



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

TEMA:

MELD score sodio como factor predictor de reingreso hospitalario en pacientes diagnosticados con cirrosis hepática en el período de Enero del 2014 a Junio del 2016 en el Hospital de Especialidades Doctor Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.

AUTORES:

**Moncayo Regalado Luz Melanie
Prado Gutiérrez Lisbeth Estefanía**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
Médico General**

TUTOR:

**Landívar Varas Xavier, Dr
Guayaquil, Ecuador**

04 Mayo del 2017



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 **Moncayo Regalado Luz Melanie y Prado Gutiérrez Lisbeth Estefanía**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico General**.

TUTOR

f. _____
Landívar Varas Xavier, Dr

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 4 días del mes Mayo del año 2017



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Moncayo Regalado Luz Melanie y Prado Gutiérrez Lisbeth Estefanía**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **MELD score sodio como factor predictor de reingreso hospitalario en pacientes diagnosticados con cirrosis hepática en el período de Enero del 2014 a junio del 2016 en el Hospital de Especialidades Doctor Abel Gilbert Pontón de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Médico General**, 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, a los 4 días del mes de Mayo del año 2017

LA AUTORA

f. _____
Moncayo Regalado Luz Melanie

LA AUTORA

f. _____
Prado Gutiérrez Lisbeth Estefanía



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

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Moncayo Regalado Luz Melanie y Prado Gutiérrez
Lisbeth Estefanía**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **MELD score sodio como factor predictor de reingreso hospitalario en pacientes diagnosticados con cirrosis hepática en el período de Enero del 2014 a junio del 2016 en el Hospital de Especialidades Doctor Abel Gilbert Pontón de Guayaquil** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de Mayo del año 2017

LA AUTORA

LA AUTORA

f. _____
Moncayo Regalado Luz Melanie

f. _____
Prado Gutiérrez Lisbeth Estefanía



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS XAVIER, DR.
TUTOR

f. _____

VILLEGAS VILLAGO, NANCY. DRA
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

MAYO, CARIDAD ISABEL
COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE

1.	RESUMEN (ABSTRACT)	VII
2.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.1.	Objetivo General	2
2.2.	Objetivos específicos	2
2.3.	Hipótesis.....	2
3.	DESARROLLO	3
3.1.	CAPÍTULO UNO: CIRROSIS HEPÁTICA.....	3
3.1.1.	Definición	3
3.1.2.	Epidemiología.....	3
3.1.3.	Etiología.....	4
3.1.4.	Historia natural de la enfermedad.....	4
3.1.5.	Manifestaciones clínicas	5
3.2.	CAPITULO 2: REINGRESOS HOSPITALARIOS, UNA CARGA PARA EL SISTEMA DE SALUD.6	
3.2.1.	Identificación de los pacientes con alto riesgo de reingresos	7
3.2.2.	MELD SCORE	7
4.	MATERIALES Y MÉTODOS	9
4.1.	Características del estudio y sujetos.....	9
4.2.	Participantes	9
4.3.	Intervención	9
4.4.	Recopilación de datos	10
4.6.	Variables.....	10
4.5.	Análisis estadístico	11
5.	RESULTADOS	12
6.	DISCUSIÓN	13
7.	CONCLUSIONES.....	15
8.	RECOMENDACIONES.....	16
9.	REFERENCIAS.....	17
10.	ANEXOS	21

1. RESUMEN (ABSTRACT)

INTRODUCCION

Los reingresos hospitalarios en pacientes con cirrosis hepática descompensada, han aumentado en los últimos años, por el incremento de la incidencia de esta enfermedad y por la presencia de complicaciones que requieren estancia hospitalaria. El objetivo de nuestro estudio es establecer la escala de MELD sodio como factor predictor para identificar a los pacientes con cirrosis hepática con mayor riesgo de hacer reingreso, después de su alta médica.

PACIENTES Y METODOS

En nuestro estudio, fueron incluidos 48 pacientes que ingresaron al hospital por complicaciones de cirrosis hepática entre el periodo de enero del 2014 a junio del 2016. Se trata de un estudio observacional de corte transversal.

RESULTADOS

En nuestro estudio, de los 48 pacientes que fueron hospitalizados por alguna complicación de cirrosis hepática, un total de 31(64,6%) pacientes, no reingresaron, mientras que aquellos que registraron reingresos contabilizaron 17 pacientes (35,4%). Al valorar la escala de MELD sodio, como predictor de reingresos, obtuvimos que el mayor número de pacientes se encontraba entre los 16-24 puntos con 25(52,1%), seguido de 25 a 34 puntos con 14(29,2%), <15 puntos 5(10,4%) y por ultimo >35 puntos con 4(8,3%). Un puntaje ≤ 15 ninguno de los sujetos hizo reingreso hospitalario. Los individuos con un puntaje entre 16 y 24 reingresaron al hospital en el 8% de los casos, aquellos con un puntaje entre 25 y 34 el 78,6% de los pacientes reingresó al hospital, los sujetos con MELD sodio ≥ 35 registraron reingresos en el 100% de los casos. Tanto el Chi-cuadrado (29,650) como su valor p (0,000) indican que estos datos son estadísticamente significativos.

CONCLUSION

Según el estudio se encontró una relación significativa entre el puntaje elevado del MELD sodio, con el aumento de reingresos hospitalarios, en los pacientes con cirrosis hepática descompensada.

PALABRAS CLAVE: Cirrosis hepática descompensada, escala MELD sodio, reingresos hospitalarios, predictores.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Hospital readmissions in patients with decompensated hepatic cirrhosis have increased in recent years, due to the increased incidence of this disease and the presence of complications that require hospital stay. The aim of our study is to establish the MELD sodium scale as a predictor to identify patients with liver cirrhosis at increased risk of reentry after discharge from the hospital.

PATIENTS AND METHODS

In our study, 48 patients were admitted to hospital for complications of liver cirrhosis were observed during the dates of January 2014 and June 2016. This is a cross-sectional observational study.

