



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 72

"LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO"

**"CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HGR NO. 72 DEL IMSS"**

REGISTRO SIRELCIS: R-2017-1402-20

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS**

PRESENTA:

JUAN ALEJANDRO VARGAS GARCÍA

ASESOR DE TEMÁTICO:

DR. TITO FABRICIO LÓPEZ BAZÁN

ASESORES METODOLÓGICOS:

DR. LUIS REY GARCIA CORTES

DRA. NANCY NOLASCO ALONSO

Ciudad Universitaria, Cd. México, Junio de 2018



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.

Titulo:

***“CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HGR NO. 72 DEL IMSS”***

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación México Oriente
Hospital General Regional No. 72
“Lic. Vicente Santos Guajardo”

Investigador y asesores:

Investigador responsable: Dr. Juan Alejandro Vargas García.

Médico General Matrícula 99158711. Adscrito a UMF No. 68. Ubicada en Km. 19.5 Antigua carretera libre México-Pachuca, Santa María Tulpetlac, Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Correo: javg.urgmed@gmail.com, Teléfono: 5776 7331.

Asesor temático:

Dr. Tito Fabricio López Bazán. Asesor Clínico.

Médico Especialista en Medicina de Urgencias y Toxicología.

Especialista en urgencias médico quirúrgicas.

Profesor titular del curso de especialización en Medicina de Urgencias, Instructor certificado AHA. Matrícula 10505911. Adscrito a IMSS HGR 72, Filiberto Gómez SN, Tlalnepantla, México.

Correo: bazan.fabricio6@gmail.com, Tel: 5565 9444.

Asesores Metodológicos:

Dr. Luis Rey García Cortes.

Maestro en Investigación Clínica, Médico Especialista en Medicina Familiar. Matrícula 11023996. Coordinador auxiliar médico de investigación en salud de la Delegación Regional Estado de México Oriente, adscrito a la jefatura de prestaciones médicas. Calle 4 No. 25, Colonia Industrial Alce Blanco Naucalpan, Estado de México.

Correo: luis.garciaco@imss.gob.mx, Tel: 5359 6360 ext. 28943. Cel. 0445540101728.

Nancy Nolasco Alonso

Maestra en Ciencias de la Salud, Médico Especialista en Medicina Familiar. Matrícula 99154964. Adscripción Hospital de Gineco-Obstetricia / Medicina Familiar 60, Delegación Estado de México Oriente. Av. Morelos 47. Colonia San Javier, Tlalnepantla Edo. De Méx.

Correo: nancy.nolasco@hotmail.com, Tel: 044 55 5105 6479, 5565 0922 ext. 51308.

I. AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

POR DEJARME SER Y SERVIR EN ÉL

A CLAUDIA:

TÚ, TAN SOLO TÚ

A MIS CORAZONES:

CLAUS, BETO Y SARITA

MOTOR DE MI VIDA

A MI MADRE Y HERMANOS:

GRACIAS

A MIS MAESTROS Y AMIGOS DE RESIDENCIA:

MOMENTO DE SEPARARNOS, PARA SEGUIR CRECIENDO JUNTOS

A MI PADRE:

UN RECUERDO

“La vida es breve, el arte es largo, la oportunidad fugaz, la experiencia engañosa y el juicio difícil”

Hipócrates

II. HOJA DE AUTORIZACIÓN:

 	Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud Coordinación de Investigación en Salud	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Dictamen de Autorización

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402 con el registro de número 17 07 18 000 000 y del 19-01-2016
HOSPITAL GENERAL DE LA FAMILIA, PUEBLO LIBRE, ESTADO DE QUERÉTARO

FOLIO 11/10/2017

TEC. JUAN ALEJANDRO VARGAS GARCÍA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el Dictamen de Investigación con Ética:

Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto en el servicio de urgencias del HGS No. 72 del IMSS.

que somete a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el Dictamen es **A. U. T. O. R. I. Z. A. D. O.** con el número de registro 17/07/18/000.

Firma de Registro R-2017-0402-EP

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ CESAR VELAZQUEZ CASTILLO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402

IMSS
44 19996 17010000000000

III. HOJA DE FIRMAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 72
“LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO”
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

DR. RAMÓN ARMANDO SÁNCHEZ TAMAYO
DIRECTOR DEL HGR No. 72

DR. FRANCISCO MEDRANO LÓPEZ
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. TITO FABRICIO LÓPEZ BAZÁN
ASESOR TEMÁTICO

DRA. NANCY NOLASCO ALONSO
ASESOR METODOLÓGICO

DR. LUIS REY GARCIA CORTES
ASESOR METODOLOGICO

NUMERO DE REGISTRO
DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
R-2017-1402-20

IV. INDICE

Titulo.....	2
Investigador y asesores.....	3
I. Agradecimientos.....	4
II. Hoja de autorización.....	5
III. Hoja de firmas.....	6
IV. Índice.....	7
V. Índice de tablas.....	7
VI. Índice de figuras.....	7
VII. Resumen.....	8
VIII. Abstract.....	9
1. Introducción.....	10
2. Marco teórico.....	11
3. Justificación.....	16
4. Planteamiento del problema.....	17
5. Objetivos.....	18
6. Metodología de la investigación.....	19
7. Factibilidad e implicaciones éticas.....	25
8. Cronograma de actividades.....	26
9. Resultados.....	27
10. Discusión.....	33
11. Conclusiones.....	35
12. Conflictos de interés.....	35
13. Anexos.....	36
14. Bibliografía.....	38
V. Índice de tablas:	
a. Tabla 1.....	11
b. Tabla 2.....	20
c. Tabla 3.....	21
d. Tabla 4.....	27
e. Tabla 5.....	28
f. Tabla 6.....	29
g. Tabla 7.....	31
h. Tabla 8.....	31
i. Tabla 9.....	32
VI. Índice de gráficas:	
a. Gráfica 1.....	27
b. Gráfica 2.....	28
c. Gráfica 3.....	29
d. Gráfica 4.....	30
e. Gráfica 5.....	30
f. Gráfica 6.....	32

VII. RESUMEN

Introducción. La hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) representa una verdadera urgencia, que conlleva una alta morbilidad y mortalidad, teniendo efecto económico notable en los servicios de salud, siendo cinco veces más frecuente en la porción superior del tracto digestivo. El envejecimiento de la población, los hábitos nocivos, la asociación de comorbilidades y el abuso indiscriminado de AINE's, son factores más frecuentes que se relacionan con mayor morbilidad y mortalidad.

Objetivo. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto en el servicio de urgencias del HGR No. 72 del IMSS.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal descriptivo, retrospectivo, observacional, recabando los resultados de todos los expedientes del archivo médico HGR No. 72 del IMSS del periodo Agosto-Octubre 2017, de los pacientes que recibieron atención en el servicio de urgencias, con el diagnóstico de HTDA, utilizando para tal efecto una hoja de recolección de datos. Los resultados se analizaron con estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes.

Resultados. De una muestra de 102 expedientes de pacientes que ingresaron al área de urgencias del HGR 72, con HTDA, se encontró que hubo una mayor frecuencia en hombres (65.65%), edad fue de 41-70 años (51.96%), casados con un 63.75%, con escolaridad de primaria (42.15%), con una relación de tres o más patologías presentes en un 80.39% y una morbilidad más frecuente de aparición en la HAS (68.62%).

Conclusiones. Los factores sociodemográficos estudiados, pueden ser de gran impacto para relacionar con otros factores tanto de riesgo y mortalidad, así como prevención para disminuir el número de casos que se reportan en los servicios de urgencias.

VIII. ABSTRACT.

Background. The hemorrhage in the upper gastrointestinal tract (HTDA), represents a real urgency, associated with high morbidity, taking effect economic remarkable in health services, being five times more common in the upper portion of the digestive tract. The aging of the population, harmful habits, the association of indiscriminate abuse of AINE's, cormobilidades, they are most common factors associated with increased morbidity and mortality.

Objective. Describe the sociodemographic characteristics and clinics of the patients with hemorrhage in the upper gastrointestinal tract in the emergency department of the HGR No. 72 of the IMSS.

