



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**“FRECUENCIA DE PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE QUERÉTARO CON
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO (AGOSTO- OCTUBRE
2013)”**

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL GRADO DE
MÉDICO ESPECIALISTA**

INVESTIGADOR.
MED. GRAL. KARINA GUERRERO LÓPEZ

DIRECTOR DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA MARCO HERNÁNDEZ FLORES.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

FRECUENCIA DE PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE QUERETARO CON
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO (AGOSTO- OCTUBRE 2013)

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

Presenta:

MED. GRAL. KARINA GUERRERO LÓPEZ

Dirigida por:

MED. ESP. MARCO ANTONIO HERNANDEZ FLORES

SINODALES

Marco Antonio Hernández Flores
Presidente

Dr. Carlos Francisco Sosa Ferreyra
Secretario

Raúl López Arvizu
Vocal

Claudio Ortiz Mondragón
Suplente

M. en C. María Teresita Ortiz Ortiz
Suplente

Dr. Javier Ávila Morales
Director de la Facultad

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dr. Inigo Torres Pacheco
Director de Investigación y
Postgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro
Marzo 2014
México

RESUMEN

La hemorragia de tubo digestivo alto es la manifestación de patologías graves, y es responsable de alrededor de 300,000 defunciones por año en América y en México tiene una mortalidad que va del 2 al 17%. El diagnóstico y abordaje adecuados de las patologías causantes de hemorragia de tubo digestivo, así como de sus comorbilidades puede modificar la historia natural de la enfermedad y el pronóstico de los pacientes, por lo que las intervenciones que se realicen en estos pacientes, tendrán alto impacto sobre la morbilidad y mortalidad.

El siguiente estudio planteó indagar cual es la frecuencia de pacientes que ingresan al servicio de urgencias del Hospital General de Querétaro con hemorragia de tubo digestivo alto en un periodo de tiempo de 3 meses, así como los grupos de edad en los que se presenta más frecuentemente, el género, las comorbilidades asociadas y la modalidad clínica de presentación.

De los 45 pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto al servicio de urgencias en el periodo de tiempo estudiado, el 80% fueron del género masculino, asociándose en un 22% al consumo de antiinflamatorios no esteroideos y en el 22% al etilismo; con mayor número de casos en el grupo de edad de los 46 a 60 años (33%) y en menor número de casos en el grupo de edad de 76 años en adelante (7%); la presentación clínica que se encontró con mayor frecuencia fue la combinación de 2 o más modalidades (hematemesis, melena, vómito en pozos de café) en el 44% de los casos.

Palabras clave: hemorragia de tubo digestivo alto, comorbilidades, modalidad clínica de presentación.

SUMMARY

Upper gastrointestinal bleeding is the manifestation of serious pathologies and is responsible for approximately 300,000 deaths per year in the United States. In Mexico the mortality rate is from 2 to 17%. Proper diagnosis and treatment of the pathologies causing the upper gastrointestinal bleeding, as well as comorbidities, can change the natural course of the illness and the prognosis for patients. Interventions carried out on these patients will have a high impact on morbidity and mortality. This study is aimed at investigating the frequency of patients who were treated in the Emergency Room of the Queretaro General Hospital for upper gastrointestinal bleeding during a three month period, as well as age groups in which it most commonly presents, gender, associated comorbidities and clinical presentation. Of the 45 patients with a diagnosis of upper gastrointestinal bleeding who were treated in the Emergency Room during the time period mentioned, 80% were men with an association of 22% in the consumption of non-steroid anti-inflammatory medication and 22% with alcoholism. The greatest number of cases was in the age group of 46 to 60 (33%), with fewer cases in the 76 and above age group (7%). The most frequent clinical presentation found was a combination of 2 or more modalities (hematemesis, melena, vomiting in coffee grounds) in 44% of the cases.

(Key words: Upper gastrointestinal bleeding, comorbidities, clinical presentation)



SECRETARÍA
ACADÉMICA

A Leticia López, mi mamá

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas implicadas en la realización de esta investigación, que me apoyaron incondicionalmente y me brindaron tiempo, consejo y guía.

CONTENIDO

RESUMEN.....	i
SUMMARY.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
CONTENIDO.....	v
INDICE DE CUADROS.....	vii
INDICE DE FIGURAS.....	viii
I. INTRODUCCION.....	1
II. REVISION DE LA LITERATURA.....	2
Definición.....	2
Incidencia.....	2
Causas.....	3
Diagnóstico.....	8
Tratamiento.....	14
III. METODOLOGIA	
Diseño del estudio.....	23
IV. RESULTADOS.....	25
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIÓN.....	32
VII. LITERATURA CITADA.....	33

VIII. APENDICE.....	39
IX. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
Datos de identificación de la investigación.....	40
Datos de identificación de los investigadores.....	41
X. FIRMAS DE LOS INVESTIGADORES.....	42

INDICE DE CUADROS

CUADRO		PAG.
1	Frecuencia de hemorragia de tubo digestivo por género en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013	25
2	Frecuencia de hemorragia de tubo digestivo por grupo de edad en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.	27
3	Frecuencia de comorbilidades asociadas a hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.	28
4	Frecuencia de modalidades clínicas de presentación de hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.	30

INDICE DE FIGURAS

FIGURA		PAG.
1	Clasificación de Forrest	4
2	Escala de Blatchford	13
3	Escala de Rockall	13
4	Frecuencia de hemorragia de tubo digestivo por género en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013	26
5	Distribución por grupo de edad de hemorragia de tubo digestivo en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013	27
6	Frecuencia de comorbilidades asociadas a hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013	29
7	Frecuencia de modalidades clínicas de presentación de hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.	30

I. INTRODUCCION

La hemorragia de tubo digestivo alto es la manifestación de patologías graves, y es responsable de alrededor de 300,000 defunciones por año en América (8, 18) y en México tiene una mortalidad que va del 2 al 17% (39). El diagnóstico y abordaje adecuados de las patologías causantes de hemorragia de tubo digestivo, así como de sus comorbilidades puede modificar la historia natural de la enfermedad y el pronóstico de los pacientes. Las intervenciones que se realicen en estos pacientes, tienen alto impacto sobre la morbilidad y mortalidad, por lo que la identificación de la frecuencia de paciente con hemorragia de tubo digestivo alto en el servicio de urgencias permitirá realizar un flujograma de atención adaptado al medio.

Lo preocupante es que de acuerdo al censo diario de pacientes realizado en el servicio de urgencias se ha observado que han aumentado el número de pacientes que acuden por hemorragia de tubo digestivo alto en el último semestre, por lo que incuestionable la necesidad de elaboración de estrategias diagnósticas y terapéuticas que permitan la adecuada atención de los pacientes. Lo que se dará a conocer en esta investigación es la frecuencia de pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de Querétaro por la presencia de hemorragia de tubo digestivo alto durante el periodo Agosto- Octubre 2013, asimismo identificar la edad y sexo de los pacientes, las comorbilidades y la modalidad clínica de presentación de la hemorragia.

II. REVISION DE LA LITERATURA

DEFINICIÓN

La hemorragia de tubo digestivo alto se define como la hemorragia debida a lesiones localizadas por encima del ligamento de Treitz, desde el esófago, estomago y duodeno (31); para diferenciarlo de la hemorragia de tubo digestivo baja que involucra el colon y la hemorragia digestiva media que involucra el intestino delgado en su parte distal al ángulo de Treitz (8). La hemorragia de tubo digestivo alto es 4-6 veces más común que la hemorragia de tubo digestivo bajo (46).

