol y antecedente de dispepsia en mayores de 39 años: Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca,

2012, este trabajo de casos y controles, con 243 pacientes como muestra, de ellos 81 pacientes fueron los casos (pacientes con HDA relacionados con el consumo de AINES, tabaco, alcohol, y antecedentes dispépticos), y 162 pacientes fueron controles (paciente que fueron atendidos por una causa diferente a HDA no variceal), en dicho estudio se observa que el porcentaje de varones fue el 60.1%. el grupo etario oscila entre los 40 y 94 años, con una mediana de 73.0. Los que vivían en un medio rural fue el 51.9%. Los que contaban con un grado de instrucción primaria fue de un 55.1%. Un 55.1% no contaban con una ocupación remunerada. En conclusión, los factores de riesgo asociados fueron el consumo de AINES, alcohol, tabaco, y tener el antecedente dispéptico (9).

Almeida J, en 2018, determinaron los factores asociados a HDA en pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga Cuenca durante los años 2016 y 2017. Este es un trabajo de casos y controles, donde se estudiaron los factores como hábitos tóxicos: consumo alcohol y tabaco; presencia de *H. Pylori*; comorbilidades como cirrosis hepática, várices esofágicas y medicamentos: anticoagulantes, AINES, corticoides, entre otros y su asociación con HDA. La investigación incluyó 129 casos de HDA y 129 controles. Se concluyó que la población más afectada son los varones (73,6%), adultos mayores (56,6%), siendo la residencia urbana más frecuente (82,6%), el nivel de instrucción primaria (38%), seguida de la secundaria (36%); dichas diferencias en los grupos de estudio no son significativas. El consumo de alcohol (35,7%), tabaco (20,9%), antiinflamatorios no esteroideos (29,5%), antagonistas de la aldosterona (8,5%), la presencia de *Helicobacter pylori* (24,0%), las várices esofágicas (26,4%) y su clasificación, así como la cirrosis (25,6%) en este estudio se relacionan significativamente con la hemorragia digestiva alta (10).

Paredes J, publicó en el 2017, una investigación para analizar los factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, este es un trabajo observacional, analítico, cuantitativo, retrospectivo, donde se evaluó a pacientes mayores o igual de 18

años de edad, en este estudio se incluyó 240 pacientes en donde se llegó a la conclusión que los factores de riesgo asociados a una alta mortalidad fueron la edad, hematemesis, consumo de alcohol, y úlcera duodenal. En presente llega a la conclusión que la mortalidad por HDA fue de 10% de la población siendo mayor en pacientes mayores de 60 años con un 66.7%, donde encontraron como factores de riesgo el consumo de alcohol, la existencia de hematemesis, y la úlcera duodenal (11).

Zapata A, presentó en el 2017, un trabajo realizado en el Hospital Cayetano Heredia, de Piura donde se busco establecer la validez diagnóstica de la escala de Glasgow-Blatchford como predicción de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. Es un estudio observacional, analítico retrospectivo. Se consideró como universo 100 pacientes, Se concluye que existe una relación directamente proporcional entre los pacientes de mayor de edad y que hayan recibido mayor número de transfusiones de paquetes globulares a una mayor mortalidad. Los factores de riesgo con mayor asociación a mortalidad con HDA fueron el resangrado y la inestabilidad hemodinámica. El Score Glasgow-Blatchford utilizada para pronosticar la mortalidad en pacientes con HDA tuvo una especificidad (83%), sensibilidad (80%), valor predictivo positivo (68%) y negativo (90%) (12).

Roca J, describió en el 2016, que tipo de lesiones son las más frecuentes observadas endoscópicamente en pacientes con hemorragia digestiva alta en el HSR durante el 2014. Este fue un estudio descriptivo y retrospectivo, en el que se obtuvieron los informes endoscópicos del servicio de gastroenterología del Hospital Santa Rosa, para posteriormente revisarlos y así poder incluir en el trabajo a los pacientes con hemorragia digestiva alta demostrada por endoscopia alta. Se obtuvo una muestra de 200 y teniendo en cuenta como variables la edad, sexo, sintomatología de la enfermedad actual, antecedentes personales patológicos y hallazgo endoscópico, se encontró que el 55% son de sexo masculino, siendo la lesión endoscópica más frecuente es la gastritis erosiva con un 26% y la localización anatómica más frecuente fue el antro y el motivo de

consulta más frecuente fue la melena (13).

Ramírez D, publicó, en 2015, donde establecieron la mortalidad, factores de riesgo e incidencia de la HDA en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil durante el 2012 al 2014, este trabajo es Observacional- Descriptiva- Retrospectiva. El universo en este estudio fue de 360 pacientes, en donde se concluye que la tasa de mortalidad en el estudio en el año 2012 se presentaron 96 defunciones con esta patología que equivale al 27%; en el año 2013 se presentaron defunciones 120 que equivale a 33%; mientras que en el 2014 se presentaron 144 defunciones que equivale al 40%, también es de vital importancia que la mayor mortalidad se da a partir de los 65 años y se encuentran con una mayor porcentaje en el género femenino en un 59%; lo que nos demuestra que a mayor edad mayor aumenta la tasa de mortalidad lo que difiere tanto en mujeres como en hombres (14).

