



Centro Médico Nacional Siglo XXI
Hospital de Especialidades

INCIDENCIA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN
PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL
SUPERIOR.

Gastroenterología

Dra. Ma. de Jesús Intriago Carbajal



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dra. Leonos Adriana Barille Fabris
Jefe de División de Educación e Investigación en Salud
Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional Siglo XXI

Dra. Margarita Dehesa Violante
Jefa de Departamento de Gastroenterología
Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional Siglo XXI

Dr. Juan Manuel Blancas Valencia
Jefe del Departamento de Endoscopia
Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional Siglo XXI
Asesor.



Agradecimientos:

Agradezco el apoyo, guía, enseñanza y consejos, en primer lugar a Dios, a mis padres y familia en general, ya que son el motor para todo lo que se realizó, posteriormente a los Dres. Cap. Franyutti y Tte. Tiburcio, ya que son las personas que creyeron en mí y fueron un eslabón importante para alcanzar este sueño en este gran hospital, continuando con los médicos de este servicio encabezado por la Dra. Dehesa, seguida de todos los médicos de base incluyendo a los médicos que acuden como parte del apoyo académico y que no laboran en este hospital, y muy en especial a la Dra. Moreno quien supo de mis altibajos durante una etapa muy difícil de mi vida y que siempre tuvo la palabra justa y el tiempo, y posteriormente al Dr. Blancas por ser mi asesor en esta tesis y ya que estamos en el servicio de endoscopia también debo mencionar a todos los médicos que laboran en ese servicio por su apoyo y participación como parte de nuestra formación, en especial el Dr. Paz, quien es una persona dedicada a su profesión y a sus alumnos, y en mi vida diaria el Dr. Rodríguez quien ha sido un gran apoyo y un fuerte hombro para mis momentos difíciles y por último a todos mis compañeros y amigos desde mi primer año y hasta el último, sin nombrar a ninguno, ya que a todos les tengo un cariño especial y de cada uno de ellos aprendí tanto de medicina como de la vida.

Muchas Gracias

INDICE

Título y Autores.....	1
Resumen.....	2
Antecedentes.....	3
Planteamiento del Problema.....	3
Hipótesis.....	4
Objetivo.....	4
Criterios de Inclusión y exclusión.....	4
Definición conceptual y operacional de variables.....	4 - 5
Material y métodos.....	5 – 6
Análisis estadístico.....	6
Hoja de recolección de datos.....	7
Consentimiento informado de endoscopia.....	8
Resultados.....	9 - 12
Discusión	13
Conclusiones	13
Bibliografía.....	14 -15

TITULO

INCIDENCIA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR

AUTORES

Dra. María de Jesús Intriago Carvajal.
Residente de Gastroenterología
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Siglo XXI

Dr. Marcelino Edgar Díaz Gómez
Residente de Gastroenterología
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Siglo XXI

Dr. Miguel Ángel Medina Vega
Residente de Medicina Interna
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Francisco Cubías Anchieta
Residente de Gastroenterología
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Siglo XXI

Dra. Lizeth Vera De León
Residente de Gastroenterología
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Siglo XXI

Dra. Ana Teresa Abreu y Abreu
Residente de Gastroenterología
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Siglo XXI

Dr. Juan Manuel Blancas Valencia.
Medico de Base, Servicio de Endoscopias.
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Siglo XXI

Dra. Margarita Dehesa Violante
Jefa del Departamento de Gastroenterología
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Siglo XXI

Intriago C, Díaz G, Cubías A, Vera D, Abreu A, Blancas V, Dehesa V. **INCIDENCIA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR.**

Departamento de Gastroenterología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Siglo XXI.

Introducción: La hemorragia gastrointestinal superior (HGIS) particularmente cuando es grave se asocia a infarto agudo del miocardio (IAM), sin embargo esta última, en muchas ocasiones no se diagnostica debido a que no se realizan pruebas para su búsqueda. La presentación clínica así como la fisiopatología del IAM en pacientes con hemorragia gastrointestinal, difiere de aquella cuando se presenta sola.

Objetivo: Conocer la frecuencia de la asociación del infarto agudo del miocardio en pacientes con hemorragia gastrointestinal superior grave.

Material y Métodos: El Estudio es prospectivo, descriptivo, observacional. Estudiando 54 pacientes con hemorragia gastrointestinal superior grave, que ingresaron al área de Admisión Continua, del Centro Médico Nacional, Siglo XXI, durante el período comprendido entre agosto del 2004 a enero del 2005. Se tomó como referencia para tubo digestivo alto el ligamento de Treitz, y como criterio de la realización de endoscopia alta, la presencia clínica más frecuente que son hematemesis y melena con descenso de hemoglobina asociado o no a inestabilidad de signos vitales. A su ingreso se realizó reanimación con coloides y cristaloides al que lo ameritaba, así como a la par de la toma de estudios séricos, EKG, un interrogatorio completo para determinar antecedentes y factores de riesgo los cuales se concentraron en una hoja de datos, y dentro de otros factores la asociación el consumo de AINES y Cirrosis con sus diferentes etiologías, se realizó a todos los pacientes lavado gástrico y tacto rectal, así como la realización de endoscopia alta, con la cual se determino el origen del sangrado y se dió tratamiento de acuerdo a la etiología de base. Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior, grave, datos de choque, edad mayor o igual a 35 años y ambos sexos. Criterios de exclusión fueron edad menor de 35 años y los pacientes inestables que se les contraindicaba el estudio endoscopico.

Resultados: Se estudiaron 52 pacientes, de los cuales fueron 18 mujeres y 34 hombres, el promedio de edad es de 61.5 años (35 a 88 años). De acuerdo a los factores de riesgo se presentaron tabaquismo 48.07%, seguida de AHF de cardiopatía isquémica de primer grado 34.61%, con el mismo porcentaje HAS y cardiopatía isquémica (APP) 32.6 %, DM2 y dislipidemia 15.38 %. Respecto a la etiología del sangrado de las etiologías primero se presentó cirrosis hepática por alcohol (27.59%) y en segundo lugar el consumo de diclofenaco 25.86 %. El Diagnóstico endoscópico más frecuente fue Varices esofágicas con un 36.54% y las úlceras gástricas y duodenales (25%), que de acuerdo a la clasificación de Forrestt las más frecuentes fueron IIc y III, encontrando alteraciones electrocardiográficas como bloqueo de rama derecha del Haz de His (26.93%), taquicardia supraventricular (15.38%), isquemia (9.61 %), Infarto agudo del miocardio (3.84 %)

Conclusiones: En Base a los resultados obtenido se recomienda que a todos los pacientes con hemorragia de tubo digestivo se consideren pacientes graves y a su llegada al área de primer contacto, realizar ECG, enzimas cardiacas, además de los estudios de rutina necesarios, con lo que estaremos detectando y atendiendo tempranamente el IAM y a su vez la disminución de la mortalidad.

INCIDENCIA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR.

ANTECEDENTES

La hemorragia gastrointestinal superior (HGIS) particularmente cuando es grave se asocia a infarto agudo del miocardio (IAM), sin embargo esta última, en muchas ocasiones no se diagnostica debido a que no se realizan pruebas para su búsqueda¹. La presentación clínica así como la fisiopatología del IAM en pacientes con hemorragia gastrointestinal, difiere de aquella cuando se presenta sola⁶. Los signos y síntomas del IAM pueden enmascarse por una hemorragia grave⁸. El IAM en pacientes con hemorragia gastrointestinal tiene muchas consideraciones como por ejemplo: la seguridad de realización del estudio endoscópico debido a las complicaciones cardiopulmonares potenciales del procedimiento; el tratamiento para cada enfermedad puede ser problemático cuando ocurren simultáneamente, principalmente la anticoagulación, terapia antitrombótica y antiplaquetaria para el IAM pueden exacerbar la hemorragia, o bien el uso de epinefrina como esclerosante para úlceras gástricas puede exacerbar la isquemia miocárdica¹⁰. Por lo tanto el pronóstico para la hemorragia gastrointestinal asociada con infarto difiere marcadamente de aquel para cada enfermedad por sí sola⁷. Existen pocos estudios que involucren la hemorragia gastrointestinal superior asociada a infarto agudo del miocardio¹.