INCIDENCIA

En Estados Unidos la hemorragia de tubo digestivo afecta de 50 a 150 personas de cada 100000 cada año, resultando en 250000 ingresos hospitalarios. La mortalidad de la hemorragia de tubo digestivo es de aproximadamente el 10% (20) y es aun más alta en pacientes en quienes están expuestos al uso de antiinflamatorios no esteroideos o ácido acetilsalícilico (42).

La incidencia anual de la hemorragia no variceal en México se estima aproximadamente entre 50 y 170 casos por 100000 habitantes y los índices de mortalidad van desde el 10 hasta 36% (50).

CAUSAS

Las emergencias por hemorragia de tubo digestivo alto son caracterizadas por la presencia de hematemesis, melena, hematoquezia (si la hemorragia es masiva y activa) y vómito en pozos de café (4), así como evidencia de compromiso hemodinámico como mareos, síncope y estado de choque (34). Alrededor de 30% de los pacientes presentan hematemesis, 20% melena y 50% ambos (4).

Las causas más frecuentes de hemorragia de tubo digestivo alto son las siguientes:

- Enfermedad acido-péptica/Ulcera gástrica (30-50%)
- Erosiones gástricas (10-15%)
- Varices esofágicas (26%)
- Desgarro de Mallory Weiss (15-20%)
- Esofagitis (5-10%)
- Duodenitis
- Neoplasias (1-2%)
- Malformaciones arteriovenosas (5%) (6, 28)
- Fístula aorto-entérica
- Lesión de Dieulafoy (1%)
- Hemorragia de origen indeterminado

ÚLCERAS PÉPTICAS

La hemorragia secundaria a úlceras es una causa frecuente de hemorragia de tubo digestivo alto (27). La infección por *H. pylori* y el uso de antiinflamatorios no esteroideos son las principales causas de las úlceras pépticas (22, 19). Las úlceras gástricas y duodenales son las presentaciones más frecuentes (9), siendo más frecuentes las úlceras gástricas con 54.4% que las duodenales con 37.1% (22).

En 1974, JAH Forrest describió una clasificación de úlceras gastroduodenales, basada en las características endoscópicas de las mismas, con sangrado activo o reciente, las cuales se asocian a diferentes riesgos de sangrado recurrente o persistente (15).

Forrest	Tipo de lesión	% Riesgo de resangrado (sin tratamiento)	% Mortalidad (sin tratamiento)
IA IB	Sangrado pulsátil Sangrado en napa	55 (17-100)	11 (0-23)
IIA	Vaso visible	43 (0-81)	11 (0-21)
IIB	Coagulo adherido	22 (14-36)	7 (0-10)
IIC	Mácula plana	10 (0-13)	3 (0-10)
III	Fondo limpio	5 (0-10)	2 (0-3)

Figura 1. Clasificación de Forrest

Forrest I: incluye a las úlceras gástricas con sangrado activo, pulsátil (Forrest IA) o sangrado en napa (Forrest IB) desde el lecho ulceroso (15).

Forrest II: úlceras sin sangrado activo al momento de la observación pero con signos o estigmas de sangrado reciente en el lecho ulceroso, como el vaso visible (Forrest IIA), el coagulo adherido (Forrest IIB) y macula plana (Forrest IIC) (15).

Forrest III: corresponden exclusivamente a las úlceras pépticas con fondo limpio fibrinoso (15).

VÁRICES ESOFÁGICAS Y GÁSTRICAS

Todos los casos de hemorragia de origen variceal son siempre una emergencia debido a la potencia pérdida masiva de sangre causando inestabilidad hemodinámica, estado de choque y falla orgánica múltiple, así como las enfermedades subyacentes causantes de la hipertensión portal que dan lugar a la formación de várices (10).

La hemorragia variceal se clasifica en hemorragia variceal de origen esofágico y de origen gástrico (14).

La hemorragia variceal es la consecuencia final de una serie de pasos que inicia con aumento en la presión portal con la aparición inicial de várices pequeñas y su dilatación progresiva hasta su ruptura (10, 43).

El estándar de oro para el diagnóstico es la endoscopia de tubo digestivo alto. A pesar de que la hemorragia por várices puede detenerse de manera espontánea en aproximadamente la mitad de los casos, las tasas de resangrado son significativamente altas (30-40%) si los pacientes no reciben tratamiento (10, 43).

Las tasas de mortalidad secundarias a hemorragias de origen variceal has descendido de manera dramática en las ultimas 3 décadas, de 42% en 1980s, a las tasas actuales del 15-20% (10), probablemente debido a los avances en los cuidados críticos (34), a la terapia farmacológica y endoscópica, a la implementación de derivaciones

intrahepáticas portosistémicas transyugulares y a la profilaxis contra infecciones bacterianas (10, 4).

LESIONES DE DIEULAFOY

La lesión de Dieulafoy es una vena submucosa anormal que ha erosionado la mucosa subyacente sin la presencia de úlcera (14, 38). Es responsable de aproximadamente el 1% de las hemorragias de tubo digestivo alto y ocurre generalmente en pacientes con enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal crónica o ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (4). Se presenta más frecuentemente en la curvatura menor del estómago y debido a que no se acompaña de úlcera no es fácilmente identificable cuando no se encuentra sangrando (14, 38).

MALLORY WEISS

Los desgarros de Mallory Weiss son laceraciones en la parte inferior del esófago y en el cardias secundarias a arcadas o vómitos forzados. La mayoría de las hemorragias por Mallory Weiss son menores y se autolimitan (14). La presentación clásica de un desgarro de Mallory Weiss es la presencia de vómitos inicialmente sin sangre, presentándola posteriormente (49). Los factores predisponentes para hemorragia secundaria a Mallory Weiss son la presencia de hernia hiatal, hipertensión portal y alcoholismo (4).

NEOPLASIAS

Neoplasias tanto intrínsecas como metastásicas pueden ocasionar hemorragia de tubo digestivo alto. Las neoplasias intrínsecas incluyen: cáncer gástrico y esofágico, tumor estromal gastrointestinal, linfoma, tumor carcinoide, sarcoma de Kaposi, leiomioma y leiomiosarcoma. Tumores metastásicos de mama, pulmón y melanoma son frecuentemente vistos en el tracto gastrointestinal (14). Las hemorragias secundarias a lesiones malignas, por lo general no pueden ser sometidas a tratamiento endoscópico, debido a que el sangrado es secundario a necrosis del tejido tumoral y no responde adecuadamente al tratamiento hemostático endoscópico de rutina (4).

FISTULA AORTO-ENTÉRICA

La fístula aorto-entérica lleva una alta tasa de mortalidad y debe ser sospechada en todos los pacientes con hemorragia digestiva masiva o recurrente y con historia previa de aneurisma aórtico o cirugía aortica (14). La triada clásica de dolor abdominal, masa pulsátil palpable y hemorragia de tubo digestivo se presenta en solo el 11% de los casos (49). Los sitios donde más frecuentemente se encuentra son el duodeno distal y el yeyuno proximal. La tomografía axial computarizada con contraste es útil para confirmar el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico y deben ser utilizados antibióticos de amplio espectro para prevenir complicaciones (4).