Jiménez D, et al., 2015, identificó la asociación entre variables epidemiológicas, clínicas y la aparición de HDA. El estudio fue de casos y controles, de tipo retrospectivo. El universo fueron 60 pacientes en total con el diagnóstico de HDA como casos y de 60 personas sin el diagnóstico de HDA como controles. Se concluyó que la mayoría fueron los adultos mayores, varones y con nivel socioeconómico medio. Teniendo como causa más común de HDA a la úlcera péptica. El consumo de café fue más frecuente entre las personas de estudio y aumentó el riesgo de enfermar en tres veces más; la existencia de una patología previa del tubo digestivo y el consumo de medicamentos irritantes aumento en doce veces el riesgo de hemorragia digestiva alta (15).

Fleitas O, et al., realizaron en el 2015, un estudio para conocer el sangramiento digestivo alto en el adulto mayor. Fue un trabajo descriptivo, transversal y observacional, que busco determinar el desarrollo clínico del sangrado digestivo alto, en los adultos mayores que acudieron a los servicios de urgencias, atención al grave (UCI, UCIM) y Cirugía General durante enero del 2005 a diciembre de 2007. Durante el período estudiado ingresaron en el servicio de Cirugía del

Hospital Provincial de Ciego de Ávila un total de 101 pacientes con una edad mayor a 60 años, con un diagnóstico de sangrado digestivo alto. Se concluyó que los más afectados fueron de entre 60 a 74 años y los varones el de mayor morbilidad. La principal causa de Sangrado Digestivo Alto en nuestro estudio lo constituyó la úlcera gástrica presentándose en el 41.58% de los pacientes, seguida en orden de frecuencia por la gastritis crónica y la úlcera duodenal con 25.64% y 12.7% respectivamente. La mortalidad se asoció más con los que recibieron tratamiento quirúrgico. Existió correlación clínico patológica en 10 de los 16 pacientes fallecidos para un 62.5% (16).

Rodríguez H, 2011, buscó identificar los factores que aumentan la morbimortalidad de pacientes con HDA en el Hospital Universitario General "Calixto García", su diseño fue de casos y controles, retrospectivo, longitudinal y analítico. En el estudio se seleccionó aleatoriamente a 100 pacientes de estudios como casos y 50 pacientes como controles. Se concluye que la HDA predomina en los varones y en los mayores de 60 años. En dicha investigación se concluyó que la gastritis erosiva y el tratamiento médico y endoscópico fueron los que incrementaron la morbimortalidad (17).

Corzo M, et al., publicaron en 2013, investigaron los factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta de un hospital público. Es un estudio de casos y controles, de tipo analítico, observacional, retrospectivo, realizado durante los años 2009 y 2011, incluyéndose a mayores de 15 años con HDA en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el servicio de emergencia y hospitalización. Siendo un total de 180 pacientes, llegándose a recolectar una muestra de 45 casos y 135 controles. De ellos los pacientes varones fueron 131 (72,8%) y de los cuales 29 pacientes fallecieron (64,4%). A la vez se obtuvo una media y mediana respecto a la edad de 64 y 60 años respectivamente. Se concluyó que los factores que elevaron el riesgo de mortalidad en los pacientes con HDA fueron: un score de Rockall mayor a 4, ingreso a la UCI/Shock-Trauma, edad, HDA, resangrado, presencia de hematemesis, cirrosis, número de paquetes globulares transfundidos y neoplasia maligna (18).

Pichilingue C, et al., 2013, describieron la mortalidad y frecuencia de resangrado en cirróticos manejados por hemorragia de várices esofágicas en hospitales de Lima-Perú (2009-2011). Es un estudio transversal, retrospectivo, analítico y multicéntrico en donde tomaron parte 176 pacientes cirróticos. Se incluyeron a pacientes con una edad mayor a 14 años (varones y mujeres) que hayan sido sometidos a tratamiento endoscópico por hemorragia digestiva alta variceal en los Centros Endoscópicos del Hospital Nacional Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2009 - 2011. Se excluyó a embarazadas o que estén dando de lactar y los pacientes que no cumplían los criterios de inclusión. Se llegó a la conclusión de que la hemorragia digestiva alta variceal es la etiología más importante de morbimortalidad. Resultando con una mortalidad y una frecuencia por resangrado menores que las casuísticas indicadas a nivel mundial (19).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición

La hemorragia digestiva alta (HDA) es el sangrado que se origina en el tracto digestivo superior, proximal al ángulo de Treitz, y constituye la urgencia gastroenterológica más importante, con la presentación de hematemesis, melena y hematoquecia, suelen dividirse variceal y no variceal. De las posibles causas de HDA grave, la úlcera péptica es la más frecuente y representa alrededor del 40% de los casos. Pese a los últimos avances del tratamiento médico, la asistencia en la UCI, la endoscopia y la cirugía, la tasa de mortalidad del 5 al 10% por HDA grave no se ha modificado desde las décadas de los setenta, probablemente en gran parte al empeoramiento de otras patologías medicas de fondo y no necesariamente debido a la exanguinación, esto en pacientes mayores con hemorragia digestiva, además, aparentemente por un aumento de la cantidad de pacientes con cirrosis y hemorragia varicosa.

El sangrado es autolimitado en el 80% de los pacientes con hemorragia digestiva alta, aun sin tratamiento específico. Del 20% restante que continúan

sangrando o vuelven a sangrar, riesgo de hemorragia continua o recurrente son los que más se pueden beneficiar con el tratamiento médico, endoscópico y quirúrgico en la etapa aguda. (20)(21).

