



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

IMPACTO DEL TIEMPO DE ENDOSCOPIA EN LA
PREVALENCIA DE MORTALIDAD Y RESANGRADO EN
PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN
UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL EN PERU

IMPACT OF TIME TO ENDOSCOPY ON THE
PREVALENCE OF MORTALITY AND REBLEEDING IN
PATIENTS WITH UPPER GI BLEEDING IN A NATIONAL
REFERENCE HOSPITAL IN PERU

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TITULO DE ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

AUTOR

LAURA ANGELICA AGUILAR GUEVARA

ASESOR

EDUAR ALBAN BRAVO PAREDES

LIMA - PERÚ

2023

IMPACTO DEL TIEMPO DE ENDOSCOPIA EN LA PREVALENCIA DE MORTALIDAD Y RESANGRADO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL EN PERU

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	13%	2%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	2%
2	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
3	worldwidescience.org Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Cientifica del Sur Trabajo del estudiante	1%
5	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	dokumen.pub Fuente de Internet	1%
8	moam.info Fuente de Internet	1%

9	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1 %
10	Submitted to University of Mount Olive Trabajo del estudiante	1 %
11	Pilar García-Iglesias, Josep-Maria Botargues, Faust Feu Caballé, Cándid Villanueva Sánchez et al. "Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia", Gastroenterología y Hepatología, 2017 Publicación	<1 %
12	Submitted to Vrije Universiteit Brussel Trabajo del estudiante	<1 %
13	ddd.uab.cat Fuente de Internet	<1 %
14	biblioteca.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
15	seq.es Fuente de Internet	<1 %
16	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
17	biblioteca.medicina.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
18	www.sarda.org.ar Fuente de Internet	<1 %

19	www.recalificart.org.ar Fuente de Internet	<1 %
20	coek.info Fuente de Internet	<1 %
21	www.clubensayos.com Fuente de Internet	<1 %
22	www.isciii.es Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Apagado
Excluir bibliografía Apagado

Excluir coincidencias Apagado

RESUMEN

Introducción: Actualmente se recomienda realizar una endoscopia temprana, dentro de las primeras 24 horas, en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, sin embargo, el rol de la endoscopia urgente dentro de las primeras 12 horas es aún controversial. **Objetivo:** Valorar el impacto del tiempo de la endoscopia en la prevalencia de resangrado y mortalidad en pacientes con HDA que fueron sometidos a endoscopia temprana o urgente atendidos en la unidad de hemorragia digestiva de un hospital de referencia nacional en Perú en el año 2021.

Métodos: Se realizará un estudio de cohorte retrospectivo, que incluirá a pacientes que presenten hemorragia digestiva alta y que sean atendidos mediante una endoscopia en la Unidad de Hemorragia digestiva en un hospital de referencia nacional en Perú, durante el año 2021. Para el análisis multivariado, se utilizará el modelo de regresión de Poisson con varianza robusta, para determinar el riesgo relativo crudo y ajustado con sus intervalos de confianza al 95%.

Palabras clave: hemorragia digestiva, endoscopía, resangrado.

I. INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la emergencia en gastroenterología más frecuente, definida por la pérdida de sangre a nivel gastrointestinal por encima del ligamento de Treitz, se manifiesta con melena o hematemesis (1). La etiología ha cambiado en el tiempo, hay un incremento en la incidencia de neoplasias, lesiones vasculares y esofagitis con respecto estudios previos en los que la enfermedad ulcero péptica era responsable de aproximadamente el 50% de los casos. (2)

