



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Utilidad del score de Glasgow y score ABIC como predictores de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gastroenterología

AUTORA

Gonzales Quispe, Yojana

ORCID: 0009-0009-8656-3181

ASESOR

Martínez Pizarro, Henry Donato

ORCID: 0000-0003-0040-3961

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autora

Gonzales Quispe, Yojana

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 70570397

Datos de asesor

Martínez Pizarro, Henry Donato

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 09389693

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Becerra Ulfe, Jaime Víctor

DNI: 07785255

Orcid: 0000-0002-2802-4106

SECRETARIO: Alba Rodríguez, María Esther

DNI: 07886081

Orcid: 0000-0001-6912-7593

VOCAL: Dávalos Moscol, Milagros Beatriz

DNI: 06732123

Orcid: 0000-0001-7248-767X

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.19

Código del Programa: 912359

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Gonzales Quispe, Yojana; con código de estudiante N° 202113138, con DNI N° 70570397, con domicilio en Av. José de San Martín 144 departamento 304, distrito Pueblo Libre, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médica Cirujana de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

El presente Proyecto de Investigación titulado: "Utilidad del score de Glasgow y score ABIC como predictores de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023" es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Martínez Pizarro, Henry Donato; y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 18% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 09 de julio de 2024



Gonzales Quispe Yojana

DNI N° 70570397

Utilidad del score de Glasgow y score ABIC como predictores de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	docplayer.es Fuente de Internet	3%
3	www.revistagastroenterologiamexico.org Fuente de Internet	2%
4	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	gastromexico.elsevier.es Fuente de Internet	1%
6	www.actagastro.org Fuente de Internet	1%
7	Javier Fernández, Carles Aracil, Elsa Solà, Germán Soriano et al. "Evaluación y tratamiento del paciente cirrótico crítico", <i>Gastroenterología y Hepatología</i> , 2016 Publicación	1%

8	www.gastrocol.com Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	<1%
10	M.V. Catalina-Rodríguez, D. Pérez-Valderas, L. Ibáñez-Samaniego, R. Bañares. "Hipertensión portal", Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2016 Publicación	<1%
11	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
12	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%
13	www.scielo.org.co Fuente de Internet	<1%
14	doku.pub Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

RESUMEN

Introducción: La cirrosis del hígado es una patología difusa y crónica del hígado, que altera la estructura y la fisiología. Dentro de la hepatopatía alcohólica se incluyen 3 alteraciones evolutivas: una fase inicial o temprana que se conoce como la esteatosis hepática alcohólica, una fase intermedia que se conoce como hepatitis alcohólica y una fase terminal o final que se conoce como cirrosis hepática.

Objetivo: Determinar la utilidad del score de Glasgow y ABIC para predecir la mortalidad en aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023.

Métodos: El trabajo de investigación es de tipo observacional y analítico. Es un estudio de evaluación externa de las reglas de predicción clínica. La información es recolectada de las historias clínicas de los pacientes. El instrumento es una ficha de datos donde se registrará la información como datos generales (edad, sexo, descompensaciones) y los exámenes auxiliares necesarios para poder calcular cada score.

Palabras clave: cirrosis hepática alcohólica, score Glasgow, score ABIC

ABSTRACT

Introduction: Cirrhosis of the liver is a diffuse and chronic pathology of the liver, which alters the structure and physiology. Alcoholic liver disease includes 3 evolutionary alterations: an initial or early phase known as alcoholic hepatic steatosis, an intermediate phase known as alcoholic hepatitis, and a terminal or final phase known as liver cirrhosis.

Objective: Determine the usefulness of the Glasgow score and ABIC to predict mortality in those patients who have decompensated alcoholic liver cirrhosis at the Santa Rosa Hospital, 2020-2023.

Methods: The research work is observational and analytical. It is an external evaluation study of clinical prediction rules. The information is collected from the patients' medical records. The instrument is a data sheet where information will be recorded such as general data (age, sex, decompensations) and the auxiliary examinations necessary to calculate each score.

Keywords: alcoholic liver cirrhosis, Glasgow score, ABIC score

INDICE

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.2.1 General	2
1.2.2 Específicos.....	2
1.3 Línea de investigación.....	2
1.4 Objetivos	2
1.4.1 General	2
1.4.2 Específicos.....	2
1.5 Justificación	3
1.6 Delimitación.....	3
1.7 Viabilidad.....	3
CAPITULO II: MARCO TEORICO	4
2.1 Antecedentes de investigación.....	4
2.2 Bases teóricas	7
2.3 Definiciones conceptuales	13
2.4 Hipótesis	13
CAPITULO III: METODOLOGIA	14
3.1 Tipo de estudio	14
3.2 Diseño de investigación	14
3.3 Población y muestra.....	14
3.3.1 Población.....	14
3.3.2 Muestra	14
3.3.3 Selección de la muestra.....	14
3.4 Operacionalización de variables.....	15
3.4.1 Variables	15
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos	18
3.7 Aspectos éticos	18
CAPITULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA	19
4.1 Recursos	19
4.2 Cronograma	19
4.3 Presupuesto	19

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	20
ANEXOS	23
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	23
2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	24
3. SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL:	25

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La cirrosis del hígado es una patología difusa y crónica del hígado, que altera la estructura y la fisiología. Histológicamente, se caracteriza por una triada: necrosis celular, fibrosis y presencia de nódulos de regeneración. Dentro de sus etiologías más frecuentes están las infecciones por hepatitis de tipo B y C, la enfermedad por hígado graso (no alcohólica) y por abuso crónico de alcohol (1). Causas menos frecuentes son las enfermedades autoinmunes (hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y colangitis esclerosante primaria), enfermedades metabólicas (enfermedad de Wilson, deficiencia de alfa-1-antitripsina, hemacromatosis y fibrosis quística); esta patología puede presentarse en etapas seniles, juveniles hasta incluso infantiles, sin embargo, el grupo etario más frecuente se encuentra entre los 40 a 60 años (2).