2.2.2. Etiología

La enfermedad de úlcera péptica

La úlcera péptica es la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal alta. Se puede definir una úlcera en el aparato digestivo como una rotura de 5 mm o más de la cubierta mucosa, con una profundidad visible por endoscopia o con evidencia histológica de extensión submucosa. El término úlcera péptica, o enfermedad ulcero péptica se utiliza para englobar las úlceras y erosiones en el estómago y el duodeno debidas a varias causas, se denomina a estas lesiones pépticas, porque la pepsina, una enzima proteolítica en un pH ácido, desempeña un papel esencial a la hora de producir roturas mucosas, independientemente del agente incitante.

Décadas de investigación se han centrado en el papel de la secreción acida gástrica y de los efectos del estrés, el tipo de personalidad y la genética en la patología de la ulcera péptica. Encontrándose como principales factores de riesgo la infección por *Helicobacter pylori*, los AINES. Por otro lado, los pacientes de úlcera péptica pueden no tener ninguno de estos factores; algunos de estos pacientes presentaran otra causa de úlcera, como un gastrinoma mientras que otros presentaran úlceras idiopáticas (22).

Síndrome de Mallory-Weiss

Son desgarros de la mucosa o submucosa que aparecen en la unión esofagogástrica y se suelen extender en dirección distal hasta una hernia hiatal. Por lo general los pacientes presentan hematemesis o vómitos en pozos de café, típicamente, vómitos no sanguinolentos seguidos de hematemesis, aunque algunos pacientes no recuerdan haber vomitado. Se considera sin que el desgarro se debe al incremento de la presión intrabdominal posiblemente en combinación con un efecto de cizallamiento causado por la presión intratorácica

negativa por encima del diafragma que a menudo se relaciona con vómitos de pacientes con antecedentes de abuso de alcohol. Se han comunicado desgarros de Mallory Weiss en pacientes que vomitan mientras reciben un purgante intestinal antes de una colonoscopia (20). Los estigmas hemorrágicos de los desgarros de Mallory Weiss pueden consistir en una base limpia, sangrado en napa o sangrado activo a chorros. En general la hemorragia es autolimitada y leve, pero a veces puede ser profusa. Los desgarros de Mallory Weiss mucosos (superficiales) pueden comenzar a curar en término de horas, y la curación puede ser completa en el término de 48 horas.

Gastritis por estrés

Las lesiones de la mucosa gástrica y duodenal relacionadas con el estrés son una enfermedad de pacientes gravemente enfermos que están siendo tratados generalmente en la UCI. Por suerte, solo una pequeña porción de pacientes con lesiones mucosas, relacionadas con el estrés presentan una hemorragia clínicamente importante. La insuficiencia respiratoria y la coagulopatía fueron factores independientes de riesgo importantes para la hemorragia relacionada con el estrés. Se produjo una hemorragia importante en el 3.7 % de los pacientes que presentaban uno o ambos de estos factores de riesgo, y únicamente en el 0.1 % de los pacientes sin ellos. No se recomienda, por tanto, el uso rutinario de profilaxis para las úlceras de estrés en UCI, a no ser que el paciente presente coagulopatía o esté recibiendo ventilación mecánica. El abordaje para el tratamiento de las úlceras hemorrágicas activamente hemorrágicas es similar al de las úlceras pépticas sangrantes, como ya se expuso el control endoscópico de la hemorragia, seguido de tratamiento coadyuvante con infusión de IBP, es la opción terapéutica de elección. Sin embargo, el riesgo de recidiva de la hemorragia es elevada, y el sangrado comporta una tasa de mortalidad elevada debido a fallo multiorgánico. Se utilizan generalmente ARH2 e IBP, así como sucralfato oral o intragástrico, para evitar las úlceras de estrés en pacientes en estado crítico, pero la eficacia de estos tratamientos sigue resultando controvertido. En un metaanálisis de 14 ensayos clínicos, los IBP resultaron más efectivos que los ARH2, a la hora de

reducir las HDA clínicamente importantes (21).

Lesión de Dieulafoy

Es un vaso aberrante que protruye a través de la mucosa (arteria de la submucosa de gran calibre de 1 a 3 mm), no se asocia con úlcera péptica y puede esta patología producir hemorragia digestiva masiva. En general, se localiza en el fondo gástrico, dentro de los 6 cm de la unión esofagogástrica, aunque se han comunicado lesiones en el duodeno, el intestino delgado y grueso. Se desconoce la etiología, pero se considera que hay causas congénitas y adquiridas (relacionadas con atrofia de la mucosa o un aneurisma arterial. A veces es difícil identificar la lesión de Dieulafoy en la endoscopia, debido al carácter intermitente del sangrado; la mucosa supra adyacente puede impresionar normal si la lesión no está sangrando (22).

Varices gastroesofágicas

La hemorragia varicosa es una causa importante de hemorragia digestiva, dicha hemorragia se relaciona con la hipertensión portal y es la segunda causa en orden de frecuencia de HDA grave (después de la ulcera gastroduodenal). La mortalidad en el periodo agudo con cada hemorragia es de alrededor de 30%, y la tasa de supervivencia largo plazo es menor del 40% después de un año con tratamiento médico solo.

