UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

“Cociente Plaquetas/ Bazo para el diagnóstico de varices esofágicas en cirróticos, Hospital Nacional Aguinaga Asenjo, 2015-2021”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN: GASTROENTEROLOGIA

AUTORA:

Médico Cirujano Karla Yulissa Palomino Tantaleán

ASESOR

Dr. Nestor Rodriguez Alayo

LAMBAYEQUE – PERÚ
JUNIO 2022

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la vida por permitirnos continuar por este hermoso camino de aprendizaje

Agradezco a mis padres y hermana, que con su apoyo incondicional me han llevado a alcanzar el éxito en los objetivos trazados a lo largo de mi existencia.

A mis padres Flor y Charles por ser los pilares fundamentales de mi vida, por brindarme su apoyo incondicional y saberme guiar en cada uno de los pasos de mi vida.

A mi hermana Claudia por ser mi ejemplo a seguir, por apoyarme, ayudarme y cuidarme cada día de mi vida.

A mi familia en general y mi abuela que en paz descansa, por estar siempre apoyándome y dándome ánimos para no decaer en esta carrera tan larga, y muchas veces extenuante

DEDICATORIA

A Dios por brindarme su guía y cubrirme con su gracia, gozo y amor en todos los pasos y decisiones que he tomado en mi carrera y formación

El esfuerzo plasmado en este trabajo va dedicado a mis padres, que siempre me enseñarón el significado de lucha, persistencia y sobre todo perseverancia para alcanzar nuestros sueños; mi guía presencial inicialmente y hoy desde el cielo impartiéndome sus bendiciones en este arduo camino.

A mi hermana por su apoyo constante y desinteresado; con sus consejos y palabras de aliento diario me ha impulsado a no rendirme a mitad del camino.

I.- RESUMEN…….....……...5
II.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.
1. Síntesis de la situación problemática. ……....6
2. Formulación del problema de investigación. …….…8
3. Hipótesis…….….8
4. Objetivos (. General y específicos)…….....8

III.- SINTESIS DEL DISEÑO TEORICO
1. Antecedentes.…….…9
2. Bases teóricas……..11
3. Definición y Operacionalización de variables ……13
4. Justificación e importancia……13

IV.- DISEÑO METODOLÓGICO.
1. Diseño de contrastación de hipótesis……...14
2. Población, muestra y muestreo…….……14
3. Criterios de inclusión y exclusión……..……15
4. Técnicas : Procedimiento……...……16
5. instrumentos de recolección de datos……..…16
6. Análisis estadístico…….……16

V.- ACTIVIDADES Y RECURSOS.
1. Cronograma…….....17
2. Presupuesto y financiamiento……..…….....17

VI.- BIBLIOGRAFÍA……18
VII.- ANEXOS……...21

I.- RESUMEN

Las várices esofágicas son una de las complicaciones más peligrosas de la hipertensión portal, a menudo se asocia con cirrosis, cuya mortalidad va en aumento y oscila entre un 40% y 80%; por lo cual es de suma trascendencia la detección temprana y tratamiento antes de la rotura., mediante un estudio endoscópico como examen de despistaje; el cual presenta una costo efectividad como prueba diagnóstica; por lo que se ha propuesto muchos predictores no invasivo para la detección de varices esofágicas de alto riesgo siendo estos estudios baratos, rápidos, de bajo riesgo y accesible a la mayoría de centros hospitalarios. El objetivo general Valorarla precisión diagnóstica de la prueba no invasiva: cociente plaquetas/diámetro mayor del bazo (P/B) (según punto de corte ≤ 909) y la presencia de varices esofágicas con riesgo de sangrado del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), durante el periodo del 2015 al 2021. El estudio es observacional, descriptivo retrospectivo, transversal y Correlacional y la población estará conformada por pacientes Cirróticos En El Servicio De Gastroenterología De Hospital HNAAA.

II.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.

