

11215



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

26

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

ETIOLOGIA, FACTORES ASOCIADOS Y PRONOSTICO DE LA HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI: ESTUDIO PROSPECTIVO

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE: LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA

P R E S E N T A :

DR. ERNESTO PEREZ VALLE

2002



MEXICO, D. F.

1999.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



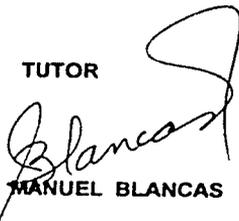
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.

TUTOR



Dr. JUAN MANUEL BLANCAS VALENCIA

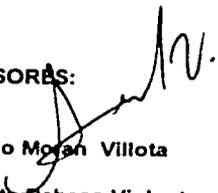
Jefe del Departamento de Endoscopia

Servicio de Gastroenterología

Centro Médico Nacional Siglo XXI

Hospital de Especialidades

ASESORÉS:



Dr. Segundo Moran Villota

Dra. Margarita Dehesa Violante



**DR. NIELS WACHER RODARTE**  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional  
Siglo XXI



**DRA. MARGARITA DEHESA VIOLANTE**  
Jefe del Servicio de Gastroenterología,  
Centro Médico Nacional Siglo XXI



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE SERVICIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
CENTRO MEDICO NACIONAL



**ETIOLOGIA, FACTORES ASOCIADOS Y PRONOSTICO DE LA HEMORRAGIA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI: ESTUDIO PROSPECTIVO**

**Antecedentes:** El estudio endoscópico juega un papel importante en el diagnóstico de certeza de la hemorragia del tracto digestivo alto (HTDA), del cual depende la conducta terapéutica y el pronóstico del paciente. En EUA se ha informado que la hospitalización por HTDA se ha incrementado y la mortalidad al parecer permanece constante en aproximadamente 10%.

**Material y Métodos:** se incluyeron los pacientes que ingresaron al servicio de Endoscopia por HTDA, manifestada como presencia de hematemesis y/o presencia de hemorragia activa al momento del estudio endoscópico. Para el estudio de factores asociados a cada paciente con HTDA, se le asignó como control el paciente que en forma consecutiva acudió a panendoscopia por otra causa que no fuera por hemorragia de tubo digestivo alto.

**Objetivo:** evaluar prospectivamente las causas, los factores asociados y el pronóstico al desarrollo de hemorragia del tracto digestivo alto.

**Resultados:** se incluyeron 200 pacientes con HTDA y 200 controles. Los resultados principales se describen a continuación.

**Causa de la Hemorragia de Tracto Digestivo Alto (n=200)**

Causa	n (%)	Causa	n (%)
Váncos esofagagástricas	36 (18)	Pólipo	5 (2.5)
Esofagitis	10 (5)	Lesión Dieulafoy	7 (1.5)
Mallory-Weiss	5 (2.5)	Úlcera post escleroterapia	6 (3)
Gastritis erosiva	26 (13)	Bulboduodenitis	3 (1.5)
Úlcera gástrica	38 (19)	Carcinoma gástrico	4(2)
Úlcera duodenal	30 (15)	Otras	3 (1.5)
Gastropatía hipertensiva portal	27 (13.5)		

**Factores Asociados con Hemorragia del Tracto Digestivo Alto**

Característica	HTDA	Control	X <sup>2</sup>	Valor p
Edad (años±DE)	59±17 (19-96)	51±17 (20-89)		0.001
<b>Sexo</b>				
Hombres	115(57.5%)	75(37.5%)	16.04	0.0001
Mujeres	85(42.5%)	125(62.5%)		
<b>Factores asociados</b>				
Hemorragia previa	99 (49.5%)	56(28%)	19.48	0.0001
AINES	82(41%)	52(26%)	10.10	0.0014
Consumo de alcohol	52(26%)	20(10%)	17.34	0.0000
Tabaquismo	40(20%)	39(19.5%)	0.06	0.804
Antecedente de EAP	36(18%)	34(17%)	0.07	0.792
Esteroides	5(2.5%)	4(2%)	0.11	0.736
<b>Enfermedades asociadas</b>				
Hepatopatía	86(43%)	17(8.5%)	62.25	0.0000
Cardiopatía	33(16.5%)	16(8%)	6.72	0.0095
Diabetes mellitus	30(15%)	12(6%)	8.62	0.003
Reumatológicas	12(6%)	16(8%)	0.61	0.433
Coagulopatía	23(11.5%)	5(2.5%)	12.44	0.000
Neumopatía	14(7%)	3(1.5%)	7.4	0.0061
Nefropatía	14(7%)	5(2.5%)	4.52	0.045
Hipertensión arterial	14(7%)	26(13%)	4.0	0.045
Neoplasia	6(3%)	2(1%)	2.04	0.153

EAP= enfermedad ácido péptica

AINES=antiinflamatorios no esteroides

**Conclusiones:** Los resultados confirman que los pacientes con HTDA son pacientes graves que ameritan hospitalización para su manejo. Se observa que la causa principal de HTDA es la úlcera péptica y de los factores asociados a la HTDA están la utilización de AINES, consumo de alcohol y HTDA previa, así como la presencia de enfermedades asociadas. Las características clínicas, demográficas, origen de hemorragia y asociaciones encontradas son similares a aquellos reportados por otros investigadores.

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
HIPOTESIS .....	14
OBJETIVO.....	14
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	15
UNIVERSO DE TRABAJO .....	15
CRITERIOS DE INCLUSION .....	15
CRITERIOS DE EXCLUSION .....	16
REALIZACION DEL ESTUDIO.....	16
CONSIDERACIONES ETICAS .....	16
RESULTADOS .....	17
DISCUSION .....	23
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFIA.....	25
ANEXOS.....	30

## **INTRODUCCION:**

La datos epidemiológicos de la Hemorragia del Tracto Digestivo alto (HTDA) de estudios realizados en Escocia, Suecia e Inglaterra informan una incidencia de HTDA entre 50 a 150 admisiones hospitalarias por 100,000 habitantes por año (1,2,3,4) y en Estados Unidos de América (EUA) de acuerdo al registro de Egreso tanto de hospitales generales como especializados, se ha estimado 150.4 egresos hospitalarios por 100,000 habitantes por año debidos a HTDA (5)

En EUA ocurren 200.000 casos de HTDA y 30.000 casos en el Reino Unido al año; 50-75% están relacionados con la enfermedad ácido péptica. La gastritis inducida por drogas llega a constituir cerca de un tercio de los casos, y en menor proporción las malformaciones vasculares, lesiones malignas del esófago y estómago. En series con un número importante de pacientes se ha observado que aquellos que cursan con HTDA el 80% de los episodios de hemorragia se detiene espontáneamente, sin embargo, a pesar de ello persiste una mortalidad del 10% (6)

