



HOSPITAL GENERAL DE QUERÉTARO
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA



“CAUSAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, POR ENDOCOPÍAS REALIZADAS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE QUERÉTARO”

TESIS

Como parte de los requisitos para obtener el grado de:

MÉDICO ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS

Presenta:

Dra. María Guadalupe Aceves Montoya

Director de tesis:

Dr. Marco Antonio Hernández Flores

Querétaro, Qro, Enero 2024



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Causas de sangrado de tubo digestivo en el servicio de
urgencias, por endoscopías realizadas en el Hospital
General de Querétaro

por

María Guadalupe Aceves Montoya

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](#).

Clave RI: MEESN-266885

RESUMEN

El Sangrado de Tubo Digestivo Alto es un trastorno común en el servicio de Urgencias que requiere un algoritmo de atención basado en la frecuencia epidemiológica de la región, que permita determinar el manejo a seguir con finalidad de brindar atención oportuna y de calidad al paciente, por lo que el objetivo del presente trabajo es determinar por medio de endoscopía las causas y frecuencia del sangrado de tubo digestivo alto en pacientes admitidos a urgencias del Hospital General de Querétaro, en el periodo comprendido de marzo del 2017 a marzo del 2019; para lo cual se obtuvo información de expedientes de 234 pacientes sometidos a endoscopía, en los que se pudo observar que la mayoría fueron del sexo femenino y que la edad promedio fue de 53 años, encontrándose el 50.43% entre los 41 y 60 años. El principal sitio de sangrado fue el esófago representando el 42% de los casos; si bien, la etiología fue diversa las principales causas encontradas fueron las várices esofágicas en 34.2% de los pacientes, seguida de la esofagitis con 23.9%, gastropatía congestiva con 21.8%, gastritis crónica 17.1% y gastropatía eritematosa con 15.81%. En nuestro estudio la principal causa encontrada fue la presencia de várices esofágicas, resultados similares a otros estudios en México, pero en mayor incidencia a la reportada por varios autores. La incidencia de úlceras fue baja en nuestro estudio en comparación con otros reportes. El 25.6% de los pacientes requirió manejo terapéutico, cifras que difieren con lo descrito por otros autores.

Palabras clave: Hemorragia de tubo digestivo, endoscopía, etiología.

ABSTRACT

Bleeding in the upper digestive system is a common disorder in the Emergency Department that requires a care algorithm based on the epidemiological frequency of the region, which allows determining the management to follow in order to provide timely and quality care to the patient, for therefore, the objective of this work is to determine through endoscopy the causes and frequency of upper digestive tract bleeding in patients admitted to the emergency room of the General Hospital of Querétaro, in the period from March 2017 to March 2019; for which information was obtained from the records of 234 patients undergoing endoscopy, in which it was observed that the majority were female and that the average age was 53 years, with 50.43% between 41 and 60 years. The main site of bleeding was the esophagus, representing 42% of the cases; Although the etiology was diverse, the main causes found were esophageal varices in 34.2% of the patients, followed by esophagitis with 23.9%, congestive gastropathy with 21.8%, chronic gastritis 17.1%, and erythematous gastropathy with 15.81%. In our study, the main cause found was the presence of esophageal varices, results similar to other studies in Mexico but with a higher incidence than that reported by various authors. The incidence of ulcers was low in our study compared to other reports. 25.6% of the patients required therapeutic management, results that differ from what has been described by other authors.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, endoscopy, etiology.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis familias, la biológica y la que uno va formando en la vida. A mis profesor@s durante el curso de la especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas, voluntari@s e involuntari@s.

A Zyanya y a Ricardo, por ayudarme siempre a recargar batería, por dejar que sus lomitos también me animaran a mi.

A Pablo y a la Dra. López por “adoptarme”, aconsejarme y no soltarme para lograr ir completando objetivos; sin ustedes no hubiera sido posible, eternamente Gracias!

CONTENIDO

Índice

RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	iv
CONTENIDO	v
INDICE DE TABLAS.....	vii
INDICE DE FIGURAS	viii
Abreviaturas y siglas	ix
I INTRODUCCIÓN	1
I.I OBJETIVO GENERAL.....	2
I.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
II REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	3
II.I Definición	3
II.II Incidencia	3
II.II.I Costos	4
II.II.II Reducción de incidencia.....	4
II.III Mortalidad.....	5
II.IV STDA variceal y no variceal	6
II.V Etiología.....	6
II.VI Endoscopia en STDA.....	9
III METODOLOGÍA.....	13
III.I Definición del universo	13
III.II Tamaño de la muestra	13
III.III Definición de los sujetos de observación.....	14
III.IV Definición del grupo de control	14
III.V Criterios de selección	14
III.V.I Criterios de inclusión	14
III.V.II Criterios de exclusión	14
III.V.III Criterios de eliminación	14
III.VI Definición de variables y unidades de medida	15
III.VII Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información.....	16
III.VIII Definición del plan de procesamientos y presentación de la información	16
III.IX Consideraciones éticas.....	17

IV	Resultados y Discusión.....	18
IV.I	Resultados.....	18
IV.I.I	Aspectos generales.....	18
IV.I.II	Localización topográfica de las causas de sangrado de tubo digestivo alto.....	19
IV.I.III	Sangrado activo en el momento del estudio	20
IV.I.IV	Etiología del STDA	20
IV.I.IV.I	Várices	23
IV.I.IV.I	Úlceras	24
IV.I.V	Manejo endoscópico realizado	27
IV.II	Discusión	29
IV.III	Conclusiones	37
V	Literatura citada.....	38
VI	APÉNDICE	41
VI.I	Datos de identificación	41
VI.II	Firmas del investigador principal e investigadores asociados	42
VI.III	Ficha para la recolección de datos	2

INDICE DE TABLAS

Con la numeración del capítulo al que corresponde (3.1, 3.2, 4.1, 4.2 etc.) el título tal como aparecen el encabezado y pagina donde aparece el cuadro.

Tabla 2.1. Causas de Sangrado de Tubo Digestivo Alto	6
Tabla 2.2. Clasificación endoscópica de las úlceras sangrantes según Forrest	11
Tabla 2.3. Escala de DaGradi para estadificación de várices esofágicas	11
Tabla 3.4. Definición de variables y unidades de medida.....	15
Tabla 4.5. Edad del grupo de pacientes con hemorragia digestiva alta.....	18
Tabla 4.6. Cinco principales hallazgos endoscópicos encontrados en el sangrado de tubo digestivo alto	21
Tabla 4.7. Etiología de la hemorragia de localización esofágica	21
Tabla 4.8. Tipos de esofagitis encontradas en los pacientes con STDA	22
Tabla 4.9. Etiología de la hemorragia de localización gástrica.....	22
Tabla 4.10. Características endoscópicas de las várices esofágicas	25
Tabla 4.11. Características endoscópicas de las úlceras encontradas en los pacientes con STDA.....	26
Tabla 4.12. Características endoscópicas de las úlceras gástricas y duodenales	27
Tabla 4.13. Manejo endoscópico realizado en los pacientes con STDA	28

INDICE DE FIGURAS

Con la numeración del capítulo donde aparece (3.1, 3.2, 4.1, 4.2, etc.) el pie de la figura correspondiente y la pagina donde aparece la figura.

Figura 3.1. Universo de endoscopías estudiadas	13
Figura 4.2. Grupos de edad por sexo de los pacientes del servicio de urgencias a los que se les realizó endoscopía que presentaron STDA	19
Figura 4.3. Localización topográfica de las causas de STDA identificada por endoscopía .	20
Figura 4.4. Tipo de várices encontradas según su localización	24
Figura 4.5. Localización de úlceras	25

Abreviaturas y siglas

HTDA: hemorragia de tubo digestivo alto

STDA: sangrado de tubo digestivo alto

USD: dólar estadounidense

EGD: esofagogastroduodenoscopia

AINES: antiinflamatorios no esteroideos

SV: sangrado variceal

SNV: sangrado no variceal

CDMX: Ciudad de México

I INTRODUCCIÓN

La Hemorragia de Tubo Digestivo Alto (HTDA) también conocida como Sangrado de Tubo Digestivo Alto (STDA) es una enfermedad grave, potencialmente letal, que provoca cerca de 1 millón de hospitalizaciones anuales en lo Estados Unidos de América (1).

La prevalencia de sangrado del tubo digestivo alto en los hospitales de nuestro país aún no se ha estudiado a fondo, se cuenta con trabajos de centros médicos aislados y no con estudios multicéntricos que evidencien la epidemiología real en nuestro medio (2).

Debido a su alta morbimortalidad, el médico de Urgencias tiene el reto de diagnosticar y evaluar el riesgo con prontitud y precisión, además de estabilizar a los pacientes (1). Es común recibir en el servicio de Urgencias, a pacientes con sangrado del tubo digestivo alto, trastorno patológico que causa alarma y requieren de atención inmediata por parte del equipo médico y que requiere poner en práctica un algoritmo de atención basado en la frecuencia epidemiológica de la región, en donde se determinen los tipos de sangrado del tubo digestivo alto así como el manejo a seguir con finalidad de brindar atención oportuna y de calidad al paciente (2).

El médico de Urgencias debe tener un enfoque estructurado para el manejo de los pacientes que se presentan con STDA dirigido a prevenir la lesión de órganos diana, limitar las complicaciones de la transfusión, evitar el resangrado y manejar las comorbilidades (1).

Aunque el sangrado de tubo digestivo alto es reconocido como uno de los principales problemas de salud en México, pocos son los centros hospitalarios que cuentan con una casuística reconocida que determine todos los factores asociados con el pronóstico y la evolución (3), pues puede ser causado por un amplio espectro

de patologías, algunas de las cuales conllevan clínicamente morbilidad y mortalidad (4).

Se necesita información de nuestro país que nos permita valorar la importancia del sangrado de tubo digestivo, conocer sus aspectos ecológicos y su etiología, comparándolo con la experiencia a nivel nacional e internacional y que sirva a los Servicios de Urgencias y de Endoscopía de las Instituciones Hospitalarias de nuestro medio, para establecer normas precisas de manejo de tan importante problema de Salud Pública.

I.I OBJETIVO GENERAL

Determinar por medio de endoscopía las causas y frecuencia del sangrado de tubo digestivo alto en pacientes admitidos a urgencias del Hospital General de Querétaro, en el periodo comprendido de marzo del 2017 a marzo del 2019.