1. Síntesis de la situación problemática.

Las várices son vasos sanguíneos dilatados que se desarrollan con mayor frecuencia en el esófago y el estómago, en las personas con cirrosis, las várices se desarrollan cuando el flujo de sangre a través del hígado se obstruye, bloquea, debido a la cicatrización, lo que aumenta la presión dentro de la vena porta, que transporta la sangre desde los intestinos hasta el hígado; esta condición se llama hipertensión portal. (1, 2) La forma más común de detectar várices es con un procedimiento conocido como endoscopia superior, durante este procedimiento, se seda a la persona y un médico inserta un tubo flexible, delgado e iluminado con una cámara a través de la boca de la persona para ver el revestimiento del esófago y el estómago. (3) Caso contrario, los métodos no invasivos sirven para lograr el diagnóstico o descarte de várices esofágicas y suelen considerarse vanguardistas a fin de evitar una endoscopia no necesaria. (4)

Diversas investigaciones evidencian una relación relevante entre el cociente plaquetas/bazo (la razón entre el conteo total de plaquetas y diámetro del bazo) alta precisión diagnóstica con un valor de corte de 909. Con un valor predictivo negativo (VPN) superior a 80% y el área bajo la curva ROC (AUROC) fue 0,86 superior que el cálculo de plaquetas o el diámetro superior del bazo establecidos de forma individual (AUROC 0,83 y 0,80, respectivamente). (5,4) Asimismo, este índice se considera uno de los más eficaces predictores de la

presencia de várices esofágicas además de ser económico, veloz, de poco riesgo y al alcance de muchos centros hospitalarios. (6)

Muchos autores que han realizadoinvestigación han reportado que el uso del cociente plaquetas/bazo cuyo índice fue de 909; tiene un VPP y una especificidad superior al 70% para presenciar EV, ellos también avalan el uso de este método en distintos subgrupos de la población de diversas etiologías de cirrosis y características de razas. (7,6) Estudios en población de América Latina sus resultados son recomendables puesto que muestran una adecuada sensibilidad, especificidad y VPP y VPN para el punto de corte de 909" (5,8,9) asimismo, estas conclusiones no son representativas en otras partes del mundo (10). De este modo, algunos investigadores prefirieron variar supunto de cortede ≤ 884 y≤ 1000 según su población, dando un mayor valor en el pronóstico de VVEE (la especificidad y el VPP fueron superiores sus valores) encomparación con el punto de corte estándar: 909. Dicha disimilitud relativamente se relacionó con el predominio de las características de razas, los hábitos (Uso de Oh) y la etiologíade la enfermedad. (12, 11)

Los pacientes que padecen de cirrosis y que tienen várices gastroesofágicas oscilan entre un 40% y 80 %.(1) asimismo la tasa de fallecimiento por sangrado de venas varicosas es del 11-40% y el resangrado ocurre en el 70 % de los sobrevivientes (6,3). En América Latina se detectó mortalidad en 22% en Brasil, 23,5% en Colombia y en un estudio peruano (28,8% 39,6%). (13) Por lo tanto, la detección temprana y el tratamiento temprano reducen el riesgo de sangrado y prolongan la esperanza de vida. (4)

En el cribado inicial de várices esofágicas en pacientes con cirrosis la incidencia es del 40%, por lo que alrededor del 60%se someten innecesariamente a procedimientos invasivos,(3) por lo expuesto existe un alto porcentaje de casos en los que se realiza endoscopia que no tienen ningún tratamiento efectivo, he allí la

importancia del uso de métodos no invasivos para reducir este porcentaje. (5)

2. Formulación del problema de investigación.

¿Existe asociación entre el cociente plaquetas y diámetro mayor del bazo (P/B) (según punto de corte ≤ 909) y la existencia de varices esofágicas con riesgo de sangrar, en Pacientes con Cirrosis hepática atendidos en el Departamento De Gastroenterología De Hospital HNAAA, durante el periodo del 2015 A 2021?

3. Hipótesis

"Si existe relación entre el Cociente plaquetas/diámetro mayordel bazo(P/B) (valor de corte es ≤ 909) con la Presencia De Varices Esofágicas con riesgo de sangrado EnvPacientes Cirróticos En el Área De Gastroenterología De HNAA, durante el lapso de tiempo del 2015 – 2022"

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Valorarla precisión diagnóstica entre el cociente:plaquetas/diámetro mayor del bazo (P/B) (punto de corte ≤ 909) y la presencia de várices esofágicas con riesgo de sangrado en pacientes cirróticos en el servicio de gastroenterología De Hospital HNAAA, durante el periodo del 2015 al 2021.

