



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No.1
“DR. ALFONSO MEJIA SCHROEDER”**

TESIS:

**PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO
DETECTADAS POR MEDIO DE ENDOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No. 1 PACHUCA**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO
KAREN MANTILLA MONTIEL**

**BAJO LA DIRECCION DE:
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ
MÈDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**DR. RAUL CONTRERAS OMAÑA
MEDICO HEPATOLOGO Y GASTROENTEROLOGO
ASESOR CLINICO, METODOLOGICO Y UNIVERSITARIO**

**PERIODO DE LA ESPECIALIDAD
2012-2015
PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.**

R-2014-1201-12

De acuerdo con el artículo 77 del Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza para su impresión la Tesis titulada

"Principales causas de hemorragia de tubo digestivo alto detectadas por medio de endoscopia en el Hospital General de Zona no.1 Pachuca"

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIAR, QUE SUSTENTA EL MEDICO CIRUJANO:

KAREN MANTILLA MONTIEL

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, ENERO 2016.

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA UAEH

M.C. ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

M.C. ESP. NORMA PATRICIA REYES BRITO
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCON
PROFESOR UNIVERSITARIO
ASESOR UNIVERSITARIO

DR. RAÚL CONTRERAS OMAÑA
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA GRESS MARISSSELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL DELEGACION IMSS EN HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MEDICO DE
EDUCACION EN SALUD
DELEGACION IMSS EN HIDALGO

DRA. GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICA
DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION IMSS EN HIDALGO

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No.1 DEL IMSS
PACHUCA, HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD HOSPITAL GENERAL
DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.1 DEL IMSS
PACHUCA, HIDALGO

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR, IMSS PACHUCA, HIDALGO

DR. RAÚL CONTRERAS OMAÑA
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO

The block contains several official stamps and handwritten signatures. At the top right is a large blue ink signature. Below it is a circular stamp of the 'Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo' with the text 'Instituto de Ciencias de la Salud' and 'Educación de Posgrado'. In the center is a rectangular stamp of the 'INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL' with the text 'H.G.Z.M.F. No. 1 PACHUCA, HGO' and 'DIRECCION'. To the right of this stamp is a signature in blue ink that reads 'K. Mantilla Montiel'. Below the IMSS stamp is another signature in blue ink. At the bottom right is a large blue ink signature that appears to be 'R. Contreras Omaña'. There are also some faint, illegible signatures and marks scattered throughout the right side of the page.

DEDICATORIA

A DIOS: Por haberme dado el don de la vida, por estar siempre a mi lado, por haberme dado fortaleza en los momentos de debilidad, por haberme permitido seguir adelante, y brindarme una vida llena de experiencias y sobre todo felicidad.

A Flor MI MADRE: Por ser mi guía, mi fortaleza, por enseñarme a ser mejor cada día, gracias a su dirección, comprensión y apoyo en todos los momentos difíciles. Sobre todo por un ser un excelente ejemplo de vida. **TE AMO!!!!**

A Raúl.... MI PADRE: que aunque ya no se encuentre con nosotros físicamente, me dio fortaleza para seguir adelante, me animo en todo momento. Siempre estará presente en mi corazón.

A Yazmín... MI HERMANA: por apoyarme en aquellos momentos de necesidad afectiva, profesional, por ser un ejemplo fiel de estudio y dedicación. Una gran persona con la que he compartido grandes momentos de tristeza y felicidad.

A ti Ulises.... Por ser una persona muy importante en mi vida, por haberme apoyado incondicionalmente. Por el amor, paciencia y motivación que siempre me diste para seguir adelante. **TE QUIERO**

A Jatziry y Jessica... MIS AMIGAS y compañeras de la residencia HGZ no. 1 Pachuca por todo ese tiempo que vivimos juntas, por todos sus consejos y toda la confianza que depositaron en mí.

A todos mis compañeros... de servicio social HR 36 Tlacolula Oaxaca: **Irene, Sandy, Luis**, por todos los hermosos momentos que vivimos juntos.

A todos aquellos médicos de Hgz no.1 Pachuca que me apoyaron para mi aprendizaje, con los que compartí muchos momentos de cansancio, sueño, angustia y felicidad. Llegaron a ser más que mis adscritos mis amigos. Me los llevo en el corazón...

Dr. Raúl Contreras Omaña

Muchas Gracias.....Por todos aquellos conocimientos recibidos

¡¡POR SER UNA GRAN PERSONA Y PROFESIONAL DE LA SALUD!!

A MIS PACIENTES..... que han sido para mí la mejor enseñanza.

ÍNDICE

I. RESUMEN ESTRUCTURADO.....	3
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. JUSTIFICACIÓN.....	15
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	18
VI. HIPOTESIS.....	18
VII. MATERIAL Y METODOS.....	19
Tipo de estudio.....	19
Criterios de selección.....	20
Definición de Variables.....	21
Descripción general del estudio.....	24
a) Recursos, financiamiento y factibilidad del estudio.....	25
VIII. ASPECTOS ÉTICOS.....	26
IX. RESULTADOS.....	28
X. DISCUSIÓN.....	36
XI. CONCLUSIÓN.....	38
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
XIII. ANEXOS.....	43

**PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO
DETECTADAS POR MEDIO DE ENDOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No. 1 PACHUCA.**

IDENTIFICACION DE INVESTIGADORES

Nombre: Karen Mantilla Montiel

Residente de tercer año

Adscripción: Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 “Federico Schroeder”

Domicilio: Av. Madero número 405 Colonia Nueva Francisco I. Madero, Pachuca Hidalgo.

Teléfono: 7712406168

Matricula: 99137112

Correo: allitnerak@hotmail.com

Nombre: Raúl Contreras Omaña

Especialista en Gastroenterología/ Hepatólogo

Adscripción: Medico no familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1
“Federico Schroeder”

Domicilio: Av. Madero número 405 Colonia Nueva Francisco I. Madero, Pachuca Hidalgo.

Teléfono: 7712023774

Matricula: 99135667

Correo: rulofofo@gmail.com

I. RESUMEN

TITULO: “Principales causas de hemorragia de tubo digestivo alto detectadas por medio de endoscopia en el Hospital General de Zona No.1 Pachuca”.

ANTECEDENTES:

La hemorragia de tubo digestivo data de antiguos manuscritos chinos aproximadamente del año 2,600 A.C. Se han encontrado registros procedentes del año de 1,500 AC, en algunos papiros egipcios que incluyen una descripción de la pérdida sanguínea. El papiro de Ebers (1,550 A.C.) sugiere que se conocían los síntomas de la úlcera péptica y las complicaciones de la hemorragia. Es importante mencionar que por centurias y décadas la hemorragia de tubo digestivo alto ha sido un padecimiento frecuente que demanda una atención médica urgente, que de no tener una actuación oportuna pone en peligro la vida del paciente, asimismo es de vital importancia la realización de una endoscopia, la cual nos ayudará a poder visualizar la superficie de la mucosa del esófago, estómago y duodeno y establecer la causa y/o el origen de la misma. Desafortunadamente y pesar del alto número de pacientes con sangrado de tubo digestivo alto que se registra día a día en cada uno de los hospitales de los servicios de salud del país, en la actualidad no se encuentran registros o se documentan estadísticas sobre algún estudio y/o fuente bibliográfica que nos refleje la magnitud del problema, las causas principales que se detectan por medio de un tamizaje adecuado y prevención de sus complicaciones. Es por ello que se decide realizar el siguiente estudio de investigación. ⁽¹⁾

OBJETIVO: Determinar cuáles fueron las principales causas de Hemorragia de Tubo Digestivo Alto detectadas por vía endoscópica en el Hospital General de Zona No.1 Pachuca, en el periodo comprendido de enero 2009- diciembre 2013.

MATERIAL Y METODOS: Es un estudio Transversal, Retrolectivo, Observacional y descriptivo, que incluye a pacientes con Hemorragia de Tubo Digestivo Alto que cuentan con endoscopia diagnóstica con sede en Hospital General de Zona No.1 Pachuca Hidalgo del 01 de enero de 2009 al 31 diciembre de 2013.

RESULTADOS: De un total de 94 pacientes admitidos en el servicio de endoscopia del Hospital General Zona No. 1 Pachuca con el diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto, se encontró que en 53 pacientes se realizó un estudio de endoscopia por medio del cual se pudieron identificar las principales causas de hemorragia de tubo digestivo alto. Se excluyeron 41 pacientes que no contaban con estudio, así como algunos de los expedientes clínicos no se encontraron por depuración de los mismos.

Se encontraron 33 pacientes (62.26%) que corresponden al sexo femenino y 20 (37.73%) al sexo masculino. Las principales comorbilidades asociadas en la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal fueron la diabetes mellitus tipo 2 con 19 pacientes (35.84%).

Se pudo establecer que las principales causas de hemorragia de tubo digestivo de origen no variceal fue la gastropatía erosiva ocupando hasta un 32.07%. Y entre las principales causas principales de hemorragia de tubo digestivo de origen variceal se encontró a las varices esofágicas grandes hasta en un 50% de los casos,.

CONCLUSIONES: Este estudio de investigación nos ayudó a observar que en el HGZ No.1 Pachuca Hgo, la hemorragia de tubo digestivo alto es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias; servicios de gastroenterología y endoscopia; mediante la realización temprana de un diagnóstico clínico, estabilización del paciente, así como una endoscopia oportuna se pudo definir el origen real de la misma. Es importante considerar las comorbilidades asociadas, utilización de terapéutica específica para evitar complicaciones, evitar largas estancias hospitalarias y con ello disminuir la mortalidad del paciente o deterioro de su calidad de vida. La etiología más frecuente de hemorragia digestiva alta variceal es la gastropatía erosiva seguida por las várices esofágicas y gástricas, con una mayor afectación en el sexo femenino, pacientes diabéticos y hepatopatías crónicas. Con los resultados del presente proyecto se deja abierta la posibilidad de realizar otros estudios en los que se pueden incluir entre algunos otros las principales causas de mortalidad, complicaciones y/o días de estancia intrahospitalaria.

II. MARCO TEORICO

DEFINICION.

La hemorragia digestiva es considerada como la pérdida de sangre que ocurre hacia la luz del tracto digestivo, misma que tiende a exteriorizarse por la boca (llamándose entonces hematemesis) y/o a través del ano (también llamada melena). Clasificándose a su vez en hemorragia digestiva alta y baja.

La hemorragia de tubo digestivo alto es un padecimiento frecuente, que amerita atención médica urgente, ya que se origina por lesiones que se ubican en el esófago, estómago y duodeno (desde el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz), también pueden encontrarse casos en los que ésta se exterioriza del tracto digestivo, pero es generada por lesiones de otros órganos como lo son hígado y vías biliares (hemobilia), páncreas y /o aorta (fistula aortoduodenal).

EPIDEMIOLOGIA.

