

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO

**Resangrado de la úlcera péptica en pacientes con y sin
enfermedad renal crónica, en el Hospital Nacional
Edgardo Rebagliati Martins, 2013 - 2014**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Docencia e
Investigación en Salud

AUTOR

Gerly Edson GUZMÁN CALDERÓN

ASESOR

Eduardo MONGE SALGADO

Lima – Perú

2017

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
LISTA DE CUADROS	3
LISTA DE FIGURAS	4
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	5
ABSTRACT	6
1. CAPITULO I: INTRODUCCION	7
1.1 Situación Problemática	7
1.2 Formulación del problema	8
1.3 Justificación del estudio	8
1.3.1 Justificación Teórica	8
1.3.2 Justificación Práctica	9
1.4 Objetivos de la investigación	10
1.4.1 Objetivo general	10
1.4.2 Objetivos específicos	10
2. CAPITULO II: MARCO TEORICO	11
2.1. Antecedentes del problema	11
2.2 Bases Teóricas	16
2.2.1. Enfermedad Ulcerosa Péptica	16
2.2.2 Enfermedad Renal Crónica	25
3. CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	30
3.1 Hipótesis	30

3.2 Variables del Estudio	30
3.3 Operacionalización de Variables	31
3.4 Diseño y tipo de Investigación	32
3.5 Unidad de Análisis	32
3.6 Población de estudio	32
3.7 Tamaño de la muestra	32
3.8 Criterios de Selección	33
3.8.1 Criterios de Inclusión	33
3.8.2 Criterios de Exclusión	33
3.9 Técnica de Recolección de Datos	34
3.10 Procesamiento y análisis de datos	36
4. CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
4.1 Resultados	37
4.2 Discusión	53
CONCLUSIONES	60
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	61
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	64
8.1 Anexo 1: Ficha de recolección de datos	64
8.2 Anexo 2Matriz de consistencia	65
8.3 Matriz de validación de juicio de expertos	66

LISTA DE CUADROS

CUADRO	DESCRIPCIÓN	PÁGINA
1	Clasificación de la Ulceras Pépticas	20
2	Distribución de los grupos de estudio. EUP: Enfermedad úlcero péptica, ERC: Enfermedad renal crónica. HD: Hemodiálisis	39
3	Comorbilidades presentes en los pacientes con Enfermedad Ulcerosa Péptica	40
4	Diferencias demográficas entre los dos grupos (casos y controles)	45
5	Tasa de resangrado de acuerdo a la clasificación de Forrest	50
6	Distribución de complicaciones de la úlcera péptica en pacientes con y sin hemodiálisis.	52

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	DESCRIPCIÓN	PÁGINA
1	Distribución del total de pacientes por género	37
2	Distribución por edades de la población en estudio	38
3	Distribución del total de pacientes por la ubicación de la úlcera péptica	41
4	Distribución de las Úlceras Pépticas de acuerdo a la Clasificación de Forrest	41
5	Distribución de las Úlceras Pépticas de acuerdo a la Clasificación de Forrest	42
6	Distribución de pacientes de acuerdo al destino final	43
7	Distribución de la ubicación de la ulcera péptica de acuerdo al grupo de estudio	46
8	Distribución del destino final de los pacientes de acuerdo al grupo de estudio	47
9	Distribución de las complicaciones de la enfermedad ulcero péptica	48
10	Distribución de las complicaciones de la úlcera péptica de acuerdo al grupo de estudio	49

RESUMEN

TÍTULO: Resangrado de la úlcera péptica en pacientes con y sin enfermedad renal crónica, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2013 - 2014

AUTOR: Gerly Edson Guzmán Calderón

ASESOR: Dr Eduardo Monge Salgado

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Ulcero péptica (EUP), Enfermedad renal crónica (ERC), resangrado

INTRODUCCION: La EUP es una de las emergencias médicas más comunes, la cual contribuye a una significativa morbilidad y mortalidad en todo el mundo, y la ERC, incrementa la probabilidad de resangrado estos pacientes. En el Perú se desconoce el verdadero impacto de esta comorbilidad en la EUP, desconociéndose una estadística real, y la tasa de resangrado.

Objetivo General: Determinar si el resangrado de la EUP en pacientes con ERC, es mayor que en los pacientes con EUP sin ERC, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de Casos y Controles, observacional, analítico y retrospectivo en pacientes mayores de 18 años, con resangrado por úlcera péptica, ingresados a la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Un total de 146 pacientes fueron admitidos al estudio entre 2013 y 2014. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 18.0

RESULTADOS: Dotal de 146 pacientes, 26% son mujeres y 74% varones. Media de edad: $65,47 \pm 17,95$ años. Los casos (EUP con ERC) fueron 34 y los controles (EUP sin ERC), fueron 112. La causa del sangrado fue úlcera duodenal en 53% y úlcera gástrica en 47%. La razón entre la presencia de resangrado en pacientes con EUP con ERC es 6,43 veces mayor que en pacientes con EUP sin ERC. Resangrado en pacientes con ERC: 41,1% y en los pacientes sin ERC de 9,8%. El tipo de úlcera con mayor resangrado fue el tipo IIa en ambos grupos. El 94% de pacientes fueron dados de alta, 2,7% referidos a cirugía. La tasa de mortalidad total fue de 2,7%, y de 5,8% en los pacientes con ERC. ($p=0,2$)

CONCLUSIONES: La razón de resangrado de la úlcera péptica en pacientes que padecen de enfermedad renal crónica es 6,43 veces mayor que en los pacientes sin enfermedad renal crónica, La tasa de resangrado de la enfermedad ulcerosa péptica en pacientes con enfermedad renal crónica, fue del 41,1%, mientras que en los pacientes sin enfermedad renal crónica fue de 9,8%.

ABSTRACT

TITLE: Rebleeding in peptic ulcer in patients with and without chronic kidney disease, at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital, 2013 – 2014.

AUTHOR: Gerly Edson Guzmán Calderón

KEYWORDS: Peptic ulcer disease (PUD), Chronic kidney disease (CKD), rebleeding.

INTRODUCTION: PUD is the most common gastroenterological emergency, which contributes to significant morbidity and mortality worldwide. CKD increases the probability of rebleeding in these patients. In Peru, the true impact of this comorbidity on the PUD is unknown, with no real statistics and a rate of rebleeding unknown.

OBJETIVE: To determine if rebleeding in PUD in patients with CKD is greater than in patients with PUD non-CKD in patients hospitalized in the Digestive Bleeding Unit of the Edgardo Rebagliati Martins Hospital.

METHODS: An observational, analytical and retrospective, case-control study was performed in patients >18 years, with rebleeding of PUD, admitted to the Digestive Hemorrhage Unit of the Edgardo Rebagliati Martins Hospital. A total of 146 patients were admitted to the study between 2013 and 2014. Statistical package SPSS 18.0 was used.

RESULTS: Of 146 patients, 26% were female and 74% male. Mean age: 65.47 ± 17.95 years. The cases (EUP with CKD) were 34 and controls (EUP without CKD) were 112. The cause of rebleeding was duodenal ulcer in 53% and gastric ulcer in 47%. The OR of rebleeding in CKD was 6.43 times higher than in non-CKD patients. Rebleeding in patients with CKD was 41.1% and in patients without CKD was 9.8%. The type of ulcer with the greatest rebleeding was type IIa in both groups. Ninety-four percent of patients were discharged, 2.7% referred to surgery. The total mortality rate was 2.7%, and mortality rate in CKD was 5.8%. ($p = 0.2$).

CONCLUSIONS: Peptic ulcer rebleeding in patients with chronic kidney disease is greater than in patients without chronic kidney disease, with OR 6.43 times more in the group suffering from chronic kidney disease. Rebleeding of peptic ulcer disease in patients with chronic kidney disease was 41.1%, whereas in patients without chronic kidney disease it was 9.8%.

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática:

La hemorragia digestiva alta por enfermedad úlcero péptica es una de las emergencias médicas más comunes, la cual contribuye a una significativa morbilidad y mortalidad en todo el mundo, Se menciona que incluso el 5 al 10% de la población presentará alguna manifestación de enfermedad ulcerosa péptica a lo largo de su vida. (Saad & Scheiman, 2004). Actualmente existen reportes a nivel mundial que describen una disminución en la prevalencia de enfermedad ulcerosa péptica (Ramírez-Ramos, Watanabe, Takano, Gilman, & Recavarren, 2006).

Por otra parte, la Enfermedad Renal Crónica es otra enfermedad de alta incidencia y prevalencia en nuestro medio, es un estudio realizado en el Hospital Albrecht de EsSalud en Perú, se encontró que la prevalencia de ERC en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus fue de 37%, además se evidenció que la hipertensión arterial fue el antecedente más frecuente (29.2%) seguido de diabetes mellitus tipo 2 (16.3%) y ambas patologías (11.31%). Sólo 32.69% de pacientes no tuvieron antecedentes familiares (Goicoechea & Chian, 2010).

Algunas referencias indican que la enfermedad renal crónica es una patología que incrementa el riesgo de sangrado en los pacientes con úlcera péptica, siendo esta la mayor causa de hemorragia digestiva en los pacientes con enfermedad renal crónica. Se ha descrito que los pacientes con enfermedad renal crónica tienen mayor probabilidad de resangrado de la úlcera péptica lo que acarrearía mayor cantidad de complicaciones en los pacientes nefrópatas. En el Perú se desconoce el verdadero impacto de esta comorbilidad en la enfermedad ulcerosa péptica, desconociéndose una estadística real, y la repercusión

que puede tener la enfermedad renal crónica en los pacientes con enfermedad úlcero péptica.

1.2 Formulación del Problema

¿El resangrado de la enfermedad úlcero péptica, está asociado a la enfermedad renal crónica en pacientes hospitalizados en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2013 - 2014?.

1.3. Justificación del Estudio

1.3.1 Justificación Teórica

En el Perú si bien es cierto que se han realizado numerosos estudios de enfermedad ulcerosa péptica aisladamente, no se ha estudiado el verdadero impacto que tiene el hecho de ser un paciente con enfermedad renal crónica en el pronóstico de enfermedad. El presente trabajo se justifica porque pretende encontrar nuevos conocimientos y asociación entre dos patologías que son altamente prevalentes en nuestro medio.

La hemorragia digestiva alta por enfermedad úlcero péptica es una de las emergencias médicas más comunes, la cual tiene una considerable morbilidad y mortalidad en todo el mundo, tal como se demuestra en algunos estudios internacionales como en los Estados Unidos donde lleva a más de 250 000 admisiones intrahospitalarias anualmente acarreando costos de casi 2,5 billones de dólares anuales. (Parasa, Udayakumar, Arun, & Preethi, 2013). El Perú no está exento de este tipo de patología siendo vista comúnmente en la práctica clínica diaria, se ha descrito que el porcentaje de la población general que

presentará alguna manifestación de enfermedad ulcerosa péptica a lo largo de su vida es de 5 – 10 % (Montes, Salazar, & Monge, 2007). En el Hospital Daniel A. Carrión se describió una frecuencia de enfermedad ulcerosa péptica en pacientes cirróticos hospitalizados de 52 % (Ichiyanagui, Lozano & Huamán, 1995). La hemorragia digestiva por enfermedad úlcero péptica es la principal causa de hospitalización en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se ha sugerido que la hipergastrinemia presente en estos pacientes con enfermedad renal crónica, parece estar relacionada con la severidad del compromiso renal, reflejando la gastritis atrófica e hipoacidez gástrica que caracteriza a los pacientes con IRC. Sin embargo, algunos pacientes presentan hiposecreción gástrica por hipercalcemia, la cual es mayor en la diálisis.

1.3.2 Justificación Práctica

La importancia de este estudio se basa en el hecho de conocer si el resangrado de la enfermedad úlcero péptica es influenciado por una comorbilidad renal en este caso la enfermedad renal crónica, ya que esta patología aumentaría la morbilidad y mortalidad en este grupo de pacientes. Esto desde el punto de vista social implica dar datos claros para mejorar la actitud terapéutica en este grupo de pacientes en nuestro país, así como desarrollar nuevas estrategias médicas para manejar estas complicaciones.

1.4. Objetivos del Estudio:

1.4.1. Objetivo General:

- Determinar si el resangrado de la enfermedad ulcero péptica en pacientes con enfermedad renal crónica, es mayor que en los pacientes con enfermedad úlcero péptica sin enfermedad renal crónica, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Determinar la tasa de resangrado de la enfermedad ulcerosa péptica en pacientes con enfermedad renal crónica.
- Determinar la tasa de resangrado de la enfermedad ulcerosa péptica en pacientes sin enfermedad renal crónica.
- Determinar el odds ratio del resangrado en la enfermedad úlcero péptica en pacientes con enfermedad renal crónica y los pacientes sin enfermedad renal crónica.
- Determinar si la tasa de resangrado de la enfermedad úlcero péptica es mayor en pacientes sometidos a hemodiálisis que en pacientes que no están en hemodiálisis.

\

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del problema

La asociación entre los pacientes con enfermedad renal crónica terminal y el peor pronóstico de la enfermedad úlcero péptica en pacientes hospitalizados, fue estudiada previamente en un estudio realizado en los Estados Unidos. Este estudio incluyó 102 525 pacientes con enfermedad úlcero péptica (EUP), de los cuales 3272 tuvieron enfermedad úlcero péptica asociada a enfermedad renal crónica terminal (ERCT). La mortalidad de los pacientes con ERCT y EUP fue más alta que los grupos controles sin ERCP (4,8% vs 1,9%; $p < 0.0001$), además de que tuvieron una mayor estancia hospitalaria y tuvieron un incremento de la necesidad de una cirugía con mayor probabilidad que los pacientes sin ERCT. (Parasa, Udayakumar, Arun, & Preethi, 2013).