Material and methods. A descriptive, retrospective, observational, cross-sectional study was performed by gathering the results of all files doctor HGR file No.72 of the IMSS, in the period August-October 2017, of the patients who received care in the emergency department, with the diagnosis of HTDA, using a sheet of data collection for this purpose. The results were analyzed with descriptive statistics frequencies and percentages.

Results. A sample of 102 records of patients admitted to the emergency department of the HGR 72, with HTDA, found that there was a greater frequency in men (65.65%), age was 41-70 years (51.96%), married (63.75%), with primary schooling (42.15%), with a ratio of three or more pathologies present in a 80.93% and most frequent morbidity of emergence in the arterial hypertension (68.62%).

Conclusions. Studied socio-demographic factors, can be of great impact to relate to other factors, both risk and mortality, as well as prevention to reduce the number of cases that are reported in the emergency department.

1. INTRODUCCIÓN.

La hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) representa un episodio grave y urgente que conlleva una alta morbilidad y mortalidad, teniendo además un efecto económico notable sobre los sistemas de salud. Se calcula que la HTDA es cinco veces más frecuente en la porción superior del tubo digestivo que en la porción distal. Que los hábitos nocivos como el tabaquismo, el alcoholismo, el envejecimiento de la población, las enfermedades concomitantes como la DM 2, HAS, enfermedades articulares degenerativas, IRC, Cirrosis hepática, *Helicobacter pylori*, enfermedad de Mallory- Weiss el uso y abuso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos (AINE's), aumentan el riesgo de desarrollar HTDA¹.

2. MARCO TEORICO.

Se considera hemorragia de tubo digestivo (HD) a toda pérdida de sangre que procede del tubo digestivo, constituye una patología frecuente en los servicios de urgencias con una tasa de mortalidad entre el 5 al 10%². Siendo por lo tanto una auténtica urgencia y constituye el 1.2% al 2.5% de los ingresos hospitalarios².

Según el origen del sangrado se puede clasificar en:

- a) Hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) de la boca hasta el ángulo de Treitz.
- b) Hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB) del ángulo de Treitz hasta ano².

Por su presentación clínica se puede definir como:

Tabla. 1 Definición de las presentaciones clínicas de la hemorragia de tubo digestivo

Presentación clínica	Definición
Hematemesis	Vómito de sangre fresca o restos hemáticos digeridos (en posos de café). Sugiere HTDA, pero se debe descartar sangre deglutida de origen respiratorio (hemoptisis)
Melenas	Heces negras, pastosas como "alquitrán", fétidas. Sugiere HTDA o HTDB de tránsito lento. Se recomienda descartar ingesta de alimentos o fármacos que puedan teñir las heces como el regaliz, la morcilla, sales de bismuto y tratamientos con hierro.
Hematoquecia	Heces sanguinolentas. Sugiere HTDB o HTDA de tránsito rápido con pérdida de gran cantidad de sangre en poco tiempo.
Rectorragia	Emisión de sangre roja o coágulos por el ano. Indica HTDB principalmente de recto y colon, aunque si se produce un sangrado abundante puede ser manifestación de HTDA con tránsito digestivo acelerado.
Hemorragia digestiva de origen desconocido (HDOD)	Consiste en un sangrado de origen incierto que persiste o recurre después de un estudio endoscópico inicial negativo, y que puede presentarse clínicamente como anemia ferropénica, positividad en sangre oculta en heces y/o un sangrado visible.

Por otro lado, debemos de reconocer que la magnitud de la HTDA radica en que representa un episodio grave y urgente con una morbilidad y mortalidad adjunta

importante, teniendo además un efecto económico notable sobre los sistemas de salud. Se calcula que la HD es cinco veces más frecuente en la porción superior del tubo digestivo que en la porción distal².

Las causas de la hemorragia de tubo digestivo alta son:

- Úlcera péptica, gástrica o duodenal.
- Las lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal.
- El síndrome de Mallory-Weiss.
- Las lesiones relacionadas con la hipertensión portal (HTP): Varices esofágicas o gástricas, gastropatía hipertensiva, varices ectópicas.
- Otras:
 - Erosiones en hernia hiatal (úlceras de Cameron).
 - Neoplasias esofágicas, gástricas o duodenales.
 - Hemofilia.
 - Fístula aorto entérica (portadores de prótesis aórticas, aneurisma aórtico, cuerpo extraño esofágico, tumores).
 - Lesiones vasculares (Dieulafoy, angiodisplasias en pacientes ancianos, síndrome de Rendu-Osler, pseudoxantoma elástico, malformaciones arteriovenosas, tumores de intestino delgado en población joven)².

Se calcula que en el mundo se da un caso por cada 20,000 habitantes. En Estados Unidos, en el transcurso del último año, se otorgaron 30,000 atenciones hospitalarias y generaron 150 ingresos por cada 100,000 habitantes³. Otras publicaciones en estudios transversales comparativos refieren que más de 350,000 pacientes son hospitalizados anualmente en Estados Unidos por sangrado del tubo digestivo alto, y 35-45% de los casos son mayores de 65 años⁴.

La mortalidad secundaria a hemorragia del tubo digestivo alto en México de acuerdo a un diseño descriptivo, diagnóstico, transversal y retrospectivo es de alrededor de 8.5%, pero se incrementa con la edad y entidades comórbidas⁵. Así como se encuentra documentado que la mortalidad aumenta incluso a 63% cuando coexisten alteraciones como la insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática, enfermedad respiratoria aguda e insuficiencia cardíaca⁶.

Un estudio con diseño de cohorte prospectiva multicéntrica informa que la morbilidad y mortalidad del paciente con sangrado digestivo alto se relaciona con ciertos factores de riesgo, como: edad, origen de la hemorragia (sangrado arterial o venoso) enfermedades asociadas, como: alcoholismo, coagulopatía e inmunosupresión. Por lo que es importante considerar la importancia de la identificación de los factores de riesgo vinculados al riesgo de HTDA para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas⁷.

El incremento en la frecuencia de enfermedades crónicas, como: hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, se asocia con úlcera péptica y sus complicaciones. Kubba⁸ y Friedman⁹ informaron en sus estudios con diseño de cohortes comparativos que la frecuencia de hemorragia del tubo digestivo alto por úlcera péptica se incrementa

significativamente en los pacientes con enfermedad cardiovascular (50%), EPOC (27%), cirrosis hepática (7.3%), enfermedades neurológicas (4.1%), enfermedades renales (2 a 4%) y enfermedades neoplásicas (3%)⁸⁻⁹.

Existen múltiples factores relacionados con la presencia de hemorragia de tubo digestivo alto y enfermedad renal crónica uno de ellos es los niveles séricos de gastrina en ayunas se hallan elevados en pacientes con IRC. Los niveles de gastrina se correlacionan con el grado de insuficiencia renal, ya que la misma se elimina por riñón. Las hormonas gastrointestinales, como la colecistocinina y la secretina pueden estar elevadas en los pacientes urémicos¹⁰.

La hipertensión causa nefroesclerosis, una causa frecuente de nefropatía crónica. El daño renal se debe a múltiples mecanismos. Una de las principales vías por la que la hipertensión causa daño a los riñones es por hipo perfusión glomerular. Esta hipo perfusión causa glomeruloesclerosis y fibrosis tubulointersticial. Otras vías que se han estudiado incluyen disfunción endotelial por las presiones glomerulares elevadas. La hipertensión también acelera la evolución de otros tipos de enfermedad renal, sobre todo la nefropatía diabética. Debido al riesgo de nefropatía diabética, la American Diabetes Association recomienda que las personas con diabetes mantengan la presión arterial en cifras inferiores a 130/80 mmHg¹¹.

Existen publicaciones que dan como causa de la gastritis enfisematosa a la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) sumada a la hipergastrinemia secundaria al hiperparatiroidismo¹². La gastritis por *H. pylori* es una enfermedad inflamatoria crónica del antro y el cuerpo del estómago. La infección crónica por *H. pylori* puede inducir atrofia gástrica y ulceración péptica, y se relaciona con un aumento en el riesgo de adenocarcinoma gástrico y de producción de tejido linfoide asociado a la mucosa, que puede evolucionar a linfoma⁹.