Del número de hospitalizaciones observadas entre 1970 a 1985, las causadas por enfermedad ácido péptica han disminuido en cerca del 25%, lo cual se ha atribuido a la disminución de casos de úlcera duodenal no complicada. Sin embargo para úlceras duodenales sangrantes, la frecuencia de hospitalizaciones disminuyó levemente hasta 1979 y se ha mantenido en ese nivel hasta la fecha. En contraste, la frecuencia de hospitalizaciones para úlcera gástrica se ha incrementado en un 20% y en casi la totalidad de los casos es debido a hemorragia. Este incremento se inició en 1980 y continúa hasta 1985. La frecuencia de úlceras gástricas no complicadas y perforaciones permanecieron constantes (7)

En EUA se ha observado que la hospitalización por HTDA asociada a úlceras gástricas se ha incrementado ( en 1985 fue 25 por 100,000 habitantes por año). La frecuencia de hospitalización por hemorragia asociada a úlcera duodenal ha permanecido igual en los últimos años (en 1985 se observó un decremento de 22 por 100.000 habitantes por año), sin embargo estos datos pueden estar subestimados porque no toman en cuenta datos de hospitales federales ni pacientes manejados extrahospitalariamente

Otra observación epidemiológica importante es la relacionada a la frecuencia de mortalidad, la cual ha permanecido relativamente constante en aproximadamente 10% de acuerdo a series publicadas en las últimas seis décadas, a pesar de los avances en la terapéutica y cuidados intensivos, probablemente porque predomina en pacientes mayores de 60 años, los cuales suelen tener otras enfermedades asociadas. Allan y Dykes (8), revisaron la edad de afectación de pacientes en 24 series publicadas entre 1921 y 1973. Cuando estos datos fueron agrupados en tres periodos, se pudo apreciar la tendencia progresiva en los grupos de mayor edad (Tabla 1).

**Tabla 1.** Tendencia de pacientes con HTDA mayores de 60 años (Allan et al. (8))

<b>Series publicadas</b>	<b>Pacientes &gt; 60 años (%)</b>
1921-1936	6-17
1932-1947	24-38
1953-1973	40-48

En un intento por identificar los factores que podrían estar asociados con la HTDA, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (SAEG) realizó un cuestionario para sus miembros en 1978 y 1979, (9,10,11,12). Los datos que se incluyeron fueron información acerca de la historia clínica, examen físico, hallazgos de laboratorio, transfusiones, hallazgos endoscópicos, manejo, resultados clínicos y diagnóstico final de la causa de hemorragia. Se incluyeron cerca de 2225 pacientes que fueron presentados por un total de 269 médicos.

Con respecto a la edad del grupo de estudio, 45.2% de los pacientes fueron mayores de 60 años (similar a la informada en estudios previos). Hubo mayor número de pacientes del sexo masculino con una proporción de de 2:1 con respecto al sexo femenino. En el grupo de más de 60 años las mujeres tuvieron mayoría cuando se les comparó con los hombres (53.2% vs 41.4%).

Con respecto a la endoscopia, 94.2% de pacientes requirieron endoscopia diagnóstica para su evaluación y la mayoría fueron realizadas

como procedimientos de urgencia ( 65.6%). En el 91.9% se hizo el diagnóstico endoscópico. La frecuencia de cada uno de los hallazgos endoscópicos se enlistan en la Tabla 2. Las erosiones gástricas fueron el hallazgo más frecuente, seguidas en frecuencia por úlceras duodenal y gástrica.

**Tabla 2.** Diagnósticos endoscópicos del cuestionario de hemorragia de la SAEG

<b>Diagnóstico</b>	<b>% incidencia</b>
Erosiones gástricas	29.6
Úlcera duodenal	22.8
Úlcera gástrica	21.9
Várices	15.4
Esofagitis	12.8
Duodenitis erosiva	9.1
Mallory Weiss	8.0
Neoplasia	3.7
Úlcera esofágica	2.2
Telangiectasia Osler Weber Rendu	0.5

La mortalidad asociada a la HTDA ocurrió en 10.8% de estos 2225 pacientes, en forma similar con los datos de otras series. Un total de 26.4% de los pacientes requirieron más de 5 unidades de paquetes globulares, con una transfusión en promedio de 3.4 unidades. La cirugía fue requerida en 15.6% del total del grupo y la mayoría de estas operaciones (68.8%) fueron realizadas como urgencia.

Se observó que aquellos pacientes a quienes se les realizó una endoscopia temprana con intervención terapéutica el resultado era mejor. La historia de una enfermedad subyacente correlacionó con la mortalidad se

encontró que los pacientes con una historia de enfermedad renal, hepática, neoplásica, del sistema nervioso central o del pulmón tenían mayor riesgo de muerte que aquellos pacientes sin alguna de estas enfermedades.

Además, en los pacientes con mayor número de enfermedades asociadas, hubo un incremento significativo de la mortalidad. Los pacientes sin enfermedades asociadas tenían una frecuencia de mortalidad del 2.6% en comparación con la frecuencia de mortalidad del 47.1% de aquellos pacientes con cinco o seis enfermedades subyacentes.

La presencia de hemorragia activa en la endoscopia correlacionó significativamente con el pronóstico. Los que presentaron hemorragia activa presentaron mortalidad significativamente mayor (16.1% vs 6.7% de los que no presentaron), frecuencia de complicación (16.7% vs 8.7%), los que necesitaron más de 5 unidades de paquetes globulares (37.6% vs 20.1%) y el requerimiento para cirugía (24.1% vs 11.4%).

Los pacientes que necesitaron más de 5 unidades de paquetes globulares tenían un 23.9% de mortalidad, comparado con 6.2% de mortalidad de los que no requirieron paquetes globulares.

En la evaluación de la influencia del tipo de cirugía en la mortalidad, se observó una mortalidad tres veces mayor en aquellos pacientes que requirieron cirugía de urgencia en comparación con aquellos cuya cirugía fue electiva (23.7% vs 8.5% de mortalidad).

Hubo disminución significativa de la mortalidad en los pacientes con úlceras duodenales a pesar de que tuvieron una incidencia mayor de transfusiones y cirugía.

## OBSERVACIONES EN LA HISTORIA NATURAL

La evaluación de ciertas características de la historia natural de la HTDA puede dar algunas enseñanzas de cómo algunos pacientes pueden ser candidatos para terapia endoscópica. Aunque en la mayoría de los pacientes con HTDA se detuvo la hemorragia espontáneamente o con terapia medicamentosa, una pequeña proporción no se detuvo. En la Tabla 3, se muestra la recopilación de estudios Americanos y Europeos publicados desde 1970 : se observa que el 20 al 30% de pacientes presentaron hemorragia continua o recurrente (2,4,13,14).

