

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



TESIS

“PERFIL CLÍNICO Y CAUSAS MÁS FRECUENTES QUE CONDICIONAN SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL Y TRATAMIENTO REQUERIDO EN EL CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC EN EL PERIODO DE 10 MESES”.

CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO EN MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:

GARCÍA RÍOS DENÍ

DIRECTOR DE TESIS:

M. en C. RICARDO FLORES OSORIO

REVISORES DE TESIS:

C. ESP. EN C.G. MARIO ALFREDO JARAMILLO GARCÍA

M. en I.C CATALINA MIRANDA SAUCEDO

M. E. DANTE RIVERA ZETINA

M. E. RAFAEL LIRA PEÑA

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014

Abstract.

El sangrado de tubo digestivo alto de origen no variceal, continua siendo un desafío para el médico en las áreas de urgencias tanto desde el punto de vista diagnóstico como de manejo. En nuestro país no existe información actualizada publicada sobre este tema y se hace necesario conocer nuestra realidad acerca de los factores asociados a sangrado digestivo alto de origen no variceal. El objetivo general del estudio es conocer el perfil clínico y las causas más frecuentes que condicionan sangrado de tubo digestivo alto no variceal y tratamiento requerido en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec en el periodo de 10 meses, para lo cual se realizó un estudio retrospectivo en el cual se incluyeron a 30 pacientes de los cuales se describen los resultados la causa principal la gastritis erosiva, y el perfil clínico se encontraron que 63% corresponden al sexo femenino y 37% al sexo masculino, teniendo un 47% una edad comprendida entre 47 a 60 años, encontrando que la melena o hematemesis se presentan como síntoma inicial en la población estudiada, 87% de los pacientes presentan comorbilidades las cuales se describen en este estudio, los diagnósticos endoscópicos corroboraron que el tratamiento otorgado a cada paciente fue el adecuado.

Abstract

The upper gastrointestinal bleeding of non-variceal origin , remains a challenge for the physician in emergency departments from the point of view of diagnosis and management . In our country there is no updated information published on this issue and we need to know our reality about the factors associated with upper gastrointestinal bleeding nonvariceal origin. The overall objective of the study was to determine the clinical profile and the most common causes that affect bleeding nonvariceal upper gastrointestinal bleeding and required treatment in Ecatepec ISSEMYM Medical Center in the period of 10 months, for which a retrospective study was performed in the which included 30 patients of which the results are described the main cause erosive gastritis, clinical profile and found that 63 % were female and 37 % were male , having a 47 % aged between 47 to 60, finding that hematemesis or melena was present as an initial symptom in the study population , 87 % of patients have comorbidities which are described in this study , endoscopic diagnoses corroborated that the treatment given to each patient was adequate.

| | |
|---|----|
| Portada | 0 |
| Índice | 1 |
| 1 Marco Teórico | 3 |
| 1.1. Definición | 3 |
| 1.2. Epidemiología | 4 |
| 1.3. Mortalidad..... | 4 |
| 1.4. Etiología..... | 5 |
| 1.5. Clasificación..... | 5 |
| 1.6. Presentación Clínica | 6 |
| 1.7. Evaluación y clasificación..... | 7 |
| 1.8. Estratificación del riesgo..... | 7 |
| 1.9. Escalas de valoración..... | 10 |
| 1.10. Tratamiento..... | 11 |
| 1.11. Planteamiento del problema..... | 14 |
| Pregunta de investigación..... | 14 |
| Hipótesis..... | 14 |
| Objetivo general..... | 15 |
| 1.12. Material y Métodos..... | 15 |
| Universo de trabajo..... | 15 |
| Criterios de Inclusión..... | 15 |
| Criterios de Exclusión..... | 15 |
| Criterios de Eliminación..... | 15 |
| 1.13. Diseño del Estudio | 15 |
| 1.14. Tamaño de la Muestra | 15 |
| 1.15. Variables de Estudio | 16 |
| 1.16. Análisis Estadístico | 17 |
| 1.17. Cronograma de Actividades..... | 17 |
| 1.18. Procedimiento | 18 |
| 1.19. Organización de la investigación..... | 18 |
| 1.20. Aspectos y consideraciones Éticas | 18 |

| | |
|--|----|
| 2. Análisis de Resultados | 19 |
| 2.1. Discusión | 29 |
| 2.2. Conclusiones..... | 31 |
| 2.3. Bibliografía | 32 |
| 2.4. Anexos | 36 |

Perfil clínico y causas más frecuentes que condicionan sangrado de tubo digestivo alto no variceal y tratamiento requerido en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec en el periodo de 10 meses

1. MARCO TEORICO

HEMORRAGIA DE TUBO DESTIVO ALTO NO VARICEAL.

1.1. DEFINICIÓN:

Es la hemorragia que se origina dentro del tracto gastrointestinal proximal al ángulo de Treitz, cuyo origen no es por várices, en la práctica desde el esófago, el estómago y el duodeno. Puede manifestarse como hematemesis, melena o ambas y ocasionalmente hematoquezia ¹⁻²

1.2 EPIDEMIOLOGIA

La frecuencia anual reportada en países desarrollados varía de 36 a 170 casos por 100,000 habitantes ¹⁻⁵ y los índices de mortalidad van desde 10% hasta 36%¹ En nuestro país no existe suficiente información en población general². Constituye una urgencia potencialmente grave y sigue siendo una de las causas más frecuentes de hospitalización en patología digestiva. Aunque podría esperarse un descenso en su incidencia con relación al tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*, la hemorragia digestiva alta no variceal sigue teniendo una incidencia y mortalidad importantes probablemente debido al envejecimiento de la población asociado a un mayor consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antiagregantes y anticoagulantes ³.

Se estima en Estados Unidos de América, anualmente fallecen 48,000 pacientes por esta causa: 27,000 pacientes con cirrosis hepática con sangrado por varices esofágicas y 16,000 pacientes por gastropatía por AINE. La mayoría de las muertes ocurren en los mayores de 60 años entre la quinta y la octava década de la vida (promedio 59) y es más común en hombres que en mujeres (2:1) ^{17,18}

En México, las cifras son similares a lo publicado en la literatura universal, aceptándose que la hemorragia del tubo digestivo alto constituye el 5% de los

ingresos hospitalarios por urgencia y son la causa más frecuente de consulta a los servicios de endoscopia, entre el 45 y 60% ¹⁰.

1.3 MORTALIDAD

La mortalidad, en especial, se asocia principalmente a factores con pobre pronóstico, definidos en términos de severidad del sangrado, sangrado incontrolable, resangrado, necesidad de intervención médica. Los factores que deben ser tomados en cuenta en la admisión del paciente son, la edad mayor 60 años, presencia de enfermedades concomitantes como falla cardíaca, tumores malignos, presencia de enfermedades hepáticas, enfermedades respiratorias crónicas, así como la presencia de shock inicial, sangrado continuo, hematemesis, hematoquezia, elevación de la urea en sangre ⁵

Sólo la tercera parte de las muertes asociadas a episodios de HTDA se deben a la hemorragia masiva ^{5,6,7}.

Los resultados negativos son el resangrado y muerte, y muchas de las muertes se asocian con la descompensación de condiciones médicas coexistentes precipitadas por el episodio de sangrado agudo ⁷

Es un factor importante la presencia de enfermedades asociadas, ya que los pacientes de hemorragia de tubo digestivo alto no suele morir por exanguinación, sino por descompensación de su patología asociada ¹¹⁻¹⁴.

Los pacientes con gran número de enfermedades asociadas presentan un significativo aumento de la mortalidad de manera que esta se sitúa en un 2.6% en pacientes sin enfermedad asociada frente a un 44.1% en aquellos pacientes que presentan 5 o más enfermedades ^{12, 17}.

La mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta, ha permanecido constante en las últimas tres décadas, en torno al 8-10%, a pesar de los avances en el tratamiento médico-quirúrgico de estos pacientes, debido al aumento de la edad de la población general y del número de enfermedades asociadas. No obstante en la actualidad se presentan estudios con rangos de mortalidad global menos del 7%, e incluso menores al 3% en las series que excluyen hemorragias causadas por varices esofágicas ^{13,14}.

Varios son los factores que pueden influir en este descenso de la mortalidad: mejor conocimiento de los factores pronósticos de la HDA, amplio desarrollo de las técnicas de tratamiento endoscópico y la existencia de unidades especializadas en el tratamiento de estos pacientes ^{15, 17}.

1.4 ETIOLOGÍA

La mayoría de las hemorragias digestivas altas, HDA (80-90%) son de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la patología más frecuente. Otras causas de HDA menos frecuentes son las erosiones gástricas o duodenales, el síndrome de Mallory-Weiss, la esofagitis péptica, las lesiones tumorales benignas y malignas y las lesiones vasculares (lesión de Dieulafoy, angiodisplasia, fistula aortoenterica, etc.). Finalmente hay que señalar que en ocasiones no se logra determinar la causa de la hemorragia, a pesar de las exploraciones pertinentes. Aunque la hemorragia de tubo digestivo alto involucra distintas etiologías, el sitio de sangrado no siempre es identificado de forma inmediata.

1.5 CLASIFICACIÓN

La hemorragia de tubo digestivo alto es una emergencia médica. La valoración inicial hace énfasis en identificar la patología que presenta repercusión hemodinámica o comprometa la vida, para iniciar la resucitación adecuada. Ciertamente se debe identificar a los pacientes con alta morbilidad y riesgo de muerte ¹⁸

Características diferenciales de la hemorragia digestiva alta y baja

| | ALTA | BAJA |
|------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Forma de presentación | Hematemesis y/o melena | Hematoquecia o rectorragia |
| Aspirado nasogástrico | Hemático | Claro |
| Urea | Elevada | Normal |
| Ruidos intestinales | Aumentados | Normales |

1.6 PRESENTACION CLÍNICA

La HDA no variceal suele manifestarse por hematemesis y/o melena, dependiendo de la forma de presentación de la hemorragia y de la localización de la lesión sangrante. Estas dos manifestaciones constituyen prácticamente la base del diagnóstico y casi se superponen con la definición clínica del síndrome ^{10, 15}.

