



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Perfil clínico epidemiológico de la hemofilia en Hospital de ESSALUD del nivel III de atención Trujillo, 2008 al 2018.

TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

Piscoya Toro, Manuel (ORCID: 0000-0002-5597-1360)

ASESORES

Dra. Llaque Sánchez, María Rocío del Pilar (ORCID: 0000-0002-6764-4068)

Dr. Salinas Rodríguez, Virgilio (ORCID: 0000-0002-3494-6975)

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no transmisibles

Trujillo - Perú

2019

DEDICATORIA

A MI MADRE

Por ser la inspiradora y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de mis anhelos más deseados.

Por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ella he logrado estar hasta aquí y convertirme en un futuro Médico.

A todas las personas que me han apoyado durante este proceso, tíos, amigos, maestros que han hecho que este trabajo se realice con éxito, en especial a aquellos que me abrieron las puertas compartiendo sus conocimientos y sobre todo su tiempo.

MANUEL PISCOYA TORO

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por guiar mi camino y por permitirme concluir con éxito este gran objetivo.

A (asesores)

Dr. Virgilio Salinas Rodríguez quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en la investigación. A la Dra. María del Rocío Llaqué Sánchez por sus consejos, enseñanzas, apoyo constante para concluir este objetivo.

A la Universidad Por brindarme estos años de pregrado con una calidad buena de docentes a su vez brindarme las facilidades en la documentación y todo proceso educativo.

MANUEL PISCOYA TORO

El jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (a):

MANUEL PISCOYA TORO cuyo título es: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA HEMOFILIA EN HOSPITAL DE ESSALUD DEL NIVEL III DE ATENCIÓN TRUJILLO, 2008 AL 2018

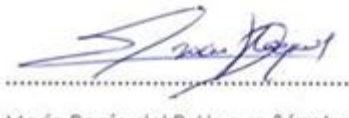
Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, ortográficamente calificado de: ...13... (número)Trece.....
.....(letras)

Trujillo 06 de diciembre del 2019



MG. Ricci Ponce de López

PRESIDENTE



María Rocío del P. Llaque Sánchez

SECRETARIO



.....
.....
.....

MG. Ángela M Rodríguez Díaz.

VOCAL

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vice Rectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Manuel Piscoya Toro con DNI N° 46186456 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 06 de diciembre del 2019



PISCOYA TORO MANUEL

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: “PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA HEMOFILIA EN HOSPITAL DE ESSALUD DEL NIVEL III DE ATENCIÓN TRUJILLO, 2008 AL 2018”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

Manuel Piscoya Toro.

INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
.....	iv
PRESENTACIÓN.....	v
INDICE.....	vi
RESUMEN	vii
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MÉTODO.....	18
2.1. Tipo y diseño de investigación.	18
2.2. Operacionalización de variables.....	18
2.2.1. Variables: Perfil clínico epidemiológico de la hemofilia.....	18
2.2.2. Operacionalización de variables:.....	18
2.3. Población, muestra y muestreo	20
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	20
2.5. Métodos de análisis de datos.....	21
2.6. Aspectos éticos.....	21
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN.....	27
V. CONCLUSIONES	31
VI. RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS.....	33
ANEXO	35

RESUMEN

La presente investigación de enfoque cuanti-cualitativo, diseño no experimental tuvo como objetivo de caracterizar el perfil clínico epidemiológico de la hemofilia en pacientes atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, en el periodo 2008 al 2018. Se revisaron las historias clínicas de 30 pacientes con hemofilia, concluyendo que la hemofilia A es el trastorno hemorrágico más común. El sedentarismo es el principal antecedente personal de los pacientes, la hemofilia A es el antecedente familiar con mayor presencia, la equimosis es la manifestación más frecuente. La localización de la hemorragia en pacientes con hemofilia, se da más frecuentemente en encías, el tratamiento más frecuente es el factor VIII y el tratamiento no farmacológico más usado es la fisioterapia. La mayor cantidad de pacientes fueron de zonas urbanas, de sexo masculino y con una presencia mayor en pacientes de 25 a 44 años.

Palabras clave: *Hemofilia, perfil epidemiológico, perfil clínico.*

ABSTRACT

The present research of quantitative-qualitative approach, non-experimental design, aimed to characterize the epidemiological clinical profile of hemophilia in patients treated at the EsSalud Hospital level III of care in Trujillo, in the period 2008 to 2018. The medical records of 30 patients with hemophilia, concluding that hemophilia A is the most common bleeding disorder. Sedentary lifestyle is the main personal history of patients, hemophilia A is the family history with the greatest presence, ecchymosis is the most frequent manifestation. The location of the hemorrhage in patients with hemophilia occurs most frequently in gums, the most frequent treatment is factor VIII and the most commonly used non-pharmacological treatment is physiotherapy. The largest number of patients were from urban areas, male and with a greater presence in patients aged 25 to 44 years.

Keywords: Hemophilia, epidemiological profile, clinical profile.

I. INTRODUCCIÓN

La hemofilia es una enfermedad hemorrágica congénita y hereditaria, originada tras mutaciones vinculadas al cromosoma X; en el cual existe una ausencia o deficiencia cuantitativa o funcional del factor VIII la cual se denomina hemofilia A y del factor IX denominada hemofilia B, siendo esta última cinco veces menos común que la hemofilia tipo A. Este desorden se encuentra ligado al sexo masculino que es en quien se manifiesta, en tanto el sexo femenino es el portador. La clínica de la hemofilia se manifiesta tras la presencia de hemorragias internas o externas en distintos puntos del organismo con una mayor incidencia en músculos y articulaciones (tobillos, rodillas y codos). La severidad de esta misma depende del nivel plasmático de los factores ya mencionados, de esta forma se clasifica de tres maneras: hemofilia severa (menos del 1% del factor) en la cual los episodios hemorrágicos tienden a ser frecuentes y espontáneos; hemofilia moderada (de 1 a 5%) donde en el sangrado suele ser menos frecuente por traumatismos insignificantes, y hemofilia leve (mayor al 5% del factor) donde el cuadro hemorrágico tiende a ser muy infrecuente y mayormente ocasionado por traumatismos severos y/o cirugías¹.

La hemofilia se encuentra dentro del grupo de enfermedades raras, puesto que su incidencia tiene un aproximado de un caso por cada quince mil habitantes, pese a ser poco frecuente se sigue haciendo hincapié en la importancia de conocer su aspecto clínico, las cifras de incidencia, prevalencia y letalidad. Todo ello ha fomentado la búsqueda de pacientes con dicho problema con la finalidad de promover su identidad y así mismo buscar profundizar la investigación y de esta manera lograr la combinación de recursos².

Novo Nordisk publicó un informe, en el cual se estimó que existió 420 000 personas con hemofilia a nivel mundial; del cual un 76 % engloba a los pacientes con hemofilia tipo A, un 16% a los pacientes con hemofilia tipo B y un reducido 8% pertenece a un grupo sin clasificar, todo ello basado en un reporte emitido por la Federación Mundial de Hemofilia, dichas cifras describen la realidad mundial de los pacientes con dicho padecimiento³. La hemofilia se encuentra ligada al cromosoma X con un patrón recesivo. Por lo general dichas alteraciones son mutaciones puntuales (46%), inversiones (42%), por delección (8%) y un 4% les pertenecen a mutaciones cuya identificación es incierta⁴.

A nivel nacional, no se ha logrado el abordaje de la hemofilia en sus múltiples ámbitos, por lo cual no se tiene la certeza de la variedad de dificultades que son parte de la vida habitual de un paciente con dicha afección, ya sea de manera doméstica, laboral o escolar dependiendo del desempeño de este; por esto se debe investigar para obtener de manera clara las limitaciones por la cual se ven en dificultades dichos pacientes⁵. Así también, según cifras del Ministerio de Salud, en el Perú existen alrededor de 1002 pacientes que padecen la enfermedad de forma oficial (a abril de 2019), pero existe la posibilidad de que esta cifra sea mayor, pues al ser hereditaria, los niños y adultos vinculados a los pacientes podrían también padecerla⁶.

En el Hospital de EsSalud del nivel III de atención Trujillo, durante los últimos años, se han presentado casos de hemofilia, sin embargo, no se ha abordado investigar sobre el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes a pesar de que las atenciones por esta enfermedad son frecuentes, llegando a ser atendidos de forma externa para hemofilia A en el 2018 un 23,8% más en referencia al año anterior y en el 2019 se ha observado un incremento de 53,8% respecto al año 2018. Para el caso de la hemofilia B, en el segundo semestre del 2019 se ha presentado un incremento del 75% de la cantidad de casos respecto al año 2018⁶.

Esta realidad, invoca a impulsar los conocimientos necesarios; partiendo de un diagnóstico certero, una correcta evolución clínica y un tratamiento adecuado, por todo ello viene siendo importante lograr profundizar en las enfermedades poco comunes como es el caso de la hemofilia. Se ha logrado un avance en la atención en pacientes con hemofilia que tienen como base diversas pruebas científicas y aun se continúa buscando fortalecer dichas pruebas lo cual sería de suma utilidad para lograr una mejora en la calidad de atención a este pequeño grupo de pacientes⁴.

El no abordar correctamente esta enfermedad, la morbilidad y la mortalidad de la hemofilia podría ser frecuente, ya que un 7 a 8 de cada 10 pacientes no reciben tratamiento o el que reciben no es el adecuado; las causas de mortalidad incluyen: infartos agudos de miocardio, accidentes cerebro-vasculares hemorrágicos, fibrilación auricular complicada y en menor proporción se presentan las complicaciones por el virus de inmunodeficiencia humana y el virus de la Hepatitis tipo B⁷.