En condiciones normales, la secreción de ácido clorhídrico por las células parietales del estómago se acompaña de una secreción de iones bicarbonato (HCO_3^-). Por cada ion hidrógeno (H^+) que se secreta, se produce un HCO_3^- y mientras la producción de HCO_3^- es igual a la secreción de H^+ no se presenta lesión mucosa. Los cambios en el flujo sanguíneo gástrico, como los que tienen lugar en el shock, tienden a reducir la producción de HCO_3^- . Esto en particular válido en situaciones en que existe disminución del flujo sanguíneo acompañada por acidosis. El ácido acetilsalicílico y los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) también comprometen la secreción de HCO_3^- al inhibir la ciclooxigenasa (COX) tipo I gástrica, una enzima para ácidos grasos que sintetiza prostaglandinas que median la secreción de bicarbonato¹³⁻¹⁴.

En un estudio realizado por Miyamoto y Okomoto del hospital Aki-ota en Japón encontraron que la prevalencia en general ha disminuido debido a la erradicación de *Helicobacter pylori* y el mayor empleo de los inhibidores de la bomba de protones (IBP), sin embargo se han incrementado los casos por el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE's)¹⁵.

En un estudio realizado en HGR No. 1 de Durango del IMSS (2009), Rodríguez- Hernández identificaron que el aumento en la frecuencia de enfermedades como hipertensión arterial sistémica (HAS), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus tipo 2

(DM 2), cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica (IRC), tabaquismo, alcoholismo, se asocian al desarrollo de úlcera péptica y sus complicaciones¹⁶. Las cuales se han incrementado de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2% lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en el año 2000 (5.8%). Mientras que para HAS para el año 2012 la prevalencia fue de 33% y para el año 2000 fue de 32%. Y en relación a la EPOC se mantiene entre el 4 y hasta el 6to lugar de morbi-mortalidad para el año 2016¹⁶.

La hemorragia por varices puede ser súbita y masiva; es poco frecuente la pérdida de sangre crónica. La hemorragia por varices esofágicas o gástricas suele ser consecuencia de hipertensión portal secundaria a una cirrosis. Aunque la cirrosis alcohólica es la causa principal de varices esofágicas en Estados Unidos, cualquier proceso causante de hipertensión portal, incluso en ausencia de hepatopatía (esto es trombosis de la vena porta o hipertensión portal idiopática) puede ocasionar una hemorragia por varices². Otras lesiones esofágicas sangrantes son la esofagitis y el carcinoma; por lo general, ocasionan una pérdida crónica de sangre y rara vez producen hemorragia masiva. Los aneurismas aórticos arterioscleróticos pueden romperse al intestino delgado; este acontecimiento casi siempre es mortal. Las discrasias sanguíneas primarias, las vasculitis y los trastornos del tejido conectivo pueden ocasionar hemorragias digestivas importantes. La uremia puede producir pérdida de sangre por aparato digestivo; la forma más frecuente es la de hemorragias ocultas crónicas por afectación difusa crónica de la mucosa del estómago y del intestino delgado¹.

En las enfermedades articulares existen manifestaciones articulares y extra articulares, las segundas pueden afectar diversos tejidos. Es probable que las manifestaciones extra articulares ocurran con un grado equitativo de frecuencia, pero en general, son lo suficiente leves para provocar sólo unos cuantos problemas¹⁷⁻¹⁸. Las enfermedades articulares pueden acompañarse de molestias como fatiga, debilidad, pérdida ponderal y fiebre de bajo grado cuando la enfermedad se encuentra activa¹⁹. La anemia relacionada con concentraciones séricas bajas de hierro o una capacidad de unión a hierro disminuida también son frecuentes. La vasculitis, o inflamación de arterias de calibre pequeño o mediano, es una manifestación infrecuente en enfermedades articulares en pacientes con una larga evolución. Puede haber ulceración de las extremidades inferiores, en particular alrededor de las áreas maleolares. También pueden afectarse los órganos viscerales, como el corazón los pulmones y el tracto gastrointestinal¹²⁻¹⁹.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE's) representan un grupo terapéutico de muy amplia difusión a nivel mundial por sus acciones antiinflamatoria, antipirética, analgésica y antiagregante plaquetaria. Así, unos 70 millones de prescripciones de estos fármacos se realizan anualmente en Estados Unidos y unos 25 millones en España, presentando este consumo tasas interanuales de crecimiento por encima del 5%²⁰. El uso «indiscriminado» de estos fármacos lleva consigo un elevado riesgo de aparición de efectos adversos, entre los cuales destacan los digestivos (gastropatía) como los más frecuentes¹⁷⁻¹⁹.

El sangrado de tubo digestivo es una complicación de gran importancia clínica, en pacientes críticos, la profilaxis, se indica tanto para neutralizar el ácido gástrico, reducir la secreción de

ácido gástrico y promover la cito protección, siendo comúnmente recomendados con resultados positivos, reduciendo en un 50% la hemorragia de tubo digestivo, relacionada a factores de riesgo²¹.

3. JUSTIFICACIÓN:

La magnitud de la HTDA representa una incidencia anual a nivel mundial de 50 a 150 casos por 100 mil habitantes. En México, la mortalidad es del 8.5% y se ha incrementado debido a los cambios epidemiológicos relacionados con el aumento de enfermedades crónicas, y el consumo de AINE's, por lo que representa importante problema de salud pública. Su trascendencia radica en que se ha reportado en los servicios de 2do. Nivel de atención del IMSS una mayor prevalencia de úlcera péptica asociada a las enfermedades crónicas, las cuales se han incrementado importantemente en los últimos años. Sin embargo, en el HGR No. 72 no se tienen publicaciones recientes respecto a las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con HTDA, por lo que la obtención de estos datos vulnera la escasez de reportes sobre las características de estos pacientes en nuestro hospital y nos permite tener un panorama diagnóstico sobre este padecimiento y contribuir a planear las necesidades del servicio de urgencias con la esperanza de mejorar la atención a nuestros derechohabientes.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Debemos de reconocer que la magnitud de la HTDA radica en que representa un episodio grave y urgente con una morbilidad y mortalidad adjunta importante, teniendo un efecto económico notable sobre los sistemas de salud. Se calcula que la HTDA es cinco veces más frecuente en la porción superior del tubo digestivo que en la porción distal. Los pacientes con HTDA son sujetos predominantemente del sexo masculino, con edad avanzada, que los hábitos nocivos como el tabaquismo, el alcoholismo, las enfermedades concomitantes como la DM 2, HAS, enfermedades articulares degenerativas, IRC, Cirrosis hepática, úlcera gástrica, EPOC, el uso y abuso indiscriminado de AINE's, aumentan el riesgo de desarrollar HTDA, el estudiar el estado civil y la escolaridad en relación con la HTDA, complementaron el perfil epidemiológico de los pacientes que cursan con esta entidad patológica. En el HGR 72 también acuden pacientes en condiciones graves al servicio de urgencias con estas características, sin embargo, no hay reportes recientes sobre estos factores en este hospital, por lo que en el presente estudio se buscaron las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto en el servicio de urgencias del HGR No. 72 del IMSS.

5. OBJETIVOS:

5.1 Objetivo general:

Describir las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto en el servicio de urgencias del HGR No. 72 del IMSS.

5.2 Objetivos secundarios:

- 5.2.1** Describir el sexo, la edad, el estado civil y la escolaridad de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto del servicio de urgencias del HGR 72 del IMSS.
- 5.2.2** Identificar la frecuencia de tabaquismo y alcoholismo en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto del servicio de urgencias del HGR 72 del IMSS.
- 5.2.3** Estimar las proporciones de DM2, HAS, EPOC, enfermedad articular, úlcera gástrica, insuficiencia hepática y gastropatía por antiinflamatorios en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto del servicio de urgencias del HGR 72 del IMSS.

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:

6.1 Material y métodos:

6.1.1 Lugar donde se desarrolló el estudio:

- Área de Información Médica y Archivo Clínico y Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional 72 Lic. Vicente Santos Guajardo, del IMSS, ubicado en la calle Filiberto Gómez sin número, colonia Industrial Tlalnepantla, perteneciente a la Delegación Regional 15 Estado de México Oriente, Tlalnepantla, Estado de México.