En el mismo año, se investigó la presencia de úlceras no pépticas y sangrado digestivo no variceal en pacientes con hemodiálisis. Este estudio enroló 20 830 pacientes, incluyendo 8210 pacientes en hemodiálisis y 4190 pacientes con enfermedad renal crónica. En un periodo de seguimiento de 7 años se encontró que los pacientes con hemodiálisis tuvieron un mayor riesgo acumulado de úlceras no pépticas y sangrado digestivo no variceal que en aquellos pacientes que presentan sólo enfermedad renal crónica o que los pacientes controles. ($p < 0,001$). Además, la edad avanzada, la presencia de diabetes mellitus, la cirrosis hepática, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la historia previa de la enfermedad úlcero péptica no complicada, la enfermedad renal crónica (OR: 5.17), hemodiálisis (OR: 9.43), y el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina fueron factores de riesgo

independientes para desarrollar úlceras no pépticas o hemorragia digestiva no variceal. Chyuan, Leu, Hou, Huang, Lin. & Lee, 2013).

También se estudiaron las características de la hemorragia digestiva alta no variceal en los pacientes con enfermedad renal crónica. En este estudio durante un periodo de 7 años, se estudiaron un total de 72 pacientes, y se encontró que la incidencia de resangrado fue del 37,5% y el 16,7% murieron debido a la hemorragia digestiva. Un análisis multivariado de los factores de riesgo mostró un OR de 11,19 para el alcoholismo, la experiencia del endoscopista (OR = 0,56) y la combinación de la terapia endoscópica (OR = 0,06) comparado con la monoterapia. En este estudio se concluyó que la terapia combinada y la experiencia del endoscopista son necesarias para el tratamiento de la hemorragia digestiva alta en pacientes con enfermedad renal crónica, sobre todo cuando los pacientes son alcohólicos. (Bang, Yong & Yun, 2013).

En un estudio realizado en Taiwán, se estudiaron los factores de riesgo que influyen en el resultado final en pacientes con úlcera péptica sangrante con enfermedad renal crónica terminal después de una hemostasia endoscópica inicial. De un total de 540 pacientes, y se encontró que hubo una mayor tasa de resangrado en los pacientes que tienen enfermedad renal crónica terminal que en aquellos pacientes que no eran terminales y estos a su vez mayor que en los pacientes controles, es decir que no tenían enfermedad renal (43%; 21% y 12% respectivamente). Los predictores de resangrado en este estudio fueron: la presencia de ERCT, el tiempo de la endoscopia y el uso de dosis no altas de inhibidores de la bomba de protones. (Lin, Wu, Chiu, Lee, Chiu & Chou, 2012).

En el 2011, se estudió la incidencia de sangrado de las úlceras gastroduodenales en pacientes con enfermedad renal crónica terminal que recibían hemodiálisis. Se encontró que éstos los pacientes que reciben hemodiálisis y otros aquellos con enfermedad renal crónica tuvieron una incidencia más alta de sangrado digestivo por úlceras gastrointestinales ($p < 0,001$), además se concluyó que otras comorbilidades como la diabetes mellitus, las enfermedades coronarias, la cirrosis hepática y el uso de AINEs, fueron factores de riesgo para tener una hemorragia digestiva por enfermedad úlcero péptica en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal sometidos a hemodiálisis. (Luo, Leu, Huang K., Huang C, Hou & Lin, 2011).

En este mismo año, se estudiaron por 10 años el riesgo de resangrado en pacientes sometidos a hemodiálisis, y concluyeron que los pacientes con enfermedad renal crónica terminal tenían mayor riesgo de resangrado de la úlcera péptica pero especialmente en ciertas poblaciones como por ejemplo pacientes que usaban agentes ulcerogénicos y aquellos pacientes con cirrosis hepática. Además, también se concluyó que el incremento de riesgo gradualmente fue disminuyendo después del primer año y se estabilizó después del quinto año. Wu, C, Wu, M, Kuo, Wang, Chen & Lin, 2011).

Otro estudio comparó los factores de riesgo para desarrollar úlcera péptica y encontraron que los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) tienen riesgo incrementado de enfermedad úlcero péptica y complicaciones de sangrado proveniente de las mismas cuando se comparó con la población en general. En este estudio como base se mencionaba que los factores de riesgo para la úlcera péptica en pacientes con ESRD se desconocen. Fue un estudio retrospectivo que reclutó 827 pacientes en diálisis diagnosticados de úlcera péptica por métodos endoscópicos, en un periodo de 10 años y se concluyó que la edad, la diálisis

peritoneal, la diabetes mellitus, la falla cardiaca congestiva, la hipoalbuminemia, y los niveles elevados de gamma glutamiltranspeptidasa (GGTP) son factores de riesgo para desarrollar ulcera péptica en estos pacientes, todos con valores estadísticamente significativos. Además, la severidad de la úlcera y la prescripción de aspirina influenciaron en la tasa de recurrencia. Un detalle adicional fue que la infección por *Helicobacter pylori* no influye en la recurrencia de la enfermedad. (Chen, Yang, Lin, Ng, Chen & Li, 2010).

El mismo año, se estudió la frecuencia de complicaciones de la enfermedad úlcero péptica en pacientes que padecen de enfermedad renal crónica terminal. En este estudio se encontró que la cantidad de transfusiones sanguíneas fue mayor en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que en el grupo control, así como también la media de hospitalización fue mayor en este grupo. Un gran nivel de comorbilidad fue el único predictor significativo de mortalidad con un OR de 6,0. (Cheung, Yu, LaBossiere, Zhu, & Fedorak, 2010).

En el año 2005, se hizo un estudio en el cual se buscaron lesiones gastroduodenales e infección por *Helicobacter pylori* en pacientes dispépticos con y sin enfermedad renal crónica. En este estudio se encontró que la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* fue del 52% en pacientes dispépticos con enfermedad renal crónica, y de 36% en los pacientes dispépticos sin enfermedad renal. Sin embargo, los resultados también arrojaron que a pesar de la alta frecuencia de lesiones pépticas los síntomas fueron muy escasos en los pacientes con infección por *H. pylori* y enfermedad renal subyacente. En este estudio no hubo una diferencia significativa en cuanto a la prevalencia de enfermedad ulcero péptica y el hecho de tener enfermedad renal crónica o estar sometidos a hemodiálisis. (Nardone, Rocco, Fiorillo, Del Pezzo, Autiero & Cuomo, 2005).

En los últimos años no ha habido publicaciones hechas a nivel nacional, por lo que es necesaria la actualización de estas estadísticas en nuestro país.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA:

DEFINICIÓN: La Enfermedad Ulcerosa Péptica (EUP), es una destrucción de la mucosa, lesión que penetra la mucosa, submucosa y muscular donde deja una cicatriz, en las áreas gástrica y duodenal principalmente.

2.2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA:

Aproximadamente el 5 al 10% de la población presentará alguna manifestación de enfermedad ulcerosa péptica (EUP) a lo largo de su vida. (Saad & Scheiman, 2004). Algunos estudios endoscópicos prospectivos muestran que cerca de la mitad de los pacientes con úlcera péptica son asintomáticos, por lo que podría esperarse que la verdadera prevalencia sea el doble de la anteriormente señalada, esta prevalencia es aún mayor en ciertas poblaciones de pacientes como son los usuarios de AINES u hospitalizados. (Montes, Salazar, & Monge, 2007). Actualmente existen reportes a nivel mundial que describen una disminución en la prevalencia de enfermedad ulcerosa péptica. (Ramírez-Ramos, Watanabe, Takano, Gilman, & Recavarren, 2006).

2.2.1.2 TIPOS DE ÚLCERA PÉPTICA:

En la mayor parte de series se describe como el tipo de úlcera más común a la úlcera duodenal sin embargo existen variaciones a nivel mundial en cuanto a la localización de la úlcera péptica, existiendo un predominio de la úlcera duodenal sobre la úlcera gástrica en países occidentales en tanto que, en Asia, especialmente en Japón tienden a predominar las úlceras gástricas (Majumdar & Atherton, 2006). En un estudio realizado en el Hospital Daniel A. Carrión con una serie de 100 pacientes con enfermedad ulcerosa péptica, se encontró que el 60 % de los casos correspondían a

úlceras duodenales, 36 % a úlceras gástricas y 4% a úlceras del canal pilórico o úlceras de localización tanto gástrica como duodenal (Gonzales & Monge, 1997).

2.2.1.3 FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo para desarrollar EUP son el *Helicobacter pylori* (HP) y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

2.2.1.3.1 INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

Se ha reportado una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica que oscila entre 80-100 % para los casos de úlcera duodenal y entre 60-90 % para los casos de úlcera gástrica (Logan & Walker, 2001). En nuestro país dicha infección ha sido descrita como de alta prevalencia, con frecuencias que van de 77-93 % en la población general en reportes iniciales (Ramírez-Ramos, Recavarren, Arias-Stella, Gilman, & León-Barua, 1999). En el Hospital Loayza se encontró una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en úlcera gástrica activa de 70.9 %, en úlcera gástrica cicatrizada de 81.8 %, en úlcera duodenal activa de 86 % y en úlcera duodenal cicatrizada de 81.8 % (Ramírez-Ramos, Gilman, Yamamoto, & Rosas, 2004).

2.2.1.3.2 ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Los AINES producen lesión de la mucosa gástrica por inhibición de la síntesis de las prostaglandinas. Las prostaglandinas endógenas regulan el flujo sanguíneo de la mucosa, la proliferación celular epitelial, la función inmunitaria de la mucosa, la secreción de moco y bicarbonato, y la secreción basal de ácido. La inhibición de las prostaglandinas no parece ser el único factor en juego y últimamente se ha prestado mucha atención al rol del óxido nítrico (NO),

que es un mediador que mantiene un adecuado flujo sanguíneo de la mucosa. Además, este importante mediador estimula la secreción de moco e inhibe la adherencia de los neutrófilos.

2.2.1.3.3 OTROS FACTORES DE RIESGO

El Tabaco: Implicado en la patogénesis de la úlcera péptica, sin embargo, su importancia ha ido disminuyendo después del descubrimiento del *H. pylori*.

El rol del alcohol permanece incierto, sin embargo, las bebidas alcohólicas estimulan la secreción acida gástrica y es así que el contacto directo con la mucosa gástrica causa injuria mucosa gástrica.

El estrés ha sido propuesto como una causa mayor de enfermedad ulcerosa péptica o como un factor precipitante de la enfermedad. La limitación de esta relación se basa en el hecho de que la infección por *H. pylori* en estos pacientes no ha sido estudiada.

2.2.1.3.4 LA ÚLCERA PÉPTICA Y LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), ha mostrado un incremento en el riesgo de sangrado de las úlceras pépticas, los mecanismos que suelen ser relacionados con esta asociación son una disfunción plaquetaria que se produce en la uremia, el uso de terapia anticoagulante y la presencia además de otras enfermedades concomitantes que parecen contribuir a este aumento en el riesgo. La EUP es la mayor causa de hemorragia digestiva en los pacientes con enfermedad renal crónica. La insuficiencia renal se ha demostrado que es un predictor de mortalidad en las puntuaciones de hemorragia digestiva alta previamente validadas como por ejemplo en el score de Rockall. (Parasa, Udayakumar, Arun, & Preethi, 2013).

2.2.1.4 ANATOMÍA PATOLÓGICA

La úlcera se presenta como una pérdida de sustancia de la mucosa gastroduodenal que va de 1-2 mm a 1 cm en la zona del bulbo duodenal y de 1.5 a 2 cm para la gástrica, aunque pueden hallarse úlceras gástricas pépticas gigantes. Son de forma ovalada o redondas y excavadas con bordes en sacabocados, con fondo cubierto de fibrina de color amarillento y manchas cafés o negras, puede haber de forma irregular o bien lineal, topográficamente tienen asiento en sitios definidos, la estadística muestra que 59.1% se encuentran en región antro pilórica, 25% en porción vertical de la curvatura menor, 0.5% en la curvatura mayor y 6.1% en el fondo gástrico, y la localización más frecuente del duodeno es en el bulbo en 90%. Por lo general, únicas en 92 a 95%, el resto puede ser dobles, colocadas una frente a otra (“úlceras en beso”). Las úlceras crónicas endurecen la zona de serosa correspondiente o deforman el órgano como el duodeno.

De acuerdo con la localización y combinación con la úlcera duodenal, Johnson clasificó las úlceras en tres tipos:

- Tipo I: Úlcera que se sitúa en el cuerpo gástrico o proximal.
- Tipo II: Úlcera que se ubica en el cuerpo gástrico o proximal, relacionada con úlcera duodenal o pilórica.
- Tipo III: Úlcera en la región prepilórica dentro de los 2 a 3 cm del píloro sin relación y vínculo con úlcera duodenal.
- Tipo IV: Úlcera gástrica alta cercana al fondo gástrico.
- Tipo V: Estómago con úlceras múltiples.

