



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO



**PROGRAMA DE ESTUDIOS DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA HUMANA**

**"MORTALIDAD Y FRECUENCIA DE RESANGRADO USANDO LA
ESCALA AIMS 65 EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DEL
HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO 2017".**

TRABAJO ACADEMICO

PARA OPTAR EL TITULO DE:

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA

AUTOR: MEDICO CIRUJANO

DRA. DORIS RAQUEL SAUCEDO RAMOS

ASESOR: DR MARCOS MESTANZA MORON

LAMBAYEQUE – PERÚ 2018

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mi esposo, hija y hermanas (os) por estar siempre presentes, acompañarme y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por bendecir mi vida, por guiarme a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Santos Saucedo Aguilar y María Jesús Ramos Sánchez, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis metas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Gracias a mi esposo Glicerio Rafael Delgado y mi hijita Avril Antonella Rafael Saucedo. Por ser el más grande motor de mi vida y el empuje para lograr mis metas.

INDICE

I.	ASPECTO INFORMATIVO	Pag. 6
II.	ASPECTO INVESTIGATIVO	Pag. 6
1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pag. 6
2.	MARCO METODOLÓGICO	Pag 14
III.-	ASPECTO ADMINISTRATIVO	Pag. 18
IV.-	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	Pag. 20
V.-	ANEXOS	Pag. 22

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es identificar el mejor score que predice cada variable resultado (mortalidad y frecuencia de resangrado) en pacientes con hemorragia digestiva alta y de esta manera poder emplearlo en la emergencia de nuestro Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Y de esta manera poder disminuir las altas tasas de mortalidad que se vienen registrando.

ABSTRAC

The objective of this study is to identify the best score that predicts each outcome variable (mortality and frequency of rebleeding) in patients with upper gastrointestinal bleeding and thus be able to use it in the emergency of our National Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. And in this way we can reduce the high death rates that have been recorded.

I. ASPECTO INFORMATIVO

1. TITULO DE INVESTIGACION

MORTALIDAD Y FRECUENCIA DE RESANGRADO USANDO LA ESCALA AIMS 65 EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO 2017.

2. PERSONAL RESPONSABLE

Autora: Médico Residente de Gastroenterología del H.B.A.A.A; Doris Raquel Saucedo Ramos

Asesor de la especialidad: Medico Asistente de Gastroenterología del H.B.A.A.A; Marcos Mestanza Morón

3. LINEA DE INVESTIGACION: Ciencias clínicas

4. LUGAR DE EJECUCION: Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

5. FECHA DE INICIO: Mayo 2017

II. ASPECTO INVESTIGATIVO

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Situación Problemática

La hemorragia digestiva alta (HDA), se define como la que emana proximal y superior al ligamento de Treitz. Esta patología continua siendo una de las principales emergencias gastroenterológicas, con una incidencia de 100 a 170 por 100.000 adultos anualmente, con una mortalidad asociada de 5% a 14% y la de resangrado entre 10-30% en los Estados Unidos y el Reino Unido. (1)

En otros estudios es la principal causa de más de 300 000 ingresos hospitalarios al año en los Estados Unidos, con tasas de mortalidad que se estima entre el 2% y el 15% (2,3). En los países occidentales, la incidencia de hemorragia digestiva alta (HDA) es

de 100 a 150 casos por 100 000 habitantes al año o de 36 a 100 hospitalizaciones por 100 000 habitantes de la población general y además en cuanto al género es dos veces más frecuente en la población masculina respecto a la femenina. Asimismo la incidencia se incrementa marcadamente con la edad (4-6)

En nuestro país se han realizado dos estudios prospectivos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), en el primero de ellos se incluyeron pacientes con HDA variceal y no variceal y se encontró una tasa de mortalidad de 12,9% y de resangrado 14,8% (7) y en otro estudio, donde se incluyeron pacientes con HDA con etiología de úlcera péptica se halló una tasa de mortalidad y resangrado de 11,05% y 5,52% respectivamente (8).

