

# Factores de riesgo de hemorragia digestiva alta en el Hospital de Belén de Trujillo 2005–2009

Risk factors of upper gastrointestinal bleeding at Belen Hospital of Trujillo 2005–2009

Maura Elizabeth Pachas Pinedo<sup>1</sup>, Ovidio Villena Mosqueira<sup>2</sup>,  
Edgar Fermín Yan Quiroz<sup>3</sup>, Miguel Odar Sampe<sup>4</sup>

## RESUMEN

**Objetivo.** Identificar los principales factores de riesgo de hemorragia digestiva alta (HDA).

**Material y métodos.** El presente estudio de casos y controles evaluó a 141 pacientes de los cuales 47 pertenecieron al grupo de casos y 94 al grupo control, con diagnósticos registrados en las historias clínicas del Servicio de Gastroenterología del Hospital de Belén de Trujillo durante 2005–2009.

**Resultados.** La edad promedio en los pacientes con HDA fue de  $56,40 \pm 16,854$  años, y en el grupo control fue  $52,34 \pm 22,01$  años. El 80,9% de los pacientes con HDA fue de sexo masculino [ $p < 0,05$ ; OR: 2,99, I.C.95%: 1,22–7,54]. La presencia de várices esofágicas se observó en el 19,1% de los pacientes con HDA y en el 6% sin HDA, [ $p < 0,05$ ; OR: 3,47, I.C.95%: 1,04–11,97]. El consumo de AINES, alcohol, café y tabaco se observó en los pacientes con HDA en el 31,9%, 76,6%, 42,6% y 34% de los casos respectivamente ( $p > 0,05$ ). La enfermedad concomitante con significancia estadística fue la úlcera péptica, presente en el 68,1% de los pacientes con HDA [ $p = 0,0000819$ ; OR: 4,34, I.C.95%: 1,93–9,86], en el grupo control representó el 33%.

**Conclusiones.** Al realizar el análisis multivariado, las várices esofágicas ( $p=0,001$ ) y la úlcera péptica ( $p=0,0001$ ) fueron los factores de mayor riesgo de presentar HDA.

**Palabras clave:** Hemorragia digestiva alta, factores de riesgo, casos, controles.

---

<sup>1</sup> Médico Cirujano. Médico Asistente del Centro de Salud Consuelo. Microrred San Pablo - Red Villavista - Región San Martín.

<sup>2</sup> Médico Asistente del Servicio de Gastroenterología del Hospital Essalud Víctor Lázarte Echegaray de Trujillo. Docente del Curso de Medicina I de la UPAO.

<sup>3</sup> Médico Cirujano. Docente del Curso de Morfofisiología II de la UPAO.

<sup>4</sup> Estudiante de Medicina Humana de la UPAO. Miembro de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la UPAO (SOCIEM-UPAO) y de la Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana (SOCIMEP).

## ABSTRACT

**Objective.** To identify the main risk factors for upper gastrointestinal bleeding (UGB).

**Material and methods.** This case-control study evaluated 141, 47 belonged to group cases and 94 to control group, with diagnoses recorded in medical records from the Gastroenterology's Service of Belen Hospital from Trujillo over the period 2005–2009.

**Results.** In the cases group, the 55,3% were patients > 60 years, predominated in the control group age < 60 years with 61,7% ( $p > 0,05$ ). The average age of patients with UGB was  $56,40 \pm 16,854$  years and in the control group was  $52,34 \pm 22,01$  years. The 80,9% and 58,5% of patients with and without UGB were male respectively [ $p < 0,05$ ; OR: 2,99, 95% C.I: 1,22–7,54]. The presence of esophageal varices was observed in 19,1% of patients with UGB and without UGB was 6% [ $p < 0,05$ ; OR: 3,47, 95% C.I: 1,04–11,97]. The consumption of NSAIDs, alcohol, coffee and snuff was observed in patients with UGB 31,9%, 76,6%, 42,6% and 34% respectively ( $p > 0,05$ ). The statistically significant concomitant disease peptic ulcer was present in 68,1% of patients with UGB [ $p = 0,0000819$ , OR: 4,34, 95% C.I: 1,93–9,86], in the control group accounted for 33%.

**Conclusions.** By multivariate analysis, esophageal varices ( $p=0,001$ ) and peptic ulcer ( $p=0,0001$ ) were the factors that show increased risk of UGB.

