

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Asociación entre la edad y tipo de lesión encontrada por endoscopia baja en pacientes con hemorragia digestiva baja atendidos en el Hospital Santa Rosa. Enero-diciembre 2015

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

Sandoval Pereda, María Elena

Dr. Jorge Burgos Miranda

Asesor de Tesis

Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas Ph. D., MCR, MD

Director de Tesis

LIMA – PERÚ

2017

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por el apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis años de estudio de la carrera profesional de medicina humana y en especial quiero expresar mi más grande agradecimiento a mis padres que sin su ayuda hubiera sido imposible culminar mi profesión.

DEDICATORIA

A mis padres Félix y María Elena por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como en el ámbito personal. A Emmanuel Morote, por su ayuda y apoyo incondicional.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

RESUMEN

La hemorragia digestiva baja representa un serio problema de salud para la comunidad actual, ya que tiene una alta tasa de morbilidad; abarca lesiones distales al ángulo de Treitz hasta el ano inclusive, asociadas a diversas patologías de la cual la HDB representa únicamente un signo clínico importante para poder encontrar a que etiología/enfermedad corresponde, para ello, buscamos establecer en el presente trabajo, las bases de una sospecha clínica objetiva relacionando variables como edad, sexo, tipo de lesión y localización anatómica de la lesión, basados en la evidencia.

Objetivo principal: Determinar la asociación entre la edad con los tipos de lesiones encontradas en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja sometidas a endoscopia baja en el servicio de Gastroenterología del hospital Santa Rosa durante el año 2015.

Metodología: Estudio de tipo observacional, analítico y retrospectivo, donde se recopilará información proveniente de los informes de endoscopia digestiva baja y los archivos de historia clínica del servicio de Gastroenterología del Hospital Santa Rosa. Se tuvo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, tipo de lesión y localización anatómica de la lesión; lo cual será resumido a fichas para su uso estadístico utilizando los programas de SSPS versión 22, Excel para la asociación en los gráficos y tablas; se usó la prueba la prueba de Chi cuadrado, con un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo para obtener los resultados necesarios para la investigación.

Resultados: Teniendo una muestra significativa de 180 pacientes con una edad promedio de 62 años, divididos en G1: (18-34 años) con un 10% de la muestra, predomina el examen endoscópico sin evidencia de lesión, seguido de hemorroides, G2: (35-64 años) con un 38% de la muestra, predomina hemorroides externas, G3: (65 a más) con un 52% de la muestra, predomina hemorroides internas, con respecto al sexo 60% son de sexo femenino; la localización anatómica más frecuente se encontró a nivel del recto-ano. Además la asociación entre pacientes <35 años y 35 años a más, respecto a la presencia o no de lesión endoscópica, nos generó un OR de 18.514 el cual fue estadísticamente significativo, con lo que concluimos que tener más de 35 años incrementa en 18.5 veces el riesgo de presentar una lesión endoscópica y según la prueba de Chi cuadrado, se concluye que si existe relación significativa entre la edad y la presencia de lesión endoscópica.

Palabras Claves: hemorragia digestiva baja, localización anatómica de la lesión, tipo de lesión endoscópica

ABSTRACT

Low digestive hemorrhage represents a serious health problem for the current community, which has a high rate of morbidity and mortality, since it includes lesions distal to the angle of Treitz up to and including the year, associated with several pathologies of which HDB represents only An important clinical sign and to find out what a etiology / disease leads us, in order to have a clinical suspicion associated with age, sex, with a scientific basis of evidence of a whole year.

Objective principal: To determine the association between age and types of lesions found in patients diagnosed with low gastrointestinal bleeding who underwent endoscopy in the Gastroenterology department of Santa Rosa Hospital during the year 2015.

Methodology: An observational, analytical and retrospective study was carried out to collect information from the reports of low endoscopy and the records of the Gastroenterology department of Santa Rosa Hospital. The following variables were taken into account: age, sex, type of endoscopic lesion and anatomical location of the lesion; which will be summarized tokens for statistical use using the SSPS version and Excel programs for association in graphs and tables; the Chi-square test was used, with a value of $p < 0.05$ as statistically significant to obtain the necessary results for the investigation.

Results: With a significant sample of 180 patients with a mean age of 62 years, divided into G1: (18-34 years) with 10% of the sample, the endoscopic examination predominates without evidence of injury, followed by hemorrhoids, G2: (35-64 years) with 38% of the sample, predominates external hemorrhoids, G3: (65 to more) with 52% of the sample, predominates internal hemorrhoids, with respect to sex 60% are female; The most frequent anatomical location was found at the recto-anus level. In addition, the association between patients <35 years and 35 years or more, regarding the presence or absence of endoscopic lesion, generated an OR of 18.514 which was statistically significant, concluding that being over 35 years of age increases by 18.5 times The risk of presenting an endoscopic lesion and according to the Chi square test, we conclude that there is a significant relationship between age and the presence of endoscopic lesion.

Key Words: low digestive hemorrhage, anatomical location of the lesion, type of endoscopic lesion.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Línea de investigación y lugar de ejecución.....	7
1.2 Planteamiento del problema	7
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos.....	9
1.5 Hipótesis.....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes de investigación.....	10
2.2 Bases teóricas.....	13
2.2.1. Definición.....	13
2.2.2. Diagnóstico.....	18
2.2.3. Tratamiento.....	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	21
3.1 Diseño del estudio.....	21
3.2 Definiciones operacionales.....	21
3.3 Variables	22
3.4. Población de estudio y selección de muestra.....	24
3.5. Unidad de análisis	24
3.6 Criterios de inclusión y exclusión.....	24
3.7 Procedimiento para la recolección de datos.....	25
3.8 Instrumentos a utilizar y métodos para la recolección de datos.....	25
3.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación.....	26
3.10 Análisis de resultados.....	26
3.11 Confidencialidad de la información obtenida	26
3.12 Cronograma de actividades.....	27
3.13 Presupuesto.....	28
CAPÍTULO IV:	
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN.....	39
CAPÍTULO V:.....	41
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	46

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Línea de investigación y lugar de ejecución:

El siguiente trabajo se realizará dentro del marco de las Ciencias clínicas en Salud Pública, se determinará la asociación entre la edad con los tipos de lesiones encontradas en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja sometidas a endoscopia baja en el servicio de Gastroenterología del hospital Santa Rosa durante el año 2015 y se llevará a cabo en las salas del servicio de Gastroenterología del Hospital Santa Rosa.

1.2 Planteamiento del problema

El 10-15% de todos los sangrados digestivos que presenta la población general corresponden a hemorragia digestiva baja (HDB); sin embargo las cifras son mayores (20-30%) en el adulto mayor, también la tasa de hospitalización por HDB se incrementa dramáticamente de 200 veces más después de los 80 años.

Si bien la mayoría de problemas de esta índole son auto limitados y ceden espontáneamente, la HDB tiene una amplia gama de etiologías, que se pueden agrupar en varias categorías: anatómica, como la diverticulosis; vascular, como la angiodisplasia, la isquemia o la inducida por la radioterapia; inflamatoria, como la enfermedad inflamatoria intestinal o la infección intestinal; neoplásica, como los pólipos o los tumores del colon; y iatrógena, como el tratamiento con fármacos anticoagulantes.

La mayor incidencia de HDB en adultos mayores está relacionada al incremento de la prevalencia de enfermedad diverticular de colon y angiodisplasia con la edad.

La búsqueda del origen de la HDB en algunas ocasiones es difícil por el extenso territorio que conforman el intestino delgado y grueso.

En los últimos años se ha reportado un aumento a nivel global en la incidencia de HDB, ya que la conducta actual del mundo moderno se basa en una alimentación pobre en fibra, consumo de carnes procesadas, consumo de tabaco, alcohol entre otros; esto asociado a co-morbilidades de la actualidad entre las que encabezan la lista la diabetes mellitus, el sedentarismo, la obesidad y la contaminación ambiental, dan como resultado un aumento en la incidencia de HDB así como de todas las etiologías asociadas a estas.

Sin embargo, una sospecha clínica, basada en estadísticas y sobretodo en evidencia científica, nos podría ayudar a determinar las etiologías más probables

teniendo en cuenta el sexo, la edad, las características propias del sangrado, las comorbilidades asociadas, antecedentes, etc; así como a controlar los factores de riesgo asociados a este problema que día a día se convierte más en un problema de salud pública debido a la gran demanda hospitalaria por dicha causa, así como un problema financiero para un sistema de Salud como el nuestro que se sostiene a duras penas año tras año.

Por todo ello, y en base a lo anteriormente descrito se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre la edad y el tipo de lesión encontrada en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja sometidos a endoscopia baja en el servicio de Gastroenterología del hospital Santa Rosa durante el año 2015?

1.3. Justificación:

La hemorragia digestiva baja representa de por sí un serio problema de salud para la comunidad actual, no solo representan un serio problema en el ámbito de la morbi-mortalidad, el cual de por sí es alto, sino también un problema presupuestal para un sistema de salud que lucha por sostenerse año tras año, debido a la gran demanda de servicios de salud por dicha causa.

Dentro del universo de las hemorragias digestivas bajas existen numerosas etiologías, si bien la mayoría son auto limitadas o problemas leves propios de la edad como inflamación y diverticulosis, también existen etiologías de pronóstico reservado como el cáncer de colon por ejemplo, lo cual representa un gran sufrimiento y dolencia tanto física como psicológica para el paciente en cuestión, así como un extenso gasto en fármacos y procedimientos financiados en su mayoría por el estado.

En el presente trabajo, se busca conocer mejor la HDB, así como los tipos de lesiones asociadas a diversas patologías del cual la HDB representa únicamente un signo clínico importante, todo esto desde un punto de vista estadístico y basado en evidencias encontradas en colonoscopias avaladas por especialistas en el área y veremos a que etiología/enfermedad nos lleva, para así poder tener una sospecha clínica asociada a edad, sexo, con un base científica de evidencias de todo un año, el cual hemos escogido será el 2015 debido a su proximidad.

1.4. Objetivos:

1.4.1. General

Determinar la asociación entre la edad con los tipos de lesiones encontradas en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja sometidas a endoscopia baja en el servicio de Gastroenterología del hospital Santa Rosa durante el año 2015.

1.4.2. Específicos

- 1.- Determinar la asociación entre los grupos etarios de 18-34 años, 35-64 años y más de 65 años, con los tipos de lesiones encontradas en pacientes con diagnóstico de HDB.
- 2.- Determinar la asociación entre sexo y los tipos de lesiones causantes de HDB en la población en estudio.
- 3.- Determinar la localización anatómica más frecuente asociada al tipo de lesión causante de HDB.

1.5. Hipótesis:

1.5.1. General

La edad y los tipos de lesiones están asociadas en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja sometidas a endoscopia baja en el servicio de Gastroenterología del hospital Santa Rosa durante el año 2015.

1.5.1. Específicos

- 1.- Los grupos etarios de 18-34 años, 35-64 años y más de 65 años están asociados con los tipos de lesiones encontradas en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja.
- 2.- El sexo está asociado a los tipos de lesiones causantes de hemorragia digestiva baja en la población en estudio.
- 3.- La frecuencia de la localización anatómica está asociada al tipo de lesión causante de hemorragia digestiva baja en la población en estudio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A) Dres. Geraud Elisa, Ríos Isabel, Francis Pedro, Ollarves María, Gori María, Folkmanas William, Tenia Juan, Linares Beatriz, Mendoza Sonia. Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva inferior en el Hospital General del Oeste durante los años 2000-2008. Gen v.64 n.3 Caracas sep.2010.

