

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Proyecto de Investigación para optar el título de Especialista en

Gastroenterología

Modalidad: Residencia Médico

TITULO:

**“FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA
EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA - HOSPITAL
BELÉN DE TRUJILLO”**

AUTOR:

MC. JUAN OSWALDO VERGARA QUIROZ

ASESOR:

DR. NOLBERTO TAPIA SILVA

2019

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

I.- DATOS GENERALES:

1. TITULO:

“Factores de riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hemorragia digestiva alta - Hospital Belén de Trujillo, 2014 - 2018”

2. EQUIPO INVESTIGADOR:

2.1. **AUTOR:** Juan Oswaldo Vergara Quiroz, Médico Residente de Gastroenterología, Universidad Privada Antenor Orrego – Trujillo

2.2. **ASESOR:** Nolberto Tapia Silva, Médico asistencial – Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego - Trujillo

3. TIPO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

3.1. De acuerdo al objetivo que se persigue: Aplicada

3.2. De acuerdo con el periodo en que se capta la información: Retrospectivo

3.3. De acuerdo con la técnica de contrastación: De Casos y Controles

4. LINEA DE INVESTIGACION:

Hemorragia Digestiva Alta

5. UNIDAD ACADEMICA:

Facultad de Ciencias Médicas – Escuela de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo

6. LOCALIDAD E INSTITUCIÓN DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO

6.1 Localidad : Distrito de Trujillo

6.2 Institución : Hospital Belén de Trujillo

7. DURACIÓN TOTAL DE PROYECTO: seis (6) meses

7.1 Inicio : 01 de mayo del 2019

7.2 Término : 31 de octubre del 2019

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

RESUMEN

Realizaremos un estudio con la finalidad de demostrar que los factores objetivos de alto riesgo aumentan la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con sangrado gastrointestinal alto que fueron hospitalizados en el Hospital Belén - Trujillo durante el periodo 2014 al 2018; el grupo caso estará constituido por los pacientes que fallecieron por factores relacionados al sangrado digestivo alto dentro de los 7 días luego del evento y el grupo control por pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta y no fallecieron hasta los 7 días después del evento y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. El estudio será analítico, observacional, longitudinal, retrospectivo, de casos y controles. En el análisis estadístico de este estudio, usaremos la prueba de independencia ji-cuadrado (X^2) para todas las variables tipo cualitativas; las asociaciones resultantes tendrán significancia estadística si la posibilidad de cometer el error es $< 5\%$ ($p < 0,05$); Como es un estudio en la que evalúa la asociación estadística de las variables entre sí por medio de un diseño de casos-controles, se obtendrá la razón de productos cruzados (OR) para cada factor propuesto y si éstos son mayores a 1, se realizará el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

A pesar de los grandes avances tecnológicos en los últimos 10 años, la hemorragia digestiva alta (HDA) sigue siendo la principal urgencia gastroenterológica con una elevada tasa de mortalidad en todo el mundo.¹ Se estima que la incidencia de HDA varía entre 50 – 140 casos/100,00 habitantes en los distintos países del mundo, con una tasa de mortalidad que va del 08 al 14%². Ésta, según informes de investigación, está asociado a factores que presentan un pronóstico desfavorable, entre ellos, los mayores de 60 años de edad, los que vuelven a re-sangrar³, la presencia de algunas comorbilidades tales como la cirrosis hepática, diabetes mellitus, hipertensión arterial y sangrado por várices esofágicas.⁴

En el Perú, la tasa general de mortalidad, según algunos estudios, se encuentra de 9.1 a 12.9%, muy similar a la tasa de mortalidad en todo el mundo, así, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, las úlceras pépticas gástricas constituyen el 23,8% y las várices del esófago el 19,04%, las cuales demostraron ser los factores más comunes que se asocian a la mortalidad en pacientes con sangrado gastrointestinal alto.⁵