Dentro de la incidencia reportada varia en gran medida de acuerdo a la forma regional, por ejemplo en los Estados Unidos es 50-150 por cada 100mil habitantes, otros países como Holanda es 47, Reino Unido es de 103-107. Debe considerarse que anualmente el promedio de internamientos se calcula de desde 300mil hasta 350mil pacientes en Estados Unidos. ⁽¹⁾

La mortalidad encontrada en la literatura se encuentra desde un 7% hasta un 10%, el cual ha mostrado un descenso importante, ya que en siglo XX la mortalidad se ubicaba en un 12%. Se han hecho estimaciones sobre los gastos que se generan por atención médica de cada caso de hasta 3.180 dólares, incluso llegando a generar un gasto de 8.50 dólares por cada episodio que un paciente presenta. ⁽¹⁾

Por ejemplo en México los datos encontrados son pocos, las tasas de mortalidad son variables y se ubican de hasta el 3% En el hospital Español, 3.7% en Medica Sur, 9%, en Hospital general de México y 14% en el hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el Hospital General de Zona no.1 Durango la tasa anual de prevalencia reportada es de 46.6 por cada 1000 egresos hospitalarios.

En nuestro país son pocos los centros hospitalarios que cuentan con una casuística reconocida que determine la prevalencia real, las causas y además los factores asociados con la clínica, diagnóstico, evolución y tratamiento médico.

CLASIFICACION.

La hemorragia de tracto digestivo alto se puede clasificar en aquellas que tienen un origen variceal, de otras que son de origen indeterminado y/o no variceal. La hemorragia alta variceal se considera como una de las más graves complicaciones de los pacientes que cursan con cirrosis hepática, hipertensión portal y que pueden ser una de las condiciones clínicas que de no recibir atención inmediata podrían condicionar a la mortalidad del paciente.

La hemorragia de tracto digestivo de origen no variceal es al igual una urgencia que deberá ser manejada por un médico con amplios conocimientos preferentemente un gastroenterólogo, dentro de las causas más comunes se encuentra la Enfermedad ulcerosa péptica, misma que puede ocupar hasta el 90% de los casos, seguida de lesiones de Mallory Weiss hasta un 5.8%, otras causa con 3.9%. ^(1,5)

En nuestro medio a la hemorragia de tubo digestivo alto la podemos clasificar de acuerdo a las pérdidas sanguíneas que se tienen, en la llamada Clasificación de Forrest de actividad del sangrado.

GRADO I: No hay repercusión hemodinámica y/o anemia. La presencia de melena expresa una pérdida aproximada de 200ml de sangre. Expresión del 15% del volumen de sangre perdido (500-600ml).

GRADO II: Existe repercusión hemodinámica, anemia discreta (palidez), La tensión arterial tiende a disminuir 10mmHg de pie, representado una pérdida de 10-20% de la volemia. Puede llegar a ser de hasta 600 a 1200ml.

GRADO III: En este ya se encuentra repercusión hemodinámica, signos como hipotensión arterial, taquicardia, disnea, aumento de la presión venosa central, así como poder llegar al shock. La anemia es más acentuada (palidez franca). En este el paciente pudo haber perdido más del 30% de la volemia (ubicándose de 1200 a 2000ml).

GRADO IV: En este se encuentra el paciente con sangrado masivo, con más de 2000ml de sangrado. ⁽²⁾

Es por tal motivo y de acuerdo al grado, este es considerado como uno de los principales problemas de salud; un paradigma que involucra una atención médica en un servicio de urgencias en las primeras horas, un tratamiento integral y multidisciplinario.

Dentro de las formas de presentación, esta puede expresarse como una anemia leve crónica con la que el paciente vive sin problemas y solo se detecta como hallazgo, sin embargo también puede presentarse como un sangrado “catastrófico” con un inicio súbito en donde se observa hematemesis y puede llegar al shock.

FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo para presentar hemorragia de tubo digestivo alto son principalmente: edad avanzada (personas mayores de 56 años), con enfermedades concomitantes (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, evento vascular cerebral, hepatopatías, enfermedad pulmonar y cáncer), con un predominio de hasta 54% en el sexo masculino, consumo crónico de Antiinflamatorios no esteroideos (aspirina, diclofenaco, ibuprofeno), pacientes con anticoagulación, ingesta de café o té, hábito de fumar, antecedentes de gastropatías.

DETECCION Y MANEJO INICIAL.

Desde el momento en que ingresa un paciente con sangrado de tubo digestivo alto sin motivo alguno deberán evaluarse desde condiciones clínicas (inspección general, signos cutáneos), estado mental, signos vitales (frecuencia cardiaca, respiratoria, tensión arterial, temperatura), cambios de postura (nos podrían orientar sobre la cantidad de sangre perdida), examen rectal y verificación de las heces.

Según las características clínicas se debe orientar el manejo a inicial dentro de las primeras horas, si existe paciente con alteración hemodinámica deberá llevarse a unidad de cuidados intensivos. ⁽²⁾

En la cual deberá iniciarse una resucitación agresiva, estratificar el riesgo, se requiere canalizar 2 vías periféricas para administración de soluciones cristaloides y medicamentos, si requiere colocar oxígeno suplementario, toma de piloto y laboratorios, se continuara con la aspiración nasogástrica la cual puede disminuir el riesgo que tiene el paciente de aspiración de secreciones gástricas a nivel pulmonar, luego de la resucitación es importante determinar el origen del sangrado digestivo.

Si por el contrario no cuenta con criterios para considerarse una urgencia podrá iniciarse un protocolo de estudio mediante la realización de diferentes laboratoriales (biometría hemática: biometría hemática, hemoglobina, principalmente nos podrá orientar) hacerla a su ingreso y 6u 8 horas posteriores, considerando siempre la evolución del paciente, al mismo tiempo deberá solicitarse en las primeras 12-24horas, y posterior de las mismas un estudio endoscópico, durante el cual en caso de tratarse de varices esofágicas se podrá efectuar la ligadura de las mismas. Es por tal motivo que la endoscopia sigue siendo aceptada como el método estándar para el diagnóstico de la causa de la hemorragia ^(3, 4,7).

ENDOSCOPIA Y ESTRATIFICACION.

La endoscopia digestiva se ha ganado la primera posición como procedimiento diagnóstico y en muchos casos terapéutico desde el año de 1960. Hacia los años 80s las publicaciones mencionaban un porcentaje de efectividad cercana al 100%, sin embargo esta cifra no impactaba en la supervivencia del paciente. En las siguientes décadas el avance tecnológico y el ingenio humano hizo posible que se fueran desarrollando procedimientos terapéuticos endoscópicos, enfocados a parar el sangrado y prevenir la recaída; simultáneamente se enfatizó un tratamiento médico urgente, vigoroso y multidisciplinario. Técnicas como láser, inyección de sustancias, electrocoagulación y sonda caliente comenzaron a utilizarse a partir de 1985 y para 1994 ya se habían superado las curvas de aprendizaje. Los signos endoscópicos que aportaban valores pronósticos se fueron reconociendo.

Actualmente se considera es el mejor método diagnostico que nos orienta sobre la causa y estratificación del paciente con sangrado variceal ⁽⁴⁾. Presenta una alta sensibilidad y especificidad 92-95%. Asimismo se ha demostrado que la realización de la misma puede ser efectiva para reducir los días de estancia intrahospitalaria, la presencia de recurrencias de hemorragia o incluso la necesidad de algún procedimiento quirúrgico de urgencia en aquellos pacientes con lesiones de alto riesgo. ^(5, 12)

Se estratifica a los pacientes de acuerdo a la Clasificación de Rockall. ^(8,14)

Variable	0	1	2
Edad	<60	61-79	>80
Shock	No shock	Taquicardia	Hipotensión
PA sistólica	>100	>100	>100
Pulso	<100	<100	<100
Comorbilidad	no	Cardiopatía isquémica, Insuficiencia cardiaca, EPOC, diabetes, anticoagulación.	Insuficiencia renal, hepática, neoplasia diseminada.
Diagnostico endoscópico	Sin lesión Mallory Weiss.	Otros diagnósticos	Malignidad de tubo digestivo
Estigmas de sangrado reciente	Ninguno mancha reciente		Hemorragia activa sangrado en capas, vaso visible coagulo adherido.

De acuerdo al anterior sistema de puntuación, se podrán distinguir tres grandes grupos de riesgo.

Bajo: pacientes con una puntuación de 0 a 2

Intermedio: pacientes con puntuación de 3 a 4.

Alta: cuando la puntuación es mayor o igual a 5.

Si la puntuación de Rockall es de 0 a 2 puntos, el riesgo de re sangrado es de 5% y el de mortalidad inferior a 1%; mientras que si la puntuación es de 8 ó más la probabilidad de re sangrado y mortalidad es del 40%

De acuerdo a la necesidad de tratamiento endoscópico y a los hallazgos en la endoscopia, se identificaron las lesiones endoscópicas responsables del sangrado, estas se clasificaron de acuerdo a la Clasificación de Forrest.

Atendiendo al tipo de lesión observada endoscópicamente se estableció la clasificación de Forrest, como sigue:

CLASIFICACIÓN DE FORREST	
I Hemorragia activa	Ia Hemorragia activa con sangrado a chorro (arterial) Ib- Hemorragia activa con sangrado babeante (venoso)
II- Hemorragia reciente	Ila- Hemorragia reciente, lesión con vaso visible IIb- Hemorragia reciente, lesión con coagulo adherido IIc- Hemorragia reciente, lesión con mancha pigmentada
III- No estigma de sangrado	

El procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva lo constituye la exploración endoscópica.
(8.910,14)

Dentro de las contraindicaciones relativas para su realización se encuentran la intoxicación alcohólica aguda en un paciente no colaborador, la pérdida de sangre muy rápida que puede comprometer la capacidad de visualizar el recubrimiento mucoso del esófago, estómago y duodeno, o la dificultad al paso del endoscopio por alguna lesión obstructiva del esófago distal. Salvo estas excepciones, es posible realizarla de urgencia en 97 a 98 % de los casos. Sin embargo, el mejor momento para hacerla debe ser definido clínicamente no solo para realizar un adecuado diagnóstico, sino también una acción terapéutica si está indicada.

La llamada terapia endoscópica con uso de inyección de adrenalina es la técnica más utilizada para controlar la hemorragia, en algunos estudios realizados en Italia, por el Dr. Soncini se ha demostrado que la ulcera péptica ocupa el primer lugar dentro de las encontradas por endoscopia en la hemorragia de tubo digestivo alto, seguida de otras como gastroduodenitis hemorrágica (8%). Sin embargo en otros se ha ubicado de la siguiente manera (9, 5,6,):

CAUSAS DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL	
Diagnostico	Incidencia (%)
Ulcera péptica	30-50
Desgarro de Mallory Weiss	15-20
Gastritis o duodenitis erosiva	10-15
Esofagitis	5-10
Malignidad	1-2
Angiodisplasias o malformaciones vasculares	5
Otros	5

ULCERA GASTRODUODENAL

En caso de sospechar en una ulcera gastroduodenal, se deberá realizar una endoscopia, misma que utiliza para el diagnóstico así como para excluir al cáncer ulcerado y poder realizar un control de la cicatrización. Otras de las indicaciones serán: úlceras con sangrado activo (Forrest IA Y IB), Úlceras con vaso visible (Forrest IIA), Úlceras con coágulo adherido rojo (Forrest IIB) ^(11, 12, 13,14).