RESULTADOS

In our study, out of the 48 patients who were hospitalized due to complications of liver cirrhosis, a total of 31(64.6%) patients were not readmitted, while 17 patients (35.4%) reported readmission. When assessing the MELD sodium scale, as a readmission predictor, we found that the largest number of patients was between 16-24 points with 25(52.1%), followed by 25 to 34 points with 14(29.2%), <15 points 5(10.4%) and last >35 points with 4(8.3%). A score ≤ 15 none of the subjects made hospital readmission. Individuals with a score between 16 and 24 returned to the hospital in 8% of cases, those with a score between 25 and 34, 78.6% of patients reported readmission, subjects with MELD sodium ≥ 35 were readmitted in 100% of cases. Chi-square (29,650) and p-value (0.000) indicate that these data are statistically significant

CONCLUSION

According to the study, a significant relationship was found between the high Meld sodium score and the increase in hospital readmissions in patients with decompensated liver cirrhosis.

KEYWORDS: Decompensated cirrhosis, MELD score sodium, Hospital readmission, predictors

2. INTRODUCCIÓN

La Cirrosis o enfermedad hepática crónica, es un problema a nivel mundial que se encuentra asociado con un mayor gasto económico a nivel de salud pública ⁽¹⁾, debido a la alta frecuencia y el costo de reingresos. Por lo tanto, la tasa de reingresos se ha propuesto como indicador de calidad en atención médica, y se ha visto la necesidad de identificar a aquellos pacientes con mayor probabilidad de hacer otro ingreso, para hacerlos beneficiarios de intervenciones específicas y así disminuir el riesgo de una nueva estancia hospitalaria y a su vez limitar el gasto económico.

Los pacientes con cirrosis tienen un riesgo muy elevado de presentar complicaciones que requieren estancia hospitalaria. Entre las complicaciones potencialmente severas que presenta esta población tenemos ascitis, encefalopatía hepática, sangrado por varices esofágicas; las cuales tienen un impacto significativo en las actividades físicas y el desarrollo psicológico del paciente que la padece ⁽²⁾.

Se ha evidenciado un incremento de pacientes cirróticos debido al aumento del consumo de alcohol, la prevalencia de hígado graso no alcohólico y de hepatitis viral crónica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se predice que la cirrosis puede liderar como primera causa de muerte a nivel mundial en el año 2030 ⁽³⁾. En Estados Unidos la tasa anual de hospitalización ha aumentado de aproximadamente 350,000 ingresos en el 2001 a cerca de 650,000 ingresos en el 2011. Esto refleja un aumento del 100% en ingresos, así como también los costos por hospitalización se han incrementado 100% en 10 años ⁽⁴⁻⁵⁾.

En el Ecuador, según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)⁽⁶⁾, la mayor cantidad de pacientes ingresados hospitalariamente por cirrosis hepática en el año 2015, fueron personas de 65 años o más, disminuyendo su prevalencia conforme disminuye la edad.

2.1. Objetivo General

Identificar factores relacionados con una mayor frecuencia de reingresos hospitalarios en pacientes con cirrosis hepática.

2.2. Objetivos específicos

1. Definir el papel de la escala MELD sodio como predictor de reingreso hospitalario en pacientes con cirrosis hepática de cualquier etiología.
2. Conocer la distribución de sexo, edad, etiología, motivo de consulta, egresos y reingresos de los pacientes con cirrosis hepática.
3. Determinar la relación entre etiología y motivo de consulta con reingresos hospitalario en pacientes con cirrosis hepática.

2.3. Hipótesis

Pacientes que obtienen un puntaje elevado según la escala de MELD sodio, tienen mayor riesgo de reingreso hospitalario que aquellos con menor puntaje.

3. DESARROLLO

3.1. CAPÍTULO UNO: CIRROSIS HEPÁTICA

3.1.1. Definición

La cirrosis hepática fue denominada de esta manera hace más o menos 180 años atrás, por el médico francés René Laennec, debido a la consistencia y coloración que el hígado adquiere durante el proceso de esta enfermedad ⁽⁷⁾.

Se destacan dos características de esta enfermedad, la cual es ser crónica y progresiva más no aguda y autolimitada ⁽⁸⁾. Los nódulos de regeneración que se producen por la aparición de fibrosis dan como resultado la disminución de la masa hepatocelular y de la función normal del hígado, así como también alteraciones en el flujo sanguíneo. Los cambios que ocurran serán reflejo de la gravedad de la hepatopatía y la progresión de la enfermedad.

3.1.2. Epidemiología

La cirrosis hepática se encuentra dentro de las veinte enfermedades que causan muerte prematura a nivel mundial. Según estudios en Estados Unidos las tasas de mortalidad varían según los grupos de edad, encontrando tasas bajas en pacientes jóvenes pero que van aumentando considerablemente alcanzando el 3,9% de las defunciones para el grupo de edad de entre a 45 y 64 años. Es decir, suele manifestarse con mayor frecuencia hacia la cuarta o quinta década de la vida en donde presenta su sintomatología. Según datos de la Organización Mundial de la Salud publicados en el año 2014 ⁽¹⁻³⁾, las tasas de mortalidad por cirrosis hepática es de 32.6% en varones y de 18.4% en mujeres en el Ecuador. El 69% de las personas mayores a 15 años consumen alcohol, siendo mayor el consumo en varones en relación a las mujeres (11.1/3,4 en litros de alcohol

puro). Se ha dicho que es más común en varones probablemente por la relación con el virus de la hepatitis B y C y el alcoholismo como ya antes se ha mencionado, pero debido al cambio de hábitos en los últimos años, ha ido aumentando su incidencia en mujeres ⁽³⁾.

3.1.3. Etiología

Entre las causas más comunes tenemos la cirrosis por abuso de alcohol y la cirrosis por hepatitis crónica vírica que abarcan el 90% de las causas de esta patología en países occidentales, siendo los virus de hepatitis B y virus de hepatitis C las causas más frecuentes de esta última⁽¹⁾. En Asia y África la causa más común es por virus de la Hepatitis B, y en Ecuador es común la cirrosis relacionada al consumo de alcohol ⁽³⁾. Para el desarrollo de cirrosis hepática por consumo de alcohol se debe tener una ingesta superior a 60 – 80 gramos de alcohol diario durante 10 años en varones, sin embargo las mujeres tienen riesgo de desarrollarla consumiendo una menor cantidad. Hay causas menos comunes como las autoinmunes y las enfermedades metabólicas que se encuentran dentro del 10% de los casos.