**Tabla 3.** Incidencia de hemorragia gastrointestinal alta continua o recurrente

	Pacientes	Hemorragia continua o recurrente %
Schiller et al, 1970	2149	21.4
Jones et al, 1973	817	28.0
Morgan et al, 1977	66	27.3
Peterson et al, 1981	206	31.5
McLeod and Mills, 1982	389	24.0
Fleischer, 1983	175	26.6
Wara, 1985	273	32.0

El estudio prospectivo de Fleischer en el hospital de Veteranos, se informa que en el servicio de Gastroenterología se atendieron 175 hemorragias en un periodo de un año. En esta población se establecieron los criterios clínicos y endoscópicos para describir a los pacientes con hemorragia persistente:

Los criterios clínicos incluyeron sangre roja brillante o aspirado nasogástrico rojizo después de 4 horas de iniciar la resuscitación en pacientes que habían recibido 2 o más unidades de sangre o quienes tenían

signos de inestabilidad hemodinámica en admisión, secundario a pérdida sanguínea.

Los criterios endoscópicos de hemorragia persistente incluyeron un flujo continuo de sangre roja por un mínimo de 5 minutos con lavado endoscópico. Esto incluyó el escurrimiento o la hemorragia masiva ( la cual fue definida como chorro o flujo continuo del área bajo observación ).

De los 175 pacientes del estudio, 36 (20.6%) cumplieron ambos criterios. Siete pacientes adicionales cumplieron el criterio clínico pero no el endoscópico. La hemorragia en estos 36 pacientes fue comúnmente por várices (12 pacientes) y úlceras (12 pacientes), y los demás diagnósticos fueron úlceras gástricas asociadas con úlceras duodenales.

La mortalidad en el grupo de pacientes con hemorragia grave persistente fue muy alta del 44.4%. Los predictores de un curso letal en estos pacientes incluyó observación de hemorragia masiva en la endoscopia e inicio de hemorragia en el hospital.

El mal pronóstico de los pacientes con HTDA continua o recurrente fue también observado en el estudio por Jones et al (2) quienes evaluaron el curso de 817 episodios de hemorragia en 2 años. Cuando se compararon con pacientes que detuvieron el sangrado, la mortalidad se incrementó seis veces en el grupo de 229 pacientes con hemorragia grave y el riesgo de muerte fue también indistintamente mayor en pacientes con úlcera duodenal o gástrica. La mitad de los pacientes con úlcera y hemorragia grave requirieron cirugía de urgencia.

Como previamente se comentó, el grupo de alto riesgo de pacientes con hemorragia continua o recurrente representa 20 a 30% de los pacientes con HTDA y constituye un grupo especial para su evaluación.

## **FACTORES QUE REFLEJAN UNA HEMORRAGIA INTENSA (6):**

### **HEMATEMESIS:**

Varias series con un número importante de pacientes reportan que la hemorragia que se presenta como hematemesis predice un resultado desfavorable. En un estudio, la presentación con hematemesis roja (con o sin melena) o hematemesis negra más melena indicó un curso más grave que si

la hemorragia se presentara como hematemesis oscura sola, o bien solamente existe melena (15).

#### **ASPIRADO NASOGASTRICO:**

El color y aclaramiento del aspirado de la sonda nasogástrica ayudan a predecir el pronóstico; obviamente la probabilidad de un curso malo es mayor cuando a través de la sonda nasogástrica se aspira sangre fresca (16).

#### **HALLAZGOS DE LABORATORIO:**

La elevación del BUN y el descenso de Hb a menos de 10gr/dl son otros dos factores de mal pronóstico.

#### **SIGNOS VITALES:**

Quizá los factores clínicos más importantes son los signos vitales del paciente en el hospital. La hemorragia grave se presentó en sólo 2% de los pacientes con signos vitales normales, 18% de pacientes con taquicardia y 48% de pacientes con estado de choque clínico (17).

#### **FACTORES NO ASOCIADOS CON LA MAGNITUD DE LA HEMORRAGIA**

##### **EDAD:**

Los pacientes con más de 60 años tienen mayor mortalidad que los pacientes jóvenes. Las razones para que se incremente la mortalidad incluyen una mayor probabilidad de enfermedades asociadas y una mayor probabilidad de tener lesiones grandes( por ejemplo úlceras gigantes)

## **ENFERMEDADES ASOCIADAS:**

Se ha informado que la mortalidad en pacientes sin enfermedades asociadas es menor (1.2%) en comparación con aquellos con cuatro o más enfermedades asociadas (71%)(18).

## **ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS ( AINEs):**

Se ha establecido que la mortalidad es dos veces más en pacientes que ingieren AINEs (19).

## **FACTORES ENDOSCOPICOS DE RIESGO EN LA HEMORRAGIA POR ULCERA PEPTICA**

La endoscopia juega el papel más importante en el diagnóstico de la hemorragia de tubo digestivo. Para la hemorragia por úlcera péptica, los estigmas de hemorragia observados por endoscopia incluyen hemorragia activa localizada (chorro arterial o escurrimiento), coágulo adherido, una protuberancia llamada vaso visible o una úlcera con base oscura (20)

Además, estos estigmas de hemorragia son importantes para predecir cuál paciente con úlcera hemorrágica podrá resangrar y/o requerir cirugía de urgencia (20,21)

La hemorragia arterial observada por endoscopia está asociada con mayor resangrado (85%) y es considerada signo importante de mal pronóstico que obliga la intervención terapéutica inmediata. En el otro extremo, los hallazgos de una úlcera con base limpia sin algún estigma de hemorragia es un signo de que la úlcera no resangrará (22).

Si el endoscopista está seguro de que no se presentará otro episodio de hemorragia, entonces el paciente podrá ser trasladado de la unidad de terapia intensiva tempranamente y podrá ser egresado del hospital. Por otro lado una úlcera con base sucia tiene un riesgo de resangrado del 5-10% (22).

La información del pronóstico con relación a la presencia de un vaso visible ha variado considerablemente. En el estudio retrospectivo de Griffiths et

al (23), en 1979, un vaso visible se observó en el 18% de los pacientes con úlcera hemorrágica, y se asoció con mayor resangrado, requiriendo cirugía en 28 de 28 pacientes. Sin embargo, en estudios subsecuentes prospectivos (1-16), la frecuencia observada de resangrado en presencia de vaso visible sin hemorragia activa ha disminuido en un intervalo de 35 al 55% (promedio 43%), con algunas excepciones.

El vaso visible es usualmente definido como una protrusión roja, azul o blanquecina situada en la base de una úlcera péptica que ha sangrado.

Esta protuberancia es típicamente adherente y única, resistente al lavado y que puede debutar con hemorragia en chorro arterial. Sin embargo el análisis histológico revela que en muchos casos la protuberancia fue un coágulo organizado que cubre un orificio de la arteria sangrante localizada justo abajo de la base de la úlcera (24). El término coágulo centinela se ha sugerido para mejor descripción (25,26)

En muchos estudios, no existe estratificación del vaso visible por color, tamaño, altura, o presencia de coágulo. En un estudio prospectivo de Wara et al (14), se describieron dos categorías distintas de vasos visibles con diferente significado pronóstico. Cuando se asoció con escurrimiento o un coágulo adherido, el vaso visible tenía mayor riesgo de resangrado del 42 %, mientras que un vaso visible "descubierto" o uno con estigmas viejos (por ejemplo tejido negro) el resangrado ocurrió en el 18%. De manera similar Chang-Chien et al (27), notaron bajo potencial de sangrado con vasos visibles negros.