Estudios similares, sobre los factores de riesgo asociados a la mortalidad nosocomial por sangrado digestivo alto concluyeron que los pacientes que presentaban como antecedentes personales el consumo de bebidas alcohólicas en enfermedad ulcerosa péptica se asociaba al incremento del riesgo de exacerbación del sangrado e injuria hepática, la que a su vez, origina la formación de varices esofágicas con riesgo de sangrado

variceal. Asimismo, respecto al género, el sexo masculino demostró ser un factor de riesgo dos veces mayor con respecto a las mujeres .^{6,7}

Actualmente, 1 de cada 10 pacientes con hemorragia digestiva alta, han sufrido por lo menos un episodio anterior, otros reportes, informan un episodio cada 12 meses, cada 6 meses; por lo que, el antecedente de haber presentado uno o más episodios de hemorragia digestiva alta es un factor de riesgo de mortalidad intrahospitalaria.⁸

Estudios en un Hospital de Lima entre los años 2007 – 2008 sobre la validación de los parámetros del score de Rockall en pacientes con sangrado digestivo alto, los cuales se les realizó transfusión de paquetes globulares a 131 pacientes (75,69%) que ingresaron por el servicio de emergencia, concluyeron que el promedio de paquetes globulares transfundidos fue 2,58; 23 pacientes volvieron a presentar nuevo episodio de sangrado digestivo alto durante la hospitalización (tasa de 14.84%), del total, fallecieron 21 pacientes, 10 mujeres y 11 varones. La mortalidad en éste estudio fue de 12,9%.⁹

Siendo la hemorragia digestiva alta una patología gastroenterológica potencialmente mortal, para el médico representa un reto diagnóstico y terapéutico por lo que requiere la necesidad de ser diagnosticada y manejada lo más pronto posible con un abordaje terapéutico protocolizado para reducir el riesgo de mortalidad en estos pacientes.¹⁰

En el Hospital Belén de Trujillo, debido a que no contamos con estudios previos, nos planteamos el siguiente problema:

PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a mortalidad intrahospitalaria en sangrado digestivo alto?

2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA :

Corzo M, et al (Perú, 2013); Realizaron un estudio para determinar la plausibilidad biológica teniendo como factores probables de riesgo de mortalidad a 14 variables independientes, mediante el análisis logístico bivariado y multivariado. El estudio realizado fue analítico - observacional, retrospectivo, de casos - controles, en el que se analizaron a 180 pacientes, de los cuales, 45 son casos y 135 controles. Las variables en estudio, que se relacionaron estadísticamente a mortalidad por hemorragia digestiva alta fueron: el número de paquetes globulares transfundidos (OR=1,22), el ingreso al servicio de cuidados intensivos (OR=09,29), el re-sangrado (OR=05,65), la edad del paciente (OR=01,02), sangrado digestivo alto nosocomial (OR=4), la cirrosis hepática (OR=02,67), adenocarcinoma (OR=05,37) y el score de Rockall > 4 (OR=19,75). De todas éstas, el adenocarcinoma (OR=5,35), ingreso al servicio de cuidados intensivos (OR=08,29), y el score de Rockall > 4 (OR=8,43; p<0.001), al someterlas al análisis logístico multivariado, fueron las que más se asociaron estadísticamente como factores de riesgo de mortalidad.¹¹

Morales CH, et al (Colombia - 2011); En dos centros de referencia, realizaron estudios de cohortes prospectivo con 464 pacientes > de 15 años de edad. Estudiaron las siguientes factores: tratamiento y mortalidad, antecedentes, manifestaciones clínicas y factores demográficos. En este