3.1.4. Historia natural de la enfermedad

Existen dos fases por las que atraviesa la enfermedad. La primera es una fase en la que el paciente permanece asintomático, y el diagnóstico de la patología ocurre de manera accidental como un hallazgo médico, ya sea por analítica de control o al examen físico percibiendo hepatomegalia, a esta fase se la denomina cirrosis compensada, el desarrollo de la cirrosis en esta fase va a depender de su diagnóstico precoz y del tratamiento oportuno en el momento del diagnóstico ⁽⁸⁾. Si la enfermedad no es descubierta y continua su progreso, nos encontraremos con un segundo periodo denominado cirrosis descompensada el cual se caracteriza por un paciente sintomático presentando los signos y síntomas de una cirrosis hepática.

3.1.5. Manifestaciones clínicas

Los pacientes que acuden a la emergencia, por lo general son pacientes que ya se encuentran en la fase descompensada de la cirrosis hepática, por lo que se presentan con dolor en cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos, anorexia, ictericia, ascitis, edema, sangrado digestivo alto, telangiectasias los cuales son síntomas típicos ocasionados por las complicaciones que la cirrosis genera ⁽⁷⁻⁹⁾, como hipertensión portal (ascitis, esplenomegalia y circulación colateral), encefalopatía hepática, androgenismo, miocardiopatía cirrótica, síndrome hepatorenal, peritonitis bacteriana espontánea, anomalías en la coagulación, entre otras.

Hipertensión Portal: En la cirrosis, la distorsión de la arquitectura del parénquima hepático, aumenta la resistencia del flujo sanguíneo, el cual incrementa la presión del sistema venoso portal. A esta condición se la denomina hipertensión portal, que puede dar lugar a otras como ascitis y edema, por retención de líquidos, además de esplenomegalia ⁽⁹⁾. La ascitis puede llevar a peritonitis bacteriana espontánea, que es considerada una infección seria de la cavidad abdominal, la cual requiere tratamiento médico inmediato. Otra de las complicaciones, son las varices, que son vasos sanguíneos aumentados de tamaño, pero con disminución en el grosor de su pared a nivel gastrointestinal, siendo más frecuente en el esófago y estómago. Si la presión del flujo sanguíneo aumenta a este nivel, estos vasos tienden a estallar, y provocar sangrado.

Encefalopatía hepática: Es un estado de confusión mental, debido a la acumulación de toxinas que son eliminadas por el hígado normalmente. Tiende a provocar disminución de la función mental, y provocar cambios en los hábitos de sueño, hay dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, cambios de la personalidad ⁽⁸⁻⁹⁾. También puede encontrarse el paciente confuso, estuporoso, hasta llegar incluso al coma. Esta, es una de las complicaciones más frecuentes de cirrosis hepática. Por lo general se presenta en pacientes con cirrosis muy descompensada.

3.2. CAPITULO 2: REINGRESOS HOSPITALARIOS, UNA CARGA PARA EL SISTEMA DE SALUD.

El alta hospitalaria en pacientes con enfermedad hepática, especialmente en aquellos con cirrosis, es un proceso complejo, ya que estos pacientes se encuentran en riesgo de presentar complicaciones que requieren hospitalización ⁽¹⁰⁾. Complicaciones tales como hipertensión portal, encefalopatía hepática, entre otros. Esto supone una carga en el sistema de salud (en términos de costos y gastos hospitalarios), en los familiares de los pacientes por ser las personas encargadas de cuidar de ellos, en cuyo caso influye de manera económica y psicológica ⁽¹¹⁾.

Después del alta médica, los pacientes con cirrosis pueden tener diferentes resultados; algunos llegan tener una vida normal en su comunidad, aún con su enfermedad; recibir trasplante hepático, lo cual no es muy factible en nuestro país porque no se realiza de manera cotidiana. Algunos pacientes reciben cuidados de enfermería personalizados para continuar tratamiento, hospicios para su cuidado al final de su vida, otros pacientes mueren, y queda un gran grupo que se encuentra en riesgo de reingreso hospitalario, esto se debe a la recurrencia de la enfermedad inicial, por complicaciones provocadas en su primera estancia hospitalaria, o menos frecuente, por otras enfermedades asociadas ⁽¹²⁾.

Los reingresos tienen consecuencias negativas para el paciente, el sistema de salud y la familia, ya que puede provocar ansiedad entre los mismos y desconfiar en el sistema médico ⁽¹⁰⁻¹²⁾. Además, supone una carga en el área financiera, ya que aumentan los gastos y la necesidad de duplicar atención hospitalaria. Los reingresos involuntarios y repentinos, representan una pobre atención en la prestación sanitaria.

3.2.1. Identificación de los pacientes con alto riesgo de reingresos

Los intentos para disminuir los reingresos en pacientes con cirrosis, son más rentables, si se pueden identificar aquellos factores de riesgo que permitan responder a intervenciones específicas y evitar reingresos hospitalarios ⁽¹³⁾. Las causas y factores de riesgo para reingresos basados en la etiología pueden ser diversas en diferentes momentos. Por lo tanto, necesitan ser determinados en momentos específicos, de tal manera que se puedan aplicar intervenciones específicas.

Estudios recientes como el de Morales et al ⁽¹⁴⁾ y Desai ⁽¹⁵⁾ muestran que los reingresos tempranos entre los pacientes con cirrosis descompensada son muy comunes, y estos han sido asociados con un puntaje más alto del MELD, sodio sérico bajo y alto ⁽¹⁴⁾. En otro estudio los predictores de reingresos a los 30 días, estaban asociados con un MELD alto en el momento del alta, diabetes y sexo masculino.

3.2.2. MELD SCORE

El modelo para la puntuación de la enfermedad hepática terminal (MELD) (2000) se calcula a partir de la bilirrubina sérica (mg / dL), la creatinina sérica (mg/dL), la Relación Normalizada Internacional (INR) para el tiempo de protrombina (16). El cálculo de MELD se utilizan algoritmos por lo cual es necesario el uso de una calculadora para obtener resultados. En pacientes con cirrosis hepática, la puntuación MELD es más precisa que la puntuación CTP- Child Pugh (puntaje MELD > 40: 71% de mortalidad, <10: 2%), en la predicción de la mortalidad en los próximos 3 meses (17).

Modelo de MELD integrado (iMELD) que incluye sodio en suero (Na). Se sabe que la hiponatremia (Na de sodio bajo: 120-135 mEq / L) indica mal pronóstico en pacientes con cirrosis ⁽¹⁸⁾. La disminución del sodio en suero

de 1 mEq/L da lugar a una disminución del 12% de 3 meses de supervivencia.

