



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Prevalencia de Hemorragia Digestiva alta en Pacientes con Cirrosis
Hepática, en el Hospital General Guasmo Sur, de enero a junio del 2018.**

AUTOR:

Mosquera Moncayo Freddy Fernando

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MEDICO**

TUTOR:

DRA. CARIDAD ISABEL MAYO GALBÁN

Guayaquil, Ecuador

30 de abril del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Mosquera Moncayo Freddy Fernando** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTORA

f. _____
Dra. Caridad Isabel Mayo Galbán

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, 30 de abril del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mosquera Moncayo Freddy Fernando**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de Hemorragia Digestiva alta en Pacientes con Cirrosis Hepática, en el Hospital General Guasmo Sur, de enero a junio del 2018**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

EL AUTOR

f. _____
Mosquera Moncayo Freddy Fernando



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA MEDICINA

AUTORIZACIÓN

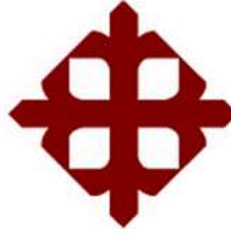
Yo, **Mosquera Moncayo Freddy Fernando**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, Prevalencia de Hemorragia Digestiva alta en Pacientes con Cirrosis Hepática, en el Hospital General Guasmo Sur, de enero a junio del 2018, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

EL AUTOR:

f. _____
Mosquera Moncayo Freddy Fernando



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

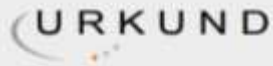
f. _____

Dr. Andrés Mauricio Ayón Genkuong

f. _____

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño

REPORTE DE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS FREDDY MOSQUERA.doc (D50863739)
Submitted: 4/20/2019 7:12:00 PM
Submitted By: caridad.mayo@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 3 %

Sources included in the report:

anteproyecto ursu 1.docx (D37897988)
<https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2008/ju084d.pdf>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000400006&lng=es&ting=es.

Instances where selected sources appear:

8

AGRADECIMIENTO

La vida es una hoja en blanco, somos nosotros los únicos dueños y responsables de lo que vayamos a hacer con ella, sin embargo, la fe en Dios y el camino que labran nuestros padres para nosotros juegan un papel muy fundamental en ella. Por ello quiero agradecer a estos 3 seres que son la esencia de lo que se ha convertido mi vida hasta ahora.

Gracias a Dios por llenarme de bendiciones día a día y mostrarme lo maravilloso que es vivir a su lado, por darme unos padres maravillosos que han estado a mi lado en cada momento que los he necesitado. Agradezco a ellos por permitirme estar en esta carrera, que empezó siendo un sueño y hoy en día se convierte en una realidad al poder escribir este manuscrito.

Gracias a mi familia y a todos los que creyeron en mí, en ellos está mi responsabilidad como futuro profesional

DEDICATORIA

Durante el transcurso de mi carrera, como todo estudiante, he pasado por muchas necesidades y percances, los cuales, gracias a Dios, a su infinito amor y al apoyo incondicional de mis padres han sido superados en su totalidad. Hoy en día me puedo dar cuenta que sin ellos nada de esto hubiera sido posible, por eso no solo quiero darles mis agradecimientos sino dedicarles este trabajo, han sido y estoy seguro que seguirán siendo un pilar fundamental e indispensable en mi formación como profesional, no me queda más que seguirme esforzando en mi superación diaria por y para ellos.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	3
1.3 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.4 OBJETIVOS	4
CAPITULO II	6
MARCO TEORICO	6
2.1 Definición de Hemorragia Digestiva Alta (HDA).....	6
2.2 Epidemiología.	6
2.3 Fisiopatología.....	6
2.4 Clínica.	7
2.5 Etiología.....	8
2.6 Diagnóstico.	8
2.7 Tratamiento.....	9
2.8 Pronostico.....	9
2.9 CIRROSIS HEPÁTICA.....	9
2.10 Etiología.....	10
2.11 Fisiopatología.	11
2.12 Cuadro clínico.....	11
2.13 Complicaciones.	12
2.14 Tratamiento de la hemorragia variceal.	14
CAPITULO III	17

3	MATERIAL Y MÉTODO	17
3.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN & METODOLOGÍA.....	17
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	17
3.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	17
3.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	18
3.5	VARIABLES DE INVESTIGACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN:	18
3.6	RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	19
3.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	20
CAPITULO IV.....		21
4	RESULTADOS	21
	PREVALENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA.....	21
4.2	DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE PACIENTES	25
4.3	ESCALA CHILD PUGH.....	26
4.4	TIPOS DE CIRROSIS.....	27
4.5	REPORTE DE TIPO DE VÁRICES ESOFÁGICAS SEGÚN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	28
4.6	COMPLICACIONES ASOCIADAS.....	29
4.7	PROMEDIO DE DÍAS DE INGRESO DE PACIENTES ESTUDIADOS	30
4.8	REGISTRO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.....	31
DISCUSIÓN		32
CONCLUSIONES.....		35
RECOMENDACIONES		36
BIBLIOGRAFÍA		37

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 EDAD DE PACIENTES ESTUDIADOS.	23
TABLA 2 . GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES ESTUDIADOS.....	23
TABLA 3 GÉNERO DE PACIENTES ESTUDIADOS.....	25
TABLA 4 ESTADIFICACIÓN DE PACIENTES ESTUDIADOS MEDIANTE ESCALA DE CHILD PUGH.	26
TABLA 5 TIPOS DE CIRROSIS EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS.	27
TABLA 6 TIPO DE VÁRICES ESOFÁGICAS SEGÚN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	28
TABLA 7 COMPLICACIONES ASOCIADAS DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL	29
TABLA 8 PROMEDIO DE DÍAS DE INGRESO DE PACIENTES ESTUDIADOS.	30
TABLA 9 REGISTRO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	31

INDICE DE GRAFICOS

ILUSTRACIÓN 1 GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES ESTUDIADOS.....	24
ILUSTRACIÓN 2 GÉNERO DE PACIENTES ESTUDIADOS	25
ILUSTRACIÓN 3 ESTADIFICACIÓN DE PACIENTES ESTUDIADOS.....	26
ILUSTRACIÓN 4 TIPO DE VÁRICES ESOFÁGICAS SEGÚN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	28
ILUSTRACIÓN 5 COMPLICACIONES ASOCIADAS DE PACIENTES ESTUDIADOS.	30
ILUSTRACIÓN 6 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	31

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	37
ANEXO 2 ESCALA DE ROCKALL	37
ANEXO 3 ESCALA DE FORREST	38
ANEXO 4 CAUSAS DE CIRROSIS HEPÁTICA.....	38
ANEXO 5 ESCALA DE CHILD-PUGH	39

RESUMEN

Introducción: La hemorragia digestiva sigue siendo hasta el momento una de las principales causa de atención médica de emergencia a nivel mundial y la primera causa de índole gastroenterológica. Se estima una prevalencia de 40 a 150 casos por cada 100.000 habitantes, aunque desde 1950 disminuyó la prevalencia de la hemorragia digestiva alta (HDA), la cifra global no se modificó ya que paradójicamente aumentaron las hemorragias digestivas bajas. El objetivo de este proyecto fue determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática que fueron internados en el Hospital Guasmo Sur de enero a junio del 2018. Metodología: Para el diseño de estudio decidimos seleccionar el estudio de Cohorte Histórico, debido a que haremos un seguimiento de tipo observacional, descriptivo y analítico de los pacientes. De los 592 pacientes con cirrosis hepática tratados durante el periodo de enero a Junio del 2018 en el Hospital General Guasmo Sur, se tomó una muestra de 151 pacientes que cumplían los criterios de inclusión para esta investigación. Determinamos mediante esta muestra y población que la prevalencia de Hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática corresponde al 25,5%.

El 33,8% de pacientes presentaron Cirrosis Hepatoalcohólica y por esteatohepatitis no alcohólica; se observa que el 55,6% de pacientes presentaron Child Pugh B donde se indica que la sobre vida a 2 años está entre el 60 y 80%. Dentro de las complicaciones asociadas a Hemorragia digestiva se presentó con mayor frecuencia la presencia de Ascitis. El 58,3% de los pacientes presentaron Varices Esofágicas grado IV

Palabras Claves: Hemorragia Digestiva Alta, Cirrosis, Varices esofágica

ABSTRACT

Introduction: The gastrointestinal hemorrhage continues to be one of the main causes of emergency medical attention worldwide and the first cause of gastroenterological nature. It is estimated a prevalence of 40 to 150 cases per 100,000 inhabitants, although since 1950 the prevalence of upper gastrointestinal bleeding (UGIB) decreased, the overall figure did not change as paradoxically increased low digestive hemorrhages. The objective of this project was to determine the prevalence of upper gastrointestinal bleeding in patients with Hepatic Cirrhosis who were admitted to the Guasmo Sur Hospital from January to June 2018. Methodology: For the design of the study, we decided to select the Historical Cohort study, due to that we will follow up on the observational, descriptive and analytical type of patients. Of the 592 patients with liver cirrhosis treated during the period from January to June 2018 in the Guasmo Sur General Hospital, a sample of 151 patients who met the inclusion criteria for this investigation was taken. We determined through this sample and population that the prevalence of upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis corresponds to 25.5%.