estudio compararon las variables mencionadas con la mortalidad para determinar la asociación, resultando lo siguiente: De todos los pacientes, 359 (77,3%) acudieron por sangrado digestivo alto ocurrido fuera del hospital y 105 pacientes (22,6%), presentaron la hemorragia gastrointestinal dentro del hospital. Respecto al género, la proporción varón / mujer fue como 1,4 es a 1; siendo la edad promedio en años 57,9. La Gastroscofia se realizó dentro de las primeras 24 horas al 71,65% de pacientes que ingresaron por sangrado gastrointestinal alto; y según los reportes endoscópicos, encontraron que los factores más comunes de sangrado fueron: enfermedad variceal (10,1% de pacientes), enfermedad erosiva (34,9% de pacientes) y ulcera péptica (41%) de pacientes. Los que presentaron hemorragia durante la hospitalización atribuida a otro factor, presentaron un mayor riesgo de fallecer que aquellos que consultaron por hemorragia gastrointestinal (RR 2,4 IC 95% 1,2-4,6). La tasa de mortalidad en este estudio fue de 9,5%.¹²

Paredes JM. (Perú 2017), realizó un estudio que incluyó 240 pacientes atendidos por hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue”, con un diseño analítico – observacional, casos y controles. En este estudio, utilizaron la prueba exacta del Odds Ratio (OR). La mortalidad intrahospitalaria por HDA fue el 10% de la población, presentándose mas comúnmente en > de 60 años con un 66.7%, una razón de momios (OR) igual a 2,36, un IC al 95%: 0,97 – 5,7 y un $p < 0,05$; Así mismo, el género predominante fue el sexo masculino con el 66,67%, una razón de momios (OR) igual a 1,00 con un IC al 95%: 0,409 - 2,446 y un $p < 0,05$. El antecedente de ingesta de bebidas alcohólicas presentó una razón de

momios (OR) igual a 4,39 con un IC al 95%: 1,45-13,27 y un $p < 0,05$ (0,005), dando a conocer que aquellos que lo consumen tienen un riesgo de cuatro veces mayor de fallecer que aquellos que no lo han consumido. En aquellos pacientes con co-morbilidades el sangrado gastrointestinal alto se presentó en el 70,8%, con una razón de momios (OR) igual a 4.7, un intervalo de confianza (IC) al 95% de 1,88-11,98 y un $p < 0.05$, del cual se concluye que los pacientes con co-morbilidades presentan un riesgo de cuatro veces mayor de muerte.¹³

Basto V. (Perú 2005), realizó un estudio analítico, de caso – control, retrospectivo en pacientes con hemorragia digestiva alta ingresados al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre 1998 y 2003. El objetivo de este estudio fue determinar cuáles son los factores asociados a morbimortalidad en pacientes con HDA, cuya muestra fue seleccionada de forma aleatoria, en la que se obtuvo como casos a 104 pacientes y como controles también a 104 pacientes. Los factores de riesgo que se asociaron a mortalidad, resultaron: La enfermedad hepática crónica, con un razón de momios (OR) igual a 4.55, un intervalo de confianza (IC) entre 1.36 y 16.77; Los pacientes con várices Gastroesofágicas presentaron una razón de momios (OR) igual a OR=4.64, un intervalo de confianza (IC) entre 1.96 y 13.42, el sexo masculino presentó una razón de momios (OR) igual a 1.94, con un intervalo de confianza (IC) entre 1.08 y 3.50; el antecedente patológico de úlcera péptica por endoscopia digestiva alta OR=2.83, IC (1.16–7.07) y el antecedente personal de consumo de bebidas alcohólicas presentó una razón de momios (OR) igual a 2.47, con un intervalo de confianza (IC) entre 1.32 y 4.66.¹⁴

3. JUSTIFICACION

Actualmente, el mayor aumento de la esperanza de vida en la población general, la edad avanzada de los pacientes y sus diferentes comorbilidades inherentes, nos hace plantear el siguiente interrogante ¿En los pacientes que ingresan a los hospitales por hemorragia digestiva alta, estamos haciendo lo correcto en el diagnóstico y manejo?; Por lo tanto, el encontrar nuevos avances que nos permitan conocer cuáles son los factores asociados que aumentan la mortalidad nosocomial y conocer la magnitud de éstos, nos permitirán realizar intervenciones más eficaces y oportunas para de esta manera lograr disminuir la mortalidad en nuestra comunidad.