4.2 Objetivos Específicos

a. Identificarla sensibilidad delcociente plaquetas/ diámetro bazo (P/B) para definir la presencia de várices esofágicas sangrantes
b. Cuantificar valor predictivo positivo de la relación del recuento de plaquetas/medida de diámetro mayor del bazo (P/B) para el pronóstico de várices esofágicas sangrantes.

c. Cuantificar valor predictivo negativo del cociente del número de plaquetas/diámetro mayor del bazo (P/B) para el diagnósticode VVEE con riesgo de sangrado
d. Establecer la Gravedad de la enfermedad hepática crónica de pacientes con varices esofágicas según tipo de CHILD
e. Determinar la prevalencia de pacientes con VVEE En Pacientes Cirróticos adultos

III.- SINTESIS DEL DISEÑO TEORICO

1. Antecedentes

Gianni Eduardo y cols. (2006) Propuso el uso del índice plaquetas/bazo, con un valor (pc) de 909, como parámetro para várices esofágicas y encontró un valor predictivo positivo de 96% y un valor predictivo negativo de 100% para la presencia de VE. Los resultados se obtuvieron de una población principalmente caucásica. Un metanálisis realizado por Chawla Saurabh et al. (2012). Mostró resultados similares, que incluyeron un total de 1275 pacientes e informaron que para el valor índice 909 presentó 89% de sensibilidad y una especificidad del 74 %. (7)

Kothari Harit y cols.(2019) en un estudio observacional- transversal del centro de India, mostró una AUC para la relación P/B(78 %), para, la predicción de sangrado variceal. Al mantener el punto de corte de: 985 para la relación P/B, encontró una precisión diagnóstica del 68,8% para varices esofágico con riesgo de sangrado(EVB) con un 81.97% de sensibilidad y 63.12% de especificidad. Esto sugiere que la relación P/B <985 es un buen predictor de EVB. (6)

González-Ojeda Alejandro y cols. (2014) Realizaron un estudio transversal analítico para validar la prueba diagnóstica del cociente de plaquetas/diámetro mayor el bazo en personas de estudio con cirrosis hepática: del Hospital Civil - Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” (México) en el periodo 2010 2011. El trabajo usa como punto de corte de ≤ 884.3 tenía 84% de sensibilidad 70% de

especificidad y valores predictivos positivo y negativo de 94% y 40% respectivamente. (7)

Galicia Arturo y cols.(2021) en un estudio transversal en el quese realizó en el hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ubicado en Puebla, ciudad de México. Usó como punto de corte de: ≤ 909 y obtuvo un 90% de sensibilidad 83% de especificidad y VPP mayores de 90% (94%) pero bajos menoresa 80% en VPN por lo que puede ser considerado un estudio aceptable para esta. (8)

Álvaro José y cols. (2021) en un estudio transversal en el hospital IMSS: en Puebla-México usó como punto de corte de: ≤ 909 y obtuvo como falsos negativos(FN) a 9% y un 94% de VPP, un 75.0% de VPN, prevalencia, certeza para el diagnóstico del 74.0%. y 88% respectivamente; por lo que puede ser considerado un estudio eficaz, no invasivo para el pronóstico de várices esofágicas en lugares sin accesibilidad inmediata de endoscopia.(14).

Mosqueira Jorge y cols. (2011) en un estudio retrospectivo realizado en el departamento de Gastroenterología del HNDAC, Callao-Perú, comparó el índice P/ B :(punto de corte de ≤ 909) y con la endoscopía, encontrándose un 40% de sensibilidad, especificidad de 75%, cuyo valor positivo predictivo fue 82.0% y valor negativo predictivo de 30.0%; por lo que se difiere que el cociente P/b no es una prueba diagnóstica efectiva para el diagnóstico de la presencia de VE en la muestra estudiada. (9)

Miranda Jenny, (2014) realizó un estudio en Hospital de Belén, Trujillo-Perú, cuyo punto de corte fue diferente con un valor de ≤1 000, con resultado en sensibilidad de 63%, especificidad : 93%, valor predictivo positivo de 87% y valor predictivo negativo del 17.0%. Concluye que la razón estudiada es un valor predictor: de VVEE; sin embargo, no se puede especificar la gravedad de estas várices. (10)

