

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TROMBOCITOPENIA COMO FACTOR ASOCIADO A HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN PACIENTES CIRRÓTICOS.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

SUSANA PAOLA CIENFUEGOS ALBÁN

ASESOR:

DR. CESAR AUGUSTO MIÑANO GARCIA

TRUJILLO – PERÚ

2016

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. José Caballero Alvarado

PRESIDENTE

Dra. Sandra Reyes Aroca

SECRETARIO

Dr. Walter Llique Díaz

VOCAL

DR. CESAR AUGUSTO MIÑANO GARCIA

ASESOR

DEDICATORIA

A mi mejor amigo “Dios”, por haber guiado cada paso que doy, cuidándome y dándome la fortaleza necesaria para continuar a pesar de los obstáculos y errores que se presentan a lo largo de la vida.

A mis padres, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para toda mi familia.

A todos los miembros de mi familia, por su confianza depositada en mí, por su apoyo constante, su compañía en los momentos más difíciles y por demostrar el gran poder que tiene una familia unida.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto, por darme la oportunidad de vivir, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, por ser la pieza fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A aquellas personas que compartieron sus conocimientos conmigo, para hacer posible la conclusión de esta tesis por su gran apoyo y motivación constante, aún a la distancia para la elaboración y culminación mi tesis.

A mi asesor por su guía y asesoría siempre dispuesta a lo largo del desarrollo de la tesis.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si la trombocitopenia es un factor asociado a hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Pacientes con diagnóstico de Cirrosis hepática hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa. MINSA, Piura. Debido a que la población tomada en los años estudiados no es muy grande se toma como muestra la población general.

RESULTADOS: el 70% de los pacientes estudiados, tuvo como resultado hemorragia digestiva alta variceal con diagnóstico de cirrosis hepática. Al determinar la proporción de pacientes con trombocitopenia con diagnóstico de cirrosis hepática que presentaron HDA variceal se obtiene que, el 71.43% tuvo Trombocitopenia, en contraposición con un 46.30% de pacientes con trombocitopenia que no presentaron HDA variceal. Se obtuvo un valor de p: 0.001, OR ajustado de 11.800 con un IC 95%: 3.354-41.510, demostrándose la asociación estadísticamente significativa entre los pacientes con trombocitopenia con diagnóstico de cirrosis hepática tienen y la hemorragia digestiva alta variceal.

CONCLUSIONES: La trombocitopenia es un factor asociado a hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos. Los pacientes con trombocitopenia con diagnóstico de cirrosis hepática tienen 11.800 veces más riesgo de presentar hemorragia digestiva alta variceal que aquellos pacientes que no presentan trombocitopenia.

PALABRAS CLAVES: Trombocitopenia. Hemorragia Digestiva Alta Variceal. Cirrosis Hepática.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine if thrombocytopenia is a factor associated with high variceal gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients.

MATERIAL AND METHODS: Patients diagnosed with hepatic cirrhosis hospitalized at the Peru-Korea II-2 Santa Rosa Hospital of the Hospital de la Amistad. MINSA, Piura. Because the population taken in the years studied is not very large is taken as a sample the general population.

RESULTS: 70% of the patients studied resulted in variceal upper gastrointestinal bleeding with a diagnosis of cirrhosis of the liver. When determining the proportion of patients with thrombocytopenia diagnosed with hepatic cirrhosis who presented variceal HDA, 71.43% had thrombocytopenia, as opposed to 46.30% of patients with thrombocytopenia who did not present variceal HDA. A p: 0.001, an adjusted OR of 11.800 with IC95% 3.354-41.510 were obtained, demonstrating the statistically significant association between the patients with thrombocytopenia diagnosed with liver cirrhosis and variceal upper gastrointestinal bleeding.

CONCLUSIONS: Thrombocytopenia is a factor associated with high variceal gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients. Patients with thrombocytopenia with a diagnosis of hepatic cirrhosis are 11.800 times more likely to present variceal upper gastrointestinal bleeding than patients who do not have thrombocytopenia.

KEYWORDS: Thrombocytopenia. Upper Variceal Digestive Hemorrhage
Hepatic cirrhosis

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA	i
MIEMBROS DEL JURADO	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
TABLA DE CONTENIDOS	vii
INTRODUCCION.....	8
Marco Teórico	8
Antecedentes.....	10
Justificación.....	11
Problema.....	12
Objetivos.....	12
Hipótesis.....	13
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
Material.....	13
Población de Estudio	13
Criterios de Selección.....	13
Muestra.....	14
Diseño de Estudio	14
Operacionalización de Variables.....	15
Procedimientos.....	16
Técnica de recolección de datos.....	17
Procesamiento y Análisis Estadístico.....	17
Consideraciones Éticas.....	18
RESULTADOS.....	19
DISCUSION.....	23
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	28
Anexos:.....	32

I.- INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Teórico

La cirrosis hepática (CH) constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad. La prevalencia es muy variable y depende de la frecuencia de sus causas principales. Se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en el mundo desarrollado, siendo la segunda por enfermedades gastrointestinales, después del cáncer de colón. Su mortalidad fluctúa mundialmente entre tasas de $5-30 \times 100,000$ habitantes, otros países evidencian rangos mayores ¹.

En América Latina, Chile y Perú presentan mayores tasas de mortalidad siendo éstas de $18,2 \times 100\ 000$ y $15 \times 100\ 000$ habitantes respectivamente. En el Perú, la CH es la primera causa de muerte dentro de las enfermedades hepáticas ².

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica, difusa e irreversible, que altera su estructura y función, que aparece en los estadios finales de distintas enfermedades que afectan al hígado. Desde el punto de vista histopatológico se define por la triada: necrosis celular, fibrosis y nódulos de regeneración. Desde el punto de vista morfológico se distinguen tres tipos: micronodular, macronodular y mixta ³.

Las manifestaciones clínicas se atribuyen a la disfunción hepatocelular progresiva y la hipertensión portal. Conforme progresa la enfermedad, los pacientes cursan con el desarrollo de complicaciones, como pueden ser hemorragia digestiva, encefalopatía hepática, síndrome ascítico edematoso. En fases más avanzadas pueden producirse otras complicaciones como

son el síndrome hepatopulmonar, la peritonitis bacteriana espontánea (PBE) y el síndrome hepatorenal ⁴.