2.2.1.5 CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA DE LAS ÚLCERAS

La clasificación de Forrest es la que se utiliza con el fin de predecir el riesgo de resangrado:

Cuadro 1: Clasificación de la Ulceras Pépticas

	CLASIFICACIÓN	HALLAZGO ENDOSCÓPICO	RECIDIVA %
Hemorragia activa	IA	Hemorragia en chorro	55
	IB	Hemorragia en babeo	50
Hemorragia reciente	IIA	Vaso visible	43
	IIB	Coágulo adherido	22
	IIC	Mancha plana	7
Ausencia de signos de sangrado	III	Base de fibrina limpia	2

Fuente: Sleissenger & Fortran. Textbook of Gastroenterology (2010)

2.2.1.6 CUADRO CLINICO

Úlcera silente: No se debe descartar un diagnóstico de úlcera péptica para explicar una catástrofe abdominal. Se ha dicho que la úlcera habla con el lenguaje universal del dolor. Durante su fase de actividad, que se presenta en 85 a 90% de los pacientes, se manifiesta en el epigastrio, zona derecha. En la actualidad, se identifica como “síndrome ulceroso”; es de tipo ardoroso, sensación de vacío o manifestado como hambre dolorosa, en otras ocasiones se manifiesta como cólico, punzante, etc., de intensidad mediana, fija en los casos no complicados; puede ser rítmica, preprandial, postprandial inmediato, postprandial tardío y nocturno o de madrugada, con una duración entre 3 y 5 semanas.

Tiene periodicidad, se presenta varias veces al año, al inicio de primavera o del otoño. Esas características de ritmo y de periodicidad se perdieron por los tratamientos indiscriminados con bloqueadores H₂ y bloqueadores de la bomba de protones.

El dolor ulceroso se exagera en ayunos prolongados o con algunos alimentos irritantes. Los fenómenos que lo calman son: alimentos no irritantes, vómitos y antiácidos.

En los ulcerosos silentes la primera manifestación de enfermedad puede ser una hemorragia masiva del tubo digestivo alto en forma de hematemesis y melena, o bien una perforación libre a cavidad. El dolor de una úlcera en peligro de perforación o penetración se hace continuo y es de tipo transictivo; hay otros tipos de síntomas, como náuseas y vómito que se observan con mayor frecuencia. Los vómitos provocan disminución o hacen ceder el dolor, por lo que muchos enfermos se lo autoinducen para sentir mejoría. Un número bajo de pacientes llega a desarrollar obstrucción parcial o total del duodeno, o bien del píloro e incluso del antro por repetidas agudizaciones de la úlcera, lo que llega a provocar cicatrización y fibrosis, con la consecuencia del síndrome de estenosis pilórica. El dolor de la úlcera péptica, como sucede con las úlceras mismas, va y viene.

En la exploración física hay dolor a la palpación del epigastrio en úlcera activa, ya que el dolor de la úlcera desaparece antes de que se produzca la curación total de la úlcera. En cambio, en úlceras no activas o complicadas la exploración es intrascendente, de cualquier modo la exploración debe ser lo más completa posible.

2.2.1.7. DIAGNÓSTICO

La úlcera duodenal se puede diagnosticar correctamente con estudios gastroduodenales convencionales con contraste (identifican alrededor del 70 % de los casos). Sin embargo, la endoscopia es el método más fiable y debería recomendarse como primera elección. Su realización no se justifica si el diagnóstico se ha obtenido mediante radiología. La endoscopia estaría indicada obligatoriamente en el caso de fuerte sospecha de úlcera duodenal, que no es visible radiológicamente (posiblemente por ser muy pequeñas o superficiales), en pacientes con deformidad bulbar y cuando se presenta con hemorragia digestiva alta.

El método diagnóstico de la infección por *H. pylori* que se utilice dependerá del que se haya empleado para la lesión ulcerosa. Si se ha realizado un estudio baritado, debe realizarse un test del aliento, y si se ha optado por la endoscopia, se empleará ureasa o estudio histológico

2.2.1.8 TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento médico en todo paciente con úlcera, es buscar los siguientes objetivos:

- Aliviar el dolor.
- Lograr la cicatrización de la lesión.
- Tratar de curar la enfermedad conociendo las causas que la originaron.
- Tratar *H. pylori*, si existe.
- Evitar las complicaciones.

2.2.1.8.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Antiácidos: Proporcionan alivio sintomático como por ejemplo el Magaldrato (Hidróxido de aluminio + hidróxido de magnesio).

Antagonistas de receptores H₂ los cuales inhiben receptores H₂ de la célula parietal. Pueden ser:

- Cimetidina: inhibe el citocromo P450 (muchas interacciones farmacológicas). A dosis elevadas, produce ginecomastia dolorosa.
- Ranitidina (150 mg/12 h) carece de efecto antiandrogénico e inhibe menos el sistema enzimático P 450.
- Famotidina (40 mg/d): el más potente.
- Nizatidina (300 mg/d).

Agentes protectores de la mucosa.

Sucralfato: que se une al lecho de la úlcera durante 12 h. También se une a los ácidos biliares y la pepsina, con lo que influye en la absorción de muchos fármacos. Se recomienda 1 gr una hora antes de las comidas y al acostarse.

Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP).

Son los fármacos antiseoretos más potentes y, por tanto, los de elección. Tiene como mecanismo de acción la unión irreversible a la bomba de protones H⁺K⁺ATPasa, inactivándola.

Son el omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol. Son los fármacos de elección en el tratamiento de cualquier úlcera y, por sus propiedades anti-H. pylori, los de

elección en las pautas erradicadoras. Produce elevación reactiva de la gastrina, que retorna a la normalidad tras suspensión del tratamiento.

2.2.1.8.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En la actualidad, la mayoría de los cirujanos ya no practica la gastrectomía subtotal como tratamiento curativo de la enfermedad ulcerosa péptica, sobre todo en su localización duodenal. La evaluación endoscópica es de vital importancia en el diagnóstico, si se comprueba ésta por úlcera péptica, que es una urgencia quirúrgica, debe ser sometido el paciente a una intervención de urgencia para resolver la patología, ligadura del vaso sangrante, o bien en forma definitiva la realización de resección en cuña de la lesión o una gastrectomía. La perforación libre que está presente en el 7% de los casos es la primera causa de cirugía de la úlcera, sobre todo las UD de cara anterior. La Obstrucción pilórica, la cual está presente en el 3% de los casos, se diagnostica por endoscopia. El tratamiento es quirúrgico, aunque algunos casos se benefician de dilataciones endoscópicas.

2.2.2 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

DEFINICIÓN:

Presencia de indicadores de daño o lesión renal de ≥ 3 meses de duración, definidos por alteraciones estructurales o funcionales del riñón, y manifestados por anomalías:

- Histopatológicas, o
- En estudios de imagen, o
- En estudios laboratorio (sangre u orina).

Se acompañen o no de disminución de la filtración glomerular (FG), pero que pueden resultar en una reducción progresiva de la tasa de filtración glomerular (TFG).

TFG < 60 mL/min/1.73m² s.c. de ≥ 3 meses de duración, se acompañe o no de otros indicadores de daño renal. (Levey, Atkins, Coresh, Cohen, & Collins, 2007).

2.2.2.1. ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

En orden de frecuencia las causas de la Enfermedad Renal Crónica son:

- Diabetes Mellitus
- Enfermedades Vasculares: HTA y vasculitis
- Enfermedades Glomerulares
- Enfermedades Túbulo intersticiales
- Enfermedad poli quística del adulto

- Causas mixtas.

2.2.2.2 ESTADÍOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Son 5 los estadios de la Enfermedad Renal Crónica:

- ESTADÍO 1: Daño renal con FG normal o Aumentado > 90 ml / min
- ESTADÍO 2: Daño renal con FG levemente disminuido 60 - 89 ml / min
- ESTADÍO 3: FG moderadamente disminuido 30 - 59 ml / min
- ESTADÍO 4: FG moderadamente disminuido 15 - 29 ml / min
- ESTADÍO 5: ERC terminal con FG < 15 ml / min

2.2.2.3. CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

MANIFESTACIONES DIGESTIVAS: Anorexia, náuseas y vómitos: son complicaciones que se presentan frecuentemente en la uremia avanzada. La anorexia suele ser el síntoma más temprano, puede ser intermitente y en ocasiones es referida a algún tipo de alimentos como la carne. Aunque las náuseas y los vómitos suelen ser de predominio matutino, eventualmente pueden ocurrir a lo largo del día. La presencia de estos síntomas resulta en disminución de la ingesta que conduce a una progresiva malnutrición proteicoenergética.

Otros factores que contribuyen a ello son: alteraciones hormonales (resistencia a la insulina y a la hormona del crecimiento, que tienen efecto anabólico); la acidosis metabólica (promueve el catabolismo proteico y la disminución de la síntesis de albúmina); la producción de citocinas debido al estado inflamatorio que acompaña a la ERC; las enfermedades concomitantes (la gastroparesia diabética), y los efectos secundarios de los fármacos.

El fétor urémico se caracteriza por un olor amoniacal urinoso del aliento que frecuentemente se acompaña de un sabor metálico de la boca, y que está relacionado con la transformación de la urea en amonio en la saliva. Conforme avanza la ERC también pueden aparecer lesiones inflamatorias y/o ulcerativas del tracto digestivo, como gingivostomatitis, gastritis, duodenitis, ileítis, colitis o proctitis. La presencia de estas lesiones, sobre todo de gastritis, úlcera péptica y angiodisplasia, así como la tendencia al sangrado, explica la tendencia de hemorragia digestiva, la cual frecuentemente es oculta y contribuye a aumentar significativamente las pérdidas de hierro del organismo.

Otras complicaciones incluyen la diverticulosis, que es más frecuente en pacientes que reciben diálisis y los que tienen enfermedad renal poli quística, y la pancreatitis, que es relativamente frecuente en autopsias, pero no suele dar lugar a manifestaciones clínicas. A este respecto es importante notar que la amilasa sérica puede estar elevada en pacientes con ERC sin evidencia clínica de pancreatitis, presumiblemente debido a la disminución de la excreción renal. Sin embargo, esta elevación es leve y no suele sobrepasar más de tres veces el valor normal.

UREMIA NEUROLÓGICA: En la que se puede encontrar: somnolencia, cansancio, insomnio, el síndrome de las piernas inquietas y la neuropatía periférica (alteraciones primeramente sensitivas que pueden evolucionar a motoras). Los calambres también típicos, son secundarios a la hipocalcemia.

UREMIA CUTÁNEA: Coloración característica es cetrina, frecuentemente los pacientes refieren prurito, escarcha urémica (polvo fino resultante tras la evaporación de un sudor con alta urea).

AFECCIONES CARDIOVASCULARES: Que son la causa más frecuente de muerte en los pacientes con ERC, se puede encontrar: hipertensión arterial (la complicación más frecuente),

hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria y vascular periférica, que se debe a que tanto las alteraciones del metabolismo calcio-fósforo, como la hipertensión, la hiperhomocisteinemia y los trastornos lipídicos favorecen la arteriosclerosis.

AFECCIONES HEMATOLÓGICAS: En la que se pueden ver anemia y trastornos de la coagulación.

AFECCIONES ENDOCRINAS: Puede haber anormalidades del calcio, fósforo, hormona paratiroidea y vitamina D, osteítis fibrosa, osteomalacia, alteraciones en el metabolismo de la glucosa y alteraciones hormonales.

2.2.2.4 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:

Existen dos formas de tratamiento:

1. TRATAMIENTO CONSERVADOR:

- a. Cuando la FG está entre 30 y 50 ml/min: Dieta baja en fósforo (restricción de carne y proteínas) y quelantes del fósforo, suplementos del calcio, Vitamina D,
- b. Cuando la FG está entre 15 y 29 ml/min: Eritropoyetina recombinante, suplementos del hierro, control de los niveles de parathormona, ácido ascórbico, carnitina. ácido fólico y Vitamina B y bicarbonato.
- c. Cuando la FG es menor de 15 ml/min: Medidas contra la hiperpotasemia y diuréticos de asa.

2. **HEMODIÁLISIS:** la cual permite mantener un aclaramiento por encima de 10 ml/min. Consiste en interponer dos compartimentos líquidos (sangre y líquido de hemodiálisis) a través de una membrana semipermeable llamada filtro o dializador.

INDICACIONES DE LA HEMODIÁLISIS:

- Indicaciones Agudas: Hiperpotasemia que no responde, sobrecarga de volumen, acidosis que no responde y clínica de uremia grave como: pericarditis, encefalopatía o coagulopatía.

- Indicaciones Crónicas: Filtrado Glomerular menor de 10% o menor de 15% en diabéticos.

TRASPLANTE RENAL: Permite volver a una función renal normal, por lo que aporta una mejor calidad de vida, una mayor supervivencia. El injerto renal no se localiza habitualmente en la misma localización que los riñones nativos (retroperitoneales), si no que se implanta en fosa iliaca izquierda.

III. METODOLOGÍA

3.1 HIPÓTESIS:

Los pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta por enfermedad úlcero péptica con enfermedad renal crónica, tienen mayor frecuencia de resangrado que los pacientes sin enfermedad renal crónica.

