

**UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE**

*“Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA”
CIEGO DE ÁVILA*

*Evaluación de los factores de riesgo de la
hemorragia digestiva alta
no varicosa en pacientes del
Hospital Provincial de Ciego de Ávila.*

Autor: Dr. Dashiell Jiménez Rodríguez
Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Tutor: Dr. Alberto Bermúdez Balado
Especialista 1er Grado en Cirugía General
Máster en Urgencias Médicas

Asesor: Dr. Jesús E. Cong Rodríguez
Especialista 2do Grado en Cirugía General

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
Cirugía General.

Ciego de Ávila

2015

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico y de causalidad, analítico retrospectivo de casos y controles con el objetivo de identificar la posible asociación entre algunas variables clínicas y epidemiológicas y la aparición de HDA en los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, durante el período comprendido desde abril de 2012 a marzo de 2014. El universo estuvo constituido por 60 enfermos mayores de 18 años con diagnóstico de hemorragia digestiva alta atendidos en el servicio de Cirugía General. Se utilizó la prueba Chi cuadrado además de la prueba U de Mann-Whitney y el cálculo de Odds Ratio para cuantificar la magnitud de riesgo. Predominaron los adultos mayores del sexo masculino. La úlcera péptica gastroduodenal fue la causa más frecuente. El nivel socio-económico, predominante resultó el nivel medio sin diferencias importantes entre los grupos de estudio. El consumo de café, fue el hábito tóxico más frecuente y resultó significativamente mayor en el grupo de pacientes aumentando tres veces el riesgo de enfermar. El consumo de picantes no se encontró asociado a la aparición de hemorragia digestiva alta en estos pacientes, hecho que sí ocurrió con el consumo de medicamentos irritantes y con la presencia de antecedentes de enfermedad previa del tracto digestivo, aumentando dos y doce veces respectivamente el riesgo de aparición de la entidad.



ÍNDICE

Contenido	Páginas
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	6
▪ Marco teórico.....	7
▪ Método.....	18
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	24
▪ Conclusiones.....	31
▪ Referencias bibliográficas.....	32
▪ Anexos.....	41

PENSAMIENTO

"Actuar es fácil, pensar es difícil;
Actuar según se piensa es aún más difícil".

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832); poeta y dramaturgo alemán.

DEDICATORIA

A Dios Padre Todo Poderoso, quien hizo de mi un proyecto de vida para el servicio a la Humanidad concediéndome la dicha de luchar y alcanzar las metas propuestas en mi superación profesional, brindándome fortaleza y sabiduría para obtener los conocimientos necesarios.

A mi padre quien me guio por los caminos más justos y humanos, sin miedo a las dificultades.

A mi Madre, quien me ha brindado toda una vida de amor, ha facilitado todos los medios necesarios para realizar mis estudios, a quien dedico mis más profundos sentimientos de amor.

A mi querida esposa, por darme los consejos más sabios sobre la familia, por su paciencia y dedicación.

A mi amado hijito, que día a día me da su amor y me alienta a seguir mi paso por la vida.

AGRADECIMIENTOS

Realizar un listado de personas a las cuales agradecer la confección de este trabajo, podría incurrir en el riesgo de olvido u omisión, pero no desearía terminar sin antes expresar mi mayor agradecimiento a todos los que han intervenido de una u otra forma en la realización del mismo.

En especial a la Dra. Esther Estrada Espinosa por su apoyo incondicional en cada momento de la realización de este Trabajo, por su paciencia y dedicación.

A los profesores del servicio de Cirugía del Hospital "Antonio Luaces Iraola". Especial reconocimiento a los profesores el Dr. Alberto Bermúdez, mi tutor y al Dr. Jesús Cong, asesor y amigo, a quienes doy infinitas gracias por sus consejos y experiencias, de gran valor en mi vida profesional.

A mis compañeros de residencia. Familiares y mis amigos, quienes me brindaron toda su confianza y apoyo. A los pacientes por su colaboración.

A mi esposa por su paciencia y comprensión.

A todos, gracias por sus conocimientos, experiencias, incondicional amistad y ayuda en mi superación profesional.

A todos muchas gracias.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva se define como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. Es una de las urgencias médicas más frecuentes siendo responsable de unas 300000 hospitalizaciones en Europa. La mortalidad oscila entre un 5 y un 20%, variando en función de diferentes factores, especialmente la cuantía del sangrado, su origen, la edad del paciente y otras patologías asociadas. La hemorragia digestiva, según provenga, por encima o por debajo del ángulo de Treitz, la clasificaremos en hemorragia digestiva alta (HDA) o hemorragia digestiva baja (HDB). Por lo general la HDA tiene una forma de presentación y evolución clínica más severa que la HDB (1).

La hemorragia digestiva alta está determinada anatómicamente por la existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo duodenoyeyunal de Treitz (1). Si bien en más de 70 % de los afectados el sangrado cesa espontáneamente, 30 % puede requerir tratamiento quirúrgico(2). Es de cinco a seis veces más común que el sangrado inferior (3).

A pesar de los cambios que han existido en los últimos años relacionados con numerosos avances científicos y técnicos en el diagnóstico y tratamiento de este síndrome, aún mantiene una elevada morbilidad y no despreciable mortalidad por lo que reviste gran importancia clínica y sanitaria.

La HDA se define como toda pérdida hemática en cuantía suficiente para producir hematemesis o melena cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz, además de las que producidas en un órgano vecino, vierten su contenido al tractus digestivo por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) en el tramo limitado por los dos puntos referidos (2).

Las causas de la hemorragia digestiva alta son múltiples y van desde afecciones muy frecuentes hasta algunas sumamente raras y de difícil diagnóstico. Cuando sangra el tubo digestivo se trata de una complicación inherente a varias enfermedades cuyo denominador común es una solución de continuidad del epitelio, también se manifiesta como complicación de los enfermos críticos de forma aislada o formando parte del síndrome de disfunción múltiple de órganos (4,3).

La úlcera péptica ha sido reconocida como la principal causa, 60% de las HDA son provocadas por ulcus duodenal o gástrico, la causa del sangrado es la erosión de un vaso sanguíneo del lecho ulceroso. Aunque estudios recientes muestran un descenso en su porcentaje, se cree que esta disminución es

debida al uso de terapia con inhibidores de la bomba de protones y de la terapia contra el *Helicobacter Pylori* (5).

Entre otras causas frecuentes que originan la HDA se encuentran:

- Neoplasias esofágicas y gástricas: Generalmente la hemorragia ocurre en los estadios finales de la enfermedad y es leve o moderado y repetido, por lo que el paciente tiene que ser politransfundido (5,6).
- Várices esofágicas: La hipertensión portal de cualquier causa determina la aparición de paquetes varicosos de paredes muy finas en el tercio inferior del esófago, los cuales al ingurgitarse y sufrir cualquier pequeño traumatismo producido por alimentos o reflujo ácido los erosiona, determinando una hemorragia que en la mayoría de los casos es severa y produce síntomas de hipovolemia si no se actúa rápido para cohibirla, por lo que es uno de los sangrados digestivos de mayor gravedad (7,8).
- Gastritis erosiva hemorrágica: Pueden provocarla una serie de sustancias tóxicas y medicamentos: alcohol, corticoides, aspirina, otros analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos. Todos estos productos ocasionan aumento de la secreción ácida, anoxia de la mucosa y disminución de la capa mucosa protectora, lo que determina la aparición de múltiples y pequeñas úlceras superficiales y hemorragias que en algunos casos pueden llevar a la hipovolemia. Los antecedentes patológicos personales del paciente determinan de forma indirecta la ocurrencia de gastritis medicamentosas por la excesiva o continuada ingestión de fármacos como parte de su tratamiento (9,3).

El envejecimiento de la población y el gran número de personas que ingiere antiinflamatorios no esteroideos hace que estos sean factores de riesgo importantes en la actualidad (10).

Algunos autores plantean que el café y el alcohol son factores que posiblemente desencadenan la hemorragia digestiva en pacientes con úlcera péptica; a estos productos se le señala un efecto hipersecretor en el estómago. El café, cuyo principio activo es la cafeína o trimetilxantina aumenta notablemente la secreción de ácido clorhídrico del jugo gástrico y de esta manera contribuye a lesionar la mucosa (11, 2-4).

En el caso de las bebidas alcohólicas, se conoce que su principio activo que es el etanol puede llegar a producir gastritis por acción tóxica e irritante directa. La cirrosis

hepática, muchas veces secundaria al alcoholismo, ocasiona manifestaciones de hipertensión portal con la aparición consiguiente de várices esofágicas (3).

La HDA se suele manifestar en forma de hematemesis, melena o ambos. Su forma de presentación depende de la cuantía y rapidez del sangrado, así como de la localización de la lesión sangrante (12,1).

La melena es la presencia de heces sanguinolentas, producto de la hemorragia desde algún sitio del aparato digestivo comprendido en el segmento antes señalado(12). Cuando proviene del esófago, estómago y duodeno, toma una coloración "alquitranada". Para que se produzca se precisa de un sangrado mínimo de 50 a 100 ml, que la sangre permanezca en el tubo digestivo durante 8 horas y ocurra la oxidación de la hemoglobina (13).