Dentro de la hepatopatía alcohólica se incluyen 3 alteraciones evolutivas: una fase inicial o temprana que se conoce como la esteatosis hepática alcohólica, una fase intermedia que se conoce como hepatitis alcohólica y una fase terminal o final que se conoce como cirrosis hepática. El alcoholismo conlleva a un impacto socio económico por su consumo irresponsable (accidentes, ausentismo laboral, daño a la propiedad y asistencia médica) por lo que se considera un problema sanitario de primer orden (1).

La evaluación y el manejo de la cirrosis y sus complicaciones graves están en evolución en estos últimos años; los pacientes cirróticos pueden estar asintomáticos (compensados) durante años o pueden presentar complicaciones (descompensado) y el equipo médico que atiende a estos pacientes requiere tener un conocimiento adecuado de estas complicaciones graves: sepsis graves y shock séptico, insuficiencia renal, encefalopatía hepática, hemorragia por varices esofágicas y falla hepática aguda y crónica; las que condicionan la supervivencia del paciente (3). Es indispensable saber diferenciar ambos grupos de pacientes para establecer el manejo y el pronóstico de la enfermedad, lo cual conlleva a la utilización de diferentes scores para poder determinar la supervivencia o el riesgo de mortalidad que tienen los pacientes.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 General

¿Son útiles el score de Glasgow y ABIC para predecir la mortalidad en aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023?

1.2.2 Específicos

- ✚ ¿Cuál es la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y negativo del score de Glasgow para la predicción de mortalidad en aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada?
- ✚ ¿Cuál es la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y negativo del score de ABIC para la predicción de mortalidad en aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada?

1.3 Línea de investigación

Nuestra investigación seguirá los lineamientos establecidos por el MINSA en cuanto a la línea de investigación, donde la prioridad es la generación de conocimiento en una población determinada, con el objetivo de ayudar a la prevención y al manejo oportuno de los problemas sanitarios.

Dentro del lineamiento de las investigaciones de la Universidad Ricardo Palma, nuestro estudio se encuentra incluido dentro del lineamiento de investigación de “Clínicas médicas y quirúrgicas” y “Medicina del estilo de vida, medicina preventiva y salud pública”, considerando que la cirrosis hepática es una patología que afecta a la salud pública en nuestro país.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar la utilidad del score de Glasgow y ABIC para predecir la mortalidad en aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023.

1.4.2 Específicos

- ✚ Establecer la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y negativo del score de Glasgow para la predicción de mortalidad en

aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada.

- ✚ Establecer la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y negativo del score de ABIC para la predicción de mortalidad en aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada.

1.5 Justificación

Es importante la realización de este estudio porque nos va a permitir establecer el uso de los scores como Glasgow y ABIC para poder predecir si existe mortalidad o no en aquellos pacientes que padecen de hepatopatía crónica de etiología alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, durante el periodo 2020-2023. Este estudio es conveniente de realizar ya que nos permitirá establecer el riesgo de mortalidad de los pacientes y de esa forma poder añadir medidas para su prevención.

Ya que estos scores son poco conocidos y estudiados, es importante saber su valor predictivo en la mortalidad de los pacientes cirróticos para poder utilizarlos y saber cuándo dar la prioridad correspondiente a dichos pacientes; a la vez, este estudio servirá como base para la realización de futuras investigaciones en nuestra ciudad.

1.6 Delimitación

Este trabajo de investigación es de naturaleza retrospectiva, la cual es una limitación a la hora de asegurar su validez. Y el análisis de los factores predictivos para predecir la supervivencia hospitalaria debe de contemplarse con cierta consideración crítica, ya que algunas variables importantes no han podido ser estudiadas ya sea por desconocimiento o porque son difíciles de medir en la clínica diaria.

1.7 Viabilidad

Este estudio será viable, ya que se utilizará como fuente la información recopilada de las historias clínicas, con la autorización previa del comité de ética e investigación y el Servicio de Medicina del Hospital Santa Rosa.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de investigación

Bozin T y col (Croacia, 2021), en su trabajo “Comparación de puntuaciones de pronóstico para la hepatitis alcohólica: un estudio retrospectivo”, cuyo objetivo fue explorar el valor pronóstico de la función discriminante modificada, la puntuación de hepatitis alcohólica de Glasgow, el MELD, el score ABIC y la puntuación de Lille en pacientes con hepatitis alcohólica. El score de ABIC predijo con mayor precisión la mortalidad a los 28 días, con un punto de corte de 9.92; el score de Glasgow predijo la mortalidad a los 90 días, con un punto de corte de 7 al ingreso y de 8 a la semana de hospitalización. El DF modificado predijo la mortalidad a los 28 y 90 días después de una semana de hospitalización (4).

Iyer A y col (2020), en su trabajo “Comparación de los sistemas de puntuación convencionales versus la puntuación MAGIC para predecir la mortalidad a corto plazo en pacientes hospitalizados por hepatitis alcohólica”, el cual fue un análisis retrospectivo. Se trabajó con 88 pacientes, donde se encontró que la mortalidad a 30 días fue de 23.9% y a 90 días, de 47.7%. Las puntuaciones medias para los scores de FdM, MELD y Glasgow fueron significativamente más elevados en los pacientes fallecidos en comparación con los pacientes sobrevivientes; y las puntuaciones de ABIC y MAGIC fueron más altos en los fallecidos, pero no fueron significativos. Además, se encontró que el score FdM fue el que tuvo mejor desempeño predictivo que los demás sistemas de puntuación (5).