A pesar de los avances en la terapia endoscópica y farmacológica, la mortalidad por HDA aún persiste. En Estados Unidos, la tasa de mortalidad hospitalaria por cualquier causa de HDA disminuyó un 28 %, de 2,6 por 100 casos en 2002 a 1,9 en 2012 ($p < 0,01$) (2). En el Perú, Espinoza y colaboradores, realizaron un estudio en un hospital de referencia nacional, se identificó las causas más comunes de mortalidad en pacientes con HDA, siendo la etiología péptica con 63,1 %, la más frecuente (3); posteriormente en el mismo centro, Espinoza- Rios y colaboradores, determinaron como segunda causa las várices esofágicas (19.9 %), siendo la HDA variceal la causa más frecuente de muerte (44.4 %) (4). Corzo y colaboradores, identificaron nuevos factores de riesgo para mortalidad en pacientes con HDA como el sangrado intrahospitalario, la necesidad de terapia en una unidad de cuidados críticos y la presencia de resangrado (5).

Es importante realizar una evaluación inicial al paciente con sospecha de HDA, las actuales directrices de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal recomiendan el uso de la puntuación de Glasgow-Blatchford, para la estratificación de riesgo con HDA no variceal, los pacientes de bajo riesgo, con puntuación ≤ 1 ,

son los que pueden tratarse de forma segura mediante una endoscopia ambulatoria debido a que tienen un riesgo muy bajo de resangrado o de necesitar una intervención hospitalaria (6). Por otro lado, un estudio prospectivo multicéntrico internacional que involucró a 3012 pacientes demostró que una puntuación ≥ 7 muestra una predicción más precisa que un paciente necesitará tratamiento endoscópico (7). Sin embargo, el Colegio Americano de gastroenterología sugiere que los pacientes ingresados al hospital con HDA manifiesta, independientemente del riesgo bajo o alto de sangrado, se sometan a una endoscopia superior dentro de las 24 horas posteriores a la presentación (8).

Actualmente se recomienda realizar una endoscopia temprana dentro de las 24 horas para pacientes con HDA no variceal y dentro de las 12 horas para HDA variceal. Sin embargo, no hay datos suficientes en cuando al momento óptimo dentro de las 24 horas (9). Jung y colaboradores, realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó a pacientes con HDA variceal sometidos a endoscopia urgente (≤ 12 horas) y no urgentes (> 12 horas), no encontrando diferencias significativas en las tasas de mortalidad y resangrado en ambos grupos (10).

Dos estudios de cohorte evidenciaron resultados contradictorios con respecto a la asociación entre la endoscopia urgente (dentro de las 6 horas posteriores al ingreso) y la mortalidad. Laursen y colaboradores evidenciaron una mayor mortalidad en pacientes de alto riesgo con endoscopia urgente o tardía (< 6 horas o ≥ 36 horas) después del ingreso (11), mientras que Cho y colaboradores, realizaron un estudio de cohorte, reportando que la tasa de mortalidad a los 28 días se redujo con la endoscopia dentro de las 6 horas frente a las 6 a 48 horas después del ingreso (1,6 % frente a 3,8 %); sin embargo, no hubo diferencia en la tasa de resangrado (12).

Por otro lado, Jairath y colaboradores, no encontraron diferencias para mortalidad y resangrado en los grupos de urgente, temprana y tardío, definiendo < de 12 horas para endoscopia urgente (13). Lo que evidencia que no hay un consenso en cuanto a la definición de tiempo de endoscopia, algunos estudios usan el tiempo desde la presentación clínica otros el tiempo desde la admisión; adicional a esto, se maneja el término de endoscopia urgente que puede variar desde las 6 horas (14) hasta las 12 horas (13-15) después de la presentación en diversos estudios, por lo que ha generado resultados contrapuestos.

El resangrado, definido por la persistencia de signos y síntomas compatibles con HDA durante la estancia hospitalaria, una revisión sistemática y metaanálisis que comparaba la endoscopia de urgencia vs electiva en pacientes con HDA no variceal, identificó un aumento significativo del riesgo para resangrado en pacientes con endoscopia de urgencia (RR 1.30; 1.05-1.60), sin embargo, no encontraron diferencias en la mortalidad (16). Recientemente, en un ensayo clínico con 516 pacientes con HDA y score de Glasgow ≥ 12 , no encontró una diferencia entre los que se sometieron a una endoscopia urgente (dentro de las 6 horas de consulta de gastroenterología) y endoscopia temprana (entre 6 y 24 horas después de la consulta de gastroenterología) evidenciando mortalidad a los 30 días de 8,9 % con endoscopia urgente y 6.6% con endoscopia temprana, IC del 95 %: 0,72 a 2,54 (17).