La hematemesis es un vómito de contenido hemático mezclado con alimentos, de color negruzco, por la acción del ácido clorhídrico o rojo rutilante si el sangrado es masivo (14).

La endoscopia digestiva se ha ganado la primera posición como procedimiento diagnóstico y en muchos casos terapéutico cuando es intervencionista (11,12). Debe efectuarse como primera medida en la inmensa mayoría de los pacientes cuando hay signos de hemorragia persistente (15).

Son contraindicaciones relativas: la intoxicación alcohólica aguda en un paciente no colaborador, la pérdida de sangre muy rápida que puede comprometer la capacidad de visualizar el recubrimiento mucoso del esófago, estómago y duodeno, o la dificultad al paso del endoscopio por alguna lesión obstructiva del esófago distal. Salvo estas excepciones, es posible realizarla de urgencia en 97 a 98 % de los casos (16).

Sin embargo, el mejor momento para hacerla debe ser definido clínicamente no solo para realizar un adecuado diagnóstico, sino también una acción terapéutica si está indicada. El procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva lo constituye la exploración endoscópica (16).

La hemorragia digestiva alta es un problema frecuente de salud en el mundo y es considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios. Estudios realizados informan que su incidencia global en los países occidentales varía de 50 a 170 por cada 100 000 habitantes y representa aproximadamente 50 hospitalizaciones por cada 100 000 pacientes ingresados (16).

En los Estados Unidos, anualmente, 100 000 pacientes son admitidos a los hospitales para terapia por HDA (14).

La mortalidad global de la HDA oscila en la mayoría de las series entre 8% y 12%(17). A pesar de los avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento, esta no ha variado sustancialmente en los últimos 30 años, lo que obedece a múltiples y diversas circunstancias, entre las que se encuentran: el incremento de la edad de los pacientes y que los adelantos en los métodos diagnósticos y terapéuticos han tenido poca repercusión en sangrados por várices esofágicas y de origen desconocido (18,12).

En Francia, un reporte concluyó que la mortalidad por HDA ha disminuido de aproximadamente 11% a 7%; por el contrario, un reporte similar en Grecia encontró que no ha habido disminución en la mortalidad. En un estudio realizado en España que involucró todo el país, la hemorragia digestiva alta fue seis veces más común que la hemorragia digestiva baja (14, 16).

En Cuba la incidencia de la HDA prevalece en los pacientes con edad mayor de 60 años de edad y representan entre 35 y 45 %(19). De Ciego de Ávila se encontró en la literatura, el trabajo publicado el 2009 de Fleitas y cols, que estudiaron la morbimortalidad por sangramiento digestivo alto del adulto mayor en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila. Los resultados mostraron que el grupo de edad más afectado fue el de 60 a 74 años y el sexo masculino el de mayor morbilidad. La úlcera gástrica predominó sobre el resto de las causas (41,5 %). El grupo de 75 años y más presentó mayor mortalidad (56,2 %), con un predominio del sexo masculino, siendo más elevada en aquellos pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico (42,1 %). La patología asociada a mayor mortalidad fue la úlcera gástrica (43,7 %) y la hipovolemia la principal causa de muerte (62,5 %). Estos resultados demuestran que la HDA continúa siendo un problema de salud de difícil manejo en los servicios de urgencias y quirúrgicos del hospital (20). En el estudio de Lebroc y cols, de 2011, sobre cirrosis hepática, se encontró también que la hemorragia digestiva alta es una de las principales complicaciones (21,22).

La HDA constituye un problema de salud para el mundo y para Cuba, dado que su incidencia es aun significativa y sus consecuencias pueden ser mortales. Es un síndrome causado por diversas entidades, relacionadas con numerosos factores de riesgo y cuyo conocimiento, contribuye a la prevención, la erradicación y al control de esta entidad.

Problema de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo de hemorragia digestiva alta en pacientes atendidos en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila?

Hipótesis:

Es posible que exista una estrecha asociación entre determinados factores clínicos / epidemiológicos y la aparición de hemorragia digestiva alta.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar la posible asociación entre algunas variables clínicas y epidemiológicas y la aparición de HDA en los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar los pacientes con HDA atendiendo a algunas variables sociodemográficas.
2. Identificar el diagnóstico etiológico de la HDA.
3. Evaluar la posible asociación entre los factores de riesgo de interés y la aparición de la HDA.

MARCO TEÓRICO

1. Conceptualización

La hemorragia digestiva alta es aquella que se origina en una lesión situada proximal al ángulo de Treitz. Clínicamente se manifiesta en forma de hematemesis, de melenas o de ambas y con menor frecuencia, como hematoquezia. La causa más frecuente de hemorragia digestiva alta no varicosa es la úlcera péptica gastroduodenal, que representa alrededor del 70% de los casos (2,23).

Es un problema frecuente de salud en el mundo y es considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios, pero su incidencia es difícil de determinar a pesar de la gran cantidad de reportes que se encuentran en la literatura médica (24).

La importancia y actualidad de este tema, esta refrendada por los cambios que se han suscitado en los últimos años en el conocimiento y tratamiento del sangrado del tubo digestivo, destacando de forma notoria entre ellos el incremento que tiene en la variedad de frecuencia en la edad de los pacientes , las posibles modificaciones en la distribución etiológica de las hemorragias por el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), la identificación de ciertos factores pronósticos clínicos y endoscópicos capaces de predecir con bastante exactitud la evolución y mortalidad de la hemorragia, el desarrollo de la endoscopia terapéutica y la atención a estos enfermos en unidades especiales, así como la elevada incidencia que presenta (25).

La morbilidad y la mortalidad del paciente con HDA internado en unidades críticas (UTI) se relaciona con ciertos factores, como la edad, episodios previos de hemorragia digestiva, origen y magnitud de la hemorragia, inmunosupresión, lesiones neurológicas agudas, quemaduras extensas y enfermedades crónicas asociadas (hipertensión arterial, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, alcoholismo, coagulopatías, úlcera péptica gastroduodenal, entre otras) (26,27).

También es una de las urgencias que determina gran número de ingresos en los servicios de Cirugía General por lo que reviste gran importancia la identificación apropiada de algunas variables clínicas y epidemiológicas

relacionadas con la aparición del sangramiento, llamadas comúnmente factores de riesgo (28).

El término factor de riesgo es muy escuchado en la actualidad, algunos lo mencionan ostentando un lenguaje profesional, otros lo utilizan para procurar una meditación con vistas a impedir ciertos estados patológicos preocupantes, comúnmente mencionados; sin embargo estas palabras encierran un contenido que pudiera calificarse de inmenso, profundo, ilimitado y para entenderlo es necesario interpretar adecuadamente su presencia e influencia.

En el Tesauro de Descriptores de Ciencias de la Salud, factor de riesgo, se describe como el aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición medioambiental, o característica innata o heredada que, basándose en la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación relacionada con la salud, que interesa prevenir(29).

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (30).

2. Métodos endoscópicos de diagnóstico dela HDA.

El uso de la endoscopia en casos de hemorragia digestiva alta es una técnica altamente sensible que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95 %) con una incidencia de complicaciones variables, Se reconoce que tiene una sensibilidad del 88 %, especificidad del 33 %, con un 5 % de falsos positivos y 37 % de falsos negativos.

La endoscopia es imprescindible para establecer, el diagnóstico, el tratamiento definitivo y el pronóstico dela HDA. Atendiendo al tipo de lesión observada, la clasificación de *Forrest* puede valorar el grado de severidad y ofrecer así un tratamiento oportuno (2, 15, 16). La misma se expone a continuación.

- Tipo Ia- hemorragia a chorro.
- Tipo Ib- hemorragia en sábana.
- Tipo IIa- lesión con vaso visible.
- Tipo IIb- lesión con coágulo.

- Tipo IIc- lesión con base negra.
- Tipo III- no signos de sangrado.

También es de gran utilidad para determinar la posibilidad de persistencia o recurrencia en los casos de úlceras sangrantes.

Varios estudios(12,14) han demostrado que la historia natural de la úlcera péptica con hemorragia digestiva, viene definida fundamentalmente por los hallazgos endoscópicos, por lo que este constituye el procedimiento de elección para valorar los signos directos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad y recurrencia. El tamaño de las úlceras y la localización son datos necesarios obtenidos en la endoscopia, las úlceras mayores a 1 cm y la localización en la pared posterior del duodeno y en la curvatura menor del estómago presentan mayor riesgo de resangrado (31).

El estudio endoscópico es de vital importancia tanto diagnóstica como terapéutica. Su realización en pacientes hemodinámicamente estables dentro de las primeras 24 horas de la admisión hospitalaria ha demostrado reducir el período de internación, la probabilidad de resangrado y la necesidad de intervenciones quirúrgicas en pacientes de alto riesgo (32).

3. Etiología de la HDA.

Las causas de la hemorragia digestiva son numerosas. Si se analizan los casos de etiología comprobada en pacientes hospitalizados, especialmente en unidades de atención a pacientes críticos, se puede observar que aproximadamente en el 10% de ellos, la hemorragia es secundaria a una enfermedad sistémica, ya sea un trastorno hematológico o una septicemia. En el resto de los casos, se comprueban lesiones locales del tubo digestivo (33,34).