Chen L y col (China, 2018), en su trabajo “Valor predictivo de la puntuación internacional normalizada de edad-bilirrubina-creatinina en la supervivencia a corto plazo de la insuficiencia hepática aguda por hepatitis B crónica” cuyo objetivo fue investigar el valor predictivo de la puntuación ABIC en pacientes con insuficiencia hepática aguda por hepatitis B crónica. Se encontró que los pacientes con un score ABIC >9.44 tuvieron tasas de supervivencia reducidas a 1 y 3 meses. Se concluyó que el score ABIC es superior al score MELD para predecir la supervivencia a corto plazo (6).

Gerling N y col (Argentina, 2019), en su trabajo “Análisis de criterios diagnósticos y escores pronósticos en pacientes internados con presunción de hepatitis alcohólica. Escores pronósticos en hepatitis alcohólica”, cuyo objetivo fue evaluar que tan precisos son los scores pronosticos y despues poder describir las características de la enfermedad del hígado debida por alcohol. El estudio se realizó en un periodo de 5 años, calculando la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo para establecer mortalidad obteniendo como resultados que el score MELD tuvo una sensibilidad del 100% y especificad del 38% (VPP 1.6, VPN 0.03); el score ABIC tuvo una sensibilidad del 89% y especificidad del 53% (VPP 1.89, VPN 0.21); el score Glasgow, sensibilidad de 100% y especificidad de 63% (VPP 2.7, VPN 0.02). Se concluyó que el score ABIC y Glasgow fueron los más precisos prediciendo la mortalidad con una alta sensibilidad y especificidad (7).

Chavez W (Perú, 2019), en su estudio “Utilidad de los scores de Glasgow y score ABIC como predictores de muerte en pacientes adultos con cirrosis hepática alcohólica descompensada”, cuyo objetivo fue indicar el uso que se da a los scores de Glasgow y de ABIC para la predicción de la muerte en pacientes adultos que padecen de cirrosis hepática no compensada que fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2018. Se revisó un total de 122 historias clínicas divididos en dos grupos: sobrevivientes y fallecidos. Se calculó la sensibilidad (72%), especificidad (71%), valor predictivo positivo (29%) y valor predictivo negativo (93%) del score de Glasgow y una exactitud pronostica en la predicción de muerte del 74%. La sensibilidad (65%), especificidad (74%), valor predictivo positivo (28%) y valor predictivo negativo (92%) del score ABIC y una exactitud pronostica de 72%, correspondiendo los dos scores a un grado de exactitud intermedia (8).

De Souza J y col (Brazil, 2015), en su estudio “Usefulness of a new prognostic index for alcoholic hepatitis”, cuyo objetivo fue analizar la importancia del score ABIC como índice de mortalidad y predictor de complicaciones en pacientes con hepatitis alcohólica. Se trabajó con 46 historias clínicas de forma retrospectiva, donde se obtuvo que el índice ABIC fue un factor de riesgo para ascitis, encefalopatía hepática y muerte. Realizaron en el análisis de regresión logística univariante de la mortalidad, el índice ABIC al ingreso hospitalario fue de 19,27

y a los 7 días fue de 41,29. La supervivencia media de los pacientes con ABIC de bajo y de riesgo intermedio fue 61,1 días y de alto riesgo fue de 26,2 días. Se concluyó que el índice ABIC es útil para la práctica clínica ya que predice complicaciones y riesgo de muerte (9).

Papastergiou V y col (London, 2014), en su estudio “Nueve modelos de puntuación para la mortalidad a corto plazo en la hepatitis alcohólica: validación cruzada en una cohorte probada por biopsia”, cuyo objetivo fue validar la función discriminante de Maddrey, la puntuación de hepatitis alcohólica de Glasgow, el score de MELD, de ABIC, MELD-Na, enfermedad hepática en etapa terminal del Reino Unido (UKELD) y tres puntajes de respuesta de corticosteroides en 1 semana: un cambio temprano en los niveles de bilirrubina (ECBL), una caída del 25% en la bilirrubina y el puntaje de Lille. Se evaluó a 71 pacientes entre el 2007 y 2011; donde todos los modelos mostraron excelentes valores predictivos negativos con un rango entre 86 a 100%; por el contrario, los positivos fueron bajos en un rango entre 17 al 50%. Se concluyó que el score MELD, de Maddrey, Glasgow, ABIC y puntajes de respuesta a corticosteroides fueron válidos en una cohorte independiente de hepatitis alcohólica comprobada por biopsia (10).

Higuera M y col (México, 2010), en su estudio “Utilidad de tres escalas pronósticas para determinar mortalidad temprana en pacientes con hepatitis alcohólica en el Hospital General de México”, cuyo objetivo fue evaluar a tres escalas de predicción para poder diferenciar la mortalidad temprana en estos pacientes. Se trabajó con 71 pacientes y se valoró la sensibilidad, la especificidad, los valores predictivos positivo y negativo, y el cociente de verosimilitud (CV) de cada escala. Se calculó la sensibilidad 98,8%, especificidad de 11,7%, VPP de 61,6%, VPN de 87,5% y CV de 2,64 del índice modificado de Maddrey; comparando con la escala de Glasgow, se calculó una sensibilidad de un 98.8%, especificidad de un 61.7%, VPP de un 78.7%, VPN de un 97.4% y CV de un 2.64 y finalmente del score de MELD se halló una sensibilidad de un 98.8%, especificidad de un 0.1%, VPP de un 59%, VPN de un 50% y CV de un 1. Se concluyó que las 3 escalas fueron muy sensible pero la escala de Glasgow fue la más específica y la más exacta (11).