3.2 VARIABLES DEL ESTUDIO

3.2.1 VARIABLES DEPENDIENTES

- Resangrado de la úlcera péptica

3.2.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

Enfermedad Renal Crónica

3.2.2.1 Variables Epidemiológicas

- Edad
- Sexo

3.2.2.2 Variables de control

- Enfermedad Ulcero péptica

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIO DE MEDICIÓN	INDICADOR DE CALIFICACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Resangrado de la úlcera péptica	Hemorragia proveniente de la Úlcera Péptica que previamente ya presentó un sangrado.	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia de este	<ul style="list-style-type: none"> • Con Resangrado • Sin resangrado 	Ficha de recolección
Enfermedad Ulcerosa Péptica	Solución de continuidad en la mucosa gástrica o duodenal	Cualitativa	Ordinal	Presencia o ausencia de este	Escala de Forrest <ul style="list-style-type: none"> • IA Hemorragia en chorro • IB Hemorragia en babeo • IIA Vaso visible • IIB Coágulo adherido • IIC Mancha plana • III Base de fibrina limpia 	Ficha de recolección
Enfermedad Renal Crónica	Lesión renal de ≥ 3 meses de duración, definida por alteraciones estructurales o funcionales del riñón.	Cualitativa	Ordinal	Presencia o ausencia de este	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Enfermedad Renal Crónica • Con Enfermedad Renal crónica 	Ficha de recolección
Sexo	Referido por el paciente al momento de elaboración de historia clínica	Cualitativa	Nominal	Femenino o masculino	Varón Mujer	Ficha de recolección
Edad	Referido por el paciente al momento de elaboración de historia clínica	Cuantitativa	De razón	Número de años de vida del paciente	Número de años	Ficha de recolección

3.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Es un estudio de tipo observacional, analítico y retrospectivo, y un diseño de Casos y Controles,

3.5 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Paciente mayor de 18 años, con resangrado por úlcera péptica, ingresados a la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

3.6 POBLACIÓN DEL ESTUDIO:

Pacientes mayores de 18 años ingresados a la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y que presentaron Enfermedad Ulcero Péptica con y sin Enfermedad Renal Crónica.

3.7 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Los pacientes ingresados a la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, con Enfermedad Renal Crónica y Úlcera Péptica en el periodo comprendido entre agosto del 2013 y julio del 2014. Se trabajó con el total de la población, los cuales fueron un total de 146 pacientes.

3.8 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 18 años, ingresados en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, cuya causa de hospitalización sea enfermedad úlcero péptica (gástricas y/o duodenales) con resangrado.
- Pacientes en quienes una endoscopia digestiva alta haya confirmado el diagnóstico de hemorragia digestiva alta por enfermedad úlcero péptica.

3.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes cuyo diagnóstico de ingreso a la unidad de Hemorragia Digestiva fuera otro diferente al de enfermedad ulcerosa péptica, por ejemplo: síndrome de Mallory Weiss, angiodisplasias, hemorragia por várices esofágicas y/o gástricas, lesión de Dieulafoy o cáncer gástrico, esofágico o duodenal o cualquier coagulopatía de origen hematológico como hemofilia A o B, déficit de factor de Von Willebrant.

3.9 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó para el presente estudio, fue la revisión documental, mediante la revisión y recolección de datos de historia clínica de los pacientes y del libro de registro de ingresos de la Unidad de Hemorragia Digestiva. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una ficha de recolección de datos, la cual fue validada mediante juicio de expertos. Este panel de expertos estuvo conformado por 3 médicos, 2 de ellos gastroenterólogos conocedores del tema y un metodólogo, los cuales manifestaron las observaciones a la ficha, las cuales fueron levantadas la cual utilizó una matriz de análisis (ver anexo 3), basada en 7 preguntas directas y mediante un análisis de concordancia, se obtuvo una respuesta favorable para poder aplicar la ficha en los pacientes. En la ficha de recolección de datos, se tomó en consideración las características demográficas del paciente, las comorbilidades, la evolución del paciente, las complicaciones, y las características clínicas y endoscópicas de los pacientes, así como los resultados de laboratorio al ingreso del paciente. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo al diagnóstico de ingreso cuando llegaron a la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el dato de si el paciente padecía de Enfermedad Renal Crónica fue tomado tanto directamente de la nota de ingreso proveniente de la historia clínica o del libro de registro de ingresos de la Unidad de Hemorragia Digestiva. Se procedió a la toma de datos demográficos de las historias clínicas de cada paciente y a llenarlos en la ficha de recolección de datos. No fue necesario realizar una prueba piloto antes de iniciar el estudio debido a que se consideró la totalidad de casos desde un inicio.

Los pacientes fueron divididos inicialmente en dos grupos de estudio. Los casos corresponden a todos aquellos pacientes con Enfermedad Ulcerosa Péptica y que tengan Enfermedad Renal Crónica y el grupo control fueron aquellos pacientes con enfermedad ulcero péptica sin enfermedad renal crónica. Las úlceras pépticas fueron clasificadas de acuerdo a la clasificación de Forrest. Finalmente se procedió al análisis respectivo de los datos hallados en la ficha de recolección de datos con respecto a las complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica en los dos grupos de estudio.

3.10. Procesamiento y análisis de datos

- Se utilizó el paquete estadístico SPSS 20 para Windows.
- Estadística Descriptiva: Se determinó la media y desviación estándar de los diferentes datos demográficos del paciente.
- Estadística Inferencial: Para evaluar la diferencia de medias entre los grupos (casos y controles) se utilizó la prueba t student o Kruskal-Wallis. Para datos cualitativos o categóricos se evaluaron las diferencias entre los grupos (casos y controles) mediante la prueba chi cuadrado. Se utilizó análisis de regresión logística para el análisis de variables que impliquen factores de riesgo. Se realizó el análisis del Odds Ratio (OR) para determinar la repercusión de la enfermedad renal crónica en el resangrado de la úlcera péptica.
- Se consideró en cada caso el intervalo de confianza al 95% y el respectivo criterio de significancia (*valor de p* <0.05) como estadísticamente significativo.

IV. RESULTADOS:

En el presente estudio se evaluaron un total de 146 pacientes. El 100% de los pacientes fue admitido en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo por un diagnóstico de hemorragia digestiva alta que tuvo como etiología la Enfermedad Ulcerosa Péptica.

Dentro de los datos demográficos de los pacientes en general, se observa en la Figura 1, que, de los 146 pacientes, 38 son de sexo femenino (26%), mientras que 108 son de sexo masculino (74%). La media y la desviación estándar de las edades del total de pacientes fue de $65,47 \pm 17,95$ años. El rango de edades de los pacientes osciló entre los 19 y 93 años (Figura 2).

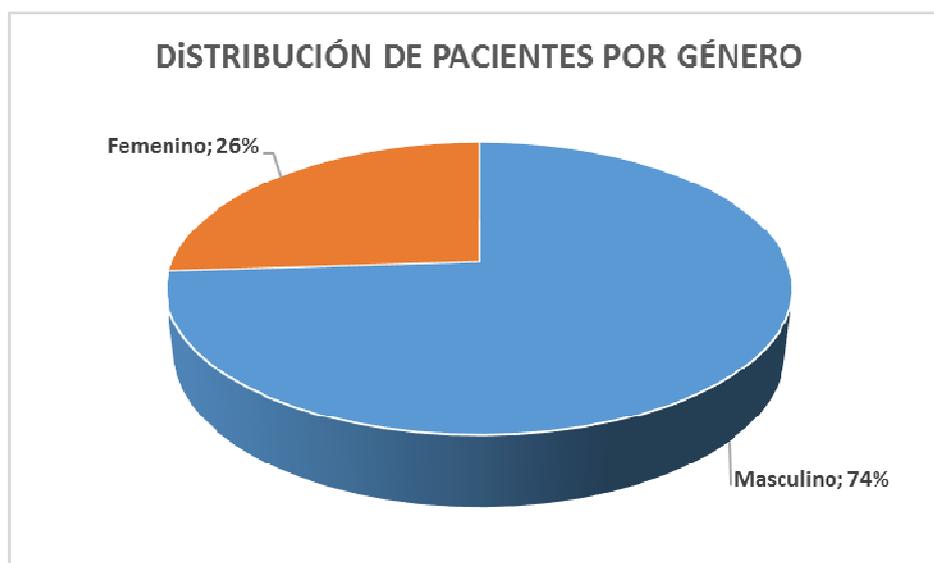


Figura 1: Distribución del total de pacientes por género

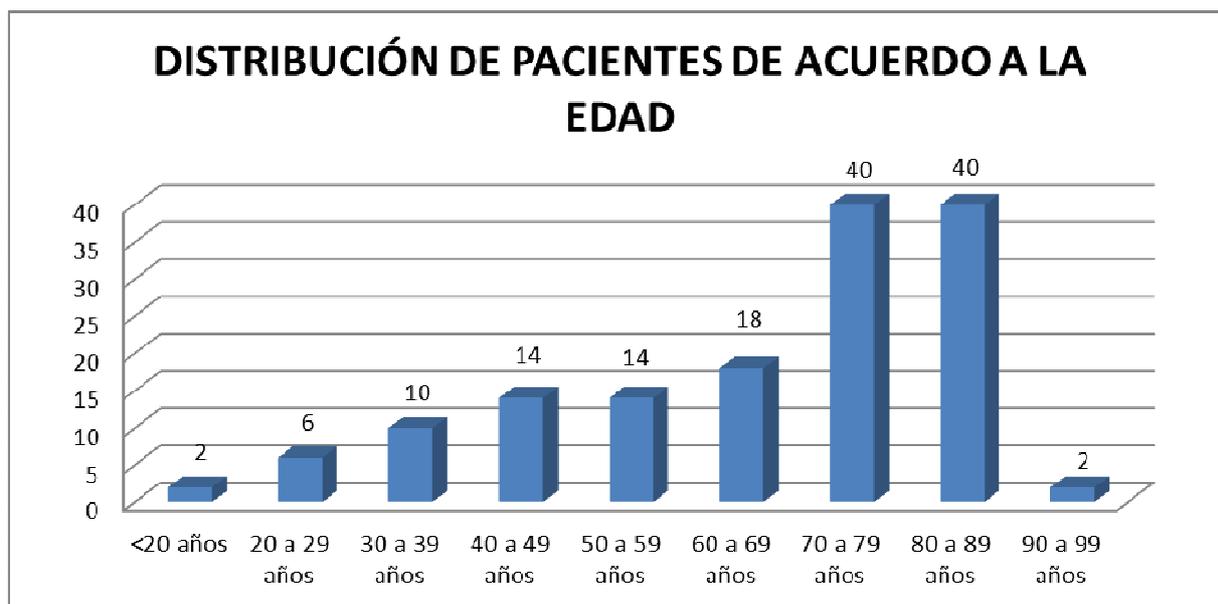


Figura 2: Distribución por edades de la población en estudio. $\bar{X} \pm SD = 65,47 \pm 17,95$ años.

Los 146 pacientes fueron distribuidos inicialmente en 2 grupos. Los casos, formados por pacientes que padecían de Enfermedad Úlcero Péptica y Enfermedad Renal Crónica, mientras que los controles, formados por pacientes que presentan Enfermedad Úlcero Péptica sin Enfermedad Renal Crónica, de los 146 pacientes, 112 (76,7%) eran pacientes con EUP sin ERC, mientras que los restantes 34 pacientes (23,3%), eran pacientes con EUP y ERC. De los 34 pacientes con enfermedad renal crónica, 18 estaban en hemodiálisis, mientras que los restantes 16 no lo estaban (Ver cuadro 2).

Cuadro 2: Distribución de los grupos de estudio. EUP: Enfermedad úlcero péptica, ERC: Enfermedad renal crónica. HD: Hemodiálisis.

GRUPO	NUMERO	%
EUP + ERC (Casos)	34	23,3 %
EUP sin ERC (Controles)	112	76,7%

Fuente: Datos tomados de Guzmán (2017)

Se analizaron los pacientes de acuerdo a si padecían o no de algún tipo de comorbilidad. Al menos de la mitad de los pacientes (47,9%) no presentaban comorbilidades conocidas al momento del estudio, mientras que el restante 52,1% si la tenía. La patología comórbida más frecuente en los pacientes fue la hipertensión arterial, la cual estuvo presente en 42 pacientes (28,8%), lo que se observa con detalle en el cuadro 3. Sin embargo, al comparar la prevalencia de HTA en los dos grupos de estudio esta no fue significativa ($p=0,056$)

Cuadro 3: Comorbilidades presentes en los pacientes con Enfermedad Ulcerosa Péptica

COMORBILIDAD	NÚMERO	%
Ninguna	70	47,9%
HTA	42	28,8%
Cirrosis Hepática	10	6,8%
Cardiopatía	10	6,8%
Coagulopatía	4	2,7%
Diabetes mellitus	10	6,8%
TOTAL	146	100%

Fuente: Datos tomados de Guzmán (2017)

Se hizo un análisis de los 146 pacientes de acuerdo a la ubicación de la úlcera. Se observó que el 46,6% de los pacientes (68 pacientes), presentaban una úlcera gástrica, mientras que el restante 53,4% (78 pacientes), fueron úlceras duodenales (Ver Figura 3).

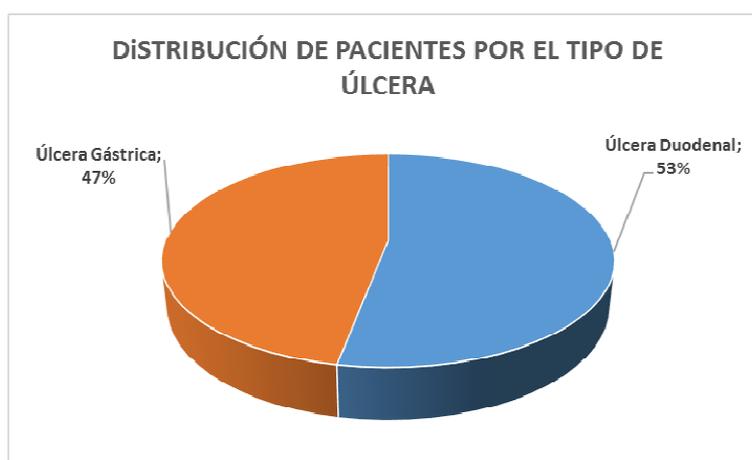


Figura 3: Distribución del total de pacientes por la ubicación de la úlcera péptica

Cuando se clasificaron las úlceras pépticas de acuerdo a la clasificación de Forrest, se pudo observar que la mayoría de los pacientes con sangrado digestivo con este origen estaban en un estadio IIa, (39,7%, es decir 58 pacientes), seguido de las úlceras en estadio Forrest IIc, (26%, es decir 38 pacientes) tal como se puede ver en la Figura 4.