**Key words:** Upper gastrointestinal bleeding, risk factors, cases, controls.

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es considerada como toda pérdida hemática que ocurre en el tracto digestivo, por encima del ángulo de Treitz, incluyendo las hemorragias que ocurren por lesiones en el esófago, estómago y duodeno<sup>(1)</sup>. Es un problema común cuya gravedad varía desde cuadros agudos que ponen en peligro la vida del paciente hasta la pérdida crónica de escasa cantidad de sangre que cursa con anemia crónica. Sigue siendo una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y frecuente motivo de hospitalización, por lo que constituye un reto diagnóstico y terapéutico para el médico que la enfrenta. Aproximadamente el 80% de los casos tiene un curso benigno y no requiere una intervención terapéutica específica; el 20% se presenta con cuadros severos y es en este subgrupo en los que se observa una alta tasa de mortalidad<sup>(2,3)</sup>.

En los países occidentales, la incidencia de HDA es de 100 a 150 casos por 100000 habitantes al año; con una mortalidad que oscila del 10 al 18%, constituyendo la principal urgencia gastroenterológica<sup>(4)</sup>, debido a hipovolemia, sino por la descompensación aunada de otras patologías concomitantes, especialmente en la cada vez más frecuente población anciana que padece esta patología. La reducción de la mortalidad observada en las series más recientes se debe, principalmente, al mejor conocimiento de los factores pro-

nósticos en la HDA y a la introducción de la terapia endoscópica, reduciendo las recidivas y la necesidad de cirugía<sup>(5,6)</sup>. En Valencia, España, se observa una incidencia de HDA de 108/100 000 habitantes/año, afectando a los varones en el 70% de los casos, con una edad media observada de 62 años<sup>(7)</sup>.

La etiología de la HDA varía de acuerdo al grupo poblacional estudiado. A pesar de todos los procedimientos diagnósticos disponibles, hasta el 20% de los casos de HDA quedan sin demostrar con exactitud su causa. La etiología más frecuente es la úlcera péptica, constituyendo entre el 37–50% de los casos, producida por rotura de las yemas vasculares del tejido de granulacion o, con menor frecuencia, por rotura de algún vaso sanguíneo. Otras causas de HDA lo constituyen las várices esofágicas (10–15%), las lesiones agudas de la mucosa gástrica (20%) asociadas a ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), alcohol o estado crítico del enfermo con ventilación mecánica, coagulopatía, lesiones neurológicas graves, politraumatizados, etc. En menor frecuencia, se observa como causa de HDA: la esofagitis (5–15%), síndrome de Mallory-Weiss (5–8%), lesiones vasculares (malformaciones arteriovenosas, lesión de Dieulafoy), neoplasias esofagogástricas (1–5%)<sup>(4,6,8-12)</sup>.

La intensidad y frecuencia del sangrado dependen de diversos factores de riesgo: edad, presencia de enfermedades concomitantes y uso de fármacos gas-

trolesivos, que incrementan el número de muertes por esta complicación. Dentro de las características clínicas del paciente, los pacientes mayores de 60 años presentan una mortalidad de 14 al 39%<sup>(13, 14)</sup>, dado que los adultos mayores son un grupo especialmente susceptible, no solo porque es el que más medicamentos consume, sino también que la reserva funcional y los mecanismos homeostáticos disminuyen. Además, se ha calculado que en los adultos mayores de 65 años el riesgo de sufrir una reacción medicamentosa adversa se triplica, y representa el 12% de los internamientos, sobre todo relacionados con la ingestión de AINE. Existen otras razones de índole general como el efecto “acumulativo” de algunos factores de riesgo durante muchos años, como son el consumo de alcohol, el hábito de fumar, los grandes consumidores de té y café, entre otros<sup>(3)</sup>.

Por ser la hemorragia digestiva alta una entidad clínica frecuente y debido a la escasez de estudios locales; en este estudio se identificó los principales factores de riesgo, objetivamente estadísticos de HDA, los cuales podrían servir a la identificación temprana de qué subgrupos de pacientes que acuden al Hospital de Belén desarrollarán, o tienen mayor probabilidad, de desarrollar esta entidad.