Tras revisar información procedente de artículos científicos y tesis, se encontró publicaciones de investigadores extranjeros que han abordado sobre la hemofilia. Entre éstos tenemos:

Mazabanda D. (Ecuador, 2013), presentó una investigación sobre la atención primaria de salud teniendo como problema característico lo clínico – epidemiológico de los pacientes hemofílicos y su relación con su desempeño educativo - laboral, donde la incidencia de las hemorragias la más frecuente fue hemartrosis (70-80%), músculo/tejidos blandos (10-20%), otras hemorragias importantes (5-10%), hemorragias en el sistema nervioso central (<5%), dentro de la incidencia de hemorragia en diferentes articulaciones la más frecuente es la rodilla (45%), codo (30%), Tobillo (15%), hombro (3%), cadera (2%), otras (2%)⁵.

Sánchez J. (Colombia, 2017), estudió 48 pacientes, lo cual el 97,9% presentó hemofilia tipo A, donde el 12,5% fueron leve, 43,8% moderado y 41,7% severa. El 35% de los pacientes con hemofilia severa llegaron a desarrollar anticuerpos contra el factor VIII. El 66% de los pacientes llegó a presentar alguna manifestación de la patología en los últimos 6 meses y el 61,7% refieren que ha tenido un impacto negativo en algún aspecto de su vida⁷.

Martínez L. et al. (Colombia, 2017) estudiaron 36 hombres con hemofilia durante 6 años, predominó la edad entre 19 a 44 años; 9 de cada 10 pacientes tenían hemofilia tipo A, al 63,9 % de pacientes se les diagnosticó hemofilia al año de vida, las manifestaciones clínicas principales fueron hemartrosis (94,4%), hematomas musculares (80,6%) y equimosis (77,8%). Los antecedentes personales encontraron: hipertensión (8,3%), sedentarismo (8,3%), tromboflebitis (5,6%), dislipidemia (5,6%), tromboembolismo (2,8%), tabaquismo (2,8%). Antecedentes familiares frecuentes: enfermedad cardiovascular (52,8%), hemofilia (61,1%); dentro de ello tíos (27,8%), hermano (13,9%), primo (11,1%), abuelo (11,1%)⁸. Las causas de hospitalización fueron por alguna complicación propia de la enfermedad siendo la hemartrosis mayor (80,6%). Un 50% de pacientes se vio afectado por algún tipo de discapacidad, entre ellas la física (44,4%). El tratamiento farmacológico más usado fue: 88,9% recibían profilaxis con factor VIII y de manera adicional llevaban tratamiento no farmacológico como la natación (77,8%), seguida por la fisioterapia (69,4%) y finalmente la psicoterapia con la cifra más baja (50%)⁸.

Fuenmayor A. et al (Colombia, 2017), en su estudio señalaron que existieron características principales de los pacientes que aceptaron ser parte del estudio: basándose en la severidad la hemofilia leve y moderada obtuvieron un puntaje promedio menor de cuatro (4) lo que refleja una depresión mínima, mientras que el grupo con hemofilia severa el

puntaje promedio fue de cinco (5) lo cual no estaría revelando un estado depresivo leve. En tanto cuando se refiere a los factores de riesgo de morbilidad el 27,1% de los pacientes se cursaba con dislipidemia, con sobrepeso u obesidad un 20%, 11,8 % eran fumadores, 8,5% tenían HTA. La artropatía hemofílica se observó en el 71,2% de los pacientes sometidos a dicho estudio, de las cuales las articulaciones con mayor grado de afectación fueron: rodilla (48,3%), tobillo (24,7%), codo (19,1%), cadera (4,5%), hombro (3,3%)⁹.

García J. et al. (México, 2013), en su investigación describieron la situación de la hemofilia en México y países de Latinoamérica, donde el país latinoamericano con más personas con dicha afectación es Brasil con un aproximado 10,065 personas, México 4,527 personas, Argentina 2,264 personas, Venezuela 2,040 personas, Colombia 1,917 personas, Chile 1,252 personas, Perú 743 personas, Paraguay 448 personas, Cuba 403 personas, Honduras 283 personas, Panamá 262 personas, Ecuador 251 personas, República Dominicana 249 personas, Uruguay 236 personas, Nicaragua 217 personas, Costa Rica 194 personas, Guatemala 114 personas, Belice 14 personas. Con un total de 25,447 personas con hemofilia¹⁰.

Moreira M. et al. (Costa Rica, 2010), estudiaron a 179 pacientes diagnosticados con hemofilia, 148 (83 %) hemofilia tipo A, 22(12%) hemofilia tipo B y el 9(5%) no clasificadas. Obteniendo que la edad de mayor predominio fue entre 15 - 19 años con un porcentaje de 18.9%; el 25.7% procedentes de Managua, prevaleciendo la raza mestiza con un 74%. La mayoría diagnosticados a la edad de 0 a 4 años, presentando antecedentes familiares el 72%. El sangrado y hemorragia son las manifestaciones clínicas más frecuentes. En relación a los niveles de severidad, fue diagnosticado como grave un 23%, moderado 18% y leve 11%. El Plasma fresco congelado y crio precipitado son los hemo-componentes más trasfundido, 74.3% y 73.1% respectivamente. Un 19.5% la hepatitis C fue la infección frecuentemente adquirida a través de transfusiones¹¹.

Estos antecedentes, permitieron conocer el comportamiento de la hemofilia en parte del continente americano, y para profundizar sobre esta enfermedad congénita, se recurrió a bibliografía actualizada, en la cual se encontró que la hemofilia se define como una enfermedad hemorrágica hereditaria y congénita, que se origina tras mutaciones vinculadas al cromosoma X; en el cual existe una ausencia o deficiencia cuantitativa o funcional del factor VIII la cual se denomina hemofilia A y del factor IX denominada hemofilia B, siendo esta última cinco veces menos común que la hemofilia tipo A¹. La hemofilia tipo A y la

hemofilia tipo B suelen ser indistinguibles. Los factores VIII y IX suelen ser esenciales para generar de manera eficaz la trombina en el mecanismo de coagulación. El factor VIII es un cofactor no enzimático que sumado al factor IX, fosfolípidos plaquetarios y iones de calcio, forman un complejo tenaz a lo cual activara al factor X, lo cual concluye con la formación de un coagulo firme, en pacientes hemofílicos todo lo anteriormente descrito se encuentra afectado lo cual se ve expresado en las manifestaciones hemorrágicas¹².

El gen del factor VIII es grande y complejo, está constituido de 186 kilobases (kb), que se distribuyen en 26 exones que se transcriben como un ARNm de 9 kb, y codifica para una proteína de cerca de 300 kD.^{13,14} Se encuentra ubicado a 1,5 Mb del telómero, en el brazo largo del cromosoma X, en la región Xq28. El sitio principal donde se produce el factor VIII es el hígado. Algunas evidencias actuales muestran que dicha síntesis ocurre en las células endoteliales de las sinusoides hepáticas y en los hepatocitos. En tanto el gen del factor IX suele ser más pequeño y de estructura simple, se ubica en el brazo largo del cromosoma X, está compuesto por 8 exones que se transcriben como un ARNm de 2,8 kb, El producto del gen es una serinproteína de 415 aa, vitamina K dependiente que va intervenir junto con su cofactor no enzimático FVIII en la activación del factor X de la coagulación. El avance obtenido en los últimos años de estudios moleculares y bioquímicos que se encuentran relacionados con la hemofilia, ha permitido al mundo conocer las características intrínsecas de los factores ya mencionados, su mecanismo etiopatogénico para el posterior desarrollo de terapéuticas menos inmunogénicas para el tratamiento de estos pacientes¹².

El cuadro sintomático puede presentarse desde una edad muy temprana (recién nacido) donde el paciente debuta por un sangrado en el muñón umbilical que suele ser prolongado, cefalohematoma o hemorragia postquirúrgica. En pacientes lactantes el cuadro se va evidenciar por pequeños hematomas submucosos producto de la erupción dental; cuando el paciente empieza a caminar el cuadro clínico se pone en evidencia tras la aparición de hematomas en nalgas, rodillas y frente; conforme incrementa la actividad física los hematomas suelen ser más severos para la posterior aparición de la hemartrosis⁵.

El cuadro clínico de un paciente hemofílico tiene como base las hemorragias que son la característica de este padecimiento, la hemartrosis (rodillas, tobillos, codos) suelen ser las más frecuentes, seguidos por los hematomas ya sean superficiales o profundos y las hemorragias cerebrales, todo esto en conjunto van a constituir el 95% de las hemorragias. Estas hemorragias suelen ser tardías, lo que se entiende que no es inmediata a la lesión ya que esta inicia minutos posteriores al traumatismo, lo cual explica por qué este tipo de pacientes poseen íntegra la hemostasia primaria¹⁰.

Parte de la característica clínica de las hemorragias es la proporcionalidad que existe entre el grado de deficiencia del factor hemostático y el sangrado, por lo cual el patrón hemorrágico varía entre pacientes¹³. No se puede dejar fuera del cuadro clínico de la hemofilia la hematuria, estos suelen ser espontáneos y asintomáticos, cuando hay presencia de dolor suele ser a consecuencia de la presencia de coágulos en pelvis renal o uréter; posteriormente pacientes que cursan la etapa de adolescencia adicionan labilidad emocional y rechazo a la sociedad, la cual podría ser causante de una negación a recibir el tratamiento con terapia de reemplazo. En esta etapa la complicación más frecuente y de mayor gravedad es la artropatía crónica secundaria a una hemartrosis recidivante⁵.