Se realizó una investigación cuyo objetivo fue revisar los hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva inferior. El estudio fue retrospectivo de cohorte transversal, descriptivo. El diseño de carácter retrospectivo se basó en la recolección de datos de los hallazgos endoscópicos en pacientes mayores de 18 años que acudieron al servicio de gastroenterología del Hospital General del Oeste, con el diagnóstico de hemorragia digestiva inferior durante el periodo comprendido desde diciembre del 2003 y diciembre del 2008 de un total de 389 pacientes, de los cuales el 55.7 % fueron del sexo femenino y 44.3 % del sexo masculino, con una edad promedio de 53.2 años, donde se encontraron 439 hallazgos endoscópicos. Del total de los estos hallazgos los mas frecuentes fueron: la enfermedad diverticular (23.9%) y las hemorroides internas (23.4%), seguidas de hemorroides externas (11.3 %),pólipos colónicos(5.4 %), proctitis (3.8 %),colitis inespecífica y tumor de recto (3.1 %) , pólipos rectales(2.9%), enfermedad inflamatoria intestinal (2.7 %), angiodisplasia colon (1.8 %), tumor de colon (0.9%), fisura anal, hiperplasia nodular, melanosis coli y lipoma (0.9%).Por ultimo ileítis inespecífica e hiperplasia linfoide, con un 0.4 y un 0.2 %, respectivamente.

Además que la hemorragia digestiva inferior es más frecuente en mujeres, siendo la enfermedad diverticular y la enfermedad hemorroidal en ambos sexos, el hallazgo endoscópico más común.

B) Dr. Javier Jesús Suárez Rivera. Especialista de primer Grado de Coloproctología. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Julio Trigo” de La Habana, Cuba

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, de los pacientes fallecidos con diagnóstico de hemorragia digestiva baja, en el Hospital Clínico Quirúrgico “Julio Trigo” de La Habana, en el período comprendido, entre enero del 2006 hasta diciembre del 2012.

La muestra del estudio fue constituida por 15 pacientes fallecidos, se caracterizó por predominar los pacientes que están en el grupo etario entre 80-89 años con 7 pacientes.

También obtiene datos interesantes en cuanto a las etiologías más comunes causantes del fatal desenlace, nos indica porcentualmente:

- Hemorragia digestiva baja (HDB) por Enfermedad Diverticular del colon (4 pacientes) 26,6%
- Hemorragia digestiva baja (HDB) de causa no precisada (3 pacientes) 20%
- Trombosis mesentérica (1 paciente) 6,6%
- Hemorragia digestiva baja (HDB) por neoplasia de colon (3 pacientes) 20%
- Hemorragia digestiva baja (HDB) por Angiodisplasia (1 paciente) 6,6%
- Hemorragia digestiva baja (HDB) por colitis hemorrágicas (1 paciente) 6,6%
- Aneurisma de la aorta roto (1 paciente) 6,6%
- Neoplasia de próstata (1 paciente) 6,6%

Se menciona la diferencia entre hombres y mujeres, que en el caso de este estudio fue de un solo paciente, en este caso a predominio femenino (8 contra 7), contrario a lo que la mayoría de bibliografía indica.

En este estudio concluye, que la edad más frecuente de diagnóstico estuvo entre los 80 y 89 años. La enfermedad diverticular fue el diagnóstico con mayor frecuencia. La Hipovolemia fue la causa más frecuente de fallecimiento. Al ser imposible precisar en cada enfermo una causa específica de hemorragia digestiva baja recomiendan medidas higiénicas dietéticas como para que se lleve a cabo una vida saludable en alimentación y estilos de vida.

C) Dr. José Alberto Marin A. – Revista: Cirugía Digestiva y endocrina. Garrido A, Rincón, J.P Martínez, J.L. 2000 “Hemorragia Digestiva Baja” medicine Vol 14, 8º serie, pp 734 – 741.

Expone que durante la niñez y la juventud predominan las etiologías de: Divertículo de Meckel (Niños) invaginación intestinal (Lactantes), Pólipos de colon y recto (Adolescentes) seguido de colitis ulcerosa y más alejado enterocolitis infecciosa y fiebre tifoidea sobretodo en el grupo adolescente.

Indica que en el grupo de adultos (+25 años) lo predominante es la patología orificial (Hemorroides y fisuras) lo cual toma dentro de un solo grupo, seguido por enfermedad inflamatoria intestinal, y más lejano cáncer, divertículos y angiodisplasia.

Finalmente menciona al grupo de ancianos (+70 años) donde predomina la angiodisplasia, isquemia intestinal y los tumores que pueden llegar a representar hasta un 26% de los sangrados en este grupo etario.

Además menciona puntos comparables con los objetivos secundarios del estudio, indica que la HDB es más frecuente en el varón que en la mujer, que en la 9na década de la vida es un problema 200 veces más frecuentes que en la

3ra década de la vida, es decir, su incidencia aumenta con la edad, y que es de 3 a 5 veces más frecuente que la HDA, sin embargo representa un problema de menor gravedad.

D) Cristian Mendez Cordova, Pedro Barrós, José Cabello, Alejandro Bussalleu. Hemorragia digestiva en el hospital nacional Cayetano Heredia. Departamento de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev. Gastroenterología Perú. Vol. 17 • Nº 2 • 1997

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, entre agosto de 1994 y mayo de 1995, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, con el objetivo de evaluar las características clínicas, demográficas, evolutivas y diagnóstico endoscópico de pacientes con hemorragia digestiva.

Ingresaron 100 pacientes, 86 correspondieron a hemorragia digestiva alta y 14 a hemorragia baja. De los catorce que pacientes que fueron evaluados por hemorragia digestiva baja, se encontró que la edad media fue de 53,14 años, con una relación masculino/femenino de 1.3 a 1, no tan notable como en la hemorragia digestiva alta .

La principal causa de la hemorragia fue la enfermedad hemorroidal con un 64,2% y Se calcula que sólo un tercio de los pacientes con esta afección consultan a un médico, por lo que su verdadera incidencia y prevalencia es difícil de establecer, por ende esta patología es probablemente la causa más común de hemorragia digestiva baja, que afecta sobretodo a personas en la edad media, ocurre con mayor frecuencia entre los 45 y 65 años y parece predominar ligeramente en varones; seguido de adenocarcinoma de recto en 14,2%. Un sólo paciente presentó enfermedad diverticular, uno colitis ulcerativa. Sólo dos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y ninguno falleció.

E) Dra. Isabel Portillo, Dr. Enrique Ojembarrena, Dr. Eunáte Arana, Dr. Jose Luis Hurtado, Revista: Gastroenterología y Hepatología Volumen 36, Issue 5, Mayo 2013, Pages 301–308. “Lesiones detectadas en el programa de cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco: primera ronda 2009-2011”

Es un estudio retrospectivo sobre invitaciones realizadas y hallazgos en colonoscopias con sangre oculta en heces positivo (SOH). Se incluyeron 230.505 personas invitadas, 148.249 muestras SOH procesadas. Participación media de 64,3% (IC 95%: 64,1-64,5), superior en mujeres que en hombres. Positividad media de 6,7% (IC 95%: 6,6-6,8) superior en hombres. Colonoscopia realizada al 93,1% de los casos positivos. Se observaron diferencias significativas entre mujeres y hombres en la tasa de de detección de Adenomas de Alto Riesgo (OR: 0,45 IC 95% 0,41-0,49) como en CCR (OR: 0,80 IC 95% 0,66-0,96), más frecuentes en hombres. El VPP para cualquier adenoma fue significativamente superior en hombres (72,4, IC 95% 71,2-73,5) que en

mujeres (48,8%, IC 95% 47,2-50,5), con diferencias por grupo de edad y tipo de adenoma.

F) L. Martín Martín, M. Trapero-Marugán, J. Cantero Perona y R. Moreno Otero Dificultades y controversias en el manejo hospitalario de la hemorragia digestiva baja. Servicio de Hepatogastroenterología y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Hospital Universitario de La Princesa. Universidad Autónoma de Madrid Rev. Esp. Enferm. Dig. Vol.100 no.9 Madrid sep. 2008

En este trabajo la mayoría de los pacientes eran mayores de 70 años y presentaban comorbilidad aunque, a diferencia de lo descrito en la literatura en nuestra serie la prevalencia fue similar en ambos sexos. La etiología más frecuente de HDB en ambos grupos fueron los divertículos cólicos en concordancia con estudios previos, pero encontramos que las neoplasias y no las angiodisplasias fueron la segunda causa más frecuente al contrario que lo que describen otros autores

Se plantea la importancia en la precocidad de la realización de la colonoscopia y si esta aportaría un mayor número de diagnósticos En este estudio se modificó la pauta de actuación ante una HDB tras el primer periodo estudiado (2005-2006), tratando de reducir al máximo posible el tiempo de espera de la colonoscopia. Así, se pasó de 4,1 días de media en el estudio retrospectivo a 2,6 días de media en el prospectivo; sin embargo, el porcentaje de colonoscopias no diagnósticas fue prácticamente igual en ambos. Por tanto, no se logró mejorar el rendimiento diagnóstico del procedimiento. Diversos estudios han demostrado una reducción de la estancia media hospitalaria en relación con una colonoscopia precoz pero, sólo se ha logrado mejorar el rendimiento diagnóstico endoscópico cuando esta se realiza en las 6-8 primeras horas

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. DEFINICIÓN

La hemorragia digestiva baja de siglas HDB, es considerada como la pérdida de sangre por el ano que proviene de una lesión distal al ángulo de Treitz incluyendo el ano, lo que diferencia el HDB de la hemorragia digestiva alta (HDA), es que uno tiene su origen por encima y dicho ligamento y su contraparte por debajo.

El termino HDB incluye cualquier hemorragia originada en el intestino grueso, incluyendo también el recto y el canal anal, pero además las que se originan en yeyuno e íleon, ambas secciones constituyen la mayor parte del intestino delgado.¹⁻²

La característica clínica principal es la aparición de sangre o desechos de sangre a través del ano en forma de hematoquezia o sangrado rectal. La cantidad de hemorragia incluso puede ser mínima, sin repercusión hemodinámica de algún tipo, a una de mayor cantidad y gravedad notoria.³

Se puede dividir según su evolución e instalación en aguda y crónica:

- Aguda: El sangrado es de menos de 3 días de duración. Esto puede ser moderado cuando existe una compensación en la hemodinámica inicial, con la restauración gradual del volumen y el contenido plasmático, aunque puede tomar varios días antes de restaurar la homeostasis y masiva cuando la presencia de taquipnea, taquicardia y hipotensión ortostática indica su gravedad. A una pérdida de sangre superior al 30% del volumen total o a una velocidad de más de 100 ml / h.

-Crónico: Se caracteriza por una pérdida continua de sangre que puede constar de varios días o semanas de duración, e incluso intermitente.⁴

Debemos también detectar si se trata de una hemorragia oculta o insidiosa, en cuyo caso el enfoque es más conservador y está orientado al estudio del paciente que por lo general presentara un cuadro a larga data de anemia ferropénica (hemoglobina, volumen corpuscular medio y también disminución de la ferritina sérica) sin evidencia de pérdida de sangre en las heces (Thevenon negativo). Siempre debemos tener en cuenta que alrededor de 100 cc de sangre se puede perder por día, lo que por lo general no cambia las características macroscópicas de las heces.