6.1.2 Tipo de estudio:

- Observacional: porque no se realizó ninguna intervención solo se recabaran datos de expedientes clínicos.
- Transversal: soló se realizó la medición en un solo momento.
- Descriptivo: ya que solo se estudiaron los expedientes de pacientes con HTDA y no se harán comparaciones.
- Retrospectivo: ya que las variables de estudio ya han sido medidas solo se recabarán los datos.

6.2 Universo de trabajo:

- En el HGR No. 72 se atienden alrededor de 6,472 pacientes adultos en la consulta externa de urgencias de los cuales el 1.6% (102) para el mes de Diciembre 2016 ingresó por HTDA, la cual será nuestra población de referencia para el presente estudio, de acuerdo con los datos obtenidos del Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC).

6.3 Tamaño de la muestra:

- Se utilizó el universo de población, es decir, se incluyó a todos los expedientes de los pacientes del periodo de Agosto a Octubre de 2017 que cumplieron con los criterios de selección.

6.4 Técnica de muestreo:

- Dado que se trabajó con el Universo, no se utilizó muestra.

6.5 Criterios de selección:

6.5.1 Criterios de inclusión: - Expedientes clínicos de pacientes de 20 a 70 años de edad con HTDA, no traumático que ingresaron al servicio de HGR No. 72 del IMSS.

- Expedientes clínicos de pacientes adscritos a esta unidad.

6.5.2 Criterios de exclusión:

- Expedientes de pacientes con trauma abdominal o HTDA postraumática, menores de 20 años o mayores de 70 años de edad.
- Expedientes de pacientes con hemorragia de tubo digestivo bajo.

6.5.3 Criterios de eliminación:

- Expedientes incompletos si tienen datos faltantes en más de tres variables.

6.6 Definición de variables:

Tabla 2. Variables socio-demográficas.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala de medición	Unidad de Medida
Sexo	Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades hombre y mujer.	Hombre o mujer, en base a lo escrito en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1) Hombre. 2) Mujer.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	En base a lo registrado en el expediente clínico en el área de ficha de identificación	Cuantitativa	Continua	Edad en años
Estado civil	Es la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente.	En base al registro encontrado en el expediente en antecedentes personales no patológicos	Cualitativa	Nominal	1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Unión libre 5) Separado
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	En base a la registrado en el apartado de antecedentes personales no patológicos	Cualitativa	Nominal	1) Analfabeta 2) Sabe leer y escribir 3) Primaria 4) Secundaria 5) Bachillerato 6) Licenciatura 7) Post grado

Tabla 3. Variables de estudio.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala de medición	Unidad de Medida
Diabetes mellitus 2 (DM 2)	Trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglicemia en el contexto de resistencia a la insulina.	En base a lo plasmado en expediente clínico o en cifras de glucosa.	Cualitativa	Nominal	1)Si 2)No
Hipertensión arterial (HAS)	Es la presión alta y sostenida en las arterias sistémicas y puede ser sistólica o diastólica.	En base a lo plasmado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1)Si 2)No
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC	Obstrucción persistente de las vías respiratorias progresiva e irreversible.	En base a lo plasmado en el expediente clínico.	Cuantitativa	Nominal	1) Si 2)No
Enfermedad articular degenerativa	Enfermedad caracterizada por un proceso de deterioro del cartílago con reacción proliferativa del hueso sub condral e inflamación de la membrana sinovial.	En base a lo plasmado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1)Si 2)No
úlceras gástricas	Enfermedad de origen multifactorial que se caracteriza por lesión localizada del estómago y que se extiende hasta la muscularis mucosa.	En base a lo plasmado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1)Si 2)No

Insuficiencia hepática	Enfermedad asociada a falla hepática, caracterizada por un proceso difuso de fibrosis y conversión de la arquitectura normal en una estructura nodular anormal.	Se considerara si cuando en el expediente este reportado en los antecedentes patológicos.	Cualitativa	Nominal	1)Si 2)No
Tabaquismo	Enfermedad adictiva cónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central.	Se considerara si cuando en el expediente este reportado en los antecedentes patológicos.	Cuantitativa	Nominal	1)Si 2)No
Alcoholismo	Trastorno multifactorial en el cual interactúan factores genéticos, biológicos y socioculturales.	Se considerara si cuando en el expediente este reportado en los antecedentes patológicos.	Cualitativa	Nominal	1)Si 2)No
Gastropatía por AINE's	Lesiones producidas por la utilización de antiinflamatorios no esteroideos, que afectan la mucosa gastroduodenal, además de involucrar a esófago, intestino delgado y grueso.	En base a lo plasmado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1)Si 2)No

No se utilizaron variables independientes, ni dependientes, ya que solo se realizó un estudio transversal descriptivo.

6.7 Procedimiento para la recolección de la información.

Se capturaron los datos del expediente clínico directamente a una hoja de trabajo del programa Excel versión 10. De acuerdo al código de los datos (ver anexo 1). No se utilizó ningún método de control ni cegamiento.

6.8 Descripción general del estudio

Durante el periodo de estudio, se acudió al Área de Información Médica y Archivo Clínico, así como al Servicio de Urgencias, en donde se identificarán todos los expedientes con los criterios de selección. Una vez identificados, se capturaron sus datos en una hoja de trabajo, a partir de la cual se obtuvieron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con HTDA del HGR No.72. Ya con los datos capturados, se realizó el análisis estadístico.

6.9 Análisis de datos:

6.9.1 Diseño estadístico:

- Transversal descriptivo.

6.9.2 Instrumento de captación:

- Hoja de captación de datos.
- Expediente clínico.

6.9.3 Análisis e interpretación de la información:

- Los datos fueron capturados en la hoja del programa Excel de acuerdo a un código correspondiente (anexo 2). Se realizó un control de calidad de los datos seleccionando una muestra del 15%.
- Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de las variables de la siguiente forma: para variable DM 2, HAS, EPOC, Enfermedad articular degenerativa, Úlcera gástrica, Insuficiencia hepática, Tabaquismo, Alcoholismo y Gastropatía por AINE's se utilizó frecuencias y proporciones, para la variable de Sexo, Estado civil y Escolaridad también se utilizó frecuencias y proporciones. En el caso de variables continuas como la Edad se utilizó media, desviación estándar, rango y valores mínimo y máximo.
- Todas las variables resumidas en proporciones se presentaron en graficas de pastel. Se utilizó el programa estadístico Excel 2016 para la realizar las gráficas.

6.10. Recursos humanos:

- La revisión de expedientes y la concentración de datos para describir las características socio-demográficas y clínicas de pacientes con HTDA en el servicio de urgencias del HGR No. 72 del IMSS, se llevó a cabo por el investigador principal Dr. Juan Alejandro Vargas García, Residente del tercer año de la especialidad de Medicina de Urgencias, en el área de ARIMAC en el tiempo programado para tal fin, sin necesidad de intervención de otros investigadores.
- El investigador principal participó en todas las etapas de la investigación.

6.11. Recursos financieros:

- Todo el material fue proporcionado por el investigador principal.
- Las hojas de concentración de datos impresas fueron proporcionadas por el investigador principal.

6.12 Recursos materiales:

- Una libreta.
- Hojas de recolección de datos.
- Plumas.
- Una calculadora.
- Programa de cálculo estadístico.
- Una computadora personal.

El presente trabajo fue factible ya que se contó con todos los recursos.

7. FACTIBILIDAD E IMPLICACIONES ÉTICAS:

Se considera una investigación sin riesgo según el apartado del artículo 6º, 7º. Fracción III y VI, 9º, 10º Fracción IV, 14º, 17º Fracción II y VI, 70º Fracción III y 72º, de la ley general de salud debido a que no se realizara intervención en los participantes, por lo que no se requirió de consentimiento informado.

El estudio se desarrolló de conformidad a los lineamientos establecidos en la normatividad internacional vigente y de acuerdo a la Declaración de Helsinki, así como a la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos. Donde se establece que en los procedimientos de investigación que no conllevan riesgo, como aquellos sin intervención en los individuos participantes, tal como sucederá en el presente. Toda la información se maneja con criterios de estricta confidencialidad y consentimiento informado.