I.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir población en estudio.
- Describir la estadificación del sangrado.
- Describir el diagnóstico endoscópico de los pacientes que ingresan con sangrado de tubo digestivo.
- Identificar el metodo terapéutico utilizado.

II REVISIÓN DE LA LITERATURA

II.I Definición

El sangrado de tubo digestivo alto es la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo originada por lesiones en el esófago, estómago y duodeno (desde el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz) (2, 5, 6). El STDA es la urgencia digestiva más prevalente en el ámbito hospitalario (2, 7-10); además constituye en la actualidad un reto diagnóstico y terapéutico para el gastroenterólogo y endoscopista (11).

II.II Incidencia

La incidencia global anual de STDA se estima aproximadamente entre 50 y 170 casos por cada 100,000 habitantes (2, 5, 10-13) y su incidencia es 5 veces mayor que la de sangrado de tubo digestivo bajo (9, 14).

El STDA no variceal tiene una incidencia de hasta 150 casos por cada 100,000 habitantes (3, 15) y es mayor en zonas con estrato socioeconómico bajo (3, 13).

Un informe del 2012 sobre la presencia de enfermedades gastrointestinales en los Estados Unidos informa que el STDA ocupa el séptimo lugar entre los principales diagnósticos de admisión hospitalaria del sistema gastrointestinal alto en 2009, con un aumento del 22 % en comparación con el año 2000 y el décimo entre las causas de muerte por enfermedades gástricas y hepáticas (8).

En México, en un estudio realizado en el estado de Veracruz, se reportan 105 casos por 100,000 habitantes al año (16) y Maldonado et al. (2008) y reportan una frecuencia del 7% en un hospital privado.

II.II.I Costos

Esta patología significa un importante gasto de recursos derivados de los días de hospitalización y uso de endoscopia y transfusiones sanguíneas (6, 12, 17), con un costo promedio de hospitalización en Estados Unidos de \$9,249 a \$20,370 dólares por paciente (6) y de \$750 millones hasta \$1 billon de dólares al año para el sector salud Estadounidense (10, 12, 17).

Un estudio en México estimó un costo promedio por paciente de 3,776 USD con un intervalo de 1,490-8,180 USD, donde el mayor componente es la estancia hospitalaria que va de 4-12 días (18).

II.II.II Reducción de incidencia

El manejo del STDA ha mejorado en las últimas décadas con una reducción importante en la incidencia (6-10, 17), especialmente en los casos cuya etiología es úlcera péptica; en los Países Bajos, la incidencia disminuyó de 61.7/100.000 en 1993/1994 a 47.7/100.000 personas anualmente en el año 2000, lo que corresponde a una disminución del 23% en la incidencia después del ajuste por edad. Un estudio italiano del 2009 reportó que la incidencia global de STDA disminuyó de 112.5/100,000 a 89.8/100,000 por año, lo que corresponde a una disminución del 35.5% después del ajuste por edad (8). En Estados Unidos de América entre 2001 y 2009 algunos datos revelaron disminuciones en el STDA en general de 78.4/100 000 a 60.6/100 000 habitantes durante ese período de 8 años (10).

Éste fenómeno ha sido consecuencia de la introducción de elementos diagnósticos y terapéuticos más rápidos y efectivos, así como la administración de

inhibidores de la bomba de protones, bloqueadores de los receptores H2 de la histamina, el advenimiento de la esofagogastroduodenoscopia (EGD) con diferentes tipos de tratamientos hemostáticos endoscópicos, el establecimiento del tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*, bacteria estrechamente relacionada con el desarrollo de la úlcera péptica (6-8, 10, 16, 19) y el aumento en la implementación de estrategias de prevención en los usuarios de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (13) o el uso de antiinflamatorios inhibidores de la ciclooxigenasa-2 que también intervienen en la disminución de casos de STDA (10, 17).

II.III Mortalidad

A pesar de estos avances, la morbimortalidad por STDA no es insignificante, incluso en hospitales de especialidades avanzadas (2, 7, 10, 12), los índices de mortalidad van desde 10 a 36% (3, 11, 17, 20), aunque muchos estudios internacionales y algunos en nuestro país la reportan entre 3% a 12% (2, 5, 6, 9, 10, 12, 15, 16, 21-25); en Estados Unidos se estiman 10 mil a 20 mil defunciones por año a causa de STDA (3).

En sangrado de tubo digestivo alto variceal se reporta una mortalidad de 18-20% (14, 24). La regla es un nuevo sangrado a corto plazo sin intervención y se informa que tiene un riesgo de 50 a 70% dentro del primer año. La letalidad del sangrado por várices aumenta significativamente con cada evento de sangrado (14).

La mortalidad se incrementa con la edad y entidades comórbidas. Más aún, se sabe que la mortalidad aumenta incluso a 63% cuando coexisten alteraciones comórbidas como son lesiones renales agudas o crónicas, falla hepática o respiratoria, así como la insuficiencia cardíaca (1, 2, 6, 8, 10). Por otra parte aunque parece relacionarse, entre otras cosas, con la edad avanzada y las enfermedades coexistentes, más que con la hemorragia per se (3, 15), también se

ha visto que el riesgo de mortalidad aumenta con el resangrado (8). Estudios demuestran que la mortalidad por STDA va en descenso en Estados Unidos de América y Reino Unido de 4.5% a 2.1% (6, 10). En México algunos estudios indican una mortalidad del 4%, menor a la reportada en muchos estudios internacionales (15, 26) y en otros se reporta hasta del 10% (27).

II.IV STDA variceal y no variceal

Un paso fundamental es dividir los casos de STDA provocados por sangrado variceal (SV) y los que tienen un origen no variceal (SNV) (10, 26). Se considera que el SV es una de las complicaciones más graves de los pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal y una urgencia médica asociada con mortalidad de hasta 20% (3). Dichos individuos presentan consideraciones especiales, ya que la fisiopatología y los enfoques terapéuticos involucrados en su enfermedad son muy distintas de las de pacientes con SNV (3, 14).

II.V Etiología

Tabla 1. Causas de Sangrado de Tubo Digestivo Alto

Etiología	%
Úlcera péptica	31-67

Enfermedad erosiva	7-31
Varices esofágicas	4-20
Esofagitis	3-12
Mallory-Weiss	4-8
Malignidad	2-8
Lesiones vasculares	2-8
Sin identificar	3-19

Tomada de Rotondano, 2014

La etiología del STDA permaneció sin cambios significativos por muchos años, siendo la enfermedad ácido-péptica la causa principal seguida por el síndrome de Mallory-Weiss y la gastritis/duodenitis erosiva las más comunes (11) (Tabla 1). Esto se mantiene así en muchos países hasta la actualidad (13).

En nuestro país actualmente se ha visto mayor presencia de hemorragias varicosas sobre las causadas por úlceras pépticas (2, 16, 17, 25), siendo responsables del 3-11% de las hospitalizaciones por STDA (6, 19) hasta el 32% (16). Este fenómeno suponemos que se debe, en gran medida, al aumento de la incidencia de hepatitis viral, al incremento del consumo de alcohol y la erradicación de *Helicobacter pylori* (2).

En pacientes con hipertensión portal, la resistencia vascular hepática y el flujo sanguíneo hepático son los principales factores implicados en la progresión de la hipertensión portal. Además de esto, hay un estado circulatorio hiperdinámico, caracterizado por un índice cardiaco alto con vasodilatación generalizada (24).

En el momento en que se diagnostica la cirrosis hepática, las várices están presentes en el 30% de los pacientes que se catalogan como “estables” y en el 60% de los que no lo están. El sangrado por várices es una emergencia médica con una alta tasa de mortalidad. Sin embargo, gracias a un mayor diagnóstico y avances en la terapéutica, la tasa de mortalidad por hemorragia variceal ha disminuído del 43% en 1980 al 15% en 2000 (1).

Sin embargo, la enfermedad ulcerosa péptica es la causa más común de Sangrado No Variceal (SNV), abarcando del 31%-70% de los casos (5, 8, 12, 15, 17, 27); en México se reporta como causa del 9% hasta el 49% de las hemorragias gástricas (3, 5, 10, 15).

La tasa de sangrado de úlcera en el número total de casos de STDA se ha mantiene constante durante las últimas décadas, aunque la etiología parece haber cambiado, particularmente en los países occidentales: la tasa de úlceras positivas para *Helicobacter* está disminuyendo, mientras que la tasa de úlceras inducidas por medicamentos AINES está en aumento (14, 16).

En la población general, 10% de los sujetos mayores de 20 años padecen úlcera péptica y de éstos el 32-36% padecerán hemorragia del tubo digestivo alto como su complicación más frecuente (2, 6).

Estudios en los que se ha realizado endoscopia muestran que el STDA no variceal es mas común en pacientes hombres mayores de 65 años (4, 9, 10, 14, 17, 20, 27, 28), con un rango de edad entre 67-70 años (9).

En los Estados Unidos, las tasas de incidencia de altas hospitalarias con diagnóstico de úlcera péptica se redujeron de 1400/100,000 en 1979 a aproximadamente 700/100,000 habitantes en 2004. En otro estudio se reporta una disminución en el sangrado por úlcera péptica de 48.7/100,000 a 32.1/100,000 del 2001 al 2009 (10).

En México la incidencia de úlceras, gastritis y duodenitis en el 2010 fué de 1,763/100,000 (en la ciudad de Querétaro fué de 1,579), en el 2015 fué de 1,181/100,000 (en la ciudad de Querétaro fué de 1,020) y para el 2020 fué de 698/100,000 habitantes al año (en Querétaro fué de 488) (29).

La hemorragia no variceal y no ulcerosa representa del 34-64% de los casos de STDA (8), por ejemplo, las lesiones de Mallory-Weiss son laceraciones de la mucosa en la unión gastroesofágica o en el cardias del estómago y son otra causa

importante de STDA no varicoso. Se estima que del 5% al 15% de todos los casos de STDA agudo son secundarios a desgarros de Mallory-Weiss (17).

Las ectasias vasculares, también denominadas "angiomas", "malformaciones arteriovenosas" y "angiodisplasia", son otra fuente de STDA no varicoso y representan del 5% al 10% de los casos (17).