2.2 Bases teóricas

Cirrosis hepática:

La cirrosis hepática es una enfermedad caracterizada por la fibrosis hepática que conlleva a la alteración estructural y presencia de nódulos de regeneración (12).

Etiología:

La cirrosis hepática es una enfermedad multifactorial, y por lo general en los pacientes adultos, está asociado al consumo crónico de alcohol, a infecciones virales por VHB y VHC y enfermedad hepática grasa no alcohólica. En menor frecuencia, puede estar causada por enfermedades autoinmunes o metabólicas; en un 10 a 12% no es posible identificar la causa, por lo que se les considera como criptogénicas (13).

La cirrosis es un riesgo de desarrollar hepatocarcinoma que representa el 75-80% de tumores primarios malignos del hígado (14).

Manifestaciones clínicas:

Puede presentar síntomas inespecíficos que a veces pueden pasar desapercibidos, como: anorexia, náuseas, vómitos, deposiciones líquidas, debilidad, fiebre, ictericia, amenorrea y dolor abdominal a predominio de cuadrante superior derecho (12).

Dentro de los signos característicos están: telangiectasias, eritema palmar, ictericia, aumento de tamaño de glándulas parótidas y lagrimales, dedos en palillos de tambor, ginecomastia, atrofia testicular, hepatoesplenomegalia, entre otras (12).

Diagnóstico:

Es importante distinguir entre cirrosis compensada y descompensada:

- ✚ La fase inicial es cuando esta compensada; el hígado aún puede realizar funciones importantes, el diagnóstico se hace de forma incidental mediante exámenes auxiliares (laboratorio e imágenes): un hallazgo

común es el aumento de las transaminasas o de la gamma glutamiltranspeptidasa con hepatomegalia o esplenomegalia.

- ✚ La fase avanzada es cuando la cirrosis está descompensada, el hígado ya no puede realizar funciones importantes por la intensidad del daño. En esta fase, el paciente presenta varios signos de alarma y síntomas a causa de la disfunción hepática e hipertensión portal (15).

Complicaciones:

La cirrosis hepática descompensada es un trastorno que afecta muchos sistemas y se requiere un manejo multidisciplinario para garantizar un manejo temprano y así evitar la mortalidad de estos pacientes.

Infecciones:

Las infecciones son una complicación muy frecuente en estos pacientes, ya que podemos considerarlos como inmunosuprimidos. Las infecciones más frecuentes son las peritonitis bacterianas espontáneas, las del tracto urinario, las neumonías y celulitis. Todo paciente que ingrese con ascitis clínicamente detectable y descompensación debe tener un estudio de líquido ascítico (16).

Ascitis:

Es la acumulación de líquido abdominal como evolución desfavorable de la hipertensión portal (siendo considerada una de las complicaciones más frecuente que hay en la cirrosis). Al menos un 60% de estos pacientes desarrollan esta complicación dentro de los 10 años del diagnóstico. Su tratamiento para ascitis leve a moderado es la dieta sin sal y diuréticos como la espironolactona y furosemida; se requiere un monitoreo estricto de los electrolitos y la función renal. Para la ascitis severa o a tensión se les debe realizar paracentesis y luego continuar con diuréticos (16).

Hemorragia digestiva:

El sangrado digestivo representa el 50% de HDA en pacientes cirróticos y lleva a una alta mortalidad; por lo que se recomienda establecer un acceso venoso rápido y comenzar la reanimación con líquidos y transfusiones de hemoderivados; para pacientes con HDA no masivo se recomienda la transfusión sanguínea cuando la hemoglobina está por debajo de 7, con un

objetivo no mayor de 8; ya que esto puede aumentar el resangrado y las tasas de mortalidad por aumento de la presión portal.

Toda HDA en pacientes cirróticos se debe considerar varices esofágicas hasta no demostrar lo contrario y se recomienda la administración de terlipresina y antibióticos endovenosos lo que podría controlar el sangrado en un 80%, se ha demostrado que esto reduce la mortalidad y el riesgo de desarrollar infecciones post sangrado (16).

Encefalopatía hepática:

Se trata de trastornos neurológicos, donde se desconoce el mecanismo exacto, se cree que se debe al exceso de toxinas circulantes (amoníaco y glutamina) que cruzan la barrera hematoencefalica.

Se puede clasificar en grados:

Dentro de los factores precipitantes de la encefalopatía hepática están las infecciones, estreñimiento, alteraciones electrolíticas (hipokalemia particularmente), sedantes y sangrado digestivo. Su manejo consta de tratar el factor precipitante y de favorecer la eliminación de las toxinas usando lactulosa y enemas. En caso que el paciente no responda a este manejo, se puede agregar rifaximina (16).

Hipertensión portal:

La hipertensión portal es considerada una patología que se caracteriza por la elevación de la gradiente de presión portal que es calculada como la diferencia de la presión portal menos la presión de la vena cava inferior, esta última depende del flujo venoso y la resistencia vascular. Es importante el diagnóstico de la hipertensión portal ya que puede presentar complicaciones asociadas como la hemorragia variceal, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal y encefalopatía hepática (17).

Sus manifestaciones clínicas pueden presentarse cuando hay un incremento de la gradiente de presión portal por encima de 10mmHg. La prevalencia es del 100% en pacientes con cirrosis descompensada y 7% en pacientes compensados (18).