4. OBJETIVOS :

a. General:

- Demostrar que los factores objetivos de alto riesgo aumentan la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con sangrado digestivo alto atendidos en el servicio de hospitalización del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2014 – 2018.

b. Específicos:

- Determinar la asociación entre: la edad > a 60 años, sexo masculino, comorbilidades, episodios previos de hemorragia digestiva alta, consumo de alcohol, úlcera péptica, varices esofágicas, resangrado intrahospitalario, inestabilidad hemo-dinámica, la politransfusión de paquetes globulares y la mortalidad en sangrado digestivo alto.

- Determinar asociación ajustada entre la edad mayor a 60 años, sexo masculino, comorbilidades, episodios previos de hemorragia digestiva alta, consumo de alcohol, úlcera péptica, varices esofágicas, resangrado intrahospitalario, inestabilidad hemodinámica, la politransfusión de paquetes globulares y la mortalidad en hemorragia digestiva alta.

5. MARCO TEORICO:

La hemorragia digestiva alta es uno de los motivos de consulta más frecuente y consiste en la pérdida de sangre a nivel del tracto digestivo alto que se localiza por encima del ángulo de Treitz. Es un serio problema de salud, cuya gravedad varía desde cuadros muy agudos con inestabilidad hemodinámica, la que podría ocasionar la muerte inmediata del paciente, hasta estados de pérdida crónica de sangre ocasionando anemia crónica. En el 80% de los casos su curso es de carácter benigno por lo que no necesita de una intervención terapéutica específica; Sin embargo, el resto (20%), se presenta con cuadros más severos y altas tasas de mortalidad.¹⁵⁻¹⁶

La tasa de mortalidad por hemorragia digestiva alta varía entre el 5 a 10%.¹⁷⁻¹⁸, siendo más común en pacientes hospitalizados por otras causas, por lo que es importante identificar lo más tempranamente posible a los pacientes de alto riesgo de mortalidad para que puedan recibir el tratamiento médico más adecuado.¹⁹

Las causas de hemorragia digestiva alta (HDA) son variados y depende del grupo poblacional estudiado. Hasta el 20% de los casos, la etiología es

desconocida, a pesar de los procedimientos diagnósticos disponibles. Las causas más comunes son: la úlcera péptica (37–50), lesión aguda de la mucosa del estómago (20%) asociadas a la ingesta de AINE's, las várices gastroesofágicas (10 –15%), las coagulopatías, los politraumatizados, entre otras.^{20–21}

El sangrado digestivo alto se caracteriza clínicamente por presentar sangrado visible en forma de melena o hematemesis y tener repercusiones hemodinámicas. Éstas dos formas de hemorragia digestiva alta son las de mayor importancia y sirven para distinguir el sangrado digestivo superior del inferior tomando como punto el ángulo de Treitz.²²

El manejo de la hemorragia digestiva alta está orientada al control de la hipovolemia mediante reposición sanguínea con paquetes globulares. El tratamiento farmacológico y endoscópico, debe realizarse, si la situación lo amerita, con un rendimiento del 80 al 90%. Finalmente, el tratamiento quirúrgico, se reserva para casos más específicos ya que al ser invasivo, incrementa la mortalidad.²³

6. HIPÓTESIS:

La edad mayor a 60 años, sexo masculino, comorbilidades, episodios previos de hemorragia digestiva alta, consumo de alcohol, úlcera péptica, varices esofágicas, resangrado intrahospitalario, inestabilidad hemodinámica y la politransfusión de paquetes globulares, son factores de riesgo que incrementan la mortalidad intrahospitalaria en hemorragia digestiva alta.

7. METODOLOGÍA:

8.1 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

Población de estudio:

Las Historias Clínicas de los pacientes con sangrado digestivo alto atendidos en el Hospital Belén-Trujillo durante el período 2014 - 2018.

La población será dividida en:

CASOS: Pacientes que fallecieron por factores relacionados a la hemorragia digestiva alta dentro de los siete días posteriores al evento.

