

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título de la investigación

“CORRELACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD Y EL SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL TIEMPO DE REALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA, ISESALUD”

Trabajo Terminal para obtener el diploma de Especialidad en

MEDICINA DE URGENCIA

P R E S E N T A:

DR. ADRIÁN SHAMIR CORRO HERNÁNDEZ

Tijuana, B. C. Febrero de 2016.

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE BAJA
CALIFORNIA**

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA Y VINCULACIÓN

HOSPITAL GENERAL TIJUANA

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



Título de la investigación

**“CORRELACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD Y EL SANGRADO DE
TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL TIEMPO DE REALIZACIÓN DE LA
ENDOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA, ISESALUD”**

Trabajo Terminal para obtener el diploma de Especialidad en

MEDICINA DE URGENCIA

P R E S E N T A:

DR. ADRIÁN SHAMIR CORRO HERNÁNDEZ

Tijuana, B. C. Febrero de 2016.

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE BAJA
CALIFORNIA**

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA Y VINCULACIÓN

HOSPITAL GENERAL TIJUANA

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



Título de la investigación

**“CORRELACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD Y EL SANGRADO DE
TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL TIEMPO DE REALIZACIÓN DE LA
ENDOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA, ISESALUD”**

**Trabajo Terminal para obtener el diploma de Especialidad en
MEDICINA DE URGENCIA**

P R E S E N T A:

DR. ADRIÁN SHAMIR CORRO HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS Y ASESOR:

DR. DAVID XICOTENCATL FLORES ROMERO

Tijuana, B. C. Febrero de 2016

Autorización del Trabajo Terminal



DR. FERNANDO PEÑUÑURI YEPÍZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL TIJUANA



DR. CLEMENTE HUMBERTO ZUÑIGA GIL
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



DR. LUIS ADÁN CARRILLO ARÉCHIGA
JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS



DR. ROBERTO HELIODORO SANABIA OREJEL
PROFESOR DEL CURSO DE MEDICINA DE URGENCIAS



DR. DAVID XICOTENCATL FLORES ROMERO
ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN



ADRIÁN SHAMIR CORRO HERNÁNDEZ
SUSTENTANTE DEL EXAMEN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS

AGRADECIMIENTOS

A mis pacientes, porque cada uno de ellos contribuyo a mi formación como médico profesional y a esta Honorable Institución que le guardo mucho cariño, que fueron la base para alcanzar mi logro como médico especialista.

Con todo mi cariño y amor a quienes junto a mí se esforzaron en que alcanzara la meta trazada. Mi familia, que me brindo un apoyo incondicional en la distancia; a mi Hija, que ha sido la fuerza que me ha impulsado a seguir adelante sin importar los obstáculos que se han presentado en este trayecto. A mis compañeros residentes, maestros y médicos internos que me acompañaron durante este camino de victorias y derrotas fundamentales en el aprendizaje y formación del médico.

A mi asesor de tesis por sus conocimientos, enseñanza, apoyo y orientación en esta labor científica.

Dedico esta tesis con mucho cariño y agradecimiento a todos ustedes

RESUMEN

Objetivo: Determinar la correlación que existe entre la morbimortalidad y la realización temprana de la endoscopia en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto

Material y Métodos: es un estudio longitudinal, prospectivo, observacional que se realizó entre los meses de Junio a Diciembre del 2015; que comparo 2 grupos de pacientes, de sangrado de tubo digestivo alto, a los cuales se realizó la endoscopia antes de las 12 horas y después de las 12 horas, de los pacientes que ingresaron en el servicio de Urgencias del Hospital general de Tijuana. Valorando la mortalidad a 24 horas, a 30 días y el riesgo de resangrado.

Resultados: se obtuvieron 32 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales 28.1% (9 pacientes) se realizó el procedimiento antes de las 12horas, 71.9% (23 pacientes) después de 12horas. El síntoma de mayor presentación 50% (16 pacientes), la etiología más frecuente fue el sangrado Variceal 37.5% (12 pacientes). No existió mortalidad a las 24horas, la mortalidad a 30días se presentó en el 3.1% (1 paciente), el resangrado se presentó en el 28.1% (9 pacientes). El riesgo relativo se encontró en relación al resangrado con endoscopia menor a 12horas $RR=0.730$.

Conclusión: no existe diferencia entre realizar la endoscopia antes de 12horas y después de 12horas con relación a la mortalidad sin embargo aparentemente existe un factor protector contra el resangrado al realizar la endoscopia antes de 12horas.

Contenido

I. FICHA DE IDENTIFICACION DEL PROYECTO	1
II. INTRODUCCION	2
1. Antecedentes.....	2
2. Planteamiento del problema.....	19
3. Justificación	20
4. Objetivo primario	21
5. Hipótesis.....	22
III. METODOLOGIA	23
1. Diseño del estudio	23
2. Universo de estudio.....	23
3. Muestra	23
4. Características de los sujetos	24
5. Criterios de selección.....	25
6. Variables	26
7. Parámetros de medición	27
8. Estudios y procedimientos que se le practicaran a cada sujeto	30
9. Procedimiento de captación de la información y hoja de captura de datos	31
10. Métodos estadísticos.....	32

11. Análisis Estadístico	33
1. DESCRIPCION DE RESULTADOS.....	33
2. ANALISIS/ DISCUSION	36
3. CONCLUSIONES/COMENTARIOS.....	38
IV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	40
1. Esquema grafico del estudio	41
2. Esquema del periodo del estudio.....	42
V. ASPECTOS ÉTICOS.....	43
VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	44
VII. BIBLIOGRAFÍA	46
VII. ANEXOS.....	49
1. Anexo de Tablas.....	56
2. Anexo de Gráficos.....	66
3. Hoja de Captura de datos.....	79

I. FICHA DE IDENTIFICACION DEL PROYECTO

1. Título del proyecto

CORRELACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD Y EL SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL TIEMPO DE REALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA, ISESALUD.

2. Nombre del investigador Principal

Dr. Adrián Shamir Corro Hernández

Médico Residente de Medicina de Urgencias del Hospital General de Tijuana

Correo: ad_shamir@hotmail.com

3. Nombre del Asesor

Dr. David X. Flores Romero

Correo: aspidxq@yahoo.com

Médico Adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General de Tijuana

4. Sede:

El estudio se realizará en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Tijuana

II. INTRODUCCION

1. Antecedentes

El sangrado de tubo digestivo alto, es una de las presentaciones más comunes en los hospitales de Estados Unidos y alrededor del mundo, de acuerdo con datos del departamento de Utilidad y Costos en proyectos de Salud, hubo 863.000 ingresos hospitalarios de Estados Unidos para la hemorragia gastrointestinal en 2008, que incluía tanto sangrado gastrointestinal superior e inferior. El tiempo promedio para los pacientes de los días de estancia hospitalaria, con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo, fue de 4.5 días con un costo promedio de 26 210 dólares (Andrew C. Meltzer, 2014).

El sangrado de tubo digestivo alto en agudo (STDAA), es la emergencia más común de las urgencias gastrointestinales. Anatómicamente el sangrado de tubo digestivo alto en agudo se define como una pérdida de sangre franca desde el interior del tubo digestivo, de origen proximal al ligamento de Treitz, es decir, desde el esófago a la tercera parte del duodeno. Sintomáticamente, STDAA se presenta como hematemesis en forma de sangre fresca o "pozos de café" en vómito con o sin la presencia de melena. El STDAA también puede presentarse como hematoquecia y esto sería indicativo de una pérdida muy rápida de sangre. Por etiología el STDAA se puede dividir en dos grandes grupos: Variceal y No Variceal, según la literatura británica el 80-90% corresponde a sangrado de tubo digestivo NO variceal, entre las cuales incluyen enfermedad ácido péptica (20-50%), erosiones gastroduodenales (8-15%) esofagitis (5-15%) desgarró Mallory-

Weiss (8-15%) malformaciones arteriovenosas y ectasia vascular gástrica antral (5%) Várices hemorrágicas (VH) estas se producen por las varices esofágicas o gástricas, más comúnmente en el contexto de la hipertensión portal. La incidencia de STDA en el reino unido es de 84-172 por cada 100,000 pacientes, el equivalente a 50-70,000 admisiones hospitalarias, y 4000 muertes anualmente (Alison A. Taylor, 2014). Desafortunadamente en nuestro país no existe una manera de establecer la incidencia de esta urgencia médica, ya que el sistema no ha establecido de forma adecuada una estadística que nos permita conocerla.

El Dr. De la Cruz Guillen cita en un artículo original; que a diferencia de lo que sucedía antes, cuando la primera causa de sangrado digestivo alto era la úlcera péptica, en la actualidad esta posición ha sido ocupada por las hemorragias varicosas. Este fenómeno se debe, en gran medida, al aumento de la incidencia de hepatitis viral, al incremento del consumo de alcohol y la erradicación de *H pylori*. Hoy en el mundo se da un caso por cada 20,000 habitantes. La mortalidad secundaria a hemorragia del tubo digestivo alto en México es de alrededor de 8.5%, pero se incrementa con la edad y entidades comórbidas. Más aun, se sabe que la mortalidad aumenta incluso a 63% cuando coexisten alteraciones como la insuficiencia renal aguda, hepática, respiratoria aguda y cardiaca. En la población general, 10% de los sujetos mayores de 20 años padecen úlcera péptica y hemorragia del tubo digestivo alto, su complicación más frecuente, en 25% de los casos. En los sujetos mayores de 60 años, como consecuencia del incremento en la frecuencia de enfermedades concomitantes y del consumo de diversos

fármacos (entre ellos los antiinflamatorios no esteroideos, AINEs). (Alex Arturo de la Cruz-Guillén, 2013).

El sangrado de tubo digestivo alto agudo, es una de las causas más comunes de hospitalización en el mundo en los estados unidos, hay entre 250,000 y 300,000 admisiones, así como entre 15,000 y 30,000 muertes anualmente como resultado de la hemorragia digestiva alta (Hisham AL Dhahab, 2012).

La presentación del sangrado de tubo digestivo alto agudo en nuestro país, no ha sido establecida por las condiciones ya comentadas anteriormente, sin embargo algunos hospitales, que en forma local, han registrado en forma retrospectiva los casos y analizados las presentaciones; como el Hospital Médica Sur en su artículo publicado en el 2008, de un estudio retrospectivo, observacional, de marzo 2003 a febrero de 2004, en el que incluyeron un total de 102 pacientes de los cuales, 52 hombres y 50 mujeres, cuyas edades oscilaban entre 16 y 94 años, con un promedio de edad de 51.6. Del total de sus pacientes, ocho (10%) ingresaron en franco estado de choque, veinte pacientes (25%) presentaban inestabilidad hemodinámica, caracterizada por taquicardia de 100 o más por minuto, hipotensión ortostática y presión sistólica menor de 100, doce pacientes (15%) sólo presentaban taquicardia, cuarenta pacientes no presentaban ningún dato de alarma, el sangrado de presentación se comenta en la tabla 1 (Moctezuma Maldonado Urias, 2008).

El Hospital Universitario de Monterrey "*Dr. José Eleuterio González*", publico un estudio prospectivo observacional, de Sangrado de Tubo Digestivo alto No Variceal, realizado del 2000 al 2009, en el que incluyeron estudiaron 1.067

pacientes (65% hombres) con promedio de edad de 58,8 años. La causa más frecuente de sangrado fueron las úlceras en estómago y duodeno (55,4%); 278 pacientes (25,8%) recibieron alguna forma de tratamiento endoscópico, siendo combinado en el 69,1%. Resangraron 36 pacientes (3,4%) de los cuales 50% fallecieron. La mortalidad intrahospitalaria fue del 10,2%, y el 3,1% se relacionó directamente al sangrado. Ellos mencionan en su estudio que la presentación clínica más frecuente fue melena, prevalencia de 743 pacientes (69.6%) (José Alberto González-González, 2011).

Como ya se comentó el sangrado de tubo digestivo alto agudo se divide en dos grupos, el Variceal y el NO variceal. El tipo más común de las hemorragias digestivas altas agudas es la hemorragia no varicosa, que incluye la enfermedad de ácido péptica. Hemorragia por várices por lo general ocurre en pacientes con hipertensión portal y siempre tiene un alto riesgo de resangrado y de mortalidad. La hemorragia digestiva alta no varicosa se puede presentar con un rango de gravedad que tiende a auto limitarse su condición amenazante. Como parte de su curso natural de la enfermedad, 80% de las hemorragias no varicosa se resuelven espontáneamente pero el 10% progresan a la muerte (Andrew C. Meltzer, 2014).

Enfermedad ulcera péptica

Enfermedad de úlcera péptica es una enfermedad muy común que es principalmente relevante para *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

Es la causa más frecuentemente encontrada en el sangrado de tubo digestivo alto (STDA) agudo, con una incidencia anual de 19,4 a 57,0 por cada 100.000 individuos. Las úlceras representan entre un tercio y la mitad de todas las presentaciones urgencias de sangrado de tubo digestivo alto. Una amplia base de datos de los Estados Unidos de los pacientes hospitalizados revela tendencias a la baja en la incidencia del sangrado de tubo digestivo y la enfermedad ulcero péptica. Del mismo modo, la mortalidad también ha disminuido de 2.95 % a 2.45 %. En el manejo del STDA el uso de la endoscopia ha desempeñado un papel fundamental en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la hemorragia digestiva alta (Yidan Lu, 2014).

Otros autores comentan que el sangrado por úlcera gástrica representa 50 a 170 por cada 100,000, y el riesgo aumenta en los mayores de 60 años. La perforación es menos frecuente que el sangrado, incidencia de 7 a 10 por cada 100,000. La compleja y multifactorial patogénesis de la úlcera péptica se ha estudiado por décadas, resultado de la pérdida del equilibrio entre los factores agresores de la luz gástrica, ácidos y pepsinas, y la función defensiva de la barrera mucosa. Algunas de las etiologías se comentan en la tabla 2 (Peter Malfertheiner, 2009).

Los datos concernientes a la prevalencia de infección de *Helicobacter Pylori* en pacientes con úlcera sangrante son controversiales. Aunque Labenz y colaboradores publicaron que encontraron un incremento de riesgo de úlcera péptica sangrante con *H. Pylori* en pacientes infectados. En su estudio, los pacientes con úlceras sangrantes se infectaron con más frecuencia que los controles (72 % versus 42 %, $p < 0,001$), mientras que la incidencia de la infección

fue similar en los pacientes con hemorragia no ulcerosa y los controles (52 % versus 46 %, $p = 0,59$). Según numerosos estudios, la erradicación de *H. pylori* tras el episodio de sangrado inicial, conduce a reducciones absolutas del riesgo de presentar nuevas hemorragias, que van del 2,5% al 33 %. El uso de los AINE es probablemente el riesgo más importante factor identificado para el desarrollo de sangrado en pacientes con úlcera péptica. En los pacientes con ingesta de AINE la hemorragia por úlcera se sometió a la cirugía, y la tasa de mortalidad se informó de hasta 25%.

Las úlceras pépticas son defectos en la mucosa gastrointestinal, que se extienden a través de la capa muscular de la mucosa, que persisten como una función de la actividad de ácido péptica del jugo gástrico. Mecanismos de secreción, defensa y curación son regulado por el mismo tipo de superposición neural, endocrinas, vías de control parácrinas y autócrinas. Estos mecanismos atenúan, pero no impiden totalmente la lesión celular; la rápida reparación de los defectos epiteliales y la curación de una herida aguda a la membrana basal son críticos en el mantenimiento de la integridad de la mucosa. Las úlceras se producen cuando estos mecanismos de reparación y curación se interrumpen por procesos agregados, como la infección por *H. pylori* y la ingestión de los AINE (Fig.1) La hemorragia mayor se produce cuando el proceso ulceroso afecta los vasos submucosos (Georg D. Arlt, 2001).

Los pacientes deben estratificarse el riesgo con cada presentación. Los factores clínicos que pueden predecir un sangrado severo, y una valoración urgente incluyen taquicardia, hipotensión, aspiración de la sonda nasogástrica de sangre brillante, una hemoglobina menor de 8g/L. Varias escalas para valoración del

riesgo se han publicado. La escala de Rockall es una escala compuesta de parámetros clínicos pre endoscópicos y hallazgos endoscópicos que predicen la mortalidad. La escala de Glasgow Blatchford es calculada en base a parámetros clínicos únicamente (James Y W Lau, 2013).