HEMORRAGIA DE ORIGEN NO DETERMINADO

La hemorragia de tubo digestivo de origen no determinado se define como el sangrado gastrointestinal cuyo sitio no se conoce aun después de realizar los estudios diagnósticos habituales. Los estudios mínimos establecidos son la panendoscopia o esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia y estudios de imagenología del intestino delgado (45, 6).

Se clasifica según sea su sitio de origen en el tubo digestivo, alto, medio o bajo; y por su forma de presentación en oculta cuando el sangrado se manifiesta como anemia crónica o presencia de sangre oculta en heces y evidente cuando el paciente presenta signos de hemorragia activa como hematoquezia, rectorragia o melena (45, 28).

Por lo menos el 40% procede del intestino delgado y el problema es diverso y se relaciona con la edad del paciente. En niños y adolescentes es frecuente la presencia de divertículo de Meckel; en el adulto joven son frecuentes los tumores y la enfermedad de Crohn; en el adulto mayor son más probables las ectasias vasculares y la enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos (45, 28).

DIAGNOSTICO

La rápida evaluación y resucitación deben preceder a la evaluación diagnóstica en pacientes inestables con hemorragia grave (49). Algunos pacientes pueden requerir intubación orotraqueal para disminuir el riesgo de aspiración; así mismo pacientes con inestabilidad

hemodinámica deberán ser admitidos en unidades de cuidados intensivos para mayor vigilancia (34).

La resucitación incluye la administración de líquidos intravenosos, oxígeno suplementario, corrección de coagulopatía y transfusión de hemoderivados cuando es necesario (49).

El umbral para transfusión de sangre depende de las condiciones subyacentes del paciente, la cantidad de sangrado y los signos vitales, sin embargo está establecido que debe iniciarse con una cifra de hemoglobina menor 70g/L (30, 26). Existe una asociación clínicamente importante e independiente entre la transfusión de glóbulos rojos y el consiguiente riesgo de resangrado en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto; sin embargo, los mecanismos de daño asociado con las transfusiones de glóbulos rojos son poco conocidos y se necesitan más estudios para determinarlos (37, 3). Una reducción en el número de transfusiones realizadas puede haber influido en la reducción de la mortalidad secundaria a hemorragia de tubo digestivo alto que se ha observado en los últimos años (47, 3, 26).

Historia clínica

Se debe realizar una adecuada historia clínica del paciente y se deben incluir aspectos como la presencia de dolor abdominal, características del vómito y de las heces, disfagia y dolor torácico (49). Asimismo, deben interrogarse la presencia de síntomas de hipovolemia como mareos, debilidad, alteraciones del estado de conciencia y disnea (20). Debe interrogarse el uso de medicamentos previamente, especialmente el uso de antiagregantes plaquetarios (como clopidogrel), warfarina, ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios no esteroideos,

inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y corticosteroides, ya que estos medicamentos aumentan el riesgo de hemorragia de tubo digestivo alto (30, 17).

También debe determinarse un historial de hemorragia por ulcera péptica o cirugía, episodios de hemorragia de tubo digestivo alto previos, y uso de alcohol o drogas (49).

Examen físico

Deben monitorizarse los signos vitales de los pacientes. La presión arterial y la frecuencia cardiaca pueden ser normales; sin embargo si la hemorragia es severa, el paciente puede encontrarse hipotenso y taquicárdico, o mostrar hipotensión ortostática (49).

La inspección general es importante para valorar el diagnóstico y severidad de la hemorragia, así como la respuesta del paciente a la misma (30). Se debe evaluar la apariencia general del paciente, los signos vitales, el estado mental, los signos cutáneos que puedan indicar estado de choque (color, temperatura y turgencia) o alteraciones en la coagulación (como hematomas o petequias), examen cardiovascular y abdominal (secuelas de enfermedad hepática crónica) (20).

En todos los caso de hemorragia de tubo digestivo alto debe realizarse tacto rectal para verificar la presencia de sangre en las heces (49); sin embargo, la ausencia de melena o sangre no descartan la presencia de hemorragia, por lo que deberá efectuarse un estudio de detección de sangre oculta en heces (20).

Estudios de laboratorio

Los estudios de laboratorio iniciales incluyen medición de hemoglobina, hematocrito, nitrógeno ureico y creatinina, electrolitos séricos, conteo plaquetario, protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, INR, pruebas de funcionamiento hepático y grupo y Rh (20, 49, 16).

Lavado gástrico

El lavado gástrico puede disminuir el riesgo de broncoaspiración, facilitar la endoscopia, disminuir el riesgo de encefalopatía y evitar aumentos de la presión portal provocados por la sangre en el tubo digestivo (20, 36). El lavado gástrico tiene una baja sensibilidad y pobre valor predictivo negativo para hemorragia de tubo digestivo alto en pacientes con hematoquezia o melena; sin embargo, la presencia de sangre o pozos de café en el lavado gástrico implica que la hemorragia de tubo digestivo superior es más probable (49, 44).

Estratificación de riesgo

La estratificación del riesgo está basada en la evaluación clínica y los hallazgos endoscópicos. La evaluación clínica incluye la edad, presencia de choque, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca y comorbilidades (49, 48).

Los hallazgos endoscópicos, como la causa de hemorragia y estigmas de hemorragia reciente, pueden combinarse con factores clínicos para determinar la mortalidad y el riesgo

de resangrado utilizando escalas de estratificación de riesgo, como la escala de Rockall o Blatchford (5).

La escala de Blatchford es una herramienta de estratificación de riesgo validada basada en variables clínicas y de laboratorio y es utilizada para predecir la necesidad de intervención médica en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto. Sus rangos van de 0 a 23 puntos, puntajes mayores indican mayor riesgo (22, 16).

La escala de Rockall es probablemente la herramienta de estratificación de riesgo más conocida para hemorragia de tubo digestivo alto (5). La escala de Rockall clínica (antes de la endoscopia) se calcula únicamente sobre la base de las variables clínicas en el momento de la presentación. La escala completa utiliza el criterio clínico y el endoscópico para predecir el riesgo de resangrado y muerte. Sus rangos van de 0 a 11 puntos, puntajes mayores indican mayor riesgo (22, 16).

Escala de Blatchford (5)	
	Puntos
Presión arterial sistólica	
100-109mmhg	1
90-99mmhg	2
<90mmhg	3
Nitrógeno ureico en sangre	
6.5-7.9mmol/L	2
8-9.9mmol/L	3
10.0-24.9mmol/L	4
>25mmol/L	6
Hemoglobina en hombres	
12-12.9g/dl	1
10-11.9g/dl	3
<10g/dl	6
Hemoglobina en mujeres	
10-11.9g/dl	1
<10g/dl	6
Otras variables en la presentación	
Pulso >100	1
Melena	1
Sincope	2
Enfermedad hepática	2
Falla cardiaca	2

Figura 2. Escala de Blatchford

Escala de Rockall (5)	
Variable	Puntos
Edad	
<60	0
60-79	1
>80	2
Choque	
Frecuencia cardiaca >100/min	1
Presión arterial sistólica <100mmhg	2
Enfermedad coexistentes	
Falla cardiaca, cardiopatía isquémica, otras enfermedades graves	2
Falle renal, falla hepática, cáncer metastásico	3
Diagnóstico endoscópico	
Lesión que no se observa, desgarro de Mallory Weiss	0
Úlcera péptica, lesiones erosivas, esofagitis	1
Cáncer de tubo digestivo alto	2
Estigmas de hemorragia reciente (endoscopia)	
Úlcera con base limpia, macula plana	0
Sangre en tubo digestivo alto, hemorragia activa, coagulo	2

Figura 3. Escala de Rockall

TRATAMIENTO

Manejo general

La reanimación inicial del paciente debe basarse en el algoritmo del ABC (vía aérea, ventilación y circulación) (4).

