



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y
BIOLÓGICAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.2

“FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS EN
EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2”

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MÉDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. Patricia Zárate Mediano
Residente de Medicina Familiar

ASESOR DE TESIS

Dra. Brenda Paullette Morales Hernández
Médico Familiar. Profesora Titular de Residencia en Medicina Familiar

CO-ASESOR

L Enf. Juan Martín Morales Bedolla
Especialista en Nefrología

Número de registro ante el Comité: R-2023-1603-006
Zacapu, Michoacán, México Enero 2024



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.2



**“FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS EN
EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MÉDICA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. Patricia Zárate Mediano
Residente de Medicina Familiar

ASESOR DE TESIS

Dra. Brenda Poullette Morales Hernández
Médico Familiar. Profesora Titular de Residencia en Medicina Familiar

CO-ASESOR

L Enf. Juan Martín Morales Bedolla
Especialista en Nefrología

Número de registro ante el Comité: R-2023-1603-006
Zacapu, Michoacán, México Enero 2024



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2**

Dr. Edgar Josue Palomares Vallejo

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Enrique Gutiérrez González

Director del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2

Dr. Carlos Sánchez Anguiano

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Brenda Poullette Morales Hernández

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar.



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ” DIVISIÓN
DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez

Director de Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval

Jefa del Departamento de Posgrado Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr.
Ignacio Chávez”

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

Al IMSS, por abrirme las puertas y brindarme la oportunidad de avanzar en mi carrera profesional en mis estudios de posgrado.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, mi alma mater, mi agradecimiento eterno por haberme permitido formarme bajo su estandarte, por darme cobijo, un temple, una formación y por darme el conocimiento para afrontar esta vida.

A la Dra. Brenda Paullette Morales Hernández, profesora titular de la especialidad de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona con Medicina No. 2, a ella, quiero expresar mi más profundo agradecimiento por todo el apoyo que recibí de su parte en todo el procesos de posgrado, quien dedicó su tiempo y conocimientos y quien con su experiencia y sabiduría guio este trabajo de investigación de manera excepcional.

Al Dr. Carlos Sánchez Anguiano, especialista en medicina familiar y CCEIS del HGZ/MF No.2, por compartir sus experiencias y conocimientos conmigo, y por hacer de esta etapa una experiencia enriquecedora y llena de aprendizaje.

A la Dra. Itza Luna Armenta, médico especialista en medicina familiar y ahora subdirectora del HGZ/MF No.2, que de una manera muy particular despertó en mí las ganas de superarme y ser inspiración para mis colegas.

Al Enf. Especialista en nefrología Juan Martin Morales Bedolla; aprecio el tiempo que ha invertido en ayudarme con este proyecto, por su orientación, paciencia y apoyo constante a lo largo de este proceso de investigación.

A mis profesores, pues gracias a ellos, hoy mis conocimientos se han expandido, gracias por compartir un poco de todo lo que saben y gracias a ello, hoy puedo brindarles una mejor atención a mis pacientes.

DEDICATORIA

Nuestro sendero o paso por la residencia, no es sencillamente un instante de nuestra vida, es el instante mismo en el que tenemos la posibilidad de decir que somos moldeados y enseñados en lo que vamos a hacer y como lo vamos a hacer a lo largo del resto de nuestra vida y esto no lo logramos solos, puesto que detrás de nosotros tenemos a los seres que más nos aman, nos motivan y alientan a luchar por nuestro propósito.

A mis padres Roberto Zárate Martínez y Yolanda Mediano Aguilar, quienes se sacrificaron cada minuto de su vida y con esfuerzo lograron ofrecerme la mejor herencia que pudieron darme, una educación; gracias a ellos he llegado hasta donde me encuentro el día de hoy.

A mi esposo Mauricio Martínez Bravo, que fungió de madre y padre de nuestros hijos mientras yo me encontraba cursando mi posgrado, por su paciencia, consejos y apoyo incondicional que me brindó en los momentos que sentía que no podía más y así poder concluir lo que hoy festejo. Sin ti, no lo hubiera logrado.

A mis hijos Diego, Kaled y Adriel, son la razón por la que puedo superar cualquier obstáculo en la vida., que a pesar de no estar cerca de mi, resistieron junto conmigo a la ausencia. Son tan valientes, gracias por inspirarme, por ayudarme y ser el mayor motor que cada día encendía para poder lograr eso que les prometí, “brindarles una mejor calidad de vida” y me vean como ejemplo de nunca quedarse con las ganas y luchar día a día por lo que quieren.

A mis hermanas Angelica, Carolina y Saraí, por compartir mis alegrías y tropiezos, por su confianza y sus porras que cada día me motivaban a seguir adelante; sin su apoyo, no lo hubiera logrado.

Agradecer a Dios por darme la fortaleza para levantarme cada día y no claudicar en todos estos años que duró mi formación profesional.

INDICE

I.	Resumen	1
II.	Abstract	2
III.	Abreviaturas	3
IV.	Glosario	4
V.	Relación de tablas y figuras	7
VI.	Introducción	8
VII.	Marco teórico	9
VIII.	Planteamiento del problema	20
IX.	Justificación	22
X.	Hipótesis	24
XI.	Objetivos	24
XII.	Material y métodos	25
XIII.	Resultados	36
XIV.	Discusión	43
XV.	Conclusiones	47
XVI.	Recomendaciones	48
XVII.	Bibliografía	49
XVIII.	Anexos	55

I. RESUMEN

“FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2”

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) puede ser de origen variceal o no variceal dependiendo la causa. Tiene una alta incidencia en México, se encuentra frecuentemente asociada con ingesta crónica de alcohol o polifarmacia.

Objetivo general: Determinar los factores de riesgo más frecuentes asociados a la hemorragia digestiva alta en pacientes mayores de 45 años.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo, de expedientes de pacientes de ambos sexos, hospitalizados en el HGZ/MF No.2 por HDA, confirmada por endoscopia, de marzo de 2017 a mayo 2022. Se utilizó estadística descriptiva, para variables cuantitativas medias y DE, para categóricas frecuencias y porcentajes. Se utilizó X² para determinar asociación entre variables categóricas. Se estableció diferencia significativa con p valor < 0.05.

Resultados: Se revisaron 104 expedientes de pacientes de ambos sexos. La HDA de origen no variceal tuvo mayor frecuencia, en pacientes de 66 y 75 años (42.3%). Se determinó el consumo crónico de AINES y polifarmacia como predominantes (83.7% y 85.6%), donde el consumo de AAS y diclofenaco fueron los de mayor consumo siendo en el sexo masculino el de mayor ingesta (52.9%); el motivo de egreso fue por mejoría en 97.1%.

Conclusiones: El consumo crónico de AINES y la polifarmacia son los factores de riesgo más frecuentes asociados a la hemorragia digestiva alta, siendo la de origen no variceal la más frecuente en el grupo de edad de 66 a 75 años, con un 97.1% de egreso por mejoría.

Palabras clave: Hemorragia gastrointestinal, tracto gastrointestinal superior, factores de riesgo.

II. ABSTRACT

"MOST FREQUENT RISK FACTORS ASSOCIATED WITH HIGH DIGESTIVE HEMORRHAGE IN PATIENTS OVER 45 YEARS IN THE GENERAL HOSPITAL OF ZONE NO. 2"

Introduction: High Digestive Hemorrhage (HDA) can be of variceal or non -variceal origin depending on the cause. It has a high incidence in Mexico, it is frequently associated with chronic alcohol or polypharmacy intake.

General objective: Determine the most frequent risk factors associated with High digestive bleeding in patients over 45 years.

Material and methods: descriptive transverse study, to patient files of both Sexes, hospitalized in the HGZ/MF No.2 by HDA, confirmed by Endoscopy, March From 2017 to May 2022. Descriptive statistics were used for medium quantitative variables and of, for categorical frequencies and percentages. X² was used to determine association between categorical variables. Significant difference was established with P value <0.05.

Results: 104 patient files of both sexes were studied. The hda of Non -variceal origin had more frequency, in patients of 66 and 75 years (42.3%). It was determined chronic consumption of NSAIDs and polypharmacy as predominant (83.7% and 85.6%), where The consumption of AAS and Diclofenac were the ones with the highest consumption being in the male sex the one with the highest intake (52.9%); The reason for graduation was for improvement in 97.1%.

Conclusions: Chronic NSAIDs and polypharmacy consumption are the factors of most frequent risk associated with high digestive bleeding, being the non -variceal origin The most frequent in the age group from 66 to 75 years, with 97.1% of improvement for improvement.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, upper gastrointestinal tract, risk factors.

III. ABREVIATURAS

HDA. Hemorragia digestiva alta

HTP. Hipertensión portal

HP. Hipertensión portal

AINE's. Antiinflamatorios no esteroideos

AAS. Acido acetil salicílico.

IMSS. Instituto mexicano del seguro social

IBP. Inhibidor de bomba de protones

ACOD. Anticoagulantes orales de acción directa.

VE. Varices esofágicas

LEV. Ligadura endoscópica de varices

HI. Hipotesis de investigación.

ARIMAC.

Chi². Chi cuadrada

RR. Riesgo relativo

mmHg. Milímetros de mercurio.

LPM. Latidos por minuto

IV. GLOSARIO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. La hemorragia digestiva alta es cuando existe un sangrado en la parte superior del tubo digestivo, pudiendo involucrar esófago, estómago o el inicio del intestino delgado.

HEMORRAGIA. Flujo de sangre por rotura de vasos sanguíneos.

VARICES ESOFÁGICAS. son venas anormalmente dilatadas que se encuentran en la parte final del esófago, por las que circula parte de la sangre que en condiciones normales debería pasar a través del hígado.

LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES. es una técnica eficaz para limitar y tratar endoscópicamente las várices esofágicas. Consiste en colocar gomas elásticas sobre las varices que las estrangularán, provocando su obstrucción y luego necrosis.

FACFROR DE RIESGO. se refiere a aquellas condiciones o variables que aumentan la vulnerabilidad de una persona a sufrir daños para su salud o bienestar.

AINE'S. Siglas de antiinflamatorios no esteroideos, conjunto de sustancias químicas, de las que la más conocida es el ácido acetilsalicílico, que se caracteriza por su efecto antiinflamatorio y porque no derivan de moléculas orgánicas, como los esteroides.

TABAQUISMO. la Organización Mundial de la Salud la clasifica como un trastorno mental y del comportamiento, remarcando así la idea más actual de concebir el tabaquismo como enfermedad y no simplemente como un mal hábito.

ALCOHOLISMO. Enfermedad ocasionada por el abuso de bebidas alcohólicas, que puede ser aguda, como la embriaguez, o crónica.

GASTRITIS. La gastritis es un término general para un grupo de enfermedades con un punto en común: la inflamación del revestimiento del estómago.

POLIFARMACIA. La Polifarmacia es el consumo de más de tres fármacos simultáneamente y constituye una de las situaciones más frecuentes con implicaciones relacionadas con la morbimortalidad en el adulto mayor, provocado por Cambios Fisiológicos que afectan la distribución de medicamentos.