La escala de Rockall es una escala de riesgo que usa un sistema de criterios clínicos (edad, comorbilidades, presencia de choque) y endoscópicos (diagnósticos, estigmas de hemorragia reciente), como ya se mencionó previamente, y se utiliza para evaluar el riesgo de resultados adversos después de presentar hemorragia de tubo digestivo alto, tabla 3. La escala completa ha sido validada en la práctica clínica para estratificar a los pacientes en categorías de alto y bajo riesgo de su mortalidad (T C K Tham, 2009), tabla 4.

La escala de Blatchford se creó para identificar a los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto que necesitan alguna intervención clínica antes de realizar la endoscopia. Los pacientes con puntaje mayor a 0 se consideran que requieren manejo clínico. Al permitirnos esta discriminación clínica de los pacientes, no permite adelantarnos a identificar a los pacientes que encuentran en riesgo de muerte. Ya que la escala de Rockall es creada para medir riesgo de resangrado y de muerte, tabla 5. (I-Chuan Chen MDa, 2007)

Enfermedad variceal esofágica

El sangrado variceal agudo es una situación amenazante de la vida complicación de la hipertensión portal, la cual es definida como la elevación del gradiente de

presión venosa hepática mayor de mayo de 5mmHg. La Hipertensión portal es clasificada en prehepática, intrahepática, poshepática; siendo la intrahepática su causa más común la cirrosis. Hipertensión portal es resultado en la redistribución e incremento de flujo a través de la venas coronarias y venas gástricas cortas, resultando la varices esofágicas y gástricas. Las varices gastroesofágicas comienzan a formarse con un gradiente de presión de 8 a 10mmHg, con riesgo de sangrado cuando el gradiente se eleva por encima de los 12mmHg (Sanjaya K. Satapathy, 2014).

Es la mayor complicación de la hipertensión portal, encontrada en el 50% de los pacientes con presencia de cirrosis, aproximadamente el 5-10% de los pacientes presentan nuevo episodio de sangrado variceal el cual empeora cada año; esta alteración hemodinámica es causada por un sangrado repentino del cual una tercera parte de todos los paciente varices se presentarán en esta forma (Hitoshi Maruyama, 2012).

La cirrosis es resultado de diferentes mecanismos de lesión hepática que dan lugar a la necrosis y la fibrosis; histológicamente es caracterizado por regeneración nodular difusa rodeada por tabique fibrosos densos, con la subsecuente extinción del parénquima hepático y colapso de las estructuras hepáticas, todo esto causa una pronunciada distorsión de la arquitectura vascular hepática. La transición de enfermedad crónica hepática a cirrosis involucra la inflamación, la activación de las células hepáticas estelares, con la consiguiente fibrogénesis, angiogénesis y extinción del parénquima lesionada causado por la

oclusión vascular. Todo este proceso conduce a cambios microvasculares caracterizados por remodelamiento sinusoidal (Emmanuel A Tsochatzis, 2014).

El sangrado variceal es el último paso en una cadena de eventos que inicia con la hipertensión portal, seguido del desarrollo y progresión de las varices, que finalmente progresan al sangrado. El gradiente de presión en cualquier sistema vascular depende de la relación entre el flujo con el sistema vascular y la resistencia que este le impide al flujo. Los cambios en la presión portal son cambios relacionados al flujo y la resistencia in el sistema venoso portal; el cual incluye la vena porta, la circulación portocolateral y la circulación intrahepática. Las varices gastroesofágicas representan la más importante y común representación clínica del aumento de gradiente de presión, se ha documentado un desarrollo y ruptura de las mismas con cifras por encima de 10-12mmHg, como se muestra en el esquema figura 2 (Annalisa Berzigotti, Angels Escorsell, & Jaume Bosch, 2001).

Manejo y tratamiento del sangrado de tubo digestivo alto

La melena y la hematemesis son los signos de presentación más comunes de sangrado de tubo digestivo alto. Valorar adecuadamente el estado hemodinámico incluye cuidar la medición del pulso y de la presión arterial, incluyendo cambios ortostáticos, para poder estimar el volumen intravascular y guiar los esfuerzos de la reanimación. Cuando los pacientes se presentan con un sangrado de tubo digestivo alto en agudo y con una perdida sustancial del volumen intravascular se

pueden presentar con cuadro de taquicardia en reposo (más de 100 latidos por minuto), hipotensión (presión arterial sistólica menor de 100mmHg); cambios posturales (un incremento en el pulso de 20 latidos por minuto o una caída de la presión arterial sistólica mayor de 20mmHg de la basal). Las mucosas, las venas del cuello, el gasto urinario son parámetros adicionales que se pueden evaluar para estimar el estado del volumen intravascular (Ian M. Gralnek, 2008).

Se debe abordar los problemas relacionados a la vía aérea, la respiración y la circulación, las metas de manejo deben incluir resucitación hemodinámica, control del sangrado, prevención y tratamiento de las complicaciones. El punto inicial del manejo se debe enfocar en la adecuada oxigenación de los tejidos, manteniendo la saturación, el gasto cardiaco y la concentración de la hemoglobina (Sumit Kumar, 2014).

Un punto importante ya comentado es la valoración de la pérdida del volumen intravascular y el reemplazo por medio de cristaloides y de concentrados eritrocitarios manteniendo que la presión arterial sistólica se mantenga entre 90 a 100mmHg, y la frecuencia cardiaca menor a 100 latidos por minuto, mantener una hemoglobina entre 7-8 g/dL. Tener cuidado de no llevar a la sobre transfusión ya que esto puede condicionar al aumento de la presión portal y condicionar al resangrado. El plasma fresco congelado y las plaquetas, particularmente cuando el conteo de plaquetas es menor de 50,000/mL; se deben usar para corregir la coagulopatía. El uso de factor VII recombinante ha mostrado mejoría en la hemostasia, pero no en la supervivencia (Sanjaya K. Satapathy, 2014).

Con lo ya comentado podemos establecer la valoración del volumen sanguíneo o del estado hemodinámico con parámetros ya dichos anteriormente como presión sanguínea, frecuencia cardíaca y signos de hipoperfusión tisular como estado mental alterado, disminución del llenado capilar, disminución de la uresis, e incremento del lactato. Eso se puede reflejar en la tabla 6. (Andrew C. Meltzer, 2014).

El manejo se ha venido estableciendo por diferentes consensos, y guías para normar la conducta en el sangrado de tubo digestivo alto, en algunos se ha hecho una comparación de entre el manejo de las realizadas por expertos; como la revisión de la comparación entre la guía del Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, la Red de Guías Intercolegiales Escocesa, el Colegio Americano de Gastroenterología, y los Anales de Medicina Interna; aquí se continuaron con muchas incertidumbres en cuanto al manejo, como el iniciar la reanimación con hemoderivados, algunas pruebas sugieren que la transfusión podría aumentar el riesgo de sangrado, aunque existen poco estudios aleatorizados controlados. Por el contrario, es claro que la endoscopia en forma temprana, dentro de las primeras 24hrs, mejora los resultados, pero la evidencia sugiere que la reducción de este umbral (por ejemplo, a las 12:00hrs) no confiere ningún beneficio adicional. Los inhibidores de la bomba de protones, antes y después de la endoscopia, es valorado por los profesionales, con pruebas que indican reducción del riesgo de resangrado. Así mismo hallaron que pacientes con sospecha de varices esofágicas o gástricas, la profilaxis con antibióticos y de análogos de la

vasopresina ha sido recomendada. La comparación de las indicaciones terapéuticas se especifica en la tabla. (Alison A. Taylor, 2014)

La guía del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE), establece una serie de recomendaciones para iniciar la valoración y el manejo del paciente con sangrado de tubo digestivo alto, comentadas a continuación.

Valorar el riesgo

1. Usar las siguientes formas de valoración de riesgo mediante escalas, de los pacientes con sangrado de tubo digestivo.
 - a. Blatchford, es la primera escala en valorarse
 - b. La escala de Rockall completa, posterior a la endoscopia
2. Considerar el alta temprana en pacientes que tengan un Blatchford pre endoscópico de 0.

Manejo inicial y reanimación

Hemoderivados

3. Trasfundir a los pacientes con hemorragia masiva con sangre, los factores de coagulación y las plaquetas se manejan en base a los protocolos locales para el manejo de la hemorragia masiva.
4. Basar la decisión de la transfusión sanguínea, en el cuadro clínico completo, reconociendo que la transfusión masiva puede ser dañina.
5. No transfundir plaquetas, en quienes no tengan sangrado acuito y se encuentren hemodinámicamente estables.

6. Trasfundir plaquetas a quienes presentan un sangrado activo y tienen un conteo menor de 50×10^9 /litro.
7. Usar plasmas frescos congelados en pacientes que tienen:
 - a. Niveles de fibrinógeno menos a 1gr/L o
 - b. Un tiempo de protrombina (relación normalizada internacional) o un tiempo de tromboplastina activada mayor de 1.5 veces de lo normal.
8. Ofrecer concentrado de complejo de protrombina a paciente que toman warfarina y presentan sangrado activo.
9. Tratar a los pacientes que toman warfarina y en quienes el sangrado de tubo digestivo alto ha parado, en base a los protocolos locales de warfarina.
10. No usar factor recombinante VIII a menos que todos los demás métodos hayan fallado.

Terlipresina

11. Usar la Terlipresina en paciente con sospecha que la presentación sea sangrado de tipo variceal. Detener el tratamiento una vez que se logrado por completo la hemostasia, o después de 5 días a menos que haya otra indicación para su uso.

Tiempo de endoscopia

12. Realizar la endoscopia en pacientes inestables con sangrado de tubo digestivo agudo severo, inmediatamente después de la resucitación.
13. Realizar endoscopia en todos los pacientes con 24hrs de admisión en todos los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto

14. Unidades que tengan más de 330 casos por año, deben ofrecer de forma diaria endoscopia.

Manejo del sangrado No variceal

Manejo endoscópico

15. No usar adrenalina como monoterapia en el manejo endoscópico del tratamiento para el sangrado de tubo digestivo alto no variceal.
16. Para el tratamiento del sangrado de tubo digestivo alto o variceal, usar alguno de los siguientes métodos:
- a. Método mecánico (por ejemplo, clip) con o sin adrenalina
 - b. Termo coagulación con adrenalina
 - c. Fibrina o trombina con adrenalina

Inhibidores de la bomba de protones

17. No aplicar fármacos supresores de ácido (inhibidores de la bomba de protones o antagonistas de los receptores H₂) antes de la endoscopia en paciente que se sospeche de sangrado de tubo digestivo alto no variceal.
18. Usar inhibidores de la bomba de protones en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal o estigmas de reciente hemorragia demostrados por endoscopia.

Opciones de Tratamiento después del primer manejo endoscópico fallido

19. Considerar repetir la endoscopia, con un tratamiento más apropiado, para todos los pacientes hay un alto riesgo de resangrado, particularmente si

existen dudas de una adecuada hemostasia posterior a la primera endoscopia.

20. Repetir endoscopia a pacientes que resangraron, con miras a un mayor manejo endoscópico o cirugía de urgencia.

21. Realizar intervención radiológica a pacientes inestables quienes resangraron después del tratamiento endoscópico. Referirlos a cirugía si la medida de intervencionismo radiológico es posible.

Manejo del sangrado variceal

Antibióticos

22. Aplicar terapia profiláctica de antibióticos si la presentación del paciente se sospecha o confirma sangrado variceal.

Varices esofágicas

23. Usar bandas de ligadura en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto de varices esofágicas.

24. Considerar la derivación portosistémica intrahepática transyugular si el sangrado viene de varices esofágicas y no es controlada por la ligadura de bandas.

Varices Gástricas

25. Aplicar inyección de N-butil-2-cianoacrilato a pacientes con sangrado de tubo digestivo alto que provengan de varices gástricas.

26. Realizar derivación portosistémica intrahepática transyugular si el sangrado proviene de varices gástricas y no es controlado mediante endoscopia mediante la aplicación de N-butil-2-cianoacrilato.

Control del sangrado y prevención del resangrado

27. Continuar dosis bajas de aspirina para prevención secundaria de eventos vasculares en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto en quienes se ha logrado la hemostasia.
28. Detener la administración fármacos antiinflamatorios no esteroideos (incluyendo inhibidores de la COX-2) durante la fase aguda en pacientes que presentan sangrado de tubo digestivo alto.
29. Discutir los riesgos y beneficios de continuar con el clopidogrel (o algún otro agente antiplaquetario) en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto, con el apropiado especialista (por ejemplo, cardiólogo o neurólogo) y con el paciente.

Profilaxis Primaria

30. Iniciar terapia de supresión acida (Antagonistas de los receptores H2 o Inhibidores de la bomba de protones) para prevención primaria del sangrado de tubo digestivo en agudo en pacientes que sean admitidos en una unidad de cuidados críticos. Si es posible, usar la forma oral del fármaco.
31. Revisar continuamente la terapia de supresión acida para la prevención primaria de sangrado de tubo digestivo alto en agudo en pacientes que se

logren recuperar o sean dados de alta de la unidad de cuidados intensivos
(Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence,
2012).

2. Planteamiento del problema

El sangrado de tubo digestivo alto es una condición grave que ocasiona ingresos frecuentes en el servicio de urgencias del Hospital general de Tijuana y es una gran causa de defunciones en nuestro servicio, no se ha establecido si en nuestra población el manejo endoscópico temprano mejora la sobrevida de los pacientes o si exista alguna correlación entre el tiempo de realizarlo y su mortalidad.

De igual forma en nuestro país, no existe una adecuada estadística de los casos que se presentan, ni conocemos la que se presenta en nuestro hospital, en nuestro servicio de urgencias.

Lo que me induce a formular mi pregunta:

¿El tiempo para realizar la endoscopia tiene correlación con la morbimortalidad en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto?

3. Justificación

Nuestra pregunta de investigación tiene una respuesta que se intenta establecer en este estudio, se cuenta con los recursos necesarios para establecer dicho estudio, así como con la población necesaria para llevarlo a cabo. El tiempo del estudio se realizará en forma adecuada y se dispone así mismo del necesario para efectuarlo.

Esto tiene importancia en el lograr determinar que existe correlación entre el tiempo de espera para realizar la endoscopia y la morbimortalidad. En base a esto posible establecer metas en forma más temprana, determinando etiología temprana efectuando tratamiento eficaz y mejorando la sobrevivencia de los pacientes.

Nuestro estudio tiene antecedentes de otras poblaciones, sin embargo, en la población del Hospital General de Tijuana, no existe alguno que se presente con la problemática que se establece e intentamos resolver. De la misma manera el realizarlo no producirá complicaciones en la salud y el padecimiento de los pacientes que se integren durante la realización del mismo.

De corroborar esta condición nos conduciría a que los pacientes tuvieran menor tiempo de estancia hospitalaria, disminuir la población recidivante, disminuir la mortalidad dentro del servicio; ofrecer mejores medidas terapéuticas oportunas y eficaces.

4. Objetivo primario

Determinar la correlación que existe entre la morbimortalidad y la realización temprana de la endoscopia en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto.

Objetivos particulares

1. Enumerar la causa más frecuente de sangrado de tubo digestivo alto, en los pacientes que ingresan al servicio de urgencias.
2. Determinar el riesgo de mortalidad en los pacientes que ingresan al servicio de urgencias por sangrado de tubo digestivo alto.
3. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria que tiene estos pacientes en el servicio de urgencias.
4. Determinar la prevalencia de las comorbilidades que presentan los pacientes.
5. Determinar el riesgo de resangrado en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto
6. Determinar la mortalidad a 30días en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto

5. Hipótesis

Hipótesis primaria:

El tiempo para realizar la endoscopia es un factor de riesgo para la morbimortalidad en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto, que ingresan al servicio de Urgencias del Hospital General Tijuana.

Hipótesis Nula:

El tiempo para realizar la endoscopia No es un factor de riesgo para la morbimortalidad en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto, que ingresan al servicio de Urgencias del Hospital General Tijuana

III. METODOLOGIA

1. Diseño del estudio

Este es un estudio observacional analítico, de cohortes, abierto con carácter prospectivo que intenta analizar la correlación que existe entre la morbimortalidad y el tiempo para realizar el procedimiento diagnóstico terapéutico, de endoscopia, además de los objetivos particulares establecidos en el inicio de este estudio. El tipo de evaluación en que se realizará será longitudinal.

2. Universo de estudio

Pacientes con sangrado de tubo digestivo alto que ingresen al servicio de urgencias del Hospital General Tijuana. ISESALUD.