En la actualidad es muy importante distinguir esta del sangrado de origen oscuro, que es hemorragia recurrente sin causa o etiología aparente después de una evaluación inicial que incluye un examen completo de alta endoscopia y colonoscopia por lo que es fácil deducir que ocultas y oscuras pueden ocurrir simultáneamente y no ser excluyentes.⁵

Y por último, el HDB masivo es cuando el paciente requiere transfusión de un litro o más de sangre para mantener su estabilidad hemodinámica dentro de las primeras veinticuatro horas de hospitalización.³

La hemorragia digestiva baja de tipo aguda se autolimita en el 85% de los casos, en el 15% restante permanece activo o resurgido; Estos últimos casos requieren una gestión verdaderamente rápida en vista del hecho de que alrededor del 50% requieren tratamiento quirúrgico de emergencia.

En la actualidad, la incidencia anual de pacientes que presentan HDB grave es de 20,5 a 27 casos/100.000 habitantes y su mortalidad global es inferior al 5% del total.

Su predominio es ligeramente en el sexo masculino y por lo general se presenta en edades avanzadas de la vida, por lo general a los 75 años a más, y suele asociarse con frecuencia a enfermedades graves o incluso con antecedentes de intervenciones quirúrgicas. ⁴

Sobre los factores de riesgo que están asociados con HDB que tienen marcadas repercusiones hemodinámicas son: sangrado activo o recurrente, hipotensión, estado mental alterado, taquicardia, tiempo de protrombina prolongado, síncope y comorbilidades (dos o más enfermedades); Se ha estimado que si un paciente tiene 3 o más, menos de 3, o ningún factor de riesgo, las contingencias de gravedad son 84%, 43% y 9% respectivamente. ⁶⁻⁷

En cuanto a la mortalidad se relaciona con tres factores independientes: Tiempo de hospitalización, edad y número de comorbilidades; Es diez veces mayor en pacientes hospitalizados por otras patologías y que presentan HDB, en comparación con los hospitalizados únicamente para HDB.

Lesiones causantes de sangrado crónico y autolimitación pueden ser tratadas ambulatoriamente (hemorroides, proctitis actínica, pólipos, etc.).

La apariencia y el color de la sangre son siempre muy importantes, por lo que el sangrado rojo intenso sugiere un origen distal (recto, ano, sigmoides), mientras que el rojo oscuro o rojo vino sugiere el colon o el intestino delgado. ³

En cuanto a la etiología de la hemorragia digestiva baja es muy variada y difiere en los grupos de edad, por lo que en los niños o los jóvenes se debe sospechar de la enfermedad inflamatoria intestinal y el divertículo de Meckel; En los adultos deberíamos pensar en neoplasias de colon y en la enfermedad del colon diverticular con sus siglas (ECD). Y en los adultos mayores, la ectasia vascular o colitis isquémica debe siempre tenerse en cuenta

Entre las etiologías más frecuentes para HDB tenemos:

- Hemorroides: Son consideradas la causa más frecuente de pérdida de sangre a través del recto-ano, que a su vez se dividen en hemorroides internas y externas, con un porcentaje de 2-9% de las HDB. ⁷

- Fisura anal: Consta de un desgarro longitudinal de la piel que cubre la porción del canal anal distal a la línea pectina. ⁷

- Neoplasias recto-colónicas: Son responsables del 5% de todos los casos de hemorragia digestiva oculta, sin embargo, representan un porcentaje mucho más alto si se consideran solamente los pacientes 65 años a más. ⁹

- Pólipos y poliposis: Representan entre 5 y el 11% de las etiologías para HDB, se localizan en la región rectosigmoidea. Se caracteriza principalmente por la eliminación indolora de pequeñas cantidades de sangre fresca, a veces con coágulos al final de la defecación. ⁸

- Diverticulosis Colónica: Aproximadamente del 3 a 5% de los pacientes pueden presentar HDB, aunque en adultos mayores de 65 años, es la etiología más común de HDB. El sangrado se origina debido a la erosión de un vaso en la parte inferior del divertículo.⁹

- Angiodisplasias o Ectasias Vasculares: Representan el 3 al 12% de las etiologías de HDB. Tienen como consecuencia el aumento de la presión intracapilar, lo cual provoca dilatación de las paredes de las venas y de los capilares, hasta el momento en el que llega a la ruptura y provocar una hemorragia digestiva baja.¹⁰

- Divertículo de Meckel's: Es la causa más frecuente de HDB en niños y jóvenes, pero resulta muy rara en adultos.¹⁰

- Fiebre tifoidea: Es una enfermedad infecciosa de origen entérico, causada por la bacteria de nombre *S. Typha*, puede presentarse incluso con complicaciones graves como es la enterorragia y perforación.¹⁰

- Colitis isquémica: Representa del 3 a 9% de los casos de HDB. Es considerada la enfermedad isquémica más frecuente del sistema digestivo y la afección de tipo cólico más frecuente de los ancianos.¹¹

- Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Llamada colitis ulcerosa, que representa del 2 al 8% de las causas de BHD y de la enfermedad de Crohn que representa menos del 2%.¹¹

- Enterocolitis infecciosa: Incluye a las de tipo bacilares, amebianas, etc. Se considera que pueden ser causa de rectorragia en asociación con un cuadro disentérico (inflamación del intestino). En muy raras ocasiones hay enterorragia importante que puede deberse a ulceraciones profundas ileocecales por lo general en pacientes con enteritis por *Campylobacter* sp, son similares a las que se producen en los casos de fiebre tifoidea. En cuanto a las colitis por citomegalovirus en pacientes inmunodeprimidos el cuadro es similar, también pueden llegar a cursar con cuadros de HDB.¹¹

- Enteritis actínica o por radiación: Es debido a su alta radiosensibilidad, el recto-sigmoide y el íleon se ven afectados en el 4 a 10% de los casos, por lo general en pacientes tratadas con radioterapia a causa de tumores ginecológicos.¹²

- Tuberculosis intestinal. La región ileocecal se afecta en un 90% de los casos. Se puede presentar en tres patrones: ulcerativo, hiperplásico y esclerótico o estenótico. La forma ulcerativa es la más frecuente ubicándose en íleon y yeyuno y se caracteriza por múltiples lesiones ulcerativas pequeñas con mucosa aledaña sana¹³

- Colitis pseudomembranosa. Es una enfermedad diarreica que se da con frecuencia en pacientes hospitalizados que han recibido antibióticos,

produciendo sobrecrecimiento de Clostridium difficile, microorganismo anaeróbico, formador de esporas y productor de toxinas.¹³

- Tumores colónicos: Estos representa entre 2 - 26 % de los casos de HDB, la causa del sangrado se debe a las erosiones en la superficie luminal.¹³

- Intususcepción Intestinal. Invaginación del intestino sobre si mismo originando un cuadro de obstrucción intestinal.¹³

- Duplicación Intestinal. Anomalía congénita consistente en la presencia de un quiste tubular o esférico unido íntimamente al borde mesentérico del intestino, pudiendo comunicar en ocasiones con la luz intestinal.¹³

NIÑOS	ADOLESCENTES	ADULTOS	ANCIANOS (>65 años)
Divertículo de Meckel	Divertículo de Meckel	Enfermedad diverticular de colon	Enfermedad diverticular de colon
Enfermedad inflamatoria (colitis ulcerosa)	Enfermedad inflamatoria (colitis ulcerosa)	Enfermedad inflamatoria (colitis ulcerosa - enfermedad de Crohn)	Isquemia intestinal
Pólipos juveniles	Pólipos en colon y recto	Pólipos en colon y recto	
Reduplicación intestinal	Enterocolitis infecciosa	Cáncer colorrectal	Cáncer colorrectal
Malformaciones vascular	Malformaciones vasculares	Patología orificial	
	Fiebre tifoidea	Fiebre tifoidea Angiodisplasia	Angiodisplasia

La anamnesis a pesar de describir las características de la pérdida hemática (color, duración y frecuencia), es muy subjetiva para calcular el volumen perdido; en ese sentido son muy importantes las pruebas de ortostatismo y seguimiento de los signos clínicos asociados a mala perfusión¹⁴.

Los datos del examen físico son:

- Signos de shock: pulso, la apariencia de la piel, presión arterial en decúbito y de pie, presión venosa central, diuresis, estado de conciencia. La frecuencia de los controles dependerá de la magnitud del compromiso hemodinámico¹⁵

Si las pruebas de ortostatismo (cambios posturales) demuestran caída de la presión sistólica más de 10 mm de Hg y aumento de la frecuencia cardíaca más de 10 latidos por minuto, se entiende que el paciente ha perdido 15% del volumen total (800 cc). Si está en shock (hipotensión, taquicardia, oliguria, cianosis distal, etc.), se entiende que el paciente ha perdido más del 30% del volumen sanguíneo (1 500 cc) ¹⁴.

- Evaluación cardiopulmonar y de otros sistemas susceptibles de daño por shock¹⁵.
- Control de la persistencia o recurrencia de la hemorragia: se basa en la evolución de los parámetros hemodinámicos y en la evidencia de sangrado¹⁵.
- Tacto rectal: es posible obtener una muestra del contenido de la ampolla y su examen en busca de sangre, además de descartar lesiones ocupantes de espacio o irregularidades de la pared rectal que puedan orientar el origen de la hemorragia¹⁵

La mayoría de los pacientes que presentan HDB son ancianos, 90% de ellos sufren de otras enfermedades, que pueden descompensarse por la hemorragia y convertirse en potencialmente fatales. En los pacientes ancianos es esencial realizar un electrocardiograma y conocer el nivel basal de sus enzimas cardíacas¹⁵. Si el paciente está inestable o tiene varios procesos comórbidos se pide el apoyo de la UCI y se convoca al equipo quirúrgico. ¹⁶

2.2.2. DIAGNÓSTICO

EL diagnóstico de HDB se encuentra con diferentes métodos diagnósticos

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

A) Anuscopia - proctosigmoidoscopia y fibrosigmoidoscopia:

Es el primer procedimiento que se puede llevar a cabo en la sospecha de una hemorragia digestiva baja y se indica cuando la hemorragia se ha manifestado como una hemorragia rectal, especialmente cuando se sospecha un área anorectosigmoide, como hemorroides, fisuras, proctitis ulcerativa o infecciosa, o cáncer rectal. Su realización presenta dificultades cuando la hemorragia es activa y de alto débito en el momento de la exploración. Permite obtener muestras para el estudio del contenido fecal (examen parasitológico directo, coprocultivo), y tomar biopsias para estudio histológico. ¹⁷

B) Colonoscopia:

Es el estándar de oro para el diagnóstico de las patologías de colon y recto, y la prueba de prevención primaria para el cáncer de colon. Este procedimiento es capaz de visualizar hasta el ciego en el 90% de los casos. Generalmente requiere la preparación previa del colon con enemas de limpieza o soluciones osmóticas orales y sedación del paciente. Se establece el diagnóstico en alrededor del 30-40% de los casos de hemorragia digestiva baja en los que el enema opaco no pudo detectar la lesión. ¹⁷

Se han demostrado buenos resultados colonoscópicos si la prueba se realiza tempranamente entre 8 y 24 horas. Una ventaja muy importante es su capacidad para eliminar las lesiones precancerosas en el momento de su detección. Aunque, no es infalible en la detección de lesiones neoplásicas clínicamente significativas. La calidad en el desempeño de la colonoscopia varía ampliamente en la práctica clínica. ¹⁸

La capacidad de la colonoscopia para reducir la incidencia de cáncer colorrectal depende directamente de la eliminación de adenomas. Y para que se lleve a cabo la remoción, los adenomas deben ser detectados. Los predictores más importantes de la prevalencia de adenomas en colonoscopias son la edad avanzada y el sexo masculino. ¹⁹

