



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSGRADO DE MEDICINA INTERNA**

**FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO  
VARICEAL EN PACIENTES MAYORES DE 39 AÑOS: HOSPITAL VICENTE  
CORRAL MOSCOSO, CUENCA, 2012**

**Tesis previa a la obtención del  
título de Especialista en  
Medicina Interna**

**AUTOR: Dr. ÁLVARO RANSÉS MORA HERRERA**

**C.I.: 0105930002**

**DIRECTORA: Dra. MARLENE ELIZABETH ÁLVAREZ SERRANO**

**C.I.: 0300881877**

**ASESOR: Dr. JAIME ROSENDO VINTIMILLA MALDONADO**

**C.I.: 0300702172**

**CUENCA – ECUADOR**

**2018**



## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la asociación entre hemorragia digestiva alta no variceal con el consumo de antiinflamatorios no esteroides, alcohol, tabaco y antecedentes personales de dispepsia en pacientes mayores de 39 años, hospitalizados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero de 2008 a enero de 2012.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de casos y controles. La muestra se calculó sobre la base del 95% de confianza, poder estadístico del 80%, OR de 3 y 15% de consumo de antiinflamatorios y para el tamaño se aplicó la fórmula para casos y controles. Se pareó por edad y sexo, y por cada caso dos controles. Los datos fueron obtenidos en parte de las historias clínicas y por entrevista directa y analizados en el software EPI Info.

**RESULTADOS:** El 60.1% fueron hombres. La edad varió entre 40 y 94 años, la mediana fue de 73.0. Los grupos fueron similares en promedio de edad y frecuencia de sexo femenino y/o masculino ( $p > 0.005$ ).

El consumo de antiinflamatorios no esteroides, de tabaco y el antecedente personal de dispepsia resultaron ser factores de riesgo para hemorragia digestiva alta (OR: 2.1; IC<sub>95%</sub> 1.2 – 3.6 y valor  $p = 0.006$ ) (OR: 2.0; IC<sub>95%</sub> 1.1 – 3.6 y valor  $p = 0.018$ ) (OR: 22.4; IC<sub>95%</sub> 9.2-54.7 y valor  $p = 0.000$ ) respectivamente.

**CONCLUSIONES:** El consumo de antiinflamatorios no esteroides, de tabaco y el antecedente personal de dispepsia son factores de riesgo para hemorragia digestiva alta no variceal.

**PALABRAS CLAVE:** HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL, FACTORES ASOCIADOS



## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the association between non-variceal upper gastrointestinal bleeding with NSAIDs consumption, alcohol, snuff and personal history of dyspepsia in patients over 39 years, hospitalized in the Department of Internal Medicine Vicente Corral Moscoso during January 2008 to January 2012.

**MATERIALS AND METHODS:** We conducted a case-control study. The sample was calculated based on 95% confidence, power of 80%, OR of 3 and 15% of consumption inflammatory and size formula was applied to cases and controls. Were matched by age and sex, and two controls per case. Data were obtained from medical records and direct interview and analyzed with Epi Info

**RESULTS:** 60.1% were men. The age ranged between 40 and 94 years, the median was 73.0. The groups were similar in mean age and frequency of female and / or male ( $p > 0.005$ ).

Consumption of NSAIDs, snuff and personal history of dyspepsia were are risk factors for upper gastrointestinal bleeding (OR: 2.1, 95% CI 1.2 - 3.6 and  $p$  value = 0.006) (OR: 2.0, 95% 1.1 - 3.6 and  $p$  value = 0.018) (OR: 22.4, 95% CI 9.2-54.7 and  $p$  value = 0.000) respectively.

**CONCLUSIONS:** Consumption of NSAIDs, snuff and personal history of dyspepsia are risk factors for non-variceal upper gastrointestinal bleeding.

**KEYWORDS:** NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE, FACTORS ASSOCIATED

**INDICE**

<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>CAPÍTULO I</b> .....	10
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	10
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	11
<b>1.2 JUSTIFICACIÓN</b> .....	11
<b>CAPÍTULO II</b> .....	12
<b>2. FUNDAMENTO TEÓRICO</b> .....	12
<b>2.1 GENERALIDADES</b> .....	12
<b>2.2 DEFINICIÓN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL</b> .....	13
<b>2.3 EPIDEMIOLOGÍA</b> .....	13
<b>2.3.1 INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN LA POBLACIÓN</b> .....	13
<b>2.4 FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS</b> .....	15
<b>2.4.1 TABACO</b> .....	15
<b>2.4.2 ALCOHOL</b> .....	16
<b>2.4.3 ANTINFLAMATORIOS NO ESTERÓIDEOS (AINES)</b> .....	17
<b>2.4.4 ANTECEDENTES DISPÉPTICOS</b> .....	18
<b>2.5 ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL</b> .....	19
<b>2.6 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA</b> .....	20
<b>CAPÍTULO III</b> .....	21
<b>3. HIPÓTESIS</b> .....	21
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	21
<b>4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	21
<b>4.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	21
<b>4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	21
<b>CAPÍTULO V</b> .....	22
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	22
<b>5.1 TIPO DE ESTUDIO</b> .....	22
<b>5.2 UNIVERSO</b> .....	22
<b>MUESTRA</b> .....	22



<b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b> .....	23
<b>5.5 DEFINICIÓN DE CASO Y DEFINICIÓN DE CONTROL</b> .....	23
<b>5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b> .....	24
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</b> .....	25
<b>5.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</b> .....	26
<b>RECOLECCIÓN DE INFORMACION</b> .....	27
<b>5.9.1 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b> .....	27
<b>5.10 ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	27
<b>11 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b> .....	28
<b>PROCEDIMIENTOS BIOÉTICOS</b> .....	29
<b>CAPITULO VI</b> .....	29
<b>6. RESULTADOS</b> .....	29
<b>6.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES</b> .....	29
<b>6.2 SEXO</b> .....	29
<b>6.3 EDAD</b> .....	30
<b>6.4 RESIDENCIA</b> .....	30
<b>6.5 INSTRUCCIÓN</b> .....	30
<b>6.6 OCUPACIÓN</b> .....	30
<b>6.7 SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA</b> .....	31
<b>Tabla 1.</b> .....	31
<b>6.8 ASOCIACIÓN ENTRE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL CON EL CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS, ALCOHOL, TABACO Y ANTECEDENTE PERSONAL DE DISPEPSIA.</b> .....	32
<b>6.8.1 CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b> .....	32
<b>6.8.2 CONSUMO DE ALCOHOL</b> .....	32
<b>6.8.3 CONSUMO DE TABACO</b> .....	32
<b>6.8.4 ANTECEDENTE DISPÉPTICO</b> .....	33
<b>Tabla 2.</b> .....	33
<b>CAPITULO VII</b> .....	34
<b>7.1 DISCUSIÓN</b> .....	34
<b>7.2 CONCLUSIONES</b> .....	39
<b>7.3 RECOMENDACIONES</b> .....	40
<b>7.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	41
<b>ANEXOS</b> .....	46
<b>ANEXO 1</b> .....	46



**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO  
INSTITUCIONAL**

**ÁLVARO RANSÉS MORA HERRERA** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la Tesis **FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN PACIENTES MAYORES DE 39 AÑOS: HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, 2012**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de esta tesis en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 06 de septiembre del 2018

**ÁLVARO RANSÉS MORA HERRERA**

**C.I.: 0105930002**



**CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL**

**ÁLVARO RANSÉS MORA HERRERA**, autor de la Tesis **FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN PACIENTES MAYORES DE 39 AÑOS: HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, 2012**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 06 de septiembre del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Roberto Herrera", written over a horizontal dotted line.