Se considera principalmente lo correspondiente a la autonomía asumiendo que los participantes de nuestra investigación son seres autónomos. Se valora la capacidad que tiene cada individuo de ejercer su autonomía, de decidir si entra al estudio o se retira, y de asumir las implicaciones del mismo, los potenciales riesgos en este caso desde el punto de la integridad de las personas sobre todo en relación a la confidencialidad de la información a obtener. Lo anterior comentado se aplica con la obtención de un consentimiento informado, como procedimiento encaminado a garantizando que la decisión del sujeto de investigación, fuese completamente informada y libre con lo cual se respeta su autonomía implicado un gran esfuerzo por emplazar la información. Los aspectos que contiene el consentimiento son: la aclaración sobre la voluntariedad y la libertad de participar o no en el estudio, así como la de retirarse en cualquier momento; los objetivos de la investigación, los procedimientos a los que habría de ser sometido, el cronograma, los riesgos y beneficios esperados, el manejo que se dará a la información suministrada y la accesibilidad a ella, en caso de ser necesario. Asimismo, se asegura la confidencialidad, la responsabilidad de parte de nuestro equipo de trabajo y los mecanismos de compensación en caso de daño, se llenara hoja de consentimiento informado tradicional, la cual se llena en todo paciente que requiere hospitalización en el servicio de urgencias, aceptando internamiento, procedimientos previo informe de salud y explicación de lo que se realizó.

8. Cronograma de actividades:

Meses del año 2017	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
ETAPA DE PLANEACIÓN DEL PROYECTO	R										
MARCO TEÓRICO	R	R									
MATERIAL Y MÉTODOS		R									
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO		R	R	R	R	R	R	R	R	R	
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO								R	R	R	
RECOLECCIÓN DE DATOS								R	R	R	
ALMACENAMIENTO DE DATOS									R	R	
ANÁLISIS DE LOS DATOS									R	R	R
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS									R	R	R
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS										R	R
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO											R
REVISIÓN FINAL E INTEGRACIÓN											R
REPORTE FINAL										R	R
SIRELCIS				R	R	R	R	R	R	R	R

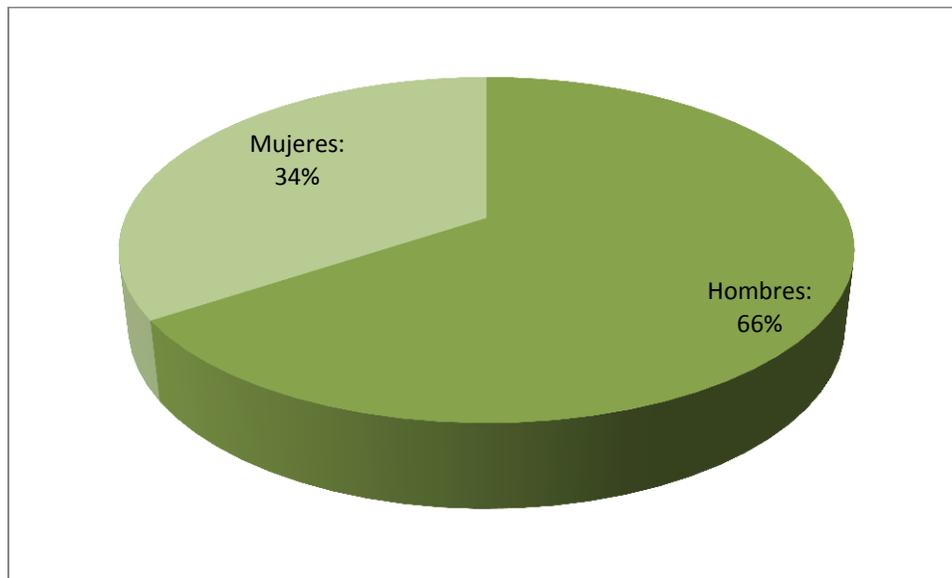
P= Planeado R= Realizado

9. RESULTADOS:

Se obtuvieron los datos estadísticos de fuente propia, del Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) del HGR No. 72 del IMSS, revisando un total de 102 expedientes de pacientes que llegaron al servicio de urgencias con hemorragia de tubo digestivo alto, de los meses de Agosto a Octubre del año 2017, encontrando que de la muestra total, 67 pacientes fueron hombres, mientras que 35 fueron mujeres (Tabla.4), teniendo una prevalencia mayor en los hombres con un porcentaje del 65.68% para los hombres y del 34.31% eran mujeres, gráfica 1.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (n%)
Masculino	67 pacientes	65.68%
Femenino	35 pacientes	34.31%
Total	100 pacientes	100%

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto, según el sexo.

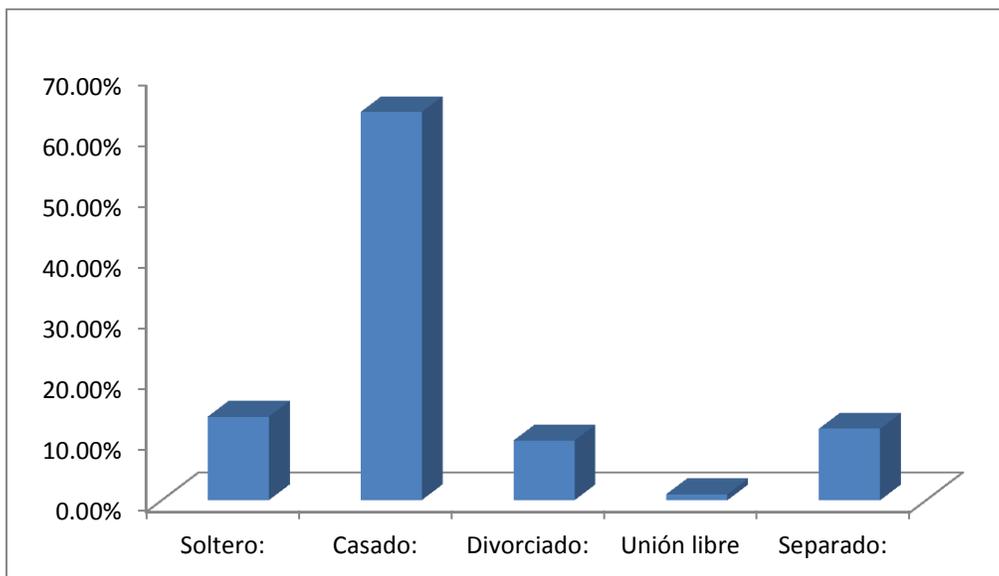


Gráfica 1. Pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto, descrito por porcentaje en relación al sexo.

En relación al estado civil, en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto, se encontró que del total de 102 expedientes estudiados, se encontró que los pacientes casados fueron un total de 65 pacientes (63.75%), seguidos por los solteros con 14 pacientes (13.72%), separados con 12 pacientes (11.76%), divorciados con 10 pacientes (9.80%) y solo 1 paciente en unión libre (0.98%), como se puede ver en la tabla 5 y gráfica 2.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (n%)
Soltero	14 pacientes	13.72%
Casado	65 pacientes	63.75%
Divorciado	10 pacientes	9.80%
Unión libre	1 pacientes	0.98%
Total	102 pacientes	100%

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de acuerdo al estado civil en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto.