El diagnóstico se realiza teniendo como base el cuadro clínico junto con los datos de laboratorio, además suele ser de vital importancia que se le realice al paciente una historia clínica completa, examen físico minucioso, así mismo tener en cuenta los antecedentes familiares⁵. Para el diagnóstico de la hemofilia se considera iniciar con: biometría hemática, frotis de sangre periférica y cuagulograma básico en este último tiempo de protombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA), tiempo de trombina (TT) y tiempo de hemorragia (TH); de estas últimas la que mayor refleja a los factores VIII y IX es la TTPA. Otras opciones de pruebas son: la tromboelastograma y la curva de generación de trombina¹⁰.

La muestra de sangre obtenida debe ser analizada dentro de las cuatro horas posteriores a la extracción. Se debe conservar a una temperatura entre 20° C y 25° C, por un tiempo no mayor a cuatro horas¹. El diagnóstico definitivo de la hemofilia y su posterior clasificación se realizan midiendo el nivel funcional del FVIII para la hemofilia tipo A o FIX para la hemofilia tipo B. El diagnóstico diferencial se hace principalmente con la EvW en sus distintas expresiones, la cual tiene un cuadro clínico similar y niveles muy bajos de FVIII¹⁰.

El tratamiento de la hemofilia ha ido evolucionando con el paso de la historia, desde un tratamiento básico con crioterapia y presión local en el sitio donde se origina la hemorragia hasta el punto donde nos encontramos en la actualidad donde una terapia de sustitución realizada de manera suficiente y oportuna le puede brindar al paciente un estado hemostático muy similar al normal. A la fecha se dispone de productos liofilizados, tanto recombinantes como derivados plasmáticos de los FVIII, FIX y FVII, además de complejos activados y adyuvantes como los antifibrinolíticos, análogos de la desmopresina y gomas hemostáticas locales¹⁰. A la fecha se habla de un estándar de oro el cual tiene como base la reposición del factor faltante en el paciente en formato profiláctico (de preferencia) a largo plazo. El tratamiento profiláctico puede ser primario el cual está enfocado a evitar alteraciones articulares, en tanto la profilaxis secundaria va en busca de lograr un retraso en la evolución de la artropatía⁸.

Existen diversos principios básicos en el tratamiento de la Hemofilia de los cuales podemos señalar primordialmente lo siguiente: La terapia de reemplazo debe ser precoz y suficiente, así mismo se debe sostener por un lapso de 24 horas posterior al cese de la sintomatología; el paciente debe permanecer en observación por 24 horas luego de la suspensión de la terapia; la inmovilización debe ser de manera precoz; se debe suspender o evitar el uso de componentes y/o drogas que puedan alterar componentes de la hemostasia; además se debe vigilar de manera exhaustiva los aspectos psicológicos y sociales⁵.

Con los avances en los diversos tratamientos, se observa una ampliación en la esperanza de vida de este grupo de personas, conforme incrementa la longevidad a la par incrementa las expectativas de vivir con un menor número de secuelas, lo cual permite disfrutar la vida al paciente de manera independiente, más allá de los obstáculos que conlleva esta misma. En diversos estudios se mencionan diversos factores que se encuentran vinculados de manera íntima: la edad, el grado de severidad, la disminución de movilidad de articulaciones mayores, e incluso el índice de masa corporal⁹.

En caso de hemartrosis se debe administrar una dosis apropiada de concentrados de factor. Así mismo solicitar radiografías en caso de traumatismo o sospecha de fractura. Elevar el nivel del factor al 30% con los primeros síntomas o después del trauma. Si se está frente a una hemorragia articular de mayor proporción elevar el nivel al 50-60%. El tratamiento se debe llevarse durante 2 a 3 días hasta que los síntomas hayan cedido. Además se debe tener en cuenta medidas adyuvantes: hielo local intermitente, inmovilización de la articulación, reposo temporal y analgésicos⁵.

De acuerdo a los aportes de los investigadores citados, a la información bibliográfica actualizada, y a la realidad nacional y en particular en el incremento de casos de hemofilia tanto en el tipo A y el tipo B, se formuló la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico de la hemofilia en pacientes del Hospital Virgen de la Puerta de EsSalud del nivel III de atención en Trujillo?**

Esta investigación se justifica por su valor de conocimiento, porque será inicio para conocer el perfil clínico y epidemiológico de los casos presentados de hemofilia A y hemofilia B en Trujillo, así como los indicadores de incidencia y prevalencia de la enfermedad. También se justifica en el criterio social, porque permitirá conocer el perfil clínico epidemiológico de los pacientes para que de esta forma se pueda profundizar y hacer un seguimiento epidemiológico de la enfermedad. De esta forma intentar acercarse a las personas con esta enfermedad poco común y brindarles atención médica y tratamiento oportuno pues el no hacerlo podría elevar el riesgo de los pacientes. A la vez, se justifica en el aspecto metodológico porque en la presente investigación se desarrollará un instrumento adaptado a la realidad peruana para determinar el perfil clínico epidemiológico que ayudará a otros investigadores a realizar este tipo de estudios en otros puntos del departamento o a nivel nacional, de esta forma hacer un seguimiento efectivo de la enfermedad y conocer más sobre esta enfermedad poco común.

Como **objetivo general** se planteó, caracterizar el perfil clínico epidemiológico de la hemofilia en pacientes atendidos en el Hospital Virgen de la Puerta de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, durante el periodo del 2008 al 2018.

Los objetivos específicos fueron: (a) identificar las características clínicas de la hemofilia; (b) identificar las características epidemiológicas de la hemofilia (c) Describir la tendencia de la incidencia de hemofilia según los años de estudio.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación.

Tipo de estudio: Aplicado ¹⁴

Diseño de investigación: Descriptiva, observacional, de cohorte retrospectiva, con enfoque cuant-cualitativo. ¹⁴ (Anexo 01)

2.2. Operacionalización de variables

2.2.1. Variables: Perfil clínico epidemiológico de la hemofilia.

2.2.2. Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Perfil clínico epidemiológico de la hemofilia	Enfermedad hereditaria que se caracteriza por un defecto de la coagulación de la sangre debido a la falta de uno de los factores que intervienen en ella y que se manifiesta por una persistencia de las hemorragias ¹⁵	La información se obtuvo de la base de datos y de las Historias Clínicas se considera según Código CIE10	1. D660 2. D670	Cualitativo Nominal
	Sub variable: Perfil clínico Es la expresión empleada para referirse a la sintomatología y signos característicos de una enfermedad ¹⁶	Manifestacion es clínicas	1. Hemartrosis 2. Hematomas musculares 3. Equimosis 4. Hemorragia Digestiva 5. Epistaxis 6. Hematuria 7. SNC 8. Otro	Cualitativo Nominal
		Localización de hemorragias	1. Rodilla 2. tobillo 3. codo 4. cadera 5. hombro	Cualitativo Nominal

		Clasificación según riesgo de sangrado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Severo 2. Leve 3. Moderado 	Cualitativo Nominal
		Tratamiento farmacológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factor VIII 2. Factor VII 3. Factor IX 4. Sin Tratamiento 	Cualitativo Nominal
		Tratamiento no farmacológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Natación 2. Fisioterapia 3. Psicología 4. Hidroterapia 5. Nutrición 6. Taller artesanal 7. Aeróbicos 8. Gimnasio 9. Tenis de mesa 	Cualitativo Nominal
<p>Perfil epidemiológico Es la expresión de la carga de enfermedad que sufre la población, cuya descripción identifica características que la definen, como mortalidad, morbilidad y calidad de vida, teniendo en cuenta el área geográfica y el tiempo¹⁶</p>	Edad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 14 2. 15 a 24 3. 25 a 44 4. De 45 a más 	Cuantitativo de intervalo	
	Sexo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer 	Cualitativo Nominal	
	Procedencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbana 2. Rural 3. Urbano marginal 	Cualitativo Nominal	
	Antecedentes personales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión 2. Sedentarismo o Tromboflebitis 3. Dislipidemia Tromboembolismo 4. Tabaquismo 5. Sobrepeso 6. Obesidad 	Cualitativo Nominal	
	Antecedentes familiares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad cardiovascular 2. Hemofilia 	Cualitativo Nominal	
	Parentesco	<ol style="list-style-type: none"> 1. Padres 2. Hermanos 3. Tíos 4. Abuelos 5. Primos 	Cualitativo Nominal	

2.3.Población, muestra y muestreo

Población: Estuvo constituida por 30 pacientes atendidos en el Servicio de hematología del Hospital de EsSalud del nivel III Alta Complejidad Virgen de La Puerta en el 2018.

Muestra

- **Tamaño de muestra:** Para esta investigación se consideró estudiar a toda la población, dado a que la frecuencia de pacientes con hemofilia es baja.
 - **Unidad de análisis:** Historia clínica del paciente con hemofilia y atendido en el Servicio de hematología.
 - **Unidad de muestreo:** El paciente con hemofilia y atendido en el Servicio de hematología.
- **Muestreo** Debido a que se estudió a toda la población en estudio, se hará uso del muestreo censal¹⁷.

2.4.Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas: Se utilizó la técnica de análisis documental, pues se revisó las historias clínicas ¹⁷.

Procedimiento: Se hizo búsqueda de las historias clínicas de pacientes con hemofilia, tanto de tipo A como de tipo B, se tomó todas las historias clínicas y con ayuda de la ficha de observación se tomó la información necesaria que nos permitiría cumplir con los objetivos propuestos.

Instrumentos: Ficha de registro, este instrumento de tipo cuantitativo el cual constará de dos partes, que permitirá recopilar en la primera parte los datos relacionados a los aspectos epidemiológicos como: edad, sexo, procedencia, antecedentes personales, antecedentes familiares y parentesco. En la segunda, ayudará a recopilar los datos sobre los aspectos clínicos como manifestaciones clínicas, localización de hemorragias, clasificación según riesgo de sangrado, tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Validez y confiabilidad: La validación del instrumento fue dada por el criterio de tres jueces, los cuales son asesores de Medicina y Hematología, quienes evaluaron la validez del contenido desde las variables del estudio y la metodología en la recolección de datos. Donde determinaron que si eran relevantes al estudio y se recomendaba su aplicación ¹⁴.