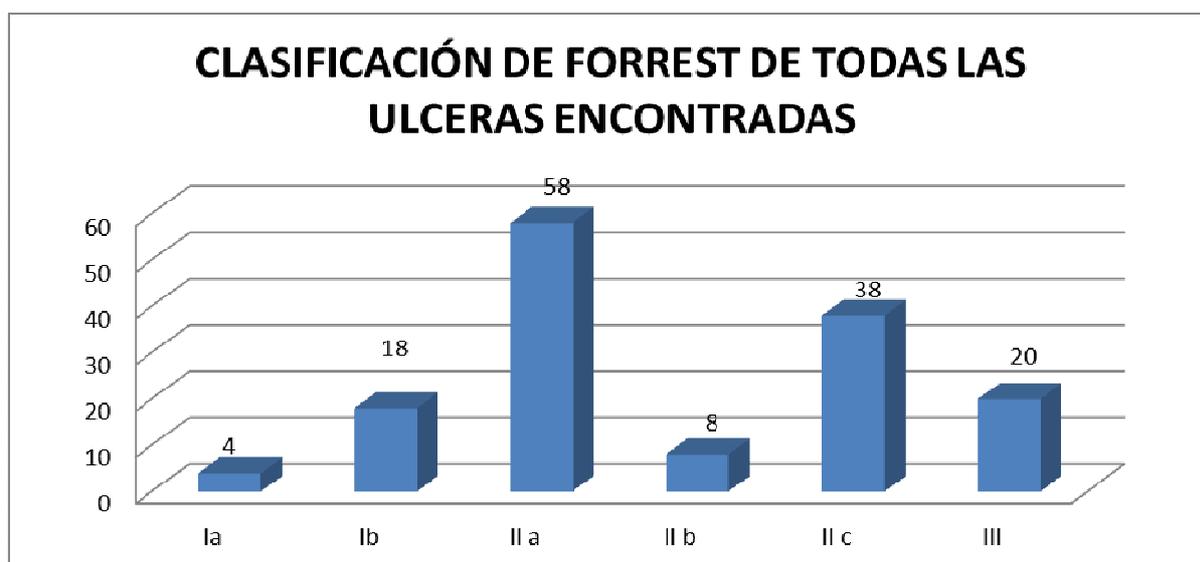


Figura 4: Distribución de las Úlceras Pépticas de acuerdo a la Clasificación de Forrest

Cuando se clasificaron solamente las úlceras gástricas de acuerdo a la clasificación de Forrest, se pudo observar que la mayoría de los pacientes con sangrado digestivo con este origen estaban en un estadio IIa, (44,1%, es decir 30 pacientes), mientras que no se observaron pacientes con Forrest Ia (Ver Figura 5).

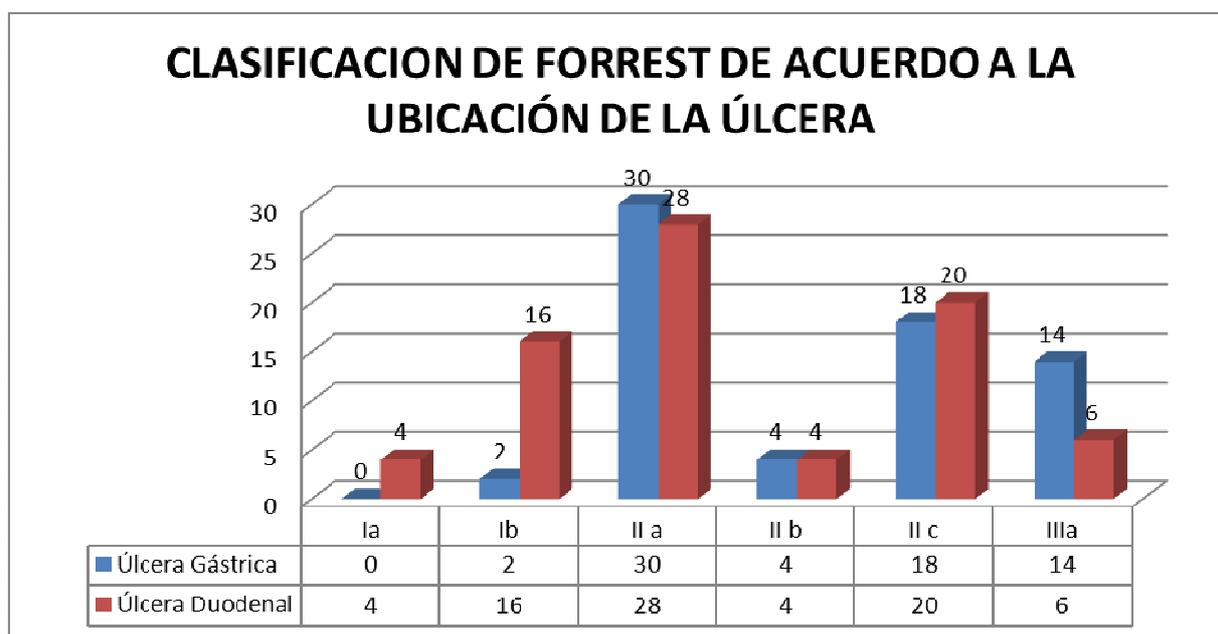


Figura 5: Distribución de las Úlceras Pépticas de acuerdo a la Clasificación de Forrest

Cuando se distribuyó los casos de las úlceras duodenales de acuerdo a la clasificación de Forrest, se pudo observar que las mayoría de los pacientes con sangrado digestivo con este origen también estaban en un estadio IIa, (35,9%, es decir 28 pacientes), mientras que en este grupo si hubieron 4 pacientes con Forrest Ia (ver Figura 5).

Se realizó una distribución de pacientes de acuerdo al destino final que tuvo el paciente, después del sangrado digestivo. En esta distribución se pudo observar que el 93,8% de los pacientes (es

decir 137 pacientes) salieron de alta después del episodio de sangrado digestivo, mientras que 5 de ellos, (3,4%) fueron intervenidos quirúrgicamente y otros 4 pacientes (2,7%) fallecieron (Ver figura 6).

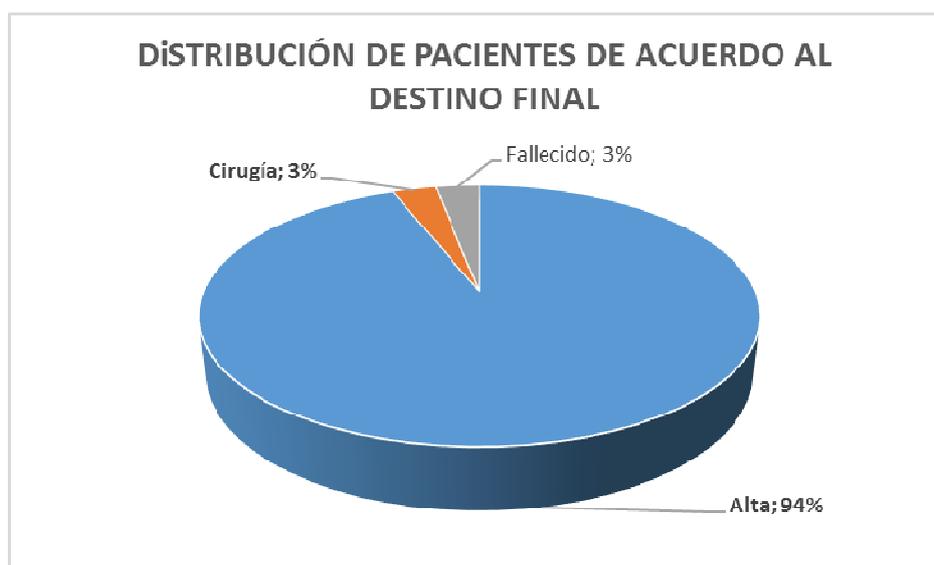


Figura 6: Distribución de pacientes de acuerdo al destino final

De los 4 pacientes que fallecieron, dos de ellos fallecieron por shock séptico y los 2 restantes con trastorno metabólico. Ninguno de los pacientes sometidos a cirugía tuvo mortalidad en todo el tiempo de seguimiento de los pacientes. De estos 5 pacientes sometidos a cirugía, en dos de ellos el motivo de cirugía es un vaso gigante no tratable endoscópicamente, mientras que los otros 3 fueron por persistencia de resangrado.

La tasa de mortalidad total para las úlceras pépticas en general fue de 2,7%, mientras que la tasa de mortalidad de las úlceras pépticas en pacientes con enfermedad renal crónica fue del 5,8%.

Cuando se realiza el análisis estadístico, se puede apreciar un valor de $p = 0,2$ con la prueba de corrección de Yates, ya que los casos de mortalidad son escasos. Esto significa que no hemos encontrado diferencias significativas en la tasa de mortalidad entre los pacientes con enfermedad renal crónica y los que no tienen enfermedad renal crónica.

Cuando se hizo un análisis demográfico comparativo entre los dos grupos de estudio, observamos que hay una diferencia significativa con respecto a la edad del paciente, el nivel de hemoglobina, el de plaquetas y evidentemente la creatinina. (Ver cuadro 4).

Cuadro 4: Diferencias demográficas entre los dos grupos (casos y controles)

	EUP + ERC (n = 34)	EUP sin ERC (n = 112)	P	Significancia
Edad ($\bar{X} \pm SD$)	72,1 \pm 14,5	63,7 \pm 18,4	0,01	SI
Sexo Masculino (%)	28(82%)	80 (71%)	0,1	NS
Hemoglobina (g/dl)	7,5 \pm 3,0	8,8 \pm 2,4	0,009	SI
Plaquetas ($X 10^9$ /L)	188 \pm 93	238 \pm 86	0,004	SI
Creatinina (mg/dL)	5,3 \pm 3,1	0,8 \pm 0,3	< 0,001	SI
Tiempo Protombina (seg)	12,5 \pm 1,2	12,9 \pm 2,0	0,31	NS
Glucosa (mg/dl)	134 \pm 51	130 \pm 40	0,58	NS
AINES n(%)	4 (12%)	22 (19%)	0,21	NS
HTA n(%)	14(41%)	28(25%)	0,056	NS
Diabetes n(%)	4(11%)	6(5%)	0,17	NS
Cirrosis Hepatica n(%)	0 (0%)	10 (9%)	0,06	NS
Cardiopatía n(%)	2 (6%)	8 (7%)	0,57	NS
Coagulopatía n(%)	4 (11%)	0 (0%)	0,003	SI

Fuente: Datos tomados de Guzmán (2017)

Se hizo un análisis de acuerdo a la ubicación que presentaba la úlcera péptica y el grupo al que pertenecía el paciente. En ellas se pudo observar que en ambos grupos de estudio predomina discretamente la úlcera duodenal, independientemente de si padece o no de enfermedad renal crónica. Así se evidencia que 58 de los 112 pacientes que sólo padecía de enfermedad úlcero péptica tenían úlcera duodenal (51,8%). Mientras que en el grupo con enfermedad úlcero péptica y enfermedad renal crónica, 20 de los 34 pacientes fueron úlceras duodenales, (58,8%). Estos resultados no fueron estadísticamente significativos. ($p = 0,47$). Ver figura 7.

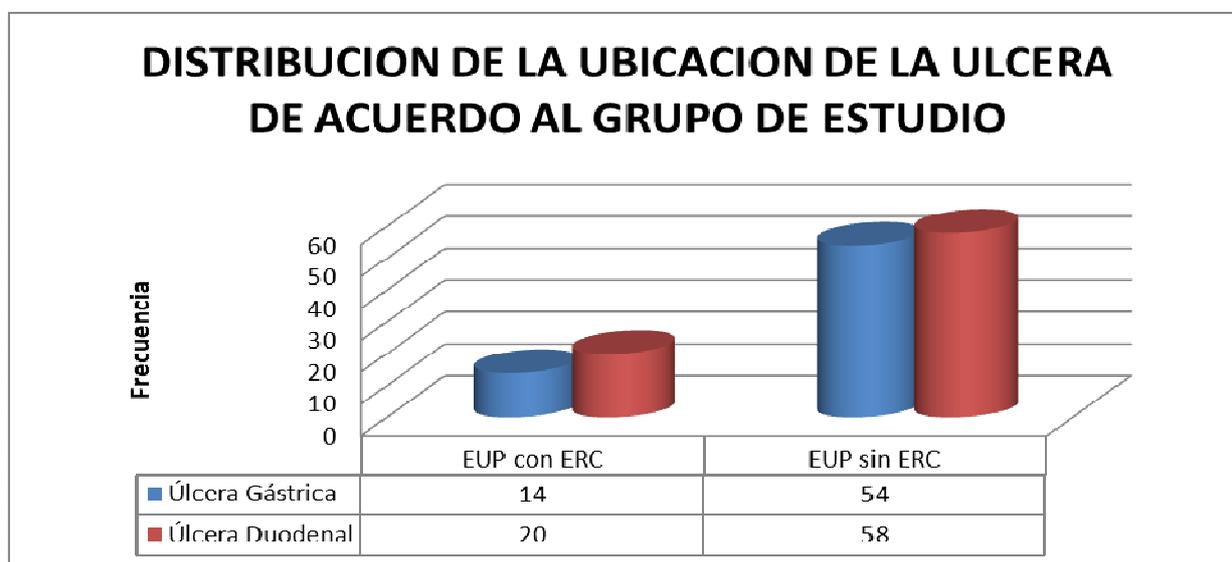


Figura 7: Distribución de la ubicación de la úlcera péptica de acuerdo al grupo de estudio ($p = 0,47$).