**ÁLVARO RANSÉS MORA HERRERA**

**C.I.: 0105930002**



## **AGRADECIMIENTO**

Mi profunda gratitud con Ecuador, con la Universidad de Cuenca, con la Facultad de Medicina, con mis maestros, y con los hospitales Vicente Corral

Moscoso, IESS y SOLCA.

A la Directora de Tesis, Dra. Marlene Álvarez, al Asesor de Investigación, Dr. Jaime Vintimilla.



## DEDICATORIA

A Dios y a un ángel en la tierra... mi esposa.



## CAPÍTULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta no variceal es una emergencia médico-quirúrgica. En los países occidentales la incidencia es de 100 a 150 casos por 100,000 habitantes al año y una mortalidad del 10 al 14%, constituyendo la principal urgencia gastroenterología (1, 2,3).

Dentro de las características clínicas del paciente, la edad presenta una mortalidad de 14 al 39%, en pacientes mayores de 60 años, a diferencia de una menor mortalidad de 4 al 9 % en menores de 60 años (4, 5,6)

Respecto al sexo se ha observado, en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, que la incidencia en varones es el doble respecto a las mujeres.

Se reporta que entre el 10 al 20% de los usuarios de antiinflamatorios no esteróideos sufren complicaciones, como sangrado digestivo y perforaciones ulcerosas y son más frecuentes en pacientes de edad avanzada mayores de 75 años, con antecedentes de úlcera péptica (61%) y hemorragia digestiva, además de la presencia de un hábito tóxico (7,8,9).

Es necesario identificar los factores de riesgos asociados a hemorragia digestiva alta no variceal, a fin de disminuir la mortalidad y las complicaciones que se presentan. Conocer la magnitud de los problemas que se relacionan con ésta, servirán de base para intervenciones más eficaces y oportunas, radicando aquí la importancia de esta investigación.



## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta no originada por várices, continúa siendo un desafío. Es más frecuente que la hemorragia digestiva variceal en una proporción de 3 a 1 en Estados Unidos y se describen anualmente más de 250000 enfermos de hemorragia digestiva alta no variceal, siendo responsable de hasta 20000 muertes al año en dicho territorio. Aunque su incidencia varía en los distintos países, se estima que se presenta con una frecuencia entre 50 y 140 pacientes por cada 100 000 habitantes y se incrementa marcadamente con la edad. En un estudio argentino la prevalencia es de un 3%, siendo el 68% mayores de 65 años (1); en Venezuela son el 63% (2) y en el Perú el 65% (3).

Aproximadamente el 80% de las hemorragia digestiva alta no variceal se autolimitan, requiriendo solo medidas de soporte (4). Sin embargo, los pacientes restantes tienen riesgo de recurrir o persistir esta patología y un peor pronóstico.

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

En las emergencias de los hospitales, los ingresos debidos a urgencias producidas por hemorragias digestivas altas, con el riesgo de mortalidad es de 6 % a 10 %.

En nuestro medio la morbilidad es de 2 % a 4 % de las emergencias que ingresan a los centros hospitalarios. Esto nos indica que deben realizarse estudios estadísticos y de investigación; hacer revisiones de los costos; su repercusión en los sistemas de salud nacional. Por lo que esta investigación va dirigida a todos los profesionales de la salud y en especial a quienes tienen a



cargo las áreas de medicina preventiva y a quienes trabajan en las consultas externas, para que los resultados de esta sirvan como base de programas de prevención y educación de la población en general.

## **CAPÍTULO II**

### **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

#### **2.1 GENERALIDADES**

La primera descripción bastante precisa de esta entidad se atribuye a Dioclés de Cariosto en el siglo IV a. C.

Galeno, en el siglo II a.C describió los síntomas y complicaciones de la úlcera péptica (principal causa de hemorragia digestiva alta no variceal) y observó el color negro de las heces en alguno de sus pacientes (5).

Bauhin en 1700, conforme lo señaló Hurst en una publicación sobre úlcera duodenal y gástrica del año 1929, describió su experiencia en un enfermo joven que había presentado melena y que en la autopsia descubrió que la fuente de sangrado fue una úlcera gástrica (6,7).

Cruveilhier manifestaba algunas características clínicas de estos pacientes: “alteración del apetito, tristeza insuperable, digestión laboriosa”. Junto a ello adelgazamiento, estreñimiento, náusea, vómito, hematemesis o melena.

Abercrombie en 1828 puntualizó sobre el origen desconocido de la fuente de sangrado y describió casos mortales en los que no se había encontrado la causa.

Curling en 1842 describe ulceraciones agudas del duodeno en un caso de quemadura.



No cabe ninguna duda que el descubrimiento de los grupos sanguíneos en 1901 por Landsteiner y la conservación adecuada de la sangre en 1916 por Rous y Turner, así como la aparición de la endoscopia digestiva en 1868 por Kussmaul contribuyeron enormemente a la terapéutica de la hemorragia gastrointestinal (8,9).

## **2.2 DEFINICIÓN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL**

La hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) se define como una pérdida de sangre intraluminal en el tubo digestivo, que se origina en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz. Clínicamente se manifiesta en forma de hematemesis o bien de melenas, con menor frecuencia se presenta con hematoquecia o rectorragia y que no es secundaria a hipertensión portal y por lo tanto a várices esofágicas (10).

## **2.3 EPIDEMIOLOGÍA**

### **2.3.1 INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN LA POBLACIÓN**

La hemorragia digestiva alta no varicosa es una urgencia médica frecuente, con una incidencia anual que oscila entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes, conllevando un elevado número de ingresos hospitalarios y un consumo elevado de recursos sanitarios (11,12).

A pesar de los importantes avances de los últimos años, la mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta no varicosa todavía es elevada en algunas series (10%).



La reducción de la mortalidad observada en las series más recientes se debe, principalmente, al mejor conocimiento de los factores pronósticos en la hemorragia digestiva alta y, sobre todo, a la introducción y el desarrollo de diferentes técnicas de terapéutica endoscópica que ha condicionado un notable descenso de la incidencia de recidiva de la hemorragia y de la necesidad de tratamiento quirúrgico.

En Estados Unidos, en 1981, Cutler y Mendeloff publican una incidencia anual de 150 casos por 100.000 habitantes y año; lo que supone el 6 % de todas las altas hospitalarias de EE.UU (300.000 ingresos hospitalarios por año) (13).

En el año 2002, Higham recoge los ingresos hospitalarios por complicaciones de úlcera péptica en Inglaterra y Gales desde 1989 hasta 1998. En este período detecta un aumento de los ingresos por hemorragia digestiva alta no variceal entre los 65-74 años. El incremento es del 14% en mujeres y del 30 % en varones.

En el grupo de pacientes por encima de los 75 años, los aumentos fueron respectivamente del 50 % y 60 % (14).