En este estudio, se investigarán los efectos del momento de la endoscopia urgente o temprana en las tasas de mortalidad y resangrado en pacientes con HDA variceal y no variceal, si bien una endoscopia urgente podría detener la hemorragia en pacientes de alto riesgo y conducir a un diagnóstico más temprano evitando hospitalizaciones innecesarias, hay factores que tienen un impacto en el pronóstico

como la etiología variceal, la edad o la enfermedad subyacente al momento de la endoscopia, por lo que se debe brindar un periodo adecuado para estabilización y terapia endovenosa con inhibidores de bomba de protones. Teniendo en cuenta que los estudios han llegado a conclusiones variables, la relevancia de este estudio radica en que se podrá identificar qué población se podría beneficiar de una endoscopia urgente o temprana y así poder fijar pautas de manejo en beneficio del paciente.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Valorar el impacto del tiempo para la realización de la endoscopia digestiva alta en la prevalencia de la tasa de resangrado y mortalidad en pacientes de alto riesgo con HDA que fueron sometidos a endoscopia temprana o urgente en la unidad de hemorragia digestiva en un hospital de referencia nacional en Perú en el año 2021.

Objetivos específicos:

- Determinar las características generales de los participantes, así como las principales etiologías de HDA.
- Determinar la prevalencia del tiempo de endoscopia temprana y urgente en pacientes de alto riesgo con HDA variceal y no variceal que fueron sometidos a endoscopia temprana o urgente en la unidad de hemorragia digestiva en un hospital de referencia nacional en Perú en el año 2021.

- Determinar la mortalidad en pacientes de alto riesgo con HDA variceal y no variceal en pacientes sometidos a endoscopia temprana o urgente en la unidad de hemorragia digestiva de un hospital de referencia nacional en Perú en el año 2021.
- Determinar la prevalencia de resangrado en pacientes de alto riesgo con HDA variceal y no variceal que fueron sometidos a endoscopia temprana o urgente en la unidad de hemorragia digestiva en un hospital de referencia nacional en Perú en el año 2021.
- Determinar si la tasa de resangrado y mortalidad se ve afectada según el tiempo de endoscopia.
- Determinar el tipo de terapia endoscópica y la necesidad de otras intervenciones (segunda endoscopia, embolización o cirugía).

III. MATERIAL Y MÉTODOS

a) Diseño del estudio: estudio observacional, analítico de cohorte retrospectivo, a partir de una base de datos electrónica registrada en la unidad de hemorragia digestiva.

b) Población: pacientes de alto riesgo que ingresaron por emergencia o que cursaron con HDA durante su hospitalización y se les realizó endoscopia digestiva alta, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del 01/01/2021 al 31/12/2021.

Unidad de Estudio: Pacientes que presentaron signos manifiestos de hemorragia digestiva alta (melena, hematemesis) en los que se realizó endoscopia digestiva alta.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de alto riesgo, con puntuación de Glasgow Blatchford ≥ 12 y endoscopia digestiva alta por HDA, atendidos en la unidad de hemorragia digestiva alta.

Criterios de exclusión:

- Pacientes < 18 años.
- Pacientes gestantes.
- Pacientes con escala de Glasgow Blatchford < 12 puntos.
- Pacientes con shock refractario a pesar de la reanimación inicial.
- Pacientes anticoagulados.
- Paciente con historia de neoplasia activa.
- Historias clínicas incompletas.