CIRROSIS. condición médica en la que el hígado está cicatrizado y permanentemente dañado. El tejido cicatricial reemplaza el tejido sano del hígado y evita que funcione normalmente. El tejido cicatricial también bloquea parcialmente el flujo de sangre a través del hígado.

ULCERA PEPTICA. se define como la ulceración circunscrita de la mucosa que penetra en la muscularis mucosa y afecta al área expuesta al ácido y a la pepsina.

GASTROPATIA. Se emplea cuando hay daño mucoso gástrico en el que el infiltrado inflamatorio es mínimo o no existe, y la alteración predominante es epitelial (gastropatía reactiva) o vascular (congestiva, isquémica, etc.).

ESOFAGITIS. Es una inflamación del esófago como consecuencia del daño de su pared por sustancias irritantes o infecciones.

INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES. constituyen un grupo de fármacos empleados para suprimir la secreción ácida y cuyo consumo se ha disparado a nivel mundial por su consideración como protectores gástricos

MORTALIDAD. Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada

MELENA. Término médico que se utiliza para describir la presencia de heces de color negro, alquitranadas y malolientes

ANTICOAGULANTES. son fármacos que impiden la coagulación de la sangre. Se utilizan, principalmente, en pacientes con valvulopatías o síndrome coronario agudo.

HELICOBACTER PYLORI. Bacteria Gram negativa microaerofílica que coloniza el estómago de los humanos.

CHOQUE HIPOVOLEMICO. síndrome agudo que se caracteriza por una insuficiencia circulatoria generalizada con perfusión tisular insuficiente para satisfacer las demandas de los órganos y tejidos vitales como consecuencia de un volumen circulante inadecuado.

ENDOSCOPIA. Técnica de exploración visual de una cavidad o conducto del organismo

PRESION ARTERIAL. es la fuerza ejercida por la sangre al circular por el cuerpo.

V. RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

- TABLA I. Variables sociodemográficas de pacientes con HDA
- TABLA II. Factores de riesgo asociados a la HDA
- TABLA III. Polifarmacia e ingesta crónica de AINEs por grupo de edad y sexo del paciente con HDA.
- TABLA IV. Motivo de egreso del paciente con HDA

FIGURAS

- FIGURA 1. Hemorragia Digestiva Alta según origen
- FIGURA 2. Frecuencia del consumo de AINEs en pacientes con HDA
- FIGURA 3. Causas más frecuentes de HDA

VI. INTRODUCCION

La hemorragia digestiva alta se define como el sangrado que ocurre por lesión en el tracto digestivo por arriba del triangulo de Treitz, este a su vez se clasifica en hemorragia digestiva alta de origen variceal o no variceal, según sea la causa que lo ocasiona.

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia médico-quirúrgica común que debe ser tratada precozmente por su alta morbimortalidad.

Dentro de las no variceales destaca la úlcera péptica como la más frecuente, siendo esta producida por un desbalance entre factores protectores y agresivos. Por otro lado, en las hemorragias variceales destacan las várices gastroduodenales, las cuales son consecuencia del aumento de la presión portal.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la hemorragia digestiva alta tenemos que se puede relacionar con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), *Helicobacter pylori*, enfermedad de las mucosas relacionada con el estrés, así como la polifarmacia, además del consumo de alcohol, tabaquismo y la cirrosis hepática.

Dentro de estos, la polifarmacia y el consumo crónico de AINEs se ha visto como gran desencadenante de la hemorragia digestiva alta, ya que en nuestro medio más de la mitad de la población son consumidores frecuentes de estos.

Tenemos pues que la HDA representa entre 48 a 160 por cada 100.000 adultos por año y una mortalidad que representa entre un 10% y un 14%, el resangrado representa el principal factor de riesgo en cuanto a mortalidad y se produce en las personas tratadas con éxito entre un 10-30% de las veces.

Es de nuestro interés particular el estudio de los factores de riesgo que condicionan la HDA ya que nuestra población adulta mayor debido a sus múltiples comorbilidades, son grandes consumidores de AINEs y otros fármacos, por lo tanto, tiene una gran posibilidad de desencadenar HDA en algún momento de su vida.

VII. MARCO TEORICO

DEFINICIONES

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) es una enfermedad muy común en los servicios de emergencia y tiene una alta morbilidad y mortalidad principalmente en adultos mayores. Se define como el sangrado provocado por lesión en el tracto digestivo por arriba del ángulo de Treitz (1).

Aunque la boca y la faringe pueden considerarse parte del tubo digestivo, las hemorragias a este nivel se excluyen de la definición anterior, así como las que se producen hacia la cavidad peritoneal (hemoperitoneo). Ésta definición puede parecer arbitraria desde el punto de vista anatómico, pero clínicamente es mejor separar estos tipos de sangrado para tener una orientación terapéutica más adecuada (2).

ETIOLOGIA

Etiológicamente, la HDA se puede clasificar como secundaria a hipertensión portal (HTP) o no. En el primer caso, la hemorragia se produce por lesiones sangrantes que a su vez son complicaciones de la HTP, siendo más severas y de pronóstico más sombrío. Las várices esofagogástricas corresponden al 50% de los casos. Se estima que en los dos primeros años luego del diagnóstico existe un 30% de riesgo de sangrado, y hasta un 70% de resangrado en los dos años posteriores.

La gastropatía por HTP suele manifestarse como un sangrado crónico, aunque en ocasiones puede presentarse en forma aguda. La presencia de várices ectópicas en intestino delgado o grueso puede ser una causa de hemorragia, aunque menos frecuente. Dentro del grupo de las HDA no relacionadas a la HTP, la causa más frecuente se debe a la úlcera péptica (45-50%), secundaria por lo general al consumo de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINEs),

corticoides, Ácido Acetil Salicílico (AAS) o a la presencia de *Helicobacter Pylori*. Siendo más frecuente el sangrado a nivel duodenal que a nivel gástrico (3).

EPIDEMIOLOGIA

Se conoce que la incidencia anual de este padecimiento oscila, de manera general, entre 50 -150 pacientes por cada 100 000 habitantes. Estas cifras suponen entre el 3 y el 10% de las admisiones en un servicio de urgencias (4).

La mortalidad por HDA ha sido reportada en 5-12%, sin embargo, evidencia reciente sugiere que la mortalidad intrahospitalaria ha disminuido, probablemente debido a avances en el tratamiento médico y endoscópico de los últimos años.

En relación a la mortalidad reportada en México asociada a este padecimiento tenemos tasas variables que van desde 3% en el Hospital Español, 3.7% en Hospital Médica Sur, 9% en Hospital General de México y 14% en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey.

En México la información epidemiológica es limitada con relación a este padecimiento. Por ejemplo, en el Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Durango, la tasa anual de prevalencia reportada es de 46.6 casos por 1000 egresos hospitalarios (5).

La HDA se presenta mayoritariamente en personas de sexo masculino con una edad media de 60 años, y se estima que el 13.9% de pacientes que la presentan, resangran en los primeros siete días, pero dicha cifra asciende al 30% según la bibliografía estadounidense y británica; además, el impacto económico que conlleva alcanza los 2000 millones de dólares anuales en Estados Unidos (6).

A pesar de la terapia preventiva efectiva, se estima que el sangrado agudo de várices ocurre en aproximadamente la mitad de los pacientes con cirrosis antes del trasplante, y se estima que cada episodio de sangrado conlleva una tasa de mortalidad del 10-20% (7).

Sung et al, evidenciaron que el 80% de los pacientes con HDA por úlcera péptica fallecían por causas no asociadas a la hemorragia. En el caso particular de las úlceras pépticas, se ha constatado una mortalidad del 5-10%, siendo la edad y comorbilidades los principales determinantes. Los pacientes con hemorragias gastroesofágicas, por su parte, reportan mortalidades de hasta 20% por evento en Estados Unidos.

En un estudio canadiense se estimó una tasa de mortalidad a seis semanas por episodio de hemorragia variceal de 16%, cifra muy distinta al 42% de mortalidad previo a los avances endoscópicos, uso de antibióticos y terapia farmacológica (8).

FACTORES DE RIESGO

Hay una gran variedad de procesos que pueden cursar con sangrado digestivo alto, por lo que puede realizarse una aproximación etiológica teniendo en cuenta la edad del paciente, el tipo, la gravedad y la localización del sangrado, así como el área geográfica en el que se encuentra. No obstante, salvo algunas muy específicas, muchas de las causas son comunes a los distintos grupos de edad.

Entre los frecuentes factores asociados a la HDA que han descrito algunos autores, se menciona que es posible encontrar en la anamnesis signos y síntomas asociados a la causa del sangrado, como la pirosis en casos de hemorragia de origen péptico (úlceras pépticas). En el caso de la hemorragia asociada a la hipertensión portal (HP), es habitual encontrar hallazgos analíticos compatibles con el deterioro de la función hepatocelular del paciente con respecto a su estado basal.

Resulta oportuno mencionar que la hemorragia digestiva alta se presenta en mayor proporción al número elevado de medicamentos incluyendo, los AINEs y anticoagulantes que producen un deterioro en la mucosa gástrica, incrementado el riesgo de úlcera péptica y erosiones que posteriormente terminan en sangrado (9).

Por lo antes mencionado, podemos decir que dentro de las principales causas de una HDA se encuentran: Úlcera péptica (30-50%) pudiendo ser gástrica o duodenal, erosiones gastroduodenales (10-15%), síndrome Mallory-Weiss, esofagitis (10-15%), lesiones vasculares (5-10%) y tumores (10,11).

Con referencia a lo anterior los principales factores de riesgo hallados que predisponen al desarrollo de las HDA son: la edad, tabaquismo (35.8%), ingesta de alcohol (27.8%), consumo de AINEs (15.9%) e incluso agregándole simultáneamente corticoides el riesgo de sangrado aumenta 10 veces; dispepsia (15.9%), diabetes mellitus (10.8%), cirrosis (8.6%), uso de anticoagulantes (5.8%), hipertensión portal (5.4%) e hepatitis crónica (1.7%) y la presencia de infección por *Helicobacter Pylori*.

El riesgo aumenta con el antecedente de Hemorragia Digestiva Alta aguda, tiempo de empleo más prolongado y tratamiento concomitante con clopidogrel y anticoagulantes orales. Los autores destacan que los ancianos suelen requerir uno o más agentes antiagregantes plaquetarios y AINEs como intervención sobre el riesgo cardiovascular o cerebrovascular, así como para enfermedades reumatológicas.

En pacientes internados, el empleo de AINEs también se asocia con incremento del riesgo de HDA. El empleo profiláctico de fármacos inhibidores de la secreción ácida gástrica parece reducir la tasa de estos eventos. De hecho, los bloqueantes de los receptores de histamina H2 y, en particular, los inhibidores de la bomba de protones, constituyen un factor de protección contra Hemorragia Digestiva Alta aguda en pacientes tratados con agentes antiagregantes plaquetarios (12).