### Enunciado del problema científico

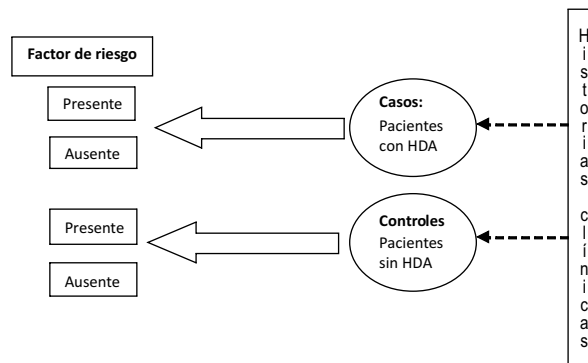
¿Cuáles son los principales factores de riesgo de hemorragia digestiva alta en pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Belén de Trujillo durante 2005–2009?

### Objetivo

Identificar los principales factores de riesgo de hemorragia digestiva alta en pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología Hospital de Belén de Trujillo durante 2005–2009.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio de casos y controles, retrospectivo, observacional y longitudinal, analizó información de una serie consecutiva de 141 historias clínicas de pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital de Belén de Trujillo durante 2005–2009, que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión.



### Criterios de inclusión

#### a) Casos (n = 47):

- Historias clínicas completas de pacientes con diagnóstico clínico y endoscópico de hemorragia digestiva alta hospitalizados en Hospital de Belén de Trujillo durante 2005–2009.
- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.

#### b) Controles (n = 94)

- Historias clínicas completas de pacientes con diagnóstico de cualquier enfermedad digestiva diferente a la hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital de Belén de Trujillo durante 2005–2009.
- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.

### Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes que presentaron datos clínicos o hallazgos endoscópicos incompletos.
- Historias clínicas de pacientes politraumatizados.
- Historias clínicas de pacientes con cáncer terminal.
- Historias clínicas de pacientes embarazadas.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, de casos consecutivos. Se parearon dos controles por cada caso.

## DEFINICIONES OPERACIONALES

**Hemorragia digestiva alta:** Es la pérdida de sangre que tiene origen en el tracto digestivo superior entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz, evidenciado clínicamente por la presencia de melena y/o hematemesis, y confirmado mediante endoscopia<sup>(1,8)</sup>.

**Edad:** Años cumplidos que presenta la persona desde su nacimiento confirmado por su Documento Nacional de Identidad y registrado en la historia clínica.

**Sexo masculino:** Confirmación de la expresión fenotípica, o caracteres sexuales primarios y secundarios, mediante la anamnesis y examen físico registrado en la historia clínica

**Varices esofagógicas:** Paciente con diagnóstico de várices confirmado macroscópicamente mediante la endoscopia, en las que se observa un conjunto de venas longitudinales y tortuosas situadas preferentemente en el tercio inferior del esófago, que cursan a través de varios niveles desde la lámina propia hasta la submucosa profunda, pueden progresar hacia la parte superior del esófago o hacia el estómago.

**Ingesta de AINE:** Ingesta de drogas antiinflamatorias no esteroideas durante la última semana previa a la hospitalización. Esto está registrado en la historia clínica en el ítem de antecedentes personales y/o enfermedad actual de la anamnesis

**Hábitos nocivos:** Registrado en la historia clínica, en el ítem de antecedentes personales y/o enfermedad actual de la anamnesis, en el que el paciente refiere consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de abandonar a pesar de tener conocimiento del peligro que éste ocasiona. Para el presente trabajo consideramos: consumo de alcohol, café y tabaco.

**Enfermedades concomitantes:** Referido en el ítem de antecedentes personales y/o enfermedad actual de la anamnesis como: úlcera péptica, cirrosis hepática, hipertensión arterial, enfermedad renal, diabetes mellitus, enfermedad reumática y cáncer gástrico; y que está registrado en la historia clínica.

#### Procedimiento de obtención de datos

Se obtuvo datos de cada paciente por medio de los Archivos de Estadística y de las historias clínicas del Servicio de Gastroenterología del Hospital de Belén de Trujillo, las cuales cumplían con los criterios de selección y que fueron incluidas en las fichas de recolección de datos, los mismos que sirvieron para la tabulación.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

a) **Estadística descriptiva.** Los datos numéricos se expresaron en medias  $\pm$  desviación estándar. Los datos de las variables categóricas se expresaron en proporciones y porcentajes. Los resultados se presentaron en cuadros de doble entrada con distribu-

ción de frecuencias absolutas y relativas de acuerdo a los objetivos planteados.

b) **Estadística analítica.** Para establecer la asociación entre cada uno de los factores propuestos y la presencia de HDA, se usó la prueba Chi-Cuadrado de independencia de criterios ( $X^2$ ); considerando que la asociación es significativa si la probabilidad de equivocarse es menor al 5% ( $p < 0,05$ ). De existir asociación, se calculó el odds ratio (OR) puntual e intervalo para establecer la fuerza de asociación. Si OR fue mayor de 1 se consideró al factor propuesto como factor de riesgo para la HDA; en caso contrario, el factor en estudio se consideró un factor protector. Para el análisis multivariado, se usó la regresión logística de Cox.