33.8% of patients presented Hepatoalcoholic Cirrhosis and non-alcoholic steatohepatitis; it is observed that 55.6% of patients presented Child Pugh B where it is indicated that the 2-year over-life is between 60 and 80%. Among the complications associated with digestive hemorrhage, the presence of Ascitis was more frequent. 58.3% of the patients presented grade IV esophageal varices

Key Words: High Digestive Hemorrhage, Cirrhosis, Esophageal Varices

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva sigue siendo hasta el momento una de las principales causas de atención médica de emergencia a nivel mundial y la primera causa de índole gastroenterológica. Se estima una prevalencia de 40 a 150 casos por cada 100.000 habitantes, aunque desde 1950 disminuyó la prevalencia de la hemorragia digestiva alta (HDA), la cifra global no se modificó ya que paradójicamente aumentaron las hemorragias digestivas bajas (HDB). ⁽¹⁾

Desde hace mucho tiempo se conoce a la cirrosis hepática como una de las principales causas de HDA, sin embargo, hasta el día de hoy sigue siendo una patología con cifras de morbilidad y mortalidad considerables. Se considera la quinta causa de muerte en países de América Latina como Chile, Perú, México y la segunda causa de muerte en un grupo etario comprendido entre los 25 y 64 años. ⁽²⁾

Aproximadamente un 40% de pacientes cirróticos asintomáticos presentan varices esofágicas al momento de su diagnóstico, que con presiones >12mmhg son muy propensas a sangrar, dicho sangrado le confiere una posibilidad de muerte del 50% y 60% de recidiva sin tratamiento adecuado. En aquellos pacientes que no la tienen, la posibilidad de aparición es del 5% al año y 12% a los 3 años. ⁽³⁾

Tanto la hemorragia digestiva alta como la baja tienen diferentes factores etiológicos, aunque comparten características clínicas y terapéuticas. Este proyecto se centrará únicamente en la hemorragia digestiva alta y su relación con la cirrosis hepática, excluyendo a los sangrados de origen ulceroso, neoplásicos, traumáticos y de otra índole.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Ecuador, la cirrosis hepática ocupa el noveno lugar dentro de las principales causas de mortalidad general ocasionando 1997 defunciones, con una tasa de mortalidad de 13.08 por cada 100000 habitantes en el año 2010.

En el hospital general Guasmo Sur se realizan 6200 atenciones mensualmente, la hemorragia digestiva alta tiene un alto índice de morbimortalidad en pacientes con cirrosis descompensada. El diagnóstico tardío, la etapa subclínica conlleva a pacientes a presentar este tipo de complicaciones secundaria a hipertensión portal; el manejo farmacológico en estos pacientes no garantiza la sobrevida mayor a cinco años.

Con esta investigación de tipo descriptiva se determinó la prevalencia de pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática, en el periodo de enero a junio del 2018 del Hospital General Guasmo Sur, con el fin de establecer datos estadísticos viables para la institución.

1.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La cirrosis es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas progresivas. Aproximadamente el 40 a 60% de los casos en Europa y Norteamérica son debidos al abuso de alcohol y al hígado graso no alcohólico, mientras que el 25 a 30% es el resultado de la hepatitis crónica vírica. En algunos países de América Latina, como Chile y México, la cirrosis hepática ocupa entre el 5to y 6to lugar como causa de muerte general. ⁽²⁾ ⁽³⁾. Siendo la HDA una de las principales complicaciones y causas de muerte en pacientes con cirrosis hepática

Por lo anterior expuesto encaminamos el presente trabajo en la búsqueda de la prevalencia de la Hemorragia Digestiva alta en Pacientes con Cirrosis Hepática, en el Hospital General Guasmo Sur, de enero a junio del 2018.

1.3 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

- ¿En qué grupos etarios y sexo se presenta con mayor frecuencia la HDA?
- ¿Mediante que escala podemos definir el pronóstico de pacientes con hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis?
- ¿Cuáles fueron los factores etiológicos de Cirrosis Hepática que llevaron al sangrado a nuestros pacientes en estudio?
- ¿Cuáles fueron las complicaciones asociadas a Hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis?
- ¿Cuántos días de hospitalización requirieron los pacientes con Hemorragia Digestiva alta de tipo variceal?

1.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática que fueron internados en el Hospital Guasmo Sur de enero a junio del 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar pacientes con Cirrosis hepática y HDA según el sexo y grupos etarios.
- Analizar mediante escalas de pronostico
- Definir el tipo de cirrosis hepática que presenta el paciente en estudio.
- Definir las complicaciones asociados presentes en los pacientes del estudio.

- Establecer el número de días de hospitalización en el paciente estudiado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Definición de Hemorragia Digestiva Alta (HDA).

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como aquel sangrado del tubo digestivo en cualquiera de sus porciones por encima del ángulo de Treitz, excluyendo la boca y la faringe. De acuerdo a su tiempo evolutivo, se la puede clasificar en: HDA agudas, que se caracterizan por un sangrado de poco tiempo, pero de volumen abundante, y HDA crónicas que se caracterizan por presentarse durante un largo tiempo, pero con sangrados de escaso volumen. Aunque en la actualidad, la clasificación más usada va en relación con su etiología: HDA de origen varicoso y HDA de origen no varicoso, que como su nombre lo indican dependen de la presencia o no de varices esofágicas que produzcan el sangrado. ⁽¹⁾

2.2 Epidemiología.

Los sangrados digestivos altos representan una de las condiciones clínicas más prevalentes en los servicios de urgencia hospitalaria, con una mortalidad que oscila entre en 4 a 10% en las de origen no varicoso y 18 a 30% en las de origen varicoso, cifras que aumentan o disminuyen de acuerdo a la presencia o no de factores de riesgo como edad, magnitud del sangrado, número de sangrados recidivantes durante la estancia hospitalaria, origen venoso o arterial del sangrado y otras comorbilidades. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

2.3 Fisiopatología.

La mucosa del tracto digestivo se encuentra irrigada por vasos de pequeño calibre y de presión reducida, por lo que es común que debido a su proximidad con la superficie se erosionen y sangren con facilidad, pero en tan poca magnitud que clínicamente no son apreciables. ⁽⁵⁾

Para que se produzca un sangrado considerable y evidente es necesario que se afecten vasos de mayor tamaño y presión que por lo general se encuentran en la submucosa, los cuales pueden originar un sangrado considerable por medio de dos mecanismos:

- a) Un aumento de presión intraluminal (generalmente Portal) provocará el agrandamiento de estos vasos, alcanzando la superficie y el consecuente sangrado con cualquier agresión física.
- b) Los mismos vasos recientemente mencionados pueden sangran sin el agente físico por medio de la teoría de explosión, que básicamente consiste en el aumento de la presión intraluminal (generalmente >12mmhg) por encima del umbral del vaso que ocasiona el destello y sangrado del mismo.
- c) Por otra parte, como se mencionó recientemente, son muy frecuentes los sangrados de origen péptico, que se producen por la erosión de la mucosa, generalmente por hipersecreción acida o agentes corrosivos, los cuales exponen a la capa submucosa y dejan vulnerables sus vasos internos. ⁽⁶⁾

2.4 Clínica.

La presencia de hematemesis, melenas o hematoquecia son los principales signos y síntomas de la HDA, sin embargo, no son indicativos o confirmatorios de dicha patología. Para la presencia de melenas es necesario un sangrado con un volumen aproximado de 60 a 100ml de sangre en la porción alta del tubo digestivo, aunque este puede darse en la parte distal del intestino delgado o colon y manifestarse como melena en la presencia un tránsito intestinal lento.

Existen ciertos síntomas que están directamente relacionados con la magnitud del sangrado como la taquicardia, palidez, signos de disminución de gasto cardíaco e incluso shock hipovolémico en casos extremos. Que a su vez son indicativos de la gravedad de la hemorragia. ⁽⁶⁾

De igual manera es posible identificar signos o síntomas que nos orientan hacia el factor etiológico del sangrado como la pirosis, regurgitación o epigastralgia en hemorragias de origen péptico o ictericia, dolor en hipocondrio derecho, ascitis y otros estigmas de hepatopatía crónica en hemorragias de origen varicosa.

2.5 Etiología.

La ulcera péptica y la presencia de varices esofágicas siguen siendo las principales causas de una HDA. La ulcera péptica representa el 37 – 50% de los casos, dentro de los cuales la ulcera duodenal es dos veces más frecuente que la gástrica, lo que conocemos como hemorragia de origen no variceal, la cual no se tratara en este manuscrito. Seguido de la HDA de origen péptico, la hemorragia variceal es la segunda causa más frecuente de los sangrados digestivos altos, presentes hasta en un 15% de los casos. ⁽⁷⁾

En segunda instancia, existen otro tipo de patologías capaces de provocar dicho sangrado, pero con menos frecuencia como el Síndrome de Mallory Weiss, Carcinoma Gástrico, esofagitis crónica, etc. (anexo 1).