Síndrome hepatorenal:

El síndrome hepatorenal y la lesión renal aguda son complicaciones comunes de la cirrosis hepática que pueden conducir a mortalidad; la fisiopatología es complicada e involucra procesos incluidos la vasodilatación esplácnica. Su manejo requiere un enfoque sistemático, se ha visto mejoría con tratamiento farmacológico pero la mejor opción es el trasplante hepático con o sin trasplante renal (19).

Otra complicación importante pero poco frecuente es el síndrome hepatopulmonar, que cuenta con criterios diagnósticos: evidencia de cirrosis hepática con manifestaciones de HTP, hipoxemia arterial evidenciada en análisis de gases arteriales estando el paciente en reposo, test de burbujas positivo mediante ecocardiografía transtorácica (20).

Hepatopatía alcohólica:

Cuando un paciente tiene consumo crónico de alcohol puede traer por consecuencia: hígado graso, hepatopatía alcohólica y cirrosis, siendo esta la causa de muerte por cirrosis de hasta el 40%. La hepatitis y cirrosis alcohólica se relacionan con un consumo de 160g/día de alcohol durante 10 a 20 años (12). Se ha descrito que consumir entre 40 a 80g/día de alcohol incrementa la frecuencia de presentar hepatopatía alcohólica en un 16.7% y que el consumo mayor a 80g/día, es un factor de riesgo principal de desarrollar cirrosis; así a su vez, el consumir alcohol fuera de las horas de comida también incrementa el riesgo (21).

El hígado graso se caracteriza por hepatomegalia asintomática con ligera alteración de las pruebas hepáticas y se puede revertir con la abstinencia de etanol. La clínica de la hepatitis alcohólica puede ser asintomática o presentar insuficiencia hepática grave, con ascitis, hemorragia digestiva alta y encefalopatía; es usual encontrar síntomas inespecíficos. El diagnóstico se define por biopsia hepática: inflamación de hepatocitos, cuerpos de Mallory (sustancia hialina alcohólica), infiltración de PMN, necrosis de hepatocitos y fibrosis venular pericentral (12).

Los exámenes de laboratorio pueden mostrar ictericia, coagulopatía, neutrofilia y un aumento ligero de transaminasas (hasta 2 a 6 veces el límite superior dentro de la normalidad) con una relación TGO/TGP >2. La abstinencia alcohólica puede mejorar el pronóstico de los pacientes; también se recomendó el uso de prednisona 40mg durante 28 días, pero el principal riesgo del uso de corticoides en pacientes alcohólicos es la sepsis (16).

Escalas predictivas de la enfermedad hepática alcohólica:

Se utiliza diferentes scores para manejar y determinar la gravedad de la enfermedad, poder predecir la mortalidad y de esta forma, poder indicar un tratamiento. Existen varios scores para determinar la gravedad de la enfermedad. El primer score que ayudó a diferenciar una mortalidad a corto plazo fue la función discriminadora de Maddrey (FdM), ≥ 32 predice una mortalidad alta a corto plazo (20- 50%). Se han desarrollado más scores pronosticas como el MELD, ABIC y Glasgow (22).

Función de discriminación de Maddrey (FD):

Este score fue descrito por Maddrey y Boinott en el año 1978 en EE. UU, en un estudio donde se evaluó el rol de la prednisolona a dosis de 40 mg por día vs usar un placebo en aquellos pacientes que tengan hepatitis alcohólica después de 28 a 32 días; donde se demostró que las elevaciones de la bilirrubina y tener el tiempo de protrombina prolongado podrian asociarse a tener mayor mortalidad a corto plazo. La fórmula fue modificada en el año 1989 por el mismo grupo y se ha denominado Función de Discriminación modificada de Maddrey (FDm).

La cual se describe como 4.6 multiplicado por el tiempo de protrombina del paciente y la diferencia con el tiempo de protrombina control más la bilirrubina total.

Si de esta ecuación resulta un valor mayor o igual a 32 nos indica que estamos frente a un cuadro grave que presenta un riesgo alto de mortalidad que alcanza entre un 30 a 50% en los 30 a 60 días de la evolución del paciente sin tener un tratamiento establecido. Las ventajas de este score es que es fácil de aplicar, tiene mayor validación clínica y emplea criterios de laboratorio ampliamente disponibles. Por el contrario, su principal desventaja es que no es específico (23).

Score MELD (Model for End-Stage Liver Disease):

Este score ha sido introducido al principio para poder predecir la mortalidad de los pacientes que padecen de cirrosis dentro de los 3 meses, en quienes se instalaba TIPS que son shunts portosistémica intrahepática transyugular; para poder establecer el pronóstico de la hepatitis alcohólica y su mortalidad a los 30 y 90 días; y para seleccionar pacientes candidatos a trasplante hepático. La aplicación seriada de este score ofrece ventajas adicionales, un aumento ≥ 2 puntos durante la primera semana (Delta Δ MELD) está asociado con mayor mortalidad hospitalaria (23).

Score de Glasgow:

Descrita por Forrest y cols. en el año 2005, elaborado específicamente para evaluar la gravedad de la enfermedad hepática de etiología alcohólica; los objetivos de este score son similares a la función discriminatoria de Maddrey. Su principal desventaja es que aún requiere confirmar su aplicación y rendimiento en un mayor número de estudios clínicos (23).

El score de Glasgow es más reciente y usa diferentes variables como la edad, valor de bilirrubinas séricas, valor de urea del primer día, valor de bilirrubina sérica de los días 6 y 9, valor de tiempo de protrombina y el conteo de leucocitos.

El puntaje va de 5-12, el punto de corte para definir gravedad es ≥ 9 con una mortalidad a 90 días del 52% (22).

