



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS A UN PREDICTOR DE MORTALIDAD EN
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO, JULIO 2021 A JULIO 2022”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

MARCO TULIO ALMEIDA HIDALGO

ASESOR:

MC. JORGE LUIS BALDEÓN RIOS, Mg.

IQUITOS, PERÚ

2023

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS N°010/ CGT- FMH-UNAP-2023

En la ciudad de Iquitos, distrito de Punchana, departamento de Loreto, a los **17 días del mes de marzo 2023 a las 12:00 horas**, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis titulado "Factores asociados a un predictor de mortalidad en hemorragia digestiva alta en el Hospital Regional de Loreto, Julio 2021 a Julio 2022", aprobado la sustentación con Resolución Decanal de sustentación N°...~~006~~...-2023-FMH-UNAP del bachiller **Marco Tulio Almeida Hidalgo**, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal Nro. 029-2023-FMH-UNAP.

- Blga. Bertha Marisol Montalván Inga, Dra.
- MC. Pedro Enrique Portocarrero Nogueira, Dr.
- MC. Percy Amador Inga San Bartolomé, Mg

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: SATISFACTORIAMENTE.....

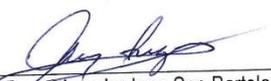
El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:
La sustentación publica de la tesis ha sido APROBADA.....con la calificación de MUY BUENA (A).....

Estando el bachiller APTO.....para obtener título profesional de Médico Cirujano.

Siendo las 12:41 Horas se dio por terminado el acto académico.


Blga. Bertha Marisol Montalván Inga, Dra.
Presidente


MC. Pedro Enrique Portocarrero Nogueira, Dr.
Miembro


MC. Percy Amador Inga San Bartolomé, Mg.
Miembro


MC. Jorge Luis Baldeón Ries, Mg.
Asesor

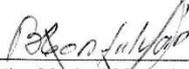
Somos la Universidad licenciada más importante de la Amazonia del Perú, rumbo a la acreditación

Av. Colonial s/n - Punchana - Telf. : (065) 251780
Email: medicina@unapiquitos.edu.pe

IQUITOS - PERÚ



HOJA DE FIRMAS DEL JURADO



Blga. Bertha Marisol Montalván Inga, Dra.
Presidente



MC. Pedro Enrique Portocarrero Nogueira, Dr.
Miembro



MC. Percy Amador Inga San Bartolomé, Mg. GDE
Miembro



MC. Jorge Luis Baldeón Ríos, Mg. DUGE
Asesor

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**FMH_TESIS_ALMEIDA HIDALGO MARCO
TULIO.pdf**

AUTOR

MARCO TULIO ALMEIDA HIDALGO

RECuento DE PALABRAS

10766 Words

RECuento DE CARACTERES

55331 Characters

RECuento DE PÁGINAS

51 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.2MB

FECHA DE ENTREGA

Mar 24, 2023 12:26 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 24, 2023 12:27 PM GMT-5

● 14% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 12% Base de datos de Internet
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

Resumen

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada para mi ángel celestial Iván Almeida Góngora y mi ángel terrenal María de Jesús Hidalgo Valderrama que fueron los artífices de todo lo que soy ahora.

.
A mis Hermanos: Carlos, Leslie y Luiz que, a pesar de no tenernos cerca, nuestro amor y apoyo como hermanos prevalece a la distancia.

A mis sobrinos Paulo Cesar y Bruno Andrés, que son el motor de ser un gran tío y ejemplo de profesional para ellos.

A mis grandes amigos que conocí en la Universidad que compartimos tantas experiencias buenas como malas en este episodio bonito de nuestras vidas.

.A esa pequeña gigante, que sus ánimos me motivan a aspirar a más.

AGRADECIMIENTOS

A los maestros de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana por los conocimientos brindados a través de este tiempo.

A los Médicos Asistentes y Médicos Residentes de las distintas especialidades del Hospital Regional de Loreto por la confianza brindada en mi Internado para crecer como profesional.

A mi primer maestro que me brindo la Medicina MC Edgar Ramírez, por ser inspiración de un gran profesional y ampliar mis conocimientos en mis rotaciones externas, que fueron claves en el tema de esta tesis.

A mis grandes Amigos, hermanos y colegas de la Universidad y el internado médico que me brindo la vida.

“No importa lo lento que vayas mientras no pares”

Confucio

ÍNDICE

PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS	ii
HOJA DE FIRMAS DEL JURADO	iii
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEORICO	5
1.1 Antecedentes.....	5
1.2 Bases teóricas.....	7
1.3 Definición de Términos.....	16
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	17
2.1 Formulación de hipótesis.....	17
2.2 Variables y su operacionalización.....	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	24
3.1 Diseño Metodológico.....	24
3.2 Diseño Muestral.....	24
3.3 Procedimiento de Recolección de Datos.....	25
3.4 Procesamiento y análisis de Datos.....	25
3.5 Aspectos Éticos.....	25
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	27
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	45
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	48
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	49
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	54
Matriz de consistencia.....	54
Ficha de recolección de datos.....	55
Dictamen del comité de ética.....	57
Memorando de aprobación para ejecución del protocolo.....	58
Validación del instrumento mediante juicio de expertos.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°01: Score de Rockall.....	13
Tabla N°02: Score de Glasgow – Blatchford.....	14
Tabla N°03: Score AIMS65.....	15
Tabla N°04: Clasificación por grupo etario de Pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del Hospital Regional de Loreto en el período Jul 2021 – Jul 2022.	27
Tabla N°05: Clasificación por sexo de Pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022	27
Tabla N°06: Grado de Instrucción de los Pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022	28
Tabla N°07: Distrito de procedencia de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022	28
Tabla N°08: Servicios de Procedencia de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el Período Jul 2021 – Jul 2022	29
Tabla N°09: Hábitos Nocivos de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022	29
Tabla N°10: Estancia Hospitalaria de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022	30
Tabla N°11: Destino de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022	30
Tabla N°12: Características Clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022	31
Tabla N°13: Características Laboratoriales de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022	33
Tabla N°14: Características Endoscópicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022	35
Tabla N°15: Mortalidad asociada al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Regional de Loreto de julio 2021 de a julio de 2022	36
Tabla N°16: Características epidemiológicas asociadas al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Regional de Loreto de julio 2021 de a julio de 2022	37

Tabla N°17: Características clínicas asociadas al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Regional de Loreto de julio 2021 de a julio de 2022	40
Tabla n°18: Características laboratoriales asociadas al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Regional de Loreto de julio 2021 de a julio de 2022	42

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta es una de las patologías frecuentemente observadas en el servicio de la emergencia, que implica unas 150 hospitalizaciones a nivel mundial y la mortalidad está relacionada con las comorbilidades coexistentes de los pacientes y la avanzada edad que presentan.. La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados a un predictor de mortalidad en hemorragia digestiva alta del Hospital Regional de Loreto en el período julio 2021 a julio 2022 usando la escala AIMS65. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y retrospectivo, donde se evaluó las historias clínicas de los adultos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional de Loreto durante el período julio 2021 a julio 2022. Se obtuvo una mortalidad de 10,5% con asociación estadísticamente significativa con el uso de la escala AIMS65 ($p<0.05$), prevalencia del sexo masculino con un 57,9% de los casos, estancia hospitalaria mayor a 5 días con 75,4% de los casos, HTA como comorbilidad más frecuente con 42,1% de los casos. Melena como presentación clínica más frecuente con 71,9% de los casos, anemia moderada y severa con 31,6% y 38,6% de los casos, elevación de la glucosa en 57,9% de los casos, alteración de los valores de Albumina en los 59,6% de los casos y úlceras gástricas como hallazgo endoscópico más frecuente con 42,3% de las endoscopias realizadas. Se encontró que el Grado de instrucción, la valoración de la escala de Glasgow, medición de creatinina, Albumina e INR tienen asociación estadísticamente significativa con un perfil de Alto Riesgo según la escala AMIS65 para predecir mortalidad en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta. Concluyendo que existe factores asociados al predictor de mortalidad AMIS65 en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

Palabras claves: Mortalidad, Hemorragia Digestiva Alta, Endoscopia

ABSTRACT

Upper gastrointestinal bleeding is one of the frequently observed pathologies in the emergency department, which involves around 150 hospitalizations worldwide and mortality is related to the coexisting comorbidities of patients and their advanced age. The present investigation aimed to determine the factors associated with a mortality predictor in high gastrointestinal bleeding at the Regional Hospital of Loreto during the period from July 2021 to July 2022 using the AIMS65 scale. A descriptive, observational, cross-sectional, and retrospective study was conducted, where the medical records of adult patients hospitalized in the medicine service of the Regional Hospital of Loreto during the period from July 2021 to July 2022 were evaluated. A mortality rate of 10.5% was obtained with a statistically significant association with the use of the AIMS65 scale ($p < 0.05$), male sex prevalence with 57.9% of the cases, hospital stay of more than 5 days with 75.4% of the cases, hypertension as the most frequent comorbidity with 42.1% of the cases. Melena as the most frequent clinical presentation with 71.9% of the cases, moderate and severe anemia with 31.6% and 38.6% of the cases, elevation of glucose in 57.9% of the cases, alteration of albumin values in 59.6% of the cases, and gastric ulcers as the most frequent endoscopic finding with 42.3% of the performed endoscopies. It was found that the level of education, Glasgow Coma Scale evaluation, creatinine measurement, Albumin, and INR have a statistically significant association with a High-Risk profile according to the AIMS65 scale to predict mortality in patients with Upper Gastrointestinal Bleeding. It is concluded that there are factors associated with the AMIS65 mortality predictor in patients with Upper Gastrointestinal Bleeding.

Keywords: Mortality, Upper Gastrointestinal Bleeding, Endoscopy

INTRODUCCIÓN

El sangrado digestivo alto o hemorragia digestiva alta (HDA) se define como la pérdida sanguínea proveniente de un punto del tracto digestivo, incluye desde la boca hasta el Angulo de Treiz⁽¹⁾. Es la urgencia más frecuente en los servicios de emergencia que causa aproximadamente 150 hospitalizaciones por cada 100 mil habitantes por año en Estados Unidos, y la mortalidad está relacionada en los pacientes con edad avanzada y enfermedades crónico-degenerativas con una gran tasa de recidiva durante el ingreso hospitalario⁽²⁾.

En Estados Unidos, la incidencia de la mortalidad ha disminuido considerablemente en las últimas décadas con cifras inferiores al 5% debido a la mejoría de las opciones terapéuticas ya sea en el aspecto farmacológico y endoscópico, que redujo notablemente la recidiva de resangrado como la necesidad quirúrgica urgente^(2,3). La detección temprana de factores de riesgo y, el pronóstico puede inducir una intervención apropiada, reduciendo la mortalidad, la morbilidad, la estancia hospitalaria y los costos de hospitalización⁽⁴⁾.

En el Perú, que no es ajeno a la problemática, en el estudio realizado por Espinoza et al, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, se ha calculado una mortalidad de 12,9% y resangrado de 14.8% que incluían a pacientes con sangrado digestivo alto tipo variceal y no variceal, cosa que, en otro estudio con población a pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, como causa principal a la úlcera péptica, se encontró una tasa de mortalidad y resangrado de 11.05% y 5.22% respectivamente⁽⁵⁾.