No obstante, a eso aproximadamente en un 20% de todos los casos no se logra identificar una etiología específica del sangrado. ⁽⁷⁾

2.6 Diagnóstico.

Anamnesis:

Una correcta anamnesis es fundamental y en ciertas ocasiones el único instrumento necesario para el diagnóstico etiológico de la hemorragia. En ella es importante recabar datos de antecedentes patológicos personales y familiares de hepatopatía crónica y neoplásicas, hábitos alcohólicos, signos, síntomas y estigmas de hepatopatía y dolor en epigastrio que nos orientarían a una hemorragia de tipo variceal. Por otro lado, síntomas como pirosis,

nauseas, vómitos, malos hábitos alimenticios, epigastralgias y antecedentes de gastritis podrían orientar hacia un sangrado de origen péptico. ⁽⁸⁾

Exámenes complementarios:

- Biometría Hemática: a la biometría es probable encontrar una anemia normocítica normocrómica
- Cociente Urea/Creatinina: Un valor elevado (>100:1) será indicativo de HDA
- Enzimas hepáticas: Elevadas en hepatopatía crónica
- H. pylori: La detección de dicha bacteria será indicativa de HDA de origen péptico.
- VEDA: Útil para la identificación del sitio de sangrado y como medida terapéutica
- Imágenes: En HDA por neoplasias

2.7 Tratamiento.

El tratamiento se describe en conjunto en la siguiente sección.

2.8 Pronostico.

El pronóstico del paciente dependerá directamente de la causa etiológica de la hemorragia. Sin embargo, existen ciertas escalas que valoran su estado y pronóstico mediante parámetros clínicos ⁽⁷⁾

2.9 CIRROSIS HEPÁTICA

La cirrosis hepática representa el estadio final de diversas enfermedades crónicas que afectan de manera directa al hígado, y se caracteriza por la formación de fibrosis que distorsiona el patrón estructural del parénquima y lo promueven la formación de nódulos de regeneración. ⁽⁹⁾

En el pasado se consideraba a la cirrosis hepática como una enfermedad irreversible, sin embargo, hoy en día se ha podido constatar que la supresión

del agente agresor del hígado detiene el proceso de fibrosis y en consecuencia la evolución de la enfermedad. ⁽⁹⁾

2.10 Etiología.

Diversas enfermedades o hábitos personales pueden desarrollar cirrosis hepática, se analizará por separado las condiciones que con mayor frecuencia conducen a la formación de la misma. ⁽¹⁰⁾

2.1.1 Cirrosis Alcohólica.

El alcoholismo es la principal causa de cirrosis hepática a nivel mundial, en España se estima que el 60% de las cirrosis hepáticas son atribuidas al consumo excesivo de alcohol, el cual se estima tiene que ser superior a 40g diarios para provocar dicha patología. Afecta en mayor proporción a hombres que a mujeres (2,5/1) aunque en la actualidad esta relación tiende a igualarse. ⁽¹⁰⁾

El consumo excesivo y crónico de alcohol produce fibrosis hepática, la cual cuando alcanza cierto grado, se destruyen los hepatocitos, se produce la formación de nódulos regenerativos, que en primera instancia son de carácter micronodular, pero cuando el paciente deja de consumir alcohol ocurre una regeneración con nódulos de mayor tamaño, por ello al examen histopatológico es común encontrar un patrón mixto por la presencia de micro y macromódulos, los cuales serán sugestivos de una cirrosis hepática. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

2.1.2 Cirrosis Viral.

Tanto el virus de la hepatitis C (VHC) como el virus de la hepatitis B (VHB) son capaces de originar una cirrosis hepática. Aproximadamente el 80% de los pacientes con VHC llegan a cronificar su enfermedad, de ellos el 20% padecerá cirrosis en un lapso de 20 a 30 años, mientras que las personas infectadas de VHB llegan a cronificar su enfermedad solo en el 5% de los

casos y de estos el 20% desarrollara cirrosis, cifras que difieren a los contagiados por vía perinatal, los cuales se cronifican en el 98% de los casos. ^{(12) (13)}.

Al examen histopatológico se puede observar fibrosis de base portal, con puentes de fibrosis y formación de micro y macronodulos de regeneración, similar a los de la cirrosis alcohólica. ^{(13) (14)}

2.1.3 Otras causas de Cirrosis.

Las dos causas recientemente mencionadas son las responsables de aproximadamente el 90% de las cirrosis hepáticas. El porcentaje restante corresponde a patologías menos frecuentes que se citan en la tabla 2.1 de los anexos. ⁽¹⁵⁾

2.11 Fisiopatología.

Aunque el mecanismo fisiopatológico de la cirrosis hepática sea específico de cada agente etiológico que la origine, estos comparten muchas características en común y el proceso básicamente se traduce a una inflamación de las capas endoteliales con la consecuente estasis de sangre en las venas centrales y en los sinusoides, lo cual de permanecer se extenderá a las vénulas portales generando una isquemia acinar, dichas alteraciones generaran una apoptosis e hiperplasia nodular regenerativa que finalmente culminara en fibrosis. ^{(9) (12)}

2.12 Cuadro clínico.

Es importante distinguir dos etapas evolutivas de la enfermedad para describir el cuadro clínico del paciente cirrótico:

- a) Cirrosis compensada: Corresponde a un estadio, en mucho de los casos asintomático, de varios años de evolución, en el que el paciente no revela ningún signo ni síntoma que llame la atención a simple

vista. En otros casos el paciente suele presentarse oligosintomático con dispepsia, astenia o dolor en hipocondrio derecho que puede confundirse con cualquier patología gastrointestinal. ⁽¹⁶⁾

En esta fase la cirrosis suele descubrirse de manera accidental en un chequeo rutinario, en el que se palpa un hígado pequeño, de bordes duros y cortantes.

- b) Cirrosis descompensada: Aquella cirrosis que se torna evidente por la aparición de una o más complicaciones de la propias de enfermedad descritas más adelante y la conjunta aparición de síntomas como parotidomegalia, diarrea intermitente, anemia, alteraciones de la coagulación, hiperaldosteronismo a nivel renal, hipogonadismo, atrofia testicular, hipermenorrea, telangiectasia, pérdida de la cola de las cejas, inversión del vello pubiano, ginecomastia, etc. ⁽¹⁶⁾

2.13 Complicaciones.

2.1.4 Ascitis:

La ascitis es la presencia de líquido en la cavidad peritoneal originada por la hipertensión portal, que debido a la resistencia vascular provocada originara vasodilatación del sistema arterial esplacnico, lo cual provocara aumento de afluencia venosa y aumento de la producción de linfa, estas alteraciones desencadenan el funcionamiento de sistemas como renina-angiotensina-aldosterona, hiperaldosteronismo y otros que provocaran la retención de sodio y este la acumulación de agua, lo cual finalizara en la formación de edemas y ascitis.⁹

Si bien es cierto la ascitis marca el inicio de una fase cirrótica descompensada, se estima que aproximadamente el 50% de los pacientes en fase compensada, desarrollaran ascitis en 10 años de seguimiento y una vez instaurada la mortalidad oscila en 50% a 2 años. ⁽¹⁷⁾

2.1.5 Encefalopatía hepática:

La encefalopatía hepática es un síndrome neuropsiquiátrico que afecta aproximadamente el 30 a 45% de pacientes cirróticos. ⁽¹¹⁾ Clínicamente presenta un sinnúmero de síntomas que van desde alteraciones en el sueño y vigilia hasta el coma hepático, incluyendo trastornos de la personalidad, disminución de la capacidad cognitiva, incapacidad para elaboración de procesos mentales simples, trastornos del habla, confusión, letargia, etc. ⁽¹⁷⁾

La encefalopatía hepática ocurre por la acumulación de sustancias tóxicas y nocivas en el torrente sanguíneo debido a la insuficiencia hepática ocasionada por la cirrosis o por la presencia de SHUNTS o colaterales portosistémicos que provocan la acumulación de sustancias neurotóxicas en el torrente sanguíneo. ⁽¹⁷⁾

2.1.6 Hipertensión Portal:

La hipertensión portal se define como un aumento del gradiente de presión venosa hepática por arriba de 5mmhg, originada por el aumento de la resistencia vascular intrahepática debido a la formación de fibrosis y nódulos de regeneración en el parénquima y por la vasodilación del sistema arterial esplácnico, que aumenta el flujo en este territorio. ⁽¹⁸⁾

El aumento de la presión portal como complicación de la cirrosis a su vez genera otras complicaciones secundarias de gran importancia clínica, entre ellas la más frecuente es la aparición de varices esofágicas. Se estima que para la presencia de ellas es necesario que el gradiente de presión venosa este por encima de 10mmhg. ⁽¹⁸⁾

Estudios endoscópicos revelan que aproximadamente un 33% de pacientes con cirrosis diagnosticada presentan varices esofágicas y el grupo restante tiene una probabilidad de 5-15% de presentarlo a lo largo de su vida, de ellos el 33% tienen posibilidades de sangrado. ⁽¹⁹⁾

2.1.7 Sangrado por varices esofágicas:

El aumento de la hipertensión portal ocasionara la neofornacion de vasos y de la apertura de colaterales para contrarrestar dicho aumento de presión, lo que a su vez darán paso a la formación de varices esofágicas, que hasta cierto punto dará resultado si la presión se mantiene, pero si esta supera los 12mmhg o el umbral de las varices, ocasionara la ruptura y sangrado de las mismas. ⁽²⁰⁾

Se estima que el porcentaje de mortalidad en pacientes con hemorragia variceal oscila en 20% aunque dicha cifra aumenta en pacientes con cirrosis avanzada o Child Pugh C. (anexo 5) ⁽²⁰⁾

2.14 Tratamiento de la hemorragia variceal.

2.1.8 Medidas generales:

Posicionar al paciente en decúbito supino o posición de Trendelenburg si esta en shock o en decúbito lateral izquierdo si está vomitando para evitar la broncoaspiración. Seguido de ello canalizar dos vías periféricas con catéter 14 o 16, reponer la volemia con Solución Salina o Lactato de Ringer hasta la estabilización del compromiso hemodinámico y monitorización constante de la presión arterial. ⁽²¹⁾

La principal actuación frente a una hemorragia digestiva alta es reposición de la volemia y profilaxis de complicaciones

- Reposición de la volemia: Debe ser cautelosa debido a que un aumento de la misma podría generar aumento de la presión venosa y una recidiva del sangrado.
- Profilaxis de complicaciones: Se recomienda el uso de antibióticos como prevención de una peritonitis bacteriana espontanea con Norfloxacino BID por vía oral durante 5 días.