Las neoplasias, tanto malignas como benignas, son otra causa infrecuente de SNV y comprenden menos del 5% de todos los casos. La lesión puede ser una neoplasia maligna primaria, como un adenocarcinoma esofágico, gástrico o duodenal; carcinoma de células escamosas esofágicas; linfoma gástrico o duodenal; o un tumor de células del estroma gastrointestinal. Las metástasis, como las del colon, pulmón y mama, también pueden ser responsable del STDA (17).

II.VI Endoscopía en STDA

A menudo el STDA es una urgencia médica que requerirá atención por médicos gastroenterólogos y endoscopistas (3, 8), que se enfrentan al reto de identificar y estratificar a los pacientes que se consideren potenciales portadores de lesiones de alto riesgo ya que este grupo tiene mayor probabilidad de recurrencia de hemorragia (11, 12). Por el contrario, los pacientes con lesiones de bajo riesgo pueden ser dados de alta de manera temprana ya que su probabilidad de recurrencia de hemorragia es baja. Para realizar de manera adecuada la estratificación del riesgo se deben utilizar factores clínicos junto con hallazgos endoscópicos (11, 14).

El uso de la endoscopía para el diagnóstico y control de la hemorragia gastrointestinal ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud (2, 6, 8, 9, 16, 17, 26, 30).

Entre las ventajas de la endoscopía destacan: alta sensibilidad y especificidad de 92 a 98% como método diagnóstico, que permite identificar la causa

de la hemorragia digestiva (2, 16), proporciona datos pronósticos cruciales en cuanto al riesgo de hemorragia recurrente a través de la evaluación de los estigmas de hemorragia reciente que se categorizan según la clasificación de Forrest para úlceras pépticas (8, 14, 25, 28, 30, 31) (Tabla 2) y asigna las categorías IA, IB, IIA y IIB al riesgo alto, y las categorías IIC y III a riesgo bajo, mientras que en várices esofágicas, la de DaGradi identifica seis grados, de los cuales IV, V y VI indican riesgo alto (25) (Tabla 3).

Además el uso de endoscopia puede resultar en un procedimiento terapéutico (9, 16, 17, 24).

Existen discrepancias en relación al beneficio de la EGD de urgencia para disminuir la mortalidad y el resangrado en el contexto de la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal (7), incluso se menciona que la derivación de todos los pacientes con evidencia de STDA para endoscopia urgente puede ser innecesaria y resultar costoso e ineficiente (4).

Sin embargo, la EGD realizada al paciente con STDA después de su ingreso hospitalario permite la identificación y el consecuente tratamiento de lesiones que podrían aumentar significativamente el riesgo de sangrado recurrente (6-8, 11, 14, 17, 30).

Tabla 2. Clasificación endoscópica de las úlceras sangrantes según Forrest

Clasificación de Forrest	Hallazgos endoscópicos
I.-Hemorragia activa	
Ia	Hemorragia en chorro
Ib	Hemorragia en escurrimiento
II.-Hemorragia reciente	
IIa	Vaso visible no sangrante
IIb	Coágulo adherido
IIc	Fondo cubierto de hematina
III.-Sin estigmas de sangrado	
III	Base cubierta con fibrina

Tabla 3. Escala de DaGradi para estadificación de várices esofágicas

Estadio	Hallazgos endoscópicos
I	Várices azules o rojas < 2 mm de diámetro
II	Várices azules, 2 a 3 mm de diámetro
III	Várices azules y elevadas, 3-4mm de diámetro
IV	Várices azules, tortuosas, > 4 mm de diámetro
V	Várices "rojo cereza" que ocluyen totalmente el lumen esofágico, con "signos rojos" o fenómeno "várice sobre várice"

Se ha demostrado que la endoscopía temprana (definida de forma variable como la endoscopía dentro de las 2 a 24 horas posteriores a la presentación) es segura y eficaz en todos los grupos de riesgo (1). Incluso en los pacientes de mayor riesgo, como aquellos con taquicardia, hipotensión, emesis sanguinolenta o aspirado nasogástrico, tienen un beneficio en la mortalidad cuando la endoscopía se realiza dentro de las 12 horas posteriores a la presentación del cuadro patológico (1, 25), reduciendo el riesgo de resangrado y la necesidad de tratamiento quirúrgico (6-8, 11, 17).

La endoscopía debe ser el procedimiento primario realizado para el diagnóstico de STDA (17, 26, 32), sin embargo, a pesar de las recomendaciones un estudio realizado en diferentes hospitales de nuestro país indica que, hasta en la quinta parte de los casos, pasan más de 48 horas desde el momento de ingreso de los pacientes hasta la realización de endoscopía, que es el doble o más del tiempo

recomendado internacionalmente, que es de 12 a 24 horas (15). Lo que demuestra la necesidad de optimizar el acceso a los servicios de endoscopía de urgencia.

Existen lesiones o estigmas de hemorragia reciente que pueden identificarse durante la evaluación endoscópica y asociarse a un alto riesgo de recurrencia de hemorragia, necesidad de intervención quirúrgica y alta mortalidad (11, 25, 32). Las lesiones de alto riesgo (úlceras con hemorragia activa, vaso visible y coágulo adherido) deben recibir tratamiento endoscópico ya que la recurrencia de hemorragia puede ser hasta del 16.5% (25) y se asocia con una mortalidad 5 a 16 veces mayor. La recurrencia de hemorragia en el caso de las úlceras con base limpia o hematina es baja, por lo tanto no se recomienda realizar tratamiento endoscópico de rutina. Las modalidades de tratamiento endoscópico se dividen en terapia de inyección, terapia térmica y terapia mecánica. Estudios recientes han favorecido la utilización de terapia combinada sobre la terapia con una única modalidad endoscópica en términos de control inicial y disminución de la recurrencia de hemorragia. Aunque en su mayoría los estudios se han realizado en úlcera péptica, esto es igualmente válido para el tratamiento de otras lesiones de origen no variceal (11).

III METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, efectuado en el Hospital General de Querétaro en el periodo de enero del 2019 a junio del 2019.

III.I Definición del universo

Se obtuvo información de expedientes de pacientes ingresados a la unidad de endoscopía del Hospital General de Querétaro provenientes del servicio de Urgencias, cuyo diagnóstico de ingreso fue sangrado de tubo digestivo alto en el periodo de enero del 2019 a junio del 2019.

III.II Tamaño de la muestra

Durante el periodo que comprendió el estudio (02/01/19 al 10/06/19), se realizó un total de 445 endoscopías en el servicio de Endoscopía del Hospital General de Querétaro provenientes del servicio de urgencias, se excluyeron 151 casos los cuales no tuvieron como diagnóstico de ingreso STDA. El estudio estuvo conformado por 234 que cumplían con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación (Figura 1).

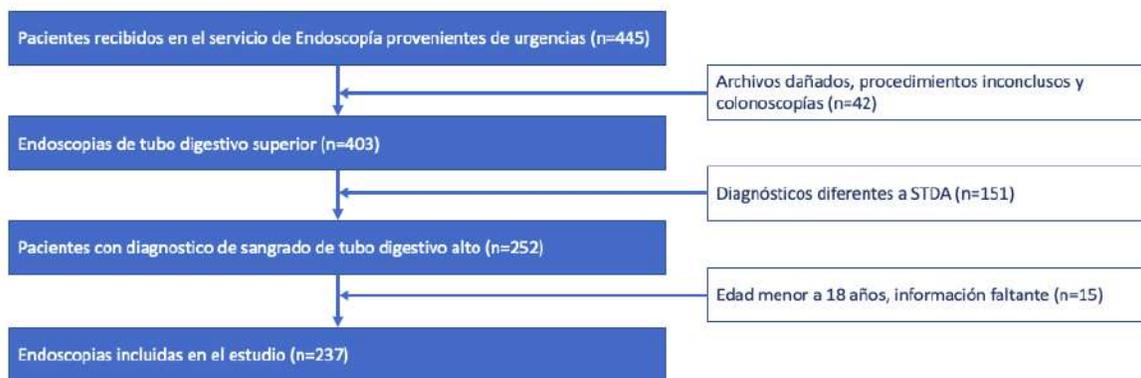


Figura 1. Universo de endoscopías estudiadas

III.III Definición de los sujetos de observación

Se utilizaron expedientes de pacientes que ingresaron con diagnóstico de STDA al servicio de Urgencias del Hospital General de Querétaro y a los cuales se les practicó endoscopia en el periodo de enero del 2019 a junio del 2019.

III.IV Definición del grupo de control

No es un trabajo experimental y no se requirió grupo control.

III.V Criterios de selección

III.V.I Criterios de inclusión

- Expedientes de pacientes con diagnóstico de STDA que ingresaron al servicio de Urgencias y que contaban con reporte de endoscopia realizada en el Hospital General de Querétaro.
- Expedientes de pacientes de 18 años y más.
- Pacientes de ambos sexos.

III.V.II Criterios de exclusión

- Expediente no encontrado al momento de la recolección de información.

III.V.III Criterios de eliminación

- Expedientes con información incompleta.
- Expedientes de pacientes con diagnóstico diferente a STDA.

III.VI Definición de variables y unidades de medida

Tabla 4. Definición de variables y unidades de medida

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento	Número de años vividos por el paciente en el momento de ser captado para el estudio	Edad en años o por fecha de nacimiento	Cuantitativa continua
Sexo	Características morfológicas y genéticas desde la fecundación de una persona	Género del paciente	Género 1) Masculino 2) Femenino	Cualitativa
Sitio de sangrado	Localización anatómica por la que hay pérdida de sangre	Sitio del tubo digestivo alto por el que hay hemorragia	1) Esófago 2) Estómago 3) Duodeno	Cualitativa
Etiología del sangrado	Causa de la pérdida de sangre	Causa del Sangrado de Tubo digestivo alto	1) Úlcera péptica 2) Enfermedad erosiva 3) Várices esofágicas 4) Esofagitis 5) Mallory-Weiss 6) Malignidad 7) Lesiones vasculares 8) Sin identificar 9) Otras	Cualitativa
Estadificación de enfermedad ulcerosa	Forma para describir la enfermedad ulcerosa y su gravedad	Clasificación de Forrest	I. Hemorragia activa a. En chorro b. En escurrimiento II. Hemorragia reciente a. Vaso visible no sangrante b. Coágulo adherido c. Fondo cubierto de hematina III. Sin estigmas de sangrado a. Base cubierta con fibrina	Cualitativa
Grado de hemorragia variceal	Escala de medición para conocer la gravedad de pérdida de sangre ocasionada por varices esofágicas	Escala de DaGradi	1. Várices azules o rojas <2 mm 2. Várices azules 2-3 mm 3. Várices azules elevadas 3-4 mm 4. Várices azules y tortuosas >4 mm 5. Várices "rojo cereza"	Cualitativa
Utilización de procedimiento terapéutico	Uso de medidas médicas o farmacológicas dirigidas a una causa en concreto de enfermedad	Utilización de alguna técnica durante la endoscopia para detener el sangrado de tubo digestivo alto	1. Si 2. No	Cualitativa
Tipo de procedimiento terapéutico	Tipo de medida médica, quirúrgica o farmacológica dirigida a corregir la causa de una enfermedad	Tipo de medida utilizada para detener el sangrado de tubo digestivo alto	1. Técnica termal 2. Técnica de inyección 3. Técnica mecánica	Cualitativa

III.VII Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información

Se obtuvo información de la base de datos de la Unidad de Endoscopía identificando todos los registros técnicos de los pacientes que ingresaron a la unidad de endoscopía provenientes del servicio de Urgencias del Hospital General de Querétaro, con diagnóstico de STDA.