Cuando se realizó el análisis de los grupos de estudio y el destino que tuvieron los pacientes se observó que en ambos grupos fallecieron sólo 2 pacientes; de los 5 pacientes sometidos a cirugía, 3 de ellos eran pacientes con enfermedad renal crónica. Los resultados en este caso no fueron estadísticamente significativos ($p = 0,057$).

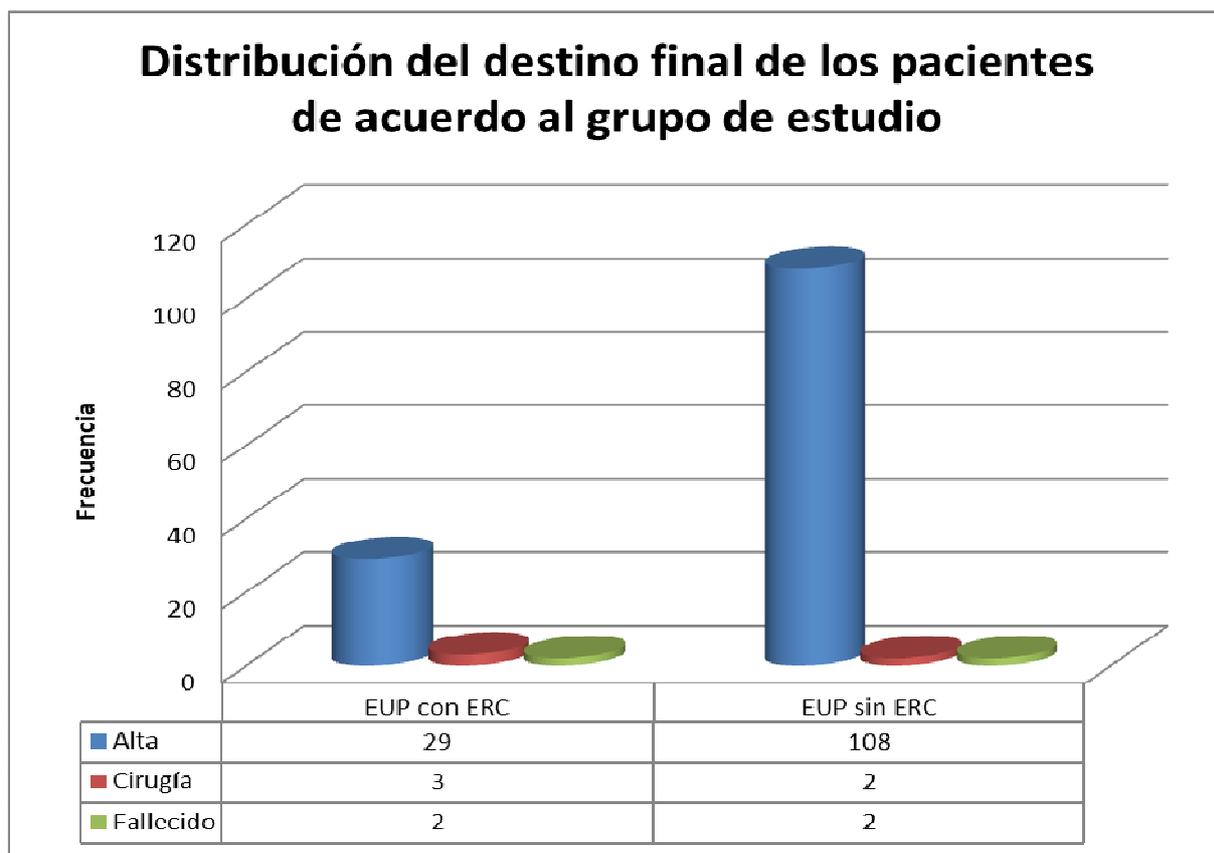


Figura 8: Distribución del destino final de los pacientes de acuerdo al grupo de estudio (p=0,057).

Cuando se analizaron las complicaciones de los pacientes con enfermedad úlcero péptica, se pudo evidenciar que de los 146 pacientes estudiados, 115 de ellos (78,8%), no presentaron complicaciones. La tasa de complicaciones en general para todos los pacientes fue del 21,2%. Veinticinco pacientes (17,1%) presentaron resangrado, 2 pacientes (1,4%) tuvieron úlcera penetrada y 4 de ellos (2,7%), fallecieron (Ver figura 9).

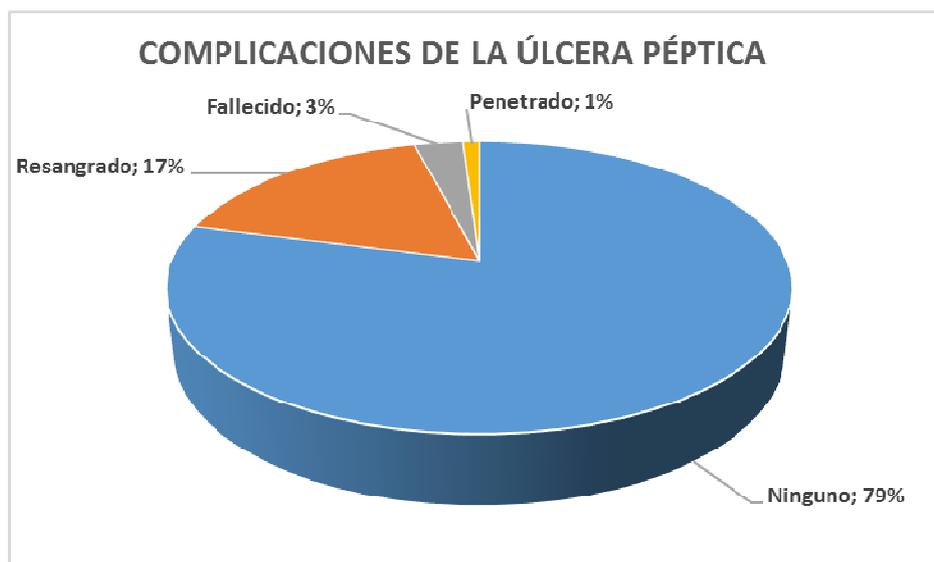


Figura 9: Distribución de las complicaciones de la enfermedad ulcero péptica.

Cuando se analizaron las complicaciones de los pacientes con enfermedad úlcero péptica en los grupos de estudio, se evidenció que de los 112 pacientes que solo tuvieron enfermedad úlcero péptica, 97 de ellos no presentaron complicaciones (86,6%), once presentaron resangrado (9,8%) dos fallecieron (1,8%) y las dos únicas úlceras penetradas estuvieron en este grupo de pacientes. Mientras que de los 34 pacientes con úlcera péptica y enfermedad renal crónica, 14 de ellos resangraron (41,2%), dos fallecieron (5,9%) y 18 no tuvieron complicaciones (52,9%). La diferencia entre los dos grupos fue significativa con un $p < 0,001$.

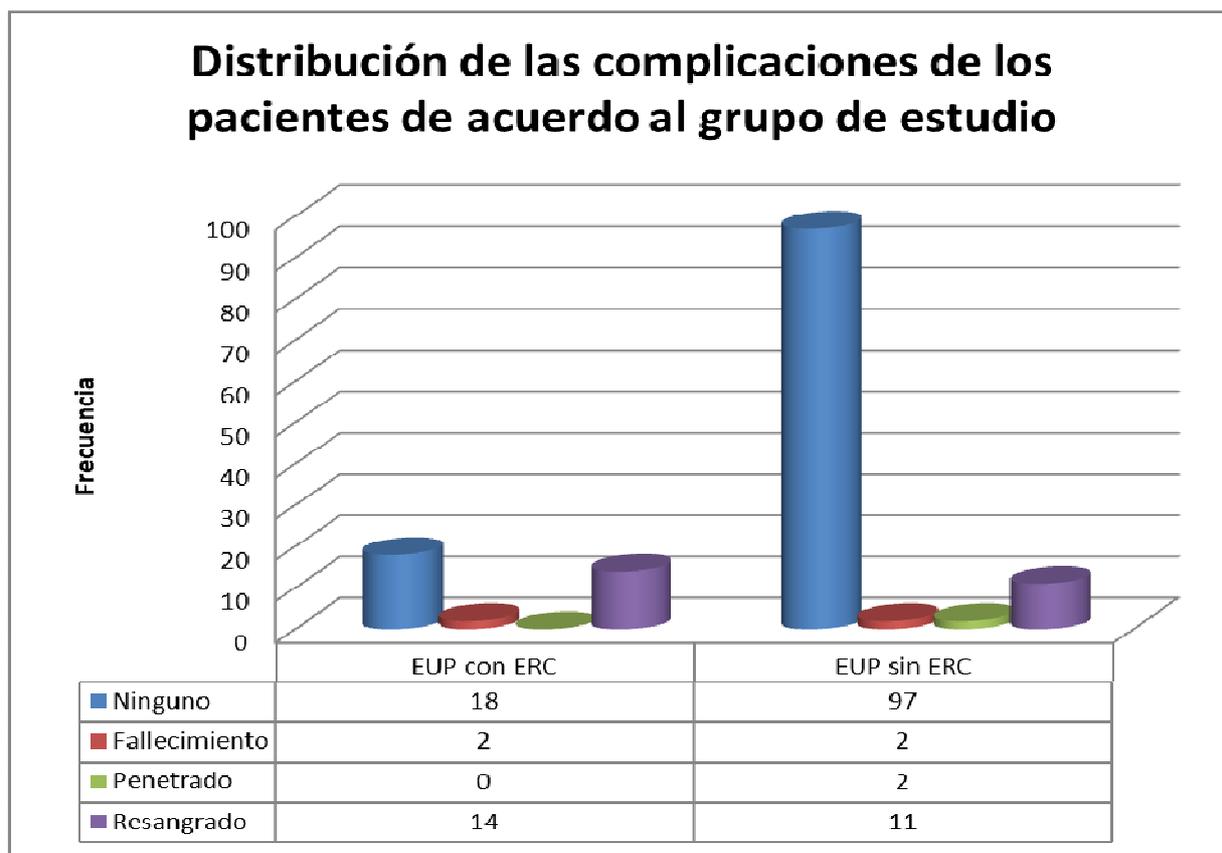


Figura 10: Distribución de las complicaciones de la úlcera péptica de acuerdo al grupo de estudio ($p < 0,001$).

Los pacientes con Forrest Ia, Ib, IIa y IIb, fueron sometidos a tratamientos endoscópicos combinados en todos los casos. Se trataron en total 74 de los 146 pacientes (50,6%). La tasa de resangrado en los pacientes de acuerdo al tipo de Clasificación de Forrest se expresa en el cuadro 5.

Cuadro 5: Tasa de resangrado de acuerdo a la clasificación de Forrest.

CLASIFICACION DE FORREST	Numero	Numero de resangrados	Tasa de Resangrado
Ia	4	0	0%
Ib	18	5	27,8%
IIa	58	10	17,2%
IIb	8	4	50%
IIc	38	4	10,5%
III	20	2	10%
TOTAL	146	25	17,1%

Fuente: Datos tomados de Guzmán (2017)

De los 25 pacientes que presentaron resangrado, 14 de ellos (56%) eran pacientes que padecían de enfermedad renal crónica y 44% no la padecían. Esta diferencia con respecto a los pacientes que cada grupo que no sangraron fue estadísticamente significativa, ya que 14 de los 34 pacientes renales resangraron, a diferencia de 11 de los 112 que no padecían de enfermedad renal, con un $p < 0,001$. Lo que significa que la enfermedad renal es un factor de riesgo para el resangrado de las úlceras. La tasa de resangrado en los casos (EUP con ERC) fue de 41,1%, mientras que en el grupo control (EUP sin ERC) fue de 9,8%. El odds ratio (OR) de resangrado en los pacientes con EUP con ERC fue de 6.43 con respecto a los pacientes con EUP sin ERC.

De los 25 pacientes que resangraron, 10 de ellos (40%), estaban en un estadio Forrest IIa, además, 5 de ellos (20%) eran Forrest Ib, cuatro (16%) eran Forrest IIb y otros 4 Forrest IIc, solamente resangraron 2 pacientes con Forrest III (8%)

El tipo de terapia endoscópica también fue importante analizar para ver si había mayor tasa de resangrado con alguna de las técnicas. Se pudo observar que de los 25 pacientes que resangraron, 16 de ellos la terapia utilizada fue inyectoterapia junto a argón plasma, siendo con esta técnica la mayor tasa de resangrado (64%), 1 sólo de los pacientes con resangrado fueron sometidos a inyectoterapia mas colocación de clips metálicos, 2 de ellos con inyectoterapia mas probeta caliente. Seis pacientes de los 25, y que no fueron sometidos a terapia endoscópica por tener lesiones de bajo riesgo, resangraron (24%). De estos 6 pacientes con lesiones de bajo riesgo, 4 padecían de enfermedad renal crónica.

Se procedió a hacer un análisis tomando solo en consideración el grupo de pacientes con enfermedad úlcero péptica y enfermedad renal crónica y se dividió este en 2 grupos que eran pacientes con y sin hemodiálisis para analizar si el hecho de ser sometido a hemodiálisis influye de alguna manera en el resultado de complicaciones de la úlcera péptica.