C) Angiografía en segmentos proximales a la región rectosigmoide:

En la hemorragia de débito superior a 0,5 mL/min, la arteriografía mesentérica generalmente localiza el punto sangrante observando contraste extravasado. La cateterización selectiva también permite la inyección de agentes vasoconstrictores como la vasopresina, o embolizantes como el gelfoam, con fines terapéuticos. ¹⁷

Al comparar la angiografía con la colonoscopia, ésta última la supera (82% versus 12% de aciertos); además la angiografía no está exenta de problemas, en algunas series, hasta un 9% de complicaciones (hematomas, falla renal o trombosis) han sido reportadas. En general, existe consenso respecto a que la angiografía complementa a la colonoscopia. ²⁰

D) Radiología con contraste:

La utilización del enema opaco en el diagnóstico de la hemorragia digestiva baja ha sido desplazada por las técnicas endoscópicas y arteriográficas. El tránsito

del intestino delgado con bario es el único método diagnóstico de las lesiones de la pared yeyunal o ileal en las fases de inactividad de la hemorragia. ¹⁷

E) Radioisótopos:

La gammagrafía abdominal con hematíes marcados con sulfuro de ⁹⁹Tc coloidal es útil para detectar puntos sangrantes en el intestino, incluso con débitos tan bajos como 0,1 mL/min. ¹⁶

F) Enteroscopia:

Este procedimiento permite ver lesiones intestinales altas, distales al ligamento de Treitz, que no han podido ser demostradas con los procedimientos previos. ¹⁷

G) Fibrocolonoscopia:

Es el procedimiento de elección en los casos de hemorragia digestiva baja con rectosigmoidoscopia normal. Además de obtener una visión completa del colon, permite ver parte del íleon, mediante una ileoscopia retrógrada, así como técnicas terapéuticas como polipectomía y electrocoagulación. ²¹

2.2.3. TRATAMIENTO

Se emplea como medidas conservadoras el reposo del colon, reposición del volumen, etc.; la hemorragia se detiene en aproximadamente el 80 % de los casos, lo que permite el estudio electivo, con adecuada preparación, y el correcto diagnóstico etiológico. A pesar de todos los recursos, en un 10% de la hemorragia digestiva baja la causa no se establece. ²²

Tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva baja

Requieren un tratamiento endoscópico entre el 10 y el 40% de las exploraciones por hemorragia digestiva baja.

Las lesiones más comunes que son potencialmente tratables son las de origen diverticular, las secundarias a lesiones vasculares (angiodisplasia, Dieulafoy, proctitis radica) y la hemorragia postpolipectomía. Además, existe una larga lista de lesiones más infrecuentes tratables mediante endoscopia (las varices rectales, la úlcera rectal idiopática, por manipulación con objetos o cánulas de enemas o iatrogénica tras biopsia prostática).

La evidencia de la eficacia del tratamiento endoscópico es muy limitada y se basa en extrapolaciones de lo que ocurre en la hemorragia digestiva alta y en series cortas de pacientes.

Las técnicas que se encuentran disponibles son la inyección de adrenalina (1/10.000-1/20.000), la coagulación, que habitualmente con argón plasma y las mecánicas con clips, bandas elásticas y endo-loops. No hay estudios comparativos para determinar qué técnica es mejor, por lo que la elección de la misma se hará sobre la base de la lesión sangrante, la presencia de trastornos de la coagulación (en cuyo caso se preferirá un sistema mecánico a la inyección) y la experiencia del endoscopista. Con frecuencia, es necesario asociar más de una técnica (generalmente, la inyección y un método mecánico) para conseguir la hemostasia.

Alrededor del 1,3% es la tasa global de complicaciones. Las más frecuentes son la perforación con un 0,3%, más frecuente en las técnicas de coagulación, y la intensificación del sangrado con un 0,1%. Se han descrito casos aislados de enfisema submucoso, neumoperitoneo o, incluso, la explosión del colon por argón plasma, especialmente en el contexto de una preparación deficiente.

En el caso de una hemorragia activa sin posibilidad de tratamiento endoscópico o sin respuesta al mismo, la colocación de un clip metálico adyacente a la lesión hemorrágica permitirá al radiólogo vascular identificar con más fácilmente la fuente del sangrado con el fin de intentar un tratamiento intravascular. ^{23,24,25,26,27}

3. METODOLOGIA

3.1 Diseño del estudio:

Se realizará un estudio de tipo observacional, analítico y retrospectivo, donde se recopilará información proveniente de los informes de endoscopia baja y los archivos de historia clínica del servicio de Gastroenterología del Hospital Santa Rosa.

3.2 Definiciones operacionales:

- Hemorragia digestiva baja: Toda aquella pérdida de sangre de inicio reciente originada por una lesión del tubo digestivo cuya localización es distal al ligamento de Treitz.

- **Úlcera:** Llaga o lesión que aparece en la piel o en el tejido de las mucosas a causa de una pérdida de sustancia y que no tiende a la cicatrización.
- **Varices:** Las varices o várices son dilataciones venosas que se caracterizan por la incapacidad de establecer un retorno eficaz de la sangre al corazón
- **Hernia:** Una hernia es la protrusión de cualquier órgano o tejido fuera de la cavidad del cuerpo en que está alojado normalmente
- **Pólipo:** Masa de células que se forma y crece en los tejidos que cubren las membranas mucosas de algunas cavidades del cuerpo
- **Neoplasia:** Formación anormal en alguna parte del cuerpo de un tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno
- **Cáncer:** Tumor maligno, duro o ulceroso, que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes.
- **Auto limitarse:** Que detiene su avance e incluso regresiona sin necesidad de intervención alguna.
- **Idiopática:** De etología o causa desconocida.

3.3 Variables:

- **Edad:** (Dependiente, cuantitativa, ordinal)

Se formaron como grupos etarios:

1. 18 – 35 años. (Adulto joven) o G1
2. 36 – 64 años. (Adulto medio) o G2
3. 65 años a más. (Adulto mayor) o G3

- **Sexo:** (Interviniente, dicotómica, cualitativa, nominal)

Se tomaran para el trabajo pacientes de ambos sexos, y se analizará que etiología asociada a HDB corresponde mayoritariamente para cada grupo.

- Femenino. (F)
- Masculino (M)

- **Tipo de lesión:** (Dependiente, cualitativa, nominal)

Tomando entre las más frecuentes:

- Ulcera. (U)
- Hernia. (H)
- Varice. (V)
- Neoplasia. (N) (Requiere anatomía patológica: B/M)
- Pólipo. (P)
- Diverticulo. (D)
- Enf. Inflamatoria. (I)
- Otros. (O)

- **Localización de la lesión:** (Dependiente, cualitativa, nominal)

Pudiendo ser:

4. Duodeno. (Duo)
5. Yeyuno. (Yey)
6. Ileon. (IL)
7. Ciego. (CG)
8. Colon ascendente. (CA)
9. Colon trasverso. (CT)
10. Colon descendente. (CD)
11. Sigmoides. (SIG)
12. Recto. (RT)
13. Ano. (A)

3.4. Población de estudio y selección de muestra.

La población a tomar en cuenta será la población con diagnóstico de HDB en el servicio de Medicina General del Hospital Santa Rosa durante el periodo de enero a diciembre del 2015.

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$p = 0.54$$

$$Z = 1.96$$

$$q = 0.46$$

$$d = 0.05$$

$$N = 342$$

$$n = \frac{342 \times 1.96^2 \times 0.54 \times 0.46}{0.05^2 (342-1) + 1.96^2 \times 0.54 \times 0.46} = 180$$

3.5 Unidad de análisis:

Paciente con diagnóstico de hemorragia digestiva baja sometida a endoscopia baja por el servicio de gastroenterología del Hospital Santa Rosa durante el año 2015.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tener diagnóstico de hemorragia digestiva baja.
- Haber sido sometido(a) a endoscopia baja por el servicio de gastroenterología del Hospital Santa Rosa durante el año 2015.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con historias clínicas incompletas.
- Paciente que no hayan presentado sangrado digestivo bajo.

3.7. Procedimiento para la recolección de los datos

Una vez solicitado el permiso la dirección general del hospital para acceder a las historias clínicas de enero a diciembre del 2015, se realizará las coordinaciones con el personal de archivo y se realizará la recolección de datos a través de la recopilación de información procedente de las historias clínicas del servicio de Medicina General del Hospital Santa Rosa durante el año 2015; los cuales serán transcritos a una respectiva ficha de recolección de datos para su futuro uso.

3.8. Instrumentos a utilizar y métodos para la recolección de datos:

Se utilizará una ficha simple de recolección de datos procedentes de las historias clínicas de las pacientes con los parámetros establecidos, en las cuales se tomará en cuenta: (Anexo1)

- Historia clínica del paciente.
- Sexo del paciente: M / F
- Edad del paciente: (18 a 35) G1, (36 a 64) G2 y (65 a más) G3.
- Presencia de lesión: Sí / No
- Tipo de lesión.
- Ubicación de la lesión.

3.9. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación:

El presente trabajo cumple con los principios ético-morales, puesto que nos aseguraremos en todo momento de respetar los derechos de los pacientes, mantener confidencialidad de los datos obtenidos y no poner en riesgo su integridad.

Así mismo, en el procesamiento, obtención de resultados y presentación de los mismos se tendrá un control adecuado de la información para presentarla tal y como fue obtenida. Esperamos así cumplir con los principios básicos de una investigación que se enfoca al desarrollo del conocimiento y al beneficio común.

3.10. Análisis de resultados:

El registro de datos serán consignados en las fichas de recolección, que serán procesados en una base de datos informática utilizando el software SPSS versión 22 y Excel para obtener los gráficos y tablas.

En el análisis estadístico se pretende hacer uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas, las asociaciones serán significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Posteriormente se pasará a analizar si la edad es un factor de riesgo respecto a la incidencia de hemorragia digestiva baja, para ello se procederá a realizar las fórmulas de odds ratio que será significativo si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

3.11. Confidencialidad de la información obtenida:

Se asignará un código de identificación a cada ficha de recolección de datos de los pacientes que sean registrados en el presente estudio.

La información recogida a través de los informes de endoscopia baja e historias clínicas está codificada. Los resultados no incluirán la identificación de ningún paciente.

3.12. Cronograma de actividades:

Actividad	Fechas																
	Mayo				Junio				Julio				Agosto				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Diseño del Proyecto	X	X															
Revisión de la Literatura		X	X														
Elaboración del proyecto de investigación			X	X													
Aprobación del Comité de ética e investigación				X	X												
Recolección de datos						X	X	X	X								
Análisis e Interpretación de datos										X	X	X					
Redacción del informe final													X				
Presentación del informe final														X	X	X	

Actividad	Fechas															
	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Análisis e Interpretación de datos	X	X	X	X												
Redacción del informe final					X	X	X	X	X	X	X	X				
Presentación del informe final													X	X	X	X

3.13. Presupuesto

Denominación	Cantidad	Costo Unitario S/.	Costo Total S/.
Llamadas de coordinación	50	1,00	50,00
Curso de tesis	1	5000,00	5000,00
Viáticos	30	5,00	150,00
Internet y uso de computadora	1	120,00	120,00
Impresiones encuestas	200	0,50	100,00
Otras impresiones	40	2,00	80,00
TOTAL			5500,00

RESULTADOS

GRÁFICO N° 1: División por grupo etario de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja atendidos en el HSR, durante el año 2015



Grafico N° 1, teniendo una muestra significativa de 180 pacientes con una edad media de 62 años, divididos en G1: (18-34 años) que representan un 10% de la muestra, G2: (35-64 años) con un 38% de la muestra, G3: (65 a más) con un 52% de la muestra.