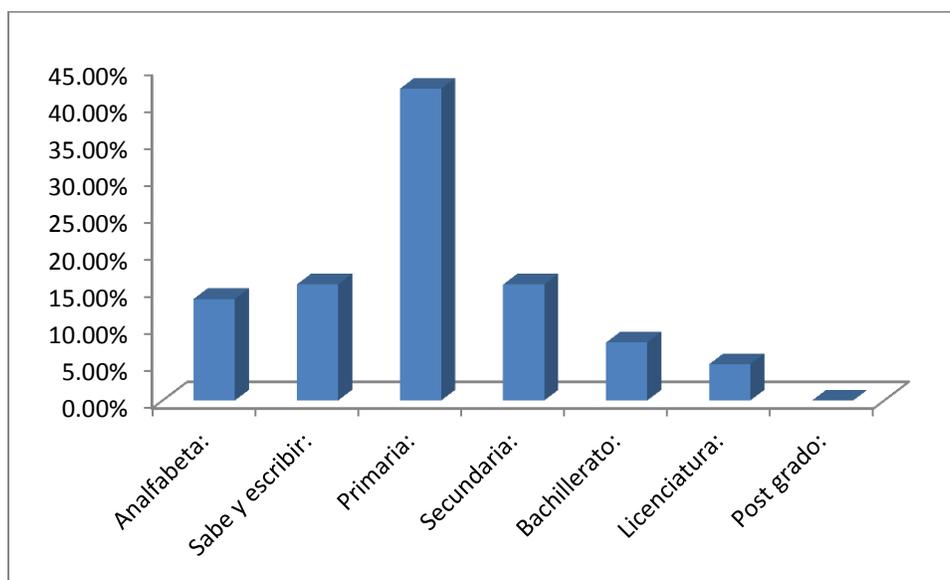


Gráfica 2. Porcentaje de pacientes en relación a estado civil con hemorragia de tubo digestivo alto.

La escolaridad de los 102 expedientes de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto, reporto la siguiente frecuencia y porcentaje en orden decreciente, pacientes con primaria 43 pacientes con 42.15% del porcentaje, pacientes que saben leer y escribir, así como con secundaria completa con 16 pacientes en cada rubro con 15.68%, los paciente analfabetas reportaron 14 casos con 13.72%, mientras que los de menor prevalencia fueron aquellos con bachillerato con 8 pacientes 7.84%, licenciatura 5 pacientes con un 4.90% y posgrado con ningún paciente. Lo cual queda representado en la tabla 6 la frecuencia y en la gráfica 3 el porcentaje.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (n%)
Analfabeta	14 pacientes	13.72%
Sabe leer y escribir	16 pacientes	15.68%
Primaria	43 pacientes	42.15%
Secundaria	16 pacientes	15.68%
Bachillerato	8 pacientes	7.84%
Licenciatura	5 pacientes	4.90%
Post grado	0 pacientes	0%
Total	100 pacientes	100%

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje en relación a escolaridad de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto.

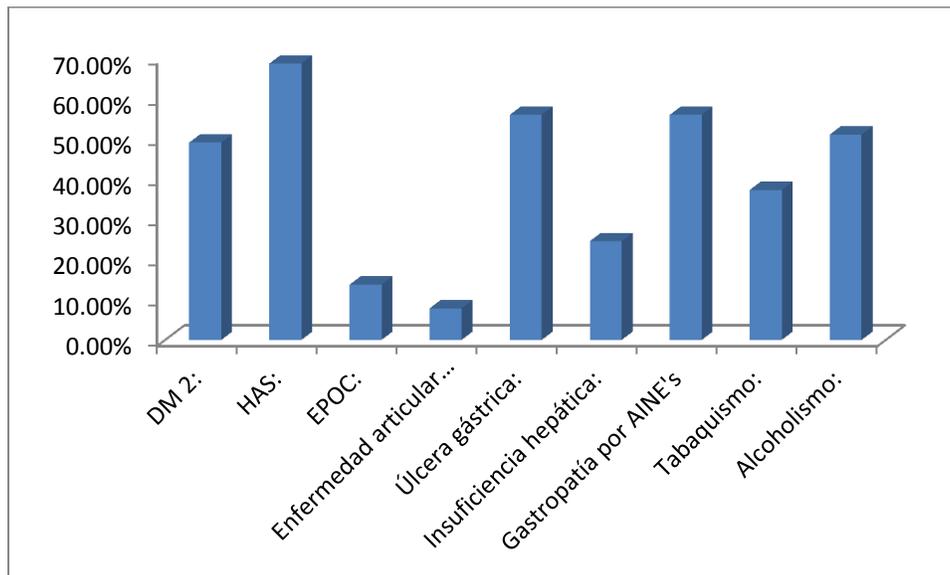


Gráfica 3. Porcentaje de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto en relación al grado escolar.

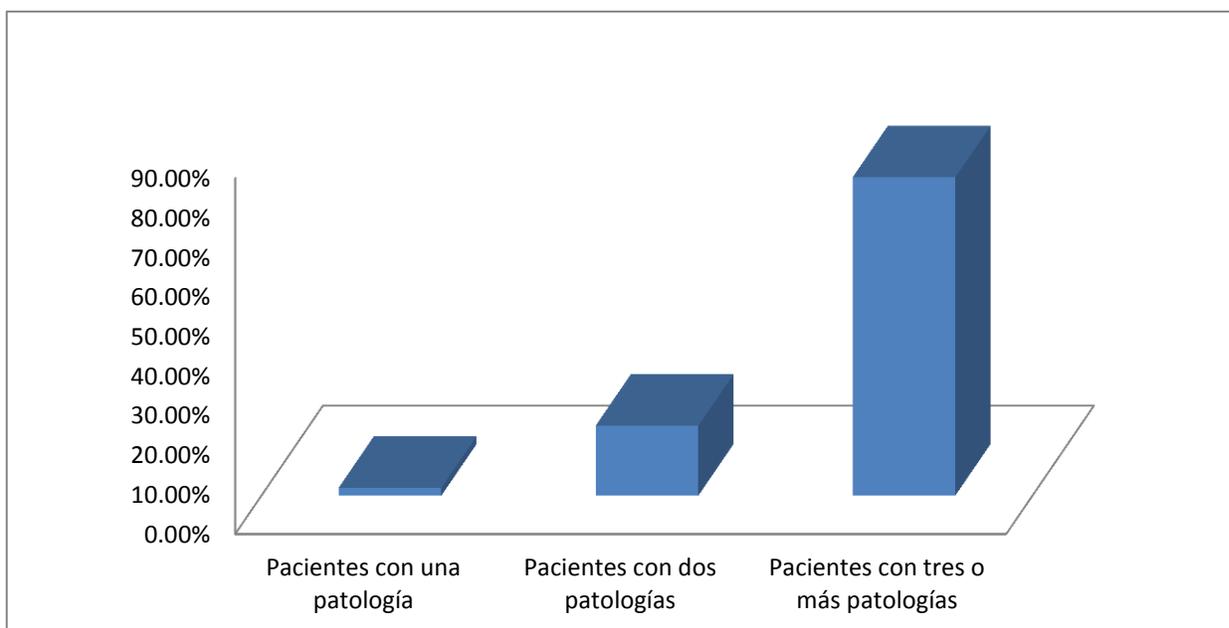
Dentro de las patologías presentes en los pacientes con HTDA, se encontró que la frecuencia y porcentaje en forma individual, de cada una en forma decreciente se encontró que:

En primer lugar con un porcentaje del 68.62% cursaron con hipertensión arterial sistémica, segundo lugar lo ocuparon la úlcera gástrica y la gastropatía por AINE's con un 55.88%, el tercer lugar lo ocuparon los pacientes con alcoholismo 50.98%, cuarto lugar la diabetes mellitus tipo 2 con un 49.01%, quinto lugar en porcentaje lo obtuvo el tabaquismo con 37.25%, la insuficiencia hepática en sexto lugar con 24.50%, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en séptimo lugar con un 13.72%, y finalmente la enfermedad articular degenerativa curso con un 7.84% quedando en el octavo lugar en cuanto a porcentaje de presentación en el HGR No. 72, como se puede observar en la gráfica 4.

En cuanto al porcentaje de presentación en la HTDA, para tener un total del 100%, se dividió en pacientes con una patología con el 1.96%, pacientes con dos patologías con el 17.64% y pacientes con tres o más patologías con el 80.39%, ya que los pacientes presentan dos o más patologías frecuentemente junto con HTDA, gráfica 5.



Gráfica 4. Porcentaje de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto y co-morlidades.



Gráfica 5. Porcentaje de pacientes con una, dos y tres o más patologías presentes en la HTDA.

Teniendo en el presente estudio, que la frecuencia de aparición de las enfermedades acompañantes de HTDA no fueron puras, sino que los pacientes presentaron tres o más patologías, como se demuestra en la tabla 7, en donde se puede ver que pacientes con una patología fueron solo 2 pacientes, con dos patologías 18 pacientes y con más de 3 patologías 82 pacientes.