- Asegurar la vía aérea, uso de mascarilla de Venturi en caso de mala mecánica respiratoria. ⁽¹¹⁾ ⁽²¹⁾

2.1.9 Medidas hemostáticas farmacológicas:

- Se recomienda usar como primera medida terapéutica fármacos vasoconstrictores lo antes posible, ya sea al ingreso o durante el traslado del paciente. La principal opción terapéutica es la Terlipresina en dosis de bolo IV cada 4 horas 1,5 mg/kg en pacientes con un peso <70kg y 2mg/kg en pacientes con >70kg hasta conseguir 48 horas sin sangrado y luego 1mg/kg cada 4 horas hasta completar 5 días
- Una segunda opción es la Somatostatina 250ug en bolo seguido de perfusión continua de 250ug/h durante 5 días. ⁽²¹⁾

2.1.10 Medidas hemostáticas farmacológicas:

- Taponamiento con Sonda de Sengstaken-Blakemore
- Esclerosis transendoscópica de las varices
- Ligadura transendoscópica de varices

2.1.11 Tratamiento de rescate:

En muchas ocasiones la hemorragia no se puede controlar con ninguna de las técnicas descritas o su vez el paciente puede presentar recidivas de la misma, si la segunda hemorragia no es severa ni tiene repercusión sobre la hemodinamia se puede considerar un segundo tratamiento endoscópico, caso contrario se realizará una derivación portosistémica. ⁽²²⁾⁽²³⁾

2.1.12 Derivación portosistémica percutánea intrahepática (DPPI):

Técnica también conocida como TIPS, que consiste básicamente en crear una comunicación entre la vena Porta y la vena Cava con un diámetro prefijado con radiología intervencionista a través del parénquima hepático por

medio del cateterismo de las venas suprahepáticas. Una vez terminado el procedimiento y creada la comunicación se produce una marcada disminución de la presión venosa intrahepática, sin embargo, las cifras de mortalidad durante el procedimiento son altas, oscilando entre el 50% debido a que en los pacientes que llegan a estas instancias, han fracasado los tratamientos endoscópicos y son susceptibles a complicaciones sépticas, deterioro adicional de su función hepática o fallo multiorgánico. ⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾

CAPITULO III

3 MATERIAL Y MÉTODO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN & METODOLOGÍA.

La iniciativa de realizar este trabajo surgió con la intención de complementar información acerca del tema, la documentación necesaria nos permitió caracterizar este grupo de pacientes, establecer la prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos. Para el diseño de estudio decidimos seleccionar el de tipo retrospectivo debido a que se hizo un seguimiento de tipo observacional, descriptivo de los pacientes.

En cuanto a la población de estudio, seleccionamos a pacientes del Hospital General Guasmo Sur, que hayan sido diagnosticados por las especialidades de Gastroenterología y Medicina Interna con los CIE 10 K-92.2, K-70.3, K-74.6, I-85.0 durante el periodo de enero a junio del 2018. Así mismo, para escoger estos pacientes se establecieron criterios de inclusión y exclusión, con el fin de aumentar la probabilidad de que la investigación genere resultados fiables.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

De una población de 592 pacientes con diagnóstico de Cirrosis Hepática, se calculó la muestra de 151 pacientes mediante criterios de inclusión y exclusión.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes con Cirrosis Hepática de origen determinado que hayan presentado hemorragia digestiva alta, con estudio de Endoscopia Digestiva alta reportada.

Pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta.

Pacientes con Cirrosis hepática estadificados mediante el Score Child Pugh

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes fallecidos con diagnóstico de cirrosis por causa no relacionada con la enfermedad hepática durante el periodo de estudio.

Pacientes con cirrosis hepática con una historia clínica incompleta, o que no hayan tenido la codificación CIE 10 respectiva.

3.5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN:

Variable	Descripción	Tipo de variable	Medición
Sexo	Condición biológica de genotipo sexual	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino/masculino
Grupos etarios	Pacientes agrupados de acuerdo a su edad medida en años	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 64 años o menos ▪ 65 o más años
Escala de Child Pugh	Estimación de la mortalidad a 2 años en pacientes cirróticos, medidos de acuerdo a sus características clínicas y resultados de laboratorio	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grado 1 ▪ Grado 2 ▪ Grado 3
Etiología la Cirrosis	Causa que llevo a la cirrosis hepática al paciente estudiado	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcohólica ▪ Post necrótica ▪ Biliar ▪ Idiopática
Tipo de varices esofágica.	Reporte de Varices Esofágicas por grados	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grado 1 ▪ Grado 2 ▪ Grado 3 ▪ Grado 4
Complicaciones	Tipo de complicación que presento el paciente	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ascitis • Choque • Encefalopatía hepática

			<ul style="list-style-type: none"> • Falla renal aguda • Trombocitopenia
Días de hospitalización	Número de días que el paciente permaneció hospitalizado	Cuantitativa Continua	<ul style="list-style-type: none"> • 5 o menos días • 6 a 10 días • 11 o mas días

3.6 RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

La información requerida se obtuvo de la revisión de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se recolectaron los datos en una hoja de recolección de datos elaborada por el investigador y con la información recabada se conformó una base de datos en Microsoft Excel y el programa IBM - SPSS para la elaboración de tablas y gráficos de barras donde se representen las variables del estudio.

Se utilizó el nivel descriptivo como análisis de datos referido al estudio de datos obtenidos en una muestra (n) y como su nombre lo indica se describen y resumen las observaciones obtenidas sobre un fenómeno, un suceso o un hecho.

El método de recolección de datos que seleccionamos, debido al tipo de estudio a realizar, fue la revisión sistemática de las historias clínicas, únicamente de los pacientes que cumplen los respectivos criterios de inclusión y exclusión. Se escogió este método porque, a diferencia de entrevistas, examen físico o procedimientos, es el único que permitirá recoger todos los datos necesarios para la investigación.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

En el presente trabajo no hubo la necesidad de firmar un consentimiento informado, ni ningún documento similar en cada paciente estudiado puesto que se trabajó con historias clínicas, utilizando el número de la misma y manteniendo en total confidencialidad la identidad del paciente.

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

Las historias clínicas fueron proporcionadas por el departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur, y esta incluyó datos de filiación de los pacientes como número de historia clínica, género, nombre, edad, antecedentes patológicos personales clínicos, quirúrgicos.

Luego se hizo la revisión de cada historia clínica, analizando si los pacientes atendidos cumplían los criterios de inclusión, se obtuvieron más datos utilizados como variables intervinientes de tipo cualitativas y ordinales; datos como diagnóstico definitivo de Cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta según CIE 10 K-92.2, K-70.3, K-74.6, I-85.0, pacientes con cirrosis descompensada que presentaron hemorragia digestiva alta, su clasificación Child Pugh y las escalas pronósticas de este tipo de complicaciones.

Se estableció un estudio de cohorte histórico durante el periodo de enero a junio del 2018, el universo escogido fueron 592 pacientes atendidos en las áreas de emergencias, observación y hospitalización del Hospital General Guasmo Sur, con diagnóstico de Cirrosis Hepática, la muestra fue de 151 pacientes que cumplían criterios necesarios. Se determinó la clasificación en escalas pronósticas, escalas de estadificación de enfermedad de base, se realizaron tablas de frecuencia, cuadros y diagramas cruzados para establecer correlaciones importantes con significancia estadística descriptiva que se mostrarán a continuación.

PREVALENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA

Durante la mitad del año 2018 en el Hospital General Guasmo Sur se ingresaron 592 pacientes adultos con diagnóstico de Cirrosis Hepática en las respectivas áreas clínicas y quirúrgicas, de este universo se obtuvo una

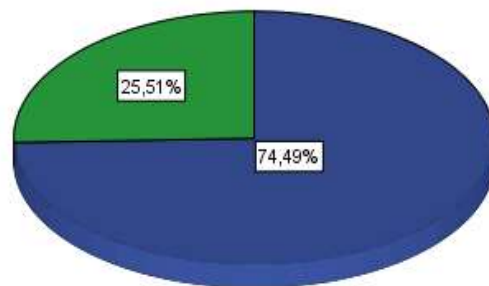
muestra den 151 pacientes que cumplieron criterios de inclusión. Determinamos mediante esta muestra y población que la prevalencia de Hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática corresponde al 25,5%.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	PACIENTES CON CIRROSIS SIN HDA	441	74.5	74.5
	PACIENTES CON CIRROSIS y HDA	151	25,5	100.0
	Total	592	100,0	

PREVALENCIA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA

PREVALENCIA DE HDA VARICEAL

- PACIENTES CON CIRROSIS SIN SANGRADO EVIDENTE
- PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL



4.1 EDAD DE PACIENTES ESTUDIADOS

EDAD

N	Válido	151
	Perdidos	0
Media		62,74
Mediana		61,00
Moda		58

Tabla 1 Edad de pacientes estudiados.

Fuente: Departamento de Estadística del HGGG.