Se procedió al llenado individual de cada instrumento de recolección de datos, siendo un instrumento de recolección de datos por cada ficha técnica, los datos recolectados fueron validados por un médico especialista en medicina de urgencias para el adecuado control de calidad del estudio.

Se registraron los datos obtenidos en una hoja de cálculo de Excel para la adecuada organización de la base de datos y conversión del archivo de datos a formato de “valores separados por comas (.csv)”, para su posterior análisis.

III.VIII Definición del plan de procesamientos y presentación de la información

Los datos fueron analizados con el programa estadístico RStudio® Versión 1.1.463-© 2009-2018 para Macintosh, obteniendo estadísticos descriptivos; se realizaron pruebas de normalidad y homocedasticidad y al no haber evidencia estadística de que los datos se pudieran modelar de forma normal se realizó prueba de Fisher para comparación de medias no paramétricas, a un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Los resultados se presentan en porcentajes, con promedios, desviaciones estándar o medianas e intervalos.

III.IX Consideraciones éticas

Se mantuvo la confidencialidad de los datos pues nunca aparecerán datos de los pacientes.

No se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, manteniendo en todo momento la confidencialidad de la información por parte del grupo de investigadores y personal involucrado en este estudio.

Se solicitó la respectiva autorización a los directivos del Hospital General de Querétaro.

Los pacientes en el estudio no fueron sometidos a ningún riesgo conocido debido a la naturaleza descriptiva del estudio.

IV Resultados y Discusión

IV.I Resultados

Durante el periodo que comprendió el estudio (02/01/19 al 10/06/19), se realizó un total de 445 endoscopías en el servicio de Endoscopia del Hospital General de Querétaro provenientes del servicio de urgencias, se excluyeron 151 casos los cuales no tuvieron como diagnóstico de ingreso STDA. El estudio estuvo conformado por 234 que cumplían con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación (Figura 1).

IV.I.I Aspectos generales

De los 237 pacientes, 121 (51.71%) correspondieron al sexo femenino y 113 (48.29%) al sexo masculino; la edad osciló entre los 18 y los 87 años con un promedio de edad de 53 años, encontrándose 50.43% entre los 41 y 60 años (Tabla 5, Figura 2)

Tabla 5. Edad del grupo de pacientes con hemorragia digestiva alta

Años	No. de casos	%
18-20	5	2.14
21-30	12	5.13
31-40	30	12.82
41-50	56	23.93
51-60	62	26.50
61-70	39	16.67
71-80	18	7.69
81-87	12	5.13

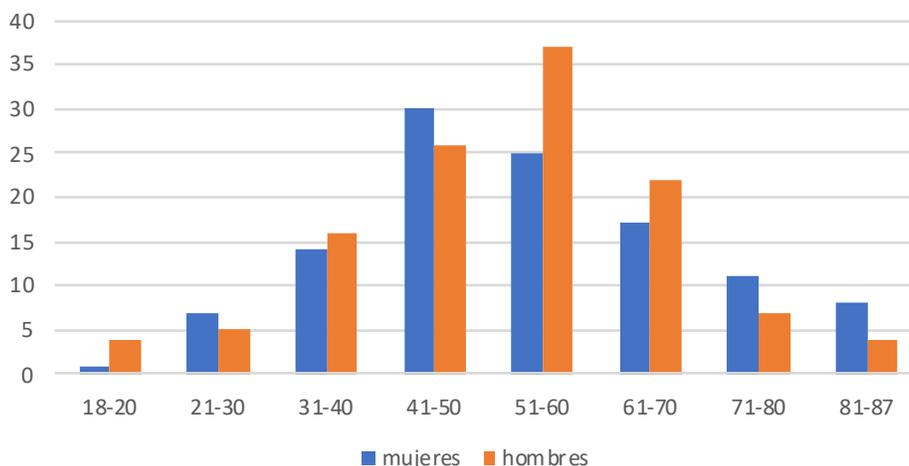


Figura 2. Grupos de edad por sexo de los pacientes del servicio de urgencias a los que se les realizó endoscopia que presentaron STDA

Se pudo observar que algunos hallazgos endoscópicos están relacionados con el sexo de los pacientes como la presencia de reflujo duodeno-gástrico que es mayor en mujeres que en hombres (78.26% n=18 vs 21.74% n=5, $p<0.05$), también hay mayor porcentaje de mujeres con hernia hiatal que hombres (81.82% n=18 vs 18.18% n=4, $p<0.05$), a diferencia de la gastropatía congestiva que tiene mayor frecuencia en hombres que en mujeres (64.71% n=33 vs 35.29% n=18, $p<0.05$), incluso el nivel de gravedad es mayor en hombre que mujeres ($p<0.05$).

IV.I.II Localización topográfica de las causas de sangrado de tubo digestivo alto

La principal localización del sangrado fue en el esófago con 99 (42.31%) casos, el siguiente sitio de sangrado, por frecuencia, fue el estómago con una frecuencia de 74 casos (31.62%), en 54 casos (23.08%) el origen fue de localización mixta y en solo 2 casos (0.85%) no se pudo identificar la zona de sangrado (Figura 3).

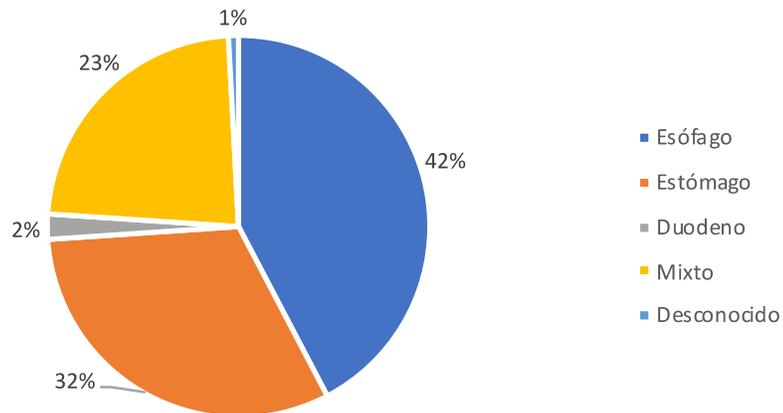


Figura 3. Localización topográfica de las causas de STDA identificada por endoscopia

IV.I.III Sangrado activo en el momento del estudio

En el momento del estudio en 22 de los casos (9.4%) se encontró sangrado activo el cual fue mayor en los hombres que en las mujeres (77.27% n=17 vs 22.73% n=5, $p < 0.05$). Y esta relacionado con la localización topográfica etiológica del STDA, donde es mas frecuente encontrar sangrado activo al momento del estudio cuando el origen es esofágico ($p < 0.05$).

IV.I.IV Etiología del STDA

Las principales patologías presentes en los pacientes que presentaron STDA fueron: várices esofágicas en 80 pacientes (34.19%), esofagitis con 56 casos (23.93%), seguida de gastropatía congestiva con 51 casos (21.79), en cuarto lugar gastritis crónica presente en 40 pacientes (17.09%) y el quinto lugar lo ocupó la gastropatía eritematosa con 37 casos (15.81%) (Tabla 6). Estas podían encontrarse como hallazgo único o en combinación con otro.

Tabla 6. Cinco principales hallazgos endoscópicos encontrados en el sangrado de tubo digestivo alto

Causa	No. de casos	%
Várices esofágicas	80	34.19
Esofagitis	56	23.93
Gastropatía congestiva	51	21.79
Gastritis crónica	40	17.09
Gastropatía eritematosa	37	15.81

La principal etiología encontrada en pacientes con sangrado cuyo origen estaba en el esófago fueron las várices esofágicas con 80 casos que representan el 46.78% del total de hallazgos encontrados en ésta zona (Tabla 7)

Tabla 7. Etiología de la hemorragia de localización esofágica

Causa	No. de casos	%
Varices esofágicas	80	46.78
Esofagitis	56	32.75
Enf reflujo gastroesofágico	12	7.02
Cambios postligadura	9	5.26
Esófago de Barret	5	2.92
Sx Mallory Weiss	3	1.75
Acalasia	2	1.17
Laringitis química	2	1.17
Candidiasis	1	0.58
Divertículo esofágico	1	0.58

En particular con la esofagitis, se encontraron 5 tipos de ésta: esofagitis grado A, B y C, esofagitis crónica y esofagitis en cicatrización que se encontró solo en un caso (Tabla 8), se pudo observar que existe una relación entre la presencia de esofagitis y la esofagitis grado A con la enfermedad por reflujo gastro esofágico ($p < 0.05$)

Tabla 8. Tipos de esofagitis encontradas en los pacientes con STDA

Tipo	No. de casos	%
Esofagitis grado A	32	57.14
Esofagitis grado B	13	23.21
Esofagitis grado C	4	7.14
Esofagitis crónica	6	10.71
Esofagitis en cicatrización	1	1.79

El principal hallazgo encontrado en STDA cuando la localización topográfica era el estómago fue la gastropatía congestiva, que representó el 18.09% de los casos que se presentaron exclusivamente en esta zona, seguido de la gastritis crónica (Tabla 9).