## RESULTADOS

**Población de estudio.** Estuvo constituida por un total de 141 pacientes, de los cuales 47 perteneció al grupo de casos y 94 al grupo control.

#### Factores de riesgo clínicos (Cuadro 1).

- **Edad.** De la población del grupo de casos, el 55,3% fueron pacientes  $> 60$  años. En el grupo control predominó la edad  $\leq 60$  años con 61,7% sin mostrar diferencia significativa entre ambos grupos ( $p > 0,05$ ) OR: 1,99 (I.C.95%: 0,92–4,32). La edad promedio en el grupo de casos fue de  $56,40 \pm 16,854$  años, y en el grupo control fue  $52,34 \pm 22,01$  años respectivamente.
- **Sexo.** Tanto en el grupo de casos y controles, predominó el sexo masculino (80,9% vs. 58,5%), existiendo una diferencia significativa [ $p < 0,05$ ; OR: 2,99, I.C.95%: 1,22–7,54].
- **Várices esofágicas.** La presencia de várices esofágicas se observó en el 19,1% de los pacientes con HDA y en el 6% sin HDA, con diferencia significativa ( $p < 0,05$ ), OR: 3,47 (I.C.95%: 1,04–11,97).
- **El consumo de AINE, alcohol, café y tabaco** se observó en los pacientes con HDA en el 31,9% [OR: 1,53 (I.C.95%: 0,66–3,58)], 76,6% [OR: 1,61 (I.C.95%: 0,68–3,88)], 42,6% [OR: 0,96 (I.C.95%: 0,44–2,06)] y 34% [OR: 0,95 (I.C.95%: 0,43–2,12)] de los casos respectivamente sin encontrar significancia estadística ( $p > 0,05$ ).

Cuadro 1  
FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS DE  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Factor	Casos n = 47 (%)	Controles n = 94 (%)	Valor p*
<b>Edad</b>			0,0557793
> 60 años	26 (55,3)	36 (38,3)	<b>OR:</b> 1,99
≤ 60 años	21 (44,7)	58 (61,7)	<b>I.C.95%:</b> 0,92–4,32
<b>Sexo</b>			0,0085460
Masculino	38 (80,9)	55 (58,5)	<b>OR:</b> 2,99
Femenino	9 (19,1)	39 (41,5)	<b>I.C.95%:</b> 1,22–7,54
<b>Várices esofágicas</b>			0,0209213
Presente	9 (19,1)	6 (6,4)	<b>OR:</b> 3,47
Ausente	38 (80,9)	88(93,6)	<b>I.C.95%:</b> 1,04–11,97
<b>Consumo de AINE</b>			0,2805877
Presente	15 (31,9)	22 (23,4)	<b>OR:</b> 1,53
Ausente	32 (68,1)	72 (76,6)	<b>I.C.95%:</b> 0,66–3,58
<b>Consumo de alcohol</b>			0,2429083
Presente	36 (76,6)	63 (67,0)	<b>OR:</b> 1,61
Ausente	11 (23,4)	31 (33,0)	<b>I.C.95%:</b> 0,68–3,88
<b>Consumo de café</b>			0,9046673
Presente	20(42,6)	41 (43,6)	<b>OR:</b> 0,96
Ausente	27(57,4)	53 (56,4)	<b>I.C.95%:</b> 0,44–2,06
<b>Consumo de tabaco</b>			0,9008314
Presente	16 (34,0)	33 (35,1)	<b>OR:</b> 0,95
Ausente	31 (66,0)	61 (64,9)	<b>I.C.95%:</b> 0,43–2,12

(\*) Chi cuadrado o test exacto de Fisher, cuando sea necesario; valor  $p < 0,05$  como significativo.