En los pacientes del servicio de urgencias del hospital Universitario de Neiva, Huila, Colombia, se ha evidenciado que las principales causas de hemorragias gastrointestinal altas son la úlcera péptica (55%) y las varices esofágicas (14%) (14).

La mayoría de las HDA (80-90%) son de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%). Más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINES y/o a la presencia de *H. pylori*. Otras causas de HDA menos frecuentes son las erosiones gástricas o duodenales, el síndrome de Mallory-Weiss, la

esofagitis, las lesiones tumorales benignas y malignas y las lesiones vasculares (lesión de Dieulafoy, angiodisplasia, fístula aortoentérica, etc.). Es importante señalar que entre un 5 y 8% de las ocasiones no se logra determinar la causa de la hemorragia (35, 36,37, 38).

En la **úlcera péptica**, duodenal o gástrica la causa del sangrado es la erosión de un vaso sanguíneo del lecho ulceroso por el ácido clorhídrico gástrico. En el paciente joven, cuyas arterias son elásticas, se podrá cohibir con mayor facilidad; pero en las personas de edad avanzada con árbol vascular esclerosado, esto se torna más difícil (7).

Kubba (39) y Friedman (40) informaron que la frecuencia de HDA por úlcera péptica se incrementa significativamente en los pacientes con enfermedad cardiovascular (50 %), EPOC (27 %), cirrosis hepática (7.3 %), enfermedades neurológicas (4.1 %), enfermedades renales (2%) y enfermedades neoplásicas (3 %).

La **gastritis erosiva hemorrágica**, puede provocarla una serie de sustancias tóxicas e irritantes para la mucosa como el alcohol, corticoides, aspirina, otros analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos. Todos estos productos ocasionan aumento de la secreción ácida, anoxia de la mucosa y disminución de la capa mucosa protectora, lo que determina la aparición de múltiples y pequeñas úlceras superficiales y hemorragias que en algunos casos pueden llevar a la hipovolemia (9). Los antecedentes patológicos personales del paciente determinan de forma indirecta la ocurrencia de gastritis medicamentosas por la excesiva o continuada ingestión de fármacos como parte de su tratamiento. Otros factores clínicos asociados con la existencia de estas lesiones son el estado crítico del enfermo con ventilación mecánica, coagulopatías, lesiones neurológicas graves, politraumatizados, etc (35).

La hemorragia secundaria a **esofagitis** se correlaciona con la gravedad de la misma, aunque habitualmente es leve, cuando la esofagitis se asocia a la presencia de una úlcera puede producirse un sangrado que clínicamente sea más relevante.

El **síndrome de Mallory-Weiss** es un desgarro localizado en la unión esofagogástrica, produciéndose habitualmente un sangrado autolimitado. El cuadro típico es la instauración de náuseas o vómitos como antecedente de la hematemesis, principalmente en sujetos alcohólicos.

Las **fístulas aortoentéricas**, se clasifican en primarias, originadas a partir de un aneurisma aórtico y las secundarias que son más frecuentes y se originan principalmente a partir de prótesis aórticas. Comunican en el 75% con el duodeno y son causa de melenas o hematemesis, es característica la "*hemorragia heráldica*" en la que un sangrado autolimitado precede a una hemorragia masiva con un intervalo de tiempo que varía de horas a incluso meses.

Existe un amplio abanico de **lesiones vasculares** causantes de HDA. Las malformaciones arteriovenosas ocasionalmente son origen de hemorragia importante, observándose principalmente en ancianos, valvulópatas, con frecuencia anticoagulados asociadas al síndrome de telangiectasia hemorrágica hereditaria. La ectasia vascular antral o *Watermelon stomach* habitualmente se manifiesta en forma de anemia ferropénica, se observa fundamentalmente en personas mayores, del sexo femenino y a veces en el contexto de una cirrosis, aunque esta no es un factor indispensable. También podemos encontrar ectasias vasculares secundarias, asociadas a enfermedades tales como pseudoxantoma elástico, Ehlers-Danlos y fallo renal.

La lesión de Dieulafoy, arteria anormalmente larga que, a diferencia del resto de los vasos, mantiene el mismo calibre al atravesar la pared gastrointestinal, suele ser causa de sangrado importante y recurrente, localizándose habitualmente en la región proximal de la cavidad gástrica. La hemorragia puede ser masiva o recurrente, Su identificación es difícil salvo cuando está sangrando activamente o presenta un coágulo adherido (35, 37).

Las **neoplasias esófago gástricas** por lo regular se presentan en forma de sangrado crónico, la hemorragia aguda suele evidenciarse en los tumores de células estromales gastrointestinales (GIST) ulcerados (35,37, 38).

Otras causas más inusuales, como la **hemobilia**, secundaria a traumas, biopsia hepática y litiasis, se sospechará ante la salida de sangre por la papila en relación con una fístula arteriobiliar traumática, confirmándose el diagnóstico mediante angiografía (35,37).

4. Factores de riesgo relacionados con la HDA.

La edad y el sexo se relacionan como determinantes de riesgo relacionado con la hemorragia digestiva alta.

Se plantea que la edad es un factor de riesgo que se ve incrementado en los pacientes mayores que toman medicamentos para el dolor, sin embargo existen además otras razones de índole general que se pueden exponer: lo primero es que a partir de los 50 años de edad comienzan a aparecer, con mayor frecuencia, lesiones premalignas y malignas del tubo digestivo que resultan potencialmente sangrantes y pueden causar episodios de hemorragia; además por otro lado, se añade la acumulación de algunos factores de riesgo durante muchos años, estrechamente relacionados con esta entidad, como son el alcoholismo, el hábito de fumar y los grandes bebedores de té y café, entre otros(19).

Un estudio realizado en Santiago de Cuba por Rodríguez Fernández y colaboradores en 2011 revela que la edad avanzada constituye un riesgo para la enfermedad por su relación con un grupo de enfermedades graves asociadas (3).

Otro estudio realizado en Colombia Chimbao y cols, en 2014 evidenció que la edad se encuentra entre los principales factores de riesgo predisponente de hemorragia gastrointestinal, junto al tabaquismo y la ingesta de alcohol (41). Se infiere que los mayores de 56 años son los más frecuentemente afectados por úlcera péptica y que el hábito de fumar, la ingesta de café o té y los antecedentes de gastroduodenopatía han demostrado estar asociados con este cuadro. Se ha visto que la úlcera duodenal está relacionada a grupos de edades más jóvenes y la gástrica a los ancianos (42,23).

Aunque hoy en día también se está haciendo notar el sexo femenino, debido al rol actual de la mujer, que la ha hecho vincularse con otros factores

reconocidos como el consumo de antiinflamatorios, el hábito de fumar y el abuso de bebidas alcohólicas(40).

Entre los factores de riesgo relacionado con hábitos tóxicos se encuentran: el alcoholismo, el café y el hábito de fumar.

El alcohol constituye un factor de riesgo porque tiene efecto hipersecretor en el estómago, la literatura plantea que es un factor que posiblemente desencadena la hemorragia digestiva en pacientes con úlcera péptica. La notable importancia del alcoholismo sobre todo en los pacientes con úlcera péptica, es debido a la gran destrucción de la barrera citoprotectora y la consecuente erosión de la mucosa, principalmente a nivel gástrico, esto trae consigo un incremento en la frecuencia de sangrado al ser un irritante de las paredes gastrointestinales (43).

En el caso del consumo de café sucede lo mismo que con el alcohol en cuanto al efecto hipersecretor (43). Por otra parte se plantea que los bebedores de café, té y alguna otra infusión que irrite a la mucosa gástrica y duodenal son propensos a episodios de epigastralgia, acidez y sangrado. La conducta de los tomadores de infusiones, sobre todo de café, es ingerirlo en momentos de ayuno prolongado y no después de haber tomado algún alimento (44).

Con el hábito de fumar se duplica el riesgo de enfermedad ulcerosa (43). Se ha demostrado además que el fumar tiene efectos secundarios peligrosos en todas las partes del sistema digestivo, entre los trastornos más comunes está la acidez, que provoca agresión directa sobre la mucosa gástrica al disolver la capa mucosa citoprotectora (45).

Además de la úlcera otros antecedentes de gastroduodenopatía inflamatoria crónica son también recogidos habitualmente en las historias de los pacientes con HDA (14).

De cada 5 pacientes que sangran por el tubo digestivo alto, alrededor de 1 ó 2 refieren antecedentes de gastritis o duodenitis crónica, hecho que evidencia un epitelio frágil con tendencia fácil al sangrado. Ellos, por lo general, no siguen las indicaciones de su médico, ni abandonan los hábitos tóxicos de tabaco, café, y alcohol, además de no cumplir adecuadamente el tratamiento, por lo que el proceso tiende a la cronicidad y al

sangrado, a veces de forma muy solapada. La referencia de sangrado anterior es recogido por otras series como una condición: 1 ó 2 de cada 10 pacientes con sangrado actual han sufrido un episodio pasado, algunos llegan a tener un episodio anual, cada 6 meses o incluso con menor frecuencia (19).