La hiponatremia (si está presente), por lo general precede al aumento de la creatinina sérica. El sodio sérico se incluye en la puntuación iMELD porque con disminución de sodio en suero, el riesgo de muerte a los pacientes en lista de espera para trasplante hepático aumenta ⁽¹⁹⁾. La hiponatremia es un factor pronóstico en la cirrosis. Se ha asociado con deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, además de ser un factor morbilidad y mortalidad antes y después del trasplante hepático, y también como un mayor riesgo de desarrollar síndrome hepato-renal ⁽²⁰⁾.

La incorporación de sodio sérico en el modelo para la enfermedad hepática terminal (puntuación MELD-Na) proporcionó una predicción de supervivencia más precisa que la MELD sola en la enfermedad hepática crónica y aumenta significativamente la eficacia para predecir la mortalidad en la lista de espera y se ha utilizado para establecer los candidatos de trasplante hepático en los Estados Unidos desde enero del 2016 ⁽¹⁹⁾.

Se ha encontrado en varios estudios otro papel predictivo para la puntuación del MELD-Na, ya que fue asociado con un mayor riesgo de reingreso hospitalario, debido al pobre pronóstico de estos pacientes, y al aumento de la susceptibilidad de complicaciones por enfermedad hepática, y demanda de atención médica ⁽¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁾.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Características del estudio y sujetos

Este estudio observacional de corte transversal fue llevado a cabo en el Hospital de Especialidades Doctor Abel Gilbert Pontón (HAGP) entre el período de Enero del 2014 y Junio del 2016.

4.2. Participantes

La población de estudio fue de 48 pacientes hospitalizados en el HAGP en el período antes mencionado, los mismos cumplieron los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados con cirrosis hepática que han ingresado al servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 12 años.
- Pacientes cuyos resultados de los exámenes de laboratorio necesarios para calcular el MELD sodio tras su primer egreso hospitalario consten en su totalidad en la historia clínica.

Criterios de exclusión:

- Menores de 12 años
- Pacientes con enfermedad renal crónica, enfermedad arterial coronaria, enfermedad pulmonar crónica y trastornos metabólicos crónicos registrados en la historia clínica.

4.3. Intervención

Los pacientes estudiados fueron obtenidos mediante la base de datos de pacientes del hospital que consta a partir del 2014. Fueron seleccionados aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión,

luego de lo cual se obtuvo una población final de 48 pacientes. No se tuvo relación directa con los mismos.

4.4. Recopilación de datos

Luego de seleccionar aquellos pacientes que cumplían con los criterios mencionados, se los tabuló en una tabla de Excel de acuerdo a las variables edad, sexo, puntaje de MELD score sodio al momento de su egreso, presencia o no de reingresos hospitalarios, etiología en la cual fueron clasificados y motivo de consulta por el cual asistieron a la casa de salud.

4.6. Variables

Variables	Clasificación	Escala	Definición	Operacionalización
Edad	cuantitativa continua	Nominal	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el ingreso hospitalario	Años
Sexo	cualitativa dicotómica	Nominal	Sexo biológico del individuo	Masculino Femenino
Etiología	cualitativa politómica	Nominal	Causa identificada de la cirrosis	Alcohólica Viral Otra
Motivo de consulta	cualitativa politómica	Nominal	Signos o síntomas que produjeron el ingreso del paciente	Encefalopatía Hepática Ascitis Hemorragia digestiva alta Otro
MELD score NA	Cuantitativa discreta	Por intervalo	Puntaje en la escala MELD medido al primer egreso hospitalario	<15 16-24 25-34 >35

Reingresos hospitalarios	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ingresos hospitalarios consecuentes relacionados con la cirrosis	SI NO
--------------------------	------------------------	---------	--	----------

4.5. Análisis estadístico

Tras la revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el área de Medicina Interna del Hospital Abel Gilbert Pontón entre Enero/2014 y Junio/2016, se seleccionó a aquellos que cumplieron los criterios de selección ya descritos y sus datos fueron ingresados en una base de datos de Excel y posteriormente fueron exportados al programa estadístico SPSS 22 para realizar el análisis de los mismos. Se calculó la frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas y la media y desviación estándar para las cuantitativas. Finalmente para alcanzar el objetivo principal de este estudio, se dividió a los pacientes en 4 grupos según los intervalos de su puntaje MELD sodio al egreso y se determinó para cada grupo la frecuencia de reingresos hospitalarios, comparándose los grupos entre sí y obteniéndose el Chi-cuadrado y el valor p como indicadores de diferencias estadísticamente significativas. De igual manera, también se procedió a comparar la relación entre los reingresos hospitalarios y las etiologías y motivos de ingreso registrados por los pacientes. Se consideró significancia estadística un valor $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

En el Hospital Abel Gilbert Pontón en el área de medicina interna se seleccionaron 48 pacientes con cirrosis hepática que cumplieron los criterios de selección ya mencionados. En relación al sexo no hubo mayor diferencia ya que el sexo masculino se presentó en 25(52,1%) y el sexo femenino 23(47,9%). La media de edad de la población fue de 59,52 años con una desviación estándar de +/- 12,86 años. Según la etiología tenemos que la alcohólica represento mayor número de pacientes con 28(58,3%) seguida de la viral 11(22,9%) y por ultimo otras causas de cirrosis 9(18,8%). *Ver Tabla #1, Gráfico# 1 y Gráfico#2 en Anexos.*

El motivo de consulta por el cual los pacientes cirróticos ingresaban al hospital con mayor frecuencia fue la encefalopatía hepática con 25 casos (52,1%), seguido de la hemorragia digestiva alta con 12(25%), ascitis 4(8.3%) y otras como pancitopenia, ictericia y pancreatitis 7(14,6%). Los pacientes que fueron ingresados por cirrosis, al momento de su egreso se los valoro con la escala de MELD sodio y se les dio un puntaje, de los cuales el mayor número de pacientes se encontraba entre los 16-24 puntos con 25(52,1%), seguido de 25 a 34 puntos con 14(29,2%), menor de 15 puntos 5(10,4%) y por ultimo mayor a 35 puntos con 4(8,3%). Un total de 31 pacientes que equivale a 64,6%, no presentaron reingresos hospitalarios en el tiempo de estudio, mientras que aquellos que registraron reingresos relacionados con la cirrosis contabilizaron 17 pacientes (35,4%). *Ver Tabla #2 en Anexos.*

