



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
ORIZABA , VERACRUZ

**SANGRADO GASTROINTESTINAL ALTO EN
ADULTOS, FACTORES QUE CONDICIONAN
RECAIDAS Y DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA

Dra. Yolanda Fuentes Flores

ASESOR:

Dr. José Ubaldo Trujillo García

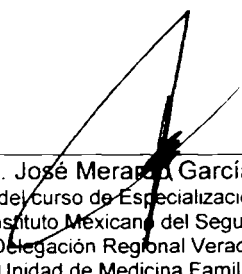




Dra. María Guadalupe González Guerrero
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional Veracruz Sur
Hospital General Regional Orizaba
Lic. Ignacio García Téllez



**COORD. CLIN. EDUC. E INV. MEDICA
HOSP. GEN. REGIONAL
DELEG. REGIONAL VERACRUZ SUR
ORIZABA, VER.**



Dr. José Meranda García García
Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional Veracruz Sur
Unidad de Medicina Familiar No. 1
Orizaba, Ver |

AGRADECIMIENTOS

A TI DIOS, PORQUE NUNCA ME ABANDONAS EN MIS PROYECTOS Y ME DAS LOS MOTIVOS SUFICIENTES PARA CONTINUAR ADELANTE.

A TI MADRE (Q.E.P D.) PORQUE SE QUE HA PESAR DE TODO SEGUIMOS JUNTAS.

CON TODO MI AMOR A MI FAMILIA: RAFAEL MI ESPOSO Y MIS HIJOS, RAFAEL, OMAR, SELENE. QUIENES TODO EL TIEMPO SE HAN SACRIFICADO CONMIGO PARA QUE PUDIERA REALIZAR CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DE MI RESIDENCIA. PORQUE FUERON LOS PRINCIPALES QUE GENERABAN MOTIVOS DIARIOS PARA NO DECAER. LOS AMO.

A MI HERMANA MARGARITA, MIS SOBRINOS MAGUIN Y ADAN. QUIENES SIEMPRE ESTAN CONMIGO EN LOS MOMENTOS DIFICILES.

A MIS PACIENTES, CON LOS CUALES ME RETROALIMENTO TODOS LOS DIAS PARA EJERCER ESTA MAGNIFICA CARRERA QUE DIOS Y LA VIDA ME HAN PERMITIDO.

A TODOS MIS ASESORES DE TODAS LAS ESPECIALIDADES POR DONDE ROTE Y A MIS TITULARES. MUCHAS GRACIAS.

**SANGRADO GASTROINTESTINAL ALTO EN ADULTOS,
FACTORES QUE CONDICIONAN RECAIDAS Y DIAGNOSTICO
ENDOSCOPICO.**

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
HIPOTESIS.....	16
OBJETIVOS	17
MATERIAL Y METODOS.....	18
RESULTADOS.....	20
CONCLUSIONES.....	31
ALTERNATIVAS.....	36
ANEXOS.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	39

RESUMEN ESTRUCTURADO

Sangrado gastrointestinal alto en adultos, factores que condicionan recaídas y diagnóstico endoscópico.

Fuentes-Flores Y¹ Trujillo-García JU².

¹ Residente tercer año de medicina familiar, ² Médico no familiar, Asesor Investigación, Hospital General Regional Orizaba, Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Regional Veracruz Sur.

Introducción.- Sangrado gastrointestinal alto es presencia de hematemesis, vómito café oscuro, o sangrado café aspirado por sonda nasogástrica, común y potencialmente amenazador para la vida.

Objetivo.- Determinar factores que condicionan sangrado gastrointestinal alto en adultos, recaídas, y diagnóstico endoscópico.

Material y métodos.- Estudio ambispectivo, transversal comparativo en adultos con sangrado gastrointestinal alto, periodo julio 2001 - junio 2002. Registros en Hospital General Regional Orizaba. Identificándose edad, sexo, patologías concomitantes, toxicomanías, farmacoterapia previa, terapéutica agregada, estancia hospitalaria, exámenes de laboratorio, ultrasonido, rayos X, estudio, diagnóstico y terapéutica endoscópica, diagnóstico histopatológico, complicaciones endoscópicas, recaídas y mortalidad. Análisis con medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión, ORP para riesgo, para diferencias chi cuadrada y significancia estadística $P < 0.5$, IC 95%.

Resultados.- De 120, tenían registros completos 95. Edades: de 20 - 99 años, media 63 ± 6 . Patologías concomitantes: cirrosis hepática 56 (58.94%), con ORP 2.9 alcoholismo 52 (54.73%), ORP 1.8. Tabaquismo 31 (32.63%), ORP 1.4. Uso de antiinflamatorios no esteroideos 28 (29.5%), ORP 4.3. Recayeron 49 (51.6%) menos de 3 ocasiones, más de 3 ocasiones 11 (11.6%). Diagnóstico endoscópico: varices esofágicas Grado 1, 21 (22.10%), Grado II, 9 (9.5%), gastropatía hipertensiva 14, (14.73%), úlceras gástricas 8 (8.42%), duodenitis 9 (9.5%), gastritis erosiva 28 (29.5%), úlcera bulbar 10 (10.52%). Mortalidad 20 (21.1%)

Conclusiones.- El sangrado gastrointestinal alto causa frecuentemente mortalidad, entre 60 - 79 años, la mayoría recae menos de 3 ocasiones, relacionado con la literatura. El diagnóstico endoscópico considérese en todo paciente con hematemesis.

Palabras clave.- Sangrado, recaídas.

INTRODUCCION

El sangrado gastrointestinal alto, es una de las causas frecuentes de hospitalización en nuestro país y en otras partes del mundo, tan solo en Estados Unidos hay más de 350,000 hospitalizaciones por año con una mortalidad del 10%. Hay estadísticas que mencionan que la mayoría de los pacientes cuentan con más de 60 años, con otras enfermedades adyacentes que aumentan la probabilidad de recaídas y muerte. Sin embargo, la mortalidad disminuye en aquellos pacientes con sangrado discreto, no recurrente, los que cuentan con menos de 60 años y no tienen otras enfermedades. En aquellos pacientes con sangrado recurrente o hemorragia continúa está bien justificada la endoscopia. La hemorragia gastrointestinal superior aguda, puede originarse en muchos sitios, causando desde un sangrado discreto hasta una hemorragia masiva que ponga en peligro de choque hipovolemico a un paciente, por lo cual es necesaria la valoración endoscópica de todos

los pacientes que ingresan con sangrado gastrointestinal alto y establecer el diagnóstico para así realizar la terapéutica adecuada. En aquellos que presenten alteración del estado hemodinámico, se esperará a la estabilización inicial. Hay artículos que mencionan que las úlceras pépticas representan la mitad de esta patología, en segundo lugar la hipertensión portal con varices sangrantes consecutivas, los desgarros de Mallory-Weiss, las anomalías vasculares, las neoplasias gástricas, la gastritis erosiva algunas otras patologías raras como una fístula aortoentérica, tumor o lesión vascular hepática, lesión de Dieulafoy (arteria submucosa gástrica aberrante).