Otro grupo de pacientes que con mucha frecuencia padecen de gastroduodenopatías, son los que ingieren fármacos antiinflamatorios, ya sean esteroideos o no. Los estudios demuestran que la ingestión de grandes cantidades, por afecciones agudas y en tiempo corto, no desarrolla con mucha frecuencia gastropatías, pero los tratamientos por afecciones crónicas 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 la aspirina, los antiinflamatorios no esteroideos y los derivados de la prednisona (1, 4,28).

La asociación de la HDA con la ingestión de medicamentos ulcerógenos, no se reporta de igual manera; no obstante, existe plena concordancia con respecto a que los salicilatos constituyen el grupo de drogas más relacionados con esta dolencia y su uso diario aumenta considerablemente el riesgo de padecer úlcera péptica de 10 a 20 veces, los mismos son responsables del 4 % de dicha enfermedad y de más del 40 % de los episodios de HDA (28).

El ácido acetil salicílico en dosis baja es un fármaco muy utilizado ya menudo asociado a los nitritos, en pacientes con enfermedad coronaria y otras cardiopatías. Las sustancias liberadoras de óxido nítrico como los nitritos inhiben la agregación plaquetaria, lo que puede facilitar la hemorragia digestiva, por lo que su interacción es potencialmente importante (19).

También su uso se ha generalizado en los últimos años para la profilaxis de las enfermedades cerebro vasculares, lo cual es una gran problemática en estos pacientes. Se han realizado distintos ensayos en varios países para demostrar su efecto terapéutico y en ellos se ha comprobado que aún a dosis bajas el ácido acetil salicílico aumenta el riesgo de sangrado digestivo (4,7).

En cuanto al consumo de antiinflamatorios no esteroideos podemos hacer referencia al incremento del uso de los mismos en la población, lo cual repercute desfavorablemente en los pacientes con úlcera péptica e incluso en aquellos que no la presentan, pues el consumo diario de AINES también aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa, lo que se atribuye a la supresión de la síntesis de prostaglandinas, así como a su interferencia con la producción de mucus y a la alteración a nivel de la barrera citoprotectora, entre otros factores(18).

Se ha determinado que aproximadamente entre 10 y 20 % de los usuarios de AINES presentan dispepsia, lo que en muchas ocasiones requiere la administración de otros medicamentos para aliviarla, pero de gran importancia son las complicaciones mayores como el sangrado digestivo y las perforaciones ulcerosas. Estas complicaciones ocurren más a menudo en pacientes que rebasan los 60 años e ingieren altas dosis de AINES por un tiempo prolongado, los que reciben concomitantemente esteroides, los que siguen un tratamiento anticoagulante, o los que tienen antecedentes ulcerosos (17).

5. Reportes de la literatura biomédica relacionados con los factores de riesgo de la HDA.

En un meta-análisis que utilizaba estudios de asociación (casos y controles, cohortes) entre AINES y sangrado digestivo alto dio como resultado que los mismos tenían un RR de 3.8 (95% CI, 3.6 + 4.1) de presentar la patología(4,19). También las variables sexo, edad, uso de anticoagulantes orales, alcoholismo, tabaquismo, consumo de glucocorticoides, estaban asociadas al sangrado digestivo alto. El estudio incluye un total de 154 pacientes y confirma que existe una asociación altamente significativa entre la presencia de HDA y el uso de AINES (10).

En la base de datos Dynamed de referencias clínicas basada en evidencia se describen la asociación de los factores de riesgo con la HDA.

Los fármacos antiplaquetarios, incluyendo los antiinflamatorios no esteroideos como el consumo de aspirina a largo plazo, se asoció con un mayor riesgo de hemorragia gastrointestinal basado en la revisión sistemática de 24 ensayos aleatorios que compararon la terapia de aspirina frente a placebo durante ≥ 1 año (media de 28

meses) en 65.987 pacientes. La revisión incluyó ensayos que informaron todas las hemorragias gastrointestinales (melena, rectorragia) y los ensayos excluidos de informes sólo de subcategorías de sangrado (como sangrado que requiera hospitalización o transfusión de sangre). Se comparó sangrado gastrointestinal versus aspirina y existió relación entre el riesgo de sangrado y la dosis o formulación modificada. Las dosis bajas de aspirina se asocian a 2 veces el riesgo de complicaciones gastrointestinales superiores (sangrado o perforación).

Los factores de riesgo de hemorragia digestiva alta como la edad avanzada, antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica, el sexo masculino y el fármaco antiinflamatorio no esteroideo se presentaron en una revisión sistemática de 15 estudios de casos y controles y 3 de cohortes.

Otro estudio de casos y controles con datos sobre el uso de AINES y hemorragia digestiva alta en 51.594 pacientes, mostró que el riesgo combinado de sangrado gastrointestinal superior y la perforación estuvo relacionado con el consumo de los antiinflamatorios no esteroideos más utilizados en Cuba: ibuprofeno, diclofenaco, indometacina, naproxeno y piroxicam. El uso de la mayoría de los agentes antiplaquetarios parece aumentar el riesgo de hemorragia digestiva alta por úlcera péptica, esto se obtiene en un estudio de 2.777 casos (edad media 61 años) en comparación con 5532 controles pareados.

La infección por *H. pylori*, considerada también como un factor de riesgo mayor de hemorragia digestiva alta, puede aumentar el riesgo de sangrado entre los usuarios de AINES, basado en dos estudios de casos y controles de 132 casos de úlcera péptica sangrante o gastritis hemorrágica entre los pacientes que toman AINES al menos una vez en la semana, en comparación con 136 usuarios de este medicamento en complicaciones gastrointestinales (46).

La literatura presenta múltiples factores de riesgo asociados con la HDA y algunos autores han sugerido puntajes para clasificar el riesgo de los pacientes. En la exploración de factores de riesgo, Morales Uribe y colaboradores (47) encontraron dos variables asociadas con la muerte: el hecho de presentar el sangrado en el hospital (RR 2,4 IC 95% 1,2-4,6) y la presencia de comorbilidades (RR 2,5 IC 95% 1,1-5,4) definidas como lo hizo Rockall (47). Klebl y cols, quienes concluyen que la

mortalidad en los pacientes con sangrado intrahospitalario se debe no a una o pocas, sino a varias comorbilidades, que en general son graves (48). Un segundo artículo de los mismos autores menciona algunas de estas comorbilidades (49). Otros autores también describen los factores de riesgo y predictores del sangramiento digestivo alto (50,51).

El autor considera que estos hallazgos descritos en la literatura biomédica deben alertar en la identificación de los factores de riesgo asociados a la HDA y de los pacientes con mayor riesgo de presentar un desenlace fatal, lo cual contribuirá a mejorar el manejo de los pacientes con HDA incluyendo una temprana intervención terapéutica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico y de causalidad, analítico retrospectivo de casos y controles con el objetivo de identificar la posible asociación entre algunas variables clínicas y epidemiológicas y la aparición de hemorragia digestiva alta en los pacientes ingresados en el de Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, durante el período comprendido desde abril de 2012 a marzo de 2014. De esta forma, se realizó un estudio sobre factores de riesgo que realmente han actuado en los casos (pacientes) que fueron diagnosticados con el síndrome en cuestión, se tomó un control pareado por cada enfermo, del mismo sexo y grupo de edad para establecer una adecuada razón de productos cruzados y medir la asociación de los factores de riesgo con estimación puntual.

Definición del universo y muestra de estudio

El universo estuvo constituido por 60 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hemorragia digestiva alta y que fueron atendidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”, durante el periodo en que se enmarcó el estudio. La muestra quedó conformada finalmente con 60 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión casos:

1. Pacientes con diagnóstico clínico y endoscópico de hemorragia digestiva alta que den el consentimiento para participar en el estudio (ver anexo I).
2. Pacientes con sangrado causado por úlcera gástrica, úlcera duodenal, erosión gástrica o duodenal, síndrome de Mallory-Weiss, esofagitis, hemobilia, lesiones tumorales y lesiones vasculares del esófago, estómago y duodeno.
3. Pacientes que residan permanentemente en la provincia Ciego de Ávila.
4. Capacidad psíquica para responder a las preguntas de la entrevista (sujeto mentalmente apto).
5. Contar con un colaborador (familiar o amigo allegado) para la entrevista en caso de dudas sobre alguno de los datos de la investigación (sujeto más suplente en caso de dudas).
6. Documentos oficiales completos y actualizados que contribuyan al esclarecimiento de la información en caso de dudas u olvido (Historia Clínica, Informe Operatorio y Registros de Endoscopías).

Criterios de exclusión casos:

1. Pacientes que presenten varices esofágicas.

Criterios de inclusión controles:

1. Pacientes que estuvieron hospitalizados en la sala de medicina interna del hospital provincial de Ciego de Ávila y que no presenten diagnóstico de sangrado digestivo alto.
2. Pacientes que residan permanentemente en la provincia Ciego de Ávila.
3. Documentos oficiales completos y actualizados que contribuyan al esclarecimiento de la información (Historia Clínica).

