



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**EVALUACIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ UMF NO.8 DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALMA ALEJANDRA MEJIA MARCIAL

DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO

ASESOR METODOLÓGICO

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

ASESOR CLINICO

DR. JORGE SÁNCHEZ PINEDA

Ciudad Universitaria, Cd. de Mx., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Infinita gratitud a Dios por las bendiciones recibidas, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza para el cumplimiento de metas y objetivos de vida.

Gracias mis padres y hermanos: Bulmi y Nico; Juan, Fernando, Carlos y Ángel, por ser los pilares y promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en mis proyectos, por el apoyo incondicional, los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradezco al IMSS por darme la oportunidad de continuar mi formación profesional como especialista en Medicina Familiar; a nuestros docentes por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión; de manera especial al Dr. Jorge Sánchez Pineda, asesor clínico quien con su valiosa experiencia contribuyo de forma sustancial para la realización de trabajo, al Dr. Gilberto Espinoza Anrubio por haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores y, al Dr. Eduardo Vilchis Chaparro quien siempre ha sido un facilitador, admiración respeto y cariño.

A mi querida Facultad de Medicina UNAM, y a todas las autoridades, por ser la institución que respalda mi formación como profesional.

A mis amigos, de ayer, de hoy y de siempre, gracias por los momentos compartidos dentro del hospital, en aulas y fuera de ellas.

ÍNDICE

1. Marco teórico	6
2. Planteamiento del problema.....	13
3. Justificación.....	14
4. Objetivos.....	15
5. Hipótesis	16
6. Materiales y métodos	17
7. Diseño de la investigación	18
8. Población o universo	19
9. Ubicación temporal y espacial de la población	19
10. Tamaño de la muestra	20
11. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	21
12. Variables.....	22
13. Diseño estadístico.....	27
14. Instrumento de recolección de datos.....	28
15. Método de recolección de datos	29
16. Maniobras para evitar y controlar sesgos	30
17. Cronograma de actividades	32
18. Recursos humanos, materiales, físicos y financieros	33
19. Consideraciones éticas.....	34
20. Resultados	36
21. Tablas y gráficas	41
22. Discusión.....	77
23. Conclusiones	82
24. Bibliografía	83
25. Anexos	88

1. MARCO TEÓRICO

La hemorragia de tubo digestivo (HTD) es una enfermedad frecuente y grave por su alto nivel de mortalidad, a pesar de los avances terapéuticos, las nuevas tecnologías desarrolladas para su diagnóstico y tratamiento; no solo en los servicios de urgencias sino también en la consulta de medicina familiar, es una de las condiciones clínicas frecuentes por las que se requiere atención médica y hospitalización, representa una importante carga económica y asistencial por lo que se considera un problema de salud pública (1).

La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano. Por su localización se clasifica en hemorragia de tubo digestivo alta si se produce sobre el ángulo de Treitz, o baja si su origen es bajo el ángulo de Treitz (2).

La hemorragia de tubo digestivo alto se define como:

“Es la hemorragia o sangrado que se origina dentro del tracto gastrointestinal proximal al ángulo de Treitz; en la práctica incluye el esófago y duodeno. Puede manifestarse con hematemesis, melena o ambas y ocasionalmente hematoquecia, o la presencia de sangre en un paciente con sonda nasogástrica, y puede llevar al estado de choque dependiendo de la pérdida sanguínea (3).”

la Sociedad Americana de Gastroenterología y Cirugía endoscópica define a la hemorragia digestiva alta (HDA) como toda pérdida de sangre originada en el tracto digestivo superior, entre la región faringoesofágica y el ángulo duodeno yeyunal o de Treitz, de una intensidad suficiente como para manifestarse clínicamente por hematemesis y/o melenas. Se incluyen también aquellas hemorragias de los órganos vecinos, que drenan su sangrado a esta parte del tubo digestivo, por orificios naturales, como en el caso de las hemorragias del árbol biliar (hemobilia) o conductos pancreáticos (hemosuccus), o bien por orificios patológicos, como en las fístulas aortodigestivas (4).

Los datos clínicos más importantes son: la hematemesis (vómitos de sangre fresca), melanemesis (vómitos en pozo de café), melena y menos frecuente como sangrado rectal o hematoquezia (5).

La presencia de hematemesis generalmente sugiere que el origen del sangrado está próximo al ligamento de Treitz. El aspecto de las heces también informa la altura del origen del sangrado, cuando la sangre ha permanecido por menos de 5 horas en el intestino, generalmente sale de color rojo en las heces, mientras la sangre que ha permanecido por 20 horas es, por lo general melénica (heces negras, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa) (6).

La hematoquecia es la emisión de sangre roja por el ano, sola o mezclada con la deposición, y suele ser indicativa de sangrado digestivo bajo, aunque en ocasiones es una forma de presentación de sangrado digestivo alto, cuando existe un tránsito acelerado por la abundante y rápida presencia de sangre en el tubo digestivo. Para que esto suceda, la hemorragia debe ser mayor de 1000 cc y producirse en menos de 1 hora y la aceleración del tránsito intestinal y por ello la imposibilidad de formación de hematina y consiguiente transformación del color de la sangre (7).

Cerca del 30% de los casos de pacientes con úlceras pépticas sangrantes se presentan con hematemesis; el 20%, con melenas, y el 50% con ambos signos. Los pacientes con HTD que requieren atención médica se presentan en condiciones clínicas muy variables, que van desde la simple presencia de melenas, la cual requiere una pérdida sanguínea de entre 50-100 ml sin compromiso hemodinámico, hasta una condición grave con sangrado masivo y shock hipovolémico (definido como TA < 90/60 mm Hg y frecuencia cardíaca > 100 latidos/min) que pone en riesgo la vida del paciente (8).

La HTDA se ha clasificado en hemorragia de origen variceal y hemorragia de origen no variceal. Se ha reportado a nivel mundial que el 80-90% de las hemorragias digestivas altas son de causa no varicosa, y de éstas, la causa más frecuente es la úlcera péptica (9).

En México las tres primeras causas más frecuentes de HTDA son la gastropatía erosiva 34.68%, úlcera gástrica 24.06% y la úlcera duodenal 18.09% (10).

Las lesiones agudas de la mucosa gástrica muestran un comportamiento ascendente en su incidencia, asociado a los cambios en las conductas de vida y el uso cada vez más cotidiano de fármacos gastrolesivos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los esteroides, los bloqueadores de los canales de calcio (ej., verapamilo, diltiazem), la espirinolactona y los inhibidores de la recaptación de serotonina. Estos fármacos se utilizan para el tratamiento de diversas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (HTA), la cardiopatía isquémica (CI) y las lesiones degenerativas del sistema osteomioarticular (11).

El envejecimiento de la población y el gran número de personas que ingieren AINES hace que estos sean factores de riesgo importantes para presentar HTDA; la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas para identificar los factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en población más afectada y conocer la magnitud de los problemas que se relacionan a esta servirán de base para intervenciones más eficaces y oportunas (12).

Con base en la Guía de Práctica Clínica para Prevención, diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia aguda del tubo Digestivo alto no Variceal, los factores de riesgo relacionados con la HTDA son: la presencia de H. Pylori, el uso de AINES, el estrés fisiológico, falla orgánica múltiple, quemaduras de más de 25 a 30 % de la superficie corporal, anticoagulantes orales e insuficiencia hepática grave (13).

La hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB) es aquél que ocurre distalmente del ligamento de Treitz, entre el intestino delgado y el ano, resultando en anemia y problemas hemodinámicos; generalmente, este problema es causado por malformaciones vasculares, divertículos y neoplasias. Representa el 20% de las hemorragias del tubo digestivo y ocurre a cualquier edad, siendo progresivo hasta la edad avanzada, con predominio en el sexo masculino. Alrededor del 90% de las HTDB se autolimitan, pero tienden a recidivar, y solamente el 10% causa una hemorragia masiva. El 80% de los casos son a nivel colorrectal y el resto es encontrado en el intestino delgado. Se estima que la HTDB es de 20 a 27 por cada 100,000. Aproximadamente el 85% de las HTDB implican el colon, 10% son en realidad HTDA y 3-5% implican el intestino delgado. La tasa de mortalidad de la HTDB es entre 2 y 4% (14).

La incidencia de HTD anual reportada en la literatura de estudios realizados en países desarrollados varía de 36 a 170 casos por 100,000 habitantes. En México no existe suficiente información en población general; los hospitales que han reportado información importante como la prevalencia son el HGZ No.1 del IMSS en la ciudad de Durango, la tasa anual de prevalencia reportada es de 46.6 casos por 1,000 egresos hospitalarios (15).

La hemorragia de tubo digestivo afecta en mayor proporción aproximadamente el doble, en el sexo masculino que el femenino y, afecta a diversos grupos etarios, siendo las edades más avanzadas las más afectadas (16).

La mortalidad asociada a la HTD a nivel mundial se reporta dentro del rango de 5-15% y la mortalidad secundaria a hemorragia del tubo digestivo en México es de alrededor de 8.5%, pero se ha identificado que la mortalidad aumenta incluso a 63% cuando se relaciona con ciertos factores de riesgo, como: edad, magnitud de la hemorragia, resangrado durante la hospitalización, origen de la hemorragia (sangrado arterial o venoso) y las enfermedades asociadas, como: alcoholismo, coagulopatías, inmunosupresión, insuficiencia renal aguda, enfermedades hepáticas, insuficiencia respiratoria aguda y la insuficiencia cardiaca (17).

El principal factor pronóstico de la mortalidad es la recidiva precoz de la hemorragia durante las primeras 72 horas, y la cual ocurre hasta en el 20% de los pacientes (18).

La valoración inicial y tratamiento clínico oportuno tiene como objetivo evitar que los pacientes presenten alteraciones hemodinámicas y se incremente la probabilidad de resangrado y además que se eleve la tasa de mortalidad, por lo que en los servicios de urgencias se deben prevenir las posibles complicaciones (19).

Dentro de la valoración inicial se debe mantener un esquema de atención rápida a los pacientes que presenten HTD considerando los siguientes parámetros, son útiles para identificar y estadificar los riesgos asociados a esta patología (20):

- a. Anamnesis y exploración física: En las historias clínicas deben preguntarse acerca de los síntomas como parte de la evaluación de la gravedad, además de sus comorbilidades.
- b. El examen físico es un componente clave de la evaluación de la hemodinámica estabilidad. El tacto rectal, prueba rápida para determinar melenas que es una de los principales síntomas o signos en la HTDA.
- c. Colocación de sonda nasogástrica para identificar si existe sangrado activo o restos de sangrado (sangre en pozos de café).
- d. Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, química sanguínea (glucosa, urea, creatinina, electrolitos sodio, potasio, cloro, pruebas de función hepática (TGO, TGP, bilirrubinas), proteínas totales y estudios de coagulación; son complemento importante para la estadificación de riesgos en los pacientes con HTD.
- e. Colocar 2 vías periféricas: Es esencial la reanimación y estabilización adecuadas antes de la endoscopia para minimizar las complicaciones asociadas al tratamiento. Los pacientes deben recibir líquidos intravenosos mientras se reconoce el grupo sanguíneo y RH para la transfusión de sangre, en caso de ser necesario.
- f. Electrocardiograma: en todos los pacientes mayores de 50 años, que tengan antecedentes de enfermedad coronaria, los que presenten anemia significativa y en todos con dolor torácico, disnea o hipotensión.
- h. Evaluación hemodinámica, incluye signos vitales, así como valorar la saturación de O₂.

Con el objetivo de lograr una atención integral de calidad en el paciente con HTD, es útil usar escalas pronósticas para definir la conducta a seguir en el tratamiento de los pacientes, considerando parte esencial disminuir la mortalidad y morbilidad asociadas (21).

Las escalas se basan en la medición de determinadas variables consideradas con valor pronóstico o con la utilización de índices numéricos. La estimación del riesgo de un paciente al momento de su ingreso a los servicios de urgencias, permite adecuar la asistencia que reciba y la estancia hospitalaria; en los casos de bajo riesgo se puede considerar el alta precoz e incluso el tratamiento domiciliario, sin que esto ocasione un aumento de la incidencia de recidiva o de la mortalidad (22).

La utilización de escalas pronósticas puede ser de utilidad para identificar pacientes de alto y bajo riesgo y planear el manejo subsecuente (Nivel de evidencia B hay evidencia suficiente para apoyar el procedimiento o tratamiento). Hasta la fecha ninguna escala aislada es totalmente confiable (Nivel de evidencia B) (23).

Se conocen varias escalas o sistemas de puntuación que estratifican a los pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta. Los dos sistemas más empleados son la escala de Rockall (24) y la escala de Glasgow Blatchford (GBS) (25).

El Dr. Rockall, del Surgical Epidemiology and Audit Unit del Royal College of Surgeons of England en Londres, propuso en 1996 el índice que lleva su nombre, después de realizar una investigación con 4186 pacientes británicos mayores de 16 años. El índice fue validado en 1999 a partir de la investigación de 951 enfermos alemanes, y desde entonces es utilizado en múltiples estudios como medida prospectiva de riesgo ⁽²⁶⁾.

La escala clínica de Rockall tiene aplicación para clasificar a los individuos con hemorragia digestiva alta según el riesgo de presentar sangrado activo o reciente y que necesitan de la realización urgente de la endoscopia digestiva. Cuando se le añaden los resultados de la endoscopia, la escala de Rockall completa ha mostrado ser de utilidad para predecir probabilidad de resangrado, necesidad de cirugía o riesgo de mortalidad ⁽²⁷⁾.

El índice Rockall se puede describir como una validación prospectiva de un sistema de puntaje basado en dos tipos de variables: clínicas y endoscópicas. Si se obtiene como resultado 2 o menos, el índice predice un bajo riesgo de sufrir complicaciones en la evolución (0,2 %), por lo que se recomienda el alta precoz. Valores de 3 a 4 hablan de un riesgo intermedio (6,8 %), y de 5 o más, de alto riesgo (20-43 %). Ambos requieren ingreso hospitalario. Se considera como desfavorable la escala de Rockall para inferir el riesgo de mortalidad en pacientes que presentan hemorragia de tubo digestivo alto, ya que la realización de endoscopia a todos los pacientes que presentan HTDA no es factible realizar ⁽²⁸⁾.

En cuanto a la escala de Glasgow-Blatchford, fue desarrollada en el año 2000 en el Reino Unido por el Doctor Oliver Blatchford a partir de un estudio con 1 748 casos, para identificar aquellos pacientes que necesitan algún tipo de intervención o tienen riesgo de fallecer debido a la hemorragia; esta no incluye parámetros endoscópicos, puede calcularse desde el momento de llegada del paciente al centro de atención médica de urgencias. Utiliza una combinación de criterios clínicos y de laboratorio; ha sido ampliamente validada ⁽²⁹⁾.

La escala de Glasgow Blatchford ayuda al médico a inferir la necesidad de realizar terapia endoscópica digestiva urgente, transfusión o incluso intervención quirúrgica para el control de la hemorragia digestiva alta, además de conocer el riesgo de mortalidad y, la identificación de los pacientes con hemorragia digestiva alta de bajo riesgo que no precisan de intervenciones. Con este sistema se considera que riesgo bajo para los sucesos adversos, resangrado y mortalidad, son aquellos con puntuación de cero, por encima de este valor el riesgo es alto. Al no utilizar parámetros endoscópicos, resulta útil para aplicar en un nivel de atención primaria ⁽³⁰⁾.

La puntuación va de 0 a 23 y el riesgo de requerir intervención endoscópica se incrementa con el aumento de la puntuación. Ha demostrado una sensibilidad de 100% para estratificar a pacientes de alto riesgo, además identifica pacientes con bajo riesgo que pueden ser manejados de manera ambulatoria. Se consideran criterios de riesgo la presencia de los siguientes elementos: urea < 6,5 mmol/L, Hb > 139 g/L en hombres y > 120 en mujeres, TAS > 110 mmHg, FC < 100/min y la ausencia de melena, síncope, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal ⁽³¹⁾.

Existe una escala desarrollada por Romagnuolo y otros 14, se conoce como escala de Blatchford abreviada; que incluye la valoración de las cifras de la urea (no siempre disponibles) y la historia de síncope como forma de presentación clínica. Esta surge al identificar factores predictivos endoscópicos de alto riesgo, resangrado y mortalidad (32).

En el periodo comprendido del 2013 al 2015 Martines G. et al, en el Servicio de Urgencias del Hospital Juárez de México, compararon las escalas de Rockall, Blatchford, AIMS65 y Forrest. Se observó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) de la escala de Blatchford para mortalidad ($p = .00004$), es la más útil para evaluar mortalidad, recidiva de la hemorragia, días de estancia hospitalaria y uso de hemoderivados (33).

Hyett B. et al, Hospital de Boston, Massachusetts. El AIMS65 obtuvo puntuación superior en la predicción de la mortalidad de pacientes hospitalizados frente a la GBS (AUROC, 0.93 vs 0.68, $P < .001$), mientras que la escala Glasgow Blatchford fue superior en la predicción de las transfusiones de sangre (AUROC, 0.85 vs 0.65; $P < .01$) (34).

En el Congreso Americano de Gastroenterología (American Congress of Gastroenterology 2016) en relación con la hemorragia digestiva alta, desde la perspectiva del médico clínico, informo que la escala de Glasgow-Blatchford tiene la mejor precisión para predecir la necesidad de la intervención quirúrgica o mortalidad hospitalaria en los pacientes con HTDA (35).

Si se detecta el origen de la hemorragia, se tiene que abordar para la estabilización del sangrado activo. Si la hemorragia del tubo digestivo no se pudo identificar con los estudios previos y/o está contraindicado realizar una endoscopia, el paciente se tiene que intervenir con una angiotomografía diagnóstica, si no se encuentra el origen de la hemorragia del tubo digestivo alto, medio o bajo después de todo el protocolo de abordaje, es candidato a una exploración por laparotomía y tratar la causa de origen quirúrgicamente (36).

Actualmente el estudio endoscópico precoz, es decir el realizado entre 2 y 24 horas posteriores a la hospitalización, constituye el método de elección para el diagnóstico de la causa de la HDA. Permite localizar un episodio de sangrado digestivo y tratarlo, puede aportar información sobre el pronóstico y la estratificación para el riesgo de resangrado sobre la base de la presencia o ausencia de estigmas de reciente hemorragia (37).

La Sociedad Americana de Gastroenterología aconseja que la endoscopia digestiva alta urgente debe efectuarse en las primeras 12 horas tras el ingreso hospitalario. Se recomienda la realización de la endoscopia mientras el paciente se encuentra en el Servicio de Urgencias, pero esto no es siempre factible, el tiempo de realización de la endoscopia dependerá de la condición clínica del paciente, así como la disponibilidad del recurso (38).

Se define ha definido como endoscopia urgente, aquélla que se realiza en las primeras 24 horas. Dos estudios han demostrado que una endoscopia inmediata contra realizarla en las primeras 24 horas no es diferente en términos de control, recurrencia de hemorragia, necesidad de cirugía, mortalidad o días de estancia hospitalaria, para estigmas de sangrado similares (39).

El tratamiento endoscópico reduce la morbilidad, la mortalidad, la transfusión requisitos y los costos de atención. La terapia endoscópica está indicada para todas las lesiones que son consideradas que tiene un alto riesgo de recidiva hemorrágica (sangrado activo o vaso visible). Las terapias endoscópicas pueden ser térmica (electrocoagulación, aplicación directa de calor o terapia con láser), implican la inyección con diversos agentes, o emplear compresión mecánica del sitio del sangrado (clips hemostáticos o bandas). Estos métodos tienen una alta tasa (90%) de éxito en detener la hemorragia activa y significativa reducir el riesgo de resangrado (40).

Dentro de los factores de pronóstico adverso y riesgo de hemorragia persistente o recidivante tenemos a la edad superior a 60 años, la enfermedad médica coexistente, el shock o hipotensión ortostática, la coagulopatía asociada, el inicio de sangrado en el hospital, las transfusiones múltiples, la inmunodepresión, el diagnóstico incierto y la hemorragia grave (41).

El tratamiento de la HTDA se basa en cuatro pilares fundamentales: Manejo de la vía aérea (según la clínica del paciente), hidratación, corrección hematocrito/hemoglobina, trastornos de coagulación (prolongación tiempos de coagulación. trombocitopenia) e inhibidores de la bomba de protones (42).

En cuanto al tratamiento farmacológico numerosos estudios confirman que los inhibidores de la bomba de protones como el omeprazol como pantoprazol y esomeprazol, administrados en forma de bolo intravenoso de 80 mg, seguido de una infusión continua de 8 mg/hora, durante los 3 primeros días, tras tratamiento endoscópico en pacientes con lesiones endoscópicas de alto riesgo, producen una menor recidiva hemorrágica, reducción de la necesidad de retratamiento endoscópico, de cirugía y de mortalidad (43).

El éxito del tratamiento de los pacientes con HTD se relaciona con el manejo multidisciplinario por especialistas médicos y paramédicos, la capacidad de estos para valorar su estado hemodinámico general, de la magnitud de la hemorragia, de las medidas de reanimación y del tratamiento intensivo, considerando comorbilidades asociadas a cada paciente (44).

La importancia del desarrollo del presente protocolo se centra en identificar el riesgo de mortalidad en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo con base en la escala de Glasgow Blatchford, útil para predecir la necesidad de algún tipo de intervención, mostrando además su importancia para optimizar los recursos sanitarios; derivando también los factores de riesgo asociados, para poder brindar un tratamiento oportuno y, actuar de forma precoz disminuir la mortalidad y morbilidad de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del HGZ UMF No.8 del IMSS (45).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia de tubo digestivo es considerada como un problema de salud pública, la incidencia anual reportada en la literatura de estudios realizados en países desarrollados varía de 36 a 170 casos por 100,000 habitantes. En México los hospitales que han reportado información importante como la prevalencia son el HGZ No.1 del IMSS en la ciudad de Durango, la tasa anual de prevalencia reportada es de 46.6 casos por 1,000 egresos hospitalarios.

El manejo de los pacientes con hemorragia digestiva se ha realizado de manera empírica siguiendo los criterios y experiencia del médico tratante, por la falta de la implementación de un sistema analítico que permita discriminar entre los pacientes con bajo riesgo de mortalidad y los de alto riesgo de mortalidad; la capacidad predictiva de la escala de Glasgow Blatchford con una sensibilidad del 100% y especificidad del 48.28%, valor predictivo positivo del 67.39% y el valor predictivo negativo del 100%, mejora la práctica del médico al hacer uso de la medicina basada en evidencia.