A pesar de los avances médicos la hemostasia endoscópica y las intervenciones de derivación portosistémica, las tasas globales de supervivencia a largo plazo no han mejorado en los pacientes con hemorragia varicosa, pero el trasplante hepático puede mejorar la supervivencia en determinados pacientes. Las varices gástricas sangrantes representan un problema terapéutico difícil, porque a diferencias de las varices esofágicas sangrantes, la mayoría de los tratamientos conservadores existentes son ineficaces, excepto en casos de varices gástricas aisladas sin varices esofágicas asociadas, como se observa en la trombosis de la vena esplénica y, a menudo en asociación con pancreatitis o cáncer de páncreas.

Las várices gastroesofágicas comienzan a ocurrir con un gradiente de presión

de 8 a 10 mm Hg, con un riesgo de sangrado aumentado en un gradiente de 12 mm Hg. Las várices esofágicas se deben a la dilatación de la vena coronaria, mientras que las várices gástricas son secundarias a reflujo a través de las venas gástricas cortas (22).

Causas menos comunes

Las causas menos comunes de hemorragia gastrointestinal alta significativo incluyen cáncer, hemobilia y fístulas aortoduodenales (22).

2.2.3. Manifestaciones clínicas

Los pacientes pueden presentarse con síndrome anémico agudo asociado a hematemesis y/o melenas. La hematemesis (vómito de sangre) sella el diagnóstico de HDA. Cuando es roja y fresca indica sangrado moderado-severo, en curso. Cuando es tipo borra de café indica sangrados más limitados o detenidos. Las melenas son heces negras, pastosas, brillantes y fétidas provocadas por la presencia de sangre degradada. Si bien en el 90% se debe a HDA, pueden originarse en colon derecho. La enterorragia (salida de sangre fresca mezclada con materia fecal por el ano) habitualmente se origina por debajo del ligamento de Treitz (intestino delgado o colon).

Se deben pesquisar elementos que orienten a la etiología de la HDA como antecedentes de síndrome ulceroso, reflujo gastroesofágico, alcohol, AINES, anticoagulantes, tabaco, cirugías gástricas, resecciones endoscópicas, prótesis de aorta, vómitos. También es importante pesquisar comorbilidades que puedan influir en el manejo: pacientes con coronariopatía o enfermedades pulmonares son más susceptibles a la anemia y requieren niveles más altos de Hb. Establecer la severidad del sangrado y el riesgo de recurrencia es clave ya que la gravedad determina los pasos diagnósticos y terapéuticos, así como el pronóstico (21).

2.2.4. Diagnóstico

Endoscopia

Es la terapia de elección, ya que identificará el sitio de sangrado y permitirá la hemostasia terapéutica en la mayoría de los pacientes. La endoscopia se debe practicar solo cuando no implica riesgos hacerlo y cuando la información obtenida del estudio incidirá en la atención del paciente. En los casos de HDA, la meta es realizar endoscopia en las primeras 24 horas del cuadro inicial y, si es probable que haya hemorragia activa, se recomienda tan pronto el paciente presente estabilidad clínica. Con la endoscopia temprana se ha logrado reducir mucho el costo total, ya que llevara a una disminución de las necesidades de transfusión sanguínea, la estadía hospitalaria y la necesidad de cirugía de urgencia y, por tanto, disminuye la mortalidad por esta afección (23).

2.2.5. Tratamiento

Tratamiento médico

Inhibidores de la bomba de protones

La administración de los IBP es útil para reducir las tasas de hemorragia recurrente en pacientes con úlcera gastroduodenal. La iniciación de IBP en el departamento de urgencias antes que se practique la endoscopia en pacientes con HDA grave se ha convertido en una práctica frecuente, pero aún es controvertida. Varios estudios clínicos y metaanálisis han demostrado que la infusión de un IBP en alta dosis previo a la endoscopia acelera la resolución de los estigmas endoscópicos de sangrado de las úlceras y reduce la necesidad de tratamiento endoscópico, pero no mejora el requerimiento de transfusión, la tasa de sangrado frecuente, la necesidad de cirugía ni la tasa de mortalidad (22).

Octreótide

El octreótide, un análogo sintético de la somatostatina, que reduce la presión portal, aún durante el sangrado activo, es eficaz para reducir la severidad de la hemorragia gastrointestinal alta aguda secundario a las várices. Con la somatostatina los efectos colaterales son extremadamente raros. y tiene un

mejor control del sangrado. Sin embargo, en comparación con los IBP, siguen siendo una terapia médica de segunda línea para este propósito (22).

Propranolol

El tratamiento médico con beta bloqueadores no cardioselectivos (propranolol o nadolol) disminuye aproximadamente en un 50% el riesgo de sangrado digestivo. Su uso es a dosis crecientes según tolerancia clínica del paciente y teniendo en cuenta que la frecuencia cardíaca no baje a menos de 55 lpm y que la presión arterial sistólica a menos de 80-90 mmHg. Un 15% de pacientes experimenta efectos adversos lo que obliga a disminuir la dosis o dejar el tratamiento. Dentro de los más frecuentes son fatiga, bradicardia, insomnio, disnea, broncoespasmo, apatía y disfunción eréctil. En ningún estudio realizado se ha comunicado una defunción por los efectos adversos de los betabloqueadores. A la vez se menciona que la interrupción del tratamiento con betabloqueadores no cardioselectivos puede traer como consecuencia un fenómeno de rebote, por lo que se aconseja que en ninguna circunstancia se interrumpa bruscamente el tratamiento farmacológico (22).