TABLA: Pacientes <35 años y 35 años a más con lesión y sin lesión encontrada por endoscopia baja con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja atendidos en el HSR, durante el año 2015

	CON LESIÓN	SIN LESIÓN	TOTAL
35 AÑOS A MÁS	162(94.18%)	7(46.66%)	169(90.37%)
< 35 AÑOS	10(5.81%)	8(53.33%)	18(9.62%)
TOTAL	172(100%)	15(100%)	187(100%)

Odds ratio: 18,514

IC: 5,584 – 61,388

Chi cuadrado: 35,813

P = ,000

Esta relación tuvo un OR de 18.514 el cual fue estadísticamente significativo, con lo que concluimos que tener más de 35 años incrementa en 18.5 veces el riesgo de presentar una lesión endoscópica. Además, según la prueba de Chi cuadrado, se concluye que si existe relación significativa entre la edad y la presencia de lesión endoscópica.

GRÁFICO N° 2: División por sexo de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja atendidos en el HSR, durante el año 2015



Gráfico N° 2, encontramos una preponderancia parcial del género femenino que representa un 60% de la muestra, frente a un 40% del género masculino de la muestra

GRÁFICO N° 3: Tipo de lesión encontrada por endoscopia baja de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja atendidos en el HSR, durante el año 2015

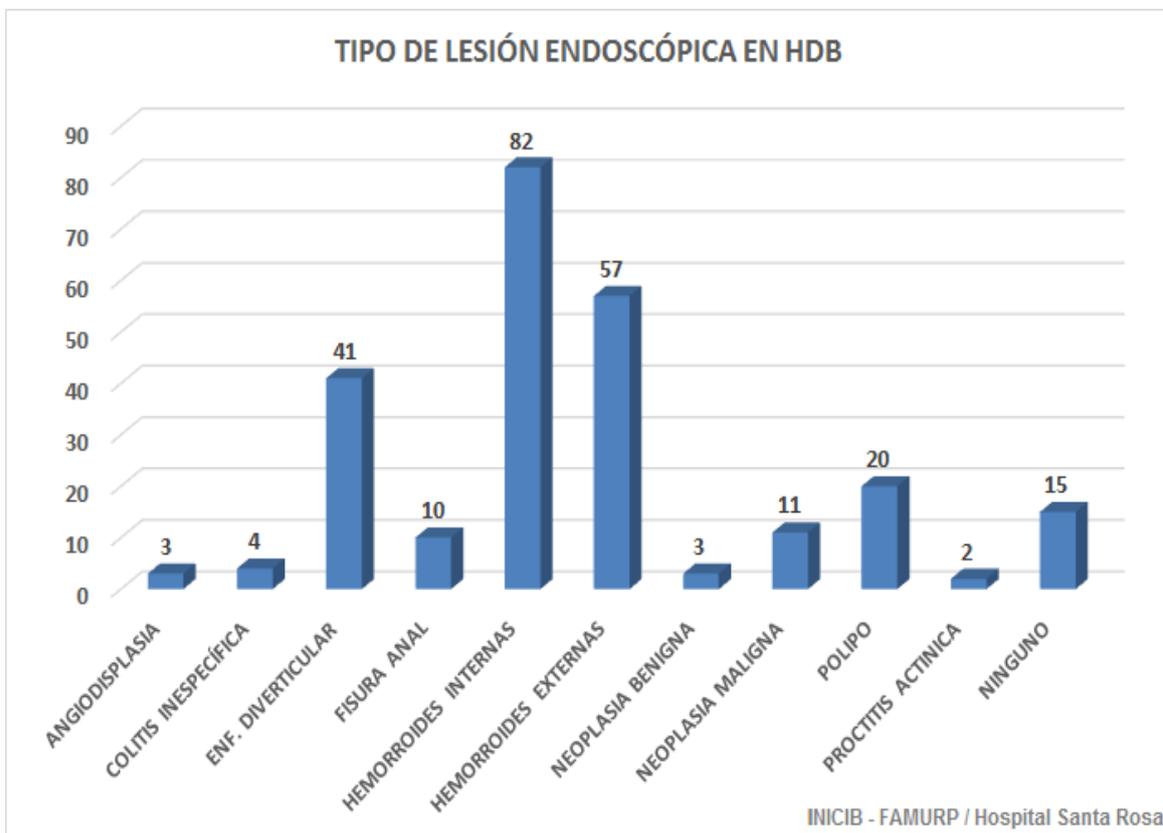


Gráfico N° 3, encontramos que la lesión más prevalente fue hemorroides internas, diagnosticado en 82 pacientes, lo cual representa (45.55%) de pacientes afectados por esta enfermedad; seguido de hemorroides externas en 57 pacientes (31.66%); y la menos prevalente fue proctitis actínica en 2 casos (1.11%) y no se encontró ninguna lesión en 15 casos que representan 8.33% de los pacientes.

GRAFICO N° 4: Tipo de lesión endoscópica por grupo etario de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja atendidos en el HSR, durante el año 2015

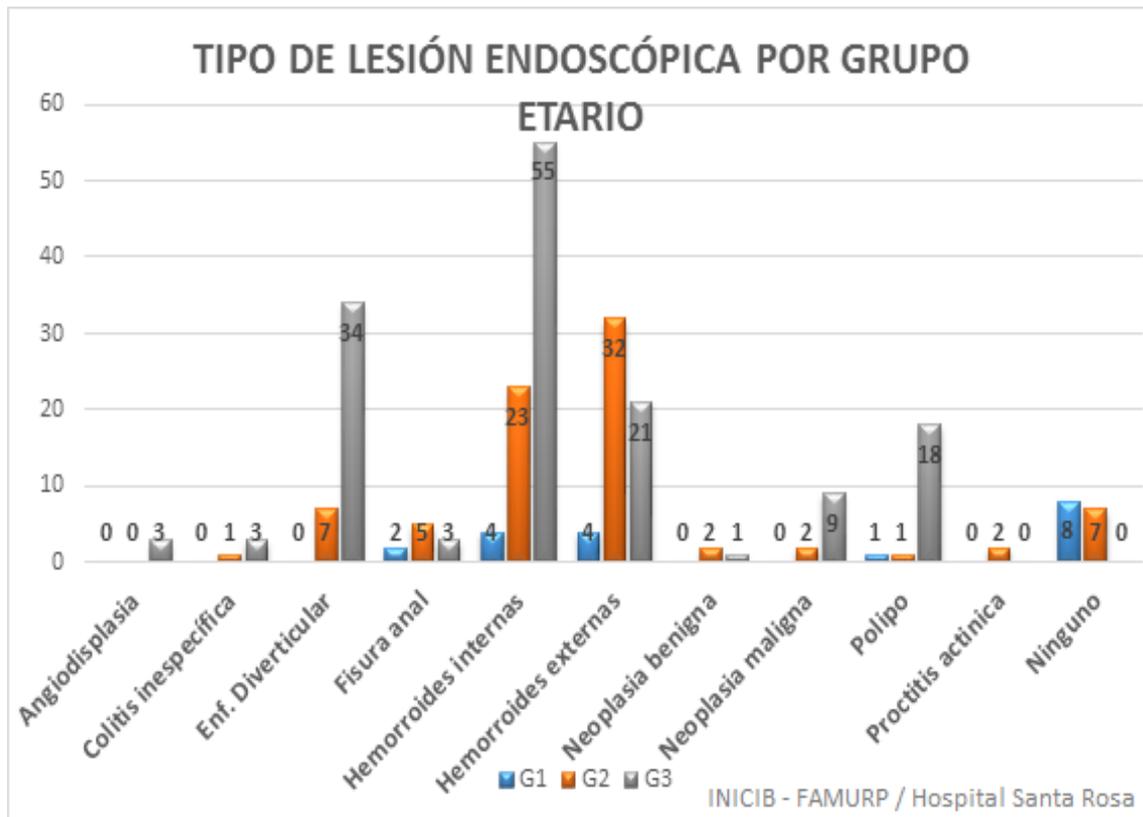


Gráfico N° 4, encontramos que en el grupo etario G3 predomina hemorroides internas (55 casos), enfermedad diverticular (34 casos), hemorroides externas (21 casos); en el grupo etario G2 predomina hemorroides externas (32 casos), hemorroides internas (23 casos); en el grupo etario G1 predomina el examen endoscópico sin evidencia de lesión.

GRÁFICO N° 5: Tipo de lesión en grupo etario I (18-34 años) de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja atendidos en el HSR, durante el año 2015

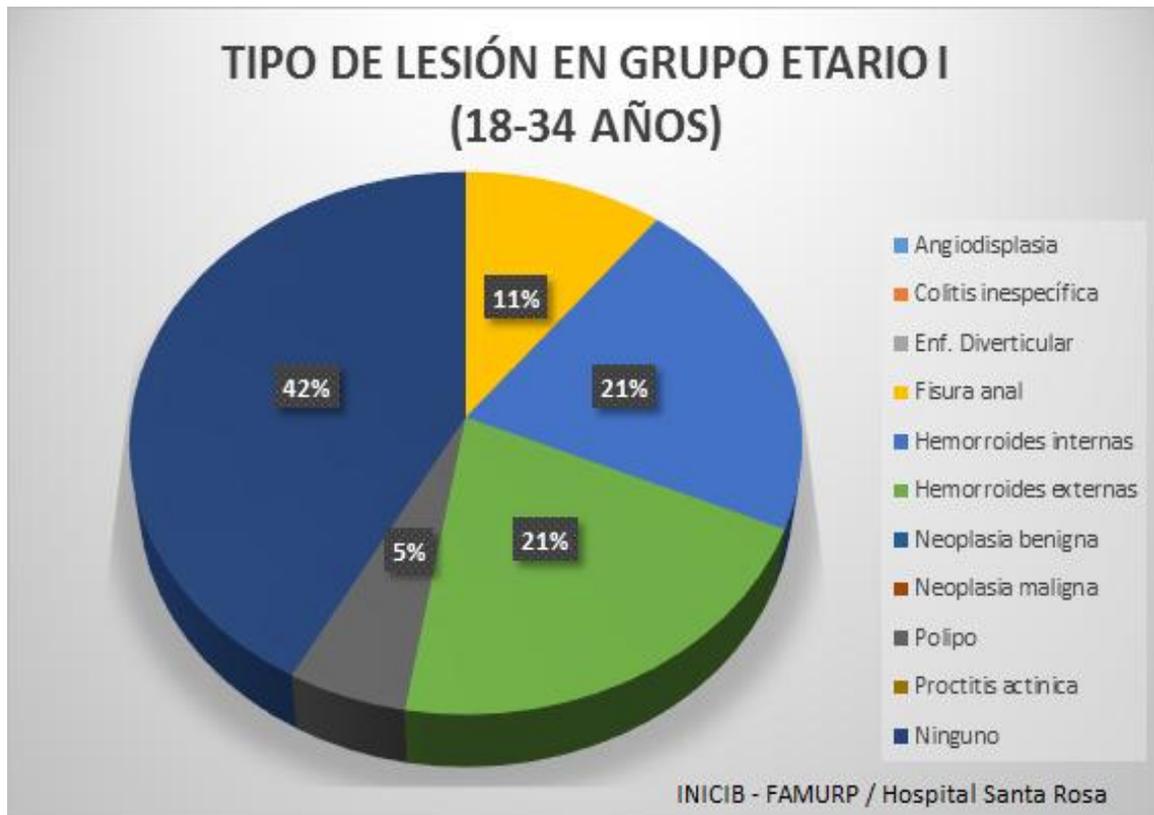


Gráfico N° 5, obtuvimos un 42% de pacientes donde no se evidenció ninguna lesión, seguidos por un 21% de pacientes con hemorroides internas y externas, finalmente en menores porcentajes fisura anal 11% y pólipos 5%.