La Hemorragia de tubo digestivo alto que ocurre simultáneamente con IAM es relativamente común¹. Colleran et al reportaron cambios isquémicos en cuatro pacientes con hemorragia gastrointestinal, tales como inversión de onda T o depresión del segmento ST, que resolvieron después de la transfusión de paquetes globulares. Dos de los pacientes subsecuentemente se les realizó cateterismo cardíaco sin hallazgos significativos de enfermedad coronaria². En un estudio por Cappell, demostró IAM en 36 (0.94%) de 3830 pacientes con HGIS, la edad media fue de 71.7 +/- 9.7 años, el 61% del sexo masculino y el 6% fue raza negra⁹. La tasa de diagnóstico de IAM puede ser subestimado debido a que frecuentemente no se realizan estudios para su búsqueda². En un estudio por Bhatti et al, únicamente 113 (49%) de 230 pacientes con hemorragia que requirieron ingreso a unidad de cuidados intensivos, se les realizó niveles de creatinina fosfoquinasa para el diagnóstico de infarto, en este estudio de los 113 pacientes con pruebas para infarto, se diagnosticó en 16 (12.3%) IAM, la edad media fue de 68.9 años³. Emenike et al, entre abril 1996 y enero 1997, diagnosticaron IAM en 11 (13%) de 83 pacientes ingresados a unidad de cuidados intensivos, con edad promedio de 74.4 años, adicionalmente 10 pacientes (12%) tenían cambios electrocardiográficos de isquemia miocárdica sin IAM⁴. En estos estudios se encontró que los pacientes con hemorragia gastrointestinal asociada a IAM tenían significativamente más factores de riesgo coronarios que aquellos pacientes sin infarto^{11,13,15}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Con que frecuencia presentan IAM los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior grave?

HIPÓTESIS

El infarto agudo del miocardio es una complicación que ocurre entre el 1-13 % en pacientes con hemorragia gastrointestinal superior grave.

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de la asociación del infarto agudo del miocardio en pacientes con hemorragia gastrointestinal superior grave.

CRITERIOS DE INCLSIÓN Y EXCLSIÓN

Se tomaron como Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior, grave (Disminución de la presión sistólica >20 mmHg, diastolita >10 mmHg, de frecuencia cardiaca >20 /min cambios de posición, taquicardia en reposo e hipotensión ortostática) lo que nos indica al menos pérdida del 15% del volumen sanguíneo, datos de choque lo que implica una pérdida del 35% del volumen edad mayor o igual a 35 años y ambos sexos

Los Criterios de exclusión fueron edad menor de 35 años y los pacientes inestables que se les contraindicaba el estudio endoscopico.

DEFINICIÓN CONCEPTAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Se tomo en cuenta el genero y edad en primer lugar ya que esto son determina el aumento de factor de riesgo en algunos grupos, así como antecedentes, en primer lugar los antecedentes personales patológicos como Diabetes mellitus la cual es una enfermedad crónico-degenerativa que comprende un grupo de trastornos metabólicos que comparten el fenotipo común de la hiperglicemia, la cual tiene una serie de complicaciones, que favorecen alteraciones cardiovasculares siendo los parámetros que se tomaron en cuenta como normales 70-105mg/dl¹⁷; en segundo lugar hipertensión arterial sistémica, definida como una elevación de la presión arterial, colocando a los pacientes que lo padecen en un alto riesgo de daño de varios órganos blancos en varios lechos vasculares, tomando los valores como patológicos los mayores a 140/90mmHg¹⁸, seguida de dislipidemia(colesterol 60 -200 mg/dl y triglicéridos 50-130 mg/dl) considerado como un trastorno de los niveles y el metabolismo de los lípidos y lipoproteínas del plasma, la cual esta asociada a patologías como DM, consumo de alcohol, anticonceptivos orales, enfermedades renales hepatopatías e hipotiroidismo; mas de la mitad de los casos de cardiopatía isquémica (CI) esta asociado a este trastorno metabólico¹⁷, siendo la CI un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno al miocardio, que como apoyo para su diagnostico se realizo un ECG y este valorado por un médico internista. El tabaquismo es otro factor de riesgo tomado en cuenta, realizandose el índice tabaquito considerando 10 a 20 riesgo de NOC y $>$ de 20 como riesgo para cáncer broncogenico (años de fumador x Num. de cigarros / 20); otro factor incluido es la historia familiar en primer grado de CI, el cual se determino por interrogatorio (directo o indirecto en caso de que los pacientes no pudieran responder al interrogatorio).

Como factor de riesgo para hemorragia están el consumo de AINEs, Acido acetilsalico, incluidos los COX, interrogando dosis y tiempo de ingesta; otro factor es la presencia de cirrosis hepática, referida por los pacientes y apoyada por clínica y bioquímica (hipertrofia de parotidas, ausencia de vello axilar, distribución, ginecoide, ginecomastia, red venosa colateral, puntos rubi, ascitis, alteración de las pruebas de función hepática, leucopenia, plaquetopenia,

hipoalbuminemia, prolongación de tiempos de coagulación, hiponatremia)¹⁰, determinando etiología y uso de profilaxis con betabloqueadores del tipo de propranolol.

En cuanto a las variables del cuadro clínico tenemos disnea que su significado etimológico es respiración difícil y clínicamente se manifiesta por anomalías de los movimientos respiratorios en frecuencia, amplitud, ritmo y duración de las fases inspiratoria y espiratorias¹⁹; Diaforesis, que significa sudoración profusa, Dolor precordial, que es la consecuencia de la baja de gasto cardíaco con falta de oxígeno al miocardio por falta de irrigación a las coronarias²⁰, dolor abdominal el cual es de diferentes tipos de acuerdo a el área afectada, palpitaciones, son la percepción de los latidos cardiacos, todas las anteriores asentadas en la hoja de datos por referencia del paciente; Hematemesis que es la sangre roja fresca, copiosa, de tubo digestivo alto¹⁹; melena que significa sangre digerida y es color negro¹⁹, para estos 2 últimas se tomo en cuenta la cantidad, por referencia del paciente y/o familiares y a nuestra vista a la llegada a la unidad de atención medica, el síncope esta se presenta a una isquemia transitoria encefálica ya sea de origen cardiaca o vascular periféria¹⁹, y por último palidez que significa la decoloración de la piel y puede ser de diferentes grados, midiendose de forma subjetiva y objetiva por medio de la determinación de la BHC.

En cuanto a los signos vitales fueron tomados en cuenta la Presión arterial (PA) considerandose dentro de parámetros normales 120/80mmHg, y se realizaron tomas a su llegada a la unidad de primer contacto y cada 30 minutos, así como durante el procedimiento endoscópico utilizando baumanometro de mercurio, la frecuencia cardiaca se tomo como parámetros normales 60 a 80 por minuto y la toma se realizo con el apoyo de un estetoscopio sobre focos cardiacos, realizandose las tomas de los mismo intervalos que la PA.