CONTROLES: Pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta y que no murieron hasta siete días luego del evento.

Criterios de inclusión:

- Pacientes > 15 años de edad
- Ingresados con diagnóstico de sangrado digestivo alto y que se sometieron a una gastroscopia.

Criterios de exclusión:

- Embarazadas
- Datos insuficientes en las historias clínicas.

Unidad de análisis:

Los pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el servicio de hospitalización del Hospital Belén-Trujillo durante el periodo 2014 – 2018 y que cumplan con los criterios de inclusión.

Unidad de muestreo:

Las historias clínicas de cada uno de los pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el servicio de hospitalización del Hospital Belén-Trujillo durante los periodos 2014 – 2018 y que cumplan con los criterios de inclusión.

Muestra:

En la determinación del tamaño de la muestra se utilizará la siguiente fórmula de caso-control:

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Donde:

n: número de casos; **m:** número de controles

c = 1 → número de controles por caso

Z_{1-α/2} = 1.96 → valor normal con 5% de error de tipo I

Z_{1-β} = 0.842 → valor normal con 20% de error de tipo II

p₁ = 0.56²⁴ → proporción de pacientes con HDA > de 60 años de edad entre los fallecidos (casos)

p₂ = 0.15²⁴ → proporción de pacientes con HDA > de 60 años de edad entre los que no fallecieron (controles)

Reemplazando se tiene: **n = 40** pacientes/grupo; es decir,

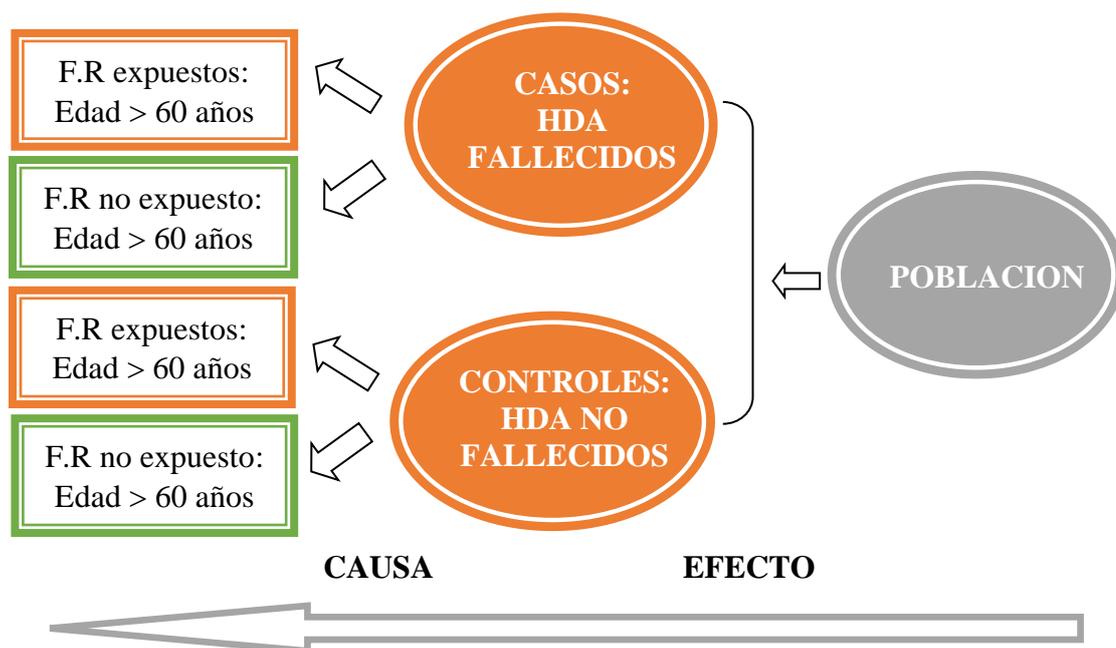
CASOS (fallecidos) : 40 pacientes.