Conjuntamente con las anteriores se ha observado que la úlcera péptica, que ha sido identificada como la causa más común de hemorragia digestiva alta, mostrándose hasta en un 40-50%, más del 95% de estas úlceras reportadas se deben a toma o ingesta crónica por medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos y/o presencia en algunos casos de Helicobacter Pilory.^(13,15,16,19)

Hallazgos endoscópicos	Frecuencia	%
Úlcera duodenal	18	45
Úlcera gástrica	7	17.5
Úlcera duodenal y gástrica	4	10

La úlcera duodenal es rara antes de los 15 años de edad, con mayor incidencia entre los 25 años hasta 55 años, siendo máxima a los 40 años.

Si se presenta hemorragia secundaria a úlcera gastroduodenal activa, deberá estabilizarse al paciente, posteriormente realizar endoscopia e iniciar la terapia con inhibidor de bomba de protones por vía intravenosa con 80mg seguido de 8mg/hora, infusión continua, monitoreo de signos vitales, se realizara su estratificación y de acuerdo a esto los pacientes con estigmas de alto riesgo (sangrado activo, vasos visibles o coágulos) deberán ser hospitalizados por 3 días suponiendo que no existe resangrado y además no existe otro motivo para la hospitalización. Podrá iniciarse entonces líquidos claros, de acuerdo a la tolerancia y condiciones clínicas, así como endoscópicas de la úlcera, si ésta, está limpia se podrá dar dieta regular y se egrese a su domicilio vigilando su estado hemodinámico y otras patologías que ponen en peligro la vida del paciente.^{(17,18), 24).}

ULCERA PEPTICA

Enfermedad crónica de tubo digestivo caracterizada por remisiones y exacerbaciones, en donde las lesiones manifestadas se caracterizan por necrosis de la mucosa, misma que se extiende más allá de la muscularis mucosae, su vez se produce una lesión excavativa secundaria a la acción de la pepsina y el ácido clorhídrico.

Se presenta en personas del sexo masculino con mayor frecuencia entre los 40 y 55 años de edad. Con mayor incidencia a los 50 años.

Dentro de los mecanismos implicados con mayor frecuencia en la fisiopatología de la úlcera péptica, encontramos a la presencia de *Helicobacter Pilory* en un 50-70% y la ingesta de Antiinflamatorios no esteroideos en un 24%, la suma de ambos incrementar su riesgo. Dentro de los medicamentos se ha observado que el diclofenaco y celecoxib son los fármacos más seguros, por el contrario piroxicam y ketorolaco se consideraron de mayor riesgo. También se considera factor de riesgo el consumo de tabaco. ^(20, 23) Entre otras causas: infecciones, neoplásicas y estados de hipersecreción. ⁽²¹⁾.

El mecanismo implicado es el desequilibrio entre los factores que protegen y aquellos que son agresores de la mucosa gastrointestinal. Los protectores son el moco gástrico, bicarbonato, uniones apretadas entre las células y la microvasculatura de la submucosa, mientras que entre los agresores son el ácido y la pepsina. Considerándose entonces “si no hay acido, no hay úlcera”.

En lo que respecta a la formación de úlceras por *Helicobacter Pilory*, esta altera la fisiología gastrointestinal; provoca aumento de la secreción gástrica de ácido clorhídrico, disminuye producción de somatostatina, misma que es un inhibidor de la síntesis de gastrina, su disminución traduce en un estado de hipergastrinemia, esta tiene efectos tróficos por lo que aumenta a las células parietales, ambos factores aumentan la secreción de ácido; entre otras alteraciones que provoca esta bacteria se encuentra el favorecimiento de la metaplasia gástrica, estimular respuesta inmune del huésped y reduce la efectividad de los mecanismo de la defensa de la mucosa gastrointestinal. ^(21, 27)

Dentro de los mecanismos de acción de los antiinflamatorios no esteroideos para lesionar la mucosa gástrica se encuentran la inhibición de la síntesis de prostaglandinas, con lo que se pierde un mecanismo fundamental de protección, al igual que los AINES reducen el flujo sanguíneo submucoso produciendo a su vez isquemia local, alteran la proliferación epitelial, disminución de bicarbonato, defectos en la calidad de moco gástrico e incrementan la producción de ácido. El daño ocasionado por este tipo de medicamentos se puede presentar de forma abrupta en todo paciente, sin embargo si la ingesta es crónica la presencia de úlceras puede modificarse y tornarse en una perforación,

sangrado o incluso presentar estenosis del tubo digestivo. No todos los pacientes lo presentaran sin embargo un grupo determinado de pacientes están expuestos a presentar complicaciones digestivas como son los que tienen edad avanzada, aquellos con episodios de hemorragia producida por estos, administración de glucocorticoides concomitante o antiagregantes plaquetarios o aquellos con dosis altas de AINES.⁽²²⁾

El principal síntoma es el dolor abdominal el cual es tipo urente, epigástrico que aparece de 2 a 3hrs posteriores después de la comida y calma con la ingesta; en tan solo 50-70% de los pacientes se encuentra esta sintomatología. Para la confirmación diagnóstica requerimos de la realización de una endoscopia digestiva alta, siendo más sensible y específica, mediante la misma se puede realizar biopsias y observar datos de malignidad o benignidad de las lesiones encontradas o sitio de sangrado en caso de hemorragia.

SINDROME DE MALLORY-WEISS

Se define como una lesión de origen traumático penetrante longitudinal del esófago inferior (unión esofagogastrica) que se produce por el aumento súbito de la presión abdominal, producido generalmente por vómitos no hemáticos, náuseas, reflujo gastroesofágico pueden preceder a vómitos más intensos que producen el síndrome. Es el origen de 0.5-17% de los casos, con mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino.⁽²⁵⁾

Se realiza el diagnostico generalmente con la clínica, se confirma por estudio endoscópico en la cual se puede apreciar laceraciones limpias, desgarros con hemostasia reciente o incluso mostrar sangrado activo o vaso visible. Durante la misma se realiza algún procedimiento para detener la hemorragia (como inyección de epinefrina o electrocoagulación), otro procedimiento es el angiografico o infusión intraarterial de vasopresina o embolizacion, siendo exitoso en la mayor parte de los casos.^(25,26)

ULCERA O LESION DE DIEULAFOY

También Conocida como la "arteria de calibre persistente, aneurisma cirsoide". Es la lesión originada en un vaso arterial de calibre muy importante, desde un 1mm hasta 3mm, muy superficial, el cual comprime la mucosa cuya erosión lleva a la hemorragia. Clínicamente se manifiesta como sangrado gastrointestinal masivo no doloroso e inestabilidad hemodinámica. Se ha encontrado entre un 1-4% de los casos en pacientes de más de 65 años de edad ^(25,29)

Puede ubicarse a cualquier nivel del tracto digestivo; sin embargo el estómago constituye la ubicación más frecuente, le sigue duodeno y esófago distal. En colon e intestino delgado es infrecuente. El diagnóstico es mediante el uso de endoscopia, aunque se ha reportado falsos negativos en su realización.

El tratamiento endoscópico controla la hemorragia mediante escleroterapia o electrocoagulación y colocación de bandas... Es quirúrgico hasta en un 10% de casos. ⁽²⁵⁾

ESOFAGITIS

La llamada esofagitis péptica secundaria a reflujo gastroesofágico que no ha llevado algún tratamiento puede llegar a producir ulceraciones y lesiones de la mucosa que llegan a presentar sangrado. Dentro de la clínica el paciente refiere periodos de acidez, pirosis, dolor retro esternal, disfagia y manifestaciones por reflujo. ⁽²⁵⁾

El diagnóstico es endoscópico y el tratamiento es con inhibidores de bomba de protones entre ellos el omeprazol y los que protegen la mucosa (sucralfato).

VARICES ESOFAGICAS

Se definen como dilataciones de las paredes de las venas de la parte inferiores del esófago y superior del estómago. ⁽²⁸⁾

Estas llegan a presentarse hasta en el 50% de los pacientes diagnosticados con cirrosis y su frecuencia se relaciona con la severidad de la enfermedad hepática.

Es la hemorragia, la complicación más frecuente ruptura de las varices, hasta en un 5-10%, identificándose a la tensión de la pared, características morfológica de la varice así como el grado de insuficiencia.

La aparición de las varices esofágicas y la circulación colateral se debe al aumento de la presión portal, debiendo esta elevarse por encima de 10mmhg, valor que define la hipertensión portal clínicamente. Asimismo la formación de varices se ve favorecida por factores anatómicos locales; la circulación venosa submucosa del esófago confluye en la unión gastroesofágica, lo que junto con ausencia de tejido de sostén, la presión negativa intratoracica (que aumenta en la inspiración) y la existencia de venas perforantes que comunican las varices con las colaterales peri esofágicas, facilita que las venas submucosas esofágicas en venas varicosas; una vez formadas, crecen por aumento de la presión en su interior y por el flujo elevado sostenido. ⁽³⁰⁾

Tras el diagnostico mediante eco endoscopia se podrá visualizar la circulación intramural, numero de venas perforantes, para poder dirigir a la bandas elásticas y confirmar la completa erradicación de varices.

III.- JUSTIFICACION

Metodológica: La hemorragia de tubo digestivo se considera un problema de salud pública tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad, es responsable de miles de admisiones hospitalarias así como de 30,000 muertes por año en América.

Aun cuando las cifras son alarmantes existen pocos centros hospitalarios que cuentan con un registro de casos que nos permita determinar todos los factores asociados con el pronóstico y la evolución de la enfermedad, entre los que se encuentran de manera fundamental los hallazgos endoscópicos.

Debido a que en el Hospital General de Zona No.1 Pachuca no existe hasta el momento algún reporte publicado sobre la prevalencia y causas de hemorragia de tubo digestivo alto consideramos pertinente en este momento realizar el presente estudio, ya que le permitio al Instituto Mexicano del Seguro social conocer la magnitud del problema, los casos que se presentan día a día en la consulta externa de gastroenterología y en el

servicio urgencias. Además de que por medio de la realización de un estudio endoscópico se obtuvo la etiología precisa de lo que está condicionando el sangrado, pudiendo entonces establecer el origen y frecuencia de las principales causas de hemorragia de tubo digestivo alto, lo que nos permite una orientación sobre los altos costos que esta patología ocasiona sobre la institución.