La hemorragia digestiva alta aguda se caracteriza por múltiples factores de riesgo se han descrito para el sangrado gastrointestinal superior, incluyendo infección por *Helicobacter pylori*, el uso de medicamentos anti-inflamatorio no esteroide, enfermedad hepática crónica y medicamentos antiagregantes/anticoagulantes. Las causas más comunes de la hemorragia gastrointestinal superior incluyen: úlceras gástricas y duodenales, varices esófago-gástrica, esofagitis erosiva, gastritis erosiva, gastropatía portal, ectasia vascular, lesiones de masa y el síndrome de Mallory-Weiss (1)

Sin embargo, a pesar de los avances en la terapia médica y endoscópica en el manejo de la hemorragia digestiva alta, no se observa una disminución significativa en las tasas de mortalidad, probablemente por el aumento de la edad en la incidencia, así como las comorbilidades que ahora presentan los pacientes (9,10). Es por ello que un triaje adecuado de pacientes clasificándolos en alto y bajo riesgo permite un uso costo-efectivo de los recursos médicos, sobre ello se tienen datos de los pacientes con y sin complicaciones por HDA no variceal en los Estados Unidos los cuales tienen un promedio de estancia hospitalaria entre los 4,4 y 2,7 días y el costo de la atención fue de 5632 y 3402 dólares respectivamente (11), además dicho triaje puede lograr una mejoría en su evolución clínica al mejorar nuestra actuación en los pacientes con mayor riesgo.

1.2.- Formulación del problema

¿Cuál es el porcentaje de mortalidad y frecuencia de resangrado usando la escala AIMS 65 en los pacientes con hemorragia digestiva alta que ingresan al servicio de emergencia del H.N.A.A.A durante el 2017?

1.3.- Hipótesis

- El porcentaje de mortalidad y resangrado es alta en aquellos pacientes con hemorragia digestiva alta que presentaron una puntuación del score AIMS 65 mayor a 2.

1.4.- Objetivos:

Objetivo General

- a. Estimar el porcentaje de mortalidad y frecuencia de resangrado usando la escala AIMS 65 en los pacientes del servicio de emergencia con hemorragia digestiva alta del H.N.A.A.A, 2017.

Objetivos Específicos:

- a. Describir las características epidemiológicas de los pacientes que ingresan con hemorragia digestiva alta al servicio de emergencia del H.N.A.A.A, 2017.
- b. Describir las características clínicas de los pacientes que ingresan con hemorragia digestiva alta al servicio de emergencia del H.N.A.A.A, 2017.
- c. Evaluar la asociación entre las variables resultado (mortalidad y resangrado) y nivel de riesgo según el score AIMS 65.

1.5.- Justificación e importancia

En las salas de emergencia se encuentra latente la preocupación debido a que la hemorragia gastrointestinal superior (HDA) sigue siendo una causa significativa de ingreso en el hospital. Además de acarear altos costos y alto riesgo de complicaciones graves como resangrado o la muerte.

El uso de sistemas de puntuación del riesgo en la evaluación temprana de los pacientes que sufren de la HDA puede ser útil para distinguir el alto riesgo de los pacientes que pueden necesitar la intervención clínica y hospitalización en comparación de pacientes de bajo riesgo con una menor probabilidad de desarrollar complicaciones en el que el manejo ambulatorio puede ser considerado.

Por todo lo mencionado anteriormente es que se han desarrollado diversos tipos de scores que permiten predecir y determinar qué pacientes tienen alto riesgo de mortalidad, resangrado, necesidad de transfusión y de manejo clínico, endoscópico o

quirúrgico (12). Entre los scores creados para predecir la evolución de los pacientes que acuden por hemorragia digestiva variceal y no variceal a los servicios de un hospital tenemos a los scores de Glasgow-Blatchford, Rockall, AIMS65 como los más representativos. Todos ellos tratan de predecir el riesgo de resangrado, mortalidad y el grado de severidad de los pacientes con hemorragia digestiva alta que acuden al hospital y de esa forma tomar decisiones rápidas y adecuadas para clasificar a los pacientes con alto o bajo riesgo y de acuerdo a ello definir el área donde deben ser manejados estos pacientes (12,13).