2.5.Métodos de análisis de datos

Se hizo uso del software estadístico SPSS versión 25, El análisis estadístico fue descriptivo ¹⁷.

2.6.Aspectos éticos

El estudio se realizó respetando los criterios de las Normas de Ética en la investigación considerados en la Declaración de Helsinki preservándose la confidencialidad y la información obtenida. También se obtuvo la aprobación del jurado de Investigación de la Facultad de Ciencias Médica de la Universidad César Vallejo de Trujillo y del hospital de EsSalud del nivel III, donde se realizó la investigación¹⁷.

III. RESULTADOS

PERFIL CLINICO

Tabla 1. Tipo de diagnóstico de los pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo*

Diagnóstico	Cantidad de pacientes	%
Hemofilia A	26	86.7
Hemofilia B	4	13.3
Total	30	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

Tabla 2. Manifestaciones de la hemofilia en los pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo*

Manifestaciones	Cantidad de pacientes	%
Equimosis	8	26.7
Hemartrosis	7	23.3
No presenta	6	20.0
Epistaxis	5	16.7
Hema-musculares	4	13.3
Total	30	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

Tabla 3. Localización de la hemorragia en los pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo*

Localización de hemorragias	Cantidad de pacientes	%
Encías	17	56.7
Encías + nariz	5	16.7
No ha presentado	5	16.7
Encías + tobillo + rodilla	3	10.0
Total	30	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

Tabla 4. Clasificación según riesgo en los pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo*

Clasificación según riesgo	Cantidad de pacientes	%
Leve	19	63.3
Moderado	5	16.7
Severo	6	20.0
Total	30	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

Tabla 5. Tratamiento farmacológico de los pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo*

Tratamiento farmacológico	Cantidad de pacientes	%
Factor VIII	20	66.7
Factor VIII + ácido tranexámico	6	20.0
Factor IX	4	13.3
Total	30	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

Tabla 6. Tratamiento no farmacológico de los pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo*

Tratamiento no farmacológico	Cantidad de pacientes	%
Ninguno	23	76.7
Fisioterapia	4	13.3
Gimnasio	3	10.0
Total	30	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

PERFIL EPIDEMIOLOGICO

Tabla 07. Pacientes nuevos con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo entre los años 2008 y 2018*

Año	Pacientes atendidos en hematología	Casos nuevos de hemofilia	Incidencia *1000/Hb	Pacientes anuales	Prevalencia*1000/Hb
2008	263	5	1.9%	5	1.9%
2009	653	6	0.9%	11	1.7%
2010	806	2	0.2%	13	1.6%
2011	706	3	0.4%	16	2.3%
2012	808	2	0.2%	18	2.2%
2013	773	2	0.3%	20	2.6%
2014	635	0	0.0%	20	3.1%
2015	969	3	0.3%	23	2.4%
2016	1425	3	0.2%	26	1.8%
2017	1521	4	0.3%	30	2.0%
2018	1652	0	0.0%	30	1.8%
Total	10211	30			

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

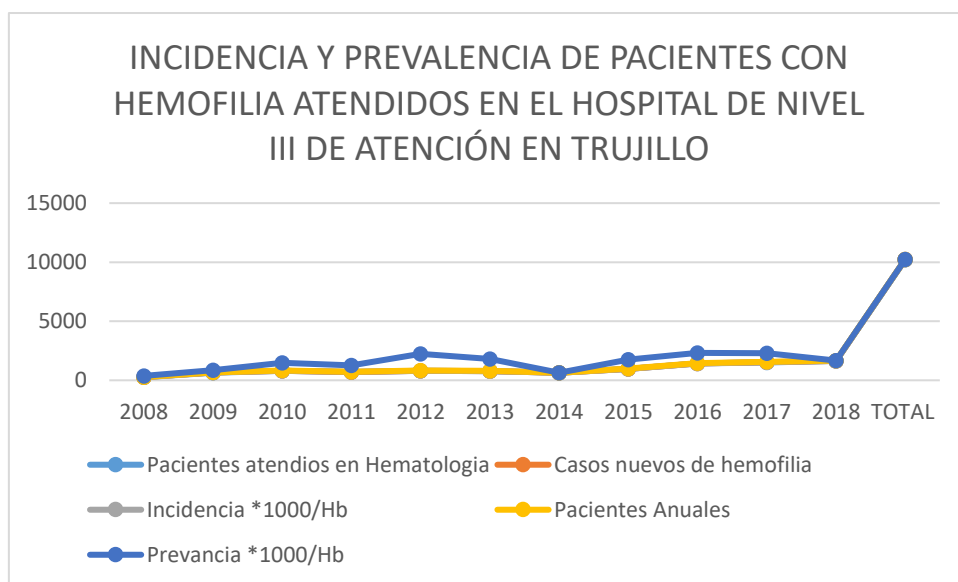


Tabla 8. Pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo según sexo, edad y procedencia*

Procedencia	Femenino		Masculino		Total
	n	%	n	%	
Grupos de edad					
Menos de 14	0	0%	1	3.3%	3.3%
15 a 24	2	6.7%	2	6.7%	13.3%
25 a 44	2	6.7%	16	53.3%	60%
De 45 a más	1	3.3%	6	20%	23.3%
Total, general	5	16.6%	25	83.3%	100%

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

Tabla 9. Pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo según lugar de procedencia*

Zona de Procedencia	N	%
Rural	2	6.7%
Urbana	28	93.3%
Total general	30	100%

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

Tabla 10.- Antecedentes personales de los pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo*

Antecedentes personales	Cantidad de pacientes	%
Sedentarismo	11	36.7
HTA	7	23.3
Obesidad	4	13.3
Sobrepeso	3	10.0
Ninguno	2	6.7
Dislipidemia	1	3.3
HTA + tabaquismo	1	3.3
Tabaquismo	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

Tabla 11. Antecedentes familiares de los pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo*

Antecedentes familiares	Cantidad de pacientes	%
Hemofilia a	24	80.0
Hemofilia b	4	13.3
Enfermedad cardiovascular + hemofilia a	1	3.3
Enfermedad cardiovascular + HTA	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

Tabla 12. Parentesco de los pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo con el antecedente familiar*

Parentesco	Cantidad de pacientes	%
Mamá + tíos	17	56.7
Mamá + primos	5	16.7
Papá + tíos	4	13.3
Mamá + tíos + primos	3	10.0
Mamá + tíos + abuelo	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes con hemofilia

IV. DISCUSIÓN

Del estudio realizado en 30 pacientes con hemofilia atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III Virgen de la Puerta (2008 – 2018), se evidencia que respecto a:

A. Las características clínicas encontramos:

Tabla 1: la hemofilia A fue el tipo de hemofilia con mayor presencia, en un 86,7% de los pacientes atendidos, y la hemofilia B solo se presentó en un 13,3%. Martínez L, et al.⁸ señalaron que en su estudio un 90% presentó la hemofilia de tipo A y un 10% la hemofilia B, a la vez, Sánchez⁷, hemofilia A en un 97,9% y los restantes la de tipo B; y Moreira M.et al¹¹ La hemofilia A 83%, un 12% se presentó la hemofilia B y un 5% de los casos no fueron clasificadas. Se evidencia entonces que la hemofilia tipo A es la más frecuente.

Tabla 2: Las manifestaciones de la hemofilia en los pacientes atendidos fueron: equimosis (26,7%), hemartrosis (23,3%), epistaxis (16,7%), hematoma-musculares (13,3%) y 20% no presentaron manifestaciones. Por su parte, Martínez L, et al.⁸ observaron que el 77,8% mostraron equimosis, 80,6% hematoma-musculares y un 94,4% se le manifestó hemartrosis. Mazabanda⁵ indicó que la hemartrosis (70 a 80%). Sánchez⁷ encontró que la manifestación patológica se dio en un 66% de los pacientes y que el 61,7% de pacientes indicaron que se le presentó algún aspecto negativo en su vida. Así también, Moreira M.et al¹¹, indicaron que la manifestación más frecuente fue sangrado y hemorragia. De acuerdo a estos resultados se observa que la hemartrosis es una manifestación muy frecuente de los pacientes con hemofilia, así como la equimosis y la hematoma-muscular.

Tabla 3: Las localizaciones de la hemorragia en los pacientes de hemofilia, de acuerdo a lo observado en la presente investigación, el 56,7% mostraron hemorragia en las encías, un 16,7% en las encías y nariz, un 10% en encías, tobillo y rodilla; y un 16,7% no ha presentado hemorragias. Fuenmayor, Jaramillo y Salinas⁹ señalaron que los pacientes en su estudio mostraron hemorragia en rodilla en un 48,3%, tobillo en un 24,7%, codo en un 19,1%, cadera 4,5% y hombro en un 3,3%. Así también Mazabanda⁵ observaron en sus pacientes hemorragias en rodillas en un 45% de los casos, codo en un 30%, en tobillo en un 15%, hombro en un 3%, cadera en un 2% y otros en un 2%. Estos resultados nos muestran que, a diferencia de las investigaciones antecedentes, los pacientes en estudio muestran hemorragia

en encías y en mejor proporción en encías, tobillo y rodilla; cuando en otros contextos, las hemorragias en rodillas, tobillo y codos son los más frecuentes.