2. Bases teóricas

La mortalidad relacionada con la cirrosis está subestimada y va en aumento; pueden contribuir factores extrahepáticos siendo el 11vo motivo principal de fallecimientos a nivel mundial. En la nación peruana esto es el 9,1% de mortalidad. Además, si las causas extrahepáticas tienen un impacto diferente en la cirrosis en comparación con otras enfermedades crónicas, es posible que se requiera un reajuste de la política de atención médica ya que puede generar complicaciones, por ejemplo: sangrado gastrointestinal por várices, infecciones, ascitis y encefalopatía hepática. (13)

La hipertensión portal (HP) es responsable del desarrollo y la progresión de las complicaciones como: ascitis , várices esofágicas (VVEE), várices esofágicas sangrantes (EHV). Como factores de riesgo asociado a EHV son: International Normal Ratio (INR) > 1,50; diámetro de la vena porta (VP) > 13 mm y plaquetopenia. Se requiere una endoscopia digestiva alta si el paciente tiene una o más de estas condiciones. Por lo que se han desarrollado diferentes mecanismos directos o indirectos predictivos para la presencia de EV como: Recuento de plaquetas, nivel de albúmina sérica., clasificación de Child-Pugh, relación diámetro del lóbulo derecho hepático y albúmina sérica; y relación de conteo de plaquetas/ diámetro mayor del bazo (P/B). (4)

CIRROSIS HEPÁTICA: (9)

Se necesita uno de los siguientes puntos (9):

• La biopsia hepática se considera diagnóstica con la presencia nódulos regenerativos rodeados con bandas fibrosas.

• Diagnóstico clínico de cirrosis, combinando signos clínicos, ecográficos y bioquímicos.

1.1. Clínica-signos: al menos uno: ictericia , telangiectasia , nodularidad hepática , esplenomegalia , ascitis , hipocratismo digital , enfermedad de Dupuytren , ginecomastia , caput medusa , eritema

en manos, alteraciones en las uñas como leuconiquia , hipertróficaen articulaciones , hipogonadismo, asterixis, fetor.

1.2. Signos ecográficos: al menos uno: lóbulo hepático izquierdo con hipertrofia (lóbulo caudado), vena porta > 12 mm, nódulos hepáticoss, hiperecoicidad hepática , atrofia del lóbulo hepático derecho

1.3. Laboratorio-bioquímica: al menos uno: incremento de bilirrubinas , aumento de transaminasas , relación invertida de albúmina y globulina, trastornos de la coagulación (aumento del tiempo de protrombina y el INR), disminución de albúmina.

Clasificación de Child-Pugh (9)

Este es sistema de estadificación que evalúa el pronóstico de la enfermedad hepática crónica avanzada y el riesgo de hemorragia. Usa 5 parámetros: 2 clínicos (ascitis, criterios de west haven) y 3 de laboratorio (INR , bilirrubina total , albúmina).

RELACIÒN CONTEO DE PLAQUETA Y DIÁMETRO MAYOR DEL BAZO (P/B) (9)

El número de plaquetas/µl se divide por el diámetro bipolar máximo del bazo (mm), estimado por ecografía abdominal.

Los valores normales para adultos sanos son: 115-130 mm de diámetro bipolar máximo y 167000-4040000/mm de recuento de plaquetas

El rango estimado de detección no invasiva de várices esofágicases < a 0,909

VARICES ESOFÁGICAS (9)

Las várices esofágicas son venas dilatadas que se desarrollan dentro del revestimiento del extremo inferior del esófago, la complicación más común y peligrosa de las varices esofágicas es el sangrado de las varices, que ocurre en alrededor del 25% al 40% de las personas con esta afección, en ese contexto el sangrado gastrointestinal por várices esofágicas se considera una emergencia médica que requiere tratamiento médico urgente. El Sistema de Consenso de Baveno las clasifica según su tamaño y riesgo de

sangrado, no obstante las várices con mayor riesgo de sangrado incluyen las que miden más de 5mm y las que tienen signos de verrugas rojas (es decir, manchas rojas o rayas longitudinales en las várices que sugieren una hemorragia reciente o un mayor riesgo de sangrado), siendo las más pequeñas las menores a 5mm. A veces, las várices pueden mostrar signos de una hemorragia reciente, incluido un vaso sanguíneo visible, un coágulo de sangre o una úlcera cubierta de hematina. En tales casos, el tratamiento generalmente depende del riesgo de resangrado.