De los 34 pacientes con enfermedad úlcero péptica y enfermedad renal crónica, 18 de ellos (52,9%) estaban en hemodialisis. Cuando se analizó la ubicación de la úlcera, se evidenció que no hay diferencias estadísticas significativas entre los dos nuevos grupos formados ($p=0.68$). El duodeno fue la ubicación más frecuente de la úlcera, 20 de los 34 pacientes (58,8%). En los 18 pacientes con hemodiálisis, 8 fueron gástricas y 10 duodenales. Mientras que en el grupo de sin diálisis, de los 16 pacientes, 6 fueron gástricas y 10 duodenales.

Cuando se analizó la tasa de complicaciones, en los pacientes con enfermedad renal crónica , dependiendo si estaba sometido a hemodiálisis tampoco se evidenció diferencias significativas. (p= 0,30) (Ver cuadro 6).

Cuadro 6: Distribución de complicaciones de la úlcera péptica en pacientes con y sin hemodiálisis. (p=0,30)

COMPLICACIONES	CON	%	SIN	%
	HEMODIALISIS		HEMODIALISIS	
NINGUNA	8	44,4%	10	62,5%
RESANGRADO	8	44,4%	6	37,5%
FALLECIMIENTO	2	11,2%	0	0%
TOTAL	18	100%	16	100%

Fuente: Datos tomados de Guzmán (2017)

4.2 DISCUSIÓN

La enfermedad úlcero péptica es una de las emergencias médicas más comunes, la cual contribuye a una significativa morbilidad y mortalidad en todo el mundo, Se menciona que incluso el 5 al 10% de la población presentará alguna manifestación de enfermedad ulcerosa péptica a lo largo de su vida. (Saad & Scheiman, 2004). Sin embargo algunos estudios endoscópicos prospectivos muestran que cerca de la mitad de los pacientes con úlcera péptica son asintomáticos, por lo que podría esperarse que la verdadera prevalencia sea el doble de la anteriormente señalada, esta prevalencia es aún mayor en ciertas poblaciones de pacientes como son los usuarios de AINES u hospitalizados. (Montes , Salazar, & Monge, 2007). Actualmente existen reportes a nivel mundial que describen una disminución en la prevalencia de enfermedad ulcerosa péptica (Ramírez-Ramos, Watanabe, Takano, Gilman, & Recavarren, 2006)

Por otra parte la Enfermedad Renal Crónica es otra enfermedad de alta incidencia y prevalencia en nuestro medio, es un estudio realizado en el Perú, se encontró que la prevalencia de ERC en la población estudiada fue de 37%, además se evidenció que la hipertensión arterial fue el antecedente más frecuente (29.2%) seguido de diabetes mellitus tipo 2 (16.3%) y ambas patologías (11.31%). Sólo 32.69% de pacientes no tuvieron antecedentes familiares (Goicoechea & Chian, 2010).

La enfermedad renal crónica es una patología que incrementa la probabilidad de sangrado en los pacientes con úlcera péptica, siendo esta la mayor causa de hemorragia digestiva en los pacientes con enfermedad renal crónica. Se ha descrito que los pacientes con enfermedad renal crónica tienen mayor probabilidad de resangrado de la úlcera péptica lo que acarrearía mayor cantidad de complicaciones en los pacientes nefrópatas, en nuestro estudio el odds ratio entre los pacientes que padecían EUP con ERC fue de 6.43 con respecto a los que no tenían ERC

Usualmente la enfermedad úlcera péptica tiene una prevalencia semejante en ambos sexos, sin embargo en nuestro estudio el 74% de los pacientes fueron varones, lo cual da una razón varón/mujer de casi 3:1. La edad media de presentación fue de 65,47 años, con un amplio margen, donde la edad mínima de presentación fue de 19 años, mientras que el paciente de mayor edad tenía 93 años. Estos resultados son muy semejantes a los encontrados en otros estudios como por ejemplo el de Parasa, el de Chyuan, el de Chang o el de Lin, donde el promedio de edad de presentación siempre es entre la sexta y séptima década de la vida. Sin embargo es importante destacar que aunque la edad promedio era de 66 años, la gran mayoría de los pacientes, el 60% de los pacientes, tenían entre 70 y 90 años, lo cual nos da a entender que la edad avanzada es un factor importante a la hora de presentación de la hemorragia digestiva por enfermedad úlcero péptica.

Cuando se hizo un análisis demográfico comparativo entre los dos grupos de estudio, observamos que hay una diferencia significativa con respecto a la edad del paciente, el nivel de hemoglobina, el de plaquetas y evidentemente la creatinina. Esto es importante por el riesgo de resangrado ya que los pacientes con enfermedad renal crónica tenían una edad mucho mayor que los pacientes con sin nefropatía, esto podría influir en el riesgo mayor de resangrado y la mortalidad. El mismo caso ocurre con los niveles de hemoglobina y de plaquetas que son significativamente mas bajos en el grupo con enfermedad renal, en nuestro estudio esto no tuvo implicancia con respecto a la mortalidad debido al bajo número de muertes registradas.

Las comorbilidades también son factores que pueden influir en el desenlace de la hemorragia digestiva de pacientes con enfermedad ulcero péptica, al margen de la enfermedad renal crónica, en nuestro estudio observamos que algo más de la mitad de los pacientes en estudio (52,1%), tenían algún tipo de morbilidad asociada. La patología que mas se ha asociado es la hipertensión

arterial, la cual se observó en el 28,8% de los pacientes, esto puede ser explicado no solo porque la hipertensión arterial es una enfermedad prevalente en nuestro medio a partir de la segunda mitad de la vida, sino porque además es la patología que más se relaciona a la etiología de la enfermedad renal crónica, sin embargo en nuestro estudio la prevalencia de HTA para cada grupo de estudio no fue significativa ($p=0,056$)

Históricamente se conoce que la enfermedad ulcerosa péptica es mas frecuente en el duodeno, en nuestro estudio el 53,4% de los casos tuvieron una ubicación en el duodeno, y 46,6% de los casos fueron gástricas. Estos resultados difieren de otros estudios como por ejemplo el realizado en el año 2013, estudio realizado por Chang, donde se encontró que la ubicación mas frecuentes fueron las úlceras gástricas, 66,7% y 33,3% para las úlceras duodenales

En nuestro estudio tambien pudimos observar que no existe una diferencia en cuanto a la ubicación de la úlcera péptica tomando en consideracion si el paciente padecía o no de enfermedad renal crónica, siendo la úlcera duodenal mas frecuente tanto en los pacientes que la padecen como en los que no la padecen. Sin embargo esta predominancia observada en nuestro estudio no resultó estadísticamente significativa cuando se realizó la prueba de chi cuadrado, encontrándose un $p = 0,47$. Lo que nos lleva a pensar en la poca relevancia de la comorbilidad renal en la ubicación de la úlcera.

Los estigmas de sangrado reciente también fueron evaluados en nuestro estudio. Aquí se pudo demostrar que al momento de la endoscopia la mayoría de pacientes que padecía de una hemorragia digestiva por ulcera tanto gástrica como duodenal tenían una ulcera en estadio Forrest II-a, es decir que presentaban un vaso visible sobre el lecho de la úlcera. Se sabe que la úlcera en este estadio tiene una probabilidad de resangrado de alrededor del 40%, sin embargo la tasa de resangrado en nuestro estudio fue de 17,1%. De los 25 pacientes que presentaron

resangrado, 14 de ellos (56%) eran pacientes que padecían de enfermedad renal crónica y 44% no la padecían. Esta diferencia con respecto a los pacientes que cada grupo que no sangraron fue estadísticamente significativa, ya que 14 de los 34 pacientes renales resangraron, a diferencia de 11 de los 112 que no padecían de enfermedad renal, con un $p < 0,001$. Lo que significa que la razón entre la presencia de resangrado versus la ausencia de esta es 6,43 veces más alta en pacientes con EUP con ERC, en comparación con aquellos que no tienen ERC. Siendo comparable con la mayoría de los estudios encontrados.

De los 25 pacientes que resangraron, 10 de ellos (40%), estaban en un estadio Forrest IIa, además, 5 de ellos (20%) eran Forrest Ib, cuatro (16%) eran Forrest IIb y otros 4 Forrest IIc, solamente resangraron 2 pacientes con Forrest III (8%). La tasa de resangrado de acuerdo a la clasificación de Forrest, si presenta datos que no suelen ser los habituales con respecto a la teoría, donde se conoce que la mayoría de resangrados se produce en las lesiones tipo Forrest Ia y Ib, sin embargo en nuestro estudio, la mayor tasa de resangrado se vió en los pacientes con úlceras Forrest IIb (50%) , seguido de las lesiones Forrest Ib con una tasa de 27,8%. No encontramos lesiones Forrest Ia con resangrado, mientras que las Forrest III, tuvieron un 10% de resangrado. Estas diferencias pueden ser explicadas por que la lesión Forrest IIb es una lesión ambigua que depende del tipo de terapia que se realice, además la escasa cantidad que encontramos de este tipo de lesión (8 pacientes) con 4 resangrados, tienen que ser tomados de manera cuidadosa y tener cuidado con la interpretación. Cuando se comparó con otros estudios, se vio que por ejemplo el estudio de Chang et al, mostró una tasa mas alta de resangrado que el hallado en nuestro estudio (37,5%). En el estudio de Lin et al. el cual enroló a 101 pacientes, la tasa total de resangrado fue de 19%. También en este estudio se mostró una tasa de resangrado mayor en los pacientes con enfermedad renal cronica terminal (43%), y en los pacientes con falla renal crónica

(21%), comparado con los pacientes con función renal normal en la que la tasa de resangrado solo fue de 12%. Diferencias que fueron estadísticamente significativas ($p = < 0.001$). En el estudio de Cheung et al, por su parte encontraron que la tasa total de resangrado fue del 38.0% para los paciente con enfermedad renal crónica terminal, mientras que los pacientes que solo tuvieron falla renal crónica presentaron una tasa de resangrado del 14% y los pacientes con función renal normal del 12%. La diferencia tambien fue significativa en estudio ($p = 0.002$). Por consiguiente la tasa de resangrado hallada en el nuestro estudio fue del 17,1%.

El tipo de terapia endoscópica también fue importante analizar para ver si había mayor tasa de resangrado con alguna de las técnicas. Se pudo observar que de los 25 pacientes que resangraron, 16 de ellos la terapia utilizada fue inyectoterapia junto a argón plasma, siendo con esta técnica la mayor tasa de resangrado (64%), 1 sólo de los pacientes con resangrado fueron sometidos a inyectoterapia mas colocación de clips metálicos, 2 de ellos con inyectoterapia mas probeta caliente. Seis pacientes de los 25, y que no fueron sometidos a terapia endoscópica por tener lesiones de bajo riesgo, resangraron (24%). De estos 6 pacientes con lesiones de bajo riesgo, 4 padecían de enfermedad renal crónica. La terapia endoscópica también puede influir en la tasa de resangrado, es probable que se deba tener en consideración el mayor uso de terapias combinadas con efecto mecánico (clips) para disminuir las tasas de resangrado.

Las úlceras duodenales fueron encontradas en estadios de mayor sangrando activo y de mayor riesgo de sangrado que la úlcera gástrica. En el estudio realizado por Nardone et al. en el 2005, la mayoría de las úlceras encontradas fueron ulceras duodenales tanto en pacientes con falla renal crónica como en pacientes con función renal normal, sin embargo las erosiones gástricas fueron mucho mas prevalentes que las duodenales en este estudio. Nosotros no tomamos en

consideración la presencia de sólo erosiones, ya que tomamos en consideración pacientes con hemorragia digestiva alta por una úlcera manifiesta.

El 93,8% de nuestros pacientes salieron de alta luego del manejo y tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica, el tiempo de hospitalización fue variable de acuerdo a las comorbilidades o descompensaciones asociadas. De nuestros 146 pacientes, 5 pacientes pasaron a cirugía, al no poder controlar el sangrado digestivo por técnicas endoscópicas habituales, los dos pacientes que fueron enviados a cirugía presentaban un vaso gigante en el lecho ulceroso con alto riesgo de sangrado incontrolable intraprocedimiento. Los otros 3 pacientes fueron sometidos a cirugía por resangrados persistentes. Otros 4 pacientes (2,7%) fallecieron, dos de ellos fueron por trastornos metabólicos no asociados a hipovolemia, mientras que los otros dos fallecieron por shock séptico. La tasa de mortalidad de la úlcera péptica en los pacientes que padecían de enfermedad renal crónica fue del 5,8%. En el estudio realizado por Chang et al. la mortalidad asociada a la hemorragia fue del 16,7%, mientras que en el estudio de Parasa et al, la tasa de mortalidad en los pacientes con falla renal crónica fue de 3% y cuando el paciente estaba en falla renal crónica terminal de 4,8%.

Cuando se analizó el destino final del paciente de acuerdo a si el paciente tenía la úlcera péptica con o sin enfermedad renal crónica, se encontró una cantidad igual de pacientes sometidos a cirugía y fallecidos en ambos grupos. Lo cual nos dio que no había una diferencia estadísticamente significativa en lo que se refiere al momento del alta en los dos grupos de estudio ($p=0,057$).