Es importante resaltar las múltiples escalas de evaluación, pero lamentablemente el uso de estas no es común en la atención clínica por los múltiples parámetros disponibles que son dificultosos en su cálculo e incluso requieren información endoscópica no accesible en el momento de la presentación^(8,9). Las escalas pre-endoscópicas, evalúan el riesgo antes de la endoscopia y están basadas en parámetros clínicos y laboratoriales, que tienen utilidad al momento del ingreso del paciente al servicio de emergencia, de ahí

radica su gran importancia, ya que permite una rápida evaluación y una toma de decisión oportuna⁽¹⁰⁾.

En la última década, se ha propuesto una escala denominada AIMS-65 con el objetivo de predecir mortalidad en pacientes hospitalizados(8), dicha escala asigna un punto por cada parámetro dentro de su acrónimo: Albumina <3.0mg/dL, INR >1.5, Mental Status Altered (estado mental alterado), Systolic Pressure (Presión sistólica) <90mmHg y Edad >65años. La ventaja de esta es que es fácil de memorizar y aplicar.

En la región Loreto, se realizó un estudio local tipo descriptivo retrospectivo que abarco a 162 pacientes evaluándolos con el Índice de Rockall, obteniendo resultados de prevalencia del sexo masculino y calculado una tasa de mortalidad de 9.9%⁽¹¹⁾, siendo uno de los primeros estudios realizados en la región en torno a la Hemorragia Digestiva Alta, en torno a este precedente, el presente estudio se desea ampliar el conocimiento en torno a esta patología pero aplicando una escala más simplificada para su uso intrahospitalario.

Por todo lo expresado, se formula la pregunta de investigación:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A UN PREDICTOR DE MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE JULIO 2021 A JULIO 2022?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los Factores asociados a Mortalidad utilizando la escala AIMS-65 en los pacientes con hemorragia digestiva alta en el hospital regional de Loreto en el período julio de 2021 – julio de 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir las características epidemiológicas de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en un hospital regional de Loreto de julio de 2021 a julio de 2022

- Definir las características clínicas de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el hospital regional de Loreto de julio 2021 a julio de 2022..
- Describir los hallazgos laboratoriales y endoscópicos en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el hospital regional de Loreto de julio de 2021 a julio de 2022.

JUSTIFICACIÓN

IMPORTANCIA

El presente trabajo de investigación determinó los factores asociados a mortalidad usando una escala simplificada en pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, internados en el servicio de Medicina del Hospital Regional de Loreto en el período julio 2021 a julio 2022; contribuyendo al estudio local elaborado por Romero, Karol⁽¹¹⁾, quien utilizó una escala diferente en la cual agrega el factor endoscópico, aumentando la evidencia científica en nuestra región.

Este proyecto tiene una importancia dentro de la salud pública de la región Loreto debido a que pudo determinar los parámetros relacionados con la mortalidad en un grupo de pacientes con sangrado digestivo alto. Además de la presentación clínica más frecuente, también se logró identificar las comorbilidades y los factores de mal pronóstico de la enfermedad.

El estudio fue factible debido al diseño retrospectivo, con población accesible y actual, dado el contexto actual de COVID-19, se plantearon soluciones alternativas para el primer nivel de atención; dado que es la primera instancia para identificar las comorbilidades y estratificación de los pacientes.

Durante el estudio se utilizó una escala que abarca parámetros clínicos y laboratoriales prácticos, a diferencia de otras escalas con muchos más parámetros a utilizar y difíciles de memorizar en caso de atención por emergencia o en primer nivel de atención.

VIABILIDAD

El estudio realizado fue viable por los siguientes motivos:

1. Dedicación exclusiva por parte del investigador para su ejecución.
2. Se contó con asesoramiento de distintos especialistas del área de Gastroenterología del hospital regional de Loreto para establecer criterios de inclusión a la población en estudio para evitar sesgos.
3. El hospital regional de Loreto cuenta con un área de vídeoendoscopia, con un registro sistematizado de todos los procedimientos que se realiza.
4. Se contó con recursos humanos necesarios para la obtención de los datos personales de los pacientes para la investigación.
5. Los gastos operativos estuvieron autofinanciados por el investigador.

LIMITACIONES

La principal limitación del estudio fue el llenado incorrecto de las historias clínicas de los pacientes que se estudiaron.

Otra de las limitaciones fue el tiempo de mantenimiento del equipo de vídeoendoscopia, limitando el número de diagnósticos endoscópicos necesarios para el estudio..

El estado de emergencia sanitaria nacional limitó el seguimiento continuo de los pacientes dados de alta, por lo que se limitó a un diseño de estudio retrospectivos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

- En el 2022 Li et al, realizó un estudio de cohorte retrospectivo en un hospital de Zhongda – China que incluyó como población de estudio adultos mayores con Hemorragia Digestiva Alta para diferenciar 6 escalas de evaluación pre endoscópica (ABC, AMIS-65, Score Glasgow-Blatchford, MAP(ASH), pRS y T-score) en cuanto a eficacia de Mortalidad, intervención, Resangrado y admisión a Unidad de Cuidados Intensivo. La investigación comprobó que de los 602 pacientes que incluyeron en el estudio, fallecieron 48 dentro los 30 días del ingreso, 284 requirieron intervención y 130, sufrieron resangrado. Aplicando el método de Área bajo la Curva (AUC) concluyeron que obteniendo una puntuación mayor o igual a 6 puntos en la escala ABC es estadísticamente significativo para predecir mortalidad durante los 30 días del ingreso a comparación del score AMIS-65. En cambio, para predecir resangrado, necesidad de intervención y admisión a Unidad de Cuidados Intensivos, la escala MAP(AHS) tiene resultados significativos para predecir dichas variables⁽¹²⁾.
- En el 2021 Liu et al, realizó un estudio multicéntrico prospectivo en 20 hospitales en China, que incluyó como población de estudio a adultos hospitalizados por el servicio de Emergencia por diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, evaluando la utilidad de las escalas ABC, AMIS 65, GBS y pRS para predecir mortalidad dentro los 90 días luego del ingreso o resangrado. La investigación comprobó que, de los 1072 pacientes incluidos en el estudio, el 10.91% fallecieron durante el estudio, y el 12.03% tuvieron resangrado. Comparando las escalas a estudiar, se concluyó que las escalas ABC y pRS tuvieron resultados estadísticamente significativos para predecir mortalidad durante los 90 días del ingreso y riesgo de resangrado⁽¹³⁾.

- En el 2016 Abusaada et al, realizaron una cohorte retrospectiva que incluyó como población de estudio a pacientes adultos mayores de 65 años ingresados entre los años 2009 y 2011 a los establecimientos de salud en Florida – EE. UU, evaluando mortalidad hospitalaria, necesidad endoscópica, radiológica o quirúrgica, reingreso por resangrado dentro los 30 días o necesidad de transfusión sanguínea comparando los scores Blatchford y AIMS65. El estudio comprobó una mortalidad de 0.63% en una población de 164 pacientes, un 5.5% necesitaron intervención para el control del sangrado. El estudio concluyó que el score Blatchford fue superior a AIMS65 en predecir mortalidad hospitalaria, reingreso por resangrado durante los 30 días o necesidad de transfusión sanguínea⁽¹⁴⁾.

Antecedentes Nacionales

- En el 2020 Illesca y Vargas en su trabajo de investigación realizaron un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó como población de estudio a pacientes adultos que fueron hospitalizados por el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia, relacionando la utilidad de la escala ABC en predecir mortalidad en 30 días posterior del evento, estancia en Unidad de Cuidados Intensivo y uso de paquetes globulares con el score AIMS65. La investigación identificó una tasa de mortalidad de 3.6%, comparando las escalas a través de las curvas AUC/ROC se concluyó que la escala ABC es un buen predictor de mortalidad a los 30 días del evento inicial en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, pero la escala AIMS65 tiene mejor capacidad en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta tipo variceal⁽¹⁵⁾.
- En el 2016 Espinoza-Rios J et al, ejecutó un estudio de carácter analítico prospectivo para evaluar pruebas diagnósticas comparando los scores Glasgow Blatchford, Rockall y AIMS65 en los pacientes con Hemorragia Digestiva alta que ingresaron al Hospital Cayetano Heredia por el área de emergencia. La investigación comprobó que hubo una tasa de mortalidad de 7.8% y que el score más útil para predecir mortalidad en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta y la utilidad de transfundir 3 o más paquetes

globulares fue el AIMS65 con una curva ROC de 0.904 y 0.765 y una sensibilidad de 100% y 88.5% respectivamente, con puntaje ≥ 3 ; con respecto a resangrado, el score Glasgow Blatchford es el mejor predictor para esta, con una curva ROC de 0.73 y una sensibilidad 77.8%⁽⁵⁾.

- En el 2015 Sánchez et al, realizaron un estudio analítico y prospectivo con el fin de validar el score AIMS65, la población en estudio fueron pacientes diagnosticados de hemorragia digestiva alta que ingresaron al Hospital Cayetano Heredia. La investigación demostró que la mortalidad en los pacientes incremento con un puntaje mayor o igual a 3 y analizando la curva ROC, se obtenía un área bajo la curva de 0,9122. Por lo tanto, se concluye que la escala AIMS65 tiene muy buena capacidad predictiva para mortalidad en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, con puntaje mayor o igual a 3⁽¹⁶⁾.

Antecedentes Locales

- En el 2021 Romero, Karol en su tesis de pregrado realizó un estudio de cohorte retrospectivo, incluyendo como población de estudio a pacientes hospitalizados y atendidos con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta de enero a diciembre en el servicio de Medicina en el año 2019. La investigación comprobó que dentro la población de estudio, que fue 162, la mortalidad encontrada fue de 9.9% asociado a un riesgo de resangrado desde moderado a alto usando el índice de Rockall. Concluyendo que el índice de Rockall puede ser utilizado tanto para mortalidad como para riesgo de resangrado⁽¹¹⁾.

1.2 Bases Teóricas

DESCRIPCIÓN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Está definido como el sangrado que tiene origen en el tracto gastrointestinal , abarcando desde la boca hasta el duodeno a la altura del ángulo de Treiz⁽¹⁾. Es la emergencia en el área de gastroenterología más frecuente^(17,18). Incluye desde la hemorragia aguda, como pérdida visible de sangre, hasta la hemorragia crónica u oculta, producto de pérdidas pequeñas hemáticas continuas no visibles

macroscópicamente, y únicamente detectables por reactivos o cuantificación por radioisótopos⁽²⁾.

ETIOLOGÍA

Las causas de esta patología se pueden clasificar en 2 categorías: Variceal (varices esofágicas o gástricas) y no variceales (Úlcera péptica, gastritis erosiva, esofagitis por reflujo, síndrome de Mallory Weis, tumores, etc.). La causa más frecuente es úlceras pépticas, responsable de los 50% de los casos, seguido por la rotura de varices esofagogástricas en pacientes con hipertensión portal⁽¹⁷⁾.

Causa no variceal

Las úlceras pépticas son consideradas como lesiones en la superficie de la mucosa con tamaño mayor a 5mm que abarcan hasta la submucosa. Los factores asociados para su presentación son: evidencia de *Helicobacter pylori* y el uso de Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES), también se agrega enfermedades crónicas como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal crónica, consumo de tabaco, anteriores consumidores de tabaco, edad avanzada, mayor a 3 visitas médicas anuales, enfermedad coronaria, consumo de alcohol, raza negra, obesidad y diabetes⁽³⁾.

El síndrome de Mallory Weis consta de una o varias lesiones longitudinales en la unión gastroesofágica, clínicamente manifestándose como hematemesis de sangre fresca, post episodios de vómitos alimentarios o de contenido biliar⁽²⁾.