La úlcera péptica fue la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta no variceal, aumentando de un 40 % a un 46 % al final del estudio, aunque se mantuvo estable su incidencia en la población en general (15).

Se objetivó una relación importante entre úlcera péptica y el consumo de antiinflamatorios no esteróideos. Se observó un aumento de la mortalidad asociado a mayor edad de los pacientes, mayor patología asociada y al resangrado (15,16).



## **2.4 FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS HÁBITOS TÓXICOS Y FÁRMACOS**

### **2.4.1 TABACO**

El tabaco es un factor predisponente para las complicaciones ulcerosas.

Con respecto al efecto del tabaco sobre la cicatrización y recidivas de la enfermedad ulcerosa, diversos estudios realizados permiten decir que el consumo del tabaco retrasa la cicatrización de la úlcera duodenal y gástrica y aumenta el número de recidivas.

El efecto es proporcional al número de cigarrillos fumados y al tiempo de consumo

Los trabajos sobre complicaciones y mortalidad de la úlcera péptica en relación al tabaco, aunque menos numerosos y con mayor dificultad en llegar a conclusiones, si muestran la tendencia a un aumento de ambos parámetros en los fumadores.

Se han propuesto diversos mecanismos, tratando de explicar, los efectos del tabaco sobre la úlcera. Los estudios sobre la influencia en la secreción ácida son confusos y contradictorios, algunos muestran un aumento de la misma y otras disminuciones de la secreción gástrica basal o estimulada con pentagastrina. También se ha observado como en los fumadores disminuye o se invierte el efecto de ciertos fármacos antiulcerosos, y como además los fumadores suelen tener niveles elevados de pepsinogeno (1)



El consumo de tabaco también influye sobre la secreción pancreática provocando una disminución de la misma y este efecto inhibitor puede estar mediado a través de la liberación de catecolaminas.

También se han propuesto mecanismos alterados en los fumadores, aunque de mayor importancia en la úlcera gástrica que duodenal como son, alteraciones en el flujo sanguíneo, mayor reflujo biliar y disminución en la producción de prostaglandinas.

Como conclusión y con los datos hoy conocidos se puede afirmar, que consumir mas de 15 cigarrillos al día, implica multiplicar por 3 el riesgo de perforación por úlcera péptica junto a otros factores que retrasan la cicatrización y favorecen las recidivas (4, 10,15).

#### **2.4.2 ALCOHOL**

El alcohol (>80 g/día) multiplica por 4 el riesgo de HDA en patología ulcerosa.

La resistencia del estómago a su propia auto-digestión por las enzimas que segrega se debe a la existencia de una barrera gástrica a la difusión del ácido luminal. La primera consecuencia clínica de la alteración de esta barrera es el desarrollo de una gastritis aguda.

Estudios en voluntarios sanos han demostrado que tras una intoxicación alcohólica aguda se desarrolla una gastritis endoscópica con eritema, erosiones, petequias y exudado de la mucosa a las 6 horas siguientes en más del 80% de los casos. Todos estos cambios fueron reversibles en 7 – 20 días en todos los casos en que se repitió la endoscopia. En otro estudio se comprobó que la administración de una dosis única de 200 ml de un licor ya



produce un cierto grado de inflamación de la mucosa gástrica, especialmente la del antro y en algunos casos llega a producir erosiones y hemorragias.

Estas lesiones habían desaparecido a los tres días en todos los casos revaluados. La reversibilidad de la gastritis y la propensión a la hemorragia depende del grado de insulto de la barrera de la mucosa gástrica y de la concentración de ácido que entra en contacto con la mucosa lesionada

Todavía no se conocen con exactitud cuáles son los mecanismos que utiliza el alcohol para producir las lesiones gástricas, pero los trabajos más recientes sugieren una hiperproducción de factor alfa de necrosis tumoral (TNF- $\alpha$ ), aumento de la apoptosis e incremento de la peroxidación lipídica inducida por radicales libres. Otros irritantes gástricos como la aspirina o los antiinflamatorios no esteroideos pueden potenciar los efectos del alcohol y aumentar el riesgo de hemorragia. (4, 10,15)

### **2.4.3 ANTINFLAMATORIOS NO ESTERÓIDEOS (AINES)**

Actualmente es uno de los factores que contribuye a mantener el índice de hemorragia digestiva alta no variceal global, teniendo en cuenta que los antiinflamatorios no esteróideos, actualmente, forman parte del tercer grupo de fármacos más prescritos (4, 10,15).

Los antiinflamatorios no esteroideos lesionan la mucosa gástrica por medio de dos mecanismos:

- Un efecto local: irritación superficial del epitelio gástrico.
- Un efecto sistémico: inhibiendo la enzima ciclooxigenasa, impidiendo la síntesis de prostaglandinas a partir del ácido araquidónico.



Existen dos isoformas de ciclooxigenasa: la COX-1 (ciclooxigenasa-1) y la COX-2 (ciclooxigenasa-2). La COX-1 se encuentra en la mayoría de los tejidos y es responsable de la síntesis de prostaglandinas que regulan procesos fisiológicos como la integridad de la mucosa gástrica, la actividad plaquetaria y la función renal. La inhibición de esta enzima sería la responsable de los efectos adversos de los AINES sobre la mucosa gastrointestinal.

La COX-2 se encuentra presente en menos tejidos del organismo, es inducida en respuesta a estímulos inflamatorios, generando prostaglandinas que participan en los procesos de dolor e inflamación.

Entre el 15 y el 30 % de los enfermos expuestos a antiinflamatorios no esteróideos desarrolla úlceras gastroduodenales; aunque las complicaciones como sangrado, perforación u obstrucción se presentarán en una proporción 10 veces menor (1.5 - 3.0 %), esto consideran un factor predisponente para resangrado (16), cabe resaltar que de esta población expuesta la mayor parte de pacientes son mayores de 60 años.

El ibuprofeno sería el antiinflamatorio no esteróideo con menor toxicidad gastrointestinal y el Acido-acetil-salicílico multiplicaría por 2 el riesgo de sangrado o de perforación (17).

#### **2.4.4 ANTECEDENTES DISPÉPTICOS**

La dispepsia relacionada con AINE tradicionales es frecuente (15 a 40% de los pacientes) y es el efecto adverso que más encuentra el médico que prescribe AINE (13). La dispepsia por sí sola es un efecto secundario con repercusión clínica.



De hecho, puede ser un problema importante para el médico el manejo de pacientes que precisan AINE y refieren dispepsia. Ya se ha señalado que per se no predice la aparición de complicaciones o lesiones gastrointestinales, pero algunos estudios estiman que la historia previa de dispepsia por AINE aumenta discretamente el riesgo de complicaciones.

El tratamiento con coxib se asocia a menor frecuencia de dispepsia frente a AINE tradicionales, aunque en algunos estudios esta diferencia desaparece en tratamientos a largo plazo (4, 10,15).

## **2.5 ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL**

La úlcera péptica es la causa más frecuente de HDA no varicosa en la actualidad, siendo responsable aproximadamente del 50 % del total de episodios de sangrado (18, 19).

La principal causa de úlcera péptica es la infección por helicobacter pylori, la identificación de esta bacteria ha contribuido al descenso en la incidencia de hemorragia digestiva alta, ya que se trata de un germen con un tratamiento farmacológico efectivo (4, 10,15).