Tabla 4: La clasificación de riesgo en los pacientes con hemofilia atendidos en la presente investigación fue de 63,3% con riesgo leve, un 20% con riesgo severo y un 16,7% con riesgo moderado; en cambio Sánchez⁷ observó que la clasificación se estructuraba en 41,7% en severa, un 43,8% en moderado y un 12,5% en leve. Así también, Moreira M. et al¹¹ observaron que el riesgo de los pacientes en su estudio, fue de 23% en severo, 18% en moderado, un 11% en leve y 48% no fue clasificado. Estos resultados nos indican que existe la posibilidad que los pacientes actualmente atendidos puedan mostrar mayor riesgo a futuro, por lo cual de suma importancia prevenir un mal manejo de la enfermedad.

Tabla 5: El tratamiento farmacológico de los pacientes, con hemofilia del hospital en estudio, más frecuente fue el factor VIII en un 66,7%, un 20% con Factor VIII y ácido tranexámico y un 13,3% con Factor IX. Martínez L, et al.⁸ indicaron que el 88,9% se trataron farmacológicamente con Factor VIII y Sánchez⁷ indicó que el 35% de los pacientes en su estudio habían generado anticuerpos contra el Factor VIII. Estos resultados nos muestran que el tratamiento más usado en algunas partes de América Latina es el Factor VIII, no obstante, la generación de anticuerpos es un problema que debería tenerse en cuenta.

Tabla 6: Entre los tratamientos no farmacológicos de los pacientes con hemofilia aplicados en el hospital en estudio tenemos el de fisioterapia en un 13,3% de los pacientes, gimnasio en un 10% y en el 76,7% no se aplicó ningún tratamiento no farmacológico. Martínez L, et al.⁸ indicaron que el 69,4% de los pacientes con hemofilia tenían un tratamiento no farmacológico complementario y un 50% tratados con psicoterapia. Esto nos hace reflexionar que no existe la cultura a nivel Perú de buscar alternativas no farmacológicas para combatir o tratar las enfermedades, por lo que sería importante su aplicación en el Hospital en estudio.

B. Características epidemiológicas

Tabla 7: La mayor incidencia ha sido en el 2008, se puede observar que la incidencia bajo y la prevalencia aumento, pese que no hubo casos nuevos en el 2014, indicando una mejor sobre vida del paciente

Tabla 8: Los pacientes atendidos en el hospital de EsSalud de nivel III Virgen de la Puerta desde el 2008 hasta el 2018, se encontró que la edad promedio de los pacientes se encuentra con mayor frecuencia entre los 25 a 44 años, muy cercano de lo visto por Martínez L, et al.⁸, quienes señalaron que la edad promedio se encuentra entre 19 a 44 años y de Moreira M. et al¹¹ los cuales indicaron que la edad se presentaba entre 15 a 19 años. Estas diferencias muestran que la edad no es un factor preponderante, pues muestra mucha variación entre las poblaciones estudiadas.

Tabla 9: Entre las zonas de procedencia, la Urbana (93.3%) supera a los de procedencia Rural (6.7%), que viene hacer la población del departamento de La Libertad no se encontró estudios que refieran procedencias según esta clasificación de zonas, García J.et al¹⁰ nos habla sobre procedencia total en diversos países encabezando con mayor población a Brasil con un aproximado (10,065) personas, Perú (743) y Belice (14).

Tabla 10: En la presente investigación, se encontró que un 36,7% de los pacientes mostraron antecedentes personales de sedentarismo, un 23,3% mostraron HTA, un 13,3% obesidad, un 10% sobrepeso, un 3,3% tabaquismo, un 3,3% HTA y tabaquismo y un 6,7% no mostraron antecedente alguno. Estos resultados, difieren a los encontrados por Martínez L, et al.⁸, quienes señalaron que el 8,3% de los pacientes evaluados tuvieron un antecedente personal de HTA, un 8,3% de sedentarismo, un 5,6% de dislipidemia, y un 2,8% de tabaquismo. Así también, Fuenmayor, Jaramillo y Durán⁹ encontraron que uno de los factores de riesgo de morbilidad más frecuentes fue la dislipidemia en un 27,1% de pacientes, un 8,5% de pacientes mostraron un antecedente de HTA, un 20% de sobrepeso y un 11,8% de tabaquismo, estos resultados difieren de los encontrados en la presente investigación. Posiblemente estas diferencias se deban a que las investigaciones señaladas se aplicaron a pacientes colombianos y un factor que influya en los antecedentes sea las condiciones sociales (práctica de deporte, cultura alimenticia, hábitos de fumar y otros), pues lo más resaltante en las diferencias es en lo relacionado al antecedente de HTA, sedentarismo (mayor caso en peruanos); y en lo vinculado a la dislipidemia, sobrepeso y tabaquismo (mayor caso en colombianos).

Tabla 11: Como enfermedades antecedentes presentadas en los familiares de los pacientes con hemofilia atendidos en el hospital, se encontró que la hemofilia A fue la enfermedad con mayor frecuencia con un 80% de casos; la hemofilia B se presentó en un 13,3% de los familiares de los pacientes atendidos; y la enfermedad cardiovascular y hemofilia de tipo A, así como la enfermedad cardiovascular y la HTA, ambas alcanzaron un 3,3% cada una. Por su parte Martínez L, et al.⁸ indicaron que la enfermedad cardiovascular y HTA se presentó en un 52,8% de los antecedentes, y la presencia de hemofilia en familiares del paciente fue de 61,1%, estos resultados son cercanos a los encontrados en la presente, por lo que puede señalarse que la hemofilia es el antecedente más frecuente.

Tabla 10: Las enfermedades de los antecedentes se presentaron en mayor frecuencia en mamá y tíos en un 56,7%; seguido de mamá y primos en un 16,7%; en papá y tíos en un 13,3%; mamá, tíos y primos con un 10% y la menos frecuente fue mamá, tíos y abuelo con un 3,3%. Por su parte, Martínez L, et al.⁸ indicaron que los antecedentes de la enfermedad aparecieron en mayor frecuencia en mamá y tíos con un 27,8%, en hermanos 13,9%; y en mamá y primos, así como en mamá, tíos y primos, en un 11,1% cada uno. Estas cifras muestran que más probable es presentarse las enfermedades antecedentes en mamá y tíos. Aunque no se presentaron casos en la presente, los hermanos también podrían mostrar antecedentes.

V. CONCLUSIONES

Entre las conclusiones de la presente investigación tenemos:

1. Perfil Clínico: Predomina la hemofilia A con 26 pacientes (86.7%). Equimosis (26.7%) proseguida por hemartrosis (23.3%), sin embargo, el 20% no presenta manifestaciones. La localización más frecuente es el sangrado encías.
2. Perfil epidemiológico: Edades predominantes fueron mayores de 25 años. Procedencia más común fue vivir en zona urbana. Antecedente personal más frecuente fue el sedentarismo, Hipertensión arterial y obesidad. Antecedente familiar que predomino Hemofilia A. Parentesco que predomino mamá + tíos.
3. La mayor incidencia ha sido en el 2008, la incidencia es baja y la prevalencia alta indica mejor sobre vida del paciente, a pesar que encontramos casos nuevos en el 2014.

VI. RECOMENDACIONES

1. Investigar precozmente los recién nacidos con hemofilia en aquellos que tienen factor de riesgo.
2. Evaluar el efecto del tratamiento no farmacológico como natación, gimnasio para mejorar la calidad de vida.
3. Llevar consigo una credencial o afiliación en ASPEH, para en caso de un accidente saber que es portador de esta enfermedad.
4. Según el estudio realizado es recomendable que los pacientes realicen un tratamiento no farmacológico: como natación, fisioterapia y psicoterapia. Debido que la población estudiada lleva un elevado porcentaje de sedentarismo.
5. Realizar actividades que no se exponga a golpes, cortaduras, evitando una manifestación activa de la enfermedad, en caso de realizarse una intervención quirúrgica que sea paralelo a medico hematólogo.
6. Ampliar el estudio a otros establecimientos de igualdad complejidad en la región para evaluar la magnitud del problema.

VII. REFERENCIAS

- 1 Tezanos Pinto M. et al. Guía para el manejo de la Hemofilia Congénita, 2da ed. Buenos Aires: Fundación de la Hemofilia; 2015.
- 2 Organización Mundial de la Salud [Internet]. Boletín de la Organización Mundial de la Salud: OMS; 2012. [Actualizado Junio de 2012; citado Noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/6/12-020612/es/>
- 3 Colombia [internet]. Según estudio, 420.000 personas en el mundo sufren de hemofilia: Novo, Nordisk; Colombia. 14 de abril del 2014; 01 de Noviembre de 2019. www.colombia.com [4]. Disponible en: www.colombia.com/vida-sana/salud/sdi/86366/
- 4 Federación Mundial de Hemofilia (FDM) [Internet]. Canadá: Hemofilia; 2019. [Actualizado Octubre 2019; citado Noviembre 2019] Disponible en: <https://www.wfh.org/>
- 5 Mazabanda D, Características clínico-epidemiológicas de los pacientes hemofílicos y su relación con el desempeño educativo/laboral, informe de investigación, RUTA. 2013. [citado Noviembre 2019] (1): 68 -77 Disponible en <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3694/1/Tesis%20Final%20Hemofilia.pdf>
- 6 Ministerio de Salud [Internet]. Hemofilia afecta a más de mil personas en el Perú, Perú 2019. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/27637-hemofilia-afecta-a-mas-de-mil-personas-en-el-peru>
- 7 Sánchez J. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con hemofilia del eje cafetero, Colombia 2017. (1): 15-20 Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332017000200003
- 8 Martínez L, Cardona J, De los Ángeles M. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con hemofilia registrados en la liga de hemofílicos de Antioquia. Colombia, Revista Médica Risaralda 2017; 23 (1): 34 -37. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v23n1/v23n1a08.pdf>
- 9 Fuenmayor A, Jaramillo M, Duran F. Calidad de vida en una población con hemofilia. Revista colombiana de reumatología, Colombia 2017, 24(1): 18-24.

- Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v24n1/0121-8123-rcrc-24-01-00018.pdf>
- 10 García J, Majluf A. Hemofilia. Hemofilia. Gaceta médica de México 2013; 149:307-21 Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_308-321.pdf
 - 11 Moreira M, Venegas Y, Paniagua M. Actualización epidemiológica y clínica de los pacientes atendidos por el programa de hemofilia del banco programa de hemofilia del banco nacional de sangre de Nicaragua, en el año 2010. (1): 43 -53 Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/download/7880/20552>
 - 12 Castillo D. Hemofilia II. Aspectos moleculares y de genética poblacional, la Habana 2012 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892012000200002
 - 13 Aznar JA, Lucía F, Abad-Franch L, et al. Haemophilia in Spain. Haemophilia. 2009; 15: 665-75.
 - 14 Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. México 2014.
 - 15 Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Hemofilia. 2017 Disponible en: <https://www.sehh.es/images/stories/recursos/2017/01/pacientes/H0emofilia.pdf>
 - 16 Whittembury, A. El perfil epidemiológico y el análisis de situación del país. Disponible en: <http://www.esperantra.org/biblioteca/peapweb.pdf>
 - 17 Soto, S. ¿Qué tipo de muestreo se debe utilizar en una tesis? Tesis-ciencia. 2018. Vol. 1 [3]. Disponible en: <https://tesis-ciencia.com/2018/08/29/muestreo-muestra-tesis>
 - 18 Asociación Médica Mundial (2019). Declaración De Helsinki De La Amm – Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos.
 - 19 Recuperado de: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

VIII. ANEXOS

ANEXO 01

ANEXO: 01 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVO SIMPLE

M ----- O₁

M ----- O₂

M: Pacientes con hemofilia

O₁: Perfil epidemiológico

O₂: Perfil clínico

ANEXO 02

Perfil	Indicador	Paciente					
		1	2	3	4	...	30
Epidemiológico	Fecha de admisión						
	Edad						
	Sexo						
	Procedencia						
	Antecedentes personales						
	Antecedentes Familiares						
	Parentesco						
Clínico	Tipo De Diagnostico						
	Manifestaciones Clinicas						
	Localizacion de hemorragia						
	Clasificacion según riesgo						
	Tratamiento farmacologico						
	Tratamiento no farmacologico						

INSTRUMENTO

Ficha de registro

GRAFICOS

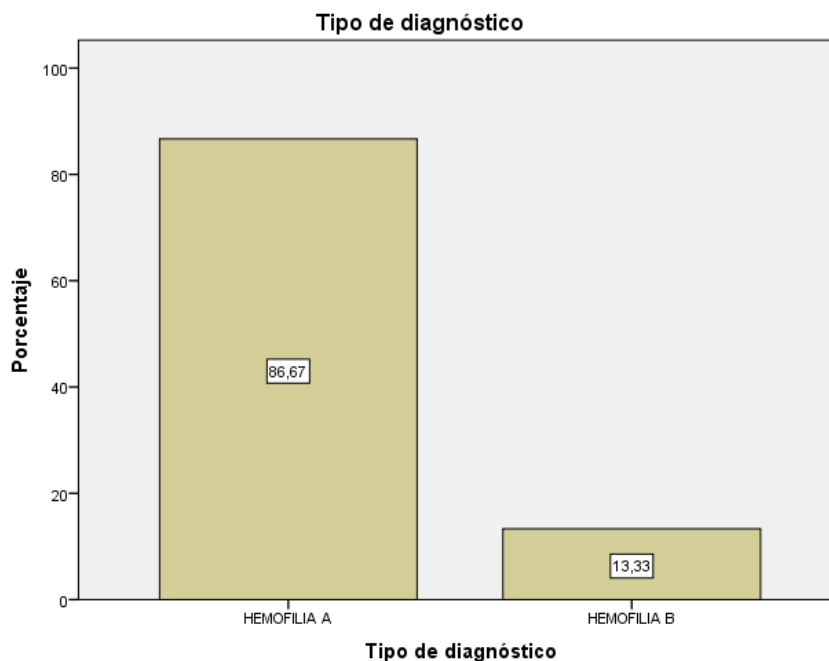


Figura 1. Distribución de los pacientes atendidos según clasificación de hemofilia *

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

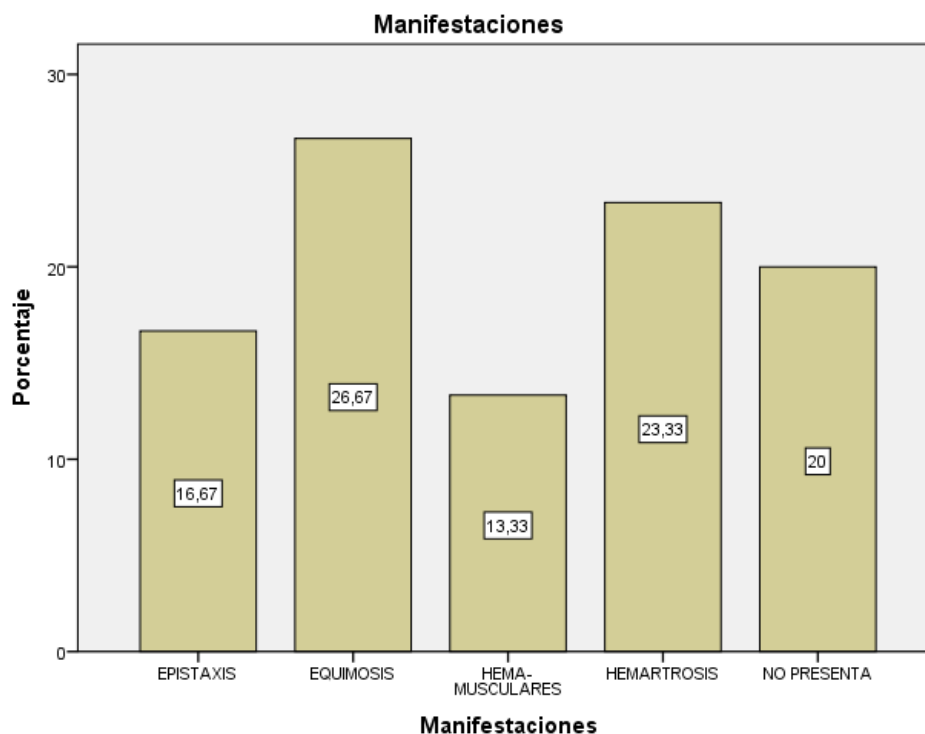


Figura 2. Distribución de los pacientes con hemofilia según la manifestación de la enfermedad*

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

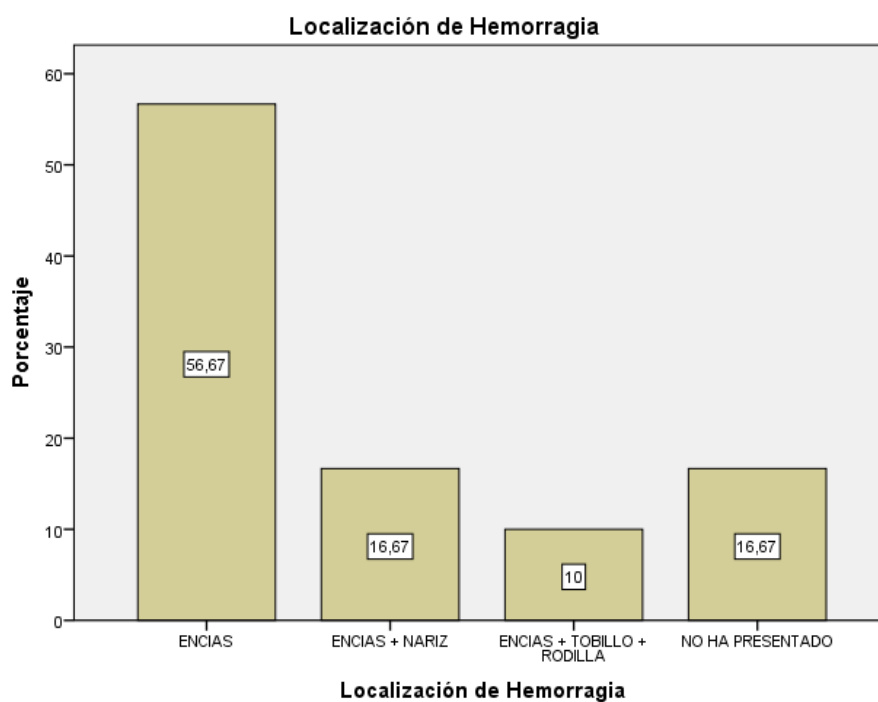


Figura 3. Distribución de los pacientes con hemofilia según la localización de la hemorragia*

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

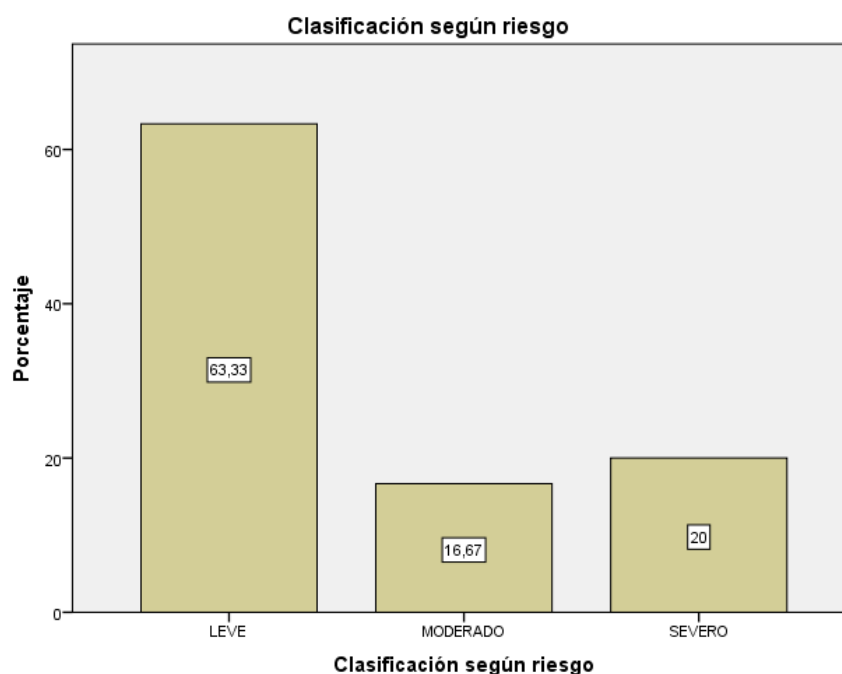


Figura 4. Distribución de los pacientes con hemofilia según clasificación de riesgo.