Sin embargo, en este hospital no se cuenta con una estadística que valore el número de casos, los factores que condicionen las recaídas y el diagnóstico por endoscopia, así como la mortalidad por esta entidad. Por lo que se realiza este trabajo. Es conveniente conocer las causas más frecuentes y así poder incidir en aquellas patologías que pueden prevenirse a través del primer nivel de atención. Se conocerá la mortalidad con el fin de valorar también las causas más frecuentes y poder así implementar programas terapéuticos adecuados a cada caso en segundo nivel de atención.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El sangrado gastrointestinal alto está definido como la presencia de hematemesis, vómito café oscuro, o sangrado café aspirado por sonda nasogástrica. El sangrado gastrointestinal es común y potencialmente un problema amenazador para la vida. La incidencia del sangrado gastrointestinal alto es de 40 a 150 episodios por 100,000 por año. La mortalidad oscila del 6% al 10% en una serie estudiada por 30 a 60 años, la incidencia de hospitalizaciones fue de 20- 25 episodios por 100,000 por año. La endoscopia puede predecir la recurrencia y mortalidad, produce excelentes resultados, reduce costos y evita más días de hospitalización del 47 al 49%.

Las úlceras pépticas representan la mitad de las hemorragias gastrointestinales superficiales, varices esofágicas secundarias a hipertensión portal del 10 al 20%. Desarrollo de Mallory Weiss 5 al 10%, anomalías vasculares 7%, neoplasias gástricas 1%, gastritis erosiva del

6- al 30%, esofagitis crónica es rara, fistula aortoentérica 2%, raramente lesión de Dieulafoy (arteria submucosa gástrica aberrante) y otras causas no diagnosticadas 6%. (1, 2, 3, 4)

Dentro de los factores de riesgo se encuentran: la edad, (mayores de 60 años) sexo, (el hombre es más predisponente a úlcera duodenal) sangrado de tubo digestivo previo, diabetes (por la ingesta de hipoglucemiantes), historia de H.pylori, dispepsia o úlcera previa, uso de drogas anti-inflamatorias no esteroideas por más de 30 días, como el ácido acetil. Ingesta de glucocorticoides, anticoagulantes, antidepresivos y la dieta, sobre todo los que inhiben la serotonina. El riesgo también aumenta en octogenarios. El papel de la serotonina es importante frente a las plaquetas y responsable de las lesiones vasculares, se reporta 1 caso por 8,000 prescripciones en E. U. (5,6)

When Félix Hoffman descubrió que el ácido acetil causa dispepsia y fue reportado por Douthwaitey Linhtt en 1938, estos estudios farmacológicos han ocurrido a lo largo de 70 años, la ingesta de 600 mg de aspirina evidencian lesión aguda, caracterizada por hemorragia y petequias en el epitelio; así como erosión mucosa por mecanismos inciertos, pero se cree están involucrados el oxido nítrico y las neuronas mioentéricas como mediadores responsables de la mucosa, está

asociado a inflamación, sangrado crónico y perforación, el uso de corticoides a 10 mg de prednisolona diarios aumenta el riesgo por úlcera péptica . Se mencionan otras como el tabaquismo y alcohol. (7)

La aspirina es usada para prevenir enfermedades cardiovasculares en alrededor de 50 millones de americanos, 1 en 100 pacientes que la ingieren en 28 meses a 163 mg por día producen sangrado gastrointestinal. No se evidencia disminución del riesgo por la modificación en la dosis. (8)

Las drogas AINES son probablemente la causa más común de lesiones gastroduodenales en los E. U aproximadamente las erosiones gástricas se presentan en 15-30% y presentan úlceras al examinarse por endoscopia. El sangrado gastrointestinal ocurre del 3- 4.5 % de estos pacientes con serias complicaciones en 1.5%. Se produce hemorragia subepitelial en 15 a 30 minutos después de su ingestión, dentro de las complicaciones se menciona que puede ocurrir perforación u obstrucción. (9)

En pacientes críticos se incrementa el riesgo de sangrado gastrointestinal alto, usualmente por úlcera péptica o enfermedad erosiva en 0.6-33% identificando por endoscopia anomalías de la mucosa en el 100%. (10)

La úlcera posquirúrgica recurrente es otro problema de reto, que puede ser ocasionado por la ingesta de aspirina, (más de 5 tabletas al día) la cual juega un rol en la ulceración recurrente, en una proporción de casos la úlcera no se cura pero lleva al sangrado y a la perforación o a estenosis que puede requerir cirugía; la resistencia al tratamiento por la úlcera péptica puede ser por H.pylori en 50 a 90% de los casos y puede presentar SGI alto después de la cirugía hasta en el 27%. (11)

En otro estudio se menciona que el H.pylori potencia la toxicidad de los AINES y causa hemorragia, su erradicación reduce el resangrado, comparándolo con grupos controles en donde no tienen infección con H.pylori. (12)

Otras de las causas son el sangrado por varices esofágicas como la mayor causa de morbilidad y mortalidad en pacientes con cirrosis e hipertensión portal. Los pacientes con aumento de la presión venosa portal tienen grave riesgo de sangrado y muerte, el límite de 20mmhg predice la evolución. Las transfusiones pueden aumentar la presión portal y precipitar mayor sangrado. La somatostatina previene secundariamente el riesgo de aumento de la presión portal en el sangrado agudo pero continúa en investigación. Se dice que en los primeros 3 días disminuye la presión como consecuencia de elevar la

resistencia portocolateral. El diagnóstico es endoscópico de 1 a 5 hrs. Posiblemente después de la resucitación y estabilización hemodinámica. (13)

La hipertensión portal es el principal hallazgo de la cirrosis directamente responsable de complicaciones letales como las varices hemorrágicas, hay una elevada presión portal en las colaterales portosistémicas, elevando la resistencia vascular, se necesita una presión elevada de 10 mmhg necesaria para producir varices las cuales están propensas a ruptura, con dramática hemorragia, se presenta en el 50% de los pacientes cirróticos, el riesgo de ruptura depende del diámetro de las varices y el grado de hipertensión portal. El riesgo de sangrado disminuye científicamente si se reduce la presión portal a menos del 20% de la de fondo. (14)

Hay estudios que mencionan que la esofagitis es causa frecuente de SGI alto, los mecanismos que la causan son poco claros en pacientes críticos de UCI en un 30.7%. La mortalidad está asociada clínicamente a SGI en un 48% de los pacientes. Hay lesiones en la mucosa esofágica a pesar de la supresión y la terapia profiláctica de las úlceras por estrés, esto ocurre sobre todo en pacientes con mecánica ventilatoria; 50%, por tubos nasogástricos en el 60% que causan

cambios irritativos, incrementan el reflujo esofágico de ácido gástrico o fluidos duodenales, dañando a la mucosa después de 2 hrs. así como pacientes con reflujo por esófago de Barret. (15)