Dentro de las causas del desgaste de la mucosa gástrica (erosiones) está relacionado por la ingesta de fármacos potencialmente ulcerogénicos (ya sea ácido acetilsalisílico, antiinflamatorios no esteroideos) o en episodios de gastritis hemorrágica en pacientes hospitalizados graves en situación de estrés, por ejemplo: gran quemados, trauma craneoencefálico, insuficiencia respiratoria en ventilación mecánica, trastornos de la coagulación o shock séptico⁽²⁾.

La Lesión de Dieulafoy consta de la presencia anómala de un vaso arterial grueso que atraviesa la submucosa del estómago y discurre en contacto con la mucosa, las lesiones de este vaso provocan su erosión y posterior sangrado,

frecuentemente se localiza en la porción del fundus o cuerpo gástrico con presentación clínica de hemorragia masiva intermitente⁽²⁾.

Causa variceal

Las hemorragias por varices esofágicas son de las complicaciones más graves en pacientes con cirrosis, que están presentes en el 50% de los casos, para su formación la gradiente de presión portal debe ser mayor de 10 mmHg y para su ruptura, mayor a 12 mmHg; un mal pronóstico para hemorragia se relaciona a presiones superiores a 20 mmHg. La mortalidad asociada al episodio hemorrágico oscila por el 15%, especialmente aquellos pacientes con insuficiencia hepática aguda, por lo que deben ser evaluados y estratificados con la escala de Child-Pugh^(1,2).

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas dependen de la zona de sangrado, la instauración de esta, el volumen de perdida, siendo estas las siguientes:

- a. Hematemesis o vómito de sangre. Presentándose como sangre fresca rutilante o rojo oscuro, que indica hemorragia activa teniendo referencia pérdidas sanguíneas de al menos 1000 a 1500 ml, o restos hemáticos oscuros (“pozos de café”) dando entender el cese de la hemorragia^(2,3).
- b. Melena: Definida como pérdida sanguínea por el orificio anal, en forma de deposición de color negro brillante, alquitranadas o maloliente. Es indicativo de que el sangrado es alto, debida a la transformación de hemoglobina en hematina por el tracto gastrointestinal. Se necesitan perdidas sanguíneas entre 50 a 100 ml y que esté en circulación mínimo 8 horas para que ocurra el proceso de oxidación de la hemoglobina. Se confirma realizando el tacto rectal^(2,3).
- c. Hematoquecia. Se define como toda emisión de sangre por el orificio anal en forma de sangre fresca rutilante o sangre rojo vinoso oscuro acompañada con la deposición o se presenta de forma aislada^(2,3).

d. Shock. Definido como la presencia de 2 o más de los siguientes:

- Presión arterial sistólica menor a 90 mmHg o disminución de 30 mmHg de toma de presión previa
- Latidos cardíacos mayor a 100 latidos por minuto
- Piel fría y húmeda por diaforesis.
- Llenado capilar mayor a 2 segundos luego de la digitopresión
- Alteración del sensorio (Escala neurológica de Glasgow menor a 15 puntos) ^(2,3)

La presentación aguda de la hemorragia digestiva alta está acompañada de una importante repercusión hemodinámica, lo que es de vital importancia la estabilización de las funciones vitales, el control de la diuresis y la anemia con transfusiones de paquetes globulares. La cuantificación de la pérdida hemática se determina indirectamente con el control de las funciones vitales, por lo que se podría clasificar de la siguiente manera^(2,3):

Figura 1. Clasificación de Pérdida sanguínea y grado de Hemorragia

	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Pérdida Sanguínea	Hasta 750 ml	750-1000 ml	1500-2000 ml	> 2000 ml
% Pérdida	< 15%	15%-30%	30%-40%	> 40%
FC	<100 lpm	100-120 lpm	120-140 lpm	>140 lpm
PA	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión de pulso	Normal o □	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>35
Diuresis (ml/h)	>30	20-30	5-15	Insignificante
SNC	Ansiedad leve	Ansiedad grave	Ansiedad. Confusión	Confuso letárgico

Fuente: Sánchez Miguel, A., Pérez Herrero, M. A. (2020). Recomendaciones actuales en el manejo de la hemorragia masiva: ¿Qué ha cambiado desde el documento HEMOMAS?. Revista Electrónica AnestesiaR, 10(12), 3. <https://doi.org/10.30445/rear.v10i12.671>

TRATAMIENTO

El tratamiento inicial para todo paciente que presente hemorragia digestiva alta es el mantenimiento del estado hemodinámico con la restitución de fluidos intravenosos con soluciones cristaloides si el estado hemodinámico está comprometido; teniendo como objetivos presiones arteriales mayores a 100 mmHg, diuresis mayor a 30 ml/h o presión venosa central entre 0 a 5 mmHg^(1,6,7).

La Sociedad Europea de Endoscopia Gastroenterológica sugiere que en los pacientes hemodinámicamente estables con hemorragia digestiva alta aguda sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, iniciar la transfusión de paquetes globulares en pacientes con hemoglobina menor o igual a 7 mg/dL con metas de hemoglobina postransfusional mayor a 7-9 mg/dL; en aquellos pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, valores de hemoglobina menor o igual a 8 mg/dL son indicativos de transfusión sanguínea para obtener como objetivo una hemoglobina postransfusión mayor o igual a 10 mg/dL⁽⁷⁾.

Toda paciente previa vídeoendoscopia, que es el estudio ideal para determinar la causa, se debe iniciar terapia farmacológica con inhibidores de bombas de protones como omeprazol por vía intravenosa a dosis de carga de 80 mg seguido por infusión continua de 8 mg/h o 40 mg cada 12 horas, la ausencia de éste no debe aplazar la ejecución del procedimiento. En los pacientes con hemorragia digestiva alta tipo variceal, sospechada o confirmada, se administrará un bolo de Octeotride intravenoso de 50 microgramos, seguido posteriormente de infusión continua de 50 microgramos/hora por 5 días^(7,18).

La profilaxis antibiótica en los pacientes con Hemorragia digestiva alta variceal está recomendada debido a la predisposición de los factores de riesgo que predisponen a infecciones sistémicas, se prefiere un régimen de 7 días con terapia de Ciprofloxacino Intravenoso a dosis de 200mg cada 12 horas o Ceftriaxona a dosis de 1g cada 24 horas en pacientes con cirrosis avanzada⁽¹⁸⁾.

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS

En el contexto de los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta, la endoscopia es el método de exploración de elección para el determinar el

diagnóstico por una alta rentabilidad, valor pronóstico y potencial terapéutico, debido a que permite identificar la lesión causante en el 90% de casos. En su gran mayoría, se debe realizar no pasadas las primeras 24 horas de presentación, en ocasiones los pacientes con hemodinamia inestable se benefician con una endoscopia de emergencia dentro las primeras 12 horas de la presentación del episodio^(2,3,7,17,17-19).

En 1974, Forrest establece una clasificación endoscópica describiendo las características que presentan las úlceras pépticas gastroduodenales, con sangrado activo o reciente, para lo cual se describió en la siguiente figura.

Figura 2. Clasificación Endoscópica de Forrest

Forrest	Tipo de lesión	% Riesgo de resangrado (sin tratamiento)	% Mortalidad (sin tratamiento)
IA	Sangrado pulsátil	55 (17-100)	11 (0-23)
IB	Sangrado en napa		
IIA	Vaso visible	43 (0-81)	11 (0-21)
IIB	Coágulo adherido	22 (14-36)	7 (0-10)
IIC	Mácula plana	10 (0-13)	3 (0-10)
III	Fondo limpio	5 (0-10)	2 (0-3)

Adaptado de Laine L: Acute and chronic gastrointestinal bleeding. In Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF (eds): Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management, ed 6. Philadelphia, WB Saunders, 1998, pp 198-219; with permission.

ESCALAS PRONOSTICAS DE RIESGO.

Hay 2 escalas comúnmente utilizadas en la estratificación de riesgo, esto son el score Rockall y el score Glasgow-Blatchford:

Score Rockall

Es una escala creada en 1966 con la utilidad de predecir mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. Tiene dentro de sus componentes la edad, shock, comorbilidad y la presencia de estigmas de hemorragia reciente por endoscopia especificada en la tabla 1. Su uso en la primera consulta con el paciente se limita por los datos endoscópicos. Por lo tanto, se hicieron modificaciones para usarlo

como un formato “pre endoscópico” obviando la información endoscópica, pero esta modificación disminuye la capacidad predictiva de esta escala^(4,9,20).

Tabla 1. Score de Rockall

Variable	Clasificación			
	0	1	2	3
Edad	<60	60-79	>80	
Shock	Sin shock	FC<100 PAS>100mmHg	PAS<100mmHg	
Comorbilidad	Ninguna mayor		Falla cardiaca, Enfermedad coronaria u otra comorbilidad mayor	Falla renal, falla hepática o cáncer metastásico
Diagnostico endoscópico	Mallory-Weiss	Otro diagnostico	Malignidad gastrointestinal	
Evidencia de sangrado	Ninguno		Sangre visible, coagulo adherente o vaso pulsátil	

Fuente: Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut. 1996;38(3):316-21.

Entre más alto el puntaje que se obtiene, es mayor el riesgo de muerte y resangrado, clasificando de la siguiente manera

- Riesgo bajo: puntuación \leq a 2
- Riesgo intermedio: puntuación entre 3 a 5
- Riesgo alto: puntuación \geq a 6

Score de Glasgow-Blatchford

Esta escala surge después de 7 años del score Rockall con la necesidad de identificar pacientes que requieran tratamiento inmediato. Está integrado por un conjunto de variables clínicas y laboratoriales que se asigna una puntuación específica mostrada en la tabla 2. El estudio para su aplicación abarcó a 1748 pacientes y se concluyó que el 99% de estos pacientes con sangrado requerían intervención médica (Sensibilidad) y el 32%, no los necesitaba (especificidad)^(4,20). En esta escala, como no posee una variable endoscópica, tiene facilidad para ser usada en el primer nivel de atención

Tabla 2. Score de Glasgow – Blatchford

Parámetros de ingreso	Puntos
Urea (mmol/L)	
6.5-8	2
8-10	3
10-25	4
>25	6
Hemoglobina (g/L) hombres	
120-130	1
100-120	3
<100	6
Hemoglobina (g/L) mujer	
100-120	1
<100	6
Presión arterial sistólica (mmHg)	
100-109	1
90-99	2
<90	3
Pulso	
≥100 lat/min	1
Co-morbilidad/Historia clínica	
Presentación con melena	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática	2
Insuficiencia cardíaca	2

Fuente: Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000;356(9238):1318-21.

Score AIMS65

Esta es una nueva escala publicada en el 2011 por Saltzman y colaboradores en su estudio con más de 60.000 pacientes; es usada como predictor de mortalidad frecuentemente, además de ser muy útil para determinar estancia hospitalaria y el costo de tratamiento. Dentro de los parámetros incluidos en la tabla 3, a diferencia de las otras escalas, incluye a la albúmina y el tiempo de protrombina, que valores inferiores a la normal está relacionado directamente con la mortalidad; se puede estratificar a los pacientes como bajo riesgo y alto riesgo con puntaje menor o igual a 2 puntos y mayor a 2 puntos respectivamente^(5,8,13,16,20).

Tabla 3. Score AIMS65

Variable	Puntuación
Albumina < 3g/l	1
INR >1.5	1
Estado Mental	1
Presión Sistólica <90mmHg	1
65 años	1

Fuente: 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

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Edad: Años que transcurrieron desde la fecha de nacimiento hasta la actualidad verificado por el documento de identidad.

Sexo: Fenotipo y Genotipo que diferencia a las personas biológicamente, además de la presencia de órganos reproductores.