Según los datos de la Sociedad Americana de Endoscopia, las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta no variceal son las expresadas en la siguiente tabla:

**Tabla 1. Etiología de la hemorragia digestiva alta no variceal.**

- Úlcera duodenal	24.3 %
- Úlcera gástrica	21.3 %
- Lesiones agudas mucosa gástrica	23.4 %
- Síndrome de Mallory-Weiss	7.2 %
- Esofagitis	6.3 %
- Duodenitis erosiva	5.8 %
- Neoplasia	2.9 %
- Úlcera boca anastomótica	1.8 %
- Úlcera esofágica	1.7 %
- Malformaciones vasculares	0.5 %
- Otras	16.6 %

## 2.6 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Tras la estabilización del enfermo y el diagnóstico clínico de HDA, la endoscopia constituye, actualmente, un elemento imprescindible en el manejo del paciente con hemorragia digestiva por su capacidad:

- Diagnóstica → identifica y localiza la lesión sangrante.
- Pronóstica → permite conocer el riesgo de recidiva asociado a los estigmas de hemorragia reciente.
- Terapéutica → actúa sobre las lesiones con sangrado activo y de alto riesgo de resangrado, pudiendo realizar hemostasia de las mismas.

La endoscopia diagnóstica la causa del sangrado en el 90-95 % de los casos (20,21).

Actualmente es evidente que la endoscopia proporciona un excelente complemento a los factores clínicos para determinar el riesgo de resangrado y establecer el tratamiento médico complementario, el momento de plantear la reintroducción de la dieta oral y la duración de la estancia hospitalaria (22,23).



## **CAPÍTULO III**

### **3. HIPÓTESIS**

La hemorragia digestiva alta no variceal en pacientes mayores de 39 años está asociada a la ingesta de antiinflamatorios no esteróideos, consumo de tabaco, alcohol y a los antecedentes personales dispépticos.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación entre hemorragia digestiva alta no variceal con el consumo de antiinflamatorios no esteroides, alcohol, tabaco y antecedentes personales de dispepsia en pacientes mayores de 39 años, hospitalizados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero de 2008 a enero de 2012.

#### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar las características socio-demográficas del grupo de estudio.
2. Determinar la frecuencia del consumo agudo de alcohol, de tabaco, ingesta de antiinflamatorios no esteroides y antecedentes personales dispépticos en el grupo de casos y controles.
3. Comparar la frecuencia de consumo agudo de alcohol, de tabaco, ingesta de antiinflamatorios no esteroides y antecedentes personales dispépticos en el grupo de casos y controles.



## CAPÍTULO V

### 4. METODOLOGÍA

#### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de casos y controles.

#### 5.2 UNIVERSO

Todos los pacientes mayores a 39 años que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo enero 2008 a enero 2012.

#### 5.3 MUESTRA

La muestra se calculó a través de la siguiente fórmula utilizada en los estudios de casos y controles.

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

Con 15% de exposición al menor factor de riesgo para los controles, OR estimado de 3, confianza de 95%, potencia estadística de 80%, proporción entre casos y controles: 2:1

Así, el resultado fue:

CASOS	CONTROLES
81	162



## UNIDAD DE ANÁLISIS

El paciente mayor de 39 años que ingresó al departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período enero 2008 a enero 2012 y que estuvo expuesto a por lo menos uno de los factores asociados a hemorragia digestiva alta no variceal (consumo de antiinflamatorios no esteróideos, alcohol, tabaco y antecedentes dispépticos) propuestos para esta investigación.

### 5.5 DEFINICIÓN DE CASO Y DEFINICIÓN DE CONTROL

**5.5.1 CASO:** paciente mayor de 39 años que ingresó por hemorragia digestiva alta no variceal al departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período enero 2008 a enero 2012 y que estuvo expuesto a por lo menos uno de los factores asociados a hemorragia digestiva alta no variceal (consumo de antiinflamatorios no esteróideos, alcohol, tabaco y antecedentes dispépticos) propuestos para esta investigación.

**5.5.2 CONTROL:** paciente que se atendió por causa diferente a hemorragia digestiva alta no variceal en el departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período enero 2008 a enero 2012 y que estuvo expuesto a por lo menos uno de los factores asociados a hemorragia digestiva alta no variceal (consumo de antiinflamatorios no esteróideos, alcohol, tabaco y antecedentes dispépticos) propuestos para esta investigación.

Se pareará con los casos mediante concordancia en sexo y edad (+\_3 años) en una proporción de 2:1 (2 controles para cada caso)

**5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Edad</b>	Años de vida cumplidos al momento de la entrevista.	Tiempo transcurrido.	Número de años cumplidos al momento de la aplicación del formulario, corroborado por la fecha de nacimiento de la cédula de identidad.	40- 64 ≥ 65
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, biológica, por la cual los seres vivos son masculinos o femeninos.	Caracteres fenotípicos.	Fenotipo.	Masculino Femenino
<b>Lugar de residencia</b>	Espacio físico del cantón Cuenca en donde vive una persona en relación con el área geopolítica.	Área geopolítica.	Parroquias Urbanas. Parroquias Rurales (según la división geopolítica del cantón cuenca)	Urbano rural
<b>Ocupación remunerada</b>	Presencia o no del ejercicio de determinada profesión u oficio en una persona al momento de la entrevista.	Presencia de ocupación.	Tipo de actividad remunerado , en la que el participante ocupa su tiempo.	Si <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar el tipo de ocupación.</li> </ul> No
<b>Nivel de instrucción</b>	Número de años que acudió el entrevistado a una institución	Años de estudio.	Nivel de instrucción del participante obtenido de	Analfabeto Primaria Secundaria Superior



	educativa.		la información de la cédula de identidad	
--	------------	--	--	--

<b>Consumidor de tabaco</b>	Persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos.	Consumo diario de tabaco independiente del número durante el último mes.	Información del paciente o de la historia clínica.	Si No
<b>Consumo de AINES</b>	Ingesta de AINES al menos 7 días antes del ingreso hospitalario.	Ingesta de antiinflamatorios no esteróideos 7 días antes del ingreso.	Información del paciente o de la historia clínica.	Si No
<b>Antecedentes Dispépticos</b>	Malestar crónico o agudo en abdomen superior.	Presencia de antecedentes dispépticos en el paciente.	Información del paciente o de la historia clínica.	Si <ul style="list-style-type: none"> <li>• dolor abdominal</li> <li>• distensión abdominal</li> <li>• flatulencia</li> </ul> NO
<b>Consumo de Alcohol</b>	Ingesta de etanol a través de sustancias con grado alcohólico.	Consumo mínimo 200 ml de cualquier bebida destilada; 7 días antes de la entrevista.	Información del paciente o de la historia clínica.	Si No

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

1. Pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal que ingresaron al departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero 2008 a enero 2012.
2. Pacientes mayores de 39 años.



3. Pacientes expuestos a por lo menos uno de los factores asociados a hemorragia digestiva alta no variceal (consumo de antiinflamatorios no esteróideos, alcohol, tabaco y antecedentes dispépticos) propuestos para esta investigación.
4. Para los controles el motivo de consulta debe ser diferente a hemorragia digestiva no variceal.