(\*\*) AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos.

**Enfermedades concomitantes como factores de riesgo de HDA.** La enfermedad concomitante con significancia estadística fue la úlcera péptica, presente en el 68,1% de los pacientes con HDA [OR: 4,34 (I.C.95%: 1,93–9,86)]. En el grupo control representó el 33%. La cirrosis hepática (17%), hipertensión arterial (17%), enfermedad renal (0%), diabetes mellitus (8,5%), enfermedad reumática (2,1%) y cáncer gástrico (0%) no mostraron diferencia significativa para ambos grupos. (Cuadro 2).

**Análisis multivariado de los factores de riesgo.** En el sexo masculino, la presencia de várices esofágicas y el antecedente de úlcera péptica fueron los factores de riesgo de HDA (Cuadro 3).

## DISCUSIÓN

En este trabajo sobre factores de riesgo de HDA en el Hospital de Belén de Trujillo, se encontró que el 55,3% de los pacientes presentaron una edad mayor o igual de 60 años, no evidenciándose una diferencia significativa tras someterla a la prueba de  $X^2$ . El resultado obtenido en nuestro estudio, es atribuido al reducido tamaño muestral encontrado, observándose una tendencia a la significancia estadística ( $p=0,055$ ). La edad promedio, en nuestro estudio, de pacientes con HDA fue de  $56,40 \pm 16,85$  años, similar al de Acosta et al.<sup>(9)</sup>, quienes realizaron un estudio en un hospital Cubano y observaron que la edad predominante fue

**Cuadro 2**  
**ENFERMEDADES CONCOMITANTES COMO FACTORES DE RIESGO**  
**DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

Enfermedades concomitantes	Casos n = 47 (%)	Controles n = 94 (%)	Valor p*
<b>Úlcera péptica</b>			0,0000819
Presente	32 (68,1)	31 (33,0)	<b>OR:</b> 4,34
Ausente	25 (31,9)	63 (67,0)	<b>I.C.95%:</b> 1,93–9,86
<b>Cirrosis hepática</b>			0,8724089
Presente	8 (17,0)	15 (16,0)	<b>OR:</b> 1,08
Ausente	39 (83,0)	79 (84,0)	<b>C.95%:</b> 0,38–3,01
<b>Hipertensión arterial</b>			0,6509708
Presente	8 (17,0)	19 (20,2)	<b>OR:</b> 0,81
Ausente	39 (83,0)	75 (79,8)	<b>I.C.95%:</b> 0,29–2,18
<b>Enfermedad renal</b>			0,1086650
Presente	0 (0,0)	5 (5,3)	<b>OR:</b> 0,00
Ausente	47 (100,0)	89 (94,7)	<b>I.C.95%:</b> 0,00–2,32
<b>Diabetes mellitus</b>			0,2238177
Presente	4 (8,5)	15 (16,0)	<b>OR:</b> 0,49
Ausente	43 (91,5)	79 (84,0)	<b>I.C.95%:</b> 0, 13–1,72
<b>Enfermedad reumática</b>			0,2745182
Presente	1 (2,1)	6 (6,4)	<b>OR:</b> 0,32
Ausente	46 (97,9)	88 (93,6)	<b>I.C.95%:</b> 0,01–2,81
<b>Cáncer gástrico</b>			1,00000
Presente	0 (0,0)	1 (1,1)	<b>OR:</b> 0,00
Ausente	47 (100,0)	93 (98,9)	<b>I.C.95%:</b> 0,00–35,24

(\*) Chi cuadrado o test exacto de Fisher cuando sea necesario; valor  $p < 0,05$  como significativo.

mayor de 60 años en un 52,5%. Así mismo, Rodríguez<sup>(15)</sup>, en Hospital III-Essalud, Chimbote, refieren que la sexta década de la vida es el grupo etario más afectado en ambos sexos (30,3%), con una edad promedio de 56,90 años; ocurriendo. Jurado<sup>(16)</sup>, observó una edad promedio de 62,38 años en el 2006. Lo contrario fue encontrado en el estudio realizado por Apaza<sup>(17)</sup>, en el que el 37,3% de pacientes con HDA correspondieron al grupo etario de 40–49 años.