Comorbilidad: manifestación de uno o más trastornos (o enfermedades) añadido de la enfermedad o trastorno primario.

Melena: Expulsión de heces negruzcas intensas, blandas y fétidas.

Hematemesis: Emisión por la cavidad oral de sangre fresca, coágulos sanguíneos o restos hemáticos opacos que están precedidas por arcadas o tos.

Hematoquecia: Emisión de sangre por el orificio anal en forma de sangre fresca rutilante o sangre rojo vinoso oscuro que está acompañada a la deposición o, se presenta de forma aislada

Úlcera péptica: Daño de la mucosa gástrica.

Endoscopia: Procedimiento médico invasivo, que permite observar el interior del tubo digestivo, utilizando el endoscopio que en su interior posee una microcámara unida a un tubo largo y delgado

Clasificación de Forrest: Escala que permite clasificar visualmente el carácter y sangrado de las úlceras pépticas.

Score AIMS65: Escala que permite predecir mortalidad, estancia hospitalaria y costo del tratamiento.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de hipótesis

Hipótesis nula(Ho): No existe relación entre los factores asociados a mortalidad y la escala AIMS65 en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta del hospital regional de Loreto, Julio 2021 – Julio 2022

Hipótesis alterna(Ha): Existe relación entra los factores asociados a mortalidad y la escala AIMS65 en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta del hospital regional de Loreto, Julio 2021 – Julio 2022

2.2 Variables y su operacionalización

2.2. Variable dependiente

- Mortalidad

2.3. Variable independiente

Características Epidemiológicas

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Distrito de procedencia
- Servicio de procedencia
- Fecha de Ingreso
- Estancia hospitalaria
- Tabaco
- Alcohol
- Uso de AINES
- Destino

Características clínicas

- Presentación clínica
- Comorbilidades
- Transfusión de paquetes globulares
- Presión arterial sistólica
- Ascitis
- Grado de Encefalopatía

Características Laboratoriales

- Hemoglobina
- Grupo Sanguíneo y Factor Rh
- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Bilirrubina total
- Albúmina
- Tiempo de protrombina
- INR

Características Endoscópicas

- Diagnóstico Endoscópico

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de la categoría	Medio de Verificación
Variable dependiente							
Mortalidad	Número de personas que mueren en un lugar y período en particular en relación con la población total.	Cualitativa	Score AIMS65	Numérica	Bajo riesgo Alto Riesgo	0 a 2 puntos ≥3 puntos	Ficha de Recolección de datos
Variables independientes							
Características epidemiológicas	Características del estado de salud de una población específica, considerando los factores relacionados directa e indirectamente	Cualitativa	Edad	Numérica	Adulto Joven Adulto Adulto mayor	18 – 30 años 31 – 64 años ≥65 años	Ficha de Recolección de datos
			Sexo	Nominal	Masculino Femenino	No aplica	
			Grado de instrucción	Nominal	Primaria Secundaria Superior	No aplica	
			Distrito de procedencia	Nominal	Iquitos Belén Punchana San Juan Rivera o Comunidades nativas	No aplica	

			Servicio de procedencia	Nominal	Emergencia Consultorios externos Otros servicios	No aplica	
			Fecha de Ingreso	Numérica		No aplica	
			Estancia Hospitalaria	Numérica	1 día 2 días 3 días 4 días ≥5 días	No aplica	
			Destino	Nominal	Alta Fallecido	No aplica	
			Alcohol	Nominal	Si No	No aplica	
			Tabaco	Nominal	Si No	No aplica	
			Uso de AINES	Nominal	Si No	No aplica	
Características clínicas	Determinación de la naturaleza o condiciones de una enfermedad o la distinción de una enfermedad o	Cualitativa	Presentación clínica	Nominal	Melena Hematemesis Hematoquecia	No aplica	Ficha de Recolección de datos
			Escala de coma de Glasgow	Numérica	Normal Alterado	15 ≤14	
			Comorbilidades	Nominal	Diabetes HTA Cirrosis	No aplica	

	condición de otra.				ERC Ninguna		
			Paquetes globulares transfundidos	Numérica	0 1 2 3 ≥4		
			Ascitis	Nominal	Grado I Grado II Grado III	No aplica	
			Presión Arterial Sistólica	Numérica	Primer resultado al ingreso	No aplica	
			Grado de encefalopatía	Nominal	Grado I Grado II Grado III Grado IV	No aplica	
Características Laboratoriales	Parámetros que son determinados por métodos de reactivos que son cuantificados.	Cuantitativa	Hemoglobina	Numérica	Normal Anemia leve Anemia moderada Anemia severa	>13 12.9 – 10.0 7.0 – 9.9 <7	Ficha de Recolección de datos
			Grupo Sanguíneo	Nominal	A B AB O	No aplica	
			Factor Rh	Nominal	Positivo Negativo	No aplica	

			Glucosa	Numérica	Primer resultado al ingreso	No aplica	
			Urea	Numérica	Primer resultado al ingreso	No aplica	
			Creatinina	Numérica	Primer resultado al ingreso	No aplica	
			Bilirrubina total	Numérica	Primer resultado al ingreso	No aplica	
			Albúmina	Numérica	Primer resultado al ingreso	No aplica	
			Tiempo de protrombina	Numérica	Primer resultado al ingreso	No aplica	
			INR	Numérica	Primer resultado al ingreso	No aplica	
Características Endoscópicas	Son las características visuales del tracto digestivo que son requeridas por un instrumento óptico a través	Cualitativa	Diagnóstico endoscópico	Nominal	Esófago	Esofagitis Síndrome de Mallory Weiss Úlcera esofágica Varices esofágicas Neoplasia	Ficha de Recolección de datos

	de un agujero natural. En este caso por la boca, para determinar características del tracto digestivo alto.				Estómago	Úlcera gástrica Angiodisplasia a Varices gástricas Gastritis erosiva Neoplasia	
					Duodeno	Úlcera duodenal Duodenitis erosiva Lesiones vasculares Neoplasias	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

El estudio realizado fue un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

3.2 Diseño muestral

3.2.1 Universo

El universo estuvo conformado por todos los pacientes diagnosticados de Hemorragia Digestiva Alta del hospital regional de Loreto entre el período de julio de 2021 a julio de 2022.

3.2.2 Población

La población fue conformada por todos pacientes adultos con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta del hospital regional de Loreto entre el período julio de 2021 a julio de 2022.

3.2.3 Muestra

Se incluyó a todos los pacientes adultos con diagnóstico clínico de Hemorragia Digestiva Alta internados en el servicio de Medicina Interna del hospital regional de Loreto entre el período julio de 2021 a julio de 2022 que cumplan los criterios de inclusión y los criterios de exclusión.

n= 57

3.2.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes que ingresaron al Hospital Regional de Loreto por cuadro clínico de Hemorragia Digestiva Alta.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años.

- Pacientes admitidos/ingresados por el servicio de emergencia, consultorio externo o que en su hospitalización por otras causas presenten cuadro de Hemorragia Digestiva Alta.

Criterios de exclusión

- Pacientes hospitalizados con historia clínica incompleta u otro diagnóstico de hemorragia digestiva no alta.

3.3 Procedimiento de recolección de datos:

Se utilizó un formulario de recogida de datos a los pacientes que participaron en el estudio; estos datos se obtuvieron de las Historias Clínicas archivadas de los pacientes estudiados, esta ficha de recolección de datos contuvo los datos básicos necesarios del paciente para la investigación (edad, sexo, lugar de procedencia, comorbilidades, hábitos nocivos, exámenes de laboratorio al ingreso, informe de endoscopia). El formulario de recolección de datos fue evaluado previamente por expertos en el área para su validación.

3.4 Procesamiento y análisis de datos

Toda la información consignada en los formularios fue distribuida en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013 para su respectivo proceso y estudio, la cual se asimiló al paquete estadístico SPSS 21, para la obtención de los parámetros requeridos para la distribución de las frecuencias absolutas y relativas.

4.5 Aspectos éticos

El presente estudio, debido a su naturaleza, no era necesario solicitar el consentimiento informado del paciente para el uso de la información debido a que estos fueron sometidos a una codificación de datos y serán mantenidos dentro de los parámetros de privacidad que será manejado única y exclusivamente por el investigador.

Según el artículo n°95 del comité de ética del colegio médico del Perú, el médico debe mantener el anonimato del paciente cuando la información dentro de la historia clínica sea utilizada para fines de investigación o docencia. Por tal motivo:

1. La ficha de recolección de datos a utilizar pasó por la aprobación de expertos para su validación. La ficha no contó la identificación del paciente, sólo tenía dentro de su contenido con el número de Historia Clínica para la identificación del paciente.
2. Se solicitó el permiso correspondiente del comité de ética del Hospital Regional de Loreto, para su aplicación durante el estudio.
3. Los datos obtenidos durante la investigación se utilizaron únicamente para fines de investigación dentro de los parámetros del estudio.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1 Características epidemiológicas

Tabla N°04: Clasificación por grupo etario de Pacientes hospitalizados con diagnóstico de hemorragia digestiva alta del Hospital Regional de Loreto en el período Jul 2021 – Jul 2022.

GRUPO ETARIO	nº	%
Adulto Joven	8	14,0
Adulto	24	42,1
Adulto mayor	25	43,9
TOTAL	57	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°04 se observa que del total de pacientes hospitalizados por Hemorragia digestiva alta (57 pacientes), el grupo de los ADULTOS MAYORES (≥ 65 años) predominó con un 43,9% seguido por el grupo de ADULTOS (31-64 años) con un 42,1%.

Tabla N°05 Clasificación por sexo de Pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022

SEXO	nº	%
Masculino	33	57,9
Femenino	24	42.1
TOTAL	57	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°05 se observa que el sexo masculino (57.9%) predominó entre los hospitalizados por hemorragia digestiva alta en el período julio 2021 a julio 2022.

Tabla N°06 Grado de Instrucción de los Pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022

GRADO DE INSTRUCCIÓN	nº	%
Primaria	29	50,9
Secundaria	20	35,1
Superior	8	14,0
TOTAL	57	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Se muestra en la tabla N°06 el grado de instrucción de los pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva alta, que el 50,9%(29) tuvieron solamente educación primaria, el 35,1%(20) solo tuvieron educación Secundaria y 14,0%(8) tenían estudios superiores.

Tabla N°07 Distrito de procedencia de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022

DISTRITO DE PROCEDENCIA	nº	%
Iquitos	21	36,8
Belen	3	5,3
Punchana	8	14,0
San Juan	10	17,5
Rivera o Comunidades Nativas	15	26,3
TOTAL	57	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°07 se observó una mayor frecuencia de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta dentro del período julio 2021 – julio 2022 provinieron del distrito de Iquitos con un 36,8%(21), seguido por las Comunidades Nativas/Rivera con 26,3%(15).

Tabla N°08 Servicios de Procedencia de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el Período Jul 2021 – Jul 2022

SERVICIO DE PROCEDENCIA	nº	%
Emergencia	53	93,0
Consultorios Externos	2	3,5
Otros Servicios	2	3,5
TOTAL	57	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°08 se evidenció que los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina por Hemorragia Digestiva Alta provienen en su mayoría del servicio de Emergencia con un 93% (53).

Tabla N°09 Hábitos Nocivos de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022

HÁBITOS NOCIVOS	FRECUENCIA	%
Alcohol	23	40,4
Tabaco	15	26,3
Uso de AINES*	3	5,3

Fuente: Elaboración propia

AINES*: Antinflamatorios No Esteroideos

Se observó en la tabla N°09 que dentro de los hábitos nocivos frecuentes el consumo de alcohol con un 40,4%, seguido por consumo de tabaco con un 26,3% y el uso crónico de AINES con un 5,3%.