Las malformaciones gastrointestinales son causa de sangrado crónico agudo y se presenta un grupo heterogéneo que incluye las angiodisplasias y Telangiectasias, es conocido que son hereditarias y están asociadas a lesiones difusas. Se observa en mayores de 60 años, la asociación de sangrado y angiodisplasias es reportada desde 1967 por Quick, representa el 6% como causa de sangrado, se caracterizan por malformaciones vasculares, con tortuosidad en la microcirculación que aumenta el riesgo de sangrado. (16)

El sangrado recurrente gastrointestinal adquirido por angiodisplasias representa un reto para la terapia endoscópica pero puede ocasionar resangrado en el procedimiento. Hay dificultad en la identificación y tratamiento de todas las lesiones a veces difusas o inaccesibles, hay hipertensión portal y envuelve distintos mecanismos patogénicos, se confirman por endoscopia o angiografía. Son irregulares sus márgenes, con un largo de 5mm, con presencia de un halo alrededor de una lesión en la mucosa, que aumenta el potencial de SGI, puede aparecer como una tortuosidad venosa, como un mechón vascular o como una

vena bastante llena. El riesgo de resangrado por angiodisplasias es del 60% después de 2 años. (17)

El cuadro clínico depende de la causa que esté ocasionando el SGI alto, el cual puede ser leve o grave; el 20% de los pacientes por sangrado por úlcera carece de antecedente de dolor, particularmente en los que reciben AINES, es común la melena y hematemesis, la hemorragia masiva o el transito gastrointestinal rápido puede producir hematoquezia, más que melena “sedimentos de café” en sonda nasogástrica o sangre roja brillante. En el Síndrome de Mallory Weiss hay hematemesis con o sin melena, historia o antecedentes de náuseas, vómito en el 50% de los casos. En las varices: Vómito espontáneo de sangre roja brillante o materiales de “sedimento de café” con melena o hematoquezia, náuseas, dispepsia. La hemorragia varicosa cuando es intensa da lugar a hipovolemia, manifestada por signos vitales posturales o choque. Los factores principales que determinan el diagnóstico y el enfoque terapéutico son la cantidad y velocidad de la hemorragia, para definir con precisión la causa y el sitio de la hemorragia gastrointestinal alta. El más adecuado hasta hoy es la endoscopia, a través de la cual también se pueden llevar métodos terapéuticos para cohibir o controlar la hemorragia como son: inyección

de sustancias esclerosantes aplicación de ligaduras, electrocoagulación, uso de láser, aplicación de clips de titanio (Japón).(18, 1)

Para la úlcera sangrante se utiliza: la electrocoagulación bipolar, catéter térmico (heater probe) y terapia de inyección con soluciones como epinefrina, polidocanol, alcohol, solución salina y agua no se observan diferencias en los resultados con las diferentes soluciones y disminuye la mortalidad entre el 30 y 60%. El tratamiento se indica en pacientes con alto riesgo de resangrado medido por el hallazgo endoscópico de sangrado activo o vaso visible no sangrante, aún así, pueden ocurrir desgarros hasta en un 20% de los pacientes tratados. La endoscopia establece el pronóstico. En el sangrado recurrente o persistente intra hospitalario, la inestabilidad hemodinámica, la hematemesis y el requerimiento de transfusiones constituyen factores de riesgo de mortalidad y comprometen el pronóstico, Así como ciertos factores como la edad y las enfermedades concurrentes. (19)

La recurrencia de sangrado se valora basándose en:

1. -recurrencia de hematemesis o melena 12 hrs. Después del primer episodio.

2. -Declinación del hematocrito a menos del 4% las primeras 24hrs después de haberse estabilizado.

3. -Sangrado activo reportado por endoscopio después que el paciente ceso el sangrado inicial.

Los pacientes con un desgarro de Mallory-Weiss no hemorrágico, esofagitis, gastritis y úlceras que tienen una base blanca, limpia, están en riesgo muy bajo de recurrencia de la hemorragia. (20, 1)

El progreso en la Gastroenterología, tiene avances en la endoscopia, la cual se desarrolló a principios del milenio, para el tratamiento de desordenes gastrointestinales; se aplica con sedación, lo cual reduce los costos, se tiene un monitoreo hemodinámico durante el procedimiento y se utilizan endoscopios, de un diámetro tan pequeño como 11 mm que pueden ser transorales o transnasales en el sangrado gastrointestinal alto los clips y ligaciones proveen inmediata y efectiva hemostasia. (21)

La evaluación inicial del paciente con hemorragia gastrointestinal alta debe ser rápida y comprende el estado hemodinámico: por medio de la FC y la TA. Una presión sistólica menor de 100 mmhg (independientemente de la frecuencia cardiaca) identifica a un paciente de alto riesgo con hemorragia aguda grave (pérdida de volumen

intravascular del 20 al 25% y es una urgencia. La FC arriba de 100x minuto con presión sistólica arriba de 100mmg significa una pérdida aguda moderada de sangre. Debido a que el hematocrito puede tomar de 24 a 72 hrs. Para equilibrarse con el líquido extravascular, no es un indicador confiable de la intensidad de la hemorragia aguda. La cantidad de líquido (solución salina o Ringer lactato) y productos sanguíneos se basa en la evaluación de los signos vitales, se debe colocar sonda nasogástrica. El hematocrito debe aumentar 3% con cada unidad de sangre. En los pacientes con hemorragia activa se deben transfundir plaquetas si su recuento es inferior a 50,000/ml, una unidad de plasma fresco por cada unidad de paquetes globulares transfundidos. En los pacientes con SGI alto los antagonistas del receptor H2 e inhibidores de la bomba de protones no se han observado que tengan beneficio para detener la hemorragia activa o reducir la incidencia de recurrencia, no deben usarse hasta después de identificar la lesión por endoscopia. El Octreotide es un sintético octapeptido similar a la hormona somatostatina endógena, su infusión intravenosa continúa a 100mg seguido de 50 a 100mg/hr. Reduce el flujo sanguíneo esplácnico y las presiones de la vena porta, y es eficaz en la hemorragia relacionada con hipertensión portal, en el control del

sangrado por varices esofágicas es sugestiva de seguridad. Sin embargo, no está aprobada por la FDA, tiene una vida más larga comparada con la somatostatina administrándola subcutáneamente.