Además tomando en cuenta que la gran mayoría de los pacientes que sufren de HDA son generalmente admitidos para la observación con o sin endoscopia superior y la endoscopia de emergencia no está disponible continuamente en muchos hospitales. De ahí que es muy útil realizar la valoración de estos pacientes para estratificar su alto o bajo riesgo de mortalidad y resangrado siendo el más asequible el score AIMS 65, la cual solo contiene parámetros clínicos y laboratoriales básicos los cuales se realizan en nuestro hospital y la valoración de la misma es poco compleja.

1.6.- Limitación y Viabilidad

La realización de este estudio es viable debido a que actualmente hay una alta incidencia de casos de HDA que ingresan a nuestro hospital y además los datos que se requieren para el score AIMS 65 se pueden obtener al ingreso del paciente al servicio de emergencia. Los parámetros que requiere son clínicos como: nivel del sensorio, edad y presión arterial sistólica, los cuales constatan en la hoja de ingreso del paciente y los laboratoriales como albumina e INR estos 2 últimos Siempre son solicitados debido a que cuando hay un ingreso de paciente con HDA; el panorama es que o ya se tiene diagnóstico de patología hepática crónica o se debe descartar como primera posibilidad que sea variceal y en ambas situaciones se solicita un perfil hepático y un perfil de coagulación.

Con respecto al recurso humano, estos pacientes con HDA siempre son evaluados en emergencia por el servicio de gastroenterología donde interviene el residente de segundo y tercer año, es así que la información es factible adquirirla y complementarla para poder realizar este estudio.

MARCO TEORICO

2.1.- Antecedentes del estudio

Aguilar Sánchez V. y col., realizaron un estudio, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, cuyo objetivo fue validar el score AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta, en términos de mortalidad y resangrado a 30 días del evento. Se incluyeron 209 pacientes mayores de 18 años, que acudieron al Hospital Nacional Cayetano Heredia durante mayo del 2013 a diciembre del 2014, por HDA. Los datos fueron analizados mediante la curva de ROC y se obtuvo el área bajo la curva para calificar apropiadamente al score AIMS65. El 66,03% fueron varones, con una edad promedio de 58,02 años. La mortalidad fue de 7,65%, siendo la falla multiorgánica la causa más común de muerte. Además el 3,82% de los pacientes tuvieron recidiva de hemorragia y un 11% necesitó transfusión de más de 2 paquetes globulares. Al realizar el análisis de la curva de ROC con el score AIMS65 y mortalidad se reportó un valor de 0,9122; identificando como punto de corte el valor mayor o igual a 3 en el score AIMS65 para discriminar a los pacientes con alto riesgo de fallecer, así mismo se analizó la curva ROC para recidiva de hemorragia con un valor de 0,6266 y para la necesidad de transfusión de más de dos paquetes globulares un valor de 0,7421. Se pudo determinar el promedio de estancia hospitalaria con un valor de 4,8 días, sin embargo no se encontró correlación con el score AIMS65. El score AIMS65 es un buen predictor de mortalidad y es útil para predecir la necesidad de transfusión de más de 2 paquetes globulares, sin embargo, no es un buen predictor para recidiva de hemorragia, ni para predecir estancia hospitalaria (14).

En el estudio “**Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú**”, 2015, realizado por Espinoza-Ríos J. y col., se evaluó identificar el mejor score que predice cada variable resultado (mortalidad, resangrado y necesidad de transfusión de más de 2 paquetes globulares) en pacientes con hemorragia digestiva alta hasta los 30 días del evento, durante enero 2014 y junio 2015 en un hospital general de tercer nivel. Los datos se analizaron mediante el área bajo la curva de ROC. Fueron 231 casos de hemorragia digestiva alta, de los cuales 154 (66,7%) fueron varones, edad promedio fue $57,8 \pm 20,02$ años, la causa más frecuente de sangrado fue úlcera péptica: 111 (48.1%), la tasa de mortalidad y de resangrado fue de 7,8% y 3,9% respectivamente. Se debió excluir del análisis a 5 pacientes porque no contaban con estudio endoscópico, entre los 226 restantes se realizó el análisis, al evaluar mortalidad se encontró un área bajo la curva ROC para el score Glasgow-