Forma de controlar los sesgos:

Definición de casos: Pacientes con diagnóstico clínico y endoscópico de hemorragia digestiva alta, que cumplieron los criterios de inclusión y recibieron atención especializada en el hospital provincial de Ciego de Ávila.

Definición de controles: Sujetos sin diagnóstico clínico y/o endoscópico de hemorragia digestiva alta, que no presenten lazos consanguíneos con los pacientes del grupo de casos, cumplan con los criterios de inclusión y que recibieron atención especializada en el hospital provincial de Ciego de Ávila.

Este diseño busca determinar la frecuencia de exposición a la(s) variable(s) independientes(s) entre individuos afectados, la que se comparará con similar frecuencia entre un grupo de individuos libres de la presencia de enfermedad, grupo que denominaremos "controles".

Los pacientes escogidos para el estudio fueron denominados "casos", estos fueron pareados con los sujetos "control" uno por cada caso (relación 1:1), y por las variables edad y sexo.

El grupo control pareado estuvo conformado por 60pacientes, que presentaban idénticas edades y sexo, tomados del departamento de bioestadística del Hospital provincial de Ciego de Ávila.

Diseño general del estudio

En la presente investigación se realizó un estudio retrospectivo, para establecer la relación entre el sangramiento digestivo alto y factores de riesgo en pacientes diagnosticados y atendidos en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila.

Primeramente se profundizó mediante el análisis de bases de datos sobre el comportamiento de factores de riesgo que inciden en la aparición de la HDA en pacientes enfermos.

Como fuente de información primaria se tomó la documentación de los sujetos casos (Historia Clínica, Informe Operatorio y Registros de Endoscopías), además se confeccionó para la recogida de la información de variables de interés un formulario, planilla de factores de riesgo de HDA(ver anexo II) la cual fue aprobada por criterio de expertos del servicio de cirugía y por el consejo científico del Hospital Provincial de

Ciego de Ávila, se comenzó la recogida de controles pareados partiendo de los datos recopilados en el departamento de bioestadística del centro de referencia.

Se emplearon métodos y técnicas de estadísticas descriptivas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se realizó un análisis bivariado entre las variables explicativas o independientes y la variable de respuesta o dependiente, mediante la prueba de independencia de distribución Chi cuadrado, la prueba U de Mann-Whitney y se utilizó el cálculo de Odds Ratio (cuantifica la magnitud de riesgo) en aquellas variables que su significación se determinó por el valor de dependencia estadística significativa $p \leq 0,05$. Se utilizó un nivel de significación de 0,05 de probabilidad de cometer error tipo I.

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos diseñados al efecto. Fue empleada una fuente primaria, hecho este por el cual no se especifica debajo de cada una de las tablas y gráficos. Por último se procedió al análisis de los resultados dando salida a los objetivos a través de las conclusiones.

Definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 21 a 30 años De 31 a 40 años De 41 a 50 años De 51 a 60 años Más de 60 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupos de edades
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico.	Número y porcentaje según sexo
Etiología de la HDA	Cualitativa nominal politómica	Esofagitis Úlcera gástrica Úlcera duodenal Gastritis erosiva Erosiones gástricas o duodenales Síndrome de Mallory-	Según diagnóstico endoscópico	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

		Weiss Hemobilia Lesiones tumorales benignas y malignas Lesiones vasculares No especificada		
*Nivel socio-económico	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Según refiere a el salario per cápita familiar.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Antecedentes de enfermedades crónicas no digestivas asociadas	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según referencia del sujeto y revisión de historia clínica sobre antecedentes de la enfermedad: gastritis crónica, duodenitis crónica, úlcera péptica gastroduodenal.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Tabaquismo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según si mastican tabaco al menos 1 vez al día y por un período igual o mayor a 6 meses	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si toman más de 2 cervezas, 1 vaso de vino o 2 tragos de whisky o ron de forma diaria.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Cafeinismo	Cualitativa nominal	Si No	Ingestión de 1 o más tazas de café y/o	Número y porcentaje según grupo

	dicotómica		sus derivados en el día.	de pertenencia
Consumo de picantes	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si consumen picantes en la dieta al menos una vez al día.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Consumo de medicamentos irritantes	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según refiera consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

(*)Nivel socio-económico

Alto-Salario por encima de 600 pesos.

Medio- Salario igual a 600 pesos.

Bajo-Salario por debajo de los 600 pesos.

Procedimientos éticos:

En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa, respetar los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos, del mismo modo se aplicaron las pautas personalistas del respeto a la dignidad humana. La información del estudio, se obtuvo a través de una entrevista individual, recogida en los formularios que llenaron por los autores de la investigación y se completó con los datos consignados en la historia clínica del paciente. De la misma manera, con privacidad y lenguaje claro, se ejecutaron las entrevistas con los controles sanos.

Se pidió a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para participar en el estudio (ver Anexo I). Se explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado. Se aplicaron los principios de beneficencia y no maleficencia al procurar el bienestar de todos los participantes, sin establecer

distinciones ni prioridades por lo que la justicia formará parte de toda la práctica médica implicada.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Se trabajó con un total de 60 pacientes con diagnóstico de sangramiento digestivo alto (casos) y 60 personas que no presentaban ese diagnóstico (controles).

Tabla 1. Pacientes con hemorragia digestiva alta según grupos de edades y sexo. Ciego de Ávila. 2015.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 30 años	1	2,1	0	0,0	1	1,7
De 30 a 39 años	6	12,8	0	0,0	6	10,0
De 40 a 49 años	6	12,8	1	7,7	7	11,7
De 50 a 59 años	5	10,6	1	7,7	6	10,0
60 o más años	29	61,7	11	84,6	40	66,7
Total	47	100,0	13	100,0	60	100,0

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes con sangramiento digestivo alto en cuando a grupos de edades y el sexo de los mismos.

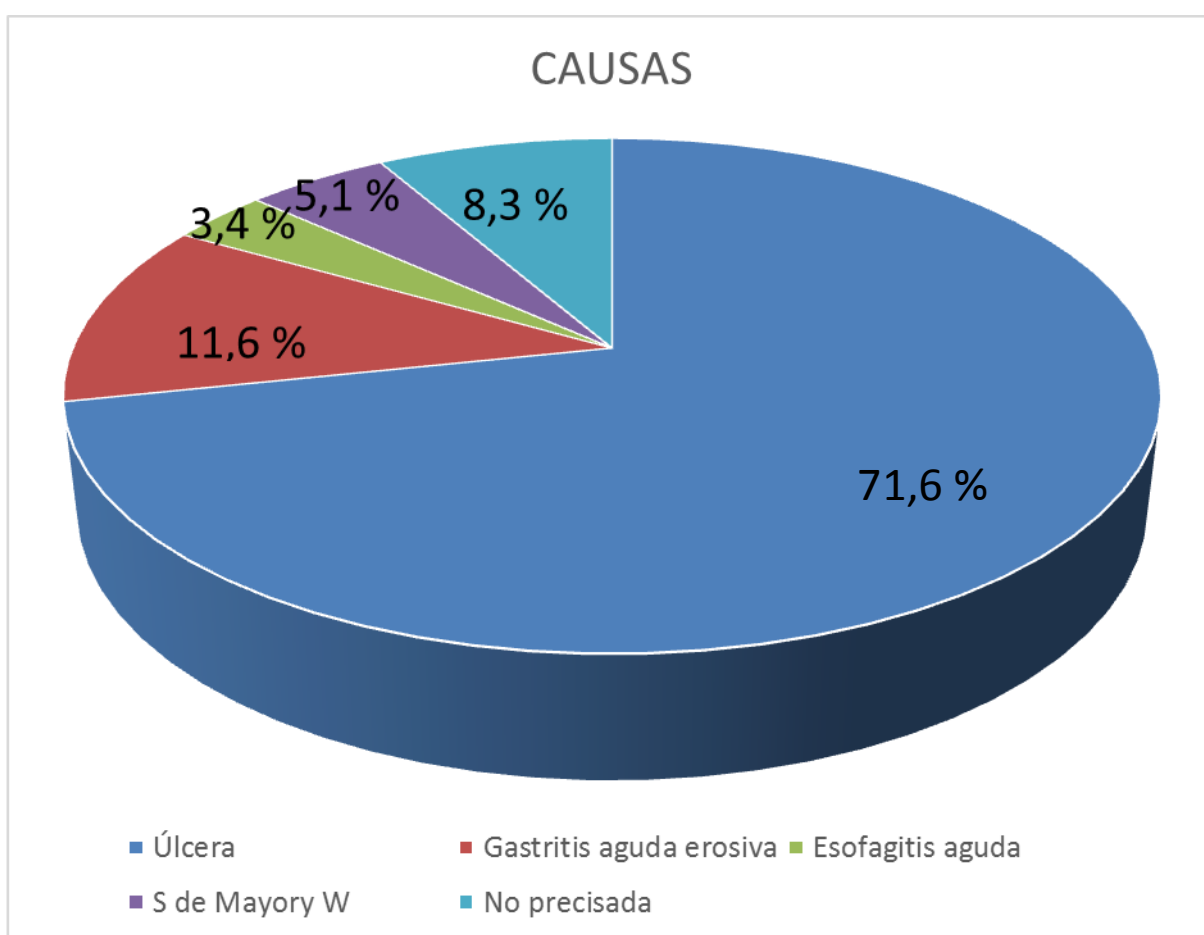
Se pudo observar un predominio franco de los pacientes masculinos con 47 de ellos, mientras que solo aparecían 13 féminas del total de 60 pacientes.