(22, 1) La decisión de transfundir depende del estado hemodinámico, la velocidad del sangrado, la presencia de síntomas, hemoglobinas niveladas, enfermedades asociadas, pacientes con rápido y sostenido sangrado se sugiere transfundir inmediatamente. En aquellos con enfermedad cardiovascular se recomienda transfundir aproximadamente 10 gr/dl. (23)

Hay otros estudios que señalan que se puede utilizar la somatostatina en infusión y llevar a cabo la escleroterapia una vez identificadas las varices esofágicas por endoscopia, al principio del tratamiento; Posteriormente administrar productos cristaloides. Un programa de profilaxis para sangrado recurrente sería: propanolol/nadolol o escleroterapia con endoscopia y ligación de varices y manejo del choque hipovolemico. Estos pacientes requieren transfusión de sangre en la Unidad de Cuidados Intensivos ya que tienen alta mortalidad casi siempre. (24)

Por lo tanto se conoce que la endoscopia está asociada clínicamente a la disminución de la recurrencia del sangrado o cirugía en pacientes con

alto riesgo por úlceras o varices, sin embargo, debe considerarse el tiempo en la cual se lleva a cabo, ya que aumenta el riesgo al 20% en los que se lleva a cabo después de 24 hrs. de hospitalización . A pesar de las recomendaciones hay estudios que refieren que hasta el 15% de los pacientes no reciben la terapia endoscópica. (25)

La mortalidad aumenta rápidamente en pacientes con enfermedad cardiovascular, definida como la historia de angina, infarto al miocardio, falla cardíaca congestiva, enfermedad periférica vascular y no en aquellos sin enfermedad cardiovascular. No hay diferencia en la mortalidad entre transfundidos y no transfundidos, sin embargo, se sugiere resangrado en cada transfusión, por lo que se recomienda transfundir solo a aquellos con menos de 7gr de hemoglobina. La magnitud de la hemorragia inicial es quizá la más importante indicación para una endoscopia. Los pacientes con cirrosis, coagulopatía, falla respiratoria o renal y más de 70 años tienen significativo resangrado e incremento de la mortalidad. (26,24)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que condicionan sangrado gastrointestinal alto, sus recaídas, así como su diagnóstico endoscópico en adultos. ?

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA. HO

No existen factores que condicionan sangrado gastrointestinal alto, sus recaídas, así como su diagnóstico endoscópico en adultos.

HIPOTESIS ALTERNA. H1

Hipótesis Alterna: Existen factores que condicionan sangrado gastrointestinal alto, sus recaídas, así como su diagnóstico endoscópico en adultos.

OBJETIVOS.

GENERAL:

Identificar los factores que condicionan sangrado gastrointestinal alto en adultos, su recaída así como su diagnóstico endoscópico.

ESPECIFICOS

1. -Captar el número de casos que se presentan de acuerdo a edad y sexo y días de estancia hospitalaria.
2. -Valorar por endoscopia el origen del sangrado de tubo digestivo alto y su reporte histopatológico, de las que se efectuó biopsia.
3. -Determinar la influencia de las toxicomanías, uso de drogas previas; y enfermedades concomitantes.
4. -Identificar las diferentes terapéuticas utilizadas en sangrado de tubo digestivo alto (endoscópico y farmacológico), así como las complicaciones durante la técnica endoscópica.
5. -Identificar las recaídas, y su mortalidad en este grupo de pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Diseño: ambiespectivo, transversal, comparativo.

Población y muestra. Por conveniencia, todos los pacientes adultos que presentaron sangrado gastrointestinal alto

Tiempo y lugar: Servicio de Medicina Interna en el Hospital General Regional de Orizaba. En un periodo de 1 año que comprendió del 1º. De julio del 2001 al 31 de junio del 2002.

Criterios de inclusión: Todos los adultos mayores de 20 años que se presentaron al hospital con sangrado gastrointestinal alto. Que sean derechohabientes. Pertenecientes a la AMGD 120.

Criterios de no-inclusión: No derechohabientes, menores de 20 años y pertenecientes a otro AMGD.

Criterios de exclusión: Aquellos con expediente incompleto

Procedimiento: A través de los registros hospitalarios se identificaron los casos con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto, en formatos especiales se anotó la edad, sexo, patologías concomitantes, toxicomanías, fármacos utilizados previamente, terapéutica agregada,

estancia hospitalaria, en el apoyo diagnóstico: exámenes de laboratorio, ultrasonido, rayos X, y estudio endoscópico; Diagnóstico endoscópico, terapéutica endoscópica, diagnóstico histopatológico, complicaciones Endoscópicas, recaídas, y mortalidad.

9.- **Análisis:** Con medidas de frecuencia simples y relativas. Medidas de tendencia central y dispersión; para evaluar el riesgo se utilizó el estimador ORP, para establecer diferencias chi cuadrada y determinar la significancia estadística $P < 0.5$ e intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

De una muestra de 95 pacientes, 44 fueron del sexo femenino (46.31%) y 51 fueron masculinos (53.7%). De acuerdo a los grupos de edad se encontró, en el de 90 a 99 años hubo 1 (1%), en el de 80 a 89 hubo 9 (9.5%), de 70 a 79 hubo 24 (25.3%), de 60 a 69 hubo 24 (25.3%), de 50 a 59 hubo 22 (23.2%), de 40 a 49 hubo 11 (11.6%), de 30 a 39 hubo 3 (3.2%), de 20 a 29 hubo 1 (1%). Con una media de 63 ± 6 . Dentro de las patologías concomitantes: Se encontró Hipertensión Portal en 10 (10.52%), Cirrosis hepática en 56 (58.94%), Enfermedad Cardiovascular en 10 (10.52%), Diabetes Mellitus en 27 (28.42%), Artropatías en 10 (10.52%), otras enfermedades asociadas en 66 (69.5%) (Figura 1)

De acuerdo con la presencia de toxicomanías: El alcoholismo lo fue en 52 (54.73%), tabaquismo en 31 (32.63%), fármacos utilizados previamente como; Antiinflamatorios no esteroideos en 28 casos (29.5%), corticosteroides 1 (1.1%), anticoagulantes 2 (2.10%), antidepresivos 4 (4.21%), otros fármacos utilizados 51 (53.7%),

Respecto a la terapéutica agregada: Los antagonistas del receptor H2, en 90 (94.73%), Ocreótidó 2 (2.10%), Nitratos 1 (1.1%), bloqueadores beta adrenérgicos 9 (9.5%), Vitamina K 6l (64.21%), uso de Tubo nasogástrico 8 (8.42%), la sonda de balón o de Sengstaken-Blakemore en 5 (5.3%), antiácidos en 62 (65.3%), las medidas antiemiónico en 35 (36.84%), los inhibidores de la bomba de protones en 31 (36.84%), los agentes que aumentan las defensas de la mucosa en 27 (28.42%. Con lo referente a la utilización de transfusiones, lo fue en 56 (58.94 %). De acuerdo con la estancia hospitalaria, esta se valoró en días, con más de 3 días 67 casos (70.52%) y menos de 3 días 28 (29.5%. Los reportes de exámenes de laboratorio efectuados fueron, quienes reportaron hemoglobina en 95 casos (100%), hematocrito 86 (90.52%) , leucocitos 82 (86.31%), plaquetas 78 (82.10%), tiempo de protrombina 81 (26%), tiempo de trombotoplastina parcial 78 (82.10%), glucosa 82 (86.31%), urea 81 (85.3%), creatinina 76 (80%), proteínas totales 70 (73.7%), albúmina 70 (73.7%), globulinas 71 (74.73%), bilirrubina directa 70 (73.7%), bilirrubina indirecta en 70 (73.7%), transaminasa glutámico oxalacética 70 (73.7%), transaminasa glutámico pirúvica 67 (70.52%), fosfatasa alcalina 63 (66.31%) , fosfatasa ácida 65

