



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en
pacientes con Cirrosis Hepática en el área de medicina interna del
Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2019 a diciembre del 2023**

AUTORES:

**Díaz Rugel, Albania Yanira
Salvador Silva, Daniela Noemi**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Valdiviezo Guerrero, Jaime Alberto

Ecuador - Guayaquil

09 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Díaz Rugel, Albania Yanira** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. _____

Dr. Valdiviezo Guerrero, Jaime Alberto

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 09 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Salvador Silva, Daniela Noemi** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. _____
Dr. Valdiviezo Guerrero, Jaime Alberto

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 09 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Díaz Rugel, Albania Yanira**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática en el área de medicina interna del Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2019 a diciembre del 2023**, 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 nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 09 de mayo del 2024

AUTOR



firmado electrónicamente por:
**ALBANIA YANIRA
DÍAZ RUGEL**

f. _____
Díaz Rugel, Albania Yanira



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Salvador Silva, Daniela Noemi**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática en el área de medicina interna del Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2019 a diciembre del 2023**, 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 nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 09 de mayo del 2024

AUTOR



Firmado electrónicamente por:
**DANIELA NOEMI
SALVADOR SILVA**

f. _____
Salvador Silva, Daniela Noemi



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Díaz Rugel, Albania Yanira

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática en el área de medicina interna del Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2019 a diciembre del 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 09 de mayo del 2024

AUTOR



Firmado electrónicamente por:
**ALBANIA YANIRA
DÍAZ RUGEL**

f. _____
Díaz Rugel, Albania Yanira



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Salvador Silva, Daniela Noemi**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática en el área de medicina interna del Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2019 a diciembre del 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 09 de mayo del 2024

AUTOR



Firmado electrónicamente por:
**DANIELA NOEMI
SALVADOR SILVA**

f. _____
Salvador Silva, Daniela Noemi

REPORTE DE COMPILATIO

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS
studium

MORTALIDAD TRAS REINGRESO HOSPITALARIO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DESDE ENERO DEL 2019 A DICIEMBRE DEL 2023_DIAZ ALBANIA SALVADOR DANIELA_PROM72

2% Textos sospechosos

2% Similitudes
0% similitudes entre comillas
< 1% entre las fuentes mencionadas
0% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: DIAZ_ALBANIA_SALVADOR_DANIELA_FINAL.docx	Depositante: Jaime Alberto Valdiviezo Guerrero	Número de palabras: 8716
ID del documento: b8de39a367824c37f169fd91f19f8324ebef6624	Fecha de depósito: 8/5/2024	Número de caracteres: 59.230
Tamaño del documento original: 341,33 kB	Tipo de carga: Interface	
	fecha de fin de análisis: 8/5/2024	

TUTOR



f. _____

Dr. Valdiviezo Guerrero, Jaime Alberto

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por guiarme e iluminarme durante toda esta hermosa carrera, por darme fuerza y sabiduría para seguir adelante y no rendirme. Gracias a mis padres, Roberto Díaz Peñafiel y Darlene Rugel Rugel por ser mis pilares fundamentales para lograr todos mis sueños y por apoyarme en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, por todo el esfuerzo que han hecho por mí para que pueda culminar esta tan bonita etapa de mi vida.

Gracias a mis hermanos Kevin Díaz, Josué Díaz por estar conmigo siempre apoyando en todo momento, por incentivarme a seguir adelante.

Gracias a mi hijo Thiago Mantilla Díaz, por ser mi motor, mi fuerza y mi motivo de superación desde que llego a mi vida.

Gracias a mis primas Michelle Rugel y Carol Rugel, por todo su amor, comprensión, apoyo, consejos, risas, abrazos que borran toda tristeza cuando más necesite y que no permitían que desmaye en esta ardua carrera.

Gracias a mis amigas que me dio la carrera, Belén, Maitte, Nicole B. por apoyarnos mutuamente en todas dificultades que se nos presentaron a lo largo de la carrera.

Por último, y no menos importante gracias a esos amigos que hice durante el internado de medicina; Daniela, Dayana, Shirley, Scarleth, Mateo, Nicolás y Joe a quienes espero en un futuro volver a encontrarlos en el camino como colegas.

Gracias a todas esas personas que estuvieron presentes en todos estos años de mi preparación académica y por todo el apoyo brindado.

Albania Yanira Díaz Rugel

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por iluminarme en cada etapa de esta carrera, a la Virgen María por cubrirme con su divino manto y ser mi consuelo en aquellos momentos de angustia.

Agradezco eternamente a Tía Pila Saa y a mi tío Juan Sánchez por motivarme amar lo que hago, siempre enseñándome a que todo se puede lograr con esfuerzo paciencia y perseverancia. Agradezco a mi abuela Manuela Arias por siempre estar presente en este camino.

Agradezco a los amigos maravillosos que pude hacer en este año de internado de medicina que me demostraron que no sólo la carrera es competitividad sino apoyo mutuo tolerancia y empatía.

Por último, agradezco infinitamente a mi madre Laura Silva que pese a la distancia nunca me dejó fuera de sus oraciones, siempre estuvo pendiente de mí, aconsejándome, guiándome y sobre todo amándome.

Daniela Noemí salvador silva

DEDICATORIA

Le dedicamos nuestra tesis en primer lugar a Dios, ya que sin él no hubiéramos vencido todos los obstáculos que se nos presentaron. Asimismo, a nuestras familias y amigos, por su generosidad y creer en nosotros a lo largo de todos estos años de formación académica, una vez más gracias.