3. Justificación e importancia

Las várices esofágicas son una complicación potencialmente grave de la cirrosis, sin trata

miento, entre el 25 y el 40 por ciento de las personas con várices experimentarán un episodio de sangrado severo (hemorragia) que resultará en una enfermedad significativa o incluso la muerte, aproximadamente el 11-40% por ciento de las personas que sangran por várices morirán, lo que enfatiza la importancia de prevenir el sangrado y tratar la enfermedad hepática, por ello es de relevante importancia detectar de forma temprana y tratar anticipadamente antes de que suceda la rotura, por medio de la endoscopía del tracto digestivo superior. (6,3,13). Esta investigación evidencia una necesidad relevante y en auge, con capacidad limitada para satisfacer esta demanda, mayormente en los países en vías de desarrollo, en donde el endoscopio no se disponible de forma frecuente o es no es accesible a su pronto mantenimiento, por lo que se propuso valores predictores no invasivo para detectar la presencia de várices esofágicas de gran amenaza de sangrado.

Encontrar métodos no invasivos para el pronóstico de várices esofágicas (VVEE) en paciente cirroticos, puede ayudar a reducir el empleo de la endoscopia ante un austero sistema de salud, el cual cuenta con escasez de recursos tecnológicos y/o sobresaturación de pacientes; siendo lo más importante la disminución de los costos para este estado. Por lo expuesto estos parámetros son útiles para

discernir entre pacientes con riesgo alto y bajo; siendo los pacientes con alto riesgo pueden ser examinados endoscópicamente y así disminuir la población estudiada y costos.

IV DISEÑO METODOLÓGICO

1. Diseño contrastación de hipótesis

   El diseño observacional

   Estudio: descriptivo retro-spectivo, descriptivo transversal y Correlacional

2. Población-Muestra-Muestreo.

Población

Pacientes adultos: mayores de 18 años con diagnóstico de cirrosis hepática

Poblaciones de Estudio

Pacientes Cirróticos De Gastroenterología Del Hospital HNAAA; en el lapso de tiempo de Enero 2015 - Enero 2021 que corresponde a 2143 pacientes

Muestra

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizará la siguiente formula

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

Donde:

Z^2 = 1.962 (cuya seguridad es = 95%)

p = proporción deseada, (Artículo de Kraj a Bledar y col. Con prevalencia de VVEE es del 81.40% = 0.810 (15))

q = 1 – p (resultado de valores reemplazados= 0.19)

d = precisión (anhelamos un 5% =0.05)

n= 224 pct.

Muestreo: Sistemático, Distribución proporcional de la muestra de estudio, mediante muestreo aleatorio simple:

$$nf = \frac{n}{N} \times 100 = \frac{224}{2\,143} \times 100 = 10.5\ \%$$

Paciente por Año	N	n
2015	240	25
2016	380	40
2017	310	33
2018	453	48
2019	236	25
2020	364	37
2021	160	16
Total	2,143	224

3. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión se considera a pctes con:

- Diagnóstico de cirrosis hepática(con parámetros clínicos- laboratorio e imágenes. No histológico).
- Endoscopía digestiva alta.
- Ecografía abdominal.
- Conteo de plaquetas.
- Edad Mayores e iguales a = 18 años.

Criterios de exclusión, Se excluirán a pacientes con:

- Tamaño de bazo alterado por otra etiología como: hematológica, hiperesplenismo, etc.
- Recuento plaquetario alterado por distinta etiología a la estudiada en el estudio como:causas hematológicas, por medicamentos, idiopáticas, reactivas a procesos agudos, etc.
- Hemodinámia inestable con sangrado gastrointestinal activo.
- Tratamiento para varices esofágicas previo (endoscópico o farmacológico)

4. Técnicas: Procedimiento

Se realizará recolección de datos informativos en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática del área de gastroenterología del HNAAA que cumplirán los criterios para selección antes mencionados, hasta completar la muestra trazada. Luego se procederá a realizar la solicitud a la institución que autorice el uso de historias clínicas (virtuales y presenciales).