La hipertensión portal (HTP) es un síndrome clínico común que se produce en esta patología, se define por un aumento del gradiente porto cava (GPC) por encima de valores normales (1-5 mm Hg) ⁵. La consecuencia más directa e importante de ésta es la formación de várices esófago-gástricas. La ruptura de las mismas es responsable de la principal y más letal complicación, la hemorragia variceal, la cual se produce con valores de 12 mmHg o superior a éste ⁶. Otros autores refieren que con valores inferiores a 16 mmHg no es posible la hemorragia⁷. En el momento del diagnóstico, las várices están presentes en aproximadamente 30 a 40% de los pacientes compensados y en 60% de los descompensados⁸. Se considera además que cuando el valor del gradiente supera los 10 mm Hg, se produce hiperesplenismo ⁴.

Como consecuencia del hiperesplenismo se produce secuestro de plaquetas dando lugar a la disminución de éstas en sangre. La trombocitopenia se define como una cifra de plaquetas inferior a 150000 mm³ y se asocia de manera independiente a la presencia de varices esofagogástricas (VEG) como consecuencia de la HTP ⁹. Autores como Gianini et al. han propuesto que el índice recuento de plaquetas/diámetro bipolar del bazo en mm, medido por ecografía es un buen indicador de la presencia de varices, se evidenció que un valor de éste por encima de 909 tenía un valor predictivo negativo del 100% para la presencia de varices.¹⁰ Se ha descrito que existe una correlación inversa entre el recuento de plaquetas (RP) y el tamaño del bazo, y una correlación positiva entre el tamaño del bazo y la hipertensión portal. La asociación de la presencia de VEG con el tamaño esplénico, la función hepática y el RP es controvertida. Si bien se ha hallado que la trombocitopenia predice el desarrollo de

varices, otros estudios no han encontrado relación entre el grado de lesión hepática, la presión portal y el RP ¹¹.

El incremento en el diámetro de las VEG y otros factores conllevan a hemorragia digestiva variceal. Se conoce que hasta 30% de las personas con cirrosis desarrollan várices, entre 30% y 70% de éstas sufren de una o más rupturas en el tiempo, ocasionando hemorragias con mortalidad de hasta 30% para el primer episodio, y en aumento en los siguientes, siendo la tasa de resangrado de 30 al 40% para las primeras seis semanas, con alto riesgo de mortalidad en este período, la cual parece estar relacionada más con el grado de la enfermedad hepática que con la gravedad del sangrado ^{12,13}.

Los factores que determinan la gravedad de la hemorragia son la cuantía de la pérdida hemática y la gravedad de la enfermedad hepática subyacente, valorada por la clasificación de Child. A su vez el volumen del sangrado depende de varios factores: la presión transmural de las várices, el área del orificio de la varice, la viscosidad sanguínea y el grado de alteración de la hemostasia. Existen datos que demuestran que un descenso en la presión de las várices, superior al 10%, reduce considerablemente el riesgo de recidiva hemorrágica, otros estudios afirman que la disminución en la presión variceal debe ser en un 20%. En otras investigaciones indican que pacientes, con un gradiente de presión portal igual o superior a 16 mmHg, presentan recidiva precoz en más del 50% de los casos ^{14,15}.

Una de las grandes inquietudes ha sido encontrar factores que se relacionen con el riesgo de presentar el primer episodio de hemorragia por rotura de várices. Diversos estudios han llegado a establecer que dichos factores son los siguientes: alcoholismo activo, várices esofágicas de gran tamaño, "signos rojos" en la pared de la varice y un grado avanzado de

deterioro hepático. Pacientes con dichos factores deberían recibir tratamiento profiláctico para disminuir este riesgo ¹⁶.

Entre otros factores asociados al riesgo de sangrado variceal se encuentran valores alterados de tiempo de protrombina, INR, albumina sérica, ALT. ¹⁷

1.2. Antecedentes

Pontón en el año 2010 en Ecuador, realizó un estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles, a partir de las historias clínicas de los pacientes atendidos entre Enero 2007 a Noviembre 2010 en el Hospital Guayaquil. De 100 pacientes cirróticos, 50 pertenecen al grupo Casos (pacientes con hemorragia digestiva alta) y 50 pertenecen al grupo Controles (pacientes sin hemorragia digestiva alta). Se realizó la razón de incidencia entre el fenómeno expuesto (trombocitopenia) y no expuesto a partir del ODDS RATIO mediante estadística analítica. Obteniendo como resultados que de los 57 pacientes expuestos y 43 pacientes no expuestos, se comprobó la asociación entre la trombocitopenia y el sangrado en los pacientes cirróticos y con várices esofágicas lo cual demostró no ser un factor de riesgo estadísticamente significativo ($p = 0,37$, OR: 1.28, IC 95%: 0.58-2.83)¹⁸.

Hong en el año 2009 en China, desarrolló una investigación de pruebas diagnósticas con la finalidad de crear un modelo predictivo de la presencia de várices esofágicas y su riesgo de sangrado en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática, hospitalizados por alguna complicación de la cirrosis hepática; se realizó el análisis de 146 pacientes, se encontró que la prevalencia de várices esofágicas fue de 74.7% (presencia de várices en 109 pacientes y ausencia de várices presentaron 37 pacientes) siendo las variables encontradas como predictoras de esta situación el recuento plaquetario, el diámetro del bazo, el diámetro de la vena porta y el índice recuento plaquetario/diámetro esplénico, estableciéndose como el

mejor punto de corte para el índice 1051, con valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de 57.8%; 67.6%; 84% y 35.2% respectivamente con un área bajo la curva que ofreció una exactitud diagnóstica de 0.5.^{19,20}

Tafarel JR, et al en el 2011 en el Reino Unido llevo a cabo una investigación con la finalidad de determinar la utilidad de un grupo de marcadores analíticos en cuanto a su capacidad de predecir la presencia de hemorragia digestiva por varices esofágicas en pacientes con hepatopatía crónica e hipertensión portal en trescientos pacientes, con una edad promedio de 53.1 años; fueron analizados de manera retrospectiva con una valoración endoscópica para precisar las características de la patología variceal encontrando esta complicación en el 57% de pacientes, encontrándose el recuento plaquetario como elemento predictor de hemorragia, siendo el punto de corte de 93 000 por mm³ con significancia estadística ($p < 0.01$) con valores de sensibilidad, especificidad y área bajo la curva de 66%; 58% y 62% respectivamente²¹.