Score de ABIC:

Este score fue desarrollado por un grupo español en el año 2008. ABIC corresponde a:

A (age) \rightarrow edad

B \rightarrow bilirrubinas séricas

I \rightarrow INR

C \rightarrow creatinina sérica

Este score da valores de 6.71 (riesgo bajo, con buen pronóstico a corto y largo plazo), 6.71-9 (riesgo intermedio, puede beneficiarse de terapias como corticoides o pentoxifilina) y ≥ 9 riesgo alto de mortalidad a 90 días (que requiere un manejo intensivo agresivo), con supervivencia reportada de 100, 70 y 25% respectivamente (22) (23).

2.3 Definiciones conceptuales

Cirrosis hepática: Patología difusa y crónica del hígado, que afecta la estructura y la función; caracterizada por necrosis celular, fibrosis y presencia de nódulos de regeneración (1).

Cirrosis hepática descompensada: trastorno que afecta muchos sistemas que puede llevar a la muerte del paciente, requiere un manejo multidisciplinario para garantizar un manejo temprano y evitar la mortalidad de los pacientes (16).

Score de Glasgow: score elaborado específicamente para evaluar la gravedad de la enfermedad hepática de etiología alcohólica (23).

Score de ABIC: desarrollado por un grupo español en el año 2008. Es un acrónimo de A: edad (Age), B: Bilirrubinas séricas, I: INR y C: Creatinina sérica (22).

Sensibilidad: es la probabilidad de que una persona que tiene una enfermedad obtenga un resultado positivo en una prueba (24).

Especificidad: es la probabilidad de que una persona que no tiene la enfermedad obtenga un resultado negativo en una prueba (24).

Valor predictor positivo: es la probabilidad de una persona con una prueba positiva padezca la enfermedad (24).

Valor predictor negativo: es la probabilidad de una persona con una prueba negativa no padezca la enfermedad (24).

2.4 Hipótesis

El score de Glasgow y ABIC son útiles para poder predecir la mortalidad en los pacientes que padecen de cirrosis hepática alcohólica no compensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudio

El trabajo de investigación es de tipo observacional y analítico.

3.2 Diseño de investigación

El trabajo de investigación es un estudio de evaluación externa de las reglas de predicción clínica.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

Se considero como poblacion del estudio al grupo de pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática alcohólica con algun tipo de descompensación en el Hospital Santa Rosa, 2020- 2023.

3.3.2 Muestra

Pacientes con cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020- 2023 que cumplan con los criterios de inclusión. Primero se calculó la precisión con datos de un estudio previo, el cual salió 71%.

Luego, se calculó el tamaño muestral con el programa estadístico Epidat 4.2 con los datos extraídos de un antecedente, donde resultó como muestra de 75.

3.3.3 Selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- Pacientes que ya tengan el diagnostico de cirrosis hepática alcohólica que tengan más de 18 años y se encuentren en fase de enfermedad descompensada en el Hospital Santa Rosa, en el periodo 2020-2023.
- Aquellos pacientes que hayan ingresado a la hospitalización por descompensación de la enfermedad y tengan alguna complicación.
- Aquellos pacientes que tengan registrados en sus historias clínicas con exámenes de laboratorio completos.

Criterios de exclusión:

- Paciente que tengan algún tipo de falla renal o ya tengan el diagnóstico de síndrome hepatorenal confirmado.
- Pacientes con datos incompletos registrados en la historia clínica.

3.4 Operacionalización de variables

3.4.1 Variables

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Muerte

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Score de Glasgow
- Score de ABIC

VARIABLES INTERVINIENTES:

- Etiología de la cirrosis hepática
- Descompensación de la cirrosis hepática

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
DEPENDIENTE:	Muerte	Cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias o de todas las funciones del encéfalo.	Fallecimiento del paciente con diagnóstico de cirrosis hepática alcohólica que haya tenido una descompensación debido a la enfermedad hepática.	Nominal	Cualitativa	0: SI 1: NO
INDEPENDIENTE:	Score de Glasgow	Score desarrollado el 2005 por Forrest utilizada para el pronóstico de la hepatitis alcohólica. Actualmente, tiene un rol importante en la evaluación de pacientes cirróticos en estado crítico.	Score Glasgow incluye: edad, recuento de células blancas, nivel de urea en la sangre, tiempo de protrombina o INR, y nivel de bilirrubina sérica.	Nominal	Cualitativa	0: <9 BAJO RIESGO DE MORTALIDAD 1: ≥9 ALTO RIESGO DE MORTALIDAD
	Score de ABIC	El score ABIC es una nueva herramienta que permite estratificar el riesgo de muerte en pacientes con HA a los 90 días y 1 año.	Score ABIC = (edad x 0.1)+ (bilirrubina serica x 0.08)+ (creatinina serica x 0.3) + (INR x 0.8)	Nominal	Cualitativa	0: <9 BAJO RIESGO DE MORTALIDAD 1: ≥9 ALTO RIESGO DE MORTALIDAD
INTERVINIENTES:	EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años cumplidos del paciente.	De razón	Cuantitativo	___años
	SEXO	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Característica biológica del paciente.	Nominal	Cualitativo	0: VARON 1: MUJER
	Etiología de la cirrosis hepática	Ciencia médica es utilizada para estudiar el origen o las causas de las diferentes enfermedades (patogenia) que se presentan en el ser humano.	Causa del daño hepático crónico.	Nominal	Cualitativa	0: ALCOHOL 1: INFECCIONES VIRALES 2: ENFERMEDAD AUTOINMUNITARIA

						3: FARMACOS 4: COLESTASIS 5: ENFERMEDAD METABOLICA
	Descompensación de la cirrosis hepática	Complicación clínica de los pacientes que padecen de cirrosis hepática avanzada asociado a una serie de secuelas importantes que pone en riesgo la vida del paciente.	Complicación de la cirrosis hepática que afecta el pronóstico del paciente.	Nominal	Cualitativa	0: HIPERTENSION PORTAL 1: ASCITIS 2: PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA 3: SINDROME HEPATORRENAL 4: ENCEFALOPATIA HEPATICA 5: HEMORRAGIA DIGESTIVA

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se recoleccionalará la información por medio de datos registrados en las historias clínicas de los pacientes. Se usará como instrumento una ficha de datos donde se registrará la información como datos generales (edad, sexo, descompensaciones) y los exámenes auxiliares necesarios para poder calcular cada score.