En cuanto a la importancia económica que representa la atención de pacientes con HTD origina grandes costos económicos para el sistema de salud. En un estudio en los Estados Unidos de América se estimaron los costos por hospitalización debido a sangrado digestivo, sin complicaciones fue de \$6,612 USD y sangrado con complicaciones de \$23,2017 USD. Asimismo, otro estudio en Francia reportó un costo promedio en el tratamiento inicial para detener el sangrado variceal de €9,906, en pacientes en el que el manejo inicial no fue efectivo €23,113 y €29,406 para pacientes que requirieron uno o dos procedimientos adicionales respectivamente.

Por lo señalado, se considera de suma importancia, la necesidad de lineamientos para el abordaje diagnóstico y terapéutico óptimo del paciente con sangrado de tubo digestivo, para impactar de forma positiva en la mortalidad y complicaciones asociadas a la hemorragia de tubo digestivo.

El uso de la escala de Glasgow Blatchford permite al médico estimar el riesgo de mortalidad, ayudándole a inferir la necesidad de realizar terapia endoscópica digestiva urgente, transfusión o incluso intervención quirúrgica para el control de la hemorragia digestiva, además de identificar a los pacientes de bajo riesgo que no precisan de intervenciones; optimizando recursos humanos, materiales y económicos. Para poder realizar las intervenciones terapéuticas más asertivas se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, evaluados con la escala de Glasgow Blatchford, en el servicio de urgencias adultos del HGZ UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

3. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia de tubo digestivo es una enfermedad con una incidencia y prevalencia alta, aunque existen nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento, así como un conocimiento más amplio de la patología asociada y sus factores de riesgo; la mortalidad y morbilidad asociada es significativamente alta, por lo que se considera un problema de salud pública en México.

La magnitud del problema se refleja en la mortalidad asociada a la hemorragia de tubo digestivo, a nivel mundial se reporta dentro del rango de 5-15%, en México es de alrededor de 8.5%, pero se ha identificado que la mortalidad aumenta incluso a 63% cuando se relaciona con factores de riesgo y comorbilidades de los pacientes.

Se ha demostrado en diversos estudios que la escala de Glasgow Blatchford basada en parámetros clínicos y bioquímicos, ayuda al médico a discriminar el riesgo de mortalidad, para actuar de manera eficiente con los pacientes que presentan hemorragia gastrointestinal.

Considero importante evaluar el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva en el área de urgencias del HGZ/UMF No. 8, ya que permite generar diagnósticos asertivos para ofrecer tratamientos oportunos, reduciendo la mortalidad de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo, además evitar la saturación de los servicios de urgencias, al poder manejar de forma ambulatoria los pacientes con menores riesgos asociados, optimizando recursos humanos, materiales y económicos.

4. OBJETIVOS

GENERAL

- Evaluar del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, con la escala de Glasgow Blatchford, en el servicio de urgencias adultos del HGZ UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

ESPECÍFICOS

- Conocer el grupo de edad de los pacientes portadores de hemorragia de tubo digestivo, evaluados con la escala de Glasgow Blatchford.
- Identificar los factores de riesgo asociados a mayor riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, evaluados con la escala de Glasgow Blatchford.
- Conocer el tipo de hemorragia que más se presenta en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo, evaluados con la escala de Glasgow Blatchford.
- Identificar si se realizan las intervenciones diagnóstico - terapéuticas en pacientes con alto riesgo de mortalidad en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo, evaluados con la escala de Glasgow Blatchford.

5. HIPÓTESIS

Para fines de formación académica y aprendizaje se generaron las hipótesis nula y alterna, ya que los estudios descriptivos no ameritan la realización de hipótesis.

Hipótesis nula (H 0)

La escala de Glasgow Blatchford no ayuda al médico a evaluar el riesgo de mortalidad, en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo, en el área de urgencias adultos del HGZ UMF No.8 del IMSS; lo que conduce a tratamientos poco asertivos, incrementándose la mortalidad y complicaciones asociadas.

Hipótesis alterna (H 1)

La escala de Glasgow Blatchford ayuda al médico a evaluar el riesgo de mortalidad, en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo, en el área de urgencias adultos del HGZ UMF No.8 del IMSS; dirigiendo de forma asertiva las intervenciones terapéuticas que garanticen disminuir la mortalidad y complicaciones asociadas.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

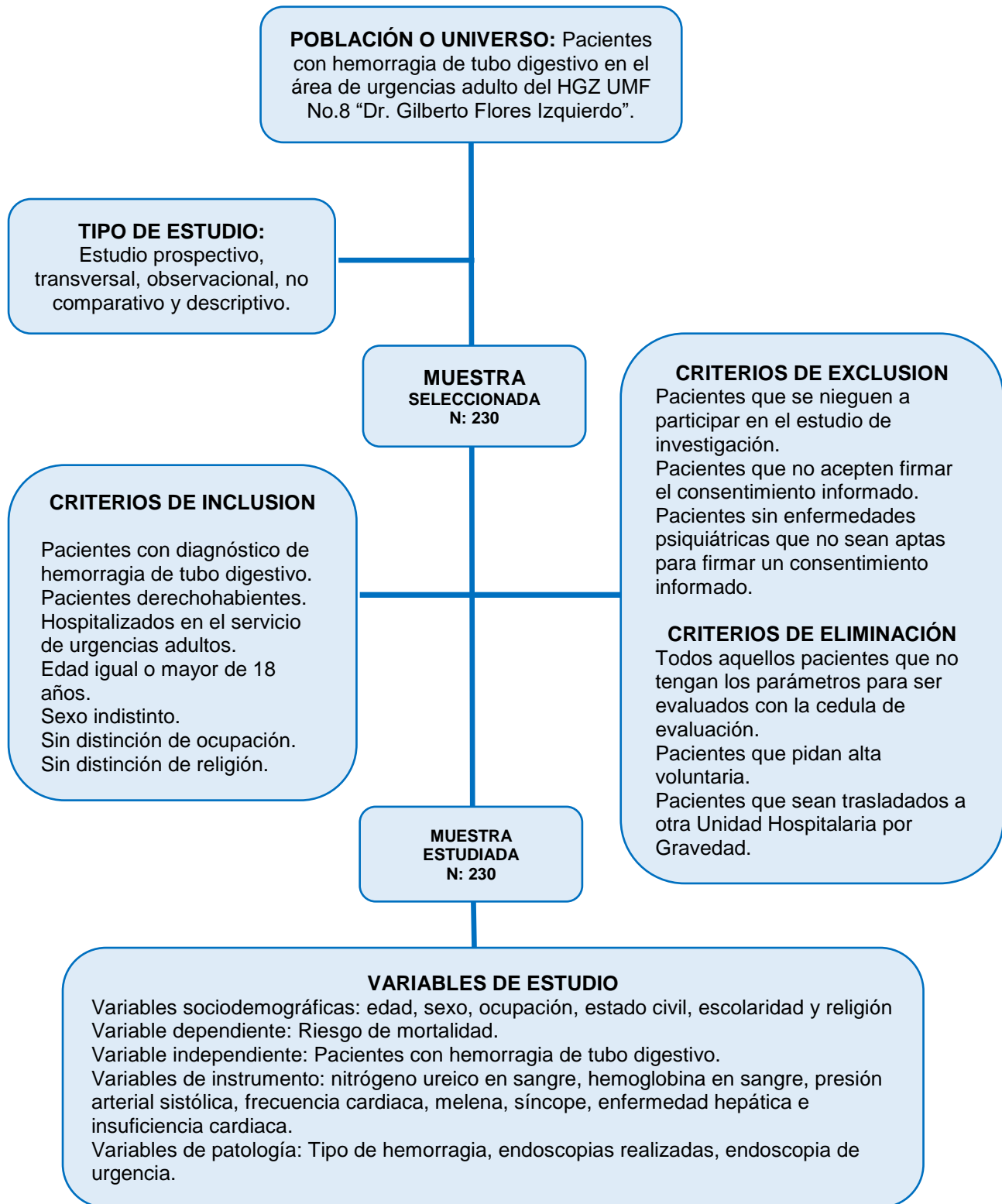
TIPO DE INVESTIGACION

El presente trabajo es un estudio de tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO**.
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**.
3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO**.
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO**.
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL**.

Prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo observacional.

7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Alma Alejandra Mejia Marcial / Médico Residente de MF

8. POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, mayores de 18 años de edad, hospitalizados en el servicio de urgencias adultos del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Numero 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Tipo de población Urbana.

9. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se efectuó en el área de urgencias adultos del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Numero 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se encuentra en Av. Río Magdalena No 289, Colonia Tizapán San Ángel, C.P. 01090, Delegación Álvaro Obregón en la Ciudad de México. Se realizó en el periodo comprendido de marzo de 2017 a febrero de 2019.

10. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, fue de 230 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.10, con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z= alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P= Proporción esperada

(1 - P) = Nivel de confianza del 90 %

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo.
- Pacientes derechohabientes.
- Hospitalizados en el servicio de urgencias adultos.
- Edad igual o mayor de 18 años.
- Sexo indistinto.
- Sin distinción de ocupación.
- Sin distinción de religión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Pacientes con discapacidad mental o alteración psiquiátrica.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Todos aquellos pacientes que no tengan los parámetros para ser evaluados con la cedula de evaluación.
- Pacientes que pidan Alta Voluntaria.
- Pacientes que sean trasladados a otra Unidad Hospitalaria por Gravedad.

12. VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Estado civil
- Escolaridad
- Religión

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Hemorragia de tubo digestivo.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Riesgo de mortalidad.

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

- Tipo de hemorragia
- Endoscopias realizadas
- Endoscopia de urgencia

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

Escala de Glasgow Blatchford

Bajo riesgo: 0 a 12 puntos.

Alto riesgo: 13 a 26 puntos.

- Nitrógeno ureico en sangre
- Hemoglobina en sangre
- Presión arterial sistólica
- Frecuencia cardíaca
- Melena
- Síncope
- Enfermedad hepática previa
- Falla cardíaca

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Hemorragia de tubo digestivo: Con base en la Organización Mundial de la Salud y la Asociación de Gastroenterología de España (OMS/AGE), se define a la hemorragia de tubo digestivo alto como la pérdida sanguínea provocada por una lesión situada en el tracto gastrointestinal.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Riesgo de mortalidad: Es un indicador que muestra la proporción de personas muertas en una población, por una patología determinada.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICION
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento
Sexo	Género al que pertenece un individuo.
Ocupación	Se refiere a lo que se dedica cada individuo, a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo.
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).
Elaboró: Alma Alejandra Mejia Marcial / Médico Residente de MF	

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	DEFINICIÓN
Nitrógeno ureico en sangre	Es la cantidad de nitrógeno circulando en forma de urea en el torrente sanguíneo.
Hemoglobina en sangre	Proteína presente en el torrente sanguíneo que permite que el oxígeno sea llevado desde los órganos del sistema respiratorio hasta todas las regiones y tejido del cuerpo.
Presión arterial sistólica	Corresponde al valor máximo de la presión arterial en sístole (cuando el corazón se contrae).
Frecuencia cardíaca	Es el número de contracciones del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo.
Melena	Es la expulsión de deposiciones (heces) negras, viscosas y malolientes debido a la presencia de sangre degradada proveniente del tubo digestivo superior.
Síncope	Pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria.
Enfermedad hepática	Se aplica a muchas enfermedades y trastornos que provocan que el hígado funcione inadecuadamente o que deje de funcionar.
Falla cardíaca	Es la incapacidad del corazón de bombear sangre en los volúmenes más adecuados para satisfacer las demandas del metabolismo; si lo logra, lo hace a expensas de una elevación anormal de la presión de llenado de los ventrículos cardíacos.
Bajo riesgo de mortalidad	Baja probabilidad de fallecer o presentar resultados adversos asociadas a la patología de estudio (hemorragia de tubo digestivo).
Alto riesgo de mortalidad	Alta probabilidad de fallecer o presentar resultados adversos asociadas a la patología de estudio (hemorragia de tubo digestivo).
Elaboró: Alma Alejandra Mejia Marcial / Médico Residente de MF	

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN
Tipo de hemorragia	Hemorragia digestiva alta, se originan por encima del ángulo de Treitz; hemorragia digestiva baja es la que se origina por debajo del ángulo de Treitz.
Endoscopia digestiva	Estudio realizado para visualizar y en ocasiones tratar patologías del tracto gastrointestinal, con ayuda de un endoscopio.
Endoscopia digestiva de urgencias	Es la endoscopia digestiva que debe efectuarse en las primeras 12 horas tras el ingreso hospitalario en el área de urgencias.
Elaboró: Alma Alejandra Mejia Marcial / Médico Residente de MF	

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Edad	Cuantitativa	Continua	Años, números enteros
Edad en rangos	Cuantitativa	Nominal	1= 18 a 30 años 2= 31 a 45 años 3= 46 a 60 años 4= 6 a 100 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1 = Femenino 2 = Masculino
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1 = Empleado 2 = Desempleado 3 = Pensionado 4 = Hogar 5 = Estudiante
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Divorciado 4 = Viudo 5 = Unión libre
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Bachillerato 4 = Licenciatura 5 = Posgrado 6 = Sin estudios
Religión	Cualitativa	Nominal	1 = Católica 2 = Testigo de Jehová 3 = Cristiano 4 = Otra 5 = Sin religión
Riesgo de mortalidad con Escala de Glasgow Blatchford	Cualitativa	Nominal	1 = Bajo riesgo de mortalidad (0 – 12 puntos) 2 = Alto riesgo de mortalidad intermedio (13 – 23 puntos)
Nitrógeno ureico sanguíneo	Cualitativa	Nominal	0 = 0 a 37 (mg/dL) 2 = 38 a 46 (mg/dL) 3 = 47 a 57 (mg/dL) 4 = 58 a 146 (mg/dL) 6 = Mayor de 147 (mg/dL)
Nivel de hemoglobina en sangre	Cualitativa	Nominal	0 = Mayor de 13.1 (g/dL) 1 = 12 a 13 (g/dL) 3 = 10 a 11.9 (g/dL)

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
			6 = Menor de 10 (g/dL)
Presión arterial sistólica	Cualitativa	Nominal	0 = Mayor de 110 (mmHg) 1 = 100 a 109 (mmHg) 2 = 90 a 99 (mmHg) 3 = Menor de 90 (mmHg)
Frecuencia cardíaca	Cualitativa	Nominal	0 = Menor de 100 (lpm) 1 = Mayor de 100 (lpm)
Melena	Cualitativa	Nominal	0 = Sin melena 1 = Con melena
Síncope	Cualitativa	Nominal	0 = Sin síncope 2 = con síncope
Enfermedad hepática	Cualitativa	Nominal	0 = Sin enfermedad hepática 2 = Con enfermedad hepática
Falla cardíaca	Cualitativa	Nominal	0 = Sin falla cardíaca 2 = Con falla cardíaca
Endoscopia digestiva	Cualitativa	Nominal	0 = Sin endoscopia 1 = con endoscopia
Endoscopia digestiva de urgencia	Cualitativa	Nominal	0 = Menor de 12 horas 1 = Mayor de 12 horas
Tipo de hemorragia digestiva	Cualitativa	Nominal	1 = Hemorragia de tubo digestivo alto 2 = Hemorragia de tubo digestivo bajo
Elaboró: Alma Alejandra Mejía Marcial / Médico Residente de MF			

13. DISEÑO ESTADÍSTICO

Para este apartado se considerarán los siguientes puntos:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza; además de distribución de frecuencias y porcentajes.

El tipo de muestra fue representativo de la población urbana, con un intervalo de confianza del 90%, se calculó a través de la prevalencia de la enfermedad que fue de 46.6%.

14. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se creó una hoja de recolección de datos (ANEXO 1) donde se registraron las variables sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, religión; también se registraron las variables de la escala Glasgow Blatchford la cual fue diseñada para evaluar el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto, la bibliografía revisada indica que es un predictor superior a otras escalas diseñadas para el mismo fin; considera parámetros clínicos y de laboratorio que son posibles de obtener en el servicio de urgencias, con los pacientes que acuden con esta patología.

Los parámetros clínicos evaluados son: melena y síncope.

Los datos de laboratorio evaluados son: nitrógeno ureico sanguíneo, nivel de hemoglobina en sangre (hombre y mujer valores normales), presión arterial sistólica y frecuencia cardíaca.

También considero antecedentes patológicos como son: enfermedad hepática y falla cardíaca.

La escala tiene una puntuación máxima de 26 puntos, asignando las puntuaciones a los parámetros medidos de la siguiente forma: urea plasmática (mg/dl) si se encuentra en el rango de $\geq 38 < 47$ valor en la escala 2 puntos, $\geq 47 < 58$ valor en la escala 3 puntos, $\geq 58 < 147$ valor en la escala 4 puntos, ≥ 147 valor en la escala 6 puntos; Hemoglobina (g/dl), en varones $\geq 12.0 < 13.0$ se asigna 1 punto, $\geq 10.0 < 12.0$ se asigna 3 puntos, < 10.0 se asigna 6 puntos; Hemoglobina (g/dl) en mujeres $\geq 10.0 < 12.0$ se asigna 1 punto, < 10.0 se asignan 6 puntos; tensión arterial sistólica (mmHg) si se encuentra entre los rangos 100-109 corresponde 1 punto, 90-99 corresponde 2 puntos, < 90 corresponde 3 puntos; también considera los marcadores como son Pulso ≥ 100 lpm con asignación de 1 punto, presentación con melenas asignación 1 punto, presentación con síncope asignándole 2 puntos, enfermedad hepática previa asignándole 2 puntos y fallo cardíaca con asignación de 2 puntos.

Con este puntaje se obtuvo el riesgo de mortalidad, considerando: Riesgo de mortalidad bajo (0 – 12 puntos), Riesgo de mortalidad alto (> de 13 puntos).

15. METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información requerida se obtuvo de los pacientes hospitalizados en el área de urgencias adultos del HGZ UMF No 8 del IMSS, los pacientes o unidades de análisis fueron los diagnosticados con hemorragia de tubo digestivo.

El paciente se encontraba Hemodinámicamente estable y consiente, se le informó del protocolo de investigación, posteriormente fue presentado el consentimiento informado para la realización del protocolo, el fue llenado de forma libre sin hechos de coerción.

Fue entrevistado el paciente para obtener las variables sociodemográficas del instrumento de recolección de datos.

Posteriormente se interrogó al paciente sobre variables clínicas de interés: melena, síncope, enfermedad hepática y falla cardíaca, las cuales también fueron registradas en el instrumento de recolección de datos.

Del expediente clínico en el apartado de hoja de enfermería se obtuvieron los parámetros de: presión arterial sistólica y frecuencia cardíaca; en el apartado de exámenes de laboratorio y gabinete del expediente clínico se obtuvieron las variables: nitrógeno ureico sanguíneo y nivel de hemoglobina en sangre; en caso de no encontrarse estudios de laboratorio impresos en el expediente clínico, se verificó en el sistema electrónico de registro de estudios de laboratorio, siendo estos en formato electrónico y considerados también de validez oficial para este protocolo.

El tiempo estimado para este proceso fue de 30 minutos máximo.

Posteriormente se verificó el correcto llenado del instrumento de recolección de datos y, se procedió a la estimación de la puntuación obtenida en la hoja de recolección de datos, finalmente se integró la información obtenida en una base de datos electrónica con el uso de programa de Excel, para el análisis correspondiente que se realizará en etapas posteriores de este protocolo en el programa estadístico SPSS versión 20.

16. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Control de sesgo de información

- La información utilizada fue seleccionada de los mejores argumentos científicos (medicina basada en evidencias), para la resolución de los problemas que la práctica médica cotidiana plantea para la patología de interés de este protocolo (hemorragia de tubo digestivo alto).
- El asesor clínico tuvo la potestad a través de su experiencia profesional para redirigir la información seleccionada en las unidades de análisis.
- El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación y asesor clínico, para verificar su correcta estructura y la precisión de los datos.
- Las unidades de análisis (pacientes) cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en este protocolo.
- Los avances registrados en bases de datos electrónicas fueron revisados bimestralmente por asesores clínicos.
- La información bibliográfica de referencia fue de artículos recientes (con un margen de 5 años de antigüedad de la publicación).

Control de sesgos de selección

- Con base a la prevalencia nacional de la Hemorragia de tubo digestivo, se calculó el tamaño de la muestra para la tesis, siendo un estudio transversal y descriptivo, el tamaño de muestra correspondió a 230 pacientes, con un intervalo de confianza de 90% y con una proporción del 0.30, con una amplitud total del intervalo de confianza 0.10.
- Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición

- Fue utilizada la Escala Glasgow-Blatchford para la evaluación de riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto, la cual ya ha sido validada, nacional e internacionalmente, esta se anexo en el instrumento de recolección de datos, el cual posterior a su llenado fue verificada la información registrada en este.
- La puntuación obtenida en la escala fue registrada por el investigador el cual tiene conocimiento de los puntos a evaluar, para la estratificación del riesgo de mortalidad.

Control de sesgos de análisis

- Fueron utilizadas herramientas electrónicas para almacenamiento de información, bases de datos en Excel y el programa SPSS versión 20.
- Los errores de captura fueron minimizados durante el proceso de análisis de datos con una segunda verificación de la información registrada, con ayuda del asesor.
- La información almacenada en las bases de datos fue gestionada en el programa SPSS, para la elaboración de tablas y gráficos; además se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza; también fueron incluidas, tasas, frecuencias y porcentajes.
- Los resultados obtenidos de los análisis estadísticos no se manipularon, con la intención de lograr objetivos concordantes a las conclusiones, ya que este trabajo se realizó bajo criterios éticos.

17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION EN SALUD

**TÍTULO DEL PROYECTO: EVALUACIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS
DEL HGZ UMF No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS			X									
DISEÑO METODOLOGICO				X								
ANALISIS ESTADISTICO					X							
CONSIDERACIONES ETICAS						X						
RECURSOS							X					
BIBLIOGRAFIA								X	X			
ASPECTOS GENERALES										X	X	
ACEPTACION												X

2018 - 2019

FECHA	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X			
ANALISIS DE DATOS									X			
DESCRIPCION DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS											X	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											X	
INTEGRACION Y REVICION FINAL											X	
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES												X
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ELABORÓ: ALMA ALEJANDRA MEJIA MARCIAL

18. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIEROS

Recursos humanos

Un investigador: Dra. Mejia Marcial Alma Alejandra

Un aplicador de encuestas: Dra. Mejia Marcial Alma Alejandra

Un recolector de datos: Dra. Mejia Marcial Alma Alejandra

Director de protocolo: Dr. Vilchis Chaparro Eduardo

Asesor experimental: Dr. Espinoza Anrubio Gilberto

Asesor clínico: Dr. Sánchez Pineda Jorge

Recursos materiales

- Computadora portátil, para registrar la información de la investigación, en programas o bases de datos: Excel y SPSS.
- Impresora láser.
- Servicio de fotocopiado para reproducir instrumento de evaluación para hemorragia de tubo digestivo alto.
- Lápices.
- Borradores y corrector líquido en forma de bolígrafo.
- Hojas blancas tamaño carta.
- Registro electrónico de reportes de laboratorio.
- Carpetas tamaño carta para almacenar instrumentos de recolección de datos.
- Cámara de celular para almacenar reportes de laboratorio que no se encuentran impresos en expediente clínico de las unidades de análisis (pacientes).
- Baumanómetros calibrados.
- Estetoscopios.
- Reloj.
- Oxímetro de pulso.
- USB de 16 GB
- Acceso a internet.

Recursos físicos

Se utilizaron las Instalaciones en el área de urgencias adulto del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, hospitalización.

Recursos financieros

Los gastos generados en el desarrollo de esta investigación fueron financiados por el médico residente en Medicina Familiar Dra. Alma Alejandra Mejia Marcial.

19. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se apega a la Declaración de Helsinki siendo considerados los preceptos en este protocolo de investigación. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables, los apartados que son de interés son los siguientes:

Apartado 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Apartado 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Apartado 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Apartado 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Apartado 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

A nivel nacional se considerará la Ley General de Salud; con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Ver anexo 2.

El Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública, y los Lineamientos generales para propiciar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.

La carta de los derechos generales de los médicos y la carta de derechos generales de las pacientes y los pacientes.

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la integración y funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética. (DOF 31-10-2016)

Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. 5a. Edición.

20. RESULTADOS

Se estudiaron 230 pacientes derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, hospitalizados en el servicio de Urgencias Adultos.

La media de edad fue de 64.16 años, con una mediana de 66 años y, una moda de 66 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 15.23 años, un valor mínimo de 23 años y valor máximo de 97 años.

Al revisar la sección de los rangos de edad se encontró 5 (2.2%) de 18 a 30 años de edad, 26 (11.3%) de 31 a 45 años, 53 (23%) de 46 a 60 años y, 146 (63.5%) de 61 a 100 años. (Ver tabla y gráfica 1)

Respecto al sexo de los pacientes se encontró 104 (45.2 %) pertenecientes al sexo femenino y 126 (54.8%) al sexo masculino. (Ver tabla y gráfica 2)

Dentro del rubro de estado civil se encontró que 20 (8.7%) eran solteros, 130 (56.5%) casados, 10 (4.3%) divorciados, 32 (13.9%) viudos y, 38 (16.5%) en unión libre. (Ver tabla y gráfica 3)

De acuerdo a la escolaridad se observó que 50 (21.7%) cursaron primaria, 120 (52.2%) secundaria, 28 (12.2%) bachillerato, 26 (11.3%) licenciatura y, 6 (2.6%) sin estudios. (Ver tabla y gráfica 4)

En la categoría de ocupación se encontró que 113 (49.1%) eran empleados, 11 (4.8%) desempleados, 101 (43.9%) pensionados, 3 (1.3%) se dedicaban al hogar y, 2 (0.9%) estudiantes. (Ver tabla y gráfica 5)

En el apartado de religión se reportó que 191 (83%) eran católicos, 12 (5.2%) testigo de Jehová, 10 (4.3%) cristianos, 5 (2.2%) otra religión y, 12 (5.2%) no tiene una religión. (Ver tabla y gráfica 6)

Dentro de los rangos bioquímicos el nitrógeno ureico sanguíneo (BUN) de los pacientes, se encontró 72 (31.3%) de 0 a 37 mg/dL, 68 (29.6%) de 38 a 36 mg/dL, 27 (11.7%) de 47 a 57 mg/dL, 36 (15.7%) de 58 a 146 mg/dL y, 27 (11.7%) mayor de 147 mg/dL. (Ver tabla y gráfica 7)

En lo que respecta a los rangos de Hemoglobina (Hb), se encontró 1 (0.4%) mayor de 13.1 g/dL, 72 (31.3%) de 12 a 13 g/dL, 38 (16.5%) de 10 a 11.9 g/dL, 119 (51.7%) menor de 10 g/dL. (Ver tabla y gráfica 8)

En cuanto a la presión arterial sistólica registrada a los pacientes al momento de la admisión, se encontró 120 (52.2%) mayor de 110 mmHg, 30 (13%) de 100 a 109 mmHg, 9 (3.9%) de 90 a 99 mmHg, y 71 (30.9%) menor de 90 mmHg. (Ver tabla y gráfica 9)

Respecto a la frecuencia cardiaca que tuvieron los pacientes al momento de la admisión, se observó que 139 (60.4%) menor de 100 lpm y 91 (39.6%) mayor de 100 lpm. (Ver tabla y gráfica 10)

En el apartado de datos clínicos, los pacientes con melena fueron 224 (97.4%) y sin melena 6 (2.6%). (Ver tabla y gráfica 11)

En cuanto al dato clínico de síncope, se encontró que 221 (96.1%) no lo tuvieron y 9 (3.9%) si presentaron síncope. (Ver tabla y gráfica 12)

En el rubro de comorbilidades asociadas, se observó que 155 (67.4%) no presentó enfermedad hepática previa y, 75 (32.6%) si tuvieron enfermedad hepática previa. (Ver tabla y gráfica 13)

En lo que respecta a falla cardiaca se encontró que 195 (84.8%) no presentaron falla cardiaca y, 35 (15.2%) si tuvieron falla cardiaca. (Ver tabla y gráfica 14)

En cuanto a la estratificación del riesgo de mortalidad, se logró identificar que 150 (65,2%) presentaban bajo riesgo y 80 (34.8%) fueron de alto riesgo. (Ver tabla y gráfica 15)

Al revisar la sección de endoscopias, se observó que a 35 (15.2%) pacientes no se sometieron a procedimiento y a 195 (84.8%) si se les realizó endoscopia. (Ver tabla y gráfica 16)

En el apartado de endoscopias urgentes realizadas antes de las 12 horas de su ingreso al servicio de urgencias, se encontró que se realizó 1 (0.4%) y 229 (99.6%) después de las 12 primeras horas de ingreso al servicio de urgencias. (Ver tabla y gráfica 17)

De acuerdo con la clasificación del tipo de hemorragia de tubo digestivo se observó que 211 (91%) fueron hemorragias de tubo digestivo alto y 19 (8.3%) hemorragias de tubo digestivo bajo. (Ver tabla y gráfica 18)

Al realizar la asociación de sexo con riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, se identificó que el sexo femenino 71 (30.9 %) tienen bajo riesgo y 33 (14.3%) alto riesgo; mientras que en el sexo masculino 79 (34.3 %) tienen bajo riesgo y 47 (20.4 %) alto riesgo. (Ver tabla y gráfica 19)

En la sección de rango de edad se realizó la asociación con riesgo de mortalidad con pacientes con hemorragia de tubo digestivo, encontrándose que en el rango de 18 a 30 años 4 (1.7 %) tienen bajo riesgo y 1 (0.4 %) alto riesgo, en el rango de 31 a 45 años 18 (7.8 %) tienen bajo riesgo y 8 (3.5 %) alto riesgo de mortalidad, en el rango de 46 a 60 años 37(16.1 %) tienen bajo riesgo y 16 (7%) alto riesgo, y finalmente en el rango de 61 a 100 años 91 (39.6 %) tienen bajo riesgo y 55 (23.9%) alto riesgo. (Ver tabla y gráfica 20)

Al correlacionar el estado civil con riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se identificó que en el apartado de soltero 18 (7.8 %) tienen bajo riesgo y 2 (0.9 %) tienen alto riesgo, en el rubro de casado 84 (36.5 %) tienen bajo riesgo y 46 (20 %) alto riesgo, en el apartado de divorciado 5 (2.2 %) tienen bajo riesgo y 5 (2.2 %) tienen alto riesgo, en el rubro de viudo 20 (8.7 %) tienen bajo riesgo y 12 (5.2 %) alto riesgo, finalmente en el apartado de unión libre 23 (10 %) tienen bajo riesgo y 15 (6.5 %) alto riesgo. (Ver tabla y gráfica 21)

En la asociación de la ocupación y el riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se observó que en el rubro de empleado 78 (33.9 %) tienen bajo riesgo y 35 (15.2 %) alto riesgo, en la categoría de desempleado 7 (3 %) tienen bajo riesgo y 4 (1.7 %) alto riesgo, en la sección de pensionado 60 (26.1 %) tienen bajo riesgo y 41 (17.8 %) alto riesgo, en el rubro de hogar 3 (1.3 %) tienen bajo riesgo y no presentó alto riesgo, finalmente en el apartado de estudiante 2 (0.9 %) tienen bajo riesgo y no presentó alto riesgo. (Ver tabla y gráfica 22)

Al realizar la asociación de religión con el riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se identificó que en el rubro de católico 126 (54.8 %) tienen bajo riesgo y 65 (28.3 %) alto riesgo, en el apartado de testigo de Jehová 6 (2.6 %) tienen bajo riesgo y 6 (2.6 %) alto riesgo, en el componente de Cristiano 5 (2.2 %) tienen bajo riesgo y 5 (2.2 %) alto riesgo, en el rubro de otras religiones no especificadas 4 (1.7 %) tienen bajo riesgo y 1 (0.4 %) alto riesgo, finalmente en categoría sin religión 9 (3.9 %) tienen bajo riesgo y 3 (1.3 %) alto riesgo. (Ver tabla y gráfica 23)

En cuanto a la asociación de escolaridad y riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se logró observar que para aquellos con educación primaria 38 (16.5 %) tienen bajo riesgo y 12 (5.2 %) alto riesgo, con secundaria 81 (35.2 %) tienen bajo riesgo y 39 (17 %) alto riesgo, bachillerato 17 (7.4 %) tienen bajo riesgo y 11 (4.8 %) alto riesgo, con nivel superior licenciatura 10 (4.3 %) tienen bajo riesgo y 16 (7 %) alto riesgo y aquellos sin estudios 4 (1.7 %) tienen bajo riesgo y 2 (0.9 %) alto riesgo. (Ver tabla y gráfica 24)

En la asociación de parámetros bioquímicos el nitrógeno ureico sanguíneo (BUN) y riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se encontró que para los valores de 0 a 37 mg/dL 68 (29.6 %) tienen bajo riesgo y 4 (1.7 %) alto riesgo, 38 a 46 mg/dL 53 (23 %) tiene bajo riesgo y 15 (6.5 %) alto riesgo, 47 a 57 mg/dL 18 (7.8 %) tiene bajo riesgo y 9 (3.9 %) alto riesgo, 58 a 146 mg/dL 11 (4.8 %) tiene bajo riesgo y 25 (10.9 %) alto riesgo, finalmente para mayores de 147 mg/dL 27 (11.7 %) tiene alto riesgo. Ver tabla y gráfica 25

Al realizar la asociación de niveles de hemoglobina y riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se observó que para los valores mayores de 13.1 g/dL 1 (0.4 %) tienen bajo riesgo, 12 a 13 g/dL 71 (30.9 %) tienen bajo riesgo y 1 (0.4 %) alto riesgo, 10 a 11.9 g/dL 36 (15.7 %) tienen bajo riesgo y 2 (0.9 %) alto riesgo,

finalmente los valores menores a 10 g/dL 42 (18.3 %) tienen bajo riesgo y 77 (33.5 %) alto riesgo. Ver tabla y gráfica 26

En cuanto a la asociación de presión arterial sistólica registrada al momento de la admisión y el riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se encontró que para valores mayores de 110 mmHg 112 (48.7 %) tienen bajo riesgo y 8 (3.5 %) alto riesgo, 100 a 109 mmHg 26 (11.3 %) tienen bajo riesgo y 4 (1.7 %) alto riesgo, 90 a 99 mmHg 6 (2.6 %) tienen bajo riesgo y 3 (1.3 %) alto riesgo, para valores menores de 90 mmHg 6 (2.6 %) tienen bajo riesgo y 65 (28.3 %) alto riesgo. Ver tabla y gráfica 27

Referente a la asociación de frecuencia cardíaca registrada al momento de la admisión y el riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se observó que para valores menores de 100 lpm 130 (56.5 %) tienen bajo riesgo y 9 (3.9 %) alto riesgo y en los que se registraron valores mayores de 100 lpm 20 (8.7 %) tienen bajo riesgo y 71 (30.9 %) alto riesgo. Ver tabla y gráfica 28

En el apartado de melena como dato clínico al momento de la admisión y la asociación del riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se encontró que los que no tuvieron melena 5 (2.2 %) tienen bajo riesgo, y 1 (0.4 %) alto riesgo; referente a los que sí tuvieron melena 145 (63 %) tienen bajo riesgo y 79 (34.3 %) alto riesgo. Ver tabla y gráfica 29

Al realizar la asociación del síntoma de síncope y riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se observó que los que no presentaron síncope 150 (65.2 %) tienen bajo riesgo, y 71 (30.9 %) alto riesgo; y con síncope 9 (3.9 %) tiene alto riesgo. Ver tabla y gráfica 30

En la asociación de comorbilidades como es la enfermedad hepática previa y riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se observó que con enfermedad hepática previa 132 (57.4 %) tienen bajo riesgo, y 23 (10 %) alto riesgo; y sin enfermedad hepática 18 (7.8 %) bajo riesgo y 57 (24.8 %) alto riesgo. Ver tabla y gráfica 31

Respecto a la asociación de falla cardíaca y riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se identificó que sin falla cardíaca 147 (63.9 %) tienen bajo riesgo, y 48 (20.9 %) alto riesgo; y con falla cardíaca 3 (1.3 %) tienen bajo riesgo y 32 (13.9 %) alto riesgo. Ver tabla y gráfica 32

En cuanto a la asociación de endoscopias realizadas con fines diagnósticos terapéuticos y riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se observó que sin endoscopia 12 (5.2 %) tiene bajo riesgo, y 23 (10 %) alto riesgo; y con endoscopia 138 (60 %) tiene bajo riesgo, y 57 (24.8 %) alto riesgo. Ver tabla y gráfica 33

Al realizar la asociación de endoscopias realizadas en un intervalo de tiempo menor de 12 horas desde el ingreso al servicio de urgencias y riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se identificó que endoscopias realizadas menor de 12 horas 1 (0.40 %) tiene bajo riesgo; mayor de 12 horas 149 (64.8 %) tienen bajo riesgo, y 80 (34.8 %) alto riesgo. Ver tabla y gráfica 34

En la asociación del tipo de hemorragia y riesgo de mortalidad por hemorragia de tubo digestivo, se observó que para la hemorragia de tubo digestivo alto 134 (58.3 %) tienen bajo riesgo, y 77 (33.5 %) alto riesgo; en el tipo de hemorragia digestiva baja 16 (7 %) tienen bajo riesgo y 3 (1.3 %) alto riesgo. Ver tabla y gráfica 35

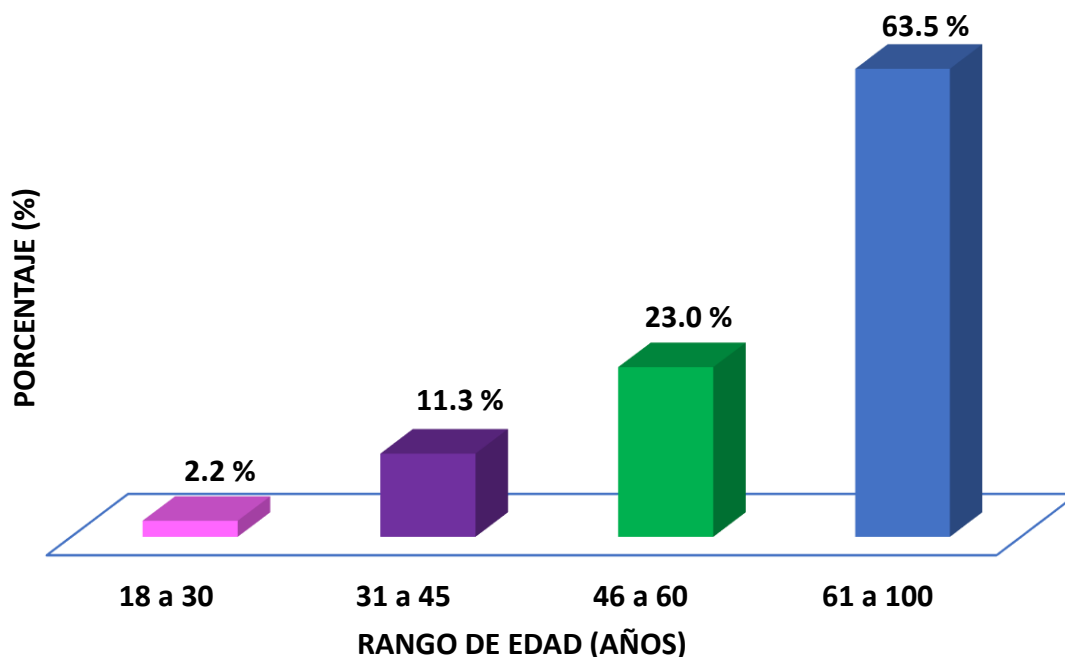
21. TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1. RANGO DE EDAD DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

RANGO DE EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
18 a 30	5	2.2
31 a 45	26	11.3
46 a 60	53	23.0
61 a 100	146	63.5
Total	230	100

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 1. RANGO DE EDAD DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



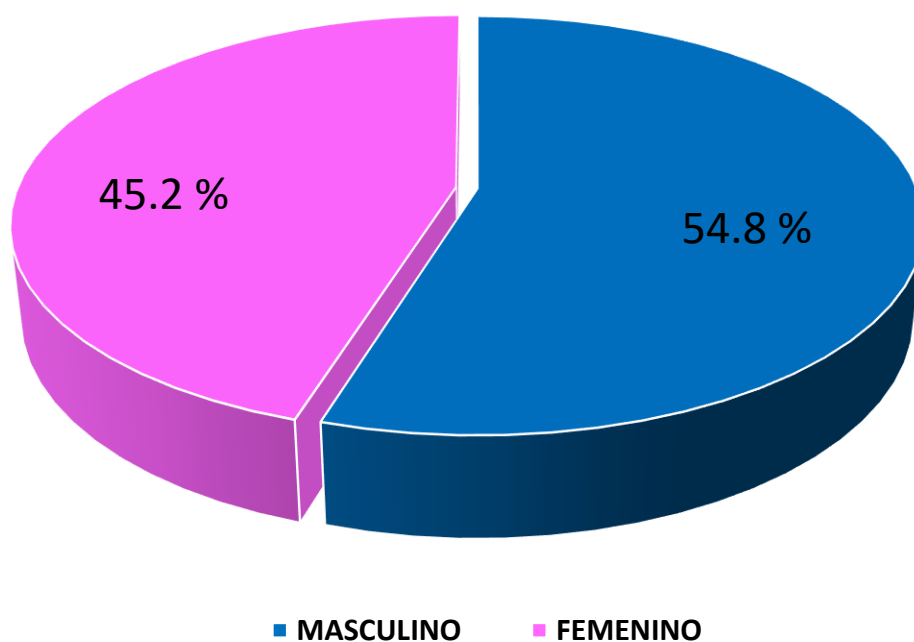
Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 2. SEXO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Femenino	104	45.2
Masculino	126	54.8
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 2. SEXO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



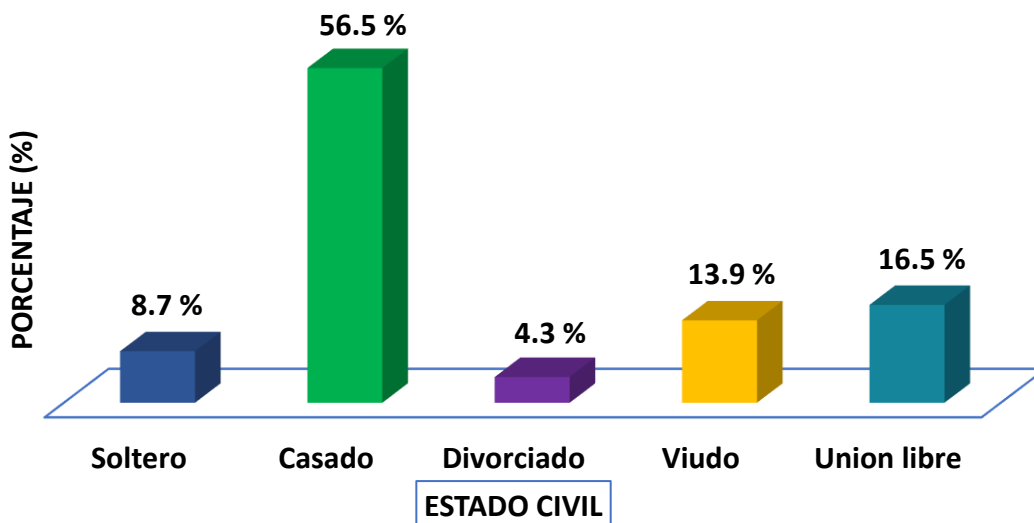
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 3. ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Soltero	20	8.7
Casado	130	56.5
Divorciado	10	4.3
Viudo	32	13.9
Unión libre	38	16.5
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 3. ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



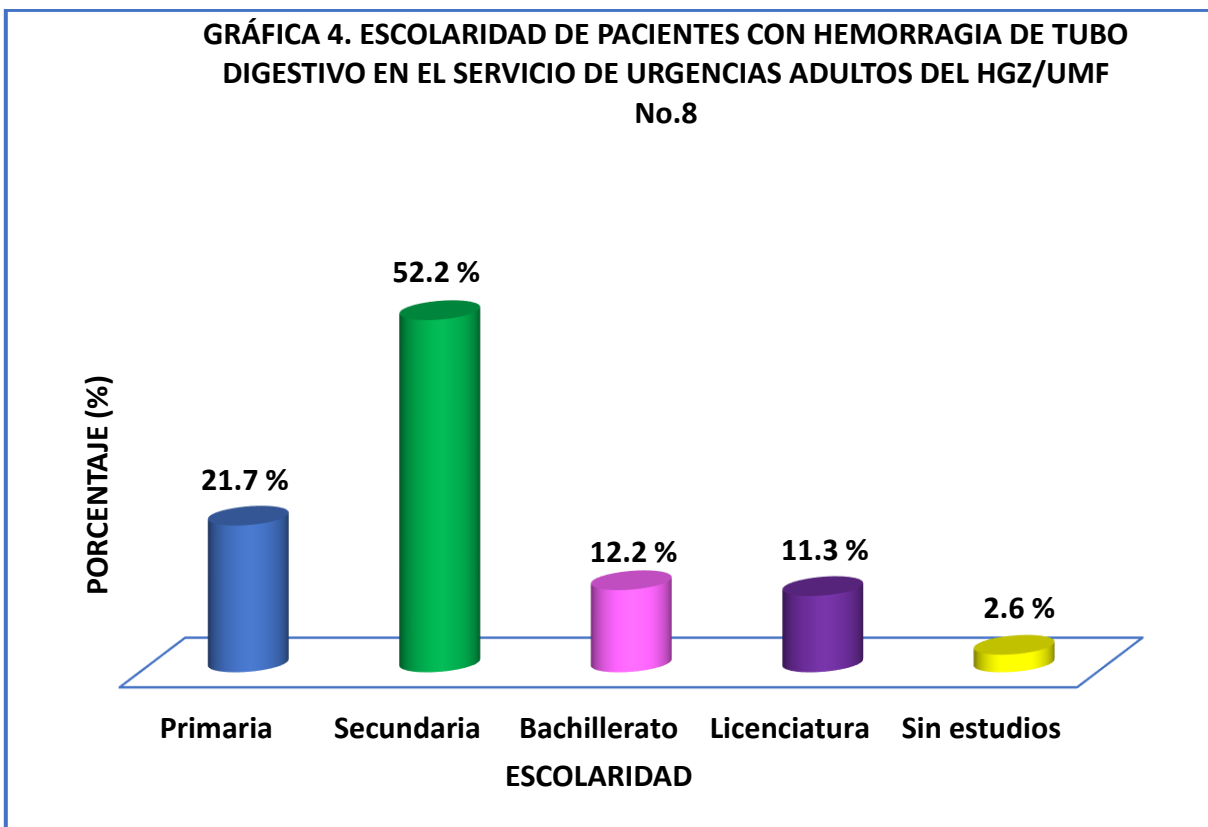
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 4. ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Primaria	50	21.7
Secundaria	120	52.2
Bachillerato	28	12.2
Licenciatura	26	11.3
Sin estudios	6	2.6
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 4. ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



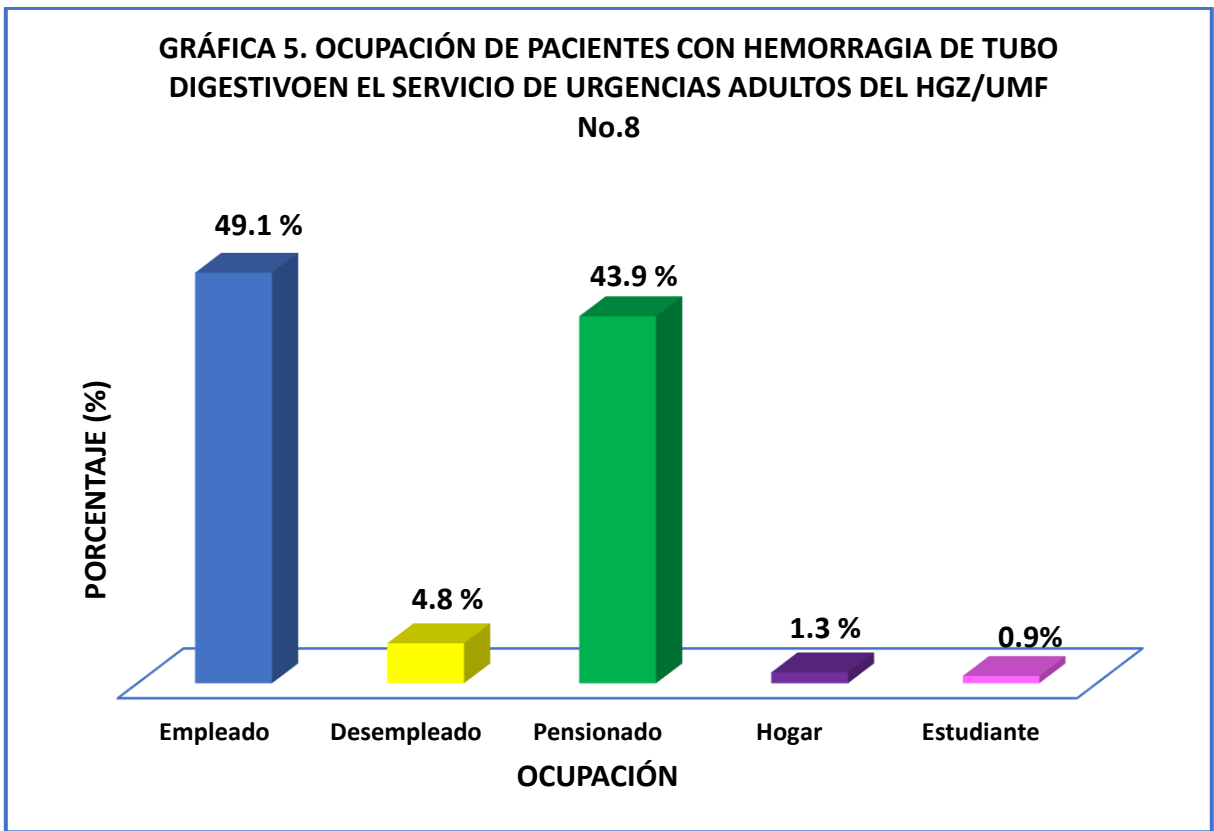
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 5. OCUPACIÓN DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Empleado	113	49.1
Desempleado	11	4.8
Pensionado	101	43.9
Hogar	3	1.3
Estudiante	2	0.9
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 5. OCUPACIÓN DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



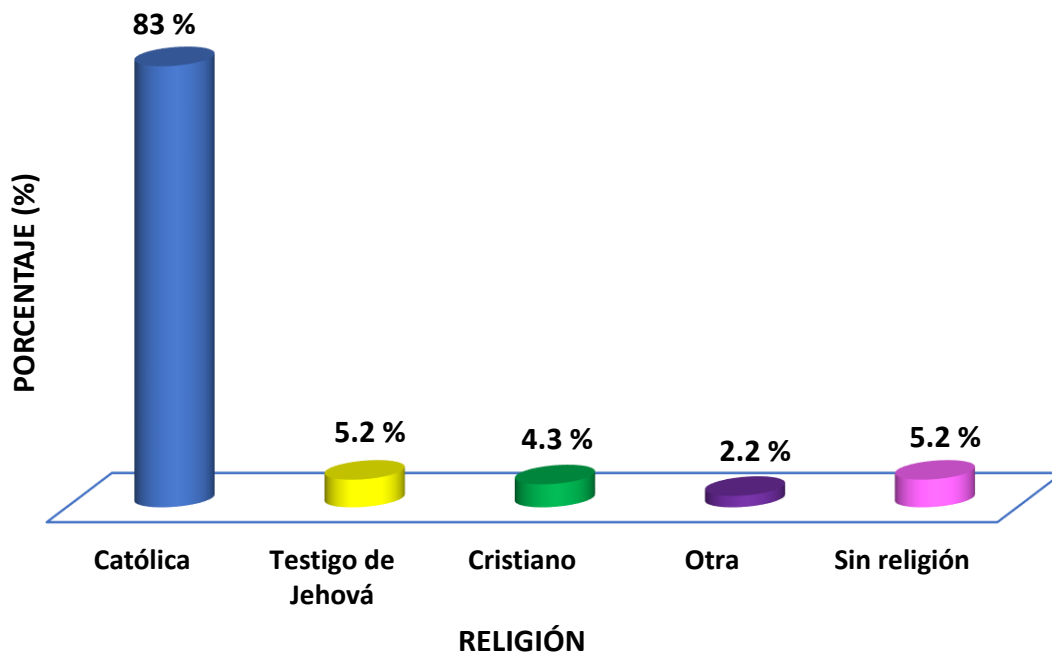
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 6. RELIGIÓN DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Católica	191	83
Testigo de Jehová	12	5.2
Cristiano	10	4.3
Otra	5	2.2
Sin religión	12	5.2
Total	230	100

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 6. RELIGIÓN DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



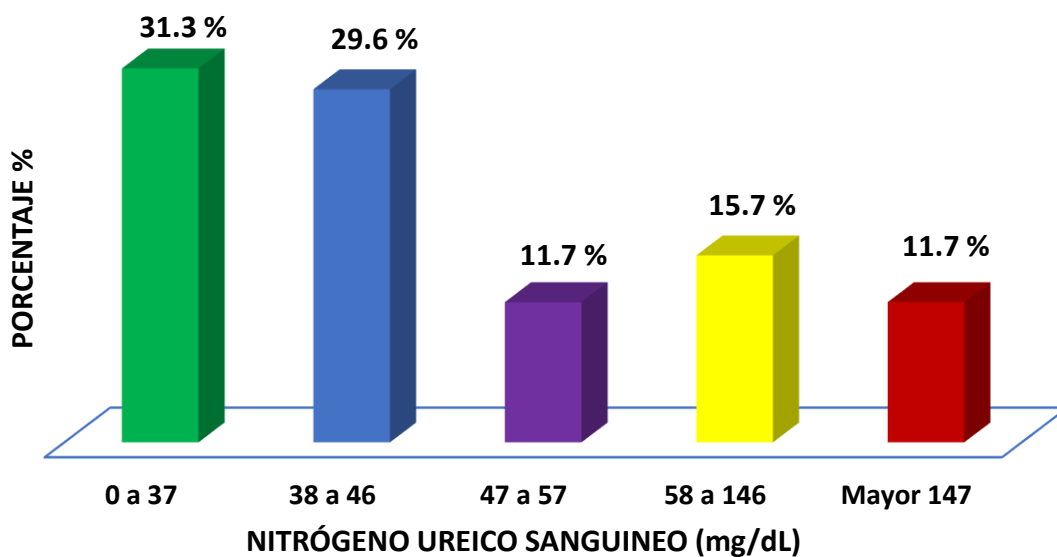
Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 7. NITRÓGENO UREICO SANGUINEO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

BUN (mg/dL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0 a 37	72	31.3
38 a 46	68	29.6
47 a 57	27	11.7
58 a 146	36	15.7
Mayor de 147	27	11.7
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 7. NITRÓGENO UREICO SANGUÍNEO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



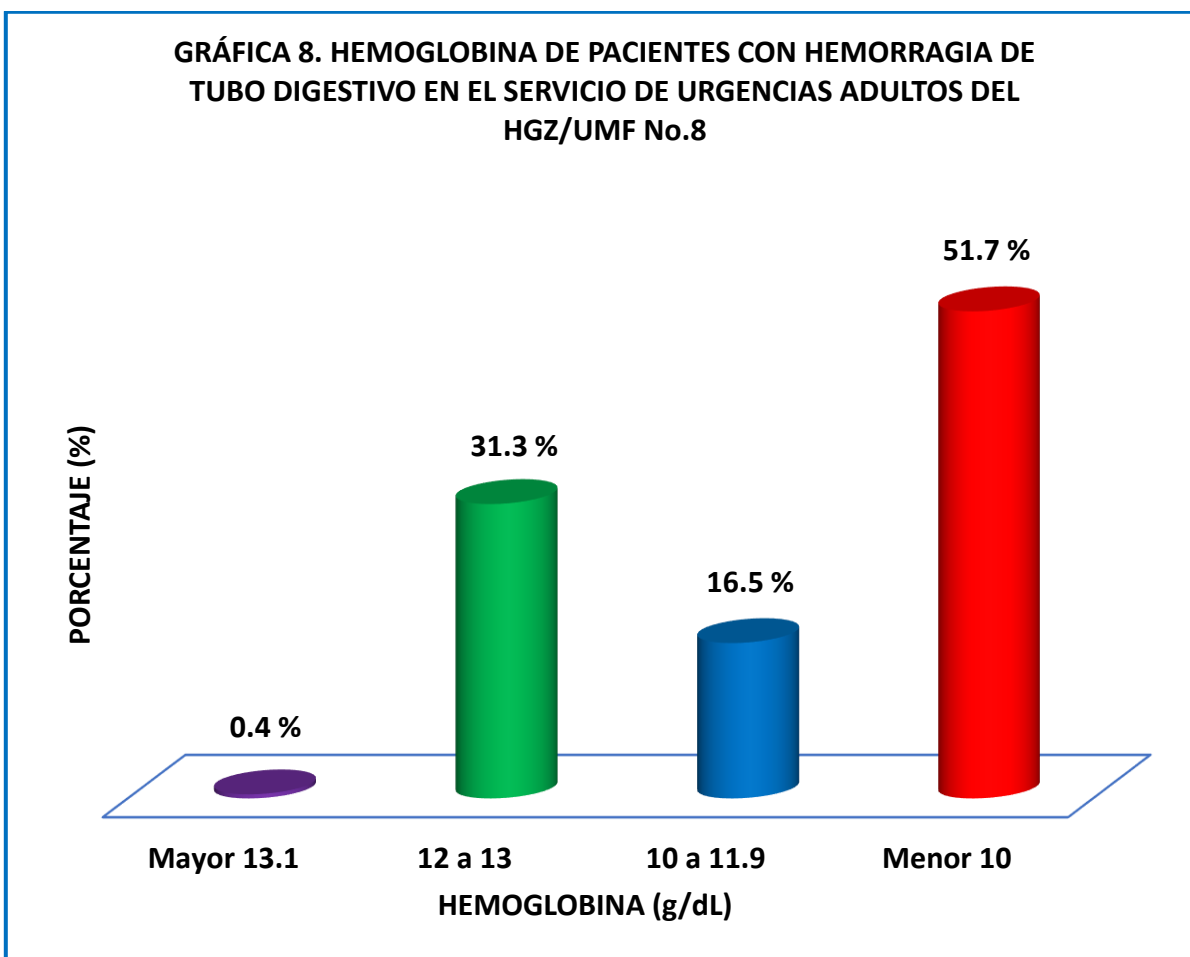
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 8. HEMOGLOBINA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

HB (g/dL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mayor 13.1	1	0.4
12 a 13	72	31.3
10 a 11.9	38	16.5
Menor 10	119	51.7
Total	230	100

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 8. HEMOGLOBINA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



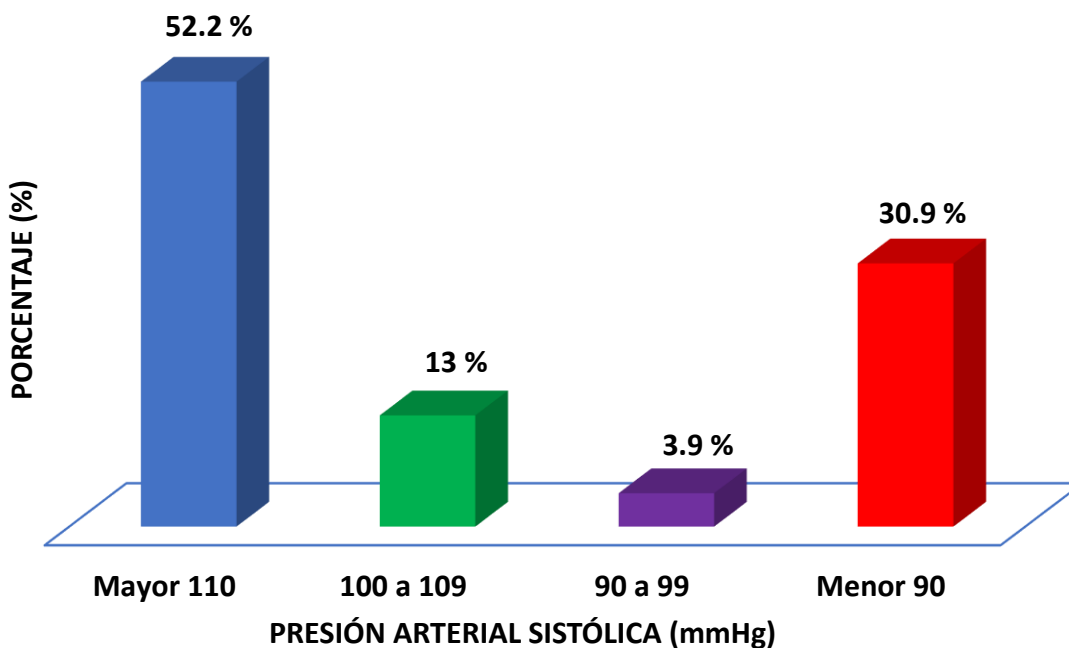
Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 9. PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mayor de 110	120	52.2
100 a 109	30	13
90 a 99	9	3.9
Menor de 90	71	30.9
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 9. PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



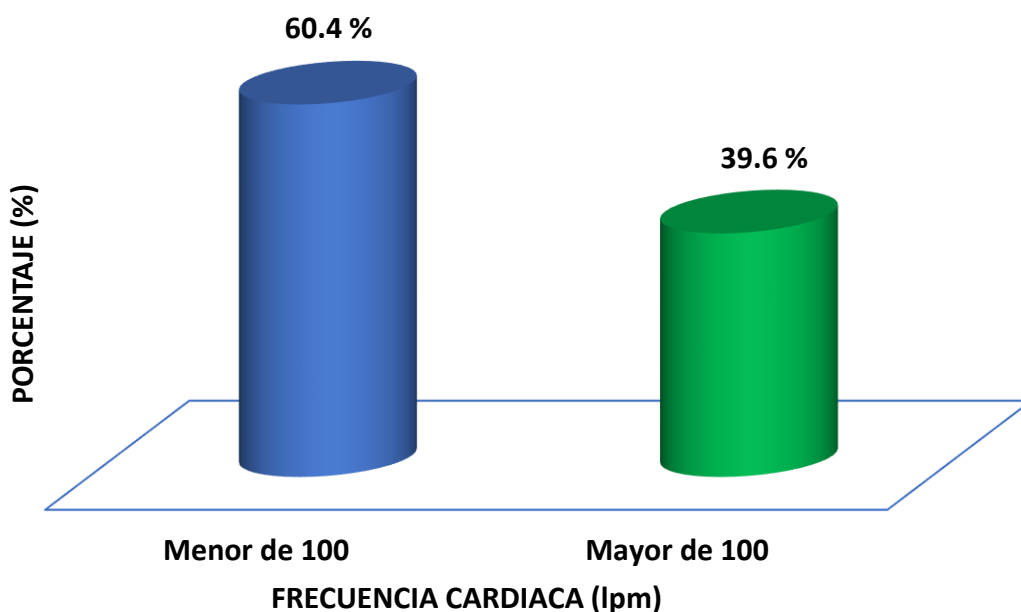
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 10. FRECUENCIA CARDIACA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

FRECUENCIA CARDIACA (lpm)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Menor de 100	139	60.4
Mayor de 100	91	39.6
Total	230	100

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 10. FRECUENCIA CARDIACA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



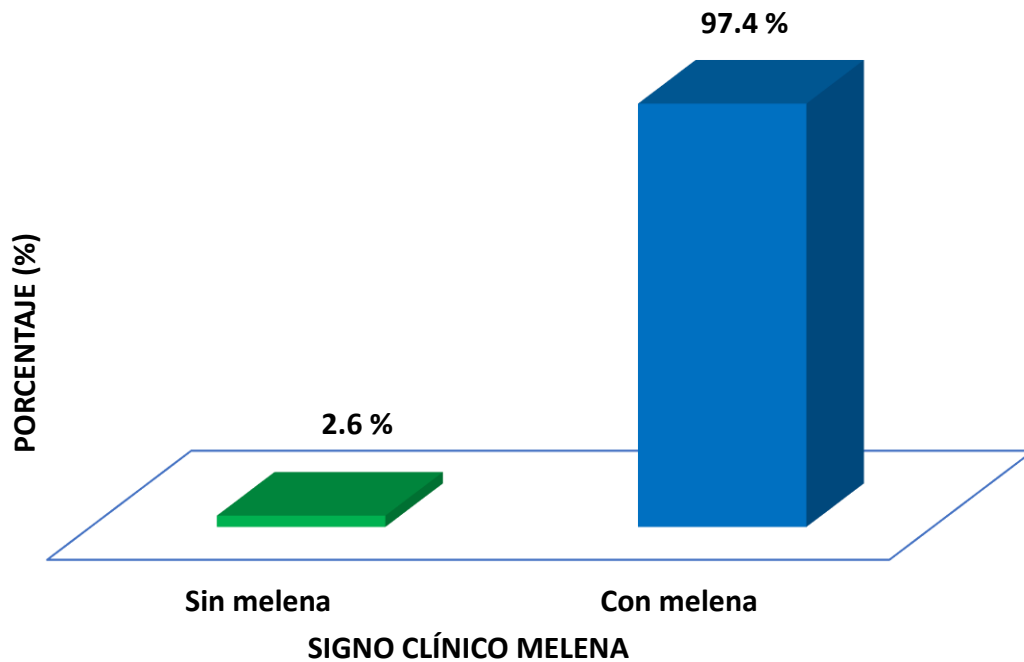
Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 11. SIGNO CLÍNICO MELENA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

MELENA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Sin melena	6	2.6
Con melena	224	97.4
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 11. SIGNO CLÍNICO MELENA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



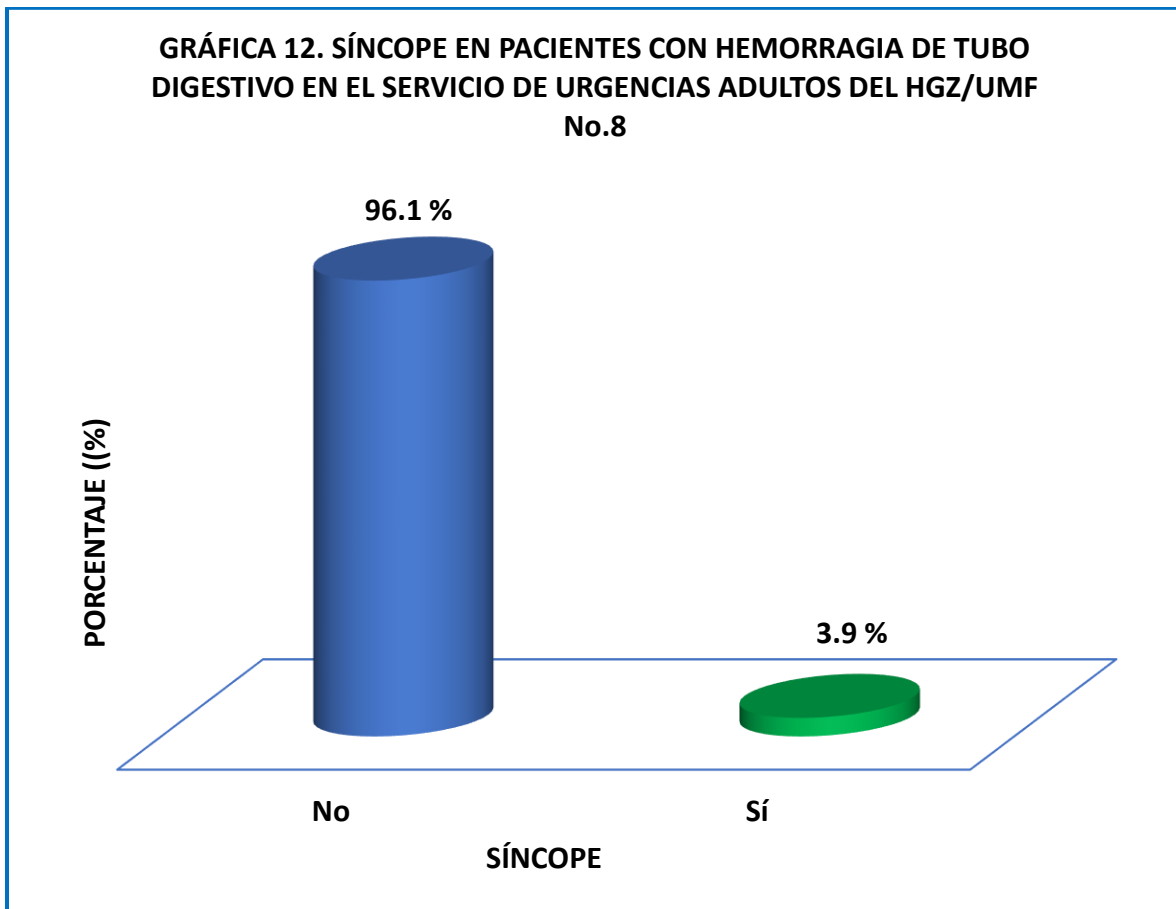
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 12. SÍNCOPE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

SÍNCOPE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
No	221	96.1
Sí	9	3.9
Total	230	100

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 12. SÍNCOPE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



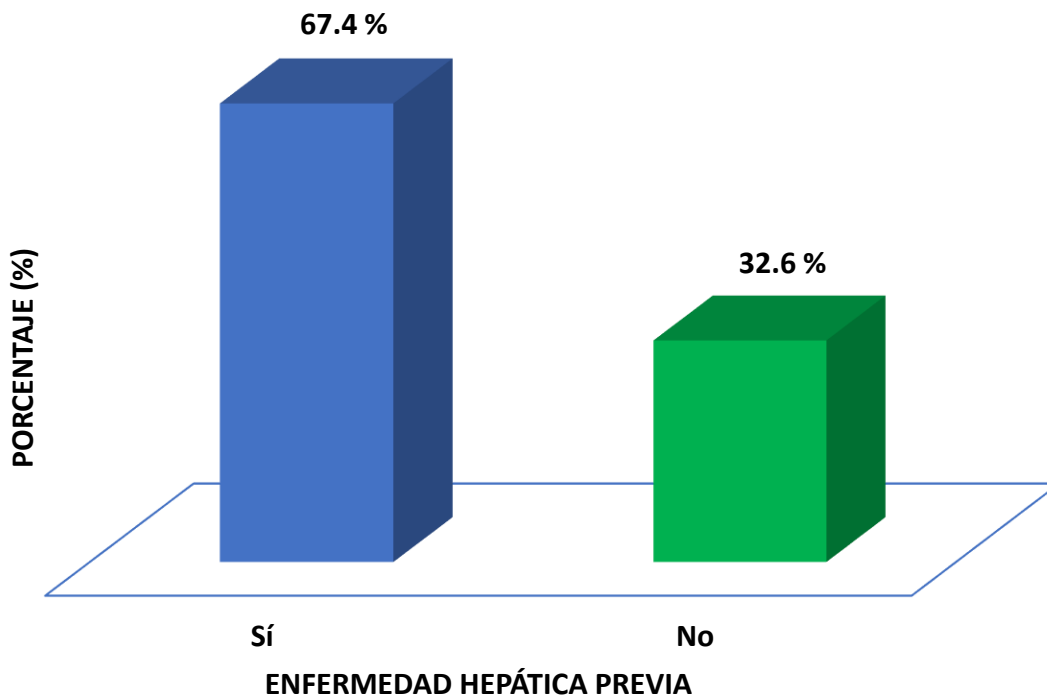
Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 13. ENFERMEDAD HEPÁTICA PREVIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

ENFERMEDAD HEPÁTICA PREVIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Sí	155	67.4
No	75	32.6
Total	230	100

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 13. ENFERMEDAD HEPÁTICA PREVIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



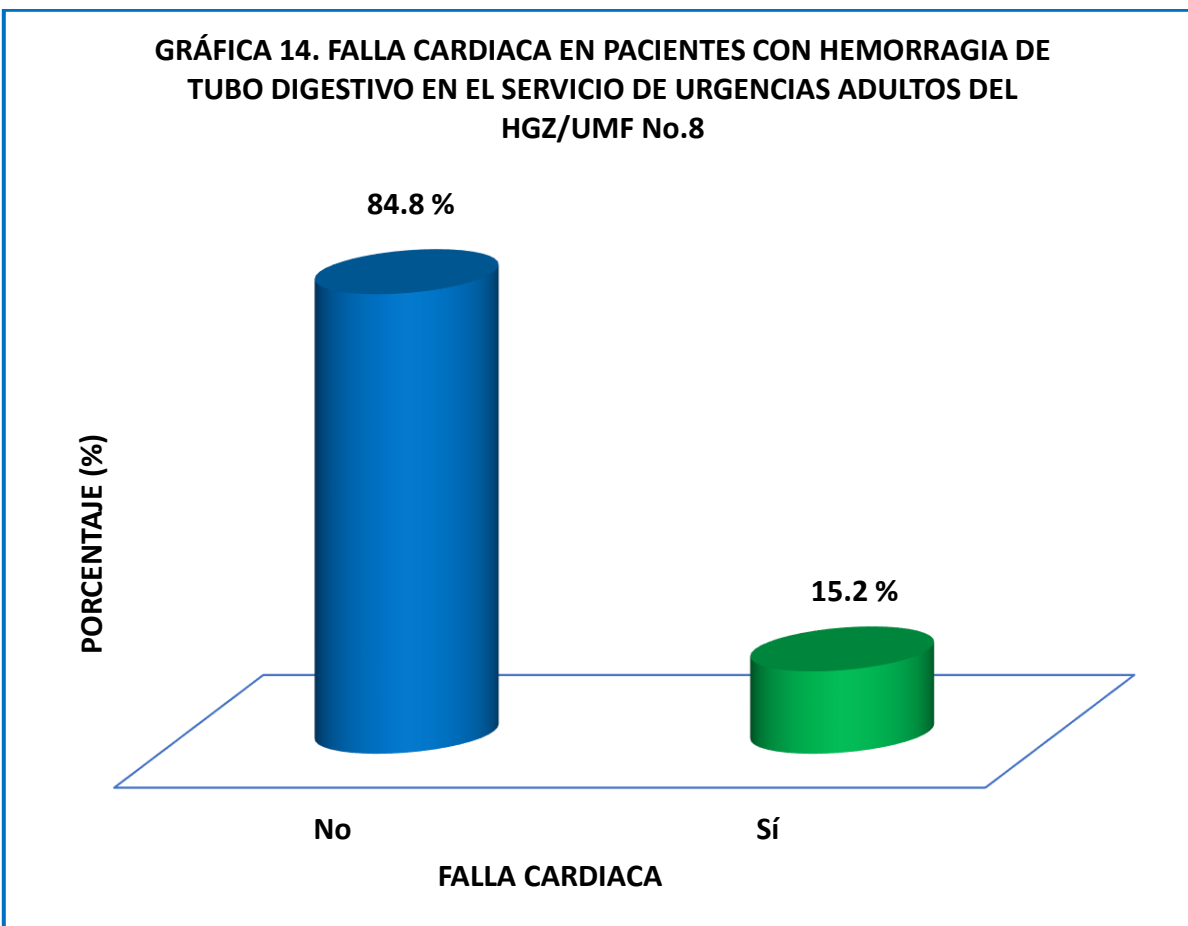
Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 14. FALLA CARDIACA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

FALLA CARDIACA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
No	195	84.8
Sí	35	15.2
Total	230	100

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 14. FALLA CARDIACA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



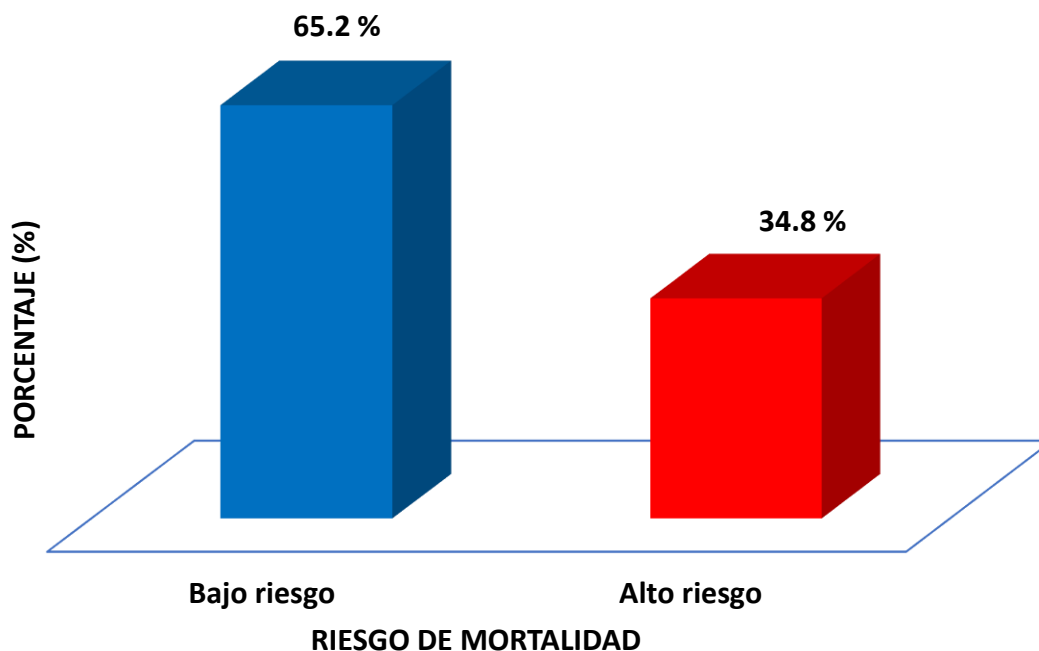
Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 15. RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Bajo riesgo	150	65.2
Alto riesgo	80	34.8
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 15. RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



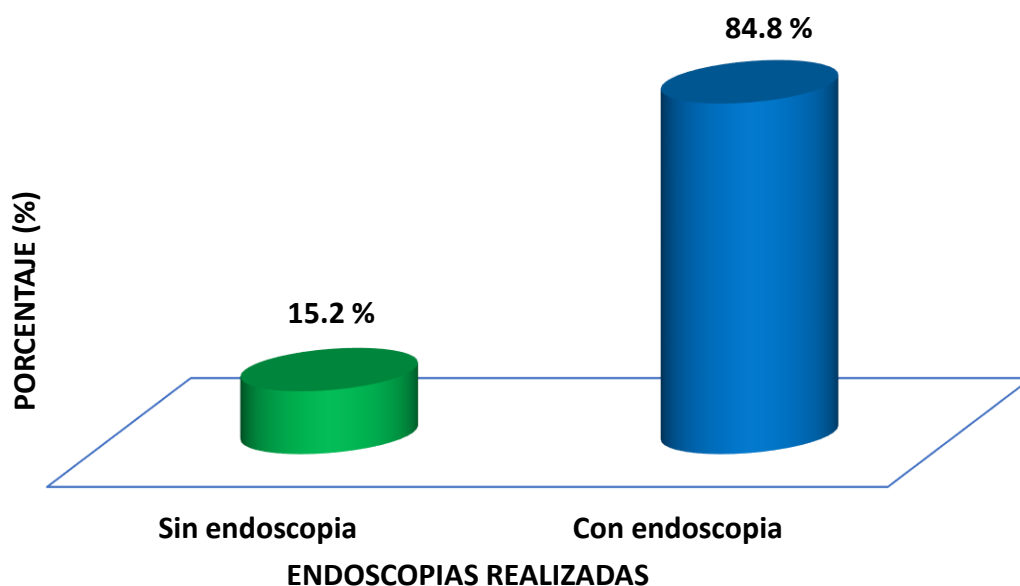
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 16. ENDOSCOPIAS REALIZADAS A PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

ENDOSCOPIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Sin endoscopia	35	15.2
Con endoscopia	195	84.8
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 16. ENDOSCOPIAS REALIZADAS A PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



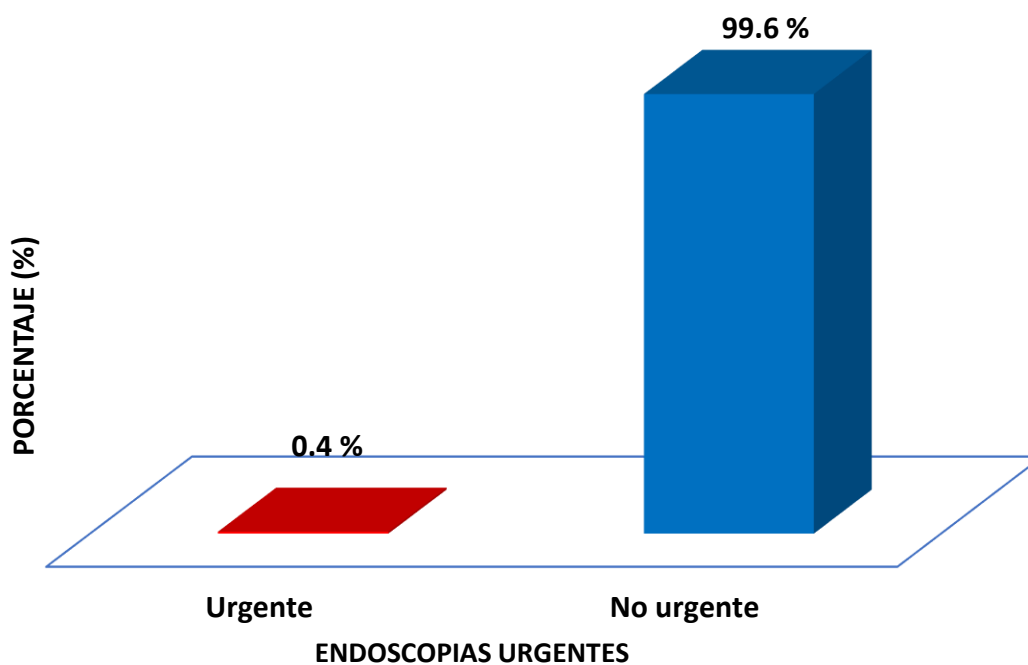
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 17. ENDOSCOPIAS URGENTES REALIZADAS A PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

ENDOSCOPIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Urgente	1	0.4
No urgente	229	99.6
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

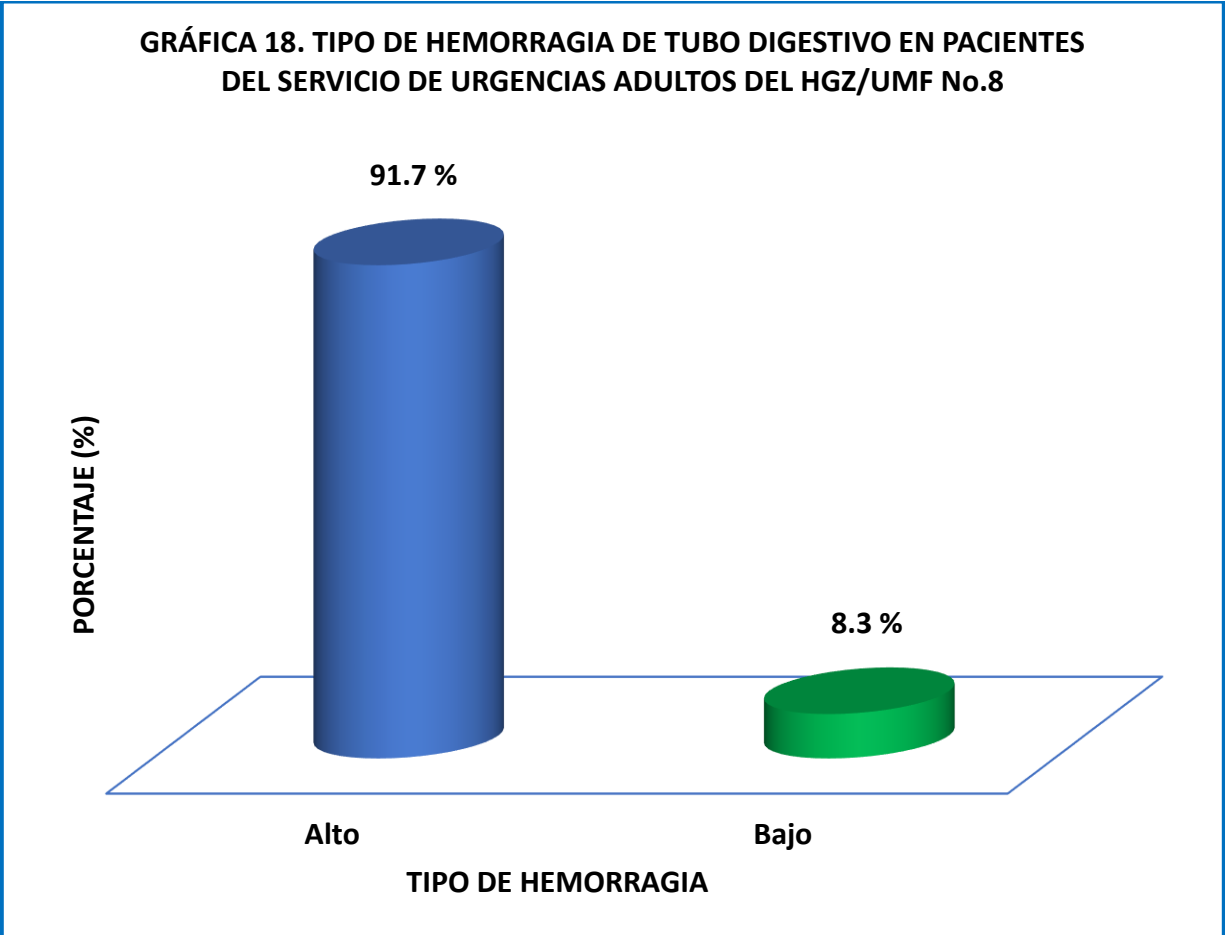
GRÁFICA 17. ENDOSCOPIAS URGENTES REALIZADAS A PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/ UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 18. TIPO DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8		
TIPO DE HEMORRAGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Alto	211	91.7
Bajo	19	8.3
Total	230	100

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.



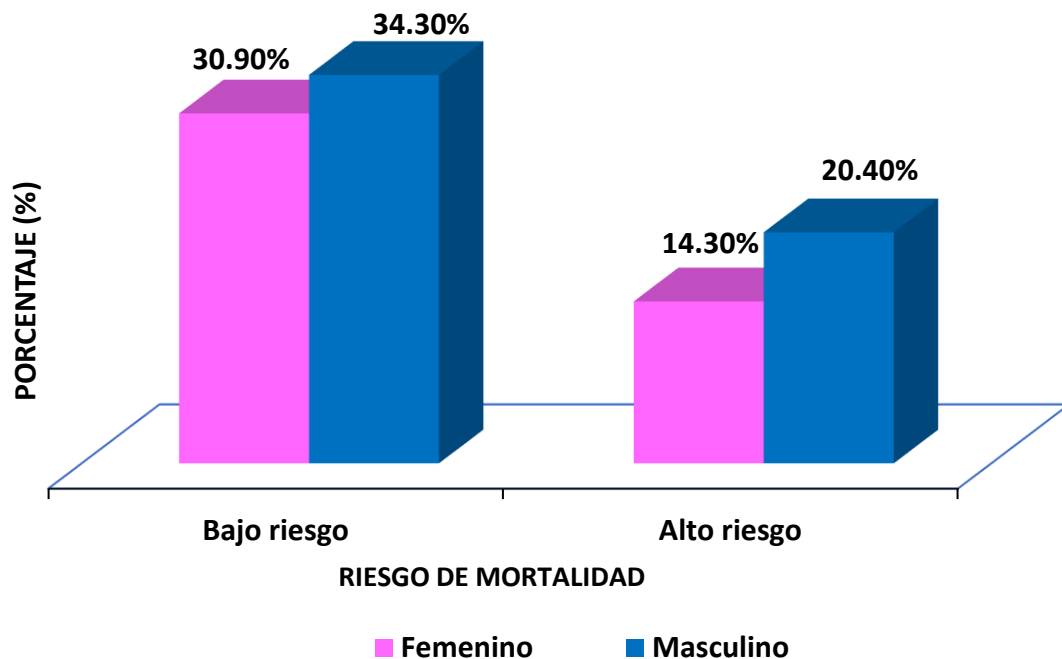
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 19. RELACIÓN ENTRE SEXO Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

SEXO	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	71	30.9%	33	14.3%	104	45.2%
MASCULINO	79	34.3%	47	20.4%	126	54.8 %
TOTAL	150	65.2%	80	34.8%	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 19. RELACIÓN ENTRE SEXO Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



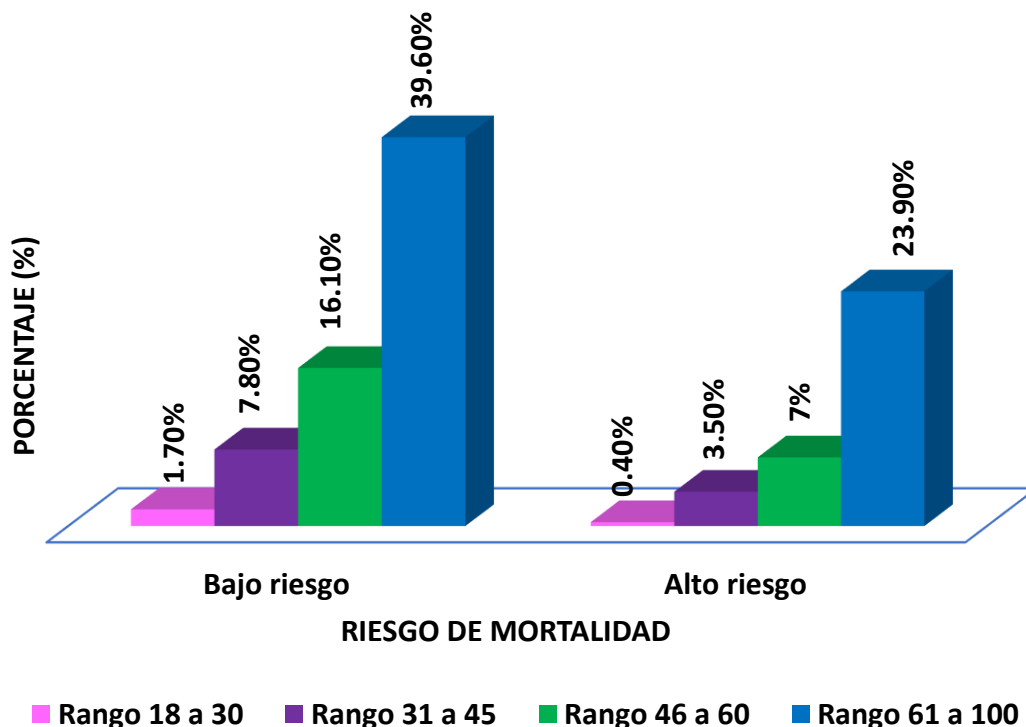
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 20. RELACIÓN ENTRE RANGO DE EDAD Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

RANGO	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 a 30	4	1.7 %	1	0.4 %	5	2.2 %
31 a 45	18	7.8%	8	3.5%	26	11.3 %
46 a 60	37	16.1 %	16	7 %	53	23 %
61 a 100	91	39.6 %	55	23.9%	146	63.5 %
TOTAL	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100%

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRAFICA 20. RELACIÓN ENTRE RANGO DE EDAD Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



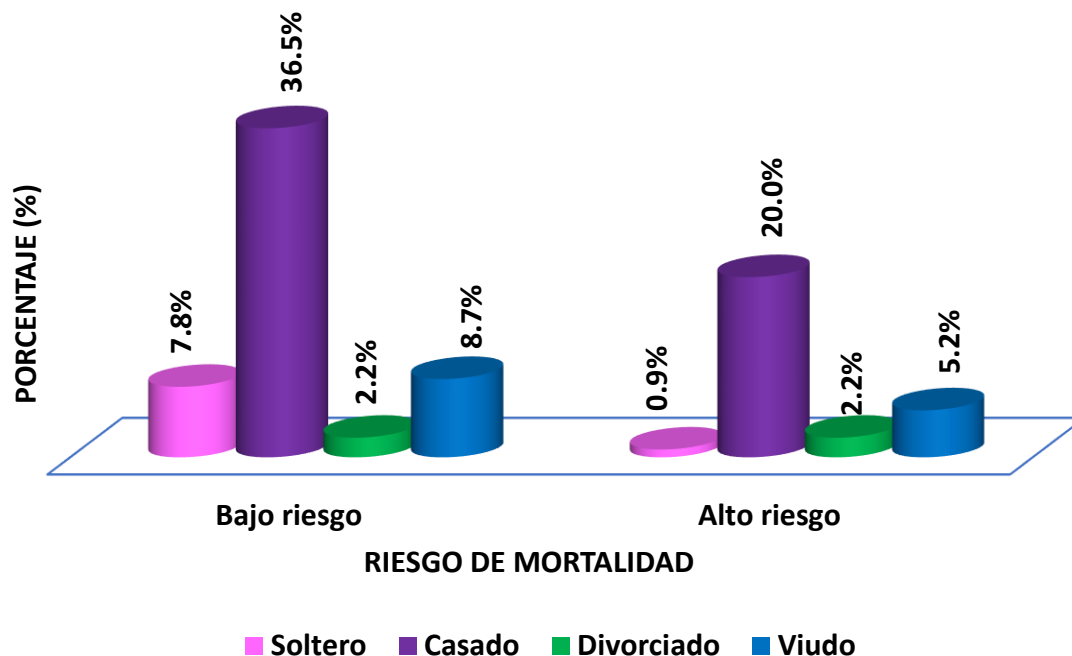
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 21. RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

ESTADO CIVIL	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	18	7.8 %	2	0.9 %	20	8.7 %
CASADO	84	36.5 %	46	20 %	130	56.5 %
DIVORCIADO	5	2.2 %	5	2.2 %	10	4.3 %
VIUDO	20	8.7 %	12	5.2 %	32	13.9 %
UNIÓN LIBRE	23	10.0 %	15	6.5 %	38	16.5 %
TOTAL	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRAFICA 21. RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



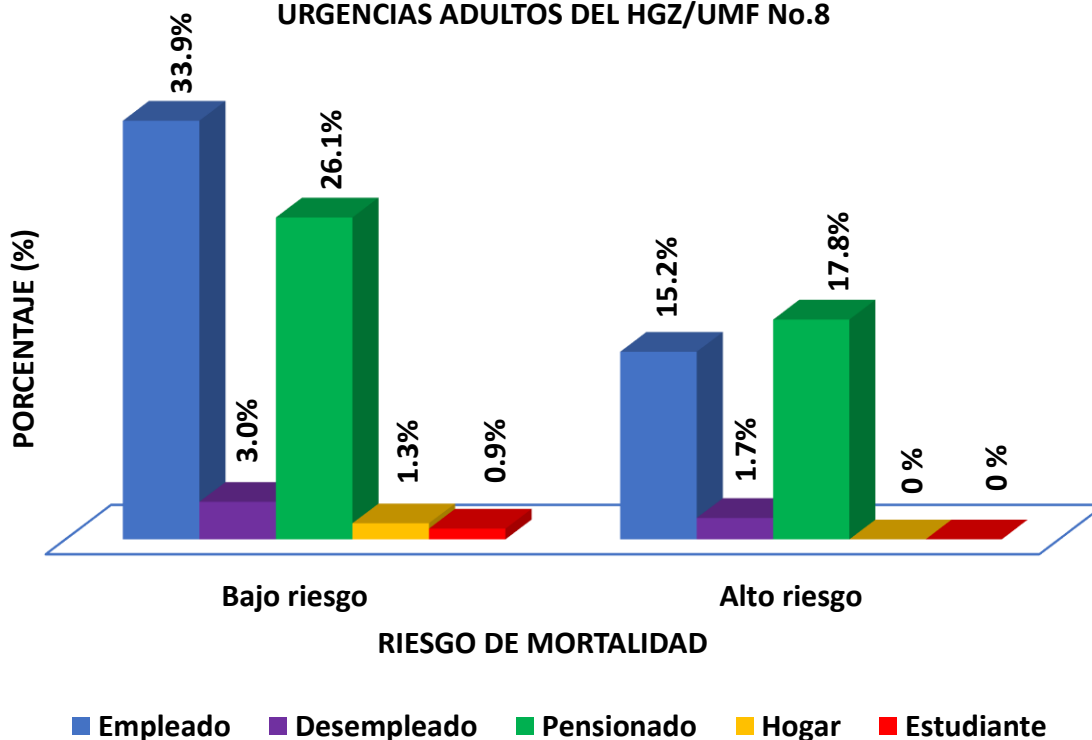
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 22. RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

OCUPACIÓN	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMPLEADO	78	33.9 %	35	15.2 %	113	49.1 %
DESEMPLEADO	7	3 %	4	1.7 %	11	4.8 %
PENSIONADO	60	26.1 %	41	17.8 %	101	43.9 %
HOGAR	3	1.3 %	0	0 %	3	1.3 %
ESTUDIANTE	2	0.9%	0	0 %	2	0.9 %
TOTAL	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 22. RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



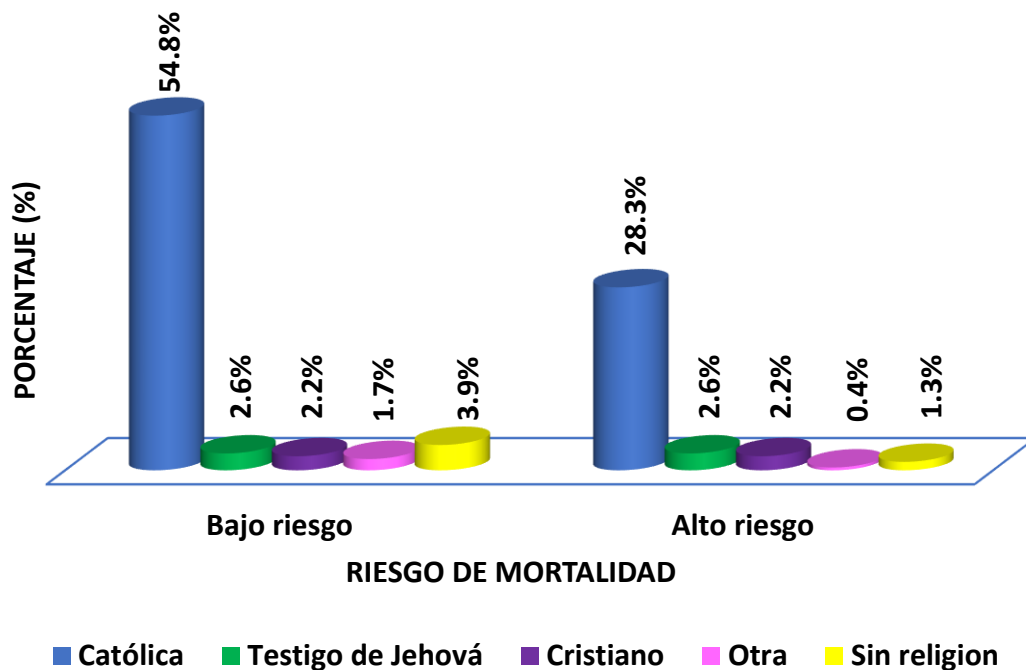
Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 23. RELACIÓN ENTRE RELIGIÓN Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

RELIGIÓN	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATÓLICA	126	54.8 %	65	28.3 %	191	83 %
TESTIGO DE JEHOVÁ	6	2.6 %	6	2.6 %	12	5.2 %
CRISTIANO	5	2.2 %	5	2.2 %	10	4.3 %
OTRA	4	1.7 %	1	0.4 %	5	2.2 %
SIN RELIGIÓN	9	3.9 %	3	1.3 %	12	5.2 %
TOTAL	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 23. RELACIÓN ENTRE RELIGIÓN Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



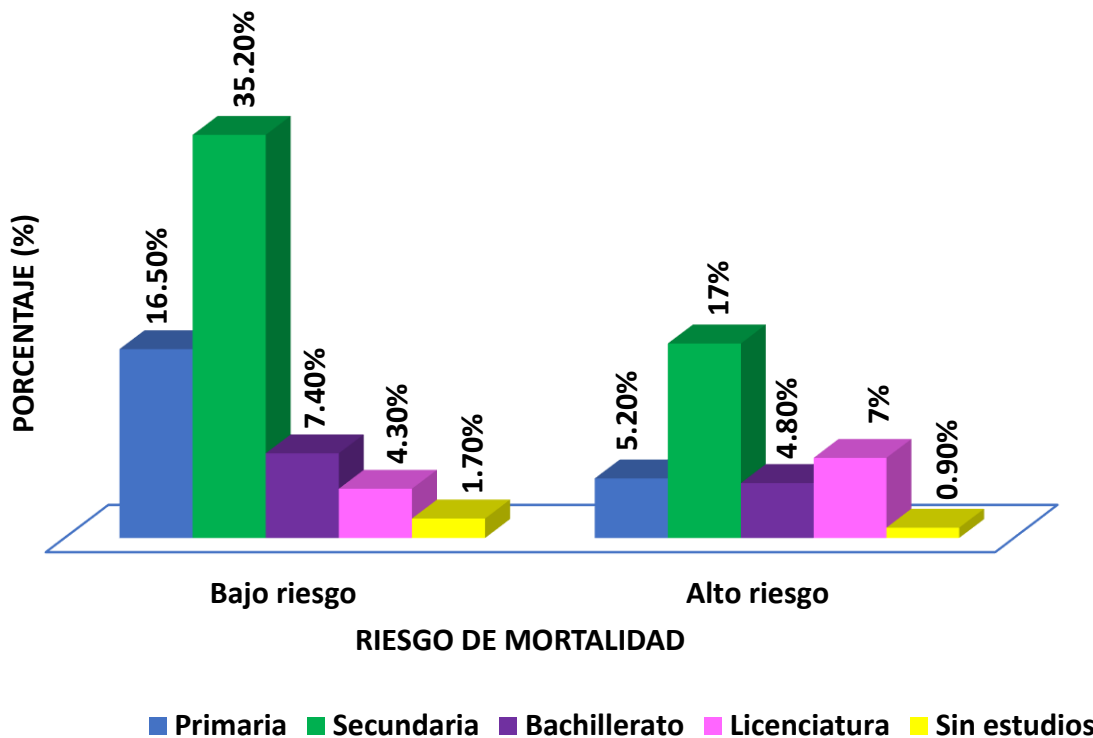
Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 24. RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

ESCOLARIDAD	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	38	16.5 %	12	5.2 %	50	21.7 %
Secundaria	81	35.2 %	39	17 %	120	52.2 %
Bachillerato	17	7.4 %	11	4.8 %	28	12.2 %
Licenciatura	10	4.3 %	16	7 %	26	11.3 %
Sin estudios	4	1.7%	2	0.9%	6	2.6 %
TOTAL	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 24. RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



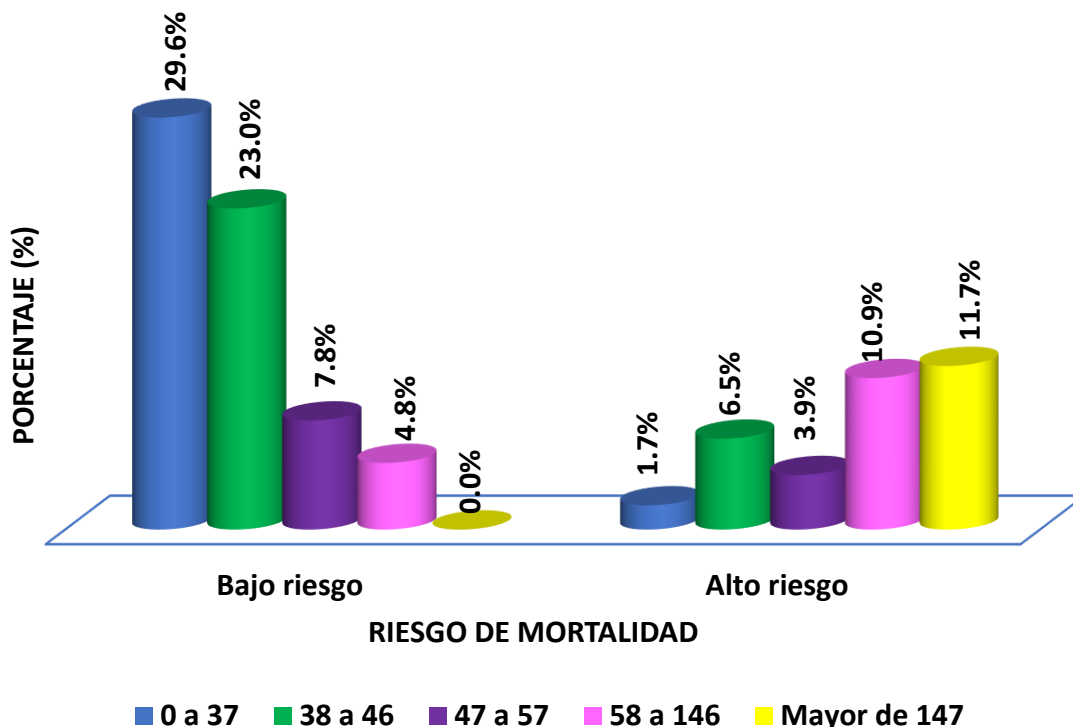
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 25. RELACIÓN ENTRE NITRÓGENO UREICO SANGUINEO Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

BUN (mg/dL)	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 37	68	29.6 %	4	1.7 %	72	31.3 %
38 a 46	53	23 %	15	6.5 %	68	29.6 %
47 a 57	18	7.8 %	9	3.9 %	27	11.7 %
58 a 146	11	4.8 %	25	10.9 %	36	15.7 %
Mayor de 147	0	0 %	27	11.7 %	27	11.7 %
TOTAL	150	65.2%	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 25. RELACIÓN ENTRE NITRÓGENO UREICO SANGUINEO Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



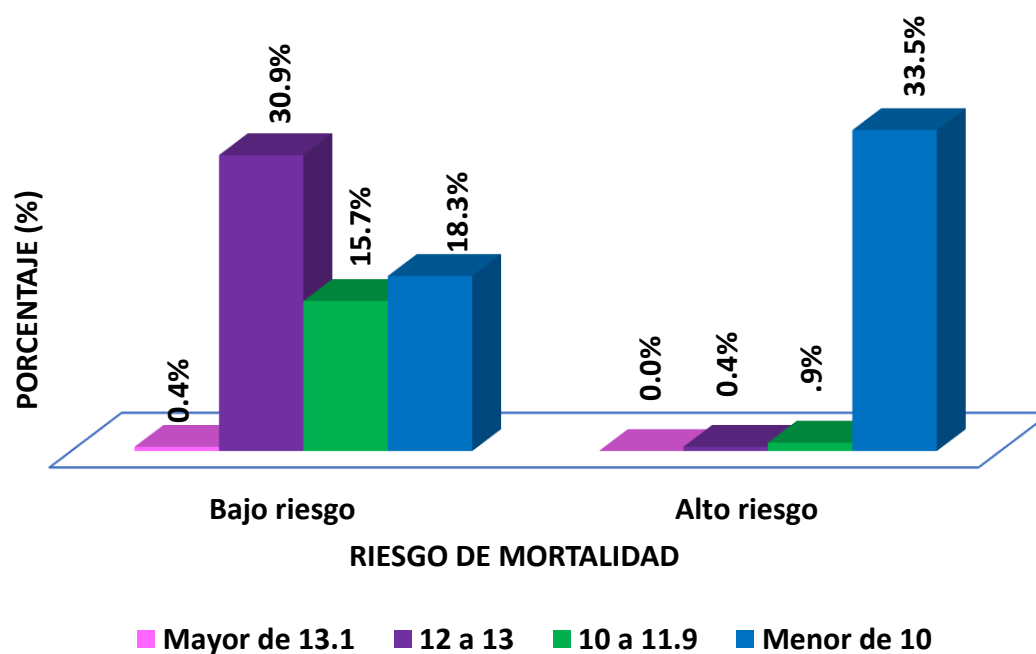
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 26. RELACIÓN ENTRE HEMOGLOBINA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

HEMOGLOBINA (g/dL)	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mayor de 13.1	1	0.4%	0	0.0%	1	0.4%
12 a 13	71	30.9%	1	0.4%	72	31.3%
10 a 11.9	36	15.7%	2	0.9%	38	16.5%
Menor de 10	42	18.3%	77	33.5%	119	51.7%
TOTAL	150	65.2%	80	34.8%	230	100.0%

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 26. RELACIÓN ENTRE HEMOGLOBINA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



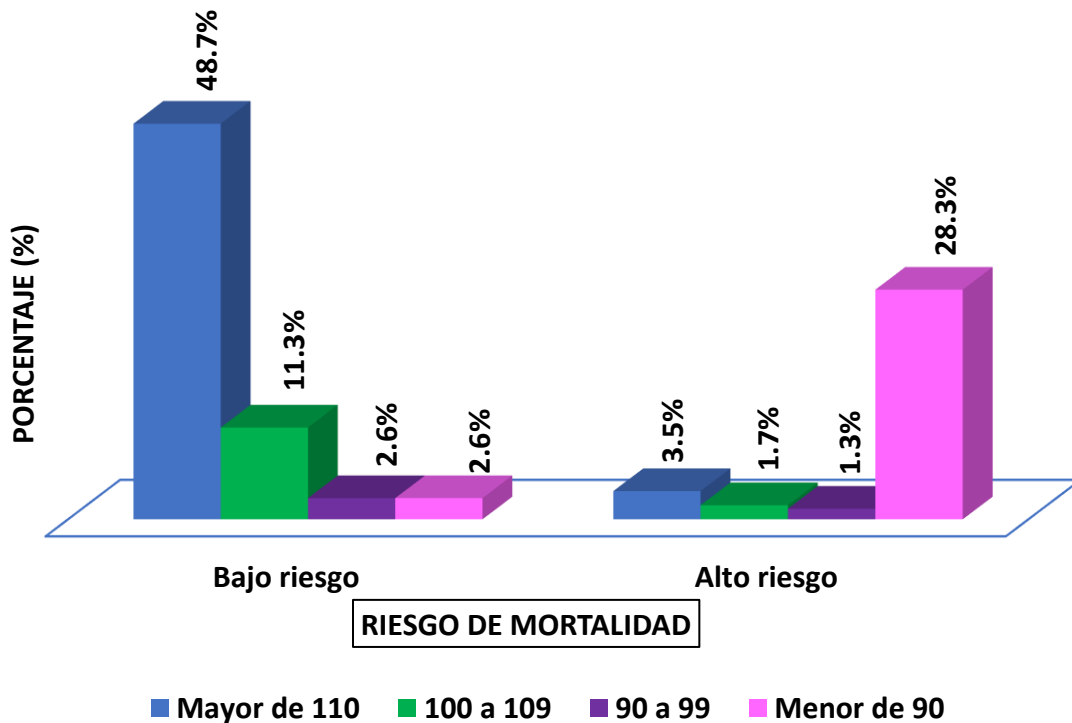
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 27. RELACIÓN ENTRE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mayor de 110	112	48.7 %	8	3.5 %	120	52.2 %
100 a 109	26	11.3 %	4	1.7 %	30	13 %
90 a 99	6	2.6 %	3	1.3 %	9	3.9 %
Menor de 90	6	2.6 %	65	28.3 %	71	30.9 %
Total	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 27. RELACIÓN ENTRE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



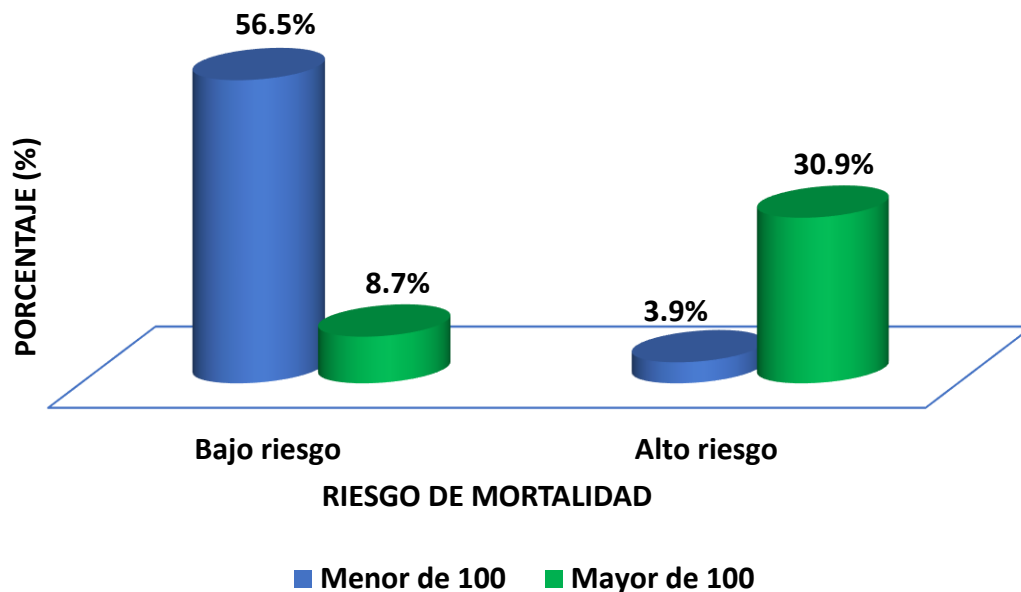
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 28. RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA CARDIACA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

FRECUENCIA CARDIACA (lpm)	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 100	130	56.5 %	9	3.9 %	139	60.4 %
Mayor de 100	20	8.7 %	71	30.9 %	91	39.6 %
Total	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 28. RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA CARDIACA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



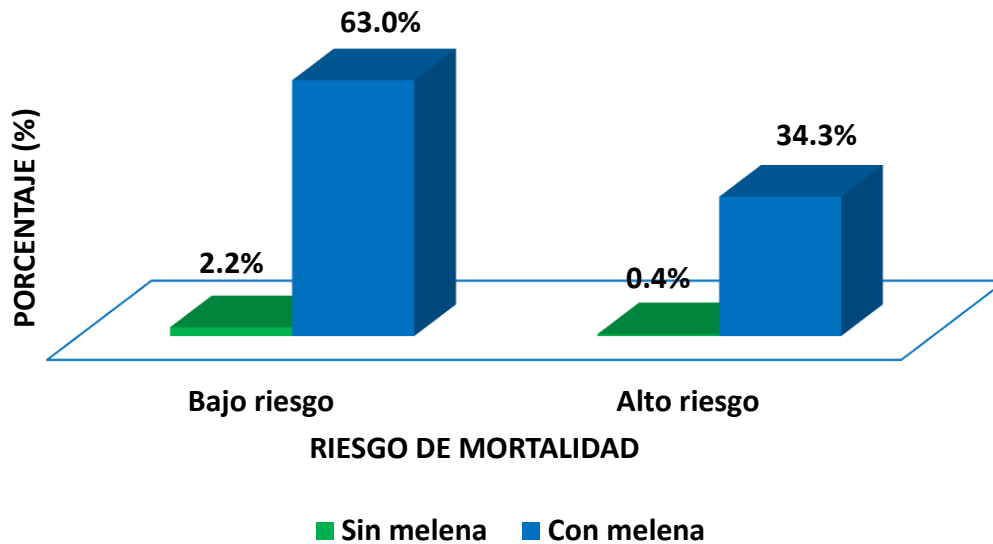
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 29. RELACIÓN ENTRE DATO CLÍNICO MELENA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

MELENA	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin melena	5	2.2 %	1	0.4 %	6	2.6 %
Con melena	145	63 %	79	34.3 %	224	97.4 %
Total	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 29. RELACIÓN ENTRE DATO CLÍNICO MELENA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



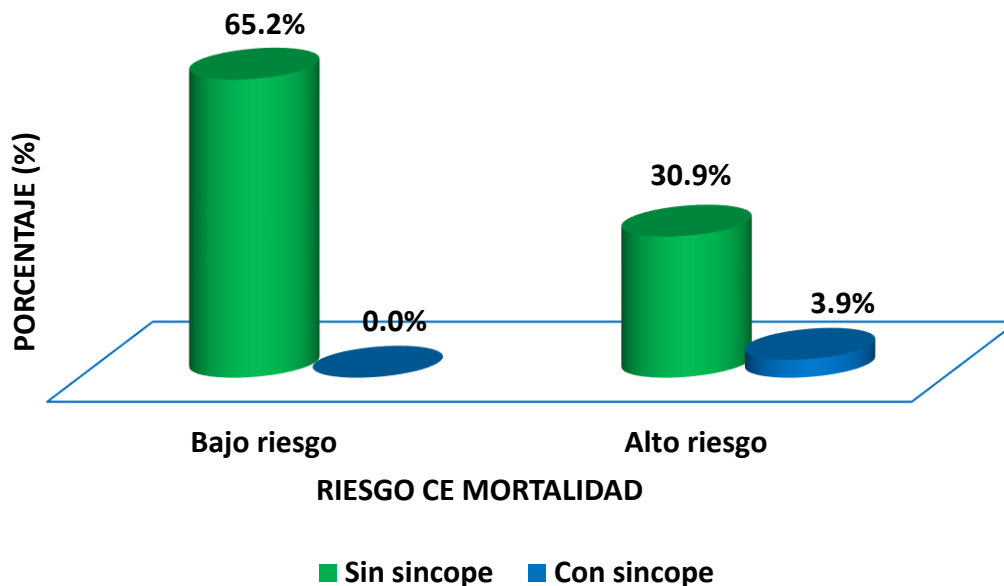
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 30. RELACIÓN ENTRE SÍNCOPE Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

SÍNCOPE	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin síncope	150	65.2 %	71	30.9 %	221	96.1 %
Con síncope	0	0 %	9	3.9 %	9	3.9 %
Total	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 30. RELACIÓN ENTRE SÍNCOPE Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



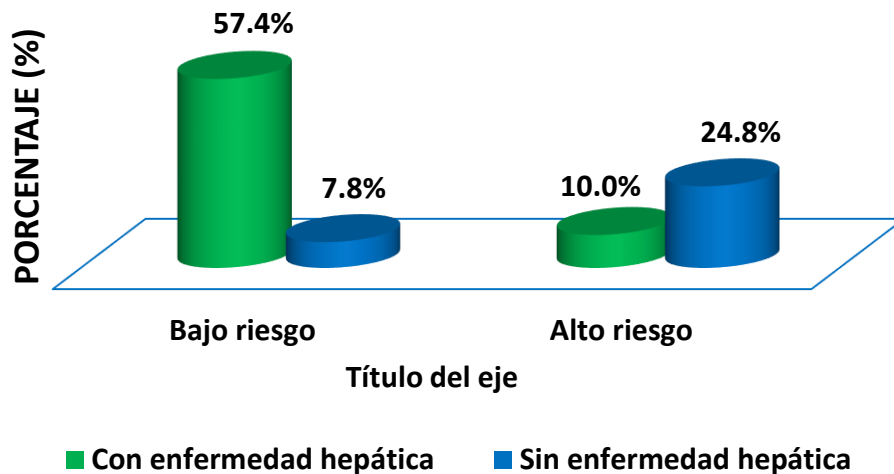
Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 31. RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD HEPÁTICA PREVIA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

ENFERMEDAD HEPÁTICA	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con enfermedad hepática	132	57.4 %	23	10 %	155	67.4 %
Sin enfermedad hepática	18	7.8 %	57	24.8 %	75	32.6 %
Total	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 31. RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD HEPÁTICA PREVIA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



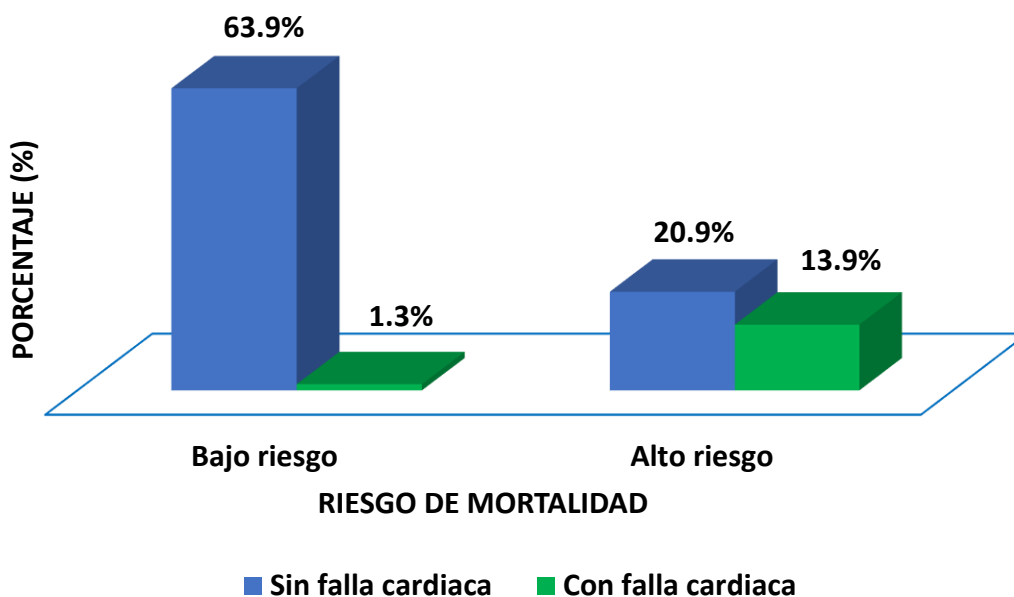
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 32. RELACIÓN ENTRE FALLA CARDIACA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

FALLA CARDIACA	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin falla cardiaca	147	63.9 %	48	20.9 %	195	84.8 %
Con falla cardiaca	3	1.3 %	32	13.9 %	35	15.2 %
Total	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 32. RELACIÓN ENTRE FALLA CARDIACA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



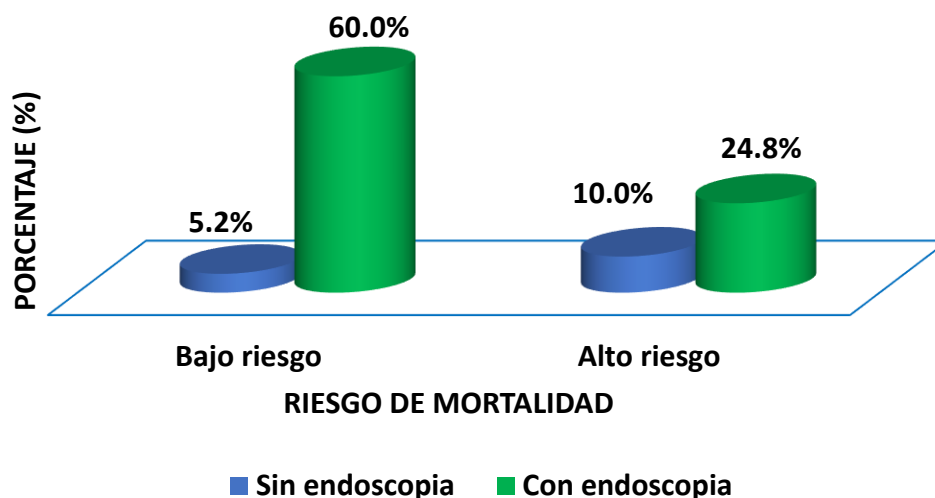
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 33. RELACIÓN ENTRE ENDOSCOPIAS REALIZADAS Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

ENDOSCOPIA	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin endoscopia	12	5.2 %	23	10 %	35	15.2 %
Con endoscopia	138	60 %	57	24.8 %	195	84.8 %
Total	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 33. RELACIÓN ENTRE ENDOSCOPIAS REALIZADAS Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



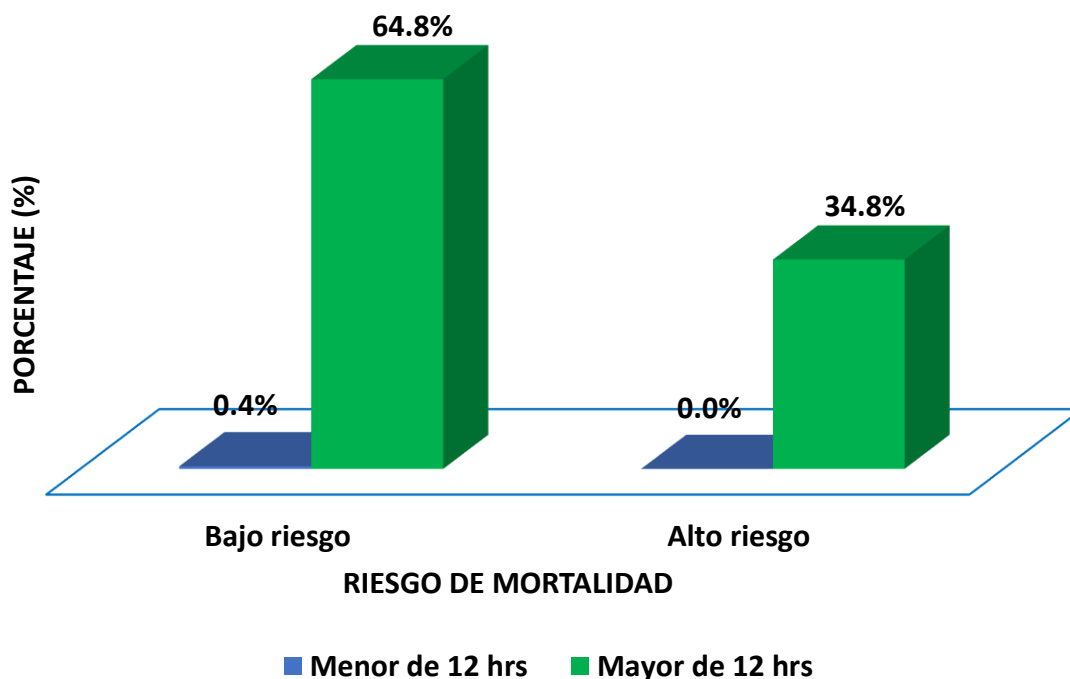
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 34. RELACIÓN ENTRE ENDOSCOPIAS URGENTES REALIZADAS Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

ENDOSCOPIA URGENTE	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 12 horas	1	0.40%	0	0 %	1	0.4 %
Mayor de 12 horas	149	64.8 %	80	34.8 %	229	99.6 %
Total	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 34. RELACIÓN ENTRE ENDOSCOPIAS URGENTES REALIZADAS Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



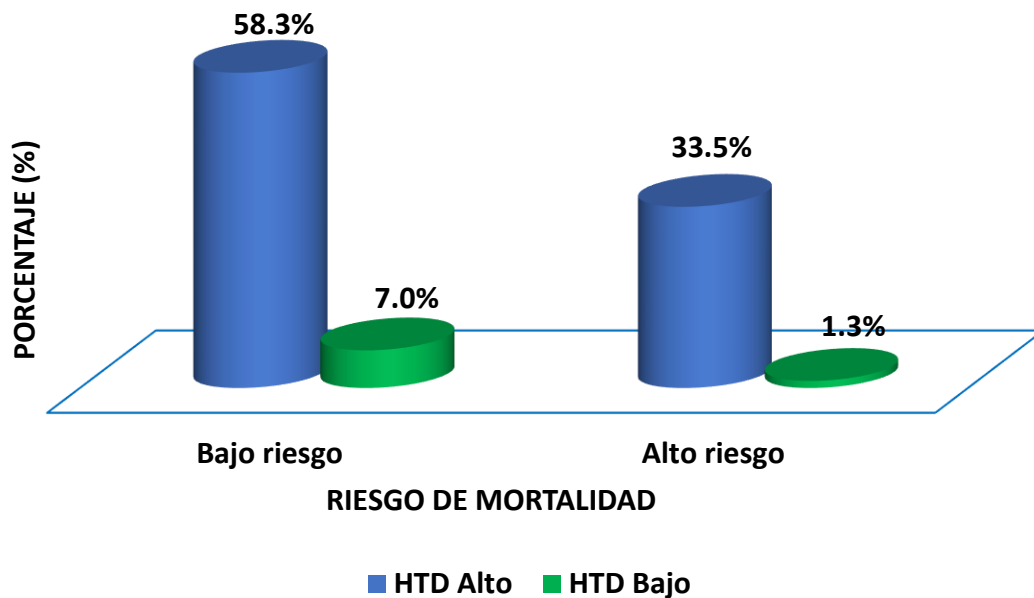
Fuente n=230 Mejia-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 35. RELACIÓN ENTRE CLASIFICACIÓN DE HEMORRAGIA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8

CLASIFICACIÓN HEMORRAGIA	RIESGO DE MORTALIDAD					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTD Alto	134	58.3 %	77	33.5 %	211	91.7 %
HTD Bajo	16	7 %	3	1.3 %	19	8.3 %
Total	150	65.2 %	80	34.8 %	230	100 %

Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 35. RELACIÓN ENTRE CLASIFICACIÓN DE HEMORRAGIA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ/UMF No.8



Fuente n=230 Mejía-M AA, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias adultos del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

22. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en personas mayores de 18 años de edad, hospitalizados en el área de urgencias del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, utilizando la escala de Glasgow Blatchford, así mismo se analizaron las variables sociodemográficas.

De acuerdo con el estudio realizado por Ichiyanagui RC y cols. “Epidemiología de la hemorragia digestiva” (Perú 2016)⁴⁵ la hemorragia de tracto digestivo es más frecuente en la población masculina respecto a la femenina 62.6% son varones y 37.44% son mujeres (relación masculino: femenino es 1.7:1), respecto a la incidencia se incrementa marcadamente con la edad 65.6% son mayores de 60 años y 14.8% son mayores de 80 años. En nuestro estudio se encontró que 54.8% pertenecientes al sexo masculino y 45.2 % al sexo femenino y, los rangos de edad de mayor incidencia de la patología estudiada es de 61 a 100 años con un valor de 63.5%; lo cual es similar ya que ambas poblaciones comparten características raciales equivalentes; la morbilidad se encuentra relacionada con factores de riesgo ya identificados como son el sexo y la edad, en individuos mayores de 60 años la frecuencia de enfermedades concomitantes y el consumo de diversos fármacos considerada como una generalidad en este grupo etáreo.

A través de la anamnesis podemos clasificar de forma inicial el origen de la hemorragia, tomando como datos pivote para la hemorragia digestiva alta la presencia de hematemesis y melena, para la hemorragia digestiva baja hematoquecia y enterorragia; en el estudio realizado por Longstreth GF y cols. “Epidemiología de la hospitalización por hemorragia gastrointestinal alta aguda: un estudio de base poblacional” (California)⁴⁶ reportó que de 258 pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva, el 54.7% se determinó como alta y el 34.3% como baja, lo que coincide con lo reportado en nuestro estudio al identificarse predominio en las hemorragias de tubo digestivo alto 91%, con una menor incidencia de las hemorragias de tubo digestivo bajo 8.3%. Esto se debe al incremento de enfermedades concomitantes en personas mayores de 60 años, ejemplo de estas son la hipertensión arterial, la úlcera péptica y enfermedades hepáticas, aunado al consumo de diversos fármacos entre ellos AINEs y los y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

En el estudio realizado por Recio J y cols. "Capacidad predictiva de la escala de Glasgow Blatchford para la estratificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en un servicio de urgencias" (España 2015)⁴⁷ dividió su población en dos categorías, de alto y de bajo riesgo de mortalidad, observando que es el punto de corte correspondiente a 12, es el que obtiene un perfil de valores más útiles para su empleo como marcador predictor de riesgo de mortalidad; además tiene un alto grado de significancia según los valores estadísticos requeridos, los de alto riesgo tuvieron sensibilidad del 100%, especificidad del 48.28%, valor predictivo positivo fue del 67.39% y el valor predictivo negativo del 100%, con la curva ROC fue de 0.822, considerándose por lo tanto la escala de Glasgow Blatchford como adecuada (0.75-0.9); esto sugiere una mayor utilidad para su uso en la práctica diaria, el porcentaje de pacientes reportado con bajo riesgo de mortalidad fue de 60.2 % y con alto riesgo 34.8%. En nuestro estudio por similitud en las características de la población estudiada y el tamaño de la muestra se determinó el mismo punto de corte (12 puntos) para la estratificación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, encontrándose que los pacientes con bajo riesgo de mortalidad representaron el 65.4% y con alto riesgo el 34.8%, siendo los de bajo riesgo los que podrían ser tratados de forma ambulatoria y de forma segura, sin requerir hospitalización para tratamiento especializado al momento de su ingreso al servicio de urgencias.

Con base en el estudio realizado por Masaoka T y cols. "El sistema de puntuación de Blatchford es un sistema de puntuación útil para detectar pacientes con hemorragia digestiva alta que no necesitan intervención endoscópica" (Japón 2014)⁴⁸ se plantea que con la escala de Glasgow Blatchford en el primer punto de entrada hospitalaria (área de observación) se puede determinar qué pacientes con hemorragia de tubo digestivo no necesitaban una intervención endoscópica, siendo posible reducir la estancia hospitalaria y sus costes asociados; en el presente estudio al 84.8% de los pacientes se les realizó endoscopia, de estas consideradas como de urgencia sólo el 0.4%, lo que nos indica que no hay una asociación directa en la realización del procedimiento endoscópico con el riesgo de mortalidad al momento de ingreso del paciente al servicio de urgencias, de las endoscopias realizadas 60 % se estratificó con bajo riesgo y el 24.8 % alto riesgo; esto nos hace inferir que no se utilizan de forma eficiente los recursos disponibles, pero es de mayor importancia la exposición a los pacientes a riesgos como la broncoaspiración, depresión respiratoria o perforación gastrointestinal en un procedimiento invasivo como es el de la endoscopia. La realización de una endoscopia bien dirigida (diagnóstico-terapéutica) propicia una disminución de las necesidades de transfusión sanguínea, la estadía hospitalaria y la necesidad de cirugía de urgencia y, por tanto, disminuye el riesgo de mortalidad por hemorragia digestiva.

En el estudio realizado por Villanueva SA y cols. "Hemorragia gastrointestinal" (España 2013)⁴⁹ en donde identifica que una tensión arterial sistólica < 100 mmHg, FC 100-120 lpm, taquipnea, intensa vasoconstricción periférica (palidez intensa, frialdad y sudoración), inquietud o agitación, oliguria, signos posturales positivos (síncope) nos indica una hemorragia digestiva grave con una pérdida del 25-35% de la volemia con alto riesgo de mortalidad; y datos de Shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria una pérdida superior al 35% de la volemia. En nuestro estudio encontramos que el 30.9% registraron hipotensión asociándose el 28.3% a un alto riesgo de mortalidad; los valores de frecuencia cardiaca mayores de 100 lpm fue 39.6% con una asociación de riesgo de mortalidad alto del 30.9%. De forma directa la escala de Glasgow Blatchford nos permite identificar los pacientes con inestabilidad hemodinámica al evaluar parámetros como son presión arterial sistólica (mmHg), Frecuencia cardíaca (lpm) y síncope, al identificar los pacientes con inestabilidad hemodinámica se pueden iniciar medidas terapéuticas urgentes con el objetivo de reponer la volemia para evitar daño a órgano blanco, la gravedad de la hipovolemia asociada a la hemorragia digestiva, dependerá tanto de la cantidad de sangre perdida como de la rapidez con la que se produjo dicha pérdida.

Con base en el estudio presentado por Rodríguez MV y cols. "Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva en Urgencias" (España 2015)⁵⁰ se refiere que el dato clínico de melena es una deposición de color negro, brillante y adherente con período de permanencia de la sangre en heces mayor de 8 horas, lo que permite la degradación de la hematina de la hemoglobina procedente de la sangre extravasada. Con mayor frecuencia se debe a lesiones situadas en el tramo digestivo superior en un 89%; sin embargo, también puede proceder del intestino delgado en un 11%, e incluso del colon, si el sangrado es moderado y el tránsito lento. En concordancia con la bibliografía citada, en nuestro estudio encontramos que la melena se encontró 97.4% de la cohorte estudiada presento melena, y los pacientes clasificados con hemorragia digestiva alta el 100% la reportaron; este dato clínico es importante, aunado a la exploración física correspondiente, para hacer inferencias diagnósticas asertivas en el momento de evaluación del paciente durante el primer contacto.

Dentro de los alcances de nuestro estudio fue evaluar el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo en nuestro hospital, la estratificación oportuna de los pacientes con alto riesgo de mortalidad permite aplicar medidas asistenciales para disminuir los factores precipitantes o agravantes, como pueden ser realizar estudio endoscópico dentro de las primeras 12 horas del ingreso en la sala de urgencias, iniciar de tratamiento farmacológico dirigido, estabilización de los parámetros hemodinámicos al reponer la volemia, entre otras medidas; además de prevenir complicaciones, permiten valorar la necesidad de ingreso en una unidad de cuidados intensivos. Todo esto mejora la calidad asistencial y puede disminuir el tiempo que precisa el paciente ingresado o estancia hospitalaria.

En cuanto a los pacientes con bajo riesgo pueden ser manejados de forma ambulatoria con tratamiento farmacológico específico, de tal forma que el seguimiento de estos debe ser a través de la consulta con los médicos familiares, evaluando las necesidades globales del paciente, para brindar una buena promoción a la salud y en consecuencia mejorar la calidad de vida del paciente; con esta medida se pueden evitar ingresos innecesarios, además de disminuir los costes globales de la atención médica hospitalaria.

Como lo reporta la literatura la hemorragia de tubo digestivo por su alta incidencia, prevalencia y riesgo de mortalidad, es considerada como un problema de salud pública que requiere abordaje asertivo en todos los niveles de atención. Con la instauración de la escala de Glasgow Blatchford, en el momento de ingreso del paciente al servicio de urgencias se le proporcionar al médico una herramienta para justificar el alta precoz, con la seguridad que esto no aumenta la recidiva, sin que esto predisponga a una mayor morbilidad y mortalidad, pero si reduce la estancia hospitalaria.

En lo que respecta a las limitaciones del estudio se encuentra que nuestro centro hospitalario no dispone de un servicio de endoscopia las 24 horas del día, por lo que, al recibir a un paciente con hemorragia de tubo digestivo alto, el médico tratante debe referir al paciente a los servicios de endoscopia en otros hospitales, si el paciente se encuentra estable, pero requiere estudio endoscópico, prolongará su tratamiento y estancia intrahospitalaria. Por lo tanto, la escala de estratificación de riesgo de mortalidad para la hemorragia digestiva resulta especialmente útil en los hospitales que no disponen de la posibilidad de realizar endoscopia de forma urgente (en horarios nocturnos y festivos) para conseguir, de esta forma, un esquema para enmarcar qué enfermos deben ser trasladados a los centros de referencia, para dar al paciente asistencia acorde a sus necesidades (por su alto riesgo).

Otra limitante identificada es que los médicos que valoran al paciente con hemorragia de tubo digestivo no estratifican el riesgo, el paciente sigue siendo evaluado sobre la base de la experiencia y decisión no fundamentada del médico. Situación que podría solventarse al capacitar y actualizar a los médicos en su práctica clínica, sometiéndolos también a evaluaciones periódicas en su desempeño.

El presente estudio resulta de gran relevancia para **la práctica asistencial**, ya que se pretende que el paciente se valore de forma integral, en cualquier nivel de atención; en nuestro hospital se cuenta con médicos residentes de medicina familiar en el área de urgencias, lo que permite canalizar a su egreso del paciente hospitalizado, a un primer nivel de atención médica en la consulta de medicina familiar, para seguimiento y continuidad de la patología identificada, con un tratamiento oportuno, limitando las posibles complicaciones.

En el aspecto educativo: Es importante la capacitación continúa del personal médico de base, así como del personal médico en formación; los sistemas de estratificación de riesgo para los pacientes con hemorragia digestiva deben ser una constante en la práctica diaria en los Servicios de Urgencias, aun siendo su cálculo fácil, sobre todo la escala de Glasgow Blatchford que se basa únicamente en variables clínicas y de laboratorio simples, sin necesidad de realizar una endoscopia urgente.

En el área de investigación: Este estudio puede ser aplicado en diferentes aspectos, ya sea para profundizar en una o más de las variables que se estudiaron, haciendo un seguimiento durante un plazo de tiempo mayor de los mismos pacientes e investigando a los nuevos, además se podrían realizar estudios multivariados con otras escalas de evaluación de riesgo de mortalidad para pacientes con hemorragia de tubo digestivo. Publicar los resultados obtenidos es importante como parte del acervo institucional, ya que el IMSS no reporta datos específicos que pudieran ser tomados como referencia bibliográfica.

En el rubro Administrativo: La gestión de procesos en este caso específico la evaluación y atención del paciente con hemorragia de tubo digestivo, brinda la oportunidad de actualización de manuales de procedimientos en donde se deben implementar algoritmos de atención, integrando la experiencia clínica individual con la mejor evidencia disponible a partir de la investigación sistemática; indudablemente esto se repercutiría favorablemente en la optimización de recursos humanos, materiales y de infraestructura.

23. CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo de evaluar del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, con la escala de Glasgow Blatchford, en el servicio de urgencias adultos del HGZ UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Encontrando que el 54.8% pertenecientes al sexo masculino y 45.2 % al sexo femenino y, los rangos de edad de mayor incidencia de la patología estudiada fueron de 61 a 100 años con un valor de 63.5%, los pacientes con bajo riesgo de mortalidad representaron el 65.4% y con alto riesgo el 34.8%.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose la escala de Glasgow Blatchford ayuda al médico a evaluar el riesgo de mortalidad, en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo, en el área de urgencias adultos del HGZ UMF No.8 del IMSS; dirigiendo de forma asertiva las intervenciones terapéuticas que garanticen disminuir la mortalidad y complicaciones asociadas, congruente con lo reportado en la bibliografía de referencia en donde se valida su capacidad pronóstica sobre la evolución clínica de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo en relación al riesgo de mortalidad.

La principal fortaleza de este estudio corresponde a la primera validación del médico para predecir mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, al utilizar la escala de Glasgow Blatchford en donde se evalúan variables clínicas y bioquímicas, se determina el compromiso hemodinámico del paciente, por lo que se considera una herramienta útil para la estratificación del riesgo de mortalidad.

Al identificar el alto riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta está justificado la realización de procedimientos endoscópicos como abordaje diagnóstico terapéutico, sin embargo, se encontró en nuestro estudio que debido a que no se estratifica adecuadamente el riesgo de mortalidad, se realizó un alto porcentaje de endoscopias 84.8%, exponiendo al paciente a riesgos innecesarios durante este procedimiento invasivo, además de prolongar la estancia hospitalaria e incrementar los costos en su atención médica.

La medicina de familia tiene ahora la obligación de volverse interdisciplinaria, de presentarse como ciencia con las herramientas que le confieren su cuerpo propio de conocimientos, sus métodos, y sus líneas de investigación; hay que abrirse camino para promover el desarrollo del área asistencial, educativa, de investigación y administrativa; en esta misión la medicina se engrandece y define su identidad que es, estar al servicio del enfermo, de la persona; “Aliis Vivere” vivir para los demás.

24. BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Guillén, A, Sánchez Espinosa, J. Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas: Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Medicina Interna de México*. 2013;3(5): 449-457.
2. Leiva, M. Sangrado digestivo alto y bajo características y manejo. *Revista Médica de Costa Rica y Centro América*. IXX (608) 705 - 707, 2013.
3. Lau J, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden C, Metz D. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion* 2014 Apr;84:102–113.
4. Ostaval, A. La hemorragia digestiva aguda. *Medicina Intensiva*. 2012;37(4): 141-144.
5. Galindo, F. Hemorragia digestiva. *Cirugía Digestiva*. 2014;1(126): 1-16.
6. Montero, F. Claves Diagnósticas y Terapéuticas Para el Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta en Urgencias. *Emergencias* 2015;17: S40-S49.
7. Villanueva C, Colomo A. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding *N Engl J Med*. 2013 Jan 3;368(1):11-21.
8. Daysi Rivera H, Martínez M, Tovar CR, Garzón MO, Hormaza A, Lizarazo J, et al. Characterization of patients with non varicose upper GI bleeding at a Level Hospital in Cundinamarca, Colombia. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2013.ISSN: 0120-9957.
9. Gallach M, Calvet X, Lanás A, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Brullet E, et al. Clinical practice guidelines for managing nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Emergencias* 2013; 25: 000-000.
10. De la Mora J, Tamayo J, Castañeda A, García R, Olaeta R, Mendoza R, et al. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia no variceal del tubo digestivo proximal; definición, epidemiología, etiología, fisiopatología. *Guías de Diagnóstico y Tratamiento en Gastroenterología*. 2016.
11. Ramírez JK, Menéndez Rivera M, Cobiellas Rodríguez R. Hemorragia digestiva alta no varicosa: comportamiento e índice de Rockall. *Revista Cubana de Cirugía* 2014;53(1)17-29.
12. Rodríguez Hernández H, Jacobo Karam JS, Guerrero Romero F. Factores de riesgo para la recurrencia de úlcera péptica. *Gaceta Medica Gastroenterología Mex* 2013; 137(4):303-310.

13. De la Mora-Levy J, et al. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia no variceal del tubo digestivo proximal Definición, epidemiología, etiología, fisiopatología. *Rev Gastroenterol Mex.* 2012;74:153-60.
14. Zuckerman DA, Bocchini TP, Birnbaum EH. Massive hemorrhage in the lower gastrointestinal tract in adults: diagnostic imaging and intervention. *Am J Roentgenol.*2013;161:703-711.
15. GPC. Prevención, diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia aguda del tubo Digestivo alto no Variceal, en los Tres Niveles de Atención. Catálogo Maestro ISSSTE-133-08.
16. Corzo Maldonado A, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes E, Gallegos López R, Huerta J, Surco Ochoa Y, et al. Risk factors associated to mortality by upper GI bleeding in patients from a public hospital. A case control study. *Rev Gastroenterol Peru.* 2013;33(3):223-9.
17. De la Cruz Guillén AA, Sánchez Espinosa JE. Presentación sindrómica del sangrado digestivo alto variceal y no Variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Med Int Mex* 2013;29:449-457.
18. Llach J, Bordas JM, Salmerón JM, et al. A prospective randomized trial of heater probe thermocoagulation versus injection therapy in peptic ulcer hemorrhage. *Gastrointest Endosc.* 2013;43:117-20.
19. Saltzman, JR. Approach to acute gastrointestinal bleeding in adults. In M. Feldman (Ed.), *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate. 2015.
20. Espinosa Enríquez VS, Guerrero Herrera GG. Comparar la eficiencia de las escalas de Blatchford y Rockall para predecir el riesgo de mortalidad y resangrado en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal en el servicio de emergencia del hospital Enrique Garcés. Ministerio de Salud Pública. Quito. 2016.
21. Lanas A. Update on non variceal gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol* 2013; 36: 57-65.
22. Winograd Lay R, Infante Velázquez M, Guisado Reyes Y, Angulo Pérez O, González Barea I, Williams Guerra E. Predicting scales for prognosis of patients with non variceal upper gastrointestinal bleeding. *Revista Cubana de Medicina Militar.* 2015;44(1):73-85.
23. Gralnek IM, Dumonceau JM Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015 Oct;47(10).
24. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *GUT* 2016; 38:316-21.

25. Blatchford O, Murray WR, Blatchford MA. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal hemorrhage. *Lancet* 2014; 356:1318-21.
26. Imperiale TF, Dominitz JA, Provenzale DT, Boes LP, Rose CM, Bowers JC, et al. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Arch Intern Med.* 2012;167(12):1291-6.
27. Infante Velázquez M, Guisado Reyes Y, Rodríguez Álvarez D, Ramos Contreras JY, Angulo Pérez O, Regla Domínguez O. Utilidad de la escala clínica de Rockall en la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Revista Cubana de Cirugía* 2014;53(3):235-243.
28. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal hemorrhage. U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health. *Gut.* 2012;38(3):316-2.
29. Stephens JR, Hare NC, Warshaw U, et al. Management of minor upper gastrointestinal haemorrhage in the community using the Glasgow Blatchford score. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2014;21:1340-6.
30. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet Internet.* 2014;356(9238):1318-21.
31. Romagnuolo J, Barkun AN, Enns R, Armstrong D, Gregor J. Simple clinical predictors may obviate urgent endoscopy in selected patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. 2014;167(3):265-70.
32. Chandra S, Hess EP, Agarwal D, et al. External validation of the Glasgow Blatchford bleeding score and the Rockall score in the US setting. *Am J Emerg Med* 2012;30:673-9.
33. Martínez Ramírez G, et al. Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica. *Unidad de Endoscopia, Hospital Juárez de México.* 2016;10.005.
34. Hyett B. et al, The AIMS65 score compared with the Glasgow-Blatchford score in predicting outcomes in upper GI bleeding. *Gastrointestinal endoscopy.* Volume 77, No. 4: 2013.
35. Lanás A. Avances en hemorragia gastrointestinal. *ELSEVIER.* 2016; 0210-5705(16):30175-3.
36. De Rungs Brown D, Ruiz Gómez M, Charúa Guindic L, Baldin LV. Manejo de la hemorragia del tubo digestivo bajo. *Acta Médica Grupo Ángeles. Volumen 12, Medigraphic;* 2014.

37. Imperiale TF, Dominitz JA, Provenzale DT, Boes LP, Rose CM, Bowers JC, et al. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Arch Intern Med.* 2012;167(12):1291-6.
38. Pang SH, Ching JYL, Lau JIW, et al. Comparing the Blatchford and preendoscopic Rockall score in predicting the need for endoscopic therapy in patients with upper GI haemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2013;71:1134-40.
39. Schacher GM, Lesbros Pantoflickova D, Ortner MA, et al. Is early endoscopy in the emergency room beneficial in patients with bleeding peptic ulcer A “fortuitously controlled” study. *Endoscopy* .2013; 37: 324-8.
40. Yamada T, Bjorkman D. Endoscopic Diagnosis and Treatment of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *Gastroenterology. Scand J Gastroenterol* 2012;19 Suppl 95:41- 58.
41. Abreu Jarrín M, Ramos Tirado S, Trejo Muñoz R, Cintado Tortoló C. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. 2013; ISSN 1684-1824.
42. Calabiug M. Guías Prácticas sobre Gastroenterología (VIII). Hemorragia digestiva alta: protocolo diagnóstico – terapéutico. *An Esp. Pediatr.*2013; 57:466-479.
43. Rodríguez C, Ibáñez Samaniego L, Díaz Ruíz I, Romero Cristóbal M. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva en Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. *Medicine.* 2015;11(90):5389-93.
44. García Orozco L, Piña Prieto LR, Lozada Prado G, Domínguez González G, Escalona Rabaza M. Mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta por enfermedad ácido péptica en pacientes operados. 2013; MEDISAN ISSN 1029-3019.
45. Gutiérrez Magaldi L, Bertorello C, Correlación de escalas de riesgo en hemorragia digestiva alta no variceal con mortalidad, resangrado y necesidad de intervención. *Methodo.* 2017;2(4): 123-125 DOI: 10.22529/me.2017.2(4)06.
46. Ichiyanaqui Rodríguez C, Epidemiología de la hemorragia digestiva. *Acta Médica Peruana*, Vol. 23, núm. 3, Perú. 2016.
47. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: A population-based study. *The American Journal of Gastroenterology.* 2016; 90(2):206-10.
48. Recio Rodríguez J, Sánchez Sánchez MP, Peña Ojeda JA. Capacidad predictiva de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en un servicio de urgencias. 2015. *Revista Española de Enfermedades Digestivas.* Arán Ediciones, Madrid, Vol. 107, N.º 5.

49. Masaoka T, Suzuki H, Hori S, Aikawa N, Hibi T. Blatchford scoring system is a useful scoring system for detecting patients with upper gastrointestinal bleeding who do not need endoscopic intervention. *J. Gastroenterol Hepatol.* 2014;22(9):1404–8.
50. Villanueva Sánchez C, García Pagán JC, Hervás Molina AJ. Hemorragia gastrointestinal. *Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología. Servicio de Aparato Digestivo.* Barcelona. 2014.
51. Rodríguez LC, Ibáñez Samaniego R, Díaz Ruíz M, Romero C. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva en Urgencias. Volumen 11, Issue 90, España. 2015.

25.ANEXOS

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ UMF No.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

Elaboró:	Alma Alejandra Mejia Marcial	Fecha:	
Nombre:		NSS:	
Sexo:	(1) Femenino	(2) Masculino	Edad:
Religión	(1) Con religión	(2) Sin religión	
Ocupación:	(1) Empleado	(2) Desempleado	(3) Estudiante
Estado civil	(1) Soltero	(2) Casado	(3) Divorciado
	(4) Viudo	(5) Unión libre	(6) Separado
Escolaridad	(1) Primaria	(2) Secundaria	(3) Bachillerato
	(4) Licenciatura	(5) Posgrado	(6) Sin estudios

Marcadores de riesgo a la admisión

Parámetro	Valor registrado	Rango	Puntaje	Score
Nitrógeno ureico sanguíneo (mg/dL)		≥38 <47	2	
		≥ 47 < 58	3	
		≥ 58 < 147	4	
		> 147	6	
Nivel de hemoglobina para hombre (gr/dL)		≥ 12.0 < 13.0	1	
		≥ 10.0 < 12.0	3	
		< 10	6	
Nivel de hemoglobina para mujer (gr/dL)		≥ 10.0 < 12.0	1	
		< 10	6	
Presión arterial sistólica (mmHg)		100-109	1	
		90 - 99	2	
		< 90	3	
Frecuencia cardíaca lpm		≥ 100	1	
Melena		Si	1	
		No	0	
Síncope		Si	2	
		No	0	
Enfermedad hepática previa		Si	2	
		No	0	
Falla cardíaca		Si	2	
		No	0	
Score total				
Score de riesgo	Bajo riesgo	0 a 12 puntos		
	Alto riesgo	13 a 23 puntos		
ENDOSCOPIA		Si	1	
		No	0	
ENDOSCOPIA URGENTE		SI	1	
		NO	0	
TIPO DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO		ALTO	1	
		BAJO	2	

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

"Evaluación del riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, en el servicio de urgencias adultos del HGZ UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Nombre del estudio:	No aplica
Patrocinador externo (si aplica):	Ciudad de México, de marzo del 2017 a febrero del 2019
Lugar y fecha:	En trámite
Número de registro:	La hemorragia de tubo digestivo es una enfermedad con una incidencia, prevalencia y tasa de mortalidad alta, se considera un problema de salud pública en México. El uso de la escala de Glasgow Blatchford permite al médico evaluar el riesgo de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, con el objetivo de realizar intervenciones asertivas, optimizando recursos humanos, materiales y económicos en el servicio de urgencias adultos del HGZ UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
Justificación y objetivo del estudio:	Se registrará la información en la hoja de recolección de datos basada en la escala de Glasgow Blatchford, en pacientes con hemorragia de tubo digestivo, en el servicio de urgencias adultos del HGZ UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
Procedimientos:	No existen riesgos
Posibles riesgos y molestias:	Tratamiento oportuno, reducir el riesgo de mortalidad y complicaciones asociadas a la hemorragia de tubo digestivo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Protocolo descriptivo, el resultado de este estudio, ayudara para reducir el riesgo de mortalidad y complicaciones asociadas a la hemorragia de tubo digestivo; además de optimizar los recursos humanos, materiales y económicos del HGZ UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Participación o retiro:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.
Privacidad y confidencialidad:	No aplica
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Reducir el riesgo de mortalidad y complicaciones asociadas a la hemorragia de tubo digestivo; además de optimizar los recursos humanos, materiales y económicos del HGZ UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
Beneficios al término del estudio:	

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Vilchis Chaparro Eduardo. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Titular de la residencia en Medicina Familiar del HGZ/UMF#8. Matricula 99377278. Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No fax

Colaboradores: Alma Alejandra Mejía Marcial. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF 8. Matrícula 97371554. Correo: dra.alemejia@gmail.com.mx. Teléfono: 5547880925 Fax: No Fax.

Espinoza Anrubio Gilberto. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF 8. Matricula 99374232. Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No Fax

Sánchez Pineda Jorge. Médico especialista en Medicina Familiar. HGZ/UMF 8. Matrícula 99379893. Correo: jomshuk@gmail.com Teléfono: 5540432008 Fax: No Fax

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nombre y firma del sujeto Testigo 1 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Mejía Marcial Alma Alejandra Testigo 2 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/> Nombre, dirección, relación y firma
---	---

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

ANEXO 3
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION EN SALUD

**TÍTULO DEL PROYECTO: EVALUACIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGZ UMF No.8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS			X									
DISEÑO METODOLOGICO				X								
ANALISIS ESTADISTICO					X							
CONSIDERACION ES ETICAS						X						
RECURSOS							X					
BIBLIOGRAFIA								X	X			
ASPECTOS GENERALES										X	X	
ACEPTACION												X

2018 - 2019

FECHA	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X	X			
ALMACEN MIENTO DE DATOS									X			
ANALISIS DE DATOS									X			
DESCRIPCION DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS											X	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											X	
INTEGRACION Y REVICION FINAL											X	
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIO NES												X
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ELABORÓ: ALMA ALEJANDRA MEJIA MARCIAL