En relación a los estudios de laboratorio realizados esta Biometría hemática completa (BHC) para determinar Hemoglobina (Hb) tomando como parámetros adecuados para pacientes cirroticos es de 9 a 10 mg/dl y pacientes sin esta patología o con NOC 12 a 14 mg/dl, Hematocrito (Hto) considerandose como normal 3 veces el valor de la Hb , enzimas cardiacas (CPK total 0-24 U/l y CPK-MB, 0-190 U/l) y otras que nos apoyan en el diagnostico Deshidrogenasa láctica (DHL: 240 a 480 U/l), Aspartatoaminotransferasa(AST 3-28 U/l), Colesterol y triglicéridos (con valores de 60 -200 mg/dl y 50-130 mg/dl respectivamente), de las cuales ya se dio una descripción.

Dislipidemia, Cardiopatía Isquémica y Tabaquismo; y dentro de otros factores la asociación el consumo de AINES y Cirrosis con sus diferentes etiologías, entre el cuadro clínico se busco disnea, palpitaciones, diaforesis, sincope, dolor precordial y abdominal, hematemesis, melena y palidez; se realizo a todos los pacientes lavado gástrico y tacto rectal, así como la realización de endoscopia alta, por medicos en adiestramiento endoscopico supervisados por médicos adscritos de dicha área, con la cual se determino el origen del sangrado y se dió tratamiento de acuerdo a la etiología a base de: ligaduras, escleroterapia a base de adrenalina al 1:10,000, polidocanol al 1.5%, alcohol absoluto, argón plasma; los que tenían sangrado de origen variceal, sin respuesta a tratamiento se aplicó sonda de balones y los de origen ulceroso se daba tratamiento quirúrgico, por lo que se trato a la par con los cirujanos, quienes previo a procedimiento, veian la endoscopia para ver la localización de la lesión.

ANALISIS ESTADISTICO:

Todos los valores son reportados en portados en porcentaje y promedios, graficas de pastel y cuadros, así como se respeto los valores éticos y se solicito consentimiento informado de la endoscopia, además de comentar con los pacientes (los que se encontraban en condiciones para decidir) y/o familiares, el procedimiento a realizar y el fin de tomar otros estudios séricos como parte de este protocolo.

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NUMERO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FILIACION: _____

ANTECEDENTES

	SI	NO	TIEMPO DE EVOLUCION	TRATAMIENTO
DIABETES MELLITUS				
HIPERTENSION ARTERIAL				
DISLIPIDEMIA				
CARDIOPATIA ISQUEMICA				
TABAQUISMO				
HISTORIA FAMILIAR DE CARDIOPATIA ISQUEMICA				

FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA

	SI	NO	
USO DE AINES			¿Cuál, dosis y cuanto tiempo?
CIRROSIS			Etiología:
			Profilaxis:

CUADRO CLINICO

	SI	NO		SI	NO
DISNEA			PALPITACIONES		
DIAFORESIS			SINCOPE		
DOLOR PRECORDIAL			DOLOR ABDOMINAL		
HEMATEMESIS			MELENA		
PALIDEZ			OTRO:		

SIGNOS VITALES: P/A _____ FC _____

LABORATORIOS:

HB		HT	
CPK TOTAL		CPK MB	
DHL		AST	
COLESTEROL		TRIGLICERIDOS	

ELECTROCARDIOGRAMA: _____

RAYOS X DE TORAX: _____

DIAGNOSTICO _____ Y _____ TRATAMIENTO _____

ENDOSCOPICO: _____

COMPLICACIONES _____ DURANTE _____ EL

PROCEDIMIENTO: _____

SI EXISTE SOSPECHA DE ISQUEMIA, CONTROL DE ENZIMAS:

CPK TOTAL		CPK MB	
DHL		AST	

ELECTROCARDIOGRAMA: _____

PAQUETES GLOBULARES TRANSFUNDIDOS: _____

EVOLUCION Y OTRAS COMPLICACIONES: _____

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL SIGLO XXI
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
 SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA
 SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ENDOSCOPIA
 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Chiapas
 Guerrero
 Morelos
 Querétaro
 3 Suroeste del DF
 4 Sureste del DF

MEDICO TRATANTE: _____ SERVICIO _____

TIPO DE ENDOSCOPIA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ CÉDULA: _____ CAMA: _____

MOTIVO DE LA VALORACIÓN ENDIOSCÓPICA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

EL QUE SUSCRIBE AUTORIZA A LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS EFECTUAR LA ENDOSCOPIA ARRIBA COMENTADA, ASI COMO PRACTICAR PROCEDIMIENTO QUE A SU JUICIO DETERMINE EN CASO DE SURGIR ALGUNA CONDICIÓN NO PREVISTA, ASÍ MISMO, ME HAN SIDO EXPLICADOS LA NATURALEZA Y PROPÓSITOS DE ESTA ENDOSCOPIA, RIESGO Y POSIBLES COMPLICACIONES (HEMORRAGIA, PERFORACIÓN).

FIRMA DEL PACIENTE

TESTIGO

PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE

RESULTADOS

Se incluyeron en total de 52 pacientes para el estudio, de los cuales 34 fueron hombres y 18 mujeres (**ver Tab.1**); el grupo de edad esta entre los 35 a 88 años, siendo los de 60 a 69 años, los que tienen mayor frecuencia y / o riesgo de sangrado y la edad de menor los de 35 a 39 años (**ver Tab. 2**)

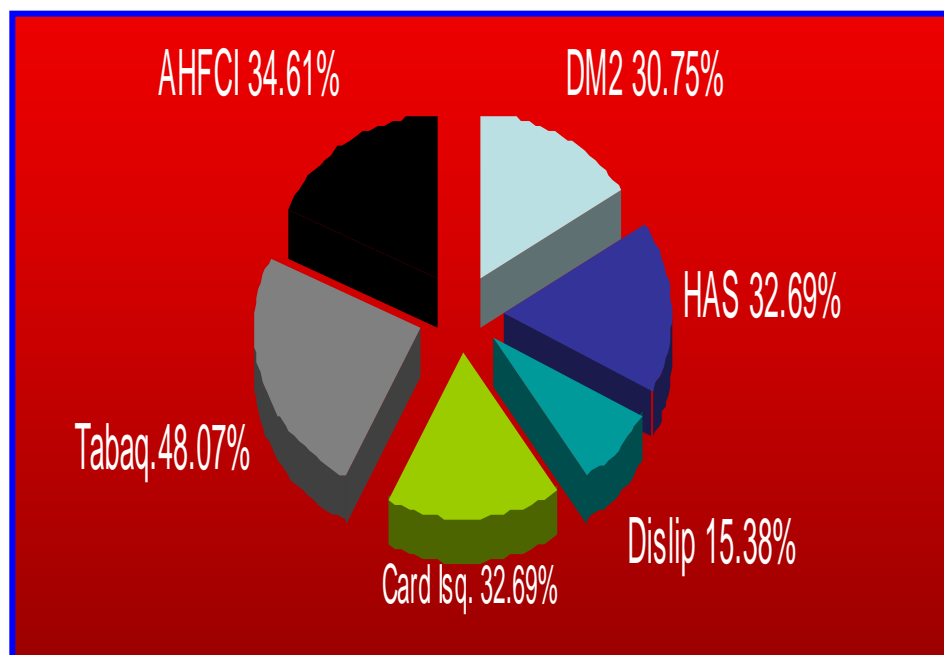
Tab. 1: Frecuencia de acuerdo al Genero

Genero	Masculino	Femenino
Total= n:52	34 (65.38 %)	18 (34.61 %)

Tab. 2 : Gurpos de frecuencia de acuerdo a edad

Gpo (años)	35-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Total= n:52	3 (5.76%)	7 (13.46%)	11 (21.15%)	14 (26.92%)	13 (25%)	4 (7.69%)

El promedio de edad es de 61.5 años (35 a 88 años). De acuerdo a los factores de riesgo se presentaron en el siguiente orden: en primer lugar se encuentra el tabaquismo, seguida de AHF de cardiopatía isquemica, con el mismo porcentaje HAS y cardiopatía isquemica (APP), penúltimo lugar DM2 y dislipidemia (**ver Graf. 1**)