Mayor hemorragia habrá de una úlcera péptica con hemorragia en chorro arterial. De acuerdo a la evolución, se ha descrito que el orificio de hemorragia se convierte en un coágulo centinela (vaso visible) el cual inicialmente es contiguo a un gran coágulo subyacente. En un principio el coágulo centinela es de color rojo claro, pero se oscurece con el tiempo. Después los glóbulos rojos son lisados liberando una capa de fibrina blanca y plaquetas. Eventualmente, la capa desaparece conforme el proceso ulceroso se cura (22)

En varios estudios, el lavado endoscópico fue empleado para remover sangre y coágulos no adherentes para inspeccionar adecuadamente la base de la úlcera. En dos estudios en donde se evitó el lavado endoscópico, el

vaso visible tuvo menor riesgo de resangrado y fue probablemente igual su riesgo que aquel vaso visible "descubierto" de Wara (14).

Se ha observado que estigmas endoscópicos de hemorragia asociados con hipotensión tienen un resangrado del 67%, pero estigmas de hemorragia endoscópico sin hipotensión tienen resangrado de solo 27%. Borrmman et al (17) observaron que las úlceras con un coágulo o vaso visible asociado a choque en admisión, el resangrado fue de 79%, mientras que el estado de choque sin signos endoscópicos tuvo un resangrado del 9%.

Para criterios de hemorragia "mayor", MacLeod y asociados (28) encontraron que los pacientes con vaso visible en la úlcera tuvieron un resangrado del 100%. Matthewson et al (29) han reportado incremento de resangrado con úlceras de gran tamaño. La hemorragia puede ser más grave con úlceras en ciertas localizaciones, como en el bulbo duodenal en su pared posterior (por la arteria gastroduodenal) o en la parte alta de la curvatura menor del estómago ( por la arteria gástrica izquierda) , mientras que las úlceras prepilóricas tienen mucho mejor pronóstico (15). Factores de coagulación y transfusión tanto como de fibrinólisis afectan el resangrado (22).

En base a lo anterior, se formulan las siguientes preguntas:

Que pacientes con úlceras sangrante son de alto riesgo para resangrado y de urgencia quirúrgica?

Múltiples factores de riesgo clínicos y endoscópicos han sido identificados (Tabla 4) (22).

**Tabla 4. Factores asociados con riesgo de resangrado.**

- 
1. Gravedad clínica de la hemorragia  
Presentación con hematemesis, inestabilidad hemodinámica, hemoglobina menor de 10 g/dl, requerimiento alto de transfusión, resangrado.
  
  2. Factores que afectan la salud y la coagulación.  
Úlceras por estrés, estado catabólico, edad, enfermedades concomitantes, coagulopatía, transfusión temprana o múltiple de sangre, fibrinólisis, intervalo de tiempo desde la última hemorragia.
  
  3. Estigmas endoscópicos de hemorragia  
Hemorragia activa en la endoscopia (especialmente si es arterial), vaso visible, factores que pueden reflejar el tamaño de la arteria sangrante (por ejemplo tamaño de la úlcera, localización, pulsación).
- 

Entre los factores endoscópicos de alto riesgo, el hallazgo de una arteria sangrante durante el estudio endoscópico es el dato más importante.

Entre los factores de riesgo moderado se incluye el escurrimiento solo, el vaso visible o coágulo fresco.

De los factores de bajo riesgo se incluyen la úlcera con base oscura. Una úlcera con base limpia no tiene riesgo de resangrado.

Sin embargo, es importante mencionar que una combinación de los factores de riesgo clínico y endoscópico son de mayor aportación para predecir el resangrado que solo emplear un solo criterio.

La Tabla 5 (30,31) menciona la clasificación de Forrest para úlceras de origen péptico y es la que se emplea en el Hospital de Especialidades del CMN SXXI, que nos da una orientación de los hallazgos encontrados durante el estudio endoscópico y por lo tanto el decidir el manejo a seguir con el paciente, tomando en cuenta el aspecto clínico del mismo.

**Tabla 5.** Clasificación de Forrest para lesiones relacionadas con úlcera péptica hemorrágica

---

1. Forrest I (hemorragia activa)

I A: Hemorragia con chorro arterial.

I B: Hemorragia arterial en capa o escurrimiento

2. Forrest II (estigmas de hemorragia reciente)

II A : Vaso visible en la base

II B : Coágulo adherido en la base

II C : Base de la úlcera oscura o sucia

3. Forrest III: Sin estigmas de hemorragia

---

La hemorragia arterial activa tiene un alto riesgo de resangrado pero es un hallazgo relativamente raro.

Hay ventajas definitivas al realizar endoscopia tempranamente, ya que permite excluir un sangrado de origen variceal, el cual requiere un tratamiento diferente.

La endoscopia temprana también permite la identificación temprana de lesiones de bajo riesgo, como son las úlceras con base limpia.

Se ha planteado que si no se sospecha presencia de hipertensión portal, es preferible diferir la endoscopia hasta que haya necesidad de intervención terapéutica evidente (por ejemplo "hemorragia mayor", definida como la presencia de choque, rehemorragia, hemoglobina de 9gr/dl o menor, o la necesidad de transfusión)

La terapia endoscópica está indicada si hay hemorragia activa o se encuentra un vaso visible. Para pacientes con hemorragia leve o menos grave, la endoscopia se realiza el primer o segundo día para demostrar una patología aguda pero no para un tratamiento endoscópico.

¿Qué investigaciones o mejoras se requieren? estandarizar la terminología para describir los estigmas endoscópicos de hemorragia; uno

puede argumentar que el término de vaso visible debe ser reemplazado, debido a que ello es anatómicamente incorrecto.

Para el análisis adecuado del riesgo de resangrado, y para seleccionar pacientes para tratamiento, se requiere de un sistema de puntuación fundamentado en el análisis clínico y en los hallazgos endoscópicos que pueda ser analizado posterior al ingreso hospitalario Pimpl et al (18) han introducido un sistema de puntuación complejo, por lo tanto se requiere de otro más sencillo y más comprensible. Además son necesarios estudios multicéntricos para generar datos y análisis estadísticos para desarrollar un sistema óptimo de puntuación.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :**

La hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) representa una complicación común y grave, a la cual se enfrentan los clínicos con frecuencia. Aunque se han publicado varios estudios acerca de HTDA (9,11), no existen datos actualizados de nuestro país y específicamente de nuestro Hospital, el cual es considerado centro de referencia para la atención de estos casos. Por lo tanto es importante actualizar la información acerca de las características demográficas y clínicas, hallazgos endoscópicos y pronóstico de los pacientes que acuden al Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI con HTDA, para implementar programas para el manejo adecuado de los mismos.

A pesar de avances en cuidados médicos y quirúrgicos de pacientes con hemorragia, la mortalidad para pacientes con HTDA no disminuye. Los datos de estudios similares han identificado ciertos rasgos clínicos y endoscópicos, los cuales ayudan a predecir el pronóstico en pacientes con hemorragia, sin embargo estos no han sido corroborados en nuestra población.