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

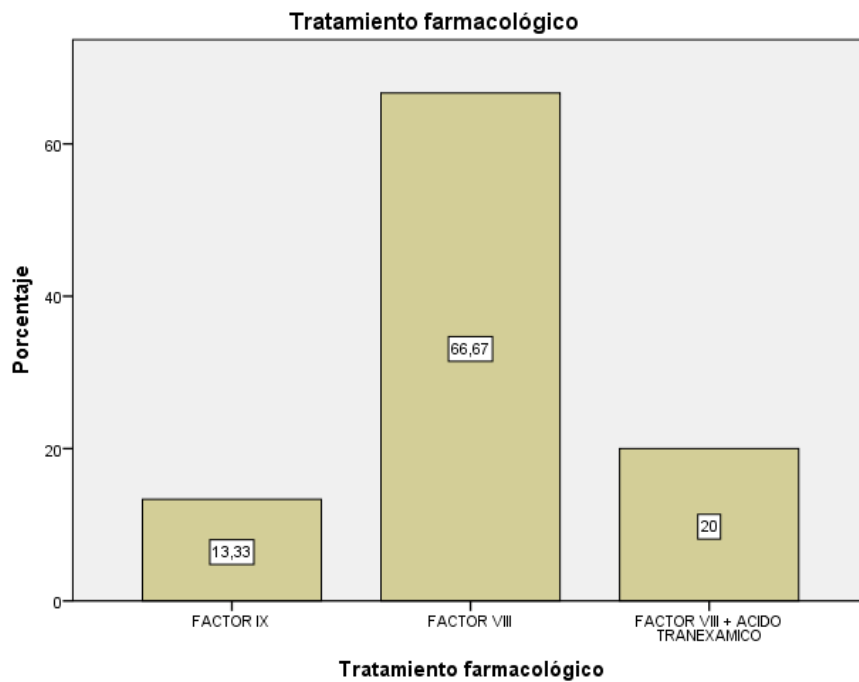


Figura 5. Distribución de los pacientes con hemofilia según el tratamiento farmacológico.

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

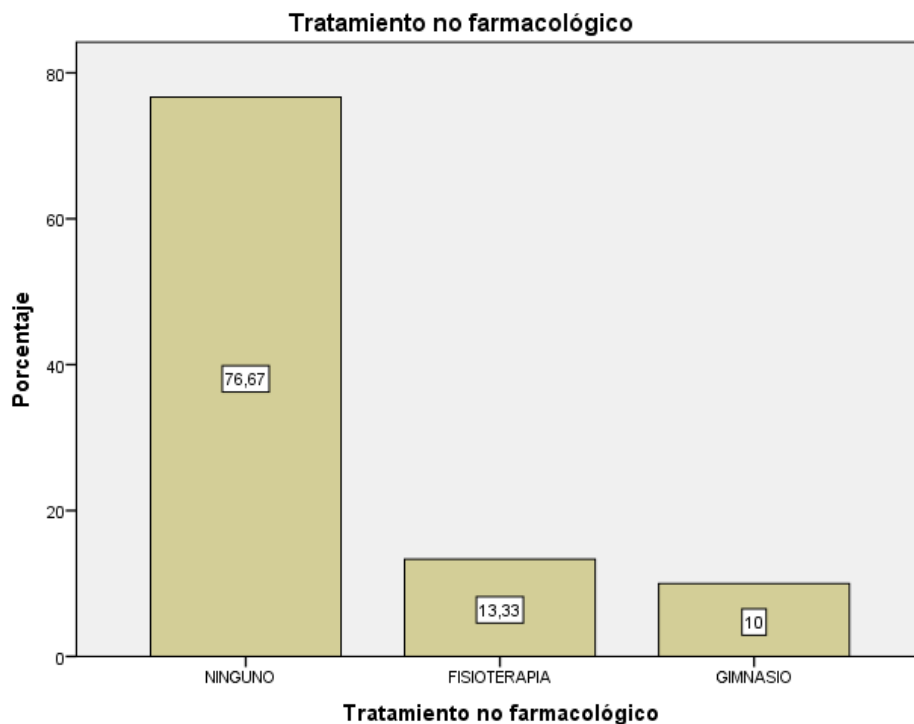


Figura 6. Distribución de los pacientes con hemofilia según el tratamiento no farmacológico.