Teórica: El presente estudio lo lleve a cabo, como médico residente del tercer año de medicina familiar contando con los recursos materiales, técnicos, económicos, así como apoyo y asesoría de médicos especialistas, con el firme propósito de iniciar un proceso de investigación médica que nos permite conocer sobre las principales causas de sangrado de tubo digestivo alto.

Surge de la motivación de que una vez obtenidos resultados se propicio a la divulgación de esta a otras personas que se están formando como nuevos médicos, mismos que podrán en un futuro complementar y/o dar seguimiento a los resultados obtenidos, nos ayudó a conocer su frecuencia, importancia clínica y diagnóstico temprano.

Nos orientó sobre la importancia de la realización de una endoscopia temprana para un inicio de tratamiento oportuno y por consiguiente un pronóstico favorable para el paciente.

Practica: este estudio se realizó con la firme finalidad de obtener y ampliar los conocimientos adquiridos a través de nuestra práctica clínica profesional, considerando la importancia de los recursos necesarios para su elaboración (material bibliográfico, recursos humanos y financieros) lo que en la favoreció los conocimientos adquiridos, ayudo a evitar sus repercusiones familiares, sociales y/o evitar las complicaciones o en dado caso evitar la mortalidad.

Pertinencia: nos permitió diagnosticar las causas del sangrado de tubo digestivo gracias a la sintomatología y estudio confirmatorio (endoscopia) para poder iniciar un tratamiento oportuno previo a la aparición de sus complicaciones.

Magnitud: es una patología de gran importancia ya que nos permitió identificar tanto el tiempo de evolución de hemorragia de tubo digestivo así como los factores de riesgo

Trascendencia: Los resultados tuvieron gran relevancia, ya que no existen datos precisos en el HGZ No.1 Pachuca Hidalgo.

Factibilidad: es factible debido a que se contó con los recursos humanos, administrativos necesarios para llevarla a cabo y cumplir los objetivos señalados.

Congruencia: La realización de esta investigación tuvo relación lógica ya que el método efectuado permitió detectar por endoscopia las causas más comunes de hemorragia de tubo digestivo.

Político – Administrativa: Fue realizado para poder observar que la hemorragia de tubo digestivo es una patología muy común, y aunque no se encontraba mucha información, se generan gastos excesivos en los servicios de salud por el mismo.

Plausibilidad: El estudio es recomendable y admisible ya que en la institución se cuenta con los recursos humanos y materiales para la realización del estudio.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La hemorragia de tubo digestivo alta es un problema de salud en México que se caracteriza por la pérdida de sangre hacia la luz del tracto digestivo, y que generalmente se localiza proximal al ángulo de Treitz. Es una causa frecuente de consulta en los servicios de gastroenterología, así como también ocasiona que el paciente requiera hospitalización en los servicios de salud, con altos índices de mortalidad por las complicaciones que se generan.

La hemorragia del Tracto Gastrointestinal Alto puede dividirse de acuerdo a su etiología; aquellos casos que son provocados por sangrado variceal y los que tienen un origen no variceal.

Se considera que la hemorragia variceal es una de las complicaciones más graves de los pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal y una urgencia médica asociada con mortalidad de hasta 20% a seis semanas. Dichos individuos presentan consideraciones

especiales, ya que la fisiopatología y el tratamiento médico involucrados en su enfermedad son muy distintos de las de pacientes con Hemorragia No Variceal.

La hemorragia de tubo digestivo alto no variceal representa una causa común de atención en el medio hospitalario y en 80% es auto limitada. Predomina ligeramente en el sexo masculino, con mayor prevalencia en personas mayores de 60 años, dependiendo la causa, por ejemplo la úlcera péptica se ha llegado a reportar en pacientes de oscilan entre los 25 y 40 años. Tiene incidencia actual de 50 a 172/100,000 habitantes, la cual ha ido disminuyendo, con un riesgo de recurrencia de 15-20%, 95% ocurre en las primeras 72 h posteriores al tratamiento y con una mortalidad de 5-15%. Dentro de la poca o nula casuística encontrada se reportan como principales causas de HTDA: en primer lugar la úlcera péptica, erosiones gastroduodenales, laceración de Mallory-Weiss y esofagitis, entre otras.

Esperando tener una cifra real y actual de la incidencia de las mismas en el HGZ No.1 Pachuca Hidalgo se decide llevar a cabo el presente estudio de investigación. Surge entonces, la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO, DETECTADAS POR VIA ENDOSCOPICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 PACHUCA?

V.- OBJETIVO:

Determinar cuáles fueron las principales causas de Hemorragia de Tubo Digestivo Alto detectadas por vía endoscópica en el Hospital General de Zona No.1 Pachuca, en el periodo comprendido de enero 2009- diciembre 2013

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar la frecuencia de Hemorragia de Tubo Digestivo Alto.
- ❖ Comparar la frecuencia de Hemorragia de Tubo Digestivo Alto variceal y no variceal.
- ❖ Identificar las causas más comunes de Hemorragia de Tubo digestivo Alto no variceal por endoscopia.

- ❖ Conocer los grupos de edad y sexo en los que se presenta el mayor número de casos con sangrado de tubo digestivo alto.
- ❖ Identificar las comorbilidades asociadas al sangrado de tubo digestivo alto.

VI.- HIPOTESIS DE TRABAJO

La úlcera péptica es la principal causa de hemorragia de tubo digestivo alta detectada por vía endoscópica.

HIPOTESIS NULA

La úlcera péptica no es la causa más frecuente de sangrado de tubo digestivo en nuestro estudio.

VII.- MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

TRANSVERSAL: Se estudió la frecuencia de las causas de hemorragia de tubo digestivo alto en todos los pacientes que se realizaron una endoscopia en un determinado momento de tiempo.

RETROLECTIVO: la medición de las variables y obtención de datos sobre las causas de hemorragia de tubo digestivo alto se basó en archivos de endoscopia y expedientes clínicos de años previos al estudio a realizarse.

OBSERVACIONAL: Se determinó por medio de archivos y expedientes de endoscopia la frecuencia de las causas de hemorragia de tubo digestivo alto en todos los pacientes independientemente de su edad, sexo y comorbilidades asociadas.

DESCRIPTIVO: se obtuvo, analizaron y describieron las principales causas de hemorragia de tubo digestivo alto, en aquellos pacientes que se realizaron una endoscopia en el HGZ No.1 Pachuca Hgo.

UNIVERSO DE ESTUDIO: Se realizó en pacientes de ambos sexos adscritos al HGZ UMF No. 1 Pachuca que cursaron con hemorragia de tubo digestivo alto y que cuenten con estudio de endoscopia del 01 enero del 2009 al 31 de diciembre del 2013.

PERIODO DE ESTUDIO: Una vez autorizado estudio por el comité local de investigación se esperó que en un lapso de aproximadamente 2 meses se obtuvieran, analizaran y presentaran los resultados obtenidos.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Paciente del sexo masculino o femenino con más de 25 años de edad.

Pacientes de cualquier edad y sexo que ingresen con características clínicas de Hemorragia de Tubo Digestivo alto.

Pacientes adscritos al HGZ No.1 Pachuca Hidalgo.

Pacientes de cualquier edad y sexo que se realizaron una endoscopia en el HGZ No.1 en el periodo del 01 enero de 2009 al 31 diciembre de 2013.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que ingresan con características clínicas de hemorragia tubo digestivo alto que cuentan con más de 2 endoscopias.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes que se hayan trasladado a otra unidad hospitalaria.

Pacientes sin diagnóstico definitivo por fallecimiento.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Hemorragia de tubo digestivo Alto	Es el sangrado que se origina en los primeros segmentos del	Es la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo y que se origina por encima del ángulo duodeno-yeyunal (treitz) y que se	Cualitativa	

	tubo digestivo.	manifiesta hematemesis melena	por y/o	
Endoscopia Digestiva	Observación diagnóstica de cavidades corporales y órganos huecos con un endoscopio (instrumento tubular, con luz y lupa).	Técnica de diagnóstico que permite la visualización directa del interior del tracto digestivo (esófago, estómago y duodeno) mediante el uso de un <i>endoscopio</i> . flexible que lleva asociado una cámara de vídeo y que se encuentra conectado a un monitor y/o a un ordenador en el cual se proyectan o guardan las imágenes obtenidas durante el estudio.	Cualitativa	Clasificación según Forrest I,II,III

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Sexo				

	<p>Características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres.</p>	<p>Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer y viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Hombre Mujer</p>
<p>Edad</p>	<p>Tiempo que ha vivido una persona u otros ser vivo desde su nacimiento</p>	<p>Se refiere al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Edad en años</p>
<p>Úlcera péptica gastroduodenal</p>	<p>Enfermedad caracterizada por una lesión localizada en la mucosa del estómago o del duodeno.</p>	<p>Lesión en la mucosa gastrointestinal (estómago o duodeno) que se extiende más allá de la <i>muscularis mucosae</i> y permanece como consecuencia de la secreción ácida del jugo gástrico.</p>	<p>Cualitativa</p>	
<p>Gastritis erosiva</p>	<p>Inflamación de la mucosa del estomago</p>	<p>Son aquellas erosiones superficiales o de focos hemorrágicos en la mucosa gástrica.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Aguda Crónica</p>

Varices esofágicas	Dilataciones venosas del plexo submucoso del esófago que aparecen para descomprimir el sistema venoso portal	Conjunto de venas longitudinales y tortuosas situadas en el tercio inferior del esófago, a través de varios niveles desde la lámina propia hasta la submucosa profunda, estas se comunican por medio de venas perforantes con una circulación colateral paraesofágica extensa y se forman como consecuencia de hipertensión portal.	Cualitativa	Clasificación de Paquet GRADO I, II, III Y IV.
Desgarros por Mallory Weiss	Son laceraciones longitudinales perforantes de la mucosa de la unión gastroesofágica.	Desgarro de la mucosa del esófago distal y cardias, secundario a la hiper presión producida por vómito.	Cualitativa	
Esofagitis	Inflamación de la parte inferior del esófago	Lesión e inflamación del tercio inferior de la mucosa esofágica producido usualmente por reflujo gastro - esofágico.	Cualitativa	

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Diseño: el presente estudio de investigación se realizó en pacientes de ambos sexos, que cuenten con derechohabencia al IMSS con adscripción H.G.Z. No. 1 Pachuca Hidalgo, que tuvieron características clínicas de una hemorragia de tubo digestivo alto, y como protocolo de estudio se les realizó un estudio endoscópico en su episodio de sangrado en el periodo comprendido entre el 01 enero de 2009 al 31 diciembre del 2013.

El estudio fue de tipo transversal, retrolectivo, observacional y descriptivo, en donde la obtención de la muestra fue no probabilística por conveniencia, realizándose en aproximadamente en dos meses posteriores a su aprobación ante comité local de investigación. Una vez detectados tales pacientes, se revisaron los archivos de endoscopia y expedientes clínicos de aquellos que cubrieran las características mencionadas y mediante un cuestionario validado se pudo valorar la edad de presentación, sexo predominante, enfermedades concomitantes, uso de medicamentos asociados, manejo de urgencia de la hemorragia, uso de hemoderivados o coloides, tratamiento médico, así como principales hallazgos endoscópicos y su manejo posterior a su egreso hospitalario.