Ácido tranexámico

Es un potente fármaco antifibrinolítico, cuya acción farmacológica es detener la degradación de la fibrina, bloqueando así la fibrinólisis, evitando así la hemorragia y estabilizando el coágulo sanguíneo. En algunos ensayos clínicos han puesto en evidencia su efectividad en el uso de esta patología, indicando que el ácido tranexámico disminuye la mortalidad en pacientes con HDA, aún continúan estudios en curso sobre la efectividad de este fármaco (22).

Tratamiento definitivo

Endoscopia

El uso de la endoscopia en la HDA nos es de utilidad para su diagnóstico y localización de la úlcera, así como también para el pronóstico y tratamiento. El tratamiento endoscópico tiene como objetivo lograr la hemostasis y prevenir la recidiva. Ha demostrado una disminución significativa en la incidencia de

recidiva hemorrágica en un 15-20% anual, en la necesidad de cirugía y en la mortalidad. La tasa de complicaciones es menor del 0.1% (broncoaspiración, perforación y arritmias). Los procedimientos más utilizados son la inyectoterapia (adrenalina), clips, coagulación y esclerosantes. Tienen indicación ante: úlceras Forrest IA, IB, IIA y IIB; úlcera esofágica; Mallory Weiss; lesión de Dieulafoy; angiomas y la angiodisplasia con estigmas de sangrado. La reiteración de la endoscopia estaría indicada sólo en casos de resangrado (22).

Angioembolización

Esta técnica se considera un tratamiento de segunda línea (antes de la cirugía) en el 5% a 10% de los pacientes que no respondieron al tratamiento médico y endoscópico. En el caso de hemorragia gastrointestinal alta, debe investigarse la arteria celíaca, seguido por la arteria mesentérica superior para evaluar la arteria pancreaticoduodenal inferior. Si se observa extravasación, la embolización super selectiva (es decir, bobinas, pegamento, etc.) es el tratamiento de elección (22).

Derivación portosistémica intrahepática transyugular

Consiste en descomprimir el sistema venoso portal al conectar la vena hepática con la vena porta, el cual es realizado por radiólogos intervencionistas. Esta derivación no selectiva reduce la tasa de nuevas hemorragias; sin embargo, no mejora la supervivencia y tiene un aumento de la tasa de encefalopatía. Las complicaciones que presenta son trombosis de derivación y estenosis, y pueden llevar a la necesidad de intervenciones repetidas. Considerado para pacientes con sangrado variceal secundario a hipertensión portal solo después de terapia endoscópica fallida (22).

Intervención quirúrgica

El procedimiento quirúrgico sirve como tratamiento de rescate en el pequeño grupo de pacientes en quienes no es posible ni es posible controlar la hemorragia por medio de tratamiento endoscópico, angioterapia o ambos. En

la HDA no se debe posponer demasiado la operación si el enfermo padece de hemorragia persistente e inestabilidad hemodinámica, ya que los índices de morbilidad y mortalidad aumentan con la tardanza.

La intervención está indicada para personas en las que no se puede controlar la hemorragia con endoscopia inicial. Sin embargo, cuando la hemorragia recurre después de haber logrado la hemostasia con la endoscopia, se dificulta la decisión sobre el tratamiento, y los datos disponibles son contradictorios. Algunos estudios fundamentan un segundo intento para alcanzar la hemostasia por endoscopia, en tanto que otros apoyan la operación inmediata o la embolización angiográfica. Algunas series quirúrgica son indicativas de que los pacientes de alto riesgo (úlceras ≥ 2 cm ubicadas en la curvatura menor del estómago o en la cara posterior del duodeno, choque en el cuadro inicial y adultos mayores con comorbilidades) necesitan tratamiento enérgico después de la endoscopia. En algunas series, la mortalidad operatoria después de un tratamiento endoscópico fallido ha llegado hasta 25%. Sin embargo, esto varía con la experiencia del cirujano y la institución en el tratamiento de la úlcera péptica hemorrágica (22).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Los factores epidemiológicos y clínicos se asocian con una mayor mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.

3.2 Variables y su definición operacional

Variable	Definición	Tipo por naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría y sus variables	Medio de verificación
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento	cuantitativo	años	razón	18-60	DNI
					>60	
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a los seres humanos	cualitativo	fenotipo	nominal	Masculino	Historia clínica
					Femenino	
Comorbilidad	Situación de padecer de dos a más enfermedades	cualitativo	HTA	nominal	Sí	Historia clínica
			DM		No	
			NM			
			OTROS			
Consumo de alcohol	Ingesta excesiva de alcohol	cualitativo	Consumo de alcohol	nominal	Sí	Historia clínica
					No	
Consumo crónico de aines	Consumo de AINES \geq a 6 meses	cualitativo	Consumo inadecuado	nominal	Sí	Historia clínica
					no	
Hematemesis	Vomito de sangre	cualitativo	Vómito con sangre	nominal	Sí	Historia clínica
					No	
Melena	Heces negras, malolientes, viscosas	cualitativo	Coloración y consistencia característica de las heces	nominal	Sí	Historia clínica
					No	
Hematoquezia	Sangre viva por vía rectal	cualitativo	Sangre roja en las heces	nominal	Sí	Historia clínica
					No	