GRÁFICO N° 6: Tipo de lesión en grupo etario II de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja atendidos en el HSR, durante el año 2015

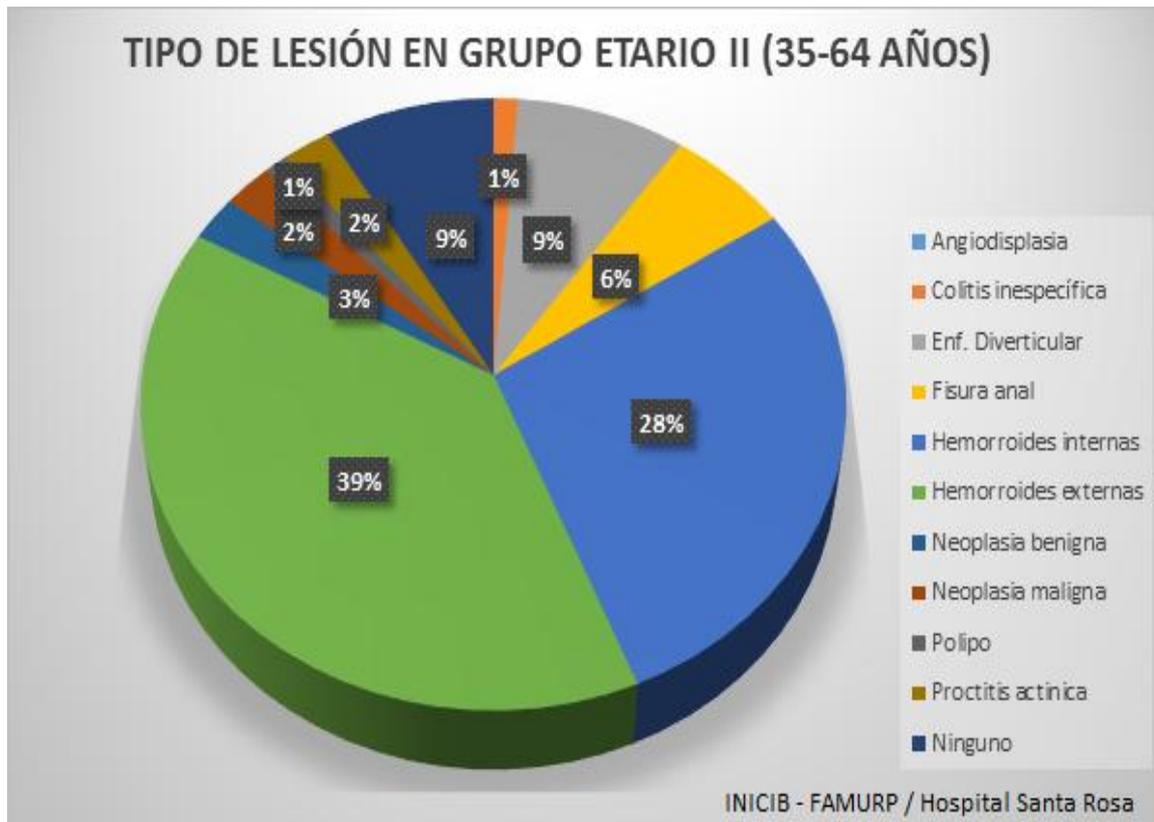


Gráfico N°6, obtuvimos un 39% de pacientes con hemorroides externas, seguido de un 28% de pacientes con hemorroides internas, en menor porcentaje se obtuvo neoplasia benigna y maligna como 9% cada uno, fisura anal con 6%; mientras que las demás enfermedades en rangos inferiores al 3%.

GRÁFICO N° 7: Tipo de lesión en grupo etario III de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja atendidos en el HSR, durante el año 2015

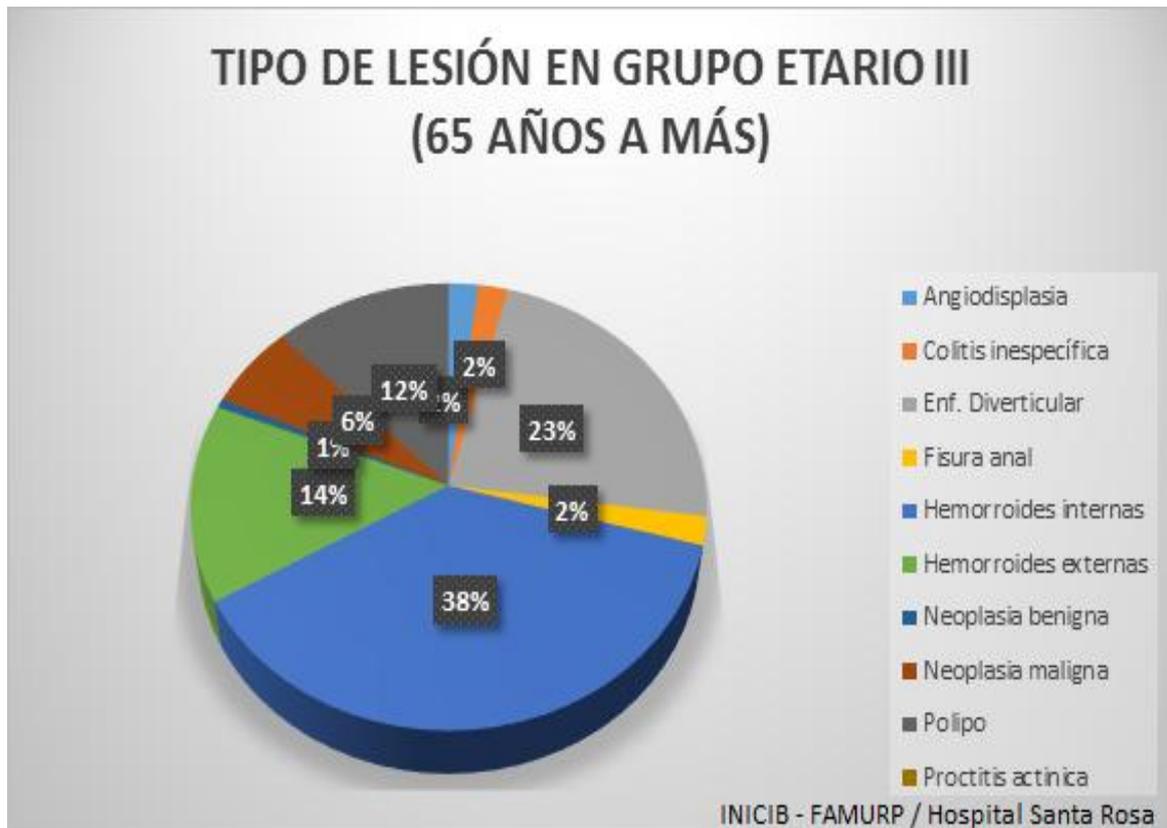


Gráfico N° 7, obtuvimos un 38% de pacientes con hemorroides internas, seguido de un 23% de pacientes con enfermedad diverticular, seguido de un 14% con hemorroides externas, seguido de un 12% con pólipos, en menor porcentaje se obtuvo a la neoplasia maligna con 6%; mientras que las demás enfermedades en rangos inferiores al 2%.

Gráfico N° 8: Tipo de lesión por género de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja atendidos en el HSR, durante el año 2015

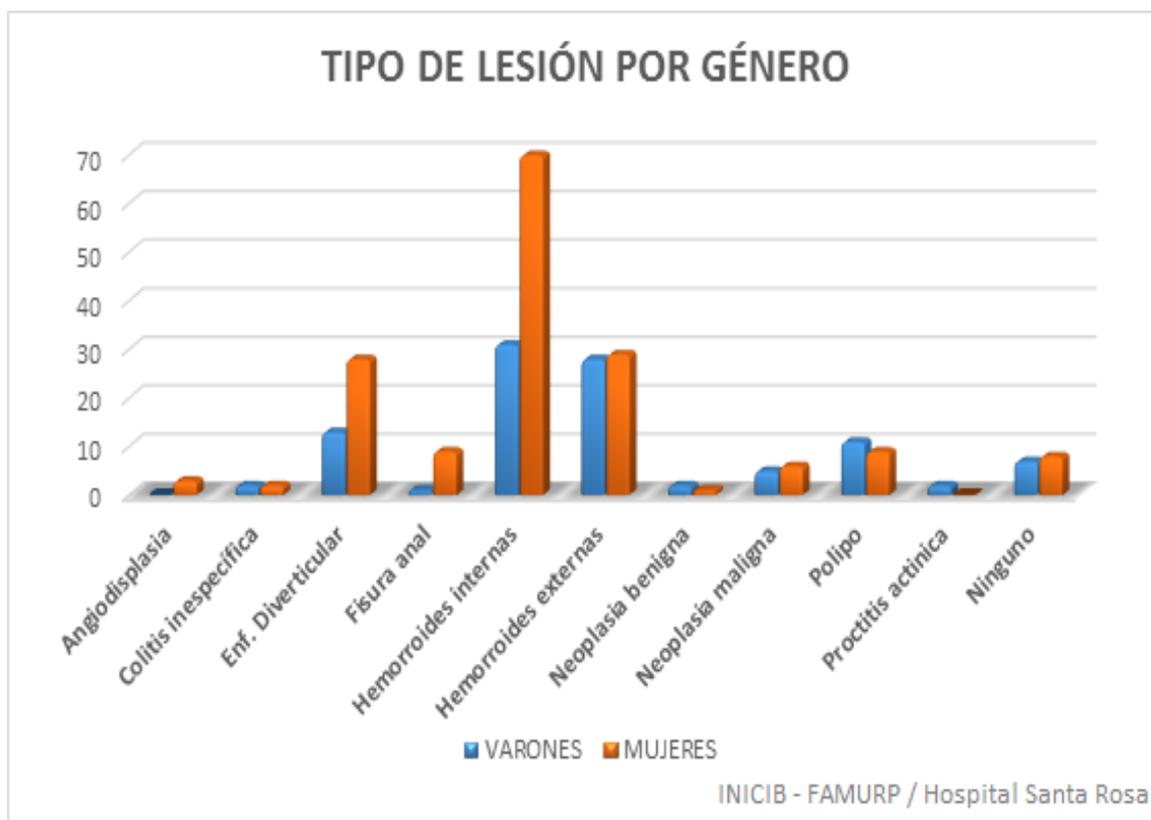


Gráfico N°8, encontramos predominio de hemorroides internas en sexo femenino en una relación de aproximadamente 2:1, mientras que en hemorroides externas las cifras son semejantes para ambos sexos, en cuanto a enfermedad diverticular se encuentra predominio del sexo femenino de 2:1, también en fisura anal predomina el sexo femenino en relación de 9:1, mientras que en angiodisplasia la totalidad son de sexo femenino, en cuanto a los varones se encontró un predominio de pólipos en relación de 11:9.