Consumo de tóxicos como el consumo de alcohol es el factor de riesgo más ampliamente conocido en la cirrosis y en pacientes con antecedente de abuso de este debe de hacernos sospechar la presencia de HDA por hipertensión portal. Igualmente, el consumo de tabaco es un factor de riesgo para desarrollo de úlcera, dificulta la curación y aumenta la probabilidad de recidiva de esta. El tabaco y el alcohol están también relacionados con las neoplasias gastrointestinales (23).

La úlcera gastroduodenal constituye la primera causa de HDA. Dentro de los factores predisponentes al desarrollo de úlcera péptica destaca, en primer lugar, la infección por *Helicobacter Pylori*, presente en el 90% de las úlceras duodenales y 70% de las gástricas. Otra causa es el consumo de AINEs, que lleva a un trastorno de la barrera protectora gastroduodenal, aumentando cuarenta y ocho veces el riesgo de desarrollar úlceras en el estómago y duodeno respectivamente (8,13).

Los estudios demuestran que la ingesta de grandes cantidades de AINEs agudamente y en tiempo corto no desarrolla con mucha frecuencia gastropatías, pero los tratamientos crónicos y a largo plazo son los más propensos a producir irritaciones del epitelio gastroduodenal que pueden llevar a un sangrado. Los fármacos más frecuentes son el AAS, los AINEs y la prednisona. Le sigue el alcoholismo que es fácil entender su relación con los episodios de sangrado activo gastroduodenal, más aún, si ya se ha producido un daño hepático que condicione la producción de várices esofágicas que pueden sangrar con facilidad (14).

La identificación de la infección por *Helicobacter Pylori* como un factor en el desarrollo de úlcera péptica ha planteado la cuestión de una posible relación sinérgica entre la presencia de infección por dicho patógeno y el uso de AINEs. Aunque varios estudios han encontrado que estos dos factores son independientes, el tamaño real de la interacción sigue sin definirse. Un metaanálisis de estudios epidemiológicos concluye que existe una clara interacción de ambos factores para la aparición de úlcera gástrica.

Los ensayos aleatorios que compararon la erradicación de *Helicobacter Pylori* con la no erradicación en pacientes que recibieron AINEs mostraron que la erradicación de dicho patógeno reduce la incidencia de úlcera péptica en la población general, pero es especialmente efectiva en pacientes sin tratamiento previo. No obstante, la erradicación de *Helicobacter Pylori* parece menos efectiva que el tratamiento con un Inhibidor de Bomba de Protones (IBP) para la prevención de las úlceras pépticas complicadas y no complicadas.

Un estudio reciente realizado por Venerito y sus colegas concluyó que para la prevención primaria de úlceras, la erradicación de dicho patógeno antes de comenzar una terapia con AINEs reduce el riesgo de úlcera gástrica inducida por AINEs y prácticamente elimina el riesgo de úlcera duodenal. Dicha erradicación por sí sola no es suficiente para la prevención secundaria de las úlceras gástricas y duodenales inducidas por AINEs, ni influye en la cicatrización de las úlceras gástricas y duodenales si se suspende la ingesta de AINEs (22).

Por último el antecedente de HDA es conocido por varios autores como una condicional, uno o dos de cada diez pacientes con una hemorragia actual han sufrido un episodio pasado, algunos llegan a tener un episodio anual, cada seis meses, incluso con menor frecuencia.

Por lo tanto, en el manejo de los factores de riesgo, lo mejor es la prevención de su aparición, su erradicación o el control; eliminando los hábitos tóxicos, los irritantes de la mucosa gastroduodenal, tratando adecuadamente la gastritis y la duodenitis, así como las úlceras (14).

Finalmente, el pronóstico de la HDA puede variar entre leve y mortal: pacientes con hemorragia leve podrían recuperarse completamente sin tratamiento clínico específico, mientras que aquellos con hemorragia severa pueden experimentar una complicación grave e incluso la muerte si no reciben el tratamiento para su condición.

La identificación temprana de factores de riesgo y la predicción del pronóstico pueden inducir una intervención apropiada, reduciendo así la mortalidad, la morbilidad, la estancia hospitalaria y los costos. En este sentido, se han desarrollado varios sistemas de puntuación para predecir la gravedad en pacientes con HDA (15).

CUADRO CLINICO

El cuadro clínico con el que se presentan la HDA es muy variado, desde síndrome anémico crónico, shock hipovolémico, vómitos con sangre fresca o con residuos hemáticos (en broza de café) deposiciones oscuras, blandas y fétidas que se dan al digerirse la sangre proveniente del tracto gastrointestinal superior (melena que aparece cuando existe entre 50mL y 200mL de sangre digerida), hematoquesia cuando un paciente tiene una tránsito intestinal rápido y se dan deposiciones con muestras de sangre (1).

La anamnesis inicial debe incluir la valoración de: *Forma de presentación de la hemorragia*: “poso de café” o hematemesis, asociado o no a melenas. *Repercusión hemodinámica y gravedad*: hematemesis masiva, sudoración, pérdida de conciencia (síncope o lipotimia). *Comorbilidad*: teniendo en cuenta los antecedentes o datos clínicos sugestivos de hepatopatía (los pacientes con hemorragia digestiva por varices esófago-gástricas requieren un manejo diferente) y los antecedentes de patología cardiovascular.

Interrogar sobre el uso de AINEs y de antiagregantes o anticoagulantes incluyendo los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD): dabigatrán, rivaroxaban, apixaban y edoxaban (16).

Es importante resaltar la importancia del choque hipovolémico como complicación de la Hemorragia Digestiva Alta, ya que de presentarse puede ser causa de muerte.

Identificar los signos clínicos de la hemorragia leve o grave, nos ayudarán a tener un mejor control y por lo tanto mejor manejo del paciente, por lo que se mencionan a continuación:

- Hemorragia grave: tensión arterial inferior a 100 mmHg, pulso mayor a 100 lpm, el ortostatismo produce cambios en el paciente acompañado de piel sudorosa, pálida y fría.
- Hemorragia leve: tensión arterial mayor a 100 mmHg, pulso inferior a 100 lpm, no hay cambios en constantes si se levanta o se sienta el enfermo, piel de aspecto normal (8,16).

DIAGNOSTICO

El uso de la endoscopia para el diagnóstico y control de la hemorragia gastrointestinal ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud. Esta es una técnica altamente sensible y relativamente fácil, que permite precisar el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95 %) con una frecuencia de complicaciones menor del 0.01 %.

Permite determinar la persistencia o recurrencia del sangrado, sobre todo en los casos de úlceras pépticas, para lo cual es útil la clasificación de *Forrest*. Esta vía permite también realizar tratamiento esclerosante en el sitio de sangrado (17).

TRATAMIENTO

Dentro del manejo médico el uso de terapia médica es uno de los pilares para el control del sangrado, así como resolver las diversas etiologías. El tratamiento consiste en:

Inhibidores de la bomba de protones: Las infusiones de IBP son utilizadas en sospecha de una HDA. La activación de la pepsina intragástrica por el medio ácido inhibe la agregación plaquetaria y facilita la ruptura de los coágulos. La administración precoz de IBP acelera la reepitelización de la mucosa gástrica.

Drogas procinéticas: La administración de estas drogas como metoclopramida o eritromicina han demostrado mejorar el rendimiento diagnóstico endoscópico en pacientes con HDA no variceal.

Vasoconstrictores espláncnicos: Este grupo está formado por el octreótide (análogo de somatostatina) y terlipresina (análogo de vasopresina).

Antibióticos: Se recomiendan antibióticos para todas las várices con hemorragia aguda, debido a una alta tasa de infección agravante que repercute en el pronóstico y etiopatogenia de la hemorragia. Producto del sangrado de las varices estos pacientes tienen riesgo de desarrollar peritonitis bacteriana espontánea. Existe evidencia de que un tratamiento de siete días con un antibiótico de amplio espectro reduciría las tasas de resangrado.

Beta bloqueadores no selectivos (propranolol): Este grupo de fármacos ayudan a disminuir la presión portal, por lo que disminuyen el riesgo de resangrado (18).

Una vez que los pacientes son reanimados adecuadamente, se debe realizar una endoscopia para identificar la causa del sangrado y proporcionar tratamiento. Un diagnóstico de una variz que sangra activamente se puede hacer con confianza si la variz muestra signos de sangrado reciente, como un tapón de fibrina y si no se encuentran otras causas. Las várices que se consideran la fuente de hemorragia deben ser ligadas.

La ligadura endoscópica de várices (LEV) es el método preferido debido a la alta eficacia y las bajas tasas de complicaciones, y combinada con vasoconstrictores intravenosos es el estándar de atención para la hemorragia variceal. En los casos en que la LEV no es factible, la escleroterapia se puede utilizar para proporcionar hemostasia.

Como ya se mencionó anteriormente, la endoscopia consigue identificar la causa de la hemorragia en casi todos los casos. A ese valor diagnóstico hay que añadir un valor pronóstico porque permite visualizar una serie de signos (estigmas de hemorragia) cuya existencia hace más probable que la hemorragia continúe o vuelva a producirse, si es que ha cesado momentáneamente. En torno al 80% de los casos la hemorragia cesa espontáneamente de manera definitiva; en el resto será necesario un tratamiento específico.

Ese tratamiento también se realiza mediante la endoscopia que consigue la hemostasia (coagulación) mediante diversas técnicas: la inyección de fármacos o sustancias, o aplicando determinados dispositivos que coagulan el vaso sangrante por calor o mediante la colocación de unos dispositivos semejantes a grapas, que se denominan "clips" y que pueden atrapar y comprimir el vaso sangrante (19).

PRONÓSTICO

Existen escalas pronósticas utilizadas antes de la realización de la endoscopia se basan en parámetros clínicos y de laboratorio, y se usan a la llegada del enfermo al hospital. Ahí radica precisamente su mayor ventaja, ya que permiten una primera evaluación rápida sobre la decisión que puede tomarse acerca del momento y el lugar del ingreso, necesidad de endoscopia y otras medidas. Las escalas más usadas para estos fines son la de Rockall preendoscópico y la de Glasgow-Blatchford.

- **ESCALA DE ROCKALL PREENDOSCÓPICA:** utiliza los parámetros de la edad del paciente, el valor de la tensión arterial y la comorbilidad. De acuerdo con los hallazgos, se asignan una cantidad de puntos en una escala de 0 a 3. La suma total o índice de Rockall preendoscópico, con un valor de 0 a 7 puntos, permite la estratificación de los pacientes en dos grupos de riesgo: bajo, cuando el índice de Rockall tiene un valor de cero y alto cuando supera el valor de diez.

- ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD: se realizó para identificar aquellos pacientes que necesitan algún tipo de intervención o tienen riesgo de fallecer debido a la hemorragia. No incluye parámetros endoscópicos. Utiliza una combinación de criterios clínicos y de laboratorio. A diferencia de la escala anterior, no tiene en cuenta la edad del paciente, pero predice la necesidad de intervención o tratamiento con la utilización de los valores de la urea sérica. Al no utilizar parámetros endoscópicos, resulta útil para aplicar en un nivel de atención primaria (20).