La hematemesis, ocurre en el sangrado esofágico, estomacal o de la porción proximal del intestino delgado. Aproximadamente el 50% de los SDA se presentan con hematemesis. Esta puede ser rojo brillante u oscura (en grumos de café) secundaria a la reducción, por el ácido clorhídrico, de la Hemoglobina a hemantina. El color del vómito o del material aspirado no puede ser usado para diferenciar un sangrado arterial de uno venoso ¹⁵.

La melena (heces negras, fétidas y pastosas) aparece cuando hay más de 150ml de sangre en el tracto gastrointestinal por un periodo prolongado de tiempo. La sangre que se genera a nivel de tubo digestivo alto debe permanecer hasta por 8 horas para tornar las heces negras ¹⁵.

En algunas ocasiones, la pérdida hemática, aún aguda y abundante, no se exterioriza en el curso de las primeras horas y el paciente puede presentarse únicamente con hipotensión, o incluso con signos de choque de causa no evidenciada. Ante esto si se coloca una sonda nasogástrica para examinar el contenido gástrico, realizamos un tacto rectal y un enema se podría evidenciar la hemorragia digestiva ^{15, 20}.

En los pacientes que presentan úlcera péptica, de forma inicial presentan epigastralgia y la desaparición del dolor se atribuye al efecto de tampón de la sangre sobre el ácido ^{15, 20}.

Los pacientes con úlceras sangrantes que tienen hematoquecia, presentan una hemorragia de aproximadamente 1.000ml en el tracto gastrointestinal superior, necesaria para causar datos clínicos, mientras que sólo se necesita de 50 a 100 ml de sangre para causar melena. La presencia de hematoquecia con signos y síntomas de compromiso hemodinámico como síncope, hipotensión postural, taquicardia y shock, la atención se debe sospechar una hemorragia

gastrointestinal superior. Características no específicas incluyen náuseas, vómitos, dolor epigástrico, fenómenos vasovagal, y síncope¹⁸.

1.7 EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN

La hemorragia gastrointestinal aguda es una emergencia médica por lo que se debe realizar la evaluación inicial, con énfasis en identificar al paciente enfermo con compromiso hemodinámico con riesgo inminente de muerte, e iniciar una reanimación adecuada^{1, 2, 5}.

Ciertas características clínicas asociadas con hemorragia digestiva se han estudiado en los intentos de identificar a los pacientes en mayor riesgo³.

1.8 ESTADIFICACIÓN DEL RIESGO

Los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto significativo son admitidos en el hospital en donde el combinar la clínica con los hallazgos endoscópicos provee criterios acertados para predecir el riesgo de resangrado y muerte en los pacientes con HDA. Así estos criterios se han utilizado para diferenciar a los pacientes con bajo riesgo y que pueden ser enviados a casa, de los de moderado y alto riesgo, quienes necesitarán tratamiento intrahospitalario así como se ejemplifica en la tabla 3 y 4¹⁵⁻²³.

Tabla 3 Estratificación inicial del riesgo en el servicio de Urgencias en Pacientes con Sangrado Digestivo

| | Riesgo Bajo | Riesgo Moderado | Riesgo Elevado |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|---|
| Edad | <60 años | > 60 | > 60 |
| Presión arterial sistólica PAS | PAS inicial >100mmHg | PAS inicial < 100 mmHg | PAS persistente menor 100 mmHg |
| Signos vitales | Normales durante 1 hora | Taquicardia moderada durante 1 hora | Taquicardia persistente de moderada a grave |
| Transfusión | No hay necesidad | Menos 4 Unidades | Más 4 Unidades |

| Comorbilidad | Sin comorbilidad | Estable | Inestable importante |
|---------------------|--|---|--|
| Enfermedad Hepática | Sin enfermedad | Enfermedad hepática leve. TP normal o casi normal | Enfermedad hepática descompensada (coagulopatía, ascitis, encefalopatía) |
| | No hay datos sugestivos de riesgo moderado o elevado | No hay datos sugestivos de riesgo elevado | |

De Lindenauer GF, et al: Acute Gastrointestinal bleeding. En Wachter RM. Golman L: Hospital medicine. Filadelfia, 2000, Lippincott Williams and Wilkins.

Tabla 4 Enfermedades asociadas

| |
|-------------|
| Renal |
| Hepática |
| Neoplásica |
| Neurológica |
| Pulmonar |

Posterior a la estabilización hemodinámica, la endoscopia es el tratamiento de primera opción, ya que nos proporciona la localización con sensibilidad de 95% y la naturaleza de la causa de sangrado. También nos brinda información pronóstica importante acerca de los riesgos de recurrencia y a la vez que se puede realizar un procedimiento terapéutico durante la endoscopia durante la endoscopia inicial. Por eso, se recomienda realizar la endoscopia al momento del ingreso en todos los pacientes de alto riesgo y dentro de las primeras 12-24 horas de presentación del cuadro, una vez estabilizados hemodinámicamente, en todos los otros casos con HDA aguda ¹⁵.

Clínicamente, dentro de los factores pronósticos adversos para el grupo de pacientes que presenta HDA tenemos ¹⁴⁻²⁴ : Edad mayor de 60 años, presencia de estados médicos de comorbilidad, comienzo de HDA durante la hospitalización por otra causa, presentación del cuadro con inestabilidad hemodinámica, Hemorragia severa (mayor de 1000 ml), aspirado gástrico rojo brillante, presencia de hematoquezia o hematemesis abundante, transfusiones múltiples (mayor de 5U), la necesidad de intervención quirúrgica de urgencia y/o sangrado continuo o recurrente ²⁵.

La principal información sobre el pronóstico viene determinada por la presencia o ausencia de estigmas de hemorragia reciente, el tamaño de la úlcera, la localización de la misma y, en algunos casos, la posibilidad de utilizar ultrasonidos para detectar la presencia de flujo sanguíneo en la superficie ulcerosa ^{14, 24}.

Los estigmas de hemorragia (EH) son características endoscópicas identificables, que proveen información acerca del riesgo de recurrencia y el subsiguiente resultado ²⁴.

Los EH han sido clasificados en orden decreciente en hemorragia activa (en chorro), vaso visible no sangrante, coágulo adherido a la base de la úlcera, mancha pigmentada y base limpia ²⁴.

1.9 ESCALAS DE VALORACIÓN

CLASIFICACION DE FORREST- LAINE

| TIPO | CARACTERISTICAS DE LA HEMORRAGIA | TRATAMIENTO ENDOSCOPICO | RECIDIVA |
|------|---------------------------------------|-------------------------|----------|
| 1a | Hemorragia pulsátil (tipo arterial) | Indispensable | 55% |
| 1b | Hemorragia en capa (venosa o capilar) | Indispensable | 55% |
| 2a | Arteria o vaso visible | Indispensable | 43% |
| 2b | Coagulo adherido | Conveniente | 22% |
| 2c | Lesión pigmentada | Dudoso | 7% |
| 3 | Lesión limpia | No es necesario | 2% |

Laine L: Acute and chronic gastrointestinal bleeding. In Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF (eds): Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management, ed 6. Philadelphia, WB Saunders, 1998, pp 198-219.

Las lesiones clasificadas como 1 y 2 a y b tienen un elevado riesgo de recurrencia de la hemorragia, por lo que es necesario volver a revisar por endoscopia entre 48 y 72 horas después de hacer tratamiento endoscópico ¹⁰.

También el tamaño y la localización de la úlcera son importantes indicadores pronóstico. De hecho, en pacientes con úlceras de tamaño igual o superior a 2cm de diámetro existe una mayor incidencia de re sangrado y mortalidad, con o sin tratamiento hemostático endoscópico. Además las úlceras con tamaño superior a 1cm son más frecuentes en pacientes mayores de 60 años, y es en estas lesiones donde se encuentra con mayor frecuencia signos de sangrado reciente, lo que conlleva una mayor tasa de re sangrado y mortalidad ²⁴.

Existe una mayor tasa de re sangrado para ciertas localizaciones ulcerosas, probablemente por una mayor facilidad de erosionar un vaso de gran calibre²⁴.

1.10 TRATAMIENTO

Clásicamente, el tratamiento médico de estos pacientes ha consistido en la realización de lavados gástricos por sonda nasogástrica y la utilización de fármacos anti secretores, citoprotectores y vasoconstrictores ²⁵.

No existe evidencia de que el lavado gástrico con ningún tipo de fluido ni a ninguna temperatura pueda parar el sangrado o prevenir la recidiva. La práctica del lavado gástrico previo a la endoscopia puede facilitar el trabajo del endoscopista y disminuir la inconformidad del paciente ^{13, 18, 22, 24}.

Fármacos vasoconstrictores y reductores de la secreción ácida, incluyendo vasopresina, prostaglandinas, somatostatina y antagonistas de receptores H₂, han sido utilizados en un intento de reducir la actividad hemorrágica ulcerosa. Sin embargo, la mayoría de los estudios han demostrado que estos fármacos no son eficaces para reducir el sangrado ¹⁸.

La somatostatina es un péptido endógeno que reduce el flujo sanguíneo esplácnico y la motilidad gastrointestinal, inhibe la secreción ácida y puede tener efectos citoprotectores gástricos; es efectiva para controlar la hemorragia por varices esofágicas, pero su eficacia en la HDA no varicosa es incierta ¹⁸.

La farmacoterapia de una HDA va dirigida a mantener el pH gástrico neutro, ya que la acidez tiene un doble efecto desestabilizador del coágulo: provoca disfunción de las plaquetas y activa la pepsina, que desencadena la proteólisis del coágulo. Los inhibidores de la bomba de protones disminuyen la acidez gástrica más que los antagonistas H₂, y por ello podrían ser más efectivos en disminuir el re sangrado ^{18, 26}.