Al haber obtenidos los datos, el análisis estadístico que se utilizó para la obtención de los resultados fueron media, mediana, moda y porcentajes así como desviación estándar, mediante su utilización de estos se pudo determinar las principales causas de sangrado, así como y valorar el riesgo de complicaciones en el paciente, planteándose con ello medidas para disminuir su prevalencia y elevada mortalidad en el medio hospitalario

RECURSOS, FINANCIAMIENTO, FACTIBILIDAD.

El estudio es factible ya que se trabajó mediante la aplicación de un cuestionario validado.

RECURSOS HUMANOS.

Médico residente.

Asesor clínico y metodológico.

RECURSOS MATERIALES.

Instrumento para la recolección de información

Material de papelería (bolígrafo, lápiz, goma, sacapuntas, hojas blancas)

Expedientes médicos del HGZ No.1

Computadora personal

Equipo de impresión.

RECURSOS FINANCIEROS.

Lo financio el médico residente.

VIII.- ASPECTOS ETICOS

En base a la declaración de Helsinki de 1975, Finlandia en 1964, de la asociación Médica Mundial, Leyes y Códigos de México y la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, en su título segundo de los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos, se tomaron en consideración los siguientes:

Artículo 17. Durante una investigación se tienen algunos riesgos, considerándose a estos como un daño de consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes de la siguiente manera:

I.- Investigación sin riesgo: en esta los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, (como los cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros).

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios (pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud). Con una frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de

450 ml, en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Referente al artículo 23: En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

En base a lo anterior el presente protocolo de estudio cumple con los lineamientos que marca la ética y moral profesional. No daña o afecta a las pacientes en estudio. Los investigadores toman en consideración a la declaración de Helsinki, misma que menciona que es deber del médico velar por la salud y el bienestar, así como promover el respeto y los derechos individuales de los seres humanos. Además de que estos deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en los seres humanos, vigentes en sus propios países y a nivel internacional con el fin de proteger la vida, personalidad, intimidad, salud, integridad física y mental, la dignidad del ser humano, la confidencialidad de la información del paciente y todo su entorno que lo rodea.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

En lo que respecta a este trabajo de investigación y con base a lo anterior se puede establecer que nuestra investigación no representa un riesgo para la población en estudio, ya que la información se obtendrá de la revisión de expedientes clínicos de la unidad, no se tendrá contacto directo con los pacientes, en el momento de la hospitalización y/o realización de endoscopia. Al igual que no se requerirá de un consentimiento informado para la obtención de los datos.

IX. RESULTADOS

De un total de 94 pacientes admitidos en el servicio de urgencias y hospitalización del Hospital General Zona No. 1 Pachuca Hidalgo del 01 enero del 2009 al 31 de diciembre del 2013; con el diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto, en tan solo 53 pacientes se realizó un estudio de endoscopia por medio del cual se pudieron identificar las principales causas de hemorragia de tubo digestivo alto.

Se excluyeron 41 pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto que no contaban con estudio de endoscopia, así como algunos de los expedientes clínicos no se encontraron en el archivo clínico del hospital por depuración de los mismos.

El universo de estudio se conformó por 53 pacientes, mismos que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

De los 53 pacientes que presentaron hemorragia de tubo digestivo alto y que contaron con endoscopia; 33 (62.26%) corresponden al sexo femenino y 20 (37.73%) al sexo masculino como lo muestra en la Figura 1

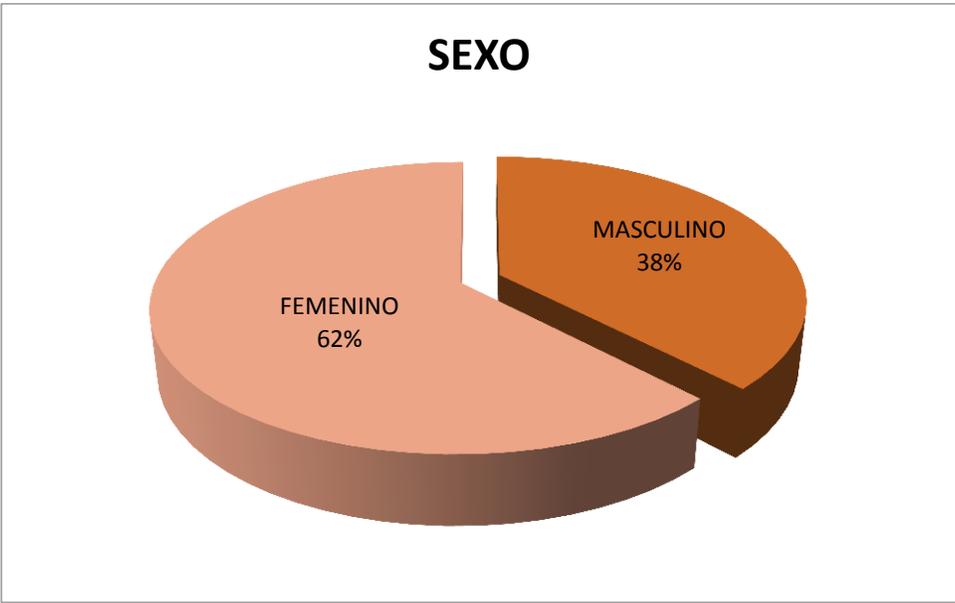
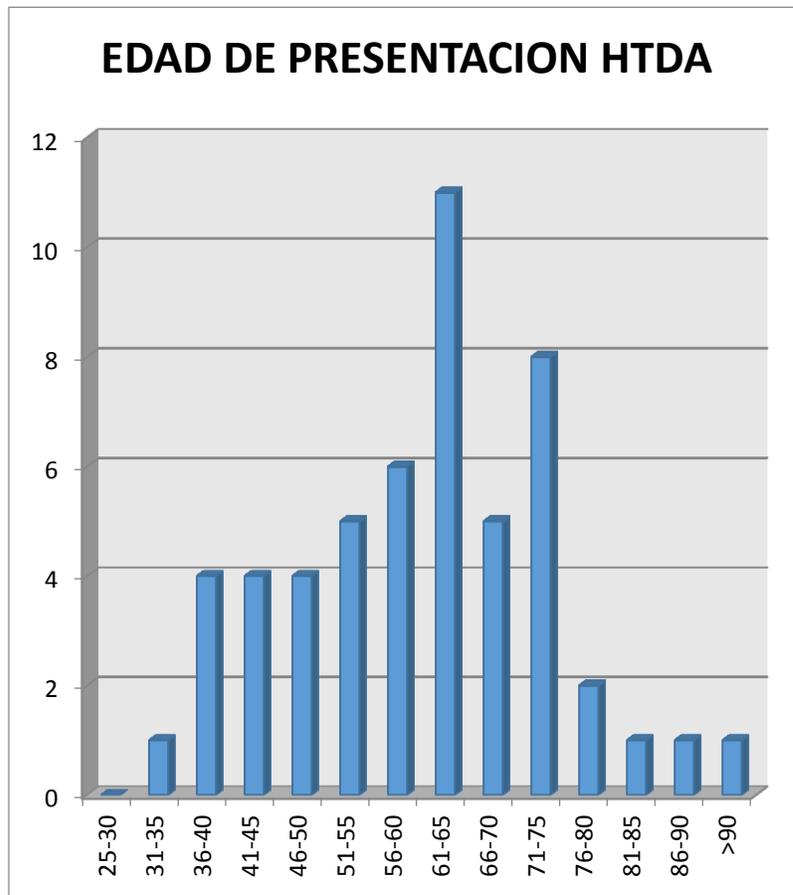


Figura 1

Fuente: instrumento de medición del estudio.

EDAD DE PRESENTACION	
25-30	0
31-35	1
36-40	4
41-45	4
46-50	4

En lo que respecta a la edad de presentación pudimos observar mayor número de casos entre los 61- 65 años con un total de 11 pacientes (20.75%), seguido por 8 pacientes con 71-75 años (15.98%), de los 56-60 años con un total de 6 pacientes (11.32%), asimismo no fueron encontrados casos en pacientes de los 25 a 30 años como lo muestra la figura 2.



51-55	5
56-60	6
61-65	11
66-70	5
71-75	8
76-80	2
81-85	1
86-90	1
>90	1

Figura 2

Fuente: instrumento de medición del estudio

Enseguida se muestran las principales comorbilidades asociadas en la hemorragia de tubo digestivo de origen no variceal; de los 53 (100%) pacientes; 20 (37.73%) fueron de origen variceal y de estos 33 (62.26%) fueron de origen no variceal.

En lo que respecta al origen no variceal las principales comorbilidades fueron la diabetes mellitus tipo 2 con 19 pacientes (35.84%), 5 pacientes con neumopatías crónicas (9.43%), mientras que con padecimientos oncológicos y cardiopatías crónicas se encontraron 3 casos respectivamente (5.66%). Figura 3

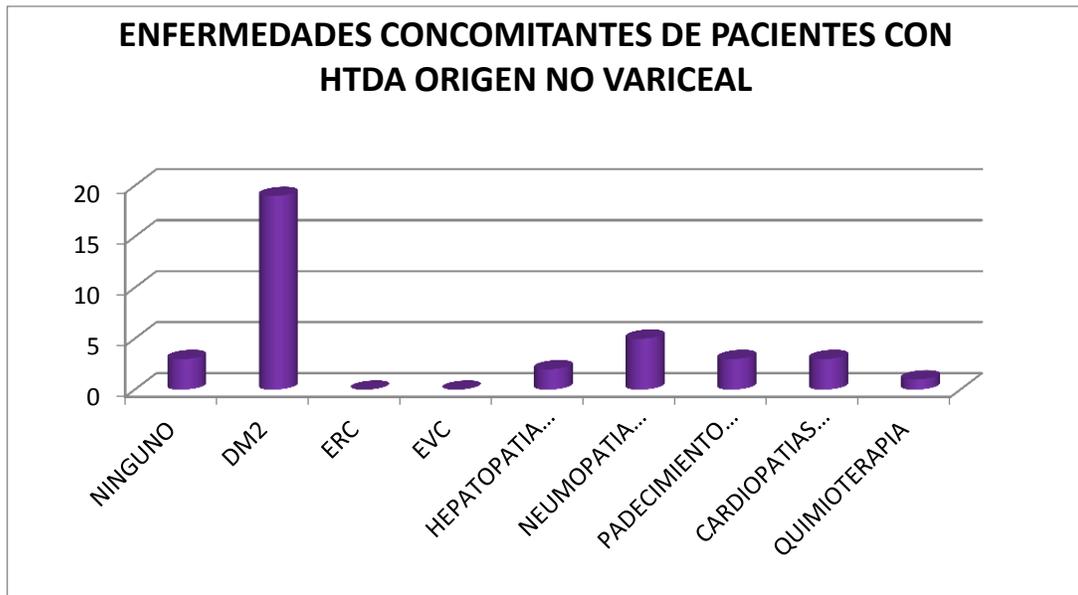
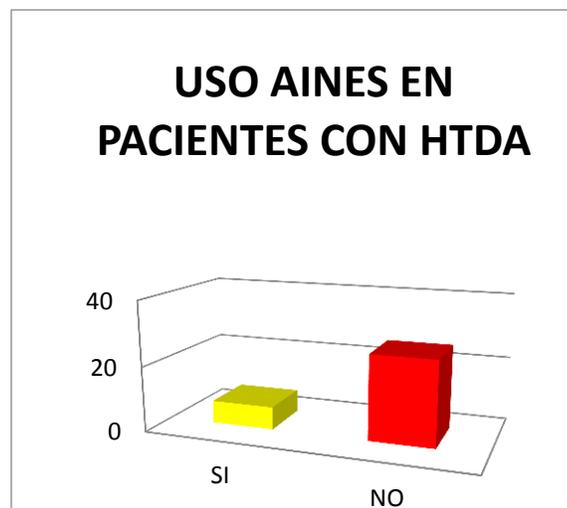