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La HDA es una enfermedad de origen variceal o no variceal dependiendo si presenta alteraciones hepáticas o gástricas el paciente, presentando una alta incidencia en nuestro país, encontrándose en relación frecuentemente con la ingesta de alcohol crónico, polifarmacia o secundario a complicaciones propias de la cirrosis hepática. Se estima que se auto-limita solo en el 40% de los pacientes, incrementando la mortalidad global en un 50% y existiendo un riesgo de re-sangrado dentro de las primeras 72 horas post-evento agudo del 50%, presentándose en estos casos una mortalidad por reincidencia de sangrado hasta de un 30%.

Se estima que alrededor de 45 a 68 personas por cada 100, 000 habitantes son los que han sufrido alguna vez de un cuadro de HDA. En México la mortalidad va desde 3% hasta el 14% variando según la zona geográfica. Dentro de las causas más frecuentes dentro del HGZ/MF No.2 encontramos la HDA de origen no variceal, siendo la más frecuente la ocasionada por úlcera duodenal, la cual predomina en pacientes de la tercera edad con polifarmacia, por tener mayor consumo de AINEs y anticoagulantes.

Por otro lado, en la HDA de origen variceal, el detonante principal es la presencia de varices esofágicas (VE) generadas por la cirrosis hepática, aunque este factor de riesgo es poco frecuente de presentarse, tiene un peor pronóstico. A pesar de la terapia preventiva efectiva, se estima que el sangrado agudo de várices ocurre en aproximadamente la mitad de los pacientes con cirrosis antes del trasplante y se conoce que cada episodio de sangrado conlleva una tasa de mortalidad del 10-20%.

La razón por la cual se decidió realizar el presente estudio, se encuentra debido a que es de suma importancia conocer aquellos factores de riesgo que predominan en forma más frecuente en nuestra población y que se encuentran asociados a la hemorragia digestiva alta en los pacientes mayores de 45 años de edad, con la finalidad de determinar si la ingesta de AINEs y el tratamiento con polifarmacia son los factores de riesgo más frecuentes en la población adscrita al Hospital General de Zona No.2; en base a ello se podrá realizar

estrategias preventivas para lograr disminuir el índice de morbimortalidad en dichos pacientes, ya que en caso de presentar un cuadro de HDA, sabemos que la mitad de los pacientes tienen la posibilidad de fallecer, por lo que nos realizamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes asociados a la hemorragia digestiva alta en pacientes mayores de 45 años de edad en el HGZ/MF No.2?

IX. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva alta puede originarse por diversas causas, pudiendo englobarla en dos grandes grupos: HDA de origen variceal y no variceal. Para el diagnóstico se tomará en cuenta los antecedentes y estudio endoscópico, el cual nos dará la orientación y/o confirmación del diagnóstico causal. Debido a la alta prevalencia de la HDA se ha requerido de hospitalizaciones recurrentes, lo que genera un gran impacto económico al bolsillo del paciente y al propio instituto al requerir de tratamientos diagnósticos y terapéuticos con altos costos.

Se debe de tener en consideración que la mayoría de los casos de HDA son de origen no variceal, siendo el principal factor de riesgo la ingesta crónica e indiscriminada de AINEs que en determinado momento genera la presencia de úlcera gástrica o duodenal, siendo más frecuente esta última, presentándose principalmente en mayores de 60 años, pues son quienes se encuentran con polifarmacia, aunado a esto podemos ver que cada día va en incremento el índice de población de pacientes geriátricos en el mundo, aumentando el índice de morbimortalidad de dicha enfermedad.

Por otro lado, si bien se ha visto que la HDA es más frecuente por causas no variceales, tenemos un porcentaje de nuestra población que ingresa al servicio de urgencias por presentar HDA de origen no variceal, teniendo como factor de riesgo principal el consumo de alcohol, secundario a esto se produce una hipertensión portal (HP) la cual termina por producir varices esofágicas (VE) incluso gástricas (pero en mucho menor porcentaje) las cuales han ocasionado HDA aguda con un peor pronóstico.

Por lo antes descrito sabemos que es primordial determinar si la ingesta de AINEs y el tratamiento con polifarmacia son los factores de riesgo más frecuentes asociados a la hemorragia digestiva alta en los pacientes mayores de 45 años en el Hospital General de Zona No.2, para con ello poder establecer estrategias preventivas tanto en primer como en segundo nivel de atención, y lograr así disminuir la morbimortalidad relacionada con ello,

así como el número de ingresos a urgencias y el gasto que se genera al instituto en cuanto al diagnóstico y tratamiento de dichos pacientes.

En nuestra unidad contamos con una área de urgencias y hospitalización en donde se atienden pacientes con hemorragia digestiva alta, la cual es diagnosticada a través de la realización de endoscopia, el expediente clínico de cada uno de ellos se resguarda en el área de ARIMAC, así que considerando la cantidad de pacientes que frecuentemente acuden a recibir atención médica, contamos con la población necesaria y la infraestructura para realizar el presente estudio, analizando los expedientes de los pacientes hospitalizados de marzo 2017 a mayo 2022, considerándolo factible de realizar.

X. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN (HI)

Los AINEs y el tratamiento con polifarmacia son los factores de riesgo más frecuentes asociados a la hemorragia digestiva alta en más de un 70% de los casos de los pacientes mayores de 45 años en el Hospital General de Zona No.2

XI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores de riesgo más frecuentes asociados a la hemorragia digestiva alta en pacientes mayores de 45 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el tipo de HDA más frecuente en los pacientes hospitalizados en el HGZ/MF No.2
- Identificar los factores de riesgo más frecuentes en los pacientes con HDA
- Establecer la caracterización sociodemográfica de los pacientes con ingesta crónica de AINEs y polifarmacia como factores de riesgo más frecuentes de HDA
- Conocer los AINES de mayor consumo en la población
- Analizar la principal causa de motivo de egreso del paciente

XII. METODO

DISEÑO DE ESTUDIO

- Control de asignación a los factores de estudio: Observacional.
- Secuencia y/o temporalidad: Transversal, definiéndose como una medición que será única.
- Método de observación: Descriptivo.
- Cronología de la recolección de datos: Retrospectivo

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión de expedientes médicos resguardados en el área de ARIMAC del HGZMF No.2 de pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del total de pacientes que ingresaron a recibir atención médica al área de urgencias de dicha unidad hospitalaria del periodo del 01 de marzo 2017 al 30 de mayo 2022, de donde se obtuvieron datos clínicos y sociodemográficos. Se utilizaron en el programa estadístico SPSS versión 23 para graficar.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Población adulta, mayores de 45 años de edad, de ambos sexos, que hayan acudido al servicio de urgencias para recibir atención médica y posteriormente hayan sido hospitalizados en el HGZ/MF No.2 con diagnóstico de HDA confirmada por endoscopia temprana durante su estancia hospitalaria, que sean derechohabientes y se encuentren adscritos al hospital sede del estudio de investigación.

TAMAÑO DE MUESTRA:

Se recabó una muestra de 104 sujetos a estudiar calculados por población finita.

Tipo de muestra: Finita

Tamaño de muestra (n): 142

Margen de error máximo admitido(e): 5%

Nivel de confianza (z): 95%

CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

Parámetro

N= Total de la población = 142 pacientes hospitalizados por HDA

Z= Seguridad de 95% al ser un estudio de dos colas (1.960)

P= Proporción esperada (En este caso de 50,00% = 0.50)

q = 1 – p (En este caso 1 – 0.50 = 0.50)

e = Error de estimación máximo esperado (5,00% = 0.05).

Tipo de muestreo: Al azar.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{(142) (1.96)^2 (0.50) (0.50)}{(0.05)^2 (142-1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)} = \frac{136.3768}{1.3129} = \mathbf{104 \text{ sujetos a estudiar}}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a) Sujetos mayores de 45 años de edad y de ambos sexos.
- b) Sujetos derechohabientes al IMSS y adscritos al HGZ/MF No.2
- c) Con diagnóstico de hemorragia digestiva alta confirmada por endoscopia temprana realizada durante su estancia intrahospitalaria.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- a) Sujetos que se conozcan con dicho diagnóstico previamente pero que no tengan endoscopia temprana realizada durante su estancia intrahospitalaria por cuadro agudo de HDA.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- a) Expedientes médicos incompletos
- b) Expedientes que no se encuentren en área de ARIMAC

Expedientes con información no confiable, no veraz o no concreta.

VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Hemorragia digestiva alta.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad, sexo, alcoholismo, tabaquismo, infección por *Helicobacter Pylori*, antecedente de ingesta de AINEs, tiempo de ingesta de AINEs, tratamiento con polifarmacia, cirrosis hepática, estado civil, motivo de egreso.

CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Hemorragia digestiva alta	Se define como el sangrado provocado por lesión en el tracto digestivo por arriba del ángulo de Treitz.	El diagnóstico definitivo preferiblemente temprana (menos de 24hrs). De acuerdo a los hallazgos se clasifica si es de origen variceal o no variceal, confirmado a través de una endoscopia.	Cualitativa Nominal	1. Hemorragia digestiva alta de origen variceal 2. Hemorragia digestiva alta no variceal
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Años cumplidos del paciente. Se registra del expediente clínico del paciente.	Cuantitativa numérica Continua	Años cumplidos del paciente.
Sexo	Sexo biológico con el que se nace.	Se determina en base a lo establecido en el expediente clínico., definiéndose de acuerdo a las características de los órganos sexuales de las personas en: 1.- Femenino: Persona que posee órganos reproductivos femeninos. 2.- Masculino: persona que posee órganos reproductores masculinos.	Cualitativa dicotómica	1.- Femenino 2.- Masculino

<p>Alcoholismo</p>	<p>Consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol.</p>	<p>Se determina de acuerdo a lo registrado en el expediente clínico del paciente.</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si presenta alcoholismo 2. No presenta alcoholismo
<p>Tabaquismo</p>	<p>Es una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central.</p>	<p>Se determina en base a lo registrado en el expediente clínico del paciente.</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si presenta tabaquismo o 2. No presenta tabaquismo o
<p>Infección por <i>Helicobacter Pylori</i></p>	<p>También conocido como Helicobacter Pylori, es una bacteria que vive en nuestro estómago y duodeno, siendo responsable de la infección bacteriana crónica más común en humanos, presente en todas las poblaciones y en individuos de todas las edades.</p>	<p>Se determina en base a lo registrado en el expediente médico según los resultados de las pruebas endoscópicas con biopsia de la siguiente forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con Infección por <i>Helicobacter Pylori</i>: Prueba endoscópica con resultados de biopsia con reporte positivo. 2. No infección por <i>Helicobacter Pylori</i>: Prueba endoscópica con resultados de biopsia con reporte negativo. 	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con Infección por <i>Helicobacter Pylori</i> 2. Sin infección por <i>Helicobacter Pylori</i>.