Múltiples estudios con antagonistas de H₂ demuestran que la utilización de estos fármacos no reduce la tasa de resangrado precoz incluso cuando los niveles de pH se mantuvieron por arriba de 7 mediante infusión continua de estos fármacos (21). La recidiva hemorrágica se presentó en el 4.2% de los pacientes tratados con omeprazol y en el 20% de los que recibieron placebo, ($p \leq 0.001$). También disminuyeron significativamente las necesidades de cirugía y transfusión, sin observarse cambios significativos en la mortalidad ^{7, 27}.

Se encuentra indicada la utilización de omeprazol en las 72 primeras horas de la HDA por úlceras para prevenir el re sangrado en los pacientes de alto riesgo ^{26,27}.

Sabemos que hasta el 80% de las lesiones del tubo digestivo alto, dejan de sangrar de manera espontánea, sin embargo si hay hemorragia o estigmas de hemorragia (Lesiones Forrest 1a, 1b, 2a, 2b), se debe hacer un tratamiento que depende de los recursos disponibles ^{7, 27}.

Las técnicas de hemostasia endoscópica tienen un papel primordial en el manejo de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto.

Se pueden clasificar en tres grandes grupos:

1. Inyección de sustancias vasoconstrictoras o esclerosantes: Epinefrina, alcohol, Etanolamina, Cianoacrilato, Polidocanol, trombina y fibrina.
2. Tratamiento con calor (electrocoagulación y sonda de calor): Sondas bipolares, coagulación con argón plasma y microondas.
3. Láser.
4. Técnicas mecánicas: Hemoclips, sutura, ligadura con banda y Endoloop.

En México, se aplica terapia con inyección acompañada o no de alguna modalidad térmica dependiendo de los recursos de cada hospital. Todas estas técnicas endoscópicas disminuyen la tasa de re sangrado, intervención quirúrgica y muerte hasta en 80% de los casos ^{15,27}.

La terapia de inyección endoscópica (TIE), es un técnica útil para detener la hemorragia activa, disminuir significativamente la tasa de recurrencia hemorrágica, y es la modalidad terapéutica preferida en muchos centros por su bajo costo, requerimiento mínimo de equipo y fácil aplicación en situaciones de emergencia.

Diferentes estudios comparativos demuestran que la eficacia de esta técnica no está relacionada con los agentes usados (adrenalina, alcohol absoluto, cloruro de sodio al 0.9%, polidocanol, entre otros) ²⁷.

La terapia por inyección para hemostasia es usada para sangrado por enfermedad ulcerosa péptica, Síndrome de Mallory Weiss y lesiones de Dieulafoy, y por

sangrado posterior a la polipectomía endoscópica, resección de mucosa endoscópica o esfinterotomía ²⁷.

Múltiples inyecciones se aplican alrededor de una úlcera y directamente en el punto de sangrado o vaso visible dentro de la úlcera. Por otra parte, algunos endoscopistas inicialmente aplican en el punto de sangrado.

La epinefrina a una concentración de 1:10,000 es el agente de inyección de elección en los Estados Unidos. Es efectivo para hemostasia. La inyección de epinefrina induce hemostasia por vasoconstricción y agregación plaquetaria. La inyección de epinefrina se realiza en cuatro puntos equidistantes del vaso a una distancia de 1 a 2 mm del mismo y a cada punto de inyección se inyecta con 1-2cc de la dilución y con un volumen total que oscila entre 10-20ml. Con esto se logra hemostasia en 95% de los casos, aunque puede ocurrir re sangrado en 15-20% ²⁸⁻³⁰. Largos volúmenes (> 12ml) son más efectivos que volúmenes pequeños, pero teóricamente estos pueden producir una enorme toxicidad cardiovascular, por los elevados niveles de epinefrina en el suero por más de 20 minutos después de la inyección³². La epinefrina no es recomendada como monoterapia porque cerca del 20% de los pacientes re sangran después de la inyección de epinefrina sola. Es utilizado frecuentemente para aclarar el campo endoscópico antes de terapias ablativas o mecánicas. Los factores de riesgo para el fracaso de esta terapia incluyen sangrado activo, úlceras largas, úlceras proximales gástricas, úlceras posteriores del bulbo duodenal, o coagulopatía significativa³⁰⁻³⁵.

La cirugía se reserva actualmente para aquellos pacientes que persistan con hemorragia a pesar de tratamiento endoscópico y médico adecuado, así como cuando exista recurrencia de la hemorragia. Las indicaciones para manejo quirúrgico son:

- a. Hemorragia masiva
- b. Fracaso de un segundo tratamiento endoscópico
- c. Hemorragia arterial activa que no se controla con el tratamiento endoscópico³⁴⁻³⁶

1.11 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia de tubo digestivo alto no variceal se considera un problema de salud pública tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad, además de constituir un reto diagnóstico y terapéutico en la actualidad para los servicios de Urgencias. Requerir una valoración inicial en la cual se incluya los factores de mal pronóstico e iniciar la reanimación adecuada para estabilizar al paciente, ya que de no efectuar esta valoración y manejo inicial se lleva a una mayor utilización de recursos económicos y humanos (camas, médicos, enfermeras, medicamentos) en muchas ocasiones sin llegar a un diagnóstico preciso por demoras en la atención, por confusión clínica y falta de estudio endoscópico, por consiguiente se disminuye la eficacia del tratamiento, incrementando la mortalidad, así como solicitar el estudio endoscópico complementario para una adecuada estratificación, y manejo optimizando la atención de pacientes críticos.

Ya que en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, no existe hasta la actualidad ningún reporte publicado sobre las causas de sangrado de tubo digestivo alto no variceal, considero de utilidad realizar el presente estudio.

El enfoque de este estudio está dirigido a identificar los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal, así como las causas que lo condicionan para observar el tipo de tratamiento médico ofrecido y el resultado final del proceso.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el perfil clínico y causas más frecuentes que condicionan sangrado de tubo digestivo alto no variceal y tratamiento requerido en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec en el periodo de 10 meses?

HIPOTESIS

El tratamiento realizado en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec para el sangrado de tubo digestivo alto depende de sus causas

OBJETIVO GENERAL

Identificar el Perfil clínico y las causas más frecuentes que condicionan sangrado de tubo digestivo alto no variceal y tratamiento requerido en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec en el periodo de 10 meses

1. 12 MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes que ingresaron al servicio de Admisión Continua en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, en el periodo del 01 de Marzo al 31 de Diciembre del año 2011.

Los criterios de inclusión fueron:

1. De ambos sexos
2. De 18 a 90 años de edad
3. Con características clínicas de sangrado de tubo digestivo alto.
4. Con estudio endoscópico en las primeras 12 a 24 horas.

Criterios de Exclusión:

1. Falta de datos en expediente clínico
2. Con hemorragia por várices esofágicas asociado a hipertensión portal o hepatopatía crónica.

Criterios de Eliminación:

1. Que fallezcan antes de hallar la causa del sangrado del tubo digestivo alto.
2. Aquellos con diátesis hemorrágica o ingesta de anticoagulantes.

1.13 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio es Retrospectivo, observacional, y transversal

1.14 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyen a 35 pacientes a conveniencia

1.15 VARIABLES DEL ESTUDIO.

| Variable | |
|--|--|
| Sangrado de tubo digestivo alto de origen no variceal | |
| Definición conceptual: | Es el conjunto de signos y síntomas secundarios a extravasación de sangre en el aparato digestivo a nivel del tracto gastrointestinal proximal al ángulo de Treitz, cuyo origen no es por várices, en la práctica desde el esófago, el estómago y el duodeno |
| Definición Operacional: | Se identifica por conjunto de signos y síntomas definidos |
| Categoría | Cualitativa |
| Escala de medición | Dicotómica |
| Unidad de medición | Ausente Presente |

| Variable: Comorbilidades asociadas | |
|---|--|
| Definición conceptual: | Enfermedades asociadas |
| Definición Operacional: | Se identifica por un conjunto de signos y síntomas definidos |
| Categoría: | Cualitativa |
| Escala de medición: | Nominal |
| Unidad de medición: | Cardiopatía Enfermedad renal Enfermedad hepática |

| | |
|--------------------------------|--|
| Variable: Tratamiento | |
| Definición conceptual: | Conjunto de procedimientos realizados para realizar hemostasia en sitio de hemorragia. |
| Definición Operacional: | Endoscópico Conservador |
| Categoría | Cualitativa |
| Escala de medición | Dicotómica |
| Unidad de medición | Medico Tratamiento endoscópico. |

1.16 ANALISIS ESTADISTICO

Nuestros datos los concentraremos en el formato ya establecido de la hoja de recolección de datos, realizando tablas y graficas por medio del programa excel, y se determinarán con medidas de tendencia central.

1.17 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Actividad | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene |
|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Recolección de Información | - | - | | | | | | | | | |
| Análisis de información | - | - | | | | | | | | | |
| Recolección de datos | | | - | - | - | - | - | | | | |
| Interpretación de datos | | | | | | | | - | - | | |
| Informe | | | | | | | | | | - | - |

1.18 PROCEDIMIENTO:

- Al identificar un paciente con criterios de ingreso la ruta crítica será:
- Se recabaran sus datos, de forma indirecta y del formato de nota de ingreso
- Se tomaran antecedentes personales e historial clínico
- Se realizara en conjunto determinación de biometría hemática así como tipe y cruce de concentrados eritrocitaros y se solicitara realizar estudio endoscópico
- Finalizara la participación del paciente

1.19 ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Recursos humanos: El Investigador responsable y médico residente del servicio de Urgencias

Recursos materiales: Papelería como hojas, lápices, goma, bolígrafo, computadora, programa estadístico proporcionado por el investigador sin recursos financieros proporcionados por la institución, paciente u otra organización externas.