Para el objetivo principal del estudio, al analizar a la población según sus puntajes MELD sodio, se obtiene que con un puntaje menor e igual que 15 ninguno de los sujetos presentó reingresos hospitalarios en el tiempo de estudio. Los individuos con un MELD sodio entre 16 y 24 reingresaron al hospital en el 8% de los casos. Llama la atención que a partir de aquí la frecuencia de reingresos hospitalarios aumenta, ya que para un MELD sodio

entre 25 y 34 el 78,6% de los pacientes reingresó al hospital, en tanto que los sujetos con MELD sodio mayor e igual que 35 registraron reingresos en el 100% de los casos. Tanto el Chi-cuadrado como su valor p indican que estos datos son estadísticamente significativos. *Ver Tabla #3 en Anexos.*

Como mediciones secundarias, cuando se relacionó la etiología con el reingreso de los pacientes con cirrosis hepática pudimos determinar que la causa alcohólica presentó mayor frecuencia en reingresos con 9 casos (32,1%) seguida de la viral (5 casos/45,5%) y otras causas (3 eventos /33,3%). Sin embargo, los datos mostrados no fueron estadísticamente significativos al tomar en cuenta su valor p y Chi-cuadrado. *Ver Tabla #4 en Anexos*

La relación entre motivo de consulta y reingresos por cirrosis hepática mostró que el motivo de consulta con mayor frecuencia de posteriores reingresos fue la ascitis con 3 casos (75%), seguida por la Hemorragia digestiva alta del que se registraron 6 eventos (50%) y, por último, la encefalopatía hepática con 8 casos (32%). Al determinar el chi cuadrado obtuvimos un valor de 7,822 con una significancia de 0,05 siendo un valor estadísticamente significativo. *Ver Tabla #5 en Anexos*

6. DISCUSIÓN

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica, sobre la cual Chirapongsathorn et al ⁽¹¹⁾ demuestran que los ingresos hospitalarios por cirrosis hepática son cada vez más frecuentes, identificando en su estudio los factores de riesgo por los que un paciente con esta enfermedad puede llegar a realizar una mayor tasa de reingreso hospitalario. Entre las variables que Chirapongsathorn et al ⁽¹¹⁾, Morales et al ⁽¹⁴⁾ y Berman et al ⁽¹²⁾ usaron, destacó la escala de MELD score sodio para identificar a aquellos que llegan a ingresar por dos o más veces. En Ecuador, esta enfermedad ha ido en

aumento en los últimos años, sin que se le dé la respectiva atención para disminuir los costos innecesarios en gastos de salud por reingresos hospitalarios que pueden ser prevenibles.

En nuestro estudio utilizamos el MELD score sodio como una escala para identificar los pacientes con mayor probabilidad de hacer reingreso hospitalario. Lo cual fue demostrado mediante el análisis estadístico ya aquellos pacientes con puntaje de MELD score sodio a partir de 25 hicieron mayor reingreso hospitalario que los pacientes que obtenían un puntaje inferior. La probabilidad de que hagan reingresos aumentaba junto con el incremento de su valoración en la escala de MELD, siendo muy considerable la diferencia a partir de los 35 puntos.

Fue interesante descubrir que en nuestro estudio no se pudo comprobar que la etiología de la cirrosis hepática tenga una relación con el aumento de reingresos hospitalarios, lo cual inferimos que es por causa del tamaño de nuestra muestra de estudio. Sin embargo, el motivo de consulta por el cual el paciente acude al hospital, si tuvo una relación significativa con la frecuencia de reingresos siendo la ascitis y la hemorragia digestiva las que mayor frecuencia relativa de reingresos presentan.

Los estudios de Chirapongsathorn et al ⁽¹¹⁾, Morales et al ⁽¹⁴⁾ y Berman et al ⁽¹²⁾ quienes utilizaron una mayor población, tenían el mismo objetivo, identificar predictores de reingreso hospitalario, dentro de los cuales despuntaba la escala de MELD score sodio. De esta manera, con estudios posteriores que comprendan una mayor población, se podrían identificar más factores relacionados en la población local y así intentar disminuir o controlar la alta tasa de reingresos hospitalarios.

Una de las limitaciones que tuvimos en nuestro estudio fue el tamaño poblacional, lo que se debió en parte a la falta de datos estadísticos, es decir, el Hospital en el cual basamos el mismo no contaban con datos previos al año 2014, lo que no nos permitió aumentar el tamaño de nuestra población para realizar un trabajo más extenso y significativo. Además, no

todos los datos requeridos de cada individuo fueron proporcionados en la historia clínica. Haber sido realizado en un solo hospital pudo influir en los resultados ya que no se puede estudiar a una población en general y más diversa.

7. CONCLUSIONES

En conclusión, este estudio demuestra que los pacientes con cirrosis hepática descompensada presentan mayor frecuencia reingreso hospitalario, lo cual se ve reflejado en un aumento en el puntaje de la escala de MELD sodio. Por lo que, podemos pensar que un paciente que egresa con un puntaje elevado en esta escala presentará mayor frecuencia de reingreso debido a la cirrosis que aquellos con puntajes bajos. También se identificó como otro parámetro asociado a una mayor frecuencia de reingresos, el motivo de consulta que promovió el primer, encabezados por la ascitis y la hemorragia digestiva alta.

Este estudio pretende servir de base para realizar otros a futuro, los mismo que debería involucrar poblaciones más diversas y más numerosas, y tras los cuales se implementen diversas estrategias dirigidas a los pacientes con mayor riesgo y así disminuir los reingresos hospitalarios, lo cual conllevaría también a la reducción de gastos en el sistema de salud y mejor calidad de vida para los pacientes.

8. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los datos de nuestro estudio, podemos dar pauta a que se mejore el sistema de salud y atención integral de aquellos que padecen esta enfermedad. Tratada a tiempo y con perseverancia, se puede mantener en el tiempo con una buena calidad de vida e incluso aumentar sus años de supervivencia. Entre los métodos que se pueden utilizar tenemos crear programas para pacientes cirróticos, así como hay para pacientes que padecen hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia. Visitas domiciliarias y llamadas de control para verificar el bienestar y cuidado que esté recibiendo el paciente. Además, terapia profiláctica para prevenir complicaciones causadas por la cirrosis hepática.