Los pasos críticos en el manejo de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto residen en proporcionar resucitación hemodinámica con corrección de la hipovolemia, prevención de las complicación y deteniendo la hemorragia (50, 21).

En todos los casos, la vía aérea debe ser evaluada cuidadosamente, y la decisión de protegerla debe tomarse rápidamente, especialmente en los casos en los que presentan alteraciones en el estado neurológico, encefalopatía o hematemesis, debido al riesgo de broncoaspiración (10).

La resucitación con volumen debe realizarse con expansores del plasma con la finalidad de mantener una tensión sistólica mayor de 100mmhg. Evitar el estado de choque previene la falla renal, la cual se asocia con un aumento en el riesgo de muerte (50, 21).

Las infecciones bacterianas son un indicador de mal pronóstico en la hemorragia de tubo digestivo secundaria a varices; por lo que el uso de antibióticos profilácticos debe emplearse en todos los casos de hemorragia de origen variceal, lo que ha demostrado un descenso en el riesgo de resangrado y mortalidad (10).

Si el paciente presenta hemorragia activa, la endoscopia deberá realizarse lo más pronto posible una vez que el paciente ha sido estabilizado (22).

Uso de sonda de Sengstaken-Blakemore

La colocación de esta sonda detiene la hemorragia en aproximadamente el 80% de los pacientes con hemorragia de origen variceal. Se debe colocar en pacientes con hemorragia de probable origen variceal donde no hay disponibilidad de endoscopia y la terapia farmacológica no ha disminuido el sangrado (20) y en casos de ruptura de várices esofágicas durante la endoscopia (11).

Terapia farmacológica

Fármacos Vasoactivos

Si se sospecha hemorragia de origen variceal, deben emplearse los más pronto posible fármacos vasoactivos antes de la endoscopia, ya que reducen de forma importante la hemorragia y facilitan la realización de endoscopia con fines diagnósticos y terapéuticos (10, 43).

Son administrados debido a su habilidad de reducir la presión portal y disminuir el flujo sanguíneo variceal.

Son utilizados 2 tipos de fármacos:

1. Vasopresina y sus análogos (terlipresina)
2. Somatostatina y sus análogos (octreotide/vapreotide)

La vasopresina intravenosa causa vasoconstricción y reduce la presión portal, sin embargo, tiene mínimos efectos en episodios tempranos de resangrado, no mejora la supervivencia y tiene efectos isquémicos secundarios que limitan su uso (10).

La terlipresina es un análogo sintético de la vasopresina con un mejor perfil de seguridad. Es un vasoconstrictor selectivo de la circulación esplácnica que es liberado lentamente a la circulación y es la única terapia que mejora la supervivencia. La dosis recomendada es de 2mg cada 4 horas durante los primeros 2 días con reducción de la dosis a 1mg cada 4 horas durante 5 días. La eficacia global de la terlipresina para controlar la hemorragia variceal en 48 horas es del 80% (10).

La somatostatina inhibe la secreción de glucagon, lo que conduce a la vasoconstricción esplácnica y descenso en el flujo portal. La dosis habitual es un bolo inicial de 250µg seguido de una infusión de 250µg por hora durante 5 días para prevenir en resangrado. Aunque controla la hemorragia, no reduce la mortalidad por hemorragia variceal (10).

El octreotide es un análogo de la somatostatina, con una vida media más larga que la somatostatina. La dosis recomendada es un bolo inicial de 50-100µg, seguido de una infusión de 50µg por hora durante 5 días. La limitación de su uso es que los datos de meta-análisis son inconcluyentes y controversiales, asimismo la presencia de taquifilaxia. El uso combinado con escleroterapia endoscópica ha demostrado un efecto benéfico en la reducción del resangrado (10).

Inhibidores de la bomba de protones

La eficacia de la administración pre-endoscópica de inhibidores de la bomba de protones en pacientes con hemorragia de tubo digestivo de origen no variceal es aún controversial, asimismo, la ruta de administración de los mismos no está bien establecida (40). Disminuyen la severidad de los signos endoscópicos de sangrado reciente y pueden reducir el requerimiento de terapia hemostática endoscópica (29, 32). Sin embargo, no hay evidencia de un efecto sobre la mortalidad, resangrado o en las tasas de intervenciones quirúrgicas (24, 25). La eficacia de los inhibidores de la bomba de protones en úlceras pépticas diagnosticadas por endoscopia es apoyada por numerosos estudios (33, 12, 25, 32).

Al mantener un pH gástrico en un nivel superior de 6, la agregación plaquetaria se optimiza y se inhibe la fibrinólisis; como consecuencia se puede lograr la estabilización del coágulo y lograr y aumentar la probabilidad de cicatrización de una úlcera (50, 32).

El omeprazol es el inhibidor de la bomba de protones más utilizado, seguido del pantoprazol, esomeprazol y lanzoprazol; sin embargo, no hay indicación obvia de que cualquier inhibidor de la bomba de protones sea más eficaz que otros (24, 12).

Hasta el momento, la dosis recomendada para el tratamiento de la hemorragia no variceal es un bolo inicial de omeprazol de 80mg, seguido de una infusión de 8mg por hora durante 72 horas (50, 12).

Antagonistas de los receptores H2

Los antagonistas de los receptores H2 se unen competitiva y reversiblemente a los receptores H2 de las células parietales, disminuyendo la secreción parietal en respuesta a la histamina, sin embargo existe una disminución de los efectos antiseoretos conforme pasa el tiempo de administración (24, 12).

El efecto benéfico del uso de inhibidores de bomba de protones en pacientes con hemorragia por úlceras gástricas o duodenales se limita a pacientes con úlceras gástricas, reduciendo significativamente la mortalidad, el resangrado y las tasas de intervención quirúrgica; pero no hubo pruebas de un efecto sobre los resultados clínicos en pacientes con hemorragia por úlcera duodenal (29, 12, 25).

El uso de inhibidores de bomba de protones en el manejo de rutina de los pacientes con hemorragia por úlcera péptica no es recomendado (29, 24, 25, 32).

Agentes Procinéticos

La presencia de sangre retenida en el tracto gastrointestinal puede limitar la capacidad de identificar la fuente de la hemorragia o administrar terapia hemostática endoscópica.

Los agentes procinéticos promueven la motilidad del tracto gastrointestinal y facilitan el vaciamiento gástrico antes de la endoscopia (4).

Las guías de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal indican que el uso de eritromicina intravenosa previo a la endoscopia mejora la visibilidad de la mucosa y se ha

demostrado que el uso de eritromicina o metoclopramida reducen significativamente la necesidad de repetir la endoscopia para identificar la fuente de la hemorragia (46, 7).

Sin embargo, no se ha definido si hay un papel de los agentes procinéticos en el diagnóstico endoscópico y en el manejo de la hemorragia de tubo digestivo alto, así como la dosis y el medicamento óptimo (46, 7).