Úlcera duodenal	Rotura de 5 mm o más de la cubierta mucosa duodenal	cualitativo	Informe de endoscopia alta	nominal	Sí	Historia clínica
					No	
Úlcera gástrica	Rotura de 5 mm o más de la cubierta mucosa gástrica	cualitativo	Informe de endoscopia alta	nominal	Sí	Historia clínica
					No	
Varices esofágicas	Dilatación venosa patológica de la submucosa en esófago	cualitativo	Informe de endoscopia alta	nominal	Sí	Historia clínica
					No	
Varices gástricas	Dilatación venosa patológica de la submucosa en el estomago	cualitativo	Informe de endoscopia alta	nominal	Sí	Historia clínica
					No	
Evolución clínica	Registra el desarrollo de las condiciones del paciente durante el transcurso del tratamiento.	cualitativo	Favorable	nominal	mejorado	Historia clínica
			Desfavorable		fallecido	
Mortalidad	Tasa de muertes producidas en una población en general o por una causa determinada.	cualitativo	Condición de alta: fallecido	nominal	Sí	Historia clínica
					No	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Considerando el enfoque metodológico, el estudio será cuantitativo. Según la intervención del investigador, es observacional; según el alcance, analítico; según el número de veces que serán medidas las variables, transversal; según el tiempo en que se midieron las variables, retrospectivo.

El diseño específico será un estudio de casos y controles, se considerará 3 controles por cada caso; los casos serán considerados como pacientes con hemorragia digestiva alta fallecidos y los controles serán considerados como pacientes con hemorragia digestiva alta no fallecidos. De acuerdo al criterio de temporalidad los pacientes que ingresarán al estudio serán casos prevalentes.

4.2 Diseño muestral

Población universo

La población universo estará constituida por todos los hospitalizados con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta hospitalizados en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo de enero a diciembre del 2019.

Población de estudio

Se conformarán dos grupos, el primero será el de casos y el segundo, de controles.

Casos: Hospitalizados fallecidos con hemorragia digestiva alta.

Controles: Hospitalizados no fallecidos con hemorragia digestiva alta.

Criterios de elegibilidad

Inclusión:

Casos:

- Hospitalizados con edad mayor de 18 años.
- Diagnóstico de egreso en historia clínica de hemorragia digestiva alta.
- Fallecido.
- Ingresados al Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el año

2019.

Controles:

- Hospitalizados con edad mayor de 18 años.
- Diagnóstico de egreso en historia clínica de hemorragia digestiva alta.
- No fallecido.
- Ingresados al Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el año 2019.

Exclusión:

Casos y controles:

- Hospitalizados menores de 18 años.
- Diagnóstico de egreso en historia clínica de hemorragia digestiva baja.
- Gestantes.
- Historias clínicas con datos incompletos.
- Pacientes tratados previamente en otro hospital.

Tamaño de la muestra

En el año 2019, en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, se registraron 630 pacientes con hemorragia digestiva alta; de estos fallecieron 35.

Para los casos, no se calculará tamaño de muestra, se considerarán los 35 fallecidos.

Para controles, no se calculará tamaño de muestra, ingresarán 3 controles por cada caso, lo que será 105.

Para los casos, el tipo de muestreo será no aleatorio; serán seleccionados por conveniencia debido a que serán los 35 fallecidos; para los controles, la selección se realizará mediante muestreo aleatorio sistemático; probabilístico hasta llegar a 105 controles; la fórmula será:

$$k = \frac{N}{n}$$

k: intervalo de selección

N: Total de pacientes con hemorragia digestiva alta que no fallecieron (595).

n: Total de pacientes fallecidos con hemorragia digestiva alta (35).

Si al revisar las historias clínicas de los casos, se encuentra alguno que tenga uno de los criterios de exclusión, se realizará un nuevo recálculo del número de controles: si esto sucede en algún control, se tomará el número siguiente de la lista de controles.

4.3 Técnicas de recolección de datos

La técnica para recoger la información será documental, ya que se revisará la información registrada en las historias clínicas de los pacientes que ingresarán al estudio; para iniciarlo, será necesario solicitar la autorización de la dirección del hospital; luego, de la oficina de estadística se obtendrán las 630 historias clínicas de los pacientes que fueron registrados con diagnóstico de egreso de hemorragia digestiva alta. Luego se solicitará las historias clínicas de los 630 pacientes; inmediatamente, se revisarán las de los fallecidos y las historias seleccionadas de los controles con el muestreo aleatorio sistemático. Finalmente se llenará la ficha de recolección de datos.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Se utilizará una ficha de registro, diseñada por el investigador y llenada en el hospital donde se efectúa la pesquisa, con la siguiente información:

- Edad y sexo con preguntas de respuesta abierta.
- Presencia o ausencia de comorbilidad, consumo de alcohol, consumo crónico de aines, hematemesis, melena, hematoquecia, úlcera duodenal, úlcera gástrica, varices esofágicas, varices gástricas: con preguntas de respuestas cerradas dicotómicas.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se preparará una base de datos en el programa Excel 2010, luego se realizará control de calidad de estos para verificar la duplicidad de registros o su incongruencia; la verificación de la hipótesis se realizará con un nivel de confianza

de 95% y de significancia de 5%; se utilizará el software SPSS vers 21.