Tabla N°10 Estancia Hospitalaria de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022

ESTANCIA HOSPITALARIA	nº	%
1 Día	3	5,3
2 días	2	3,5
3 días	4	7,0
4 días	5	8,8
≥ 5 días	43	75,4
TOTAL	57	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°10 se evidenció la estancia hospitalaria de más de 5 días en los pacientes con hemorragia digestiva alta con un 75,4% del total de los casos estudiados.

Tabla N°11 Destino de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022

DESTINO DEL PACIENTE	nº	%
Alta	51	89,5
Fallecidos	6	10,5
TOTAL	57	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Dentro de las condiciones finales de los pacientes del estudio, se evidenció en la tabla N°11 un total de 10,5% de los fallecidos y 89,5% de altas.

4.1.2 Características Clínicas

Tabla N°12 Características Clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMORBILIDADES		
Diabetes	8	14,0
HTA	24	42,1
Cirrosis	10	17,5
ERC	3	5,3
Ninguna	26	45,6
ESCALA DE GLASGOW		
Normal	52	91,2
Alterado	5	8,8
PRESENTACIÓN CLÍNICA		
Melena	41	71,9
Hematemesis	38	66,7
Hematoquecia	8	14,0
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA		
>90 mmHg	18	31,6
≤90 mmHg	39	68,4
ASCITIS		
Grado I	5	8,8
Grado II	3	5,3
Grado III	3	5,3
GRADO DE ENCEFALOPATÍA		
Grado I	7	12,3
Grado II	2	3,5
Grado III	2	3,5
Grado IV	0	0

PAQUETES TRANSFUNDIDOS	GLOBULARES	
0 paquetes	20	35,1
1 paquete	9	15,8
2 paquetes	14	24,6
3 paquetes	8	14,0
≥ 4 paquetes	6	10,5

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°12 se evidenció las características clínicas de los 57 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el período Julio 2021 – Julio 2022.

Se evidenció que por lo menos el 45,6% de los pacientes no presentaron alguna comorbilidad en su hospitalización; dentro de las comorbilidades asociadas, la más frecuente que presentaron los pacientes es HTA (42,1%), seguido por Cirrosis (17,5%), Diabetes (14,4%) y Enfermedad Renal Crónica/ERC (5,3%).

Los pacientes por lo menos presentaron 1 signo clínico al momento del estudio, se observó que la presentación clínica más frecuente de la hemorragia digestiva alta fue la melena con un 71,9% seguido de hematemesis con 66,7% y hematoquecia con 14%.

Al momento de la evaluación de los parámetros clínicos, los pacientes no presentaron alteración del estado mental evaluados con la Escala de Glasgow (91,2%); a la evaluación de la Presión Arterial Sistólica al momento del ingreso, se evidenció que el 68,4% presentaron presiones arteriales sistólicas menores de 90 mmHg.

Al evaluar el grado de ascitis y encefalopatía, se determinó que un 8,8% del total de los pacientes presentó un Grado I de Ascitis y, 12,3% presentó un Grado I de Encefalopatía Hepática.

Los pacientes que no necesitaron algún paquete globular son el 35,1%, los que utilizaron por lo menos 1 paquete globular fueron 15,8% y de 2 a más paquetes globulares transfundidos suman 49,1%.

4.1.3 Características Laboratoriales y Endoscópicas

Tabla N°13 Características Laboratoriales de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022

CARACTERÍSTICAS LABORATORIALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEMOGLOBINA		
Normal	1	1,8%
Anemia leve	16	28,1%
Anemia moderada	18	31,6%
Anemia Severa	22	38,6%
GRUPO SANGUÍNEO		
A	6	10,5
B	2	3,5
AB	0	0%
O	49	86,0
FACTOR RH		
Positivo	57	100%
Negativo	0	0%
GLUCOSA		
Bajo	3	5,3%
Normal	21	36,8%
Elevado	33	57,9%
UREA		
Normal	25	43,9%
Alterado	32	56,1%
CREATININA		
Normal	38	66,7%
Alterado	19	33,3%

BILIRRUBINA		
Normal	39	68,4%
Alterado	18	31,6%
ALBÚMINA		
Normal	23	40,4%
Alterado	34	59,6%
TIEMPO DE PROTROMBINA		
Normal	39	68,4%
Prolongada	18	31,6%
INR		
Normal	51	89,5%
Alta	6	10,5%

Fuente: *Elaboración propia*

Dentro de la evaluación de los exámenes de laboratorio al ingreso, se evidenció que el 38,6% presentaron Anemia Severa (Hb <7 mg/dL). La evaluación de los parámetros bioquímicos se evidenció elevación de la Glucosa sérica por encima de los valores normales (57,9%), alteración de los valores de Urea (56,1%) y alteración de los valores normales de Albúmina (59,6%). No se evidenció alteración del resto de los valores laboratoriales (Creatinina, Bilirrubina, Tiempo de Protrombina e INR).

Tabla N°14 Características Endoscópicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en el período Jul 2021 – Jul 2022

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENDOSCOPIA		
Si	26	45,6%
No	31	54,4%
ESOFAGO		
Esofagitis	1	3,84
Síndrome de Mallory Weiss	1	3,22
Úlcera Esofágica	0	0
Varices Esofágica	8	30,76
Neoplasia	0	
ESTÓMAGO		
Úlcera gástricas	11	42,30
Angiodisplasia	0	0
Varices Gástrica	10	38,46
Gastritis Erosiva	0	0
Neoplasia	3	11,53
DUODENO		
Úlcera Duodenal	1	3,84
Duodenitis Erosiva	2	7,69
Lesiones Vasculares	0	0
Neoplasias	1	3,84
OTROS DIAGNÓSTICOS	2	7,69

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que el 54,4% (31) de los pacientes no presentaron informe de Endoscopia alta. Del total de las endoscopias altas realizadas (26), el hallazgo más frecuente, en estómago, son las úlceras y varices gástricas con un 42,3% y 38,46% respectivamente; mientras en esófago, destacan las varices esofágicas con 30,76%.

4.2 ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla N°15 : Mortalidad asociada al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Regional de Loreto de julio 2021 de a julio de 2022

Mortalidad		Condición del Paciente				Valor p
		Fallecido	%	Alta	%	
Perfil de Riesgo	Alto Riesgo	6	50%	6	50%	<0.001**
	Bajo Riesgo	0	00.00%	45	100%	

****“Valor p” obtenido con prueba exacta de Fisher**

En la tabla N°15 se observó que el 100% de pacientes con bajo riesgo de mortalidad por HDA fueron dados de alta, a diferencia del grupo de pacientes con alto riesgo de mortalidad donde solo el 50% de pacientes fueron dados de alta. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, por lo que se evidenció una asociación significativa entre el Score AIMS65 y la mortalidad ($p < 0.001$).

Tabla N°16: Características epidemiológicas asociadas al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Regional de Loreto de julio 2021 de a julio de 2022

Características epidemiológicas	Perfil de Riesgo				Valor p	
	Bajo Riesgo	%	Alto Riesgo	%		
Edad	Adulto Joven	8	100%	0	0.00%	0.122*
	Adulto	20	83.3%	4	16.7%	
	Adulto Mayor	17	68.%	8	32%	
Sexo	Masculino	27	81.8%	6	18.2%	0.533*
	Femenino	18	75.%	6	25%	
Grado de instrucción	Primaria	18	62.1%	11	37.9%	0.008**
	Secundaria	19	95%	1	5%	
	Superior	8	100%	0	0.00%	
Distrito de procedencia	Iquitos	18	85.7%	3	14.3%	0.301**
	Belén	1	33.3%	2	66.7%	
	Punchana	7	87.5%	1	12.5%	
	San Juan	7	70%	3	30%	
	Ribera o comunidades nativas	12	80	3	20%	
Servicio de procedencia	Emergencia	43	81.1%	10	18.9%	0.081**
	Consultorios externos	2	100.%	0	0.00%	
	Otros servicios	0	0.00%	2	100%	
Estancia hospitalaria	1 día	3	100%	0	0.00%	0.560**
	2 días	2	100%	0	0.00%	
	3 días	2	50%	2	50%	
	4 días	4	80%	1	20%	
	>5 días	34	79.1%	9	20.9%	
Alcohol	Si	18	78.3%	5	21.7%	0.584**
	No	27	79.4%	7	20.6%	
Tabaco	Si	13	86.7%	2	13.3%	0.325**
	No	32	76.2%	10	23.8%	
Uso de AINES	Si	3	100%	0	0.00%	0.485**
	No	42	77.8%	12	22.2%	

*Valor de "p" obtenido con la prueba de Chi-Cuadrado.

**Valor de "p" obtenido con la prueba Exacta de Fisher

En la tabla N°16 se observaron las características epidemiológicas asociadas al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta:

En cuanto a la edad, se observó que el 100% de adultos jóvenes tuvieron bajo riesgo de mortalidad por HDA, del mismo modo que el 83.3% de pacientes adultos, mientras que el 32% de adultos mayores tuvieron alto riesgo de mortalidad. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, por lo que no hubo asociación entre la edad y el Score de AIMS65 (**$p= 0.122$**)

Respecto al sexo, se encontró que el 81.8% de pacientes de sexo masculino tuvo bajo riesgo de mortalidad por HDA, mientras que en el sexo femenino el 75% tuvo bajo riesgo de mortalidad. No hubo diferencias estadísticamente significativas (**$p= 0.533$**)

Se halló que el 100% de pacientes que tuvieron educación superior tuvieron bajo riesgo de mortalidad por HDA, del mismo modo que el 95% de pacientes con secundaria. Con respecto a los pacientes con solo primaria, el 62.% de pacientes tuvo bajo riesgo mientras el 37.9% tuvieron alto riesgo. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas por lo que hubo asociación entre el grado de instrucción y el Score AIMS65 (**$p=0.008$**)

Con respecto al distrito de procedencia se encontró que el 87.5% de pacientes provenientes del distrito de Punchana estuvieron en el grupo de bajo riesgo de mortalidad por HDA, esta frecuencia fue mayor comparada a la de los demás distritos. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (**$p= 0. 301$**).