Ingesta de AINEs	<p>Sus siglas significan: Antiinflamatorios no Esteroideos. Este término agrupa a una serie de <u>medicamentos</u>, con diferentes composiciones químicas que abarcan no solo antiinflamatorios, sino también analgésicos y antipiréticos. Son medicamentos de acción rápida, principalmente utilizados en dolencias relaciones con la reumatología.</p>	<p>Se determina en base a lo registrado en el expediente clínico del paciente.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diclofenaco 2. Naproxeno 3. Sulindaco 4. Ácido Acetilsalicílico 5. Indometacina 6. Ketorolaco 7. Piroxicam 8. Otros AINEs no institucionales
Ingesta crónica de AINEs	<p>Toma de medicamentos Antiinflamatorios No Esteroideos en forma continua por un largo tiempo, normalmente lo realizan los pacientes que padecen de enfermedades crónicas definidas como todas aquellas con duración de más de tres meses.</p>	<p>Se determina en base a lo registrado en el expediente clínico del paciente.</p>	<p>Cualitativo Dicotómica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con ingesta crónica de AINEs 2. Sin ingesta crónica de AINEs
Tratamiento con polifarmacia	<p>Se considera Polifarmacia mayor al consumo de más de cinco medicamentos de forma simultánea por el mismo período de tiempo. La polifarmacia en el adulto mayor incrementa el riesgo de reacciones secundarias, lo que aumenta la mortalidad de las</p>	<p>Se determina en base a lo registrado en el expediente clínico del paciente.</p> <p>Se considera polifarmacia en la ingesta de más de cinco medicamentos diferentes.</p>	<p>Cualitativo dicotómico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con polifarmacia 2. Sin polifarmacia

	personas de la tercera edad.			
Cirrosis hepática	Enfermedad crónica del hígado, progresiva, difusa, irreversible y de causa variada, que se caracteriza por la presencia de fibrosis en el parénquima hepático y nódulos de regeneración, que lleva a una alteración de la arquitectura vascular.	Se determina de lo registrado en el expediente clínico del paciente, de acuerdo a los resultados de estudios bioquímicos y biopsia de la siguiente forma: 1.-Con cirrosis hepática: Resultados bioquímicos y biopsia positiva. 2.- Sin cirrosis hepática: Resultados bioquímicos y biopsia negativa.	Cualitativo dicotómico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con cirrosis hepática 2. Sin cirrosis hepática
Estado Civil	Es la situación de las <u>personas físicas</u> determinada por sus relaciones de <u>familia</u> , provenientes del matrimonio o del <u>parentesco</u> , que establece ciertos <u>derechos y deberes</u> .	El estado civil registrado en el expediente clínico del paciente. Se clasifica de la siguiente forma: 1.Soltera 2.Casada 3.Unión libre 4.Divorciada 5.Separada 6.Viuda	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Soltera 2.Casada 3.Unión libre 4.Divorciada 5.Separada 6.Viuda
Motivo de Egreso	Término para describir la partida, lejanía o retiro de una persona del lugar en el cual se encontraba.	Implica la conclusión del periodo de hospitalización y desocupación de una cama de hospital ya sea por alta o fallecimiento. Se clasifica de la siguiente forma: 1. Mejoría: El paciente tiene	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Mejoría 2.-Traslado 3.-Alta voluntaria 4.-Defunción

		<p>mejoría de la patología de su ingreso por lo que se decide alta para continuar el tratamiento en su domicilio.</p> <p>2. Traslado: El paciente requiere de manejo médico especializado en otra unidad hospitalaria en donde si se cuenta con el servicio u especialidad que requiere.</p> <p>3. Alta voluntaria: Derecho del paciente a retirarse de la clínica en forma voluntaria en el momento que lo desee, renunciando así a todos los derechos como paciente.</p> <p>4. Defunción: Fallecimiento del paciente durante su estancia intrahospitalaria.</p>		
--	--	---	--	--

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO.

Previa aprobación del Comité Local de Investigación y de Ética en Investigación en Salud del IMSS y del Director del HGZ/MF No. 2 (Anexo 1), se llevó a cabo el presente estudio en el área de ARIMAC del HGZ/MF No.2, en el periodo del 01 Marzo a Julio 2023; donde se obtuvo toda la lista de los pacientes atendidos desde marzo 2017 a mayo 2022 con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, atendidos en el Hospital General de Zona No.2 Zacapu, Michoacán, de la cual se filtró la información necesaria para llevar a cabo el análisis de 104 expedientes clínicos de sujetos que cumplían con los criterios de inclusión y hubieran ingresado a urgencias para recibir atención médica con diagnóstico de HDA, mismo que hubiera sido corroborado con la realización de una endoscopia temprana.

Del expediente clínico se obtuvieron datos como su diagnóstico definitivo, estudios diagnósticos que se le realizaron, variables clínicas y sociodemográficas como edad, género, estado civil, antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, infección por *Helicobacter Pylori*, antecedente de ingesta de AINEs o polifarmacia, y tiempo de la ingesta de dichos medicamentos, antecedente de cirrosis hepática y el motivo de egreso, llenándose una hoja de recolección de datos con esta información (Anexo 2).

Todos los datos se recabaron en una base de datos en el programa de Excel y posteriormente se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 23.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva, los datos numéricos continuos se expresaron en promedio \pm desviación estándar. Los datos categóricos se reportarán en frecuencias y porcentajes (%). Se utilizó el estadístico de prueba No paramétrico Chi^2 (*Chi cuadrada*) para determinar la asociación entre las variables categóricas, así como también se calculó el *RR* (*Riesgo Relativo*) con su respectivo intervalo de confianza al 95 %. Se estableció la diferencia estadísticamente significativa con p valor <0.05 . Los datos recabados se capturaron en una base de datos en el programa de Excel y posteriormente se analizaron en

el programa computacional SPSS versión 23.0 para Windows. Se presentan tablas de contingencia y gráficos de barras.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Los procedimientos propuestos estuvieron de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se tuvo con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Nüremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasificó en la siguiente categoría:

Categoría I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna

intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

XIII. RESULTADOS

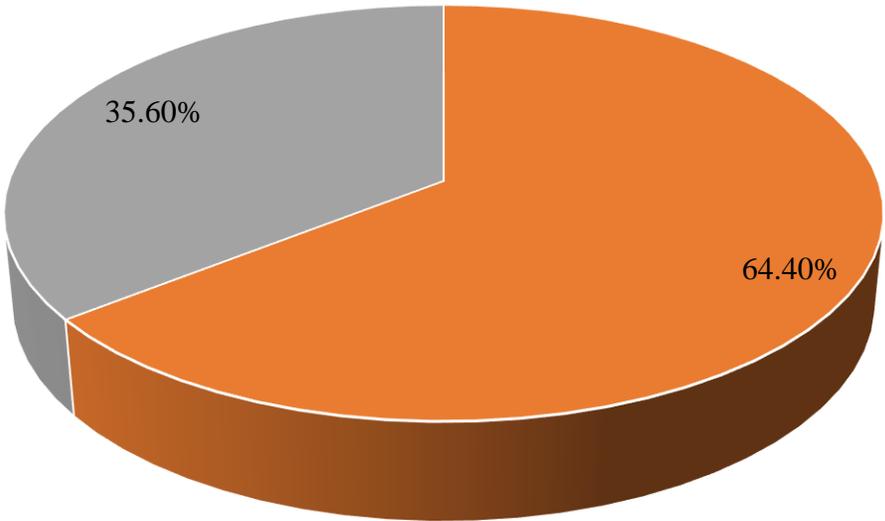
Se analizó un total de 104 expedientes de pacientes con hemorragia digestiva alta adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, mayores de 45 años, de ambos sexos (**Tabla I**).

Tabla I. Variables sociodemográficas de pacientes con HDA (n=104)

VARIABLE	FRECUENCIA	(%)
SEXO		
Femenino	48	46.2
Masculino	56	53.8
EDAD (AÑOS)		
45-55	12	11.5
56-65	16	15.4
66-75	44	42.3
76-85	20	19.2
86-95	8	7.7
Más de 96	4	3.8
ESTADO CIVIL		
Soltero(a)	3	2.9
Casado(a)	71	68.3
Divorciado(a)	3	2.9
Viudo(a)	27	26

(%) = (Porcentaje); HDA= Hemorragia digestiva alta.

En la **figura 1** se muestra la frecuencia de la hemorragia digestiva alta según origen, observando que la no variceal es la que predomina.



■ Hemorragia digestiva alta no variceal ■ Hemorragía digestiva alta Variceal

Figura 1. Hemorragia digestiva alta según origen (n=104)

(%) = Porcentaje.

En cuanto a los factores de riesgo más frecuentes en pacientes con HDA se determinó que el consumo de AINES y la polifarmacia fueron los que predominaron (**Tabla II**).

Tabla II. Factores de riesgo asociados a la hemorragia digestiva alta (n=104)

V A R I A B L E	HDA NO	HDA	<i>Chi</i> ²	<i>Sig.</i>	RR IC95% (LI, LS)
	VARICEAL F (%)	VARICEAL F (%)			
H. Pylori			3.516	.061	1.607(1.377, 1.874)
Si	6(5.8)	37(35.6)			
No	61(58.7)	-			
Tabaquismo					.738(.554, .983)
Si	31(29.8)	25(24.0)	4.351	.037*	
No	36(34.6)	12(11.5)			
Alcoholismo					.580(.409, .823)
Si	20(19.2)	24(23.1)	11.973	.001*	
No	47(45.2)	13(12.5)			
AINES					3.078(1.294, 7.322)
Si	63(60.6)	24(23.1)	14.827	.000*	
No	4(3.8)	13(12.5)			
Cirrosis Hepática			72.165	.000*	.036(.005, .246)
Si	1(1.0)	30(28.8)			
No	66(63.5)	7(6.7)			
Polifarmacia					1.713(.908, 3.235)
Si	61(58.7)	28(26.9)	4.582	.003*	
No	6(5.8)	9(8.7)			
Ingesta crónica de AINES					1.450(1.135, 1.852)
Si	63(60.6)	4(3.8)	14.827	.000*	
No	24(23.1)	13(12.5)			

* *Cifra estadísticamente significativa* (p<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

RR.-Riesgo Relativo, IC95%.-Intervalo de Confianza al 95%, LI.-Límite Inferior, LS.-
Límite Superior

Dentro del grupo de AINES, la ingesta de ácido acetil salicílico y el diclofenaco fueron los de mayor consumo (**Figura 2**).