La distribución normal de la variable cuantitativa (edad) será evaluada mediante el test de Kolmogorov Smirnov; si la variable edad presenta distribución normal, se valorará el promedio y la desviación estándar; si no, solo la mediana y el rango intercuartil. El resto de variables son cualitativas; por tanto, se evaluarán las frecuencias numéricas y porcentuales.

Para identificar el riesgo de la edad asociada a mortalidad, en el caso que la edad tuviera distribución normal se evaluará la T de student; en el caso, no tuviera distribución normal, la U de Mann Whitney.

T de student:

$$t = \frac{\bar{X} - \bar{Y}}{\sqrt{\frac{(n-1)\hat{S}_1^2 + (m-1)\hat{S}_2^2}{n+m-2}} \sqrt{\frac{1}{n} + \frac{1}{m}}}$$

Dónde:

n: Total de pacientes fallecidos.

m: Total de pacientes no fallecidos.

\bar{X} : Promedio de la edad en pacientes fallecidos.

\bar{Y} : Promedio de la edad en pacientes no fallecidos.

\hat{S}_1 : Desviación estándar de la edad en pacientes fallecidos.

\hat{S}_2 : Desviación estándar de la edad en pacientes no fallecidos.

Los resultados se interpretarán de la siguiente manera:

Cuando el valor t sea menor que el r t consignado en la tabla t, y el valor de p sea < 0.05, se aceptará que la edad está asociada con mayor mortalidad. Si no se cumplen estas condiciones, la edad no estará asociada a mayor mortalidad.

U de Mann Whitney.

$$U1 = n1n2 + \frac{n1(n1 + 1)}{2} - R1$$

$$U2 = n1n2 + \frac{n2(n2 + 1)}{2} - R2$$

Dónde:

n1: Total de pacientes fallecidos.

n2: Total de pacientes no fallecidos.

R1: Suma de rangos de las observaciones de pacientes fallecidos.

R2: Suma de rangos de las observaciones de pacientes no fallecidos.

Los resultados se interpretarán de la siguiente manera:

Cuando el valor de valor U sea menor que el valor U de la tabla, y el valor de p sea < 0.05; se aceptará que la edad está asociada a mayor mortalidad. Si no se cumplen estas condiciones, la edad no está asociada a mayor mortalidad. El estadístico U que utilizará para comparar con el valor descrito en la tabla será el menor valor de U1 y U2.

Para identificar el riesgo de las variables cualitativas asociadas a la mortalidad, se utilizará la Razón de Monomios (OR), el intervalo de confianza del 95% (IC95%) y la p de Fisher.

Previamente a realizar estos cálculos se elaborará una tabla de contingencia de 2 x 2, de la siguiente manera:

		FALLECIDO		
		SÍ	NO	
FACTOR	PRESENTE	A	B	A+B
	AUSENTE	C	D	C+D
		A+C	B+D	

Considerando:

A: Pacientes fallecidos y presencia del factor

B: Pacientes no fallecidos y presencia del factor

C: Pacientes fallecidos y ausencia del factor

D: Pacientes no fallecidos y ausencia del factor

Fórmula de Razón de monomios:

$$OR = \frac{A * D}{C * B}$$

Fórmula de p de Fisher:

$$p = \frac{(A + B)! (C + D)! (B + C)! (A + C)}{n! A! B! C! D!}$$

El resultado se interpretará de la siguiente manera:

Cuando la Razón de Monomios sea mayor a 1, el IC 95% no considera el 1, y el valor de p sea < 0.05, se acepta que la variable está asociada a mayor mortalidad. Si no se cumplen estas condiciones se concluye que la variable no está asociada a mayor mortalidad.

4.5 Aspectos éticos

El estudio será observacional retrospectivo; por lo tanto, no será considerada la aplicación del consentimiento informado. No existen conflictos de interés entre el investigador y la ejecución de la investigación; tampoco, dificultad alguna para el recojo de los datos. Se mantendrá la confidencialidad de los datos, ya que el llenado de las fichas, y el análisis será realizado únicamente por el investigador; y al publicar los resultados no se considerará el nombre de los pacientes, es decir, se considerarán los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia e integridad.