El grupo etario más representado fue el de 60 años y más con un total de 40 pacientes para un 66,7%, 29 de los cuales correspondieron a los hombres (61,7%) y 11 a las féminas representando el 84,6% de estas últimas. En orden de frecuencia pero ya distante le siguió el grupo de 40 a 49 años con 7 pacientes para un 11,7%, distribuidos en 6 masculinos (12,8% de ellos) y solo 1 fémina (7,7% de estas).

En un estudio realizado en Panamá en el año 2009 por Bernardino y cols (53), sobre factores de riesgo asociado a HDA, este refiere que al estratificar la muestra de los casos, esta estuvo representado por pacientes de 55 años en adelante con una frecuencia de 62,4%, sin resultados significativos.

En un estudio similar realizado en México en el año 2007 por Rodríguez Hernández y cols (54), este refiere que hubo un predominio de hombres en el 65,5%, la edad promedio fue de 52.6 ± 13.2 y 49.6 ± 14 años respectivamente con resultados significativos.

Gráfico 1. Pacientes con hemorragia digestiva alta según diagnóstico etiológico. CiegodeÁvila.2015.



El gráfico 1 muestra la distribución de los pacientes con sangramiento digestivo alto según el diagnóstico etiológico por endoscopia. Coincidiendo con lo reportado en la literatura el mayor número 43 pacientes (71,6%) corresponde a la úlcera péptica gastroduodenal. No fue posible determinar la causa del sangramiento en 5 pacientes (8,3%).

Tabla 2. Participantes según nivel socioeconómico y hemorragia digestiva alta. Ciego de Ávila. 2015.

Nivel socio-económico	Hemorragia digestiva alta				Total	
	Casos		Controles			
	No.	%	No.	%	No.	%
Alto	14	23,3	25	41,7	39	32,5
Medio	40	66,7	30	50,0	70	58,3
Bajo	6	10,0	5	8,3	11	9,2
Total	60	100,0	60	100,0	120	100,0

U de Mann-Whitney. $p = 0,055$

La tabla 2 muestra la distribución de personas según la presencia de sangramiento digestivo y el nivel socioeconómico, evaluado en las categorías de alto, medio o bajo.

Se pudo observar que el nivel socio-económico imperante para la mayoría de los participantes, fue el medio, con 70 de ellos que representaron el 58,3% del total, siendo mayoría también en cada uno de los grupos con 40 de los casos (66,7 de ellos) y 30 personas del grupo control del que representaron el 50,0%.

Con un alto nivel socioeconómico, se encontraban 39 personas para un 32,5% del total con mayoría en el grupo de los controles, 25, que representaron el 41,7% y 14 pacientes (23,3% de los casos).

Solo 11 participantes se encontraban con un bajo nivel socioeconómico para un 9,2%, con distribuciones homogéneas entre los grupos, registrando 6 pacientes (10,0% de los casos) y 5 personas del grupo control representando el 8,3% de estos últimos.

La prueba estadística empleada, no ofreció un resultado significativo, por lo que los diferentes niveles de la variable nivel socioeconómico, no se encontraron asociados en la muestra a la presencia del diagnóstico de sangramiento digestivo alto.

En los estudios revisados el nivel socioeconómico se asocia con la infección por *H.pylori* en pacientes con úlcera péptica, reportándose una mayor asociación en los enfermos pertenecientes al nivel bajo (55,56).

Tabla 3. Participantes según antecedentes de enfermedad previa del tracto digestivo y sangramiento digestivo alto. Ciego de Ávila. 2015.

Antecedentes de enfermedad previa del tracto digestivo	Sangramiento digestivo alto				Total	
	Casos		Controles			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	49	81,7	16	26,7	65	54,2
No	11	18,3	44	73,3	55	45,8
Total	60	100,0	60	100,0	120	100,0

Chi-cuadrado de Pearson. $p = 0,000$

Odd Ratio: 12,250 IC Inf: 5,137 IC Sup: 29,208

La distribución de los participantes en la presente investigación según el grupo de estudio de pertenencia por diagnóstico o no de sangramiento digestivo alto, y la presencia de antecedentes de enfermedad previa del tracto digestivo, se muestra en la tabla 3.

Se pudo observar que 65 personas (54,2%), del total, presentaban los referidos antecedentes, a expensas principalmente del grupo de casos con 40 pacientes que representaron el 81,7% de los mismos, mientras que solo era indicada por 16 personas del grupo control para un discreto 26,7% de este último grupo.

El análisis estadístico con la prueba Chi-cuadrado de Pearson en su corrección por continuidad de Yates, ofreció un resultado significativo con un valor de p , muy inferior a 0,05. El análisis de riesgo demostró que los pacientes con antecedentes de enfermedad previa del tracto digestivo, tenían un riesgo más de 12 veces mayor de presentar sangramiento digestivo alto, que los que no referían dicho antecedente digestivo.

En un estudio realizado en Camagüey de nuestro país, sobre las características clínicas del HDA por Pozo González y cols (57), este refiere una alta incidencia de 51,06%, en pacientes con la mencionada entidad con antecedentes patológicos de enfermedad crónica del aparato digestivo.

Tabla 4. Participantes según hábitos tóxicos y hemorragia digestiva alta. Ciego de Ávila. 2015.

Hábitos tóxicos	Hemorragia digestiva alta				Total		p*
	Casos		Controles				
	No.	%	No.	%	No.	%	
Cafeísmo	30	50,0	15	25,0	45	37,5	0,008
Odd Ratio: 3,000 IC Inf: 1,384 IC Sup: 6,498							
Tabaquismo	23	38,3	18	30,0	41	34,2	0,441
Alcohol	6	10,0	15	25,0	21	17,5	0,055

*Chi-cuadrado de Pearson.

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el grupo de estudio al que pertenecían y la práctica de hábitos tóxicos para el organismo.

El cafeísmo, resultó el hábito tóxico más practicado por los participantes del estudio con un total de 45 personas para un 37,5%, principalmente a expensas de los pacientes con HDA con 30 (50,0%) de ellos, mientras que solo era reportado por 15 personas del grupo control, esta diferencia resultó significativa según resultado de la prueba estadística empleada, por lo que demostró la asociación existente entre el consumo de café y la aparición del sangramiento digestivo alto, cuyo riesgo de padecerlo resultó 3 veces mayor en los consumidores habituales de café.

El tabaquismo le siguió en orden de frecuencia con 41 personas (34,2%) y mayoría del grupo de casos (23 pacientes), del que representaron el 38,3% y 18 participantes del grupo control (30,0%), mientras que el alcoholismo referido por 21 participantes (17,5%), resultó más frecuente en los controles con 15 pacientes (25,0%) que en los casos con solo 6 (10,0%). Estos dos últimos hábitos nocivos, no se encontraron asociados a la aparición de HDA, en los participantes de la muestra de estudio.

Bernardino (53), refiere que no encontró resultados significativos en cuanto al estudio de los hábitos tóxicos, consumo de alcohol y tabaquismo, los resultados de su estudio no coinciden con la mayoría de los estudios revisados en los cuales son mencionados como importantes factores de riesgo.

Por otro lado Rodríguez Hernández (54), refiere en su estudio que el tabaquismo y la ingesta de bebidas alcohólicas fueron significativamente mayores en el grupo con HDA, en un análisis múltiple de regresión logística mostró como factores de riesgo asociados de manera independiente a la ocurrencia de HDA, el tabaquismo (OR = 2.6), la ingesta de bebidas alcohólicas (OR = 4.8).

Tabla 5. Participantes según consumos nocivos y HDA. Ciego de Ávila. 2015.

Consumos nocivos	Sangramiento digestivo alto				Total		p*
	Casos		Controles				
	No.	%	No.	%	No.	%	
Consumo de picantes	31	51,7	22	36,7	53	44,2	0,141
Consumo de medicamentos irritantes	33	55,0	19	31,7	52	43,3	0,017
Odd Ratio: 2,63 IC Inf: 1,252 IC Sup: 5,553							

*Chi-cuadrado de Pearson.

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según la presencia de diagnóstico de HDA, como variable principal de creación de los grupos y la presencia de consumos nocivos para el organismo y predisponentes de aparición de la entidad en cuestión.

El más frecuentemente referido de los consumos nocivos estudiados, resultó el consumo de picantes, indicado por 53 personas para un 44,2% del total, con predominio del grupo de casos en el cual fue reportado por 31 enfermos para un 51,7% de este grupo, mientras que 22 personas del grupo control lo referían igualmente representando el 36,7% de dicho grupo, la diferencia encontrada no resultó significativa entre los grupos según el resultado de la prueba estadística empleada.