CONTROLES (no fallecidos) : 40 pacientes.

8.2 METODOS

Tipo de estudio: Analítico, observacional, longitudinal y retrospectivo.

Diseño específico: Casos y controles.



9. ANALISIS DE VARIABLES

INDEPENDIENTE	INDICADORES	TIPO	ESCALA
1. Edad > 60 años	Historia Clínica	Cuantitativa	Nominal
2. Sexo masculino	Historia Clínica	Cualitativa	Nominal
3. Comorbilidades	Historia Clínica	Cualitativa	Nominal
4. Consumo de alcohol	Historia Clínica	Cualitativa	Nominal
5. Politransfusión de paquetes globulares	Historia Clínica	Cuantitativa	Nominal
6. Úlcera péptica	Informe de endoscopia	cualitativa	Nominal
7. Varices esofágicas	Informe de endoscopia	Cualitativa	Nominal
8. Episodios previos de HDA	Historia Clínica	Cuantitativa	Nominal
9. Resangrado intrahospitalario	Historia Clínica	Cualitativa	Nominal
10. Inestabilidad hemodinámica	Historia Clínica	Cualitativa	Nominal
DEPENDIENTE	INDICADORES	TIPO	ESCALA
Mortalidad por HDA	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa	Nominal Dicotómica

9.1 Definición operacional de variables:

- **EDAD:** Son los años cumplidos del paciente registrado en la hoja de filiación de la historia clínica, y tenemos dos grupos: Los > 60 años y los < de 60 años.

- **COMORBILIDADES:** Son los pacientes con diagnóstico consignados en la historia clínica, tales como: cirrosis hepática, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades pulmonares intersticiales, etc.
- **ULCERA PEPTICA:** Es una solución de continuidad de la mucosa gástrica que progresa hasta la muscularis mucosae.
- **VARICES ESOFAGICAS:** Presencia de cordones varicosos, azulados y tortuosos de distribución longitudinal en el esófago, confirmado por medio de la endoscopia digestiva alta.
- **CONSUMO DE ALCOHOL:** Es el consumo de bebidas alcohólicas como hábitos nocivos consignado en la historia clínica del paciente.
- **EPISODIOS PREVIOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA:** Es el número de episodios previos de hematemesis y/o melena que ha presentado el paciente en algún momento de su vida y que se encuentra registrado en la historia clínica.
- **RESANGRADO:** nuevo episodio de hemorragia digestiva alta durante la estancia hospitalaria.
- **POLITRANSFUSION:** Transfusión sanguínea de un numero de paquetes globulares mayores o iguales a 3.
- **INESTABILIDAD HEMODINAMICA:** Es el estado de shock hipovolémico que presenta el paciente en su estancia hospitalaria consignado en la historia clínica.
- **MORTALIDAD:** Pacientes que han fallecido dentro de los primeros 7 días posteriores al evento hemorrágico.

10. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS:

La recopilación de datos estará a cargo del investigador y se establecerá de la siguiente manera:

Previa autorización de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo para la ejecución del proyecto, al Hospital Belén de Trujillo para permitir el acceso a los archivos donde se ubican las historias clínicas, se obtendrán las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta durante el periodo 2014 - 2018, de donde se seleccionarán a los pacientes en dos grupos: Los casos estará constituido por los pacientes que fallecieron por factores relacionados a la hemorragia digestiva alta dentro de los 7 días luego del episodio y el grupo control por pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta y no fallecieron hasta 7 días posteriores al evento.

Los datos recogidos de las historias clínicas serán consignados en la “hoja de recolección de datos” que considera todas las variables en estudio hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudios, para posteriormente procesarlos estadísticamente.

Plan de análisis de datos:

Los datos serán consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos para luego ser procesados en una hoja de cálculo de Excel® 2019, posteriormente serán analizados con el programa SPSS 25 de Windows, los que luego serán presentados en tablas de una y doble entrada, así como en gráficos de relevancia estadística.