Graf. 1: Antecedentes como factor de riesgo

Entre las etiologías y factores de riesgo desencadenante de hemorragia de tubo digestivo alto, se encuentran Cirrosis, AINEs y ASA, observando que entre las principales esta el consumo de AINEs y ASA, asociado o no a cirrosis (**Ver Tab. 3**)

A todos los pacientes se les realizó endoscopia encontrando como primera causa úlceras Gástricas, con un total de 21 (19 en relación a consumo de AINE y ASA, uno por consumo de ASA y 1 probablemente relacionado a *H. pylori*, con características endoscópicas de empedrado), predominando en cuerpo gástrico (15), de los cuales 6 fueron a nivel de la incisura, el resto en diferentes ubicaciones, seguida a nivel de antro (6) y 2 esofágicas (1 post-ligadura); (**ver Tab.4**), 16 se trataron con adrenalina al 1:10,000 (con una media de 4.5 cc), de acuerdo a la clasificación de Forrest de Ia a IIc (**Ver tab 5**); en segundo lugar por ruptura variceal (19), predominando el Paquete lateral derecho(16), seguido de paquete posterior (7), siendo menos común en paquete anterior y lateral izquierdo, encontrando ruptura en 2 paquetes a la vez, en algunos pacientes, de los cuales 8 se ligaron, 2 fue tratamiento mixto y el resto se escleroso con alcohol absoluto o polidocanol al 1.5% (media de 4.5 ml y 6 ml respectivamente), (**ver tab. 6**), los 10 restantes se distribuyen en 6 por gastropatía portal intensa, 2 por Mallory weiss, 1 por angiodiplasias múltiples (tratamiento mixto adrenalina, argon y polidocanol) y 1 por lesión de Deulafoy.

Tab. 3: Etiología como causa desencadenante de Hemorragia de tubo digestivo alto.

Etiología	Cirrosis					AINEs				ASA
	Virus		OH	Criptogenica	CBP	Diclofenaco	Naproxen	Piroxicam	Nimesulida	
	B	C								
Total n: 52 (99.98%)	1 (1.72)	6 (10.34)	16 (27.59)	4 (6.90)	1 (1.72)	15 (25.86)	3 (5.17)	1 (1.72)	1 (1.72)	10 (17.24)
	Profilaxis con Propranolol Total = 18									

Tab. 4: Diagnóstico endoscópico de HTDA.

	Diagnostico endoscopico								Ulc. Duoden
	Úlceras Gástricas		M. Weiss	V. Esofag.	Deulafoy	Gastrop port.	U. Esofagic.	Angiodisp.	
	Cpo. Incisura	Antro				Otras / postL			
Total n:52 (99.99%)	7 / 6	5	2	19	1	6	1 / 1	1	3
	13.46/11.54	9.62	3.84	36.54	1.92	11.54	1.92 / 1.92	1.92	5.77

Tab. 5: Ulceras de acuerdo a clasificación Forrest

	Tipo de Ulceras					
	Ia	Ib	IIa	IIb	IIc	III
Total n: 23	1	3	3	4	5	7
(99.99%)	4.35	13.04	13.04	17.39	21.74	30.43

Tab. 6: Tratamiento para HTDA de origen variceal

	TX en HTDA por rupt. varic.			
	Escleroterapia		Ligadura	Sond de Balones
	OH absol.	Polidoc. 1.5%		
Total n: 23	7	6	8	2
% 99.99	30.43	26.09	34.78	8.69

Entre el cuadro clínico la presentación mas común son la palidez seguida de hematemesis, melena y palpitations, con porcentajes entre 19.91 a 15.92 y las que tienen entre 0.44 al 7.96% son posos, dolor precordial, sincope, hematoquecia, dolor abdominal, disnea y diaforesis en orden ascendente (**Ver Tab. 7**)

Tab. 7 : Síntomas presentes durante el evento en porcentajes

Cuadro clínico	Disnea	Diaforesis	Dolor precord.	Hematem.	Palidez	Palpitaciones	Sincope	Dolor Abd.	Melena	Hematoquecia.	Posos
Total n: 226	15	18	4	41	45	36	6	14	38	8	1
%	6.63	7.96	1.76	18.14	19.91	15.92	2.65	6.19	16.81	3.53	0.44

Tabla parámetros de laboratorios

	Media
Hb	9.65 (3.7-15.)
Hto	8.05 (11.3 – 44.8)
CPKtotal	1309 (14 a 2604)
CPK-MB	158.5 (8 -309)
DHL	1392.5 (125 – 2660)
AST	528.5 (10 – 1047)
Colesterol	147 (49 – 245)
Triglicéridos	231.5 (40 -423)
Paquetes Globulares transfundidos	2 (0-4)

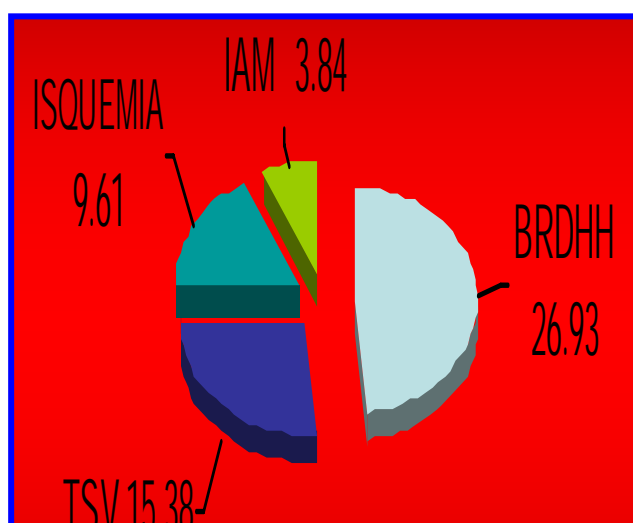
Y para concluir se presentan los resultados del punto medular de este protocolo; se cuentan con 2 pacientes que por alteraciones bioquímica y electrocardiográficas presentaron infarto del miocardio, sin haber presentado síntomas que nos orientaran, ambos tenían factores de riesgo contemplados en este estudio, por lo que se cuenta con un 3.84% de incidencia para Infarto Agudo del Miocardio (IAM) (**ver tab. 8**), 1 paciente falleció (F) y otro (M) se envió a cardiología, sin haber presentado desenlace fatal.

Tab. 8 Pacientes con IAM (Ver abreviaturas en la siguiente pagina)

Genero	Edad	Factores de riesgo	Hb	Dx endosc.	Tratamiento	ECG
Femenino (1)	74	Edad	9.6	UG F:IIB	Adrenalina 1.5 ml. + IBP	IAM del VD
Masculino (1)	56	obesidad, tabaquismo dislipidemia CI previa	7.1	UG F:IIC	Vigilancia + IBP	Infarto anterior extenso

Hb (hemoglobina), Dx (Diagnostico), ECG (Electrocardiograma), F (Forrest), IAM (Infarto Agudo del Miocardio), VD (Ventrículo derecho), CI (cardiopatía isquémica), UG (Úlcera gástrica), IBP (Inhibidor de la bomba de protones).