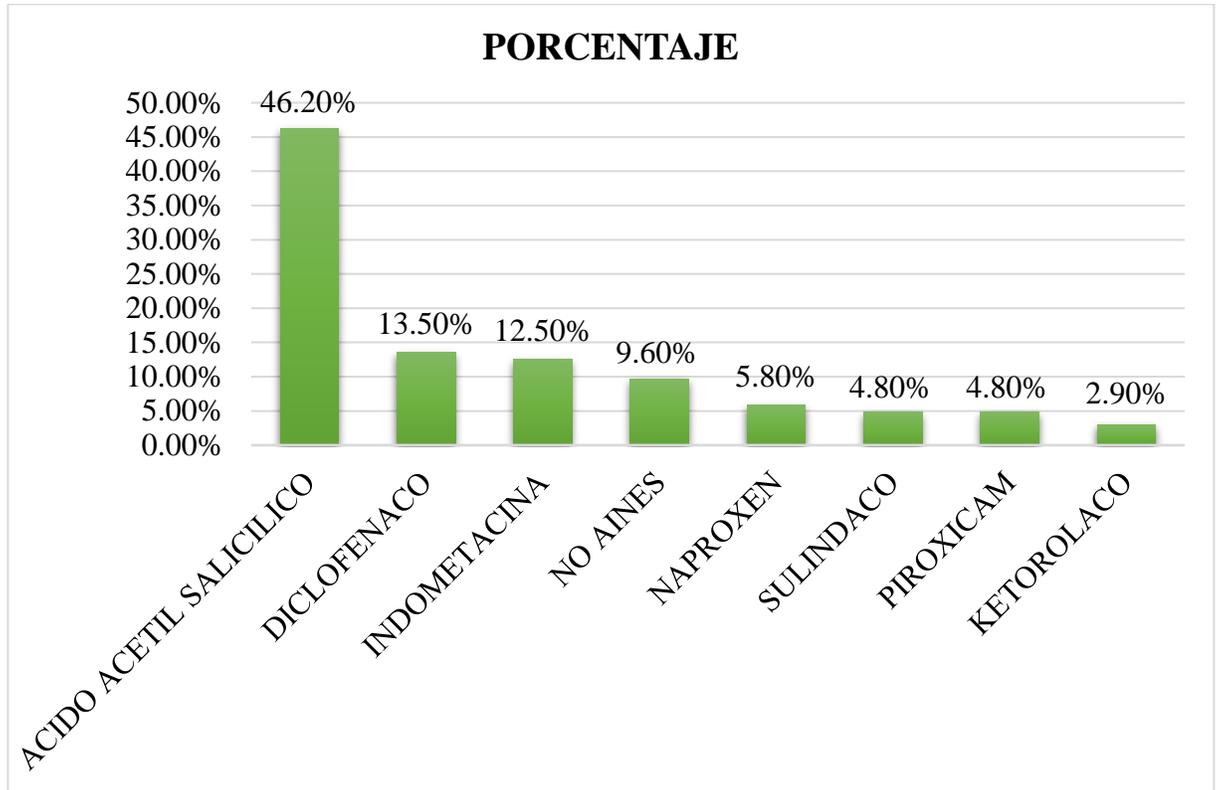


Figura 2. Frecuencia del consumo de AINES en pacientes con HDA (n=104)

Se encontró relación entre la ingesta crónica de AINES con la hemorragia digestiva alta de origen no variceal ($p < 0.001$) y con la polifarmacia ($p < 0.001$).

Con respecto a la edad de los pacientes y su relación con el consumo crónico de AINES y polifarmacia, tenemos que el grupo más afectado fue el de 66 a 75 años, del sexo masculino y con estado civil casado en ambos grupos, mientras que el grupo de divorciados fue el que menos consumo de AINES y polifarmacia presentó (**Tabla III**).

Tabla III. Polifarmacia e ingesta crónica de AINES por grupo de edad y sexo del paciente con HDA (n=104)

Variable	Polifarmacia		p Valor	Ingesta crónica de AINES		p Valor
	Si	No		Si	No	
Edad (años)			< 0.002*			0.016*
45-55	6 (6.7)	6 (40)		6 (6.9)	6 (35.3)	
56-65	12(13.5)	4 (26.7)		15 (17.2)	1 (5.9)	
66-75	39 (43.8)	5 (33.3)		38 (43.7)	6 (35.3)	
76-85	20 (22.5)	-		16 (18.4)	4 (23.5)	
86-95	8 (9)	-		8 (9.2)	-	
Más de 96	4 (4.5)	-		4 (4.6)	-	
Sexo			0.966			0.653
Femenino	41 (46.1)	7 (46.7)		41 (47.1)	7 (41.2)	
Masculino	48 (53.9)	8 (53.3)		46 (52.9)	10 (58.8)	
Estado Civil			0.035*			0.717
Soltera	2 (2.2)	1 (6.7)		3 (3.4)	-	
Casada	61 (68.5)	10 (66.7)		60 (69)	11 (64.7)	
Divorciada	1 (1.1)	2 (13.3)		2 (2.3)	1 (5.9)	
Viuda	25 (28.1)	2 (13.3)		22 (25.3)	5 (29.4)	

Chi²; *Cifra estadísticamente significativa (p <0.05); F (%) = Frecuencia (Porcentaje).

En cuanto al motivo de egreso hospitalario de los pacientes se determinó que el 97.1% del total de la población estudiada fue egresada por mejoría (**Tabla IV**).

Tabla IV. Motivo de egreso del paciente con hemorragia digestiva alta (n=104)

Motivo de Egreso	Frecuencia	(%)
Mejoría	101	(97.1)
Traslado	-	-
Alta voluntaria	2	(1.9)
Defunción	1	(1.0)

(%) = (Porcentaje)

Se observó que la causa más frecuente de HDA fueron las varices esofágicas, sin embargo, se observó que la HDA de origen no variceal es la más frecuente, siendo la ulcera duodenal la de mayor prevalencia (**Figura 3**).

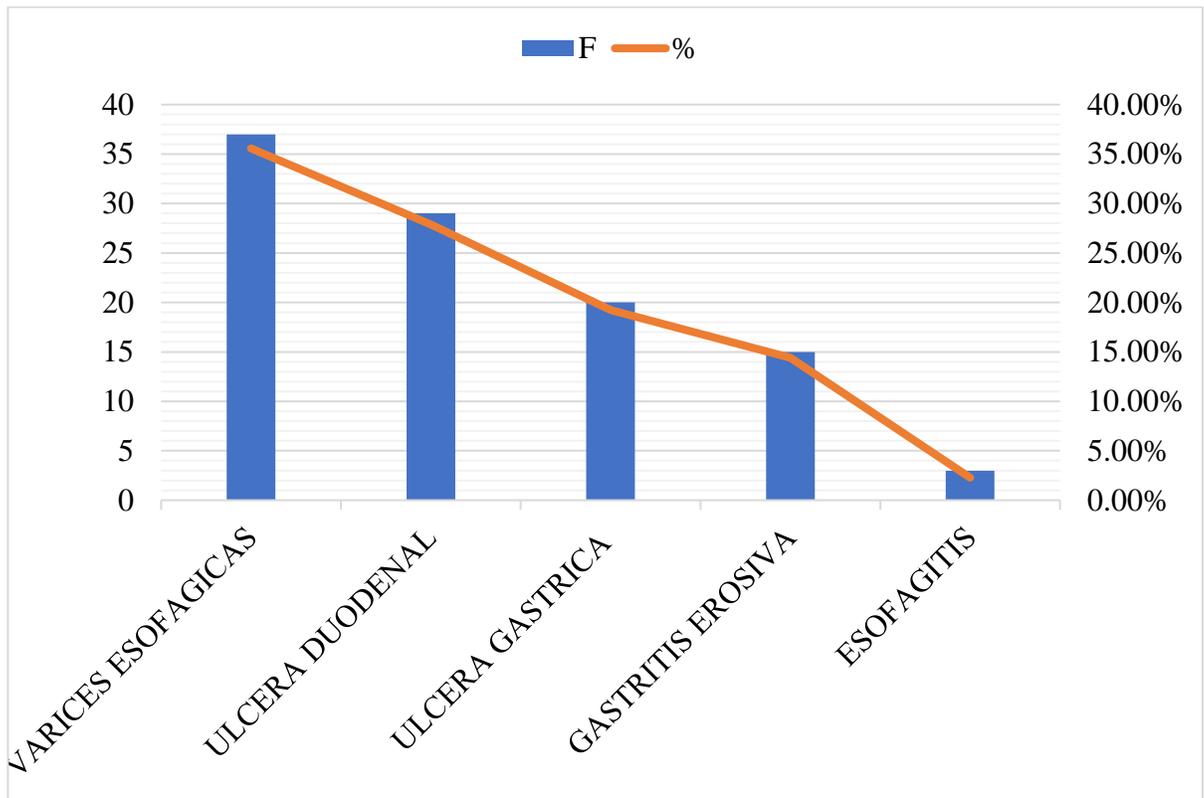


Figura 3. Causas más frecuentes de HDA (n=104)

(%) = Porcentaje.

XIV. DISCUSION

La hemorragia digestiva alta es un padecimiento que con frecuencia es causa de hospitalización en los servicios de urgencias, bien sea de origen variceal o no variceal, esto relacionado a los múltiples factores de riesgo que existen, donde el consumo crónico de AINEs, la polifarmacia o el consumo crónico de alcohol son los más frecuentemente relacionados; la endoscopia de tubo digestivo alto es el gold estándar para confirmar el diagnóstico.

Se analizó un total de 104 expedientes de pacientes atendidos en el servicio de urgencias del HGZ/MF No.2 con diagnóstico confirmado por endoscopia de hemorragia digestiva alta, con predominio en el sexo masculino 53.8% y en rango de edad de 66 a 75 años, encontrando que el tipo de hemorragia digestiva alta más frecuente fue el de origen no variceal en un 64.40% del total de los pacientes. Ricardo JP, et al, en un estudio realizado en Cuba, 2018, a 75 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, encontró una incidencia mayor en el sexo masculino en el 70.7% de la población estudiada, con edad predominante de 70 a 79 años, siendo la hemorragia digestiva alta de origen no variceal (gastritis erosiva) la más frecuente (24). Resultados similares a los de Díaz-Benítez MI, et al, quien realizó un estudio en Paraguay, 2020, a 251 pacientes con diagnóstico confirmado por endoscopia de HDA, encontrando una mayor incidencia en pacientes del sexo masculino en el 69.7%, con edad promedio de 61 años, siendo la HDA de origen no variceal la más frecuente en los pacientes en un 75.21%, como principal etiología la enfermedad ulcero péptica y úlceras duodenales aisladas principalmente. (25)

Robles Y, et al, en un estudio realizado en Cuba, 2019, a 361 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, encontraron una mayor incidencia en el sexo masculino en un 69.8% y en rangos de edad predominantes entre 62 a 72 años, presentándose la hemorragia digestiva alta de origen no variceal en el 86% de los pacientes, siendo la úlcera péptica duodenal seguida de la gastroduodenitis aguda erosiva las causas más frecuentes, resultados parcialmente similares a los nuestros, ya que ellos encontraron

una incidencia mayor de casos con HDA no variceal a diferencia de nuestro estudio, sin embargo no pudieron realizar endoscopia confirmatoria al 17.7% debido a que fueron pacientes inestables hemodinámicamente atendidos en la sala de urgencias a diferencia del nuestro en el que se logró realizar endoscopia confirmatoria al total de la población estudiada. (26)

Los factores de riesgo más frecuentes asociados para desarrollar hemorragia digestiva alta de origen no variceal en nuestros pacientes fueron el consumo crónico de AINEs y la polifarmacia, mientras que para la hemorragia digestiva alta variceal el tabaquismo, el consumo de alcohol y la cirrosis hepática fueron los de mayor prevalencia. Arzueles JB, et al. en un estudio realizado en Ecuador, 2021, donde se incluyeron 49 pacientes que acudieron a la consulta externa del área de gastroenterología, de 18 a 65 años, a quienes se realizó el estudio histopatológico y endoscópico en el Servicio de Gastroenterología en el Hospital General Quevedo, de Los Ríos-Ecuador, durante septiembre 2017 – septiembre 2018 demostró la presencia de *H. pylori*, en el 86% de los casos además que los agentes exógenos como AINEs, alimentación inadecuada, consumo de alcohol y tabaquismo, se presentaron en el 63% de los pacientes. (27) Mientras que Salar S, et al, en un estudio realizado en Venezuela, 2009, a 97 pacientes con hemorragia digestiva superior que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda durante Julio 2007- Enero 2008 en Venezuela, encontró que 57% de los pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva superior de origen no variceal consumían algún tipo de AINE y de estos, 64% eran adultos mayores. El tipo de AINE consumido con mayor frecuencia fue la aspirina (67%), seguido del ibuprofeno (15%). Por otro lado, 9% de los pacientes refirieron consumir más de dos AINE simultáneamente.(28) Al igual que en nuestro estudio donde el consumo de aines fue el principal factor de riesgo desencadenante de la hemorragia digestiva alta.