Factibilidad: Se considera un estudio factible ya que se cuenta con el acceso al paciente y al expediente clínico del hospital y la facilidad de tomar estudios en el área de urgencias así como el realizar

1.20 ASPECTOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no implica ningún riesgo para los pacientes dado que solo se toman datos del expediente clínico. Tomamos en cuenta a la Declaración de Helsinki y buenas prácticas médicas. El estudio se lleva a cabo posterior a ser aceptado por el Comité de Ética y el Comité de Investigación hospitalarios.

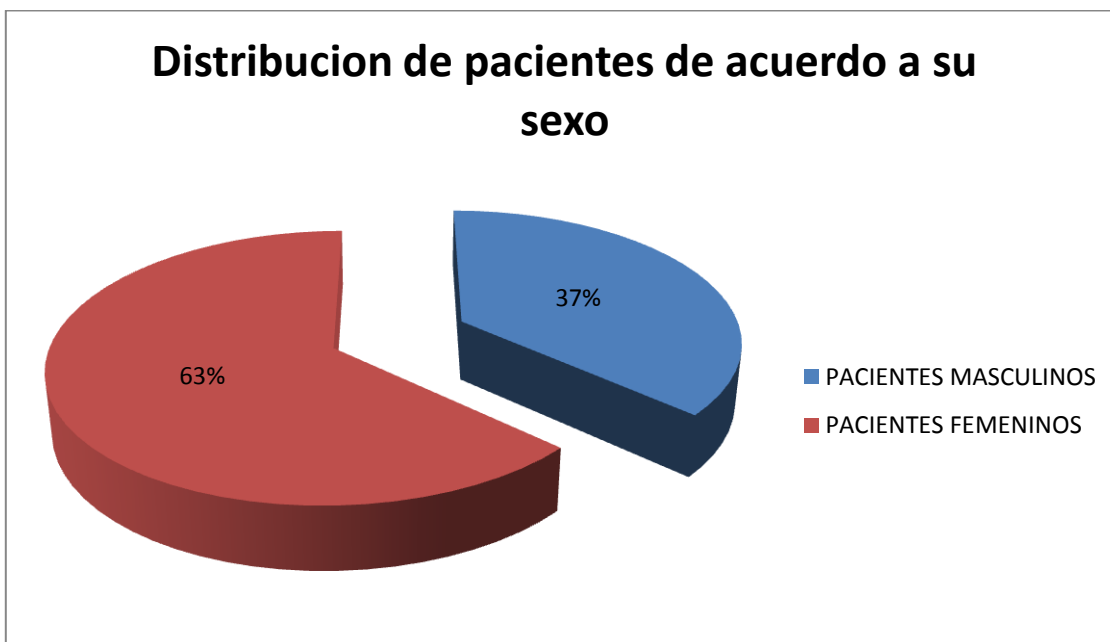
2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En nuestro estudio se incluyeron a 112 pacientes que acudieron al servicio de urgencias por hemorragia de tubo digestivo pero se excluyeron a 82 pacientes dado que presentaron hemorragia del tubo digestivo bajo, por lo que finalmente se ingresaron 30 pacientes de los cuales 11 fueron del sexo masculino y 19 del sexo femenino como lo observamos, en la tabla 1 y gráfica 1.

Tabla 1. *Pacientes que acudieron al servicio de urgencias por hemorragia de tubo digestivo alto de origen no variceal, distribución por genero.*

| | Genero |
|------------------|--------|
| Masculino | 11 |
| Femenino | 19 |

Grafica 1. *Relación de los pacientes en el estudio de acuerdo al sexo.*



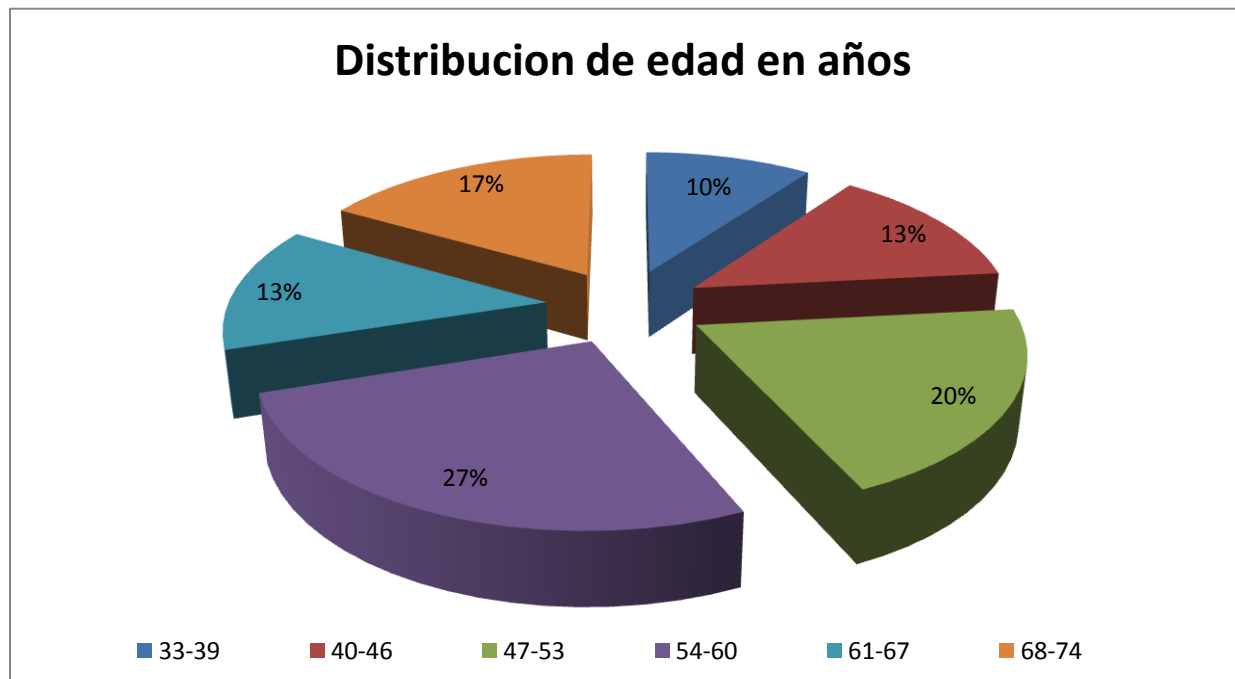
Se realizo una distribución por edad de los pacientes con diagnostico de hemorragia de tubo digestivo alto de origen no variceal, dentro de los cuales encontramos que para el rango de edad comprendido entre 33 a 39 años se tuvo un 10%, para el rango de 40 a 46 años se obtuvo un 13 %, para el rango de 47 a 53 años 20%, para el rango de 54 a 60 años un 27%, para el rango de 61 a 67

años un 13 % y para el rango 68 a 74 años se tuvo un 17% por lo que observamos un 47 % del total de pacientes dentro de los rangos de edad que van de 47 a 53 años y de 54 a 60 años como se observa en la tabla 2 y grafica 2.

Tabla 2. *Pacientes con diagnostico de hemorragia de tubo digestivo alto de origen no variceal, por edad.*

| F. Absoluta | |
|--------------|-----------|
| 33-39 | 3 |
| 40-46 | 4 |
| 47-53 | 6 |
| 54-60 | 8 |
| 61-67 | 4 |
| 68-74 | 5 |
| TOTAL | 30 |

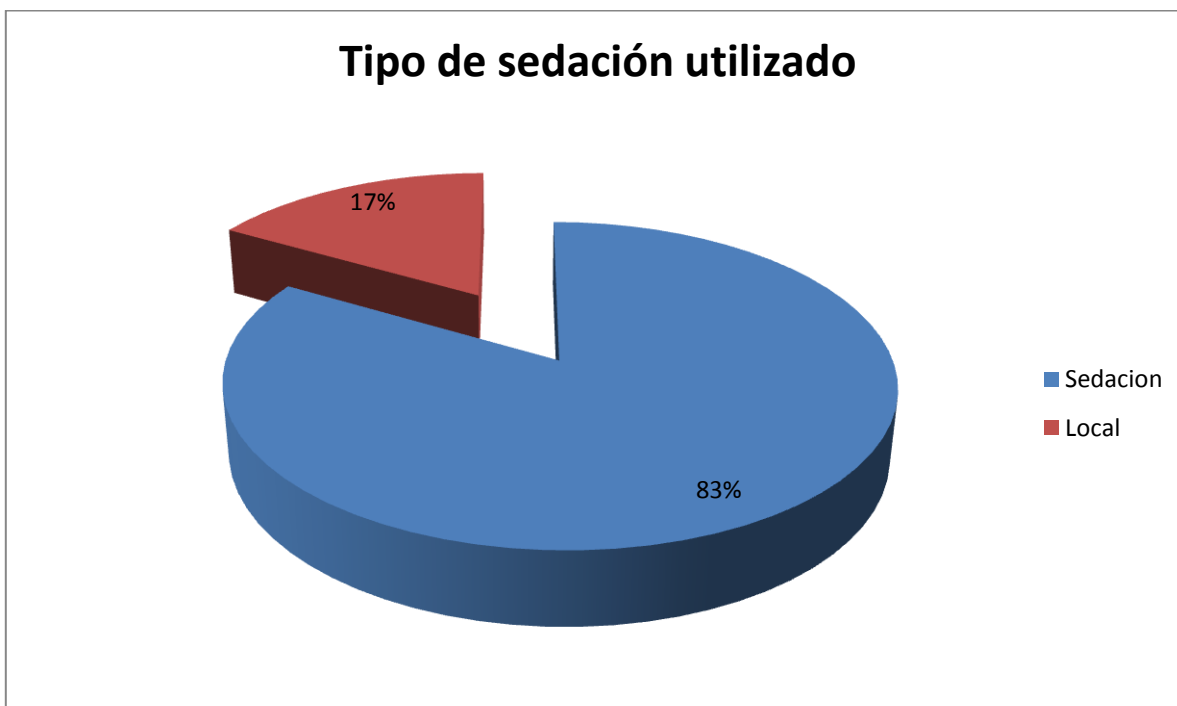
Grafica 2. *Pacientes con diagnostico de hemorragia de tubo digestivo alto de origen no variceal de acuerdo a edad.*



De acuerdo a los resultados concluimos que la Mediana de la población es de 55.1 años, la Mediana 56 años y la moda 57 años.