Figura 3

Fuente: instrumento de medición del estudio

También se pudo observar la asociación de la hemorragia de tubo variceal con el uso de esteroides,



asociar a la hemorragia de tubo digestivo alto no encontrándose en el estudio.

tan solo 7 pacientes (21.21%) uso crónico del mismo y en 26 pacientes (78.78%) que no lo utilizaban de manera cotidiana. De los 7 pacientes que los utilizan de forma crónica; se pudo observar que hasta 5 de estos pacientes (correspondiendo a un 71.42%) utilizaron el diclofenaco y un 14.28% correspondió en igual porcentaje para al uso de Ácido acetilsalicílico y naproxeno. Figura 4 y 5.

Figura 4
Fuente: instrumento de medición del estudio

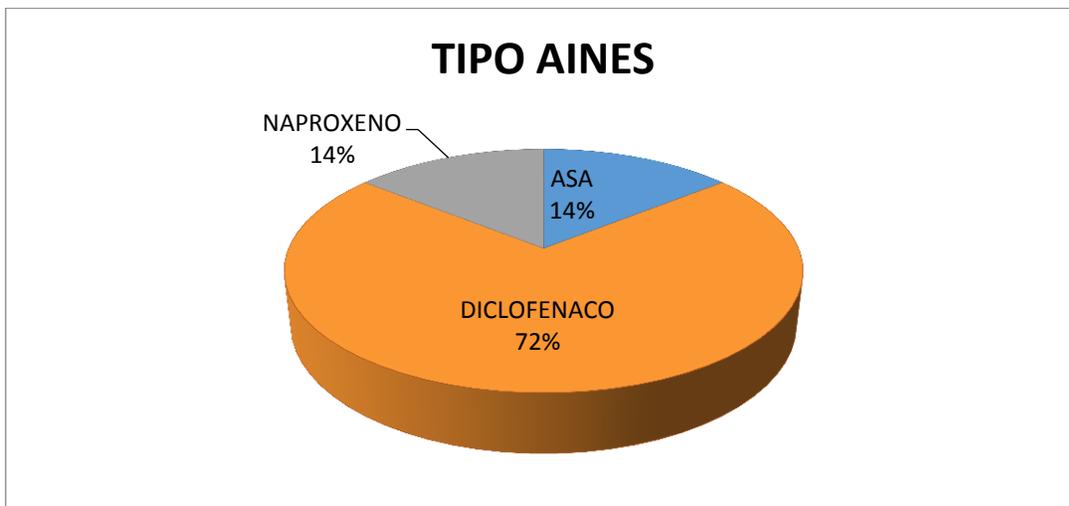


Figura 5
Fuente: instrumento de medición del estudio

Dentro del manejo médico de la hemorragia de tubo digestivo alto de origen no variceal que más fue utilizada previo a la realización de la endoscopia se pudo encontrar que en

un 45.45% de los pacientes se utilizó la infusión de omeprazol cada 24 horas, seguido de un 30.30% con uso de infusión de omeprazol cada 12 horas y el omeprazol en infusión en un 24.24%, así como un 3.03% con uso de sucralfato. No encontrándose casos de pacientes en donde se haya utilizado ocreotide, somatostatina, terlipresina o sonda de balones. Figura 6

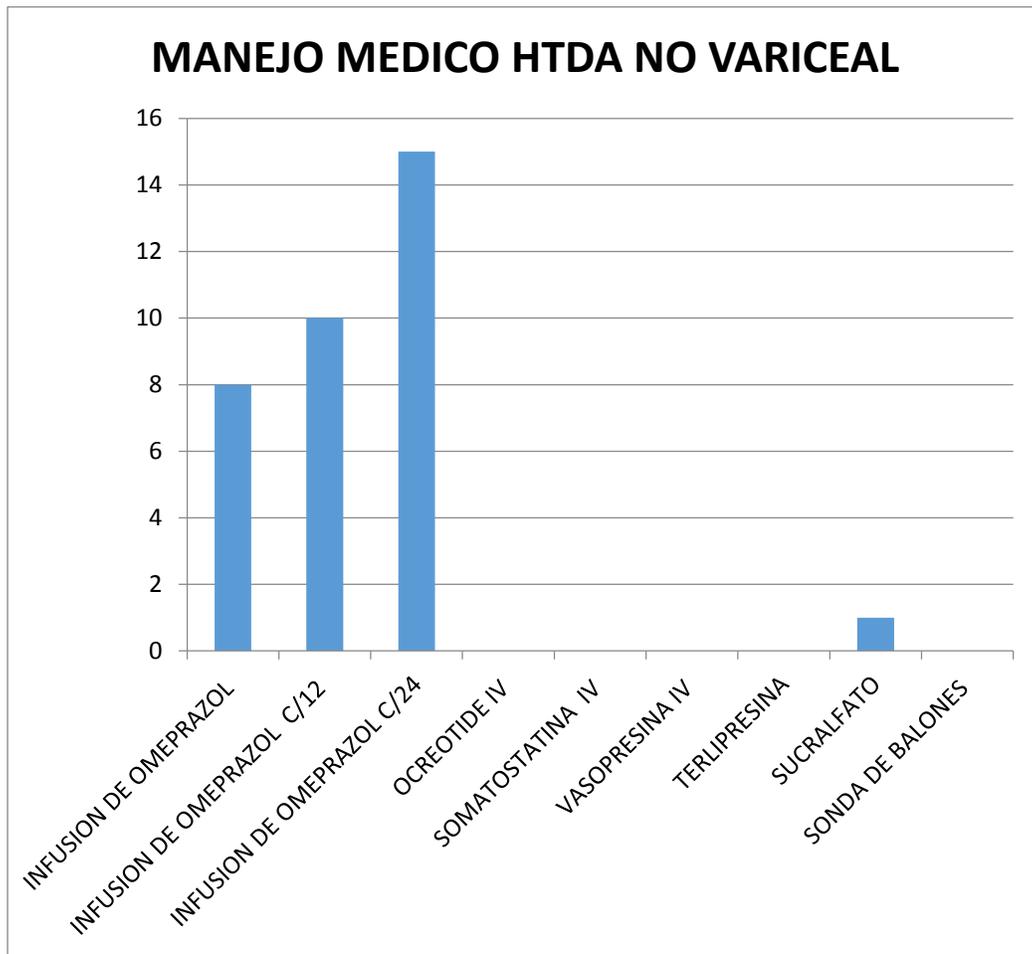


Figura 6
Fuente: instrumento de medición del estudio

En el manejo médico de la hemorragia de tubo digestivo alto de origen variceal se pudo observar que el omeprazol cada 24 horas se utilizó en un 60% de los casos, seguido por un 20% respectivamente de los casos en los que se utilizaron omeprazol cada 12 horas y

terlipresina y no utilizándose tampoco ocreótide, somatostatina, vasopresina o sonda de balones en el momento agudo de la hemorragia. Figura 7

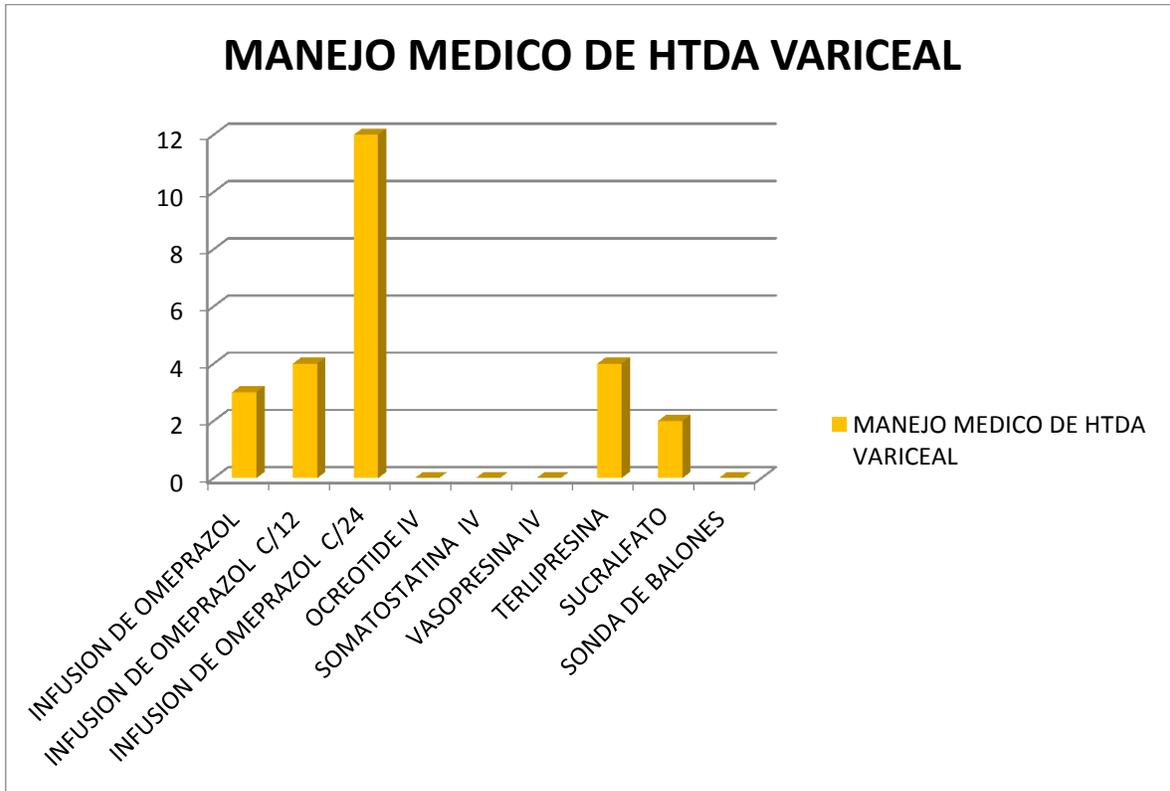


Figura 7

Fuente: instrumento de medición del estudio

Es importante destacar el tiempo en que se realizó la endoscopia para determinar las principales causas de la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal, se realizó en un 48.48% de los pacientes después de las 72 horas, en las primeras 24 horas se encontró un 36.36% de pacientes, al igual encontramos que en pacientes con hemorragia de tubo digestivo de origen variceal un 60% se le realizó la endoscopia después de 72 horas del

evento agudo, a diferencia del no variceal fue seguido de un 25% de pacientes en el que se les realizó dentro de las 25-48 horas posteriores a la hemorragia. Figura 8 y 9.