Flores KL, et al, en un estudio realizado en 2019, a 97 pacientes con hemorragia digestiva superior de origen no variceal encontró que 69% pertenecían al sexo masculino, 57% consumían algún tipo de AINES. En este estudio se evidenció que el tipo de AINE

consumido con mayor frecuencia fue la aspirina (67%), seguido del ibuprofeno en 15% (29); resultados similares a los nuestros en donde se documentó que el consumo crónico de AINES y polifarmacia se establecieron como factores predominantes (83.7% y 85.6%) en nuestro estudio, siendo dentro del grupo de AINES, la ingesta de ácido acetil salicílico y el diclofenaco los de mayor consumo (46.25 y 13.5%).

Pator J. et al en su estudio realizado en Murcia España, 2018 a 7,856 pacientes de los cuales 4,062 fueron expuestos a uso crónico de AINES, donde los AINEs más prescritos entre la población fueron ibuprofeno, dexketoprofeno, diclofenaco, aceclofenaco y naproxeno a diferencia de nuestro estudio donde el AAS fue el de mayor consumo seguido del diclofenaco, e indometacina.(30) Por otro lado, Poblano-Verástegui O, et. Al, en un estudio realizado en la Ciudad de México, 2020, mediante la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 (Ensanut 2018-19) con una muestra de 4 802 entrevistados que representan a 4.4 millones de adultos, se obtuvo que se prescribieron ≥ 5 medicamentos (polifarmacia) en 15.5% de la población utilizadora de servicios de salud. La prevalencia de polifarmacia fue similar entre hombres y mujeres (alrededor de 15%), se observó un incremento sostenido de polifarmacia a partir de 50 años con un pico en el grupo de 70-79 años (26.8%).(31) Resultados parcialmente similares a los nuestros debido a que su población de estudio fue la población en general de la Ciudad de México a diferencia del nuestro con población de pacientes atendidos en unidad hospitalaria lo que puede justificar la mayor frecuencia de polifarmacia en nuestro estudio (31).

En cuanto al motivo de egreso hospitalario de los pacientes se determinó que el 97.1% del total de la población estudiada fue egresada por mejoría, el 1.9% firmó el alta voluntaria y únicamente el 1% fue por defunción. Pinto C, et al, Chile, 2020, en un estudio realizado del 2015 a 2017 a 249 pacientes con hemorragia digestiva alta hospitalizados, demostró una mortalidad global de 6.8%. En los pacientes con HDA variceal, la mortalidad fue de 13% y en los de HDA no variceal de un 4.4%. Al comparar ambos grupos, la diferencia fue estadísticamente significativa (32). Fonseca FK, et al, Cuba, 2021, realizó un estudio en el Hospital Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, entre enero de 2020 a diciembre de 2021

con una muestra de 456 pacientes mayores de 15 años con el diagnóstico clínico de hemorragia digestiva alta, donde se identificó una cohorte de pacientes egresados vivos de 91.1% y 8.9% pacientes fallecidos (33), mientras que Martínez ML, et al, Colombia, 2018, en un estudio realizado en Medellín Colombia, en 454 pacientes, reportó que el tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 5.5 días; el 93.1% de los pacientes fueron dados de alta después de la atención, mientras que el 6.9% murieron durante la hospitalización debido al sangrado y a las consecuencias del mismo (34), lo que pudiera justificar la mayor frecuencia de defunciones debido a que fueron pacientes atendidos en hospitales de segundo o tercer nivel a donde se refieren pacientes con mayor estado de gravedad.

Como limitantes en dicho estudio se encontró que la mayoría de los pacientes tenían múltiples reingresos, por lo que tuvo que ampliarse el periodo de búsqueda a 5 años de antigüedad; otra limitante encontrada fue la poca información al respecto en la literatura médica, así como la falta de literatura reciente, haciendo mención que la existente se enfoca principalmente en estudios comparativos entre los distintos tipos de tratamientos médicos y quirúrgicos.

XV. CONCLUSIONES

- La hemorragia digestiva alta de origen no variceal es la más frecuente, siendo el consumo crónico de AINES y la polifarmacia los factores de riesgo más frecuentes asociados.
- La ingesta crónica de AINES y la polifarmacia se presentaron en forma más frecuente en el grupo de 66 a 75 años de edad, en el sexo masculino y casados. Siendo menos frecuente ambas en las personas divorciadas.
- El consumo de AINEs fue muy relevante, ya que más del 50% de los pacientes los consumen, siendo el AAS y la indometacina los de mayor consumo en nuestra población de estudio, siendo uno de los principales factores de riesgo para desencadenar HDA de origen no variceal.
- El 97.1% del total de pacientes que ingresan al Hospital General de Zona No.2 con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, egresaron del hospital por motivo de mejoría.

XVI. RECOMENDACIONES.

- Orientar al derechohabiente sobre los riesgos que implica el consumo de AINEs y sobre todo, su consumo crónico.
- Limitar en la mayoría de lo posible, el consumo de Polifarmacia.
- Evitar prescribir más de 2 AINEs a los pacientes haciendo incapie y reforzando los riesgos que ello implica
- Orientar a la población sobre el consumo de alcohol y tabaco como pactres de riesgo para desarrollar cirrosis hepática y posteriormente complicaciones HDA

XVII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Jiménez LA. SANGRADO DIGESTIVO ALTO. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2017; 2(7): 6 – 9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177b.pdf>.

- 2.- Otero MJ, Figueredo LI, Figueredo C, Rosada Y, Polanco A. Sangramiento Digestivo Alto. Factores de riesgo asociados. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Enero 2017 a enero 2018. Multimed [Internet]. 2020; 24(1): 130-139. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100130&lng=es.

- 3.- Berardi D, Paulero M, Grosso V, Meraldi A, Olarte E, Romeo C, et al. Hemorragia digestiva alta no variceal. Fronteras en medicina [Internet]. 2014; 9(3): 1-10. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/323395497>

- 4.- Pastor J, Aranda A, Sánchez JF, Rausell VJ, Tobaruela M, Gascón JJ. Hemorragia digestiva y prescripción potencialmente inadecuada de AINEs en mayores de 65 años. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2018; 92(1): 1-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100405&lng=es. Epub 28-Mayo-2018.

- 5.- Pinto PP, Magna J, Gajardo A, Berger Z, et. al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario. Rev Med [Internet]. 2020; 148(1): 288-294. Disponible https://www.researchgate.net/publication/342297638_Hemorragia_digestiva_alta_variceal_y_no_variceal_mortalidad_intrahospitalaria_y_caracteristicas_clinicas_en_un_hospital_universitario_2015-2017

6.- Yuban C, Lina M, Martínez-Sánchez L. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Médicas UIS* [Internet]. 2020; 33(3): 1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n3-2020001>

7.- Madrigal-Garibay JL, Lozada-Pérez CA, Melchor-López, Vargas-Ayala G, Martínez-Nava GA. Lactato sérico como factor predictivo de mortalidad en pacientes con sangrado del tubo digestivo alto. *Med Int Mex* [Internet]. 2018; 34(1): 38-45. Disponible en: [75Lactato sérico como factor 2018.pdf](#)

8.- Schmitz J, Zarate AJ. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. Hemorragia digestiva alta [Internet]. 2020; 1(1): 1-23. Disponible en: <https://www.studocu.com › bo › document › universidad-mayor-de-san-andres>.

9. Ramos JM. Factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2019; 1(1): 1-6. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/423623703/FACTORES-DE-RIESGO-ASOCIADOS-A-HEMORRAGIA-DIGESTIVA-ALTA#>

10.-Jorquera S. Hemorragia digestiva alta. Revisión bibliográfica. *Rev Elect* [Internet]. 2021; 16(6): 22-31. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hemorragia-digestiva-alta-revision-bibliografica/>

11.- Otero MJ, Figueredo LI, Figueredo C, Rosada Y, Polanco A. Sangramiento Digestivo Alto. Factores de riesgo asociados. *Hospital Carlos Manuel de Céspedes* [Internet]. 2017; 24(1): 130-139. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100130&lng=es.

12. Chambaco D, Leal M, Gonzalez J, Caviedes G. Factores relacionados a hemorragia gastrointestinal alta en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pese a la profilaxis. *Revista médica Risaralda* (Internet). 2014; 20 (1): 9-13.