Wang L, et al. en Japón en el 2014, llevaron a cabo una investigación con la finalidad de precisar la utilidad de marcadores como predictores de hemorragia digestiva variceal en pacientes con cirrosis hepática descompensada a través de una valoración retrospectiva en 104 pacientes por medio de una estrategia analítica de regresión logística se encontraron a 3 condiciones con capacidad para predecir la aparición de esta complicación: niveles de hemoglobina, presencia de signos rojos y el recuento plaquetario siendo los valores de sensibilidad y especificidad alcanzados de 77.8% y 72% respectivamente con una exactitud diagnóstica correspondiente a 0.814 a través de área bajo la curva²²

Mosqueira en el año 2011 en Callao-Perú, desarrolló una investigación de pruebas diagnósticas, retrospectivo, cuyo objetivo fue el de evaluar el Índice número de

Plaquetas/Diámetro mayor del Bazo, como un método diagnóstico no invasivo de la presencia de várices esofágicas en cirróticos; en un estudio de test diagnósticos, se evaluaron los datos de 47 pacientes, la edad promedio fue de 60,74 años; la etiología fue consumo de alcohol en el 25,5%, y no determinada en el 48,9% de pacientes. El 74,5% de pacientes presentaron várices esofágicas. El Índice número de Plaquetas/Diámetro mayor del Bazo se comparó con la endoscopia, encontrándose una sensibilidad de 40%, especificidad de 75%, valores predictivos positivo y negativo de 82% y 30% respectivamente y razón de probabilidades positiva y negativa de 1,6 y 0,8 respectivamente utilizando el punto de corte de 909.²³

1.3 Justificación

La determinación de la asociación entre las variables en estudio tiene valor clínico puesto que al ser una enfermedad cuya incidencia va en aumento, es importante el reconocimiento de los factores asociados, de forma más consistente, a esta patología, los cuales permitirán la selección de aquellos pacientes con mayor riesgo de padecerla, en quienes es pertinente aplicar las conductas de búsqueda y despistaje respectivo. Así también, en cuanto a sus implicancias prácticas; permitirá distribuir adecuadamente los recursos sanitarios necesarios, reducir costos en el diagnóstico y tratamiento, mejorar la calidad de vida, reducir el deterioro de los pacientes afectados por ella y reducir la mortalidad de la misma.

Por otra parte, los escasos estudios locales, regionales, nacionales e internacionales respecto a la asociación de trombocitopenia y hemorragia digestiva variceal, motivan a realizar la presente investigación, con la finalidad de incrementar y actualizar la información sobre lo anterior mencionado; así como, impulsar un mayor número de estudios en esta área.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es la Trombocitopenia un factor asociado a hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos en el Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa. MINSA. Piura durante el periodo comprendido entre enero del 2009 a diciembre del 2015?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Determinar si la trombocitopenia es un factor asociado a hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la proporción de pacientes con trombocitopenia que presentaron hemorragia digestiva alta variceal con diagnóstico de cirrosis hepática.
2. Determinar la proporción de pacientes con trombocitopenia que no presentaron hemorragia digestiva alta variceal con diagnóstico de cirrosis hepática.
3. Comparar la proporción de pacientes con trombocitopenia con diagnóstico de cirrosis hepática que presentaron hemorragia digestiva alta variceal y no presentaron hemorragia digestiva alta variceal.

1.6 HIPOTESIS:

H₁: La trombocitopenia es un factor asociado a hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos en el Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa. MINSA.

H₀: Trombocitopenia no es un factor asociado a hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos. Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa. MINSA.

II.- MATERIAL Y METODOS

2.1 Material

2.1.1 Población diana o Universo:

Pacientes con diagnóstico de Cirrosis hepática hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa. MINSA, Piura.

2.1.2 Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de Cirrosis hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa. MINSA, de enero del 2009 a diciembre del 2015, que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes con diagnóstico de Cirrosis.
- ✓ Pacientes adultos
- ✓ Pacientes con várices esofágicas diagnosticadas por endoscopia alta.
- ✓ Pacientes con Trombocitopenia.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes con antecedentes de esplenectomización.
- ✓ Pacientes con antecedentes de enfermedades mielo proliferativas.
- ✓ Pacientes con antecedentes de úlcera péptica, síndrome de Mallory Weiss, esofagitis, duodenitis, neoplasias.

- ✓ Pacientes con antecedentes de uso prolongado de Anti Inflamatorios No Esteroides (AINES).
- ✓ Historias clínicas incompletas.

2.2 Muestra

Unidad de análisis.

Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta Variceal.

Unidad de muestreo:

Historias clínicas de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta Variceal

Tamaño muestral:

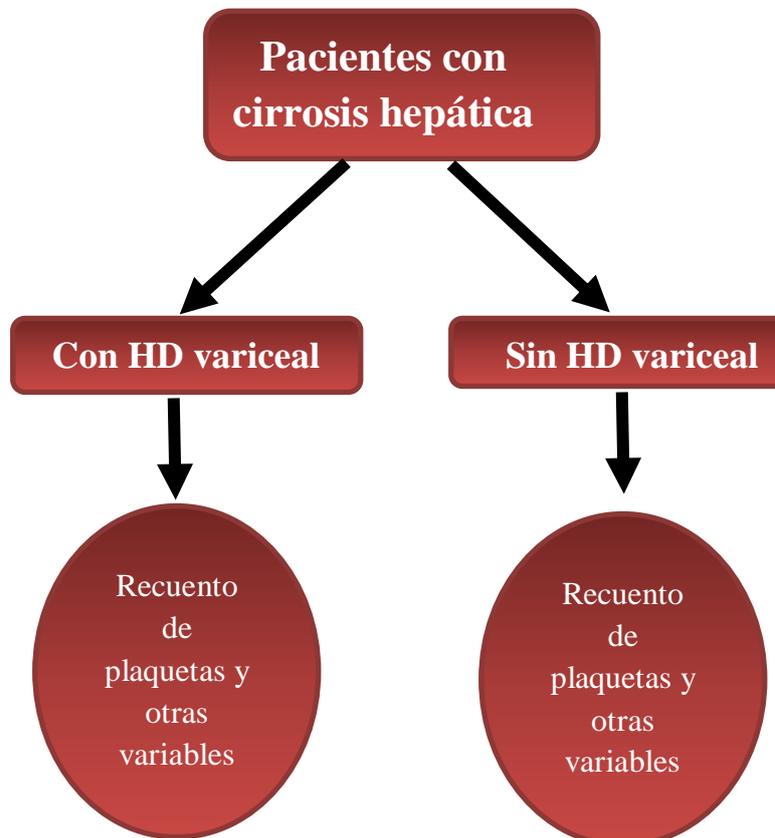
Debido a que la población tomada en los años estudiados no es muy grande se toma como muestra la población general.