Blatchford: 0,73, score Rockall: 0,86 y el score AIMS65: 0,90 ($p<0,05$), para predecir resangrado el score Glasgow- Blatchford: 0,73, score Rockall: 0,66 y el score AIMS65: 0,64 ($p=0,41$) y necesidad de transfusión de más de 2 paquetes globulares el score Glasgow-Blatchford: 0,72, score Rockall: 0,67 y el score AIMS65: 0,77 ($p=0,09$). El score AIMS65 es un buen predictor de mortalidad y es útil para predecir la necesidad de transfusión de más de 2 paquetes globulares en comparación al score Glasgow-Blatchford y el score Rockall. (15).

En el estudio **“Comparación de los sistemas de calificación de riesgo para pacientes con hemorragia digestiva alta: estudio prospectivo multicéntrico internacional”**, realizado por Stanley AJ., y col, que evalúa comparar la precisión predictiva y la utilidad clínica de cinco sistemas de puntuación de riesgo en la evaluación de pacientes con hemorragia digestiva alta, realizada en seis grandes hospitales en Europa, América del Norte, Asia y Oceanía. Participaron 3012 pacientes consecutivos que presentaron más de 12 meses con hemorragia gastrointestinal alta. Comparación de los puntajes pre-endoscópicos (admisión Rockall, AIMS65 y Glasgow Blatchford) y puntajes post endoscopia (Rockall completo y PNED) por su capacidad para predecir puntos finales clínicos predefinidos: un punto final compuesto (transfusión, tratamiento endoscópico, radiología intervencionista, cirugía o mortalidad a los 30 días), tratamiento endoscópico, mortalidad a los 30 días, nuevas hemorragias y duración de la hospitalización. Se determinaron los umbrales de puntaje óptimo para identificar pacientes de bajo riesgo y alto riesgo. El puntaje de Glasgow Blatchford fue el mejor (área bajo la curva característica operativa del receptor (AUROC) 0,86) en la predicción de intervención o muerte en comparación con el puntaje completo de Rockall (0,70), puntaje PNED (0,69), puntaje Rockall de admisión (0,66 y puntuación AIMS65 (0,68) (todos $P < 0,001$). Un puntaje de Glasgow Blatchford de ≤ 1 fue el umbral óptimo para predecir la supervivencia sin intervención (sensibilidad 98,6%, especificidad 34,6%). El puntaje de Glasgow Blatchford fue mejor para predecir el tratamiento endoscópico (AUROC 0,75) que el puntaje AIMS65 (0,62) y Rockall de admisión (0,61) (ambos $P < 0,001$). El puntaje Glasgow Blatchford ≥ 7 fue el umbral óptimo para predecir el tratamiento endoscópico (sensibilidad 80%, especificidad 57%). PNED (AUROC 0,77) y las puntuaciones AIMS65 (0,77) fueron las mejores para predecir la mortalidad, con puntaje de Rockall superior a la admisión (0,72) y Glasgow Blatchford (0,64; $P < 0,001$). Umbrales de puntuación de ≥ 4 para PNED, ≥ 2 para AIMS65, ≥ 4 para la admisión Rockall, y ≥ 5 para R completo Rockall fueron óptimos para predecir la muerte, con sensibilidades

de 65.8-78.6% y especificidades de 65.0-65.3%. Ningún puntaje fue útil para predecir resangrado o duración de la estadía. El puntaje de Glasgow Blatchford tiene una alta precisión para predecir la necesidad de intervención hospitalaria o muerte. Las puntuaciones de ≤ 1 aparecen como el umbral óptimo para dirigir a los pacientes al tratamiento ambulatorio. Los AUROC de los puntajes para los otros puntos finales son inferiores a 0,80, por lo tanto, su utilidad clínica para estos resultados parece ser limitada. (16)

2.2.- Definición de variables

Mortalidad: Variable cualitativa. Medida en escala nominal mediante el fallecimiento o no del paciente por cualquier causa dentro de los 30 días de producido el evento de HDA. Se midió mediante el seguimiento a los 30 días al evento sea por revisión de la historia clínica o por seguimiento telefónico. Se registró en el formato anexado (Anexo 1).