Está descrito que el consumo de picantes principalmente desde edades muy tempranas es altamente irritante para la mucosa gástrica, conjuntamente con la ingestión de bebidas alcohólicas es un estímulo para la secreción de ácidos, y liberación de gastrina (58).

El consumo de medicamentos irritantes, por su parte lo señalaron 52 personas para un 43,3% del total con predominio también del grupo de casos en el cual se encontraron 33 pacientes para un 55,0%, mientras que era referido por 19 personas del grupo control que representaron el 31,7% de las mismas, las diferencias porcentuales encontradas resultaron significativas entre los grupos basados en el resultado de la prueba estadística por lo que el consumo de medicamentos irritantes se encontró asociado a la aparición de la enfermedad referida en la muestra de estudio, siendo más de 2 veces mayor en riesgo de aparición de la misma en los pacientes expuestos a esta práctica de consumo.

Bernardino (53), confirma que existe una asociación altamente significativa entre la presencia de hemorragia digestiva alta y el uso de AINES; hallazgo que concuerda con múltiples estudios revisados que indican el uso de AINES como uno de los principales factores de riesgo asociados a desarrollo de HDA. Este refiere en su estudio, datos que indican que el consumo de estos medicamentos aumenta el riesgo en 2,6 veces. Similar resultados encontró Rodríguez Hernández en su casuística estudiada (54).

Otras referencias que coinciden plantean que el consumo del AINES repercute de forma desfavorable en los pacientes con HDA e incluso en aquellos que no la presentan, pues su uso diario aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa, además señalan, que cerca del 40% de los pacientes con HDA informan el consumo de dichos medicamentos, predisponiendo a la producción de esta entidad (10,18, 24, 46).

CONCLUSIONES

Prevalecieron los adultos mayores del sexo masculino. El nivel socioeconómico predominante resultó el nivel medio sin diferencias importantes entre los grupos de estudio, siendo la úlcera péptica gastroduodenal la causa más frecuente. El consumo de café, fue el hábito tóxico más frecuente y resultó significativamente mayor en el grupo de pacientes aumentando tres veces el riesgo de enfermar. El consumo de medicamentos irritantes y la presencia de antecedentes de enfermedad previa del tracto digestivo, aumentaron dos veces y doce veces respectivamente el riesgo de aparición de la entidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Samada Suárez M, Hernández Perera JC, Barroso Márquez L, Chao González L, González Hevia M, Fernández Maderos I. Identificación de factores de riesgo de presencia de várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática. RevCubMed Mil [Internet]. 2008 [citado 12 Nov 2014]; 37(1): [aprox. 5p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572008000100002&lng=es&nrm=iso
2. Casamayor Callejas E, Rodríguez Fernández Z, GoderichLalán JM. Sangrado digestivo alto: consideraciones actuales acerca de su diagnóstico y tratamiento. MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 28 Feb 2015]; 14(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000500002&lng=es.
3. Rodríguez Fernández Z, Casamayor Callejas E, GoderichLalán JM. Characterization of hospitalized patients due to high digestive bleeding. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 28 Feb 2015]; 15(1):58-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000100008&lng=es.
4. Pozo González A, CorimaytaGutierrez Y, Jaime Carballo Y, Barbán Fernández L, Brizuela Pérez SM. Características Clínicas del sangramiento digestivo alto. AMC [Internet]. 2010 [citado 28 Feb 2015]; 14(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300008&lng=es.
5. Salvatierra Laytén G, De la Cruz Romero L, Paulino Merino M, Vidal Vidal V, Rivera DávilaC, Cano Chuquilin A, et al. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana RevGastroenterolPerú[Internet]. 2006[citado 12 Feb 2014];26(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292006000100002&script=sci_arttext
6. Bonilla D, Cardoso M, Suárez JG, Pérez GC. Factores relacionados a hemorragia gastrointestinal alta en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pese a la profilaxis. RevMédRisaralda[Internet]. 2014[citado 12 Feb 2015]; 20(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v20n1/v20n1a03.pdf>
7. Vera M, Villalobos G, Sáez M, León M, Caro E. Hemorragia digestiva alta como complicación de un Síndrome de Budd-Chiari: Reporte de un caso.

- RevANACEM[Internet]. 2012[citado 12 Feb 2014];6(1):43-47. Disponible: <http://revista.anacem.cl/web/wp-content/uploads/2012/04/Hemorragia-digestiva-alta-como-complicaci%C3%B3n-de-un-S%C3%ADndrome-de-Budd-Chiari-Reporte-de-un-caso.pdf>
8. Almeida Varela R, Bode Sado A, Mendoza M, León C, Samper O. Causas de fallecimiento por hemorragia digestiva en el Servicio de Cirugía del Hospital Docente "Miguel Enríquez", periodo 2004 a 2006, La Habana, Cuba. *Medicas UIS* [Internet]. 2012 [citado 28 Feb 2015];25(2):113-120. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192012000200003&lng=en.
 9. Almeida Varela R, Pérez Suárez F, Díaz Elías JO, Martínez Hernández JA. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario «Calixto García». *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2011[citado 28 Feb 2015]; 50(1): 40-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100004&lng=es.
 10. Rodríguez Fernández Z, Acosta González D, Fong Estrada J, Pagés Gómez O. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2010 [citado 28 Feb 2015]; 9(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000100011&lng=es.
 11. Martínez F, Mayedo FJL. Hemorragia digestiva alta. Comportamiento clínico epidemiológico. *RevArchMédCamagüey*[Internet]. 2015[citado 28 Feb 2015];8(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en:<http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/3035/1333>
 12. Latasa D, Montero J, Lovesio C. Análisis de una serie de casos de hemorragia digestiva grave ingresadas en una UTI polivalente. *IntraMed J* [Internet]. 2013[citado 12 Feb 2015]; 2(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/download/231/76
 13. Aguayo O, Torres A, Sosa K, Ramírez A, Rodríguez C, Fernández A, et al. Causas de hemorragia digestiva alta no varicosa. *RevCirParag* [Internet]. 2013 [citado 12 Dic 2014];37(1):15-18. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202013000100003&lng=en.
 14. Viera Hernández RV, Amaro Areas E, Barro Blanco A, Moreno R, Tamayo Garrido I. Hemorragia Digestiva Alta en el servicio de Urgencias del Hospital

- "Héroes del Baire" 2002-2010. RevMed Isla Juventud [Internet].2013[citado 12 Dic 2014];1(12):[aprox. 9]. Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/2/12>
15. Gómez Zuleta MA, Ruiz Morales ÓF, Riveros J. Diagnostic Usefulness of Upper Gastrointestinal Endoscopy for Patients under 18 Years of Age. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2014 [citado 28 Feb 2015];29(2):112-116. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572014000200004&lng=en.
 16. García Orozco L, Piña Prieto LR, Domínguez González EJ. Endoscopía de urgencia en pacientes fallecidos por hemorragia digestiva alta asociada a úlcera péptica gastroduodenal. Panorama Cuba Salud[Internet].2014[citado 12 Feb 2015];8(1):10-14. Disponible en: <http://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/viewFile/217/pdf>
 17. Despaigne Alba I, Rodríguez Fernández Z, Romero García LI, Pascual Bestard M, Ricardo Ramírez JM. Morbilidad y mortalidad por infecciones posoperatorias. Rev Cubana Cir [Internet]. 2013 [citado 28 Feb 2015]; 52(1):13-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000100003&lng=es
 18. Domínguez González EJ, Piña Prieto LR, Cisneros Domínguez CM, Lambert HO. Caracterización de la mortalidad en el servicio de Cirugía General del Hospital Saturnino Lora, 2012. Panorama Cuba Salud [Internet].2013[citado 12 Dic 2014];8(3):10-14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2013/pcs133b.pdf>
 19. Acosta González D, Rodríguez Fernández Z, Fong Estrada JA, Pagés Gómez O. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. MEDISAN [Internet]. 2009 Abr [citado 21 Nov 2014];13(2):[aprox. 9.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000200001&lng=es.
 20. Fleitas Pérez O, Daniel Muarra H, Gil Casas B. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en el adulto mayor: análisis de 3 años. MedCiego[Internet]. 2009[citado 12 Dic 2014];159supl2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_supl2_09/articulos/a5_v15_supl209.htm
 21. Lebroc Pérez D, Reina Alfonso BE, Camacho Assef JA, Massíp Ramírez M. Caracterización clínica de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola".MEDCIEGO[Internet]. 2011[citado 12 Dic 2014];17(2):[aprox. 9 p.].