2.3 Diseño de investigación

2.3.1 Tipo de estudio: Analítico

2.3.2 Diseño específico: Transversal analítico

El presente estudio correspondió a un diseño: Retrospectivo, Observacional, Analítico, Transversal.



2.4 Variables y Escala de Medición

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR	ÍNDICE
RESULTADO: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL	Cualitativa	Nominal	HC	Si/No
COVARIABLES Recuento de plaquetas	Cuantitativa Continua	Razón	HC.	Plaquetas x mm ³
Edad	Cuantitativa Continua	Razón	HC	Años
Género	Cualitativa	Nominal	HC	Masculino Femenino
Tiempo de enfermedad	Cuantitativa Continua	Razón	HC	Años
Causa de Cirrosis Hepática	Cualitativa	Nominal	HC	Alcohólica Viral NASH Autoinmune Otros
Grado de Várices esofágicas	Cualitativa	Ordinal	HC	Grado I Grado II Grado III Grado IV
Presencia de signos rojos variceales	Cualitativa	Nominal	HC	SI/NO
Hemoglobina	Cuantitativa Continua	Razón	HC	mg/dl
ALT O TGP	Cuantitativa Continua	Razón	HC	U/L
Albúmina sérica	Cuantitativa Continua	Razón	HC	g/dl
Tiempo de protrombina	Cuantitativa Continua	Razón	HC	Seg.
Score Child	Cualitativa	Ordinal	HC	Grado A Grado B Grado C
Recidiva	Cualitativa	Nominal	HC	Si/No

2.5 Procedimientos, técnicas e instrumento de recolección de datos

2.5.1 Procedimientos

- a) Se acudió a la dirección de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, para verificar la factibilidad del proyecto de investigación y el permiso respectivo para llevarlo a cabo (ANEXO 01).
- b) Con el permiso correspondiente de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, se presentó una solicitud para la ejecución del proyecto, al Área de Ayuda a la Docencia y la Investigación del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa. MINSA. Piura (ANEXO 02).
- c) Se accedió a la Base de Datos de los pacientes atendidos en el Hospital en donde se realizó el estudio; y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron las Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de cirrosis hospitalizados en el Servicio de Medicina, durante el periodo comprendido de Enero del 2009 a Diciembre del 2015.
- d) Mediante la técnica de análisis de contenido se recolectó los datos en una ficha confeccionada por la autora, que permitió la captación de información de historias clínicas cuya estructura estuvo de acuerdo a las variables tratadas en el presente trabajo de investigación y consta de catorce ítems, en donde se incluyen datos generales del paciente tales como edad y sexo, tiempo de enfermedad y causa de cirrosis hepática, presencia o no de hemorragia digestiva alta variceal, recuento de plaquetas, hemoglobina, TGP, albúmina, tiempo de protrombina, grado de varices esofágicas, presencia o no de signos rojos, CHILD y recidiva

de la hemorragia, datos importantes para la discusión de los resultados.(ANEXO N° 04)

- e) Para la construcción del Instrumento de Recolección de Datos, se utilizó preguntas cerradas con alternativas múltiples.
- f) Los datos obtenidos se trasladaron a una hoja de trabajo en Excel 2010 para su respectivo análisis estadístico.

2.5.2 Técnicas e Instrumento de recolección de datos

2.5.2.1. Técnicas: Técnica: Observación.

2.5.2.2. Instrumento: Formulario (ANEXO 04)

- Historias Clínicas
- Formato elaborado por la investigadora

2.6 Procesamiento y análisis de datos

Los datos de las historias clínicas fueron recolectados en una ficha previamente confeccionada por la autora y estos se trasladaron a una hoja de trabajo en Excel 2010.

Posterior a la elaboración de la base de datos en Excel, se realizó el análisis estadístico con el software SPSS v. 23.

2.6.1 Estadística Descriptiva:

Se aplicó medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar en las variables cuantitativas, se presentan los resultados utilizando tablas.

En el análisis descriptivo de las variables cualitativas se determinaran frecuencias y porcentajes.

2.6.2 Estadística Inferencial:

Se utilizó el análisis estadístico inferencial; para la relación entre variables cualitativas el Test de Chi cuadrado y la prueba de t de student para variables cuantitativas.

Se realizó el análisis multivariado con regresión logística que permitió obtener el OR ajustado.

2.7 Aspectos éticos

Este estudio fue realizado teniendo en cuenta la declaración de Helsinki y teniendo en consideración el Artículo N°51 del **Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú**, dentro del cual se establece que nosotros como investigadores tenemos el deber de respetar el derecho que tiene el paciente a la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernan, y que la discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son también confidenciales y conducidos con la discreción que se merecen; se prestó atención también al Artículo N° 95 del mismo código, en el cual nuestra investigación conserva el anonimato del paciente ^{24,25}.

Así mismo se obedecen las consideraciones éticas señaladas en la Ley General de Salud del Estado Peruano, Ley N°26842, por las cuales se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud, y la importancia de que nuestra

investigación fue realizada por profesionales con experiencia en el área, pero con respaldo de una institución confiable. De esta misma ley nuestra investigación rescata que se tengan en cuenta los derechos de dignidad e intimidad del paciente y la reserva de la información contenida en su historia clínica, parámetros que son citados en el Artículo N° 15 ²⁶.

Concluyendo así que el principio que se tomó en cuenta en la realización del proyecto es el **Principio de confidencialidad** ya que en nuestra investigación se reconoce que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato, por lo que cualquier información perteneciente a su historia clínica fue debidamente manipulada.

Para finalizar cabe destacar que para el desarrollo de la presente investigación no se contempló el **consentimiento informado**, ya que nuestra unidad de análisis es la historia clínica y no el paciente.

III.- RESULTADOS

TABLA N° 1

**DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES Y
PRESENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ-COREA II-2 SANTA ROSA. MINSA
ENE 2009 – DIC 2015.**

CARACTERISTICAS GENERALES	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL		*p
	SI (126)	NO (54)	
Edad	56,90 ± 15,66	56,11 ± 15,36	> 0,05
Sexo (M/T)	82 (65,08%)	37 (68,52%)	> 0,05
Tiempo de enfermedad	2,18 ± 1,94	2,30 ± 2,12	> 0,05
Causa de la cirrosis (A/T)	82 (65,08%)	32 (59,26%)	> 0,05

* = t student; Chi cuadrado. M masculino; A = Alcohólica; T = Total

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

En la tabla N° 1, se aprecia que el 70% de los pacientes tuvo como resultado hemorragia digestiva alta variceal con diagnóstico de cirrosis hepática. La edad promedio de las pacientes con HDA variceal, fue de 56.90±15.66 años, similar al promedio de los que no tenían HDA variceal.