(68.42%), amilasa 66 (69.5%), ácido úrico 46 (48.42%). Los estudios de gabinete efectuados fueron: ultrasonido (higado y vias biliares) en 32 pacientes (33.7%), no se realizó a 63 (66.31%). Rayos X (serie esófago- gastroduodenal) se realizó a 23 (24.21%), no se efectuó a 72 (75.7%), estudio endoscopico en 57 (60%) y no se realizó en 38 (40%) Dentro del diagnóstico endoscopico las patologías que se encontraron fueron: Varices esofágicas Grado 1 en 21 (22.10%), Varices esofágicas Grado II, 9 (9.5%), Gastropatía hipertensiva 14 (14.73%), Ulceras gástricas 8 (8.42%), Duodenitis 9 (9.5%), Gastritis erosiva 28 (29.5%), Ulcera bulbar 10 (10.52%). (figura 2)

La Terapéutica Endoscópica Aplicada fue: Escleroterapia en 8 (8.42%), ligaduras en 4 (4.21 %), la combinación de ambas en ninguna, no se realizo en 45 (47.4%). Dentro del Diagnóstico Endoscopico: Se reportaron con malignidad 1 (1.1%), sin malignidad 8 (2.10%), con Helicobacter Pilory 3 (3.2%) y no se realizó biopsia en 42 (44.21%). Dentro de las complicaciones Endoscopicas: En 52 no hubo (54.73%), con ansiedad 2 (2.10%) y que requirieron nueva oportunidad 3 (3.2%). Respecto a la presencia de recaídas: No hubo en 35 casos (36.84%), recayeron 49 en menos de 3 ocasiones (51.6%) y 11 recayeron más de 3 ocasiones (11.6%). Dentro de la mortalidad se presentaron 20

(0.6-14.4), X^2 2.4, P 0.1139115. Enfermedad cardiovascular con un ORP 0.1, (0.00- 1.5), X^2 4.0, P 0.0459053. Insuficiencia renal un ORP 2.5, (0.2-62.7), X^2 0.6, P 0.3961755, Diabetes mellitus un ORP 4.3, (0.8-26.6), X^2 3.6 , P 0.633883, Artropatías un ORP 0.4, (0.1- 1.6) X^2 2.3 P0.1206520, otras enfermedades ORP 1.0, (0.4- 2.2), X^2 0.0, P 0.9154796, ORC 1.1 (tabla 1) .

Dentro de la terapéutica Previa, los antiinflamatorios no esteroideos un ORP 4.3, (0.4 -111.6), X^2 1.8, P 0.1902113, corticosteroides un ORP 0.2, (0.00- 16.9), X^2 0.8 , P 0.4642857, anticoagulantes un ORP 3, (0.00-912.7), X^2 0.3, P 0.6000000, antidepresivos un ORP 0.1, (0.00-1.6), X^2 3.9, P 0.0495848, otros un ORP 3.1, (1.1-9.00), X^2 5.2, P 0.0220603. ORC 0.7. Dentro de la terapéutica agregada, los antagonistas del receptor H2, tuvo un ORP 4.1, (0.7- 32.7), X^2 3.0, P 0.0900138, Octreótido un ORP 0.1, (0.00- 1.8), X^2 3.6, P 0.0775058, Nitratos un ORP 2.5, (0.1-86.6), X^2 0.5, P 0.4615385. Bloqueadores Beta adrenérgicos un ORP 0.9, (0.2- 5.2), X^2 0.0, P 0.5850279, Vitamina K un ORP 1.2, (0.5- 2.8), X^2 0.3, P 0.6114530, Antiácidos, ORP 1, (0.4- 2.7), X^2 0.00, P 1.0000000, inhibidores de la bomba de protones un ORP 0.8, (0.2-2.7), X^2 0.2, P 0.6385376, los agentes que aumentan las defensas de la mucosa gástrica, ORP 1.4, (0.5-4.1), X^2 0.6,

defunciones (21.1%). Dentro de la prevalencia se encontró a las Varices esofágicas, con una prevalencia de 63.15%, Úlcera Gástrica 15.78%, Gastritis 52.63%.

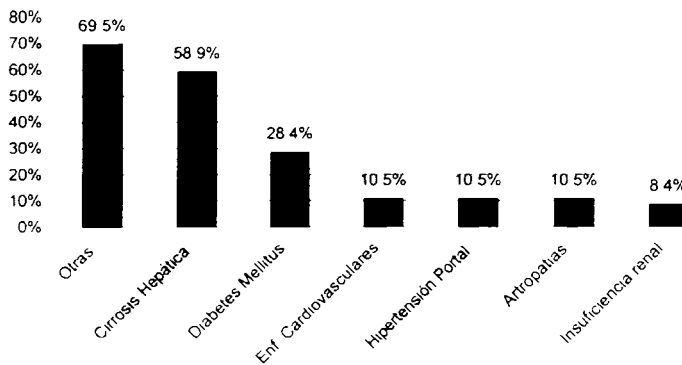
Al evaluar los factores asociados a recaídas de sangrado de tubo digestivo alto, se encontró que el sexo femenino tuvo ORP de 0.6 (0.3-1.6), X^2 1.1 P 0.3049545, masculino ORP de 1.6, (0.6-3.9), X^2 de 1.1, P 0.3049545. En cuanto a la edad de 20 a 29 años tuvo ORP de 8.3, (0.4-318.2) X^2 2.7, P 0.1212121, de 30 a 39 ORP 0.1, (0.00-0.1), X^2 5.8, P 0.0237358, de 40 a 49 un , ORP 5.7, (0.5-142.0), X^2 2.7, P 0.1041014, de 50 a 59, ORP 1.1, (0.3-4.1) X^2 0.0, P 0.9371208, de 60 a 69 un ORP 1.7 (0.5- 6.2), X^2 0.8 P 0.3877355 de 70 a 79 un ORP 0.8, (0.1-4.7), X^2 0.1 , P 0.5429433, de 80 a 89 tuvo ORP 6.3, (0.4-215.6), X^2 2.1, P 0.1678322, de 90 a 99 un ORP 0.0, (0.00-1.3), X^2 4.9, P 0.0400433, ORC 0.1. En cuanto a toxicomanías, el tabaquismo positivo tuvo un ORP de 0.7, (0.3-1.9), X^2 0.5, P 0.4761655, alcoholismo positivo, ORP 1.8, (0.7-4.5), X^2 1.8, P 0.1795087, tabaquismo negativo un ORP 1.4, (0.5-3.6), X^2 0.5, P 0.4761655. Alcoholismo negativo ORP 0.6, (0.2- 1.4), X^2 1.8, P 0.1795087. Dentro de enfermedades concomitantes, Hipertensión portal, un ORP 2.1, (0.4-15.6), X^2 0.8 P 0.3178766. Cirrosis hepática un ORP 2.9,