Los factores clínicos pueden ser muy útiles en estratificar a los pacientes en grupos de bajo y alto riesgo. Es evidente que el análisis de los factores clínicos en forma conjunta con los hallazgos endoscópicos permite predecir

mejor el pronóstico de los pacientes y por lo tanto tomar las medidas terapéuticas adecuadas en cada caso.

En base a lo anterior se formulan los siguientes cuestionamientos:

¿Cuáles son las características clínicas y demográficas de los pacientes que acuden al HE CMN SXXI con cuadro de HTDA ?

¿Cuáles son los principales diagnósticos endoscópicos de los pacientes a quienes se les realiza procedimiento de panendoscopia para conocer la causa de HTDA?

¿Existen factores clínicos y demográficos estadísticamente significativos asociados con la presencia de HTDA ?

¿Cuál es el pronóstico de los pacientes que presentan HTDA ?

### **HIPOTESIS NULA :**

La presencia de hemorragia del tracto digestivo alto no está asociada a los factores demográficos y clínicos de los pacientes

### **HIPOTESIS ALTERNA:**

La presencia de hemorragia del tracto digestivo alto está asociada a los factores demográficos y clínicos de los pacientes

### **OBJETIVO:**

1. Conocer la fuente de hemorragia de los pacientes que acuden al Hospital de Especialidades (HE) del Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMN SXXI) con cuadro de HTDA

2. Determinar las características demográficas de los pacientes que presentan HTDA que acuden al Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS

3. Conocer los hallazgos clínicos que manifiestan los pacientes que acuden con HTDA

4. Determinar los factores asociados estadísticamente significativos con la presencia de HTDA

5. Conocer el pronóstico de los pacientes con HTDA.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Estudio Clínico prospectivo

## **UNIVERSO DE TRABAJO:**

Pacientes que acudan al servicio de Endoscopia del HE CMN SXXI para estudio endoscópico por presentar HTDA y pacientes que acudan para realización de endoscopia por otra causa que no sea HTDA..

## **CRITERIOS DE INCLUSION:**

### **Pacientes con hemorragia (casos)**

1. Pacientes que acudan al servicio de Endoscopia del HE CMN SXXI con cuadro de HTDA manifestado por hematemesis, melena y/o hemorragia activa durante el estudio endoscópico.
2. Cualquier género.
3. Edad mayor a 18 años.

### **Pacientes sin hemorragia (controles)**

1. Pacientes que acudan al servicio de Endoscopia del HE CMN SXXI para realización de endoscopia por otra causa diferente a HTDA.
2. Cualquier género.
3. Edad mayor a 18 años.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

1. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
2. Pacientes que se niegan a realizarse estudio endoscópico.
3. Pacientes a quienes no se logre realizar estudio endoscópico por gravedad de patología de fondo.

## **REALIZACION DEL ESTUDIO**

En forma prospectiva se incluyeron los pacientes que acudieron al Departamento de Endoscopia del HE CMN SXXI con HTDA manifestada como la presencia de hematemesis, melena y/o presencia de hemorragia activa al momento del estudio endoscópico. Para el estudio de factores asociados a cada paciente con diagnóstico de HTDA activa se le asignó un control que correspondió al paciente que en forma consecutiva acudió a estudio de panendoscopia por otra causa.

Los pacientes y/o familiares responsables respondieron un cuestionario que incluyó datos demográficos y los antecedentes que se describen en el anexo I, y se registró el resultado del estudio endoscópico, y en el caso de los pacientes con HTDA se describió la causa o etiología de la misma.

## **ANALISIS DE RESULTADOS:**

Los resultados descriptivos se expresaron en promedios+DE y porcentajes. Para el análisis univariado se compararon las características de los pacientes con hemorragia (casos) con las de los pacientes que acudieron a endoscopia por otra causa (controles) para lo cual se utilizaron las pruebas de Chi cuadrada y T de Student.

## **CONSIDERACIONES ETICAS:**

A los pacientes y/o familiares responsables se les informó detalladamente el procedimiento endoscópico y los riesgos y complicaciones

que se pudieron presentar por dicho estudio, firmando documento (Anexo II) de aceptación para realización de la endoscopia.

## RESULTADOS:

Se incluyeron 200 pacientes con HTDA y 200 controles. La información demográfica de los pacientes con HTDA y el grupo control se resume en la Tabla 6.

**Tabla 6.** Características demográficas y factores asociados

Variable	HTDA	Controles	X <sup>2</sup>	Valor p
Edad (años)	59±17 (19-96)	51±17 (20-89)		0.001
Sexo				
Hombres	115 (57.5%)	75 (37.5%)	16.04	0.0001
Mujeres	85 (42.5%)	125 (62.5%)		
Factores asociados				
Hemorragia previa	99(49.5%)	56 (28%)	19.48	0.0001
AINEs	82 (41%)	52 (26%)	10.10	0.0014
Consumo alcohol	52 (26%)	20 (10%)	17.34	0.0000
Tabaquismo	40 (20%)	39 (19.5%)	0.06	0.804
Antecedente de EAP	36 (18%)	34 (17%)	0.07	0.792
Esteroides	5 (2.5%)	4 (2%)	0.11	0.736

En el grupo con HTDA predominaron los hombres y la edad fué también significativamente mayor.

Los siguientes factores analizados mostraron asociación con el desarrollo de HTDA: el consumo de alcohol, la utilización de AINEs y el antecedente de HTDA previo; no hubo asociación con el uso de tabaco, antecedente de

enfermedad ácido péptica ( tanto úlcera gástrica y úlcera duodenal) y el consumo de esteroides.

En la Tabla 7 se muestra el análisis de las enfermedades asociadas.

**Tabla 7. Enfermedades asociadas**

	HTDA	CONTROL	X2	P<0.05
Hepatopatía	86 (43 %)	17(8.5 %)	62.25	0.0000
Cardiopatía	33 (16.5%)	16 (8%)	6.72	0.0095
Diabetes mellitus	30 (15%)	12 (6%)	8.62	0.003
<b>Enfermedades</b>				
Reumatológicas	12 (6%)	16 (8%)	0.61	0.433
Coagulopatía	23 (11.5 %)	5 (2.5 %)	12.44	0.0000
Neuropatía	14 (7%)	3 (1.5%)	7.4	0.0061
Nefropatía	14 (7%)	5 (2.5%)	4.52	0.03
Hipertensión arterial	14 (7%)	26 (13%)	4.0	0.045
Otras	8 (4%)	3 (1.5%)	2.34	0.126
Sistema nervioso central	7 (3.5%)	4 (2%)	0.84	0.35
Neoplasia	6 (3%)	2 (1%)	2.04	0.153

La presencia de HTDA se asoció con hepatopatía, coagulopatía, cardiopatía, nefropatía, neuropatía y diabetes mellitus, siendo estadísticamente significativas en relación con el grupo control. La hipertensión arterial sistémica predominó en el grupo control.