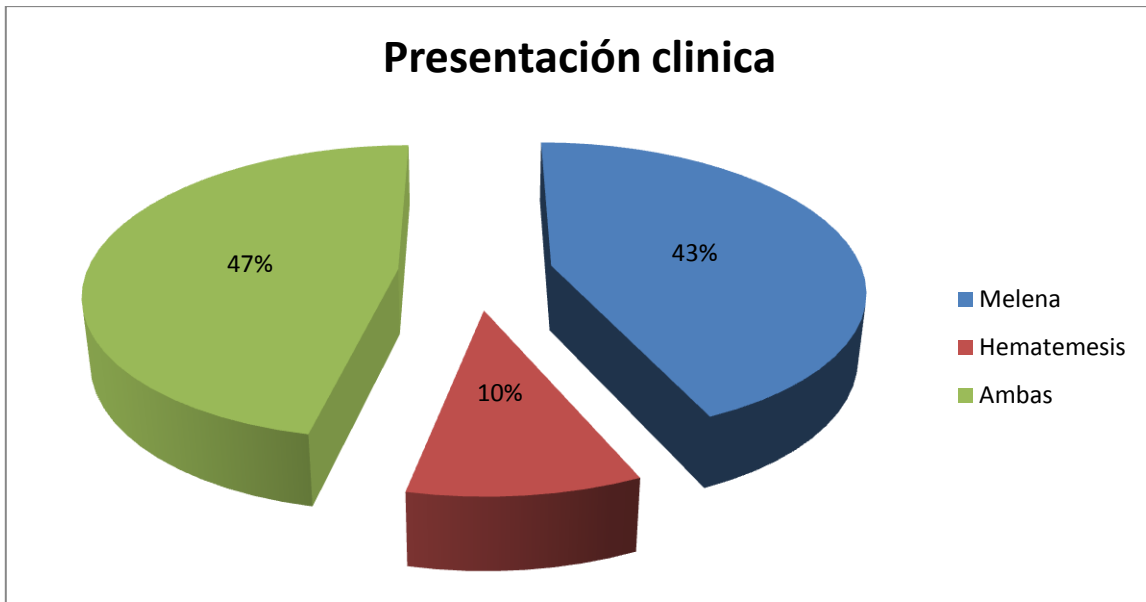
A los pacientes de este estudio les fue realizado el procedimiento endoscópico, a 83% con sedación correspondiendo a 25 pacientes y se opto por realizarse anestesia local para procedimiento endoscópico a 16.6 % de los pacientes correspondiendo esto a 5 pacientes, lo cual puede apreciarse en la grafica 3

Grafica 3. Tipos de anestesia empleados para realización del procedimiento endoscópico.



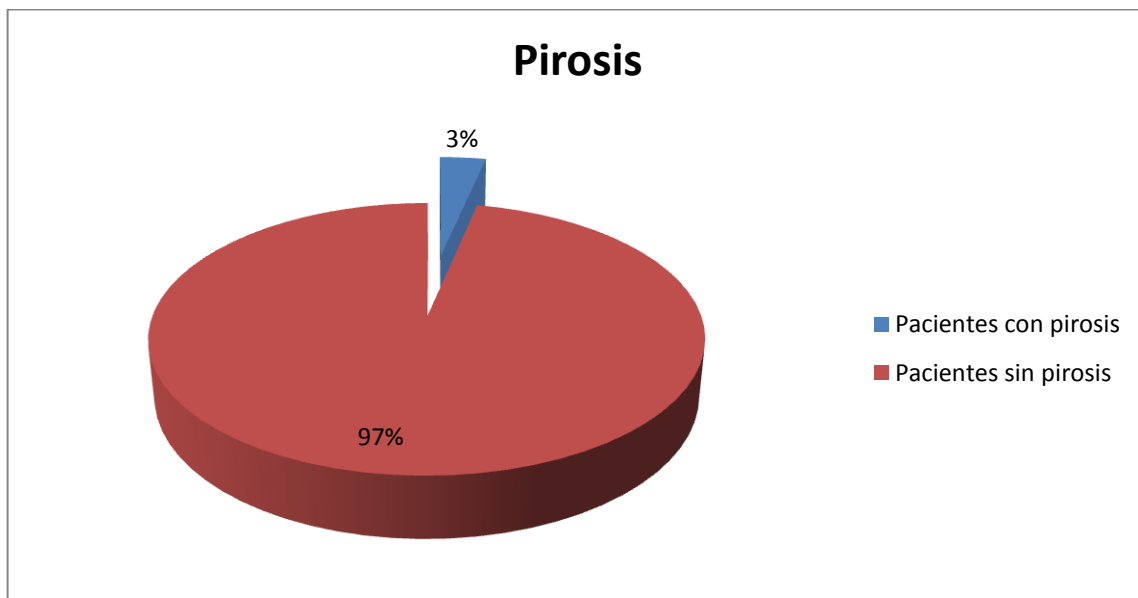
En los reportes de pacientes analizados, se encontró que el dato clínico que los hizo acudir al servicio de Urgencias fueron los hallazgos de melena en 43% y la presencia de hematemesis en 10%, de estos pacientes acudieron a valoración ya que presentaban tanto melena y hematemesis correspondiendo a un 47%.

Grafica 4. *Presentación clínica de ingreso al servicio de Urgencias.*



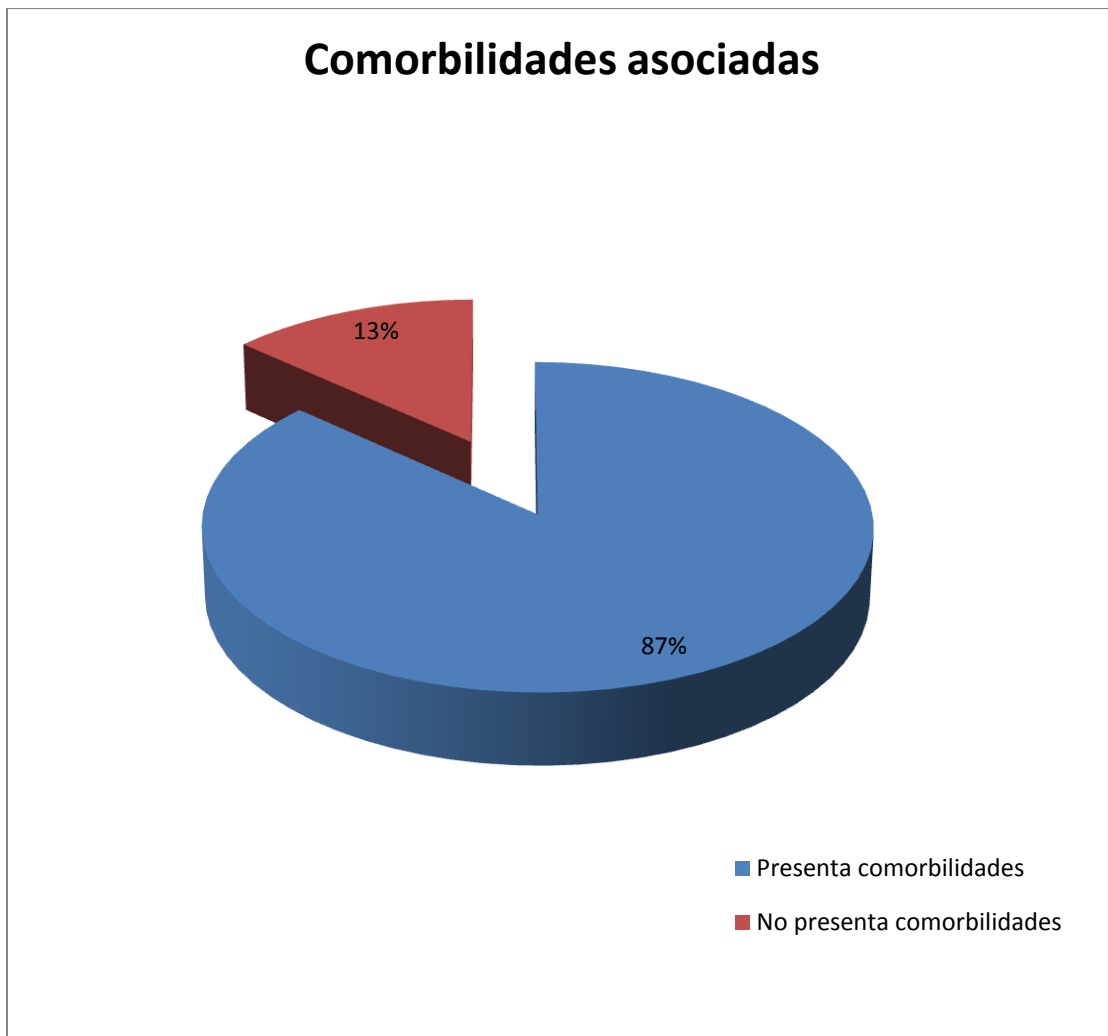
De los 30 pacientes ingresados al estudio, hubo un paciente el cual acudió a valoración ya que el único síntoma que presentó fue pirosis.