P 0.4408317. ORC 1.0. En cuanto al procedimiento, quienes se realizaron endoscopia un ORP 0.2, (0.1- 0.7), X^2 10.1, P 0.0015059, no se realizaron endoscopia ORP 4.2, (1.6- 11.4), X^2 10.1, P 0.0015059. En cuanto al tratamiento endoscópico con escleroterapia, tuvo un ORP 0.5, (0.0- 9.7), X^2 0.2, P 0.5546218, con ligaduras, ORP 2.1, (0.2-54.3), X^2 0.4, P 0.4691259, ninguno un ORP 0.9, (0.2- 3.4), X^2 0.0, P 0.8650729. ORC 1.0. Respecto a la influencia de helicobacter pilory, la presencia tuvo un ORP de 0.3, (0.0- 4.2), X^2 1.2, P 0.3052054, ausente, ORP 3.6, (0.2- 103.8), X^2 1.2, P, 03052054. (Tabla 2).

En cuanto a la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico vs. Endoscópico; El diagnóstico clínico de varices esofágicas tiene una sensibilidad de 36%, especificidad de 61%, valor predictivo positivo de 61%, valor predictivo negativo de 36%, el diagnóstico clínico de Ulcera gástrica, una sensibilidad de 11%, especificidad 91%, valor predictivo positivo de 20%, valor predictivo negativo de 84%, el diagnóstico clínico de Gastritis, una sensibilidad 0%, especificidad de 92.59%, valor predictivo positivo de 0%, valor predictivo negativo de 45.45%. (Tabla 3)

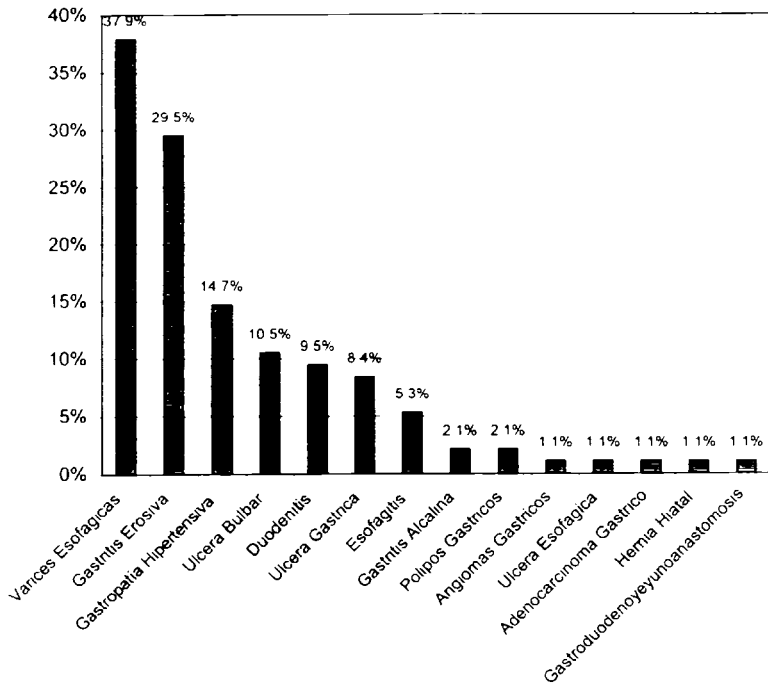
Dentro de la prevalencia se encontró a las Varices esofágicas. Con una prevalencia de 63.15%, Ulcera Gástrica 15.78%, Gastritis 52.63%.

Figura 1. Comorbilidad en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto. n = 95



Fuente: expedientes clínicos

Figura 2. Diagnostico endoscopico de los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto n=95



Fuente expedientes clinicos

Tabla 1: Análisis bivariado.

Factores asociados a recaídas de sangrado de tubo digestivo alto. n =95

Variable	ORP	IC 95%	X ²	P < 0 05	ORC
Sexo					
masculino	1 6	0 6-3 9	1 1	0 3049545	
Edad en años					
20-29	8 3	0 4-318 2	2 7	0 1212121	
30-39	0 1	0 00-0 1	5 8	0 0237358	
40-49	5 7	0 5-142 0	2 7	0 0104104	
50-59	1 1	0 3-4 1	0 0	0 9371208	
60-69	1 7	0 5-6 2	0 8	0 3877355	
80-89	6 3	0 4-215 6	2 1	0 1678322	
Toxicomanias					
Alcoholismo +	1 8	0 7-4 5	1 8	0 1795087	
Tabaquismo -	1 4	0 5-3 6	0 5	0 4761655	
Enfermedades concomitantes					
Hipertension portal					
Cirrosis Hepatica	2 1	0 4-15 6	0 8	0 3178766	
Enfermedad Cardiovascular	2 9	0 6-14 4	2 4	0 1139115	
Insuficiencia Renal	0 1	0 00-1 5	4 00	0 0459053	
Diabetes mellitus	2 5	0 2-62 7	0 6	0 3961755	
	4 3	0 8-26 6	3 6	0 0633883	

Fuente: Expedientes Clínicos. ORP: Razón de momios de prevalencia. IC: Intervalo de confianza. X²: Chi

Cuadrada. P: Significancia Estadística. ORC: Razón de Momios

Tabla 2: Análisis bivariado
Factores asociados a recaídas de sangrado de tubo digestivo alto. n= 95

Variable	ORP	IC 95%	X2	P< 0.05	ORC
Terapeutica previa					
Antiinflamatorios					
no esteroideos	4.3	0.4-111.6	1.8	0.1902113	
Anticoagulantes	3	0.00-912.7	0.3	0.6000000	
Otros	3.1	1.1-9.00	5.2	0.0220603	
Terapeutica agregada					
Antagonistas del receptor H2	4.1	0.7-32.7	3.0	0.0900138	
Nitratos	2.5	0.1-86.6	0.5	0.4615385	
Vitamina K	1.2	0.5-2.8	0.3	0.6114530	
Agentes que aumentan las defensas de la mucosa gastrica	1.4	0.5-4.1	0.6	0.4408317	
Procedimiento					
Si realizaron Endoscopia	0.2	0.1-0.7	10.1	0.0015059	
No realizaron Endoscopia	4.2	1.6-11.4	10.1	0.0015059	
Tratamiento endoscopico					
Ligadura	2.1	0.2-54.3	0.4	0.4691259	
Influencia de helicobacter pilory					
Ausente	3.6	0.2-103.8	1.2	0.3052054	