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

La información que se recolectará será almacenada en una hoja de cálculo que se creará en Excel para luego ser procesada en el programa estadístico SPSS v27.0.

Se construirá tablas de distribución de frecuencia; se usará las pruebas chi cuadrado (significancia estadística con $p < 0.05$). Se realizará el cálculo de sensibilidad, especificidad, razones de verosimilitud positiva y negativa, y exactitud diagnóstica de ambos scores en relación a la mortalidad de la cirrosis hepática.

3.7 Aspectos éticos

Nuestro estudio va a respetar la confidencialidad de la información recavada y será considerada de forma anónima para la recolección de datos, con previa autorización que debe ser otorgada por el comité de ética del Hospital y la autorización de la Universidad Ricardo Palma.

Se tendrá en cuenta para estos aspectos éticos la declaración de Helsinki y debe cumplirse los artículos número 64 y 86 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, cumpliendo con no inventar y/o falsificar información.

CAPITULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

Los recursos necesarios para el trabajo de investigación son: recurso humano (la investigadora y el asesor), las historias clínicas correctamente llenadas y con la información completa, la ficha de recolección de datos, laptop, programas estadísticos y servicio de internet.

4.2 Cronograma

ETAPAS	2022		2023	2024	
	Febrero	Marzo		Febrero – marzo	Abril
Realización del proyecto	x	x			
Revisión bibliográfica		x			
Procesamiento de información			x	x	
Presentación del proyecto					x

4.3 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO (\$/)	
			UNITARIO	TOTAL
PERSONAL				
Asesor estadístico	Horas	120	15	1800
BIENES				
Papel bond	500	500	15	15
Lapiceros	5	5	3	15
Resaltador	1	1	3	3
Grapas	500	500	10	10
CD – USB	1	1	30	30
Espiralado	3	3	5	15
Internet	30	30	11	330
COSTO TOTAL				2218

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Candas S, Valdes M, Cabrera A. Caracterizacion de pacientes con cirrosis hepatica por alcoholismo. *Revista Cientifico Estudiantil*. 2020; 59(277).
2. Velasquez S, Giralda M. Etiologia, estadio y complicaciones de la cirrosis hepatica en un hospital de referencia en Paraguay. *Revista virtual de la sociedad de Paraguay de Medicina Interna*. 2018; 5(2).
3. Fernandez J, Aracil C, Sola E, Soriano G. Evaluacion y tratamiento del paciente cirrotico critico. *Gastroenterologia y Hepatologia*. 2016; 39(9).
4. Božin T, Rob Z, Cmarec L, Grgurevic I, Lucijanic M. Comparison of prognostic scores for alcoholic hepatitis: a retrospective study. *Croat Med J*. 2021; 62.
5. Iyer A, Devadas K, Varghese A. Comparison of conventional scoring systems versus MAGIC score to predict short-term mortality in patients hospitalized for alcoholic hepatitis. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2020; 55.
6. Liang Chen L, Zheng J, Caia J, Jieb Y, Zhang Y. Predictive Value of Age-BilirubinInternational Normalized Ratio-Creatinine Score in Short-Term Survival of Acute-onChronic Hepatitis B Liver Failure. *Cell Physiol Biochemistry*. 2018; 51.
7. Gerling N, Garate C, Furlong O, Tortosa F. Análisis de criterios diagnósticos y escores pronósticos en pacientes internados con presunción de hepatitis alcohólica. Escores pronósticos en hepatitis alcohólica. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019; 49(1).
8. Chavez W. Utilidad de los scores de Glasgow y score ABIC como predictores de muerte en pacientes adultos con cirrosis hepática alcohólica descompensada. Tesis para obtener el título de medico cirujano. Trujillo : Universidad Privada Antenor Orego , Facultad de Medicina Humana.
9. De Souza J, Chaves R, Viera G. Usefulness of a new prognostic index for alcoholic hepatitis. *Arquivos de gastroenterologia*. 2015; 52(1).