Autor: Freddy Mosquera. 2019.

EDAD (agrupado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 64	89	58,9	58,9	58,9
	65+	62	41,1	41,1	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

Tabla 2 . Grupos de edad de pacientes estudiados

Fuente: Departamento de Estadística del HGGG.

Autor: Freddy Mosquera. 2019.

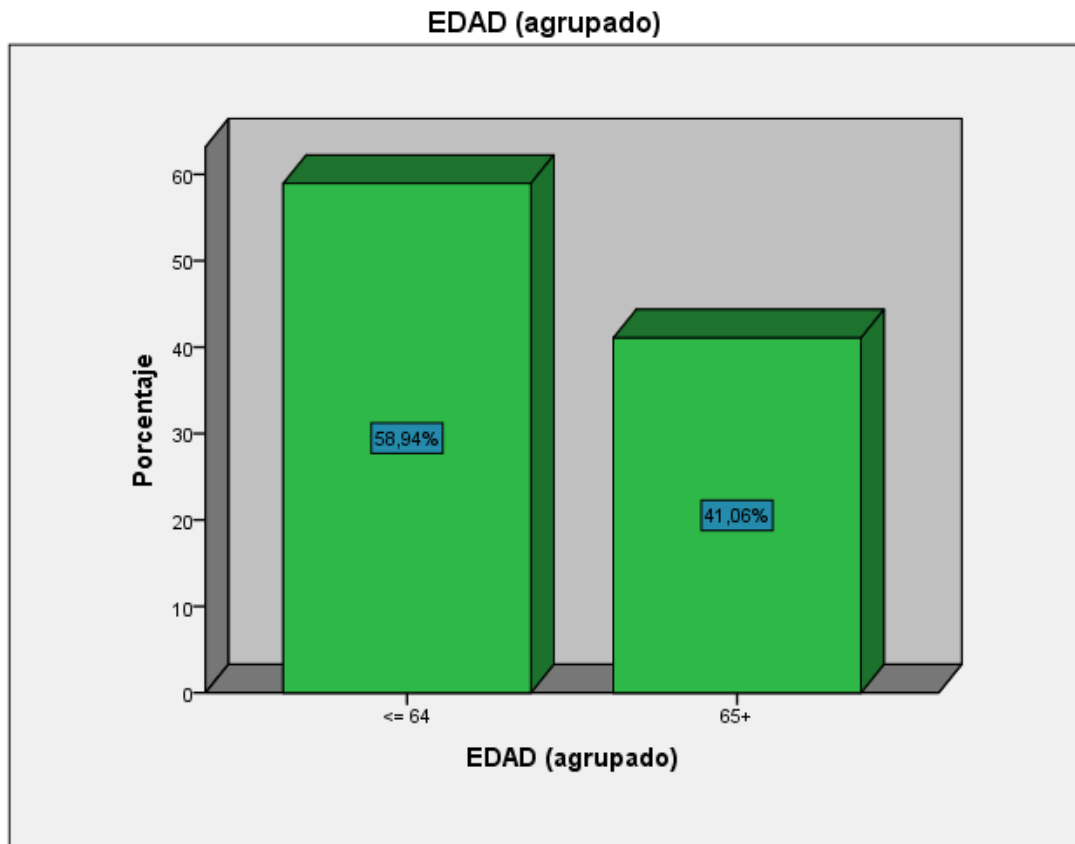


Ilustración 1 Grupos de edad de pacientes estudiados

Descripción: Se observa que el promedio de edad de pacientes fue de 62,74 años, con una mediana de 61; con respecto a los grupos de edad se clasificaron en pacientes menores de 64 años, donde se muestra que el 58,9% perteneció a este grupo, el 41,1% presentó 65 años o más.

4.2 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE PACIENTES

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	67	44,4	44,4	44,4
	MASCULINO	84	55,6	55,6	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

Tabla 3 Género de pacientes estudiados.

Fuente: Departamento de Estadística del HGGS.

Autor: Freddy Mosquera



Ilustración 2 Género de pacientes estudiados

Descripción: Clasificamos el grupo de pacientes por género masculino y femenino, el 55,5% fueron pacientes masculinos y el 44,4% pacientes femeninos, en este cuadro podemos observar la relación que existe con los datos ya registrados los cuales indican mayor frecuencia de cirrosis en pacientes masculinos. podemos observar una igual incidencia de casos de Hemorragia digestiva alta variceal dentro del periodo de estudio, indicando que el sexo no es un factor predictivo de mayor morbilidad en nuestro periodo de estudio.

4.3 ESCALA CHILD PUGH

		CHILD PUGH			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	B	84	55,6	55,6	55,6
	C	67	44,4	44,4	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

Tabla 4 Estadificación de pacientes estudiados mediante escala de Child Pugh.

Fuente: Departamento de Estadística del HGGS.

Autor: Freddy Mosquera

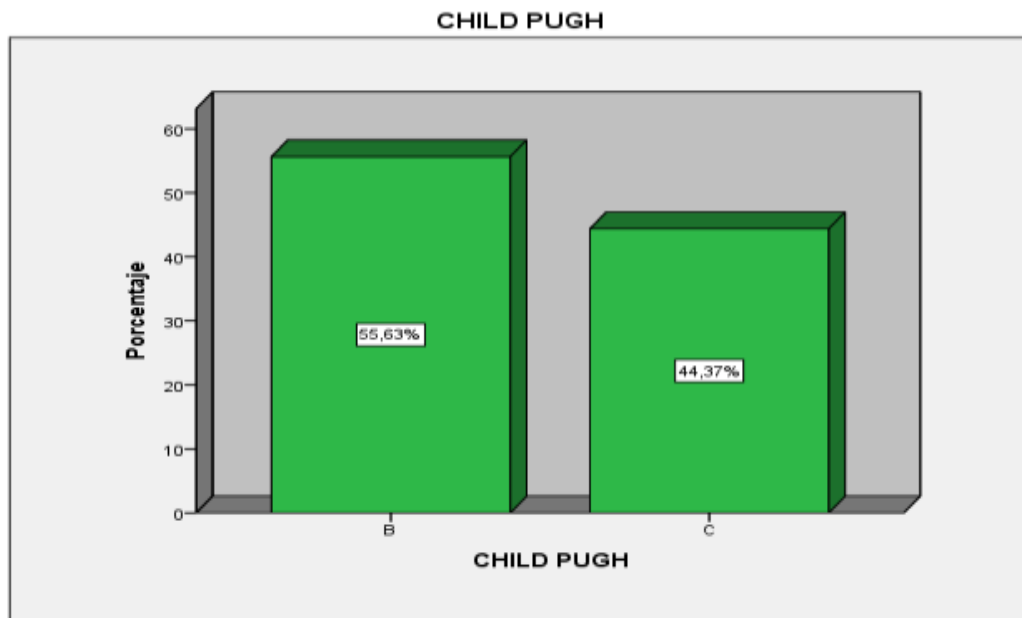


Ilustración 3 Estadificación de pacientes estudiados

Descripción: La escala Child-Pugh nos permite evaluar la mortalidad a dos años de pacientes con cirrosis, nos brinda datos clínicos y del hepatograma esencial en la fracción de función hepática, podemos observar que el 55,6% de pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta presentaron una Clasificación B al momento de hacer la evaluación, y el 44,4% de estos pacientes presentaron clasificación C indicando peor pronóstico y mayor gravedad.

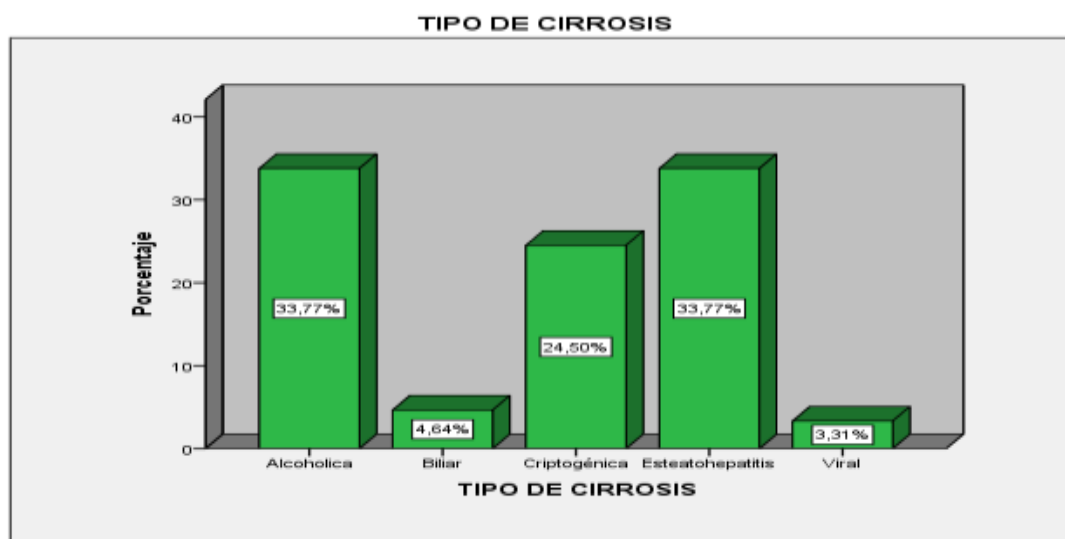
4.4 TIPOS DE CIRROSIS

		TIPO DE CIRROSIS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alcohólica	51	33,8	33,8	33,8
	Biliar	7	4,6	4,6	38,4
	Criptogénica	37	24,5	24,5	62,9
	Esteatohepatitis	51	33,8	33,8	96,7
	Viral	5	3,3	3,3	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

Tabla 5 Tipos de cirrosis en los pacientes estudiados.

