

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS.



INFORME FINAL DE INVESTIGACION
RESULTADOS DE LA ENDOSCOPIA TEMPRANA EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR NO VARICEAL. INSTITUTO
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL. ENERO A DICIEMBRE 2017.

presentado por:

Dr. Carlos Humberto Alvarenga Requeno

Dra. Aida Alejandra Menjivar Jovel.

Para optar al título de especialista en:

Medicina Interna.

Asesor de tesis

Dr. Melvin Wenceslao Linares Serrano.

San Salvador, Julio 2020.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos en primer lugar a Dios, por siempre iluminarnos en los proyectos trazados, y ser nuestra fuerza.

Además, agradecemos a nuestras familias, nuestro gran pilar, que siempre han estado junto a nosotros, ofreciendo su apoyo incondicional, y apoyándonos en las dificultades encontradas.

A nuestros asesores, por la dedicación de y el tiempo brindado para llevar a cabo la investigación y el desarrollo del informe final.

A nuestros jurados, por ser guías en este proceso de investigación.

A nuestros amigos, por ofrecernos apoyo incondicional, a medida nos enfrentamos con mayores dificultades.

RESUMEN

La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano. Puede ser alta o baja; es alta en aquella que se produce sobre el ángulo de Treitz, y baja, la que tiene su origen bajo él. La prevalencia mundial observada varía entre 50 y 150 casos por cada 100.000 adultos. A nivel nacional se presenta una elevada morbi-mortalidad de hemorragias digestivas altas en los diferentes centros de servicios; en el Hospital General del ISSS, en San Salvador la frecuencia de esta patología es alta según lo observado en los datos epidemiológicos del instituto. Múltiples estudios internacionales revisados en nuestro marco teórico avalan el hecho que en cuanto a tratamiento endoscópico, todavía existen cierta duda en cuanto al momento adecuado para realizar un procedimiento endoscópico, con nuestro trabajo de investigación queremos evidenciar los beneficios que una endoscopia temprana (primeras 8 a 24 horas posterior al ingreso hospitalario) trae consigo, desde disminución de tasas de mortalidad, disminución de complicaciones y hasta disminución de gastos reflejados en reintervenciones, utilización de transfusiones y días de estancia intrahospitalaria. El porque del estudio surge de la observación del constante ingreso de pacientes con sangrado de tubo digestivo superior que permanecen ingresados por días esperando un cupo para poder realizar un procedimiento que es tanto diagnóstico como terapéutico. La metodología será de tipo retrospectivo y observacional, consistirá en universo constituido por pacientes ingresados por hemorragia de tubo digestivo superior en servicios de Medicina Interna 3 y 4 del Hospital General del ISSS. Se darán a conocer los resultados de acuerdo a nuestras variables de investigación en los pacientes en quienes se realiza una endoscopia digestiva superior temprana, comparado con los pacientes en quienes se realiza una endoscopia digestiva tardía.

INTRODUCCIÓN.

En un sangrado gastrointestinal, el médico usualmente debe decidir entre dos posibles opciones: iniciar un manejo endoscópico inmediato o retrasar la terapia endoscópica hasta que el paciente se encuentre hemodinámicamente estable o que las condiciones para una endoscopia exitosa se hayan cumplido. (1)

El sangrado gastrointestinal es una complicación potencialmente mortal en los pacientes; con complicaciones que repercuten en su función renal, los días de estancia intrahospitalaria, sus niveles de hemoglobina y su supervivencia, por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar el beneficio de realizar una intervención endoscópica temprana (las primeras 24 horas), y compararla con los resultados de realizar una intervención tardía (más de 24 horas). (5)

Sin embargo, el tiempo oportuno para realizar una endoscopia parece poco claro a pesar de múltiples estudios que comparan las ventajas de una endoscopia temprana versus una endoscopia tardía, sin embargo, estos estudios no son concluyentes carecen de recomendaciones con una validez adecuada. (8)

Una intervención endoscópica temprana, puede ser efectiva para el diagnóstico y tratamiento hemostático en pacientes con sangrado gastrointestinal, sin embargo, una endoscopia temprana debe ser cuidadosamente preparada en la unidad de emergencia para garantizar la seguridad del paciente. (12)

Para este estudio se tomarán en cuenta los pacientes que ingresaron a los servicios de Medicina 3 y Medicina 4 del hospital general del seguro social entre los meses de enero a diciembre de 2017, con diagnóstico de hemorragia digestiva superior, en los que posterior al estudio endoscópico, no se identificó una etiología variceal.

El propósito del presente estudio se centra en analizar los resultados que se obtienen de un estudio endoscópico superior temprano (primeras 24 horas) en cuanto a necesidad de transfusión de hemoderivados, presencia de falla renal aguda, días de estancia intrahospitalaria y supervivencia, demostrando de esta manera beneficios en cuanto a la morbi-mortalidad para el paciente como en beneficios en cuanto a costos para la institución, que aunque estos últimos no serán planteados

como parte de la investigación se verán reflejados indirectamente en cuanto a tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes estudiados reflejando la variable días/cama.

INDICE.

Antecedentes.....	7
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	9
Marco Teórico.....	10
Hipótesis.....	15
Objetivos.....	16
Metodología de la Investigación.....	17
Variables.....	19
Recolección de datos.....	22
Cronograma de actividades.....	25
Presentación de resultados.....	26
Discusión.....	41
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Referencias.....	47
Anexos.....	49

ANTECEDENTES

La causa más común de hemorragia digestiva superior es el sangrado relacionado a úlceras, el cual representa cerca del 50% de todas las hemorragias digestivas superiores. La mortalidad asociada a la hemorragia intestinal alta ha disminuido con el transcurso de los años llegando a ser tan baja como 2 al 5%, esta disminución puede ser atribuida al uso de medicamentos inhibidores de bomba de protones y la erradicación de *Helicobacter pylori*, mejoras en equipo endoscópico que incluye mejoras en diagnósticos de imagen. (1)

La hemorragia del tracto gastrointestinal superior ocurre en 150 por cada 100,000 pacientes al año, lo que conlleva a más de 300 mil hospitalizaciones al año, alcanzando valores de más de \$2.5 billones anuales. La endoscopia de tubo digestivo superior ha demostrado ser efectiva en los casos de hemorragia digestiva no variceal y es ahora el pilar de tratamiento para los pacientes que se presentan con esta condición, sin embargo, su tiempo óptimo en la práctica clínica aún no está bien definido. (2)

Con el advenimiento de la endoscopia digestiva temprana se pueden alcanzar los puntos clave al incurrir en diagnósticos tempranos y certeros, estratificación de riesgo, así como terapias hemostáticas adecuadas. Esto demuestra que para probar un beneficio de una endoscopia superior temprana debe establecerse un nexo entre las prácticas clínicas y las ventajas económicas. (2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la ausencia de guías clínicas adecuadas en nuestro país en cuanto a la definición de “temprana” que, según la literatura varia en el amplio rango de 1 hora hasta 24 horas posteriores al ingreso, nuestro estudio se basara en la endoscopia temprana definida como aquella que se realiza en las primeras 24 horas luego del ingreso hospitalario, es aún una práctica inconsistente, tanto en nuestro medio como en la evidencia plasmada en la literatura revisada en nuestro marco teórico. Evidencia actual sugiere que la endoscopia de tubo digestivo superior realizada dentro de las primeras 24 horas después de la admisión hospitalaria es realizada en el 40 al 70% de los casos según datos de estudios obtenidos en poblaciones norteamericanas.

Nuestro interés en realizar el estudio es por ende promover una revisión sistemática de la literatura disponible para comparar los datos disponibles, con los de la población de pacientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social que acude con hemorragia digestiva superior para poder de esta manera determinar si en efecto nuestra población se beneficia en cuanto al tiempo de estancia hospitalaria, necesidad de transfusiones sanguíneas, falla renal aguda y mortalidad cuando se realiza la endoscopia digestiva superior en las primeras 24 horas de su ingreso, y demostrar si esta práctica se asocia a una relación costo: beneficio superior que la endoscopia que se retrasa por más de 24 horas.

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia del tubo digestivo constituye una de las principales causas de consulta e ingreso en los distintos servicios de medicina a nivel mundial según la literatura revisada en nuestro marco teórico, y así mismo de forma internacional; tiene una carga económica grande, llegando a constituir gastos de millones de dólares. Las causas de dicho sangrado están divididas en sangrado alto y bajo, variceal y no variceal (1), siendo esta última el objetivo de nuestro estudio.

Actualmente, la endoscopia en las primeras 24 horas posteriores al ingreso hospitalario es la terapia estándar para la hemorragia digestiva, sin embargo como se ha documentado es en ocasiones difícil de realizar una endoscopia de urgencia y urgente por lo que los hallazgos clínicos podrán de manera indirecta hacer sospechar al médico de urgencias sobre el tipo de lesión basándose en dichos datos así como grupos de edades, género, etc.; en tanto se encuentra disponible dicha herramienta, recordando que la complicación fundamental es la hemorragia masiva que condiciona choque hipovolémico oligohémico y la necesidad inclusive de ingresar a las unidades de terapia intensiva incrementando la morbimortalidad de los pacientes y sustancialmente los costos dependiendo de la etiología de las causas de sangrado.

En este trabajo de investigación se quiere evidenciar los beneficios de realizar una endoscopia temprana (dentro de las primeras 24 horas posterior al ingreso hospitalario), a través de disminución en morbi-mortalidad de los pacientes con dicha patología, disminución de los días de ingreso, disminución de las complicaciones y transfusiones, que, al final determinan gasto a la institución.

MARCO TEÓRICO.

La causa más común de hemorragia digestiva alta aguda (UGIH) es hemorragia relacionada con la úlcera, que representa casi el 50% de todos los casos de sangrado del tracto gastrointestinal superior. El sangrado no variceal es menos frecuente y representa aproximadamente 25% a 35% de todas las hemorragias gastrointestinales superiores.