Fuente: Expediente clinicos ORP Razón de momios de prevalencia IC Intervalo de Confianza X2 Chi

Cuadrada P Significancia estadística ORC Razón de momios

Tabla 3: Sensibilidad y Especificidad del diagnóstico clínico vs. Endoscópico

(Para sangrado gastrointestinal intestinal alto. n= 95

Diagnostico Clínico(para)	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo
Vances Esofágicas				
Úlcera Gástrica	36%	61%	61%	36%
Gastritis	11%	91%	20%	84%
	0%	92.59%	0%	45.45%

Fuente: Expedientes clínicos

CONCLUSIONES

La prevalencia de sangrado de tubo digestivo alto en el estudio efectuado es similar a los informes de la literatura. (1)

Respecto a la edad, la probabilidad de que ocurra sangrado de tubo digestivo alto, es mayor en pacientes de 60 a 79 años, de acuerdo a lo que reporta la literatura, se menciona que prevalecen en los mismo grupos de edad. (7).

De acuerdo con el sexo, no se encontró diferencias importantes en este estudio, lo que es congruente con la literatura nacional e internacional, donde menciona que prevalece por igual de acuerdo a genero. (5, 6)

Dentro de las patologías concomitantes más importantes se encontró a la cirrosis hepática en mayor número y otras enfermedades como varices esofágicas, ulcera péptica, insuficiencia hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial, enfermedad vascular

cerebral, esto es mayor a lo reportado en las publicaciones, donde se menciona que en el caso de la cirrosis esta se presenta en menor proporción, sin embargo, las varices esofágicas y la insuficiencia hepática ocupan los primeros lugares. (15)

Dentro de las toxicomanías, el alcoholismo fue mayor que el tabaquismo. Dentro de los fármacos utilizados los AINES se identifican en mayor número su uso, sin embargo, hay estudios que reportan el uso muy disminuido, incluso hasta de 1 por 8000 prescripciones, por lo cual estamos rebasados en el uso. (6). Dentro de la terapéutica agregada en primer lugar se utilizaron los antagonistas H2 en, segundo lugar los antiácidos, y el tercer lugar las transfusiones y muy pocos se manejaron con octreótido, a pesar de mencionarlo la literatura como una opción para disminuir la mortalidad y la recurrencia sobre todo en paciente con hipertensión portal.(23)

La estancia hospitalaria fue de más de 3 días en la mayoría de los pacientes, a diferencia de los reportes publicados la mayor parte mencionan en un porcentaje alto una disminución hasta del 64% en su mejoría, ya que en la mayor parte de ellos se efectúa endoscopia, evitando su hospitalización y mejorando la estancia. (21)

Se les practicaron exámenes de laboratorio a todos los pacientes, pero no se obtuvieron reportes de comparación de hb o hto para decidir o no transfusiones o para crear un pronóstico a través de otros laboratoriales como anormalidades hemostáticas. Los estudios de gabinete realizados fueron: El ultrasonido, los Rayos X y el estudio endoscopico, cobrando gran importancia diagnostica este ultimo. Ya que de acuerdo a la Literatura se menciona que la endoscopia puede predecir la recurrencia y mortalidad, y produce excelentes resultados, reduce costos, evitando más días de hospitalización, y endoscópicamente puede llevarse a cabo el tratamiento en la mayoría de los pacientes con sangrado intestinal alto. (4).

Dentro del diagnostico endoscopico: La primera patologia fue Varices esofágicas en los 3 grados, en segundo lugar la gastritis erosiva, en tercer lugar la gastropatía hipertensiva, ulcera bulbar, Duodenitis, úlceras gástricas y esofagitis. Lo que no es congruente con la literatura que menciona como primer lugar a las úlceras pépticas. a pesar de la disponibilidad de fármacos antiulcerosos efectivos, sus factores de riesgo son la presencia de *H.pylori* en el tracto gastrointestinal y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), documentándose úlcera gástrica hasta de un 62.5% y ulcera duodenal en 37.5% En otro estudio

la úlcera gástrica y duodenal se reportan en un 6 a 8% como causa de hemorragia. La infección por *H.pylori* incrementó el riesgo de sangrado en úlcera péptica comparado con el uso de antiinflamatorios no esteroideos. (13, 20)

La terapéutica endoscópica se realizó en muy pocos pacientes, con escleroterapia y con ligaduras, y en la mayoría solo se utilizó para llegar al diagnóstico, no hallando el punto sangrante y no siendo necesaria otra intervención. Comparado con la literatura que indica que el tratamiento endoscópico solo se indica en pacientes con alto riesgo de resangrado, medido por el hallazgo endoscópico de sangrado activo o vaso visible no sangrante. Aun así, puede ocurrir resangrado hasta en un 20% de los pacientes tratados. (20) Dentro del diagnóstico histopatológico: se halla solo 1 paciente con malignidad y 8 sin malignidad , además 3 tenían *H.pylori* asociado. Dentro de las complicaciones endoscópicas: Las reportadas solo fueron ansiedad y de igual forma muy pocos requirieron nueva oportunidad, lo que coincide con la literatura internacional en donde la endoscopia tiene mínimos efectos colaterales y reduce enormemente los costos (22).

Dentro de las recaídas más del 50 % las presentó. En comparación a otros reportes ,estas se disminuyen hasta en un 64 %. La mortalidad es

alta comparada con la reportada, que es del 5 al 21%, y en estudios recientes del 2.8 al 6% (3). Respecto a la sensibilidad que tiene la clínica para el diagnóstico de sangrado de tubo digestivo, de acuerdo a cada patología

ALTERNATIVAS

1. -Se debe reducir la ingesta de AINES con el fin de reducir sangrado gastrointestinal.
2. -Seguir insistiendo en la disminución de ingesta de alcohol ya que es un factor importante como causa de sangrado Gastrointestinal.
3. -Dar utilidad a los nuevos fármacos que menciona la literatura como alternativas para evitar recaídas, tal como el Octreótido, los betabloqueadores y los nitratos.
4. -Disminuir la estancia hospitalaria a menos de 3 días estabilizando al paciente y realizando endoscopia dentro de las 24 hrs. Siguiendo al evento, con el fin de integrar el diagnóstico y la terapéutica adecuada. Ya que la hematemesis persistente, y el requerimiento de transfusiones, constituyen factores de riesgo para mortalidad y comprometen el pronóstico, así como son la edad y las enfermedades concomitantes.

5. - Llevar a cabo biopsias en todos los pacientes con gastritis, duodenitis y úlceras gástricas persistentes con el fin de conocer la presencia o ausencia de helicobacter pilory y su manejo oportuno.