Fuente: Departamento de Estadística del HGGS.

Autor: Freddy Mosquera



Descripción: en esta tabla podemos observar el 33,8% de pacientes presentaron cirrosis alcohólica y cirrosis no alcohólica por esteatohepatitis, se observó menor frecuencia en pacientes con cirrosis Criptogenica representada en el 24,5% o causas como la Cirrosis Biliar Secundaria observada en el 4,6% y causa viral representada con el 3,3%.

4.5 REPORTE DE TIPO DE VÁRICES ESOFÁGICAS SEGÚN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

		ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	VARICES GRADO II	44	29,1	29,1	29,1
	VARICES GRADO III	19	12,6	12,6	41,7
	VARICES GRADO IV	88	58,3	58,3	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

Tabla 6 Tipo de várices esofágicas según endoscopia digestiva alta

Fuente: Departamento de Estadística del HGGG.

Autor: Freddy Mosquera

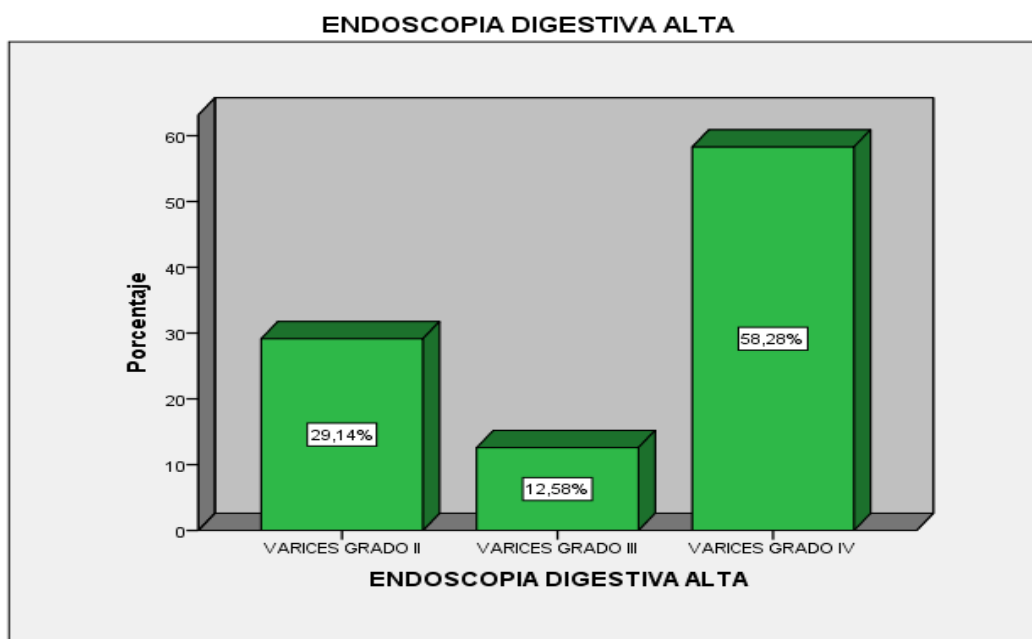


Ilustración 4 Tipo de várices esofágicas según endoscopia digestiva alta

Descripción: La HTP se define por un aumento del gradiente porto cava (GPC) por encima de valores normales (1-5 mm Hg), considerándose clínicamente significativa cuando el valor del gradiente supera los 10 mm Hg, umbral a partir del cual se desarrollan las complicaciones de la HTP. Las varices se forman a un ritmo anual del 5% y sólo cuando el GPVH es mayor de 10 mmHg. Una vez desarrolladas pasan de pequeñas a grandes con una

frecuencia del 10%-15% al año, siendo el ritmo mayor en los pacientes con peor función hepática. Dentro de nuestro grupo de pacientes podemos distinguir en la siguiente tabla que el 58,3% de los pacientes presentaron Varices Esofágicas grado IV, el 29,1% presentaron varices grado II y el 12,6% presentaron várices grado III; la incidencia alta de varices grado IV demuestra el déficit o poco control farmacológico de la presión portal en estos pacientes.

4.6 COMPLICACIONES ASOCIADAS

COMPLICACIONES ASOCIADAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ASCITIS	42	27,8	27,8	27,8
	CHOQUE	38	25,2	25,2	53,0
	ENCEFALOPATIA HEPATICA	24	15,9	15,9	68,9
	FALLA RENAL AGUDA	1	,7	,7	69,5
	N/A	45	29,8	29,8	99,3
	TROMBOCITOPENIA	1	,7	,7	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

Tabla 7 Complicaciones asociadas de pacientes con hemorragia digestiva alta variceal

Fuente: Departamento de Estadística del HGGS.

Autor: Freddy Mosquera

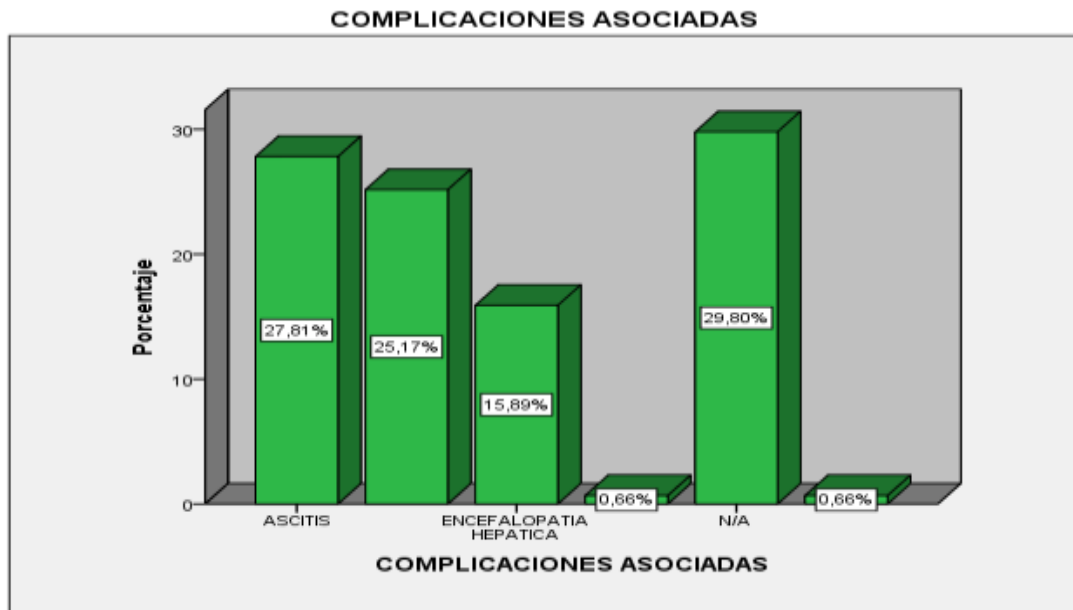


Ilustración 5 Complicaciones asociadas de pacientes estudiados.

Descripción: Podemos observar complicaciones de las cirrosis asociadas en pacientes con Hemorragia Digestiva alta de origen variceal secundarias a hipertensión Portal; el 29,8% de pacientes no presento complicaciones asociadas, los pacientes admitidos y registrados que presentaron ascitis moderada a grave fueron registrados con el 27,8% del total; el 25,2% presentó choque hipovolémico al momento de la admisión y pacientes con encefalopatía hepática se presentó el 15,9% del total.

4.7 PROMEDIO DE DÍAS DE INGRESO DE PACIENTES ESTUDIADOS

N	Válido	151
	Perdidos	0
Media		4,91
Mediana		5,00
Moda		5

Tabla 8 Promedio de días de ingreso de pacientes estudiados.

Fuente: Departamento de Estadística del HGGS.

Autor: Freddy Mosquera

Descripción: Con respecto a los días de hospitalización el promedio de días de ingreso de pacientes con Hemorragia Digestiva alta de origen variceal fue de 4,9%; observamos una mediana de 5 días de hospitalización.

4.8 REGISTRO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 5	82	54,3	54,3	54,3
	6 - 10	65	43,0	43,0	97,4
	11+	4	2,6	2,6	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

Tabla 9 Registro de días de hospitalización

Tabla 8. Fuente: Departamento de Estadística del HGGS.