Resangrado: Variable cualitativa. Medida en escala nominal mediante la presencia o no de resangrado por HDA dentro de los 30 días de producido el evento de HDA. Se midió mediante la presentación de hematemesis y/o melena asociado a inestabilidad hemodinámica o caída de hemoglobina en 2 mg/dl. Se registró en el formato anexado (Anexo 1).

Score AIMS65: Variable numérica discreta que tiene un valor entre 0-5 puntos. El valor se calcula para cada paciente en base a datos clínicos, hemodinámicos y de laboratorio de acuerdo a lo detallado en el Anexo 1. Se registró mediante el formato (Anexo 2).

2.3.- Operacionalización de variables

VARIABLE		DIMENSION	INDICADOR	CRITERIO	ESCALA DE MEDICION
INDEPENDIENTE	<i>Edad</i>	Cronológica	Años		Razón
	<i>Sexo</i>	Género	Masculino	SI/NO	Nominal
			Femenino		
	<i>Forma de Presentación Clínica</i>		Melena	SI/NO	Nominal
			Hematemesis		
			Vómito Borráceo		
			Hematoquezia		
	<i>Sangrado Intrahospitalario</i>			SI/NO	Nominal
	<i>Comorbilidades</i>		Cirrosis Hepática	SI/NO	Nominal
			Diabetes Mellitus		
			Insuficiencia Cardíaca		
			Insuficiencia Renal Crónica		
			Neoplasia		
			Otros		
	<i>Consumo de Alcohol</i>			SI/NO	Nominal
	<i>Consumo de AINES</i>			SI/NO	Nominal
	<i>HDA previa</i>			SI/NO	Nominal
	<i>Score AIMS 65</i>		Albúmina<3g/dl	0/1	Ordinal
			INR>1.5		
			Estado Mental≥14 pts		
			Presión sistólica<90mmHg		
			65 años		
DEPENDIENTE	<i>Mortalidad</i>		Score de AIMS 65	≥3pts	Ordinal
				<3pts	
	<i>Resangrado</i>		Score de AIMS 65	≥3pts	Ordinal
				<3pts	

MARCO METODOLÓGICO

3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Según tipo de investigación: Analítico.
- Según el tiempo de recolección de datos: Prospectivo.
- Según el periodo y la secuencia de estudio: Longitudinal.
- Según la intervención a nivel de exposición: Observacional.

3.2.- DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Diseño de una sola casilla por tratarse de un estudio de identificación y análisis.

3.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

❖ **Universo o población:** Estará constituida por todos los pacientes que ingresan al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, desde el mes de enero hasta diciembre 2017, esta población será estimada de los registros de Estadística del HNAAA 2016, la cual fue de 1004 pacientes.

❖ **Cálculo de tamaño muestral**

Se utilizará el programa Epidat v.4.1, basándonos en los antecedentes encontrados, para el cálculo muestral con: población 1004 pacientes, proporción esperada de 50% ⁽¹⁷⁾, precisión de 5%, nivel de significancia al 95%. Luego del cálculo nuestra muestra es de 278 pacientes.

❖ **Unidad de análisis:** estará constituida por cada paciente hospitalizado en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, durante enero a diciembre del 2017.

3.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 con diagnóstico de hemorragia digestiva alta que ingresaron por emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, en el periodo enero - diciembre 2017.
- Historias clínicas completas y legibles de pacientes con Hemorragia Digestiva alta, y que cuenten con los exámenes de laboratorio completo al ingreso en el servicio de emergencia.

- Pacientes que estuvieron hospitalizados en otro servicios y tuvieron como complicación Hemorragia Digestiva Alta

3.5.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no aceptaron formar parte del estudio y/o familiares.
- Pacientes que fallecieron al llegar a emergencia o con estancia menor de 24 horas.
- Pacientes con antecedentes familiares psiquiátricos.