6. - Llevar a cabo estudio endoscópico a todo paciente con sangrado gastrointestinal ya que tiene una alta especificidad para varices esofágicas, úlceras gástricas y gastritis.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. DELEGACION REGIONAL VERACRUZ SUR.HGR0.COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA. HOJA DE CAPTACION DE DATOS PARA "SANGRADO GASTROINTESTINAL ALTO EN ADULTOS, FACTORES QUE CONDICIONAN RECAIDAS Y DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO "

NOMBRE: _____ AFILIACION _____

FECHA _____ SEXO: _____ EDAD _____ AMGD _____

PATOLOGIAS CONCOMITANTES: _____

TOXICOMANIAS: ALCOHOLISMO _____ TABAQUISMO _____

FARMACOS UTILIZADOS PREVIAMENTE: _____

TERAPEUTICA AGREGADA(DURANTE EL CUADRO AGUDO) _____

ESTANCIA HOSP. _____ <DE 3 DÍAS _____ >DE 3 DIAS _____

EXAMENES DE LAB: hb _____ hto _____ leucocitos _____

plaquetas _____ TP _____ TPT _____ glucosa _____

urea _____ creatinina _____ proteínas totales _____

albúmina _____ globulinas _____ bilirrubinas _____ directa _____

indirecta _____ TGO _____ TGP _____ F. ALCALINA _____

F. ACIDA _____ AMILASA _____ ACIDO URICO. _____

ULTRASONIDO: SI _____ NO _____

RAYOS X: SI _____ NO _____

ESTUDIO ENDOSCOPICO: SI _____ NO _____

DX ENDOSCÓPICO. _____

TERAPEUTICA ENDOSCOPIA: _____

DX HISTOPATOLOGICO: CON MALIGNIDAD _____ SIN MALIGNIDAD _____ HP. _____

COMPLICACIONES ENDOSCOPICAS: _____

O NINGUNA _____

RECAIDAS: < DE 3 _____ > DE 3 _____

MORTALIDAD SI _____ NO _____

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Tierney M L, Mcphee JS, Papadakis AM. Hemorragia gastrointestinal superior aguda. En : Diagnóstico clínico y tratamiento. Editorial Manual Moderno.38ª. edición.México, 2000: 549-52.
- 2.-Peter JD, Dougherty MJ. Evaluation of the patient with gastrointestinal bleeding: an evidence based approach. Emergency Medicine Clinic of North America 1999;17 (1) : 239-61.
- 3.-Afessa B. Systemic inflammatory response syndrome in patients hospitalized for gastrointestinal bleeding. Critical Care Medicine 1999; 27(3): 554-7.
- 4.-Longstreth FG, Feitelberg PS. Successful outpatient management of acute upper gastrointestinal hemorrhage :use of practice guidelines in a large patient series. Gastrointestinal Endoscopy 1998; 47 (3) : 219-22.
- 5.-Walraven VC, Mamdani MM, Wells SP, Williams IJ. Inhibition of serotonin reuptake by antidepressants and upper gastrointestinal bleeding in elderly patients: retrospective cohort study. B M J 2001; 323: 655-66.

6. -José de Abajo, García- Rodríguez, Montero. Association between selective serotonin reuptake inhibitors and upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *B M J* 1999; 319: 1106-9.
- 7.-Hawkey JC. Nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. *Gastroenterology* 2000; 119: 521-35.
- 8.-Derry S, Loke KY. Risk of gastrointestinal hemorrhage with long term use of aspirin:meta-analysis. *B M J* 2000; 321: 1183-87.
- 9.-Laine L. Approaches to nonsteroidal anti-inflammatory drug use in the high risk patient. *Gastroenterology* 2001; 120: 594-606.
- 10.-Lewis JD, Shin JE, Metz CD. Characterization of gastrointestinal bleeding in severely ill hospitalized patient. *Critical Care Medicine* 2000; 28 (1): 46-51.
- 11.-Hirschowitz B, Lanas A. Intractable upper gastrointestinal ulceration due to aspirin in patients who have undergone surgery for peptic ulcer. *Gastroenterology* 1998; 114: 883-92.
- 12.-Aalykke AC, Lauritsen MJ, Hallas J, Reinholdt S, Krogfelt K, Lauritsen K. Helicobacter pylori and risk of ulcer bleeding among users of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a case control study. *Gastroenterology* 1999; 116: 1305-9.

13.-Villanueva C, y cols. Somatostatin treatment and risk stratification by continuous portal pressure monitoring during acute variceal bleeding. *Gastroenterology* 2001; 121:110-7.

14.-García- Tsao. Current management of the complications of cirrhosis and portal hypertension:variceal hemorrhage,ascites and spontaneous bacterial peritonitis. *Gastroenterology* 2001; 120: 726-48.

15.- Wilmer A, et al. Duodenogastroesophageal reflux and esophageal mucosal injury in mechanically ventilated patients. *Gastroenterology* 1999; 116: 1293-99.

16.-Veyradier A, et al. abnormal von Willebrand factor in bleeding angiodysplasias of the digestive tract. *Gastroenterology* 2001; 120: 346-53.

17.-Junquera F, et al. A multicenter,randomized, clinical trial of hormonal therapy in the prevention of rebleeding from gastrointestinal angiodysplasia. *Gastroenterology* 2001; 121: 1073-79.

18.-Espinoza-L. y cols. Clips de titanio endoscópicos en el manejo del sangrado del tubo digestivo alto. *Endoscopia* 1999;10 (1): 7-10.

19.-Hoyos-Arbey, Arango, Mayor, Meriño, Rengifo, De lima. Proporción de resangrado y letalidad temprana después de inyección endoscópica

26 -Braunwald E, Fauci SA, Kasper LD, Hauser LS, Longo LD, Jameson LJ. Urgent endoscopy acute gastrointestinal hemorrhage. En : Principles of internal medicine. editorial Mc Graw-Hill.15a. edition. México City, 2001:1636-8.

en hemorragia por úlcera duodenal o gástrica. Colombia Medical 1998.
29:14-7

20.-Cooper SG, Chak A, Way EL, Hammar JP, Harper LD, Rosenthal EG. Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay. Gastrointestinal Endoscopy 1999;49 (2): 145-52.

21.-Malley S, Dam J. Endoscopic practice at the star of the new millennium. Gastroenterology 2000; 118: S129-S147.

22.-Corley AD, Cello PJ, Adkinson W, Ko FW, Kerlikowske K. Octreotide for acute esophageal variceal bleeding: a meta-analysis. Gastroenterology 2001; 120: 946-54.

23.-Maltz SG, Siegel EJ, Carson LJ. Hematologic management of gastrointestinal bleeding. Gastroenterology 2000; 29 (1): 1-12.

24.-Mointinho E, et al. Prognostic value of early measurements of portal pressure in acute variceal bleeding. Gastroenterology 1999; 117: 626-31.

25.-Cooper SG, Chak A, Way L, Hammar JP, Harper LD, Rosenthal EG. Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: association with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay. Gastrointestinal Endoscopy 1999; 49 (2): 145-52.