Autor: Freddy Mosquera

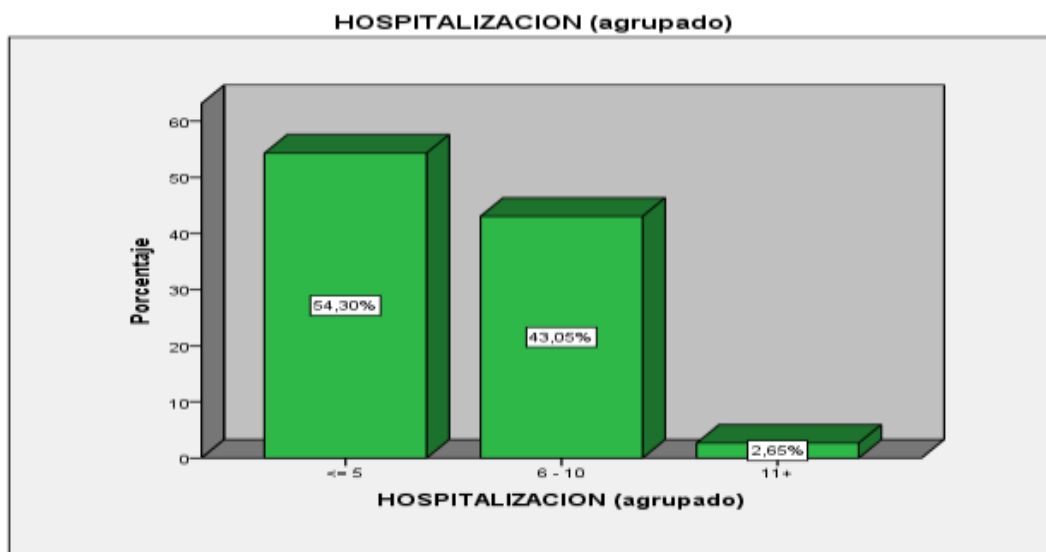


Ilustración 6 Días de hospitalización

Descripción: Observamos que el 54,3% de pacientes que presentaron Hemorragia digestiva variceal estuvieron hospitalizados 5 días o menos; pacientes entre 6 y 10 días de hospitalización representaron el 43% y pacientes con 11 días o más de hospitalización fueron representados con el 2,6% del total.

DISCUSIÓN

Determinamos mediante esta muestra y población que la prevalencia de Hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática corresponde al 25,5%.

En nuestro estudio podemos determinar que la media de edad de pacientes con Hemorragia Digestiva alta en cirróticos descompensados fue de 62 años por paciente, el 55,6% fueron pacientes masculinos y fueron ingresados por cirrosis descompensada y complicaciones por hipertensión portal, en este caso hemorragia digestiva alta, fueron clasificados por escala Child Pugh los cuales el 44,4% estuvieron catalogados como Child C y el 55,6% fueron catalogados como Child B, como en un estudio realizado en el 2013 por Barrezueta y colaboración, en un hospital de la ciudad de Guayaquil se identificaron a 230 pacientes con cirrosis y complicaciones en un periodo de 4 años, donde los pacientes Child pugh C habían fallecido en el periodo no menor a 1 año a posterior de presentar descompensación de la cirrosis.

En otro estudio realizado en la Universidad Alemana de Martin-Luther University Halle- Wittenberg, se incluyeron 443 pacientes con cirrosis que fueron sometidos a una medición rutinaria de la presión portal y sistémica en un periodo de tiempo comprendido entre noviembre de 1995 y diciembre del 2004. Con los objetivos de a) analizar la supervivencia de las diferentes etapas y subetapas de la cirrosis y b) examinar el valor pronóstico de la gradiente de presión venosa hepática GPVH en cada una de las etapas. La mortalidad a 1 año fue del 5,4 % en la cirrosis compensada y 20,2 % en los pacientes con cirrosis descompensada . Pacientes compensados en la etapa 1 (sin varices) tuvieron una supervivencia más larga que la etapa 2 pacientes (varices presentes).

El tipo de cirrosis que se presentó con mayor prevalencia en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal fue la Hepatoalcoholica y la cirrosis por esteatohepatitis no alcohólica, en un estudio realizado por Jang en el año 2010 en Corea siendo la octava causa más común de muerte en 2007, lo que representa 27.257 muertes (14,9 por cada 100.000 personas). En

Corea, la causa más común de cirrosis hepática es el virus de la hepatitis B (VHB) 57% al 73 %, seguido del alcohol y el virus de la hepatitis (VHC) que representa el 7- 31 % y del 9-22 %, respectivamente. Las otras causas representan menos del 5 %.

La prevalencia de la cirrosis alcohólica sigue en aumento, esto contrasta con la disminución constante de la prevalencia de la cirrosis relacionada con el VHB, después de la prestación de servicios universales vacunación y terapias antivirales.

En nuestro estudio observamos que los pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta al momento de someterse a una endoscopia digestiva alta presentaron varices esofágicas grado IV (58,3%), varices esofágicas grado III (12,6%) y varices esofágicas grado II (29,1%), siendo una complicación que pone en mayor riesgo la vida del paciente. Así mismo en otro estudio realizado en el Hospital de Juárez de México, se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, de enero del 2004 a junio del 2006, con el objetivo de investigar las causas y las complicaciones más frecuentes de la cirrosis en el Hospital Juárez de México; Las causas más frecuentes fueron alcohol (57.4%), virus de la hepatitis C (26.7%) y hepatopatías autoinmunes (15.6%). Las complicaciones que predominaron fueron: ascitis (82.6%), encefalopatía hepática (74.8%), hemorragia digestiva, peritonitis espontánea y síndrome hepatorrenal, en ese orden. Las causas de mortalidad fueron: hemorragia digestiva (54%), encefalopatía hepática (29%), peritonitis espontánea (10%) y síndrome hepatorrenal (7.0%)

Se compara en otro estudio realizado en Quito – Ecuador en el Hospital Carlos Andrade Marín en el que se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de cirrosis hepática entre los años 1989 y 2003, con el objetivo principal es determinar la etiología de la cirrosis en nuestro medio y las causales de mortalidad. Se incluyeron para el análisis 770 pacientes, 534 varones. El promedio de edad al diagnóstico fue de 64,1 años +/- 12,7 años. La etiología fue: alcohol 48,31%, no determinada 44,16%, viral 2,86% y otras en el 4,67% (incluye autoinmune, tóxica,

cardiaca, biliar). Las causas de muerte en 183 pacientes (23,7%) fueron: hemorragia variceal 37,7%, síndrome hepatorenal 30,1%, insuficiencia hepática 24,6%, sangrado digestivo alto no variceal 2,2%, carcinoma hepatocelular 2,7% y causas extrahepáticas en un 2,7%

Limitaciones en el Estudio

- Banco de datos incompletos y no actualizados en la institución pública
- La presente investigación en el tiempo solo alcanza o comprende 6 meses, el tema debería ser estudiado en un prolongado tiempo para investigar
- La investigación precisa tales características y variables como estadificación de enfermedad como Child Pugh, los registros de endoscopias digestivas, pero no discute otras características como tratamiento de los pacientes
- Los investigadores solo tienen acceso nulo o escaso a centros estadísticos de información por confidencialidad de la institución en donde se realiza internado y proyecto de titulación.

CONCLUSIONES

- De los 592 pacientes con cirrosis hepática tratados durante el periodo de enero a Junio del 2018 en el Hospital General Guasmo Sur, se tomó una muestra de 151 pacientes que cumplían los criterios de inclusión para esta investigación.
- Determinamos mediante esta muestra y población que la prevalencia de Hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática corresponde al 25,5%.
- La media de edad de pacientes con Hemorragia Digestiva alta en cirróticos descompensados fue de 62 años por paciente, el 55,6% fueron pacientes masculinos
- El 33,8% de pacientes presentaron Cirrosis Hepatoalcoholica y por esteatohepatitis no alcohólica; se observa que el 55,6% de pacientes presentaron Child Pugh B donde se indica que la sobre vida a 2 años está entre el 60 y 80%.
- Dentro de las complicaciones asociadas a Hemorragia digestiva se presentó con mayor frecuencia la presencia de Ascitis.
- El 54,3% de pacientes presentaron entre 5 días o menos de hospitalización por Hemorragia Digestiva alta variceal.
- El 58,3% de los pacientes presentaron Varices Esofágicas grado IV
- La hipertensión portal suele ser asintomática hasta que se desarrollan complicaciones. Las manifestaciones clínicas de la hipertensión portal incluyen esplenomegalia, circulación colateral de la pared abdominal y trombocitopenia. Muchas de las manifestaciones clínicas que se observan en pacientes con hipertensión portal están relacionadas con la causa subyacente de la hipertensión portal (p. Ej., Angiomas de araña y ginecomastia en un paciente con cirrosis) o las complicaciones de la hipertensión portal.

RECOMENDACIONES

- El tratamiento de la hemorragia variceal es fundamentalmente preventivo, estableciendo medidas eficaces para evitar el primer o sucesivos episodios de hemorragia en el paciente con varices. En la fase aguda del sangrado se requieren medidas específicas para detener la hemorragia y evitar su recidiva precoz.
- Recomendamos que todos los pacientes con cirrosis descompensada que hayan presentado sangrado de várices esofágicas reciban ligadura de banda y bloqueadores beta, a menos que los bloqueadores beta estén contraindicados
- Se puede hacer un diagnóstico de hipertensión portal si un paciente con un factor de riesgo conocido para hipertensión portal (por ejemplo, cirrosis) tiene manifestaciones clínicas de hipertensión portal. En tales casos, no se necesitan pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico. Sin embargo, si el diagnóstico es dudoso, se puede determinar el gradiente de presión venosa hepática (HVPG) para ayudar a confirmar el diagnóstico.
- En pacientes con sangrado variceal agudo a pesar de una adecuada ligadura de banda y bloqueadores beta, recomendamos una derivación portosistémica intrahepática transyugular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ordoñes. Hemorragia Digestiva Alta: Prevención y Tratamiento. Universidad Autónoma de Barcelona. 2018;; p. 1, 9 - 16.
2. Bustíos D. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado de HNERM. Es-salud. 2018;; p. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292007000300003&script=sci_arttext&tIng=en.
3. Gómez. Cirrosis Hepática. Elsevier. 2015;; p. 4 (26).
4. Bernal B. Cirrosis Hepática. 2012;; p. 1st ed. pp (867 - 890).
5. Artigas. Hemorragia digestiva aguda. JAMA. 2015;; p. Retrieved from <http://www.elsevier.es>, day 20/08/2018.
6. Alonso C. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital "Enrique Cabrera". http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000400006&lng=es&tIng=es. 2017;; p. 47 (4) Revista Cubana de Cirugía.
7. Murillo J. Medicina de urgencias y emergencias - Hemorragia Digestiva alta. Medicina de urgencias y emergencias. 2015;; p. pp. 283 - 289.
8. Harrison. Hemorragia Digestiva Alta. Principios de medicina interna. México D.F. McGraw-Hill. 2016;; p. Cap. 308.
9. Gonzalez. Ascitis y Síndrome hepatorenal. Medicine. 2014;; p. 9(10), 5-12.
10. Villanueva. Hemorragia Gastrointestinal. Practica Clínica en Gastroenterología y Hepatología. 2015;; p. (7) 345 - 567.
11. Aceves M. Cuidado nutricional de pacientes con cirrosis hepática. Scielo. 2014 febrero; 29(2).
12. Barrezueta M. Prevalencia de las complicaciones de la Cirrosis. Guayaquil Ecuador: Universidad de Guayaquil, Ciencias Medicas; 2013.
13. Bernal V. Cirrosis Hepatica. Clin Med, Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital de San Jorge Huesca. 2013; Seccion 6.
14. Bravo T. Avances en el Tratamiento de la cirrosis hepatica. Medicine. 2012.