Periodo del estudio: se evaluarán a todos los pacientes que ingresen al servicio de urgencias del Hospital General de Tijuana ISESALUD durante los meses mayo del 2015 a diciembre del 2015 con datos de sangrado de tubo digestivo alto, los cuales se manejarán conforme a las guías.

3. Muestra

La muestra de la población a estudiar es de 30 personas, esto para tener un margen de error del 5%, con un nivel de confianza de 95%, se estableció mediante la calculadora de muestra encontrada en esta página <http://www.netquest.com/es/panel/calculadora-muestras.html>, que utiliza fórmulas

de distribución gaussiana. Así mismo el muestreo que se realiza no es probabilístico.

4. Características de los sujetos

Se incluirán en este estudio pacientes masculinos y femeninos mayores de 18 años que ingresen al servicio de urgencias adulto del Hospital General de Tijuana, ISESALUD durante el periodo del Junio del 2015 a diciembre del 2015; se incluirán en grupos de casos a quienes presentes datos clínicos de sangrado de tubo digestivo alto y aquellos pacientes que no cumpla se excluirán. Se registrará en hoja de datos; se otorgará folio consecutivo; se capturará nombre completo, edad, sexo, (en caso de no encontrarse en condiciones de proporcionar estos datos solo se otorgara folio y en cuanto se encuentre en condiciones de proporcionar datos se registraran datos faltantes); a su ingreso se clasificara en 7 grupos etarios de acuerdo a la edad (18-19, 20-24, 25-44, 45-49, 50-59, 60-64, 65 y mas), para facilitar la comprensión y análisis estadístico de los datos obtenidos, utilizando el ya establecido por la Secretaria de Salud en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE); y se solicitará firma de consentimiento informado antes de ser incluidos en el estudio. Se proporcionará la atención inicial de acuerdo a las guías para manejo de sangrado de tubo digestivo británicas NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*); se determinará 2 grupos: a quienes se les realiza el procedimiento endoscópico en las primeras 12hrs de su ingreso al servicio y a quienes se realice posterior a este tiempo y se continuara manejo medico establecido descrito previamente con la finalidad de

controlar el sangrado de tubo digestivo y el estado de choque presenten; se realizara también biometría hemática completa, química sanguínea analítica; electrolitos séricos; pruebas de funcionamiento hepático; tiempos de coagulación al ingreso al ingreso y posterior al manejo endoscópico. Se determinará comorbilidades y relación con el sangrado de tubo digestivo alto. Se dará seguimiento, se determinará mortalidad a las 24 horas.

5. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- a) Pacientes mayores de 18 años que ingresen al servicio de urgencias Hospital General de Tijuana ISESALUD durante los meses de Julio a Diciembre de 2015, con diagnóstico sangrado de tubo digestivo alto de cualquier origen que no hayan recibido tratamiento hospitalario previo.
- b) Pacientes que hayan aceptado participar en este estudio que hayan firmado consentimiento informado.
- c) Pacientes que cumplan con al menos 24 horas de estancia en el Hospital General de Tijuana ISESALUD

Criterios de exclusión

- a) Pacientes que ingresen al servicio de urgencias Hospital General de Tijuana ISESALUD durante los meses de marzo a noviembre de 2015 con tratamiento médico previo en otro centro hospitalario.

- b) Pacientes que ingresen al servicio de urgencias durante los meses de Julio a Diciembre del 2015 referido de otro centro hospitalario.
- c) Pacientes que ingresen con estancia hospitalaria menor de 24 horas.
- d) Pacientes que soliciten alta voluntaria.
- e) Pacientes que presenten muerte dentro de las primeras 12 horas.
- f) Pacientes con expediente incompleto.

Criterios de eliminación

Todos aquellos pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión para realizar este estudio, antes mencionados.

6. Variables

Variables independientes

- 1. Pacientes con sangrado de tubo digestivo alto y su presentación clínica
- 2. Realización de la endoscopia antes de las 12 horas
- 3. Realización de la endoscopia posterior a las 12horas
- 4. Comorbilidad agregada al paciente con sangrado de tubo digestivo alto

Variables dependientes

- 1. Clasificación del estado de choque hipovolémico
- 2. Mortalidad del paciente con sangrado de tubo digestivo a las 24horas
- 3. Etiología del sangrado de tubo digestivo alto
- 4. Tiempo de estancia hospitalaria
- 5. Presencia de resangrado posterior al estudio
- 6. Mortalidad a 30dias

7. Parámetros de medición

Edad: variable cuantitativa discreta, tiempo vivido por una persona desde su nacimiento, expresado en años,

Sexo: variable nominal, condición orgánica masculina o femenina.

Hematemesis: cualitativa dicotómica sangre con vómito que puede adoptar una coloración negruzca (aspecto de “pozos de café”) o rojo brillante (sangre fresca), dependiendo que haya sido alterada o no por la secreción gástrica (Alex Arturo de la Cruz-Guillén, 2013).

Melena: cualitativa dicotómica evacuaciones con heces negras, alquitranadas, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa. Para que ésta se produzca es preciso un sangrado lo suficientemente lento como para que la sangre permanezca en el tubo digestivo durante al menos ocho horas y tenga lugar la oxidación de la hemoglobina con formación de hematina (Alex Arturo de la Cruz-Guillén, 2013).

Hematoquecia: cualitativa dicotómica emisión de sangre por el ano, sola o mezclada con las heces; suele ser indicativa de hemorragia digestiva baja, aunque en ocasiones es una forma de manifestación de la hemorragia del tubo digestivo alto. Sobreviene ante el tránsito acelerado por la abundante y rápida cantidad de

sangre en el tubo digestivo, y para que esto suceda, la hemorragia debe ser mayor de 1,000 cc y producirse en menos de una hora, con una permanencia en el tubo digestivo menor de cinco horas (Alex Arturo de la Cruz-Guillén, 2013).

Choque Hipovolémico: cualitativa ordinal, insuficiencia circulatoria que tiene como consecuencia la inadecuada oxigenación y, consecuentemente, hipoperfusión e hipoxia de órganos y tejidos. En el contexto del choque por sangrado del tubo digestivo alto se considera de tipo hipovolémico hemorrágico, debido a las pérdidas sanguíneas de diferente magnitud, como para alterar el estado hemodinámico (Alex Arturo de la Cruz-Guillén, 2013).

Comorbilidad cualitativa dicotómica, ocurrencia de más de una patología en la misma persona.

Endoscopia: cuantitativa discreta método de exploración consistente en la introducción de un endoscopio por la boca, el ano o a través de otros orificios naturales o quirúrgicos y que permite la toma de una biopsia y visualizar directamente el interior de la porción alta del tubo digestivo (esófago, estómago y duodeno) (Alex Arturo de la Cruz-Guillén, 2013).

Escala de Rockall: cuantitativa discreta, es un sistema que utiliza criterios clínicos y endoscópicos para pacientes que tengan riesgos de efectos adversos posterior a presentar sangrado de tubo digestivo alto (T C K Tham, 2009).

Episodio de resangrado, cualitativa dicotómica, es la presencia de un nuevo de evento de sangrado de tubo digestivo alto, en cualquiera de las presentaciones hematemesis, melena o hematoquecia (T A Rockall, 1996).

8. Estudios y procedimientos que se le practicarán a cada sujeto

Los datos serán obtenidos por los residentes de urgencias médico quirúrgicas del Hospital General de Tijuana ISESALUD los cuales serán llenados al momento de cumplir con los criterios de inclusión, diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto; firma del consentimiento informado autorizado para este estudio, iniciando manejo de hemorragia digestiva en base a la guías NICE para el manejo de sangrado de tubo digestivo alto, se toman paraclínicos se solicita la realización de endoscopia conforme a lo establecido. Y se da seguimiento en los servicios derivados ya sea unidad de cuidados intensivos o piso correspondiente.

9. Procedimiento de captación de la información y hoja de captura de datos

Se detectaron pacientes en el departamento de urgencias del Hospital General de Tijuana de los ISESALUD de Baja California a los cuales se estableció el diagnóstico sangrado de tubo digestivo alto, que contaran con exámenes básicos de Biometría hemática completa; electrolitos séricos; química sanguínea analítica, pruebas de función hepática, se realizó el procedimiento endoscópico. Se informó al paciente y se solicitó su autorización por medio de firma de consentimiento informado. Se dio seguimiento, en caso de ser derivado a unidad de cuidados intensivos, medicina interna, piso de cirugía y de traumatología.

Los exámenes de laboratorio fueron tomados por médicos residentes de urgencias médico quirúrgicas, médicos internos del Hospital General de Tijuana ISESALUD de Baja California al ingreso del paciente; se tomaron signos vitales; se llenó hoja de recolección de datos, previamente elaborada para este estudio, para su posterior vaciamiento a una base de datos Excel, mismas que se guardará en un folder aparte y se realizará análisis estadístico

10. Métodos estadísticos

Usaremos el paquete estadístico tipo descriptivo, con frecuencias y variables cualitativas, en variables numéricas. Medidas de tendencia central, como media o mediana, para variables cuantitativas, y medidas de frecuencia para las cualitativas.

La captura de datos y análisis de los mismos se realizará a través del programa estadístico, Statistical programam for social sciences (SPSS) Versión 23.

Aplicando medidas de tendencia central y medidas de dispersión; para lo cual se definió cada una de las variables de las cuales se realiza un análisis de Test Chi-cuadrada de Pearson para variables continuas y para variables categóricas, media, moda y mediana para las variables numéricas.

Agrupar variables.

Realizar distribución estadística.

Definir la desviación estándar y el intervalo de confianza buscado.

Verificar si la hipótesis nula queda dentro o fuera de la desviación estándar marcada.

Dar valor estadístico a p (calcularlo).

Dar valor a la hipótesis resultante.

.

11. Análisis Estadístico

1. DESCRIPCION DE RESULTADOS

Durante el periodo del Junio del 2015 a diciembre del 2015 los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias adulto del Hospital General de Tijuana, ISESALUD, con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto y que cumplieron con criterios de inclusión fueron un total de 32.

De los 32 pacientes incluidos en el estudio 68.8% (22 pacientes) corresponden al género masculino, 31.2% (10 pacientes) corresponden al género femenino (Tabla 7). La edad promedio de los hombres estaba en los 50.18, \pm 12.93 años, en las mujeres la edad promedio fue de 56.7, \pm 16.62 años (Tabla 10). En relación a la edad el grupo que con mayor población correspondió al comprendido 50-59 años, con 8 pacientes corresponden al 25%, el grupo de 65 y más, 7 pacientes correspondiente al 21.9%; el grupo de 25-44 años 6 pacientes con 18.8%; el grupo de 45-49 años, 5 pacientes porcentaje de 15.6%, los de 60-64 años 4 pacientes correspondientes al 12.5%; los grupos de 20-24 años y 18-19 años, tuvieron 1 paciente cada uno, con un porcentaje 3.1% (Tablas 8 y 9).

Dentro de las condiciones patológicas de los pacientes, el síntoma de sangrado de tubo digestivo que tuvo mayor presentación fue la melena en 50% de los casos (16 pacientes); la hematemesis en 40.6% de los casos (13 pacientes); melena y hematemesis 9.4% (3 pacientes) (Tabla 11). La distribución del estado de choque hipovolémico hemorrágico, se presentó de la siguiente manera, el choque hipovolémico grado I, se presentó con una frecuencia del 53.1% (17 pacientes); el

grado II con 25% (8 pacientes); el grado III con 21.9% (7 pacientes), ninguno de los pacientes ingreso con estadio IV, de la hipovolemia (Tabla 12). Dentro de las comorbilidades que se presentaron la más frecuente fue la insuficiencia hepática 37.5% (12pacientes), la hipertensión arterial sistémica 25% (8 pacientes), la diabetes mellitus con 12.5% (4 pacientes), el cáncer 6.3% (2 pacientes); el 18.8% (6 pacientes) no presentó ninguna comorbilidad asociada (Tabla 13).

De la población analizada en este estudio, el 28.1% (9 pacientes) se les realizo el manejo endoscópico antes de 12 horas, el 71.9% (23 pacientes) se realizó posterior a las 12horas (Tabla 14). No se presentó mortalidad a las 24 horas. Dentro de los diagnósticos endoscópicos, se presentaron en la siguiente frecuencia Varices esofágicas 37.5% (12 pacientes), Ulcera duodenal 25% (8 pacientes), Gastritis erosiva 21.9% (7 pacientes), Otros diagnósticos 12.5% (4 pacientes), Desgarro Mallory-Weis 3.1% (1 paciente) (Tabla 15). El riesgo de resangrado se calculó en base a la escala de Rockall, 40.6% de los casos (13 casos) tuvieron un riesgo de 24.1%, el 25% (8 pacientes) con un riesgo de 14.1%, el 15.6% de los casos (5 pacientes) con un riesgo de 32.9%, el 9.4% (3 pacientes) presentó un riesgo 5.3%, el 6.3% (2 pacientes) con un 43.8% de riesgo, el 3.1% (1paciente) con un riesgo de 11.2% (Tabla 17). La presencia de resangrado se presentó en el 28.1% de los casos (9 pacientes), el 71.9% (23 pacientes) no presento nuevo evento (Tabla 18). La mortalidad se presentó a 30 días en el 3.1% (1 paciente), el 96.9% (31 pacientes) se encuentran vivos (Tabla 20).

Dentro de los días de estancia hospitalaria se registraron el 40.6% de los casos (13 pacientes) cursaron con 3 días, el 25% (8 pacientes) curso con 4dias, el 18.8%

(6 pacientes) se mantuvo durante 2 días, el 6.3% de los casos (2 pacientes) se mantuvieron 1 y 5 días, y el 3.1% (1 paciente) se mantuvo durante 15 días (Tabla 16).

Al realizar la correlación entre el tiempo de endoscopia y la mortalidad a las 24 horas, debido a que no se encontró mortalidad, no pudo establecerse. Así mismo al realizar la correlación entre el tiempo para realizar la endoscopia con el riesgo de resangrado no se encontró significancia estadística ($p=0.64$ χ^2 de Pearson). Del total de los pacientes y que presentaron el episodio de resangrado, en los cuales la endoscopia fue realizada antes de las 12 horas, fue el 22.2% (2 pacientes), a los que se realizó la endoscopia posterior a las 12 horas, fue 77.8% (7 pacientes); del total en los que no se presentó nuevo sangrado, del grupo perteneciente los que se realizó la endoscopia antes de 12 horas fue de 30.4% (7 pacientes), del grupo mayor a 12 horas 69.6% (16 pacientes) (Tabla 21). La mortalidad a 30 días y la correlación con el tiempo de realización de la endoscopia no mostró significancia estadística ($p=0.52$ χ^2 de Pearson); en cuanto la mortalidad por grupos, en el grupo en el que el tiempo fue menor de 12 horas no presentó mortalidad, en el grupo que la endoscopia se realizó posterior a las 12 horas, la frecuencia fue 4.3% (1 paciente), de los que sobrevivieron del grupo menor de 12 horas fue el 100% (9 pacientes), del grupo en que se el tiempo fue mayor de 12 horas, 95.7% (22 pacientes) (Tabla 22). Al realizar la valoración mediante el riesgo relativo se encuentra que índice RR=0.730 con un límite inferior 0.186, un límite superior 2.87 (Tablas 23 y 24).

2. ANALISIS/ DISCUSION

El sangrado de tubo digestivo es una de las urgencias con mayor mortalidad en nuestro ámbito, así como una de las patologías que conducen a una gran demanda en los servicios de urgencias; la incidencia varía en forma regional, por ejemplo, en EUA es de 50 a 150 por cien mil habitantes, en Holanda es de 47, en el Reino Unido es de 103 a 107. No tenemos este registro en nuestro país (Moctezuma Maldonado Urias, 2008). La importancia de establecer un manejo adecuado para la urgencia misma, nos conducirá a lograr la recuperación del paciente y evitar la progresión del choque hipovolémico hemorrágico que presentan, la progresión de este nos conducirá a colapso, hipotensión, la palidez y a la diaforesis, en casos severo la disminución del flujo hacia los riñones conduce a la falla renal y en pacientes con patología vascular los llevaría a presentar un infarto al miocardio o un evento vascular cerebral (Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012). El manejo endoscópico como procedimiento diagnóstico y terapéutico juega un papel fundamental. Si bien la literatura ha marcado que el manejo por esta parte, debe establecerse durante las primeras 24 horas de presentarse el sangrado, y aunque existen protocolos en las guías de manejo, que establecen que no existe mejoría en cuanto a beneficio el que este se realice antes de las 12 horas; y que solo se ha establecido en el caso cuando la hemorragia de tubo digestivo alto es inminente y que comprometa la vida debe realizarse en forma inmediata este procedimiento.