El sexo masculino presentó el más alto porcentaje de HDA variceal, de los cuales un 65.08% si presentaron HDA variceal.

En relación al tiempo de enfermedad, los pacientes que tuvieron HDA variceal tuvieron un tiempo promedio de 2.18 ± 1.94 años con diagnóstico de cirrosis hepática.

La causa alcohólica de la cirrosis se observó en un 65.08% de los pacientes que si presentaron HDA variceal.

TABLA N° 2
DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN HALLAZGOS CLINICO
ENDOSCÓPICOS Y PRESENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
VARICEAL
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ-COREA II-2 SANTA ROSA. MINSA
ENE 2009 – DIC 2015

Hallazgos clínicoendoscópicos	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL		*p
	SI (126)	NO (54)	
Varices esofágicas (II/T)	53 (42,06%)	18 (33,33%)	< 0,01
Signos rojos (Si/T)	68 (53,97%)	4 (7,41%)	< 0,001
Score CHILD (C/T)	34 (26,98%)	16 (29,63%)	> 0,05
Recidiva de HDA(Si/T)	72 (57,14%)	4 (7,41%)	< 0,001

* = Chi cuadrado; Test exacto de Fisher.

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Se observa en la tabla N° 2, que las varices esofágicas de grado II, se presentaron en un 42.06% de los pacientes con HDA variceal, por otro lado presentaron signos rojos el 53.97% de los pacientes con HDA variceal; el score CHILD “C” se evidenció en el 26.98% de los pacientes con HDA variceal y el 57.14% presentó recidiva.

TABLA N° 3
DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN HALLAZGOS BIOQUIMICOS Y
PRESENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ-COREA II-2 SANTA ROSA. MINSA
ENE 2009 – DIC 2015.

HALLAZGOS BIOQUIMICOS	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL		*p
	SI (126)	NO (54)	
Recuento de plaquetas	107 000,00 ± 65 392,11	138 185,19 ± 70 450,86	< 0,01
Trombocitopenia (Si/T)	90 (71,43%)	25 (46,30%)	< 0,01
Hemoglobina	7,93 ± 1,88	11,48 ± 2,23	< 0,001
Anemia (Si/T)	119 (94,44%)	22 (40,74%)	< 0,001
TP	18,82 ± 4,34	17,75 ± 4,72	> 0,05
TP alterado (Si/T)	116 (92,06%)	41 (75,93%)	< 0,01
TGP	55,31 ± 50,84	42,57 ± 21,74	0,078
TGP alterado (Si/T)	48 (38,10%)	26 (48,15%)	> 0,05
Albúmina sérica	3,06 ± 0,88	3,10 ± 0,52	> 0,05
Hipoalbuminemia (Si/T)	100 (79.37%)	42 (77, 78%)	> 0,05

* = t student

En la tabla N° 3 se observa que, el promedio del recuento de plaquetas obtenido fue de 107000.00 ± 65392.11 en los pacientes que presentaron HDA variceal. El 71.43% de los pacientes presentaron trombocitopenia, la hemoglobina promedio fue de 7,93 ± 1,88, y 94.44% de los pacientes presentaron anemia. El TP fue de 18.82 ± 4.34 en los pacientes con

HDA variceal, el cual se encontró alterado en el 92.06% de los pacientes con HDA variceal. La enzima TGP tuvo un nivel promedio de $55,31 \pm 50,84$, en los pacientes con HDA variceal, encontrándose alterada en el 38.10% del total de pacientes con HDA variceal. El nivel promedio de Albúmina sérica fue de 3.06 ± 0.88 en promedio en los pacientes que si presentaron HDA variceal, en un 79.37% de los mismos se encontró hipoalbuminemia.

TABLA N° 4
ANÁLISIS MULTIVARIADO IDENTIFICANDO FACTORES
INDEPENDIENTEMENTE ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA VARICEAL
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ-COREA II-2 SANTA ROSA. MINSA
ENE 2009 – DIC 2015

Factores asociados	B	Valor p	OR	IC 95%	
			ajustado	Inferior	Superior
HB	-0,915	0,001	0,400	0,298	0,538
SIGNOS ROJOS	2,854	0,002	17,353	3,770	79,865
TROMBOCITOPENIA	2,468	0,001	11,800	3,354	41,510

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

En la tabla N° 4 del análisis multivariado identificando los factores independientemente asociados a la presencia de hemorragia digestiva alta variceal encontramos a, los signos rojos con la asociación más fuerte (B: 2.854), lo cual significa que a mayor presencia de signos rojos mayor probabilidad de hemorragia, confirmado por los IC con el 95% de seguridad que varían desde 3.770 hasta 79.865, con un OR ajustado de 17,353 que significa que los pacientes con signos rojos tienen 17,353 veces más riesgo de presentar hemorragia digestiva alta variceal que aquellos pacientes que no presentan signos rojos.

También podemos observar en esta tabla que la trombocitopenia tiene también una asociación fuerte (B: 2.468), lo cual significa que la presencia de trombocitopenia aumenta la probabilidad de HDA variceal, confirmado por los IC con el 95 % de seguridad que varían desde 3.354 hasta 41.510; con un OR ajustado de 11.800 que significa que los pacientes con trombocitopenia con diagnóstico de cirrosis hepática tienen 11.800 veces más riesgo de presentar hemorragia digestiva alta variceal que aquellos pacientes que no presentan trombocitopenia. Con el valor “p” se rechaza la hipótesis nula que dice: “La Trombocitopenia no es un factor asociado a hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos”.

IV.-DISCUSIÓN

En la presente investigación, la totalidad de la muestra estudiada fue dividida en 2 grupos según el desenlace patológico, es decir: 126 (70%) que presentaron hemorragia digestiva alta variceal con diagnóstico de cirrosis hepática y 54 (30%) cirróticos que no presentaron hemorragia digestiva alta variceal, para conseguir esto se realizó la verificación en la historia clínica del paciente, respecto de su condición al alta hospitalaria, siendo ésta la variable resultado, y respecto a la trombocitopenia, se constituyó en una covariable, la cual fue definida tomando en cuenta la revisión del hemograma automatizado conteniendo el recuento plaquetario. Este estudio es importante ya que al ser una patología cuya incidencia ha incrementado notablemente, es indispensable reconocer los factores asociados, para la selección de pacientes con mayor riesgo de padecerla, en quienes será pertinente aplicar estrategias preventivas, conductas de detección y tratamiento precoz.