Tabla 9. Etiología de la hemorragia de localización gástrica

Causa	No. de casos	%
Gastropatía congestiva	51	18.09
Gastritis crónica	40	14.18
Gastropatía eritematosa	37	13.12
Gastropatía erosiva	33	11.70
Enf reflujo duodenogástrico	23	8.16
Gastropatía portal hipertensiva	16	5.67
Pólipo gástrico	16	5.67
Úlcera gástrica	13	4.61
Gastropatía nodular	10	3.55
Cambios postfunduplicatura	7	2.48
Neoplasia	7	2.48
Várices gástricas	7	2.48
Pólipo senil	5	1.77
Ectasia vascular	3	1.06
Erosión gástrica	3	1.06
Parasitosis	3	1.06
Gastroparesia diabética	2	0.71
Lesión de Dieulafoy	2	0.71
Lesión infiltrativa	2	0.71
Gastropatía hemorrágica	1	0.35
Perforación sellada	1	0.35

De los 9 casos que presentaron cambios posligadura, 7 (77.78%) de éstos presentaron gastropatía congestiva también ($p<0.05$)

En los casos donde se diagnosticó parasitosis se encontró relación con la presencia de gastropatía erosiva ($p<0.05$)

En el caso de la hemorragia de origen duodenal, el principal hallazgo fue la presencia de úlceras duodenales (60% $n=12$) seguido de bulboduodenitis (40% $n=8$).

IV.I.IV.I Várices

Del total de pacientes, el 35.04% presentaron algún tipo de vórice o la combinación de ésta, esta situación tiene relación con la presencia de sangrado activo al momento del estudio, siendo mayor en aquellos pacientes que presentaban varices ($p<0.05$). También se observó que cuando los pacientes padecen gastropatía congestiva y gastropatía portal hipertensiva hay presencia de vórices ($p<0.05$)

Del total de las vórices el 91.46% ($n=75$) eran de tipo esofágicas, el 2.44% ($n=2$) fueron gástricas y el 6.1% ($n=5$) de los pacientes con vórices presentaron ambos tipos de vórices, esofágicas y gástricas (Figura 4).

En general, la presencia de vórices esofágicas fue la principal causa de STDA (34.19% $n=80$). No se encontró relación entre la presencia de éstas y el sexo de los pacientes pero si se pudo observar que del total de pacientes con vórices esofágicas el 49.33% ($n=37$) presentaban datos de mal pronóstico y fue mas frecuente en hombres que en mujeres (67.57% $n=25$ vs 32.43% $n=12$, $p<0.05$), también es mas frecuente encontrar grados mas graves de vórices esofágicas en hombres ($p<0.05$).

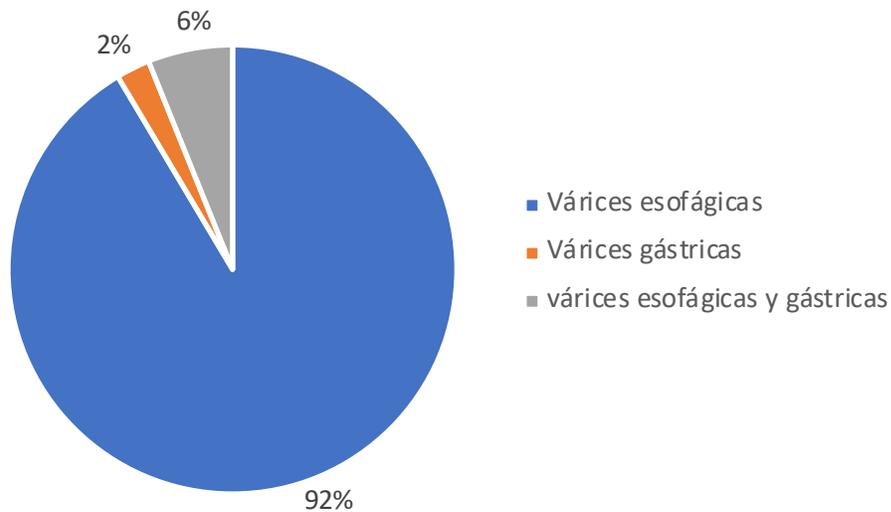


Figura 4. Tipo de vrices encontradas según su localización

La mayoría de las vrices fueron de gran tamaño y se encontró con mayor frecuencia un solo trayecto variceal, aunque el segundo en frecuencia fueron 5 trayectos variceales (Tabla 10)

La gastropatía congestiva tiene relación con la presencia de vrices y el que estas sean grado 4 ($p < 0.05$), también se encontró relación entre la gastropatía portal hipertensiva y la presencia de vrices ($p < 0.05$)

IV.I.IV.I Úlceras

Del total de pacientes, el 9.83% ($n=23$) presentó algún tipo de úlcera, de éstas el 47.83% ($n=11$) fueron gástricas, el 43.48% ($n=10$) duodenales y el 8.7% ($n=2$) presentó ambos tipos de úlceras (Figura 5, Tabla 11).

La mayoría de los pacientes presentó solo una úlcera y en su mayoría fueron de 1 cm, con características de herida limpia, sin estigmas de sangrado y cubiertas de fibrina (Forrest III) (Tabla 7)

Tabla 10. Características endoscópicas de las várices esofágicas

Característica	No. de casos	%
Tamaño de varices esofágicas		
pequeñas	17	22.67
grandes	57	76
remanentes	1	1.33
Cantidad de trayectos variceales		
1	35	33.33
2	11	14.67
3	5	6.67
4	11	10.67
5	13	17.33
6	3	4
7	10	13.33
Datos de mal pronóstico	37	49.33
Clasificación de Dagrady		
1	25	33.33
2	10	13.33
3	9	12
4	25	33.33
5	6	8

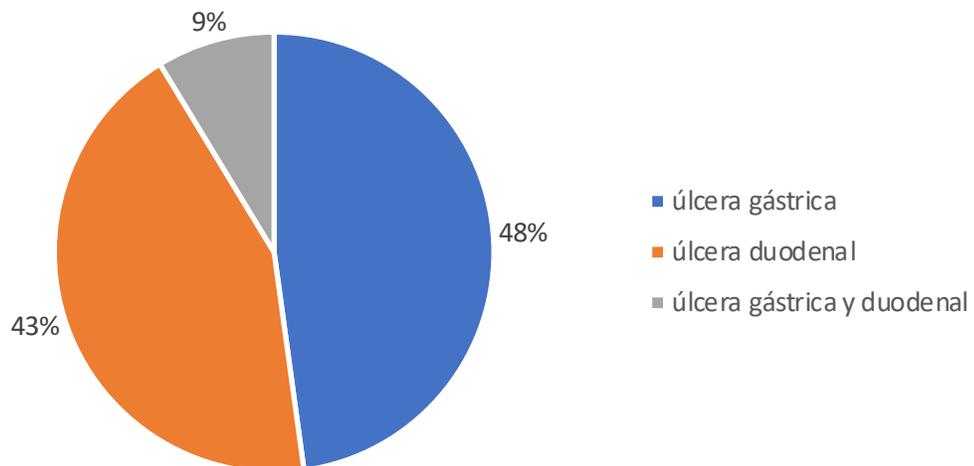


Figura 5. Localización de úlceras

Tabla 11. Características endoscópicas de las úlceras encontradas en los pacientes con STDA

Característica	No. de casos	%
Localización de úlceras		
úlceras gástricas	11	47.83
úlceras duodenales	10	43.48
úlceras gástricas y duodenales	2	8.7
Cantidad de úlceras		
1	15	65.22
2	2	8.7
3	1	4.35
5	1	4.35
6	1	4.35
10	3	13.04
Tamaño de úlceras (cm)		
1	13	56.52
2	6	26.09
3	2	8.7
10	2	8.7
Clasificación de Forrest		
IA	0	0
IB	0	0
IIA	1	4.35
IIB	1	4.35
IIC	8	34.78
III	13	56.52

Comparando la presencia de úlceras duodenales de las gástricas, no se encontró diferencias significativas en la cantidad de úlceras ni en la clasificación de Forrest ($p > 0.05$) pero si en cuanto al tamaño de las úlceras ($p < 0.05$), siendo de mayor tamaño las que se encuentran en el estómago (Tabla 12)

Tabla 12. Características endoscópicas de las úlceras gástricas y duodenales

Característica	Úlceras gástricas		Úlceras duodenales		Valor de p
	No. de casos	%	No. de casos	%	
Cantidad de úlceras					0.0990
1	7	63.64	8	80	
2	1	9.09	1	10	
5	1	9.09	0	0	
6	0	0	1	10	
10	2	18.18	0	0	
Tamaño de úlceras					0.0329
1	7	63.64	5	50	
2	0	0	5	50	
3	2	18.18	0	0	
10	2	18.18	0	0	
Clasificación de Forrest					0.1772
IA	0	0	0	0	
IB	0	0	0	0	
IIA	0	0	1	10	
IIB	1	9.09	0	0	
IIC	2	18.18	4	40	
III	8	72.73	5	50	

IV.I.V Manejo endoscópico realizado

En 180 de las endoscopías realizadas (76.92%) se realizó algún tipo de manejo endoscópico, ya fuera de diagnóstico o terapéutico o la combinación de ambos, la ligadura con bandas elástica fue el manejo terapéutico de elección que mas se realizó (23.33% n=42) y en 127 de las endoscopías realizadas (70.56%) el manejo diagnóstico fue la toma de biopsia (Tabla 13). En los casos en los que no se realizó ningún tipo de manejo endoscópico se debió a criterio médico (79.63% n=43) o por falta de material (20.37% n=11) que imposibilitó el realizar manejo terapéutico, cabe destacar que de estos 54 casos en los que no se realizó manejo médico se encontró una relación con la presencia de sangrado en el momento del

estudio ($p < 0.05$) donde el 25.93% ($n=14$) presentaron hemorragia y no se realizó manejo médico.

En presencia de úlceras, el 69.57% ($n=16$) recibió manejo endoscópico, el cual fue en su mayoría toma de biopsia (93.75% $n=15$), en un caso se realizó ligadura de vórtice pero no se tomó biopsia de la úlcera; en los casos en los que no se dio manejo endoscópicos todos fueron por decisión médica.

En el caso de la presencia de vórtices, el 70.73% ($n=58$) recibió manejo endoscópico, donde el principal fue ligadura con bandas elásticas (70.69% $n=41$), en segundo lugar la toma de biopsia en 14 casos (24.24%), en un solo caso se realizó escleroterapia (1.72%), y en los otros dos casos se realizó retiro con pinza de pólipo pero no se trató la vórtice. Cuando no se dio manejo endoscópico, en el 45.83% ($n=11$) fue por falta de material y en el resto por decisión médica.