### **5.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

1. Pacientes menores de 39 años.
2. Pacientes que fallecieron durante la estancia hospitalaria, verificado por los datos de la epicrisis.
3. Pacientes sin exposición a por lo menos uno de los factores asociados a hemorragia digestiva alta no variceal (consumo de antiinflamatorios no esteróideos, alcohol, tabaco y antecedentes dispépticos) propuestos para esta investigación.
4. Para los casos se excluirán las hemorragias digestivas de etiología variceal, oncológica, discrasia sanguíneas, por consumo de tóxicos exceptuando alcohol y tabaco, por úlceras de estrés, enfermedades hepáticas, Mallory Weiss, alteraciones vasculares.
5. Pacientes sin reporte endoscópico en la historia clínica para los pacientes denominados casos.



## **RECOLECCIÓN DE INFORMACION**

La recolección de datos se realizó mediante el llenado del formulario (anexo 1) a partir de la historia clínica.

El número de las historias clínicas se obtuvo por medio de la base de datos que proporcionó la secretaría del departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso de los pacientes mayores de 39 años que ingresaron en dicho departamento en el período enero del 2008- enero del 2012. Con esta información se acudió al archivo del departamento de estadística y se seleccionó los casos y controles de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

### **5.9.1 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El instrumento para la recolección de datos consta de un formulario en el que se incluyeron las variables operacionalizadas; elaborado de tal manera que sea comprensible para la persona que lo aplique.

En el anexo 1 se encuentra el formulario utilizado en esta investigación.

### **5.10 ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos con el instrumento de recolección de datos fueron analizados con el programa Epi Info, 3.5.1.

Para las variables de caracterización socio-demográfica y clínica se presentarán tablas con porcentajes y frecuencia.

Así, por ejemplo:



SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino		
Masculino		
Total		

En el caso de las variables asociadas a hemorragia digestiva alta no variceal se realizaron tablas de 2 x 2 con los factores asociados para encontrar un OR mediante la fórmula:

$$OR = \frac{(a*d)}{(b*c)}$$

	Casos	Controles	Total
Expuestos	a	b	a+b
No expuestos	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	N

Se obtuvo el índice de confianza (IC) y valores p, con los que se clasificó a las variables asociadas como factores de riesgo, factores protectores y factores sin inferencia, además se realizó la regresión estadísticas de los factores de riesgo encontrados.

## 11 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Sí el OR es igual a la unidad, el factor de exposición es neutro (ni riesgo ni de protección). Si el OR es mayor a la unidad y el límite inferior del intervalo de confianza al 95%, también, lo es y el valor  $p < 0.05$  es considerado como factor de riesgo y si el OR es menor a la unidad y el límite superior del intervalo de confianza al 95%, también, lo es y el valor  $p < 0.05$  es considerado como factor protector.



## **PROCEDIMIENTOS BIOÉTICOS**

Para la ejecución del estudio, se consideraron las normas bioéticas. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas. Se obtuvo el respectivo permiso para la realización del estudio al Dr. Iván Feicán Director del Hospital Vicente Corral Moscoso y la aplicación de los cuestionarios no incluyó riesgos para las personas que los aplicaron. La información obtenida se manejó con absoluta confidencialidad, para lo que se implementó las respectivas medidas de seguridad en la codificación de registros y archivos, de tal manera que, únicamente, el personal de investigación tiene acceso a la misma.

## **CAPITULO VI**

### **6. RESULTADOS**

#### **6.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES**

Se estudió una muestra de 243 pacientes, de los cuales 81 fueron considerados como casos, tenían hemorragia digestiva alta confirmada con endoscopia, y 162 controles.

#### **6.2 SEXO**

146 (60.1%) fueron hombres y 97 (39.9%), mujeres. En el grupo de casos 46 (56.8%) eran hombres y 35 (43.2%), mujeres. En el grupo control 100 (61.7%) eran hombres y 62 (38.3%), mujeres. En relación con la frecuencia de sexo, masculino y/ o femenino, los subgrupos (de casos y controles) fueron similares ( $p=0.459$ ) (Tabla1).



### **6.3 EDAD**

En el grupo de estudio, la edad varió entre 40 y 94 años, la mediana fue 73.0; el percentil 25, de 55 y el percentil 75, de 81. Entre los 40 y 64 años hubo 94 (38.7%) pacientes y en el grupo etario  $\geq 65$  años, 149 (61.3%) (Tabla1).

En los casos entre los 40 y 64 años hubo 31(38.3%) pacientes y en los controles, 63 (38.9%). En el grupo etario  $\geq 65$  años, en los casos, 50 (61.7%) y en los controles, 99 (61.1%): la distribución según grupo etario, en los casos y controles, fue similar ( $p=0.926$ ) (Tabla 1).

El promedio de edad en los casos fue de 67.9 años y en los controles de 68.1%: la diferencia no fue significativa ( $p=0.925$ ) (Tabla 1)

### **6.4 RESIDENCIA**

En el área urbana residían 117 (48.1%) pacientes y en la rural, 126 (51.9%). En el grupo de casos residían en el área urbana 39 (48.1%) y en los controles 78 (40.1%): la diferencia no fue significativa ( $p=1.000$ ) (Tabla 1).

### **6.5 INSTRUCCIÓN**

La mayoría de pacientes (134, el 55.1%) tenían instrucción primaria, seguida de instrucción secundaria (66, el 27.2%), no tenían instrucción 41 (16.9%) y con instrucción superior se detectó a 2 (0.8%) (Tabla1).

La distribución del nivel de instrucción en el grupo de casos y controles fue similar ( $p=0.311$ ) (Tabla 1).

### **6.6 OCUPACIÓN**

La mayoría de los estudiados (134, el 55.1%) manifestaron no tener ocupación remunerada (eran jubilados, amas de casa o estaban desempleados), en menor número y porcentaje eran obreros, comerciantes y empleados públicos (Tabla1).



La diferencia de los porcentajes de las ocupaciones en el grupo de casos y controles fue similar ( $p=0.242$ ) (Tabla1)

### 6.7 SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

La sintomatología clínica (dolor abdominal, distensión abdominal y flatulencia) se encontró en porcentajes de 49.0%, 20.6% y 5.3% respectivamente (Tabla 1).

La diferencia de porcentajes en el grupo de casos y controles fue significativa ( $p=0.000, 0.001$  y  $0.005$  respectivamente) (Tabla 1).