Estadística analítica:

Para determinar si existe asociación entre los factores de riesgo y la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta, se aplicará el test chi cuadrado. Si la posibilidad de equivocarse es menor del 5% ($p < 0.05$), las asociaciones serán consideradas como significativas.

Estadígrafo de estudio:

El nivel de asociación entre las variables y la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta estará explicado por el valor del odds ratio (OR). Se determinará el intervalo de confianza al 95% del estadígrafo que corresponde. Así mismo, para determinar cuáles fueron los factores de riesgo que más influenciaron en la mortalidad, se aplicará el análisis de regresión logística.

11. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio de investigación contará con la aprobación y autorización previa por parte de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, y el comité de ética e investigación del Hospital Belén de Trujillo.

No se requiere de consentimiento informado por ser un estudio retrospectivo de casos y controles ya que sólo se recabaran los datos consignados en las historias clínicas de los pacientes, pero se tomará en consideración las normas de la declaración de Helsinki,²⁵ la ley general de salud peruana²⁶ y el código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú,²⁷.

12. CRONOGRAMA DEL PROYECTO

N°	ACTIVIDADES	MAYO – OCTUBRE 2019					
		M	J	J	A	S	O
1	Planificación y elaboración del proyecto						
2	Evaluación y presentación del Proyecto						
3	Recolección de datos						
4	Procesamiento y análisis de datos						
5	Elaboración del informe						
6	Presentación del informe final						
7	Sustentación de tesis						

13. PRESUPUESTO:

13.1- BIENES

Código	Descripción	Cantidad	Costo Unitario (Soles)	Costo total (Soles)
2.3.1 5.12	Papel bond A4	01 millar	30.00	30.0
	Cuaderno	01	8.00	8.00
	Lapiceros	12	0.50	6.00
	Correctores	02	4.00	8.00
	Resaltadores	02	5.00	10.00
	Perforador	01	10.00	10.00
	Grapas	01 paquete	7.00	7.00
	Discos compactos	12 Unidades	2.00	24.00
SUBTOTAL				103.00

13.2- SERVICIOS

Código	Descripción	Costo por mes (en soles)	Total (en soles)
2.3.22.23	Servicio de internet	69.00	414.00
2.3.27.49	Asesoría por estadístico	200	400.00
2.3.15.1	Impresiones y copias a color	20.00	120.00
2.3.21.21	Transporte	60.00	360.00
2.3.22.21	Telefonía móvil	39.90	239.40
2.3.22.44	Tipeado	100	100
2.3.22.44	Empastado	120	120
	Revisión de Historias	-	80.00
Subtotal			1833.00

- **BIENES + SERVICIOS (TOTAL):** S/ 1936.00
- **FINANCIAMIENTO:** Recursos propios

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Eisen G, Dominitz J, Faigel D et al. An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 2001;53(7): 853 - 58.
2. Calleja J, Martínez J. Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Medicine* 2000; 8 (14): 725-35.
3. Saeed ZA, Cole RA, Ramírez FC, Schneider FE, Hepps KS, Graham DY. Endoscopic retreatment after successful initial hemostasis prevents ulcer rebleeding: a prospective randomized trial. *Endoscopy*. 1996; 28(3):288-94.
4. Alam MK. Factors affecting hospital mortality in acute upper gastro- intestinal bleeding. *Saudi J Gastroenterol*. 2000; 6(2):87-91.
5. Espinoza J, Huerta J, Lindo M, García C, Ríos S, Vila S, et al. Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima - Perú. *Rev. Gastroenterología Perú*, 2009; 29(2):111-7.
6. Lanas A, Bajador E, Serrano P, Nitro vasodilators, low-dose aspirin, other nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2000; 343 (12): 834-839
7. Hawkey C. Nonsteroidal Anti - Inflammatory Drug Gastropathy. *Gastroenterology* 2000; 119: 521.
8. Martínez A, González S A, Domínguez M. Patología Digestiva Alta en pacientes de edad avanzada con anemia ferropénica: comparación entre usuarios y no usuarios de antiinflamatorios no esteroideos. *An Med Interna (Madrid)* 2001; 18(7):17-20.
9. Jorge Espinoza Ríos, Jorge Huerta Mercado Tenorio, Mayra Lindo Ricce1, Carlos García Encinas, Sathya Ríos Matteucci1, Sandro Vila Gutiérrez, et al.