Endoscopia

La endoscopia es el método más certero para valorar la hemorragia de tubo digestivo alto (20), se recomienda su realización en la mayoría de los pacientes ya que confirma el diagnóstico y permite un tratamiento endoscópico específico durante la misma sesión (30), resultando en disminución en la morbilidad, días de estancia hospitalaria, riesgo de resangrado y necesidad de cirugía (49). Puede detectar la lesión en el 78-95% de los casos, en quienes se realiza en las primeras 12-24 horas (20). La realización de endoscopia antes de las 12 horas no ha mostrado beneficios adicionales en el término de reducción del resangrado, cirugía y mortalidad comparado con la endoscopia realizada a las 24 horas (30).

Las terapias endoscópicas incluyen terapia de inyección, como la inyección de epinefrina; terapia ablativa, como termocoagulación o coagulación con plasma argón; y terapia mecánica, como la aplicación de clips y ligadura (8, 49, 23).

Deberá elegirse una técnica adecuada, dependiendo de la aparición del sitio de hemorragia y el riesgo de resangrado (8).

Los pacientes con hemorragia activa secundaria a úlcera péptica o con una vena visible no sangrante son los que presentan mayor riesgo de resangrado y es necesaria la terapia hemostática endoscópica urgente. En pacientes con estigmas de bajo riesgo, no se requiere terapia hemostática urgente (30).

No existe superioridad comprobada de una técnica endoscópica específica, en particular el uso de hemoclip, la termocoagulación y electrocoagulación son alternativas equivalentes (30, 23).

La terapia endoscópica para el tratamiento de las várices esofágicas tienen como objetivo reducir la tensión de la pared variceal mediante la obliteración de la várice; los 2 métodos disponibles son la escleroterapia y la ligadura con banda (10).

La escleroterapia endoscópica consiste en la inyección de un agente esclerosante en el lumen variceal o adyacente a ella, causando trombosis de la várice e inflamación de la mucosa circundante que crea una escara sobre la pared del esófago (10).

La ligadura con banda endoscópica consiste en la colocación de bandas elásticas en las varices para ocluir las y causar trombosis de las mismas, causando necrosis de la mucosa dejando una ulceración en la mucosa que eventualmente forma una escara (10).

Aproximadamente 10-15% de los pacientes no responden a las terapias de primera línea; en estos casos, si el paciente se encuentra estable, una segunda endoscopia será necesaria (10).

La realización de una segunda endoscopia en pacientes con úlcera péptica, reduce las tasas de resangrado en pacientes de alto riesgo de acuerdo a la clasificación de Forrest, asimismo disminuye la necesidad de cirugía, sin presentar efectos sobre la mortalidad (35).

Terapias Endovasculares

La embolización digestiva, y la realización previa de arteriografía, no son la primera opción terapéutica, están indicadas en pacientes con hemorragia digestiva que no se puede manejar con tratamiento médico o endoscópico (41).

La hemorragia digestiva secundaria a desgarros de Mallory-Weiss, úlceras gástricas y gastritis son controladas por estas técnicas en el 80% de los casos (41).

Capsula endoscópica

Avances tecnológicos recientes han resultado en la creación de una cápsula con doble cámara inalámbrica, que permite la visualización no invasiva del tracto gastrointestinal (13). La habilidad de la cápsula endoscópica para clasificar pacientes se encuentra limitada por las tasas bajas de visualización del duodeno; por lo que se requiere de más estudios para determinar su eficacia (13).

III. METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el Hospital General de Querétaro durante el periodo de 3 meses. El objetivo general fue identificar la frecuencia de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital General de Querétaro durante el periodo comprendido de agosto a octubre de 2013. Los objetivos específicos fueron identificar el sexo y la edad en la que se presenta la hemorragia de tubo digestivo, las comorbilidades asociadas y la modalidad clínica de presentación.

La detección de los caso de hemorragia de tubo digestivo alto se realizó mediante la revisión de expedientes y el interrogatorio de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, además de la exploración física de los pacientes.

Se interrogó la presencia de hematemesis, la cual es definida como el vómito de sangre fresca, rojo rutilante o con coágulos; melena, la cual es definida como la eliminación de heces blandas, negras, fétidas; y vómito en pozos de café, que es definido como vómito negro o marrón, que contiene sangre digerida. Se realizó además tacto rectal a todos los pacientes que ingresaron con hemorragia de tubo digestivo alto en busca de presencia de melena.

El universo y el tamaño de la muestra fue el total de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de Querétaro durante el periodo que se realizó el estudio (agosto-octubre 2013). Se eliminaron los casos que solicitaron su alta voluntaria; y se ingreso al estudio en una sola ocasión a un paciente

que acudió en 3 ocasiones al servicio de urgencias por la presencia de hemorragia de tubo digestivo en el periodo en el que se realizó la investigación.

IV. RESULTADOS

Se llevo a cabo un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, en el servicio de urgencias del Hospital General de Querétaro, en el periodo comprendido entre Agosto y Octubre de 2013, con una duración de 3 meses.

En el periodo en el que se realizó el estudio hubo 45 pacientes con diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto, de los cuales 39 pacientes fueron hombres (80%) y 9 pacientes fueron mujeres (20%) (Cuadro 1 y figura 4). La media de la edad fue de 49, con rangos de edad mínima de 24 y una máxima de 86 años.

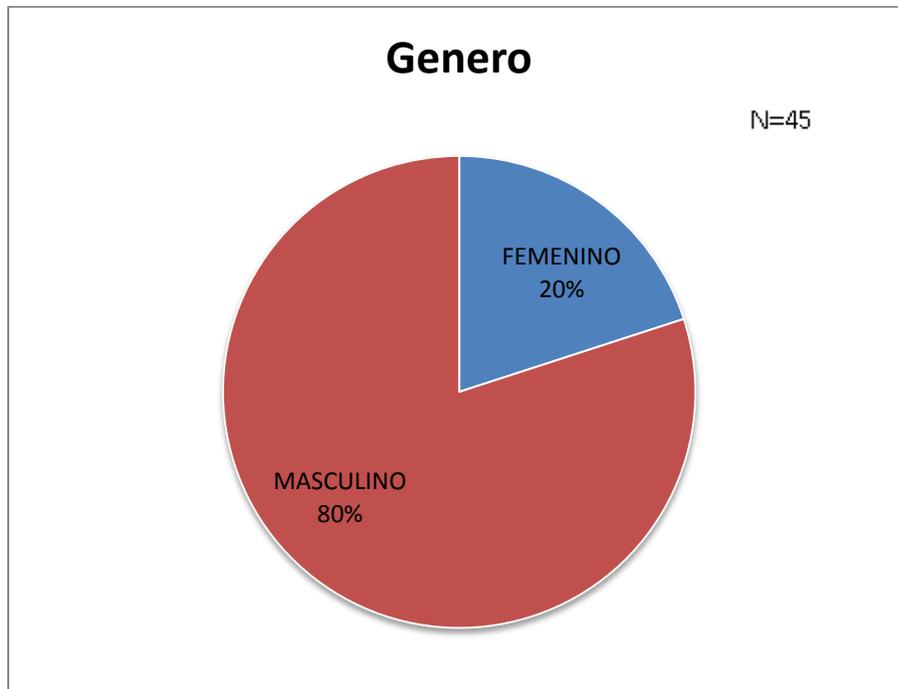
Cuadro 1. Frecuencia de hemorragia de tubo digestivo por género en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.