Disponible

en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/articulos/t-6.html

22. Hospital Provincial General Docente "Dr Antonio Luaces Iraola". Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Sistema de Información Estadística de Cirugía. Ciego de Ávila: HPGDALI; 2012.
23. Hevia E, Béliz E. Factores asociados a la hemorragia digestiva alta en pacientes con enfermedad ulceropéptica. RevMédCient[Internet]. 2003[citado 12 Feb 2014];16(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/138/submission/original/138-517-1-SM.pdf>
24. Salvatierra G, Romero L, Merino P, Vidal V. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. RevGastroenterolPerú. 2006; 26 (1): S13-S14
25. Lapane K, Spooner J, Mucha L, Straus W. Effect of non-steroidal anti-inflammatory drug use on the rate of gastrointestinal hospitalizations among people living in longterm care. J Am GeriatrSoc[Internet]. 2001 [citado 12 Dic 2014]; 49 (5):577-84. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail>
26. Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E, Pizarro MA, Trigo C. Changes in the etiology, outcome, and characteristics of patients with acute gastrointestinal bleeding between 1999 and 2005. Rev EspEnferm Dig. 2007;99:275-9.
27. James WP. The epidemiology of obesity: the size of the problem. J Intern Med. 2008;263:336-52.
28. Viera Hernández RV, Amaro Areas E, Barro Blanco A, Moreno R, Tamayo Garrido I. Hemorragia Digestiva Alta en el servicio de Urgencias del Hospital "Héroes del Baire" 2002-2010. REMIJ[Internet]. 2011[citado 12 Feb 2015];12(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/2/12>
29. Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). Factores de riesgo [Internet]. 2014[citado 12 Nov 2014]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
30. Organización mundial de la Salud. Factores de riesgo[Internet]. ©2015[citado 12 Feb 2015]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

31. Del Valle J. Peptic Ulcer and related disorders. En: Kasper, Brounwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, editores. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th Edition. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 831-36.
32. Alonso JR, Anaya González JL, Pampín L, Pérez D, Lopategui I. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital Enrique Cabrera. 2003-2007. Rev Cubana Cir [Internet]. 2008;[citado 12 dic 2009]. 47 (4):1-9. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfview>.
33. Vital and Health Statistics. Detailed diagnosis and procedures, national hospital discharge survey, 1989. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services National Center for Health; 1991.
34. Schuetz A, Jauch KW. Lower gastrointestinal bleeding: therapeutic strategies, surgical techniques and results. LangenbecksArchSurg. 2001;386:17-25.
35. Martínez Porras JL, Calleja Panero JL. Hemorragia digestiva alta: etiología y procedimientos diagnósticos. Emergencias.2005;17:S50-S54.

36. Calvet Calvo X. AlmelaNotari P. Tratamiento de las Enfermedades Gastrointestinales [Internet]. © Elsevier2015[citado 12 Abr 2015]; Sección 2. Cap 9[aprox. 128 pantallas]. Disponible en: <http://www.studentconsult.es/bookportal/esencial-gastroenterologia/sin-autor/esencial-gastroenterologia/9788475927220/500/684.html>

37. García Ruiz E, AlcaínMartinez G, Cañero J, Vazquez Pedreño L. Hemorragia digestiva en el área de urgencias. Manuel Urgencias Emergencias [Internet]. © 2011 [citado 12 Dic 20013]:[aprox. 8 p.]. Disponible en:<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemodige.pdf>

38. Montemayor Quellenberg M. Sangrado gastrointestinal [Internet].© 2011 EBSCO Publishing [citado 12 Mar 2015]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkid=664981>

39. Kubba AK, Choudari C, Rajgopal C, GhoshS,Palmer KR. Reduced long-term survival following major peptic ulcer haemorrhage. Br J Surg. 1997;84:265-268.

40. Friedman LS, Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding. *GastroenterolClin North Am.* 1993;22(4):717-721.
41. Chimbaco Bonilla DF, Leal Cardoso MA, González Suárez JP, Caviedes Pérez G. Factores relacionados a hemorragia gastrointestinal alta en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pese a la profilaxis. *RevMéd Risaralda.* 2014; 20 (1): 9-13
42. Lanas A. Nitrovasodilators, low-Dose aspirin, other nonsteroidal antiinflammatory drugs, and the risk of upper-gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med.* 2000; 343 (12).
43. Rodiles Martínez F, López Mayedo FJ. Hemorragia digestiva alta. Comportamiento clínico epidemiológico. *RevArchMédCamagüey*[Internet]. 2015[citado 12 Feb 2015]; 8(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/3035/1333>
- 44.29. Rodríguez Hernández I. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. *EnfermGlobal*[Internet]. 2011[citado 12 Feb 2015];10(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24514/1/Factores%20de%20riesgo%20que%20incrementan%20la%20morbimortalidad%20en%20pacientes%20con%20hemorragia%20digestiva%20alta.pdf>
45. Clinicas Key. Tabaquismo[Internet] ©2014[citado 12 Feb 2015].[aprox. 12 pantallas]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/patient_handout/5-s2.0-pe_ExitCare_DI_Smoking_and_Your_Digestive_System_es
46. Dynamed[Internet]. © EBSCO; 2015. Acute upper gastrointestinal bleeding [citado 12 Feb 2015].[aprox. 17 pantallas]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=2&sid=459560cf-3837-4159-aad2-3d2abb496a84%40sessionmgr114&hid=110&bdata=JnNpdGU9ZHluYW1lZC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#db=dme&AN=906170>

47. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB. Incidence of and mortality from acute upper Gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. *BMJ*. 1995;311: 222-6.
48. Klebl F, Bregenzner N, Schofer L, Tamme W, Langgartner J, Scholmerich J, et al. Comparison of inpatient and outpatient upper gastrointestinal haemorrhage. *Int Colorectal Dis*. 2005;20:368-75.
49. Klebl F, Bregenzner N, Schofer L, Tamme W, Langgartner J, Scholmerich J, et al. Risk factors for mortality in severe upper gastrointestinal bleeding. *Int J Colorectal Dis*. 2005;20:49-56.
50. Palomino Besada AB, Suárez Conejera AM, Brunate Pozo M. Escleroterapia endoscópica en el sangramiento digestivo alto de origen no variceal. *Rev Cubana Med Milit [Internet]*. 2007[citado 2 Feb 2012];36(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572007000200002&script=sci_arttext
51. González-González JA, Vázquez-Elizondo G, García-Compeán D, Obed Gaytán-Torres J, Flores-Rendón ÁR, Jáquez-Quintana JO, et al. Predictors of in-hospital mortality in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *RevEspEnfermDig [Internet]*. 2011 Abr [citado 7 Abr 2012];103(4):196-203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011000400005&lng=es
52. Diaz Ferrer J, Roman R, Bustios C. Cefazolina vs. Ciprofloxacino en la profilaxis de infecciones en pacientes cirróticos con sangrado digestivo. *RevGastroenterol Perú [Internet]*. 2011[citado 12 Feb 2012];31(4):319-323. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000400003&lng=es&nrm=iso
53. Bernardino D. Factores asociados a sangrado digestivo alto. Servicio de Gastroenterología. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá. Abril-Septiembre 2009. *Rev Méd Cient*. 2011; 24(1):4-11.

54. Rodríguez Hernández H. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *RevMedInstMexSeguroSoc.* 2009; 47 (2):179-184.
55. Montes Teves P, Salazar Ventura S, Monge Salgado E. Cambios en la epidemiología de la Úlcera Péptica y su relación con la infección con *HelicobacterPylori*. Hospital Daniel Carrión 2000-2005. *RevGastroenterolPerú*[Internet]. 2007[citado 12 Mar 2015];27(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000400007&script=sci_arttext
56. Castillo R, Uribe M, Cedeño F, Mora O, Rodríguez De León L, Bongioanni H. *Helicobacter pylori*: Efectividad del tratamiento secuencial vs tratamiento convencional. *Gen* [Internet]. 2011 Sep [citado 1 Abr 2015]; 65(3):183-186. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032011000300005&lng=es
57. Pozo González A. Características Clínicas del sangramiento digestivo alto. *ArchMédCamagüey*[Internet]. 2010[citado 12 dic 2014]. 2010;14(3 mayo-junio):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211114981008>
58. Chávez Reyes MT, Martín Sánchez OM, Crespo Toledo Y, Báez Pérez OL. Resultados y costo social del examen endoscópico. *RevCiencMéd* [Internet]. 2011 Dic [citado 1 Abr 2015];15(4):32-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400005&lng=es

ANEXOS

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hospital Provincial de Ciego de Ávila

Servicio de Cirugía.

Yo: _____

(Nombres y apellidos del paciente)

Recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que realicé a propósito del estudio titulado "Evaluación de los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta,

en la provincia Ciego de Ávila”, que se ejecuta en el Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila y sobre la que se aportó información suficiente.

Comprendo que mi participación en el estudio es ventajosa y voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio: cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que afecte mi relación con el médico.

Todo ello ha sido fruto del contacto con el médico:

(Nombres y apellidos del investigador)

El cual me ha explicado que los resultados son confidenciales, sin que se revele nunca mi nombre, y que los datos solo se utilizarán para esta investigación.

Por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad de participación, firmo este documento:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Firma del investigador: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Anexo II

Formulario o guía para la entrevista

Hospital Provincial de Ciego de Ávila

Nombre y apellidos: _____

Fecha: _____

Variables sociodemográficas y de riesgo:

Edad _____ años

Sexo _____

Nivel socio-económico _____

Tabaquismo _____

Alcoholismo _____

Consumo de café. _____

Consumo de picantes _____

Consumo de medicamentos irritantes _____

Antecedentes de enfermedades crónicas del sistema digestivo _____

Diagnóstico endoscópico: