

Adherencia a la guía de práctica clínica institucional sobre hemorragia digestiva alta, en un hospital de Lima - Perú

Adherence to institutional clinical practice guideline on managing upper gastrointestinal bleeding, in a hospital in Lima - Peru

Harold Benites-Goñi¹, Ana Brañez-Condorena², Fiorella Monge-Del Valle¹, Bryan Medina-Morales¹, Irene Cárdenas-Vela¹, Jairo Asencios-Cusihualpa¹, César Castillo-Plasencia¹, Paulo Bardalez-Cruz¹, Milagros Dávalos-Moscol¹, Alvaro Taype-Rondan^{3,4}

¹ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

³ Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.

⁴ Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación - IETSI, EsSalud. Lima, Perú.

Recibido: 03/06/2020 - Aprobado: 29/06/2020

ORCID: Harold Benites-Goñi: [0000-0003-2083-1840](https://orcid.org/0000-0003-2083-1840); Ana Brañez-Condorena: [0000-0001-5518-3025](https://orcid.org/0000-0001-5518-3025); Fiorella Monge-Del Valle: [0000-0003-0712-4965](https://orcid.org/0000-0003-0712-4965); Bryan Medina-Morales: [0000-0001-7158-761X](https://orcid.org/0000-0001-7158-761X); Irene Cárdenas-Vela: [0000-0003-1316-9131](https://orcid.org/0000-0003-1316-9131); Jairo Asencios-Cusihualpa: [0000-0002-6182-0518](https://orcid.org/0000-0002-6182-0518); César Castillo-Plasencia: [0000-0001-9936-5824](https://orcid.org/0000-0001-9936-5824); Paulo Bardalez-Cruz: [0000-0001-6910-7090](https://orcid.org/0000-0001-6910-7090); Milagros Dávalos-Moscol: [0000-0001-7248-767X](https://orcid.org/0000-0001-7248-767X); Alvaro Taype-Rondan: [0000-0001-8758-0463](https://orcid.org/0000-0001-8758-0463)

RESUMEN

Introducción: El año 2018 se publicó la Guía de práctica clínica (GPC) para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta (HDA) del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). Esta emite enunciados basados en evidencias, que buscan optimizar el manejo de estos pacientes. **Objetivo:** Evaluar la adherencia a los enunciados de dicha GPC en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) de EsSalud (Lima, Perú). **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, que analizó la base de datos de todos los pacientes que acudieron al servicio de emergencia del HNERM con sospecha de HDA y fueron programados para endoscopia entre el 19 de octubre del 2019 y el 15 de abril del 2020. Se incluyó a aquellos con ≥ 18 años de edad. Esta base contiene las principales características de la historia clínica estandarizada para pacientes con HDA. Se evaluó el cumplimiento de 13 de los 34 enunciados de la GPC de EsSalud. Los resultados se presentaron descriptivamente, y se evaluaron los factores asociados al cumplimiento de los enunciados con inadecuada adherencia ($< 80\%$) y con más de 100 participantes evaluados. **Resultados:** Se obtuvieron datos de 184 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión (varones: 59,8%, mediana de edad: 70 años). El rango de adherencia a los 13 enunciados fue de 63,2% a 99,5%. Sólo dos enunciados tuvieron adherencia inadecuada ($< 80\%$). El enunciado con menor adherencia fue la recomendación de realizar transfusión restrictiva. Se encontró que el cumplimiento de esta recomendación fue menor en quienes tuvieron mayor puntaje en el índice de Glasgow-Blatchford, relación urea creatinina > 60 , y menor hemoglobina al ingreso. **Conclusión:** De los 13 enunciados evaluados, 11 tuvieron una adherencia adecuada. Resulta importante profundizar en los motivos por los cuales la adherencia no es adecuada para algunos enunciados, y valorar estrategias para aumentar esta adherencia.

Palabras clave: Hemorragia gastrointestinal; Guía de práctica clínica; Medicina basada en la evidencia (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: In 2018, the Clinical Practice Guideline (CPG) for the Evaluation and Management of upper gastrointestinal bleeding (UGB) was published by the Social Security of Peru (EsSalud). It provides evidence-based statements to optimize the management of these patients. **Objective:** To evaluate the adherence to the statements of the CPG at the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital (HNERM) of EsSalud (Lima, Peru). **Materials and methods:** Retrospective study, which analyzed the database of all patients who came to the HNERM emergency service with suspected UGB and were scheduled for endoscopy between October 19, 2019 and April 15, 2020. We included those with ≥ 18 years of age. This database contains the main characteristics of the standardized medical history for patients with UGB. Compliance with 13 of the 34 statements of the EsSalud CPG was evaluated. The results were presented descriptively, and the factors associated with compliance with the statements with insufficient adherence ($< 80\%$) and with more than 100 evaluated participants were evaluated. **Results:** Data were obtained from 184 patients who met the inclusion criteria (men: 59.8%, median age: 70 years). The range of adherence to the 13 statements was from 63.2% to 99.5%. Only two statements had insufficient adherence ($< 80\%$). The statement with the least adherence was the recommendation to perform a restrictive transfusion. Noncompliance with this recommendation was found to be lower in those who had a higher score on the Glasgow-Blatchford index, a urea creatinine ratio > 60 , and a lower hemoglobin on admission. **Conclusion:** Of the 13 statements evaluated, 11 had satisfactory adherence. It is important to explore the reasons why adherence is not adequate for some statements, and to evaluate methods to increase this adherence. **Keywords:** Gastrointestinal hemorrhage; Practice guideline; Evidence-based medicine (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una patología frecuente en el departamento de emergencias. A nivel mundial, se observa una incidencia anual que varía

entre 19,4 a 57,0 por cada 100 000 habitantes⁽¹⁾. Ante un paciente con sospecha HDA, el personal de salud debe enfrentarse a varias decisiones, como cuál será el manejo médico, si deberá hacer una endoscopia, qué terapia endoscópica usar, entre otras. La evidencia

Citar como: Benites-Goñi H, Brañez-Condorena A, Monge-Del Valle F, Medina-Morales B, Cárdenas-Vela I, Asencios-Cusihualpa J, et al. Adherencia a la guía de práctica clínica institucional sobre hemorragia digestiva alta, en un hospital de Lima - Perú. Rev Gastroenterol Peru. 2020;40(2):115-26

científica ha permitido que se brinden recomendaciones sobre estos aspectos, a fin de optimizar el manejo con un adecuado uso de recursos ^(2,3).

En Perú, en el año 2018, se publicó la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la Evaluación y el Manejo de la HDA del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) ⁽⁴⁾. Esta GPC ofrece directrices basadas en evidencias, cuyo cumplimiento puede mejorar el pronóstico de los pacientes.

Resulta importante evaluar el cumplimiento de los enunciados basados en evidencias, para entender qué dificultades se tienen al respecto, identificar puntos susceptibles de mejora, y planificar intervenciones de implementación; con el fin último de mejorar la calidad de atención. Por ello, el presente estudio busca evaluar la adherencia a dicha GPC en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) de EsSalud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y participantes

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, que analizó la base de datos de los pacientes ≥ 18 años de edad que acudieron al servicio de emergencia del HNERM (Lima, Perú) con sospecha de HDA entre el 19 de octubre del 2019 y el 15 de abril del 2020, y que fueron programados para endoscopia. Se incluyó sólo a aquellos pacientes con 18 o más años de edad.

Ámbito

En Perú, el sistema de salud está dividido en varios sectores, siendo los principales el Ministerio de Salud y EsSalud, que cubren el 60% y el 30% de la población, respectivamente ⁽⁵⁾. EsSalud depende del Ministerio de Trabajo y brinda prestaciones de salud mayormente a los asegurados (personas que son o han sido trabajadores formales, por lo cual han aportado al seguro) y sus derechohabientes. EsSalud cuenta con diversos establecimientos de salud. El hospital que cuenta con mayor capacidad para pacientes y el principal centro de referencia nacional es el HNERM, ubicado en Lima (la ciudad capital del Perú).

En el HNERM, los pacientes que acuden con sospecha de HDA son evaluados por la Unidad de Hemorragia Digestiva (UHD); la cual fue creada hace 25 años y actualmente cuenta con más de 20 médicos gastroenterólogos y personal de enfermería especializado, así como con el equipamiento necesario para la atención de pacientes con hemorragia digestiva.

La GPC de EsSalud para la evaluación y el manejo de HDA fue elaborada por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de EsSalud,

usando la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), y un balance explícito de beneficios, daños, costos, factibilidad y aceptabilidad. En diciembre del 2017 se publicó en la página web de IETSI tres documentos: versión en extenso ⁽⁶⁾, anexos ⁽⁷⁾ y versión corta ⁽⁸⁾. Asimismo, en marzo del 2018 se publicó su versión en artículo científico en la revista de la Sociedad de Gastroenterología del Perú ⁽⁴⁾. Si bien esta GPC fue enviada a las entidades prestadoras de servicios de salud de EsSalud, y los gastroenterólogos del HNERM y otros hospitales de la institución suelen usarla durante sus actividades académicas, no se ha realizado un proceso de implementación formal de esta GPC.

Procedimientos y variables

En la UHD del HNERM, en noviembre del 2019 se elaboró e implementó un formato de historia clínica estandarizada para pacientes que acuden con sospecha de HDA y son programados para endoscopia; en base al consenso entre los gastroenterólogos y a los principales temas abordados por la GPC de HDA (Anexo 1). Las principales variables de dicha historia clínica estandarizada son digitadas en la base de datos de la UHD, que es usada para realizar el seguimiento de los pacientes.

Usando esta base de datos, se evaluó la adherencia a la "Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), 2018". Esta GPC emitió 34 enunciados: 10 recomendaciones (emitidas dentro de un enfoque basado en evidencias) y 24 puntos de buena práctica clínica (BPC) (emitidos por consenso de expertos). De estos, se evaluó la adherencia de 13 enunciados (8 recomendaciones y 5 BPC), priorizados por su importancia y su factibilidad de evaluación.

Se analizaron las siguientes variables de la base de datos de la UHD:

- Demográficas (edad, sexo, referencia, comorbilidades y medicamentos).
- Pre endoscópicas (forma de presentación, parámetros clínicos, manejo, fecha/hora de ingreso a emergencias HNERM, fecha/hora de inicio de endoscopia por UHD).
- Durante la endoscopia (realización de la endoscopia (si la hubo), turno de realización de la endoscopia, hallazgos endoscópicos, identificación del tipo de HDA, terapia hemostática utilizada (si la hubo).
- Puntaje del Índice de Glasgow-Blatchford antes del procedimiento endoscópico, que permite identificar la necesidad de endoscopia o el riesgo de fallecer debido a la hemorragia ⁽⁹⁾.
- Puntaje del Índice completo de Rockall luego de la endoscopia, que permite evaluar el riesgo de resangrado y mortalidad ⁽¹⁰⁾.

Para definir la adherencia se determinó el porcentaje de cumplimiento para cada enunciado priorizado, considerando como inadecuada adherencia si se cumplió en menos del 80% de los pacientes, y una adherencia adecuada cuando se dio en más del 80%.

Análisis estadísticos

La base de datos de pacientes con sospecha de HDA fue descargada (sin incluir las variables identificadoras de los pacientes) en un formato de Microsoft Excel. El análisis estadístico se realizó en Stata v.14. Las variables categóricas fueron expresadas usando frecuencias y porcentajes, y las variables numéricas fueron expresadas usando medidas de tendencia central y de dispersión. Se obtuvo el porcentaje de cumplimiento para cada enunciado priorizado.

Tabla 1. Características demográficas y pre endoscópicas de los pacientes incluidos en el estudio (n=184).

Características	N (%)
Edad (años)*	70 (60 - 80)
Sexo	
Femenino	74 (40,2)
Masculino	110 (59,8)
Referido de otro establecimiento	48 (26,1)
Comorbilidades	
Cirrosis hepática	61 (33,2)
HDA previa	59 (32,1)
Otros	122 (66,3)
Consumo de antiagregantes, anticoagulantes	26 (14,1)
Forma de presentación de sospecha de HDA	
Melena	137 (74,5)
Hematemesis	70 (38,0)
Hematoquezia con índice de shock (frecuencia cardíaca/presión arterial sistólica) ≥ 1 , o con relación BUN/creatinina > 30	21 (11,4)
Otros	141 (76,6)
Índice Glasgow-Blatchford*	12,4 \pm 3,6 (11 - 15)
Parámetros clínicos iniciales	
Presión arterial sistólica (mmHg)*	100 (90 - 120)
Hemoglobina al ingreso (g/dL)**	8,3 \pm 2,4 (2,8 - 15,4)
Plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{L}$)*	180 (114 - 242)
Tiempo de protrombina (segundos)*	13,39 (12,0 - 15,9)
Transfusión de paquetes globulares	104 (56,5)
Tiempo desde el ingreso a emergencias hasta la realización de endoscopia (horas)**	10,4 (7,0 - 17,6)

HDA: Hemorragia digestiva alta; BUN: Nitrógeno ureico en sangre
*Mediana (rango intercuartílico), **Media \pm DS (rango)

Además, se evaluaron los factores asociados al cumplimiento de los enunciados con inadecuada adherencia ($< 80\%$) y más de 100 participantes evaluados (para poder realizar el análisis correspondiente). Para ello se calcularon riesgos relativos (RR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) usando regresiones de Poisson crudas y ajustadas con varianza robusta. Se consideró un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Tabla 2. Características endoscópicas de los pacientes incluidos en el estudio (n=184).

Características	N (%)
Turno de realización de la endoscopia	
8 am - 8 pm	148 (80,4)
8 pm - 8 am	36 (19,6)
Hallazgos endoscópicos	
Tipo de lesión	
Úlceras	110 (59,8)
Várices esofágicas	37 (20,1)
Várices gástricas	13 (7,1)
Neoplasia	6 (3,3)
Vascular (Dieulafoy, Angiodisplasia)	6 (3,3)
Síndrome de Mallory-Weiss	4 (2,2)
Otros	20 (10,9)
Ubicación	
Esófago	44 (23,9)
Estómago	84 (45,7)
Duodeno	49 (26,6)
Tipo de HDA	
No variceal	127 (69,0)
Variceal	48 (26,1)
Examen insuficiente	9 (4,9)
Terapia endoscópica	110 (59,8)
En HDA no variceal**	
Terapia dual (adrenalina más otra terapia endoscópica adicional)	48 (75,0)
Terapia única (sin adrenalina)	16 (25,0)
En HDA variceal	
Ligadura con bandas	30 (66,67)
Escleroterapia	2 (4,44)
Cianoacrilato	3 (28,89)
Índice completo de Rockall*	4,8 \pm 2,3 (0 - 9)

HDA: Hemorragia digestiva alta. *Media \pm DS (rango)

**HDA no variceal incluyendo úlceras pépticas y otras etiologías no relacionadas a sangrado por várices.

Aspectos éticos

Este estudio, que consistió en un análisis secundario de una base de datos, fue aprobado por el Comité de Ética de EsSalud antes de su ejecución. Además, se mantuvo la confidencialidad de la información de los pacientes registrados.

RESULTADOS

Características de los participantes

Durante el periodo evaluado, en el HNERM fueron atendidos 184 pacientes de 18 o más años de edad, programados para endoscopia por sospecha de HDA. De estos, 110 (59,8%) fueron varones. La mediana de edad de los pacientes fue 70 años. El 26,1% de pacientes fue referido de otro establecimiento. Como antecedentes relevantes, el 33,2% de pacientes tuvo cirrosis hepática y el 32,1% HDA previa. Entre las características pre endoscópicas, el síntoma más frecuente fue melena en 137 (74,5%) pacientes. El promedio del Índice de Glasgow-Blatchford fue 12,4 puntos, el promedio de la hemoglobina al ingreso fue 8,3 g/dL, y la mediana de tiempo desde el ingreso

al servicio de emergencia hasta la realización de la endoscopia fue 10,4 horas (Tabla 1).

Entre las características endoscópicas, la mayoría de las endoscopias (80,4%) se realizó en el turno diurno (entre 8 am y 8 pm). El hallazgo endoscópico más frecuente fue el de úlceras en 110 (59,8%) pacientes. Se identificó que 127 (69,0%) pacientes tuvieron HDA no variceal, 48 (26,1%) tuvieron HDA variceal, y en 9 (4,9%) pacientes no se pudo identificar la causa de la hemorragia. Se realizó terapia endoscópica a 110 (59,8%) pacientes, entre estos, el 75,0% de los pacientes con HDA no variceal recibió terapia dual, mientras que al 66,7% de los pacientes con HDA variceal se les realizó ligadura con bandas. El promedio del Índice completo de Rockall fue 4,8 puntos (Tabla 2).

Adherencia de los enunciados priorizados

Para entender mejor los 13 enunciados priorizados para la evaluación de adherencia, estos se han resumido en un flujograma (Figura 1). Cabe resaltar que este flujograma no incluye todos los enunciados de la GPC, sino sólo los priorizados para el estudio.

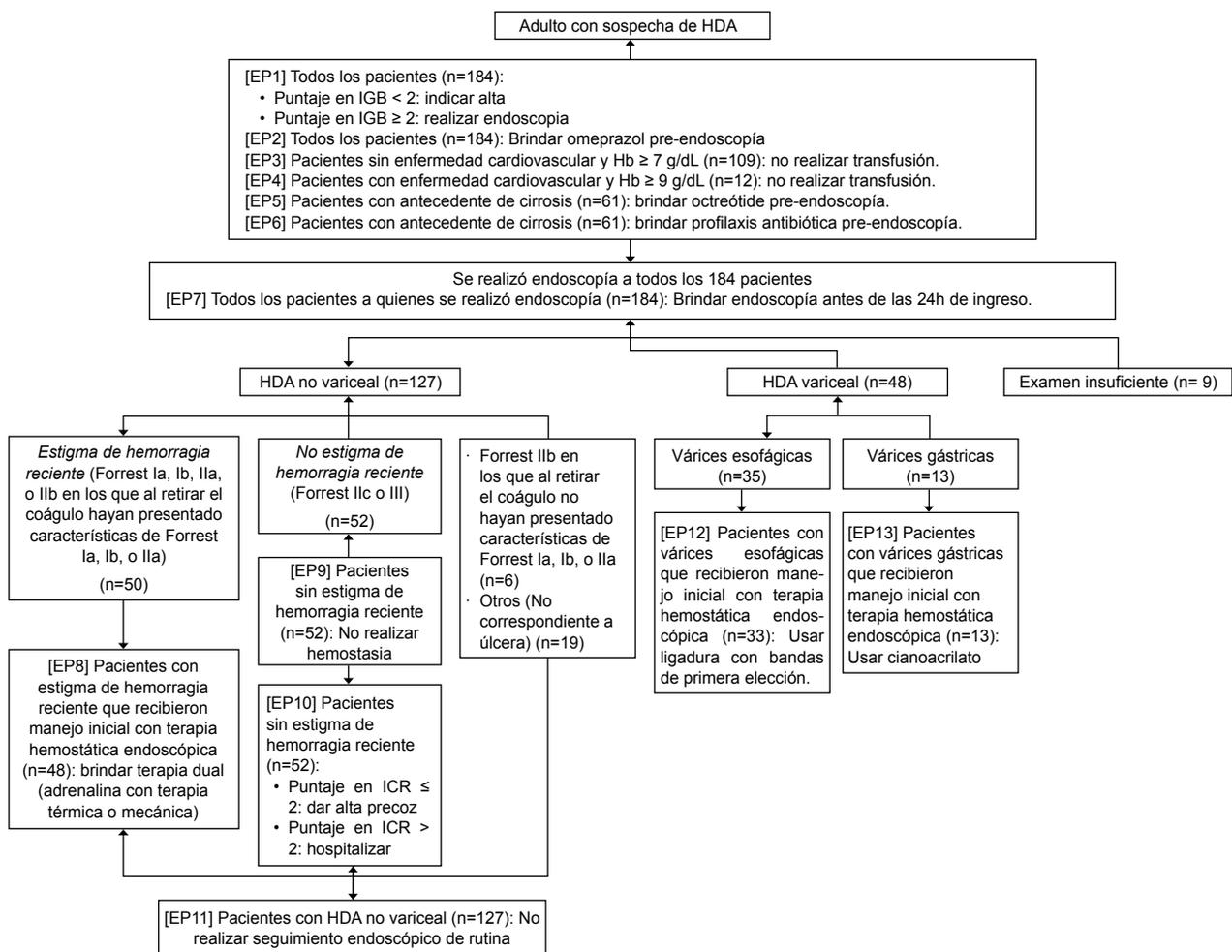


Figura 1. Flujograma de los enunciados priorizados de la GPC de hemorragia digestiva alta de EsSalud. HDA: Hemorragia digestiva alta, IGP: Índice de Glasgow-Blatchford, Hb: hemoglobina al ingreso, ICR: Índice completo de Rockall.

Los enunciados fueron evaluados para poblaciones entre 12 a 184 pacientes (debido a que cada enunciado correspondía a una subpoblación diferente); y tuvieron una adherencia entre 63,2 a 99,5%. El enunciado priorizado 1 fue el de mayor adherencia durante el tiempo total de seguimiento (99,5%). De los 13 enunciados priorizados, 11 tuvieron adecuada adherencia ($\geq 80\%$) y dos tuvieron adherencia inadecuada ($< 80\%$) (Tabla 3). En relación al enunciado 8, en 42 de 48 pacientes con úlcera con estigma de hemorragia reciente (Forrest Ia, Ib, IIa y IIb en los que al retirar el coágulo hayan presentado características de Forrest Ia, Ib, o IIa) se realizó terapia dual. En 6 casos sólo se aplicó monoterapia térmica con argón plasma, 5 de los cuales eran úlceras pépticas Forrest IIa y una Forrest Ib.

Se planteó evaluar los factores asociados al cumplimiento de los enunciados priorizados con inadecuada adherencia que hayan sido evaluados en al menos 100 personas. De los dos enunciados con

inadecuada adherencia, el enunciado 3 fue evaluado en 109 personas y el enunciado 10 fue evaluado en 52 personas; por lo cual sólo se realizó este análisis para el enunciado 3. Se encontró que el cumplimiento del enunciado priorizado 3 (No realizar transfusión de glóbulos rojos en pacientes sin enfermedad cardiovascular y con resultado de hemoglobina ≥ 7 g/dL) fue menor en quienes tuvieron mayor puntaje en el índice de Glasgow-Blatchford (es decir, quienes tuvieron peores características clínicas al ingreso), en quienes tuvieron una relación urea creatinina mayor a 60 y en quienes tuvieron menor hemoglobina al ingreso (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Adherencia a enunciados de la GPC

El presente estudio ha evaluado la adherencia a 13 de los 34 enunciados de la GPC de HDA de EsSalud, en un hospital peruano. Los enunciados de

Tabla 3. Adherencia a enunciados (recomendaciones o puntos de buena práctica clínica) priorizados (n=184).

Enunciado	Población	Indicación	Total
[EP1]* RD	Pacientes con resultado en el Índice de Glasgow-Blatchford (n=184)	Si tienen IGB < 2 , dar alta, y si tienen IGB ≥ 2 , realizar endoscopia	183 / 184 = 99,5%
[EP2]* RD	Pacientes a los que se realizó endoscopia (n=184)	Brindar omeprazol IV 80 mg en bolo	168 / 184 = 91,3%
[EP3]* RF	Pacientes sin enfermedad cardiovascular y con resultado de hemoglobina ≥ 7 g/dL (n=109)	No realizar transfusión de glóbulos rojos	69 / 109 = 63,3%
[EP4]* BPC	Pacientes con enfermedad cardiovascular y con resultado de hemoglobina ≥ 9 g/dL (n=12)	No realizar transfusión de glóbulos rojos	10 / 12 = 83,3%
[EP5]* BPC	Pacientes con sospecha de HDA variceal (n=61)**	Brindar octreótide 0.2 mg/mL IV en bolo de 50 microgramos	52 / 61 = 85,3%
[EP6]* RF	Pacientes con sospecha de HDA variceal (n=61) **	Administrar profilaxis antibiótica	55 / 61 = 90,2%
[EP7]* BPC	Pacientes a los que se realizó endoscopia (n=184)	Realizar la endoscopia dentro de las 24 horas post-ingreso	158 / 184 = 85,9%
[EP8] RF	Pacientes con HDA no variceal por úlcera con estigma de hemorragia reciente (Forrest Ia, Ib, IIa sin incluir IIb) a los que se realizó primera terapia endoscópica (n=48)	Brindar terapia dual (adrenalina más otra terapia endoscópica adicional)	42 / 48 = 87,5%
[EP9] BPC	Pacientes con HDA no variceal por úlcera sin estigma de hemorragia reciente (Forrest IIc, III sin incluir IIb) al realizar primera endoscopia (n=52)	No realizar hemostasia endoscópica	50 / 52 = 96,2%
[EP10] BPC	Pacientes con HDA no variceal por úlcera sin estigma de hemorragia reciente (Forrest IIc, III sin incluir IIb) al realizar primera endoscopia con resultado del índice completo de Rockall (n=52)	Si tienen ICR ≤ 2 , dar alta precoz luego de endoscopia, y si tienen ICR > 2 no dar alta	36 / 52 = 69,2%
[EP11] RD	Pacientes con HDA no variceal a los que se realizó endoscopia (n=127)	No realizar seguimiento endoscópico de rutina	120 / 127 = 94,5%
[EP12] RF	Pacientes con HDA de várices esofágicas a los que se realizó primera terapia endoscópica (n=32)	Usar ligadura con bandas en primera endoscopia	29 / 32 = 90,6%
[EP13] RF	Pacientes con HDA de várices gástricas a los que se realizó primera terapia endoscópica (n=13)	Usar de cianoacrilato en primera endoscopia	12 / 13 = 92,3%

EP: Enunciado priorizado, RF: Recomendación fuerte, RD: Recomendación débil, BPC: Punto de buena práctica clínica, IGB: Índice de Glasgow-Blatchford, IV: intravenoso, HDA: Hemorragia digestiva alta, ICR: Índice Completo de Rockall

*Evaluado antes de la endoscopia

**La sospecha de HDA variceal fue definida como tener antecedente de cirrosis

Tabla 4. Factores asociados a la adherencia del enunciado priorizado 3: en pacientes sin enfermedad cardiovascular y con resultado de hemoglobina ≥ 7 g/dL, no realizar transfusión de glóbulos rojos (n=109).

Variables	No adherencia n=40 (%)	Adherencia n=69 (%)	RR (IC 95%)	RRa (IC 95%)
Edad				
21 a 61 años	11 (28,2)	28 (71,8)	Ref,	
62 a 74 años	15 (44,1)	19 (55,9)	0,78 (0,54 a 1,11)	
75 a 92 años	14 (38,9)	22 (61,1)	0,85 (0,61 a 1,18)	
Sexo				
Femenino	20 (45,5)	24 (54,6)	Ref,	Ref,
Masculino	20 (30,8)	45 (69,2)	1,27 (0,93 a 1,74)	1,21 (0,91 a 1,60)
Referido de otro establecimiento				
No	25 (31,3)	55 (68,8)	Ref,	Ref,
Si	15 (51,7)	14 (48,3)	0,7 (0,47 a 1,05)	0,87 (0,61 a 1,25)
Consumo de antiagregantes o anticoagulantes				
No	36 (36,0)	64 (64,0)	Ref,	
Si	4 (44,4)	5 (55,6)	0,87 (0,47 a 1,59)	
Forma de presentación				
Melena				
No	13 (43,3)	17 (56,7)	Ref,	
Si	27 (34,2)	52 (65,8)	1,16 (0,82 a 1,65)	
Hematemesis				
No	16 (25,4)	47 (74,6)	Ref,	Ref,
Si	24 (52,2)	22 (47,8)	0,64 (0,46 a 0,90)	0,75 (0,55 a 1,02)
Hematoquezia				
No	33 (34,0)	64 (66,0)	Ref,	Ref,
Si	7 (58,3)	5 (41,7)	0,63 (0,32 a 1,26)	1,13 (0,45 a 2,85)
Índice Glasgow-Blatchford				
1 a 11 puntos	8 (16,7)	40 (83,3)	Ref,	Ref,
12 a 14 puntos	14 (40,0)	21 (60,0)	0,72 (0,53 a 0,97)	1,02 (0,69 a 1,50)
15 a 18 puntos	18 (69,2)	8 (30,8)	0,37 (0,20 a 0,67)	0,50 (0,26 a 0,96)
Parámetros clínicos iniciales				
Presión arterial sistólica				
70 a 100 mmHg	26 (48,2)	28 (51,9)	Ref,	Ref,
101 a 120 mmHg	7 (23,3)	12 (76,7)	1,48 (1,07 a 2,05)	1,29 (0,95 a 1,77)
121 a 220 mmHg	7 (28,0)	18 (72,0)	1,39 (0,97 a 1,98)	1,13 (0,82 a 1,57)
Hemoglobina al ingreso				
7.0 a 8.3 g/dL	24 (61,5)	15 (38,5)	Ref,	Ref,
8.4 a 9.9 g/dL	14 (38,9)	22 (61,1)	1,59 (0,99 a 2,56)	1,48 (0,95 a 2,30)
10.0 a 15.4 g/dL	2 (5,9)	32 (94,1)	2,45 (1,63 a 3,68)	1,80 (1,14 a 2,87)
Plaquetas				
37 a 124 x103/ μ L	19 (51,4)	18 (48,7)	Ref,	Ref,
125 a 219 x103/ μ L	12 (33,3)	24 (66,7)	1,37 (0,91 a 2,06)	0,78 (0,54 a 1,14)
220 a 984 x103/ μ L	9 (25,0)	27 (75,0)	1,54 (1,05 a 2,26)	0,89 (0,62 a 1,29)
Tiempo de protrombina				
10.0 a 12.0 segundos	8 (22,2)	28 (77,8)	Ref,	Ref,
12.01 a 14.8 segundos	12 (33,3)	24 (66,7)	0,86 (0,64 a 1,15)	0,93 (0,70 a 1,23)
14.81 a 31.68 segundos	20 (55,6)	16 (44,4)	0,57 (0,38 a 0,86)	0,80 (0,52 a 1,22)
Relación urea/creatinina				
≤ 60	17 (48,6)	18 (51,4)	Ref,	Ref,
> 60	22 (31,0)	49 (69,0)	1,34 (0,94 a 1,92)	1,42 (1,02 a 1,97)

RR: riesgos relativos crudos, RRa: riesgos relativos ajustados, HDA: Hemorragia digestiva alta

esta GPC pudieron ser: recomendaciones fuertes, recomendaciones débiles o BPC. Las recomendaciones fuertes tienen un balance claro, por lo cual deberían ser seguidas a menos que exista alguna contraindicación. Las recomendaciones débiles van a ser seguidas en la mayoría de los casos, pero la decisión podría individualizarse en algunos pacientes. En tanto que los BPC, al ser consensos, van a depender del juicio médico. Para este trabajo, definimos un nivel óptimo de cumplimiento para cada enunciado en más del 80% (adherencia adecuada), asumiendo un 20% de casos en los cuales las características del paciente pueden haber causado que el médico tome otra decisión.

Encontramos que la adherencia a la mayoría de los enunciados evaluados (11/13) fue adecuada (> 80% de cumplimiento). Esto puede deberse a que se trata de prácticas estandarizadas en gastroenterólogos del HNERM, y a que dicho hospital cuenta con los equipos y el personal necesarios para realizarlos. Además, aunque la GPC de HDA de EsSalud no ha sido implementada formalmente, sí ha sido enviada a todos los hospitales de EsSalud y ha sido revisada en las actividades académicas del servicio de Gastroenterología del HNERM, lo cual puede haber influenciado en la práctica de los gastroenterólogos. Estudios previos sobre la adherencia a guías de HDA han evaluado distintos enunciados, por lo cual la comparación general resulta difícil ⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

Transfusión

Los dos enunciados que tuvieron un cumplimiento inadecuado estuvieron relacionados a la transfusión sanguínea restrictiva y al uso del índice completo de Rockall para definir alta post-endoscopia.

En cuanto a la transfusión sanguínea en pacientes sin enfermedad cardiovascular, la GPC de EsSalud ⁽⁴⁾, así como otras guías internacionales ^(2,19) recomiendan una estrategia de transfusión restrictiva (transfundir solo cuando la hemoglobina sea menor a 7 gr/dl) en lugar de una transfusión liberal, debido a que se ha encontrado que presenta una menor mortalidad global y una menor tasa de resangrado ⁽²⁰⁾. Este enunciado fue el que tuvo menos adherencia entre los evaluados, cumpliéndose solo en el 63,3% de los pacientes sin enfermedad cardiovascular.

El alto incumplimiento encontrado para este enunciado puede deberse al desconocimiento de la evidencia que encuentra que la transfusión liberal parece asociarse a mayor mortalidad, a que fisiopatológicamente puede parecer más beneficioso para el paciente realizar una transfusión en función de la pérdida estimada de volumen sanguíneo, y a que el cuadro clínico del paciente haga que el gastroenterólogo se preocupe más por las complicaciones inmediatas durante el procedimiento endoscópico que por las potenciales complicaciones posteriores.

En concordancia, la frecuencia de incumplimiento de este enunciado fue mayor para pacientes con mayor puntaje en el índice de Glasgow-Blatchford, mayor disociación de la relación urea creatinina y menor hemoglobina al ingreso. Esto sugiere que, ante pacientes con aparente mayor gravedad, el médico puede tener un mayor temor por el desarrollo de complicaciones durante el procedimiento (como hipotensión o muerte), por lo que es más probable que decida realizar transfusión liberal.

Índice completo de Rockall

El índice completo de Rockall ayuda a estimar el riesgo de resangrado y mortalidad en pacientes con HDA no variceal luego de una endoscopia ^(10,21). Los pacientes con una puntuación ≤ 2 tienen muy bajo riesgo de complicaciones, por lo cual mayormente podrían ser manejados en el ámbito ambulatorio ⁽²¹⁾, reduciendo su estancia hospitalaria, lo cual a su vez disminuye la posibilidad de infecciones intrahospitalarias y el uso de recursos sanitarios.

La adherencia a este enunciado fue de 69,2%, lo cual puede deberse a una escasa confianza de los gastroenterólogos en la utilidad predictiva de estos índices, como se ha reportado anteriormente ⁽¹³⁾, y a que la decisión de hospitalización se toma luego de analizar varios factores como la apariencia endoscópica de la lesión (clasificación de Forrest) y la estabilidad hemodinámica, más que sólo tomando en cuenta el valor de una escala ⁽¹²⁾, siendo una decisión difícil en nuestra población, donde la mediana de edad es de 70 años, por lo que se optaría por un monitoreo más cercano antes del alta. Si bien se espera algo de variabilidad clínica debido a que este enunciado fue una BPC, futuros estudios deberán evaluar a profundidad si es que estos pacientes realmente ameritan un mayor tiempo de hospitalización.

Terapia dual

Una recomendación que logró pasar la valla del 80%, pero en la cual se esperaba una mayor adherencia, fue el uso de terapia dual. Encontramos que el 87,5% (42/48) de los pacientes con HDA por úlcera péptica que fueron sometidos a tratamiento endoscópico, recibieron terapia dual (adrenalina junto con algún método hemostático endoscópico). La terapia dual para el manejo de HDA por úlcera péptica ha demostrado beneficio significativo en la prevención de resangrado en comparación a la monoterapia con adrenalina, sin un incremento relevante en el riesgo de eventos adversos ⁽²²⁻²⁴⁾. Estudios realizados en otros países reportan porcentajes muy bajos de uso de terapia combinada para la hemostasia de úlceras con estigmas de alto riesgo, con datos de 25,5% en un estudio canadiense ⁽¹⁵⁾ y 14,6% (51/349) en un estudio francés ⁽¹⁸⁾.

Si bien encontramos una adecuada adherencia a este enunciado, es de extrañar que no sea mayor, puesto que los beneficios son claros. Esto podría deberse a falta de entrenamiento del endoscopista o del personal que asiste en la endoscopia, o escasez del material necesario para realizar la hemostasia. Otra razón puede ser que se haya estado siguiendo recomendaciones de otras fuentes como la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal, la cual admite el uso de terapia mecánica, térmica o inyectoterapia con esclerosante como monoterapia o asociadas a adrenalina en úlceras Forrest IIa⁽²⁾. De hecho, en 5 de los 6 pacientes en los que se utilizó monoterapia térmica en lugar de terapia dual, se encontraron úlceras pépticas Forrest IIa.

Limitaciones y fortalezas

En cuanto a las limitaciones de este estudio, es necesario tener en cuenta que, al ser un análisis secundario de una base de datos, es posible que algunos registros no hayan sido adecuadamente llenados. Sin embargo, esta base de datos es usualmente llenada por un médico y revisada por otro médico, para asegurar la veracidad de los datos. Asimismo, es importante recalcar que este estudio fue realizado en un hospital que suele contar con el personal y los equipos necesarios para cumplir con un procedimiento óptimo, por lo que nuestros resultados podrían no extrapolarse a otros hospitales peruanos.

Este es el primer estudio que ha evaluado la adherencia a recomendaciones de una GPC basada en evidencias para HDA en Perú, analizando los datos de todas las atenciones realizadas en el periodo evaluado. Nuestros resultados arrojan luces sobre un tema poco estudiado, y proporcionan una metodología factible para ser replicada en otros hospitales de nuestro contexto.

Conclusión

El presente estudio evaluó la adherencia a los enunciados de una GPC local, en pacientes con HDA sometidos a endoscopia en un hospital de referencia de Perú. Se encontró una adherencia adecuada ($\geq 80\%$) en 11 de los 13 enunciados evaluados. Los dos restantes estuvieron relacionados a la transfusión sanguínea restrictiva y al uso del índice de Rockall para decidir el alta de los pacientes.

El adecuado cumplimiento de estos enunciados (salvo algunos casos en los cuales el criterio clínico determine otro rumbo) debería optimizar el manejo de los pacientes con HDA, y disminuir su morbilidad y mortalidad. Por ello, es necesario que futuros estudios profundicen en los motivos por los cuales algunos enunciados no logran una adherencia adecuada, evalúen estrategias para aumentar la adherencia a

los enunciados de las GPC en el contexto peruano, y valoren el impacto clínico de lograr aumentar dicha adherencia.

Contribución de autoría: Harold Benites-Goñi, Fiorella Monge-del Valle y Alvaro Taype-Rondán idearon el estudio. Ana Brañez-Condorena realizó el análisis estadístico de los datos. Todos los autores participaron de la redacción del artículo y aprobaron su versión final.

Conflictos de interés: Harold Benites-Goñi, Fiorella Monge-Del Valle, Bryan Medina-Morales, Irene Cárdenas-Vela, Jairo Asencios-Cusihualpa, César Castillo-Plasencia, Paulo Bardalez-Cruz y Milagros Dávalos-Moscol son gastroenterólogos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, donde se realizó el estudio. Alvaro Taype-Rondán ha sido autor de la Guía de Práctica Clínica para la Evaluación y el Manejo de la hemorragia digestiva alta del Seguro Social de Salud del Perú, cuya adherencia se evalúa en el estudio.

Financiamiento: El presente estudio ha sido autofinanciado por los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011;84(2):102-13.
2. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015;47(10):a1-46.
3. National Institute for Health Care Excellence. Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management [Internet]. London: NICE; 2012 [citado el 2 de Junio del 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg141>
4. Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondán A, Zafra-Tanaka JH, Arcana-López E, Cervera-Caballero L, Contreras-Turin J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *Rev Gastroenterol Peru*. 2018;38:89-102.
5. World Health Organization. Peru [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado el 2 de Junio del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/workforcealliance/countries/per/en/>
6. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta. Guía en versión extensa. Lima, Perú: IETSI; 2017 [citado el 2 de Junio de 2020]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_HemorragiaDigAlta_EsSalud_ver_extensa.pdf
7. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta. Anexos. Lima, Perú: IETSI; 2017 [citado el 2 de Junio de 2020]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_HemorragiaDigAlta_EsSalud_ver_extensa.pdf
8. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta. Guía en versión corta. Lima, Perú: IETSI; 2017 [citado el 2 de Junio de 2020]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_HemorragiaDigAlta_EsSalud_ver_extensa.pdf

9. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for uppergastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000;356(9238):1318-21.
10. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. 1996;38(3):316-21.
11. Barkun AN, Bhat M, Armstrong D, Dawes M, Donner A, Enns R, et al. Effectiveness of disseminating consensus management recommendations for ulcer bleeding: a cluster randomized trial. *CMAJ*. 2013;cmaj.120095.
12. Chaparro M, Barbero A, Martín L, Esteban C, Espinosa L, De La Morena F, et al. Prospective evaluation of a clinical guideline recommending early patients discharge in bleeding peptic ulcer. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010;25(9):1525-9.
13. Hayes SM, Murray S, Dupuis M, Dawes M, Hawes IA, Barkun AN. Barriers to the implementation of practice guidelines in managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: a qualitative approach. *Can J Gastroenterol*. 2010;24(5):289-96.
14. Liang PS, Saltzman JR. A national survey on the initial management of upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol*. 2014;48(10):e93-8.
15. Lu Y, Barkun AN, Martel M. Adherence to Guidelines: A National Audit of the Management of Acute upper Gastrointestinal Bleeding. The REASON Registry. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2014;28(9):495-501.
16. Williams JG, Cheung WY, Price DE, Tansey R, Russell IT, Duane PD, et al. Clinical guidelines online: do they improve compliance? *Postgrad Med J*. 2004;80(945):415-9.
17. Yachimski PS, Farrell EA, Hunt DP, Reid AE. Proton pump inhibitors for prophylaxis of nosocomial upper gastrointestinal tract bleeding: effect of standardized guidelines on prescribing practice. *Arch Intern Med*. 2010;170(9):779-83.
18. Zeitoun J-D, Rosa-Hézode I, Chrysostalis A, Nalet B, Bour B, Arpurt J-P, et al. Epidemiology and adherence to guidelines on the management of bleeding peptic ulcer: A prospective multicenter observational study in 1140 patients. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2012;36(3):227-34.
19. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, Lau JY, Goh KL, Ho LH, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. *Gut*. 2018;67(10):1757-68.
20. Odutayo A, Desborough MJ, Trivella M, Stanley AJ, Dorée C, Collins GS, et al. Restrictive versus liberal blood transfusion for gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017;2(5):354-60.
21. Rockall TA, Devlin HB, Logan RFA, Northfield TC. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 1996;347(9009):1138-40.
22. Baracat F, Moura E, Bernardo W, Pu LZ, Mendonça E, Moura D, et al. Endoscopic hemostasis for peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Surg Endosc*. 2016;30(6):2155-68.
23. Laine L, McQuaid KR. Endoscopic therapy for bleeding ulcers: an evidence-based approach based on meta-analyses of randomized controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7(1):33-47; quiz 1-2.
24. Vergara M, Calvet X, Gisbert JP. Epinephrine injection versus epinephrine injection and a second endoscopic method in high risk bleeding ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD005584.

Correspondencia

Harold Benites-Goñi

Av. Artes Sur 599, San Borja, Lima, Perú

E-mail: harold.benites@upch.pe

ANEXO 1

FICHA DE EVALUACIÓN: HEMORRAGÍA DIGESTIVA ALTA (HDA) – ESSALUD

Indicaciones: Por favor marcar con una “x” [X] o llenar los espacios _____ con letra clara, según sea el caso

Se definirá como **sospecha de HDA** al paciente con cualquiera de los siguientes signos/síntomas evidenciados:

- [] Melena
- [] Hematemesis
- [] Vómito borbóreo
- [] SNG con contenido hemático/borbóreo
- [] Hematoquezia con índice de shock (frecuencia cardiaca/presión arterial sistólica) ≥ 1 , o con relación BUN/creatinina >30
- [] Clínica referida sugerente de HDA con caída de Hb ≥ 2 g/dL o anemia aguda

Definida la sospecha, aplicar el siguiente índice:

Índice de Glasgow-Blatchford:

Marcador de riesgo	Puntaje
Urea en sangre (mmol/L)	
≥ 6.5 a < 8.0	2
≥ 8.0 a < 10.0	3
≥ 10.0 a < 25	4
≥ 25	6
Hemoglobina (g/L) para varones	
≥ 120 a < 130	1
≥ 100 a < 120	3
< 100	6
Hemoglobina (g/L) para mujeres	
≥ 100 a < 120	1
< 100	6
Presión arterial sistólica (mm Hg)	
100 a 109	1
90 a 99	2
< 90	3
Otros marcadores	
Pulso ≥ 100 (per min)	1
Paciente con melena	1
Paciente con síncope	2
Enfermedad hepática	2
Insuficiencia cardiaca	2
Suma de puntajes:	

0 o 1 punto: Valorar alta, con indicaciones.

2 o más puntos: Solicitar evaluación por gastroenterología, de no contar con dicha especialidad, gestionar referencia.

Diagnóstico etiológico conocido, no tributario de manejo endoscópico: Si [] No []:

Cuál:

1. Nombre: _____

2. Edad (en años): _____

3. Sexo: [] Masculino [] Femenino

4. DNI: _____

5. SS: _____

6. Teléfono: _____ / _____

7. Fecha y hora de inicio de sangrado:

8. Fecha/hora ingreso a EMG HNERM:

9. Fecha y hora de atención por UHD:

10. Referido de otro establecimiento: Si [] No []

Ejm: [X] EsSalud: _____ Angamos _____, Días: <1

1 [] EsSalud: _____, Días: _____

2 [] Minsa: _____, Días: _____

3 [] Privado: _____, Días: _____

4 [] Otro: _____, Días: _____

11. Comorbilidades:

1 [] Enfermedad cardiovascular

2 [] Cirrosis

3 [] ERC-noHD / [] ERC-HD

4 [] HTA

5 [] DM

6 [] HDA previa (Dx y Fecha: _____)

7 [] Otro: _____

12. Medicación de uso reciente:

1 [] AINES

2 [] Antiagregantes. ¿Cuál?: _____

3 [] Anticoagulantes. ¿Cuál?: _____

13. Parámetros clínicos (indique si los primeros valores fueron de esta institución u otra previa al ingreso):

	HNERM	Otro centro
1 PA: _____	[]	[]
2 FC: _____	[]	[]
3 HB/HCTO (ingreso): _____ / _____	[]	[]
4 Leucocitos: _____	[]	[]
5 Plaquetas: _____	[]	[]
6 Hb más baja: _____	[]	[]
7 U/Crea: _____ / _____	[]	[]
8 TP/ INR: _____ / _____	[]	[]
9 Alb: _____	[]	[]

14. Manejo médico:

1 [] Fluidoterapia

2 [] Vasopresores. ¿Cuál?: _____

3 [] Paquetes globulares. ¿Cuántos?: _____

4 [] PFC. ¿Cuántos?: _____

5 [] IBP:

Bolo preEDA [] postEDA [] c/12h o infusión []

6 [] Octreótide:

Bolo preEDA [] postEDA [] infusión []

7 [] ATB profilaxis. ¿Cuál?: _____

8 [] Sonda Segnstaken-Blakemore

9 [] Otros: _____

15. Evaluación por otras especialidades previo a EDA: []

Especialidad/Motivo:

Intervención/Indicación:

16. Procede EDA [] No procede EDA [],

motivo: _____

17. Fecha/hora de inicio de EDA:

_____ / _____

18. Hallazgos endoscópicos (etiología del sangrado):

Tipo de lesión:

1 [] Úlcera: N°: _____ Forrest (peor): _____
 Tamaño (mayor): _____ mm
 Tamaño vaso: _____ mm

2 [] Várices esofágicas: _____ Estigma [] No estigma []

3 [] Várices gástricas: _____ Estigma [] No estigma []

4 [] Neoplasia

5 [] Vascular: Dieulafoy [] Angiodisplasia []: _____ mm

6 [] Mallory weiss []

7 [] Examen insuficiente

8 [] Otros: _____

Ubicación:

1 [] Esófago: superior [] medio [] distal []

2 [] Estómago:

Cardias [] fondo [] cuerpo [] incisura [] antro []

3 [] Duodeno:

Bulbo [] rodilla duodenal [] 2da porción []

19. Terapia endoscópica (primera endoscopia):

Si [] No []

1 [] Mecánica: Ligadura de bandas [] Hemoclips []

2 [] Térmica: APC [] Probeta caliente []

3 [] Inyectoterapia: Adrenalina [] Cianoacrilato []
 Escleroterapia []

20. Hemostasia efectiva (1ra endoscopia):

Si [] No [] Duda []

- Rockall : _____ Alta inmediata post EDA: Si [] No []

21. Resangrado luego de primera endoscopia:

Si [] No []

22. Segunda endoscopia:

Si [] No [], motivo:

1 [] Examen insuficiente

2 [] Second look

3 [] Resangrado

4 [] Otros

23. Diagnóstico se la segunda endoscopia:

1. [] Mismo diagnóstico.

2. [] Otro diagnóstico:

¿Cuál? _____

24. Terapia en segunda endoscopia:

Si [] No []

1 [] Mecánica: Ligadura de bandas [] Hemoclips []

2 [] Térmica: APC [] Probeta caliente []

3 [] Inyectoterapia: Adrenalina [] Cianoacrilato []
 Escleroterapia []

25. Hemostasia efectiva (2da endoscopia):

Si [] No [] Duda []

26. Complicaciones en EDA:

Si [] No [].

¿Cuál?: _____

27. Resangrado luego de segunda endoscopia:

Si [] No []

28. Otros manejos: TIPS [] Cirugía [] URVI []

Radioterapia []

Nueva endoscopia [], motivo:

29. Hospitalización:

- Días de hospitalización: _____

- Días con IBP EV: _____

- Días con octeotride: _____

- Días con ATB profilaxis: _____

- Días en NPO: _____

Evolución:

- [] Alta: Fecha y hora: _____

- [] UST: Horas en UST: _____

- [] UCI: Días en UCI: _____

- [] Muerte: Fecha y hora: _____

- [] Complicación intrahospitalaria: _____

30. Fecha de cita CE al alta: _____