13. Ahmed A, Stanley A. Factores de Riesgo y Tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta Aguda en Ancianos. Pub med [Internet]. 2012; 29(12):933-940. Disponible en: Sangrado agudo del tracto gastrointestinal superior en ancianos: etiología, diagnóstico y tratamiento - PubMed (nih.gov).
14. Rodríguez L. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. Enferm glob [Internet]. 2011; 10(22): 23-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200003&lng=es.
- 15.- Cuartas-Agudelo YS, Martínez-Sánchez LM. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. Medicas UIS [Internet]. 2020; 33(3): 9-20. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/muis/v33n3/0121-0319-muis-33-03-9.pdf .
- 16.- García-Iglesias P, Botargues JM, Feu F, Villanueva C, et al. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia [Internet]. 2017; 40(5): 363-374.
- 17.- Cruz JR, Anaya JL, Pampín LE, Pérez D, Lopategui I. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital «Enrique Cabrera». Rev Cubana Cir [Internet]. 2008; 47(4): 1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000400006&lng=es.
- 18.- Martínez G, Figueroa P, Toro J, García C. Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Rev Cir [Internet]. 2021; 73(6):728-743. DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210061132>
- 19.- Alonso P. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev esp enferm dig [Internet]. 2014; 106 (1): 63-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-

- 20.- Winograd R, Infante M, Guisado Y, Angulo O, González I, Williams. Escalas de predicción en el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. *Revista Cubana de Medicina Militar* [Internet]. 2015; 44(1):73-85.
21. Rodríguez H, Rodríguez-Morán M, González J, Jáquez-Quintana J, Rodríguez-Acosta E, Sosa-Tinoco E, Guerrero-Romero F. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2009; 47 (2): 179-184.
22. Ichiyanagui CE. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. *Acta Med Per* [Internet]. 2006; 23(3): 152- 155. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n3/a05v23n3.pdf>
23. Rodríguez-Rojas DA, Portal LN, Duarte-Linares Y, Pozo LA, Figueroa PC, Hernández D. Mortalidad intrahospitalaria en pacientes con sangrado digestivo alto. *Medicent Electrón* [Internet]. 2021; 25(2): 178-195. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2021/cmc212c.pdf>
24. Ricardo P, Santiesteban HA, Nápoles Y, Bairán N, Guillén DJ. Incidencia de la hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. *Banes 2013–2017*. Rev. 16 Abril. 2018; 57(269):151-156. Disponible en: *Incidencia de la Hemorragia Digestiva Alta en el adulto mayor. Banes, periodo 2013 – 2017. (medigraphic.com)*
25. Díaz-Benítez MI, Masi AL, Adorno C, Prieto I. Caracterización endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de Endoscopia Digestiva, Hospital Nacional de Itauguá, período 2020. *Cir Parag* [Internet]. 2021; 45(2):8-12. Disponible en: (PDF) *Endoscopic characterization of patients with upper gastrointestinal bleeding in the digestive endoscopy department, Hospital Nacional de Itauguá, period 2020 (researchgate.net)*

26. Robles Y, Rodríguez Y, Solarana JA, Pérez A, Benitez Y. Caracterización de pacientes atendidos por hemorragia digestiva alta. Universidad de Ciencias Médicas Holguín. CCM [Internet]. 2019; 23(3):25-39. Disponible en: 2 Caracterización de pacientes atendidos por hemorragia digestiva alta.pdf
27. Arzueles JB, Milian EJ, Betancourt L. Caracterización clínico-histopatológica de la gastritis crónica. Revista de Ciencias de Salud [Internet]. 2021; 3(4):33-40. Disponible en: (PDF) Caracterización Clínico-Histopatológica De La Gastritis Crónica | Liset Betancourt Castellanos - Academia.edu
28. Salazar S, Useche E, Villegas V, Ramírez E, Zambrano A, Morales L. Frecuencia de consumo de Aines en los pacientes con hemorragia digestiva superior no variceal. Gen [Internet]. 2008; 63(1):47-50. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001635032009000100009&lng=es.
29. Flores KL, López LE, Dávila LE, Alvarado SJ. Hemorragia digestiva alta asociada a AINES. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2019; 3 (3): 128-145. [citado el 3 de octubre de 2023] Disponible en: Hemorragia digestiva alta asociada a AINES | RECIMUNDO
30. Pastor J, Aranda A, Sánchez JF, Rausell VJ, Tobaruela M, Gascón JJ. Hemorragia digestiva y prescripción potencialmente inadecuada de AINEs en mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2018; 92(9):1-9. Disponible en: Hemorragia digestiva y prescripción potencialmente inadecuada de aines en mayores de 65 años (isciii.es)
31. Verástegui OP, Morales ACB, Ruíz OA, Cortez PMG, Hernández PJS. Polifarmacia en México: un reto para la calidad en la prescripción. Salud Pública Mex [Internet]. 2020; 62(6):859–867. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7654210>

32. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Rev Med Chil* [Internet]. 2020; 148(3):288–294. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000300288
33. Fonseca FK, Mustelier RP, Caymari YC, Romero RAA. Factores predictivos de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. *Mul Med* [Internet]. 2021; 25(6):185-198. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=111517>
34. Martínez-Sánchez LM, Zuluaga-Gómez M, Estrada-Atehortua AF, Cuartas-Agudelo YS, Carvajal-Alzate M, Vergara-Yáñez D, Cerón-Luna S. Caracterización de pacientes con hemorragia digestiva de acuerdo con escalas de evaluación. *Med Int Méx* [Internet]. 2023; 39 (4): 595-601. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v39i4.7696>

XVIII.- ANEXOS

ANEXO 1.-

Zacapu, Michoacán, a 01 Febrero 2023

CARTA DE NO INCONVENIENTE

DRA. PATRICIA ZARATE MEDIANO

Presente:

Por medio de la presente, me dirijo a usted de la manera más atenta, para informar que no existe inconveniente para que la C. Patricia Zarate Mediano con matrícula 97179932, pueda llevar a cabo una recolección de datos en el área de ARIMAC de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de ingreso de Hemorragia Digestiva Alta, adscritos al HGZ/MF NO.2 para realizar el trabajo de investigación titulado:

**“FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS EN
EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2”**

Recuerde que la información que usted vaya a utilizar para identificar a los pacientes, tales como nombre, edad, comorbilidades debe ser conservada de manera confidencial y no se debe otorgar información que pudiera revelar su identidad, ya que esta siempre debe permanecer protegida.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.



**H.G.Z. M.F. No. 2
DIRECCION
ZACAPU, MICH.**

Atentamente

Dr. Enrique Gutiérrez González
DIRECTOR MEDICO
H.G.Z.M.F.
Mat. 99172939
Ced. Prof. 3020232
H.G.Z. M.F. No. 2 Zacapu, Mich.

Dr. Enrique Gutiérrez González.
Director del HGZ MF No. 2

ANEXO 2.-

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividades	Marzo 2022- Febrero 2023	Noviembre 2022 - Febrero 2023	Marzo - Julio 2023	Agosto a Septiembre 2023	Octubre – Diciembre 2023	Enero - Diciembre 2024
Realización de Anteproyecto						
Envío y aprobación del CLEIS						
Revisión de expedientes clínicos						
Análisis de resultados						
Discusión						
Realización de manuscrito al 100%						
Difusión y redacción de artículo						

ANEXO 3.-

ANEXO 3

Fecha: 01-02-2023

SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de IIGZMF No.2 que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **"FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2"**, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos desde el 1ro de marzo del 2017 a Mayo 2022:

a) Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, sexo del paciente, resultado de la endoscopia temprana realizada, edad, antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, infección por Helicobacter Pylori, ingesta de AINES y tiempo de ingesta, tratamiento con polifarmacia y fármacos que toma, diagnóstico de cirrosis hepática.

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **"FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2"**, cuyo propósito es concluir con un producto de tesis para mi titulación.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente


Nombre: Patricia Zárate Mediano
Categoría contractual: Médico Residente
Investigador(a) Responsable



Al ser seleccionadas las plazas por los residentes en orden decreciente de calificaciones, se cerrará la opción de sede que ya no cuente con espacios en la sede, por tanto, el último residente en elegir debe seleccionar la única sede disponible.

El profesor debe descargar el reporte de asignación, realizar minuta del evento, firmada por todos los involucrados, si alguno se niega a firmar, realizar acta de hechos con firma de testigos.

IMPORTANTE:

- A. En caso de identificar algún residente con **problemas de salud, física o mental o limitaciones específicas, No debe participar en el evento de selección** y debe ser enviado a **ATENCIÓN MÉDICA INSTITUCIONAL**, notificar a la DFRHS y al Área de Posgrado.
- B. Los residentes tendrán **autorización de ausentarse de la rotación** de campo, únicamente cuando cuenten con Autorización del director del hospital o del Coordinador de Educación y Calidad, **por oficio y exclusivamente en los siguientes casos:**
 - a. En caso de ser **requeridos por instancias gubernamentales** siempre y cuando se cuente con el sustento documental.
 - b. Podrán recibir **3 días de ausencia justificada** en casos de fuerzas mayor en apego al artículo 65 del Reglamento Interior del Trabajo inserto en el Contrato Colectivo de trabajo vigente.
 - c. **Acudir a examen o entrevista, para obtención de grado, certificación o de selección para especialidades de rama externas al IMSS** con el sustento documental y por un máximo de 3 días exclusivamente el tiempo considerado para el traslado de ida y vuelta y la aplicación del examen, máximo en dos ocasiones durante el periodo de rotación de campo. (con sustento documental).

Los casos distintos a los señalados sólo podrán ser autorizados previa solicitud firmada por el interesado por la Coordinación de Educación en Salud en consenso el Departamento de Supervisión Educación y Calidad de la Coordinación de Atención Integral a la Salud.

C. Estrictamente **prohibido cualquier tipo de acuerdo por conveniencia entre pares o con las autoridades del hospital**, todas las actividades deben estar en apego a normativa institucional.

D. Deben responder a la encuesta de Satisfacción de Rotación de campo durante su última semana de rotación de campo.

E. Durante la rotación de campo los médicos residentes no deben atender las instrucciones de la autoridad de la plaza de rotación de campo y de la autoridad educativa donde se ubica la rotación de campo. No se les debe exigir entrega de trabajos o participación en sesiones de su sede académica, lo anterior puede ser de forma voluntaria y sin que interfiera con sus actividades de atención médica y asistencial en su plaza de rotación de campo.

ANEXO 4.-

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2
ZACAPU MICHOACÁN**

**“FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA NO. 2”**

Fecha: _____ No. Folio: _____

Nombre del paciente: _____

NSS: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Diagnóstico de ingreso: _____

Diagnóstico de egreso: _____

Motivo de egreso: 1) Mejoría 2) Traslado 3) Alta voluntaria 4) Defunción

FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo: 1) Si 2) No **Alcoholismo:** 1) Si 2) No **Infección por *H. Pylori*:** 1) Si 2) No

Ingesta Crónica de AINEs: 1) SI 2) NO **Tipo de AINEs que consume:** _____

Tratamiento con polifarmacia: 1) SI 2) NO **Cirrosis hepática:** 1) SI 2) NO

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Especialidad en Medicina Familiar	
Título del trabajo	FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.2	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Patricia Zárate Mediano	patyzm.0708[REDACTED]@[REDACTED].n
Director	Brenda Paullette Morales Hernández	brenda.moraleshe@imss.gob.com
Codirector	Juan Martín Morales Bedolla	rescueboypc@[REDACTED]
Coordinador del programa	Carlos Sánchez Anguiano	carlos.sancheza@imss.gob.mx

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	no	
Traducción al español	no	
Traducción a otra lengua	no	
Revisión y corrección de estilo	no	
Análisis de datos	no	
Búsqueda y organización de información	no	
Formateo de las referencias bibliográficas	no	
Generación de contenido multimedia	no	
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Patricia Zárate Mediano 
Lugar y fecha	Zacapu Michoacán 15 de Enero de 2024

Patricia Zárate Mediano

FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES MAYORES DE...

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:422141736

Fecha de entrega

20 ene 2025, 7:49 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

20 ene 2025, 7:52 a.m. GMT-6

Nombre de archivo

FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACI....pdf

Tamaño de archivo

1000.6 KB

67 Páginas

12,848 Palabras

68,664 Caracteres

52% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 52%  Fuentes de Internet
- 18%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.