Se considerará a toda la población que cumpla con los criterios de inclusión, por lo que no se calculará el tamaño muestral.

c) Definición operacional de variables

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Tiempo de endoscopia	Se refiere al tiempo desde el ingreso a emergencia o desde que se realiza interconsulta a la unidad de hemorragia digestiva hasta la realización de la endoscopia	Tiempo de endoscopia: Urgente (< 12 horas) Temprana (12- 24 horas)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Urgente/ Temprana
Paciente de alto riesgo	Se refiere a pacientes con una puntuación ≥ 12 de escala de Glasgow-Blatchford	Escala Glasgow-Blatchford	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
Edad	Tiempo en años hasta la fecha de realización de endoscopia	Edad	Cuantitativa discreta	Razón	En años
Sexo	Género del paciente	Sexo	Cualitativa dicotómica	Nominal	Femenino/ Masculino
Comorbilidades	Enfermedades diagnosticadas previamente al ingreso que influyen en el pronóstico de la enfermedad actual.	Hepática (Hepatopatía crónica)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Renal (Enfermedad renal crónica)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Cardiaca (Hipertensión arterial)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

		isquemia miocárdica),			
		Diabetes	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
Etiología	Causa primaria del sangrado identificada mediante endoscopía durante el sangrado	Variceal	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		No Variceal	Cualitativa politómica	Nominal	Péptica, Neoplasia Vascular
Re-sangrado	Presencia de nuevo episodio de sangrado dentro de los 30 días posteriores al episodio de hemorragia digestiva alta.	Hematemesis y/o melena asociada a inestabilidad hemodinámica o caída de HB > 2 mg/dl	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
Terapia endoscópica	Procedimiento endoscópico con objetivo terapéutico.	Inyectoterapia	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si/No
		Térmica	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Argón plasma/ Probeta caliente
		Mecánica	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Endoligadura/ Clips
Segunda endoscopia	Necesidad de una segunda endoscopia terapéutica debido a la presencia de resangrado	Segunda endoscopia	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si/No
Embolización	Procedimiento endovascular realizado en pacientes con HDA persistente o	Embolización	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

	recurrente a pesar de tratamiento endoscópico.				
Cirugía	Procedimiento quirúrgico realizado para controlar el episodio de HDA persistente o recurrente, a pesar de una terapia endoscópica	Cirugía	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
Mortalidad Intrahospitalaria	Defunción registrada durante la estancia hospitalaria,	Mortalidad	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

d) Procedimientos y técnicas

Procedimiento:

Tras la aprobación del proyecto por el comité de ética de la universidad Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se procederá solicitar acceso a la información registrada en la base de datos del Servicio de Gastroenterología de los pacientes atendidos en la Unidad de Hemorragia Digestiva del 01/01/2021 al 31/12/2021. Se identificarán aquellos registros que cumplan con los criterios de inclusión y se considerará los criterios de exclusión.

Técnica e instrumento:

Para la recolección de datos se utilizará una base de datos en Excel, que fue elaborado para fines del estudio y teniendo en cuenta los objetivos de investigación

formulados. Se eliminarán el resto de los datos que no contribuyan a la investigación. Esta base estará conformada por 6 secciones, las cuales serán:

1) Características generales: Edad, Sexo, Comorbilidades (Hepática: Hepatopatía crónica, Renal: Enfermedad renal crónica, Cardíaca: hipertensión arterial isquemia miocárdica, Diabetes) y Etiología del sangrado (Variceal y No variceal: péptica, neoplásica, vascular).

2) Fecha y hora de admisión a emergencia, para pacientes hospitalizados se considerará la fecha y hora de la interconsulta; y fecha y hora de endoscopia.

3) Escore de Glasgow Blatchford (≥ 12 puntos: paciente de alto riesgo)

4) Tipo de terapia endoscópica instaurada: inyectoterapia, térmica, mecánica.

5) Requerimiento de otras intervenciones como segunda endoscopia. cirugía, embolización.