Uno de los puntos importantes de nuestro estudio fue el analizar la tasa de complicaciones que presentaba la enfermedad ulcero péptica, aquí encontramos que de los 146 pacientes, se evidenció que la tasa de complicaciones fue del 21,2%. Veinticinco pacientes (17,1%)

presentaron resangrado, 2 pacientes (1,4%) tuvieron ulcera penetrada y 4 de ellos (2,7%) fallecieron. Es importante mencionar que hubo una diferencia significativa entre las complicaciones observadas en los dos grupos de estudio, cuando se analizaron proporcionalmente. Un dato que debe tomarse en cuenta es la mortalidad en cada grupo de estudio, fallecieron 2 en cada grupo, pero es importante tomar proporcionalmente estos datos, ya que en el grupo que sólo presentó enfermedad ulcero péptica, 2 de 112 pacientes implica una tasa de mortalidad de 1,7%, y tener 2 muertes en los 34 pacientes con enfermedad ulcero péptica y enfermedad renal crónica fue de 5,9%. A pesar de estas diferencias, el valor de p fue de 0,2; y pero se tiene que tomar en cuenta el bajo número de muertes encontradas en cada grupo de estudio.

Ya que en la mayoría de las historias clínicas de los pacientes no se consigna el estadio de la enfermedad renal, no se pudo hacer un análisis de estratificación de la nefropatía con respecto al resangrado. Sin embargo se trató de buscar si los pacientes que están en estadio terminal y que están sometidos a hemodiálisis tenía más resangrado que aquellos que no lo estaban. En el análisis se encontró que no hubo una diferencia significativa entre estos dos grupos formados, ni en resangrado ni en mortalidad.

El presente trabajo muestra una visión significativa acerca de la demografía y la implicancia de la enfermedad renal crónica en el paciente con enfermedad úlcero péptica, y abre un campo para mayores estudios de carácter prospectivo y multicéntricos.

CONCLUSIONES:

Las conclusiones del presente estudio son las siguientes:

- La razón de resangrado de la úlcera péptica en pacientes que padecen de enfermedad renal crónica, es 6,43 veces mayor que en los pacientes con enfermedad úlcero péptica que no padecían de enfermedad renal crónica.
- La tasa de resangrado de la enfermedad ulcerosa péptica en pacientes con enfermedad renal crónica, en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins fue del 41,1%, mientras que en los pacientes sin enfermedad renal crónica fue de 9,8%.
- No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con resangrado de úlcera péptica y hemodiálisis, frente a los que resangraron pero no estuvieron en hemodiálisis.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las principales dificultades para la realización de este estudio, fue el hecho, que las historias clínicas en la mayoría de los casos no estratifican el grado de enfermedad renal crónica, lo cual podría influir en el análisis del presente estudio, por lo que se recomienda que todo paciente con enfermedad renal crónica al margen de si tiene o no enfermedad úlcero péptica deba ser clasificado en el grupo respectivo dependiendo de la filtración glomerular, de manera que se pueda dar un mejor pronóstico en este grupo de pacientes.

RECOMENDACIONES

El centro de referencia donde se ejecutó los estudios al momento no cuentan con protocolos o guías de manejo actualizadas para el manejo de hemorragia digestiva, por lo que se recomienda la elaboración de una guía actualizada para el manejo de sangrados y resangrados de la enfermedad ulcero péptica, en la cual además se consigne como un ítem aparte, el manejo en los pacientes con enfermedad renal crónica, ya que estos tienen una mayor probabilidad de resangrado y otras complicaciones así como un pronóstico diferente.

Se recomienda que todos los pacientes que ingresen a la Unidad de Hemorragia Digestiva, sean evaluados en su función renal, para averiguar si tienen o no enfermedad renal crónica, y de esta manera anticiparse a un probable resangrado, tomando las debidas acciones y procedimientos endoscópicos necesarios en estos pacientes.

Referencias Bibliográficas

- Bang, C. S., Yong , L., & Yun, L. (2013). Characteristics of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage in patients with chronic kidney disease. *World Journal of Gastroenterology*, 19(43). 7719-7725.
- Chen, Y., Yang, W., Lin, C., Ng, Y., Chen , J., & Li, S. (2010). Comparison of Peptic Ulcer Disease Risk between Peritoneal and Hemodialysis Patients. *American Journal of Nephrology*, 32. 212-218.
- Cheung, J., Yu, A., LaBossiere, J., Zhu, Q., & Fedorak, R. (2010). Peptic ulcer bleeding outcomes adversely affected by ESRD. *Gastrointestinal Endoscopy*, 71(1). 44-49.
- Chyuan, L., Leu , H., Hou, M., Huang, K., Lin, H., Lee, F., et al. (2013). Nonpeptic Ulcer, Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding in Hemodialysis Patients. *The American Journal of Medicine*, 126. (264).e25-264.e32.
- Goicoechea, E., & Chian, A. (2010). Características clínico epidemiológicas de la enfermedad renal crónica en pacientes con hipertensión arterial y/od diabetes mellitus II. Hospital I Albrecht – Essalud, 2008. *UCV - Scientia*, 2 (2). 61-72.
- Gonzales, P., & Monge , E. (1997). Distribución de los Grupos Sanguíneos ABO en los Pacientes con Úlcera Péptica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 58. 189-191.
- Ichiyanagui, C., Lozano, R., Huaman, C., & Iparraguirre, H. (1995). Enfermedad ulcerosa péptica en pacientes cirróticos. *Revista de Gastroenterología del Peru*, 15 (1). 15-19.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Working Group KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease- Mineral and Bone Disorder. *Kidney International*, 33 Supl 1. 1-130.
- Levey, S., Atkins, R., Coresh, J., Cohen, E., & Collins, A. (2007). Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney International*, 72 (3). 247-259.
- Lin, S., Wu, K., Chiu, K., Lee, C., Chiu, Y., Chou, Y., et al. (2012). Risk factors influencing the outcome of peptic ulcer bleeding in end stage renal diseases after initial endoscopic haemostasis. *International Journal of Clinical Practice*, 66(8). 774-781.
- Logan, R., & Walker , M. (2001). Epidemiology and diagnosis of Helicobacter pylori infection. *BMJ*, 323(7318). 920-922.
- Luo, J., Leu, H., Huang, K., Huang, C., Hou, M., Lin, H., et al. (2011). Incidence of bleeding from gastroduodenal ulcers in patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis. *CMAJ*, 183(18). 1345-1351.
- Majumdar, D., & Atherton, J. (2006). Peptic ulcers and their complications. *Surgery*, 18 (3). 110-114.

- Montes, P., Salazar, S., & Monge, E. (2007). Cambios en la Epidemiología de la Úlcera Péptica y su Relación con la Infección con *Helicobacter Pylori*. Hospital Daniel Carrion 2000-2005. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 27 (1). 382-388.
- Nardone, G., Rocco, A., Fiorillo, M., Del Pezzo, M., Autiero, G., Cuomo, R., et al. (2005). Gastroduodenal Lesions and *Helicobacter pylori* Infection in Dyspeptic Patients With and Without Chronic Renal Failure. *Helicobacter*, 10 (1). 53-58.
- Parasa, S., Udayakumar, N., Arun, R., & Preethi, G. (2013). End-stage renal disease is associated with worse outcomes in hospitalized patients with peptic ulcer bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*, 77 (4). 609-616.
- Ramírez-Ramos, A., Gilman, R., Yamamoto, J., & Rosas, A. (2004). Estudio de la epidemiología de la infección por el *Helicobacter pylori* en el Perú: 20 años después. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 39 (3). 69-78.
- Ramírez-Ramos, A., Recavarren, S., Arias-Stella, J., Gilman, R., & León-Barua, R. (1999). *Helicobacter pylori*, gastritis crónica, úlcera gástrica y úlcera duodenal: Estudio de 1683 pacientes. *Rev Gastroenterología del Perú*, 19 (1). 196-201.
- Ramírez-Ramos, A., Watanabe, A., Takano, J., Gilman, R., & Recavarren, S. (2006). Decrease in prevalence of peptic ulcer and gastric adenocarcinoma at the Policlínico Peruano Japonés, Lima, Peru, between the years 1985 and 2002. Analysis of 31,446 patients. Vol 36(3). *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 139-146.
- Saad, R., & Scheiman, J. (2004). Diagnosis and management of peptic ulcer disease. *Clinics In Family practice*, 6. 569-587.
- Wu, C., Wu, M., Kuo, K., Wang, C., Chen, Y., & Lin, J. (2011). Long-term peptic ulcer rebleeding risk estimation in patients undergoing haemodialysis: a 10-year nationwide cohort study. *Gut*, 60 (8). 1038-1042.

ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Proyecto: "Resangrado de la úlcera péptica en pacientes con y sin enfermedad renal crónica, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2013 – 2014"

I. IDENTIFICACIÓN		Ficha N°: _____
Apellidos y Nombres	_____	
Tipo de paciente	(0) EUP	(1) EUP + ERC HD(-) 2) EUP + ERC HD(+)
Edad:	_____	
Sexo	(0) Masculino	(1) Femenino

Comorbilidades:

- Cirrosis Hepática () Patología Cardíaca () Coagulopatía ()

Antecedente de consumo de AINES : Si () No () Cual? _____

Numero de Paquetes Globulares Transfundidos: _____

Diagnostico Endoscópico: Úlcera Gástrica () Forrest _____

Úlcera Duodenal () Forrest _____

Otros diagnósticos: _____

Complicaciones de la Úlcera Péptica: Resangrado () Después de _____ días

Perforación ()

Penetración ()

Obstrucción ()

Diagnostico Anatomopatológico: Helicobacter pylori : (Positivo) (Negativo)

Datos de laboratorio:

• Hemoglobina (Hcto) _____ Leucocitos _____ Plaquetas _____

• Tiempo de Protrombina _____ INR _____ Glucosa _____

• Urea _____ Creatinina _____

Tiempo de estancia hospitalaria _____ días

Estado de paciente al alta:

- Alta () Cirugía Fallecido ()

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Resangrado de la úlcera péptica en pacientes con y sin enfermedad renal crónica, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2013 - 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS Objetivo General	HIPOTESIS	VARIABLES Indicadores	METODOLOGIA	OTROS ASPECTOS Tipo de investigación
¿El resangrado de la enfermedad úlcera péptica, está asociado a la enfermedad renal crónica en pacientes hospitalizados en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2013 - 2014?	Determinar si el resangrado de la enfermedad úlcera péptica en pacientes con enfermedad renal crónica, es mayor que en los pacientes con enfermedad úlcera péptica sin enfermedad renal crónica, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Objetivos Específicos Determinar la tasa de resangrado de la enfermedad ulcerosa péptica en pacientes con enfermedad renal crónica. Determinar la tasa de resangrado de la enfermedad ulcerosa péptica en pacientes sin enfermedad renal crónica. Determinar el odds ratio (OR) de la tasa de resangrado de la enfermedad úlcera péptica en pacientes con enfermedad renal crónica y los pacientes sin enfermedad renal crónica Determinar si la tasa de resangrado de la enfermedad úlcera péptica es mayor en pacientes sometidos a hemodiálisis que en pacientes que no están en hemodiálisis.	Los pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta por enfermedad úlcera péptica con enfermedad renal crónica, tienen mayor frecuencia de resangrado que los pacientes sin enfermedad renal crónica.	<ul style="list-style-type: none"> • Resangrado de la Enfermedad Úlcero péptica • Enfermedad Renal Crónica • Edad • Sexo 	<p>2 grupos de estudio:</p> <p>CASOS: Pacientes con HDA por EUP y ERC</p> <p>CONTROLES: Pacientes con HDA por EUP sin ERC</p> <p>POBLACION Y MUESTRA</p> <p>Pacientes mayores de 18 años ingresados a la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y que presentaron de Enfermedad Úlcero Péptica y Enfermedad Renal Crónica.</p> <p>Muestra total: 146 pacientes</p>	<p>Estudio de tipo Casos y Controles, observacional, analítico y retrospectivo.</p> <p>CRITERIOS. DE INCLUSION</p> <p>Pacientes mayores de 18 años, ingresados en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, cuya causa de hospitalización sea enfermedad úlcero péptica (gástricas y/o duodenales), y que cursen con cualquier grado de enfermedad renal crónica, ingresados entre Junio del 2013 y Julio del 2014.</p> <p>Pacientes en quienes una endoscopia digestiva alta haya confirmado el diagnóstico de hemorragia digestiva alta por enfermedad úlcero péptica.</p> <p>CRITERIOS. DE EXCLUSION</p> <p>Pacientes cuyo diagnóstico de ingreso diferente al de EUP, por ejemplo: síndrome de Mallory Weiss, angiodisplasias, hemorragia por vórices esofágicas y/o gástricas, lesión de Dieulafoy o cáncer gástrico, esofágico o duodenal.</p>

Anexo 3. Matriz de análisis para el juicio de expertos.

ITEM		SI	NO
1	El instrumento, recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio		
3	La estructura del instrumento es adecuada		
4	Los ítems del instrumento responden a los objetivos del estudio		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento		
6	Los ítems son claros y entendibles		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación		

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de progresar en esta noble carrera. A mis padres, Delsy y Juan, por enseñarme el camino y que todos nuestros objetivos se pueden lograr con esfuerzo y empeño. A mis hermanos, Juan José y Delsy, por ser mi motivación del día a día, y el modelo de persona que quiero ser. De ellos aprendí mucho más de la perspectiva laboral. A mi novia Estefanía, por su amor incondicional, y su apoyo en los momentos cuando más lo necesité. A mi maestro, padre y amigo Eduardo, por haberme inculcado el don de la investigación y la docencia, y finalmente al pequeño Keinshi, que estuvo aquí, acompañándome en este último año.