Etiologías.

Esofagitis: Los pacientes con esofagitis erosiva severa pueden presentar hematemesis y melenas. La esofagitis severa es más comúnmente el resultado de enfermedad por reflujo gastroesofágico no tratado.

Desgarro de Mallory Weiss: Los desgarros de Mallory-Weiss son laceraciones de la mucosa o submucosas que ocurren en o cerca de la unión gastroesofágica y se extienden distalmente, por lo general, en una hernia o a lo largo del cardias gástrico. Los pacientes generalmente se presentan con hematemesis o vómitos en pozol de café

Lesiones de Cameron: Las lesiones de Cameron son ulceraciones o erosiones lineales dentro de un saco herniario hiatal en el estómago proximal cerca del pinch diafragmático. Las lesiones de Cameron son causadas por un traumatismo mecánico e isquemia localizada de la mucosa gástrica como cuando el estómago se desliza contra el diafragma además de la lesión péptica ácida.

Lesiones de Dieulafoy: Una lesión de Dieulafoy es una arteria submucosa grande no asociada a úlcera que se encuentra cerca de la superficie de la mucosa y puede provocar un sangrado GI agudo masivo. La causa de estas lesiones es desconocida; sin embargo, las causas congénitas y adquiridas pueden contribuir a su desarrollo.

Malignidad del tracto intestinal superior: Las malignidades representan solo un pequeño porcentaje de sangrado GI superior agudo, con informes tan bajo como del 1% al 5% de todas las hemorragias. Los tumores más comunes del tracto gastrointestinal superior asociados con hemorragia GI superior, enumerados en

orden descendente, incluyen adenocarcinoma de estómago y esófago, tumores mesenquimatosos y enfermedad metastásica.

Necrosis esofágica aguda: En raras ocasiones, el sangrado GI superior agudo puede ocurrir como resultado de un evento isquémico. La necrosis esofágica aguda (AEN), también conocida comúnmente como “esófago negro”, puede ocurrir como resultado de isquemia localizada en la mucosa esofágica. (1)

Se estima que la tasa anual de hospitalización por hemorragia gastrointestinal superior en los Estados Unidos son 160 hospitalizaciones por cada 100,000 habitantes, que se traduce en más de 400,000 por año. En la mayoría de los entornos, la gran mayoría de los episodios agudos de hemorragia gastrointestinal superior (80 a 90%) tienen causas, donde la úlcera péptica gastroduodenal representa la mayoría de las lesiones. (2).

Presentación clínica.

Hematemesis y melena, son las formas de presentación más común de una hemorragia digestiva superior aguda.

Estratificación de riesgo.

La puntuación de Blatchford, una herramienta validada de estratificación de riesgos basada en variables clínicas y de laboratorio, se utiliza para predecir la necesidad de Intervención médica en pacientes con hemorragia del tracto gastrointestinal superior. La escala de Blatchford con puntuaciones de 0 a 23 (tabla 1), con puntuaciones más altas que indican un mayor riesgo. La puntuación de Rockall es probablemente La estratificación de riesgos más conocida es una herramienta para la hemorragia gastrointestinal superior y ha sido validado en numerosos entornos de salud.

La puntuación clínica de Rockall (tabla 2) (es decir, la puntuación antes de la endoscopia) se calcula únicamente sobre la base de variables clínicas en el momento de presentación. La puntuación completa de Rockall hace el uso de criterios tanto clínicos como endoscópicos para predecir los riesgos de re-sangrado

y muerte; la escala varía de 0 a 11 puntos, con mayores puntuaciones que indican mayor riesgo (2)

El aspecto endoscópico de una úlcera sangrante se puede utilizar para predecir la probabilidad de recurrencia de sangrado sobre la base de la clasificación de Forrest, que va desde IA hasta III. Las lesiones de alto riesgo incluyen aquellas caracterizadas por chorro de sangre (grado IA) o sangre rezumada (grado IB), un vaso visible sin sangrado descrito como una protuberancia pigmentada (grado IIA), y un coágulo adherente (que se define como una lesión que es Rojo, granate o negro y de textura amorfa. Y eso no puede ser desalojado por succión o contundente o riego por agua) (grado IIB). Las lesiones de bajo riesgo incluyen manchas lisas, pigmentadas (grado IIC) y úlceras de base limpia (grado III). La variación de estos estigmas endoscópicos por el Inter observador varía de bajo a moderado. (2)

Se han desarrollado además de los sistemas Rockall y Blatchford otros métodos de estratificación de pacientes de riesgo como el AIMS-65 que fue desarrollado como un score más simple con solo 5 puntos a evaluar, aunque el AIMS65 es útil para predecir mortalidad este no demostró tener superioridad con respecto a la escala de GBS, en determinar la necesidad de intervenciones, la necesidad de transfusiones o ingreso a cuidados intensivos. (3).

El tiempo óptimo de la endoscopia digestiva superior sin embargo no ha sido bien establecido, estudios prospectivos bien diseñados, incluyendo ensayos que demostraron la seguridad de la alimentación después de un estudio endoscópico, con evidencia de hemorragias con etiología de úlceras de base limpia, proveen el argumento de que la endoscopia temprana puede proveer un beneficio indiscutible para ambos grupos de pacientes tanto para los de bajo riesgo, como los de alto riesgo, también se ha demostrado que las endoscopias tardías no proveen mayor beneficio que la terapia medica habitual. Sin embargo la mortalidad no se ve modificada a expensas de un incremento en las complicaciones peri procedimiento cuando se compara la endoscopia temprana versus la endoscopia tardía. (4).

Se sabe que no existe acuerdo general sobre la definición de la endoscopia en hemorragia digestiva superior, esta varía ampliamente entre varios estudios, que van desde 2 hasta 24 horas después de la presentación al servicio de urgencias. Lin et al encontraron que La endoscopia temprana (12 horas) produjo una disminución de la demanda de transfusión de sangre. (5)

Los predictores que fueron significativos en cuanto a peores resultados en base a mortalidad, necesidad de cirugía, o necesidad de transfusión incluyeron hipotensión al momento de la presentación, comorbilidades asociadas, falla renal, mayor edad, cirrosis o cáncer metastásico. Es posible que los esfuerzos para realizar una endoscopia dentro de las primeras 6 horas ayude a disminuir los esfuerzos de resucitación y por tanto disminuir la mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva superior. (6)

La esofagofastroduodenoscopia juega un papel importante tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los pacientes con hemorragia digestiva superior. La endoscopia digestiva superior temprana definida como aquella que se realiza en las primeras 24 horas después de la presentación inicial se ha convertido en el abordaje terapéutico estándar para pacientes con hemorragia digestiva superior activa. (7).

El tiempo de la endoscopia puede ser definido como el período de tiempo desde el ingreso hospitalario (llegada al servicio de urgencias) a la realización de la endoscopia. En pacientes con Hemorragia hospitalaria, se definió el momento de la endoscopia como el período de tiempo desde el desarrollo de los síntomas de hemorragia digestiva a la realización de la endoscopia. (8)

Un enfoque multidisciplinar con participación oportuna de un endoscopista capacitado y asistente de endoscopia es ampliamente recomendado. La endoscopia temprana también permite la seguridad y alta acelerada de pacientes que están clasificados por ser de bajo riesgo y reduce el uso de los recursos asistenciales. Los objetivos de la endoscopia temprana son determinar la causa del sangrado, conocer el pronóstico, y administrar terapia endoscópica, si está indicada. (9)

Impacto entre el tiempo de endoscopia y días de hospitalización.

V. Jairath et al. En su estudio resultados de pacientes con hemorragias digestiva superior posterior a endoscopia en relación al tiempo, demostraron que, a mayor retraso en el tiempo de la realización de la endoscopia, mayor tiempo de días hospitalarios, este estudio demostró que los pacientes en quienes se realizó la endoscopia posterior a 24 horas permanecieron una media de 1.7 días más hospitalizados, lo que se tradujo en más costos de hospitalización. (10).

Las recomendaciones de tratamiento se han centrado en las primeras 72 horas posteriores a la presentación evaluación endoscópica y terapia endoscópica, ya que este es el período en que el riesgo de nuevas hemorragias es mayor. (11)

Endoscopia digestiva superior en pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.

En pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos que se presentan con hemorragia digestiva superior son pocos estudios los que valoran la eficacia de un estudio endoscópico temprano versus tardío, sin embargo en estos pacientes los estudios endoscópicos tempranos llevaron a tasas más altas de identificación de los sitios de sangrado, y una mayor tasa de hemostasia endoscópica con menores necesidades de transfusiones, sin embargo las tasas de resangrado en estos pacientes permanecen altas, (40 al 50%) necesitando estudios subsecuentes que aumentan las tasas de complicaciones. Sin embargo, en estos pacientes la endoscopia temprana versus la endoscopia tardía no demostró beneficios en cuanto a las tasas de mortalidad. (12)

HIPOTESIS.

H0: Los pacientes sometidos a endoscopia de tubo digestivo superior temprana se benefician de: menor tiempo de estancia hospitalaria, menor cantidad de transfusiones, menor riesgo de falla renal aguda, en comparación con los pacientes sometidos en endoscopia digestiva superior tardía.

H1: Los pacientes sometidos a endoscopia de tubo digestivo superior temprana no se benefician de: menor tiempo de estancia hospitalaria, menor cantidad de transfusiones, menor riesgo de falla renal aguda, en comparación con los pacientes sometidos en endoscopia digestiva superior tardía.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer las diferencias de la endoscopia de tubo digestivo superior temprana (antes de 24 horas), en pacientes con hemorragia digestiva superior no variceal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Comparar el tiempo de estancia hospitalaria en pacientes a quienes se les realizo endoscopia digestiva superior temprana contra aquellos a las que se le realizo 24 horas posteriores al ingreso.
2. Determinar si existe nexo entre falla renal aguda y hemorragia digestiva superior.
3. Conocer la incidencia de falla renal aguda en pacientes con hemorragia digestiva superior, en el momento de realización de la endoscopia.
4. Comparar la cantidad de glóbulos rojos empacados transfundidos en el grupo de endoscopia temprana y endoscopia tardía.
5. Comprobar si existe relación entre la mortalidad y tiempo de realización de endoscopia de tubo digestivo superior.