Tabla 13. Manejo endoscópico realizado en los pacientes con STDA

Tipo de manejo	No. de casos	%
Con manejo endoscópico	180	76.92
Ligadura	42	23.33
Escleroterapia	2	1.1
Toma de biopsia	127	70.56
Escleroterapia y toma de biopsia	1	0.56
hemoclip	1	0.56
Retiro con pinza	1	0.56
Retiro con pinza y toma de biopsia	6	3.33
Sin manejo endoscópico	54	23.08
criterio médico	43	79.63
falta de material	11	20.37

IV.II Discusión

El STDA es una causa común de ingreso a sala de urgencias (33), quizás la mas común hoy en día a pesar de los avances en el tratamiento y prevención de ésta, pues aunque la morbilidad disminuyó con la notable lucha contra *Helicobacter pylori* y la administración de inhibidores de la bomba de protones, aún así, el uso de AINES, anticoagulantes o el estilo de vida actual continúan siendo un reto para la incidencia del STDA.

En el presente estudio fueron mas las mujeres las que presentaron STDA, resultado similar a lo reportado por Álvarez-Álvares et al. (2020), en el hospital Fernando Quiroz de la CDMX, a diferencia de lo encontrado por la mayoría de los autores donde predominan los pacientes masculinos (2, 3, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 17, 25, 27, 28, 30, 34, 35).

Esto toma importancia pues encontramos relación en la presencia de reflujo duodeno-gástrico y hernia hiatal y el ser mujer y la gastropatía congestiva y el ser hombre, patologías que se relacionan con los estilos de vida en general, el comportamiento diferente ante una enfermedad o ante los síntomas de estos y la pronta o tardía atención es diferente entre sexos, lo que puede llevar a automedicarse mas a unos que a otros, o recibir atención médica de forma tardía creando enfermedades como las mencionadas.

La edad promedio coincide con la encontrada en estudios multicentricos y locales en nuestro país (15, 16, 26, 30) y con la de algunos estudios internacionales (27); sin embargo, otros autores la reportan mayor a la mencionada (9, 12, 13, 17, 25, 28, 33-35), siendo un rango de edad mayor en algunos de estos estudios (40-98 años) (15, 33) a la aquí descrita. Es de destacar que el STDA se presentó con mayor prevalencia en el grupo de edad de 41-70, aunque es un grupo de edad amplio coincide con algunos estudios, aunque en ocasiones su mayor grupo esta en pacientes >60 años sin definir el límite de edad del grupo (2, 27). Es importante

destacar que la ciudad de Querétaro donde se realizó nuestro estudio es un lugar con una gran mezcla urbana, el propio crecimiento de la ciudad, a dado pie a que gente de otros estados migren y creen esta diversidad de población, por lo que estudiar o mas bien comparar poblaciones se vuelve un poco difícil en la actualidad en una ciudad donde la población va y bien sin crearse una característica propia de ésta, lo que puede justificar esta diferencia en resultados al comparar las características demográficas de los pacientes con las que otros autores reportan en otros lugares de México y mas aun en otros países.

En pacientes que se presentan a sala de urgencias con cuadro de STDA, el médico se ve obligado a tomar una decisión que se basa en dos posibles opciones, realizar una endoscopia de urgencia o posponerla para un segundo tiempo, ya que a pesar de ser una entidad que puede poner en riesgo la vida, en muchas ocasiones se puede manejar de manera ambulatoria (33), las propias características de un hospital público dificultad en muchos casos el seguimiento de pacientes que han sido encasillados con una patología como “gastritis”, “hipertensión”, etc., pensar en un protocolo diagnóstico donde se investigue la causa real de los síntomas de los pacientes debería ser la forma normal de pensar en los hospitales sean privados o públicos, para lograr realmente la resolución del problema y no solo tapar orificios de una manguera con fugas que tarde o temprano va a reventar por ser la presión del agua el problema real.

En nuestro estudio pudimos clasificar el STDA según la localización del sangrado, siendo mas frecuente en el esófago, guardando relación con la presencia de sangrado activo y con que la principal causa de sangrado en nuestro medio (Querétaro): las várices esofágicas, resultados similares a los reportados en otro estudios en México (3, 16), aunque, algunos autores las reportan en menores porcentajes (13, 19, 25, 28, 30, 35) otros incluso en porcentajes mayores (2, 27). Como se ha mencionado, los estilos de vida son factor primordial en el desarrollo de patologías como las aquí descritas, esta incidencia de várices esofágicas puede ser el ejemplo de esta afirmación, quizás nos encontramos ante una población con

alta ingesta de bebidas alcoholicas, una población joven en comparación a otras zonas que podrían ser desencadenantes de estas prevalencias.

Según la escala de Dagrady en varices esofágicas se pudo observar que el 58.66% de los pacientes diagnosticados con várices esofágicas se encontraban entre los grados I-III, lo que representa un bajo riesgo de sangrado, hallazgo similar a lo reportado en otro estudio en México (25) y mayores a los reportados por Contreras-Omaña et al. (2010), que reporta mayores casos de várices tipo IV y V, que se relacionaron con los eventos de sangrado en su población de estudio. Esta relación entre el tipo de várice y la presencia de sangrado activo toma importancia para el manejo terapeutico de los pacientes, incluso la relación que reportamos de la presencia de gastropatía congestiva y portal hipertensiva con la prevalencia de várices es bien conocida y ya ha sido reportada. Valdría la pena continuar los estudios en esta población para saber los factores reales en su estilo de vida que pueden estar desencadenando estas patologías para así con mayor información poder crear campañas de prevención, que nos ayuden además, a como se ha mencionado antes, no encasillar a los pacientes por la patología que esta en la punta del iceberg, poder saber que estilos de vida desencadenan tal o cual enfermedad en nuestra población y crear y aplicar los protocolos diagnósticos adecuados para resolverlos.

Por si solo la gastropatía portal hipertensiva se ha reportado en menores porcentajes a lo que nosotos pudimos observar (28), resultado que va de la mano con su reporte de menor presencia de várices.

En un análisis de la base de datos de la Iniciativa de Investigación de Resultados Clínicos (CORI por sus siglas en ingles), reporta como hallazgo endoscópico más común la "anomalía de la mucosa", seguido de la presencia de úlceras, en tercer lugar la inflamación esofágica y en cuarto las várices esofágicas (17), resultados diferentes a lo que exponemos.

La segunda patología en frecuencia en nuestro estudio fue la esofagitis, presentando mayor frecuencia que la comparada con la reportada por otros autores

representando un alto porcentaje de incidencia (5, 13, 16, 28, 35), aunque coincidiendo con el estudio realizado por Roesch-Dietlen et al. (2002) como segunda causa de STDA en esófago.

Dentro de los hallazgos endoscópicos en el estómago, la gastropatía congestiva fue el principal encontrado en nuestra investigación, porcentaje mucho mayor al reportado en algunos estudios (27)

A pesar de que la gastritis crónica ocupó el cuarto lugar en el presente trabajo, el estudio en un hospital privado en la Ciudad de México (CDMX) reporta como principal hallazgo endoscópico la gastritis, en porcentajes mucho mas altos que lo que nosotros encontramos (26). Se sabe que los antecedentes socioeconómicos son importantes, para la presentación o evolución del STDA, ya que los más desfavorecidos socialmente tienen dos veces más probabilidades que los menos desfavorecidos de presentar esta patología (13). Nuevamente retoma importancia el lugar de estudio, es bien sabido en nuestro medio las diferencias poblacionales en cuanto características demográficas y patológicas entre un hospital público y uno privado, en personas de bajos recursos no toma la misma prioridad una enfermedad que posiblemente no les impide desarrollar sus actividades cotidianas a comparación de personas con altos recursos económicos donde una gastritis si se vuelve un motivo de consulta recurrente, las causas podrían ser motivo de multiples debates, ajenos a los objetivos de este trabajo pero que no pueden dejar de ser observados para posteriores discusiones.

Importante destacar que aunque se estima que el Síndrome de Mallory Weiss representa del 5-12% de los casos de STDA (5, 13, 26-28, 35), en nuestro estudio solo lo encontramos en 1.75% de los casos, probablemente por la progresión auto-limitante del síndrome

Por otro lado, la gastropatía erosiva se ha reportado como principal hallazgo endoscópico en algunos estudios (5, 15, 16, 35) o al menos en porcentajes mayores a 20% de las causas no variceales (3, 16, 25), en nuestro estudio no fue el principal hallazgo siendo incluso mucho menor la incidencia de lo reportado. La

importancia de protocolos diagnósticos debe ser mencionada, si bien sabemos los beneficios del uso de la endoscopía no es de uso común en pacientes que no se encuentran con marcados estigmas de sangrado o si éste no es evidente y el paciente se encuentra inestable, se entiende que en un hospital público el priorizar el uso de recursos debido a la alta demanda o a los bajos presupuestos no permite que todos los pacientes sean enviados a este departamento, pero si deberíamos mejorar los protocolos de diagnósticos para poder llegar a la patología de origen que al ser tratada oportunamente puede incluso reducir gastos de un paciente que en un futuro llegará con una complicación que pudo ser evitada con cambios en el estilo de vida o tratamientos menos agresivos.

Las neoplasias se han reportado en porcentajes similares a los que pudimos observar (13, 17, 28), en otros estudios representan mayores casos de lo que nosotros reportamos (5, 27, 30, 35), siendo el STDA un signo de esta patología.

Otra lesión que llama la atención es la de Dieulafoy que se reporta en porcentajes mayores a los encontrados en el presente estudio (30, 35), creemos que esta gran diversidad de etiologías encontradas con incidencias diferentes a las reportadas, debe ser un parteaguas para incentivar nuevas investigaciones con muestras poblacionales mas grandes, para así poder hacer conclusiones mas certeras.