Con una frecuencia en orden decreciente del total de 102 pacientes, ahora con las variables independientes, se encontró que 70 pacientes cursaron con Hipertensión arterial sistémica,

57 pacientes cursaron con úlcera gástrica y gastropatía por AINE's, con alcoholismo 52 pacientes, Diabetes Mellitus tipo 2 fueron 50 pacientes, con tabaquismo 38 pacientes, insuficiencia hepática 25 pacientes, pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica fueron 14, con enfermedad articular degenerativa 8 pacientes, como se puede apreciar en la tabla 8.

Numero de patologías presentes	Frecuencia	Porcentaje (n%)
Con una patología	2 pacientes	1.96%
Con dos patologías	18 pacientes	17.64%
Con tres o más patologías	82 pacientes	80.39%
Total	102 pacientes	100%

Tabla 7. Numero de patologías frecuentes de uno, dos tres o más patologías presentes en la HTDA.

Co-morbilidad	Frecuencia	Porcentaje (n%)
DM 2 :	50 pacientes	49.01%
HAS :	70 pacientes	68.62%
EPOC :	14 pacientes	13.72%
Enfermedad articular degenerativa :	8 pacientes	7.84%
Úlcera gástrica :	57 pacientes	55.88%
Insuficiencia hepática :	25 pacientes	
Gastropatía por AINE's	57 pacientes	55.88%
Tabaquismo	38 pacientes	37.25%
Alcoholismo	52 pacientes	50.98%

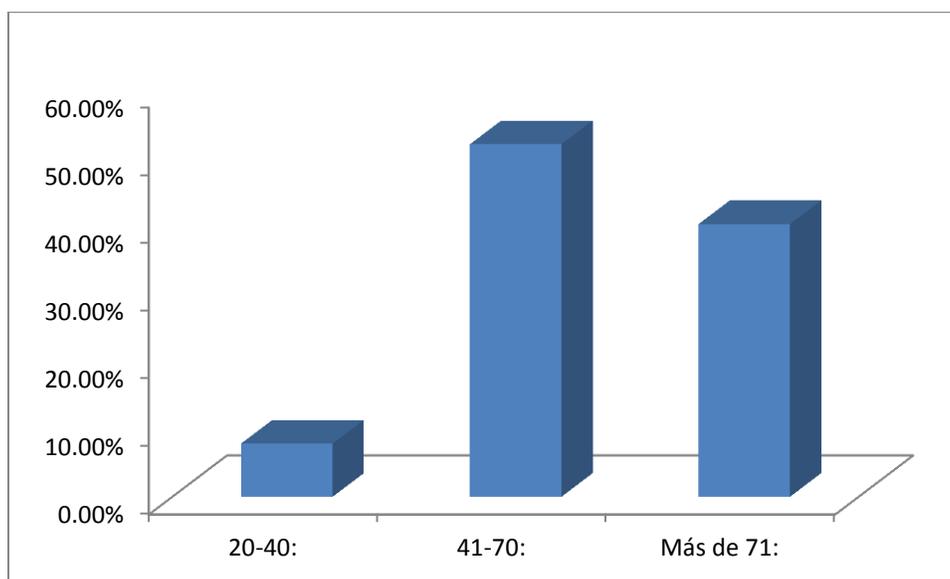
Tabla 8. Frecuencia de patologías presentes en los pacientes con Hemorragia de tubo digestivo alto, en orden decreciente.

En relación a la edad, se planteó el margen de edad de los 20 a los 70 años, como se refiere en la bibliografía consultada, sin embargo, como hallazgo en el presente estudio, se encontró que los pacientes del rango de edad de los 20-40 años solo se reportaron 8 pacientes, de los 41 a los 70 años 53 pacientes y de más de 71 años se encontraron 41 pacientes, como se puede observar en la tabla 9.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje (n%)
20-40:	8 pacientes	7.84%
41-70:	53 pacientes	51.96%
Más de 71:	41 pacientes	40.19%
Total	102 pacientes	100%

Tabla 9. Edad de presentación de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto.

Traduciéndolo en porcentaje se encuentra en primer lugar al grupo de 41-70 años con un total de 51.96%, en segundo lugar pacientes mayores de 71 años con el 40.17%, y el porcentaje menor del 7.84% lo presentaron los pacientes de 20 a 40 años de edad. Gráfica 6.



Gráfica 6. Porcentaje de pacientes en relación a edad de presentación de Hemorragia de tubo digestivo alto.

Todas las gráficas y resultados:
Son fuentes propias obtenidas de ARIMAC del HGR 72.

10. Discusión:

Se realizó el presente estudio, por el incremento observado en los cambios epidemiológicos a nivel mundial relacionados principalmente al aumento de enfermedades crónicas, consumo de AINE's, escolaridad, sexo, consumo de alcohol, tabaquismo y estado civil, para comparar las estadísticas nacionales reportadas en dos diferentes regiones del país tanto en el norte (HGR No. 1 de Durango, 2009)⁴, en donde se relacionaron factores de riesgo asociados a HTDA y su mortalidad, como en el sur (Hospital público de 2do. Nivel del Estado de Chiapas, 2013)⁶, donde se estudió la presentación sindrómica de la HTDA variceal y no variceal en el servicio de urgencias, en un estudio de análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional, y dado que la falta de registro estadístico en México aún es muy deficiente, no se tiene registro del perfil epidemiológico de los pacientes con HTDA, que puedan hablar de la morbilidad y mortalidad relacionadas previamente con sus condiciones de salud en cuanto a la edad, sexo, escolaridad, toxicomanías, consumo cónico de AINE's y condiciones pre-mórbidas o mórbidas que puedan presentar.

De un total de 102 expedientes recabados de Agosto a Octubre del 2017, de pacientes que ingresaron al área de urgencias del HGR 72 del IMSS, se obtuvo que dentro de los resultados se encontró que los pacientes de 41 a 70 años de edad reportaron un porcentaje total del 51.96% de 53 pacientes, como hallazgo hubo un reporte del 40.19% de pacientes con más de 71 años de edad con 41 casos, teniendo como resultado que en el estado de México (Tlalnepantla) la población de más de 71 años de edad presenta más frecuentemente HTDA, en comparación con la estadística mundial de mayores de 65 años⁴, corroborado con los estudios antes mencionados y el presente estudio observacional, para la población mexicana.

En el presente estudio se encontró una frecuencia de enfermedades crónicas específicas, con la HTDA semejante a la reportada en la literatura⁸⁻⁹, en primer lugar con hipertensión arterial sistémica que equivale con la reportada como enfermedad cardiovascular, segundo lugar úlcera gástrica y gastropatía por AINE's, que en la literatura solo se menciona como factor asociado a otras comorbilidades¹³⁻¹⁴, tercer lugar alcoholismo, cuarto lugar diabetes mellitus, quinto lugar tabaquismo, que no se tomó en cuenta en la bibliografía consultada, en sexto lugar insuficiencia hepática¹, séptimo lugar la enfermedad pulmonar obstructiva crónica mencionada con un mayor porcentaje que en la literatura consultada⁴ y por último la enfermedad articular degenerativa¹⁸. En otro tipo de resultado se encontró que los pacientes con HTDA, que presentan mayor frecuencia de la misma, son aquellos con tres patologías o más presentes, con 82 pacientes con el 80.39%, y los que presentan menor frecuencia son aquellos que reportan una patología presente con 2 pacientes (1.96%).

Como objetivo de búsqueda de otros factores frecuentes en la HTDA, se encontró que la frecuencia en cuanto a sexo, estado civil y escolaridad de los pacientes, arrojó como resultado que, sigue siendo más frecuente en el sexo masculino 2:1 con respecto al sexo femenino con un porcentaje de 65.58% para hombres y 34.31% en mujeres, la frecuencia encontrada de acuerdo al estado civil, que es un factor que no se menciona en la literatura consultada, se tiene que los pacientes casados presentaron más porcentaje de presentación de eventos con HTDA, en comparación a los pacientes solteros, separados, divorciados, o

en unión libre, concluyendo que se debe buscar mejor la frecuencia del estado civil, que en teoría debería de tener menor riesgo el grupo de casados al resto de los pacientes, buscando un porcentaje de estrés en este grupo de pacientes.