10. Papastergiou V, Tsochatzis E, Burroughs A. Nine scoring models for short-term mortality in alcoholic hepatitis: cross-validation in a biopsy-proven cohort. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2014; 39.
11. Higuera M, Tijera M, Perez J. Utilidad de tres escalas pronósticas para determinar mortalidad temprana en pacientes con hepatitis alcohólica en el Hospital General de México. *Revista de Gastroenterología de México*. 2010; 3(75).
12. Jameson L, Fauci A, Kasper D, Hauser S. Harrison. Principios de medicina interna. 20th ed.: Mc Graw Hill; 2020.
13. Roesch F, Gonzalez M, Sanchez Y, Diaz F, Cano A, Amieva M. Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática. *Revista de Gastroenterología de Mexico*. 2020; 86.
14. Parola M, Pinzani M. Liver fibrosis: Pathophysiology, pathogenetic targets and clinical issues. *Molecular Aspects of Medicine*. 2018; 30(40).
15. Asociación Catalana de Malalts d'Hepatitis. Cirrosis..
16. Mansour D, Mcpherson S. Management of decompensated cirrhosis. *Clinical Medicine*. 2018; 18(2).
17. Muñoz O, Ferrusquia J, Serna L, Cárdenas A. Métodos diagnósticos en hipertensión portal. *Asociación Colombiana de Gastroenterología*. 2021.
18. Bosch J, Abraldes J, Albillos A, Aracil C, Bañares R. Hipertensión portal: recomendaciones para su evaluación y tratamiento. *Gastroenterol Hepatol*. 2012; 35(6).
19. Gupta K, Bhurwal A, Rustgi V. Acute kidney injury and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *World Journal of Gastroenterology*. 2021; 27(26).
20. Valenzuela V, Calle S, Bautista J, Villa H. Prevalencia y severidad del síndrome hepatopulmonar en pacientes con cirrosis hepática del Hospital

Nacional Cayetano Heredia, entre enero y diciembre del 2015. Revista de Gastroenterología del Perú. 2017; 37(4).

21. Ospina J, BUstamante M, Tangarife V, Restrepo J. Hepatitis alcohólica. Medicina & Laboratorio. 2014; 20(3-4).
22. Velarde J, Torre A. Consenso Mexicano de hepatitis alcohólica. Revista de Gastroenterología de México. 2020; 85(3).
23. Ruiz A, Benitez C. Modelos de clasificación pronóstica en hepatitis alcohólica. Gastroenterología latinoamericana. 2014; 25(2).
24. Torregroza E. Pruebas diagnósticas: Fundamentos de los estudios diagnósticos, evaluación de la validez e interpretación clínica de sus resultados. Rev Colomb Cir. 2021; 36.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Son útiles el score de Glasgow y ABIC para predecir la mortalidad en aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023?	<p>General:</p> <p>Determinar la utilidad del score de Glasgow y ABIC para predecir la mortalidad en aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y negativo del score de Glasgow para la predicción de mortalidad en aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada. - Establecer la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y negativo del score de ABIC para la predicción de mortalidad en aquellos pacientes que tienen cirrosis hepática alcohólica descompensada. 	<p>Hipótesis alterna:</p> <p>El score de Glasgow y ABIC son útiles para poder predecir la mortalidad en los pacientes que padecen de cirrosis hepática alcohólica no compensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023.</p> <p>Hipótesis nula:</p> <p>El score de Glasgow y ABIC no son útiles para poder predecir la mortalidad en los pacientes que padecen de cirrosis hepática alcohólica no compensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muerte <p>VARIABLES INDEPENDIENTE S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Score de Glasgow - Score de ABIC <p>VARIABLES INTERVINIENTE S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etiología de la cirrosis hepática - Descompensación de la cirrosis hepática 	<p>Estudio de tipo observacional, transversal, analítico; estudio de evaluación externa de las reglas de predicción clínica.</p>	<p>POBLACION:</p> <p>Historias clínicas de pacientes con cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020- 2023.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>Historias clínicas de pacientes con cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020- 2023 que cumplan con los criterios de inclusión.</p>	<p>TECNICA:</p> <p>Recolección de información de historias clínicas.</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>	<p>La información recolectada será almacenada en una hoja de cálculo Excel y luego será procesada en el programa estadístico SPSS v27.0.</p> <p>Se construirá tablas de distribución de frecuencia; se usará las pruebas chi cuadrado (significancia estadística con $p < 0.05$). Se realizará el cálculo de sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y exactitud diagnóstica de ambos scores en relación a la mortalidad de la cirrosis hepática.</p>

2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

Fecha: _____ / _____ / _____

Nº: _____

Nº de historia clínica: _____

I. DATOS GENERALES:

❖ Edad: _____ años

❖ Género: Masculino () Femenino ()

❖ Grado de instrucción

❖ Complicaciones:

i. Hipertensión portal ()

ii. Ascitis ()

iii. Peritonitis bacteriana espontanea ()

iv. Síndrome hepatorenal ()

v. Encefalopatía hepática ()

vi. Hemorragia digestiva ()

II. EXAMENES DE LABORATORIO:

1. Bilirrubina mg/dl: _____

2. Úrea mg/dl: _____

3. Creatinina mg/dl: _____

4. Tiempo de protrombina seg: _____

5. INR: _____

6. Recuento de células blancas (RCB):

7. Grado de ascitis:

(__) ninguno

(__) leve

(__) refractaria

Puntuación de GAHS: _____

Puntuación SCORE ABIC: _____

III. CONDICION AL ALTA: Fallecido ()

Vivo ()

3. SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL:

CARTA DE PRESENTACION

ASUNTO:

SOLICITUD DE RECOLECCION DE DATOS CON RESPECTO A UTILIDAD DEL SCORE DE GLASGOW Y SCORE ABIC COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, 2020-2023

Me es grato dirigirme a ud Dra Sonia Indacochea Caceda, teniendo en cuenta que posee el cargo de presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Ricardo Palma.

Necesito su permiso para poder aplicar mi proyecto de tesis, extrayendo información de las historias clínicas en el formato de la ficha de recolección de datos para poder desarrollar mi investigación con la cual optaré por el título de médico especialista.

El título del proyecto de la investigación es: "Utilidad del score de Glasgow y score ABIC como predictores de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023".

La investigadora es: Yojana Gonzales Quispe, investigadora principal, Universidad Ricardo Palma, celular 931224274.

Expresándole mis respetos y consideración, agradezco por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,



Yojana Gonzales Quispe

DNI: 70570397