METODOLOGIA.

UNIVERSO.

87 pacientes que ingresaron al hospital general con diagnóstico de hemorragia digestiva superior no variceal entre el periodo de enero a diciembre de 2017.

MUESTRA.

De 87 pacientes ingresados por hemorragia digestiva superior no variceal, 32 fueron intervenidos con endoscopia de tubo digestivo temprana, de los cuales 25 cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, y 55 de forma tardía, de los cuales 43 cumplen los criterios de inclusión y exclusión por lo cual nuestra muestra será la siguiente: se seleccionarán los 25 pacientes con endoscopia de tubo digestivo temprana y 25 pacientes con endoscopia de tubo digestivo tardía, por el método aleatorio de Excel, para un total de la muestra de 50 paciente.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Según su finalidad: **analítico.**

Según la secuencia temporal de eventos: **transversal.**

Según el control de asignación de los factores de estudio: **observacional.**

Según el inicio del estudio en relación a la cronología de eventos: **retrospectivo.**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que ingresan a los servicios de Medicina Interna (Medicina 3 y 4) del Hospital General del ISSS con Hemorragia De Tubo Digestivo Superior no variceal.
- Pacientes que autoricen endoscopia de tubo digestivo.
- Pacientes con un puntaje de Glasgow Blatchford mayor de 6 puntos.
- Pacientes con hemorragia digestiva alta de alto riesgo según escala de Rockall.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con Hemorragia Digestiva Baja
- Pacientes con Hemorragia de tubo digestivo variceal
- Pacientes con enfermedad renal crónica
- Pacientes que no acepten transfusiones de hemoderivados
- Pacientes que no autoricen endoscopias de tubo digestivo
- Pacientes con puntaje de Glasgow Blatchford menor de 6 puntos
- Pacientes con hemorragia digestiva alta de bajo riesgo según escala de Rockall.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Objetivos	VARIABLES	Definición conceptual	Definición operativa	Indicadores	Escala	Valores	Fuente	Técnica	Instrumento
Comparar el tiempo de estancia en hospitalaria en pacientes a quienes se les realizó endoscopia digestiva superior temprana contra aquellos a las que se le realizó 24 horas posterior al ingreso.	Estancia intrahospitalaria	Número de días de estancia intrahospitalaria	Número de días de estancia intrahospitalaria	Número de días de hospitalización	Registro de ingreso y egreso de pacientes	>de 7 días, y < de 7 días.	Expediente de paciente	Revisión de expediente de paciente	Expediente clínico
Determinar la presencia de falla renal aguda relacionada a sangrado digestivo superior.	Falla renal aguda	Descenso abrupto de la capacidad de filtración renal	Descenso abrupto de la capacidad de filtración renal	Valor de creatinina	Escala AKIN	Estadio I: incremento de la creatinina arriba o igual de 0-3 mg/dl, o aumento de 1.5 a 2 veces sobre el nivel basal. Estadio II: incremento de creatinina de 2 a 3 veces sobre el nivel basal. Estadio III: incremento de creatinina arriba de 3 veces sobre la basal o creatinina de 4 mg/dl, con un aumento de al menos 0.5 mg/dl	Expediente clínico	Revisión de expediente clínico	Expediente clínico
Relacionar la incidencia de falla renal aguda en	Valor de la creatinina al momento de la realización de endoscopia	Valor de la creatinina al momento de la realización de endoscopia	Valor de la creatinina al momento de la realización de endoscopia	Valor de creatinina	Escala AKIN	Estadio I: incremento de la creatinina arriba o igual de 0-3 mg/dl, o aumento de 1.5 a 2	Expediente clínico	Revisión de expediente clínico	Expediente clínico

pacientes con hemorragia digestiva superior, con el momento de realización de la endoscopia.		Falla renal/ a las 24 horas,48 horas, 72 horas,96 horas, 120 horas.						veces sobre el nivel basal. Estadio II: incremento de creatinina de 2 a 3 veces sobre el nivel basal. Estadio III: incremento de creatinina arriba de 3 veces sobre la basal o creatinina de 4 mg/dl, con un aumento de al menos 0.5 mg/d	Expediente clínico	Revisión de expediente clínico	Expediente clínico
Comparar la cantidad de glóbulos rojos empacados transfundidos en el grupo de endoscopia temprana y endoscopia tardía	Hemoderivados necesarios para alcanzar la estabilidad hemodinámica	Unidades requeridas para alcanzar valor de hemoglobina arriba de 7 g/dl	Unidades requeridas para alcanzar valor de hemoglobina arriba de 7 g/dl	Cantidad de empacados utilizados	Escala de shock hipovolémico			Estadio I: sangrado < 750 ml (<15%), FC < 100 lpm, presión arterial normal, FR: 14-20 rpm, diuresis >30 cc/hr, SNC: normal. Estadio II: sangrado 750-1500 ml (15-30%), FC:>120 lpm, PA disminuida, FR: 20-30 rpm, diuresis: 20-30 cc/hr, SNC: ansiedad Estadio III: sangrado: 1500-2000 ml (30-40%), FC: >120 lpm, PA disminuida, FR: 30-40 rpm, diuresis: 5-15 cc/hr, SNC: confusión Estadio IV: sangrado > 2000 cc (40%), FC: > 140 lpm, PA: disminuida, FR: > 35 rpm, diuresis: negativo, SNC: letargo.	Expediente clínico	Revisión de expediente clínico	Expediente clínico
Comprobar si existe relación entre la mortalidad y tiempo de	Hemorragia digestiva superior: pérdida sanguínea en todo el recorrido del	Perdida sanguínea en el tubo digestivo hasta el ángulo de Treitz	Perdida sanguínea hasta el ángulo de Treitz	Escala de glasgow Blatchford: escala que demuestra la predicción de la necesidad	Escala de Glasgow- Blatchford; escala de Rockall			Urea plasmática (mg/dl) $\geq 38 < 47$: 2 puntos; $\geq 47 < 58$: 3 puntos; $\geq 58 < 147$: 4 puntos; ≥ 147 : 6	Expediente clínico	Revisión de expediente clínico	Expediente clínico

<p>realización de endoscopia de tubo digestivo superior</p>	<p>tubo digestivo hasta el ángulo de Treitz, y hemorragia digestiva inferior: pérdida sanguínea en el tubo digestivo desde el ángulo de Treitz hasta el ano</p>			<p>de realizar terapia endoscópica, la mortalidad y la identificación de los pacientes con hemorragia digestiva alta de bajo riesgo que no precisan de intervenciónes inmediatas; permite la evaluación del riesgo de los pacientes con hemorragia digestiva alta en función de una serie de variables clínicas y analíticas sin realización previa de una endoscopia digestiva alta.</p> <p>Escala de Rockall: escala con propósito principal de predecir la mortalidad del paciente con HDA y precisa de la realización de una EDA previa.</p>		<p>puntos. Hemoglobina (g/dl). Varones $\geq 12.0 < 13.0$: 1 punto; $\geq 10.0 < 12.0$: 3 puntos; < 10.0: 6 puntos. Hemoglobina (g/dl). Mujeres $\geq 10.0 < 12.0$: 1 punto; < 10.0: 6 puntos</p> <p>Tensión arterial sistólica (mmHg) 100-109: 1 punto; 90-99: 2 puntos; < 90: 3 puntos. Otros marcadores Pulso ≥ 100 lpm Presentación con melenas Presentación con síncope Enfermedad hepática previa Fallo cardíaco</p> <p>Escala Rockall: Edad: < 60 años + FC < 100 lpm + PA sistólica > 100 mmHg + enfermedades relacionadas: ninguna: 0 puntos. Edad: 60-79 años + FC: > 100 lpm + PA sistólica: > 100 lpm + enfermedad relacionada: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, o cualquier otra comorbilidad mayor: 1 punto Edad: > 80 años + PAS < 100 mmHg + comorbilidades: IRC, Insuficiencia hepática, neoplasia diseminada: 2 puntos. Comorbilidades: IRC, Insuficiencia hepática, neoplasia diseminada: 3 puntos.</p>			
---	---	--	--	--	--	---	--	--	--

PROCESAMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

Los datos se obtendrán a través de la revisión exhaustiva de expedientes clínicos, por medio de un instrumento de investigación que cumpla con los parámetros a estudiar de acuerdo a los objetivos previamente establecidos y posteriormente se procesara la información con la ayuda del programa Microsoft Excel.

INSTRUMENTOS POR UTILIZAR

RECURSOS HUMANOS

- Investigadores
- Asesor de tesis

RECURSOS FÍSICOS

- Computadora
- Impresora
- Libros, artículos, diccionarios, etc.
- Internet
- Bolígrafos
- Hojas de papel bond
- Historia clínica
- Hojas de recolección de datos

MÉTODOS DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

Los datos se recolectarán a través de la revisión de cuadros clínicos con la información necesaria y que cumpla los criterios de inclusión previamente definidos.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ETICOS

Los beneficios de la investigación están guiados para mejorar la morbilidad y mortalidad de los pacientes con HTDS. El estudio se llevará a cabo de manera retrospectiva, con la revisión de expedientes clínicos, sin intervención directa con los pacientes; dichos expedientes serán evaluados y escogidos de forma que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, y se puedan contestar los objetivos plasmados.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información recogida por medio del instrumento de investigación, determinado por los objetivos a estudiar, se procesará en el programa Microsoft Excel.

METODOS Y MODELOS DE ANALISIS DE LOS DATOS SEGÚN EL TIPO DE VARIABLES

La información recolectada será analizada de acuerdo con los objetivos ya preestablecidos, contrastado con el marco teórico previamente establecido.

PROGRAMA POR UTILIZAR PARA ANALISIS DE DATOS.

La información recolectada mediante el instrumento de investigación será procesada y analizada por medio del programa Microsoft Excel.

TABLAS DE SALIDA DE VARIABLES.

ENDOSCOPIA	< 24 HORAS	>24 HORAS
Días de estancia hospitalaria.		
Unidades de GRE transfundidos.		
Nexo de falla renal aguda con hemorragia digestiva superior.		
Incidencia de la falla renal aguda relacionada al momento de realizar la endoscopia		
Relación entre mortalidad y tiempo de realización de Endoscopia de tubo digestivo superior		

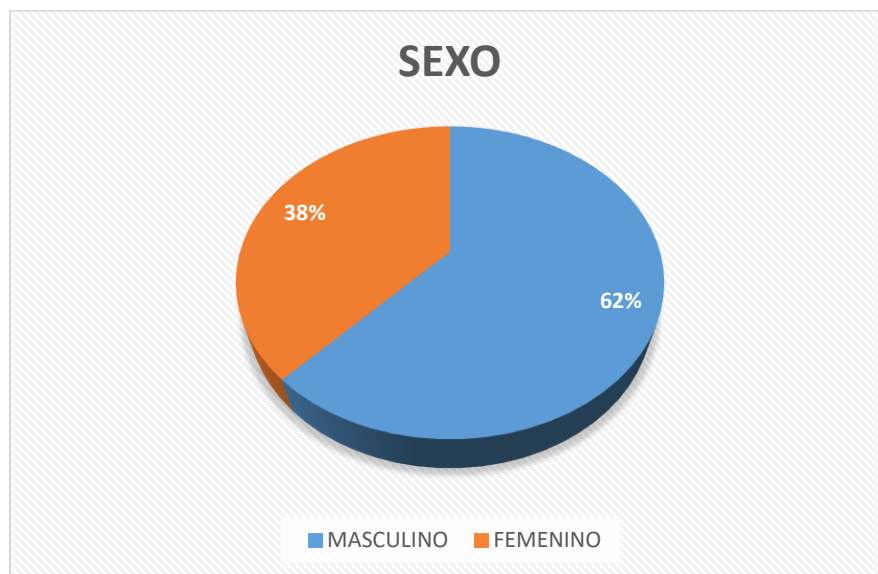
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2020

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ajuste de la propuesta según revisiones																								
Presentación de instrumento de investigaciones																								
Revisión y ajuste de instrumento de investigación																								
Recolección de la información																								
Procesamiento de la información																								
Análisis de los datos																								
Informe final																								

PRESENTACION DE RESULTADOS.

1. SEXO

SEXO	CANTIDAD
MASCULINO	31
FEMENINO	19
TOTAL	50



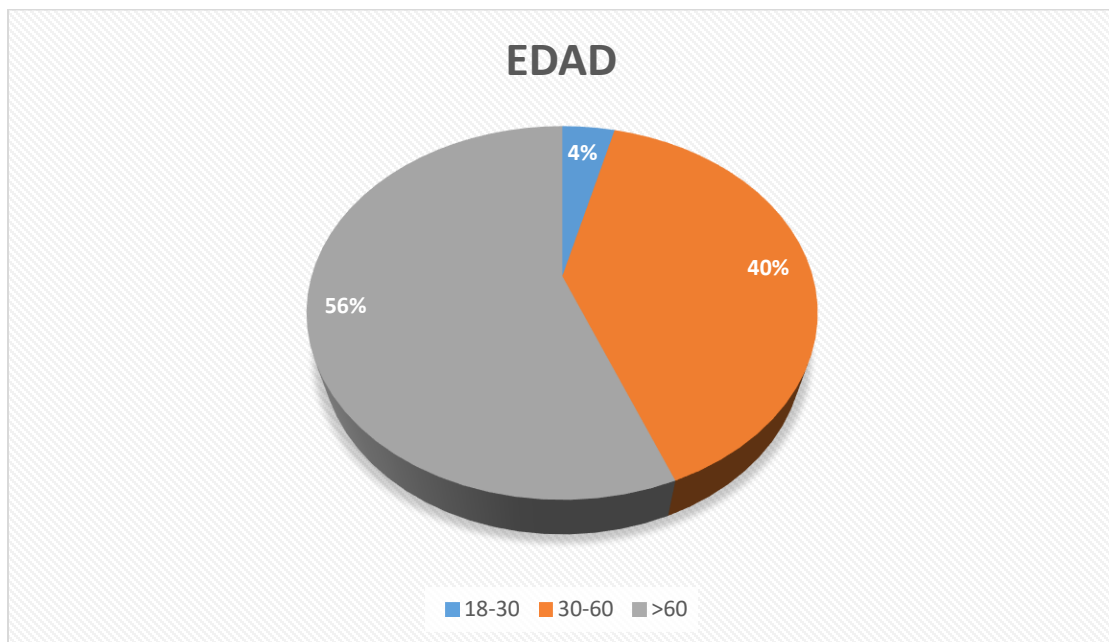
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

Análisis e interpretación.

De los 50 expedientes revisados de pacientes con hemorragia digestiva superior no variceal en 62% de los pacientes fueron del sexo masculino, y el 38% de los pacientes fueron del sexo femenino, manteniendo concordancia con lo revisado en la literatura a cerca del predominio del sexo masculino en dicha patología.

2. EDAD.

EDAD	CANTIDAD
18-30	2
30-60	20
>60	28
TOTAL	50



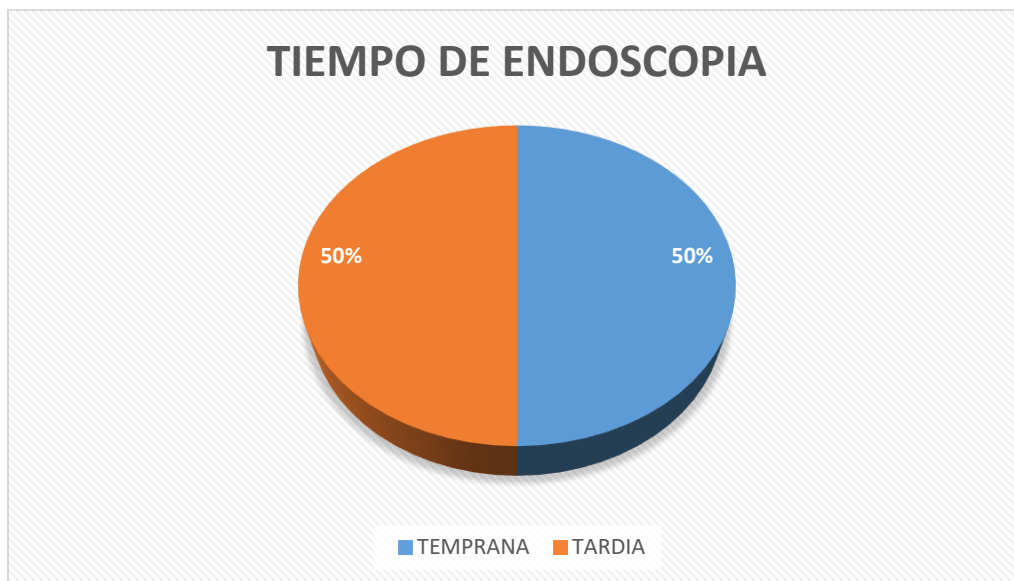
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

Análisis e interpretación:

Del total de 50 expedientes revisados de pacientes con hemorragia digestiva superior no variceal que se sometieron a endoscopia, las edades oscilaron entre 18 y 85 años, el mayor porcentaje de la muestra se encuentra en edades arriba de 60 años, seguidas por pacientes que oscilan entre 30 y 60 años, siendo la menor proporción pacientes jóvenes de entre 18 y 30 años.

3. TIEMPO DE ENDOSCOPIA.

TIEMPO	CANTIDAD
TEMPRANA	25
TARDIA	25
TOTAL	50



FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De un universo de 87 pacientes que consultaron por hemorragia digestiva superior no variceal entre enero y diciembre de 2017 en el hospital general se seleccionó una muestra equitativa de 50 pacientes de los cuales a 25 se les realizó endoscopia superior antes de las 24 horas de ingreso, y se escogieron 25 pacientes al azar a los cuales se les realizó endoscopia superior tardía.

4. CREATININA AL INGRESO (mg/dL)

CREATININA INGRESO	CANTIDAD
<1	32
>1	18
TOTAL	50



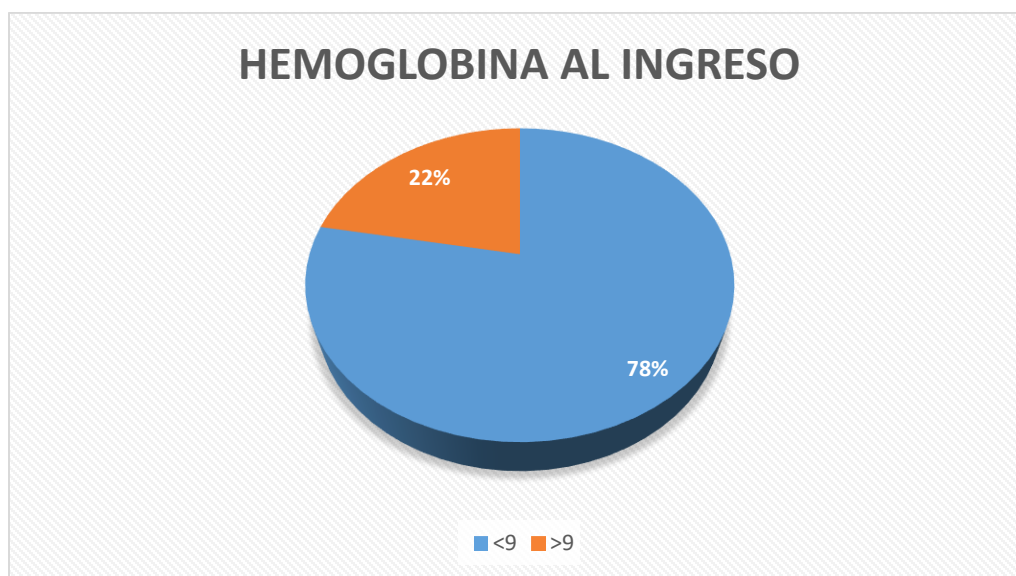
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 50 pacientes que consultaron por hemorragia digestiva superior el 64% de este reporte valores de creatinina a su ingreso dentro de rango normal, sin embargo, el 36% presento una insuficiencia renal aguda de probable origen pre renal secundario al sangrado, se excluyeron del estudio pacientes ya conocidos por enfermedad renal crónica. De los pacientes con endoscopia temprana un 88% tenía valores normales de creatinina mientras que un 12% ya tenía afectación renal, mientras que los pacientes en quienes se realizó endoscopia tardía un 60% ya tenía alteración en su función renal evidenciada por un valor de creatinina mayor a 1mg/dL.