Por medio de muestreo aleatorio simple se elegirán las historias clínicas, según al grupo de estudio.

Se recolectarán información de los pacientes por medio de las historias clínicas previamente seleccionadas por los criterios de selección (inclusión y exclusión).

Los resultados obtenidos permitirá confirmar o rechazar la hipótesis planteada. Entonces la presentación de los resultados obtenidos se hará a través de modalidad gráfica y cuadros.

5. Instrumentos de recolección de datos,

Se usará la ficha de recolección de datos la cual no amerita validación puesto que se ha utilizado anteriormente en un trabajo similar en nuestro país: el Hospital Belén de Trujillo. (10)

6. Análisis estadístico

Se usará el programa estadístico IBM SPSS v.24 (para estadístic a descriptiva - analítica).

Para la realización de gráficos se usará: las hojas de cálculo de Microsoft Excel.

Para demostrar la asociación del Índice estudiado y la presencia de Varices Esofágicas se realizará la prueba estadística de: Chi cuadrado y Odds Ratio.

V.- ACTIVIDADES Y RECURSOS.

1. Cronograma.

Meses Etapas	2022								
	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Set	Oct	Nov	Dic
1. Elaboración del proyecto	x	x							
2. Presentación del proyecto		x							
3. Revisión bibliográfica		x	x	x	x	x	x	x	
4. Elaboración de instrumentos		x	x						
5. Aplicación de instrumentos			x	x	x	x	x	x	
6. Tabulación de datos				x	x	x	x	x	
7. Elaboración del informe					x	x	x	x	
8. Presentación del informe							x	x	
9. Sustentación									X

VI.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Hoda Mohamed Saleh, Ahmed Lotfy Sharaf, Elsayed Saad Abdelbaser. Evaluación de la puntuación de la relación entre la rigidez del hígado y el tamaño del bazo y el recuento de plaquetas como puntuación de riesgo para la predicción de várices esofágicas en pacientes cirróticos compensados. Afro-Egypt J Infect Endem. 2021;11(2):178–85.
2. Galicia Arturo García, Herrera Andrés Gámez, Bravo Emma Ixchel González, Bosquez Ricardo Adolfo Parker, Jarquín Álvaro José Montiel, Zamudio José Alfredo León et al . Cociente plaquetas/bazo para el diagnóstico de várices esofágicas y riesgo de sangrado en pacientes con insuficiencia hepática. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet].
3. Colli A, Gana JC, Yap J, Adams-Webber T, Rashkovan N, Ling SC, Casazza G. Recuento de plaquetas, longitud del bazo y relación entre el recuento de plaquetas y la longitud del bazo para el diagnóstico de várices esofágicas en personas con enfermedad hepática crónica o trombosis de la vena porta. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas [Internet]. 2017;4(4):CD008759. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008759.pub2.
4. Martínez-Marín JD, Marrugo-Padilla K, Garzón-Olarte MA. Diagnostic performance of platelet count/spleen diameter ratio to detect esophageal varices in patients with cirrhosis. Portal de Revistas UN: Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2019;69(3):e78786. Available from: https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/78786
5. Chiodi D, Hernández N, Saona G, Sánchez A, Berrueta J, Mescia G, et al. Diagnóstico no invasivo de la presencia de várices esofágicas en pacientes cirróticos Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Acta Gastroenterológica Latinoamericana, [Internet]. 2014;44(2014):108–13. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199331220012
6. Harit Goverdhan Kothari,corresponding author Sudhir Jagdishoprasad Gupta, Nitin Rangrao Gaikwad, Tushar Hiralal Sankalecha, and Amol Rajendra Samarth. Role of non-invasive markers in prediction of

esophageal varices and variceal bleeding in patients of alcoholic liver cirrhosis from central India. Turk J Gastroenterol [Internet]. 2019;30(12):1036–43. Available from: http://dx.doi.org/10.5152/tjg.2019.18334