Los estudios previos que se han realizado en el mismo enfoque son muy escasos y los existentes son poco confiables debido a su corto universo. Se investiga la asociación entre trombocitopenia y sangrado en pacientes cirróticos con el objetivo de establecer criterios de referencia para presencia de episodios de sangrado y para orientar el abordaje de esta eventualidad con el uso de un examen de laboratorio rápido y muy accesible económicamente.

En este estudio se determinó la distribución de pacientes según características generales y presencia de hemorragia digestiva alta variceal, donde se analizan ciertas variables como la edad, sexo, tiempo de enfermedad y causa de cirrosis hepática. En todas ellas se obtuvo un

valor de $p > 0,05$, dando como resultado que no hay una asociación estadísticamente significativa. Sin embargo se pudo concluir que, el promedio de edad de los pacientes con HDA variceal fue 56.90 años, datos que muestran similitud con los encontrados en la investigación analítica, transversal de casos y controles, hecha por Pontón en el año 2010 en Ecuador, quien halló un promedio de 57.6 años. Por otra parte, Pontón concluyó que el 60% de sus casos fueron del sexo masculino, resultado muy parecido al de mi investigación, en el cual se obtiene el predominio del sexo masculino con un 65.08% en el grupo de pacientes con HDA variceal²¹. En ambas investigaciones se obtuvo como causa más frecuente de la Cirrosis Hepática al alcoholismo.

Al describir la distribución de pacientes según sus hallazgos clínico endoscópicos y presencia de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, resultó que las varices esofágicas de grado II fueron las de mayor frecuencia, alcanzando el 42.06% en pacientes que SI presentaron hemorragia; estos hallazgos no resultan coincidentes con lo reportado por Pontón, quien encontró una frecuencia del 76% para las varices esofágicas de grado II²¹, cuya diferencia podría radicar en que dicho estudio empleó una muestra más pequeña, teniendo una mayor posibilidad de sesgo. También se confrontan las distribuciones de los pacientes para verificar la asociación entre la presencia de signos rojos con la HDA variceal, el 53.97% indica que si había presencia de estos signos, estableciéndose una relación de asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$); es pertinente mencionar aquí a **Wang L, et al.** en Japón en el 2014, quienes llevaron a cabo una investigación con la finalidad de precisar la utilidad de marcadores como predictores de hemorragia digestiva variceal en pacientes con cirrosis hepática descompensada registrando la presencia de signos rojos como predictor para la aparición de esta complicación²². Otro factor que obtiene una asociación estadística significativa para HDA variceal es la recidiva ($p < 0,001$).

Es de suma importancia resaltar que, cuando se determinó la distribución de pacientes según hallazgos bioquímicos y presencia de hemorragia digestiva alta variceal se estableció una asociación estadísticamente significativa de la trombocitopenia, la hemoglobina y tiempo de protrombina alterado, con valores de $p < 0,01$, $< 0,001$ y $< 0,01$ respectivamente; estos valores expresan una tendencia general en la muestra que resulta coincidente con los resultados de **Tafarel JR**, et al en el 2011 en el Reino Unido, quien encontró el recuento plaquetario como elemento predictor de hemorragia, siendo el punto de corte de 93 000 por mm^3 con significancia estadística ($p < 0.01$)²¹. Y **Wang L, et al.** en Japón en el 2014, quien concluyó que los niveles de hemoglobina y el recuento plaquetario, son variables predictivas para HDA variceal²²

En este caso, **Tafarel JR** desarrolla su análisis en un contexto poblacional de características muy diferentes y que considera un tamaño muestral superior al nuestro; siendo una revisión más contemporánea; en donde si bien el punto de corte ideal fue un poco mayor en nuestro estudio, se confirma la relevancia del marcador recuento plaquetario en el tamizaje de pacientes cirróticos con riesgo para desarrollar la complicación mencionada.

Consideramos también los resultados descritos en el análisis multivariado, identificando los factores independientemente asociados a la presencia de hemorragia digestiva alta variceal, en el cual encontramos a, los signos rojos con la asociación más fuerte (B: 2.854), lo cual significa que a mayor presencia de signos rojos mayor probabilidad de hemorragia, demostrado con los valores del OR ajustado (17,93) y su IC al 95% que confirma la presencia de asociación significativa. También la trombocitopenia tiene una asociación fuerte (B: 2.468), con un valor del OR (11,800) y su IC al 95%, a esto se suma el valor de $p < 0.001$, que corrobora la asociación significativa. Es indispensable mencionar que el mejor punto de

corte para trombocitopenia en nuestro estudio fue de 120 000 mm³. En relación a los referentes bibliográficos identificados podemos observar una contradicción con los resultados en el estudio de **Pontón**, quien obtuvo que, de los 57 pacientes expuestos y 43 pacientes no expuestos, se comprobó la asociación entre la trombocitopenia y el sangrado en los pacientes cirróticos y con várices esofágicas, sin embargo esta asociación no fue estadísticamente significativa ($p = 0,37$, OR: 1.28, IC 95%: 0.58-2.83)¹⁸. Esta discrepancia en los resultados posiblemente se deba a que este último estudio se realizó con una muestra de menor tamaño y con muchos inconvenientes para la recolección de datos.

En este estudio, una de las fortalezas fue que la recolección de datos se derivó de un cuestionario estructurado y validado con una alta tasa de respuesta. En referencia a las limitaciones, el diseño de la investigación fue transversal por lo cual no permite la atribución de causalidad. La muestra provino de un hospital ubicado en la ciudad de Piura, donde la gran mayoría de los pacientes atendidos ahí pertenecen a la zona periurbana. Por lo tanto, los resultados no pueden ser generalizados en todos los pacientes de la Región Piura.

Finalmente, considero que esta investigación es un aporte que permitirá contribuir a futuras investigaciones sobre el tema, con la finalidad de incrementar y actualizar la información sobre lo anterior mencionado; así como, impulsar un mayor número de estudios en esta área.