En este estudio se lograron incluir a 32 pacientes con sangrado de tubo digestivo alto que cumplieron con los criterios de inclusión, se realizaron dos grupos dividiendo el tiempo en el que a cada uno de ellos se sometió a endoscopia,

menor de 12 horas (9 pacientes) y mayor de 12 horas (23 pacientes). Se tomó estas condiciones para determinar si el tiempo era determinante del factor para la mortalidad a 24 horas, a 30 días y presentar nuevo evento de resangrado.

Dentro de las frecuencias existió una mayor presentación de casos mediante melena, en la población, así mismo vimos que predominó sobre el sexo masculino. El diagnóstico de sangrado de tubo digestivo de origen variceal fue el que presentó mayor incidencia. Los días de estancia intrahospitalarias no tuvieron un valor significativo estadístico, sin embargo, se observó menores días de estancia intrahospitalaria en el grupo que se realizó la endoscopia antes de 12 horas. Los resultados que se obtuvieron fue que no existió mortalidad en 24 horas en ninguno de los dos grupos; al realizar el análisis estadístico no se encontró valor significativo por medio del test de Chi cuadrada ($p=0.52 \chi^2$ de Pearson). Así mismo no encontramos una significancia estadística ($p=0.64 \chi^2$ de Pearson), que el tiempo para realizar el procedimiento tenga una correlación con el riesgo de resangrado o la aparición del evento mismo. Al realizar la correlación del riesgo relativo se encuentra una inferencia menor a la unidad ($RR=0.73$), sin embargo, al no presentar un valor de $p=0.05$ o menor entre las variables de tiempo endoscópico y resangrado, no representa un hallazgo clínico significativo.

En relación a lo anteriormente mencionado, coincide con lo establecido con la literatura. Nuestro hospital aún no cuenta con todos los recursos necesarios para continuar el manejo de sangrado de tubo digestivo alto conforme lo establecen las guías internacionales, sin embargo, estos mismos protocolos son llevados a cabo en la mayor manera posible, para poder establecer un manejo unificado.

3. CONCLUSIONES/COMENTARIOS

Podemos concluir que el sangrado de tubo digestivo alto, aún no cuenta con un adecuado análisis epidemiológico en nuestro país. Y que es una de las urgencias que se presentan todos los servicios. Al realizar este estudio se logró encontrar que el síntoma de ingreso de mayor prevalencia en esta población fue la melena en el 50% de los casos (16 pacientes), el género masculino tuvo una mayor frecuencia 68.8% (22 pacientes), y el grupo mayormente afectado se estableció en los 50-59 años, con 25% de los casos (8 pacientes). Así mismo el choque hipovolémico hemorrágico grado I, se presentó con 53.1% (17 casos), de mayor prevalencia. La insuficiencia hepática fue la comorbilidad mayormente asociada a los casos de sangrado de tubo digestivo alto, con un porcentaje de 37.5% (12 casos) de una etiología variceal tal y como lo comentan algunos artículos nacionales.

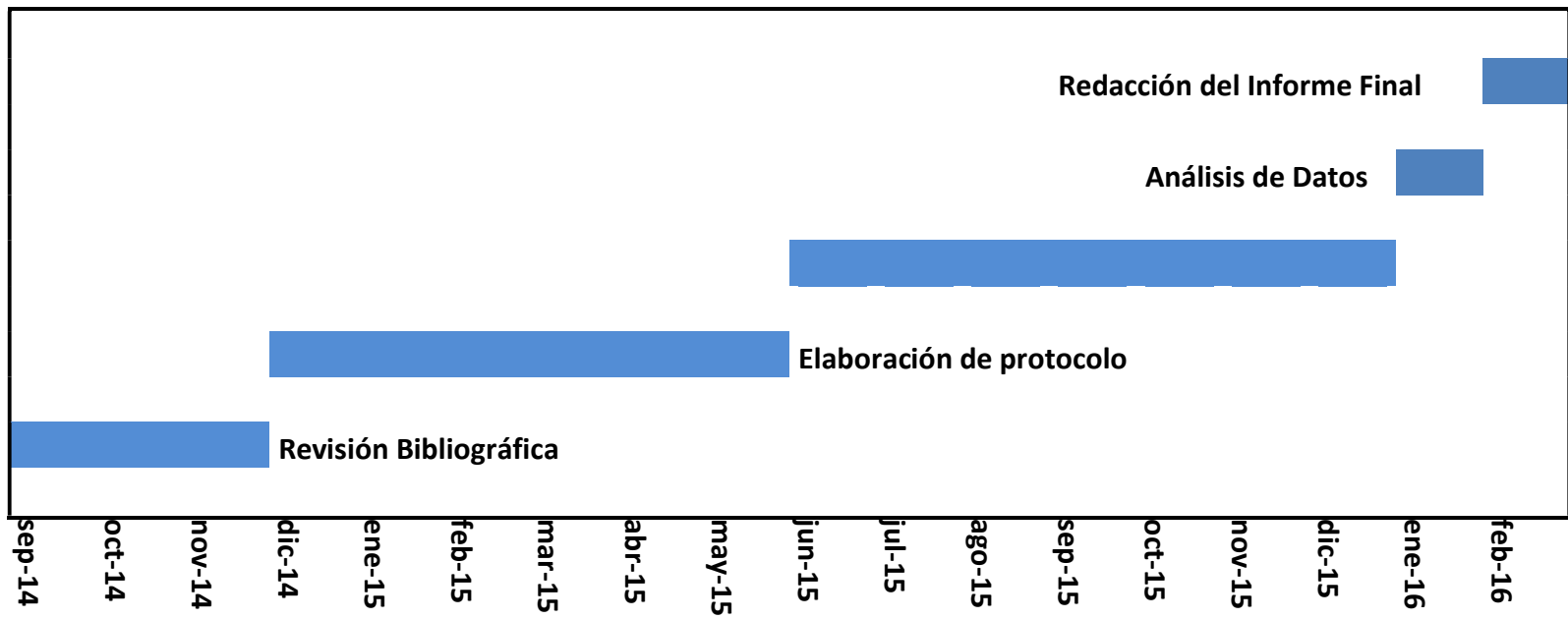
Al realizar nuestro análisis estadístico, de la correlación entre el tiempo de realización endoscópico y la mortalidad a 24 horas, no existieron defunciones, por lo que este no pudo concluirse. La correlación entre el tiempo y la mortalidad a 30 días, no tuvo significancia estadística por medio del test de Chi cuadrada ($p=0.52$ χ^2 de Pearson). En cuanto la correlación con el riesgo de resangrado, tampoco mostro significancia estadística ($p=0.64$ χ^2 de Pearson), por lo que descartamos el realizar el riesgo relativo entre estas variables nominales.

Nuestro proyecto de investigación mostro limitantes como el hecho que, durante los meses de noviembre, el equipo disfunción y no se pudieron continuar

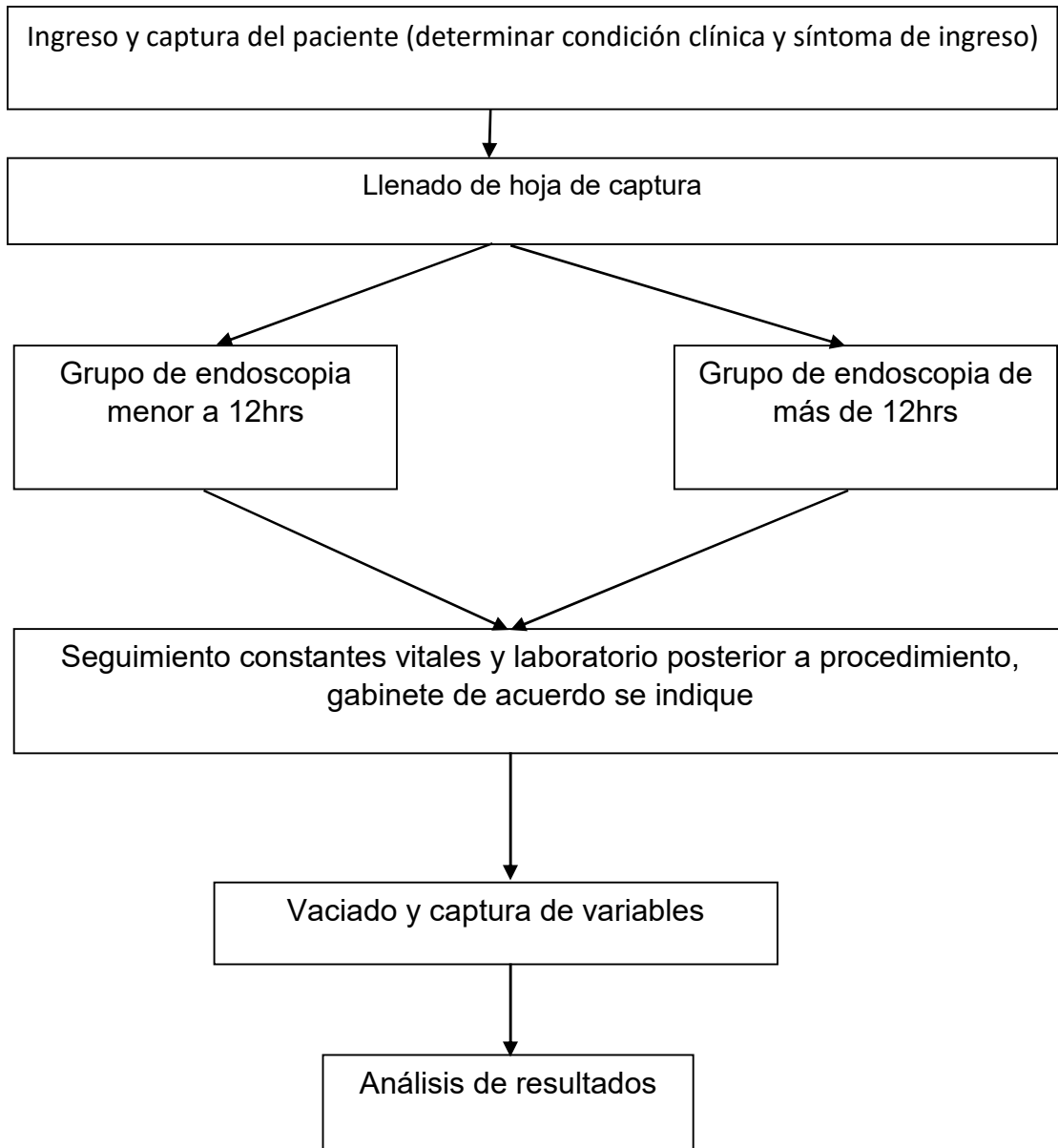
realizando las endoscopias, así mismo el debido al número de pacientes que se obtuvieron creemos que influye en las significancias estadísticas.

Nuestro estudio requiere realizarse en con una mayor población, así como debemos considerar aquellos pacientes a los cuales no se les realiza endoscopia y que son egresados por remisión del sangrado. Comparando así mismo la mortalidad y el riesgo de resangrado contra aquellos a quienes si se les realiza.

IV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



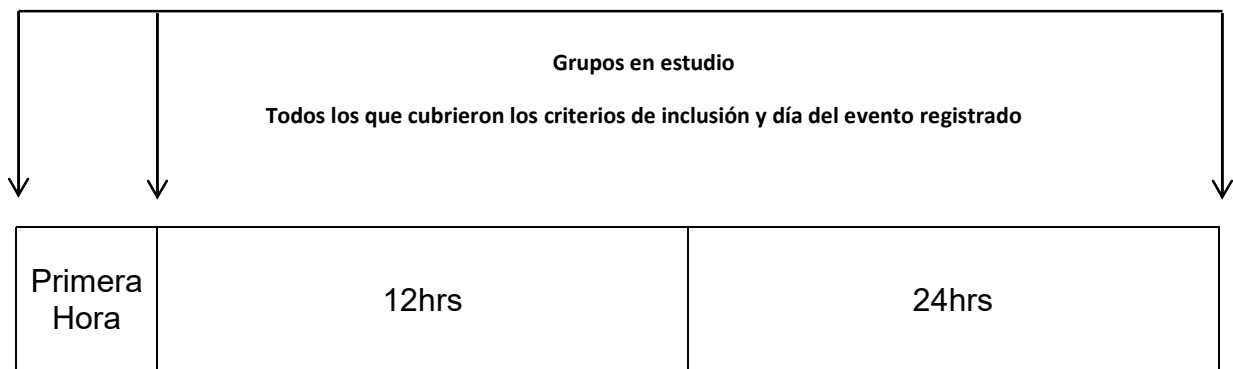
1. Esquema grafico del estudio



2. Esquema del periodo del estudio

Periodo de Estudio 214 días

Captura



V. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del presente estudio se respetan los lineamientos éticos y morales de la declaración de Helsinki, aspectos relativos a investigación en la Ley General de Salud.

Este tipo de estudio es descriptivo, en donde no se manipulan variables, se mantendrá la confidencialidad de los pacientes incluidos en este, así como de sus nombres, solicitándose la firma y consentimiento informado previa aplicación de encuestas e inclusión en el estudio.

Consentimiento informado

VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente protocolo de estudio pretende establecer si el tiempo para realizar el procedimiento diagnóstico terapéutico, de Endoscopia, es un factor que puede contribuir o no a la morbimortalidad en los pacientes que presentan la urgencia de Sangrado de Tubo Digestivo Alto. Se observará el tiempo en que se realiza dicho procedimiento sin realizar ninguna intervención del mismo, y se dividirá a los pacientes en dos grupos, aquellos en que se realiza en un periodo menor a 12horas, y a quienes se les realiza en un periodo mayor a 12horas. Se evaluará su riesgo de sangrado y de necesidad de intervención médica conforme a los establecidos en las guías para el manejo de sangrado de tubo digestivo.

Dentro de las molestias que puede presentar el paciente se encuentra el dolor abdominal, dolor faríngeo, mareo, dificultad de deglución, vomito, somnolencia.

La información obtenida será completamente confidencial y solo tendrán accesos a ella el investigador y el comité de Bioética, en caso necesario.

El participante está en toda la libertad de retirarse del protocolo de estudio en el momento que lo desee, el no participar en el estudio pondrá en peligro el derecho a continuar recibiendo atención médica de la Institución. Así mismos los hallazgos negativos o positivos se le informara al participante en forma oportuna y adecuada.

El participar en el estudio no genera ningún costo al paciente, ya sea de hospitalización, la realización de los estudios de laboratorio, de gabinete y su tratamiento.

“He leído y considerado toda la información contenida en ese consentimiento informado. Se me ha explicado claramente el estudio propuesto. He tenido oportunidad de hacer preguntas, y estas han sido contestadas a mi entera satisfacción. He recibido una copia de la forma del consentimiento”

Acepto voluntariamente participar en el estudio: _____

Nombre del Paciente: _____ No. De Paciente: _____

Nombre y firmar del Testigo: _____

Nombre y firma del Investigador: _____

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Alex Arturo de la Cruz-Guillén, J. R.-E. (2013). Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Med Int Mex*, 449-457.
- Alison A. Taylor, O. C. (2014). THE MANAGEMENT OF ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: A COMPARISON OF CURRENT CLINICAL GUIDELINES AND BEST PRACTICE. *EMJ Gastroenterol*, 73-82.
- Andrew C. Meltzer, M. M. (2014). Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterol Clin N Am*, 665-675.
- Annalisa Berzigotti, M., Angels Escorsell, M., & Jaume Bosch, M. (2001). Pathophysiology of variceal bleeding in cirrhotics. *ANNALS OF GASTROENTEROLOGY*, 150-157.
- Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012). Acute upper gastrointestinal bleeding Management. 1-285.
- Emmanuel A Tsochatzis, J. B. (2014). Liver cirrhosis. *The Lancet* , 1-13.
- Georg D. Arlt, M. L. (2001). Incidence and pathophysiology of peptic ulcer bleeding. *Langenbeck's Arch Surg*, 75–81.
- Hisham AL Dhahab, A. B. (2012). The Acute Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ulcers*, 1-8.0

Hitoshi Maruyama, O. Y. (2012). Pathophysiology of Portal Hypertension and Esophageal Varices. *International Journal of Hepatology*, 1-7.

Ian M. Gralnek, A. N. (2008). Management of Acute Bleeding from a Peptic Ulcer. *The new england journal of medicine*, 928-937.