N=45

GENERO	%
Masculino	80%
Femenino	20%

Fuente: Hojas de registro del Hospital General de Querétaro

Figura 4. Frecuencia de hemorragia de tubo digestivo por género en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.



Fuente: Hojas de registro del Hospital General de Querétaro

Encontrándose las siguientes distribuciones por grupo de edad de hemorragia de tubo digestivo: pacientes de 20 a 30 años (15.5%), de 31 a 45 años (29%), de 46 a 60 años (33%), de 61 a 75 años (15.5%) y mayores de 76 años (7%) (Cuadro 2 y Figura 5).

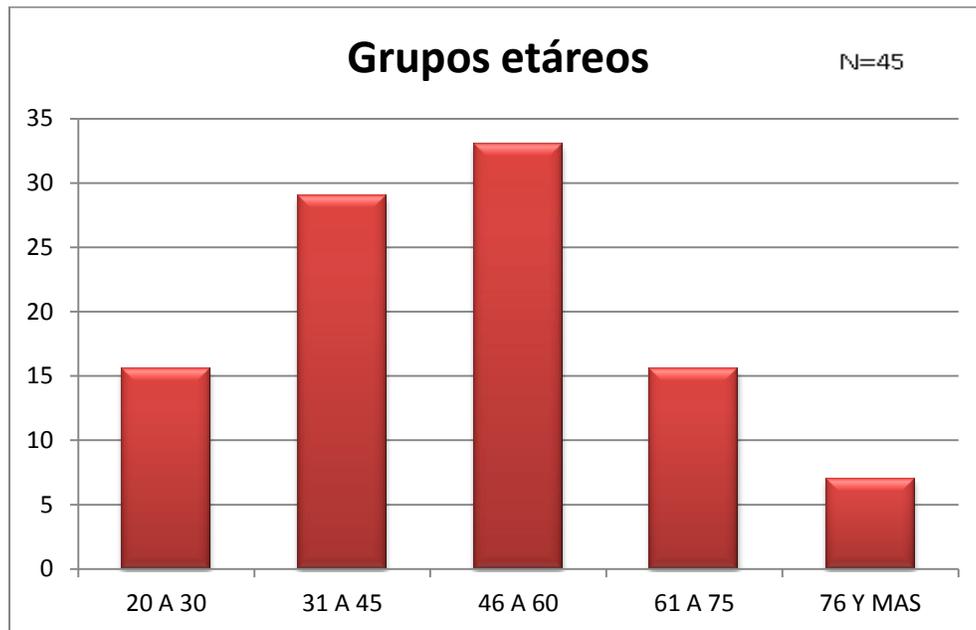
Cuadro 2. Frecuencia de hemorragia de tubo digestivo por grupo de edad en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.

N=45

EDAD	%
20-30 años	15.5%
31-45 años	29%
46-60 años	33%
61-75 años	15.5%
>76 años	7%

Fuente: Hojas de registro del Hospital General de Querétaro

Figura 5. Distribución por grupo de edad de hemorragia de tubo digestivo en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.



Fuente: Hojas de registro del Hospital General de Querétaro

Se consideraron las siguientes comorbilidades asociadas a la hemorragia de tubo digestivo alto: hepatopatía (2%), etilismo (22%), consumo de antiinflamatorios no esteroideos (22%), hemorragia digestiva previa (20%) y una combinación de 2 o más comorbilidades (34%) (Cuadro 3 y Figura 6).

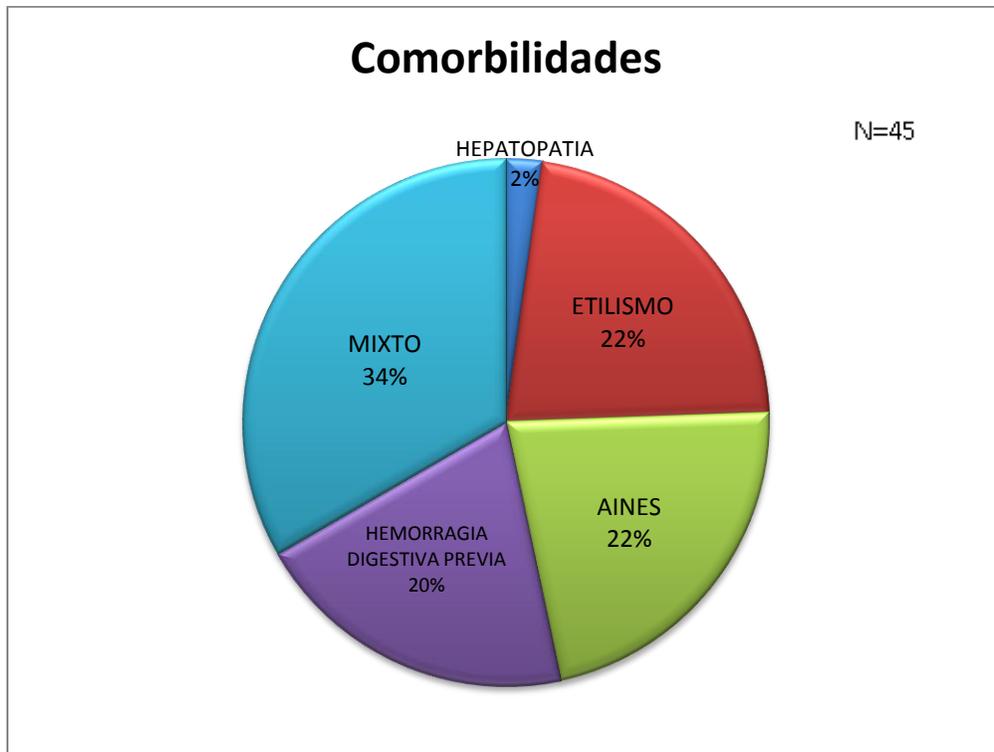
Cuadro 3. Frecuencia de comorbilidades asociadas a hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.

N=45

COMORBILIDAD	%
Hepatopatía	2%
Etilismo	22%
Consumo de AINES	22%
Hemorragia digestiva previa	20%
Mixto (2 o más comorbilidades)	34%

Fuente: Hojas de registro del Hospital General de Querétaro

Figura 6. Frecuencia de comorbilidades asociadas a hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.



Fuente: Hojas de registro del Hospital General de Querétaro

Se registraron las siguientes modalidades clínicas de presentación de la hemorragia de tubo digestivo alto: hematemesis (22%), evacuaciones melénicas (16%), vómito en pozos de café (18%) y una combinación de 2 o más modalidades (44%) (Cuadro 4 y Figura 7).