El 31.5% (63 pacientes) del grupo HTDA presentó 2 ó más enfermedades asociadas. 23.5% (47 pacientes) tuvieron 2 enfermedades asociadas, 4.5% (9 pacientes) tuvieron 3 enfermedades asociadas, y 3.5% (7 pacientes) presentaron 4 ó 5 enfermedades asociadas.

El grupo control, a diferencia del otro grupo, sólo el 8.5% (17 pacientes) presentaron 2 ó más enfermedades. el 7.5% (15 pacientes) tuvo 2 enfermedades asociadas, y el 1% (2 pacientes) presentó más de 2 enfermedades asociadas.

Del apartado de otras enfermedades, éstas incluyeron: obesidad, enfermedad psiquiátrica, colecistitis crónica, litiasis, hiperuricemia,

hipotiroidismo, anemia sideroblástica, las cuales por el número pequeño de pacientes no tuvieron significancia estadística.

La Tabla 8 describe las causas de hemorragia encontradas en los 200 pacientes del grupo HTDA, y en la Tabla 9 se mencionan los diagnósticos endoscópicos del grupo control

La principal causa de hemorragia del grupo HTDA fué la enfermedad ácido péptica con un total de 68 pacientes ( 34%) representada por la úlcera gástrica con el 19% y la úlcera duodenal con el 15%; le sigue la hipertensión portal con 63 pacientes (31.5%) representada por la ruptura de várices esofagogástricas y la gastropatía hipertensiva portal, en tercer lugar la gastritis erosiva. Es de notar el lugar que ocupan dichas causas ya que si bien la primer causa es la enfermedad ácido péptica ( similar en otras series publicadas), un lugar importante lo ocupa la hipertensión portal ( en otras series ocupa el tercer lugar y sólomente la ruptura variceal sin tomar en cuenta la gastropatía hipertensiva portal).

**Tabla 8.** Causas de hemorragia

---

<b>Diagnóstico</b>	<b>n (%)</b>
Várices esofagogástricas	36 (18)
Esofagitis	10 ( 5)
Mallory- Weiss	5 (2.5)
Gastritis erosiva	26 (13)
Úlcera gástrica	38 ( 19)
Úlcera duodenal	30 ( 15)
Gastropatía hipertensiva portal	27 (13.5)
Pólipo gástrico o duodenal	5 (2.5)
Lesión Dieulafoy	7 (3.5)
Bulboduodenitis	3 (1.5)
Úlcera esofágica postescleroterapia	6 (3)
Carcinoma gástrico	4 (2)
Otras	3 (1.5)

---

Dentro del diagnóstico de otras se encontró hemobilia (1 paciente), úlcera de boca anastomótica de gastroyeyunoanastomosis (1 paciente) y angiodisplasia (1 paciente) cuyo porcentaje es muy bajo.

De los diagnósticos del grupo control ocupa el primer lugar la gastritis crónica con el 47.94% seguido por la hernia hiatal y en tercer lugar la esofagitis, resultados similares a series previas.

En la Tabla 10 se observa las diferencias estadísticas de ambos grupos con respecto al diagnóstico endoscópico, observándose que las várices esofagogástricas, la úlcera duodenal y la úlcera gástrica tuvieron significancia estadística para el grupo HTDA y la esofagitis para el grupo control.

**Tabla 9.** Diagnósticos principales del grupo control

Diagnóstico	n (%)
Várices esofagogástricas	15 (5.61)
Esofagitis	24 (8.98)
Mallory- Weiss	1 (0.37)
Gastritis crónica	128 (47.98)
Úlcera gástrica	8 (2.99)
Úlcera duodenal	9 (3.37)
Hernia hiatal	47 (17.6)
Duodenitis	16 (5.9)
Esófago de Barrett	6(2.24)
Otros	8(2.99)

**Tabla 10. Análisis comparativo de los principales diagnósticos endoscópicos.**

Diagnóstico	HTDA CONTROL		X <sup>2</sup>	p
	n(%)	n(%)		
Várices esofagogástricas	36	15	9.91	0.0016
Esofagitis	10	24	6.90	0.0085
Mallory-Weiss	5	1	2.71	0.09
Úlcera gástrica	38	8	22.11	0.0001
Úlcera duodenal	30	9	12.53	0.001

Como se observa en la siguiente Tabla 11, en el grupo HTDA: 74% de los pacientes tuvieron anemia (58.5% tenían una Hb < 10gr/dl) y el 27% presentaron cambios ortostáticos en la presión sanguínea o estado de choque. La melena, anemia y hematemesis fueron los principales síntomas y signos que manifestaron los pacientes del grupo HTDA.

Todos los pacientes con HTDA fueron hospitalizados, el 66% (132 pacientes) se internó en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el Departamento de Gastroenterología, el restante 34% (78 pacientes) fueron internados en su respectiva Unidad de segundo nivel de atención médica. El 28% (56 pacientes) requirió de terapia endoscópica consistente de escleroterapia. El 61.5% (123 pacientes) requirió de hemotransfusión, con un promedio de número de paquetes globulares de  $1 \pm 1$  unidades transfundidas (0-8 paquetes globulares). El 15.5% (31 pacientes) presentaron resangrado.

**Tabla 11. Características clínicas**

Característica	n (%)
Anemia	148 (74)
Hb <10gr/dl	117 (58.5)
Hematemesis	138 (69)
Hematoquezia	17 (8.5)
Melena	163 (81.5)
Ortostatismo o estado choque	54 (27)

La mortalidad del grupo HTDA fue 8% ( 16 pacientes): de los cuales 6 presentaron ruptura de várices esofágicas, 2 pacientes tuvieron esofagitis, 2 pacientes úlceras gástricas, 1 paciente tuvo úlcera duodenal, 4 pacientes cursó con gastropatía hipertensiva portal y 1 paciente con lesión de Dieulafoy. El promedio de edad de estos 16 pacientes que fallecieron fué de  $62 \pm 11$  años ( 46-85 años) y el promedio de paquetes globulares transfundidos fué de  $3 \pm 1$  (0-6 paquetes globulares)

Del grupo HTDA el 8% (16 pacientes) requirieron de tratamiento quirúrgico; el promedio de edad de este grupo fué de  $52 \pm 16$  años ( 19 -76 años), 9 del sexo masculino y 7 del sexo femenino, las causas de HTDA fueron várices esofágicas (4 pacientes), gastritis erosiva (1 paciente), úlcera gástrica (4 pacientes), úlcera duodenal (5 pacientes), y cáncer gástrico (2 pacientes). De los 16 pacientes quirúrgicos, 12 pacientes tuvieron Hb < 10gr/dl con un promedio de paquetes transfundidos de 2.1, 9 pacientes tuvieron 1 ó más enfermedades asociadas y 2 pacientes fallecieron uno por úlcera gástrica y otro por úlcera duodenal. Las cirugías realizadas fueron gastrogastroanastomosis (4 pacientes), antrectomía con gastroyeyunoanastomosis (6 pacientes), antrectomía con gastroyeyunoanastomosis y vagotomía (2 pacientes), colocación de puntos en erosiones gástricas (1 paciente), gastrectomía con esofagoyeyunoanastomosis (2 pacientes), y colecistectomía con antrectomía y gastroyeyunoanastomosis, este último por presentar fístula colecistoduodenal (1 paciente)

## DISCUSION:

La gravedad de la HTDA se refleja en el alto porcentaje de pacientes que requirieron de hospitalización de los cuales más de la mitad presentaban anemia y por lo tanto requirieron de transfusión sanguínea. El 28% requirió de un procedimiento endoscópico para intentar controlar la hemorragia. Estos hallazgos son muy similares con los datos publicados por la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal ( SAEG) en 1981 (9,10,11) y recientemente por el Colegio Americano de Gastroenterología (CAG) (32). La mayor parte de los pacientes tenían más de 50 años de edad y las causas principales de hemorragia fueron la úlcera gástrica y úlcera duodenal y un lugar importante ocupa la hipertensión portal representada por las várices esofagogástricas y la gastropatía hipertensiva portal.