6) Mortalidad y resangrado evaluado durante su estancia hospitalaria.

e) Aspectos éticos del estudio

Previo a la ejecución del estudio se solicitará la aprobación del Comité de Ética y los permisos correspondientes de las autoridades del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El presente estudio tiene diseño retrospectivo, por lo que no requiere de la participación directa de los pacientes ni tampoco de la manipulación de las variables. Debido a que se realizará la exploración de la base de datos de la Unidad de Hemorragia Digestiva, la recopilación de información será través de códigos de identificación, por lo tanto, los datos se manejarán de manera anónima, no violando

los principios éticos de la Declaración de Helsinki y siguiendo las guías de Buena Práctica Clínica.

Es importante mencionar que los datos recolectados serán usados para generar el título especialista en Gastroenterología, si el investigador llegara a publicar el estudio en una revista o medio de circulación científica no se revelará la identificación de los participantes.

f) Plan de análisis

Procesamiento de los datos:

Luego de haber tratado la base de datos, se ingresará en el programa estadístico STATA v.17.0 para Windows, con la finalidad de iniciar el análisis respectivo.

Análisis estadístico:

Con respecto al análisis univariado para las variables categóricas como resangrado, mortalidad, tiempo de endoscopia, sexo, comorbilidades, etiología, terapia endoscópica, se emplearán frecuencias absolutas y relativas. Para la variable edad se empleará la medida de tendencia central y de dispersión correspondiente.

En el análisis bivariado, para el cruce de las variables categóricas de exposición ya mencionadas con el resangrado se aplicará la prueba de chi cuadrado o el test exacto de Fisher, según corresponda. En el caso del cruce de la variable edad con resangrado, se realizará la prueba t de student o U de Mann Whitney según corresponda. Con respecto a la mortalidad intrahospitalaria, se realizará el mismo procedimiento que con la variable resangrado.

En el análisis multivariado, para la evaluación de resangrado y sus variables de exposición, se utilizará el modelo de regresión de Poisson con varianza robusta,

para determinar el riesgo relativo crudo y ajustado con un IC al 95%. Se realizará un análisis similar para la variable mortalidad intrahospitalaria. Las variables serán elegidas según criterio epidemiológico.

Se considerará como p estadísticamente significativo al valor de $p < 0.05$.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sebghatollahi V, Ghomi K, Tamizifar B, Minakari M, Khodadoustan M. The relationship between the time of endoscopy and morbidity and mortality rates in patients with upper gastrointestinal bleeding. *Adv Biomed Res.* 2017; 6:81.
2. Wuerth BA, Rockey DC. Changing epidemiology of upper gastrointestinal hemorrhage in the last decade: A nationwide analysis. *Dig Dis Sci.* 2018; 63(5):1286–93.
3. Espinoza J, Huerta J, Lindo M, García C, Ríos S, Vila S, et al. Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima - Perú. *Rev Gastroenterol Peru,* 2009;29(2):111-7.
4. Espinoza-Ríos J, Aguilar Sánchez V, Bravo Paredes EA, Pinto Valdivia J, Huerta-Mercado Tenorio J. Comparison between Glasgow-Blatchford, Rockall and AIMS65 scores in patients with upper gastrointestinal bleeding in a hospital in Lima, Peru. *Rev Gastroenterol Peru.* 2016;36(2):143-52.
5. Corzo Maldonado MA, Guzmán Rojas P, Bravo Paredes EA, Gallegos López RC, Huerta Mercado-Tenorio J, Surco Ochoa Y, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes de un hospital público: Estudio caso control. *Rev Gastroenterol Peru.* 2013; 33(3):223–9.