3.6.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO:

El score AIMS65, para predecir la mortalidad en pacientes hospitalizados (10). La puntuación AIMS65 asigna 1 punto por cada uno de los siguientes: nivel de albúmina inferior a 3,0, índice internacional normalizado mayor que 1,5, alteración del estado mental, la presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg, y la edad mayor de 65 años. La puntuación AIMS65 tiene muchas ventajas como el de ser fácil de memorizar y aplicar.

El Score AIMS65 es un buen predictor de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en nuestro hospital, siendo el punto de corte mayor o igual al puntaje de 3, ya que discrimina mejor al grupo de pacientes con más riesgo de fallecer. Así mismo es un predictor útil para predecir la necesidad de transfusión de más de 2 paquetes globulares. Sin embargo no es un buen predictor para recidiva de hemorragia, ni para predecir estancia hospitalaria.

Score AIMS65

Variable	Puntaje
Albúmina < 3 g/dl	1
INR > 1,5	1
Estado Mental	1
Presión sistólica < 90 mmHg	1
65 años	1

3.7.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Los pacientes con diagnóstico al ingreso del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Hemorragia Digestiva Alta, según los criterios de inclusión y exclusión formaran parte del estudio, para lo cual se elaborará una ficha de recolección de datos, elaborada por el autor y se procederá a registrar en dicha ficha de datos (Anexo 1): la cual constará de dos secciones, la primera con las características epidemiológicas, como: sexo, edad; y la segunda con las características clínicas que recolectará los datos cénicos relevantes como signos vitales al momento del ingreso los cuales se encontraran consignados en su historia clínica y luego transcritos a nuestra ficha de recolección de datos, también se incluirán el tipo de presentación de la HDA, comorbilidad, exámenes de laboratorio séricos los cuales serán tomados y evaluados por personal del laboratorio, así mismo se consignará el diagnóstico endoscópico y la presencia de complicaciones durante su hospitalización.

Además, se realizará el seguimiento por consultorio externo o vía telefónica al número referido en la historia clínica hasta los 30 días posterior al evento hemorrágico.

Por otra parte, se evaluará con el Anexo 2, el score AIMS 65, para cada paciente que ingresa por el servicio de emergencia, y será colocado en cada historia clínica en la evaluación de emergencia, teniendo en cuenta cada ítem de dicha escala: albúmina, INR, estado mental, presión sistólica, edad.

3.8.- PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizará teniendo en cuenta los principios éticos que propone la Declaración de Helsinki y Reporte de Belmont para la investigación médica en seres humanos, así tenemos que será realizada por una médico residente de medicina, preparada para realizar investigación científica. Así también al ser la población en estudio, pacientes con derechos de autonomía, libertad y conscientes, se considerará un requisito indispensable para ingresar al estudio, el consentimiento informado. Se tomarán en cuenta medidas para proteger la confidencialidad de los datos obtenidos, utilizando un código para la identificación del paciente; dicho código estará dado por el número del DNI del paciente, además comunicando en el consentimiento informado las precauciones para proteger su confidencialidad, esto

según lo dispuesto en la pauta 18 de las "Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos" preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