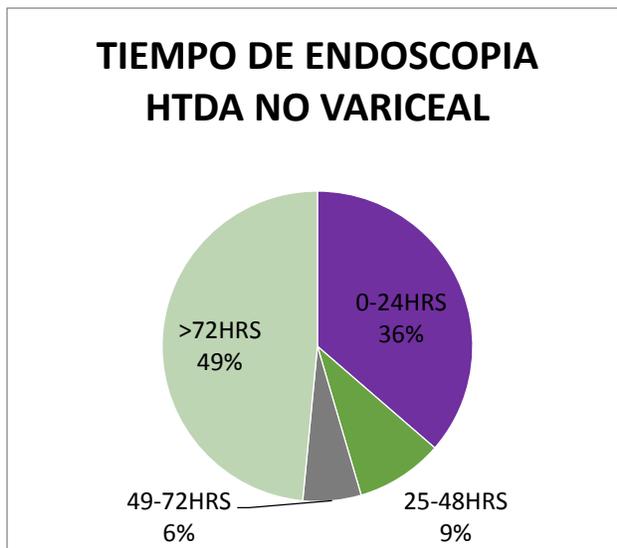


Figura 8

Fuente: instrumento de medición del estudio

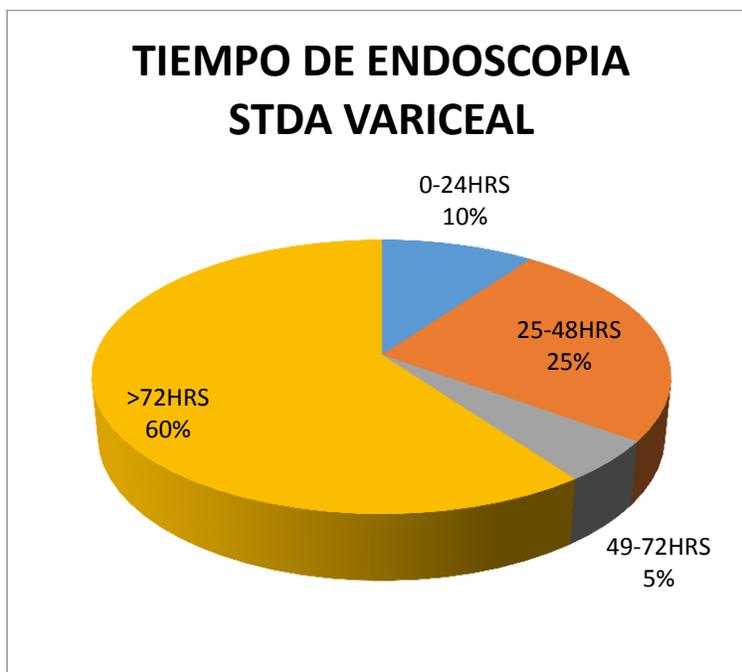


Figura 9

Fuente: instrumento de medición del estudio

Se pudo observar que las principales causas de hemorragia de tubo digestivo de origen no variceal mediante una endoscopia fue la gastropatía erosiva ocupando hasta un 32.07% de los casos, seguida por un 7.5% de pacientes con esofagitis B y con una endoscopia normal y hasta un 5.6% de casos de pacientes con tumoración gástrica como lo demuestra el siguiente gráfico.

Mientras que dentro de las principales causas principales de hemorragia de tubo digestivo de origen variceal se encontró a las varices esofágicas grandes hasta en un 50% de los casos, a la úlcera esofágica/gástrica un 35%, y en un 5% de los casos varices pequeñas, gastropatía congestiva y erosiva respectivamente. Figura 10 y 11.

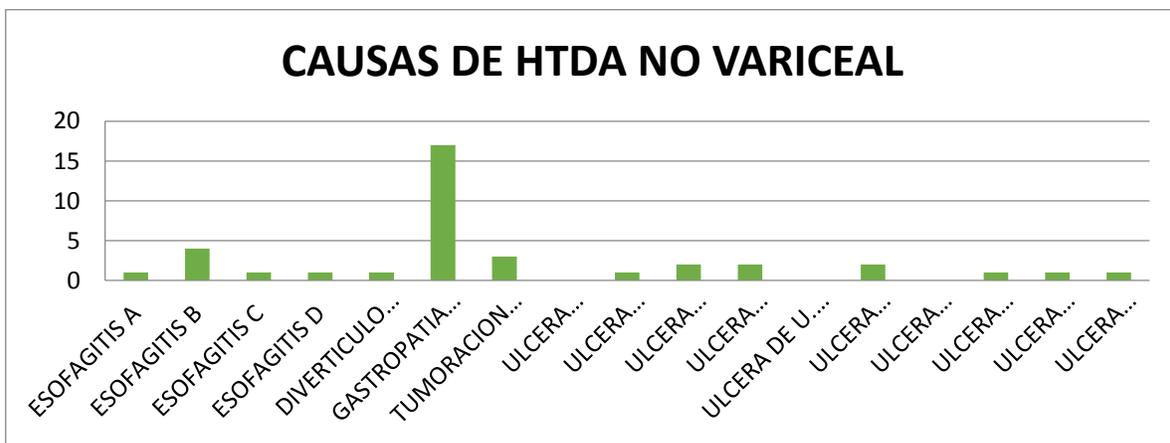


Figura 10

Fuente: instrumento de medición del estudio

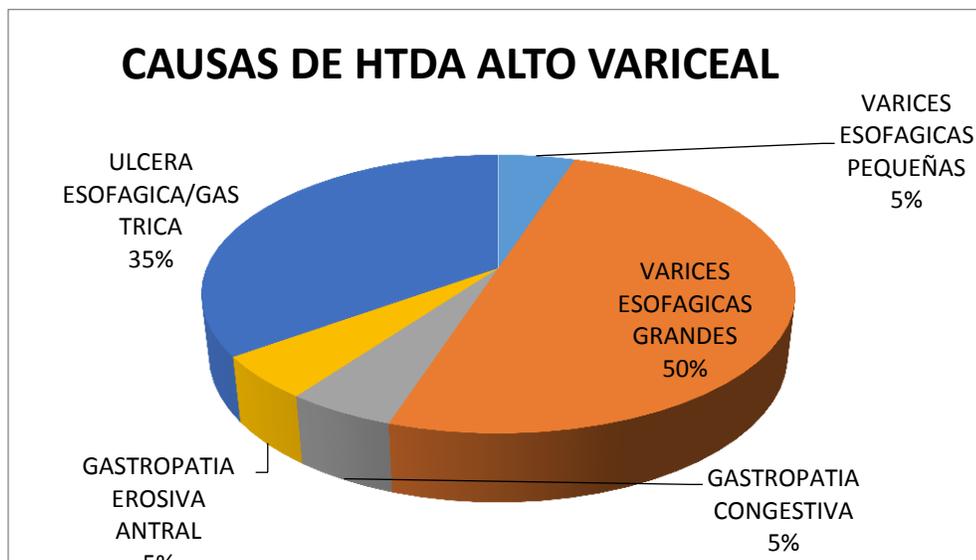


Figura 11

Fuente: instrumento de medición del estudio

X. DISCUSION

La hemorragia de tubo digestivo alto es la pérdida de sangre que ocurre en el interior del tracto digestivo que va desde el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz misma que es considerada una entidad clínica que hoy en día representa un problema de salud pública, con una alta demanda de ingresos hospitalarios en los servicios de urgencias, así como también es un motivo de consulta frecuente en los servicios de gastroenterología y/o en el servicio de endoscopia.

La hemorragia de tubo digestivo alto se puede clasificar de acuerdo a su origen en variceal y no variceal; la primera es característica de aquellos pacientes que cursan con cirrosis hepática, hipertensión portal, es considerada una de las más graves complicaciones de estos pacientes; asimismo la de origen no variceal es una urgencia que deberá ser manejada preferentemente por un especialista en ello para evitar la muerte del paciente.

Dentro de los principales factores de riesgo se encuentran: edad avanzada, patologías concomitantes (diabetes mellitus hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, evento vascular cerebral, hepatopatías enfermedad pulmonar o cáncer), otros factores (ingesta de café, tabaco, uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos) y pacientes anti coagulados.

Dentro de las causas más comunes de hemorragia variceal se encuentra la Enfermedad ulcerosa péptica, misma que puede ocupar hasta el 90% de los casos, seguida de las varices esofágicas y la lesión de Mallory Weiss hasta un 5.8%, otras causas hasta un 3.9%.

Aun cuando la bibliografía nos demuestran que existe un elevado número de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto no existía hasta el momento un registro de los casos que nos permitiera conocer los factores de riesgo asociados, así como tampoco las principales causas de hemorragia que se encontraron mediante el apoyo de una endoscopia diagnóstica

En el presente estudio realizado en el Hospital General de Zona No.1 Pachuca de tipo transversal, retrolectivo, observacional y descriptivo se seleccionaron los expedientes clínicos y archivos de aquellos pacientes con características clínicas de hemorragia de tubo digestivo alto, aquellos derechohabientes que independientemente de su sexo cuentan con un estudio de endoscopia diagnóstica realizada en el periodo del 01 de enero de 2009 al 31 diciembre de 2013, mediante el llenado de un cuestionario validado

se pudo valorar la edad de presentación, enfermedades concomitantes, uso de medicamentos asociados, así como los principales hallazgos endoscópicos y su manejo en el momento del estudio. La obtención de la muestra fue no probabilística por conveniencia, realizándose en dos meses posteriores a su aprobación ante comité local de investigación. Al haber obtenidos los datos, el análisis estadístico que se utilizó para la obtención de los resultados fueron media, mediana, moda y porcentajes así como desviación estándar, con ello se pudo determinar las principales causas de hemorragia, y valorar el riesgo de complicaciones en el paciente, planteándose con ello medidas para disminuir su prevalencia y elevada mortalidad en el medio hospitalario.

Es el primer estudio de investigación realizado en el Hospital General de Zona no.1 Pachuca sobre hemorragia de tubo digestivo, gracias al mismo pudimos conocer, obtener y ampliar los conocimientos adquiridos a través de nuestra práctica clínica profesional.