V.- CONCLUSIONES

- 1 La trombocitopenia es un factor asociado, estadísticamente significativo a hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos.
- 2 La proporción de pacientes con trombocitopenia que presentaron hemorragia digestiva alta variceal con diagnóstico de cirrosis hepática fue 71,43%.
- 3 La proporción de pacientes con trombocitopenia que no presentaron hemorragia digestiva alta variceal con diagnóstico de cirrosis hepática fue 46,30%.
- 4 Los pacientes con trombocitopenia con diagnóstico de cirrosis hepática tienen 11,800 veces más riesgo de presentar hemorragia digestiva alta variceal que aquellos pacientes que no presentan trombocitopenia.

V.-SUGERENCIAS

1. La asociación entre las variables en estudio deberían ser tomadas en cuenta como base para desplegar estrategias preventivas que disminuyan la aparición de esta complicación letal en la población de cirróticos.
2. Se recomienda realizar estudios prospectivos con una muestra poblacional de mayor tamaño, con la finalidad de corroborar las tendencias encontradas en la presente investigación, respecto a la trombocitopenia, como factor asociado a HDA variceal en pacientes con cirrosis hepática, para minimizar la posibilidad de sesgos.
3. Incluir en el protocolo de atención del servicio de medicina del Hospital Santa Rosa de Piura el estudio de las variables asociadas, en todos los pacientes diagnosticados con HDA por várices esofágicas.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fajardo González MH, Arce Núñez M, Medina Garrido Y, Esteva Carral L, Osorio Pagola MF. Comportamiento de la cirrosis hepática en el hospital "Arnaldo Milián Castro" de julio de 2007 a marzo de 2009. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos [Internet]. ISSN: 1727-897X Medisur 2010[citado: fecha de acceso]; 8.Disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1154/7179>.
2. Malpica Castillo A, Ticse R, Salazar Quiñones M, Cheng Zárate L, Valenzuela Granados V, Huerta-Mercado Tenorio J. Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. Rev Gastroenterol Perú. [Internet]. 2013 Feb-Nov [citado: fecha de acceso]; 33(4):301-5 Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292013000400003&script=sci_arttext.
3. Castellanos Suárez J, Infante Velásquez M, Pérez Lorenzo M, Umpiérrez García I, Fernández Báez A. Caracterización clínica de pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz, de Matanzas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2012 Nov-Dic [citado: fecha de acceso];34(6). Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol6%202012/tema01.htm>.

4. García BL, Gálvez GJ, Armendáriz BJ. Blancos terapéuticos potenciales para revertir la cirrosis hepática. *Rev Méd Chile*. 2007; 135(6):783-91.
5. Catalina Rodríguez MV, Rincón Rodríguez D, Ripoll Noiseux C y Bañares Cañizares R. Hipertensión portal. Sección de Hepatología. Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. [Internet]. *Medicine*. 2012 [citado: fecha de acceso];11 (11):634-43. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v11n11a90135130pdf001.pdf>.
6. Villanueva C, Aracil C, López Balaguer JM y Balanzó J. PROGRESOS EN HEPATOLOGÍA: Tratamientos combinados de las varices esofágicas. Unitat de Sagnants. Servei de Patologia Digestiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España [Internet]. Recibido el 8-1-2003 [citado: fecha de acceso];26(8):514-23. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctlServlet?f=10&pident_articulo=13051935&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=14&ty=18&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=14v26n08a13051935pdf001.pdf.
7. Portilla M G. Factores de riesgo y causas de hemorragia digestiva alta en el servicio de clínica del hospital Vicente Corral Moscoso [Tesis de Especialización Médica], Universidad de Cuenca. Ecuador; 2009 -2010.
8. Gainsborg Rivas I. 2011. Valoración de los Indicadores Pronósticos MELD SCORE y Child Pugh, en Pacientes con Hemorragia Digestiva Secundaria a Hipertensión

- Portal. Enero – junio 2011. [Internet]. Gac Med Bol 2011[citado: fecha de acceso]; 34 (1): 16-19. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-ValoracionDeLosIndicadoresPronosticosMELDSCOREYChi-3804507.pdf>.
9. González Alonso R, Rodríguez Gandía M, Rivero M y Albillos Martínez A. Revista Medicine Actualización: Tratamiento de la hipertensión portal en la cirrosis. Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid. Ciber EHD. Instituto de Salud Carlos III. [Internet]. Madrid: España. Medicine. 2008 [citado: fecha de acceso]; 10(11):691-701. Disponible en: <https://pqax.wikispaces.com/file/view/Hipertension+portal.+Tratamiento.pdf>.
10. Boscha J, Abraldesa JG, Albillos A, Aracil C, Bañares R, Berzigottia A. et al. Revista de Gastroenterología y Hepatología: Hipertensión portal: Recomendaciones para su evaluación y tratamiento. [Internet]. CIBERehd Portal hypertension: Recommendations for evaluation and treatment. 26 de mayo de 2012 [citado: fecha de acceso];35(6):421-50. Disponible en: www.elsevier.es/gastroenterologia.
11. Adrover R, Coccozella D, Borzia S, Montenegro L, Defelitto M, Bosia D et al. Revista de Gastroenterología y Hepatología: ¿Cuándo sería más rentable realizar una endoscopia digestiva alta para establecer la presencia de varices esofágicas en pacientes con cirrosis?. [Internet]. Buenos Aires. Argentina. Recibido el 10-11-2003; aceptado para su publicación el 2-2-2004. Gastroenterol Hepatol 2004 [citado: fecha de acceso];27(6):353-6 353. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-cuando-seria-mas-rentable-realizar-13062889>.

12. Parra Pérez VF, Raymundo Cajo RM, Gutiérrez de Aranguren CF. Factores relacionados a resangrado y mortalidad en pacientes cirróticos con hemorragia variceal aguda en el Hospital Hipólito Unanue, Lima, Perú. Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Hipólito Unanue. Universidad Privada San Juan Bautista Lima, Perú.[Internet]. Recibido: 23/05/13; Aprobado: 20/11/132013 Sociedad de Gastroenterología del Perú. [citado: fecha de acceso]; 33 (4):314-20. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol33_n4/contenido.htm.
13. Calvo C y Almela Notari P. Tratamiento de las Enfermedades Gastroenterológicas. Hemorragia digestiva alta. Sesión II. Capítulo 9. Asociación Española de Gastroenterología. 3º Edición. España: Barcelona; 2011. p. 97-107.
14. 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. [Internet]. Vol. 33. N°3. Lima jul/set 2013[citado: fecha de acceso]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082011000100004>.
15. Ríos E, Sierralta A, Abarzúa M, Bastías J y Barra MI. Revista Médica de Chile: Comparación de la efectividad de la ligadura vs esclerosis endoscópica en pacientes con sangrado de várices esofágicas en el Hospital Hernán Henríquez de Temuco: estudio de cohortes comparativas. [Internet]. 2012; [citado: fecha de acceso]; 140:

713-718. Disponible en: http://www.smschile.cl/portal/documentos/Revista_Medica_junio_2012_com.pdf.