6. 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; 53(3):300–32
7. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, Ngu JH, Schultz M, Abazi R, Zakko L, Thornton S, Wilkinson K, Khor CJ, Murray IA. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *bmj*. 2017 Jan 4;356.
8. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG clinical guideline: Upper gastrointestinal and ulcer bleeding: Upper gastrointestinal and ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(5):899–917.
9. Siau K, Hodson J, Ingram R, Baxter A, Widlak MM, Sharratt C, et al. Time to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: Results from a prospective multicentre trainee-led audit. *United European Gastroenterol J*. 2019;7(2):199–209.
10. Jung DH, Huh CW, Kim NJ, Kim B-W. Optimal endoscopy timing in patients with acute variceal bleeding: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2020;10(1):4046
11. Laursen SB, Leontiadis GI, Stanley AJ, Møller MH, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Relationship between timing of endoscopy and mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a nationwide cohort study. *Gastrointest Endosc*. 2017;85(5):936-944.e3.
12. Cho S-H, Lee Y-S, Kim Y-J, Sohn CH, Ahn S, Seo D-W, et al. Outcomes and role of urgent endoscopy in high-risk patients with acute nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16(3):370–7.

13. Jairath V, Kahan BC, Logan RFA, Hearnshaw SA, Doré CJ, Travis SPL, et al. Outcomes following acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in relation to time to endoscopy: results from a nationwide study. *Endoscopy*. 2012;44(8):723-30.
14. Guo CLT, Wong SH, Lau LHS, Lui RNS, Mak JWY, Tang RSY, et al. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a territory-wide cohort study. *Gut*. 2022 ;71(8):1544-50.
15. Saleem SA, Kudaravalli P, Riaz S, Pendela VS, Wang D, Lowe D, et al. Outcomes of upper gastrointestinal bleeding based on time to endoscopy: A retrospective study. *Cureus*. 2020;12(3):e7325
16. Bilder HG, Soccini C, Lasa JS, Zubiaurre I. Impact of time to esophagogastroduodenoscopy in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: A systematic review and meta-analysis. *Rev Gastroenterol Méx (Engl Ed)* 2022; 87(3):320–9.
17. Lau JYW, Yu Y, Tang RSY, Chan HCH, Yip H-C, Chan SM, et al. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 2020;382(14):1299–308.

V. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

Recursos	Materiales	Cantidad	Costo total
BIENES	Stata 17.0	1	S/. 2983
SERVICIOS	Movilidad local	-	S/. 300
	Telefonía celular	-	S/. 200
	Costo por investigador		S/. 2000
			S/. 5483

El estudio será autofinanciado por el investigador.

CRONOGRAMA

N°	ACTIVIDADES	2022				
		OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
1	Elaboración del protocolo	X				
2	Revisión del protocolo		X			
3	Aprobación por el comité de ética		X			
4	Recolección de datos		X	X		
5	Depuración de base de datos				X	
6	Procesamiento y análisis de datos				X	
7	Análisis e interpretación				X	X
8	Redacción informe final				X	X
9	Presentación de artículo a revista					X

VI. ANEXO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº:

Fecha: ___/___/_____

1. Características generales

- Edad: ___ años
- Sexo: Femenino () Masculino ()
- Comorbilidades:
 - Hepática Si () No ()
 - Renal Si () No ()
 - Cardíaca Si () No ()
 - Diabetes Si () No ()
- Etiología del sangrado
 - Variceal: Si () No ()
 - No variceal: Péptica () Neoplasia () Vascular ()

2. Fecha y hora de ingreso a emergencia o en que se realiza interconsulta por HDA: ___/___/___

Fecha y hora de realización de endoscopia: ___/___/___

3. Score de Glasgow Blatchford

≥ 12 puntos: Si () No ()

4. Tipo de terapia endoscópica instaurada.

- Inyectoterapia Si () No ()
- Térmica Argón plasma () Probeta caliente ()
- Mecánica Endoligadura () Clips ()

5. Otras intervenciones

- Segunda endoscopia Si () No ()
- Embolización Si () No ()
- Cirugía Si () No ()

6. Mortalidad intrahospitalaria: Si () No ()

7. Resangrado: Si () No ()