Teniendo en cuenta los resultados de características sociales en el presente estudio, el porcentaje de presentación de grado de escolar con HTDA, como proceso de enseñanza-aprendizaje se presentó más en pacientes con primaria obteniendo el mayor porcentaje 42.15%, en comparación a pacientes con secundaria 15.68% o aquellos que solo saben leer y escribir con el 15.68% y pacientes analfabetas en donde solo se registraron 14 casos con el 13.72%, esto servirá para implementar programas de prevención en la población, ya que del total de la muestra de 102 pacientes, se observó que a mayor grado escolar, hay menor riesgo de presentar HTDA, teniendo en cuenta que no se reportaron pacientes con post- grado que cursaran con HTDA y solo el 4.90% tenían estudios a nivel licenciatura.

11. Conclusiones:

Como conclusiones tenemos las siguientes aseveraciones y sugerencias para detectar en forma oportuna que pacientes podrían presentar mayores complicaciones en la HTDA, así como el presentar datos estadísticos para realizar programas de prevención en este tipo población y favorecer el mejor pronóstico al enfrentarnos a este tipo de pacientes.

- I. Se observó que los hombres presentan mayor frecuencia de desarrollar HTDA, que las mujeres.
- II. Que a mayor edad, mayor frecuencia de sangrado digestivo, y que la edad de presentación de los 40-70 años tiene mayor presentación, y que los pacientes de mayores de 71 años, presentan una frecuencia casi equivalente al grupo anterior, esto debido, quizá a la mayor esperanza de vida de nuestra población.
- III. Que se sugiere estudiar el estado civil como factor de riesgo, ya que los pacientes casados presentan mayor frecuencia de desarrollar HTDA, que pacientes con otro estado civil.
- IV. Tener en cuenta que a mayor educación menor frecuencia de presentar esta entidad, con la recomendación de dar información a la población en general para prevenir estos eventos, en un contexto principalmente de primer nivel.
- V. Que se corroboró que las enfermedades relacionadas a patologías cardiacas, consumo de AINE's, alcoholismo y diabetes presentan la mayor frecuencia asociada a la HTDA, quedando la investigación abierta a futuros estudios, para correlacionar la frecuencia de estas entidades con la morbilidad y mortalidad asociada, como se ha venido haciendo en estudios anteriores, pero con factores socio demográficos.
- VI. Que se presenta en mayor frecuencia la HTDA en pacientes con tres o más patologías, que aquellos que solo presentan una sola patología.
- VII. En su caso se pueden realizar, también escalas pronosticas de morbilidad y mortalidad teniendo en cuenta los factores estudiados.

12. Conflictos de interés:

El autor y los asesores no tienen ningún conflicto de interés

13. Anexos:

Anexo 1. Hoja de concentración de datos:



Instituto Mexicano del Seguro Social
HGR No. 72
Lic. Vicente Santos Guajardo



Hoja de recolección de datos para el estudio

Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con HTDA en el servicio de urgencias del HGR No. 72 del IMSS.

Expediente: _____

Sexo: 1)

Edad: 1)

2)

2)

Edo. Civil: 1)

4)

Escolaridad: 1)

4) 7)

2)

5)

2)

5)

3)

3)

6)

DM 2: 1)

HAS: 1)

EPOC: 1)

2)

2)

2)

Enfermedad articular degenerativa: 1)

Úlcera gástrica: 1)

2)

2)

Insuficiencia hepática: 1)

Gastropatía por AINE's: 1)

2)

2)

Tabaquismo: 1)

Alcoholismo: 1)

2)

2)

Anexo 2: Hoja de códigos.

VARIABLES	CODIGO
Sexo	1) Hombre 2) Mujer
Estado civil	1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Unión libre 5) Separado
Escolaridad	1) Analfabeta 2) Sabe leer y escribir 3) Primaria 4) Secundaria 5) Bachillerato 6) Licenciatura 7) Post grado
DM 2	1) Si 2) No
HAS	1) Si 2) No
EPOC	1) Si 2) No
Enfermedad articular degenerativa	1) Si 2) No
Úlcera gástrica	1) Si 2) No
Insuficiencia hepática	1) Si 2) No
Tabaquismo	1) Si 2) No
Alcoholismo	1) Si 2) No
Gastropatía por AINE's	1) Si 2) No

14. Bibliografía:

1. Roesch DF. Cirugía de la hemorragia digestiva. *Revista de Gastroenterología de México*. 2010;Supl 1(75):105-9.
2. Zepeda GS. Hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. *Revista de Gastroenterología de México*. 2010;75(S2):31-4.
3. Martín GL, Martínez LME, Nuevo GJA, Palazuelos MV. Protocolo diagnóstico-terapéutico de la hemorragia digestiva aguda en Urgencias. *Medicine*. 2011;10(90):6126-31.
4. Rodríguez HH, Rodríguez-Móran M, González JL, Jáquez-Quintana JO, Rodríguez-Acosta ED, Sosa-Tinoco E, et al. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(2):179-84.
5. Segal WN, Cello JP. Hemorrhage in the upper gastrointestinal tract in the older patient. *Am J Gastroenterol*. 1997;92(1):42-6.
6. Cruz-Guillén AA, Sánchez-Espinosa JR. Presentación sindrómica del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Med Int Mex*. 2013;39(5):449-57.
7. Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH, Marshall JC, Leasa D, Hall R, et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Canadian Critical Care Trials Group. *N Engl J Med*. 1994;330(6):377-81.
8. Kubba AK, Choudari C, Rajgopal C, Ghosh S, Palmer KR. Reduced long-term survival following major peptic ulcer haemorrhage. *Br J Surg*. 1997;84(2):265-8.
9. Friedman LS, Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am*. 1993;22(4):717-21.
10. Senillosa MB, editor. Trastornos gastrointestinales en la insuficiencia renal [Internet]. *IntraMed*; 2005 [citado 31 May 2017]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=37736>.
11. Association AD. Standards of medical care in diabetes--2010. *Diabetes Care*. 2010;33 Suppl 1:S11-61.
12. Gorgas SC, Morlans GL, Vallés NJ, Ubis DE. Sangrado Digestivo. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Gastropatía por AINEs. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), editor. *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. p. 555-565.
13. Grossman S, Porth CM. *Porth Fisiopatología. Alteraciones de la salud. Conceptos básicos*. 9na. ed. Barcelona, España.: Wolters Kluwer Health; 2014. 1648 p.

14. Rang HP, Dale MM, Flower RJ, Henderson G. Rang and Dale's pharmacology. Eighth edition. ed. United Kingdom: Elsevier Churchill Livingstone; 2016. xv, 760 pages p.
15. Miyamoto M, Okamoto T, Haruma K. Significance of PPI therapy in the prevention of upper gastrointestinal bleeding-negative correlation between the prevalence of PPI use and upper gastrointestinal bleeding. Sesión de carteles presentada en DDW, 2010, mayo 1-6, Nueva Orleans, LA, USA. T1139.
16. Lieberman D. Gastrointestinal bleeding: initial management. *Gastroenterol Clin North Am.* 1993;22(4):723-36.
17. Arthritis Foundation [Internet]. Atlanta GA: Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis and Juvenile Arthritis; 2017 [Citado 30 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.arthritis.org/>.
18. Fischbach FT, Dunning MB. A manual of laboratory and diagnostic tests. Ninth edition. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015. x, 1261 pages p.
19. Cooles FA, Isaacs JD. Pathophysiology of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2011;23(3):233-40.
20. Rodríguez-Hernández H, Jacobo-Karam JS, Jáquez-Quintana JO, Avila-Romero HG, Galván-Román L, Lara-Miranda SC, et al. [Gastropathy caused by non-steroidal anti-inflammatory agents and its association with *Helicobacter pylori*]. *Rev Invest Clin.* 2003;55(3):254-9.
21. Henry D, Cook D. Meta-analysis workshop in upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology.* 1991;100(5 Pt 1):1481-2.