I-Chuan Chen MDa, M.-S. H.-F.-C.-T. (2007). Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *American Journal of Emergency Medicine* , 774–779.

James Y W Lau, A. B.-m.-s. (2013). Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. *Lancet*, 2033–43.

José Alberto González-González, G. V.-E.-C.-T.-R.-Q.-G.-S.-G. (2011). Factores predictivos de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal. *REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS*, 196-203.

Moctezuma Maldonado Urias, P. A.-C. (2008). Hemorragia de tubo digestivo alto. Experiencia en el hospital Médica Sur. *Revista de Investigación Médica Sur, México*, 176-184.

Oliver Blatchford, W. R. (2000). A risk score to predict need for treatment for uppergastrointestinal haemorrhage. *Lancet*, 1318–21.

Peter Malfertheiner, F. K. (2009). Peptic ulcer disease. *Lancet* , 1449–61.

- Sanjaya K. Satapathy, M. M. (2014). Nonendoscopic Management Strategies for Acute Esophagogastric Variceal Bleeding. *Gastroenterol Clin N Am*, 819-833.
- Sumit Kumar, M. M. (2014). Epidemiology, Diagnosis and Early Patient Management of Esophagogastric Hemorrhage. *Gastroenterol Clin N Am*, 1-18.
- T A Rockall, R. F. (1996). Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*, 316-321.
- T C K Tham, C. J. (2009). Predicting outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage without endoscopy using the clinical Rockall Score. *Postgrad Med J*, 757–759.
- Yidan Lu, M. Y.-I. (2014). Endoscopic Management of Acute Peptic Ulcer Bleeding. *Gastroenterol Clin N Am*, 1-29.

VII. ANEXOS

Los signos del sangrado se registraron como sigue:	
• Melena	42 (41.3%)
• Hematemesis	18 (17.6%)
• Melena y hematemesis	30 (29.4%)
• Hematemesis y hematoquecia	12 (11.7%)

Tabla 1. Presentación clínica del sangrado de tubo digestivo alto (Moctezuma Maldonado Urias, 2008)

Tabla 2. Clasificación etiológica de la úlcera péptica

<ul style="list-style-type: none"> • Positivo para infección por Helicobacter Pylori
<ul style="list-style-type: none"> • Inducida por fármacos (Ej. Antiinflamatorios No esteroideos AINES)
<ul style="list-style-type: none"> • H. Pylori y AINES positivo
<ul style="list-style-type: none"> • H Pylori y AINES negativo*
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de hipersecreción ácida (Síndrome de Zollinger-Ellison)
<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera de anastomosis posterior a resección subtotal gástrica
<ul style="list-style-type: none"> • Tumores (Ej. Linfoma, cáncer)
<ul style="list-style-type: none"> • Causas raras específicas
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedad de Crohn de estómago o duodeno
<ul style="list-style-type: none"> ○ Gastroduodenitis eosinofílica
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mastocitosis sistémica
<ul style="list-style-type: none"> ○ Lesiones por radiación
<ul style="list-style-type: none"> ○ Infecciones virales (Ej. Infecciones por Herpes simple o citomegalovirus, en particular con pacientes inmunocomprometidos)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Colonización del estómago de Helicobacter Heilmanii
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedad sistémica severa
<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras de Camerón (úlceras gástricas , donde pasa una hernia de hiato a través del hiato diafragmático)
<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras idiopáticas

*Requiere buscar otras causas específicas (Peter Malfertheiner, 2009)

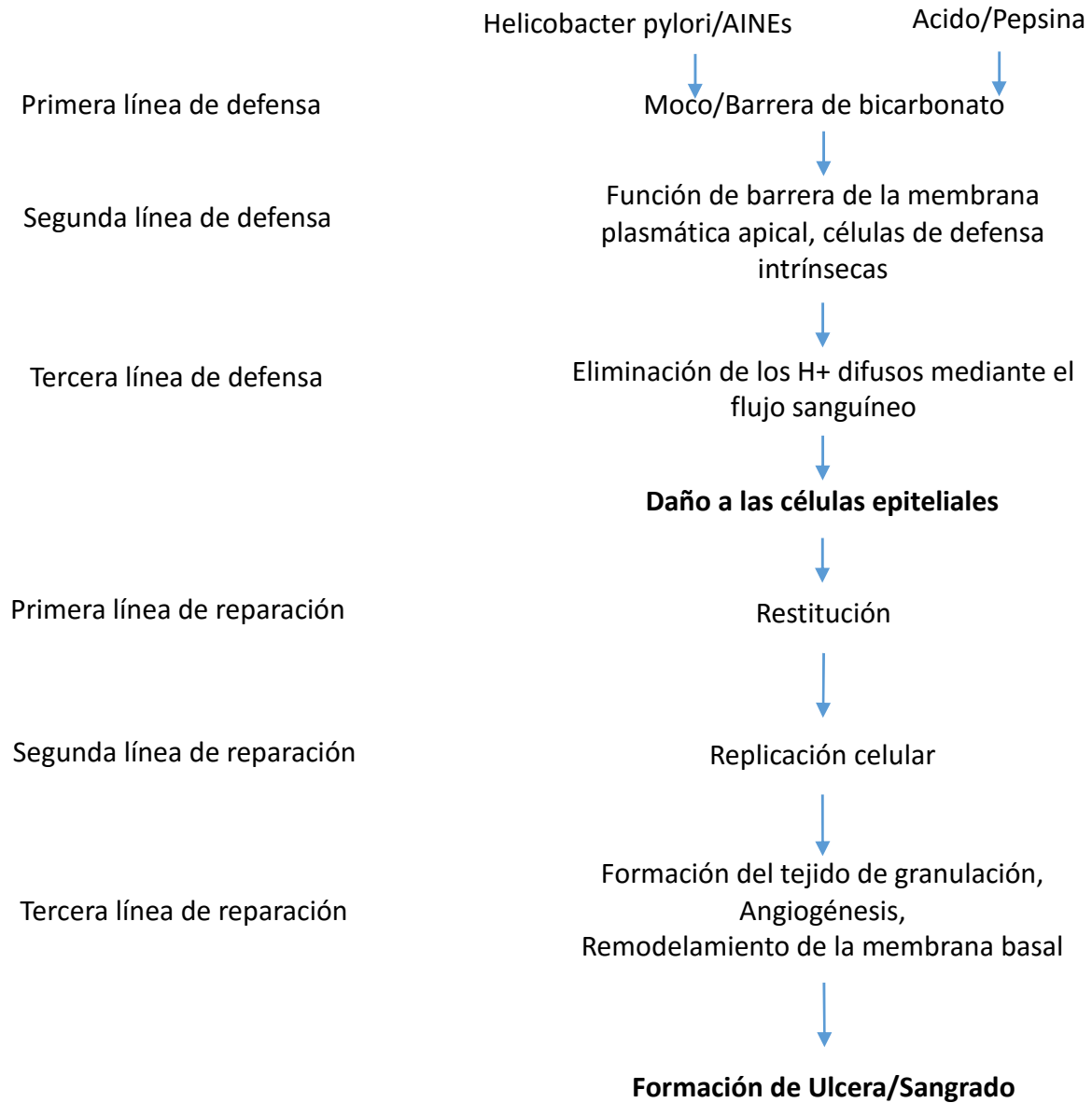


Fig. 1 Fisiopatología de la Ulcera Péptica (Georg D. Arlt, 2001)

Variable	Puntaje			
	0	1	2	3
Edad	<60	60-79	≥80	
Choque	Sin choque PAS>100mmHg Pulso<100lat/min	Taquicardia PAS<100mmHg Pulso>100lat/min	Hipotensión PAS<100mmHg	
Comorbilidad	Ninguna		Falla cardiaca, cardiopatía isquémica, cualquier comorbilidad mayor	Falla renal, insuficiencia hepática, neoplasia diseminada
Diagnostico	Desgarro Mallory-Weiss, ausencia de lesiones, no estigmas	Todos los otros diagnósticos	Malignidad del tracto gastrointestinal superior	
Estigma de hemorragia reciente	Ninguno o puntillado oscuro		Sangre en el tracto gastrointestinal superior, coagulo adherido, vaso visible o con sangrado activo	

Tabla 3. Escala de Rockall (T A Rockall, 1996)

Tabla 4. Riesgo de mortalidad y resangrado (T A Rockall, 1996)

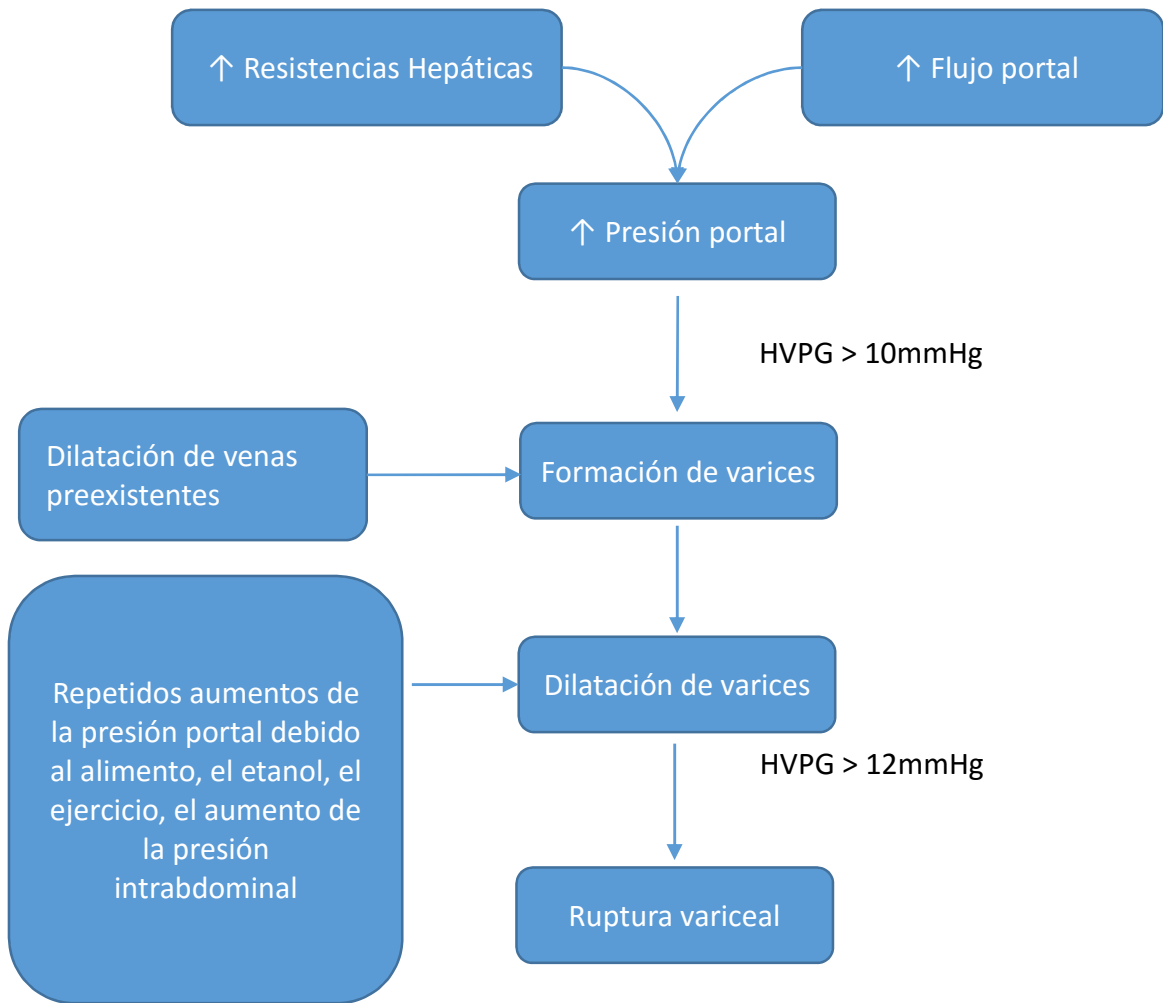
Puntuación		0	1	2	3	4	5	6	7	8
Inicial	Mortalidad	0.2	2.4	5.6	11	24.6	39.6	48.6	50	
Final	Resangrado	4.9	3.4	5.3	11.2	14.1	24.1	32.9	43.8	48.1
Final	Mortalidad	0	0	0.2	2.9	5.3	10.8	17.3	27	41.1

Tabla 5. Escala de Blatchford

Marcador de riesgo al ingreso	Puntaje
Niveles séricos de Nitrógeno ureico	
≥18.2 o <22.4	2
≥22.4 o < 28	3
≥28<70	4
≥70	6
Niveles de Hemoglobina para hombre	
≥12 o <13	1
≥10 o < 12	3
<10	6
Niveles de hemoglobina para mujer	
≥10 o <12	1
<10	6
Presión sistólica (mmHg)	
≥100 o <109	1
≥90 o <99	2
<90	3
Otros marcadores	
Frecuencia cardiaca >100 por min	1
Presencia de melena	1
Sincope	2
Enfermedad hepática	2
Falla cardiaca	2

Rango de puntaje de 0 a 23, máximo puntaje 23, alto riesgo (Oliver Blatchford, 2000).

Fig. 2. Fisiopatología de la Hipertensión portal y el sangrado variceal



Hepatic venous pressure gradient (HVPG): Gradiente Hepático presión venosa (Annalisa Berzigotti, Angels Escorsell, & Jaume Bosch, 2001).

Tabla 6. Perdidas sanguíneas en base a la presentación clínica (Andrew C. Meltzer, 2014)

	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
Perdidas sanguíneas	<750	750-1500	1500-2000	>2000
Frecuencia cardíaca	<100	100-120	120-140	>140
Presión arterial	Normal	Normal	Disminuido	Disminuido
Presión de pulso	Normal/aumentado	Disminuido	Disminuido	Disminuido
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>40
Uresis (mL/h)	>30	20-30	5-15	Nulo
Estado mental	Ligeramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso, confundido	Letárgico

1. Anexo de Tablas

Tabla general							
Variable	Menor de 12horas		Más de 12horas		Resultado		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Total		
Sexo	hombres	7	31.8	15	68.2	22	p=0.491
	mujeres	2	20	8	80	10	
Síntoma	Hematemesis	6	46.2	7	53.8	13	p=0.138
	Melena	3	18.8	13	81.3	16	
	Hematemesis y melena	0		3	100	3	
Choque Hipovolémico	Grado I	5	29.4	12	70.6	17	p=0.421
	Grado II	1	12.5	7	87.5	8	
	Grado III	3	42.9	4	57.1	7	
	Grado IV	0		0		0	
Comorbilidad	Diabetes Mellitus	1	25	3	75	4	p=0.677
	Hipertensión arterial	2	25	6	75	8	
	Cáncer	0	0	2	100	2	
	Insuficiencia Hepática	3	25	9	75	13	
	Ninguna	3	50	3	50	6	
Diagnostico endoscópico	Gastritis erosiva	3	42.9	4	57.1	7	p=0.387
	Úlcera Duodenal	2	25	6	75	8	
	Varices Esofágicas	2	16.7	10	83.3	12	
	Desgarro Mallory-Weis	1	100	0	0	1	
	Otros Diagnósticos	1	25	3	75	4	
Días de estancia Hospitalaria	1 día	2	100	0	0	2	p=0.016
	2 días	4	66.7	2	33.3	6	
	3 días	3	23.1	10	76.9	13	
	4 días	0	0	8	100	8	
	5 días	0	0	2	100	2	
	15 días	0	0	1	100	1	
Mortalidad a las 24horas	No	9	28.1	23	71.9	32	
	Si	0	0	0	0	0	
Escala de Rockall	Resangrado 3.4% (1pt)	0	0	0	0	0	p=0.447
	Resangrado 5.3% (2pts)	0	0	3	100	3	
	Resangrado 11.2% (3pts)	0	0	1	100	1	
	Resangrado 14.1% (4pts)	4	50	4	50	8	
	Resangrado 24.1% (5pts)	3	23.1	10	76.9	13	
	Resangrado 32.9% (6pts)	2	40	3	60	5	
	Resangrado 43.8% (7pts)	0	0	2	100	2	
	Resangrado 48.1% (8pts)	0	0	0	0	0	
Presencia de resangrado	Si	2	22.2	7	77.8	9	p=0.642
	No	7	30.4	16	69.6	23	
Mortalidad a 30 días	Si	0	0	1	100	1	p=0.525
	No	9	29	22	71	31	

Tabla 7. SEXO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	masculino	22	68.8
	femenino	10	31.3
	Total	32	100.0