9. REFERENCIAS

1. Chirapongsathorn S. Readmission in cirrosis. 2015, DIC; Tesis no publicada para el grado de master en Biomedical Sciences Clinical And Translational Science.
2. Kim HY, Kim CW, Choi JY, Lee CD, Lee SH, Kim MY et al. (2016). Complications Requiring Hospital Admission and Causes of In-Hospital Death over Time in Alcoholic and Nonalcoholic Cirrhosis Patients. *Gut and Liver* [internet] 2016, 10(1), 95–100. Disponible en: <http://doi.org/10.5009/gnl14363>
3. World Health Organization. Consultado 2017. Global status report on alcohol and health.[base de datos de internet] En: Organization WH, ed. Geneva, 2014 http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_2.pdf?ua=1
4. Chirapongsathorn S, Talwalkar JA, Kamath PS. Curr Treat Options Gastro. Readmission in cirrosis: a current problem. [internet] 2016, 14, 236. doi:10.1007/s11938-016-0091-1
5. Hines AL (Truven Health Analytics), Barrett ML (ML Barrett, Inc), Jiang HJ (AHRQ), and Steiner CA (AHRQ). Conditions With the Largest Number of Adult Hospital Readmissions by Payer. [internet] 2011. HCUP Statistical Brief #172. April 2014. Disponible en: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb172-Conditions-Readmissions-Payer.pdf>
6. Instituto nacional de estadísticas y censos. Camas egresos hospitalarios. [Base de datos en internet] Ecuador. Actualizada en 2014. Consultado 2017. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2014.pdf

7. Mantilla NG, Camacho JA, Pérez LR, Martínez A, Roque M, Porbén N. Factores clínicos y bioquímicos predictores de supervivencia al año en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática. [Clinical and biochemical factors predictors of survival at year in patients diagnosed with liver cirrhosis] *Mediciego* [internet] 2016. 22(3), 1-9 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2016/mdc163f.pdf>
8. Martín VD, González RC, Mendoza JJ, García LB, Moreno RO. Pathogenesis, diagnosis and treatment of non-alcoholic fatty liver disease. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2013 Ago, 105(7): 409-420. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082013000700006>.
9. Prieto JE, Sánchez PS, Prieto RG, Rojas DE, González L, Mendivelso F. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. [Clinical Characteristics and Decompensation in Patients with Liver Cirrhosis Treated at Two Hepatology Centers in Bogota DC from 2010 To 2014] *Rev Col Gastroenterol* [Internet]. 2016 Jan; 31(1): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572016000100001&lng=en.
10. Hirapongsathorn S, Kamath PS. Hospital readmissions in decompensated cirrhosis. *Am J Gastroenterol.* 2015; 110(6):940. doi:10.1038/ajg.2015.142
11. Chirapongsathorn S, Krittanawong C, Thongprayoon C, Pendegraft R, Enders F, Talwalkar JA. 574 Risk factors for readmission and poor outcomes in patients admitted with complications of cirrhosis. *Gastroenterology.* 2015;148 (4,Supplement 1):S-982. doi: 10.1016/S0016-5085(15)33359-X
12. Berman K, Tandra S, Forssell K, et al. Incidence and predictors of 30-day readmission among patients hospitalized for advanced liver disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:254 –259. DOI: [10.1016/j.cgh.2010.10.035](http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2010.10.035)

13. Volk ML, Tocco RS, Bazick J, Rakoski MO, Lok AS. Hospital readmissions among patients with decompensated cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:247-252 disponible en: [10.1038/ajg.2011.314](https://doi.org/10.1038/ajg.2011.314)
14. Morales BP, Planas R, Bartoli R, Morillas RM, Sala M, Cabré E, Casas I, Masnou H. Early hospital readmission in decompensated cirrhosis: Incidence, impact and mortality and predictive factors. *Digestive and Liver Disease*. 2016 Oct. DOI: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.dld.2017.03.005>
15. Desai AP, Reau N. The burden of rehospitalization for patients with liver cirrhosis. *Hospital Practice*. 2016. 44:1, 60-69. DOI:10.1080/21548331.2016.1142828.
16. Amieva M, Mejia S, Ramos R, et al: Model for end-stage liver disease- Na score or Maddrey discrimination function index, which score is best? *World Journal of Hepatology* 2015; 7: pp. 2119-2126 DOI: [10.4254/wjh.v7.i17.2119](https://doi.org/10.4254/wjh.v7.i17.2119)
17. Atla P, Sheikh M, Gill F, Kundu R, Choudhury J. Predictors of hospital re-admissions among Hispanics with hepatitis C-related cirrhosis. *Annals of Gastroenterology, North America*, 2016.sept. disponible en: <http://www.annalsgastro.gr/index.php/annalsgastro/article/view/2445>
18. Ganesh S, Rogal SS, Yadav D, Humar A, Behari J. Risk factors for frequent readmissions and barriers to transplantation in patients with cirrhosis. *PLoS One* 2013;8:e55140 DOI: [10.1371/journal.pone.0055140](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055140)
19. Tapper EB, Halbert B, Mellinger J. Rates of and reasons for hospital readmissions in patients with cirrhosis: A multistate population-based cohort study. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2016;14; 1181-1188. DOI: [10.1016/j.cgh.2016.04.009](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.04.009)
20. Desai HG. Does Model for End-stage Liver Disease (MELD) Require Modification? *JAPI* 2011 June;59 1-2 disponible en: http://www.japi.org/june_2011/article_06.pdf

21. Tapper EB, Finkelstein D, Mittleman MA, Piatkowski G, Chang M, Lai M. A quality improvement initiative reduces 30-day rate of readmission for patients with cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015 Sep 25. doi: [10.1016/j.cgh.2015.08.041](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.08.041).
22. Morando F, Maresio G, Piano S, Fasolato S, Cavallin M, Romano A, et al. How to improve care in outpatients with cirrhosis and ascites: a new model of care coordination by consultant hepatologists. *J Hepatol* 2013;59:257-264 disponible en: [10.1016/j.jhep.2013.03.010](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2013.03.010)
23. Ho SB, Matheny ME, Schnabi BE. Changes in hospital admissions and mortality for complications of cirrhosis: implications for clinicians and health systems. *Gut and Liver*. 2016 Jan 10(1) 8-9. DOI: [10.5009/gnl15593](https://doi.org/10.5009/gnl15593)
24. Tapper EB. Challenge accepted: Confronting readmissions for our patients with cirrhosis. *Hepatology* 2016 Jan. 64:1 201-203 DOI: [10.1002/hep.28471](https://doi.org/10.1002/hep.28471)
25. Tapper EB, Volk M. Strategies to reduce 30 day readmissions in patients with cirrhosis. *Curr gastroenterol Rep* 2017 19:1 DOI: [10.1007/s11894-017-0543-3](https://doi.org/10.1007/s11894-017-0543-3)
26. Singal AG, Rahimi RS, Clark C, et al. An automated model using electronic medical record data identifies patients with cirrhosis at high risk for readmission. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; 11:1335-1341 e1. DOI: [10.1016/j.cgh.2013.03.022](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.03.022)

10. ANEXOS

Tabla # 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO, EDAD Y ETIOLOGÍA.