Grafica 5. *Sintomatología de ingreso a la unidad de urgencias*



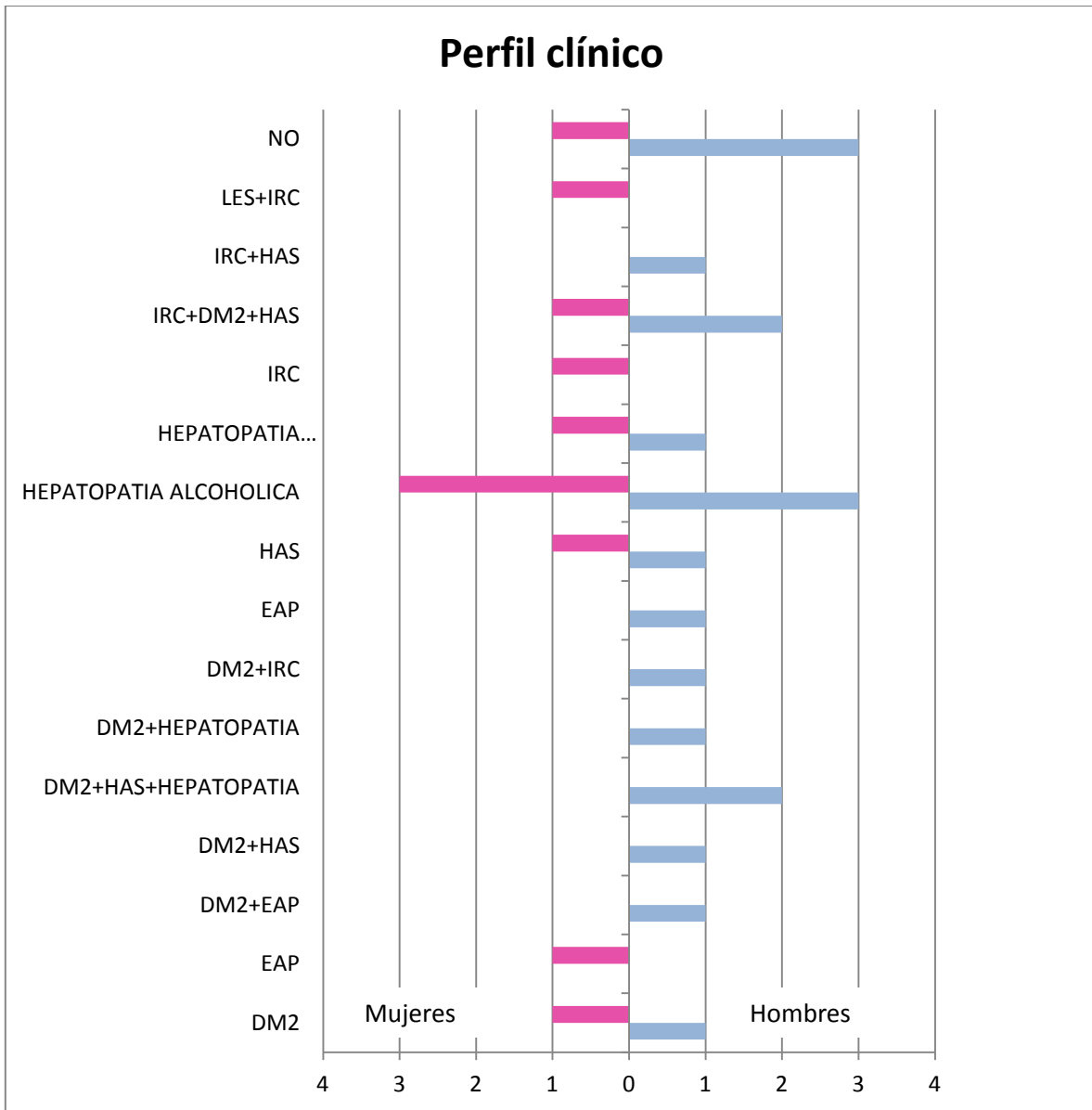
De los 30 pacientes el 13 % de estos no presentó comorbilidades, sin embargo el 87% de los estudiados presentó por lo menos 1 o más comorbilidades como se evidencia en la siguiente grafica.

Grafica 6. *Pacientes los cuales presentan comorbilidades*



Es de reconocer que el servicio de Urgencias en el 100% de los pacientes iniciaron tratamiento adecuado de acuerdo a la presentación clínica del paciente, el cual incluyo una evaluación inmediata e inicio de maniobras de reanimación de acuerdo a lo recomendado por Lanas Angel ¹, sin embargo solo en un 45% se encontró la valoración de escalas pronosticas en la hoja de ingreso.

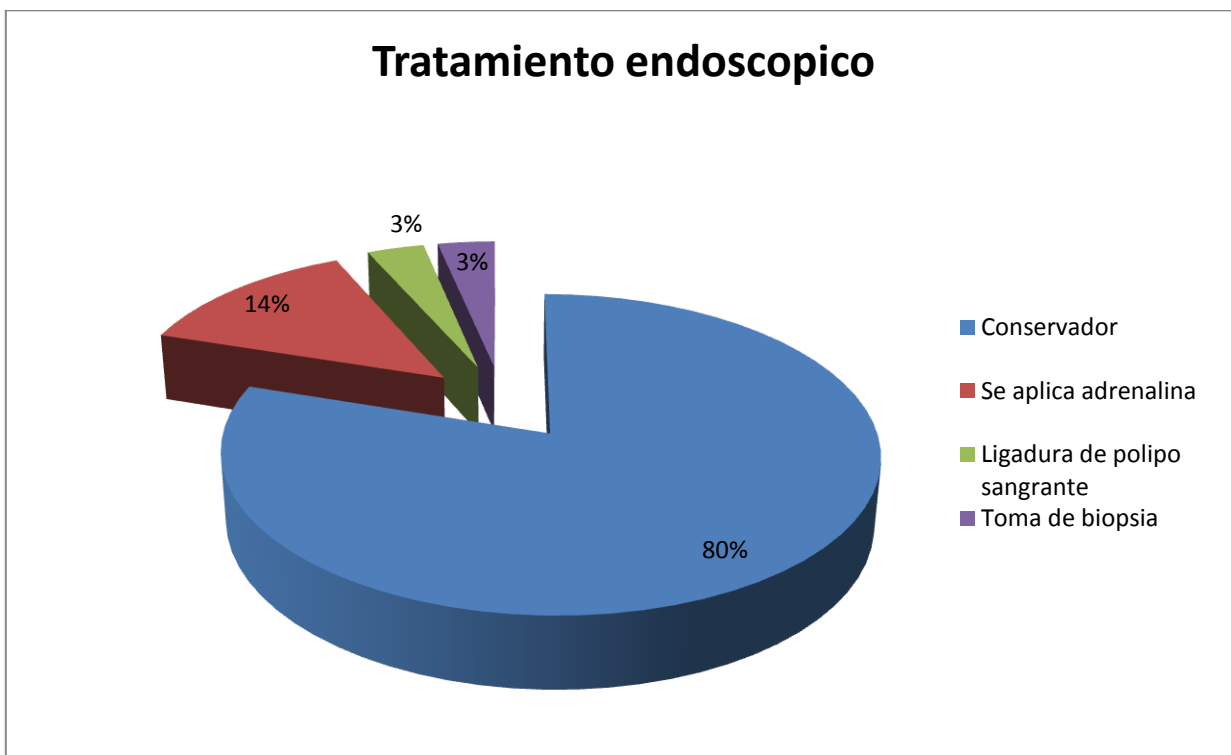
Grafica 7. Perfil clínico de los pacientes estudiados



De los pacientes estudiados con sangrado de tubo digestivo alto de origen no variceal solamente 4 no presentaban patologías asociadas, sin embargo, 26 de los paciente presentaron por lo menos 1 patología agregada, 13 de los pacientes estudiados presentaron alguna patología hepática, en11 pacientes se encontró asociación con Diabetes Mellitus tipo 2, en 6 pacientes se identifico Enfermedad Renal Crónica asociada y solo en 1 paciente se asocio enfermedad autoinmune y en otro paciente enfermedad endocrina.

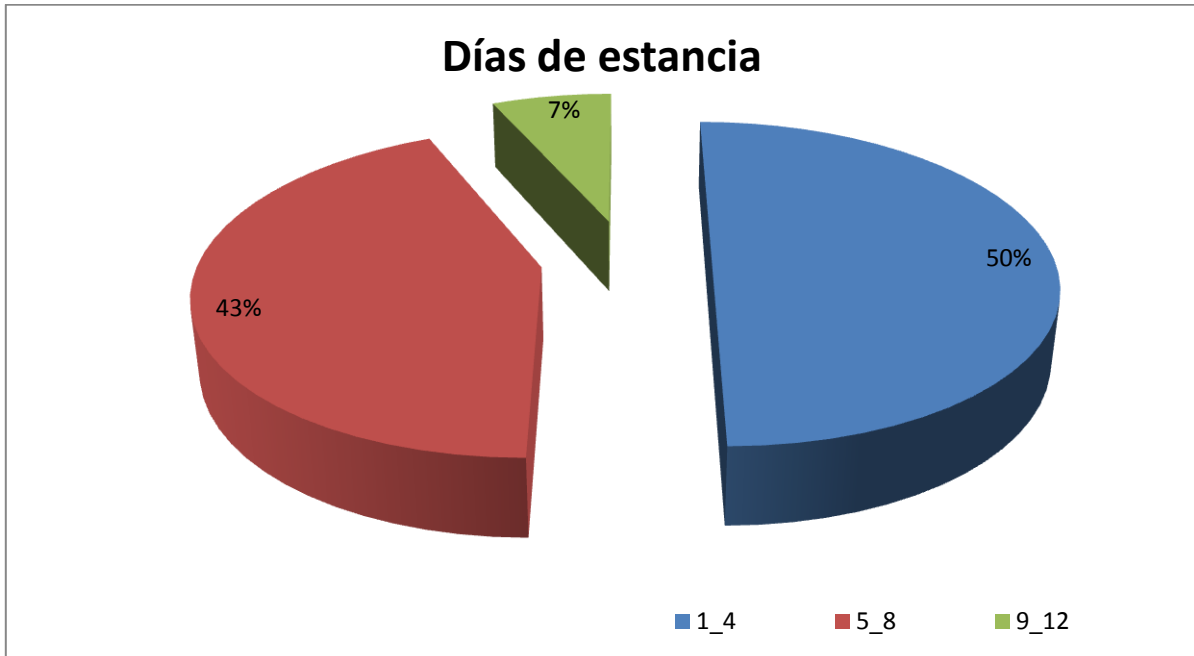
El tratamiento de los pacientes realizado posterior a los hallazgos endoscópicos fue 80% conservador únicamente con medicamento intravenoso, a 14% se les aplicó adrenalina, a 3% se les realizó ligadura de pólipo sangrante y a otros 3% únicamente se realizó toma de biopsia ya que no se evidenciaba datos de sangrado al momento de realizar endoscopia.