Entre otras alteraciones cardiacas que se registraron en relacionadas con hemorragia de tubo digestivo alto, se encuentran 14 pacientes (26.92%) presentaron Bloqueo cardíaco de Rama Derecha del Has de His (BCDRHH) de los cuales a 8 se les aplico adrenalina (15.38%), cuatro con Hb por debajo de 10 (6.7, 6, 5.7, y 5), las edades estaban entre 53 a 88 años, todos tenían de 1 hasta 4 factores de riesgo; 8 (13.38%) pacientes presentaron Taquicardia SupraVentricular (TSV), de los cuales 6 tenían Hb menor de 10 (5 -9.4mg/dl), y a 4 se les aplico adrenalina, al resto se les ligo o se les aplico alcohol absoluto; 5 (9.61%) presentaron isquemia, con Hb de 9.7 a 11.2 mg/dl, y solo a 1 se le aplico adrenalina. (**Ver Graf. 2**)



Graf. 2: Cambios Electrocardiográficos

Discusión

Es importante monitorizar con ECG, enzimas cardiacas y los estudios de rutina a todos los pacientes con HTDA y en especial a quienes cuentan con factores de riesgo ya que el descenso de Hb condiciona isquemia y condicionar diferentes alteraciones electrocardiograficas, siendo el mas importante por la gravedad el IAM, ya que no se manifiesta clínicamente como los paciente que no cuentan con hemorragia de tubo digestivo, con lo que podríamos sospechar esta patología mortal e iniciar tratamiento temprano, la incidencia es menor en relación a la bibliografía (12% & 3.84%) pero debemos tomar en cuenta que el grupo estudiado aquí fue muy pequeño en relación a los referidos en la bibliografía, por lo que debemos realizarlos con una población mayor para comparar la incidencia.

Las otras alteraciones presentes en nuestros pacientes (BRDHH, TSV, Isquemia), también merecen atención importante ya que nos pueden condicionar muerte; no se logro relacionar el uso de adrenalina como causa desencadenante de todas estas alteraciones.

Conclusiones:

Sin embrago se debe considerar en todos los pacientes con Hemorragia de Tubo digestivo como pacientes graves y a su llegada al área de primer contacto, se debe realizar ECG, Enzimas cardiacas, además de los estudios de rutina necesarios, con lo que determinaremos la atención temprana del IAM y a su vez la disminución de la mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cappell, M. Gastrointestinal Bleeding associated with Myocardial Infarction, High Risk Bleeding, Part II. *Gastroenterology Clinics of North America*, 2000; 29, 2: 423-445
2. Colleran JA, Papademetriou V, Narayan P et al. Electrocardiographic abnormalities suggestive of myocardial ischemia during upper gastrointestinal bleeding. *American Journal of Cardiology*, 1995; 75: 312-314.
3. Bhatti, N. et al. Myocardial infarction in critically ill patients presenting with gastrointestinal hemorrhage: retrospective analysis of risks and outcomes. *Chest*, 1998; 114: 1137-1142.
4. Emenike, E. et al, Myocardial infarction complicating gastrointestinal hemorrhage. *Mayo Clinic Proceedings*, 1999; 74: 235-241.
5. Guest T M. et al. Myocardial injury in critically ill patients: A frequently unrecognized complication. *JAMA*, 1995; 273: 1945-1949.
6. Cappell M S. et al. A study of the syndrome of simultaneous acute upper gastrointestinal bleeding and myocardial infarction in 36 patients. *The American Journal of Gastroenterology*, 1995; 90: 1444-1449.
7. Kravetz et al. Splanchnic and systemic hemodynamics in portal hypertensive rats during hemorrhage and blood volume restitution. *Gastroenterology*, 1986; 90: 1232-1240.
8. Sivak M, *Gastroenterologic Endoscopy*, 2nd edition, 1999, WB Saunders.
9. Cappell MS. The safety and clinical utility of esophagogastroduodenoscopy for acute gastrointestinal bleeding after myocardial infarction: A six year study of 42 endoscopies in 34 consecutive patients at two university teaching hospitals. *The American Journal of Gastroenterology*, 1993; 88: 344-350.
10. Sleisenger & Fordtran, *Enfermedades Gastrointestinales y hepáticas*, 2000; 6ta. Edición, Editorial Panamericana.
11. Berenguer J. *Gastroenterología y Hepatología*, 2002; 3ra. Edición, Elsevier Science.
12. Barkum et al. Consensus Recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Annals of Internal Medicine*, 2003; 139: 843-857.
13. Rodés T, J. et al. *Medicina Interna*, 1998, 2da edición, Masson S.A.
14. Lee JG, Krucoff MW, Blazer SR. Periprocedural myocardial ischemia in patients with severe symptomatic coronary artery disease undergoing endoscopy: prevalence and risk factors. *Am J Med*. 1995;99:270-75.

15. Kollef MH, et al. a classification tool to predict outcomes in patients with acute upper and lower gastrointestinal hemorrhage. Crit Care Med 1997;25:1125-1132.
16. World Health Organization. Criteria for the Diagnosis of Acute Myocardial Infarction: Proposal for the Multinational Monitoring of Trends and Determinants in cardiovascular Disease. Geneva: Cardiovascular Unit WHO;1991.
17. Principios de Medicina Interna; Harrison, 15 Ed. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, and Jameson.
18. Manual de Washington de Terapéutica Médica; 30 va. Ed. Aha, Flood, paranjothi.
19. Semiología Médica y técnica exploratoria, 7 Ed. Surós.
20. Electrocardiografía clínica; C. Castellanos.

Anexos

Desiderata

Camina placido, entre el ruido y la prisa, y piensa en la paz que se puede encontrar en el silencio, en cuanto sea posible y sin rendirte, mantén buenas relaciones con todas las personas, enuncia tu verdad de una manera serena y clara y escucha a los demás, incluso al torpe e ignorante, también ellos tienen su propia historia.

Esquiva a las personas ruidosas y agresivas, pues son un fastidio para el espíritu, si te comparas con los demás, te volverás vano y amargado, pues siempre habrá personas más grandes y más pequeñas que tú.

Disfruta de tus éxitos, lo mismo que de tus planes, mantén el interés en tu propia carrera por humilde que sea, ella es un verdadero tesoro en el fortuito cambiar de los tiempos; se cauto en tus negocios, pues el mundo esta lleno de engaños, mas no dejes que esto te vuelva ciego para la virtud que existe.

Hay muchas personas que se esfuerzan por alcanzar nobles ideales, la vida está llena de heroísmo, sé sincero contigo mismo y en especial no finjas el afecto y no seas cínico en el amor, pues en medio de todas las palideces y desengaños, es perenne como la hierba, acata dócilmente el consejo de los años, abandonando con donaire las cosas de la juventud.

Cultiva las firmeza del espíritu para que te proteja en las adversidades repentinas; muchos temores nacen de la fatiga y la soledad, sobre una sana disciplina, sé benigno contigo mismo, tú eres una criatura del universo no menos que las plantas y las estrellas, tienes derecho a existir; y sea que te resulte claro o no, indudablemente el universo marcha como debiera.

Por eso debes estar en paz con Dios, cualquiera que sea tu idea de Él y sean cualesquiera tus trabajos y aspiraciones, conserva la paz de tu alma en la bulliciosa confusión de la vida, aún con toda su farsa, penalidades y sueños fallidos, el mundo es todavía hermoso, se cauto, esfuerzate por ser feliz.

Que significa morir un poco?

Morir un poco significa; caminar continuamente y, en cada paso, analizar, sentir, disfrutar y darle valor a la vida.

Es dejar atrás lo experimentado, vivir en forma intensa lo presente, proyectandolo hacia el futuro.

Es salir de la apatía, de ese conformismo vegetativo en que muchos nos encontramos, para entrar en un proceso de existencia consciente.

Morir un poco significa; aprender a caminar, dejar algo valioso en cada paso, para volver a nacer

MATERIAL Y METODOS

El Estudio es prospectivo, descriptivo, observacional.