Mediante la elaboración de este estudio se obtuvo que de los 94 pacientes encontrados con hemorragia de tubo digestivo alto, 41 pacientes no contaban con estudio endoscópico o no se encontró su expediente clínico por depuración del mismo en el archivo del hospital y en 53 pacientes se realizó endoscopia mediante la cual pudimos obtener las principales causas de hemorragia de tubo digestivo alto.

Nos permitió conocer que la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal ocupa más del 60% de los casos mientras que el variceal hasta un 37% y de estos la principal de causa de hemorragia de tubo digestivo no variceal la ocupa la gastropatía erosiva, seguida por hemorragia de origen variceal (como lo son las varices esofágicas y gástricas) en menor porcentaje, se encontró mayor prevalencia en el sexo femenino hasta un 60% de los casos, con comorbilidades asociadas como la diabetes mellitus tipo 2 hasta en un 35%, con uso crónico de aines en el 21% y de estos se asocia a más del 70% al consumo de diclofenaco.

Es un estudio de vital y de gran importancia que nos permitió identificar el tiempo en el cual se realizó un estudio de endoscopia en el paciente con hemorragia de tubo digestivo alto no variceal desafortunadamente se evidencio que hasta en el 48.48% de los pacientes se realizó después de las 72 horas del evento, mientras que en las primeras 24 horas se encontró un 36.36% de pacientes, al igual se encontró que en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto de origen variceal hasta en un 60% de los paciente se les realizo una endoscopia después de 72 horas del evento agudo, seguido de un 25% de pacientes en el que se les realizo dentro de las 25-48 horas posteriores a la hemorragia,

desafortunadamente este dato difiere de lo que debería realizarse en los centros hospitalarios; una endoscopia temprana “en las primeras 24 horas” posteriores a la hemorragia”.

XI. CONCLUSIÓN

Este estudio de investigación nos ayudó a observar que en el HGZ No.1 Pachuca Hgo, la etiología más frecuente de hemorragia digestiva alta variceal es la gastropatía erosiva seguida por las várices esofágicas y gástricas, con una mayor afectación en el sexo femenino, pacientes diabéticos y las comorbilidades más frecuentes diabetes mellitus y hepatopatías crónicas.

Con los resultados del presente proyecto se deja abierta la posibilidad de realizar otros estudios en los que se pueden incluir entre algunos otros las principales causas de mortalidad así como complicaciones y días de estancia intrahospitalaria.

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Moctezuma MU, Almeda VP, Lizardi CJ, Moran CMA, García CC. Hemorragia de tubo digestivo alto. Experiencia en el Hospital Médica Sur. Revista de Investigación Médica Sur. Junio-Septiembre 2008; 15 (3): 176-184.
- 2.- Ulloa CJL, Hernández LA, Hernández CAM, García VF, Gómez G. Guía de práctica clínica para la hemorragia digestiva alta. Medisur Revista Electrónica. 2009; 7 (1): 106-111.
- 3.- Denisse B, Trejos J, Tong Victoria, Miranda M, Torres M, Melilo F, et al. Factores asociados a sangrado de tubo digestivo alto. Servicio de Gastroenterología. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Revista Medico Científica. 2011; 24 (1): 4-11.
- 4.- Reyes DA. Hemorragia variceal. Revista de Gastroenterología de México. 2010; 75(1): 97-98.
- 5.- Zepeda GS. Hemorragia de tubo digestivo no variceal. Revista de Gastroenterología de México. 2010; 75 (2):30-34.
- 6.- Abdo-FJM. Actualidades en hemorragia no variceal. Revista de Gastroenterología de México. 2011; 76 (1): 46-48.
- 7.-Teramoto MO. Hemorragia del tubo digestivo de origen indeterminado. Revista de Gastroenterología de México. 2010; 75 (1):99-102.
- 8.- González GJA, Vázquez EG, García CD, Gaytán TJ, Flores RAR, Jaquez QJO, et al. Factores predictivos de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2011; 103 (4): 196-203.
- 9.- Gómez HW. Manejo inicial del Sangrado digestivo. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2008; LVX (586): 341-350.

- 10.- Casamayor CE, Rodríguez FZ, Goderich LJM. Sangrado digestivo alto: consideraciones actuales acerca de su diagnóstico y tratamiento. Revista MEDISAN. 2010; 14 (5): 591-601.
- 11.- Cortes L, Mostacero S, JAC Ducons. Indicaciones de la endoscopia digestiva alta. Revista electrónica MEDICINE. 2008; 10(2): 117-118.
- 12.- Machuca MT, Fernández DL, Gómez MN, Bordón KB. La endoscopia en la hemorragia digestiva alta. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. 2008 abril; 180: 24-28.
- 13.- Riveron QK, Gutiérrez LU, Llorca AD, Dinza CSA. Endoscopia de urgencia en pacientes con episodio agudo de sangrado de tubo digestivo alto. Revista MEDISAN. 2012; 16 (11) 1556- 1665.
- 14.- Contreras OR, Millán ME, García SMA. Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". ISSSTE, Endoscopia. 2008; 20 (2): 102-109.
- 15.- Ajayi AO, Adegun PT, Ajayi EA, Solomon OA, Adeoti AO, Akolawole MA et al. A Etiology and Management Outcome of Upper Gastrointestinal Bleeding in Adult Patients Presenting at Ekiti State University Teaching Hospital. Ado- Ekiti, Nigeria, Greener Journal of Medical Sciences. April 2013; 3 (3): 93-97.
- 16.- Abreu JM, Solange RT, Noelvis TM, Cintado TD. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. Revista Médica Electrónica. 2013; 35(2): 134-143
17. - Mitchell SC, Friedel D. Initial Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: From Initial Evaluation up to, Gastrointestinal Endoscopy. Medicina Clinica 92 (2008) 491–509.
- 18.-Laine L, Dennis MJ. Management of Patients with Ulcer Bleeding. The American Journal of Gastroenterology. March 2012 vol.107: 345-360.

- 19.- García TUH, García RJV, Contreras UC, Tenorio FC, Valdez LR, Corral MA, et al. Tratamiento endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo no variceal en el Hospital General de México O.D. Endoscopia 2008; 20(2):102-109.
- 20.- Abdo-Francis JM. Úlcera péptica, AINES, Helicobacter. Revista de Gastroenterología de México. 2013; 78(1); 8-9.
- 21.- Villanueva MC, Avendaño JMR, Nogueira DRJR, Jiménez CRR. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por úlcera péptica. Revista de gastroenterología de México. 2009; 74(2): 144-148.
- 22.- Regalado VAI, Sanchez PLM, Mancebo DB. Tratamientos convencionales y medicina alternativa de la úlcera péptica. Revista Cubana de Farmacia. 2012; 46(1): 127-137.
- 23.- Caraballo GM, Cuello SE, Pineda CR, Montero R. Factores de riesgo de úlcera péptica. Centro de gastroenterología. Ciudad Sanitaria Doctor Luis Eduardo Aybar. Revista Médica Dominicana. 2010; 71(3): 15-19.
- 24.- Manrique MA, Cruz RJM, Chávez GMA, Pérez VE, Pérez CT, Álvarez CR et al. Eficacia de la hemostasia en la hemorragia digestiva alta de origen no variceal en la Unidad de Endoscopia del Hospital Juárez de México; experiencia a dos años, Revista del Hospital Juárez de México. 2010; 77(2): 93-97
- 25.-Galindo F. Hemorragia Digestiva. Cirugía Digestiva, <http://www.sacd.org.ar>,2009; 1-126: 1-19.
- 26.- Hiroki H, Kuangi F, Hiroya V, Taiji T, Tsutomu T, Akihisa M et al. Mallory Weiss tear during gastric endoscopic sub mucosal dissection. World Journal de Gastrointestinal Endoscopy. 2011; July 16; 3(7): 151-153.
- 27.- Rodríguez MA, Venegas SJD. Helicobacter Pilory: agresor común de la mucosa gástrica. Medicina Interna de México. 2009; 25(4): 295-299.
- 28.- De Soto MLZ, Esparza DN, Flores TEG, Ochoa PFJ. Diagnóstico y tratamiento de varices esofágicas. Guía de práctica clínica IMSS-087-08. 2008: 1-11.

29.- Vargas AC, Navarro CJF. Lesión de Dieulafoy. Gastroenterología, Revista Medica de Costa Rica y Centroamérica. 2011; LXVIII (597): 235-239.

30.- Barturen A. Papel de la eco endoscopia en el diagnóstico del paciente con hipertensión portal; Curso práctico en avances en endoscopia, eco endoscopia y ecografía digestivas. 2012: 27-35.

XIII.- ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Dr. Raúl Contreras Omaña, Dra. Aleida Bautista Santos, Dra. Ma. Antonieta Xóchitl García Samper

Favor de no llenar Folio: _____

Hospital: _____ Lugar: _____

Nombre del paciente: _____

Sexo: 1. M 2. F Edad: _____ Num. de expediente: _____

Fecha ingreso urgencias: _____ Fecha ingreso piso: _____

I.- ANTECEDENTES

1.- Antecedentes personales patológicos y comorbilidades

DM2: Hepatopatía crónica: Cardiopatías crónicas:
 IRC: Neumopatía crónica: Quimioterapia:
 EVC: Padecimiento oncológico:

2.- Uso crónico o reciente de AINEs: 1. si 2. no

¿Cuáles?	Dosis				Tiempo de uso
	1x1	1x2	1x3	1x4	
1. ASA					
2. Celecoxib					
3. Diclofenaco					
4. Indometacina					
5. Ibuprofeno					
6. Ketoprofeno					
7. Ketorolaco					
8. Naproxeno					
9. Meloxicam					
10. Piroxicam					

3.- Uso crónico o reciente de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios

1. si 2. no

II.- INGRESO

1.- Tiempo transcurrido desde el inicio del sangrado hasta la llegada al hospital: _____ días

2.- Signos vitales al llegar al hospital:

T/A: _____ T/A media: _____ Frecuencia cardiaca: _____

3.- Laboratorios al ingreso:

Hemoglobina: _____ Hematocrito: _____ Leucocitos: _____
 Plaquetas: _____ x1000 Glucosa: _____ BUN: _____ Creatinina: _____
 TP: _____ INR: _____ TTP: _____

III.- MANEJO HOSPITALARIO

1.- ¿Requirió hemoderivados o coloides? 1. Si 2. No

Plasma Fresco Congelado: _____ # Concentrado eritrocitario: _____

2.- Manejo médico del sangrado

1. Omeprazol infusión		5. Vasopresina IV	
2. Omeprazol c/12 hrs		6. Terlipresina	
3. Omeprazol c/24 hrs		7. Sucralfato	
4. Octreótida IV		8. Sonda de balones	
5. Somatostatina IV			

3.- Tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la realización de Endoscopia:

1. De 0 a 24 hrs 3. De 49 a 72 hrs
 2. De 25 a 48 hrs 4. Más de 73 hrs