SEXO	#	%
MASCULINO	25	52,1%
FEMENINO	23	47,9%
TOTAL	48	100%
EDAD*	59,52	+/- 12,83
ETIOLOGÍA		
ALCOHOLICA	28	58,3%
VIRAL	11	22,9%
OTRAS	9	18,8%
TOTAL	48	100%

**Por ser variable cuantitativa continua se presenta su resultado como media +/- desviación estándar.*

REFERENCIAS: HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AUTORES: LUZ MONCAYO Y LISBETH PRADO.

Tabla # 2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA, MELD AL EGRESO Y PRESENCIA O NO DE REINGRESOS HOSPITALARIOS

MOTIVO DE CONSULTA	#	%
ENCEFALOPATIA ALCOHOLICA	25	52,1%
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	12	25,0%
ASCITIS	4	8,3%
OTRAS	7	14,6%
TOTAL	48	100%

MELD AL 1ER EGRESO		
MENOR 15 PUNTOS	5	10,4%
16-24 PUNTOS	25	52,1%
25-34 PUNTOS	14	29,2%
MAYOR A 35 PUNTOS	4	8,3%
TOTAL	48	100%

REINGRESOS		
NO	31	64,6%
SÍ	17	35,4%
TOTAL	48	100%

REFERENCIAS: HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AUTORES: LUZ MONCAYO Y LISBETH PRADO.

Tabla #3: RELACIÓN ENTRE REINGRESOS HOSPITALARIOS Y PUNTAJE MELD.

PUNTAJE MELD AL PRIMER EGRESO				
REINGRESOS	<=15	16-24	25-34	>=35
SI	0 (0%)	2 (8%)	11 (78,6%)	4 (100%)
NO	5 (100%)	23 (92%)	3 (21,4%)	0 (0%)
TOTAL	5 (100%)	25 (100%)	14 (100%)	4 (100%)

Chi-cuadrado: 29,650 p: 0,000

REFERENCIAS: HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AUTORES: LUZ MONCAYO Y LISBETH PRADO.

Tabla # 4: RELACIÓN ENTRE ETIOLOGÍA Y REINGRESOS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.

ETIOLOGÍA	REINGRESOS				TOTAL
	NO		SÍ		
	#	%	#	%	
ALCOHOLICA	19	67,9%	9	32,1%	28 (100%)
VIRAL	6	54,5%	5	45,5%	11 (100%)
OTRAS	6	66,7%	3	33,3%	9 (100%)

ETIOLOGÍA	REINGRESOS
Chi-cuadrado	,633
Sig.	0,729

REFERENCIAS: HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AUTORES: LUZ MONCAYO Y LISBETH PRADO.

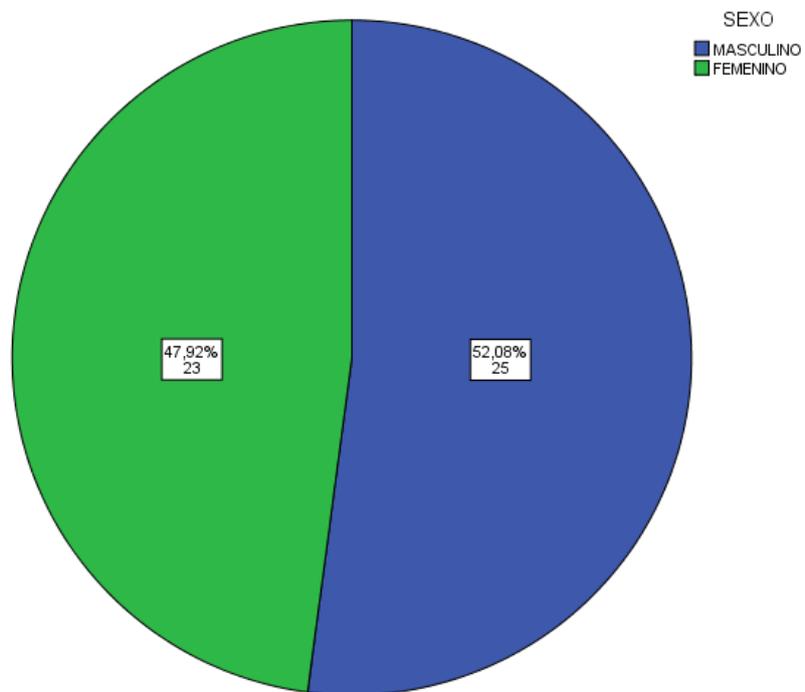
Tabla # 5: RELACIÓN ENTRE MOTIVO DE CONSULTA Y REINGRESOS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.

MOTIVO DE CONSULTA	REINGRESOS				TOTAL
	NO		SÍ		
	número	porcentaje	número	Porcentaje	
ENCEFALOPATIA ALCOHOLICA	17	68%	8	32%	25 (100%)
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	6	50%	6	50%	12 (100%)
ASCITIS	1	25%	3	75%	4 (100%)
OTRAS	7	100%	0	0,0%	7 (100%)