Se estudian 54 pacientes con hemorragia gastrointestinal superior grave, que ingresaron al departamento de Gastroenterología del hospital de Especialidades, en el área de Admisión Continua, que se hospitalizaron, o ingresaron a terapia intensiva del Centro Médico Nacional, Siglo XXI, durante el período comprendido entre agosto del 2004 a enero del 2005. Se tomó como referencia para tubo digestivo alto el ligamento de Treitz, y como criterio de la realización de endoscopia alta, la presencia clínica más frecuente que son hematemesis y melena con descenso de hemoglobina asociado o no a inestabilidad de signos vitales. A su ingreso se realizó una evaluación global, por parte de los médicos de Gastroenterología, iniciando con la reanimación con coloides y cristaloides al que lo ameritaba, así como a la par de la toma de estudios séricos como BHC (Hb, Hto) CPK total, fracción MB, DHL, AST, colesterol y triglicéridos, aunado a otros como parte de una valoración de paciente crítico, EKG, un interrogatorio completo para determinar antecedentes y factores de riesgo para la presencia de Hemorragia de Tubo Digestivo Alto (HTDA), como Antecedentes Heredo Familiares de cardiopatía isquémica, Antecedentes Personales patológicos de DM2, HAS,

Dislipidemia, Cardiopatía Isquémica y Tabaquismo; y dentro de otros factores la asociación el consumo de AINES y Cirrosis con sus diferentes etiologías, entre el cuadro clínico se busco disnea, palpitaciones, diaforesis, síncope, dolor precordial y abdominal, hematemesis, melena y palidez; se realizo a todos los pacientes lavado gástrico y tacto rectal, así como la realización de endoscopia alta, por medicos en adiestramiento endoscopico supervisados por médicos adscritos de dicha área, con la cual se determino el origen del sangrado y se dió tratamiento de acuerdo a la etiología a base de: ligaduras, escleroterapia a base de adrenalina al 1:10,000, polidocanol al 1.5%, alcohol absoluto, argón plasma; los que tenían sangrado de origen variceal, sin respuesta a tratamiento se aplicó sonda de balones y los de origen ulceroso se daba tratamiento quirúrgico, por lo que se trato a la par con los cirujanos, quienes previo a procedimiento, veian la endoscopia para ver la localización de la lesión.

ANALISIS ESTADISTICO:

Todos los valores son reportados en portados en porcentaje y promedios, graficas de pastel y cuadros, así como se respeto los valores éticos y se solicito consentimiento informado de la endoscopia, además de comentar con los pacientes (los que se encontraban en condiciones para decidir) y/o familiares, el procedimiento a realizar y el fin de tomar otros estudios séricos como parte de este protocolo.

RESULTADOS

Se incluyeron en total de 52 pacientes para el estudio, de los cuales 34 fueron hombres y 18 mujeres (**ver Tab.1**); el grupo de edad esta entre los 35 a 88 años, siendo los de 60 a 69 años, los que tienen mayor frecuencia y / o riesgo de sangrado y la edad de menor los de 35 a 39 años (**ver Tab. 2**)

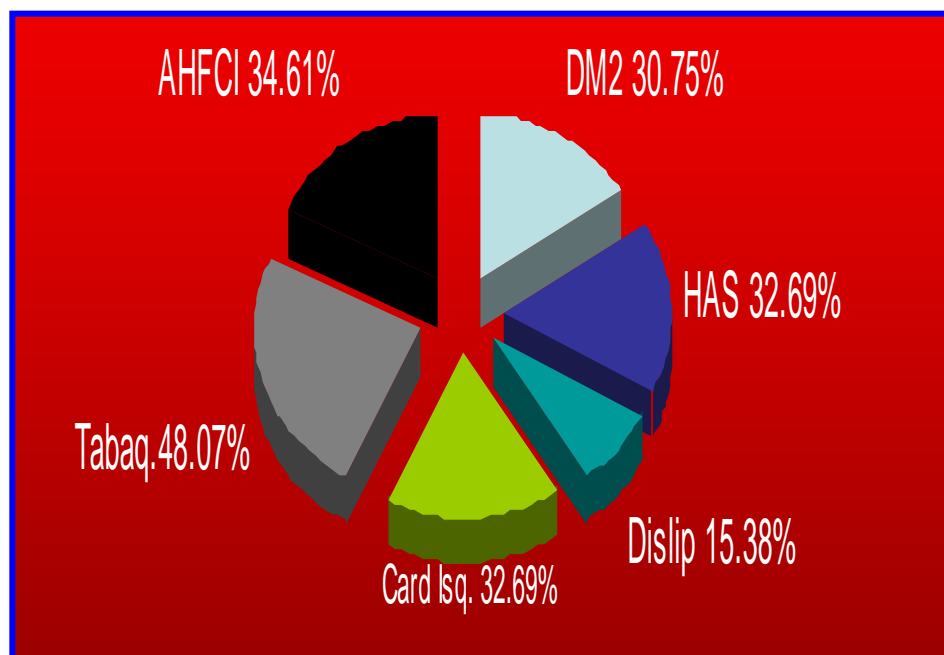
Tab. 1: Frecuencia de acuerdo al Genero

Genero	Masculino	Femenino
Total= n:52	34 (65.38 %)	18 (34.61 %)

Tab. 2 : Gurpos de frecuencia de acuerdo a edad

Gpo (años)	35-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Total= n:52	3 (5.76%)	7 (13.46%)	11 (21.15%)	14 (26.92%)	13 (25%)	4 (7.69%)

El promedio de edad es de 61.5 años (35 a 88 años). De acuerdo a los factores de riesgo se presentaron en el siguiente orden: en primer lugar se encuentra el tabaquismo, seguida de AHF de cardiopatía isquemica, con el mismo porcentaje HAS y cardiopatía isquemica (APP), penúltimo lugar DM2 y dislipidemia (**ver Graf. 1**)



Graf. 1: Antecedentes como factor de riesgo

Entre las etiologías y factores de riesgo desencadenante de hemorragia de tubo digestivo alto, se encuentran Cirrosis, AINEs y ASA, observando que entre las principales esta el consumo de AINEs y ASA, asociado o no a cirrosis (**Ver Tab. 3**)

A todos los pacientes se les realizó endoscopia encontrando como primera causa úlceras Gástricas, con un total de 21 (19 en relación a consumo de AINE y ASA, uno negó consumo de ASA y 1 probablemente relacionado a *H. pylori*, con características endoscópicas de empedrado), predominando en cuerpo gástrico (15), de los cuales 6 fueron a nivel de la incisura, el resto en diferentes ubicaciones, seguida a nivel de antro (6) y 2 esofágicas (1 post-ligadura); (**ver Tab.4**), 16 se trataron con adrenalina al 1:10,000 (con una media de 4.5 cc), de acuerdo a la clasificación de Forrest de Ia a IIc (**Ver tab 5**); en segundo lugar por ruptura variceal (19), predominando el Paquete lateral derecho(16), seguido de paquete posterior (7), siendo menos común en paquete anterior y lateral izquierdo, encontrando ruptura en 2 paquetes a la vez, en algunos pacientes, de los cuales 8 se ligaron, 2 fue tratamiento mixto y el resto se escleroso con alcohol absoluto o polidocanol al 1.5% (media de 4.5 ml y 6 ml respectivamente), (**ver tab. 6**), los 10 restantes se distribuyen en 6 por gastropatía portal intensa, 2 por Mallory weiss, 1 por angiodiplasias múltiples (tratamiento mixto adrenalina, argon y polidocanol) y 1 por lesión de Deulafoy.

Tab. 3: Etiología como causa desencadenante de Hemorragia de tubo digestivo alto.

Etiología	Cirrosis					AINEs				ASA
	Virus		OH	Criptogenica	CBP	Diclofenaco	Naproxen	Piroxicam	Nimesulida	
	B	C								
Total n: 52 (99.98%)	1 (1.72)	6 (10.34)	16 (27.59)	4 (6.90)	1 (1.72)	15 (25.86)	3 (5.17)	1 (1.72)	1 (1.72)	10 (17.24)
	Profilaxis con Propranolol Total = 18									

Tab. 4: Diagnóstico endoscópico de HTDA.