El sexo masculino estuvo presente en el 80,9% de los casos, considerándose como factor de riesgo de HDA por tener diferencia altamente significativa ( $p < 0,01$ ) tras someterse a la prueba de  $X^2$ ; dicha expresión fenotípica incrementa 2,99 veces más el riesgo de padecer dicha entidad. Este hallazgo con-

cuerda con diversos estudios internacionales, nacionales y locales<sup>(3,4, 15-22)</sup>.

La ruptura y sangrado de las várices esofágicas es una complicación mayor de la hipertensión portal y conlleva a una alta mortalidad. El sangrado por várices representa aproximadamente el 10–30% de las HDA<sup>(23)</sup>. En el presente estudio, los pacientes con várices esofágicas presentaron 3,37 veces más riesgo de sufrir HDA; dicho factor de riesgo se observó en el 19,1% de pacientes con HDA y 6,4% en el grupo control, la cual se mostró altamente significativo ( $p < 0,05$ ). Hallazgos similares se reporta en el estudio realizado por Arteaga<sup>(19)</sup> quien observó que el 19,2% de pacientes con HDA fue secundaria a presencia de várices esofágicas ( $p < 0,01$ ). Basto et al<sup>(4)</sup>, reportaron

Cuadro 3  
ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES DE RIESGO

Variables	Valor p*	OR ajustado	Intervalos de confianza
Edad	0,027	0,341	0,132 – 0,884
Sexo	0,100	2,600	0,834 – 8,101
Consumo de AINES	0,819	1,128	0,402 – 3,169
Consumo de alcohol	0,597	1,337	0,456 – 3,920
Consumo de café	0,804	0,892	0,362 – 2,196
Consumo de tabaco	0,729	0,837	0,306 – 2,288
Várices esofágicas	<b>0,001</b>	<b>15,252</b>	<b>2,895 – 80,363</b>
Úlcera péptica	<b>0,0001</b>	<b>9,818</b>	<b>3,418 – 28,201</b>
Cirrosis hepática	0,692	0,733	0,158 – 3,408
Hipertensión arterial	0,550	1,478	0,411 – 5,323
Enfermedad renal	0,999	0,000	Indefinido
Diabetes mellitus	0,068	0,231	0,048 – 1,114
Enfermedad reumática	0,235	0,198	0,014 – 2,867
Cáncer gástrico	1,000	0,000	Indefinido

(\*) Análisis de regresión logística.

que el 13,4% de HDA se debió a várices esofagogástricas con OR: 4,64 ( $p=0,0001$ ). Martínez y Calleja<sup>(9)</sup>, ubican a HDA secundaria a várices esofágicas en el segundo lugar después de úlcera péptica con 10–15%. Canales y Miyagui<sup>(18)</sup>, refieren que este factor de riesgo representa el 10% de las causas de sangrado digestivo alto en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Apaza<sup>(17)</sup>, lo señala en el 25,5% de los casos. Todos estos hallazgos descritos se debe a que los varones tienen un mayor consumo de alcohol, conllevando a una alta probabilidad de desarrollar una hepatopatía crónica tipo cirrosis asociada a hipertensión portal, con la formación de várices esofagogástricas.

Los AINE, son los fármacos terapéuticos más consumidos por la población general, dentro de los cuales el ácido acetilsalicílico es el más popular debido a su eficacia y versatilidad. Sin embargo, estas drogas son causa establecida de lesión a nivel del tracto digestivo, siendo las más frecuentes a nivel gastroduodenal<sup>(24)</sup>. En el presente estudio, se encontró que el 31,9% de pacientes con HDA consumían dichos fármacos y en el grupo control solo el 23,4%, tras ser sometida a la prueba  $X^2$ , no mostrando significancia estadística, es decir no condiciona significa-

tivamente el mayor riesgo de presencia de HDA. Jurado<sup>(16)</sup>, encuentra dicha relación en el 33,7%; y Rosas<sup>(25)</sup> en el 29% de pacientes que consumieron AINE. Laporte et al.<sup>(26)</sup>, en un estudio multicéntrico de casos y controles en 18 hospitales de España e Italia, señalan que el consumo de dichos fármacos se asoció a un 38% de casos de pacientes con HDA. Arteaga<sup>(19)</sup>, encuentra dicha asociación en el 44,2% de los casos en su estudio. Existen estudios que superan el 50% de pacientes con HDA, como Pascual et al.<sup>(12)</sup>, que refieren que el 56% de su muestra consumió AINE; lo mismo que Salvatierra et al.<sup>(27)</sup> quienes, en un estudio multicéntrico, observaron que el 54% de su muestra consumió AINE.