15. Friedman S. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la enfermedad del hígado graso alcohólico y la cirrosis alcohólica. 2016 diciembre 15.
16. García B. Cirrosis Hepática. Medicine. 2013.
17. Golberg E. Cirrosis en adultos: descripción general de las complicaciones, el tratamiento general y pronóstico. 2017 marzo 7.
18. Gómez A. Cirrosis Hepática Actualización. Farmacia Abierta. 2012 julio - agosto; 26(4).
19. Magallán R. Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital Juárez de México. Revista Hospital Juarez. 2014;: p. 257 - 263.
20. Prieto J. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. Rev Col Gastroenterol. 2016; 31(1).
21. Ruiz A. Etiología, complicaciones y mortalidad en cirrosis hepática, hospital "Carlos Andrade Marín" evaluación retrospectiva de 15 años. Rev. Medicina Vol. 11. 2015;: p. 294 - 298.
22. Toledo A. Cirrosis hepática: medidas preventivas de algunas de sus complicaciones. Revista médicas clínicas Las Condes. 2014;: p. 757-763.
23. González G. Terapéutica de las Complicaciones de la Cirrosis Hepática: Hemorragia Por varices, ascitis y Encefalopatía Hepática. Medicine. 2014.
24. Moreno M. Ascitis y síndrome hepatorenal. Medicine. 2014;: p. 644 - 655.
25. Such J. Ascitis en adultos con cirrosis: terapia inicial. 2017 Junio 28.
26. Torre A. Complicaciones de la cirrosis hepática: Ascitis, encefalopatía y estado nutricional. Revista de Gastroenterología. 2016; 81(109-109).
27. Cortés. Indicaciones de la endoscopia digestiva alta. Protocolos de práctica asistencial. 2013.
28. Rodríguez C. Hipertensión Portal. Medicine. 2014.
29. Such A. Infección bacteriana en la cirrosis hepática. Medicine. 2013.

ANEXOS

TABLA 1
Etiologías de la hemorragia digestiva

Síndrome de Mallory-Weiss
Carcinoma gástrico
Esofagitis
Tumores benignos de estómago y esófago
Hemobilia
Síndrome de Rendu-Osler-Weber
Síndrome de Ehler-Danlos
Malformaciones de Dieulafoy
Hemorragias aortoentéricas
Enfermedad de Von Willebrand
Fibrinólisis
Vasculitis y amiloidosis

ANEXO 1 Etiología de la Hemorragia digestiva alta

Escala de Rockall				
Criterios	0	1	2	3
Edad	<60	60-79	≥80	
Estado de choque	TAS ≥ 100 mmHg Pulso < 100 l/min	TAS ≥ 100 mmHg Pulso ≥100 l/min	TAS < 100 mmHg	
Comorbilidad	Ninguna afección mayor		ICC, CI y cualquier afección mayor	Insuficiencia renal, fallo hepático, tumores malignos
Diagnostico	Síndrome de Mallory-Weiss o no lesiones	Todos los otros diagnósticos	Tumor maligno	
Signos de hemorragia reciente	No estigmas de hemorragia reciente o mancha de hematina		Vaso visible sangrante o no y coagulo adherido	

ANEXO 2 Escala de Rockall

CLASIFICACIÓN	HALLAZGO ENDOSCÓPICO	PORCENTAJE DE RECIDIVA
Hemorragia activa		
Forrest Ia	Hemorragia en chorro	55 (17-100%)
Forrest Ib	Hemorragia en capa	50 (17-100%)
Hemorragia reciente		
Forrest IIa	Vaso visible	43 (35-55%)
Forrest IIb	Coágulo adherido	22 (14-37%)
Forrest IIc	Fondo de hematina	7 (5-10%)
Forrest III	Base de fibrina	2 (0-5%)

ANEXO 3 Escala de Forrest

Tipo I y IIa: Indicación de tratamiento endoscópico
Tipo IIb. Lavado vigoroso y tratamiento en función a la lesión subyacente
Tipo III: No se indica tratamiento endoscópico

Causas de cirrosis

Alcoholismo	Cirrosis cardíaca
Hepatitis viral crónica	Hepatopatía metabólica hereditaria
Hepatitis B	Hemocromatosis
Hepatitis C	Enfermedad de Wilson
Hepatitis autoinmunitaria	Deficiencia de antitripsina α_1
Esteatohepatitis no alcohólica	Fibrosis quística
Cirrosis biliar	Cirrosis criptógena
Cirrosis biliar primaria	
Colangitis esclerosante primaria	
Colangiopatía autoinmunitaria	

ANEXO 4 Causas de Cirrosis Hepática

Clinical and Lab Criteria	Points*		
	1	2	3
Encephalopathy	None	Mild to moderate (grade 1 or 2)	Severe (grade 3 or 4)
Ascites	None	Mild to moderate (diuretic responsive)	Severe (diuretic refractory)
Bilirubin (mg/dL)	< 2	2-3	>3
Albumin (g/dL)	> 3.5	2.8-3.5	<2.8
Prothrombin time			
Seconds prolonged	<4	4-6	>6
International normalized ratio	<1.7	1.7-2.3	>2.3
Child-Turcotte-Pugh Class obtained by adding score for each parameter (total points) Class A = 5 to 6 points (least severe liver disease) Class B = 7 to 9 points (moderately severe liver disease) Class C = 10 to 15 points (most severe liver disease)			

ANEXO 5 Escala de Child-Pugh

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mosquera Moncayo Freddy Fernando** con C.C: # 09273222144 autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de Hemorragia Digestiva alta en Pacientes con Cirrosis Hepática, en el Hospital General Guasmo Sur, de enero a junio del 2018**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de abril del 2019**

f. _____

Nombre: **Mosquera Moncayo Freddy Fernando**

C.C: **0927322214**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de Hemorragia Digestiva alta en Pacientes con Cirrosis Hepática, en el Hospital General Guasmo Sur, de enero a junio del 2018.	
AUTOR(ES)	Mosquera Moncayo Freddy Fernando	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DRA. CARIDAD ISABEL MAYO GALBÁN	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS	
CARRERA:	MEDICIA	
TITULO OBTENIDO:	MEDICO	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de abril del 2019	No. DE PÁGINAS: 39
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Interna, Gastroenterología y Hepatología.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Palabras Claves: Hemorragia Digestiva Alta, Cirrosis, Varices esofágica	
RESUMEN/ABSTRACT:		
<p>Introducción: La hemorragia digestiva sigue siendo hasta el momento una de las principales causa de atención médica de emergencia a nivel mundial y la primera causa de índole gastroenterológica. Se estima una prevalencia de 40 a 150 casos por cada 100.000 habitantes, aunque desde 1950 disminuyó la prevalencia de la hemorragia digestiva alta (HDA), la cifra global no se modificó ya que paradójicamente aumentaron las hemorragias digestivas bajas. El objetivo de este proyecto fue determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática que fueron internados en el Hospital Guasmo Sur de enero a junio del 2018. Metodología: Para el diseño de estudio decidimos seleccionar el estudio de Cohorte Histórico, debido a que haremos un seguimiento de tipo observacional, descriptivo y analítico de los pacientes. De los 592 pacientes con cirrosis hepática tratados durante el periodo de enero a Junio del 2018 en el Hospital General Guasmo Sur, se tomó una muestra de 151 pacientes que cumplían los criterios de inclusión para esta investigación. Determinamos mediante esta muestra y población que la prevalencia de Hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática corresponde al 25,5%. El 33,8% de pacientes presentaron Cirrosis Hepatoalcohólica y por esteatohepatitis no alcohólica; se observa que el 55,6% de pacientes presentaron Child Pugh B donde se indica que la sobre vida a 2 años está entre el 60 y 80%. Dentro de las complicaciones asociadas a Hemorragia digestiva se presentó con mayor frecuencia la presencia de Ascitis. El 58,3% de los pacientes presentaron Varices Esofágicas grado IV.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-(982771101)	E-mail: freddy.mosquera.95@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkuong Andres Mauricio	
	Teléfono: 0997572784	
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		