	Diagnostico endoscopico								Ulc. Duoden
	Úlceras Gástricas		M. Weiss	V. Esofag.	Deulafoy	Gastrop port.	U. Esofagic.	Angiodisp.	
	Cpo. Incisura	Antro				Otras / postL			
Total n:52 (99.99%)	7 / 6	5	2	19	1	6	1 / 1	1	3
	13.46/11.54	9.62	3.84	36.54	1.92	11.54	1.92 / 1.92	1.92	5.77

Tab. 5: Ulceras de acuerdo a clasificación Forrest

	Tipo de Ulceras					
	Ia	Ib	IIa	IIb	IIc	III
Total n: 23	1	3	3	4	5	7
(99.99%)	4.35	13.04	13.04	17.39	21.74	30.43

Tab. 6: Tratamiento para HTDA de origen variceal

	TX en HTDA por rupt. varic.			
	Escleroterapia		Ligadura	Sond de Balones
	OH absol.	Polidoc. 1.5%		
Total n: 23	7	6	8	2
% 99.99	30.43	26.09	34.78	8.69

Entre el cuadro clínico la presentación mas común son la palidez seguida de hematemesis, melena y palpitations, con porcentajes entre 19.91 a 15.92 y las que tienen entre 0.44 al 7.96% son posos, dolor precordial, sincope, hematoquecia, dolor abdominal, disnea y diaforesis en orden ascendente (**Ver Tab. 7**)

Tab. 7 : Síntomas presentes durante el evento en porcentajes

Cuadro clínico	Disnea	Diaforesis	Dolor precord.	Hematem.	Palidez	Palpitaciones	Sincope	Dolor Abd.	Melena	Hematoquecia.	Posos
Total n: 226	15	18	4	41	45	36	6	14	38	8	1
%	6.63	7.96	1.76	18.14	19.91	15.92	2.65	6.19	16.81	3.53	0.44

Tabla parámetros de laboratorios

	Media
Hb	9.65 (3.7-15.)
Hto	8.05 (11.3 – 44.8)
CPKtotal	1309 (14 a 2604)
CPK-MB	158.5 (8 -309)
DHL	1392.5 (125 – 2660)
AST	528.5 (10 – 1047)
Colesterol	147 (49 – 245)
Triglicéridos	231.5 (40 -423)
Paquetes Globulares transfundidos	2 (0-4)

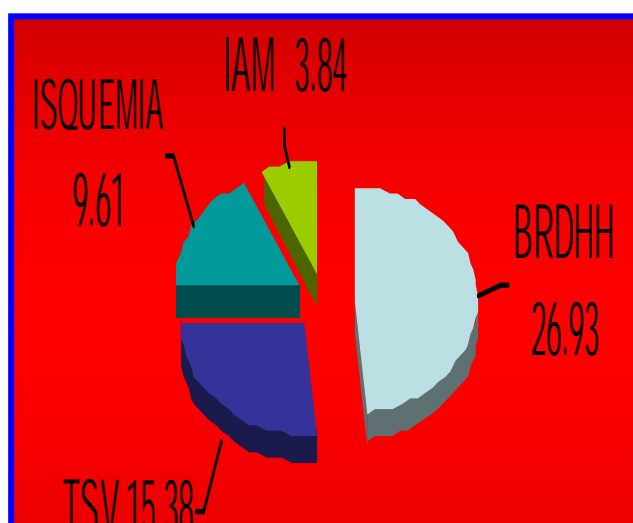
Y para concluir se presentan los resultados del punto medular de este protocolo; se cuentan con 2 pacientes que por alteraciones bioquímica y electrocardiográficas presentaron infarto del miocardio, sin haber presentado síntomas que nos orientaran, ambos tenían factores de riesgo contemplados en este estudio, por lo que se cuenta con un 3.84% de incidencia para Infarto Agudo del Miocardio (IAM) (**ver tab. 8**), 1 paciente falleció (F) y otro (M) se envió a cardiología, sin haber presentado desenlace fatal.

Tab. 8 Pacientes con IAM (Ver abreviaturas en la siguiente pagina)

Genero	Edad	Factores de riesgo	Hb	Dx endosc.	Tratamiento	ECG
Femenino (1)	74	Edad	9.6	UG F:IIB	Adrenalina 1.5 ml. + IBP	IAM del VD
Masculino (1)	56	obesidad, tabaquismo dislipidemia CI previa	7.1	UG F:IIC	Vigilancia + IBP	Infarto anterior extenso

Hb (hemoglobina), Dx (Diagnostico), ECG (Electrocardiograma), F (Forrest), IAM (Infarto Agudo del Miocardio), VD (Ventrículo derecho), CI (cardiopatía isquémica), UG (Úlcera gástrica), IBP (Inhibidor de la bomba de protones).

Entre otras alteraciones cardiacas que se registraron en relacionadas con hemorragia de tubo digestivo alto, se encuentran 14 pacientes (26.92%) presentaron Bloqueo cardíaco de Rama Derecha del Has de His (BCDRHH) de los cuales a 8 se les aplico adrenalina (15.38%), cuatro con Hb por debajo de 10 (6.7, 6, 5.7, y 5), las edades estaban entre 53 a 88 años, todos tenían de 1 hasta 4 factores de riesgo; 8 (13.38%) pacientes presentaron Taquicardia SupraVentricular (TSV), de los cuales 6 tenían Hb menor de 10 (5 -9.4mg/dl), y a 4 se les aplico adrenalina, al resto se les ligo o se les aplico alcohol absoluto; 5 (9.61%) presentaron isquemia, con Hb de 9.7 a 11.2 mg/dl, y solo a 1 se le aplico adrenalina. (**Ver Graf. 2**)



Graf. 2: Cambios Electrocardiográficos

Discusión

Es importante monitorizar con ECG, enzimas cardiacas y los estudios de rutina a todos los pacientes con HTDA y en especial a quienes cuentan con factores de riesgo ya que el descenso de Hb condiciona isquemia y condicionar diferentes alteraciones electrocardiograficas, siendo el mas importante por la gravedad el IAM, ya que no se manifiesta clínicamente como los paciente que no cuentan con hemorragia de tubo digestivo, con lo que podríamos sospechar esta patología mortal e iniciar tratamiento temprano, la incidencia es menor en relación a la bibliografía (12% & 3.84%) pero debemos tomar en cuenta que el grupo estudiado aquí fue muy pequeño en relación a los referidos en la bibliografía, por lo que debemos realizarlos con una población mayor para comparar la incidencia.

Las otras alteraciones presentes en nuestros pacientes (BRDHH, TSV, Isquemia), también merecen atención importante ya que nos pueden condicionar muerte; no se logro relacionar el uso de adrenalina como causa desencadenante de todas estas alteraciones.

Conclusiones:

Sin embargo se debe considerar en todos los pacientes con Hemorragia de Tubo digestivo como pacientes graves y a su llegada al área de primer contacto, se debe realizar ECG, Enzimas cardiacas, además de los estudios de rutina necesarios, con lo que determinaremos la atención temprana del IAM y a su vez la disminución de la mortalidad.