Existen algunos hábitos nocivos que pueden incrementar el riesgo de HDA. Se plantea que el café y el alcohol son factores que posiblemente exacerban o desencadenan la hemorragia digestiva en pacientes con úlcera péptica, ya que a estos productos se les atribuye un efecto hipersecretor en el estómago. Algunos autores<sup>(3,28,29)</sup> refieren la notable importancia del consumo de alcohol como factor de riesgo en la HDA, sobre todo en los pacientes con úlcera péptica debido a la destrucción de la barrera citoprotectora y la conse-

cuenta erosión de la mucosa, principalmente a nivel gástrico. Con respecto al consumo de tabaco, la nicotina disminuye el tono del esfínter pilórico con el correspondiente aumento del reflujo duodenal gástrico y, además, disminuye el moco gástrico, así como su viscosidad; por otra parte, distiende el estómago por los gases que aumentan la secreción clorhidropéptica<sup>(21)</sup>. En el análisis de hábitos nocivos se observó que el consumo de alcohol predominó en los pacientes con HDA con 76,6%, seguida del consumo de café con 42,6% y tabaco en el 34%, para los cuales no se encontró diferencia significativa ( $p > 0,05$ ). Dado a que estos datos fueron obtenidos a partir de fuentes secundarias (historias clínicas) hubo sesgo de información. En algunos estudios se observó lo contrario, como Acosta<sup>(3)</sup>, quien encontró mayor riesgo de HDA en pacientes que consumieron café en 67,5%; alcohol, 47,5%; y tabaco, 40%. Arteaga<sup>(19)</sup> encontró el consumo de alcohol y café como factores de riesgo de HDA con  $p < 0,01$ .

Dentro de las enfermedades asociadas como factor de riesgo de HDA se encontró la úlcera péptica en un 68,1%, mostrándose altamente significativa ( $p < 0,01$ ) e indicando que los pacientes que la padecen tienen 4,34 veces más riesgo de sufrir HDA. Basto et al.<sup>(4)</sup> señalaron que el 14,9% de sus pacientes con HDA tuvieron como antecedente úlcera péptica, encontrando un OR de 2,83 veces de desarrollar HDA en pacientes que presenten este antecedente.

Los factores asociados a mayor riesgo de desarrollar HDA, identificados mediante el análisis multivariado, fueron: Sexo masculino, várices esofágicas y la presencia de úlcera péptica; hallazgos que coinciden con los encontrados por Basto et al.<sup>(4)</sup> en el Hospital Arzobispo Loayza.

## CONCLUSIONES

Mediante análisis univariado, se encontró que el sexo masculino (OR: 2,99), la presencia de várices esofágicas (OR: 3,47) y el antecedente de úlcera péptica (OR: 4,34), constituyen factores de riesgo de HDA.

Al realizar el análisis multivariado, encontramos que la presencia de várices esofágicas ( $p=0,001$ ) y la presencia de úlcera péptica ( $p=0,0001$ ) son los factores que muestran mayor riesgo de presentar HDA.