La incidencia de úlcera en nuestro estudio fue baja comparada con la reportada en otros estudios (2, 3, 5, 7, 12, 13, 16, 25, 26, 28, 30, 35), donde incluso se reporta que la presencia de úlcera tanto gástrica como duodenal tipo Forrest III representa un alto porcentaje de la incidencia (3, 12, 15, 25, 27), si bien no tuvimos como principal hallazgo endoscópico las úlceras si coincidimos en que la lesión tipo Forrest III es la que predomina. Gonzalez-Gonzalez et al (2011) reportan como segundo hallazgo en la clasificación de Forrest: vaso visible, en particular en nuestro estudio el segundo hallazgo encontrado fue el fondo cubierto de hematina.

Resulta dramático que aunque la incidencia de úlcera fue baja en nuestra población, 21.7% de éstos casos presentaba mas de 5 úlceras.y 8.7% eran de

aproximadamente 10 cm de diámetro. Retomamos la importancia de crear protocolos de diagnóstico, no solo realizar endoscopia a pacientes graves que estan con úlceras de éstas características, además debemos educar a nuestra población, continuamente vemos campañas de salud del daño del tabaco y el alcohol, lo mismo deberíamos hacer en prevención de enfermedades, en atención oportuna, en la no automedicación, en el no demeritar los sintomas de los pacientes, no encacillarlos en una enfermedad y dar un medicamento de por vida, educarnos y buscar estrategias que nos permitan dentro de nuestro medio hospitalarios llegar a la etiología real de la enfermedad y no solo tratar síntomas.

La EGD realizada posterior al ingreso hospitalario en el paciente con STDA permite identificar lesiones que conlleven un riesgo mayor de sangrado recurrente significativo y su consecuente tratamiento (7), se recomienda además que el STDA debe ser confirmado por una segunda endoscopia (3, 17), lo que en nuestro estudio no fue evaluado y en algunos otros no es cosa común (15).

La terapia endoscópica se realiza en pacientes con hemorragia digestiva con grandes estigmas endoscópicos como hemorragia activa, vaso visible no sangrante o coágulo adherente. Terapias como la inyección, la endoscopia térmica o mecánica tienen casi la misma eficacia (24).

El uso de terapéutica endoscópica se ha incrementado a través de los años en ambos casos de STDA, variceal y no variceal, (9), en donde el uso de ésta de forma temprana se convierte en un gran aliado para diagnosticar la etiología y tratar esta patología en particular.

En el estudio de Álvarez-Álvares et al. (2020), el 12.7% requirió terapéutica endoscópica por estigmas de sangrado, Gonzalez-Gonzales et al. (2011) reportan que el 46.9% de los pacientes recibieron terapéutica endoscópica, en nuestro estudio el 25.6% recibió manejo terapéutico, el resto fue manejo diagnóstico.

Es importante resaltar que del total de casos en los que no se realizó manejo terapéutico el 20.37% se debió a falta de material, cifras que no deberían

existir en hospitales como es el centro de estudio del presente, otros autores recalcan que el manejo terapéutico se realizó en el 100% de los pacientes que lo requirieron (35). Ser un hospital público no es justificación para que se presenten estas cifras, puede incluso resultar insultante que un paciente no reciba atención por falta de material, sin embargo, se vuelve algo frecuente, no podemos salirnos de los objetivos del presente trabajo, pero si creemos oportuno enfatizar que la salud y la educación deben ser prioridad en un país, aunque es mas económico prevenir, debemos brindar atención de calidad a cada uno de los pacientes que ingresan a cualquier área de un hospital y quien resulte responsable debe garantizar que esto se cumpla.

Hay dos procedimientos diferentes disponibles para la terapia endoscópica del sangrado de las várices esofágicas, la escleroterapia de las várices y la ligadura de las várices. El método endoscópico terapéutico de elección para el STDA variceal en nuestro estudio fue la ligadura de vasos, según un metaanálisis, ambos métodos, la escleroterapia y el tratamiento con ligaduras, son comparables en términos de eficacia de la hemostasia aguda y pueden lograr la hemostasia en alrededor del 90% de los pacientes, la experiencia y las preferencias del examinador son decisivas para la elección del tratamiento (14). Al comparar los dos procedimientos, el riesgo de hemorragia recurrente durante la escleroterapia es mayor, al igual que el número de sesiones de tratamiento necesarias (14).

Las intervenciones utilizadas para el tratamiento del STDA como la endoscopia digestiva alta con terapia endoscópica, los inhibidores de la bomba de protones y las intervenciones radiológicas o quirúrgicas dirigidas a controlar el sangrado han logrado disminuir la mortalidad y las estancias hospitalarias en las últimas décadas (9).

El uso de EGD ha demostrado disminuir el riesgo de resangrado y la necesidad de tratamiento quirúrgico. Se ha recomendado realizarla dentro de las 24h del ingreso del paciente (7, 17), pues reduce el uso de recursos, disminuye las necesidades de transfusiones y acorta la estancia hospitalaria (17). Sin embargo, no se ha demostrado de manera clara si existe un beneficio clínico en hacer el

procedimiento endoscópico antes de que se cumpla ese intervalo de tiempo. Algunos ensayos clínicos controlados no han demostrado una reducción en desenlaces como mortalidad hospitalaria o a corto plazo. Otros estudios de cohorte muestran resultados contradictorios, mientras que otros muestran incluso un riesgo incrementado de muerte si la EGD se realiza luego de las 6 h del ingreso del paciente (7), resultaría importante y prioritario poder establecer recomendaciones que permitan hacer una intervención adecuada en el servicio de urgencias, en cuanto a los tiempos de realización de EGD así como si es necesario o no confirmación con un segundo procedimiento.

El uso de endoscopia se vuelve relevante cuando de várices esofágicas se refiere pues aunque el cese espontáneo del sangrado es esperado, la recurrencia de hemorragia a corto plazo sin intervención es común; existe un gran número de terapias endoscópicas, para el tratamiento de STDA por várices. El criterio médico es el principal factor de esta elección además de la disponibilidad de material, y la experiencia del endoscopista.

Olivarec et al. (2020) mencionan que “la falta de identificación objetiva de riesgos origina ingresos innecesarios y altas hospitalarias con riesgos de desenlace fatal”, si bien nuestro estudio no tuvo como objetivo evaluar escalas de riesgo, si creemos que su análisis toma relevancia para protocolos estandarizados de manejo. Mediante la endoscopia es posible la estratificación del riesgo y hacer una predicción basada en evidencia de posible resangrado lo que puede ayudar al personal de urgencias a tomar decisiones sobre el área de ingreso del paciente, la necesidad de interconsultas y el protocolo terapéutico a seguir. El tipo de población difiere notoriamente entre zonas geográficas y entre hospitales privados y públicos, pero el estar preparados para un manejo estandarizado de acuerdo a las estadísticas locales permitirá al personal de salud estar preparado en cuanto a insumos y capacitación para la atención correcta y de calidad de los pacientes que se ingresen.

IV.III Conclusiones

La principal causa de sangrado de tubo digestivo alto fueron las várices esofágicas, seguido de la esofagitis, la gastropatía congestiva, gastritis crónica y en quinto lugar la gastropatía eritematosa

Las características demográficas de nuestra población de estudio difiere de la reportada en la literatura. Es mas frecuente en mujeres, con picos de frecuencia en la cuarta y quinta década de la vida en ambos sexos.

La principal zona de sangrado fue el esófago encontrándose diferentes etiologías dependiendo de la zona de sangrado que difieren en algunos casos con lo reportado por otros autores.

La terapeutica utilizada en los pacientes atendidos por STDA dependió del criterio médico y de la disponibilidad de material, en alto porcentaje se realizó biopsia para manejo diagnóstico y posterior manejo.

A pesar de que hay algunos estudios multicéntricos en México no se ha podido llegar a un consenso de la verdadera epidemiología de esta enfermedad que nos permitan conocer la verdadera frecuencia de esta patología que como se ha mencionado depende del nivel socioeconómico de cada país y en nuestro caso de cada región del territorio nacional, lo cual es importante para poder crear protocolos de manejo que disminuyan la morbilidad y mortalidad. Sabiendo el grupo de edad mas frecuente podemos crear consideraciones de tratamiento y prevención sobre todo en el adulto mayor cuyas comorbilidades agravan o desencadenan el STDA.

No existen protocolos que indiquen el manejo diagnóstico por endoscopía que permitan crear bases estadísticas para saber si el tiempo en el que se realiza dicho estudio es crucial para la evolución y resolución del STDA, además de la falta de esta área en algunos hospitales o la escasas de insumos como en el presente estudio donde el manejo terapeutico no fue efecutado en algunos casos por falta de material lo que puede ser determinante en la evolución natural de la enfermedad.

V Literatura citada

1. Nable JV, Graham AC. Gastrointestinal Bleeding. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2016;34(2):309-+.
2. de la 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. *Medicina Interna de México*. 2013;29(5):449-57.
3. Contreras-Omaña R, Millan-Marín EJ, García-Samper MAX. Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE. *Endoscopia*. 2010;22:51-6.
4. Ali H, Lang ED, Barkan A. Emergency department risk stratification in upper gastrointestinal bleeding. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2012;14(1):45-9.
5. Manrique MA, Velázquez NNH, García MÁC, Valle EP, Corona TP, Castelló RÁ, et al. Comparación de dos escalas pronósticas en hemorragia gastrointestinal superior no variceal. *Revista del hospital Juárez de México*. 2010;77(2):112-5.
6. Oakland K. Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2019;42-43(101610).
7. Bilder H, Soccini C, Lasa J, Zubiaurre I. Impact of time to esophagogastroduodenoscopy in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: A systematic review and meta-analysis. *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*. 2021.
8. Rotondano G. Epidemiology and Diagnosis of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2014;43(4):643-+.
9. Abougergi MS, Travis AC, Saltzman JR. The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2015;81(4):882-+.
10. Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Epidemiology and Risk Factors for Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am*. 2015;25:415-28.
11. Zepeda Gómez S. Hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. *Rev Gastroenterol Mex*. 2010;75(Supl 2):31-4.
12. Pavez C, Padilla O, Araya R. Evaluación de la Clasificación de Rockall como predictor de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta de origen no variceal. *Gastroenterol latinoam*. 2010;21(4):476-84.
13. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Bjornsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2013;48(4):439-47.