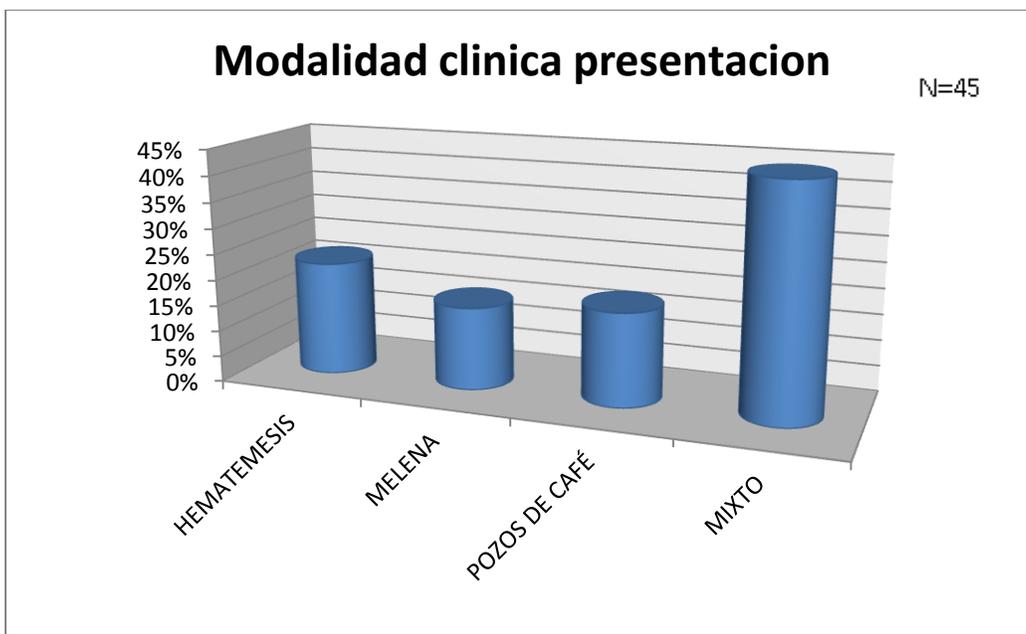
Cuadro 4. Frecuencia de modalidades clínicas de presentación de hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.

N=45

MODALIDAD CLINICA	%
Hematemesis	22%
Evacuaciones melénicas	16%
Vomito en pozos de café	18%
Mixto	44%

Fuente: Hojas de registro del Hospital General de Querétaro

Figura 7. Frecuencia de modalidades clínicas de presentación de hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital General de Querétaro de Agosto a Octubre de 2013.



Fuente: Hojas de registro del Hospital General de Querétaro

V. DISCUSIÓN

La hemorragia de tubo digestivo alto representa un problema de gran importancia clínica y epidemiológica, debido a que es una causa frecuente de ingreso a los servicios de urgencias y se acompaña de una alta tasa de mortalidad y de comorbilidades asociadas.

A pesar de que se reconoce la hemorragia de tubo digestivo alto como una complicación de diversas patologías, se debe señalar que en la mayoría de casos se presenta debido a condiciones inherentes al huésped, ya sea asociado a las comorbilidades o a la edad del paciente.

Los resultados de este trabajo ofrecen un panorama general de la situación que está presente en el Hospital General de Querétaro; reflejando la frecuencia de pacientes que ingresan al servicio de urgencias con diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto, así como sus comorbilidades asociadas, la edad y género de los pacientes y la modalidad clínica de presentación. Observándose que la edad de presentación es similar a la reportada en la literatura acerca del tema (media de 56 años), asimismo, las comorbilidades asociadas son similares a las reportadas en la literatura (edad, sexo masculino, etilismo y consumo de AINES).

VI. CONCLUSIÓN

De los 45 pacientes analizados en el presente estudio, se observó que la hemorragia de tubo digestivo alto se presenta más frecuentemente en el género masculino en un 80%, asociándose en igual proporción al etilismo (22%) y al consumo de antiinflamatorios no esteroideos (22%).

La media de edad de presentación de la hemorragia de tubo digestivo alto fue de 49 años, los grupos de edad más afectados fueron los de 46 a 60 años y de 31 a 45 años y el menos afectado fue el de 76 años en adelante.

La modalidad clínica de presentación de la hemorragia digestiva que se encontró más frecuentemente fue la combinación de 2 o más modalidades en el 44% de los casos, seguida de la hematemesis únicamente en el 22% de los casos y en menor número las evacuaciones melénicas únicamente en un 16%.

La hemorragia de tubo digestivo alto es una causa frecuente de ingresos al servicio de urgencias del Hospital General de Querétaro, por lo que debe realizarse un flujograma de atención adaptado a nuestro medio; asimismo la elaboración de estrategias diagnósticas y terapéuticas que permitan la adecuada atención de los pacientes, con la finalidad de reducir la mortalidad y las complicaciones asociadas a la patología.

VII. LITERATURA CITADA

1. **Abdo-Francis J.** (2011) Actualidades en Hemorragia No Variceal. Revista de Gastroenterología de México; Supl. 1(76):46-48.
2. **Ahmed A.** (2012) Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the Elderly. *Drugs Aging*; 29: 933-940.
3. **Al-Jaghber M.** (2013) Blood Transfusión for Upper gastrointestinal Bleeding: is less more again? *Critical Care* 17:325.
4. **Albeldawi M, et al.** (2010) Managing Acute Upper GI Bleeding, Preventing Recurrences. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*: 131-142.
5. **Ali H, et al.** (2012) Emergency Department Risk Stratification in Upper Gastrointestinal Bleeding. *CJEM*; 14(1):45-49.
6. **Arora A, et al.** (2013) Unusual Cause of Massive Upper Gastrointestinal Bleeding: a Pancreatic Arteriovenous Malformation. *J Pancreas*; 14 (3): 292-305.
7. **Bai Y, et al.** (2011) Meta-analysis: Erythromycin Before Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* ; 34: 166-171.
8. **Cappell M, et al.** (2008) Initial Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: From Initial Evaluation up to Gastrointestinal Endoscopy. *Med Clin N Am* 92: 491–509.
9. **Cappell M, et al.** (2008) Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Endoscopic Diagnosis and Therapy. *Med Clin N Am* 92: 511–550.
10. **Cárdenas A.** (2010) Management of Acute Variceal Bleeding: Emphasis on Endoscopic Therapy. *Clin Liver Dis* 14: 251–262.

11. **Casamayor E, et al.** (2010) Sangrado Digestivo Alto: Consideraciones Actuales Acerca de su Diagnóstico y Tratamiento. MEDISAN; 14(5):591-601.
12. **Castro L, et al.** (2006) Tratamiento de la Hemorragia del Tubo Digestivo Alto por Enfermedad Acido Peptica: Omeprazol vs Ranitidina. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int; 20 (2): 87-92.
13. **Chandran S, et al.** (2013) Risk Stratification of Upper GI Bleeding with an Esophageal Capsule. GastrointestEndosc; 77:891-898.
14. **Chen Z, et al.** (2011) Management of Upper Gastrointestinal Bleeding Emergencies: Evidence-based Medicine and Practical Considerations. World J Emerg Med: 5-12.
15. **Cortés P.** (2010) Clasificación de Forrest. Gastroenterol Latinoam; Vol 21, Nº 1: 59-62.
16. **Crooks C, et al** (2012) Defining Upper Gastrointestinal Bleeding from linked Primary and Secondary Care Data and the Effect on Occurrence and 28 day Mortality. Health Services Research 12:392.
17. **Dall M, et al.** (2012) Re-prescribing of Causative Drugs in Persons Discharged After Serious Drug-Induced Upper Gastrointestinal Bleeding. Aliment Pharmacol Ther; 35: 948-954.
18. **Denis B, et al.** (2009) Factores Asociados a Sangrado de Tubo Digestivo Alto. Servicio de Gastroenterología. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá. AbrilSeptiembre 2009. RevMed Cient; 24(1): 4-11.
19. **Fletcher E, et al.** (2010) Systematic Review: Helicobacter Pylori and the Risk of Upeer Gastrointestinal Bleeding Risk in Patients Taking Aspirin. Aliment Pharmacol Ther; 32:831-839.