Grafica 8. Distribución de tratamientos realizados



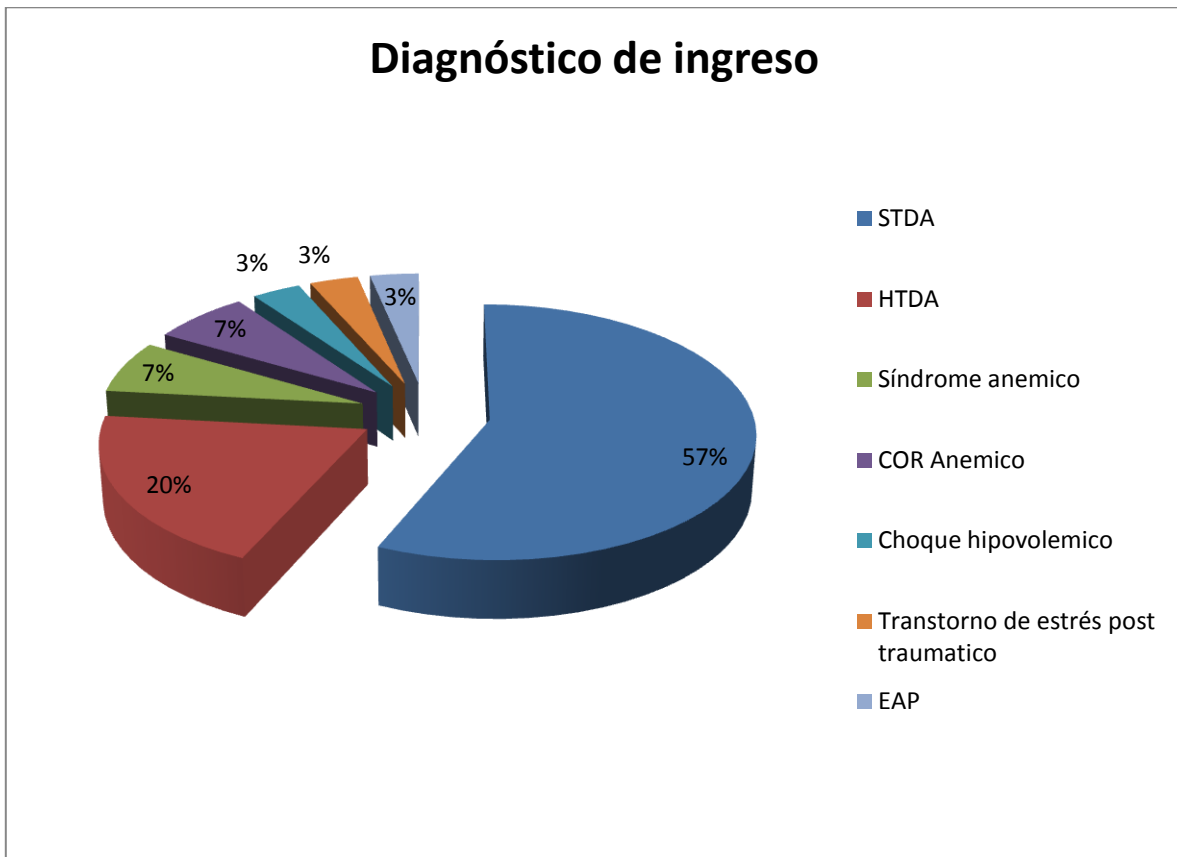
De los pacientes estudiados, se reporta una media de días de estancia intrahospitalaria fue de 4.5 días, teniendo entonces que los pacientes estudiados por hemorragia de tubo digestivo alto permanecieron en el servicio de urgencias por un periodo comprendido de 1 a 4 días 50 % de nuestra población estudiada, una estancia de 5 a 8 días en 43% y una estancia de 9 a 12 días un 7% de la población como se observa en la grafica 9.

Grafica 9. Representa días de estancia intrahospitalaria en el servicio de Urgencias para el grupo de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto



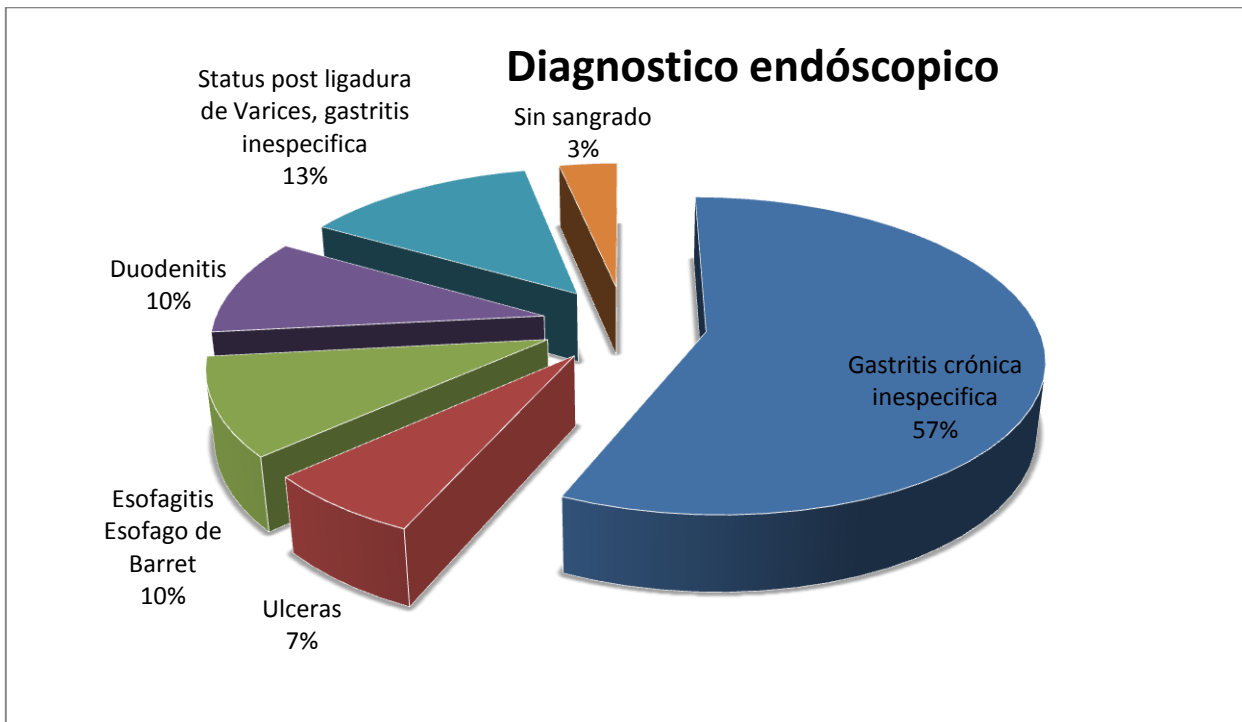
Dentro de nuestra población estudiada se tiene que los diagnósticos consignados en el expediente como Diagnóstico de ingreso fueron en orden de importancia, sangrado de tubo digestivo alto 57%, hemorragia de tubo digestivo alto 20%, síndrome anémico 7%, Cor anémico 7%, Choque hipovolemico 3%, y enfermedad ácido péptica y trastorno por estrés postraumático presentan 3% cada uno, como se observa en la siguiente grafica, cabe destacar que todos los diagnósticos de ingreso se encuentran relacionados de manera directa con las manifestaciones de hemorragia digestiva, excepto trastorno por estrés postraumático el cual no se encuentra directamente relacionado de forma directa con hemorragia de tubo digestivo.

Gráfica 10.- *Diagnosticos de ingreso a servicio de Urgencias*



De los pacientes estudiados de acuerdo al diagnóstico endoscópico los hallazgos fueron los siguientes, gastritis atrófica 57 % con ulcera el 7%; esofagitis el 10%; un 10% duodenitis un 10%. En 13% de los pacientes, se detectó estatus post ligadura de varices y datos de gastritis sangrado de tubo digestivo por lo tanto se confirmó en un 97 % de origen variceal con presencia de gastritis inespecífica 13% y solo 3% de los pacientes estudiados no presentaron datos de sangrado pese a haber referido antecedente de HTDA.

Grafica 11.- Resultados de estudio endoscópico



En el 100% de los pacientes la endoscopia fue realizada antes de 24 horas posteriores a su ingreso permitiendo con esto cumplir con las recomendaciones internacionales.

Los pacientes que fueron estudiados presentaron tratamiento inicial con inhibidores de la bomba de protones antes de la endoscopia, reduciendo con ello la frecuencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo y por lo tanto la necesidad de terapia endoscópica, sin que esto retrasara, la indicación de endoscopia.

2.1 DISCUSION

La hemorragia de tubo digestivo alto de origen no variceal sigue siendo una causa importante de morbilidad como se documenta en nuestro estudio, lo cual es compatible con los reportes de Lanas ¹

En nuestro estudio hallamos como causa más frecuente del sangrado del tubo digestivo alto a la Gastritis atrófica inespecífica, en un 57%, esto difiere de lo reportado en la literatura como lo establecido por Charles B⁵ quién halló un 10-15% de esta causa en su estudio, probablemente debido a que la población estudiada presenta otros hábitos alimentarios, además de que el estudio de referencia se basa en una población anglosajona.