De los factores asociados a la HTDA el consumo de AINES, alcohol y HTDA previa tuvieron significancia estadística así como la presencia de enfermedades asociadas. Incluso se observó mayor número de enfermedades asociadas para cada paciente del grupo HTDA en relación al grupo control.

De acuerdo a los hallazgos clínicos registrados, las enfermedades asociadas que presentan los pacientes y el sólo hecho de presentar una fuente de hemorragia, es evidente que ellos son pacientes graves que obligan a dar una atención hospitalaria adecuada, con una intervención diagnóstica y terapéutica oportuna. De hecho en países desarrollados existen hospitales que cuentan con unidades especiales de atención para el paciente con HTDA, ejemplo que deberá de tomarse en cuenta en nuestro país y los diversos hospitales existentes.

Otro de los factores que pudo haber contribuido a esta menor frecuencia de resangrado es el tipo de estudio, que fué prospectivo y a que se incluyeron enfermos con hemorragia activa e inactiva.

Llama la atención que la frecuencia reportada de resangrado y de mortalidad fué baja comparada con lo reportado por la SAEG. Esto puede ser dado por un adecuado diagnóstico, mejor manejo médico y hospitalario debido a las distintas alternativas con que se dispone actualmente en el servicio de Gastroenterología y Endoscopia, así como en el Hospital de Especialidades del CMN SXXI, el cual es un centro de referencia de tercer nivel.

La inclusión de un grupo control permitió resaltar las diferencias significativas entre la población que presenta hemorragia y aquella que no la presenta. Una asociación entre HTDA y el sobreuso de medicamentos AINEs / aspirina ha sido reportado por otros autores (33,34). Estos reportes previos sugieren que algunos pacientes son ignorantes de ello y niegan la ingesta. El consumo de alcohol fue más común entre los pacientes con HTDA que en el grupo control; la asociación entre alcohol y hemorragia mencionada por Henry et al (35) puede incrementar el riesgo para HTDA cuando se combina con el uso de AINEs/ aspirina. Los AINEs /aspirina inhiben la síntesis de las prostaglandinas lo cual afecta la mucosa gastrointestinal y la función plaquetaria (36), y en cuanto al alcohol se sabe que puede incrementar los efectos de los AINEs/aspirina principalmente inhibiendo la función plaquetaria con lo cual se prolonga el tiempo de hemorragia (37), sin embargo el cuestionario empleado para el Registro de Hemorragia no puede establecer un efecto causal entre uso de AINEs/ aspirina/ alcohol ( solos o en combinación).

Este estudio constituye el primero realizado en su género de tipo prospectivo que analiza las causas, características demográficas, factores asociados y pronóstico de pacientes con HTDA en un centro de tercer nivel.

#### **CONCLUSIONES:**

Los resultados confirman que los pacientes con HTDA son pacientes graves que generalmente ameritan hospitalización, transfusiones y diagnóstico endoscópico (y en un porcentaje importante: tratamiento endoscópico). Las características demográficas, clínicas, origen de hemorragia y asociaciones encontradas son similares a aquellos reportados por otros investigadores (32)

## BIBLIOGRAFIA

1. Herner H, Kallgard B, Lauritzen G. Hematemesis and melena from a limited resection area during a five years period. *Med Scan* 1965; 177: 483-92.
2. Jones PF, Johnston SJ, McEwan AB, Kyle J, Needham CD. Further hemorrhage after admission to hospital for gastrointestinal hemorrhage. *Br Med J* 1973; 3: 660-4.
3. Schiller KFR, Truelove SC, Williams DG. Hematemesis and melena with special reference to factors influencing the outcome. *Br Med J* 1970; 2: 7-14.
4. Morgan AG, McAdam WAF, Walmsley GL, Jessop A, Horrocks JC, deDombal FT. Clinical findings, early endoscopy, and multivariate analysis in patients bleeding from the upper gastrointestinal tract. *Br Med J* 1977; 2: 237-40.
5. Cutler JA, Mendeloff AI. Upper gastrointestinal bleeding: magnitude of the problem in the U.S. *Dig Dis*, 1981; 26a suppl: 90S-6S.
7. Kurata JH, Corbo ED. Current peptic ulcer time trend epidemiological profile. *J Clin Gastroenterol* 1988; 10: 259-60.
8. Allan R, Dykes P. A study of the factors influencing mortality rates from gastrointestinal hemorrhage. *Q J Med* 1976; 180: 533-50.
9. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, et al. The National ASGE Survey on upper gastrointestinal bleeding. I. Study design and baseline data. *Gastrointest Endosc* 1981; 27: 73-9.

10. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, et al. The National ASGE Survey on upper gastrointestinal bleeding. II: Clinical prognostic factors. *Gastrointest Endosc* 1981; 27: 80-93.
11. Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ, Tedesco FJ, et al. The National ASGE Survey on upper gastrointestinal bleeding. III: Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1981, 27: 94-103.
12. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*, 36 (5) 1990: S8- 13.
13. Peterson WL, Barnett CC, Smith HJ, Allen MH, Cobertt D. Routine early endoscopy in upper-gastrointestinal-tract bleeding. *N Engl J Med*, 1981; 304: 925-30
14. Wara P: Endoscopic predictors of major rebleeding- a prospective study of stigmata of hemarrhage in bleeding ulcer. *Gastroenterology*, 1985; 88: 1209-14.
15. Wara P, Stodkilde H. Bleeding pattern before admission as guideline for emergency endoscopy. *Scand J Gastroenterol*, 1985; 20: 72-8.
16. McLaughlin WD, Kolts BE Achem SR. Nasogastric lavage compared with outcome in 101 patients seen in an emergency room for upper gastrointestinal hemorrhage [ abstract ]. *Gastroenterology*, 1987; 92: 1529.
17. Bornman PC, Theodoron NA, Shuttleworth RD, Essel HP, Marks IN. Importance of hypovolaemic shock and endoscopic signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration: a prospective evaluation *Br Med J* 1985; 291: 245-7