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NUMERO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FILIACION: _____

ANTECEDENTES

	SI	NO	TIEMPO DE EVOLUCION	TRATAMIENTO
DIABETES MELLITUS				
HIPERTENSION ARTERIAL				
DISLIPIDEMIA				
CARDIOPATIA ISQUEMICA				
TABAQUISMO				
HISTORIA FAMILIAR DE CARDIOPATIA ISQUEMICA				

FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA

	SI	NO	
USO DE AINES			¿Cuál, dosis y cuanto tiempo?
CIRROSIS			Etiología:
			Profilaxis:

CUADRO CLINICO

	SI	NO		SI	NO
DISNEA			PALPITACIONES		
DIAFORESIS			SINCOPE		
DOLOR PRECORDIAL			DOLOR ABDOMINAL		
HEMATEMESIS			MELENA		
PALIDEZ			OTRO:		

SIGNOS VITALES: P/A _____ FC _____

LABORATORIOS:

HB		HT	
CPK TOTAL		CPK MB	
DHL		AST	
COLESTEROL		TRIGLICERIDOS	

ELECTROCARDIOGRAMA: _____

RAYOS X DE TORAX: _____

DIAGNOSTICO _____ Y _____ TRATAMIENTO _____

ENDOSCOPICO: _____

COMPLICACIONES _____ DURANTE _____ EL

PROCEDIMIENTO: _____

SI EXISTE SOSPECHA DE ISQUEMIA, CONTROL DE ENZIMAS:

CPK TOTAL		CPK MB	
DHL		AST	

ELECTROCARDIOGRAMA: _____

PAQUETES GLOBULARES TRANSFUNDIDOS: _____

EVOLUCION Y OTRAS COMPLICACIONES: _____

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ENDOSCOPIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Chiapas
 Guerrero
 Morelos
 Querétaro
 3 Suroeste del DF
 4 Sureste del DF

MEDICO TRATANTE: _____ SERVICIO _____

TIPO DE ENDOSCOPIA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ CÉDULA: _____ CAMA: _____

MOTIVO DE LA VALORACIÓN ENDIOSCÓPICA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

EL QUE SUSCRIBE AUTORIZA A LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS EFECTUAR LA ENDOSCOPIA ARRIBA COMENTADA, ASI COMO PRACTICAR PROCEDIMIENTO QUE A SU JUICIO DETERMINE EN CASO DE SURGIR ALGUNA CONDICIÓN NO PREVISTA, ASÍ MISMO, ME HAN SIDO EXPLICADOS LA NATURALEZA Y PROPÓSITOS DE ESTA ENDOSCOPIA, RIESGO Y POSIBLES COMPLICACIONES (HEMORRAGIA, PERFORACIÓN).

FIRMA DEL PACIENTE

TESTIGO

PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE

Anexos

Desiderata

Camina placido, entre el ruido y la prisa, y piensa en la paz que se puede encontrar en el silencio, en cuanto sea posible y sin rendirte, mantén buenas relaciones con todas las personas, enuncia tu verdad de una manera serena y clara y escucha a los demás, incluso al torpe e ignorante, también ellos tienen su propia historia.

Esquiva a las personas ruidosas y agresivas, pues son un fastidio para el espíritu, si te comparas con los demás, te volverás vano y amargado, pues siempre habrá personas más grandes y más pequeñas que tú.

Disfruta de tus éxitos, lo mismo que de tus planes, mantén el interés en tu propia carrera por humilde que sea, ella es un verdadero tesoro en el fortuito cambiar de los tiempos; se cauto en tus negocios, pues el mundo esta lleno de engaños, mas no dejes que esto te vuelva ciego para la virtud que existe.

Hay muchas personas que se esfuerzan por alcanzar nobles ideales, la vida está llena de heroísmo, sé sincero contigo mismo y en especial no finjas el afecto y no seas cínico en el amor, pues en medio de todas las palideces y desengaños, es perenne como la hierba, acata dócilmente el consejo de los años, abandonando con donaire las cosas de la juventud.

Cultiva las firmeza del espíritu para que te proteja en las adversidades repentinas; muchos temores nacen de la fatiga y la soledad, sobre una sana disciplina, sé benigno contigo mismo, tú eres una criatura del universo no menos que las plantas y las estrellas, tienes derecho a existir; y sea que te resulte claro o no, indudablemente el universo marcha como debiera.

Por eso debes estar en paz con Dios, cualquiera que sea tu idea de Él y sean cualesquiera tus trabajos y aspiraciones, conserva la paz de tu alma en la bulliciosa confusión de la vida, aún con toda su farsa, penalidades y sueños fallidos, el mundo es todavía hermoso, se cauto, esfuerzate por ser feliz.

Que significa morir un poco?

Morir un poco significa; caminar continuamente y, en cada paso, analizar, sentir, disfrutar y darle valor a la vida.

Es dejar atrás lo experimentado, vivir en forma intensa lo presente, proyectandolo hacia el futuro.

Es salir de la apatía, de ese conformismo vegetativo en que muchos nos encontramos, para entrar en un proceso de existencia consciente.

Morir un poco significa; aprender a caminar, dejar algo valioso en cada paso, para volver a nacer

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cappell, M. Gastrointestinal Bleeding associated with Myocardial Infarction, High Risk Bleeding, Part II. *Gastroenterology Clinics of North America*, 2000; 29, 2: 423-445
2. Colleran JA, Papademetriou V, Narayan P et al. Electrocardiographic abnormalities suggestive of myocardial ischemia during upper gastrointestinal bleeding. *American Journal of Cardiology*, 1995; 75: 312-314.
3. Bhatti, N. et al. Myocardial infarction in critically ill patients presenting with gastrointestinal hemorrhage: retrospective analysis of risks and outcomes. *Chest*, 1998; 114: 1137-1142.
4. Emenike, E. et al, Myocardial infarction complicating gastrointestinal hemorrhage. *Mayo Clinic Proceedings*, 1999; 74: 235-241.
5. Guest T M. et al. Myocardial injury in critically ill patients: A frequently unrecognized complication. *JAMA*, 1995; 273: 1945-1949.
6. Cappell M S. et al. A study of the syndrome of simultaneous acute upper gastrointestinal bleeding and myocardial infarction in 36 patients. *The American Journal of Gastroenterology*, 1995; 90: 1444-1449.
7. Kravetz et al. Splanchnic and systemic hemodynamics in portal hypertensive rats during hemorrhage and blood volume restitution. *Gastroenterology*, 1986; 90: 1232-1240.
8. Sivak M, *Gastroenterologic Endoscopy*, 2nd edition, 1999, WB Saunders.
9. Cappell MS. The safety and clinical utility of esophagogastroduodenoscopy for acute gastrointestinal bleeding after myocardial infarction: A six year study of 42 endoscopies in 34 consecutive patients at two university teaching hospitals. *The American Journal of Gastroenterology*, 1993; 88: 344-350.
10. Sleisenger & Fordtran, *Enfermedades Gastrointestinales y hepáticas*, 2000; 6ta. Edición, Editorial Panamericana.
11. Berenguer J. *Gastroenterología y Hepatología*, 2002; 3ra. Edición, Elsevier Science.
12. Barkum et al. Consensus Recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Annals of Internal Medicine*, 2003; 139: 843-857.
13. Rodés T, J. et al. *Medicina Interna*, 1998, 2da edición, Masson S.A.
14. Lee JG, Krucoff MW, Blazer SR. Periprocedural myocardial ischemia in patients with severe symptomatic coronary artery disease undergoing endoscopy: prevalence and risk factors. *Am J Med*. 1995;99:270-75.

15. Kollef MH, et al. a classification tool to predict outcomes in patients with acute upper and lower gastrointestinal hemorrhage. Crit Care Med 1997;25:1125-1132.
16. World Health Organization. Criteria for the Diagnosis of Acute Myocardial Infarction: Proposal for the Multinational Monitoring of Trends and Determinants in cardiovascular Disease. Geneva: Cardiovascular Unit WHO;1991.
17. Principios de Medicina Interna; Harrison, 15 Ed. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, and Jameson.
18. Manual de Washington de Terapéutica Médica; 30 va. Ed. Aha, Flood, paranjothi.
19. Semiología Médica y técnica exploratoria, 7 Ed. Surós.
20. Electrocardiografía clínica; C. Castellanos.