GRÁFICO N° 9: Localización anatómica más frecuente del tipo de lesión de los pacientes con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja atendidos en el HSR, durante el año 2015

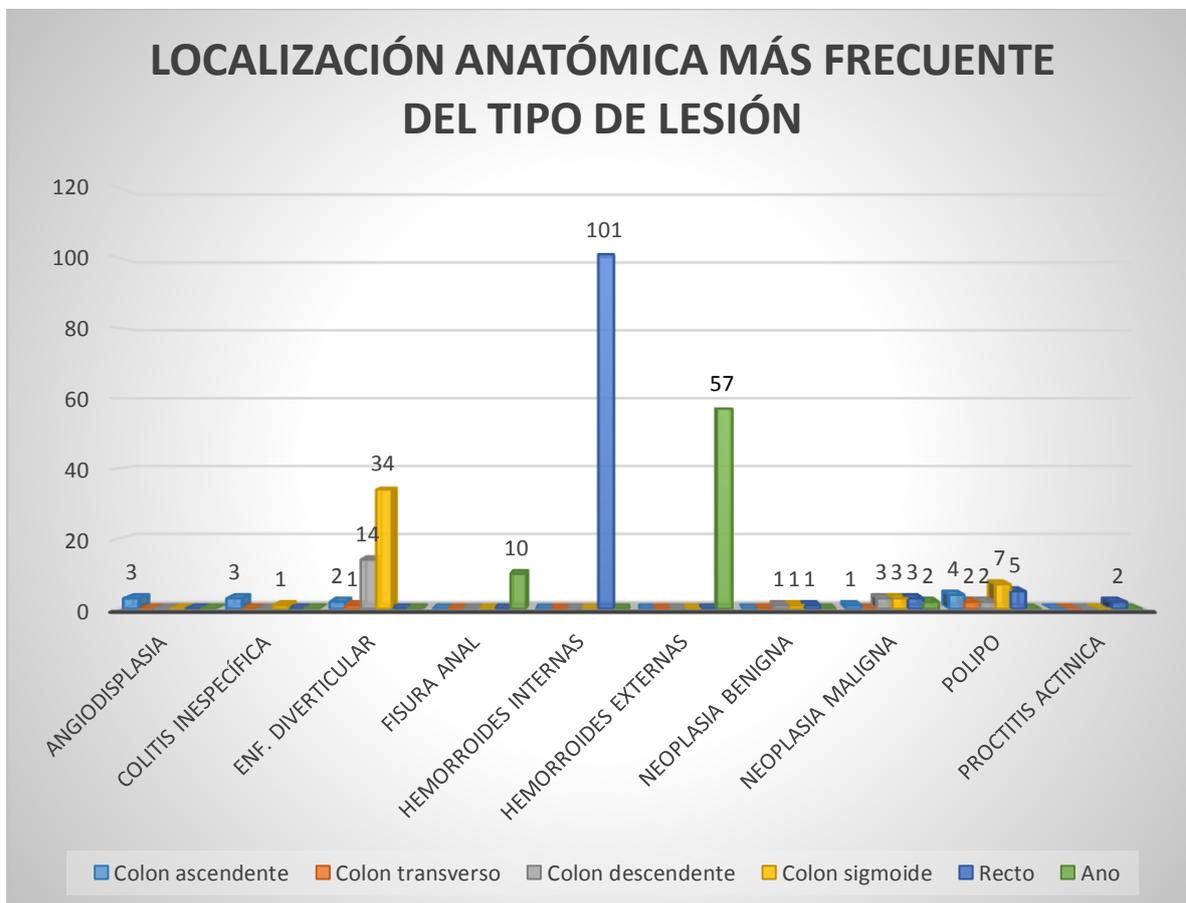


Gráfico N°9, se obtuvo un predominio de hemorroides internas en el recto con un 100% de los casos, hemorroides externas en el ano con un 100% de los casos, enfermedad diverticular: predominando en colon sigmoides (82.92%), fisura anal (100%) en el ano, pólipos: predominando en colon sigmoide (35%), angiodisplasia en colon ascendente con un 100% de los casos, colitis inespecífica: colon ascendente (75%), neoplasia maligna: predominando en colon descendente, colon sigmoides y recto (cada uno con 25%), proctitis actínica en el recto con un 100% de los casos.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La hemorragia digestiva baja constituye un serio problema de salud para la sociedad actual, ya que tiene una alta tasa de morbilidad, por lo que debemos conocer tanto las causas como el tratamiento más adecuado para la misma. En el Hospital Santa Rosa, se obtuvo 342 informes endoscópicos de pacientes con clínica de hemorragia digestiva baja. En la población el promedio etario fue de 62 años, donde el grupo etario más predominante fue el G3 (65 a más), representando más de la mitad de la población estudiada (52%); dichos resultados concuerdan con la mayoría de los estudios citados en los antecedentes del presente trabajo.

Posteriormente se realizó la valoración de la edad, como condición asociada a la presencia o no de lesión endoscópica, observando la distribución de los pacientes en función a la tabla tetracórica, haciendo posteriormente el cálculo de los parámetros estadísticos correspondientes empezando por el odds ratio cuyo valor resultó de 18,5 y que expresa que aquellos pacientes que tienen 35 a más años, está asociado a la presencia de lesión endoscópica, correspondiente a 18,5 veces más que aquellos pacientes menores de 35 años.

Es por ello que el análisis estadístico a través del test de chi cuadrado cumple la función de determinar la significancia estadística de la distribución obtenida, en este caso en particular resulta siendo positiva la significancia encontrada, lo que implica que la posibilidad de la influencia del azar en la asociación descrita entre ambas variables es inferior al 5%, lo que resulta ser lo mínimamente esperado. Los resultados tienen una adecuada fuerza de asociación debido a que su valor es mayor de 2, por lo que en la conclusión resulta determinante la asociación entre ambas variables.

En cuanto al sexo se registra una preponderancia parcial del sexo femenino que representa un 60% (106 pacientes), frente a un 40% del sexo masculino (74 pacientes), este resultado nos refleja similitud en comparación a dos estudios, el primero realizado por Dres. Geraud Elisa, Ríos Isabel, Francis Pedro en el Hospital General del Oeste en Caracas, donde se estudió un total de 389 pacientes, de los cuales el 55.7 % fueron del sexo femenino y 44.3 % del sexo masculino y el segundo realizado por el Dr. Javier Jesús Suárez Rivera del Hospital Clínico Quirúrgico "Julio Trigo" de La Habana en el que se menciona la diferencia entre hombres y mujeres, que en este estudio fue a predominio femenino (8 contra 7), contrario a lo que la mayoría de la bibliografía indica.

Además en nuestro estudio encontramos el predominio de hemorroides internas en el sexo femenino en una relación de aproximadamente 2:1, mientras que en hemorroides externas las cifras son semejantes para ambos sexos, en cuanto a enfermedad diverticular se encuentra predominio del sexo femenino de 2:1,

también en fisura anal predomina el sexo femenino en relación de 9:1, mientras que en angiodisplasia la totalidad son de sexo femenino, en cuanto a los varones se encontró un predominio de pólipos en relación de 11:9.

Las lesiones endoscópicas más frecuente que se encontraron en los informes de endoscopia baja durante todo el año 2015, dio como resultado: hemorroides internas con un porcentaje de 45.55% de los pacientes; seguido por hemorroides externas con un porcentaje de 31.66% de los pacientes; enfermedad diverticular con 22.77 %; pólipos con 11.11%; neoplasia maligna con 6.11%; datos similares presenta en dos estudios, el primero realizado por los Dres. Cristian Mendez Cordova, Pedro Barrós, José Cabello, Alejandro Bussalleu en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima y el segundo estudio realizado por Dres. Geraud Elisa, Ríos Isabel, Francis Pedro en el Hospital General del Oeste en Caracas, en los cuales también se encontraron que los diagnósticos de hemorroides, divertículos y pólipos, encabezaron la incidencia del tipo de lesiones encontradas.

En cuanto a los grupos etarios, encontramos que en el grupo etario I (18-34 años) predomina la ausencia de lesión endoscópica, seguido por hemorroides, como en el estudio del Dr. José Alberto Marin A. en México, donde se encontró resultados similares. En el grupo etario II (35-64 años) se encontró predominio de hemorroides con un 67% y en menor porcentaje se obtuvo neoplasia benigna y maligna como 9% cada uno, como en el estudio del Dr. José Alberto Marin A. En el grupo etario III (65-más años) se encontró predominió de hemorroides con un 52%, seguido de un 23% con enfermedad diverticular, un 12% con pólipos, en menor porcentaje se obtuvo neoplasia maligna con 6%, además los casos de angiodisplasia y colitis inespecífica casi en su totalidad pertenecen a este grupo etario; datos similares al estudio Dr. José Alberto Marin.

En cuanto a localización anatómica de las lesiones encontramos un predominio de hemorroides internas en el recto con un 100% de los casos, hemorroides externas en el ano con un 100% de los casos, enfermedad diverticular en: colon sigmoides (82.92%), colon descendente (34.14%); fisura anal (100%) en el ano, pólipos en: colon sigmoide (35%), recto (25%), colon ascendente (20%), colon transverso (10%) y descendente (10%); angiodisplasia en colon ascendente con un 100% de los casos; colitis inespecífica en: colon ascendente (75%), colon sigmoide (25%); neoplasia maligna en: colon ascendente (8.33%), colon descendente (25%), colon sigmoides (25%), recto (25%), ano (16.66%); proctitis actínica en el recto con un 100% de los casos, datos similares a lo que refieren los textos teórico.

CONCLUSIONES

- 1- Existe asociación entre la edad y/o el grupo etario con el tipo de lesión endoscópica encontrada, predominando el grupo etario GIII que corresponde a los adultos mayores de 65 años, en el que se encontró la mayor cantidad de hemorroides internas y externas; además de enfermedad diverticular, pólipos y neoplasia maligna en un menor porcentaje; lo cual va acorde con la teoría correspondiente a edad vs tipo de lesión. Se encontró la asociación entre la edad del paciente con la presencia o no de lesión endoscópica, con un OR de 18.5; lo cual nos indica que existe 18.5 veces más riesgo que un paciente a mayor edad presente hemorragia digestiva baja encontrada por endoscopia baja, por lo cual esta relación fue estadísticamente significativa en los pacientes del servicio de Gastroenterología del hospital Santa Rosa durante el año 2015.

- 2- El sexo femenino es el que presenta con más frecuencia hemorroides internas, mientras que en hemorroides externas las cifras son semejantes para ambos sexos, en cuanto a enfermedad diverticular se encuentra predominio del sexo femenino de 2:1, también en fisura anal predomina el sexo femenino en relación de 9:1, mientras que en angiodisplasia la totalidad son de sexo femenino; en neoplasias se encontró similitud en ambos sexos, a diferencia que en el caso del sexo masculino en lo único que se encontró predominio fue de pólipos en relación de 11:9 en los pacientes del servicio de Gastroenterología del hospital Santa Rosa durante el año 2015.