5. HEMOGLOBINA AL INGRESO.

HB INGRESO	CANTIDAD
<9	39
>9	11
TOTAL	50



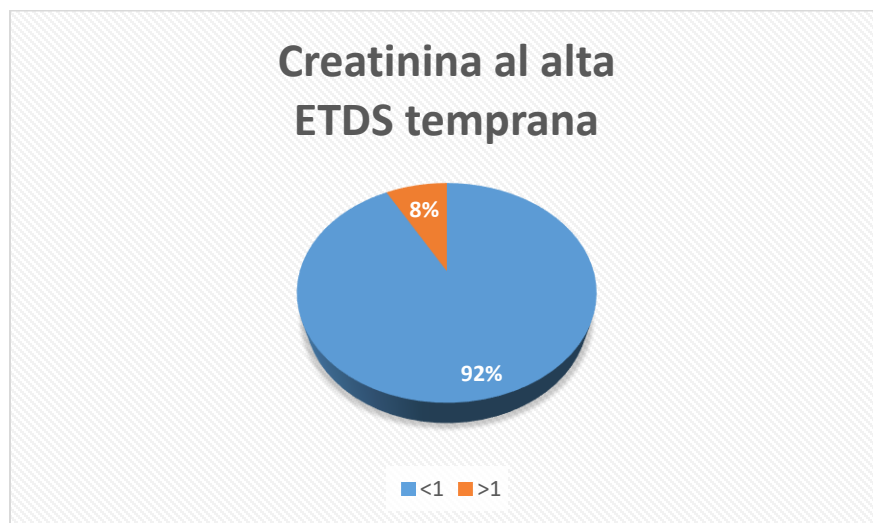
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 50 expedientes revisados de pacientes con hemorragia digestiva superior no variceal, tomando como punto de corte una hemoglobina de 9g/dL que es el valor necesario para poder realizar una endoscopia según la literatura revisada, el 78% de los pacientes tenía a su ingreso un valor de hemoglobina menor de 9g/dL, con tan solo un 22% con valor óptimo para la realización inmediata del estudio, de los pacientes a quienes se realizó endoscopia temprana, el 68% tenía una hemoglobina menor de 9g/dL, mientras que los pacientes con endoscopia tardía el 88% tenía un valor de hemoglobina menor de 9 g/dL, lo que retrasaría el procedimiento endoscópico hasta tener un valor aceptable.

6. CREATININA AL ALTA EN PACIENTES CON ENDOSCOPIA TEMPRANA.

CREA ALTA	CANTIDAD
<1	23
>1	2
TOTAL	25



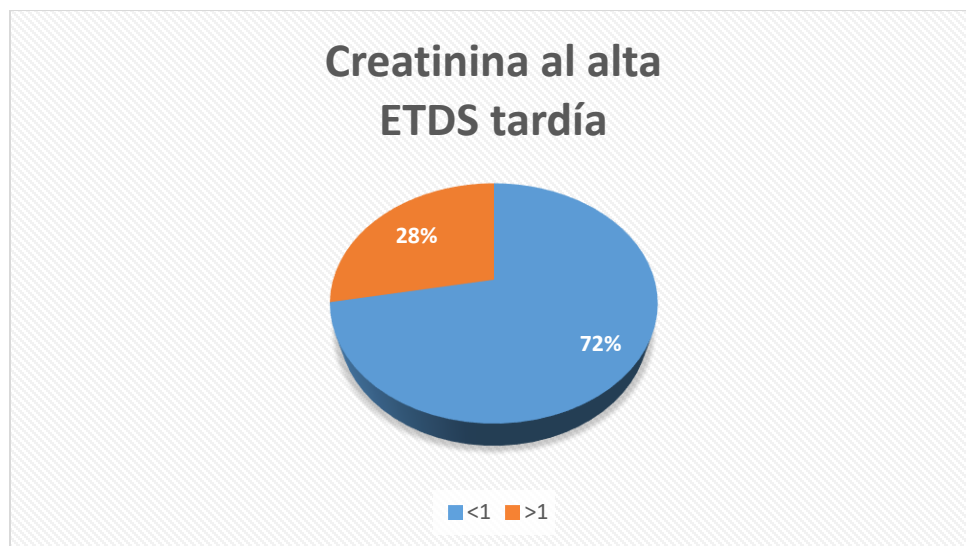
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 25 pacientes a los cuales se les realizo endoscopia superior temprana el 92% fue dado de alta con un valor de creatinina en valores normales menores de 1mg/dL, mientras que un 8% fue dado de alta con un valor de creatinina mayor de 1mg/dL.

7. CREATININA AL ALTA EN PACIENTES CON ENDOSCOPIA TARDIA.

CREA ALTA	CANTIDAD
<1	18
>1	7
TOTAL	25



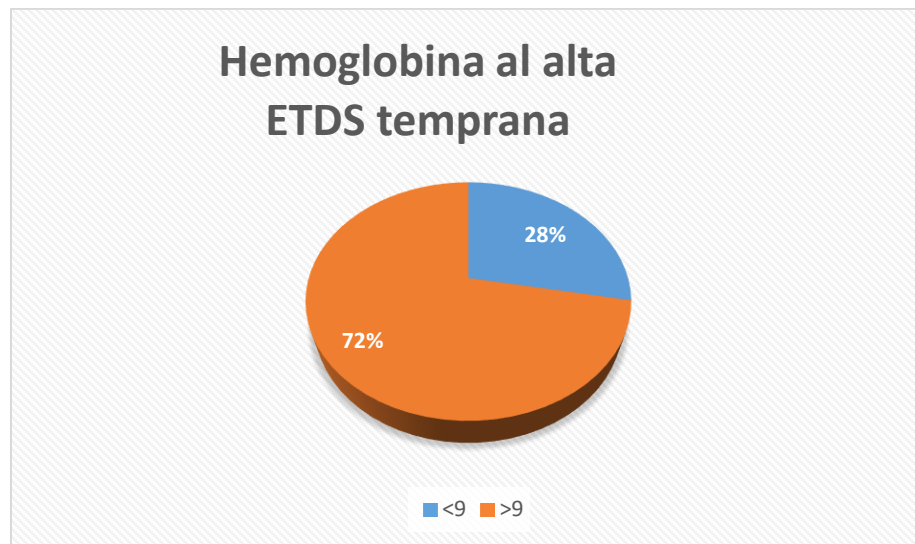
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 25 pacientes a quienes se les realizó endoscopia digestiva superior posterior a las 24 horas de su ingreso, un 72% de los pacientes fue dado de alta con valores de hemoglobina dentro de valores normales, sin embargo un 28% de los pacientes fue dado de alta con valores de creatinina mayor de 1mg/dL.

8. HEMOGLOBINA AL ALTA EN PACIENTES CON ENDOSCOPIA TEMPRANA.

HB ALTA	CANTIDAD
<9	7
>9	18
TOTAL	25



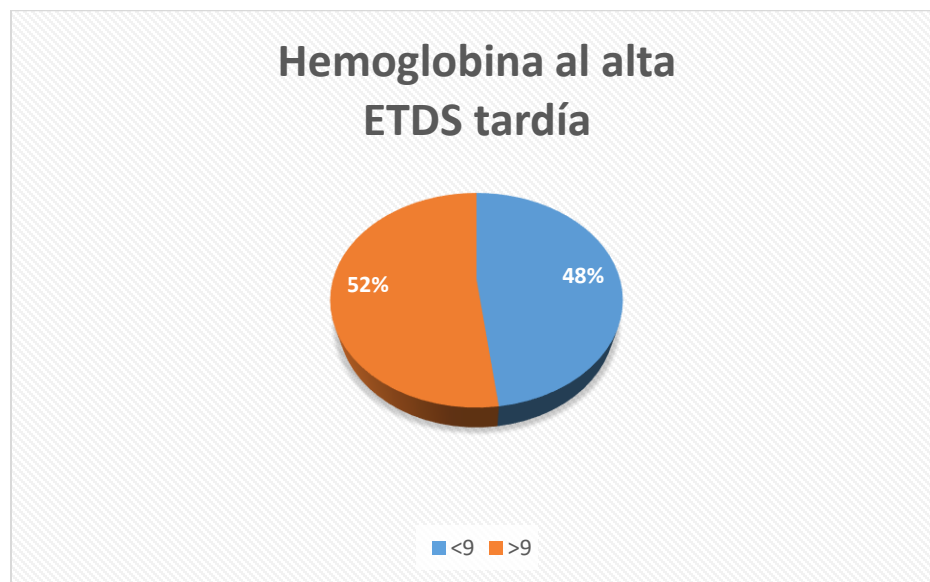
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 25 pacientes en quienes se realizó endoscopia superior temprana, el 72% fue dado de alta con valores de hemoglobina mayor de 9g/dL, mientras que el 28% persistía con anemia menor de 8g/dL al momento del alta, con un cambio del 40% de pacientes con respecto a la hemoglobina al momento del ingreso de los cuales el 68% tenía una hemoglobina menor a 9g/dL.

9. HEMOGLOBINA AL ALTA EN PACIENTES CON ENDOSCOPIA TARDÍA.

HB ALTA	CANTIDAD
<9	12
>9	13
TOTAL	25



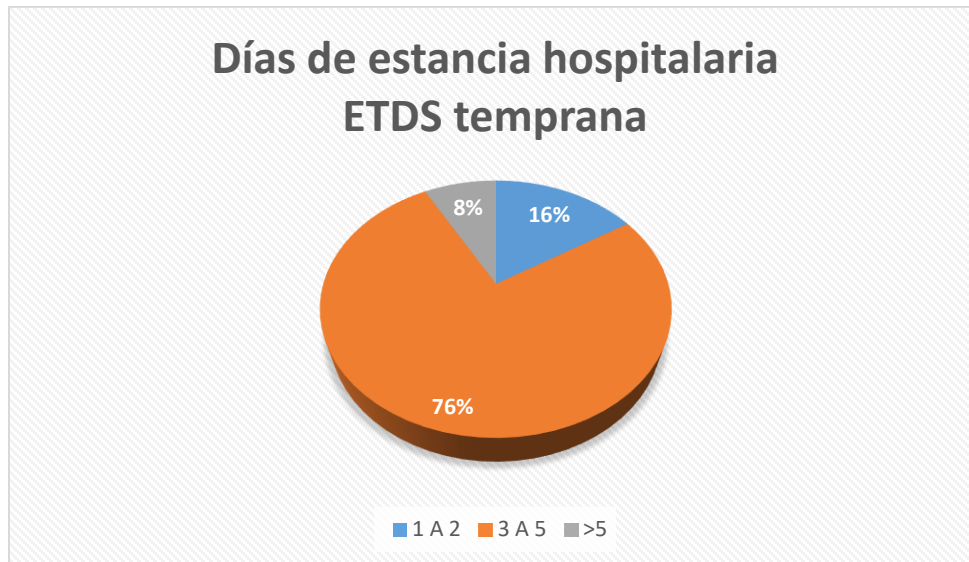
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 25 pacientes en quienes se realizó endoscopia digestiva superior 24 horas posteriores a su ingreso hospitalario, el 48% de los pacientes fue dado de alta con anemia con valores de hemoglobina menor de 8g/dL, mientras que un 52% fue dado de alta con valores de hemoglobina mayores de 9g/dL.

10. DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON ENDOSCOPIA TEMPRANA.

DEIH	CANTIDAD
1 A 2	4
3 A 5	19
>5	2
TOTAL	25



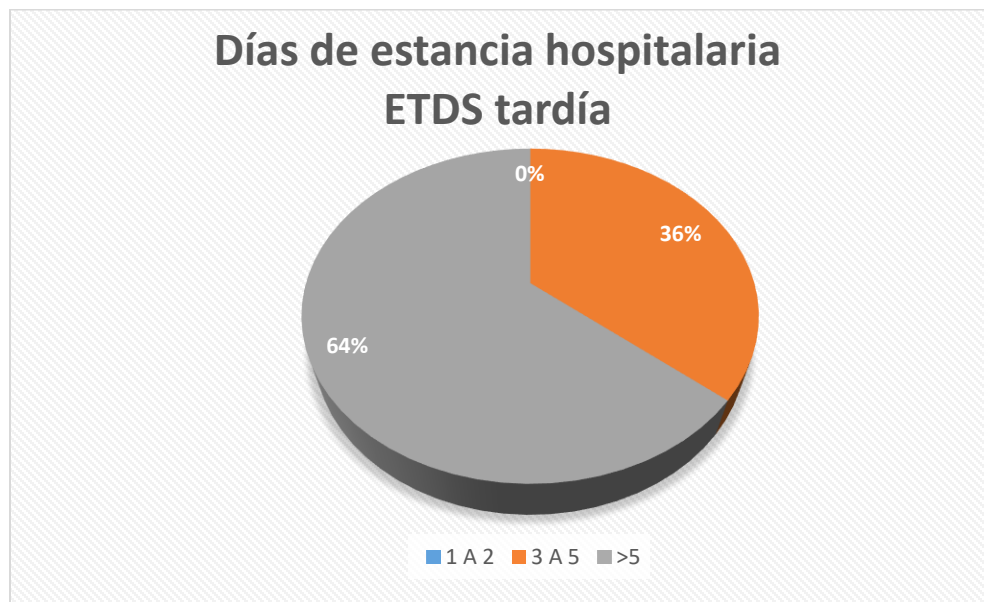
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 25 pacientes analizados en quienes se realizó endoscopia superior en las primeras 24 horas de su ingreso, el 16% de los pacientes permaneció ingresado entre 1 a 2 días, el 76% permaneció ingresado de 3 a 5 días, y tan solo el 8% amerito una estancia hospitalaria mayor a 5 días.

11. DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON ENDOSCOPIA TARDÍA.

DEIH	CANTIDAD
1 A 2	0
3 A 5	9
>5	16
TOTAL	25



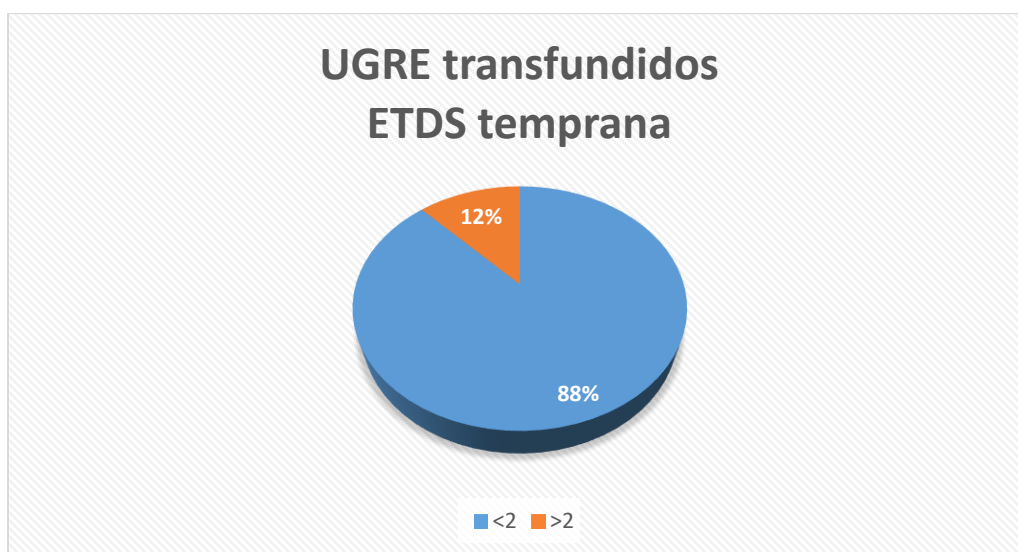
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 25 pacientes en quienes se realizó endoscopia posterior a las 24 horas de ingreso hospitalario, ninguno de estos pacientes permaneció menos de 48 horas ingresado, el 36% permaneció entre 3 a 5 días ingresado, y el 64% de los pacientes tuvo 5 o más días de estancia hospitalaria, evidenciando una diferencia significativa con respecto a los pacientes con endoscopia temprana.

12. UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS TRANSFUNDIDOS EN PACIENTES CON ENDOSCOPIA TEMPRANA.

GRE TRANSFUNDIDOS	CANTIDAD
<2	22
>2	3
TOTAL	25



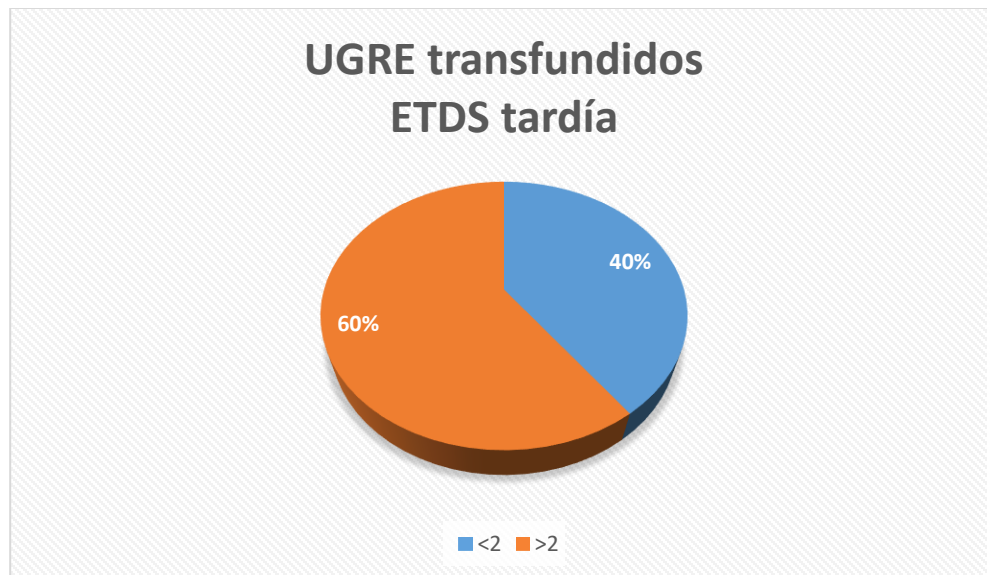
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 25 pacientes en quienes se realizó endoscopia temprana, el 88% de los pacientes requirió transfusión de 2 o menos unidades de glóbulos rojos empacados, y el 12% requirió más de 2 unidades de glóbulos rojos empacados para alcanzar valores de hemoglobina mayor de 9g/dL.

13. UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS TRANSFUNDIDOS EN PACIENTES CON ENDOSCOPIA TARDÍA.

GRE TRANSFUNDIDOS	CANTIDAD
<2	10
>2	15
TOTAL	25



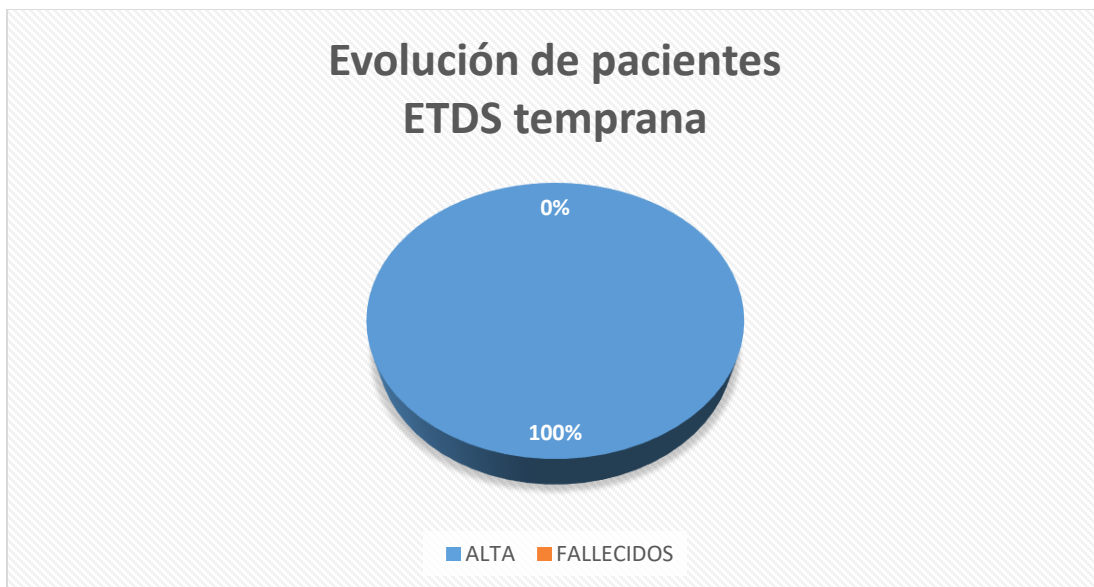
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 25 pacientes en quienes se realizó endoscopia digestiva posterior a las 24 horas de estancia hospitalaria, el 40% amerito transfusión de menos de 2 unidades de glóbulos rojos empacados, mientras que el 60% requirió 2 o más unidades para alcanzar valores de hemoglobina mayor o igual a 9g/dL.

14. EVOLUCION DE PACIENTES CON ENDOSCOPIA SUPERIOR TEMPRANA.

RESULTADO	CANTIDAD
ALTA	25
FALLECIDOS	0
TOTAL	25



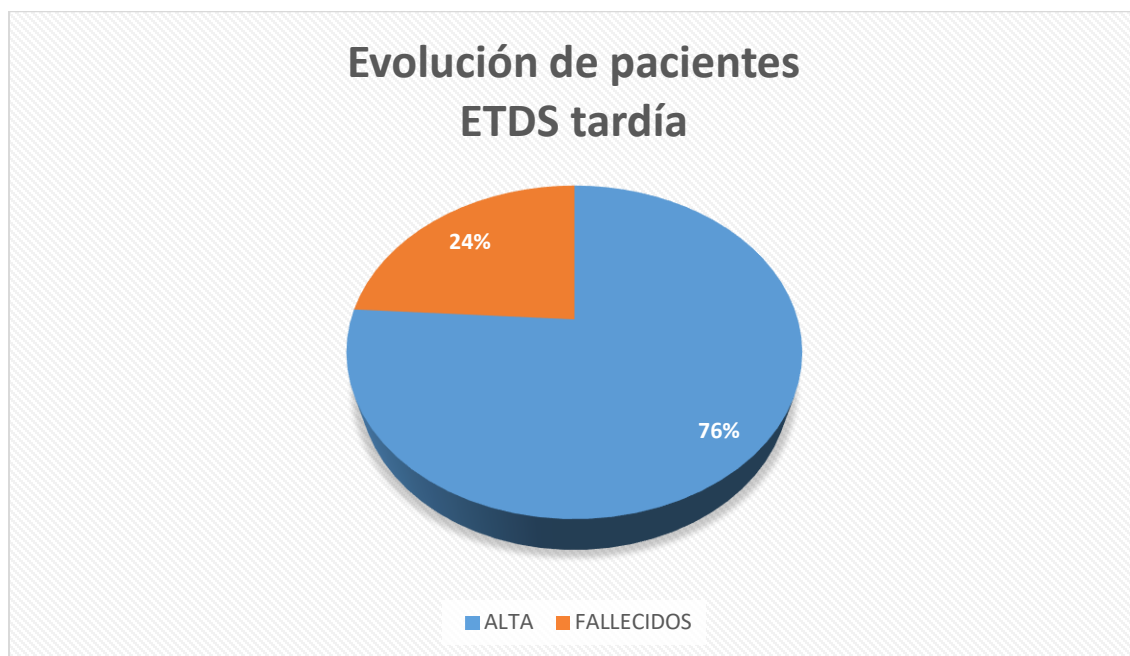
FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 25 pacientes en quienes se realizó endoscopia superior temprana, logramos evidenciar una evolución satisfactoria en el 100%, logrando el alta con mejoría clínica, independientemente de los días de estancia hospitalaria.

15. EVOLUCION DE PACIENTES CON ENDOSCOPIA SUPERIOR TARDÍA.

RESULTADO	CANTIDAD
ALTA	19
FALLECIDOS	6
TOTAL	25



FUENTE: ficha de recolección de información que fue utilizada en la población de estudio

ANALISIS E INTERPRETACION.

De los 25 pacientes en quienes se realizó endoscopia superior posterior a las 24 horas de estancia hospitalaria, se evidenció una evolución favorable en el 76% de los pacientes, logrando el alta independientemente de los días de estancia hospitalaria, sin embargo, el 24% de los pacientes presentó una evolución desfavorable falleciendo durante el ingreso hospitalario, independientemente si la hemorragia digestiva fue la causa directa de muerte o no.

DISCUSION.

El estudio llevado a cabo de forma retrospectiva en el Instituto Salvadoreño Del Seguro Social en el periodo comprendido entre enero a diciembre 2017, y con discriminación de edades y sexo, al comparar los resultados de realizar endoscopia de tubo digestivo superior temprana (50% de expedientes revisados) y tardía (50% de expedientes revisados) se evidencio que la endoscopia temprana tiene menor morbilidad y mortalidad que una endoscopia tardía. Los pacientes que se sometieron a endoscopia temprana tuvieron menor incidencia de injuria renal aguda, y por tanto su evolución clínica fue favorable. Aquellos en los cuales se realizó de forma tardía presentaron mayor porcentaje de falla aguda renal, mayor tiempo de estancia intrahospitalaria y así mismo mayor consumo de unidad de glóbulos rojos empacados.

La hemorragia de tubo digestivo superior es una verdadera emergencia, con datos de mortalidad reportados en diferentes estudios⁹ que oscilan entre 3.5-10%. Sin embargo, nuestro estudio reporto evolución favorable en el 76% de pacientes sometidos a endoscopia tardía, logrando el alta independientemente de los días de estancia hospitalaria, y el 24% restante presentando una evolución desfavorable, por lo tanto, este último porcentaje representa la mortalidad en nuestro estudio, el cual se reporta mayor en comparación de los estudios referidos.

Múltiples guías^{11,12} recomiendan la endoscopia de tubo digestiva temprana (24 horas) para pacientes con hemorragia de tubo digestivo superior no variceal ya que esta está asociada a una reducción en la cantidad de transfusiones, en disminución de los días de estancia hospitalaria, y por tanto en evolución favorable de pacientes. Nuestro estudio añade información que secunda los estudios previamente referidos, a que los resultados de una endoscopia digestiva superior temprana son favorables, tanto para el paciente, como para el Instituto en cuanto a disminución de costos por días de ingreso hospitalario, disminución del uso de cama de Cuidados Intensivos y disminución de transfusiones, ya que, al realizar una endoscopia de tubo digestivo superior de forma temprana se puede controlar la fuente de sangrado.

Nuestro estudio también encontró que con una endoscopia de tubo digestivo temprana hubo menos complicaciones en los pacientes, como falla renal aguda. Se atribuye a que la realización de endoscopia de tubo digestivo superior temprana reduce el riesgo de Resangrado, y de la necesidad de transfusiones.

La endoscopia de tubo digestivo temprana redujo los días de estancia intrahospitalaria. Nuestro estudio evidencio que aquellos sometidos a endoscopia de tubo digestivo superior temprana, su promedio de estancia intrahospitalaria fue de 3 a 5 días en un 76%, y solamente 16% de estos pacientes permanecieron ingresados un aproximado de 48 horas; todo esto en comparación con la realización de endoscopia de tubo digestiva superior tardía que reflejo permanencia intrahospitalaria arriba de 5 días, en un 64%. Por lo tanto, se evidencia que con endoscopia de tubo digestiva superior temprana hay una disminución de 2 días de ingreso hospitalario. Lo cual es consistente con estudios previos en los cuales se documentó reducción del número de días de estancia intrahospitalaria en pacientes sometidos a endoscopia de tubo digestivo superior.

Es necesario tomar en cuenta que existen varias razones por las cuales un paciente puede no ser sometido a una endoscopia de tubo digestiva superior temprana, dentro de las cuales se pueden suscitar ingresos durante fines de semana, diagnósticos incorrectos, y aquellos que han sido catalogados como pacientes de bajo riesgo y que no requieren endoscopia de tubo digestiva superior temprana. Así también puede haber factores relacionados a los pacientes: comorbilidades, inestabilidad hemodinámica, los cuales requieren estabilidad y previa mejoras antes de someterse a endoscopia de tubo digestiva superior.

Nuestro estudio tiene varias limitantes, la primera es una muestra pequeña, más sin embargo representativa, ya, que se obtuvo información equitativa entre ambos grupos (tardía vrs. temprana), para poder establecer el parámetro comparativo de forma correcta. Segundo, aquellos pacientes con comorbilidades, las cuales tenían que estabilizarse previo a endoscopia de tubo digestiva superior, por tanto, se realizó el estudio de forma tardía. Tercero, pacientes hemodinámicamente inestables, los cuales necesitaron de medidas correctivas previo procedimiento. Y,

por último, la disponibilidad de especialistas para la realización de endoscopia de tubo digestiva superior de forma oportuna.

CONCLUSIONES

Con los resultados expuestos en nuestra investigación, podemos concluir que:

1. Los días de estancia intrahospitalaria en pacientes en quienes se realizó la endoscopia de tubo digestivo superior de forma temprana, tuvieron una estancia intrahospitalaria en promedio de 4 días, en comparación de 7 días que tuvieron aquellos pacientes sometidos a endoscopia de tubo digestivo superior tardía.
2. Se determinó que en 18 pacientes con hemorragia de tubo digestivo tienen un nexo directo con falla renal aguda.
3. Del total de pacientes que inicialmente se catalogaron con **injuria renal aguda**, previa a la realización de *ETDS temprana*, fue evidente una reducción del 28% de los casos, posterior a realizar el procedimiento en mención.
4. De los pacientes estudiados, se determinó que en aquellos pacientes a quienes se realizó la endoscopia de tubo digestivo temprana, solo 3 pacientes (12%) necesitaron transfusión de más de 2 unidades de glóbulos rojos empacados en contraste a 15 pacientes (60%) que necesitaron la misma cantidad de empacados en quienes se realizó el estudio de forma tardía.
5. En cuanto a la mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva superior se comprobó que existe una relación entre la mortalidad y el tiempo de realización de la endoscopia de tubo digestivo superior, más sin embargo no se puede excluir otras causas indirectas de muerte que no se relacionan con nuestro estudio.

RECOMENDACIONES

Al Instituto Salvadoreño Del Seguro Social:

1. La realización de estudios a futuro de forma retrospectiva y más importante de forma prospectiva, que deberían ser llevados a cabo de forma que se puedan corregir todas aquellas situaciones que retrasen una endoscopia de tubo digestivo superior en forma oportuna, idealmente, que se tomen en cuenta pacientes con comorbilidades similares, sin comorbilidades y catalogados ambos grupos ya sea como bajo riesgo o bien como alto riesgo.
2. Tomar en cuenta, todos aquellos estudios llevados previamente a cabo en dicho Instituto, con la finalidad de la elaboración de protocolos con mejoras para la atención de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo superior.

A la Unidad de Endoscopia del Instituto Salvadoreño del Seguro Social:

3. En base a lo que se ha determinado en esta investigación, se ha encontrado que el pronóstico de pacientes en quienes se realizó endoscopia de tubo digestivo superior tardía, a pesar de no tener contraindicaciones para un estudio temprano, podría mejorar, con la disponibilidad de recursos institucionales.
4. Se recomienda que, a todos aquellos pacientes sin comorbilidades, ni descompensaciones hemodinámicas, se llegue a un consenso en cuantos a valores óptimos de hemoglobina por parte de especialidades y subespecialidades para evitar el retraso de la realización del procedimiento en mención.

A la comunidad médica en general:

5. Debido al universo con el cual se desarrolló nuestro estudio consideramos que, la muestra no es representativa en cuanto a la cantidad de pacientes que consultaron por hemorragias de tubo digestivo superior, ya que, el diagnóstico de ingreso no fue acertado con respecto a los hallazgos endoscópicos, debido a que nunca hay corrección de dicho diagnóstico al egreso.
6. Profundizar en los conocimientos relacionados con el diagnóstico, atención y tratamiento actualizado de la hemorragia de tubo digestivo superior traduciendo esto en una mejor aplicación de los mismos, y por tanto, promoviendo mejoras al bienestar del paciente

REFERENCIAS.

1. Michael A, Chang, Thomas J. Savides, endoscopic management of nonvariceal, nonulcer upper gastrointestinal bleeding, *gastroenterology clinics* 43 (4), 707-719, 2014.
2. Ian M. Gralnek, MD., M.S.H.S., Alan N. Barkun, M.D., Marc Bardou, M.D. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. *N Engl J Med* 2008; 359: 928-37
3. Ian Beales, Recent Advances in the management of peptic ulcer bleeding, Department of gastroenterology, Norfolk and Norwich University Hospital, UK, Septiembre 2017
4. Brennan M.R Spetgel, Nimish B Vakil, Joshua Ofman, Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: Is Sooner better?, *JAMA internal Medicine*, 2001, 161 (11), 1393-1404
5. Chi-Ming Tai, Shih pei Huang, Hsiu-po Wang, Tsung-Chun Lee, Chi Yang Chang, Chia-Hung Tu, Ching Tai Lee, Tsung Hsien Chiang, Ming Shiang Wu, High risk emergency department patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage undergoing emergency or urgent endoscopy: a retrospective analysis, *American Journal of emergency medicine*, 2007, volume 25, issue 3, pages 273-378.
6. Nitin Sarin, Neeray Monga, Paul C. Adams, Time to endoscopy and outcomes in upper gastrointestinal bleeding, *Canadian Journal of gastroenterology*, 2009, July 23(7), 489-493
7. Dong won ahn, young so park, Zang Hyub Lee, Cheol Min Shin, Jin Hyeok Hwan, Jin Wook Kim, Sook Hyang Jeong, Dong Ho Lee, Clinical outcome of acute nonvariceal bleeding after hours: The role of urgent endoscopy. *The Korean Journal of internal Medicine*, May 2016, 31(3), 470-478
8. Stig. B. Laurseb, MD PhD, Grigorios I. Leontiadis, MD, PhD, Adrian J. Stanley, MD; Morten H. Moller, MD, PhD; Jane M. Hansen, MD, PhD; Ove B. Schaffalitzky de Muckadell, MD, DMSc. Relationship between timing of endoscopy and mortality in patients with peptic ulcer bleeding a nation wide cohort study.

9. Sushil K. Garg, Chimaobi Anugwom, James Campbell, Vaibhav Wadhwa, Nancy Gupta, Rocio Lopez, Sukhman Shergill, Madhusudhan R. Sanaka. Early esophagogastroduodenoscopy is associated with better Outcomes in upper gastrointestinal bleeding: a nationwide study. *Endoscopy International Open* 2017; 05: E376–E386.
10. V. Jairath, B. C. Kahan, R. F. A. Logan, S. A. Hearnshaw, C. J. Doré, S. P. L. Travis, M. F. Murphy, K. R. Palmer. Outcomes following acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in relation to time to endoscopy: results from a nationwide study. *Endoscopy* 2012; 44: 723–730
11. Jee Hyun Kim, Ji Hye Kim, Jaeyoung Chung Lee, Jong Pil Im, Joo Sung Kim, Early versus late bedside endoscopy for gastrointestinal bleeding in critically ill patients, *Korean Journal of internal medicine*, 2018, 33: 304-312
12. Amnon Sonnenberg, Timing of endoscopy in gastrointestinal bleeding, *United European Gastroenterology Journal*, 2014 vol 2(1), 5-9.

ANEXOS.

TABLA 1. Escala de Blatchford

PARAMETRO	RESULTADO
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	
100 – 109 mmHg	1
90 – 99 mmHg	2
<90 mmHg	3
NITROGENO UREICO	
6.5 – 7.9 mmol/L	2
8.0 – 9.9 mmol/L	3
10 – 24.9 mmol/L	4
>25 mmol/L	6
HEMOGLOBINA PARA HOMBRES	
12 – 12.9 g/dL	1
10 – 11.9 g/dL	3
<10 g/dL	6
HEMOGLOBINA PARA MUJERES	
10 – 11.9 g/dL	1
<10 g/dL	6
OTRAS VARIABLES A LA PRESENTACION	
Pulso >100	1
Melenas	1
Sincope	2
Enfermedad hepática	2
Insuficiencia cardiaca	2

TABLA 2. Escala de Rockall.

PARAMETRO	PUNTUACION
EDAD	
<60	0
60 – 79	1
>80	2
SHOCK	
PULSO >100/min	1
PRESION SISTOLICA <100	2
ENFERMEDAD COEXISTENTE	
Enfermedad isquémica/ congestiva	2
Falla renal, hepática, cáncer metastásico	3
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO	
No lesión observada/ desgarro mallory Weiss	0
Úlcera péptica/enfermedad erosiva, esofagitis	1
Cáncer tracto superior	2
ESTIGMAS ENDOSCOPICOS DE HEMORRAGIA	
Úlcera base limpia / pigmentada	1
Sangrado activo con vaso visible	2

INSTRUMENTO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA VALORAR LA
ENDOSCOPIA DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR TEMPRANA (24 HORAS)
COMO PREDEICTOR DE FALLA RENAL AGUDA, NECESIDAD DE
TRANFUSIONES, SUPERVIVENCIA, ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

SEXO: M

F

EDAD: < 18

30- 60

18 - 30

>60

ENDOSCOPIA TEMPRANA

ENDOSCOPIA TARDIA

CREATININA AL INGRESO

CREATININA AL ALTA

< 1mg/dl

< 1mg/dL

>1 mg/dL

> 1 mg/dL

HEMOGLOBINA AL INGRESO
EGRESO

HEMOGLOBINA AL

< 9 g/dL

< 9g/dL

>9 g/dL

> 9 g/dL

DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

UNIDADES DE GRE TRANSFUNDIDAS

ALTA

FALLECIDO