- “Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta
Lima, Rev. Gastroenterol. Perú; 2009; 29-2: 111-117
10. F. Barranco R. Principios de urgencias. Emergencias y Cuidados críticos. Edit .UNINET:2002
 11. Corzo MA, Guzmán P, Bravo EA, et al; Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público. Estudio caso control. Rev. Gastroenterol Perú. 2013; 33(3):223-9
 12. Morales CH, et al. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. REV ESP ENFERM DIG 2011; 103 (1): 20-24
 13. Paredes JM. Factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el servicio de Gastroenterología -2015. TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO, Lima – Perú 2017
 14. Basto RV et al. Factores de riesgo que incrementan la Morbi-mortalidad en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” 1980-2003. REV. GASTROENTEROL. PERÚ 2005; 25: 259-267.
 15. Rodríguez A. Hemorragia de las vías digestivas altas. Univ. Med. Bogotá Colombia 2002; 43(1).
 16. Acosta D, Rodríguez Z, Fong J. et al. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. MEDISAN [online]. 2009, Vol.13, n.2, pp. 0-0. ISSN 1029-3019.
 17. SANDERS D.S., CARTER, M.J., GOODCHAP R.J., CROSS S.S., et al. Prospective validation of the Rockall risk scoring system for upper GI hemorrhage in subgroups of patients with varices and peptic ulcers. Am J. Gastroenterol 2002; 97: 630-5.

18. CHURCH, NICHOLAS, HELEN J. DALLAL, JOHN MASSON, ASHLEY G. MOWAT et al. Validity of the Rockall scoring system after endoscopic therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective cohort study. *Gastrointest. Endosc* 2006;63; 606-612.
19. HIGHAM J, KANG J-Y, MAJEED A. Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of haemorrhage in older subjects. *Gut* 2002; 50: 460-4.
20. Feu F, Brullet E, Calvet X, y col. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26 (2): 70-85.
21. Pascual S, Griñó P, Casellas J, et al. Etiología de la hemorragia digestiva alta de origen péptico: papel de *Helicobacter pylori* y los antiinflamatorios no esteroideos. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26 (10): 630-4.
22. Gicela Portilla M. FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, 2009 [Tesis Doctoral] Cuenca Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina. Universidad de Cuenca. 2009.
23. Palomino A. Experiencias en la endoscopia de urgencia en el Sangramiento Digestivo alto. *Rev. Cub. Med Milit.*1997; 26(2): 116-121.
24. Soto LM, (Perú-2015): FACTORES PRONOSTICOS CLINICOS Y ENDOSCOPICOS DE MUERTE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2009- 2013.
25. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra, 2008.

26. Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de la salud Ley N° 29414. Perú 2009.

27. Código de Ética y Deontología. Colegio Médico del Perú 2007

ANEXO

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título:

**“FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA
EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA - HOSPITAL
BELÉN DE TRUJILLO”**

1. **Muerte por hemorragia digestiva alta:** SI () NO ()
2. **Edad > 60 años:** SI () NO ()
3. **Género:** Masculino () Femenino ()
4. **Comorbilidades:** SI ().....
No ()
5. **Episodios previos de HDA:** SI ()... NO ()
6. **Consumo de alcohol:** SI () NO ()
7. **Úlcera péptica:** SI () NO ()
8. **Varices esofágicas:** SI () NO ()
9. **Resangrado intrahospitalario:** SI () NO ()
10. **Inestabilidad hemodinámica:** SI () NO ()
11. **Politransfusión de paquetes globulares:** SI () NO ()
(≥ 3 paquetes globulares)