Tabla 8. GRUPO ETARIO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	18-19 años	1	3.1
	20-24 años	1	3.1
	25-44 años	6	18.8
	45-49 años	5	15.6
	50-59 años	8	25.0
	60-64 años	4	12.5
	65 y mas	7	21.9
	Total	32	100.0

TABLA 9. DISTRIBUCION DE GRUPO DE EDADES POR SEXO				
Sexo			Frecuencia	Porcentaje
masculino	Válido	20-24 años	1	4.5
		25-44 años	5	22.7
		45-49 años	5	22.7
		50-59 años	6	27.3
		60-64 años	2	9.1
		65 y mas	3	13.6
		Total	22	100.0
		femenino	Válido	18-19 años
25-44 años	1			10.0
50-59 años	2			20.0
60-64 años	2			20.0
65 y mas	4			40.0
Total	10			100.0

TABLA 10. EDAD PROMEDIO				
Sexo			Sexo	Edad
Masculino	N	Válido	22	22
		Perdidos	0	0
	Media		1.00	50.18
	Desviación estándar		.000	12.931
	Femenino	N	Válido	10
Perdidos			0	0
Media		2.00	56.70	
Desviación estándar		.000	16.627	

TABLA 11. SÍNTOMA DE INGRESO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Hematemesis	13	40.6
	Melena	16	50.0
	Melena y Hematemesis	3	9.4
	Total	32	100.0

TABLA 12. GRADO DE CHOQUE HIPOVOLÉMICO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Grado I	17	53.1
	Grado II	8	25.0
	Grado III	7	21.9
	Total	32	100.0

TABLA 13. COMORBILIDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Diabetes Mellitus	4	12.5
	Hipertensión arterial	8	25.0
	Cáncer	2	6.3
	Insuficiencia Hepática	12	37.5
	Ninguna	6	18.8
	Total	32	100.0

TABLA 14. TIEMPO DE REALIZACION DE LA ENDOSCOPIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Menor a 12hrs	9	28.1
	mayor a 12hrs	23	71.9
	Total	32	100.0

TABLA 15. Diagnósticos Endoscópicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Gastritis erosiva	7	21.9
	Úlcera duodenal	8	25.0
	Varices Esofágicas	12	37.5
	Desgarro Mallory-Weis	1	3.1
	Otros Diagnósticos	4	12.5
	Total	32	100.0

TABLA 16. DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	2	6.3
	2	6	18.8
	3	13	40.6
	4	8	25.0
	5	2	6.3
	15	1	3.1
	Total	32	100.0

TABLA 17. ESCALA DE ROCKALL

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	resangrado 5.3%	3	9.4
	resangrado 11.2%	1	3.1
	resangrado 14.1%	8	25.0
	resangrado 24.1%	13	40.6
	resangrado 32.9%	5	15.6
	resangrado 43.8	2	6.3
	Total	32	100.0

TABLA 18. EXISTIÓ RESANGRADO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	9	28.1
	No	23	71.9
	Total	32	100.0

TABLA 19. MORTALIDAD A LAS 24HRS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	32	100.0

TABLA 20. MORTALIDAD A 30DIAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	1	3.1
	No	31	96.9
	Total	32	100.0

Tabla 21. Existió Resangrado-Endoscopia

			Endoscopia		Total
			Menor a 12hrs	mayor a 12hrs	
Existió Resangrado	Si	Recuento	2	7	9
		% dentro de Existió Resangrado	22.2%	77.8%	100.0%
	No	Recuento	7	16	23
		% dentro de Existió Resangrado	30.4%	69.6%	100.0%
Total		Recuento	9	23	32
		% dentro de Existió Resangrado	28.1%	71.9%	100.0%

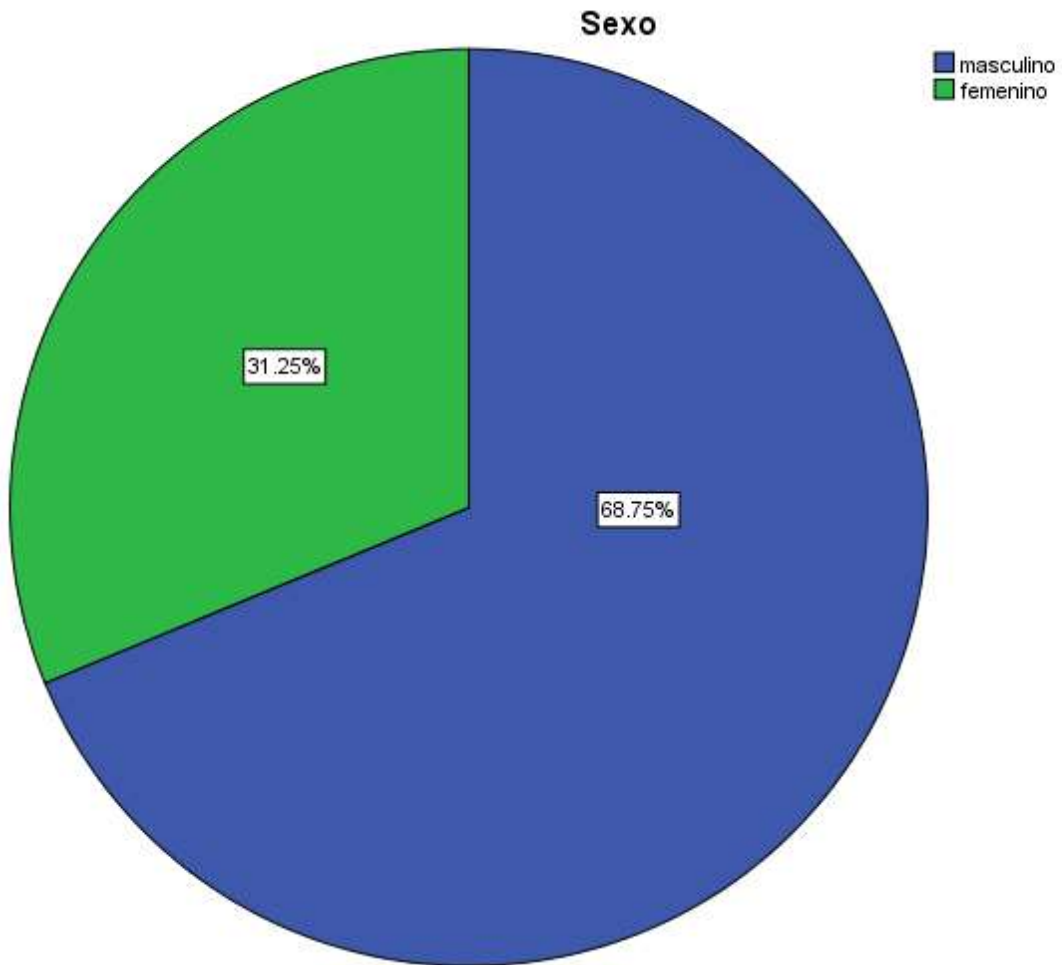
Tabla 22. Mortalidad a 30días-Endoscopia

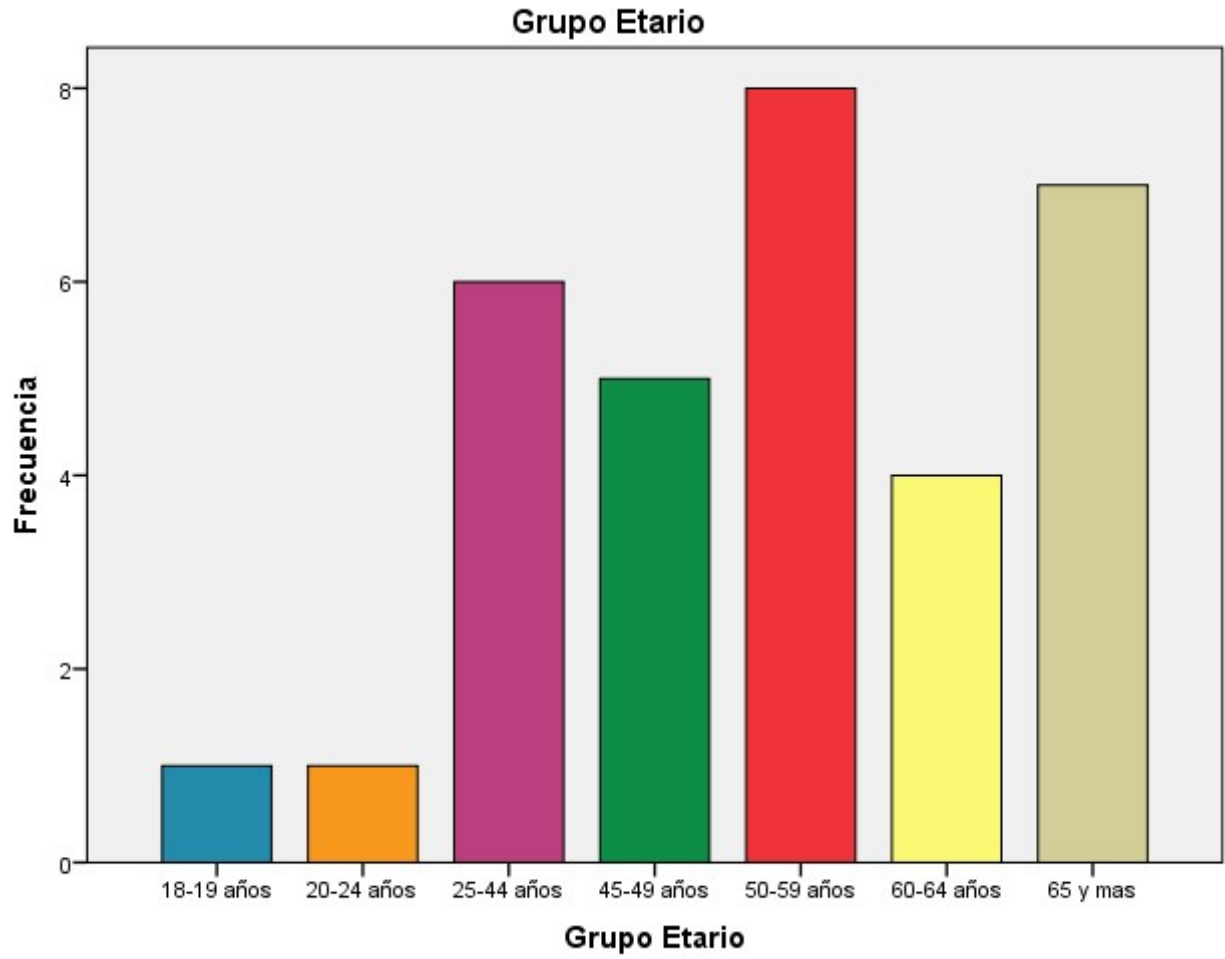
			Endoscopia		Total
			Menor a 12hrs	mayor a 12hrs	
Mortalidad a 30días	Si	Recuento	0	1	1
		% dentro de Endoscopia	0.0%	4.3%	3.1%
	No	Recuento	9	22	31
		% dentro de Endoscopia	100.0%	95.7%	96.9%
Total		Recuento	9	23	32
		% dentro de Endoscopia	100.0%	100.0%	100.0%

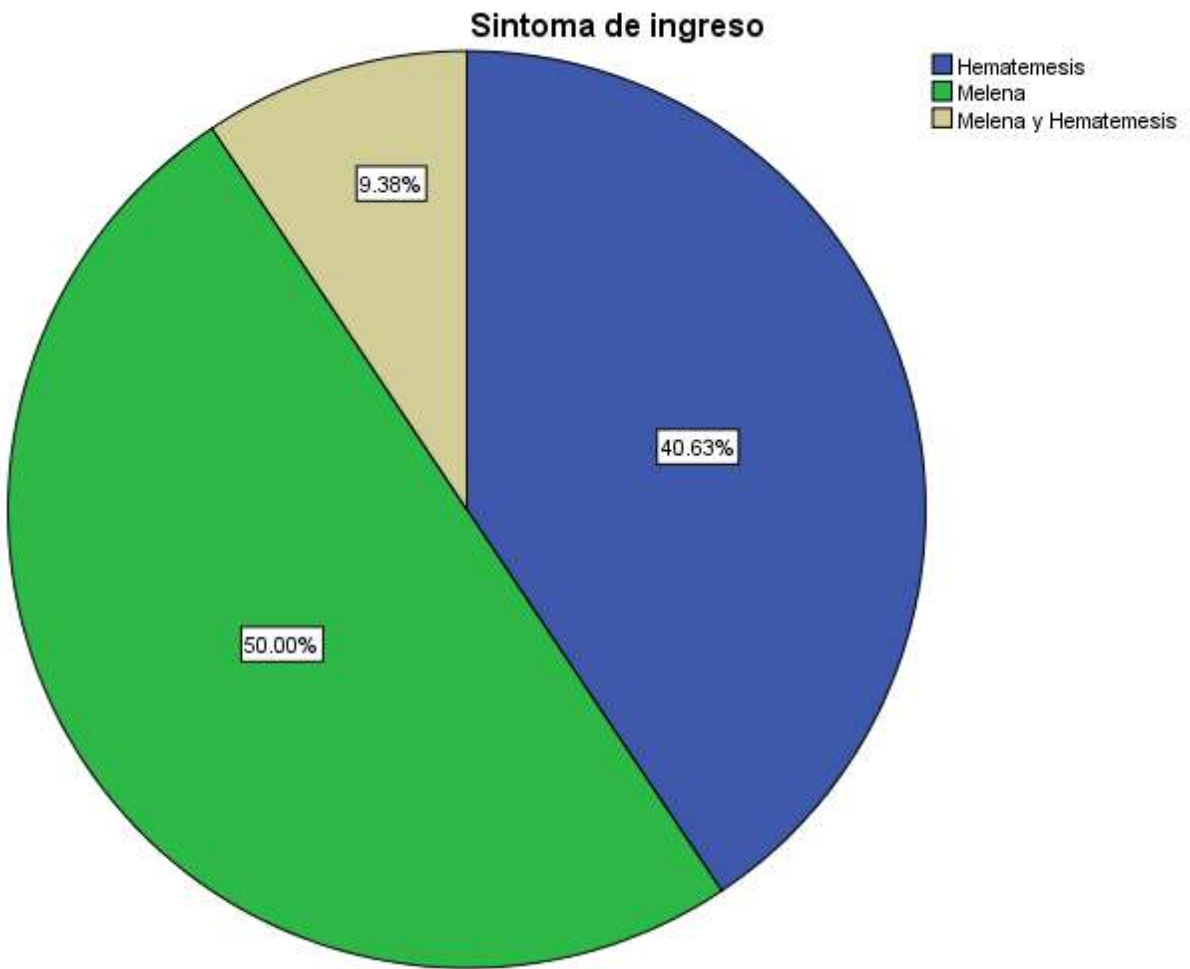
Tabla 23 Riesgo Relativo Endoscopia *Existió Resangrado					
			Existió Resangrado		Total
			Si	No	
Endoscopia	Menor a 12hrs	Recuento	2	7	9
		% dentro de Existió Resangrado	22.2%	30.4%	28.1%
	mayor a 12hrs	Recuento	7	16	23
		% dentro de Existió Resangrado	77.8%	69.6%	71.9%
Total		Recuento	9	23	32
		% dentro de Existió Resangrado	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 24 Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Endoscopia (Menor a 12hrs / mayor a 12hrs)	.653	.107	3.971
Para cohorte Existió Resangrado = Si	.730	.186	2.872
Para cohorte Existió Resangrado = No	1.118	.719	1.739
N de casos válidos	32		