7. Pietro Dulbecco Emanuela Testa Roya Sohaey Peter Verhey Markus Peck-Radosavljevic Carlo Mansi Vincenzo Savarino Roberto Testa EGG 1. AZAKAF. Platelet count/spleen diameter ratio for the noninvasive diagnosis of esophageal varices: results of a multicenter, prospective, validation study. the Ame J Gastroenterol. 2006;101(11):2511–9.
8. Galicia Arturo García, Herrera Andrés Gámez, Bravo Emma Ixchel González, Bosquez Ricardo Adolfo Parker, Jarquín Álvaro José Montiel, Zamudio José Alfredo León et al . Cociente plaquetas/bazo para el diagnóstico de várices esofágicas y riesgo de sangrado en pacientes con insuficiencia hepática. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 Abr [citado 2022 Mayo 16] ; 21(2): 269-274. Disponible en: http://dev.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000200269&lng=es. http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3708.
9. Galicia Arturo García, Herrera Andrés Gámez, Bravo Emma Ixchel González, Bosquez Ricardo Adolfo Parker, Jarquín Álvaro José Montiel, Zamudio José Alfredo León et al. Cociente plaquetas/bazo para el diagnóstico de várices esofágicas y riesgo de sangrado en pacientes con insuficiencia hepática. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 Abr [citado 2022 Mayo 22]; 21(2): 269-274. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000200269&lng=es. http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3708
10. Mosqueira Jorge R., Montiel Johana B., Rodríguez Diana, Monge Eduardo. 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 [Internet]. 2011 Ene [citado 2022 Mayo 16] ; 31(1): 11-16. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000100003&lng=es

11. Enríquez JDM. Índice Recuento Plaquetario/Diámetro Esplénico, como Predictor de Várices Esofágicas en Cirrosis Hepática. Hospital Belén de Trujillo [Internet]. [FACULTAD DE MEDICINA HUMANA]: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO; 2014. Available from: https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/512
12. González-Ojeda A, et al. Platelet count/spleen diameter ratio to predict esophageal varices in Mexican patients with hepatic cirrhosis. World JOURN Gastroenterol [Internet]. 2014;20(8):2079–84. Available from: http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i8.2079
13. Viera Santillán Maricarmen, Vasquez Elera Luis, Valdiviezo-Morales Christopher G., Martinez-Rivera Raisa N., Valladares-Garrido Mario J.. Factores asociados a la mortalidad en pacientes cirróticos. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2021 Sep [citado 2022 Mayo 23] ; 50(3): e1370. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000300010&lng=es. Epub 30-Oct-2021.
14. Saurabh Chawla, Ariel Katz, Bashar M Attar, Ashutosh Gupta, Dalbir S Sandhu, Rajender Agarwal. Recuento de plaquetas/diámetro del bazo para predecir la presencia de várices esofágicas en pacientes con cirrosis: una revisión sistemática. Eur J Gastroenterol Hepatol . 2021;24(4):431–6
15. Bledar Kraja, Iris Mone, Ilir Akshija, Adea Koçollari, Skerdi Prifti, Genc Burazeri. Predictors of esophageal varices and first variceal bleeding in liver cirrhosis patients Kraja B, Mone I, Akshija I, Koçollari A, Prifti S, Burazeri G. Predictors of esophageal varices and first variceal bleeding in liver cirrhosis patients. World J Gastroenterol 2017; 23(26): 4806-4814 [PMID: 28765702 DOI: 10.3748/wjg.v23.i26.4806]. World J Gastroenterol. 2017;23(26):4806-4814 Kraja B, Mone I, Akshija I, Koçollari A, Prifti S, Burazeri G. Predictors of esophageal varices and first variceal bleeding in liver cirrhosis patients. World J Gastroenterol 2017; 23(26): 4806-4814 [PMID: 28765702 DOI: 10.3748/wjg.v23.i26.4806].

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:……

NFORMACION GENERAL:

1.1. Número de Historia Clínica:…….....

1.2. Nombres y apellidos: …….....

1.3. Domicilio: …….....

1.4. Edad: …… años.

1.5. Género: Masculino ( ) Femenino ( )

II. LABORATORIO:

Recuento Plaquetario: ……

Fecha del examen del recuento plaquetario …….

III. IMÁGENES: Ecografía abdominal:

Diámetro esplénico (mm.):…… …….

Fecha de la Ecografía Abdominal:…….. ……..

IV PROCEDIMIENTO

Endoscopía Digestiva

Alta:……

Fecha de la Endoscopía:……..