MOTIVO DE CONSULTA	REINGRESOS
Chi-cuadrado	7,822
Sig.	0,05

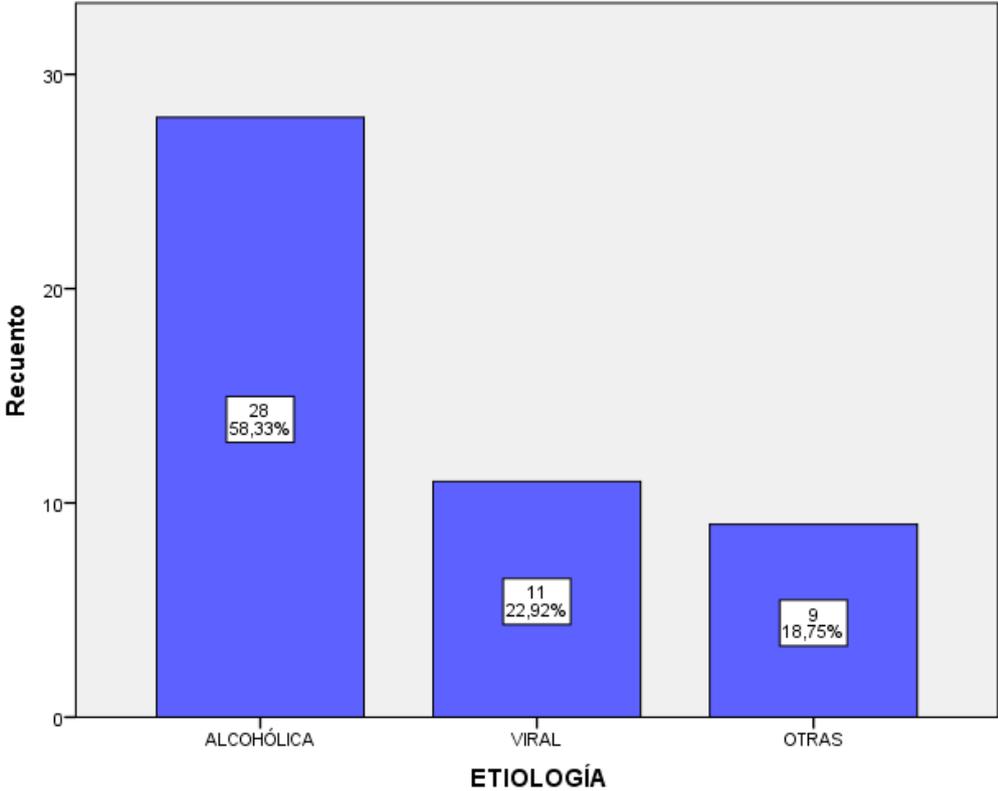
REFERENCIAS: HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AUTORES: LUZ MONCAYO Y LISBETH PRADO.

Gráfico #1: FRECUENCIA DE LA VARIABLE SEXO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



REFERENCIAS: HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AUTORES: LUZ MONCAYO Y LISBETH PRADO.

Gráfico #2: FRECUENCIA DE LAS ETIOLOGÍAS DE CIRROSIS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



REFERENCIAS: HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. AUTORES: LUZ MONCAYO Y LISBETH PRADO.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moncayo Regalado Luz Melanie**, con C.C: # **0941602559** autora del trabajo de titulación: **MELD score sodio como factor predictor de reingreso hospitalario en pacientes diagnosticados con cirrosis hepática en el período de Enero del 2014 a junio del 2016 en el Hospital de Especialidades Doctor Abel Gilbert Pontón** previo a la obtención del título de **Médico General** 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, **04 de Mayo de 2017**

f. _____

Nombre: **Moncayo Regalado Luz Melanie**

C.C: **0941602559**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Prado Gutiérrez Lisbeth Estefanía**, con C.C: # **0922489323** autora del trabajo de titulación: **MELD score sodio como factor predictor de reingreso hospitalario en pacientes diagnosticados con cirrosis hepática en el período de Enero del 2014 a junio del 2016 en el Hospital de Especialidades Doctor Abel Gilbert Pontón de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Médico General** 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, **04 de Mayo de 2017**

f. _____

Nombre: **Prado Gutiérrez Lisbeth Estefanía**

C.C: **0922489323**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	MELD score sodio como factor predictor de reingreso hospitalario en pacientes diagnosticados con cirrosis hepática en el período de Enero del 2014 a junio del 2016 en el Hospital de Especialidades Doctor Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.		
AUTORES	Moncayo Regalado Luz Melanie Prado Gutiérrez Lisbeth Estefanía		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Landívar Varas Xavier, Dr		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico General		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	DE	04 Mayo del 2017	No. PÁGINAS: DE 40
ÁREAS TEMÁTICAS:	Problema crónico degenerativo, sociocultural, planificación y gestión de los servicios de salud.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cirrosis hepática descompensada, escala MELD sodio, reingresos hospitalarios, predictores.		

RESUMEN: INTRODUCCION: Los reingresos hospitalarios en pacientes con cirrosis hepática descompensada, han aumentado en los últimos años, por el incremento de la incidencia de esta enfermedad y por la presencia de complicaciones que requieren estancia hospitalaria. El objetivo de nuestro estudio es establecer la escala de MELD sodio como factor predictor para identificar a los pacientes con cirrosis hepática con mayor riesgo de hacer reingreso, después de su alta médica. **PACIENTES Y METODOS:** En nuestro estudio, fueron incluidos 48 pacientes que ingresaron al hospital por complicaciones de cirrosis hepática entre el periodo de enero del 2014 a junio del 2016. Se trata de un estudio observacional de corte transversal.

RESULTADOS: En nuestro estudio, de los 48 pacientes que fueron hospitalizados por alguna complicación de cirrosis hepática, un total de 31(64,6%) pacientes, no reingresaron, mientras que aquellos que registraron reingresos contabilizaron 17 pacientes (35,4%). Al valorar la escala de MELD sodio, como predictor de reingresos, obtuvimos que el mayor número de pacientes se encontraba entre los 16-24 puntos con 25(52,1%), seguido de 25 a 34 puntos con 14(29,2%), <15 puntos 5(10,4%) y por ultimo >35 puntos con 4(8,3%). Un puntaje ≤15 ninguno de los sujetos hizo reingreso hospitalario. Los individuos con un puntaje entre 16 y 24 reingresaron al hospital en el 8% de los casos, aquellos con un puntaje entre 25 y 34 el 78,6% de los pacientes reingresó al hospital, los sujetos con MELD sodio ≥35 registraron reingresos en el 100% de los casos. Tanto el Chi-cuadrado (29,650) como su valor p (0,000) indican que estos datos son estadísticamente significativos. **CONCLUSION:** Según el estudio se encontró una relación significativa entre el puntaje elevado del MELD sodio, con el aumento de reingresos hospitalarios, en los pacientes con cirrosis hepática descompensada.

ADJUNTO PDF: SI NO



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

CONTACTO AUTORES:	CON	Teléfono: +593996221003 +593994629129	E-mail: mela_moncayo_16@hotmail.com Lili-prado@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	LA DEL	Nombre: Dr. Diego Vásquez Cedeño	
		Teléfono: +593982742221	
		E-mail: diegoavasquez@gmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	