## RECOMENDACIONES

Realizar trabajos prospectivos con la finalidad de obtener información de fuentes primarias, para evitar el sesgo de la información con algunas variables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Del Águila G, Wong H. Hemorragia Digestiva en el Hospital II IPSS Iquitos, Julio 95-Junio 98. Rev. Gast del Perú. Comunicaciones Libres XVI Congreso Peruano de Enfermedades Digestivas. XI Congreso Peruano de Endoscopia Digestiva. 23-27 Nov. 1998; 60:145.
- 2 Rodríguez A. Hemorragia de las vías digestivas altas. Univ Méd Bogotá Colombia 2002; 43(1).
- 3 Acosta D, Rodríguez Z, Fong J. et al. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. MEDISAN [online]. 2009, Vol.13, n.2, pp. 0-0. ISSN 1029-3019.
- 4 Basto M, Vargas G, Ángeles P. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1980-2003. Rev Gastroenterol. Perú 2005; 25: 259-267.
- 5 Cecilio A, Cabrerizo J, Lanás A. Complicaciones de la Úlcera Péptica. Medicine. 2008; 10 (3): 141-7.
- 6 Feu F, Brullet E, Calvet X, y col. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Gastroenterol Hepatol 2003; 26 (2): 70-85.
- 7 Tenias JM, Llorente MJ, Zaragoza A. Epidemiologic aspects on nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in a Mediterranean region: Incidence a sociogeographic and temporal fluctuations. Rev Esp Enferm Dig 2001; 93: 96-105.
- 8 Calbo J, García P. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva. Medicine. 2007; 9 (88): 5708-5714.
- 9 Martínez J, Calleja J. Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos. Universidad Autónoma de Madrid. Emergencias 2005; 17:S50-S54.
- 10 Ballesteros M. Endoscopia en hemorragia digestiva alta no variceal. Rev Gastroenterol Mex 2005; 70 (Supl. 1): 4862.
- 11 Del Valle J. Úlcera péptica y trastornos relacionados. En: Kasper, Hauser, Fauci A dir. Harrison: Principios de Medicina Interna. 16 Edición. España: Mc Graw-Hill-Interamericana; 2006. p.1924-1941.
- 12 Pascual S, Griño P, Casellas J, et al. Etiología de la hemorragia digestiva alta de origen péptico: papel de *Helicobacter pylori* y los antiinflamatorios no esteroideos. Gastroenterol Hepatol 2003; 26 (10): 630-4.
- 13 Calleja J, Martínez J. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Medicine 2000; 8 (14): 725-735.
- 14 Feu F. Complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica: manifestaciones clínicas, actitudes diagnósticas e indicaciones terapéuticas. Medicine 2000; 8 (03): 128-133.
- 15 Rodríguez R. Aspectos epidemiológicos de hemorragia digestiva alta en el Hospital III-EsSalud Chimbote. 1999-2000 [Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. 2001.



- 16 Jurado A, Galván T, Ruiz M, Pinel L. Evolución en la epidemiología de la hemorragia digestiva alta no varicosa desde el año 1985 hasta 2006. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100 (5): 273-277.
- 17 Apaza A. Caracterización topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva alta en el Hospital EsSalud de Puno. [Tesis de especialista en Medicina Interna]. UNMSM; 2003.
- 18 Canales O, Miyagui J. Hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional 2 de Mayo. *Rev. Gast del Perú. Comunicaciones Libres XVI Congreso Peruano de Enfermedades Digestivas. XI Congreso Peruano de Endoscopia Digestiva.* 23-27 Nov. 1998; 59:145.
- 19 Arteaga V. Factores de riesgo asociados a morbimortalidad en pacientes con Hemorragia digestiva alta en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2001-2005 [Tesis para optar el grado de Especialista en Gastroenterología]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. 2007.
- 20 Gisbert J, Llorca I, Cantero J y Pajares J. Estudio de los factores pronósticos clínicos y endoscópicos en los pacientes con hemorragia digestiva de origen gastroduodenal. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (13): 481-6.
- 21 Fernández L, Gonzales V, Díaz J. Úlcera gastroduodenal: Problemática de la morbilidad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (5): 485-90.
- 22 Ichiyanagui C. Epidemiología de la hemorragia digestiva. *Acta Med Per* 2006; 23 (3): 152-155.
- 23 Zumaeta E. Várices esofagogástricas. *Acta Med Per* 2007; 24 (1): 47-52.
- 24 Lanás A. Prevención y tratamiento de la gastroenteropatía por antiinflamatorios no esteroideos. *Rev. Gastroenterol Mex* 2004; 69 (4): 251-60.
- 25 Rosas J, Quílez C, García A, et al. Hemorragia Digestiva Alta inducida por antiinflamatorios no esteroideos: Efecto de la autoprescripción. *Rev Sdad Valenciana Patol Dig* 2001; 20 (3): 96 - 102.
- 26 Laporte J, Ibáñez L, et al. Upper gastrointestinal Bleeding Associated with the Use of NSAIDs. *Drug Safety* 2004; 27 (6): 411-20.
- 27 Salvatierra G, De La Cruz L, Paulino M, et al. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev Gastroenterol Perú* 2006; 26: 13-20
- 28 Moralejo M. y Alonso G. Protocolo diagnóstico del síndrome digestivo agudo relacionado con el alcohol. *Medicine.* 2008; 10 (10): 664-7
- 29 Espinoza J, Huerta J, et al. Validación del Score de Rockall en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en un Hospital de Lima- Perú. *Rev. Gastroenterol. Perú;* 2009; 29 (2): 111-117.