V. DIAGNOSTICOS:

Várices esofágica:……

CONSTANCIA DE APROBACION DE ORINALIDAD DE TESIS

Yo, DR Nestor Rodriguez Alayo Asesor del proyecto de tesis de la residente en la especialidad de Gastroenterología, Karla Yulissa Palomino Tentaleàn, titulado "Cociente Plaquetas/ Bazo Para El Diagnostico De Varices Esofágicas en Cirroticos, Hospital Nacional Aguinaga Asenjo, 2015-2021."

Que luego de la revisión exhaustiva del documento, constato que la misma tiene un índice de similitud al 13 % verificable en el reporte de similitud del programa turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyo que cada uno de las coincidencias detectadas no constituye a plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias por la universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

COCIENTE PLAQUETAS/BAZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE VARICES ESOFAGICAS EN CIRROTICOS, HOSPITAL NACIONAL AGUINAGA ASENJO, 2015-2021.

por Karla Yulissa Palomino Tantaleán

Fecha de entrega: 08-sep-2022 03:17a.m. (UTC-0400)
Identificador de la entrega: 1894978927
Nombre del archivo: Proyecto_Karla_Palomino_Tantalean_parafraseado.pdf (188.79K)
Total de palabras: 1611
Total de caracteres: 16134

COCIENTE PLAQUETAS/BAZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE VARICES ESOFAGICAS EN CIRROTICOS, HOSPITAL NACIONAL AGUINAGA ASENJO, 2015-2021.

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%	0%	0%	13%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to City University of New York System Trabajo del estudiante	13%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	Apagado
Excluir bibliografía	Apagado		

Recibo digital

Este recibo confirma quesu trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Karla Yulissa Palomino Tantaleán
Título del ejercicio:	TESIS LIAM DAVID
Título de la entrega:	COCIENTE PLAQUETAS/BAZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE VARI...
Nombre del archivo:	Proyecto_Karla_Palomino_Tantalean_parafraseado.pdf
Tamaño del archivo:	188.79K
Total páginas:	11
Total de palabras:	1,611
Total de caracteres:	16,134
Fecha de entrega:	08-sept.-2022 03:17a. m. (UTC-0400)
Identificador de la entre...	1894978927

I.- INFORMACIÓN GENERAL.

1. Título: COCIENTE PLAQUETAS/ BAZO PARA EL DIAGNÓSTICO DE VARICES ESOFAGICAS EN CIRROTICOS, HOSPITAL NACIONAL AGUINAGA ASENJO, 2015-2021.

2. Autor: Palomino Tantaleán, Karla Yulissa

II.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.

1. Síntesis de la situación problemática.

Las várices son vasos sanguíneos dilatados que se desarrollan con mayor frecuencia en el esófago y el estómago, en las personas con cirrosis, las várices se desarrollan cuando el flujo de sangre a través del hígado se obstruye, bloquea, debido a la cicatrización, lo que aumenta la presión dentro de la vena porta, que transporta la sangre desde los intestinos hasta el hígado; esta condición se llama hipertensión portal. (1, 2) La forma más común de detectar várices es con un procedimiento conocido como endoscopia superior, durante este procedimiento, se seda a la persona y un médico inserta un tubo flexible, delgado e iluminado con una cámara a través de la boca de la persona para ver el revestimiento del esófago y el estómago. (3) Caso contrario, los métodos no invasivos sirven para lograr el diagnóstico o descarte de várices esofágicas y suelen considerarse vanguardistas a fin de evitar una endoscopia no necesaria. (4)

Diversas investigaciones evidencian una relación relevante entre el cociente plaquetas/bazo (la razón entre el conteo total de plaquetas y diámetro del bazo) alta precisión diagnóstica con un valor de corte de 909. Con un valor predictivo negativo (VPN) superior a 80% y el área bajo la curva ROC (AUROC) fue 0,86 superior que el cálculo de plaquetas o el diámetro superior del bazo establecidos de forma individual (AUROC 0,83 y 0,80, respectivamente). (5,4) Asimismo, este índice se considera uno de los más eficaces predictores de la

Derechos de autor 2022 Turnitin. Todos los derechos reservados.