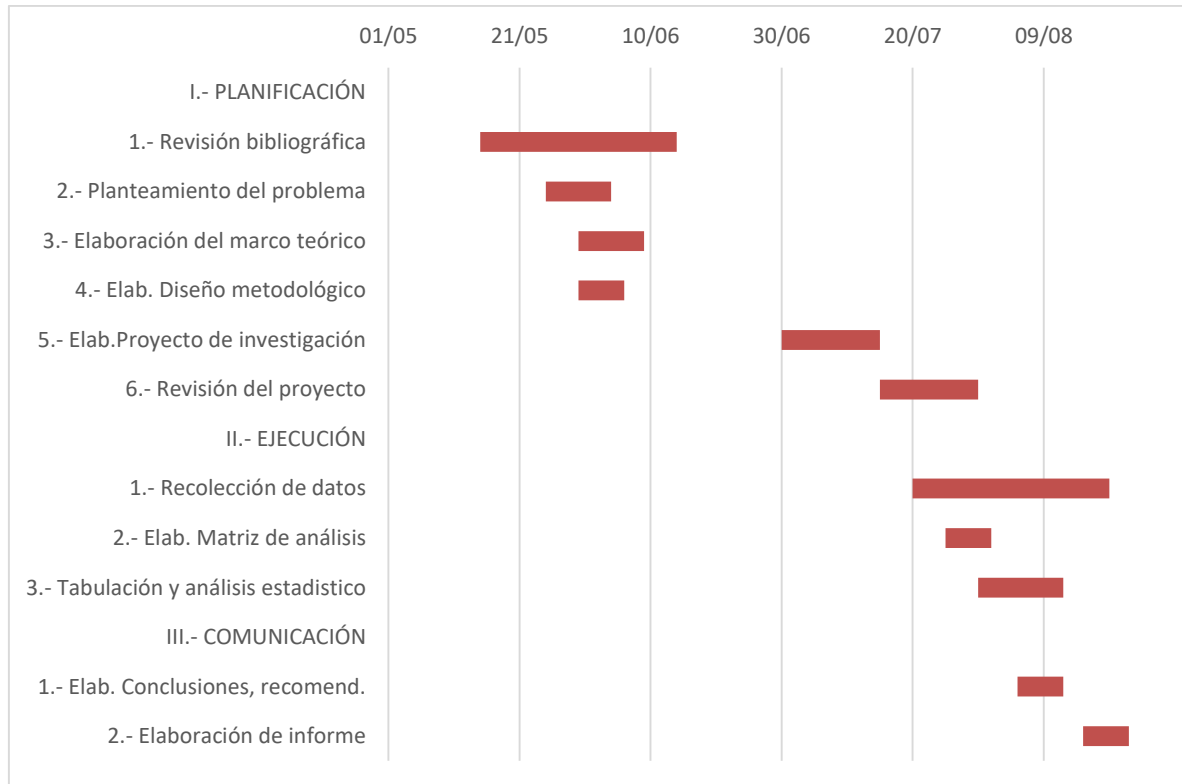
El estudio será evaluado por el comité de ética del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

3.9.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se analizarán los datos obtenidos por medio del programa SPSS 22.0, se realizará estadística descriptiva utilizando frecuencias absolutas y relativas (porcentajes, frecuencias) para las variables cualitativas y medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas, medida de la prueba Chi Cuadrado (χ^2), para variables cualitativas o test exacto de Fisher (análisis de variables cualitativas), U de Mann Whitney para variables Ordinales y cuantitativas y la prueba T de Student para variables cuantitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$), con intervalos de confianza al 95%.

III. ASPECTO ADMINISTRATIVO

1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



2. PRESUPUESTO: BIENES Y SERVICIOS

CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO (Unidad) S/.	COSTO TOTAL (S/.)
5.3.11.30	Bienes de Consumo			
	▪ Copias bibliográficas	1000	0.05	50
	▪ Hojas bond 80 gr A4	1 millares	30	30
	▪ Tinta	2 cartuchos	40	80
	• Material para procesamiento de datos	1 programa	10.00	10
5.3.11.32	Pasajes y Gastos de Transporte	50 pasajes	2.00	100.00
5.3.11.33	Servicio de Consultoría			
	• Asesoría de Estadista	2 servicio	150.00	300.00
	• Asesoría Metodológica	1 servicio	500.00	500.00
TOTAL				S/. 1070.00

3. FINANCIACION

El presente proyecto de investigación será financiado con recursos propios del autor.