20. **Gómez W.** (2008) Manejo Inicial del Sangrado Digestivo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*: 341-350.
21. **Gonzalez J, et al** (2011) Predictor of In-Hospital Mortality in Patients with Non Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Rev Esp Enf Dig*; 103 (4): 106-203.
22. **Gralnek I, et al.** (2008) Management of Acute Bleeding from a Peptic Ulcer. *N Engl J Med*; 35: 928-37.
23. **Guo S, et al.** (2009) Application of Endoscopic Hemoclips for Nonvariceal Bleeding in the Upper Gastrointestinal tract. *World J Gastroenterol*; 15(34): 4322-4326.
24. **Greenspoon J, et al.** (2010) The Pharmacological Therapy of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterol Clin N Am* 39: 419–432.
25. **Herrera A, et al.** (2009) Uso de Medicamentos Profilacticos para Hemorragia Digestiva en Pacientes Hospitalizados en la Clinica Rafael Uribe Uribe de Cali. *Rev Col Gastroenterol*; 24 (4): 340-346.
26. **Kahan B, et al.** (2013) Update on the Transfusion in Gastrointestinal Bleeding Trial: Statistical Analysis Plan for a Cluster-Randomised Feasibility Trial. *Trials*; 14:206-2011.
27. **Kaliamurthy M, et al.** (2011) Upper Gastrointestinal Bleeding: A Jamaican Perspective. *West Indian Med J*; 60 (3): 289-292.
28. **Kar P, et al.** (2012) Gastric Antral Vascular Ectasia. Case Report and Review of Literature. *Clinical Medicine and Research*; 11(2):80-85.
29. **Leontiadis G, et al.** (2009) The Role of Proton Pump Inhibitors in the Management of Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterol Clin N Am* 38: 199–213.

30. **Lisanne I, et al.** (2012) Management of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Current Policies and Future Perspectives. *World J Gastroenterol*; 18 (11): 1202-1207.
31. **Masoodi M, et al.** (2012) Etiology and Outcome of Acute Gastrointestinal Bleeding in Iran: A Review Article. *Middle East Journal of Digestive Diseases*: 193-198.
32. **Miramoto M, et al.** (2012) Continuous proton pump inhibitor treatment decreases upper gastrointestinal bleeding and related death in rural area in Japan. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 27:372-377.
33. **Morales-Uribe C, et al.** (2011) Upper Gastrointestinal Bleeding: Risk Factors for Mortality in Two Urban Centers in Latin America. *Rev Esp Enferm Dig*; 103: 20-24.
34. **Osman D, et al.** (2012) Management by the Intensivist of Gastrointestinal Bleeding in Adults and Children. *Annals of Intensive Care*, 2:46: 1-17.
35. **Ouali S, et al.** (2012) Is Routine Second-look Endoscopy Effective After Endoscopic Hemostasis in Acute Peptic Ulcer Bleeding? A Meta-analysis. *Gastrointest Endosc*; 76:283-292.
36. **Palamidessi N.** (2010) Nasogastric Aspiration and Lavage in Emergency Department Patients with Hematochezia or Melena without Hematemesis. *Acad Emerg Med* 17:126-132.
37. **Restellini S, et al.** (2013) Red Blood Cell Transfusion is Associated with Increased Rebleeding in Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Aliment Pharmacol Ther*; 37: 316–322.
38. **Rivera D, et al.** (2012) Hemorragia Digestiva Alta Secundaria a Lesion de Dieulafoy. *Rev Cienc Salud*; 10(3): 421-428.

39. **Rodríguez H, et al.** (2009) Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia de Tubo Digestivo Alto y su Mortalidad. *RevMedInstMex Seguro Soc*; 47 (2): 179-184.
40. **Sheasgreen C, et al.** (2013) Recent Advances on the Management of Patients with Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Annals of Gastroenterology* 26, 1-7.
41. **Sierre S.** (2009) Tratamiento Endovascular de la Hemorragia Digestiva-Embolización Digestiva. *J VascIntervRadiol*; 20:461-6.
42. **Straube S, et al.** (2009) Mortality with Upper Gastrointestinal Bleeding and Perforation: Effects of Time and NSAID use. *BMC Gastroenterology*: 1-7.
43. **Svoboda P, et al.** (2012) Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Liver Cirrhosis Patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*; 156(3): 266-270.
44. **Talavera O, et al.** (2011) Valor Diagnostico del Aspirado Nasogástrico en la Evaluación de la Hemorragia Gastrointestinal Superior Comparado con Panendoscopia. *Rev Sanid Milit Mex*; 65 (2): 41-47.
45. **Teramoto Ó.** (2010) Hemorragia del tubo Digestivo de Origen Indeterminado. *Revista de Gastroenterología de México*; Supl.1 (75):99-102.
46. **Trawick E.** (2012) Management of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Tract Hemorrhage: Controversies and Areas of Uncertainty. *World J Gastroenterol*; 18(11):1159-1165.
47. **Villanueva C, et al.** (2013) Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med*; 368; 1: 11-21.
48. **Wee E.** (2011) Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Journal of Postgraduate Medicine*; 57 (2): 161-167.
49. **Wilkins T.** (2012) Diagnosis and Management of Upper Gastrointestinal Bleeding. *Am Fam Physician*; 85(5):469-476.

50. **Zepeda S.** (2010) Hemorragia de Tubo Digestivo Alto No Variceal. Revista de Gastroenterología de México; Supl.2 (75):31-34.

VIII. APENDICE

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS			
NOMBRE DEL PACIENTE			
_____			FOLIO
EDAD	SEXO		_____
_____	_____		
		SI	NO
HEPATOPATIA			
ETILISMO			
CONSUMO DE AINES			
HEMORRAGIA DIGESTIVA PREVIA			
MODALIDAD CLINICA DE PRESENTACION			

CAUSA			

OBSERVACIONES			

IX. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Titulo de la investigación: “FRECUENCIA DE PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE QUERETARO CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO (AGOSTO- OCTUBRE 2013)”

Se realizará en el Hospital General de Querétaro, de los Servicios Médicos de la Secretaria de Salud del estado de Querétaro en el periodo comprendido de 1 de Agosto de 2013 al 31 de octubre de 2013.

Domicilio: Avenida 5 de Febrero # 101 Colonia Virreyes C.P. 76091

Teléfono: 4422158253 (Información Jefatura de Enseñanza e Investigación)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

☞ *Médico Residente Karina Guerrero López*

Hospital General de Querétaro, Secretaria de Salud

Domicilio Avenida 5 de Febrero # 101 Colonia Virreyes C.P. 76091

Investigador responsable

☞ *Médico Especialista Marco Antonio Hernández Flores*

Urgencias Médico-Quirúrgicas

Domicilio Avenida 5 de Febrero # 101 Colonia Virreyes C.P. 76091

Director de tesis

☞ *Médico María Teresita Ortiz Ortiz*

Maestría en Ciencias de la Salud

Domicilio Avenida 5 de Febrero # 101 Colonia Virreyes C.P. 76091

Asesor Metodológico

**X. FIRMAS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL E INVESTIGADORES
ASOCIADOS**

Karina Guerrero López
Médico Residente de Urgencias Médico-Quirúrgicas
Investigador Responsable

Marco Antonio Hernández Flores
Médico Especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas
Director de Tesis

María Teresita Ortiz Ortiz
Maestra en Ciencias
Asesor Metodológico