El estudio se encontró compatible a lo reportado por Feu ³ en donde el encuentra una mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta concentrada en pacientes de edad avanzada con enfermedades asociadas siendo los principales factores determinantes, dentro de los pacientes estudiados, presentan menor comorbilidades las pacientes de sexo femenino en comparación al sexo masculino, el 86% de la población estudiada presento comorbilidades, siendo las más frecuentes asociadas a enfermedades hepáticas 13 pacientes, asociada a Diabetes Mellitus 11 pacientes, asociadas a enfermedad renal crónica e hipertensión 6 pacientes, se encontró que los pacientes de sexo masculino son los más afectados por patologías asociadas.

De acuerdo a la presentación clínica de ingreso difiere de lo reportado por la literatura ya que el diagnostico de ingreso es reportado en primer lugar con datos de choque hipovolemico, sin embargo en un 20% de los pacientes que fueron ingresados solo se documentó dicho diagnostico ⁵.

Los tratamientos realizados en la población estudiada se encuentran avalados, por los diferentes estudios principalmente Lanas ¹, el estudio que se realizó en la población mexicana del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec demuestra que la etiología de la hemorragia de tubo digestivo alto de origen no variceal se encuentra directamente relacionada con el tratamiento otorgado a los pacientes. Dentro de la terapéutica establecida para hemorragia de tubo digestivo alto de

origen no variceal se encontró que en un 80 % se realizó un tratamiento conservador sin requerir algún otro procedimiento terapéutico endoscópico como ya se había documentado en estudios realizados por Charles ⁵, en 1 solo paciente se aplicó vasoconstrictor local con resultado satisfactorio, y por los hallazgos endoscópicos con alta sospecha de presentar Esofago de Barret se realizo toma de biopsia, sin presentar complicaciones secundarias a las mismas, por lo que se determinó que el tratamiento empleado en los pacientes se encontró directamente relacionado a su patología en el servicio de urgencias del CMIE.

2.2 CONCLUSIONES

La hemorragia de tubo digestivo alto de origen no variceal es una patología que se presenta muy frecuentemente en los servicios de urgencias, siendo relevante el diagnóstico oportuno en el primer contacto, motivo por el cual se desarrollan diversas estrategias para valorar de forma inicial así como dar tratamiento oportuno por los hallazgos en esta investigación, pese a que recientemente se han producido avances importantes en el tratamiento de la hemorragia digestiva por lo que se debe continuar aplicando una estratificación al ingreso en las áreas de urgencias, unificar criterios poniendo mayor atención a los pacientes con comorbilidades, ya que estas condiciones representan un incremento en el riesgo de complicaciones inherentes a su patología de base, asociándose por supuesto a una terapéutica adecuada, así como estratificar el riesgo de re sangrado de acuerdo a los reportes endoscópicos, sin que esto retrase el tratamiento.

2.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A; Primer consenso español sobre el manejo de la hemorragia digestiva por ulcera peptica. *Med Clin (Barc)*. 2010;135 (13) :608-616.
2. Barkun AN, Bardou M, Martel M, Gralnek IM, Sung JJ. Prokinetics in acute upper GI bleeding: A meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2010;72: (23) 1138–45.
3. Feu F, Brullet E, Calvet X. Recomendaciones para el diagnostico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;Feb; 26 (2):70-85.
4. Vreeburg EM, Snel P, De Bruijne JW. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area: incidence, diagnosis, and clinical outcome. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: (45) 236-43.
5. Ferguson Charles , MB, Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Standard and New Treatment. *Gastroenterol Clin N Am* 34 (2005); 2 607–621
6. Gralnek , Ian, MD, MSHS, Barkun N, Alan, MD. 2008. Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med* 2013 ; 368 (2) : 11- 21
7. Wierzchowski Pawel, Dabrowiecki Stanislaw, Wojciech Szczesny, Jakub Szmytkowski. Nonvariceal upper Gralnek gastrointestinal tract bleeding – risk factors and the value of emergency endoscopy. *Arch Med Sci* 2013; 9(5): 843–848
8. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C. Analysis of 3294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gas- troenterol* 1995; (5)90: 568-73.
9. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Gastroin- test Endosc* 1990; 36(Suppl.) (11): S8-S13.
10. Czernichow P, Hochain P, Nousbaum JB, et al. Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal hemorrhage in four French geographical areas. *Eur J GastroenterolHepatol* 2000; (1) 12: 175-81.

11. Vreeburg EM, Snel P, De Bruijne JW, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area: incidence, diagnosis, and clinical outcome. *Am J Gastroenterol* 1997; 92(4): 236-43.
12. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal hemorrhage in the United Kingdom. *BMJ* 1995(69); 311: 222-6
13. Hreinsson Johann P, Evangelos Kalitzakis. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2013; (48): 439–447
14. Leclaire S., Di Fiore F, Merle V., MD, et al Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients With Liver Cirrhosis and in Noncirrhotic Patients Epidemiology and Predictive Factors of Mortality in a Prospective Multicenter Population-Based Study. *J ClinGastroenterol* 2005;39:321–327.
15. Maldonado Urias M., Almeda Valdez P., Lizardi-Cervera J., et al. Hemorragia de tubo digestivo alto. Experiencia en el hospital Médica Sur Revista de Investigación Médica Sur, México Vol. 15, núm. 3, Julio-Septiembre 2008
16. Feina F., Webera A., Kocha S., Festoua N., Dupont-Gossarda A.C., et al The prognosis of patients having received optimal therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding might be worse in daily practice than in randomized clinical trials. *EuropeanJournal of Gastroenterology&Hepatology* 2010, 22:361–367
17. Ramírez J.V., Uc Contreras J., Tenorio Flores C., et al. Tratamiento endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal en el Hospital General de México, O.D Endoscopia 2008; 20 (2): 102-109
18. Gómez Herrera W. Manejo inicial del Sangrado Digestivo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*. 2008 (586), 3; 341-350 36
19. Di Fiorea F, Leclairea S., Merleb M., et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French

- study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2005, 17(2):641–647
20. Elmunzer B.J., Inadomi J.M., and Elta G.H. Risk Stratification in Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2007;41(1):559–563
 21. Barkun A, Bardou M, Marshall J.K. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding *Ann Intern Med.* 2010;152 (12):101-113.
 22. Thomopoulosa K.C., Vagenasb K.A., Vagianosb C.E., Margaritisa V.G., et al Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2004, 16 (25):177–182
 23. Martins N.B. and Wassef W. Upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2006, 22 (3):612–619
 24. Chen I., Hung M, Chiu T, et al Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding *American Journal of Emergency Medicine* (2007) 25,(5) 774–779.
 25. Kim B., Kyung Park M., Kim S., et al. Comparison of Scoring Systems for the Prediction of Outcomes in Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: A Prospective. *Study Dig Dis Sci* (2009) 54(3):2523–2529
 26. Ch'ng C. and Jeremy G. C. Kingham Scoring systems and risk assessment for upper gastrointestinal bleeding *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2001, 13:1137-1139
 27. Adamopoulos A. B., Baibas N. M., Efstathiou S. P., et al. Differentiation between patients with acute upper gastrointestinal bleeding who need early urgent upper gastrointestinal endoscopy and those who do not. A prospective study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2003, 15(11):381–387
 28. Scott D. Lee, and David J. Kearney. A Randomized Controlled Trial of Gastric Lavage Prior to Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2004;38(16):861–865

29. Lin P., Chang C., Hsu P., et al. The efficacy and safety of proton pump inhibitors vs histamine-2 receptor antagonists for stress ulcer bleeding prophylaxis among critical care patients: A meta-analysis. *Crit Care Med* 2010 Vol. 38, No. 4 : 3-4
30. Lau J.Y., Sung J.J., Yung M.Y. et al Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *N. Engl. J. Med* 2002; 343 (2): 310-316.
31. Kettenhoten W. Hemorragia no variceal. *Rev Gastroenterologia Mex* 2004; Vol 69, Supl 3.
32. Feu F., Brullet E., Calvet Y., et al Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterologia Hepatol* 2003; 26 (2): 70-85.
33. Cappell M., Friedel D., Initial Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: From initial evaluation up to Gastrointestinal Endoscopy. *Med Clin N Am* 2008, 92 (4): 491-509.
34. Cappell M., Friedel D., Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Endoscopic Diagnosis and Therapy. *Med Clin N Am* 2008, 92(6): 511-550.
35. Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, Farrar JT, Strom BL. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of non-steroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(2):2540–2549
36. Solís-Galindo FA, Téllez-Hernández A, Salas-Pérez SM. Etiología de la hemorragia de tubo digestivo alto en México: análisis de más de 4000 casos. *Revista de Salud Pública y Nutrición* 2003; Edición especial 2.
37. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med.* 2010;152: 101-13.

ANEXOS

**RECOLECCIÓN DE DATOS PARA ESTUDIO RETROSPECTIVO HTDA NO
VARICEAL**

Nombre: _____ **Edad:** _____

Clave ISSEMYM _____ **Género:** _____

Diagnóstico de ingreso. _____

Datos clínicos de ingreso:

Melena _____ hematemesis _____ ambas _____

Comorbilidades asociadas SI NO

Diagnostico endoscópico: _____

Resultado del diagnóstico endoscópico: _____

Tratamiento endoscópico: _____

Complicaciones: _____

Falleció: SI: _____ NO: _____

Hemotransfusión: SI : _____ NO : _____

Número de concentrados: _____ plasmas: _____

Días de estancia: _____

| | ALTA | BAJA |
|-----------------------|------------------------|----------------------------|
| Forma de presentación | Hematemesis y/o melena | Hematoquecia o rectorragia |
| Aspirado nasogástrico | Hemático | Claro |
| Urea | Elevada | Normal |
| Ruidos intestinales | Aumentados | Normales |