14. Herrlinger K. Classification and management of upper gastrointestinal bleeding. *Internist*. 2010;51(9):1145-56.
15. Contreras-Omaña R, Alfaro-Reynoso J, Cruz-Chávez C, Velasco AV-R, Flores-Ramírez D, Romero-Hernández I, et al. Sistema Progetto Nazionale Emorragia Digestiva (PNED) vs. escala de Rockall como predictores de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto no variceal: un estudio multicéntrico prospectivo. *Revista de Gastroenterología de México*. 2017;82(2):123-8.
16. Roesch-Dietlen F, García-Rodríguez V, Rueda-Torre G, Guzmán-Terrones MT, Palmeros-Sarmiento JL, Morfín-Ríos L, et al. Frecuencia y causas de hemorragia del tubo digestivo alto en la ciudad de Veracruz. *Cirugía y Cirujanos*. 2002;70(1):3-7.
17. Esrailian E, Gralnek IM. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Epidemiology and diagnosis. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2005;34(4):589-+.
18. Contreras I, Moreno-madrigal L, Cruz-soriana I. PHS25 Direct Medical Costs of Medical Care of Gastrointestinal Bleeding in Mexico. *Value in Health*. 2012;15(7):A522.
19. Crooks CJ, West J, Card T. Is variceal bleeding increasing within the UK population? *Gut*. 2011;60:A9-A10.
20. Nov N, Oung B, Saurin JC, Ky V, Chea O, Sann C, et al. Platelet value for predicting the etiologies of upper gastrointestinal bleeding before an emergency endoscopy. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2021;36(SI):76-.
21. Blatchford O, Davidson LA, Murray WR, Blatchford M, Pell J. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. *Bmj-British Medical Journal*. 1997;315(7107):510-4.
22. van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EAJ, Geraedts AAM, Tijssen JGP, Reitsma JB, et al. Acute upper GI bleeding: Did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding between 1993/1994 and 2000. *American Journal of Gastroenterology*. 2003;98(7):1494-9.
23. Vreeburg EM, Snel P, deBruijne JW, Bartelsman J, Rauws EAJ, Tytgat GNJ. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area: Incidence, diagnosis, and clinical outcome. *American Journal of Gastroenterology*. 1997;92(2):236-43.
24. Balanzo J, Villanueva C, Aracil C. Gastrointestinal and variceal bleeding: Hemodynamic studies. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2004;18:17-22.
25. Olivarec-Bonilla M, Garcia-Montano AM, Herrera-Arellano A. Upper gastrointestinal hemorrhage re-bleeding risk according to the Glasgow-Blatchford scale: a triage tool. *Gaceta Medica De Mexico*. 2020;156(6):502-8.
26. Maldonado MU, Almeda PV, Lizardi-Cervera J, Morán MAC, García CC. Hemorragia de tubo digestivo alto. Experiencia en el hospital Médica Sur. *Revista de Investigación Médica Sur, México*. 2008;15(3):176-84.

27. Gonzalez-Gonzalez JA, Vazquez-Elizondo G, Garcia-Compean D, Gaytan-Torres JO, Flores-Rendon AR, Jaquez-Quintana JO, et al. Predictors of in-hospital mortality in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Revista Espanola De Enfermedades Digestivas*. 2011;103(4):196-203.
28. Jansen L, Leffers P, Hermans M, Stassen P, Masclee A, Keulemans Y. Identification of patients with upper gastrointestinal bleeding who do not need immediate treatment. *Netherlands Journal of Medicine*. 2011;69(9):384-8.
29. Secretaría.de.Salud. Anuario de Morbilidad 1984-2020 2021 [Available from: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/anuarios-de-morbilidad-1984-a-2020>].
30. Ramirez-Polo AI, Casal-Sanchez J, Hernandez-Guerrero A, Castro-Reyes LM, Yanez-Cruz M, De Giau-Triulzi LF, et al. Treatment of gastrointestinal bleeding with hemostatic powder (TC-325): a multicenter study. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*. 2019;33(7):2349-56.
31. Atkinson RJ, Hurlstone DP. Usefulness of prognostic indices in upper gastrointestinal bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2008;22(2):233-42.
32. Loffroy R, Falvo N, Nakai M, Pescatori L, Midulla M, Chevallier O. When all else fails - Radiological management of severe gastrointestinal bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2019;42-43.
33. Álvarez-Álvarez S, Pérez-Aguilar F, Gutiérrez-Sotres J, Torres-Mendoza MA. Uso de las escalas preendoscópicas Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 para predecir la necesidad de terapéutica endoscópica en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto. *Endoscopia*. 2020;32:307-13.
34. Robertson M, Majumdar A, Boyapati R, Chung W, Worland T, Terbah R, et al. Risk stratification in acute upper GI bleeding: comparison of the AIMS65 score with the Glasgow-Blatchford and Rockall scoring systems. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2016;83(6):1151-60.
35. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Rev Med Chile*. 2020;148: 288-94.

VI APÉNDICE

VI.I Datos de identificación

TITULAR DE TESIS

Dra. María Guadalupe Aceves Montoya

Hospital General de Querétaro

Dirección:

Teléfono: 46 2191 1111

VI.II Firmas del investigador principal e investigadores asociados

Dra. María Guadalupe Aceves Montoya

Dr. Marco Antonio Hernández Flores
DIRECTOR DE TESIS

VI.III Ficha para la recolección de datos

Edad: _____

Sexo: _____

Sitio de sangrado: _____

Etiología del sangrado: _____

Estadificación de enfermedad ulcerosa:

- I. Hemorragia activa.....()
 - a. En chorro.....()
 - b. En escurrimiento.....()
- II. Hemorragia reciente.....()
 - a. Vaso visible no sangrante.....()
 - b. Coágulo adherido.....()
 - c. Fondo cubierto de hematina.....()
- III. Sin estigmas de sangrado.....()
 - a. Base cubierta con fibrina.....()

Grado de hemorragia variceal

- 1. Várices azules o rojas <2 mm.....()
- 2. Várices azules de 2-3 mm..... ()
- 3. Várices azules elevadas de 3-4 m()
- 4. Várices azules y tortuosas >4 mm.....()
- 5. Várices "rojo cereza"..... ()

Utilización de procedimiento terapéutico: Si () / No ()

Tipo de procedimiento terapéutico:_____



4. Declaramos ser AUTOR/A y DIRECTOR/A de tesis respectivamente, la cual es una creación original, que no invade los derechos de terceros, que el/la TESISISTA es el titular de los derechos patrimoniales y que el/la DIRECTOR/A avala la calidad de la tesis y asumimos la responsabilidad ante cualquier reclamo o demanda por parte de terceros, por lo que LA DGBSDI-UAQ se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad, sea civil, administrativa o penal.
5. Que la presente autorización y depósito no vulnera autorizaciones, licencias, transmisiones, contratos de edición, ni cualquier otro acto jurídico realizado con terceros.
6. Se reconoce que la presente autorización y depósito no viola de ninguna manera las disposiciones en materia de propiedad intelectual de ninguna institución o entidad legal con la cual pueda tener algún vínculo laboral o profesional; y que tampoco vulnera disposiciones de seguridad nacional, privacidad, datos personales, ni constituye difamación, calumnia, ni ningún otro delito, sino la forma legítima de expresión.
7. A la DGBSDI-UAQ se le excluye de toda responsabilidad que pudiera derivar de la divulgación de la tesis.
8. Se manifiesta que la TESIS no ha sido total ni parcialmente clasificada como información confidencial, ni se ha considerado reservada por alguna autoridad competente.
9. Se manifiesta que se ha resuelto de manera favorable lo relacionado con el uso legal de gráficas, imágenes, tablas y/o figuras contenidas dentro de su tesis.
10. Se manifiesta que cualquier cita contenida en los recursos de información depositados, está debidamente referenciada en un estilo conocido y apropiado para la disciplina, la ciencia o el campo de conocimiento, y que su publicación en medios electrónicos no afecta los derechos de terceras personas.
11. En ausencia del cumplimiento de las declaraciones del AUTOR/AUTORES, todo efecto será responsabilidad del mismo, excluyéndose a la DGBSDI-UAQ de los efectos de tales omisiones.

La DGBSDI-UAQ se compromete a exponer junto con la TESIS, la licencia CC elegida por el AUTOR/AUTORES, así como la descripción de forma textual mediante un enlace web público.

La DGBSDI-UAQ no se hace responsable por otros usos no autorizados de la TESIS.

El/La AUTOR/A/AUTORES pueden solicitar en cualquier momento el retiro de la TESIS del Repositorio Institucional de la DGBSDI-UAQ, mediante un escrito justificado; así mismo, la DGBSDI-UAQ puede retirar la TESIS en caso de reclamaciones de terceros que manifiesten ser los titulares.

Lugar: Querétaro, Qro.

Firma del(la) autor(a)

Firma del(la) Director(a) de tesis

Sello oficial de recepción



Dirección General de Bibliotecas y Servicios
Digitales de Información

Formato F-62-13
Entrega de tesis

Folio:

Fecha:

15/02/2024

Autor(a):

Director(a) de tesis:

Nombre:

María Guadalupe Aceves Montoya

Nombre:

Marco Antonio Hernández Flores

Expediente:

Clave:

ORCID

ORCID 0009-0006-1019-8825

CURP

CURP HEFM770425HQTRLR05

Correo-e:

upitaaceves@gmail.com

Correo-e:

marcoponzo@hotmail.com

Facultad:

Medicina

Grado:

Especialidad

CONACYT:

NO

Programa educativo:

Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

Título:

Causas de sangrado de tubo digestivo en el servicio de Urgencias, por endoscopías realizadas en el Hospital General de Querétaro.

En nuestro carácter de TESISTA y DIRECTOR/A DE TESIS, autoriza(mos) a la Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información de la Universidad Autónoma de Querétaro (DGBSDI-UAQ), por tiempo indeterminado la divulgación y reproducción pública de la TESIS, así como la comunicación, transmisión y distribución de la obra en cualquier medio y soporte.

Asimismo, manifestamos:

1. Que la tesis entregada se trata de la versión final, aprobada y avalada por las instancias académicas correspondientes, por lo que no solicitaremos cambio o ajuste alguno al documento.
2. Autorizamos el depósito de la copia digital de la TESIS en el Repositorio Institucional de la DGBSDI-UAQ, para efectos de divulgación y preservación.
3. Manifestamos nuestro interés en que la TESIS sea divulgada con fines académicos y de investigación en el Repositorio Institucional de la DGBSDI-UAQ y otras plataformas institucionales de cosecha, redes de repositorios nacionales e internacionales con las que se conecta, de conformidad con los artículos 70, 71 y 72 de la Ley de Ciencia y Tecnología.