En cuanto al servicio de procedencia el 100% de pacientes pertenecientes a consultorios externos tuvieron bajo riesgo de mortalidad por HDA, el 81.1 % de pacientes provenientes de emergencia también tuvieron bajo riesgo de mortalidad, mientras que el 100% de pacientes provenientes de consultorios externos tuvieron alto riesgo de mortalidad. A pesar de esto, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. (**$p=0.081$**)

Respecto a la estancia hospitalaria, el 100% de los pacientes que estuvieron hospitalizados uno y dos días tuvieron un bajo riesgo de mortalidad por HDA, estas frecuencias fueron mayores que el resto. Sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa (**$p=0.560$**)

En cuanto al consumo del alcohol se encontró que el 79.4% de pacientes que no consumían alcohol tuvieron bajo riesgo de mortalidad por HDA mientras que el 78.3% de pacientes que consumían habitualmente alcohol tuvieron bajo riesgo, no obstante, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. (**$p=0.584$**)

Respecto al tabaco, se halló que el 86.67% de pacientes que fumaban activamente tuvieron bajo riesgo de mortalidad por HDA, esta frecuencia fue mayor que la de los pacientes que no fumaban y tenían bajo riesgo(76.19%), sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (**$p=0.325$**)

En cuanto a los AINES, el 100% de pacientes que usaban AINES estaban en el grupo de bajo riesgo de mortalidad por HDA a diferencia de los pacientes que no usaban AINES en el 77.78% tuvo bajo riesgo de mortalidad, estas diferencias no fueron significativas (**$p =0.485$**)

Tabla N°17: Características clínicas asociadas al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Regional de Loreto de julio 2021 de a julio de 2022

Características clínicas		Perfil de Riesgo				Valor p
		Bajo Riesgo	%	Alto Riesgo	%	
Presentación clínica	Melena	35	85.4%	6	14.6%	p>0.05**
	Hematemesis	31	81.6%	7	18.4%	
	Hematoquecia	4	50%	4	50%	
Escala de Glasgow	Normal	45	86.5%	7	13.5%	<0.001**
	Alterado	0	0.00%	5	100%	
Comorbilidades	Diabetes	7	87.5%	1	12.5%	p > 0.05*
	HTA	17	70.8%	7	29.2%	
	Cirrosis	4	40%	6	60%	
	ERC	3	100%	0	0%	
	Ninguna	25	96.2%	1	3.8%	
Paquetes globulares transfundidos	0	16	80%	4	20%	0.700**
	1	8	88.9%	1	11.1%	
	2	9	64.3%	5	35.7%	
	3	7	87.5%	1	12.5%	
	4 a más	5	83.3%	1	16.7%	
Grado de ascitis	I	4	80%	1	20%	0.188**
	II	1	33.3%	2	66.7%	
	III	0	0.00%	3	100%	
Grado de encefalopatía	Grado I	5	71.4%	2	28.6%	0.061**
	Grado II	0	0.00%	2	100%	
	Grado III	0	0.00%	2	100%	

*Valor de "p" obtenido con la prueba de Chi-Cuadrado.

**Valor de "p" obtenido con la prueba Exacta de Fisher

En la tabla n°17 se observaron las características clínicas asociadas al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta:

En cuanto a la presentación clínica, se observó que el grupo de BAJO RIESGO presentó 85.4% de melena y 81.6% de hematemesis, mientras que el grupo de ALTO RIESGO, 14.6% de melena y 18.4% de hematemesis, mientras que ambos grupos presentaron en igual medida, hematoquecia. Así mismo, no se observa significancia estadística entre ninguna de estas presentaciones clínicas y el Score AIMS65 (**$p > 0.05$**).

Se encontró que el 100% de pacientes con un estado mental alterado tuvo alto riesgo de mortalidad por HDA mientras que solamente el 13.5 % de pacientes con estado mental normal tuvo alta mortalidad. Esta diferencia fue estadísticamente significativa, por lo que el estado mental del paciente evaluado con escala de Glasgow estuvo asociado a mortalidad por HDA según el Score AIMS65 (**$p < 0.001$**)

Respecto a las comorbilidades, se observó que el grupo de BAJO RIESGO tuvieron en mayor medida ninguna comorbilidad (25), mientras que el grupo de ALTO RIESGO tuvieron en mayor medida HTA (7). Así mismo, no se observa significancia estadística entre ninguna comorbilidad y el Score AIMS65 (**$p > 0.05$**).

Respecto a los paquetes globulares transfundidos, se encontró que el 88.9% de pacientes a los que se les transfundió un paquete de sangre tuvieron bajo riesgo de mortalidad por HDA, esta frecuencia fue mayor que en los demás grupos bajo riesgo de mortalidad, mientras el 35.71 % de pacientes a los que se les transfundió 2 paquetes tuvieron alto riesgo de mortalidad por HDA, esta frecuencia fue mayor en el grupo de pacientes de alto riesgo. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (**$p = 0.700$**)

En cuanto al grado de ascitis, se halló que el 100% de pacientes con ascitis en 3er grado tuvieron un alto riesgo de mortalidad por HDA esta frecuencia fue mayor en el grupo de pacientes con alto riesgo , mientras el 80% de pacientes con ascitis en 1er grado tuvieron bajo riesgo de mortalidad , esta frecuencia fue

mayor en el grupo de pacientes con bajo riesgo. A pesar de estos resultados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.188$)

Respecto al grado de encefalopatía. Se encontró que el 100% de pacientes con encefalopatía hepática en segundo y tercer grado tuvo alto riesgo de mortalidad por HDA, mientras que el 71.4% de pacientes con encefalopatía hepática en primer grado tuvo bajo riesgo. No obstante, estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos ($p = 0.061$)

Tabla n°18: Características laboratoriales asociadas al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Regional de Loreto de julio 2021 de a julio de 2022

Características laboratoriales	Perfil de Riesgo				Valor p	
	Bajo Riesgo	%	Alto Riesgo	%		
Hemoglobina	>13	1	100%	0	0.00%	0.578**
	12.9-10	12	75%	4	25%	
	9.9-7	16	88.9%	2	11.1%	
	<7	16	72.7%	6	27.2%	
Grupo sanguíneo	A	6	100%	0	0.00%	0.222**
	B	1	50%	1	50%	
	O	38	77.6%	11	22.5%	
Glucosa	Bajo	2	66.7%	1	33.3%	0.651**
	Normal	16	76.2%	5	23.8%	
	Elevado	27	81.8%	6	18.2%	
Urea	Normal	21	84%	4	16%	0.408*
	Alterado	24	75%	8	25%	
Creatinina	Normal	34	89.5%	4	10.5%	0.009**
	Elevado	11	57.9%	8	42.1%	
Bilirrubina total	Normal	33	84.6%	6	15.4%	0.117**
	Alterado	12	66.7%	6	33.3%	
Albúmina	Alterado	12	52.2%	11	47.8%	<0.001**
	Normal	33	97.1%	1	2.9%	
Tiempo de protrombina	Normal	32	82%	7	18%	0.304**
	Prolongado	13	72.2%	5	27.8%	
INR	Normal	43	84.3%	8	15.7%	0.015**
	Alto	2	33.3%	4	66.7%	

*Valor de "p" obtenido con la prueba de Chi-Cuadrado.

**Valor de "p" obtenido con la prueba Exacta de Fisher

En la tabla n°18 se observó las características laboratoriales asociadas al perfil de Riesgo de acuerdo con el Score AIMS65 de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta:

En cuanto a la hemoglobina, se observó que en el 88.9% de pacientes con una hemoglobina de 7-9.9 g/dL tuvo bajo riesgo de HDA, mientras que el 100% de pacientes con una hemoglobina mayor de 13 tuvo un riesgo bajo de mortalidad y esta frecuencia fue mayor que el resto de los grupos. Sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos. (**$p=0.578$**)

Respecto al grupo sanguíneo, se observó que el 100% de pacientes del grupo tuvo bajo riesgo de mortalidad por HDA, esta frecuencia fue mayor que en el resto de los grupos sanguíneos. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (**$p= 0.222$**)

Respecto a la glucosa, se encontró que el 81.8% de pacientes con glucosa elevada tenían menos riesgo de mortalidad por HDA, esta frecuencia fue mayor que en el resto de los grupos, sin embargo, no hubo asociación estadísticamente significativa. (**$p =0.651$**)

Respecto a la urea, el 84% de pacientes que tuvieron urea normal tuvieron bajo riesgo de mortalidad por HDA a mientras que en el grupo de pacientes con urea alterada el 75% tuvo bajo riesgo de mortalidad, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (**$p= 0.408$**)

Respecto a la creatinina, en el 42.1% de pacientes con creatinina elevada tuvieron alto riesgo de mortalidad por HDA, este resultado fue mayor al grupo de pacientes con creatinina normal en el que solo el 10.5% de pacientes con alto riesgo de mortalidad . Esta diferencia fue estadísticamente significativa por lo que se encontró una asociación significativa entre la creatinina elevada y el alto riesgo de mortalidad por HDA evaluada con el score de AIMS65. (**$p =0.009$**)

Respecto a la bilirrubina total, se encontró que el 84.62% de pacientes con Bilirrubina total normal total tuvo un riesgo bajo de mortalidad por HDA mientras que el 66.67% de pacientes con Bilirrubina alterada tuvo un 66.67% de riesgo

bajo de mortalidad. No se encontraron diferencias significativas entre estos resultados. ($p=0.117$)

Respecto a la albúmina, se encontró que el 47.8% de pacientes con una albúmina alterada tuvo alto riesgo de mortalidad por HDA a comparación de los pacientes que tuvieron albúmina normal donde solo el 2.9% tuvieron alto riesgo de mortalidad. Se encontró que estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Por lo que existe una asociación significativa entre la albúmina encontrada y el riesgo de mortalidad evaluado con el score de AIMS65 ($p < 0.001$)

En cuanto al tiempo de protrombina, se observó que el 82% de pacientes con tiempo de protrombina normal tenían bajo riesgo de mortalidad por HDA comparado al grupo de pacientes con tiempo de protrombina elevado en el cual el 72.2 % tenía riesgo bajo de mortalidad, no obstante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. ($p = 0.304$)

Respecto al INR, se evidenció que el 66.7 % de pacientes con INR elevado tuvo alto riesgo de mortalidad por HDA a comparación de los pacientes con un INR normal donde sólo el 15.7% de pacientes tuvo riesgo de mortalidad alta, estas diferencias fueron estadísticamente significativas por lo que se encontró asociación entre el INR y el riesgo de mortalidad por HDA evaluado con el score de aims65 ($p = 0.015$)

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El presente estudio observacional, descriptivo y transversal, incluyó a 57 pacientes diagnosticados con Hemorragia Digestiva Alta ingresados al servicio de Medicina interna en el Hospital Regional de Loreto durante el período Julio 2021 a Julio 2022.

Evaluando cada característica de la población estudiada, se evidenció que:

1. Características Epidemiológicas

El sexo masculino fue predominante en el estudio, representando el 57,9% de los casos de Hemorragia Digestiva Alta, que en su mayoría el grupo etario conformado por los adultos mayores (mayor o igual a los 65 años) representó el 43,9%. Estos datos concuerdan con los hallazgos publicado por Abusaada et.al⁽¹⁴⁾ con predominancia del sexo masculino en el total de los casos, variando en los hallazgos de Saltzman⁽⁸⁾ que el sexo predominante es el femenino con 52%. Escala AIMS-65.

Dentro de los hábitos nocivos encontrados, se encontró un predominio del consumo de alcohol de 40,4%. Los hallazgos encontrados por Romero⁽¹¹⁾ difieren con un 26,5% de consumo de alcohol y, un 14,35% de Sanchez et al.⁽¹⁶⁾. Lo llamativo del estudio es el bajo Consumo de AINES (5,3%) comparado con los hallazgos de Romero⁽¹¹⁾ y Sanchez⁽¹⁶⁾ con 36,5% y 11,56% respectivamente, dado que el consumo de AINES está relacionado al sangrado digestivo por la gastropatía causada por los efectos adversos.

La mortalidad calculada por Hemorragia Digestiva Alta en el presente estudio fue de 10,5% con tendencia a una ligera elevación, comparado al 9,9% de mortalidad en el estudio local de Romero⁽¹¹⁾; este resultado obtenido resulta alta en comparación de los estudios nacionales realizado por Illesca (3,6%)⁽¹⁵⁾, Espinoza-Rios (7,8%)⁽⁵⁾ y Sanchez (7,65%)⁽¹⁶⁾ y los estudios internacionales hecho por Li (8,0%)⁽¹²⁾ a diferencia del estudio realizado por Liu cuya mortalidad de pacientes se asemeja a lo obtenida con un 10,91%.