18. Pimpl W, Boeckkl O, Waclawiczeck HW, Heinerman M. Estimation of the mortality rate of patients with severe gastroduodenal hemorrhage with the aid of a new scoring system. *Endoscopy* 1987; 19:101-6.
19. Armstrong CP, Blower AL. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and life-threatening complications of peptic ulceration. *Gut* 1987; 28: 527-32.
20. Bown SG. Controlled studies of laser therapy for haemorrhage from peptic ulcers. *Acta Endoscopica* 1985; 15:1-12.
21. Foster DN, Miloszewski K, Losowsky MS. Stigmata of recent haemorrhage in diagnosis and prognosis of upper gastrointestinal bleeding. *Br Med J*, 1978; 1: 1173-7.
22. Johnston J. Endoscopic risk factors for bleeding peptic ulcer. *Gastrointestinal endoscopy*. 36 (5), 1990: S16-19.
23. Griffiths WH, Nuemann DA, Welsh JD. The visible vessels as an indicator of uncontrolled or recurrent gastrointestinal hemorrhage. *N Engl J Med* 1979; 300: 1411-3
24. Swain CP, Storey DW, Bown SG, et al. Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. *Gastroenterology*, 1986; 90: 595-608.
25. Johnston JH. The sentinel clot and invisible vessel: pathologic anatomy of bleeding peptic ulcer. *Gastrointest Endosc*, 1984; 30: 313- 5.
26. Johnston JH. The sentinel clot/visible vessel revisited. *Gastrointest Endosc*, 1986, 32 238-9

27. Chang-Chien C, Wu C, Chen P, et al. Different implications of stigmata of recent hemorrhage in gastric and duodenal ulcers. *Dig Dis Sci*, 1988; 33: 400-4.
28. MacLeod A, Smills PR, Mackenzie JF, et al. Nd- YAG laser photocoagulation for major haemorrhage from peptic ulcers and single vessels; a single blind controlled study. *Br Med J*, 1983; 286: 345-8.
29. Matthewson K, Pugh S, Northfield TC. Wich peptic ulcer patients bleed ? *Gut* 1988; 29: 70-4.
30. Forrest JAH, Finlayson NDC, Shearman DJV. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974; 2 394-7.
31. Mondardini A, Barletti C, Rocca G, et al. Non- Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Forrest's Classification: Diagnostic Agreement Between Endoscopists from the Same Area. *Endoscopy* 1998; 30 (6): 508-12.
32. Peura D, Lanza F, Gostout Ch. The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: Preliminary Findings. *Am J Gastroenterology* 1997; 92 (6): 924-8.
33. Lanos A, Sekar C, Hirschowitz BI Objective evidence of aspirin use in both ulcer and nonulcer upper and lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1992; 103: 862-9.
34. Wilcox CM, Shalek KA, Cotsonis G. Striking prevalence of over-the counter nonsteroidal anti-inflammatory drug use in patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Arch Intern Med* 1994; 154: 42-6.
35. Henry D, Dobson A, Turner C. Variability in the risk of major gastrointestinal complications from nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Gastroenterology* 1993, 105: 1078-88.

36. Schafer AI. Effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on platelet function and systemic hemostasis. *J Clin Pharmacol* 1995; 35: 209-19.
37. Deykin D, Janson P, McMahon L. Ethanol potentiation of aspirin induced prolongation of the bleeding time. *N Engl J Med* 1982; 306: 852-4.

ANEXO I

## Hemorragia de Aparato Digestivo Superior

### Forma para recolección

#### Datos del paciente

1.- Nombre \_\_\_\_\_  
 2.- Registro \_\_\_\_\_  
 3.- Edad \_\_\_\_\_

4.- Género                   A.- Masculino \_\_\_\_\_  
                                   B.- Femenino           

5.- Historia de EAP        A.- Sí                     
                                   B.- No                   

(Si la respuesta es afirmativa)  
 A.- Úlc. Duodenal         
 B.- Úlc. Gástrica       

6.- Síntomas dispépticos   A.- Sí                     
                                   B.- No                   

7.- Hemorragia digestiva previa   A.- Sí                     
                                   B.- No                   

(Si la respuesta es afirmativa, señalar la causa)

8.- Hematemesis            A.- Sí                     
                                   B.- No                   

9.- Hematoquezia           A.- Sí                     
                                   B.- No                   

10.- Melena                 A.- Sí                     
                                   B.- No                   

11.- Anemia                 A.- Sí                     
                                   B.- No                   

12.- Hb < 10 g/dL         A.- Sí                     
                                   B.- No                   

13.- Ortostatismo o Choque   A.- Sí                     
                                   B.- No                   

14.- Enfermedades comórbidas

I.- SNC                     A.- Sí                     
                                   B.- No                   

II.- Cardíacas              A.- Sí                     
                                   B.- No                   

III.- Renal                 A.- Sí                     
                                   B.- No                   

IV.- Pulmonar             A.- Sí                     
                                   B.- No                   

V.- Hepática               A.- Sí                     
                                   B.- No                   

VI.- Coagulopatía         A.- Sí                     
                                   B.- No                   

VII.- Neoplásica         A.- Sí                     
                                   B.- No                   

VIII.- Otra                 A.- Sí                     
                                   B.- No                   

Expandir

#### 15.- Paciente

A.- Externo  
 B.- Interno

#### 16.- Medicamentos utilizados

Fármaco	Dosis	Frec/Oía	Días
A. ASA	_____	_____	_____
B. Diclofenaco	_____	_____	_____
C. Ibuprofeno	_____	_____	_____
D. Naproxeno	_____	_____	_____
E. Indometacina	_____	_____	_____
F. Otro AINE	_____	_____	_____
G. Acetaminofén	_____	_____	_____
H. Combinación	_____	_____	_____

## 28.- Causa de la hemorragia digestiva superior

	A.- Si <input type="checkbox"/>	B.- No <input type="checkbox"/>
Origen	Hallazgo Primario	Hallazgo Secundario
A.- Várices esófago gástricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.- Esofagitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.- Mallory-Weiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.- Gastritis Erosiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.- Úlceras Gástricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.- Úlcera duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.- Otra (especificar) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>
--



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI  
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA  
SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS

Chiapas  
Guerrero  
Morelos  
Querétaro  
3 Sureste del D.F.  
4 Sureste del D.F.

MEDICO TRATANTE \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_  
TIPO DE ENDOSCOPIA \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ CEDULA \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_  
MOTIVO DE LA VALORACION ENDOSCOPICA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

EL QUE SUSCRIBE AUTORIZA A LOS MEDICOS DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS EFECTUAR A:

\_\_\_\_\_  
LA ENDOSCOPIA SIGUIENTE:

ASI COMO PRACTICAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE A SU JUICIO DETERMINE EN CASO DE SURTIR ALGUNA CONDICION NO PREVISTA. ASI MISMO, ME HAN SIDO EXPLICADOS - LA NATURALEZA Y PROPOSITOS DE ESTA ENDOSCOPIA, RIESGO Y POSIBLES COMPLICACIONES.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE