

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO DE POSGRADO

RESULTADOS CLÍNICOS EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR
HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR A LOS SERVICIOS DE MEDICINA
INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA ANA DE ENERO DE
2023 A DICIEMBRE DE 2024

**PARA OPTAR AL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

PRESENTADO POR

DOCTOR JEFERSON NOÉ ESCOBAR POSADA
DOCTOR FRANCISCO JAVIER SANDOVAL

DOCENTE ASESOR

DOCTOR CARLOS ORLANDO BOTTO FLORES

ABRIL, 2026

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA

VICERRECTORA ACÁDEMICA

M.S.c. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA

SECRETARIO GENERAL

LICDA. ANA RUTH AVELAR VALLADARES

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. CARLOS AMÍLCAR SERRANO RIVERA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



M Ed. ROBERTO CARLOS SIGUENZA CAMPOS

DECANO

DR. JOSÉ GUILLERMO GARCÍA ACOSTA

VICEDECANO

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

M.E.d. MIGUEL ANGEL CRUZ

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO

AGRADECIMIENTOS DR. JEFFERSON NOE ESCOBAR

Agradezco a Dios por darme la fuerza y templeza para lograr completar mi proceso académico y regalarnos vida y salud.

A mi madre, Elba Yadira Posada de Rivera, por ser mi pilar incondicional, mi guía y la fuerza que me impulsó en cada paso de este largo camino. Su amor y sacrificio han sido el motor de mi vida profesional y personal.

A mi padre, Miguel Antonio Rivera, por su sabiduría, su apoyo constante y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Gracias por creer siempre en mí y en mis metas.

A mis hermanos, Gabriela Yadira Rivera Posada y Jacob Rivera, por su complicidad, su alegría y por ser un refugio seguro a lo largo de estos años de estudio y sacrificio compartidos.

De manera imperecedera, a mi esposa, Claudia María Saavedra, el amor de mi vida y mi compañera de batallas. Gracias por tu paciencia infinita, tus desvelos compartidos y por ser el apoyo fundamental en los momentos de mayor exigencia. Este logro también te pertenece.

AGRADECIMIENTOS DR. FRANCISCO JAVIER SANDOVAL

Agradezco primeramente al creador, por permitirme obtener este logro, y darnos fuerza para soportar los retos que se enfrentaron.

A mi madre, Margarita Flores, con quien nos separamos al comienzo de este viaje pero ha sido mi inspiración y mi pilar para todo lo que me lanza la vida.

A mi hermano José Sandoval, por estar siempre presente en los momentos de necesidad.

A David Flores por apoyarme en los momentos más difíciles y nunca soltarme.

A mi maestra, Dra. Rocío Amaya, por enseñarme el amor a la Medicina, y el deseo de cuidar la vida a pesar de que parezca imposible.

A Impa Guadalupe por darme todo el amor que necesité, nunca juzgarme y no abandonarme incluso en el momento más bajo de mi vida.

INDICE

Introducción	viii
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1. Situación problemática y delimitación.	9
1.2. Enunciado del problema.....	10
1.3. Preguntas de investigación	10
1.4. Objetivos.....	10
1.5. Contexto del estudio.....	11
1.6. Justificación	11
1.7. Alcances y limitaciones	12
CAPITULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	14
2.1 Antecedentes del problema.....	14
2.2 Teorías y conceptos básicos.	18
2.3 Marco jurídico.....	22
2.4 Contextualización.....	31
CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1. Enfoque y tipo de investigación.....	33
3.2. Sujeto y objeto de estudio	33
3.2.1. Unidades de análisis, población y muestra	33
3.2.2. Variables e indicadores.....	35
3.3. Técnica e instrumento	40
3.3.1. Técnica:	40
3.3.2. Instrumento:.....	40
3.4. Aspectos éticos de la investigación.....	40
3.5. Procesamiento y análisis.....	41
3.6. Resultados esperados.....	42

CAPITULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS	44
Conclusiones.	64
Recomendaciones	66
Referencias.....	68
Anexos	72

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) o superior, es una situación clínica que se presenta cuando existe una estructura sangrante que tiene como lugar el esófago, estómago o la primera porción del duodeno, teniendo como límites anatómicos el esfínter esofágico superior y el ligamento de Treitz.

Los pacientes con sangrado agudo del tracto gastrointestinal superior (GI) comúnmente se presentan comúnmente con hematemesis (vómitos con sangre o material similar al café molido) y/o melena (heces negras y alquitranadas). La Hemorragia digestiva alta se presenta mayoritariamente en personas de sexo masculino con una edad media de 60 años, y se estima que el 13,9% de pacientes que la presentan, resangran en los primeros siete días. También, dicha enfermedad se presenta como complicación de muchas enfermedades tales como la cirrosis hepática con síndrome de hipertensión portal, la infección por *Helicobacter Pylori*, Cáncer gástrico, así como el estilo de vida poco saludable, uso de medicamentos o como una complicación durante hospitalización.

Actualmente esta patología es una causa importante de admisión hospitalaria y, a pesar de los avances médicos para su determinación y tratamiento, no se ha logrado mejorar la tasa de mortalidad (alrededor del 10%) en los pacientes, por lo cual, es una de las principales causas de morbi-mortalidad en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

La identificación temprana de factores de riesgo y la predicción del pronóstico pueden inducir una intervención apropiada, reduciendo así la mortalidad, la morbilidad, la estancia hospitalaria y los costos. Por consiguiente, es importante reconocer datos como presentación inicial, estándares de evaluación médica, tiempo entre presentación y realización de gastroscopía, resultados finales de los usuarios del sistema de salud.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática y delimitación.

La hemorragia de tubo digestivo alta es un problema clínico común en los pacientes hospitalizados en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana; además, es una causa de morbilidad importante, uso de recursos y tiene costos sanitarios elevados. Asimismo, ha sido catalogada como la principal emergencia gastroenterológica por su alta prevalencia; en Latinoamérica, la mortalidad es cercana al 9 y 4% respectivamente.

Entre las causas más comunes de hemorragias de tubo digestivo superior, está la úlcera péptica que es aproximadamente el 50% de los casos, el síndrome de Mallory-Weiss que representan el 2 al 10% de los casos y las varices esofágicas entre 2 a 40%.

La identificación temprana de factores de riesgo como tabaquismo, uso crónico de AINES, alcoholismo, sexo masculino y enfermedades concomitantes nos pueden ayudar a predecir el pronóstico del paciente. En este sentido, se puede lograr una intervención adecuada para reducir la mortalidad mediante el manejo óptimo, asimismo, una reducción en la estancia hospitalaria y en los costos sanitarios.

Durante la última década, el manejo de la hemorragia de tubo digestivo alta, diagnóstico precoz, así como la estratificación precisa de pacientes con mayor riesgo de mortalidad y resangrado, pueden impactar en las decisiones clínicas y ayudar al momento de tomar decisiones finales pertinentes.

El presente estudio busca describir la problemática del sangrado digestivo alto, revisando los resultados en los pacientes que son hospitalizados a servicios de medicina interna del Hospital San Juan de Dios Santa Ana, con diagnóstico de

sangrado de tubo digestivo superior en el período entre enero de 2023, y diciembre de 2024.

1.2. Enunciado del problema

¿Cuáles son los resultados clínicos en los pacientes que ingresan por hemorragia digestiva superior los servicios de Medicina Interna en el Hospital San Juan de Dios Santa Ana en el período comprendido entre enero de 2023 y diciembre de 2024?

1.3. Preguntas de investigación

- ¿Qué es el sangrado de tubo digestivo superior?
- ¿Qué síntomas presenta el paciente con sangrado de tubo digestivo superior?
- ¿Cuáles son las complicaciones del sangrado de tubo digestivo superior?
- ¿Cuáles son los estudios diagnósticos para el sangrado de tubo digestivo superior?

1.4. Objetivos

Objetivo general.

Identificar los resultados clínicos en los pacientes que ingresan por hemorragia digestiva superior en los servicios de Medicina Interna en el Hospital San Juan de Dios Santa Ana en el período comprendido entre enero del 2023 a diciembre del 2024.

Objetivos específicos

- Presentar las principales comorbilidades de pacientes que ingresan por sangrado digestivo superior en los servicios de medicina interna.

- Describir la hemoglobina inicial de pacientes que ingresan con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal alta, así como necesidad de transfusión de hemoderivados.
- Determinar el tiempo entre el ingreso hospitalario y la realización de gastroscopía.
- Clasificar los resultados de la gastroscopía según etiología que está provocando la hemorragia de tubo digestivo superior.
- Reportar los índices de morbimortalidad de los pacientes que son hospitalizados por sangrado de tubo digestivo superior.

1.5. Contexto del estudio

Contexto geográfico.

Esta investigación se realizará en las instalaciones del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, ubicado en 13 Avenida Sur No. 1, Santa Ana, El Salvador, con un clima templado propio de su ubicación. Dicho establecimiento perteneciente a la región occidental siendo catalogado como un Hospital de tercer nivel de atención, atendiendo a pacientes correspondientes al área geográfica de los departamentos de Sonsonate, Ahuachapán y Santa Ana, se compone por profesionales de la salud de distintas ramas y especialidades, lo cual hace ver que dicho hospital es de los más completos con relación a la atención integral para pacientes de distintas edades a nivel nacional ya que facilita un manejo óptimo de los usuarios. Agregado el hecho importante, que posee una sala de cirugía ambulatoria donde se realizan gastroscopias, colonoscopias y anoscopias, cuenta con la capacidad instalada para realizar aproximadamente seis gastroscopias al día en horario de 7:00 am hasta 12:00 pm, por lo cual es un centro de salud óptimo para realizar dicha investigación.

1.6. Justificación

La hemorragia de tubo digestiva alta indiscutiblemente es un problema clínico frecuente en los pacientes que ingresan en los servicios de medicina interna en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, que tiene una mortalidad aproximadamente del 10%. Entre los resultados que puede terminar esta patología

se encuentran choque hipovolémico, encefalopatía hepática, necesidad de ventilación mecánica, muerte.

Así también dichos pacientes necesitan la realización de gastroscopía alta, la cual puede dar como resultado patología variceal y no variceal, en las cuales el abordaje difiere significativamente.

Con la intención de generar un nuevo conocimiento sobre el tema y como este afecta a los pacientes que ingresan en los servicios de medicina interna, y esperando que dicho trabajo aporte nuevas perspectivas sobre el abordaje y el manejo de las hemorragias de tubo digestivo superior.

La presente investigación tiene como finalidad dar a conocer la problemática, el impacto en los servicios de salud, en la calidad de vida, así como reconocer puntos de mejora en la atención y abordaje.

El estudio es importante en el hospital debido a que podemos exponer la necesidad existente en el nosocomio de personal capacitado para realización de gastroscopías tanto de día como durante los turnos; Evaluar la calidad de reportes endoscópicos. Identificar puntos débiles y oportunidades de mejora en la atención a los pacientes con sangrado de tubo digestivo superior. Desde el punto de la residencia médica el estudio es importante debido a que ayudará a crear estándares de calidad y recomendaciones en la atención a los pacientes, así también poder brindar mejor atención a los usuarios.

Los beneficiados directos de este estudio serán los pacientes, debido a que, al identificar puntos de mejora, se disminuirán problemas como tiempos de espera, calidad de reporte endoscópico, mejoría en los recursos hospitalarios.

1.7. Alcances y limitaciones

Alcances.

- Se determinarán las causas más comunes que llevan a un paciente a padecer de sangrado de tubo digestivo superior.

- Se identificará a todo paciente que sea diagnosticado con sangrado de tubo digestivo superior, además, el abordaje, estudios y tratamiento, que se realiza cuando un paciente ingresa a los servicios de medicina interna.
- Se incluirá a todo paciente que sea diagnosticado con sangrado de tubo digestivo superior y sea ingresado a los servicios de medicina interna.
- El análisis de los resultados nos permite conocer y poder elaborar un abordaje integral cuando se presente un paciente con dicha enfermedad antes mencionada.

Limites.

- El escaso acceso a la realización de procedimientos como la endoscopia, ya que, solo se cuenta con un subespecialista y en horarios específicos, lo que dificulta al momento de identificar la etiología que está causando el sangrado de tubo digestivo superior.
- El tamaño de la muestra, que se tomará en cuenta será de una menor proporción por el limitado periodo en el cual se estará realizando la investigación.
- La falta de recursos, personal y el elevado costo sanitario, dificultad que todos los pacientes que ingresan a los servicios de medicina interna tengan el acceso al abordaje integral y completo de un paciente con sangrado de tubo digestivo superior.

CAPITULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Antecedentes del problema.

El sangrado de tubo digestivo es una problemática de importancia para los sistemas de salud pública, presentando una carga importante para los hospitales nacionales y regionales, así como para el sistema de salud. La necesidad de procedimientos endoscópicos avanzados, la poca disponibilidad de estos durante horas no hábiles, fines de semana representa una dificultad para la atención oportuna de esta problemática.

Los estudios epidemiológicos realizados en países desarrollados reportan que el sangrado digestivo alto por todas las causas ha disminuido en el mundo presentando un descenso en ingresos hospitalarios de alrededor de 26%.¹

Desde el inicio del siglo 20, se ha presentado disminución marcada de la mortalidad por estas patologías según estudios epidemiológicos realizados en Norteamérica, Europa, Australia y Japón.² Para que los datos representados en un estudio sobre etiología del sangrado de tubo digestivo superior sean fidedignos, se deben realizar gastroscopía en un 69-94% de pacientes.³

La incidencia del sangramiento de tubo digestivo superior aumenta con la edad, según estudios epidemiológicos encontrando su máximo a los 75 años de edad. Esta patología es más frecuente en hombres.⁴

¹ Brown RC & Langman MJ. Proceedings: hospital admission for peptic ulcer and acute gastrointestinal bleeding in the United Kingdom 1958–70. *Gut* 1974; 15(4): 335.

² Sonnenberg A. Time trends of ulcer mortality in Europe. *Gastroenterology* 2007; 132(7): 2320–2327

³ Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C et al. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol* 1995; 90(4): 568–573.

⁴ Blatchford O, Davidson LA, Murray WR et al. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. *BMJ* 1997; 315(7107): 510–514.

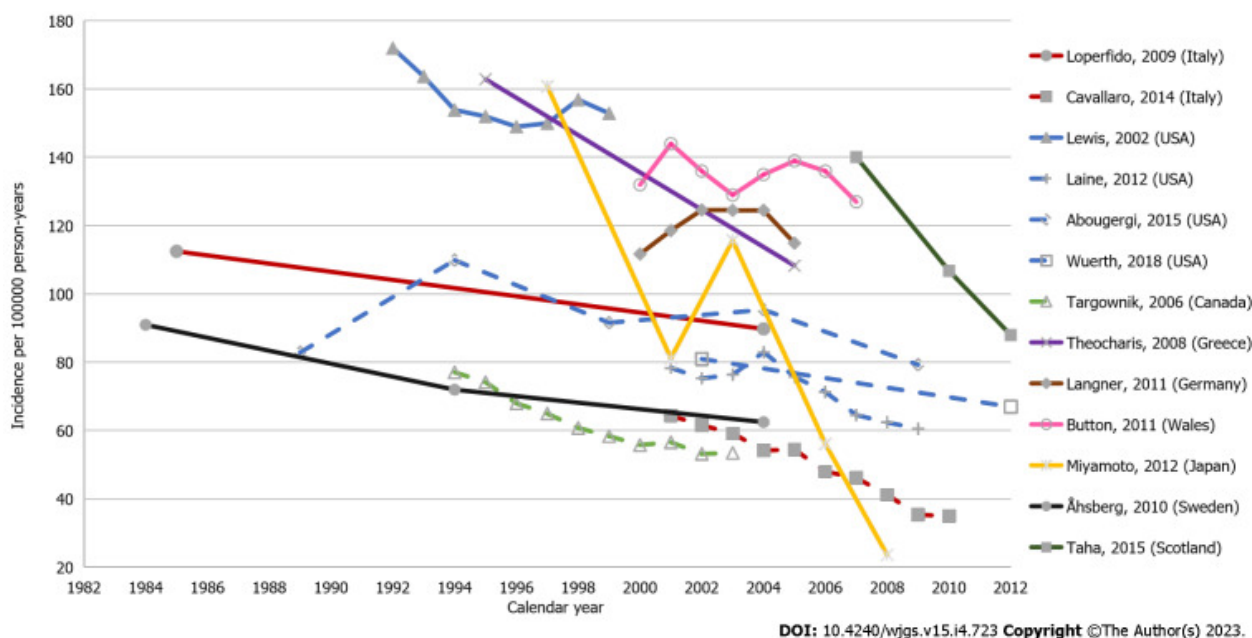


Figura 1. Evolución de la incidencia de Sangramiento de tubo digestivo en el mundo, según estudios longitudinales.⁵

La mortalidad del sangrado de tubo digestivo se encuentra a nivel mundial entre 3-14%. Esta gran variación en mortalidad entre centros se debe a variaciones entre los criterios de inclusión, diferencia en métodos, entre otros.⁶ La mortalidad es aumentada con la edad, siendo 100 veces mayor en los pacientes de 75 años respecto a los de 15-29 años, Presentando una relación clara entre edad y mortalidad en ingresos hospitalarios.⁷

⁵ Saydam ŞS, Molnar M, Vora P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. *World J Gastrointest Surg.* 2023 Apr 27;15(4):723-739. doi: 10.4240/wjgs.v15.i4.723. PMID: 37206079; PMCID: PMC10190726.

⁶ van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22(2):209-24. doi: 10.1016/j.bpg.2007.10.011. PMID: 18346679.

⁷ Rockall TA, Logan RF, Devlin HB et al. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995; 311(6999): 222–226.

Epidemiológicamente hablando las causas de sangrado el no variceal representa el 28-59% de las causas. El sangrado variceal representa al 14%, Se encuentra más de un diagnóstico en 16-20% de los casos, finalmente no se identifica la causa del sangrado en 16-20% de pacientes.⁸

Se han realizado estudios similares en el mundo, la realización de dichos estudios a lo largo del tiempo permite la evaluación longitudinal de la incidencia, causas, mortalidad, reevaluar los criterios de calidad, lo cual con el paso del tiempo puede dar lugar a un estudio retrospectivo longitudinal al evaluar los resultados tomados a lo largo del tiempo.⁹

Se han realizado estudios que verifican la incidencia, etiología y mortalidad en países en vías de desarrollo realizado en el centro Kilimanjaro Tanzania, que presentan sistema de salud y población parecidos al salvadoreño, presentando un total de 130 pacientes, 56% masculinos, con principal causa de sangrado la variceal (42.3%) Realizando gastroscopía a 52.3% de casos, presentando mortalidad del 17%.¹⁰

Evaluando el costo en salud, por un estudio realizado por la Universidad de Loyola Chicago, USA Con un total de 180 casos, presenta un promedio de costo por ingreso hospitalario de 14,301 US\$, una estancia hospitalaria promedio de 5.7 días, Realizando un promedio de 1.3 endoscopías por paciente.¹¹

⁸ Ramsoekhd, van Leerdam ME, Rauws E A et al. Outcome of peptic ulcer bleeding, nonsteroidal anti-inflammatory drug use, and Helicobacter pylori infection. Clin Gastroenterol Hepatol 2005; 3(9): 859–864.

⁹ Thomopoulos K, Katsakoulis E, Vagianos C, Mimidis K, Margaritis V, Nikolopoulou V. Causes and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding: a prospective analysis of 1534 cases. Int J Clin Pract. 1998 Nov-Dec;52(8):547-50. PMID: 10622053.

¹⁰ Suba M, Ayana SM, Mtabho CM, Kibiki GS. The aetiology, management and clinical outcome of upper gastrointestinal bleeding among patients admitted at the Kilimanjaro Christian Medical Centre in Moshi, Tanzania. Tanzan J Health Res. 2010 Oct;12(4):302-5. doi: 10.4314/thrb.v12i4.51073. PMID: 24409639.

¹¹ Bunchorntavakul C, Yodket Y, Singhasena N. Clinical Characteristics, Treatment Outcomes and Risk Assessment of Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Rajavithi Hospital, Thailand. J Med Assoc Thai. 2017 Feb;100 Suppl 1:S104-15. PMID: 29927224.

Siendo el tiempo ideal de estancia hospitalaria por esta problemática de 2.4 días según un reporte realizado por “The American Journal of Medicine”¹²

Antecedentes locales:

En el año 2012 se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el área de medicina interna con los pacientes que consultaron por STDS en el periodo de enero a junio de dicho año, con una muestra de 73 pacientes, menciona un mayor predominio en pacientes del sexo masculino (65.7%), siendo más común el grupo de pacientes arriba de 60 años, lo que conlleva mayor susceptibilidad de mayor morbimortalidad por enfermedades concomitantes en dichas edades. A la vez se encontró que la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio presentaban antecedente de alcoholismo e ingesta crónicos de analgésicos no esteroideos (43 y 13 pacientes respectivamente), donde demostró que a la mayoría se les realizó toma de gastroscopia luego de 72 horas de estancia hospitalaria con un porcentaje de 43.75% y refiere que solo el 12% de los pacientes ingresados con dicha patología no se les realizó gastroscopía a pesar de su diagnóstico de STDS. A la vez, menciona que el diagnóstico gastroscopico evidenciado más común fue gastritis sin evidencia de sangrado en 52 pacientes, probablemente relacionado con la tardanza en la realización de dicho procedimiento, consecutivamente se encontró el diagnóstico de gastritis con sangrado en 14 pacientes del estudio; con relación a la mortalidad de pacientes se evidencio que la mayoría de pacientes fallecidos (15) presentó gastritis hemorrágica, sin especificar clasificación de severidad ni manejo intervencionista, además se observó que 9 pacientes fallecieron antes de realizarse gastroscopía.

Dicha información establece que, de 73 pacientes involucrados en la investigación, se encontró una tasa de letalidad de 32.8% equivalente a 24

¹² Hay JA, Lyubashevsky E, Elashoff J, Maldonado L, Weingarten SR, Ellrodt AG. Upper gastrointestinal hemorrhage clinical--guideline determining the optimal hospital length of stay. *Am J Med.* 1996 Mar;100(3):313-22. doi: 10.1016/s0002-9343(97)89490-9. PMID: 8629677.

personas, la mayoría de estas fallecieron en menos de 24 horas de estancia hospitalaria. (María José Madrid)

2.2. Teorías y conceptos básicos.

El sangrado del tubo digestivo superior (TDG superior) es una condición clínica de gran relevancia en la práctica médica, es una emergencia gastrointestinal más comunes, caracterizada por la hemorragia que se origina en el esófago, estómago o duodeno. Este tipo de sangrado puede ser agudo o crónico y se manifiesta frecuentemente con hematemesis (vómito de sangre) o melena (heces oscuras y alquitranadas).

Definiciones

- **Sangrado de Tubo Digestivo Superior:** Se refiere a cualquier pérdida de sangre que ocurre en las partes superiores del tracto gastrointestinal. Se origina por encima del ligamento de Treitz (cuarta porción del Duodeno), constituye el 90% de todas las hemorragias digestivas. Se considera una urgencia médica y requiere atención inmediata.¹³
- **Hematemesis:** Expulsión de sangre a través del vómito, que puede ser roja brillante o de aspecto "pozol de café" debido a la digestión de la sangre.
- **Melena:** Heces de color negro y alquitranadas, resultantes de la digestión de la sangre en el tracto gastrointestinal. Requiere que la sangre permanezca por lo menos 8 horas en el tracto gastrointestinal para ser degradada por bacterias, y por lo menos un volumen de sangre de 50 mL.
- **Hematoquecia:** Es la deposición de heces sanguinolentas o sangre pura, indica un sangrado distal al ángulo de Treitz. 10-15% de estos pacientes tienen un sangramiento digestivo alto, con pérdida de sangre importante de al menos 1000 mL o un tránsito intestinal acelerado.

¹³ Argente, H. A. (2021). Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza-aprendizaje basada en la persona.

Etiología

Las causas del sangrado del TDG superior son diversas, y se clasifican comúnmente en:

- ✓ **Úlceras Pépticas:** Son la causa más frecuente, especialmente las úlceras gástricas y duodenales, que se desarrollan debido a la acción de los ácidos gástricos sobre la mucosa.¹⁴
- ✓ **Varices Esofágicas:** Son venas dilatadas en el esófago, típicamente asociadas con hipertensión portal en pacientes con cirrosis.¹⁵
- ✓ **Gastritis:** La inflamación de la mucosa gástrica puede ser causada por infecciones, uso de AINEs o alcohol.¹⁶
- ✓ **Tumores:** Neoplasias malignas o benignas que pueden causar hemorragia en la mucosa del tubo digestivo superior.¹⁷

Fisiopatología

La fisiopatología del sangrado del TDG superior implica la ruptura de vasos sanguíneos en la mucosa debido a ulceraciones, lesiones inflamatorias o tumores. La hemorragia puede ser masiva o crónica, lo que lleva a la pérdida de volumen y, en casos severos, a un shock hipovolémico. La clasificación de la gravedad del sangrado se realiza utilizando escalas como la escala de Blatchford y la escala de Rockall.

Diagnóstico

¹⁴ Lanza, F., et al. (2021). "Peptic Ulcer Disease". *American Journal of Gastroenterology*, 116(4), 579-590.

¹⁵ Garcia-Tsao, G., et al. (2017). "Portal Hypertension and Variceal Bleeding". *New England Journal of Medicine*, 362(6), 539-550.

¹⁶ O'Brien, C. J., & Popp, J. L. (2018). "Gastritis and Gastropathy". *Gastroenterology Clinics of North America*, 47(3), 471-484.

¹⁷ Kahrilas, P. J., & Shaheen, N. J. (2017). "Esophageal Cancer". *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 15(1), 88-94.

El diagnóstico del sangrado del TDG superior se basa en la combinación de la historia clínica, el examen físico y pruebas complementarias:

Endoscopia Digestiva Alta: Es el estándar de oro para el diagnóstico y tratamiento del sangrado. Permite visualizar directamente la fuente del sangrado y realizar intervenciones terapéuticas.¹⁸

Pruebas de Laboratorio: Se utilizan hemogramas y pruebas de función hepática para evaluar la gravedad del sangrado y la salud general del paciente.¹⁹

Manejo y Tratamiento

El tratamiento del sangrado del TDG superior depende de la causa subyacente y la severidad del sangrado. Las estrategias incluyen:

Reanimación Inicial: La estabilización del paciente con fluidos intravenosos y transfusiones de sangre es fundamental. La monitorización hemodinámica es crucial.²⁰

Intervenciones Endoscópicas: Procedimientos como la ligadura de varices o la coagulación de lesiones son vitales para el control del sangrado.²¹

¹⁸ ASGE Standards of Practice Committee. (2019). "Endoscopic Therapy for Upper Gastrointestinal Bleeding". *Gastrointestinal Endoscopy*, 89(3), 501-514.

¹⁹ Lee, T. H., & Chen, J. Y. (2020). "Laboratory Tests for Upper Gastrointestinal Bleeding". *World Journal of Gastroenterology*, 26(9), 993-1004.

²⁰ Villanueva, C., et al. (2016). "Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding". *New England Journal of Medicine*, 374(1), 61-70.

²¹ Laine, L., & Yang, H. (2019). "Endoscopic Treatment of Upper Gastrointestinal Bleeding". *American Journal of Gastroenterology*, 114(5), 757-765.

Medicación: Se utilizan inhibidores de la bomba de protones (IBPs) para tratar úlceras y prevenir el resangrado. Además, los antibióticos son indicados en pacientes con varices esofágicas para prevenir infecciones.²²

Pronóstico y Complicaciones

El pronóstico del sangrado del TDG superior depende de varios factores, como la causa del sangrado, la rapidez del diagnóstico y tratamiento, así como las condiciones generales del paciente. Las complicaciones pueden incluir:

- Shock Hipovolémico: Resultante de la pérdida masiva de sangre.
- Infecciones: Como la neumonía por aspiración, que puede ocurrir en pacientes con hematemesis.
- Mortalidad: La mortalidad varía, pero puede ser alta en pacientes mayores o con múltiples comorbilidades.

DESENLACES CLINICOS

Para evaluación de desenlace clínico se presentan los siguientes escenarios al alta:

- ✓ Destino a domicilio
- ✓ Alta Voluntaria
- ✓ Fallecido
- ✓ Traslado a otro hospital.
- ✓ Alta in extremis.

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

La Clasificación Internacional de Enfermedades puede definirse como un sistema de categorías mutuamente excluyentes a las cuales se asignan

²² Barkun, A. N., et al. (2019). "Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding". *American Journal of Gastroenterology*, 114(3), 497-513.

enfermedades, lesiones y motivos de consulta de acuerdo con criterios previamente establecidos. La clasificación abarca todo el rango de enfermedades existentes en la terminología médica (nomenclatura internacional de enfermedades)

Una enfermedad es una representación mental que permite entender el padecimiento de las personas. Las enfermedades también son llamadas morbilidades o nosografías y resultan evidenciables por la detección de una lesión, una infección o una disfunción mediante los signos (observables por el médico) y los síntomas (perceptibles por el paciente). El médico para identificar cuál enfermedad padece el paciente realiza un diagnóstico. Existen diagnósticos etiológicos (identifica un agente causal) y topográficos (identifica una localización en el cuerpo). La tecnología médica ayuda a confirmar el diagnóstico. Si no es posible precisar el diagnóstico se identifica un síndrome (conjunto de signos y síntomas).²³

Respecto al tema, se tomarán como diagnósticos válidos para entrar al escrutinio los diagnósticos CIE-10 siguientes:

K92.0 Hematemesis

K92.1 Melena

K92.2 Hemorragia gastrointestinal, no especificada

2.3. Marco jurídico

Protocolos diagnósticos y manejo

Abordaje inicial

Evaluar el estado hemodinámico e iniciar las medidas de reanimación si se detecta shock o hipovolemia. Además de monitorizar las constantes vitales (presión arterial y frecuencia cardíaca). Realizar una historia clínica detallada y exploración

²³ Uribe, M. P. O. (1996). Clasificación internacional de enfermedades, organización mundial de la salud. Decima version cie-10. *Salud Mental*, 19(2), 11-18. http://revistasaludmental.com.mx/index.php/salud_mental/article/download/622/622

física adecuada. El objetivo es determinar los requerimientos e intervención urgente del paciente (endoscopia, transfusión, cirugía, etc.) o incluso si se puede retrasar la endoscopia o si es posible el manejo ambulatorio.

Métodos Diagnósticos

Se basa en las manifestaciones clínicas de sangrado, iniciando con el examen físico en el cual es de suma importancia la realización del tacto rectal, analítica de laboratorio y pruebas alteradas, historia clínica detallada. Al inicio el hematocrito suele estar normal si se trata de una hemorragia muy aguda. Entre los métodos diagnósticos tenemos:

- ✓ Gastroscofia: Debe realizarse luego de la estabilización hemodinámica del paciente en las primeras 24 horas salvo contraindicación. Esto reduce la necesidad de transfusiones, estancia hospitalaria y la necesidad de cirugía. Además, es importante para determinar los pacientes con riesgo de resangrado y para ello el factor pronóstico más importante para predecir el resangrado de una úlcera péptica es su aspecto endoscópico en el momento del diagnóstico, la endoscopia además permite realizar terapéutica.
- ✓ Arteriografía: Se encuentra limitada a aquellos pacientes con sangrado digestivo alto persistente y no ha podido localizarse su origen por endoscopia alta o baja, y que, por su gravedad, resulta necesario llegar a un diagnóstico de la lesión. Detecta una cantidad mínima de extravasación de sangre de 0.5 ml/min. También puede tener utilidad terapéutica actuando sobre la lesión sangrante. Entre las complicaciones de la embolización la más grave es la isquemia intestinal.
- ✓ Cápsula Endoscópica: Tiene un mayor rendimiento diagnóstico como técnica alternativa en el sangrado digestivo de origen oscuro. En el sangrado digestivo agudo está indicada cuando la gastroscopia y la colonoscopia son normales, juntamente con la arteriografía o la angiotomografía, y previa enteroscopia.
- ✓ Enteroscopia: Se realizará cuando se haya descartado el origen gastroduodenal por gastroscopia y del colon por colonoscopia. Es una

técnica delicada, requiere sedar al paciente y nos permitirá visualizar el intestino delgado más allá del ángulo de Treitz. Y en caso de hallar una lesión sangrante realizar un tratamiento endoscópico.

- ✓ Gammagrafía marcada con tecnecio 99: Utiliza hematíes marcados con tecnecio 99; la acumulación del radioisótopo en el lugar de la hemorragia puede ser detectada con el contador gamma. Es capaz de detectar sangrados con extravasación baja 0.1 ml/min, con una capacidad de diagnóstico que varía del 50,0-70,0.

Valoración pronóstica.

Tanto antes como después de la endoscopia se debe realizar una valoración pronóstica. Como instrumento de soporte para la estratificación se recomienda el uso de escalas pronósticas. Las más conocidas son las de Rockall y la de Blatchford. La escala de Blatchford utiliza datos clínicos y de laboratorio, mientras que la escala de Rockall incluye también variables endoscópicas. Una puntuación de cero en la escala de Blatchford permite identificar un pequeño subgrupo de pacientes de muy bajo riesgo que podrían ser dados de alta incluso sin necesidad de realizar gastroscopia urgente.²⁴

²⁴ (Guzmán JD)

Tabla 1. Escala Blatchford

Variable	Marcador de riesgo en la admisión	Puntuación
Urea sérica mmol/L	$\geq 6,5 - 7,9$	2
	8-9,9	3
	10-24,9	4
	≥ 25	6
Hemoglobina g/dl (hombres)	$\geq 12 - 13$	1
	10 – 11,9	3
	< 10	6
Hemoglobina g/dl (mujeres)	$\geq 10 - 12$	1
	< 10	6
Presión arterial sistólica (mmHg)	100 – 109	1
	90 – 99	2
	< 90	3
Otros marcadores	Pulso ≥ 100	1
	Presentación con melena	1
	Presentación con síncope	2
	Enfermedad hepática	2
	Insuficiencia Cardíaca	2

El punto de corte para pacientes de bajo riesgo se ha situado entre 0 y 3 puntos, en función del estudio.

Fuente: Tratamiento del sangrado digestivo alto. Protocolo Medico.
revista cambios julio 2018 pag 95-104.pdf

Tabla 2. Índice de Rockall

Variable	Puntuación
Edad (años)	
< 60	0
60 – 79	1
> 80	2
Estado Circulatorio	
No shock (PAS > 100 mmHg y Fc < 100 lat/min)	0
Taquicardia (PAS > 100 mmHg y Fc < 100 lat/min)	1
Hipotensión (PAS < 100 mmHg)	2
Enfermedades asociadas	
Ninguna enfermedad	0
Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca crónica, otras	2
Insuficiencia renal crónica, cirrosis, neoplasia	3
Diagnóstico	
Mallory-Welss, no lesiones, no signos de HR	0
Todos los demás diagnósticos	1
Neoplasia esofagoduodenal	2
Signos de HR	
No estigmas, hematina	0
Sangre fresca en estómago, HDA activa, WNS, coagulo	2

Bajo riesgo < 2 puntos*; Intermedio 3-4 puntos; Alto ≥ 5 puntos. *Serán de riesgo intermedio los pacientes que en la FGS no se identifica ninguna lesión y además, en el estómago hay sangre fresca o el hematocrito es < a 30% o ha presentado hipotensión. HR: hemorragia reciente; HDA: Hemorragia digestiva alta. PAS: presión arterial sistólica. FC: frecuencia cardiaca. WNS: vaso visible no sangrante.

Fuente: Tratamiento del sangrado digestivo alto. Protocolo Medico.
revista cambios julio 2018 pag 95-104.pdf

La probabilidad de recidiva hemorrágica puede predecirse a partir de los estigmas endoscópicos de alto riesgo descritos por Forrest. Así, en pacientes con sangrado activo y en aquellos con vaso visible no sangrante (Forrest I y IIa, respectivamente) el tratamiento endoscópico reduce significativamente la probabilidad de recidiva, la necesidad de cirugía urgente y la mortalidad. En caso de coágulo adherido (Forrest IIb) se recomienda lavado vigoroso y realizar tratamiento en función de la lesión subyacente. Si no se desprende el coágulo, se recomienda tratamiento mediante inyección a su través. Finalmente, ante una úlcera limpia o con mancha de hematina (Forrest III) no está indicado tratamiento endoscópico ya que la probabilidad de recidiva es muy baja (< 5,0%).²⁵

Tabla 3. Clasificación de Forrest.

Clasificación	Hallazgo endoscópico
Hemorragia activa	
Ia	Hemorragia a chorro
Ib	Hemorragia en babeo
Hemorragia reciente	
IIa	Vaso visible no sangrante
IIb	Coágulo adherido
IIc	Hematina
Ausencia de signos de sangrado	
III	Base de fibrina

²⁵ (Guzmán JD)

Fuente: Tratamiento del sangrado digestivo alto. Protocolo Medico.
[revista cambios julio 2018 pag 95-104.pdf](#)

Protocolos de manejo farmacológicos.

La infusión de omeprazol en dosis altas antes de la endoscopia aceleró la resolución de los signos de sangrado en las úlceras y redujo la necesidad de terapia endoscópica.²⁶

Cuando se encuentran lesiones de alto riesgo y se tratan con éxito tratados endoscópicamente, los pacientes deben comenzar con IBP (inhibidores de bomba de protones) en dosis altas con una dosis de carga intravenosa inicial de 80 mg, seguido de una infusión continua de 8 mg/h durante 72 h, o dosificación intermitente de dos a cuatro veces al día, ya sea intravenosa u oral—durante 72 h. Después de 3 días, los pacientes deben ser dados de alta con una única dosis diaria de IBP durante una duración determinada por la naturaleza de la lesión sangrante, excepto en pacientes con alto riesgo de resangrado, quienes deben ser dado de alta con tratamiento con IBP dos veces al día durante 10 días, después que se puede reanudar una dosis única diaria.²⁷

✓ Octreotide:

Infusión intravenosa continua de octreotide (bolo de 100 mcg, seguido de 50 a 100 mcg/hora) reduce el flujo sanguíneo esplácnico y la presión arterial portal y es eficaz en el control inicial del sangrado relacionado con hipertensión portal.

Se administra con prontitud a todos. Pacientes con hemorragia digestiva alta activa y evidencia de enfermedad hepática o hipertensión portal hasta que la fuente del sangrado se pueda determinar mediante endoscopia. En los países donde es disponible, se puede preferir la terlipresina al octreotide para tratamiento del

²⁶ (James Y. Lau)

²⁷ (Majid A Almadi)

sangrado relacionado con la hipertensión portal debido a su reducción sostenida de las presiones portal y variceal y su comprobada reducción de la mortalidad.²⁸

✓ **Hemoderivados**

En pacientes con hemorragia digestiva alta eurolémica y sin antecedentes de enfermedad de las arterias coronarias, las directrices recomiendan transfundir glóbulos rojos hasta alcanzar un objetivo de hemoglobina de 7 g/dl.

Aunque se ha demostrado que el uso de fármacos antiplaquetarios, como la aspirina, aumenta el riesgo de hemorragia gastrointestinal, el papel de las transfusiones de plaquetas durante la fase aguda los sangrados aún no están claros. No hay datos suficientes en la literatura para respaldar un objetivo de transfusión de plaquetas. Aunque se ha sugerido un objetivo de 50.000/mL, esto se basa únicamente en la opinión de expertos.²⁹

✓ **Manejo endoscópico.**

- Desarrollar protocolos específicos de la institución para manejo multidisciplinario. Incluyen el acceso a un endoscopista entrenado en la hemostasia endoscópica.
- Tener a disposición personal de base de apoyo urgente capacitado, para ayudar en la endoscopia.
- La endoscopia temprana (dentro de las 24 horas de presentación) está recomendada para la mayoría de los pacientes con sangrado gastrointestinal agudo alto.
- El tratamiento hemostático endoscópico, no está indicado para pacientes con estigmas de bajo riesgo (una úlcera limpia o basada en un punto pigmentado no protuberante en un lecho de la úlcera).

²⁸ (Maxine A. Papadakis)

²⁹ (Jose V. Nable)

- El hallazgo de un coágulo en el lecho de una ulcera justifica apuntar a irrigar en un intento de retiro, con un tratamiento adecuado de la lesión subyacente.

Protocolo de manejo quirúrgico

Indicaciones:

- Hemorragia masiva: aquella que requiere la transfusión de más de 2000 ml de hemoderivados (5 unidades de concentrado de hematíes) en las primeras 24 horas.
- Shock refractario a pesar de medidas de reposición de volumen correctas y de tratamiento endoscópico.
- Hemorragia persistente, refractaria al tratamiento endoscópico: aquella que continúa más allá de las 48 horas, a pesar de tratamiento endoscópico.
- Hemorragia recidivante, refractaria al tratamiento endoscópico: aquella que recidiva tras 48 horas y sigue siendo refractaria al tratamiento endoscópico.
- Hemorragia complicada: cuando la HDA coexiste con obstrucción o perforación. (24)

Derivación porto sistémica intrahepática.

Esta intervención ha pasado de ser únicamente una terapia de rescate útil cuando otras intervenciones han fallado a convertirse en la forma de tratamiento de los pacientes con sangrado variceal y criterios tempranos de mal pronóstico.

Su uso ha demostrado, además del control adecuado de la hemorragia, una mejoría en la supervivencia a 6 semanas y un año en comparación al uso estándar de endoscopia y fármacos vasoactivos, sin condicionar un aumento del número de eventos adversos.

Este procedimiento consiste en conectar mediante una prótesis una vena suprahepática (usualmente la derecha o media) y una rama portal (usualmente la

derecha) con el fin de derivar parte del flujo sanguíneo portal y, en consecuencia, descomprimir el sistema venoso portal.³⁰

2.4. Contextualización.

Desde el punto de vista epidemiológico, la tasa cruda de sangrado gastrointestinal de tubo digestivo superior a nivel mundial va entre 37 a 172 casos por cada 100.000 habitantes por año, generando un impacto tanto económico como en la calidad de vida.³¹

El sangrado gastrointestinal es el diagnóstico gastrointestinal más común que requiere hospitalización en los Estados Unidos, lo que representa más de medio millón de admisiones anuales. Casi el 80% de los pacientes que visitan emergencia por sangrado gastrointestinal son ingresados en el hospital con ese diagnóstico, actualmente se describe que la mortalidad del sangrado gastrointestinal es del 2% en los Estados Unidos; sin embargo, dicho porcentaje se cumple cuando el abordaje diagnóstico y terapéutico es protocolizado y guiado con evidencia científica.³²

Respecto al abordaje etiológico y terapéutico los estudios de endoscopia temprana muestran que los pacientes sometidos a una endoscopia dentro de las 8 horas de la presentación tienen más estigmas de alto riesgo (sangrado activo, vasos visibles o coágulos adherentes) que aquellos con endoscopias posteriores, aumentando así la proporción de quienes requieren terapia endoscópica, estos estudios concluyen que dicha prontitud genera un beneficio, por lo tanto la endoscopia dentro de las 24 horas posteriores al ingreso conlleva a una disminución de la duración de la estancia hospitalaria y mejor abordaje quirúrgico.³³

Según datos obtenidos en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en estudio realizado en 2012 mencionado anteriormente, 43.75% de pacientes ingresados con STDS, se les realizó gastroscopia 72 horas después de ingreso hospitalario y esto contribuyó a una tasa de mortalidad de 9.1 por 1000 pacientes

³⁰ (Esteban Ruiz-Blarda)

³¹ (Guillermo Martínez S.)

³² (Laine y Leontiadis)

³³ (Loren Laine)

atendidos en el área de medicina interna en dicho año. No se encontraron estudios similares en otros años. Además, se encontró que solo en el año 2023 se realizaron un total de 730 gastroscopias, se desconoce patologías encontradas.

CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque y tipo de investigación

La presente investigación posee un enfoque cualitativo y descriptivo ya que se estudia la situación y se recoge información mediante observaciones y otras técnicas no estructuradas, la información es analizada cualitativamente, lo cual describir procesos y relaciones que dan las explicaciones al hecho o situación objeto de estudio. El inicio del estudio con relación a la cronología de los hechos será de tipo retrospectivo, ya que el inicio se centra de forma exclusiva en hechos pasados y presentes.

De acuerdo con la secuencia temporal es una investigación transversal en dónde de manera observacional e individual se medirán varias características de la enfermedad en un momento dado. La finalidad de este trabajo es inferencial porque en base a los resultados obtenidos en la recolección de datos se analizan teniendo en cuenta que los investigadores no manipularon en ningún momento las variables. En base al control de asignación el presente trabajo es observacional ya que la labor de los investigadores fue en base a la observación y análisis de las variables que se tomaron en cuenta en la investigación.

3.2. Sujeto y objeto de estudio

3.2.1. Unidades de análisis, población y muestra

Se tomo como población de estudio a los pacientes que ingresen al Hospital San Juan de Dios Santa Ana, con los diagnósticos de sangrado de tubo digestivo superior, durante el período comprendido entre enero de 2023, y diciembre de 2024.

Se estudiarán el 100% de pacientes que ingresan a los servicios de hospitalización de medicina interna con los diagnósticos de “Sangrado de Tubo Digestivo Superior” así como los resultados clínicos derivados de estos, debido a que el período que incluye este estudio culmina posterior a la culminación del presente protocolo, se desconoce el total de expedientes a revisar.

Figura 3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes que presentan como diagnóstico de ingreso con código de CIE-10 los siguientes: K92.0, K92.1, K92.2.	Paciente que presentan diagnósticos en unidad de emergencia los códigos antes mencionados, pero no reciben ingreso hospitalario.
Paciente que consulta en Unidad de Emergencia y es hospitalizado en servicios de Medicina Interna.	Pacientes que presentan condición de alta, fuga y alta voluntaria previo a realización de gastroscopía.
Paciente que completan ingreso hospitalario con toma de exámenes de laboratorio.	Pacientes que ingresan desde consulta externa, o un área diferente de medicina interna.

Se revisó el Sistema Integrado de Salud (SIS) el día el día 6 de mayo de 2025, con ayuda de ESDOMED, reportando 458 pacientes a quienes se les ingresan los códigos de CIE-10 previamente establecidos para el estudio.

De los cuales, se excluyeron 50 pacientes:

- 28 pacientes que no aceptaron ingreso hospitalario.
- 3 pacientes fallecieron en unidad de emergencia sin tomar exámenes.
- 18 pacientes que no ingresaron a servicios de Medicina Interna.

Posteriormente, 308 pacientes cumplieron criterios de inclusión, constituyendo la muestra final del estudio. **Anexo 5**

3.2.2. Variables e indicadores

Tema: Resultados clínicos en los pacientes que ingresan por hemorragia digestiva superior a los servicios de Medicina Interna en el Hospital San Juan de Dios Santa Ana de enero de 2023 a diciembre de 2024.							
Enunciado: ¿Cuáles son los resultados clínicos en los pacientes que ingresan por hemorragia digestiva superior los servicios de Medicina Interna en el Hospital San Juan de Dios Santa Ana en el período comprendido entre enero de 2023 y diciembre de 2024?							
Objetivo general: Identificar los resultados clínicos en los pacientes que ingresan por hemorragia digestiva superior en los servicios de Medicina Interna en el Hospital San Juan de Dios Santa Ana en el período comprendido entre enero del 2023 a diciembre del 2024”							
Objetivo específico	Unidades de análisis	Variables	Operativización	Nivel de medición	Indicadores	Técnica por utilizar	Tipos de instrumentos a utilizar
Presentar las principales comorbilidades de pacientes que ingresan por sangrado digestivo superior en los servicios de medicina interna.	Comorbilidades de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión Arterial Crónica (HTA) - Diabetes Mellitus (DM) - Enfermedad Renal Crónica (ERC) - Alcoholismo crónico 	$\frac{\# \text{ de pacientes con HTA}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ $\frac{\# \text{ de pacientes con DM}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ $\frac{\# \text{ de pacientes con ERC}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ $\frac{\# \text{ de pacientes con Alcoholismo c,}}{\text{Total de pacientes}} * 100$	NOMINAL 1. Si 2. No	<ul style="list-style-type: none"> % de pacientes que padecen hipertensión arterial % de pacientes que padecen Diabetes Mellitus % de pacientes que padecen Enfermedad Renal Crónica % de pacientes que padecen Alcoholismo crónico 	Análisis de contenido.	Tabulador de revisión

Objetivo específico	Unidades de análisis	Variables	Operativización	Nivel de medición	Indicadores	Técnicas por utilizar	Tipos de instrumentos a utilizar
Determinar el tiempo entre el ingreso hospitalario y la realización de gastroscopia.	Pacientes con sangrado de tubo digestivo superior a los que se les realizo gastroscopia.	Gastroscopia Días para gastroscopia Prontitud para gastroscopia	$\frac{\# \text{ de pacientes a los que se les realiza gastroscopia}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ <p style="text-align: center;"><i>Número absoluto de días para gastroscopia</i></p> $\frac{\# \text{ pacientes que se les realiza gastroscopia menor a 3 días}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ $\frac{\# \text{ pacientes que se les realiza gastroscopia entre 3 – 7 días}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ $\frac{\# \text{ pacientes que se les realiza gastroscopia mayor a 7 días}}{\text{Total de pacientes}} * 100$	<p>% de pacientes hipertensos controlados en el año 2021.</p> <p>Nominal</p> <p>Total de días</p> <p>De intervalo</p> <p>1: ≤ 3 días</p> <p>2: >3 a < 7 días</p> <p>3: > 7 días</p>	<p>% de pacientes que se les realiza gastroscopia durante estancia hospitalaria</p> <p>Verificar los días para la realización de estudio gastroscopico</p> <p>% de pacientes que se les realiza gastroscopia por valor de tiempo</p>	Análisis de contenido.	Tabulador de revisión

Objetivo específico	Unidades de análisis	Variables	Operativización	Nivel de medición	Indicadores	Técnicas por utilizar	Tipos de instrumentos a utilizar
Clasificar los resultados de la gastroscopia según etiología que está provocando la hemorragia de tubo digestivo superior.	Pacientes con sangrado de tubo digestivo superior a los que se les realizo gastroscopia.	Etiología no variceal Etiología variceal	$\frac{\# \text{ de pacientes con etiología no variceal}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ $\frac{\# \text{ pacientes con etiología variceal}}{\text{Total de pacientes}} * 100$	Nominal 1: Etiología no variceal 2: Etiología variceal	% de pacientes que resultado de gastroscopia reporta etiología no variceal % de pacientes que resultado de gastroscopia reporta etiología variceal	Análisis de contenido.	Tabulador de revisión

Objetivo específico	Unidades de análisis	Variables	Operativización	Nivel de medición	Indicadores	Técnicas por utilizar	Tipos de instrumentos a utilizar
Reportar los índices de morbimortalidad de los pacientes que son hospitalizados por sangrado de tubo digestivo superior.	Pacientes ingresados con sangrado de tubo digestivo superior.	Desenlace clínico	$\frac{\# \text{ de pacientes con destino a domicilio}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ $\frac{\# \text{ pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ $\frac{\# \text{ pacientes que solicitaron alta voluntaria}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ $\frac{\# \text{ pacientes que recibieron traslado a otro hospital}}{\text{Total de pacientes}} * 100$ $\frac{\# \text{ pacientes que con Alta in extremis}}{\text{Total de pacientes}} * 100$	Nominal 1: Destino a domicilio 2: Fallecido 3: Alta voluntaria 4: Traslado a otro hospital 5: Alta in extremis	% de pacientes con destino a domicilio al momento del alta % de pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario % de pacientes que solicitaron alta voluntaria % de pacientes que fueron trasladados a otro Hospital % de pacientes con alta in extremis	Análisis de contenido.	Tabulador de revisión

3.3. Técnica e instrumento

3.3.1. Técnica:

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de análisis de contenido estructurado y sistemático, debido a que es la técnica que mejor se apega a esta investigación. La recolección de datos se realizó únicamente a través de fuentes secundarias; según revisión de SISTEMA INTEGRAL DE SALUD (SIS), durante el proceso de atención de los pacientes y al momento de realizar ingreso hospitalario se debe asignar un diagnóstico de ingreso basados en CIE-10. Se procederá a registrar los expedientes que cuenten como diagnóstico de ingreso los códigos del CIE-10: K92.0 Hematemesis, K92.1 Melena y K92.2 Hemorragia gastrointestinal, no especificada

Posterior a la extracción de expedientes con los diagnósticos mencionados, se procederá a revisar uno a uno los expedientes de manera digital y realizar recolección de datos usando una matriz-censo en Microsoft-Excel.

3.3.2. Instrumento:

El instrumento que se utilizará es un tabulador para revisión de expedientes clínicos, esto debido a que se desea conocer datos específicos del paciente como expediente clínico, nivel de hemoglobina, etiología del sangrado de tubo digestivo, antecedentes personales y patológicos, condición de egreso, entre otros. De esta forma, se logrará estandarizar lo que se busca en base a criterios preestablecidos de lo que se espera encontrar sin implicar juicios de valor ya que solo se indica si está o no presente o la cantidad específica según el criterio preestablecido. (Ver anexo 1)

3.4. Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación se limita a obtener información de expedientes clínicos por el SIS, con previa autorización de las estancias pertinentes. Con respecto al principio ético de **no maleficencia** la información que se obtuvo no fue utilizada para poner en riesgo la integridad física ni emocional del paciente

solamente se tendrá usos académicos. Sobre el principio ético de **confidencialidad** toda la información que será recolectada es confidencial y sin identificación individual asimismo solo los investigadores tendrán acceso a dicha información. No habrá conflictos de interés con ninguno de los investigadores.

Principio de beneficencia: La investigación contribuye a conocer el estado actual de los servicios brindados a los usuarios del hospital que consultan con sangrado de tubo digestivo superior, y de esta manera proponer un plan de mejora en los procesos para así agilizar pronto diagnóstico, mejorar pronóstico y disminuir mortalidad.

Principio de no maleficiencia: La investigación, al ser retrospectiva, no presenta inferencia sobre el estado de los pacientes, siendo de esta manera incapaz de generar daño a los participantes, y a la población en general.

Principio de autonomía. La investigación protege los derechos y dignidad de los participantes y autodeterminación de toma de decisiones, además la recolección y manejo de datos, se incluye solamente números de expedientes, lo cual garantiza la privacidad de los usuarios.

Principio de justicia: Se trata a todos los participantes de acuerdo a lo correcto y apropiado, siendo tratados por igual sin discriminar ni separar pacientes por sexo, edad, clase socioeconómica, sexual, etc.

3.5. Procesamiento y análisis

Los datos obtenidos en el SISTEMA INTEGRADO DE SALUD (SIS) se digitalará en una base de datos virtual, la cual servirá de herramienta para tabular en cada uno de los indicadores, y filtrar los datos necesarios los cuales serán presentados con su respectiva gráfica y analizados integralmente por parte del equipo técnico investigador.

3.6. Resultados esperados

Económico

Se espera la mejor utilización de recursos del estado así como ayudar a optimización de tiempos de espera.

Disminución de la estancia hospitalaria en los pacientes que acuden con dicho problema.

Uso más eficiente de sangre y sus hemoderivados.

Priorizar la realización de gastroscopía en pacientes con alto riesgo.

Abaratar costos en el ingreso hospitalarios al evitar complicaciones prevenibles y necesidad de terapias costosas como ventilación mecánica y estancia en UCI

Académico

Se espera que se genere conocimiento actualizado sobre la problemática, evaluando la epidemiología de los pacientes que acuden, creando evidencia local sobre el sangrado de tubo digestivo.

Pudiendo fomentar la investigación que ayude a la formación y optimización de abordajes adecuados en el área de medicina interna y pequeña cirugía. Generar protocolos basados en los resultados clínicos locales.

Institucional

A nivel institucional, se espera que los resultados:

Identifiquen debilidades en el proceso de atención, especialmente en tiempos de espera para endoscopia.

Apoyar al área de cirugía ambulatoria con más presupuesto y personal capacitado para la realización de endoscopías y manejo de complicaciones.

Mejoren la coordinación entre emergencia, medicina interna, laboratorio y endoscopia.

Salud

En términos de salud, se espera lograr:

Disminución de la morbimortalidad asociada al sangrado digestivo superior.

Identificación temprana de pacientes con alto riesgo de resangrado y muerte.

Mejora en el abordaje clínico mediante decisiones más oportunas y basadas en evidencia.

Reducción de complicaciones como choque hipovolémico, encefalopatía hepática y falla orgánica múltiple.

Social

Desde el enfoque social, se espera que:

Los pacientes que acudan a la institución reciban una atención pronta e integral.

Las familias experimenten menor carga emocional y económica.

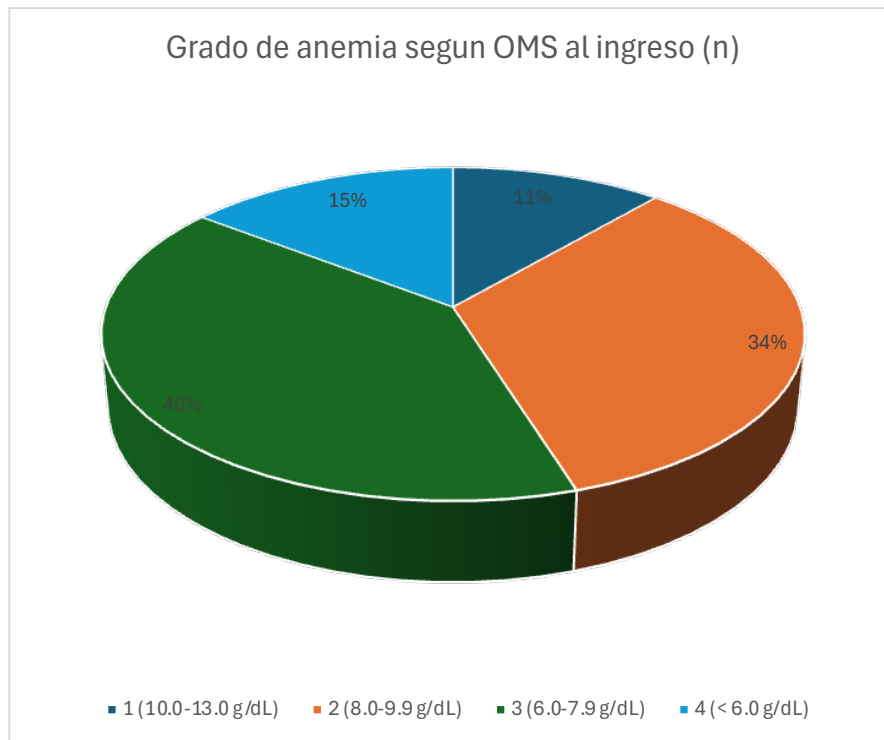
La comunidad se beneficie de un hospital más eficiente y resolutivo.

Se fortalezca la confianza de la población en los servicios públicos de salud.

CAPITULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS

1. Distribución de grado de anemia (Clasificación de OMS) según hemoglobina reportada en primer encuentro de paciente.

Grado de hemoglobina	Cantidad (n)	Porcentaje (%)
1 (10.0-13.0 g/dL)	35	40
2 (8.0-9.9 g/dL)	104	34
3 (6.0-7.9 g/dL)	124	11
4 (< 6.0 g/dL)	45	15
Total	308	100



Análisis.

Grado de anemia al ingreso

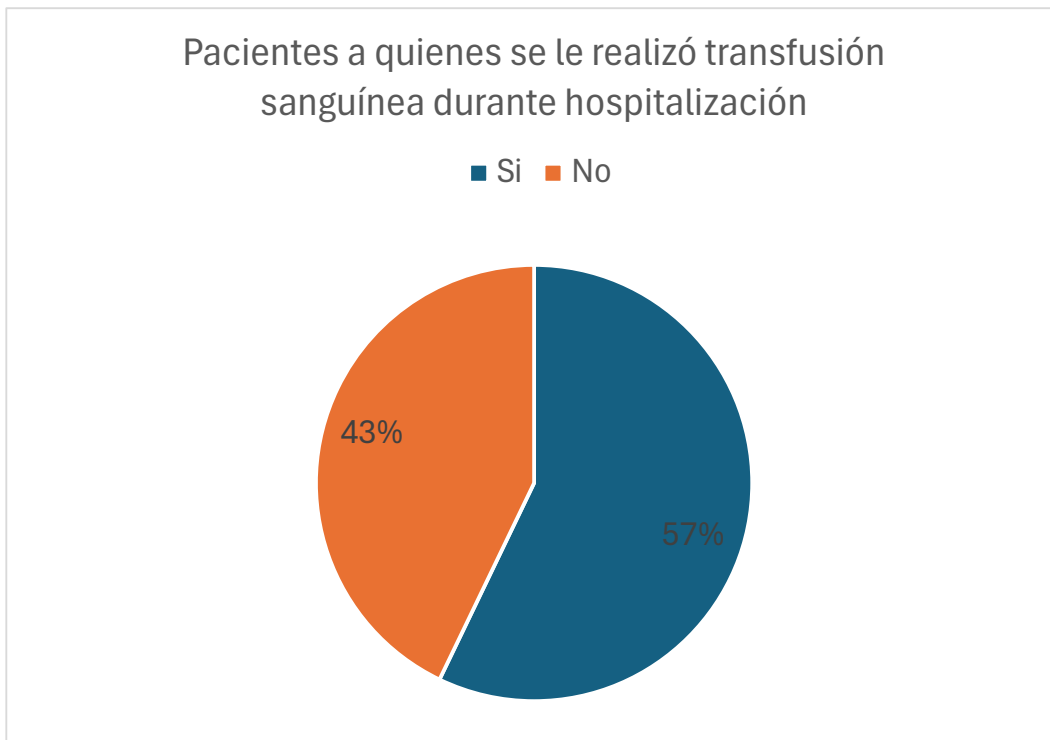
Interpretación:

La mayoría de los pacientes (60%) presenta anemia moderada a severa (grados 2–4), lo que sugiere:

- Consulta tardía
- Enfermedad avanzada al ingreso
- Mayor riesgo de complicaciones

2. Total de pacientes que reciben transfusión sanguínea durante hospitalización.

Necesidad de transfusión	Pacientes	Porcentaje
Si	176	57%
No	132	43%
Total (n)	308	100%



Análisis.

Necesidad de transfusión

- 57% requirió transfusión
- 43% no la requirió

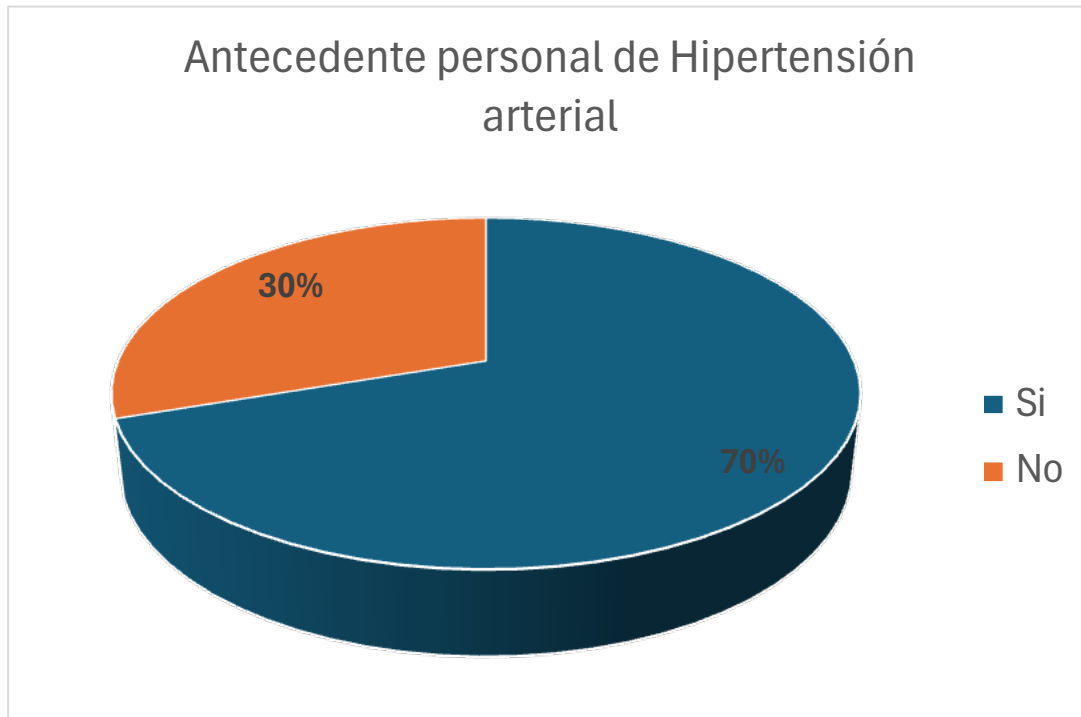
Interpretación:

Más de la mitad de los pacientes necesitaron transfusión, lo cual:

- Se correlaciona con los grados altos de anemia
- Refleja gravedad clínica significativa de los pacientes.
- Implica alto uso de recursos hospitalarios y mayor estancia intrahospitalaria.

3. Porcentaje de pacientes que refieren antecedente de hipertensión

Hipertensión arterial	Pacientes
Si	93
No	215
Total (n)	308



Análisis.

Comorbilidades de los pacientes.

Hipertensión arterial

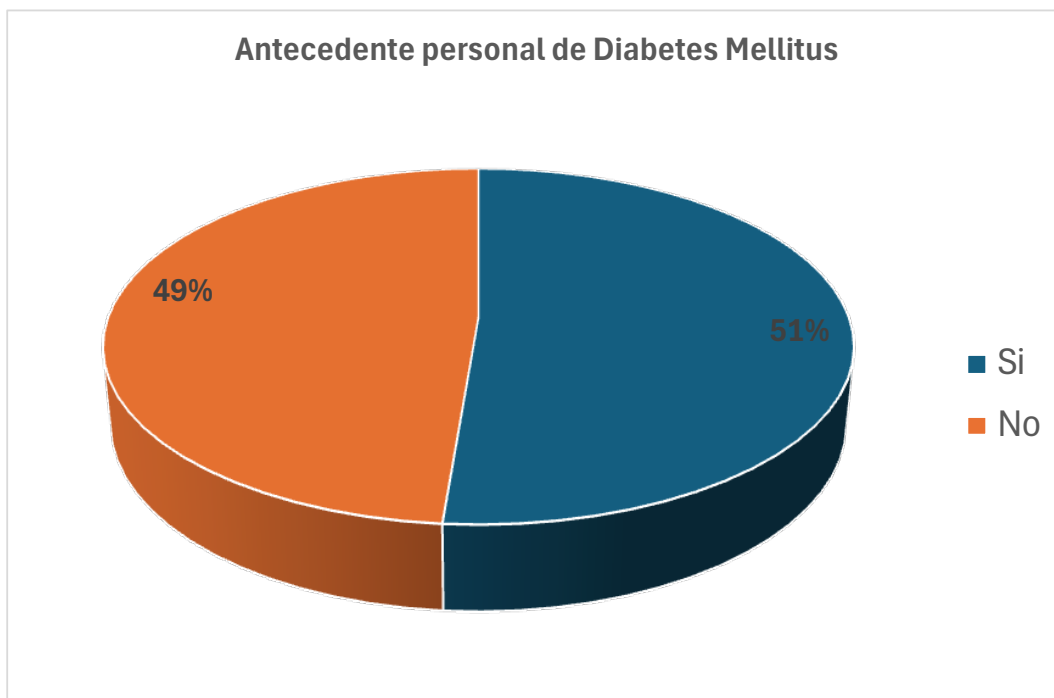
- 30% (93 pacientes)

Interpretación.

La presencia de hipertensión arterial en pacientes con sangrado de tubo digestivo superior constituye un factor de riesgo que complica la evolución clínica, debido a la alteración de la autorregulación hemodinámica, mayor predisposición a eventos cardiovasculares y la influencia de terapias farmacológicas asociadas. Esto exige un manejo integral y cuidadosamente balanceado para reducir la morbimortalidad.

4. Porcentaje de pacientes que refieren antecedente de Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus	Pacientes
Si	158
No	150
Total (n)	308



Análisis.

Diabetes mellitus

- 51% (158 pacientes)

Interpretación.

La presencia de Diabetes Mellitus en pacientes con sangrado de tubo digestivo superior se asocia a una evolución clínica más compleja, caracterizada por alteraciones en la respuesta hemodinámica, mayor riesgo cardiovascular, disfunción en los mecanismos de hemostasia y retraso en la cicatrización. Estas condiciones incrementan la morbimortalidad, por lo que es fundamental un manejo integral enfocado tanto en el control del sangrado como en la estabilidad metabólica.

Alteraciones en la hemostasia

La Diabetes Mellitus produce:

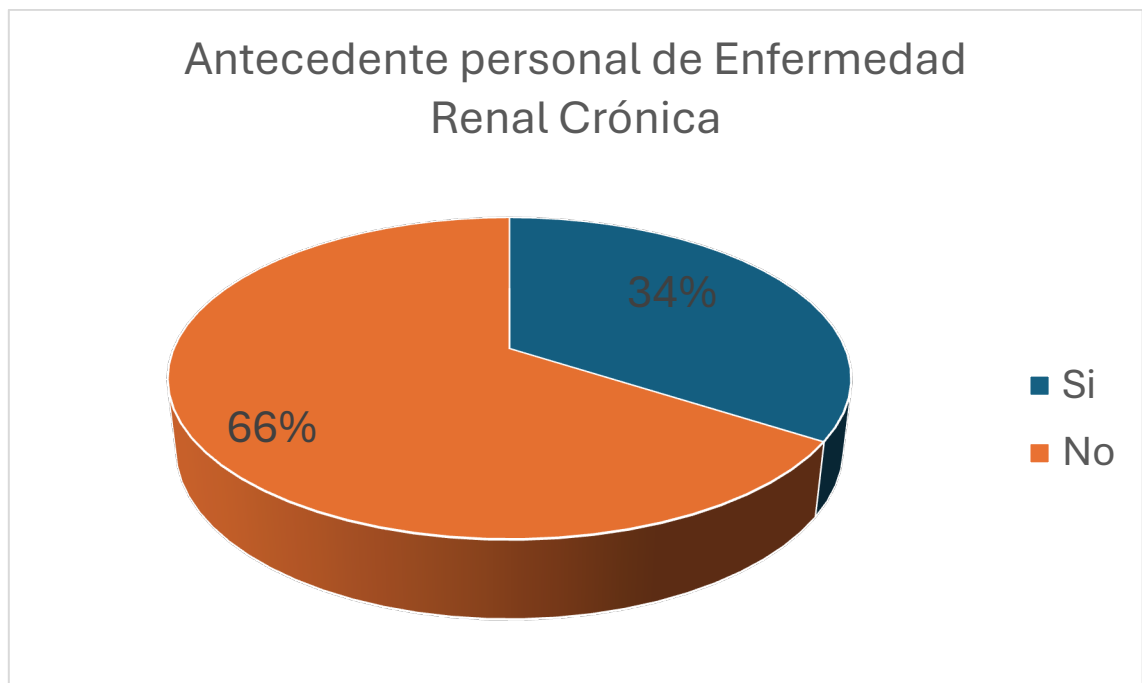
- Disfunción plaquetaria
- Daño endotelial

Consecuencias:

- Mayor riesgo de sangrado persistente y re sangrado.

5. Porcentaje de pacientes que refieren antecedente de Enfermedad Renal Crónica

Diabetes Mellitus	Pacientes
Si	105
No	203
Total (n)	308



Análisis.

Enfermedad renal crónica

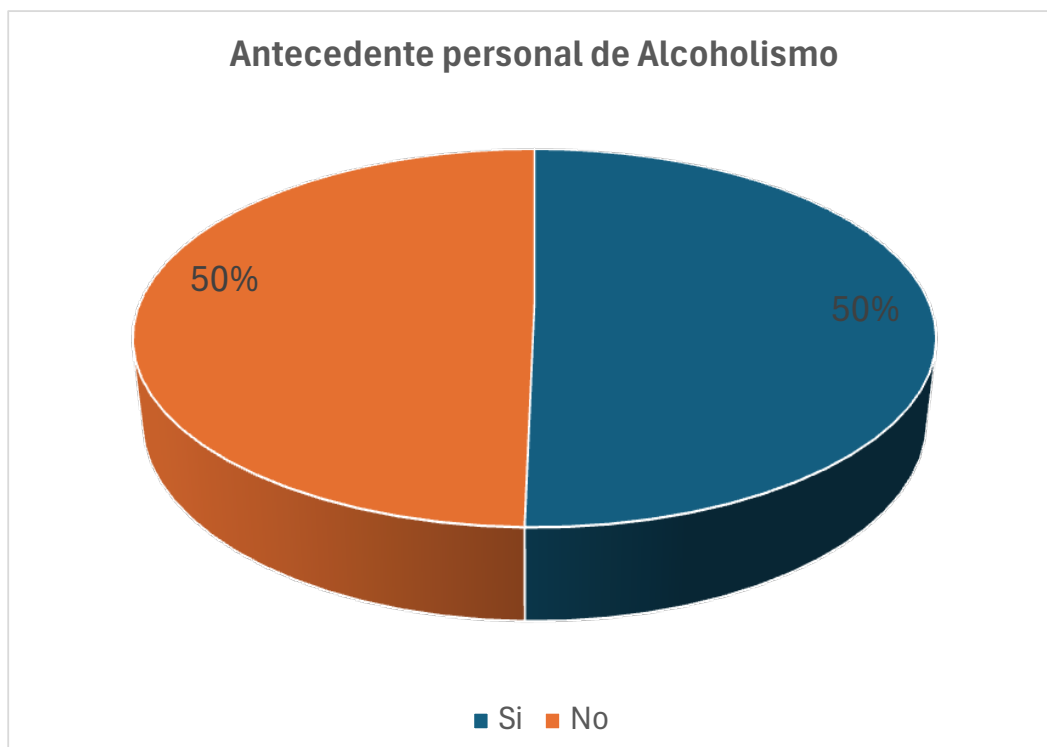
- 34% (105 pacientes).

Interpretación.

La coexistencia de sangrado de tubo digestivo superior y Enfermedad renal crónica configura un escenario clínico de elevada complejidad, donde la interacción entre coagulopatía urémica, anemia preexistente, disfunción endotelial y limitaciones en el manejo hemodinámico condiciona un incremento significativo en la morbimortalidad. Este perfil exige estrategias terapéuticas individualizadas y un abordaje multidisciplinario orientado a optimizar la hemostasia, el equilibrio volumétrico y la estabilidad sistémica.

6. Porcentaje de pacientes que refieren antecedente de Alcoholismo

Antecedente de Alcoholismo	Pacientes	Porcentaje
Si	155	51%
No	153	49%
Total (n)	308	100%



Análisis.

Alcoholismo

- **51%**

Interpretación.

El paciente alcohólico con hemorragia gastrointestinal alta representa un fenotipo de extrema gravedad, caracterizado por:

- Fuente de sangrado de alto riesgo (várices)
- Hemostasia severamente alterada
- Disfunción hepática avanzada
- Alta probabilidad de complicaciones sistémicas

El alcoholismo crónico constituye un factor determinante en la evolución del sangrado de tubo digestivo superior, al asociarse con el desarrollo de Cirrosis hepática e hipertensión portal, así como con alteraciones significativas de la coagulación y la respuesta inmunológica. Estas condiciones incrementan la severidad del sangrado, la tasa de re sangrado y la mortalidad, configurando un escenario clínico de alta complejidad que requiere un abordaje integral, oportuno y multidisciplinario.

7. Total de pacientes a los que se les realiza gastroscopía durante ingreso.

Realización de gastroscopia	Pacientes	Porcentaje
Si	130	42%
No	178	58%
Total (n)	308	100%



Análisis.

Interpretación.

Existe una baja cobertura de gastroscopia, ya que solo el 42% de la muestra estudiada se le realizó, de modo que es un porcentaje muy bajo para los estándares internacionales.

La Endoscopia digestiva alta constituye el pilar fundamental en el abordaje del sangrado de tubo digestivo superior, al permitir la identificación precisa de la etiología, la estratificación del riesgo y la intervención terapéutica inmediata. Su uso sistemático en todos los pacientes con hemorragia digestiva alta se asocia con una reducción significativa de la morbimortalidad, el re sangrado y los costos hospitalarios, consolidándose como una herramienta indispensable en la práctica clínica.

8. Tiempo de espera para gastroscopía.

Días de espera	Pacientes	Porcentaje
3 días o menos	23	25%
4-7 días	74	57%
8 días o más	33	18%
Total (n)	130	100%

Promedio: 5.6 días



Análisis.

Interpretación.

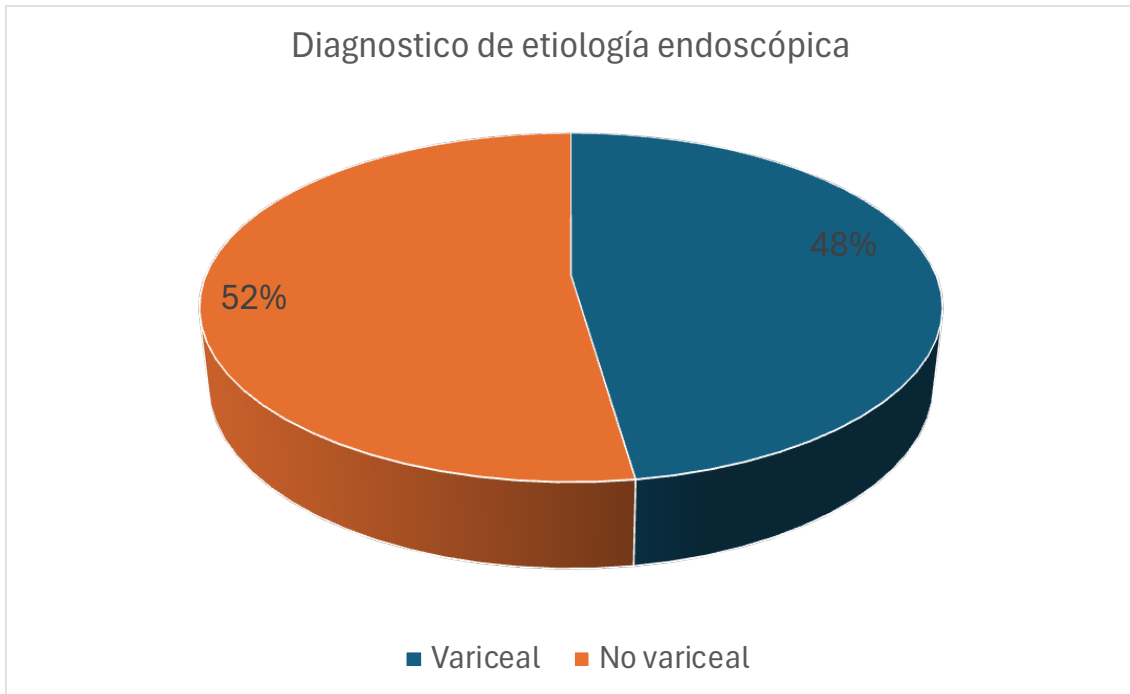
- Promedio: 5.6 días de espera para realización del procedimiento
- La mayoría espera entre 4–7 días
- El tiempo promedio es prolongado para patologías potencialmente urgentes, ya que; las guías internacionales recomiendan en consenso un tiempo menor a 24 horas.

Esto puede:

- Aumentar complicaciones
- Retrasar diagnóstico definitivo
- Impactar mortalidad

9. Etiología endoscópica de los pacientes evaluados.

Etiología	Pacientes	Porcentaje
Variceal	62	48%
No variceal	68	52%
Total (n)	130	100%



Análisis.

Etiología endoscópica

- Variceal: 48%
- No variceal: 52%

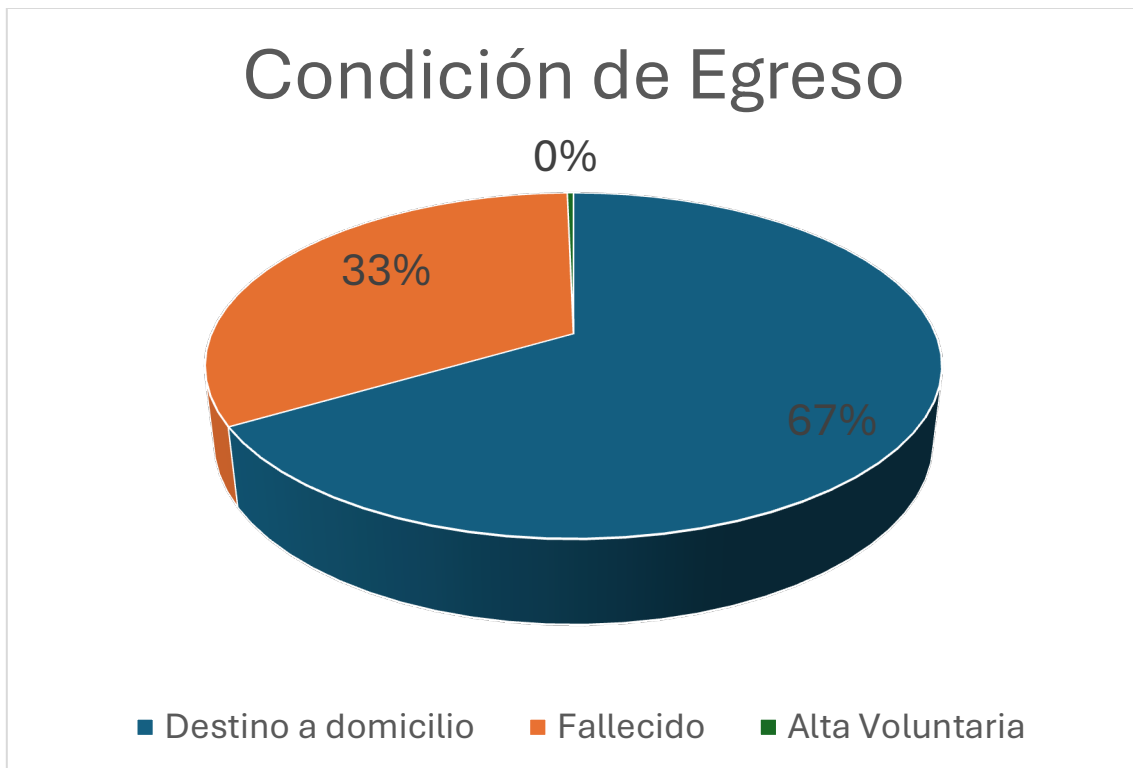
Interpretación:

Existe distribución casi equitativa, lo que indica:

- Alta prevalencia de enfermedad hepática (relacionada con alcoholismo)
- Importancia de considerar ambas causas en el abordaje inicial.

10. Desenlace clínico de los pacientes ingresados.

Desenlace clínico	Pacientes	Porcentaje
Destino a domicilio	205	67%
Fallecido	102	33%
Alta Voluntaria	1	0%
Traslado a otro hospital	0	0%
Alta in extremis	0	0%
Total (n)	308	100%



Análisis.

Desenlace clínico.

Interpretación.

La mortalidad observada en este estudio (33%) supera significativamente la reportada en la literatura internacional, donde la hemorragia digestiva alta presenta tasas de mortalidad entre 5% y 10%, con un promedio cercano al 9% en revisiones recientes. Esta diferencia sugiere una mayor gravedad clínica al ingreso, posible retraso en intervenciones diagnósticas como la endoscopia, así como una elevada carga de comorbilidades en la población estudiada.

Conclusiones.

La hemorragia digestiva superior continúa representando una causa importante de ingreso hospitalario en los servicios de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, con impacto significativo en la morbimortalidad institucional. La mayoría de los pacientes ingresados presentaron anemia moderada a severa al momento del ingreso hospitalario, evidenciando la magnitud clínica del sangrado digestivo superior en la población estudiada y su repercusión hemodinámica.

Más de la mitad de los pacientes incluidos en el estudio requirieron transfusión de hemoderivados durante su estancia hospitalaria, lo cual refleja la alta carga asistencial y el consumo de recursos asociados a esta patología.

Dentro de las comorbilidades más frecuentes identificadas en los pacientes hospitalizados destacaron la diabetes mellitus, la hipertensión arterial crónica, la enfermedad renal crónica y el antecedente de alcoholismo, factores que influyen negativamente en el pronóstico clínico.

Se observó que únicamente el 42% de los pacientes ingresados fueron sometidos a gastroscopía durante su hospitalización, evidenciando limitaciones en el acceso oportuno a estudios endoscópicos diagnósticos y terapéuticos.

El tiempo promedio para la realización de gastroscopía fue de 5.6 días posterior al ingreso hospitalario, superando el tiempo recomendado por las guías internacionales, lo cual puede influir en el incremento del riesgo de complicaciones y mortalidad.

Entre los pacientes sometidos a gastroscopía, la etiología del sangrado digestivo superior fue ligeramente más frecuente de origen no variceal en comparación con la etiología variceal. Se identificó una tasa de mortalidad hospitalaria elevada (33%) en los pacientes ingresados por hemorragia digestiva superior, lo cual sugiere la necesidad de fortalecer estrategias institucionales orientadas a mejorar la atención integral y oportuna de estos pacientes.

Los hallazgos del presente estudio permiten evidenciar debilidades en el abordaje diagnóstico oportuno, especialmente relacionadas con el acceso a endoscopia digestiva alta dentro de las primeras 24 horas de ingreso hospitalario.

Este estudio constituye evidencia epidemiológica local relevante que permitirá orientar futuras intervenciones institucionales encaminadas a mejorar los desenlaces clínicos de los pacientes con hemorragia digestiva superior en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Recomendaciones

- A nivel institucional

Fortalecer la disponibilidad de estudios endoscópicos digestivos altos dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario, especialmente en pacientes con alto riesgo de resangrado o mortalidad.

Promover la ampliación de cobertura del servicio de endoscopia digestiva alta en horarios extendidos, incluyendo turnos nocturnos y fines de semana.

Implementar protocolos institucionales estandarizados para el manejo del paciente con hemorragia digestiva superior basados en guías internacionales actualizadas.

Fortalecer la coordinación entre los servicios de emergencia, medicina interna, laboratorio clínico y cirugía ambulatoria para optimizar el abordaje integral del paciente.

Optimizar el uso racional de hemoderivados mediante la aplicación de criterios transfusionales estandarizados.

- A nivel del personal médico

Promover el uso sistemático de escalas pronósticas como Blatchford y Rockall en la estratificación temprana del riesgo en pacientes con hemorragia digestiva superior.

Fomentar la identificación precoz de factores de riesgo clínicos asociados a mortalidad, tales como anemia severa, comorbilidades múltiples y etiología variceal.

Mejorar la documentación clínica y los reportes endoscópicos con el fin de fortalecer la calidad del registro hospitalario.

- A nivel académico

Incentivar la realización de estudios prospectivos multicéntricos que permitan evaluar la evolución clínica y los factores pronósticos asociados a hemorragia digestiva superior en la región occidental del país.

Utilizar los resultados del presente estudio como base para la elaboración de protocolos institucionales de manejo del sangrado digestivo superior.

- A nivel del sistema de salud

Gestionar recursos humanos especializados en endoscopia digestiva terapéutica para mejorar el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento.

Fortalecer las estrategias de prevención primaria dirigidas a la reducción de factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva superior, especialmente el consumo de alcohol y el uso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos.

Referencias

1. Brown RC & Langman MJ. Proceedings: hospital admission for peptic ulcer and acute gastrointestinal bleeding in the United Kingdom 1958–70. *Gut* 1974; 15(4): 335.
2. Sonnenberg A. Time trends of ulcer mortality in Europe. *Gastroenterology* 2007; 132(7): 2320–2327
3. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C et al. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol* 1995; 90(4): 568–573.
4. Blatchford O, Davidson LA, Murray WR et al. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. *BMJ* 1997; 315(7107): 510–514.
5. Saydam ŞS, Molnar M, Vora P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. *World J Gastrointest Surg.* 2023 Apr 27;15(4):723-739. doi: 10.4240/wjgs.v15.i4.723. PMID: 37206079; PMCID: PMC10190726.
6. van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22(2):209-24. doi: 10.1016/j.bpg.2007.10.011. PMID: 18346679.
7. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB et al. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995; 311(6999): 222–226.

8. RamsoekhD, van Leerdam ME, Rauws E A et al. Outcome of peptic ulcer bleeding, nonsteroidal anti-inflammatory drug use, and Helicobacter pylori infection. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3(9): 859–864.
9. Thomopoulos K, Katsakoulis E, Vagianos C, Mimidis K, Margaritis V, Nikolopoulou V. Causes and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding: a prospective analysis of 1534 cases. *Int J Clin Pract*. 1998 Nov-Dec;52(8):547-50. PMID: 10622053.
10. Suba M, Ayana SM, Mtabho CM, Kibiki GS. The aetiology, management and clinical outcome of upper gastrointestinal bleeding among patients admitted at the Kilimanjaro Christian Medical Centre in Moshi, Tanzania. *Tanzan J Health Res*. 2010 Oct;12(4):302-5. doi: 10.4314/thrb.v12i4.51073. PMID: 24409639.
11. Bunchorntavakul C, Yodket Y, Singhasena N. Clinical Characteristics, Treatment Outcomes and Risk Assessment of Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Rajavithi Hospital, Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2017 Feb;100 Suppl 1:S104-15. PMID: 29927224.
12. Hay JA, Lyubashevsky E, Elashoff J, Maldonado L, Weingarten SR, Ellrodt AG. Upper gastrointestinal hemorrhage clinical--guideline determining the optimal hospital length of stay. *Am J Med*. 1996 Mar;100(3):313-22. doi: 10.1016/s0002-9343(97)89490-9. PMID: 8629677.
13. José, M. C. M., & Varcelli, R. R. E. (2012, 1 diciembre). Morbimortalidad en pacientes que ingresan por sangramiento de tubo digestivo superior en el área de medicina interna del Hospital San Juan De Dios De Santa Ana en el periodo de enero a junio de 2012. <https://hdl.handle.net/20.500.14492/27758>

14. Argente, H. A. (2021). *Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedeútica. Enseñanza-aprendizaje basada en la persona.*
15. Lanza, F., et al. (2021). "Peptic Ulcer Disease". *American Journal of Gastroenterology*, 116(4), 579-590.
16. Garcia-Tsao, G., et al. (2017). "Portal Hypertension and Variceal Bleeding". *New England Journal of Medicine*, 362(6), 539-550.
17. O'Brien, C. J., & Popp, J. L. (2018). "Gastritis and Gastropathy". *Gastroenterology Clinics of North America*, 47(3), 471-484.
18. Kahrilas, P. J., & Shaheen, N. J. (2017). "Esophageal Cancer". *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 15(1), 88-94.
19. ASGE Standards of Practice Committee. (2019). "Endoscopic Therapy for Upper Gastrointestinal Bleeding". *Gastrointestinal Endoscopy*, 89(3), 501-514.
20. Lee, T. H., & Chen, J. Y. (2020). "Laboratory Tests for Upper Gastrointestinal Bleeding". *World Journal of Gastroenterology*, 26(9), 993-1004.
21. Villanueva, C., et al. (2016). "Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding". *New England Journal of Medicine*, 374(1), 61-70.
22. Laine, L., & Yang, H. (2019). "Endoscopic Treatment of Upper Gastrointestinal Bleeding". *American Journal of Gastroenterology*, 114(5), 757-765.
23. Uribe, M. P. O. (1996). *Clasificación internacional de enfermedades, organización mundial de la salud. Decima versión cie-10. Salud Mental*, 19(2), 11-18.
http://revistasaludmental.com.mx/index.php/salud_mental/article/download/622/622

24. Kato, H., & Shimizu, H. (2018). "Gastric Ulcer: Diagnosis and Treatment". *Digestive Diseases and Sciences*, 63(9), 2235-2244.
25. Targan, S. R., et al. (2017). "Upper Gastrointestinal Bleeding: A Review of Current Approaches". *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 15(2), 170-182.
26. Greenberg, G. R., & Leichman, J. (2020). "Management of Variceal Bleeding". *Hepatology*, 71(1), 25-35.
27. Jang, H. J., et al. (2019). "Diagnosis and Management of Gastric Variceal Hemorrhage". *World Journal of Gastroenterology*, 25(29), 4304-4316.
28. Laine, L. (2018). "Proton Pump Inhibitor Therapy in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding". *Journal of Gastroenterology*, 53(1), 11-24.
29. Fuchs, B., & Huber, W. (2016). "Acute Upper Gastrointestinal Bleeding". *Gastroenterology*, 150(6), 1348-1356.
30. Jameson, J. L., Loscalzo, J., Kasper, D. L., Longo, D. L., Fauci, A., & Hauser, S. L. (2022). *Harrison principios de medicina interna*.

ANEXOS

Anexo 2. Instructivo de llenado de tabulador

Instructivo de llenado de: Tabulador de revisión de expedientes de investigación: “resultados clínicos en los pacientes que Ingresan por hemorragia digestiva superior a los servicios de medicina interna en el Hospital San Juan De Dios Santa Ana en el tiempo transcurrido entre enero de 2023 a diciembre de 2024”

El presente instructivo se creó para que el personal técnico que realice revisión de expediente de la investigación antes citada pueda tener una referencia rápida a las bases del llenado de dicho instrumento.

A la hora de revisar un expediente clínico se deben anotar el número de expediente para prevenir duplicación de datos.

Para llevar un control de calidad, todos los tabuladores deben ser revisados antes de ser digitados al sistema de información creado para la investigación en curso.

Sección a, Hemoglobina, colocar el valor absoluto de hemoglobina al momento de ingreso de paciente en g/dl.

Sección b, Transfusión, colocar 0: Si no necesita transfusión al ingreso; 1 Si se Indica transfusión al ingreso.

Sección c, HTA, colocar 0 si el paciente no padece hipertensión arterial; Colocar 1 si padece hipertensión arterial.

Sección d, DM, colocar 0 si el paciente no padece diabetes mellitus; Colocar 1 si Padece diabetes mellitus.

Sección e, ERC, colocar 0 si el paciente no padece enfermedad renal crónica; Colocar 1 si padece enfermedad renal crónica.

Sección f, Alcoholismo, colocar 0 si el paciente no padece alcoholismo crónico; Colocar 1 Si padece alcoholismo crónico.

Sección g, ETDS, colocar 0 si no se realiza gastroscopía durante ingreso, y Colocar 1 si se realiza gastroscopía durante ingreso hospitalario.

Sección h, Días para ETDS colocar en números enteros el número de días que Transcurren entre ingreso y realización de gastroscopía. Colocar x si no se realiza gastroscopia.

Sección i, Etiología, colocar 1 si el resultado de gastroscopía reporta etiología no Variceal, colocar 2 si resultado de gastroscopía reporta etiología variceal. Colocar 3 si no se realiza gastroscopia.

Sección j, condición de egreso, colocar 1 si es destino a domicilio, colocar 2 si es Fallecido, colocar 3 si es alta voluntaria, colocar 4 si es traslado a otro hospital, Colocar 5 si es alta in extremis.

.

Anexo 4. Presupuesto de investigación.

Rubro	Unidad	Precio	Total
Equipos			
Computadoras	2	\$ 350.00	\$ 700.00
Servicios			
Internet	18	\$ 40.00	\$ 720.00
Electricidad	18	\$ 50.00	\$ 900.00
Impresiones	300	\$0.05	\$15.00
Fotocopias	100	\$0.02	\$2.00
Empastado	2	\$15.00	\$30.00
Especies			
Gasolina	12	\$120.00	\$120.00
Alimentos	6	\$120.00	\$720.00
Papel Bond	300	\$0.02	\$6.00
Folders	10	\$0.25	\$2.50
Imprevistos	2	\$100.00	\$200.00
Total de gastos aproximado			\$ 3,415.50

Anexo 5. Diagrama de flujo de criterios de inclusión