BIBLIOGRAFIA

1. Garg SK, Anugwom C, Campbell J, Wadhwa V, Gupta N, Lopez R, et al. Early esophagogastroduodenoscopy is associated with better Outcomes in upper gastrointestinal bleeding: a nationwide study. [Revista en internet]. Endosc Int Open. [Acceso mayo de 2017];5 (5):E376–86.
2. Terdiman JP. Update on upper gastrointestinal bleeding: basing treatment decisions on patients' risk level. [Online]. Postgrad Med.1998; 103(6):43-7.
3. Van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EA, Geraedts AA, Tijssen JG, Reitsma JB, et al. Acute upper GI bleeding: did anything change? [Online]. Am J Gastroenterol. 2003; 98(7):1494-9.
4. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, Battin LS, Furnia A, Amundson DE. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. [Revista online]. Am J Gastroenterol.1995; 90(4):568-73.
5. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. Am J Gastroenterol. 1995; 90(2):206-10.
6. Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T ed, Textbook of Gastroenterology. 3rd edition. [Libro online]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 714-43.
7. Espinoza Ríos J, Huerta Mercado Tenorio J, Lindo Ricce M, García Encinas C, Ríos Matteucci S, Vila Gutierrez S, et al. Validación del score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima - Perú. [Revista online]. Rev Gastroenterol Peru. [Acceso mayo 2017]. 2009;29 (2):111-7.
8. Bravo Paredes EA, Guzmán Rojas P, Gallegos López RC, Ciliotta Chehade A, Alejandro Corzo Maldonado M, Huerta Mercado-Tenorio J, et al. Utilidad del score de Baylor en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. [Revista en línea]. Rev Gastroenterol Peru. [Acceso junio 2017] 2013; 33(4):307-13.
9. Atkinson RJ, Hurlstone DP. Usefulness of prognostic indices in upper gastrointestinal bleeding. [Online] Best Pract Res Clin Gastroenterol. [Acceso junio 2017] 2008;22 (2):233-42.

10. Wang CY, Qin J, Wang J, Sun CY, Cao T, Zhu DD. Rockall score in predicting outcomes of elderly patients with acute upper gastrointestinal bleeding. [Revista online] *World J Gastroenterol*. [Acceso julio 2017] 2013; 19(22):3466-72.
11. Viviane A, Alan BN. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States. *Value Health*. 2008; 11(1):1-3.
12. Stanley AJ. Update on risk scoring systems for patients with upper gastrointestinal haemorrhage. *World J Gastroenterol*. 2012;18(22):2739-44.
13. Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, Sun X, Travis AC, Johannes RS. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2011; 74(6):1215-24.
14. Aguilar Sánchez V, Bravo Paredes EA, Pinto Valdivia JL, Valenzuela Granados V, Espinoza-Rios JL. Validación del score AIMS65 para hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. [Artículo en internet] *Rev Gastroenterol Peru*. [Acceso agosto 2017] 2015; 35(4): 323-8.
15. Espinoza-Ríos J, Aguilar Sánchez V, Bravo Paredes EA, Pinto Valdivia J, Huerta-Mercado Tenorio J. Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. [Artículo en internet] *Rev Gastroenterol Peru*. [Citado agosto 2017] 2016; 36(2):143-52
16. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. [Revista online] *The BMJ*. [Citado septiembre 2017] 2017;356 :i6432.
17. Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, Sun X, Travis AC, Johannes RS. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. [Revista online] *Gastrointest Endosc*. [Citado agosto 2017] 2011;74(6):1215-24.

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de Recolección de Datos

Nº: _____ F () M () Edad: _____ Servicio: _____

Motivo de Ingreso:

Presentación:

Hematemesis () Melena () Vómito borbóreo () Hematoquezia ()

Presión arterial: ____/____ mmhg F.c: ____ x Min

Sangrado Intrahospitalario: Si () No () Día: _____

Antecedentes

Actualmente: Actual consumo de Alcohol No () Si ()

HDA previa: No () Si () último episodio _____ Etiología:

Consumo AINES (en las últimas 2 semanas): No () Si ()

Comorbilidad

Insuficiencia Renal Crónica () Insuficiencia Cardíaca () Cirrosis Hepática ()

DM () Cáncer _____ Otros: _____

Evento Actual

Hb al ingreso: _____ HTO _____ INR _____ Plaquetas _____

Urea/BUN ____/____ Albúmina _____

ANEXO 2

Score AIMS65	
Variable	Puntaje
Albúmina < 3 g/dl	1
INR > 1,5	1
Estado Mental	1
Presión sistólica < 90 mmHg	1
65 años	1