Encontramos una asociación entre el grado de Instrucción y la mortalidad por la escala AIMS65, esto tendría varias explicaciones a detallar. Por ejemplo, los pacientes con menor grado de instrucción tienen menos acceso a información sobre su salud, retrasando así la búsqueda de atención médica y provocando su llegada a un centro de salud en un estadio avanzado de la enfermedad. Además, muchos pacientes con bajo grado de instrucción tienen poca comprensión de las recomendaciones médicas prescritas, afectando la adherencia del tratamiento y en mayor instancia aumentando el riesgo de mortalidad^(25,26).

2. Características Clínicas

Se evidenció que la presentación clínica más frecuente presentada en el estudio fue Melena (71,9%) coincidiendo con los estudios nacionales de Sanchez⁽¹⁶⁾, Espinoza⁽⁵⁾ e Illesca⁽¹⁵⁾ reportando como melena la presentación más frecuente con valores de 68,89%, 71,4% y 67,9% respectivamente. Dentro de los estudios internacionales destacan a la Melena como presentación clínica más frecuente por Liu y Abusaada con 77,15%⁽¹³⁾ y 58%⁽¹⁴⁾ respectivamente.

Dentro de las comorbilidades asociadas el 54,4% de los pacientes presentaron por lo menos una comorbilidad; se evidenció que la HTA (42,1%) fue la comorbilidad frecuentemente encontrada en el estudio, seguido por cirrosis (17,5%) y Diabetes (14,0%), asemejando estos hallazgos con los estudios de Li, Liu en orden de frecuencia en estudios internacionales^(12,13). En cambio, en el estudio nacional desarrollado por Illesca⁽¹⁵⁾ que dentro de sus hallazgos obtuvo que la Cirrosis es la comorbilidad más frecuente con 21,4%, seguido por Diabetes y HTA ambos con el 15%.

Cuando se evaluó el análisis bivariado, se obtuvo una asociación estadísticamente significativa en relación de la escala de Glasgow y la mortalidad por HDA por la escala AIMS65, dato que validó los hallazgos de Saltzman⁽⁸⁾ explicando que la alteración del estado mental medida por la escala de Glasgow está relacionada con mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva alta. Aunque la escala se usa para valoración neurológica, muchas veces se acompañan con hipotensión y shock hipovolémico, proporcionando datos sobre

el estado de gravedad del paciente, aunque se requiere estudios adicionales para ampliar este hallazgo encontrado^(27,28).

3. Características laboratoriales y endoscópicas

Dentro de los hallazgos más destacados dentro del estudio, se observó que los ingresos por hemorragia digestiva alta presentan mayores índices de anemia moderada a severa en el ingreso al servicio con 31,6% y 38,6% respectivamente. Esto se reafirma con los hallazgos de los estudios de Tuncer⁽²⁴⁾, Sanchez⁽¹⁶⁾, Romero⁽¹¹⁾, Illesca⁽¹⁵⁾, Liu⁽¹²⁾ del promedio de hemoglobina al ingreso está en promedio de anemia moderada a severa.

Se encontró asociación estadísticamente significativa las mediciones de Creatinina, Albumina e INR como predictor de Mortalidad en los pacientes, ya que los valores elevados de creatinina, bajos niveles de albúmina y un INR elevado están relacionados con una peor función renal, malnutrición, inflamación y problemas de coagulación, lo que puede afectar negativamente la evolución del paciente con hemorragia digestiva alta. Por lo tanto, estos valores pueden ser útiles para identificar a los pacientes con mayor riesgo de mortalidad y tomar medidas para mejorar su pronóstico^(29,30).

La importancia de que todo paciente con hemorragia digestiva alta cuente con una Endoscopia alta es de suma importancia para determinar la causa del sangrado y para determinar con exactitud el tipo de sangrado, sea variceal o no variceal^(1, 2,3,7,18,23). En el estudio se obtuvo que solo el 45,6% de los pacientes se realizó la Endoscopia alta; dentro de ellos la etiología frecuentemente encontrada dentro los reportes se localizan en el estómago por úlceras gástricas con 42,3% de los casos realizados, seguido por varices gástricas con 38,46%. La segunda localización frecuente del sangrado se encuentra en el esófago por varices esofágicas con 30,76% del total de los casos. Estos hallazgos son similares a lo encontrado por Illesca⁽¹⁵⁾, Romero⁽¹¹⁾ y Liu⁽¹²⁾ con excepción de las úlceras duodenales como segunda etiología más frecuente.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

La investigación realizada concluye con lo siguiente:

- 1.** Se acepta la hipótesis alterna de investigación pues se determinaron que existen factores asociados al predictor de mortalidad en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el hospital regional de Loreto durante el período Julio 2021 a Julio 2022.
- 2.** Se determinó que el Grado de Instrucción es un factor Epidemiológico asociado con un perfil de alto riesgo, según la escala AIMS65, para Predecir mortalidad.
- 3.** Se determinó que la escala de Glasgow es un factor clínico asociado con un perfil de alto riesgo, según la escala AIMS65, para predecir mortalidad.
- 4.** Se determinó que la medición de Creatinina, Albumina e INR son factores laboratoriales asociados con un perfil de alto riesgo, según la escala AIMS65, para predecir mortalidad en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.
- 5.** Se reconocieron los factores asociados con un perfil de alto riesgo de mortalidad según la escala AMIS65, por lo que se necesita más estudios con mayor población para buscar factores adicionales de los encontrados para brindar tratamiento oportuno y disminuir los fallecimientos.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

1. Gestionar con las instituciones correspondientes, la realización de endoscopias altas de emergencia en los establecimientos a partir de nivel II al momento del ingreso, para aumentar el índice de eficacia en el tratamiento inmediato como en los registros de la etiología de la enfermedad.
2. Capacitar al personal de emergencia de los centros de salud para el uso oportuno de la escala, con el fin determinar acciones necesarias en caso de que los pacientes graves que requieren atención oportuna en centros de mayor complejidad.
3. Implementar el uso de Historias clínicas virtuales para un registro visible y rápido de los pacientes para facilitar el seguimiento de los pacientes en futuras investigaciones en el tema.
4. Se recomienda realizar estudios adicionales con mayor población para confirmar los hallazgos y evaluar otras posibles variables asociadas con mortalidad de estos tipos de pacientes

CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez PP. INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN – IETSI. :27.
2. Rozman, C. Farreraz-Rozman. Medicina Interna. 18°. Madrid: Elsevier; 2016.
3. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. 19.^a ed. Vol. 1. EE.UU: McGraw-Hill Education; 2016.
4. Cuartas Agudelo YS, Martínez Sánchez LM. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. Rev Médicas UIS [Internet]. 18 de diciembre de 2020 [citado 15 de junio de 2022];33(3). Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/11820>
5. Espinoza-Ríos J, Sánchez VA, Paredes EAB, Pinto J, Tenorio JHM. Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. 2016;10.
6. Laine L, Jensen DM. Management of Patients With Ulcer Bleeding. Am J Gastroenterol. Marzo de 2012;107(3):345-60.
7. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, Camus M, Lau J, Lanas A, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy. Marzo de 2021;53(03):300-32.
8. 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. Diciembre de 2011;74(6):1215-24.
9. Duarte-Chang C, Beitia S, Adames E. Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, con alto y bajo riesgo de complicaciones atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomas, 2015-2016. 2019;6.
10. Reyes G, Pérez DOA, Barea DIG, Guerra DEW. Escalas de predicción en el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. :13.

11. Romero, Karol. Hemorragia Digestiva Alta y Riesgo de Resangrado en Pacientes Atendidos en el Hospital Regional de Loreto, Enero-Diciembre, 2019. UNAP; 2021.
12. Li Y, Lu Q, Wu K, Ou X. Evaluation of Six Preendoscopy Scoring Systems to Predict Outcomes for Older Adults with Upper Gastrointestinal Bleeding. Kate V, editor. Gastroenterol Res Pract. 30 de enero de 2022;2022:1-8.
13. Liu S, Zhang X, Walline JH, Yu X, Zhu H. Comparing the performance of the ABC, AIMS65, GBS, and pRS scores in predicting 90-day mortality or rebleeding among emergency department patients with acute upper gastrointestinal bleeding: A prospective multicenter study. J Transl Intern Med. 1 de junio de 2021;9(2):114-22.
14. Abusaada K, Asad-ur-Rahman F, Pech V, Majeed U, Dai S, Zhu X, et al. Blatchford Score Is Superior to AIMS65 Score in Predicting the Need for Clinical Interventions in Elderly Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleed. Adv Med. 2016;2016:1-6.
15. Illesca S, Vargas A. Utilidad del score ABC en pacientes con hemorragia digestiva alta en un Hospital Público nivel III en Lima-Perú. UPCH; 2020.
16. Sánchez VA, Paredes EAB, Valdivia JLP, Granados VV, Espinoza-Rios JL. Validación del score AIMS65 para hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2015;6.
17. Matei D, Groza I, Furnea B, Puie L, Levi C, Chiru A, et al. Predictors of Variceal or Nonvariceal Source of Upper Gastrointestinal Bleeding. An Etiology Predictive Score Established and Validated in a Tertiary Referral Center. J Gastrointestin Liver Dis. 2013;22(4):6.
18. Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondan 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). :30.
19. Sánchez CV, Pagán JCG, Molina AJH. Hemorragia gastrointestinal. :31.
20. Oakland K. Risk stratification in upper and upper and lower GI bleeding: Which scores should we use? Best Pract Res Clin Gastroenterol. Octubre de 2019;42-43:101613.

21. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000;356(9238):1318-21.
22. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. 1996;38(3):316-21.
23. Sánchez Miguel, A., Pérez Herrero, M. A. (2020). Recomendaciones actuales en el manejo de la hemorragia masiva.: ¿Qué ha cambiado desde el documento HEMOMAS? *Revista Electrónica AnestesiaR*, 10(12), 3. <https://doi.org/10.30445/rear.v10i12.671>
24. Tuncer H, Yardan T, Akdemir HU, Ayyildiz T. Comparison of four scoring systems for risk stratification of upper gastrointestinal bleeding. *Pak J Med Sci*. 2018;34(3):649-654. Doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.343.14956>
25. Zhang, X., Guo, X., Wang, L., & Zhang, S. (2019). The performance of the AIMS65 score in predicting mortality among upper gastrointestinal bleeding patients: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(2), e0211772.
26. Yu, Y., Zheng, X., Liu, Y., Gao, Y., & Tang, Y. (2017). Comparison of AIMS65, Glasgow-Blatchford, and Rockall scoring systems for risk stratification in upper gastrointestinal bleeding in emergency room. *Chinese Journal of Traumatology*, 20(1), 35-39.
27. Saeed, M. K., & Guirgis, M. (2021). The Association of AIMS65 Score and Glasgow Coma Scale with Mortality in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology Research and Practice*, 2021.
28. Jin, X., Liang, Z., Li, J., & Ye, W. (2020). Comparison of Glasgow-Blatchford score and AIMS65 score in predicting the need for clinical intervention and hospitalization for patients with upper gastrointestinal bleeding. *Medicine*, 99(14).
29. Chalasani N, Cotsonis G. Clinical Outcomes of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in Hospitalized Patients With Kidney Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16(2):251-259.e1. doi:10.1016/j.cgh.2017.09.045
30. Kawai T, Kato J, Matsuda T, et al. Gastrointestinal Bleeding Risk in Patients Taking Non-vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants: A Systematic Review

and Meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017;15(11):1674-1683.e3.
doi:10.1016/j.cgh.2017.05.053