- 3- Se encontró un predominio de hemorroides internas y externas en un 100% de los casos en el recto y ano respectivamente; la enfermedad diverticular predominó en el colon sigmoides con 82.9%; pólipos en colon sigmoides con 35%, angiodisplasia en colon ascendente en un 100% de los casos, colitis inespecífica en el colon ascendente con 75%; neoplasia maligna encontrándose en el mismo porcentaje en colon descendente, en colon sigmoides y en el recto con un 25%, proctitis actínica en el recto con un 100% de los casos en los pacientes del servicio de Gastroenterología del hospital Santa Rosa durante el año 2015.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que se realicen más estudios científicos de hemorragia digestiva baja, debido que a la incipiente cantidad de artículos e información respecto al tema, en comparación a los estudios de hemorragia digestiva alta, y otras enfermedades gastrointestinales.
2. En el presente estudio encontramos predominantemente hemorroides en todos los grupos etarios, por lo cual recomendamos concientizar a la población sobre el correcto consumo de alimentos altos en fibras para evitar la aparición temprana de esta y otras enfermedades relacionadas.
3. Recomendamos que a partir de los 35 años a más se tomen medidas oportunas, ya que es la población con más riesgo de presentar hemorragia digestiva baja, como consultas médicas y exámenes de laboratorio oportunos para así detectar a tiempo posibles complicaciones y evitar a futuro enfermedades crónicas e incluso letales como neoplasias y su malignización.

BIBLIOGRAFIA

1. Saperas Franch, E. «Capítulo 27. Hemorragia gastrointestinal. (Sección: hemorragia digestiva baja)». Medicina Interna (Farreras/Rozman)(2012, 17ª edición). Barcelona: Elsevier. pp. 228-231.
2. Epstein, A; Isselbacher, KJ (1998). «Chapter 44: Gastrointestinal bleeding». En Fauci, AS; et al. Harrison's Principles of Internal Medicine 14th ed. McGraw-Hill. pp. 246 y ss.
3. Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower gastrointestinal bleeding: clinical presentation and diagnosis. Gastrointest Endosc 1998;93(48):606-616.
4. Miño G, Soriano A, González A, Hervás A J, Naranjo A. Hemorragia digestiva baja grave. Rev And Patol Digest1997: 20: 128-132.
5. Strate LL. Lower GI bleeding: epidemiology and diagnosis. Gastroenterol Clin 2005;34 (4):643-664.
6. Velayos FS, Williamson A, Sousa KH, et al. Early predictors of severe lower gastrointestinal bleeding and adverse outcomes: a prospective study. Clin Gastroenterol Hepatol 2004; 2 (6): 485-490
7. Moore K . Anatomía con Orientación Clínica. 3ª ed. España: Editorial Médica Panamericana; 1993: 220-221.
8. Marzo J, Rubio P , Hurtado H,Blasi M, Velasco M. Fisura de ano: Alteraciones de la continencia y de la calidad de vida durante la enfermedad y a los 6 meses de la esfinterotomía lateral interna subcutánea . Cirugía española: Organo oficial de la Asociación Española de Cirujanos 2005, Vol. 77, Nº. 2: 91-95.
9. Garrido A, Rincón JP, Martínez JL. Hemorragia Digestiva Baja. Medicine 2000, Vol. 14, 8ª serie: 734 – 741.
10. Manrique J, Cottely E, Hemorragia Digestiva Baja. En: Perera S, Garcia H. Cirugía de urgencia. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997: 359-368.
11. Amarillo H. Hemorragias digestivas bajas. En: Perera S. Programa de actualización en cirugía, Segundo ciclo, módulo IV. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana,1998: 11-31
12. Blecker D, Bansal M, Zimmerman RL y col. Dieulafoy's lesion of the small bowel causing massive gastrointestinal bleeding: two case reports and literature review. Am J Gastroenterol. 2001;96(3):902-5.

13. Rubio P, Ortiz Hurtado H, Velasco M. Función defecatoria y calidad de vida con la cirugía preservadora de esfínteres en el cáncer de recto. *Cirugía española: Organó oficial de la Asociación Española de Cirujanos* 2003, Vol. 73, Nº. 1:52-57. *Interamericana*; 1991: 1029-1033..
14. Al Qahtani AR, Satin R, Stern J, et al. Investigative modalities for massive lower gastrointestinal bleeding. *World J Surg* 2002;26(5):620-625.
15. Vázquez Sequeiros E, Albillos Martínez A. Protocolo diagnóstico-terapéutico de hemorragia digestiva baja. *Medicine: Enfermedades del aparato digestivo. Patología intestinal y del peritoneo* Medicine: Enfermedades del aparato digestivo. *Patología intestinal y del peritoneo* 2004, Serie 9, Nº. 5: 369-372
16. Zuckerman GR, Prakash C, Askin MP, Lewis BS. AGA Technical review on the evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol* 2000;118(1):201-221.
17. Church J. Adenoma Detection Rate and the Quality of Colonoscopy: The Sword has Two Edges. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 520-523.
18. Kovacs TOG, Jensen DM. Endoscopic control of gastroduodenal hemorrhage. *Ann Rev Med* 1987;38:267- 277.
19. Rex D., Sledge G., Harper P., Lehman G., Ulbright T., Smith J., y Col. Colonic neoplasia in asymptomatic persons with negative fecal occult blood tests: influence of age, gender, and family history. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 825-31.
20. Junquera F, Quiroga S, Saperas E. Et al. Accuracy of helical computed tomographic angiography for the diagnosis of colonic angiodysplasia. *Gastroenterology* 2000; 119(2):293-299.
21. Mata A, Llach J, Bordas JM, Feu F, Pellise M y col. Role of capsule endoscopy in patients with obscure digestive bleeding. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26(10):619-23.
22. Chol YB, Lim KS. Therapeutic laparoscopy for abdominal trauma. *Surg Endosc*. 2003;17(3):421-7
23. J.J. Farrell, L.S. Friedman Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding *Aliment Pharmacol Ther*, 21 (2005), pp. 1281-1298
24. R.E. Davila, E. Rajan, D.G. Adler, J. Egan, W.K. Hirota, J.A. Leighton ASGE Guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleeding *Gastrointest Endosc*, 62 (2005), pp. 656-660

25.F. Rodriguez Moranta,A. Berrozpe,J. Guardiola Diagnostic performance of colonoscopy in lower gastrointestinal bleeding Gastroenterol Hepatol, 34 (2011), pp. 551-557

26.B.T. Green,D.C. Rockey,G. Portwood,P.R. Tarnasky,S. Guarisco,M.S. Branch Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial Am J Gastroenterol, 100 (2005), pp. 2395-2402

27.L.L. Strate,C.R. Naumann The role of colonoscopy and radiological procedures in the management of acute lower intestinal bleeding Clin Gastroenterol Hepatol, 8 (2010), pp. 333-343

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° Historia: _____

Edad: _____

Grupo etario:

G1 (18-34 años)

G2 (35-64 años)

G3 (65 a más)

Sexo: Femenino

Masculino

Lesiones Endoscópicas:

Localización:

Hemorroides internas

Hemorroides externas

Enf. Diverticular

Polipo

Fisura anal

Angiodisplasia

Colitis inespecífica

Proctitis actínica

ANEXO 2: TURNITIN

The screenshot shows the Turnitin web interface. At the top, there is a navigation bar with the user's name 'MARIA ELENA SANDOVAL PEREDA' and options for 'Información del usuario', 'Mensajes', 'Estudiante', 'Español', 'Ayuda', and 'Cerrar sesión'. Below this is the Turnitin logo and a menu with 'Portafolio de la clase', 'Peer Review', 'Mis notas', 'Discusión', and 'Calendario'. The main content area displays 'ESTÁS VIENDO: INICIO > CURSO DE TITULACION POR TESIS 2016: SECCION 1'. A blue notification box contains a welcome message: '¡Bienvenido a la página de inicio de su nueva clase! Podrás ver todos los ejercicios de tu clase en la página principal de tu clase, así como ver información adicional acerca de los ejercicios, entregar tu trabajo y tener acceso a los comentarios para tus trabajos. Mueve el cursor sobre cualquier elemento de la página principal de la clase para ver más información.' Below the notification is a dark grey bar with the text 'Página de Inicio de la clase'. A paragraph explains the submission process: 'Esta es la página de inicio de su clase. Para entregar un trabajo, haga clic en el botón de "Entregar" que está a la derecha del nombre del ejercicio. Si el botón de Entregar aparece en gris, no se pueden realizar entregas al ejercicio. Si está permitido entregar trabajos más de una vez, el botón dirá "Entregar de nuevo" después de que usted haya entregado su primer trabajo al ejercicio. Para ver el trabajo que ha entregado, pulse el botón "Ver". Una vez la fecha de publicación del ejercicio ha pasado, usted también podrá ver los comentarios que le han dejado en el trabajo haciendo clic en el botón e "Ver".' Below this is a table titled 'Bandeja de entrada del ejercicio: CURSO DE TITULACION POR TESIS 2016'. The table has columns for 'Información', 'Fechas', and 'Similitud'. The row for 'Curso Titulación Por tesis' shows a 24% similarity score and buttons for 'Entregar de nuevo', 'Ver', and a download icon. The Windows taskbar at the bottom shows the time as 11:45 a.m. on 20/02/2017.

turnitin

Portafolio de la clase Peer Review Mis notas Discusión Calendario

ESTÁS VIENDO: INICIO > CURSO DE TITULACION POR TESIS 2016: SECCION 1

¡Bienvenido a la página de inicio de su nueva clase! Podrás ver todos los ejercicios de tu clase en la página principal de tu clase, así como ver información adicional acerca de los ejercicios, entregar tu trabajo y tener acceso a los comentarios para tus trabajos. Mueve el cursor sobre cualquier elemento de la página principal de la clase para ver más información.

Página de Inicio de la clase

Esta es la página de inicio de su clase. Para entregar un trabajo, haga clic en el botón de "Entregar" que está a la derecha del nombre del ejercicio. Si el botón de Entregar aparece en gris, no se pueden realizar entregas al ejercicio. Si está permitido entregar trabajos más de una vez, el botón dirá "Entregar de nuevo" después de que usted haya entregado su primer trabajo al ejercicio. Para ver el trabajo que ha entregado, pulse el botón "Ver". Una vez la fecha de publicación del ejercicio ha pasado, usted también podrá ver los comentarios que le han dejado en el trabajo haciendo clic en el botón e "Ver".

Bandeja de entrada del ejercicio: CURSO DE TITULACION POR TESIS 2016

Información	Fechas	Similitud
Curso Titulación Por tesis	Comienzo 11-dic-2016 12:52AM Fecha de entrega 28-feb-2017 11:59PM Publicar 28-feb-2017 12:00AM	24%  Entregar de nuevo Ver 

tesis maria sando...docx foto 5.jpg 12193417_102063...jpg 12553008_102068...jpg descarga.jpg Mostrar todo

11:45 a.m. 20/02/2017

ANEXO 3: CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Facultad de Medicina Humana

Oficio N° 2075-2016-FMH-D

Lima, 22 de julio de 2016

Señorita
MARIA ELENA SANDOVAL PEREDA
Presente.-

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "**ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y TIPO DE LESIÓN ENCONTRADA POR ENDOSCOPIA BAJA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA. ENERO-DICIEMBRE 2015**", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha 21 de julio de 2016.

Por lo tanto queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Hilda Jurupe Chico
Fig. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú
E-mail: mhuaman@urp.edu.pe - www.urp.edu.pe/medicina/

Central: 708-0000
Anexo: 6010
Telefax: 708-0106

ANEXO 4: CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL CURSO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

II CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

MARIA ELENA SANDOVAL PEREDA

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de abril mayo junio y julio del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

“ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y TIPO DE LESIÓN ENCONTRADA POR ENDOSCOPIA BAJA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA ENERO-DICIEMBRE 2015”

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **06 créditos académicos**, de acuerdo a artículo 15° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apto para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 22 de Julio de 2016



Hilda Jurupe Chico
Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica



Maria del Socorro Alatriza Gutiérrez vda de Bambarén
Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez vda de Bambarén
Decana