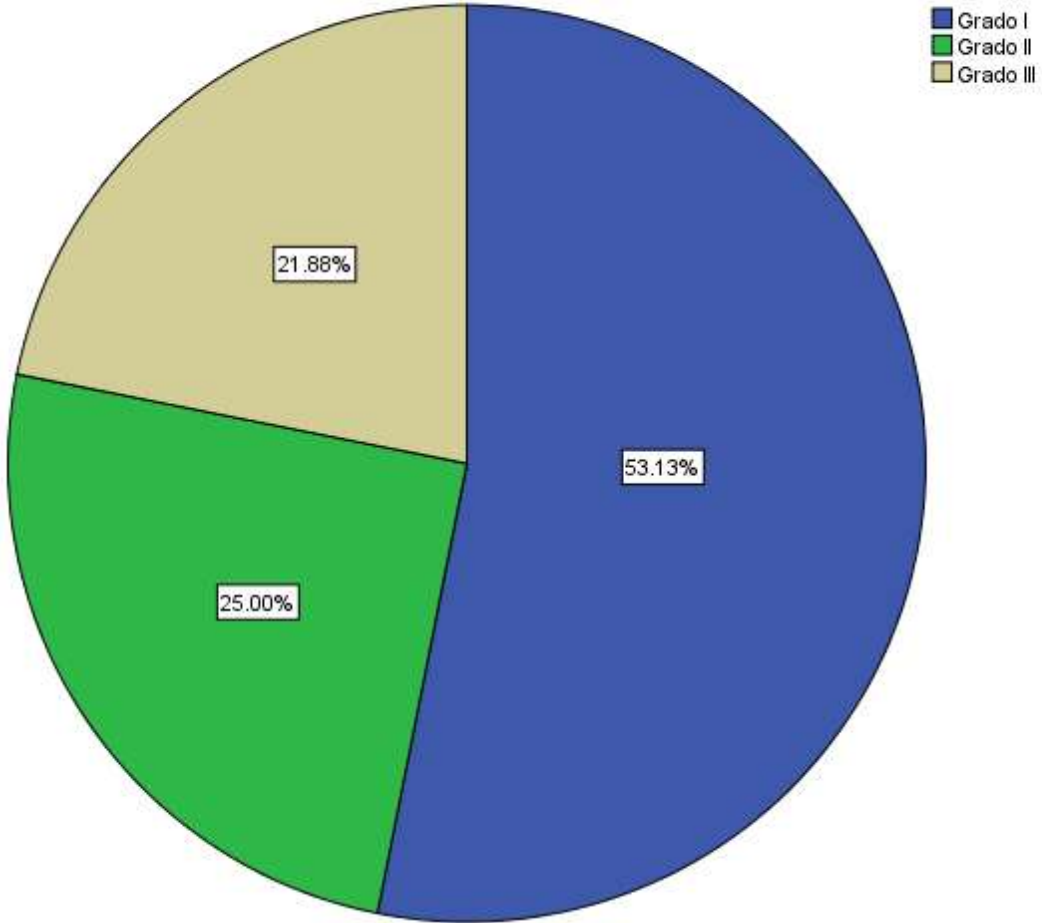
2. Anexo de Gráficos



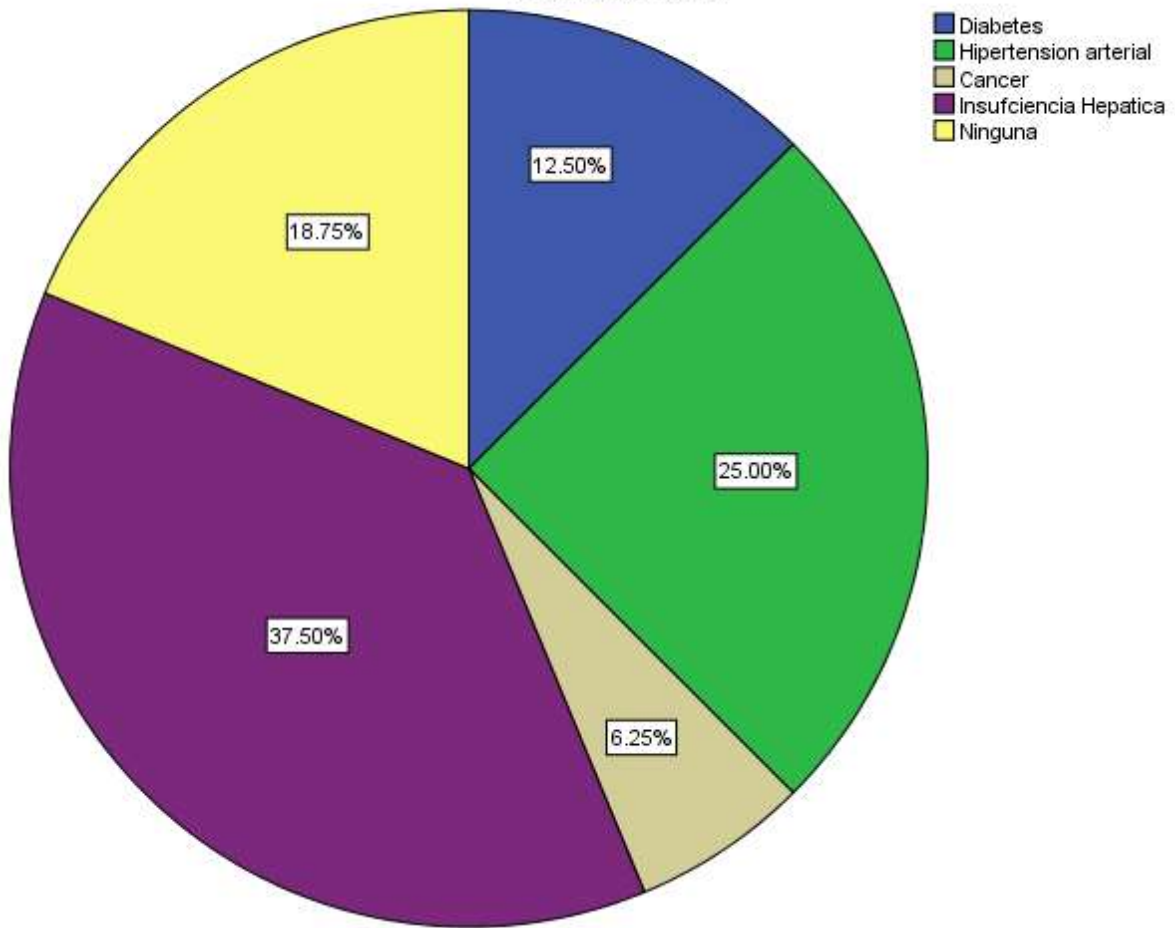




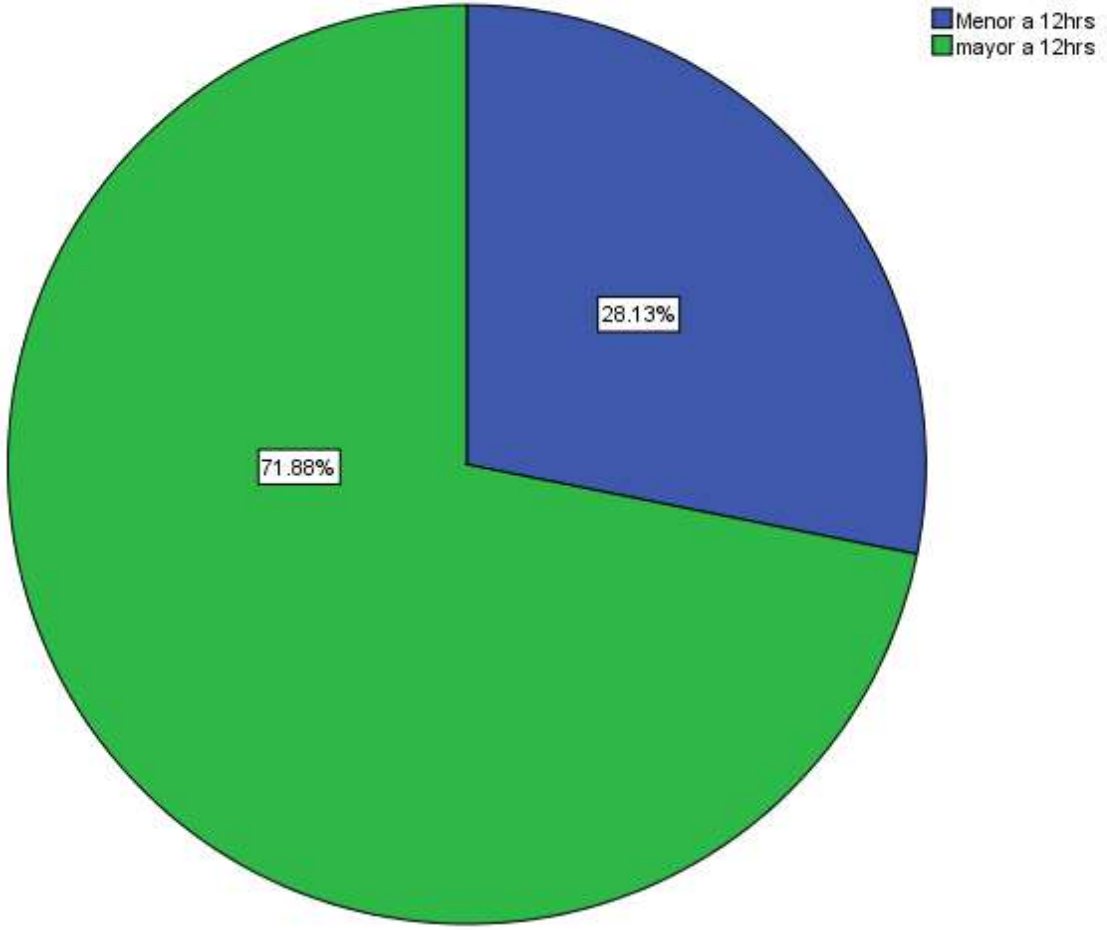
Grado de Choque Hipovolemico

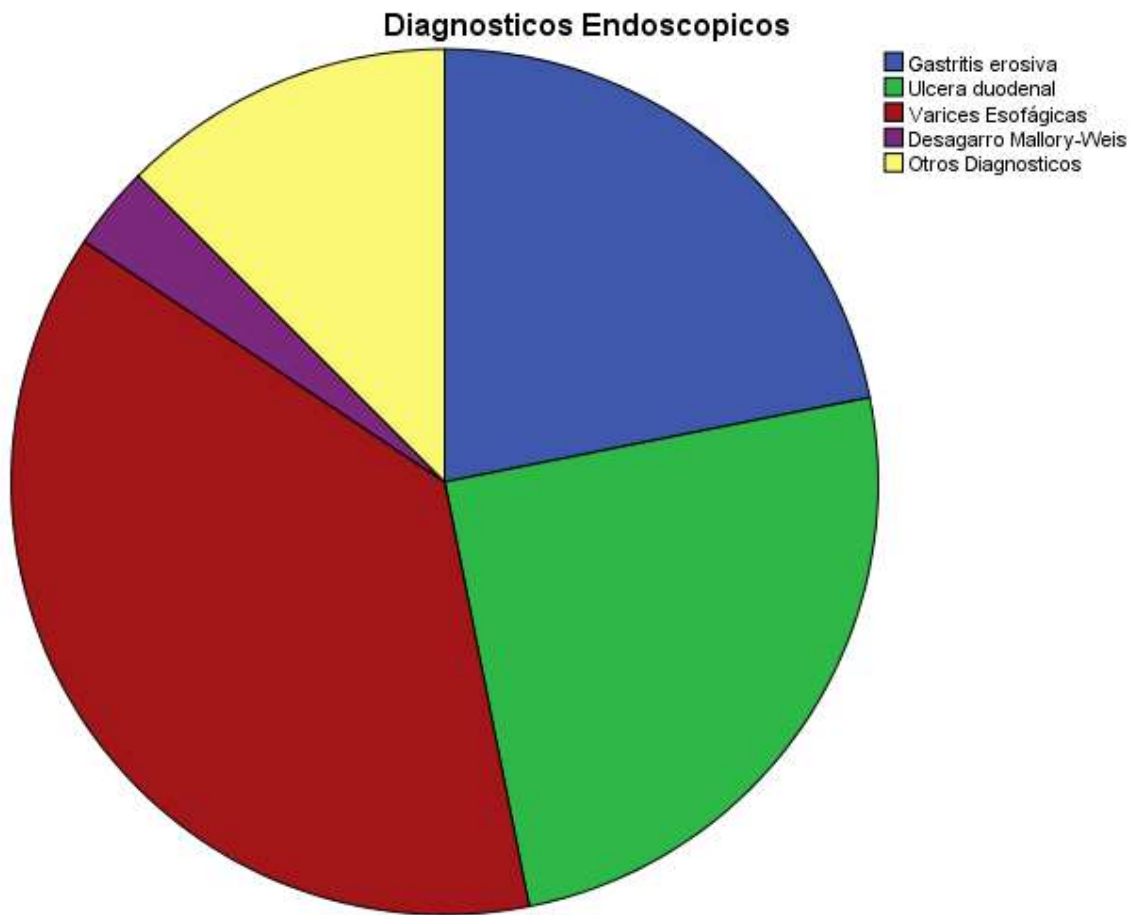


Comorbilidad

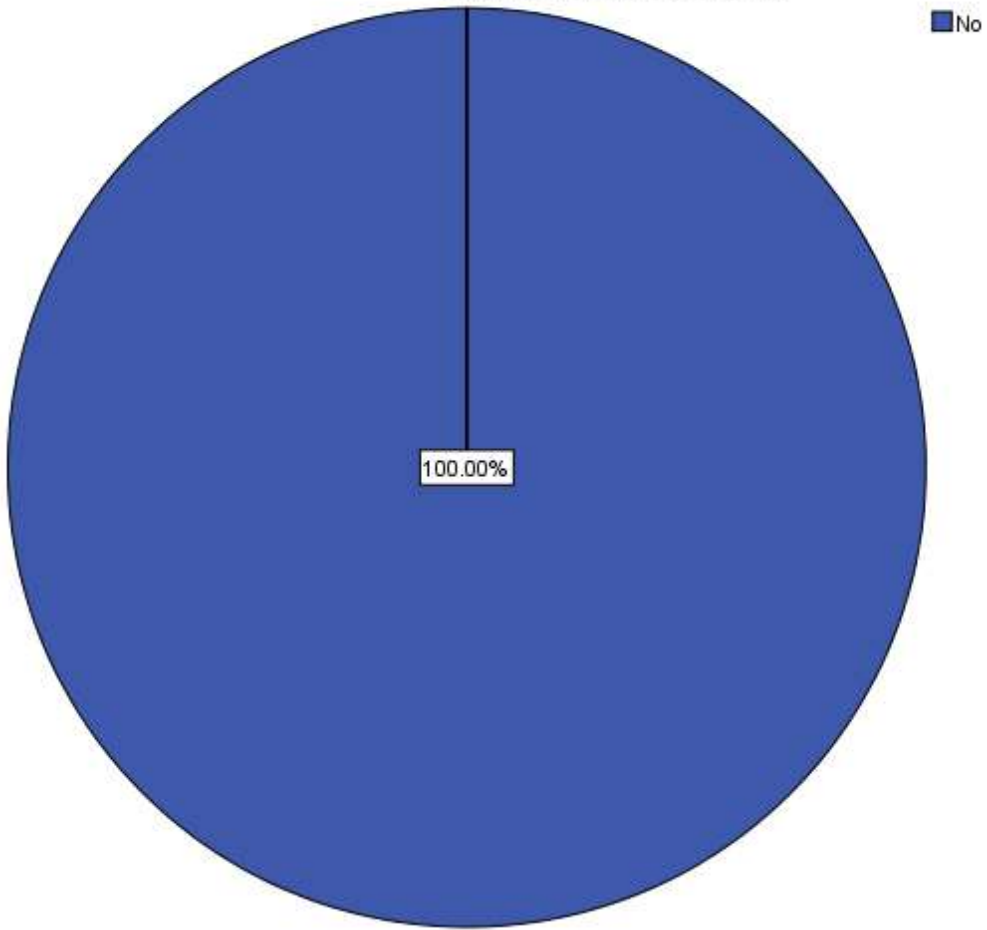


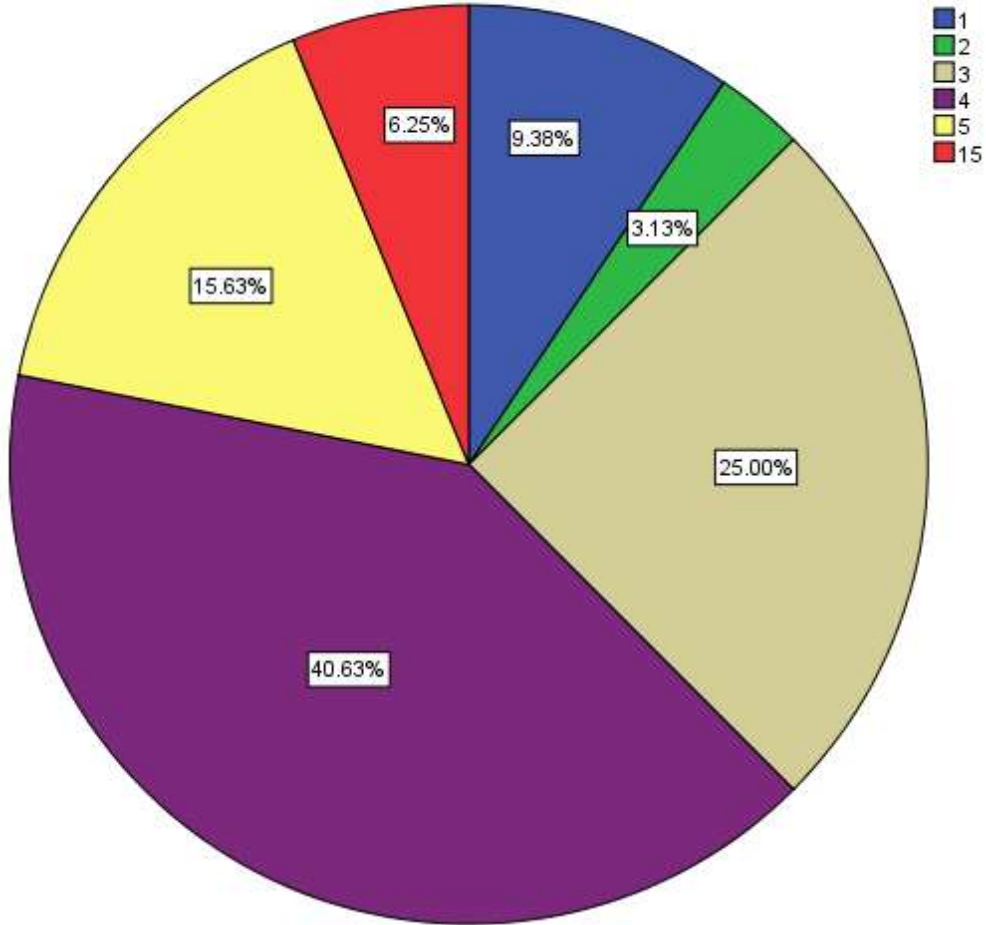
Endoscopia



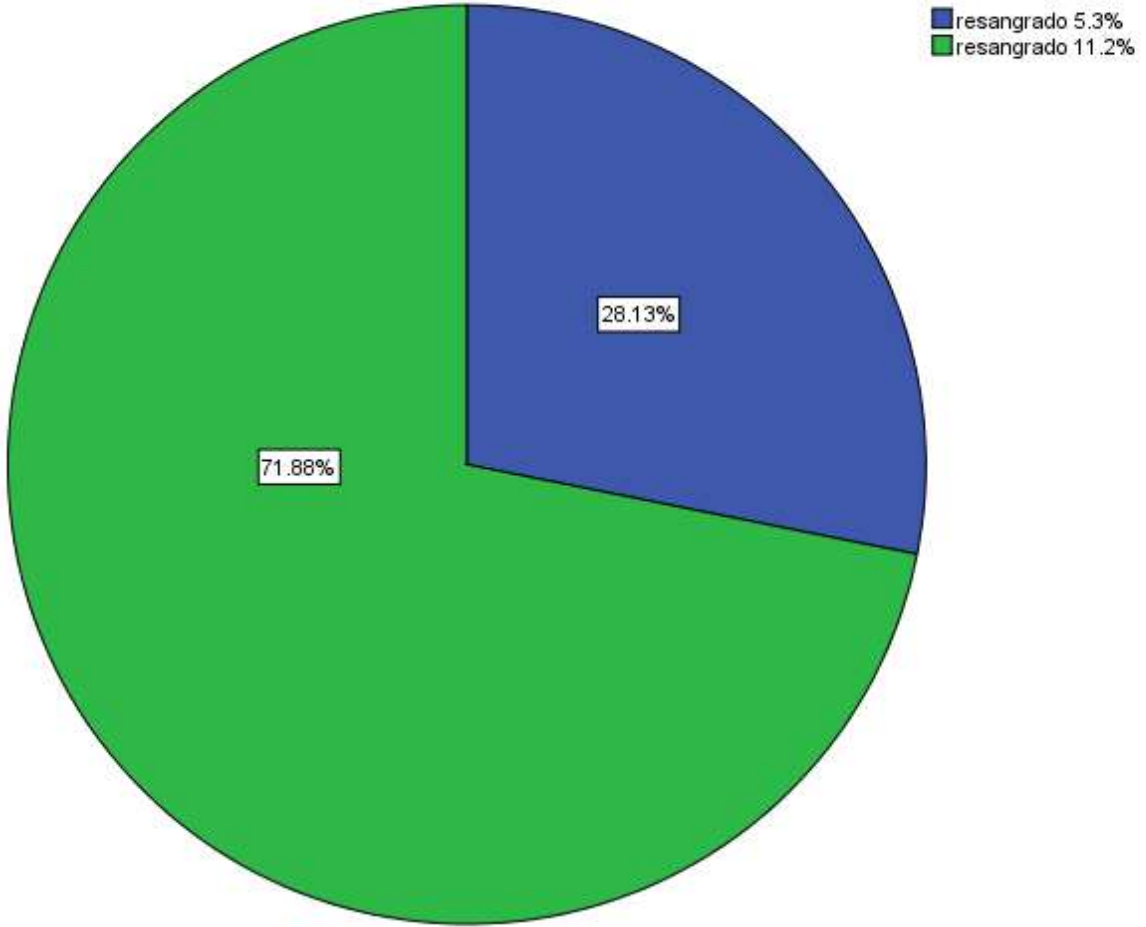


Mortalidad a las 24hrs

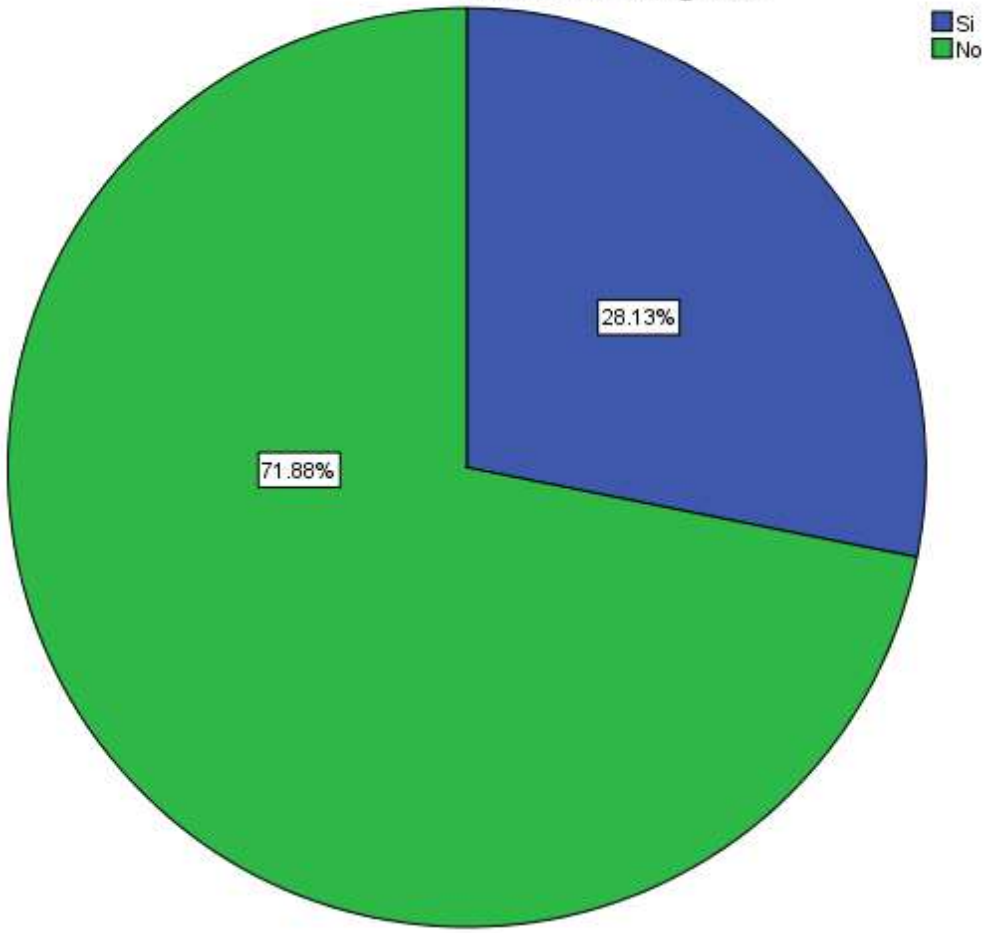


Dias de estancia hospitalaria

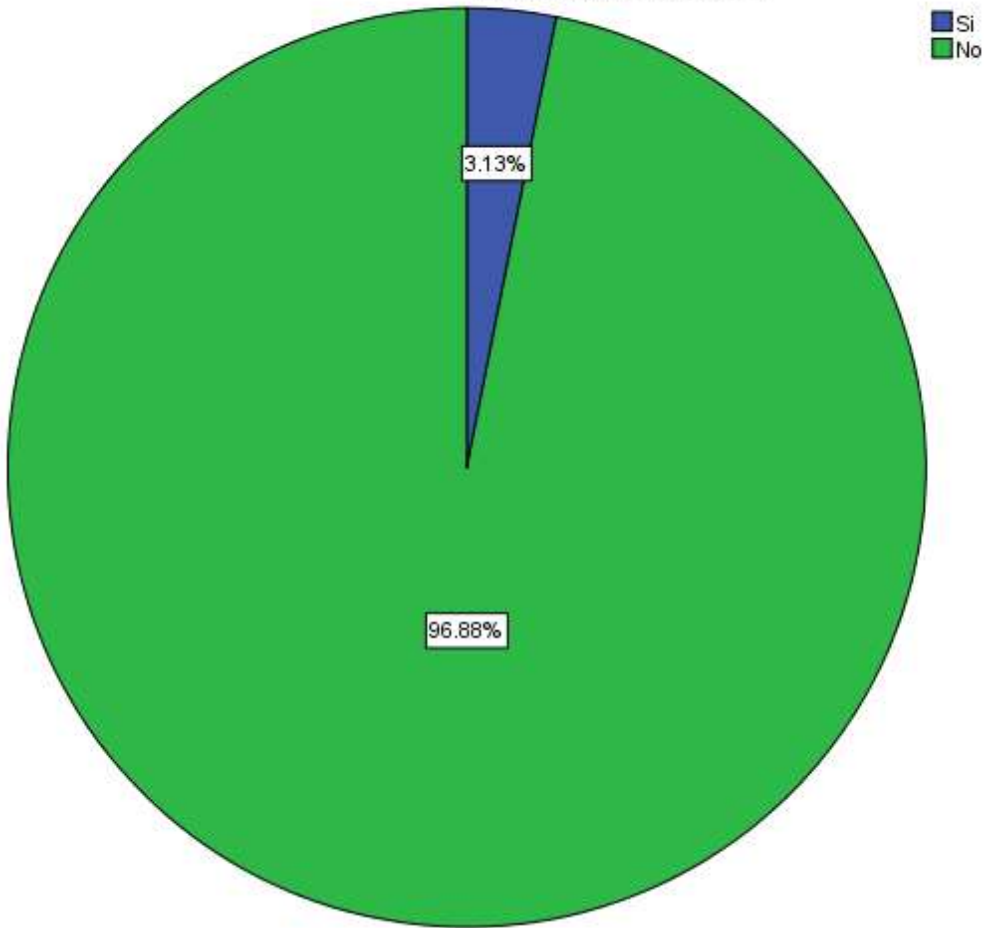
Escala de Rockall

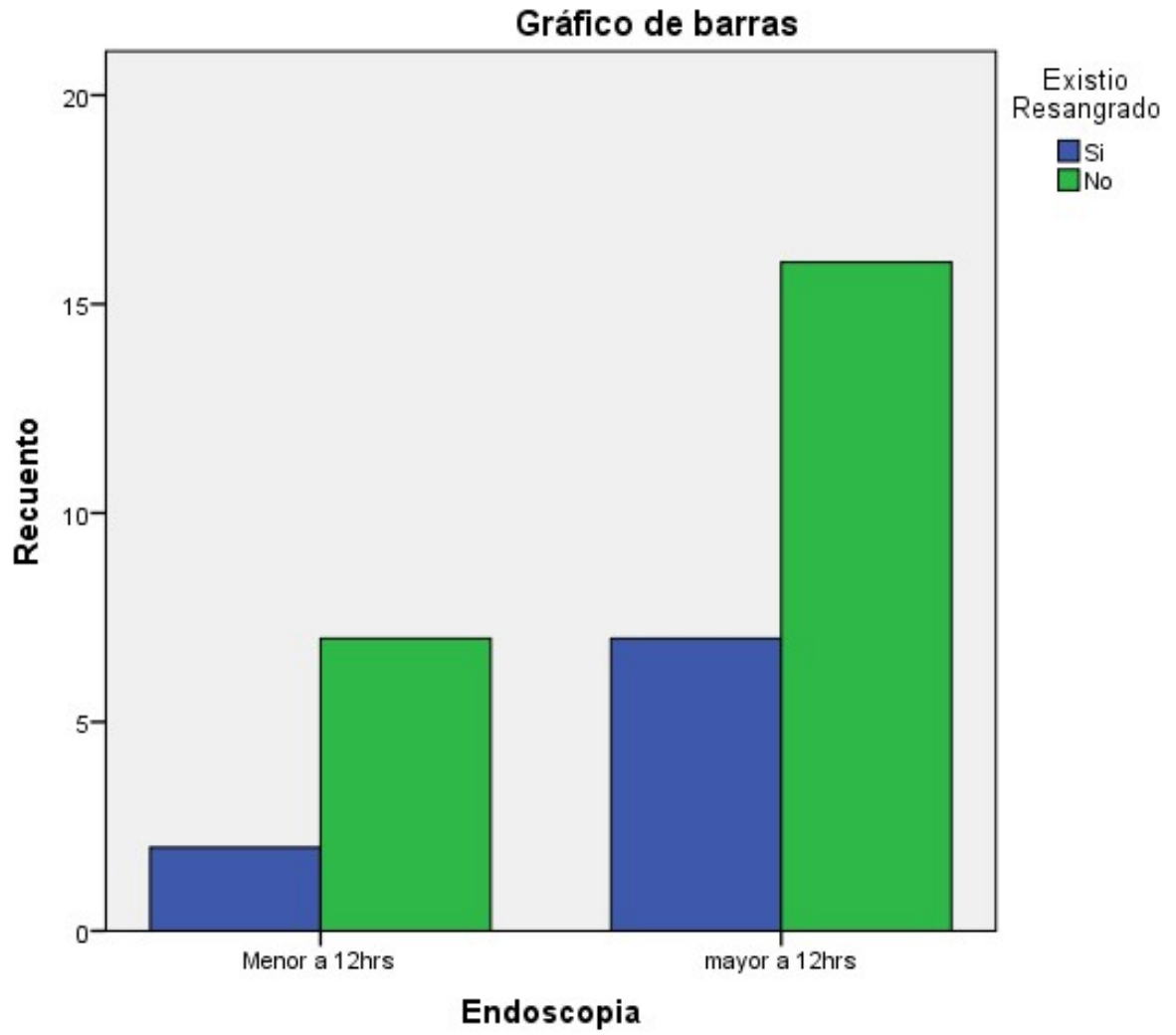


Existio Resangrado



Mortalidad a 30días





3. Hoja de Captura de datos

Folio No. ____

Hoja de captura de datos

1.Nombre:	Edad:	Sexo
		(1) Hombre (2) Mujer
Fecha de Ingres:	Hora de Ingreso:	
Fecha de Egreso:	Días de EIH:	
Número de Teléfono:		

Síntoma que presenta al ingreso			
(1) Hematemesis	(2) Melena	(3) Melena y hematemesis	(4) Hematemesis y Hematoquecia

Signos vitales de ingreso			
TA	FC	FR	Tempo
Grado de choque Hipovolémico			
(1) Grado I	(2) Grado II	(3) Grado III	(4) Grado IV

Comorbilidad				
(1) Diabetes	(2) HAS	(3) Cáncer	(4) Insuficiencia Hepática	(5) Ninguna

Endoscopia	
(1) Menor a 12hrs	(2) Después de las 12hrs
Diagnostico endoscópico: (1) Gastritis erosiva (2) Ulceras duodenales (3) Varices esofágicas (4) Desgarro Mallory-Weis (5) Otro Diagnostico. _____	
Escala de Rockall	Escala de Blatchford

Mortalidad a 24hrs		Mortalidad a 30 días	
Si (1)	No (2)	Si (1)	No (2)
Presencia de Resangrado		Si (1)	No (2)