CRONOGRAMA

Pasos	2019										
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Redacción final del proyecto de investigación	X										
Aprobación del proyecto de investigación		X									
Recolección de datos			X	X							
Procesamiento y análisis de datos					X						
Elaboración del informe						X	X				
Correcciones del trabajo de investigación								X	X		
Aprobación del trabajo de investigación										X	
Publicación del artículo científico											X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	200.00
Soporte especializado	600.00
Empastado de la tesis	300.00
Transcripción	500.00
Impresiones	500.00
Logística	400.00
Refrigerio y movilidad	500.00
Total	3000.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Schemmer P, Decker F, Dei-Anane G, Henschel V, Buhl K, Herfarth C, et al. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients. *World J Gastroenterol*. 2006;12(22):3597-601.
2. Laine L. Acute and chronic gastrointestinal bleeding. In: Sleisenger and Fordtrans *Gastrointestinal and Liver Disease*. WB Saunders Company. 6th edition.2004; 198-219.
3. Rockall TA, Logan FR, Devlin HB y Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995; 311(6999): 222-226.
4. Velásquez H, Espejo H, Ruiz E, Contardo C, Ichivanagui C, Román R et al. Reporte de 4772 hemorragias digestivas en una unidad de sangrantes. En: Resúmenes de comunicaciones libres XXVII Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas indizado en: *Rev Gastroenterol Per*. 2001; 21 (4): S12- S13: N°49.
5. 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.
6. Velásquez H, Espejo H. et al. Reporte de 4772 hemorragias digestivas en una unidad de sangrantes. Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas. *Rev Gastroenterol Per*. 2004; 21:12- 13:N°49.
7. Castillo G, Monroy P. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en Hospital Abel Gilbert Pontón período 2014-2017[tesis posgrado]. Universidad de Guayaquil; 2018.
8. Lingjie H, Jianwei Z, Shutian Z. Factores de riesgo de mortalidad hospitalaria en pacientes con hemorragia digestiva alta e infarto agudo de miocardio. *Saudi J Gastroenterol* 2018;24: 177-82
9. Mora A. Factores asociados a hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes mayores de 39 años: Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2012(tesis posgrado), Universidad de Cuenca; 2018.
10. Almeida J. Factores asociados a hemorragia digestiva alta en pacientes de gastroenterología. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2016-2017. Estudio de casos y controles (tesis posgrado), Universidad de Cuenca; 2018.

11. Jonathán M. Paredes E. Factores de Riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de Gastroenterología -2015 (tesis pregrado), Universidad Ricardo Palma; 2017.
12. Zapata A. Validez diagnóstica de la escala de Glasgow - Blatchford para la predicción de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el hospital Cayetano Heredia, Piura. (tesis pre grado), Universidad Privada Antenor Orrego – UPAO; 2017.
13. Roca J. Lesiones endoscópicas más frecuentes en pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta atendidos en el HSR en el año 2014[tesis posgrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
14. Ramírez D. Mortalidad, incidencia y factores de riesgo de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil en el periodo 2012 al 2014 (tesis pregrado), Universidad de Guayaquil; 2015.
15. Jiménez RD, Cong RJE, Estrada EEM, et al. Evaluación de los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila. *Mediciego*. 2015;21(4):12-21.
16. Orlando F, Héctor D, Bayron G, et al., Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en el adulto mayor. Análisis de 3 años. *MEDICIEGO*. 2009; 15 Suppl 2. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/2254>.
17. Rodríguez Hernández, I. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. *eglobal [Internet]*. 2011; 10(2). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/121781> 2011.
18. Corzo M, Guzmán P, Bravo EA, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Estudio caso control. *Rev Gastroenterol Perú*. 2013; 33(3):223-9.
19. Pichilingue C, Queirolo FS, Ruiz-- Llenque JJ, et al. Frecuencia y mortalidad de resangrado en pacientes cirróticos tratados por hemorragia de várices esofágicas en dos hospitales de Lima-Perú durante los años 2009-2011. *Rev Gastroenterol Perú*. 2013; 33(3):231-5.
20. Espinoza J, Aguilar Víctor, Bravo A, Pinto José. Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. *Rev. gastroenterol. Perú [Internet]*. 2016 Abr [citado 2019 Mar 06]; 36(2): 143-152. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-

51292016000200007&lng=es.

21. Cobiellas R, López C, López N. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018; 43(3). Disponible en:
<http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1290>.
22. Marcie F, Elliott R. Upper Gastrointestinal Bleeding.[revista en internet].2014 [citado 5 de marzo 2019]; 94(1), 43-53. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039610913001539?via%3Dihub>
23. Ray DM, Srinivasan I, Tang S-J, Vilmann AS, Vilmann P, McCowan TC, et al. Complementary roles of interventional radiology and therapeutic endoscopy in gastroenterology. World Journal of Radiology [revista en internet]. 2017 [citado 5 de marzo 2019]; 9(3): 97-111. Disponible en: <https://doi.org/10.4329/wjr.v9.i3.97>.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia a digestiva alta Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019	¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019?	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar los factores epidemiológicos y clínicos que se asocian con la mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.</p> <p>Precisar los factores epidemiológicos asociados a mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.</p> <p>Establecer los factores clínicos asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.</p> <p>Identificar la relación entre la forma de presentación de hemorragia digestiva alta (hematemesis, melena, hipotensión) con la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.</p>	Los factores epidemiológicos y clínicos, tales como edad mayor a 60 años, sexo masculino, comorbilidades, consumo crónico de alcohol y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), vrices esofagogástricas, úlceras gástricas y/o duodenales se asocian con una mayor mortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019.	Es un estudio cuantitativo, observacional, transversal, retrospectivo, de casos y controles, con el objetivo de analizar los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019	Grupo de casos, estará constituido por los pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva alta y que fallecieron. Grupo de controles, estará constituido por los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta y que no fallecieron, que ingresan al Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el año 2019	Se elaborará una ficha de recolección de datos en la que se plasmará los datos necesarios procedentes de las historias clínicas, para ello se solicitará el acceso al archivo de historias clínicas.

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
Edad		
Sexo	M	F
Comorbilidad	Sí	No
Consumo de alcohol	Sí	No
Consumo crónico de aines	Sí	No
Hematemesis	Sí	No
Melena	Sí	No
Hematoquecia	Sí	No
Úlcera duodenal	Sí	No
Úlcera gástrica	Sí	No
Varices esofágicas	Sí	No
Varices gástricas	Sí	No
Mortalidad	Sí	No