**Tabla 1. Características demográficas y clínicas del grupo de estudio. Hospital Vicente Corral Moscoso, 2012**

<b>Variables</b>	<b>Casos (81)</b>	<b>Control (162)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Sexo:</b> n (%)			
Masculino	46 (56.8)	100 (61.7)	0.459
Femenino	35 (43.2)	62 (38.3)	
<b>Edad:</b> promedio	67.9	68.1	0.925
<b>Grupo etario</b> (años): n (%)			
40 – 64	31 (38.3)	63 (38.9)	0.926
≥ 65	50 (61.7)	99 (61.1)	
<b>Residencia habitual:</b> n (%)			
Urbana	39 (48.1)	78 (48.1)	1.000
Rural	42 (51.9)	84 (51.9)	
<b>Instrucción:</b> n (%)			0.311
Sin instrucción	17(21.0)	24(14.8)	
Primaria	38 (46.9)	96 (59.3)	
Secundaria	25(30.9)	41(25.3)	
Superior	1 (1.2)	1(0.6)	
<b>Ocupación n (%)</b>			
Sin ocupación	43 (53.1)	91(56.2)	0.240
Obreros	22 (27.2)	41 (25.3)	
Comerciantes	7 (8.6)	22 (13.6)	
Empleados públicos	9 (11.1)	8 (4.9)	



<b>Dolor abdominal n (%)</b>			
Sí	70 (86.4)	49 (30.2)	0.000
No	11 (13.6)	113 (69.8)	
<b>Distensión abdominal n (%)</b>			
Sí	27(33.3)	23 (14.2)	0.001
No	54(66.7)	139 (85.8)	
<b>Flatulencia n (%)</b>			
Sí	9 (11.1)	4 (2.5)	0.005
No	72(88.9)	158 (97.5)	

**Fuente: formularios de recolección de datos**

**Realizado por el autor**

## **6.8 ASOCIACIÓN ENTRE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL CON EL CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS, ALCOHOL, TABACO Y ANTECEDENTE PERSONAL DE DISPEPSIA.**

### **6.8.1 CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS**

El consumo de antiinflamatorios no esteroides en el grupo considerado como casos fue del 58.0% (47 de 81 pacientes) y en el grupo control del 39.5% (64 de 162 pacientes). La diferencia es significativa (OR: 2.1; IC<sub>95%</sub> 1.2 – 3.6 y valor p= 0.006) (Tabla 2).

### **6.8.2 CONSUMO DE ALCOHOL**

El consumo de alcohol en los casos fue del 32.1% (26 de 81 pacientes) y en los controles del 29.0% (47 de 162 pacientes). La diferencia no es significativa (OR: 1.2; IC<sub>95%</sub> 0.6-2.1 y valor p= 0.621) (Tabla 2).

### **6.8.3 CONSUMO DE TABACO**

El consumo de tabaco en los casos fue del 35.8% (29 de 81 pacientes) y en los controles del 21.6% (35 de 162 pacientes). La diferencia es significativa (OR: 2.0; IC<sub>95%</sub> 1.1 – 3.6 y valor p= 0.018) (Tabla 2).

#### 6.8.4 ANTECEDENTE DISPÉPTICO

El antecedente personal de dispepsia en el grupo de casos fue del 92.6% (75 de 81 pacientes) y en el de control del 35.8% (58 de 162 pacientes). La diferencia es significativa (OR: 22.4; IC<sub>95%</sub> 9.2-54.7 y valor p=0.000) (Tabla 2).

**Tabla 2. Asociación entre hemorragia digestiva alta no variceal con el consumo de antiinflamatorios, alcohol, tabaco y antecedente personal de dispepsia. Hospital Vicente Corral Moscoso, 2012**

Categoría de la variable de exposición	Casos (81)		Control (162)		Odds Ratio	IC <sub>95%</sub> Límite Inferior	IC <sub>95%</sub> Límite superior	p-valor
	No.	%	No.	%				
Consumo de AINES	47	58.0	64	39.5	2.1	1.2	3.6	0.006
Consumo de alcohol	26	32.1	47	29.0	1.2	0.6	2.1	0.621
Consumo de tabaco	29	35.8	35	21.6	2.0	1.1	3.6	0.018
Antecedente dispéptico	75	92.6	58	35.8	22.4	9.2	54.7	0.000

AINES (antiinflamatorios no esteroides)

**Fuente: formularios de recolección de datos**

**Realizado por el autor**



## CAPITULO VII

### 7.1 DISCUSIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta es una patología relativamente frecuente y se asocia a una elevada morbi-mortalidad, lo que constituye un importante problema de salud. (24)

La población hospitalaria de esta investigación está dada en su mayoría por personas de mas de 65 años (n=149 61.3%). Estos resultados concuerdan con estudios similares en los que la edad promedio fue 65 años (42.5%). (25).

En este estudio predominaron pacientes de sexo masculino (60.1%) sobre el femenino (39.9%) y según, algunos reportes, la hemorragia digestiva alta es dos veces más frecuente en la población masculina respecto a la femenina con valores de 63% vs. 37% respectivamente (25).

En cuanto al lugar de residencia el 51.85% pertenecen al área rural, algo por encima del 48.19% que habitan en sectores urbanos, estos resultados pueden compararse con otro estudio realizado en Perú donde reportaron porcentajes similares (52.97% vs. 47.03%) (26).

En lo que respecta a la instrucción, el 55.1% había completado los estudios primarios y llama la atención que tan solo el 0,8% del total de estudiados cuenten con educación superior, esto está correlacionado con los datos del último censo nacional de población y vivienda (2010) en donde se reportó un promedio de 7.8 años de escolaridad a nivel nacional. (27).



El 55.1% manifestaron no tener ocupación remunerada ya que eran jubilados, amas de casa o estaban al momento de la entrevista desempleados o subempleados, de igual manera estas cifras coinciden con las entregadas por el INEC con tasas de 46.39% para subempleo y 5.06% para desempleo a diciembre del 2011. (28)

El diagnóstico endoscópico más frecuente fue úlcera péptica y/o duodenal 58.02% seguida por gastritis crónica y erosiva 30.86% y esofagitis crónica y erosiva 11.12%, en un estudio colombiano de M. A. Gómez Zuleta y cols (29) en donde se estudiaron a 109 pacientes se encontró que 58.71% de estos tuvieron úlcera péptica o duodenal en el examen endoscópico, así mismo seguido de gastritis y esofagitis en porcentajes proporcionalmente similares a los resultados obtenidos en la presente investigación.

La presencia de dispepsia, y de sus síntomas, el dolor abdominal es el más frecuente (40 %) en la literatura internacional, (30) y se encuentra asociada al desarrollo de lesiones no ulcerosas, y cuando se presenta en pacientes consumidores de AINES incrementa el riesgo de complicaciones gastrointestinales 85.6% a los 6 meses de consumo (31). En la presente investigación se halló dolor abdominal en el 48,98% de la muestra seguido de distensión 20,58% y flatulencia 5,35%.

Los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes incluidos en este estudio fueron: consumo de AINES, consumo agudo de alcohol, tabaquismo, y antecedentes dispépticos.



En cuanto a los AINES en el grupo de casos se encontró el 58% de consumidores y en el grupo control del 39.5%. Los porcentajes de consumo de AINES son altos y supera el rango de 10 a 40 % reportada en otros trabajos (32,33), pero es relacionable con el 54% de consumidores encontrado en Lima con 117 pacientes diagnosticados de hemorragia digestiva alta no variceal. (34), estos resultados nos indican el altísimo consumo de AINES en la población estudiada, dejándonos entre ver o la facilidad para la obtención de los mismos o la prescripción indiscriminada de los mismos y como consecuencia de esto las complicaciones digestivas que produce así por ejemplo, en un metanálisis de 18 estudios epidemiológicos se demostró que los pacientes tratados con estos medicamentos, tienen un riesgo relativo de 3.8% de complicaciones gastrointestinales (35). Se ha reportado que cerca del 10% de los usuarios de AINES sufren complicaciones como sangrado digestivo y perforaciones ulcerosas y son más frecuentes en pacientes de edad mayor a 75 años. (36).