ANEXOS

Anexo 01. Matriz de consistencia

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
<p>“Factores asociados a un predictor de mortalidad en hemorragia digestiva alta en el hospital regional de Loreto, julio 2021 a julio 2022”</p>	<p>¿CUALES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A UN PREDICTOR DE MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, JULIO 2021 A JULIO 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los Factores asociados a Mortalidad utilizando la escala AIMS-65 en los pacientes tratados por hemorragia digestiva alta en el hospital regional de Loreto en el período julio de 2021 – julio de 2022. <p>OBJETIVOS ESPECÍFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir las características epidemiológicas de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el hospital regional de Loreto de julio de 2021 a julio de 2022 • Definir las características clínicas de los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el hospital regional de Loreto de julio 2021 de julio 2021 a julio de 2022. • Describir los hallazgos laboratoriales y endoscópicos en los pacientes tratados por Hemorragia Digestiva Alta en el hospital regional de Loreto de julio de 2021 a julio de 2022. 	<p>Hipótesis nula(Ho): No existe relación entre los factores asociados a mortalidad y la escala AIMS65 en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta</p> <p>Hipótesis alterna(Ha): Existe relación entre los factores asociados a mortalidad y la escala AIMS65 en los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta</p>	<p>Estudio tipo observacional, descriptivo. Corte retrospectivo transversal</p>	<p>El universo poblacional estará constituido por todos los pacientes que presentan diagnóstico clínico de hemorragia digestiva alta entre el período de julio 2021 a julio del 2022.</p> <p>Obtención del permiso de la institución y aprobación del Comité de Ética. Una vez obtenido el permiso, se aplicará la ficha de recolección de datos para obtener la información necesaria para el estudio</p>	<p>Ficha de recolección de datos obtenidos de la revisión de la historia clínica</p>

Anexo 02. Ficha de recolección de datos

FACTORES ASOCIADOS A UN PREDICTOR DE MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL DE LORETO, JULIO 2021-JULIO 2022

Historia Clínica N.º: _____ Código: _____ Servicio: _____

18. Datos Personales

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

Distrito de procedencia: Iquitos __ Punchana __ Rivera o CCNN: _____

Belén __ San Juan __

2. Fecha de ingreso: __/__/__

3. Servicio de Procedencia:

Emergencia () Consultorio externo () Otros: _____

18. Hábitos Nocivos

Alcohol: Si () No () Tabaco: Si () No () Uso de AINES: Si () No ()

18. Comorbilidades

Diabetes () HTA () Cirrosis () ERC ()

Otros: _____

18. Presentación Clínica

Melena ()

Hematemesis ()

Hematoquecia ()

8. Presión arterial: _____ mmHg

9. Escala de coma de Glasgow

Leve ()

Moderado ()

Severo ()

10. Hemoglobina (mg/dL)

>13 ()

12.9 – 10 ()

7.0 – 9.9 ()

<7 ()

11. Grupo Sanguíneo

A ()

B ()

AB ()

O ()

12. Factor Rh

Positivo ()

Negativo ()

13. Bioquímico

Glucosa: _____mg/dL
Creatinina: _____mg/dL
Albumina: _____g/L
INR: _____

Urea: _____mg/dL
Bilirrubina total: _____mg/dL
Tiempo de protrombina: _____seg

14. Paquetes globulares transfundidos

1 () 2 () 3 () ≥ 4 ()

15. Si el paciente es Cirrótico

Ascitis

Grado I () Grado II () Grado III

Grado de encefalopatía

Grado I () Grado II () Grado III () Grado IV ()

15. Estancia hospitalaria

1 día () 2 días () 3 días () 4 días () ≥ 5 días ()

16. Diagnostico Endoscópico

¿Se realizo endoscopia? Si () No ()

Diagnostico endoscópico.

Esófago

Esofagitis () Síndrome Mallory Weiss () Úlcera esofágica ()
Varices esofágicas () Neoplasia () Normal ()
Otros diagnósticos _____

Estomago

Úlcera gástrica () Angiodisplasia () Gastritis erosiva ()
Varices gástricas () Neoplasia () Normal ()
Otros diagnósticos _____

Duodeno

Úlcera duodenal () Duodenitis erosiva () Lesiones vasculares ()
Neoplasia () Normal ()
Otros diagnósticos _____

17. PUNTUACION DE SCORE AIMS65: pts

18. Destino del paciente

Alta () UCI () Fallecido ()

Anexo N°3 Dictamen de comité de ética



"HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

CONSTANCIA No 059- CIEI - HRL - 2022

El director del Hospital Regional de Loreto; a través de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, y el Comité Institucional de Ética e Investigación (CIEI), **HACE CONSTAR** que el presente proyecto de Investigación, consignado líneas abajo, fue **APROBADO**, en cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud (INS), acorde con las prioridades Regionales de Investigación, Balance Riesgo/beneficio y confiabilidad de los datos, entre otras. Siendo catalogado como: **ESTUDIO CLÍNICO SIN RIESGO** según detalle:

Título del Proyecto: **"PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL NIVEL III DE LORETO".**

Código de Inscripción: **ID-059 - CIEI-2022.**

Modalidad de investigación : **PRE-GRADO.**

Investigador (es): **MARCO TULIO ALMEIDA HIDALGO.**

Cualquier eventualidad durante su ejecución, los investigadores reportarán de acuerdo con las Normas y plazos establecidos, así mismo emitirán el informe final socializando los RESULTADOS obtenidos. El presente documento tiene vigencia hasta el 14 de octubre del 2023. El trámite para su renovación será un mínimo de 30 días antes de su vencimiento.

Punchana, 14 de octubre del 2022.

MMBP/JGGA/MSEV/JLGP.

Anexo N° 4 Memorando de aprobación para ejecución del proyecto



GOBIERNO DE LA SOBERANÍA NACIONAL "AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

MEMORANDO N° 1330 2022-GRL/DRS-L/30.50

A : Ing. MIGUEL ANGEL VARGAS SANDY, Ing. MIGUEL ANGEL VARGAS SANDY
Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES.

FECHA : Punchana 19 de octubre del 2022

Por el presente comunico a usted, que el Bachiller en Medicina **MARCO TULLIO ALMEIDA HIDALGO**. Está realizando el plan de tesis: "Predictor de Mortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva alta en un Hospital Nivel III en Loreto".

Por lo que esta Dirección autoriza a usted, brindar las facilidades al bachiller en medicina para recolectar datos de las historias clínicas de la Oficina que usted dirige.

Atentamente,

C.c.
Of. De Apoyo a la docencia e Invest.
U. Investigación
Intermedio
Archivo
MIMP/JGGA/MSEV/Luis



DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL NIVEL III DE LORETO
"PELPE A VILLA IGLESIAS"
Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO
CMP N° 38680 - RDE 27553
Director General

Anexo n°5 Validación de Instrumento mediante Juicio de expertos

CRITERIOS DE EVALUACION DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA UN PROYECTO DE INVESTIGACION

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: "PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL NIVEL III DE LORETO"

APELLIDO Y NOMBRE DEL INVESTIGADOR: ALMEIDA HIDALGO, MARCO TULIO

INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

NOMBRE DEL EXPERTO

Hernando Padilla Vargas

PROFESIÓN

Medico

CARGO

Jefe del servicio de Medicina Interna / Asistente

INSTITUCIÓN DE LABORES

Hospital Regional de Loreto

CRITERIOS DE EVALUACION	SI	NO
1. Los ítems presentan terminología clara, sencilla y precisa	✓	
2. Los ítems están formulados con terminología actualizada	✓	
3. Los ítems incluyen todo el dominio del contenido de variables a medir	✓	
4. Los ítems están orientados a cada una de las variables a medir	✓	
5. El total de ítems abarcan todas las variables a estudiar	✓	
TOTAL DE CRITERIOS FAVORABLES	5	

RESULTADO:

FAVORABLE
NO FAVORABLE

✓

OBSERVACIONES:

.....

Hernando Padilla Vargas
Dr. Hernando Padilla Vargas
Medicina Familiar
CMP: 50470 RNE: 24535

FIRMA Y SELLO

**CRITERIOS DE EVALUACION DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
PARA UN PROYECTO DE INVESTIGACION**

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: "PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL NIVEL III DE LORETO"

APELLIDO Y NOMBRE DEL INVESTIGADOR: ALMEIDA HIDALGO, MARCO TULIO

INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

NOMBRE DEL EXPERTO Sandy Raquel Del Aguila Del Aguila
PROFESIÓN Médico Internista
CARGO Asistente
INSTITUCIÓN DE LABORES Hospital Regional de Loreto.

CRITERIOS DE EVALUACION	SI	NO
1. Los ítems presentan terminología clara, sencilla y precisa	✓	
2. Los ítems están formulados con terminología actualizada	✓	
3. Los ítems incluyen todo el dominio del contenido de variables a medir	✓	
4. Los ítems están orientados a cada una de las variables a medir	✓	
5. El total de ítems abarcan todas las variables a estudiar	✓	
TOTAL DE CRITERIOS FAVORABLES	5	

RESULTADO:

FAVORABLE
 NO FAVORABLE

OBSERVACIONES:

.....


 Dra. Sandy Del Aguila Del Aguila
 Médico Internista
 CMP 71590 RNE. 44447
 FIRMA Y SELLO

**CRITERIOS DE EVALUACION DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
PARA UN PROYECTO DE INVESTIGACION**

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: "PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL NIVEL III DE LORETO"

APELLIDO Y NOMBRE DEL INVESTIGADOR: ALMEIDA HIDALGO, MARCO TULIO

INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

NOMBRE DEL EXPERTO EDVIN GARCIA PAREDES
PROFESIÓN MÉDICO GASTROENTERÓLOGO
CARGO MÉDICO ASISTENCIAL
INSTITUCIÓN DE LABORES HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.

CRITERIOS DE EVALUACION	SI	NO
1. Los ítems presentan terminología clara, sencilla y precisa	✓	
2. Los ítems están formulados con terminología actualizada	✓	
3. Los ítems incluyen todo el dominio del contenido de variables a medir	✓	
4. Los ítems están orientados a cada una de las variables a medir	✓	
5. El total de ítems abarcan todas las variables a estudiar	✓	
TOTAL DE CRITERIOS FAVORABLES	05	

RESULTADO:

FAVORABLE
NO FAVORABLE

X

OBSERVACIONES:

.....


Edvin García Paredes
 Médico Gastroenterólogo FIRMA Y SELLO
 C.C.P. 17871 R.N.E. 30543

**CRITERIOS DE EVALUACION DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
PARA UN PROYECTO DE INVESTIGACION**

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: "PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL NIVEL III DE LORETO"

APELLIDO Y NOMBRE DEL INVESTIGADOR: ALMEIDA HIDALGO, MARCO TULIO

INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

NOMBRE DEL EXPERTO

Jose Antonio Salinas Morales

PROFESIÓN

Medico Gastroenterólogo

CARGO

Asistente HRL y Docente UNAP-FMH

INSTITUCIÓN DE LABORES

MINSA - HRL y UNAP

CRITERIOS DE EVALUACION	SI	NO
1. Los ítems presentan terminología clara, sencilla y precisa	X	
2. Los ítems están formulados con terminología actualizada	X	
3. Los ítems incluyen todo el dominio del contenido de variables a medir	X	
4. Los ítems están orientados a cada una de las variables a medir	X	
5. El total de ítems abarcan todas las variables a estudiar	X	
TOTAL DE CRITERIOS FAVORABLES	5	

RESULTADO:

FAVORABLE
NO FAVORABLE

X

OBSERVACIONES:

.....


Dr. Jose A. Salinas Morales
 Médico y Cirujano

 CMP: 28401 RNE: 87404