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

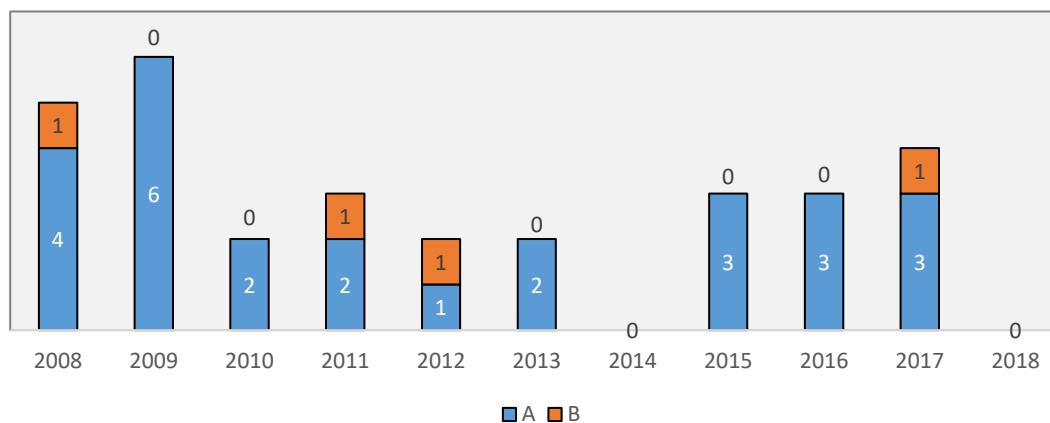


Figura 7. Distribución de los pacientes con hemofilia nuevos por año según tipo*

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

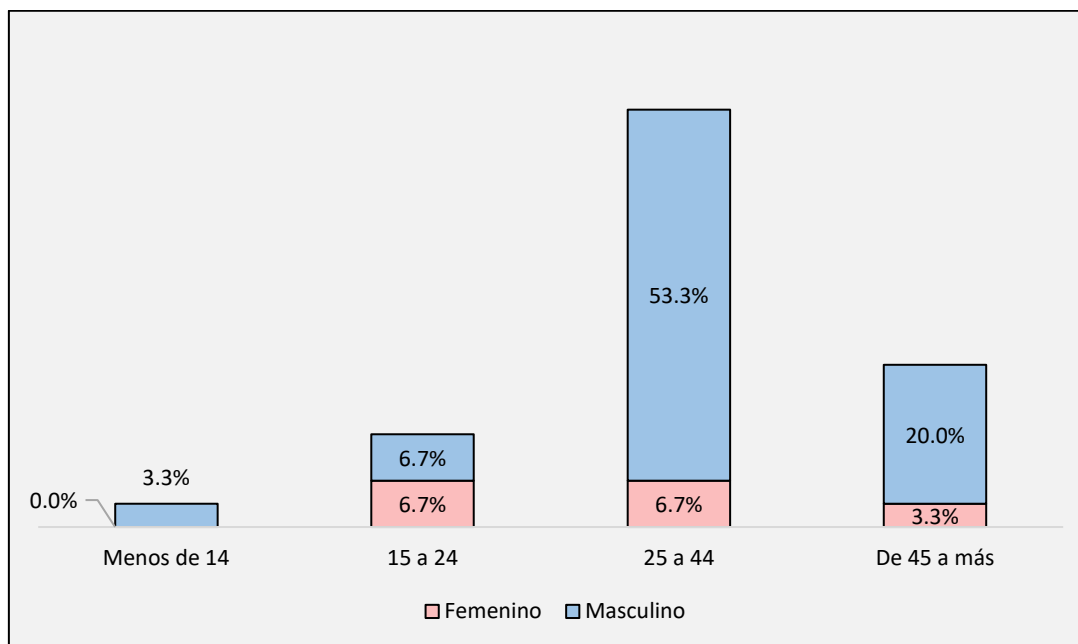


Figura 8. Distribución de los pacientes con hemofilia según sexo y edad

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

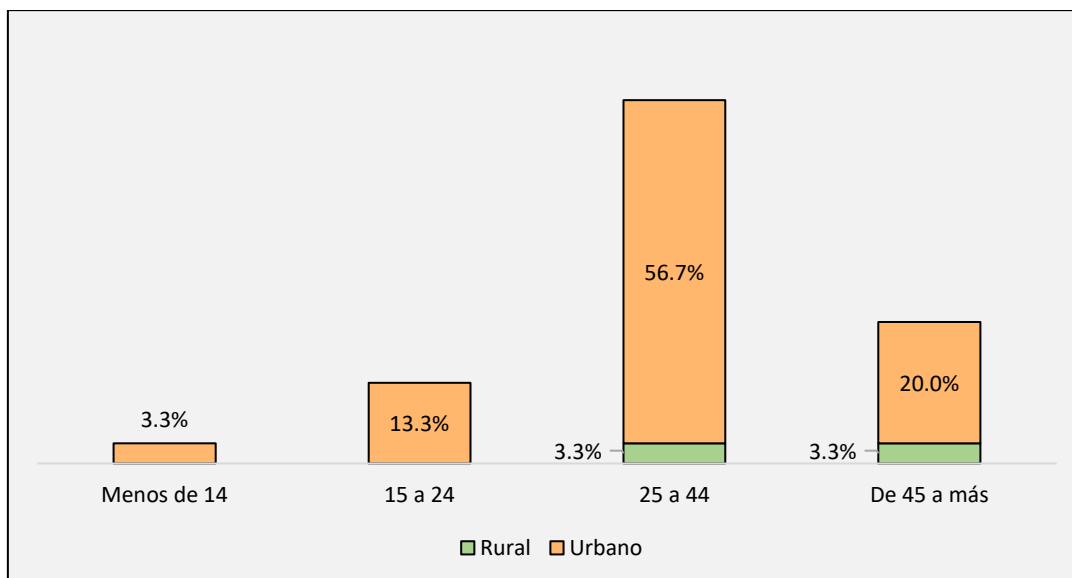


Figura 9. Distribución de los pacientes con hemofilia según procedencia y edad*

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

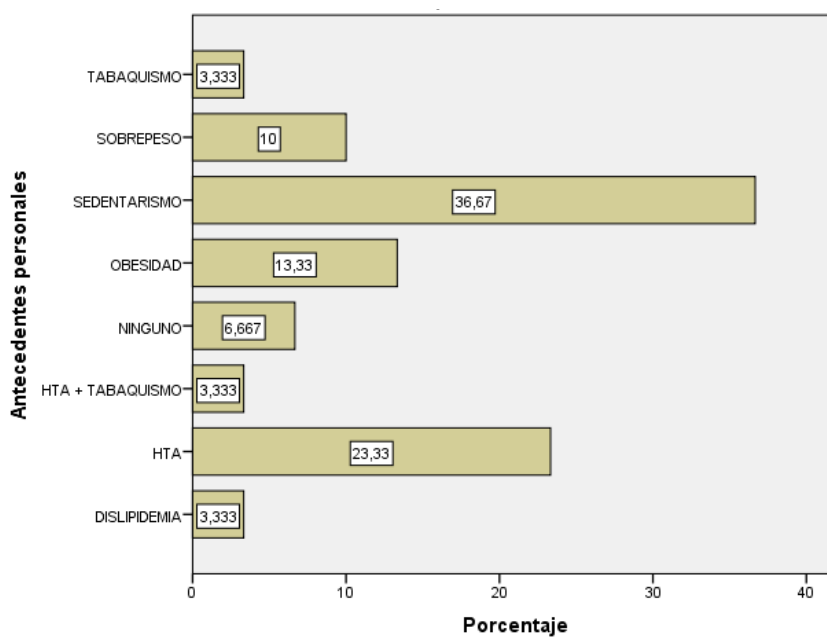


Figura 10. Distribución de los antecedentes personales de los pacientes con hemofilia atendidos desde el 2008 hasta el 2018 en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo.

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

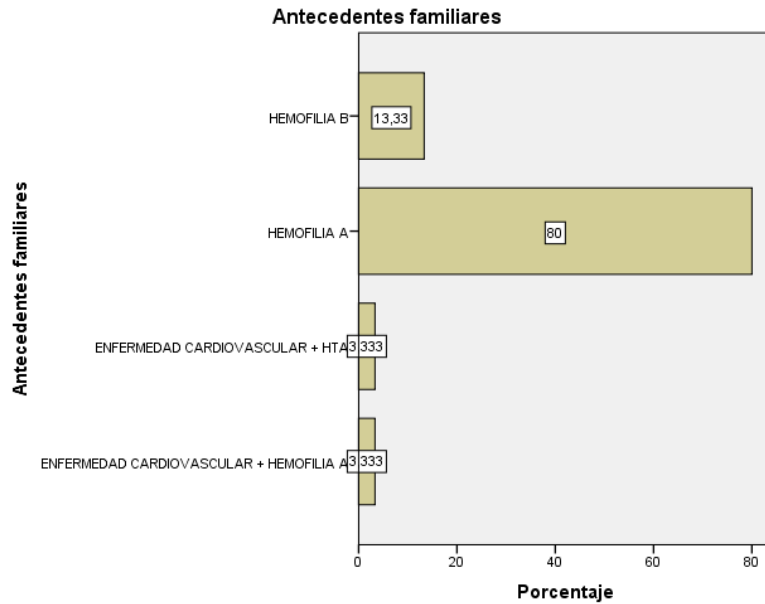


Figura 11. Distribución de los antecedentes familiares de los pacientes con hemofilia atendidos desde el 2008 hasta el 2018 en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo.

* Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

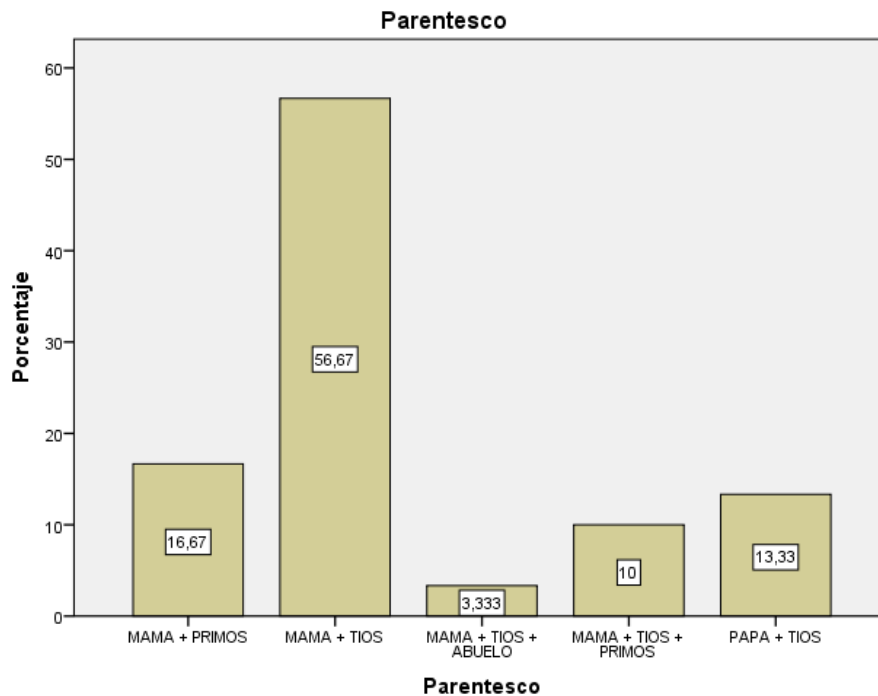


Figura 12. Distribución de los pacientes con hemofilia según su parentesco con los antecedentes** Atendidos en el Hospital de EsSalud de nivel III de atención en Trujillo, desde el 2008 hasta el 2018.

ANEXO 04



ANEXO Nº 0

FICHA DE EVALUACIÓN INSTRUMENTO POR EXPERTO

ÍTEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO (Se refiere al grado en que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)		CONSTRUCTO (Hasta donde el instrumento mide realmente la variable, y con cuanta eficacia lo hace)		RELEVANCIA (El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)		COHERENCIA INTERNA (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)		CLARIDAD (El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)		SUFICIENCIA (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de esta)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X		X		X		X	
2	X		X		X		X		X		X	
3	X		X		X		X		X		X	
4												
5												

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES		SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos		X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiera los ítems a añadir		X		
VALIDEZ				
APLICABLE	X	NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN

Validado por:

Fecha:

Virgilio R.


Firma y sello

Jesús A. ...
 MEDICINA INTERNA
 CMP 50126 TNU 2014

David Abanto Vaella
 MEDICINA INTERNA
 CMP 51805

Dr. Virgilio Salinas Rodríguez
 MEDICO HEMATOLOGO
 RNE: 02332 / CMP: 19798

ANEXO 05

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 06-12-2019 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo MARÍA ROCÍO DEL PILAR LLAQUE SÁNCHEZ, docente de la Facultad de Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo de Trujillo, revisor (a) de la tesis titulada:

"PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE LA HEMOFILIA EN HOSPITAL DE ESSALUD DEL NIVEL III DE ATENCION TRUJILLO, 2008 AL 2018"

Del (de la) estudiante Manuel Piscoya Toro, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 25 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha Trujillo 06 de diciembre del 2019



Firma

Dra. MARÍA ROCÍO DEL PILAR LLAQUE SÁNCHEZ

DNI: 17907759

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable de SDC	Aprobó	Vice Rectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	--------------------	--------	---------------------------------

TESIS PISCOYA

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	13%
2	scielo.sld.cu Fuente de Internet	3%
3	studylib.es Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	2%
5	www.scielo.org.co Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad de Jaén Trabajo del estudiante	1%
8	www.paho.org Fuente de Internet	<1%
9	Submitted to Carlos Test Account Trabajo del estudiante	<1%

10 Submitted to Universidad Catolica de Oriente <1%
Trabajo del estudiante

11 www.journaltoes.ac.uk <1%
Fuente de Internet

12 www.oalib.com <1%
Fuente de Internet

13 www.todosida.org <1%
Fuente de Internet

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 10 words

Excluir bibliografía

Apagado