El consumo agudo de alcohol en los casos fue del 32.1% y en los controles del 29.0%, estos resultados pueden ser extrapolados con otras investigaciones como una realizada en Cuba donde se obtuvo 37,6% de consumo agudo de alcohol en una muestra de 114 participantes. (37).

Se estima que es necesario el consumo crónico de alcohol para producir una lesión que desencadene en hemorragia digestiva alta, tal y como lo demuestra una investigación mexicana (38), donde el consumo de bebidas alcohólicas se asoció de manera independiente al riesgo de hemorragia digestiva alta no



variceal, hallazgo que coincidió con reportes previos en los que se demostró que el alcohol produce daño a la mucosa gástrica y su consumo mayor de 15 a 20 g por semana incrementa la posibilidad de un evento hemorrágico. (39)

En esta investigación la frecuencia de tabaquismo para casos fue del 35.8% y en los controles del 21.6%, en esta instancia cabe destacar que el consumo de tabaco se encuentra algo por debajo de lo que reportan estudios extranjeros 56.1% (40). Está demostrado que el hábito tabáquico y retrasa la cicatrización de las mucosas, favorece la aparición de recidivas, puede disminuir la eficacia de ciertos tratamientos, incrementa las complicaciones y posiblemente la mortalidad (41).

La presencia de antecedentes dispépticos en el grupo de casos fue del 92.6% y en el de control del 35.8%.

Aunque la mayor parte de los estudios epidemiológicos no demuestran un incremento del riesgo de hemorragia digestiva con antecedentes dispépticos, dos estudios retrospectivos han encontrado una asociación entre síntomas dispépticos y efectos adversos gastrointestinales. (42,43).

En el análisis multivariado utilizado para controlar el efecto de terceras variables, ya que permite –como su nombre indica- evaluar simultáneamente las relaciones entre más de dos variables, y en el estratificado con el que se obtiene medidas de asociación entre las variables principales del estudio en los diferentes estratos los en esta investigación, el hábito tabáquico no es factor de riesgo de hemorragia digestiva ( $p=0.090$ ) (análisis multivariado) y en el



análisis estratificado, pacientes con antecedentes dispépticos que fuman, el hábito tabáquico tampoco es factor de riesgo ( $p=0.180$ ) mientras en los pacientes dispépticos que no fuman no es posible analizar debido a que la frecuencia esperada en el casillero a de la tabla de contingencia es igual 1.

En los pacientes que consumen AINES, el hábito tabáquico no es factor de riesgo de hemorragia digestiva alta (OR: 1.1; IC 95% 0.4-3.1 y  $p=0.844$ ) y en los pacientes que no consumen AINES, el hábito es factor de riesgo de hemorragia digestiva (OR: 4.7; IC 95% 2.1-10.8 y valor  $p= 0.000$ ).

Los factores de riesgo encontrados en este estudio (consumo de antiinflamatorios no esteroides, consumo de tabaco y antecedente dispéptico) explican entre el 31.3 al 43.5% de los casos de hemorragia digestiva alta



## 7.2 CONCLUSIONES

El 60.1% de los estudiados fueron hombres. La edad varió entre 40 y 94 años, la mediana fue de 73.0. Residían en el área rural el 51.9%. El 55.1% tenían instrucción primaria. El 55.1% no tenían ocupación remunerada.

El consumo de antiinflamatorios no esteroideos, como factor de riesgo para hemorragia digestiva alta no variceal, proporcionó un OR: 2.1; IC<sub>95%</sub> 1.2 – 3.6 y valor  $p= 0.006$ . El consumo de alcohol, OR: 1.2; IC<sub>95%</sub> 0.6-2.1 y valor  $p= 0.621$ . El consumo de tabaco, OR: 2.0; IC<sub>95%</sub> 1.1 – 3.6 y valor  $p= 0.018$  y el antecedente personal de dispepsia, OR: 22.4; IC<sub>95%</sub> 9.2-54.7 y valor  $p=0.000$ .



### 7.3 RECOMENDACIONES

- Reproducir los resultados de esta investigación a los distintos profesionales de la salud.
- Informar a los pacientes y a la población en general sobre el riesgo de padecer hemorragia digestiva asociado al consumo de antiinflamatorios no esteroideos, alcohol, tabaco y a sintomatología dispéptica previa.
- Disminuir la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en las consultas médicas.
- Usar fármacos gastro-protectores en pacientes consumidores de AINES.
- Restringir la venta de antiinflamatorios no esteroideos sin prescripción médica.
- Implementar medidas preventivas para evitar el abuso de sustancias tóxicas en la población.



## 7.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eisen G, Dominitz J, Faigel D. An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding. *GastrointestEndosc* 2008; 53(7): 853-858.
2. Calleja J, Martínez J. Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Medicine* 2010; 8 (14): 725-735
3. DallalHj, Palmer K. Upper gastrointestinal haemorrhage. *BMJ* 2001; 323: 1115-1117.
4. Harrison, Principles of internal medicine. 17th Edition; McGrawhill. New York. 2008; pages: 257-260.
5. Patricio Ortiz, Mario Díaz, Luis Huanquilef, Roberto González Hemorragia Digestiva alta .Revisión de 450 casos. Departamento de Medicina Interna, facultad de Medicina Sección de Gastroenterología, Hospital Enrique Cabrera, Nov. 2005.
6. Ortiz P, Díaz M, Huanquilef L, González R. Hemorragia digestiva alta: revisión de 450 casos. *Revista medicina interna* 1998; 2 :1
7. Nomura T, Ohkusa T, Araki A, Chugangi Y, Momoi M, Takashimizu I, Et Al. Influence of climatic factors in the incidence of upper gastrointestinal bleeding. *J GastroenterolHepatol* 2001; 16(6):619-23.
8. TeniasBurrilloJm, LlorenteMeleromj, Zaragoza Marcet A. Epidemiologic aspects on nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in a mediterranean region: incidence sociogeographic and temporal fluctuations. *Rev EspEnferm Dig* 2001; 93(2):96 -105.
9. Amouretti M, Gouerou H, Capron Mh, Hernan H, Colin R. Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal hemorrhage in French geographical areas. *Eur J gastroenterolHepatol* 2000; 12(2):175-81.
10. Velásquez H, Espejo H, Ruiz E, Contardo C, Ichiyanagui C, Román R ET AL. Reporte de 4772 hemorragias digestivas en una unidad de sangrantes. *RevGastroenterol Per.* 2001; 21 (4): S12- S13: N°49.
11. Salvatierra G., De La Cruz Romero L, Paulino M. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev. Gastroenterol. Per,* 2006; 26(1):13-20.