16. Morales Uribe CH, Sierra Sierra S, Hernández Hernández AM, Arango Durango AF y López GA. Hemorragia digestiva alta: Factores de riesgo para mortalidad en lo centro de América Latina. Revista Española de Enfermedades Digestivas. Versión impresa ISSN 1130-0108. [Internet]. Rev. esp. enferm. dig. vol. 103 N°.1 Madrid ene. 2011. [citado: fecha de acceso]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082011000100004&script=sci_arttext&tlng=es.
17. Bernal V, Bosch J. Gastroenterología y Hepatología: Problemas comunes en la práctica clínica: Cirrosis hepática. Sección 6. Hígado. 2º Edición. Jarpyo Editores, S.A. España: Madrid; 2012; 867-892.
18. Reyes RG y Vera MA. Trombocitopenia como factor de riesgo de cirrosis y principal determinante de hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en el hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. [Tesis de Especialización Médica], Universidad Católica de Santiago de Guayaquil: Ecuador. 2007-2010.
19. Wan-dong Hong, Qi-huai Zhu¹, Zhi-ming Huang. Predictors of esophageal varices in patients with HBV-related cirrhosis: a retrospective study. BMC Gastroenterology. 2009, 9:11.

20. Hong W .Ji Y. Wang D.Use of artificial neural network to predict esophageal varices in patients with HBV related cirrhosis. *Hepat Mon.* 2011; 11(7):544-547.
21. Tafarel JR, Tolentino LH, Correa LM. Prediction of esophageal variceal hemorrhage in hepatic cirrhosis by noninvasive markers. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011 Sep;23(9):754-812.
22. Wang L, Hu J, Dong S. Prediction of esophageal variceal hemorrhage varices in liver cirrhosis patients. *Clin Invest Med.* 2014 Feb 1;37(1).
23. Mosqueira J. Montiel J. Rodríguez D.Evaluación del Test Diagnóstico Índice Número de Plaquetas/Diámetro Mayor del Bazo, como Predictor de la Presencia de Várices Esofágicas en Cirrosis Hepática.*Rev. Gastroenterol. Perú.* 2011; 31-1: 11-16.
24. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
25. Código de Ética y Deontología. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional. Período 2006 – 2007. Lima, octubre 2007.
26. Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley General de Salud, Congreso de la República. Ministro de Salud; 1997.

ANEXOS

ANEXO 01

SOLICITO: Permiso para llevar a cabo

Proyecto de Tesis

DR. JORGE LUIS JARA MORILLO

Presidente del Comité de Investigación de Facultad de Medicina

Susana Paola Cienfuegos Albán, identificada con ID 000077731, estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego - Sede Trujillo, ante Ud. con el debido respeto, me presento y expongo:

Que siendo requisito indispensable para poder optar el Título de Médico Cirujano, recurro a su digno despacho a fin de que se apruebe e inscriba mi proyecto de tesis titulado **“TROMBOCITOPENIA COMO FACTOR ASOCIADO A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN PACIENTES CIRRÓTICOS”**.

Así mismo informo que el docente César Augusto Miñano García, fue mi asesor por lo que solicito se sirva tomar conocimiento para los fines pertinentes.

Sin otro particular, ruego a usted acceder a mi petición.

Trujillo, 17 de junio del 2016

.....
SUSANA PAOLA CIENFUEGOS ALBÁN
ID: 00077731

ANEXO 02

**SOLICITO: Autorización para obtener
información y/o datos estadísticos**

DR. ROGGER OQUELIS CABRERA

Director del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa. MINSA. Piura.

Susana Paola Cienfuegos Albán, identificada con el DNI N° 71710792, estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego- Sede Trujillo, ante Ud. con el debido respeto, me presento y expongo:

Que para poder continuar con la tesis **“TROMBOCITOPENIA COMO FACTOR ASOCIADO A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN PACIENTES CIRRÓTICOS”**, para obtener el Título de Médico general y siendo requisito la sustentación de datos para desarrollarla, es que solicito a su despacho se me otorgue la autorización para obtener información y/o datos estadísticos del Hospital que usted dirige.

Sin otro particular, ruego a usted acceder a mi petición.

Trujillo, 17 de junio del 2016

.....
SUSANA PAOLA CIENFUEGOS ALBÁN
DNI: 71710792

ANEXO 03

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Yo, César Augusto Miñano García, docente del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, dejo constancia de la asesoría de la tesis titulada **“TROMBOCITOPENIA COMO FACTOR ASOCIADO A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN PACIENTES CIRRÓTICOS”** cuyo autor Susana Paola Cienfuegos Albán es alumna de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Trujillo, 17 de junio del 2016

Doy fe de lo expuesto

Dr. César Augusto García Miñano

Especialista en Gastroenterología

ANEXO 04

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Trombocitopenia como factor asociado a hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos en el Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa. MINSA. Piura.”

SERVICIO DE MEDICINA

HC:

I) **EDAD** _____

II) **GÉNERO:**

Masculino ()

Femenino ()

III) **TIEMPO DE ENFERMEDAD:** _____

IV) **CAUSA DE CIRROSIS HEPATICA**

- Alcohólica ()
- Viral ()
- NASH ()
- Autoinmune ()
- Otros _____

V) **HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL:**

Presentó: SI / NO

VI) **RECUENTO DE PLAQUETAS :** _____

VII) **HEMOGLOBINA:** _____

VIII) **TGP o ALT :** _____

IX) **ALBUMINA:** _____

X) **TIEMPO DE PROTROMBINA:** _____

XI) **VARICES ESOFÁGICAS DIAGNOSTICADA CON ENDOSCOPIA ALTA:**

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

XII) **SIGNOS ROJOS VARICEAL EN LA ENDOSCOPIA ALTA:**

✚ Presentó: SI / NO

XIII) **CHILD:** _____

XIV) **RECIDIVA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL:**

➤ Presentó: SI / NO

MATERIAL FOTOGRAFICO