12. Miño Fugarolas Gy, Jaramillo JI. Epidemiología, etiología y clínica de la HDA. *Gastrum* 1997;9:15-25
13. Soll Ah. Gastric, duodenal, stress and non-steroidal anti-inflammatory ulcer. En: Sleinseger, Fordtran J (Eds.). *Gastrointestinal diseases*. 5th ed. Philadelphia: WB.Saunders; 1999. p.580.
14. BalanzoTintore J. Hemorragia digestiva alta: concepto y clasificación. Ediciones médicas Buenos Aires, 2007.
15. BalanzoTintoré J, Villanueva Sánchez C. Hemorragia digestiva alta: clasificación, etiología y tratamiento.<  
[http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir\\_12-11/12-11-05.htm](http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir_12-11/12-11-05.htm)
16. Basto Valencia, Milagros, Vargas Cárdenas, Gloria y AngelesChaparro, Pabel. Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" 1980-2003. *Rev. gastroenterol. Perú*, jul./set. 2005, vol.25, no.3, p.259-267. ISSN 1022-5129.
17. Rodiles Martínez F, López MayedoFj. Hemorragia digestiva alta; comportamiento clínico epidemiológico. *Rev. Scielo (La Habana)* 2008
18. Gottfried Eb, Korstein Ma, Lieber Cs. Alcohol induced Gastric and Duodenal Lesions in Man. *Am J Gastroenterol (Boston)* 1978; 70: 587 - 592.
19. Lieberman D, Fennerty Mb, Morris Cd Evaluación Endoscópica de Pacientes con Dispepsia: Resultados de la Base de Datos Endoscópicos Nacional Gastroenterology (Columbia) 127(4):1067-1075, Oct 2004
20. Morales Uribe C. H., Sierra Sierra S., Hernández Hernández A. M., Arango Durango A. F., López G. A.. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. *Rev. esp. enferm. dig. (Barcelona)* 103(1): 20-24.
21. Espejo Romero Hernán, Velásquez Chamocho. Tópicos Selectos en Medicina Interna – Gastroenterología capítulo 2, Hemorragia digestiva aguda Hermes, Perú ,2008



22. Santoyo VR. Gastropatía por AINE. Rev Med Hosp Gen Mex 2010; 64 Supl. (1): S28-S34
23. Watson DJ, Harper SE, Zhao PL, Quan H, Bolognese JA, Simon TJ. Gastrointestinal tolerability of the selective cyclooxygenase-2 (COX-2) inhibitor rofecoxib compared with nonselective COX-1 and COX-2 inhibitors in osteoarthritis. Arch Intern Med 2000;160(19):2998-3003.
24. Atkinson RJ, Hurlstone DP. Usefulness of prognostic indices in upper gastrointestinal bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008; 22(2):233-42.
25. Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T ed, Textbook of Gastroenterology. 3rd edition. Lippincott Williams & Wilkins 2005; 714-743.
26. Santos Pérez H, Lavandera Rodríguez I, Santos Milanés H. Hemorragia digestiva alta en el Hospital "Almenara": 2006-2007 Rev Gastroenterol (Lima) 2008;27(3):289-91
27. <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/instruccion.html#>
28. [http://aplicaciones.inec.gob.ec/emp-portal\\_15/main.html#](http://aplicaciones.inec.gob.ec/emp-portal_15/main.html#)
29. M. A. Gómez Zuleta y cols. Escala "UNAL" de predicción para identificar pacientes con hemorragia digestiva alta que necesitan endoscopia urgente. Acta médica colombiana vol. 31 n° 4 ~ octubre-diciembre ~ 2006
30. Gupta S, McQuaid K. Management of nonsteroidal, anti-inflammatory, drug-associated dyspepsia. Gastroenterology 2005;129(5):1711-9.
31. Watson DJ, Harper SE, Zhao PL, Quan H, Bolognese JA, Simon TJ. Gastrointestinal tolerability of the selective cyclooxygenase-2 (COX-2) inhibitor rofecoxib compared with nonselective COX-1 and COX-2 inhibitors in osteoarthritis. Arch Intern Med 2000;160(19):2998-3003.



32. HENRY D, LIM LL, GARCIA RL, et al. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis. *British Medical Journal* 1996; 312:1563-1566
33. HIGHAM J, KANG JY, MAJEED A. Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of haemorrhage among older subjects. *Gut* 2002; 50:460-464.
34. Salvatierra G., De La Cruz Romero L, Paulino M. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev. Gastroenterol. Per*, 2006; 26(1):13-20
35. Chiu P, Neg E. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage. *GastroenterolClin North Am.* 2009 Jun; 38(2):215-30. Disponible en: URL: <http://www.pubmed.gov.html>
36. Rollhauser C, Fleischer D. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2002; 34:111-118.
37. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. Heriberto Rodríguez-Hernández, Martha Rodríguez-Morán, José Luis González y cols *RevMedInstMex Seguro Soc.* 2009; 47 (2): 179-184
38. Depolo A, Dobrila-Dintinjana R, Uravi M, Grbas H, Rubini M. Upper gastrointestinal bleeding. Review of our ten years results. *ZentralblChir* 2001; 126(10):772-776
39. Hemorragia Digestiva Alta No Varicosa. La experiencia del Centro Médico Bautista. *Upper Gastrointestinal Bleeding*. Samaniego, Casco, Cristaldo. *Rev. Cubana de Gastroenterología*. N.- 38 Vol.2 -2.006



40. Rodiles Martínez, Félix; López Mayedo, Francisco Javier HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO  
Archivo Médico de Camagüey, vol. 8, núm. 6, 2004 Centro Provincial de Ciencias Médicas de Camagüey Camagüey, Cuba
41. Sainz R., Gomollón F, Montoro M: Úlcera péptica. En: Vilardell F, Rodes J, Malagelada JR, Pajares JM<sup>a</sup>, Pérez Mota A, Moreno González E, Puig la Calle J (eds): Enfermedades digestivas, Tomo 1. Madrid, Ediciones Grupo Aula Médica, 1998: 581-622.
42. Labenz J, Blum AL, Bolten WW, Dragosics B, Rosch W, Stolte M, Koelz HR. Primary prevention of diclofenac associated ulcers and dyspepsia by omeprazole or triple therapy in Helicobacter pylori positive patients: a randomised, double blind, placebo controlled, and clinical trial. Gut 2002;51:329-35.
43. Ko CW, Deyo RA. Cost-effectiveness of strategies for primary prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced peptic ulcer disease. J Gen Intern Med 2007;15:400-10



**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**POSGRADO MEDICINA INTERNA**

**FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

**FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO  
VARICEAL EN PACIENTES MAYORES DE 39 AÑOS: HOSPITAL VICENTE  
CORRAL MOSCOSO, CUENCA, 2012**

**NOMBRE:-**

\_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** MASCULINO   
FEMENINO

**LUGAR DE RESIDENCIA:**

URBANO  RURAL

\_\_\_\_\_ -

\_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN REMUNERADA:** S  ¿CUÁL?

\_\_\_\_\_

NO

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN:** PRIMARIA:

SECUNDARIA:

SUPERIOR:

NINGUNO:

**ANTECEDENTES DISPÉPTICOS:**

SI  DISTENSIÓN ABDOMINAL:

FLATULENCIA:



DOLOR ABDOMINAL:

NO

**HALLAZGO ENDOSCÓPICO:**

SI

ESOFAGITIS CRONICA O EROSIVA:

GASTRITIS CRONICA O EROSIVA:

ULCERA PEPTICA Y/O DUODENAL:

NO

**CONSUMO DE AINES:**

**¿Consumió AINES 7 días antes de acudir al centro hospitalario?**

SI

NO

**CONSUMO DE ALCOHOL:**

**¿Consumió por lo menos 200 ml de licor destilado 7 días antes de acudir al centro hospitalario?**

SI

NO

**CONSUMO DE TABACO:**

**¿Consumió Ud. diario tabaco independientemente de la cantidad, durante el último mes antes de acudir al centro hospitalario?**

SI

NO