Albania Yanira Díaz Rugel

Daniela Noemí Salvador Silva



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2.OBJETIVOS.....	4
1.2.1. Objetivo general	4
1.2.2. Objetivos específicos	4
1.3.JUSTIFICACIÓN.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Hemorragia Digestiva Alta	6
2.1.1. Etiología.....	6
2.1.2. Factores de riesgo.....	7
2.1.3. Cuadro clínico	8
2.1.4. Fisiopatología de las etiologías más frecuentes de HDA variceal y no variceal	8
2.1.5. Diagnóstico	10
2.1.6. Tratamiento.....	11
2.1.6.1. Manejo médico específico por cada etiología de la HDA.....	11
2.1.6.2. Tratamiento endoscópico:.....	13
2.1.6.3. Tratamiento de la HDA variceal.....	13
2.1.6.4. Tratamiento angiográfico	14
2.1.7. Pronóstico	14
2.1.7.1 Riesgo de resangrado.....	14
2.1.7.2. Índice de Rockall	15
2.2. Cirrosis Hepática.....	16
2.2.1. Etiología.....	17
2.2.2. Cuadro Clínico.....	17
2.2.4. Tratamiento.....	18
CAPITULO III. MATERIALES Y METODOS.....	20
3.1. METODOLOGIA.....	20
3.1.1. Métodos.....	20
3.1.2. Diseño de investigación	20
3.1.3. Población.....	20
3.1.3.1. Criterios de inclusión.....	20
3.1.3.2. Criterios de exclusión.....	21
3.1.4. Recolección de datos.....	21
3.2. CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	21
4.1. RESULTADOS.....	23
4.2. DISCUSIÓN.....	28
4.3. CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS.....	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. índice de Rockall.....	15
Figura 2. Puntuación Child-Pugh	19
Figura 3. Etiología de sangrado digestivo alto	24
Figura 4. Relación entre escala severidad Childpugh y mortalidad.	25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escala de Forrest.....	13
Tabla 2. Categorización de variables del estudio	21
Tabla 3. Porcentaje de Mortalidad en la población de estudio	23
Tabla 4. Frecuencia de edad y sexo en nuestra población de estudio	23
Tabla 5. Relación entre la escala de severidad de Child Pugh y Mortalidad	24
Tabla 6. Prueba Chi Cuadrado entre la escala de severidad Child Pugh y Mortalidad. .	25
Tabla 7. Relación entre la edad y gravedad de cirrosis hepática de los pacientes.....	26
Tabla 8. Chi Cuadrado entre edad y gravedad de cirrosis hepática en esta población ...	26
Tabla 9. Días de hospitalización debido a hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática.	27

RESUMEN

La cirrosis hepática es uno de los principales desafíos de salud a nivel mundial, y en Ecuador se sitúa en el séptimo puesto en términos de causas de fallecimiento, según estadísticas del INEC. Las complicaciones derivadas de esta enfermedad son la principal razón de reingreso en los diferentes servicios hospitalarios, con índices significativos de enfermedad y muerte. El objetivo principal de nuestro estudio es determinar la mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina interna del hospital Abel Gilbert Pontón desde enero 2019 a diciembre 2023. **Materiales y métodos:** el diseño investigativo es analítico, transversal, no experimental y retrospectivo, con un enfoque cuantitativo. Su población fue de 105 pacientes que fueron atendidos en el área de medicina interna y posteriormente ingresados en el área de gastroenterología. **Resultados:** De los 105 pacientes estudiados se encontró que el 60% fue para el sexo masculino y el 40% al sexo femenino, el mayor porcentaje de rango de edad fue entre 51 a 70 años con el 55.2%. Entre las etiologías frecuentes de reingreso hospitalario fue con el 48.57% variceal. **Conclusiones:** los resultados de nuestro estudio sirven para futuras investigaciones en donde se pueda crear guías actualizadas de un correcto manejo clínico y prevención de los pacientes.

Palabras claves: cirrosis hepáticas, hemorragia digestiva alta, Child-pugh, reingreso hospitalario

ABSTRACT

Liver cirrhosis is one of the main health challenges worldwide, and in Ecuador it is ranked seventh in terms of causes of death, according to INEC statistics. Complications derived from this disease are the main reason for readmission to different hospital services, with significant rates of illness and death. The main objective of our study is to determine mortality after hospital readmission due to upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis in the internal medicine area of the Abel Gilbert Pontón hospital from January 2019 to December 2023. **Materials and methods:** the research design is analytical, transversal, non-experimental and retrospective, with a quantitative approach. Its population was 105 patients who were treated in the internal medicine area and later admitted to the gastroenterology area. **Results:** Of the 105 patients studied, it was found that 60% were male and 40% female, the highest percentage of age range was between 51 to 70 years with 55.2%. Among the frequent etiologies of hospital readmission, 48.57% were variceal. **Conclusions:** the results of our study serve for future research where updated guidelines for correct clinical management and prevention of patients can be created.

Keywords: liver cirrhosis, upper gastrointestinal bleeding, Child-pugh, hospital readmission

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) se cuenta entre las enfermedades más frecuentes en los servicios de gastroenterología, caracterizada por el sangrado del sistema digestivo que proviene por encima del ángulo del Treitz. Según datos de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), se estima una incidencia anual de 40 a 150 casos por cada 100,000 personas, siendo los hombres más vulnerables que las mujeres, y el riesgo aumenta significativamente con la edad, especialmente en individuos mayores de 60 años.¹

En los Estados Unidos, la HDA constituye una de las principales causas de hospitalización anual, con más de 300,000 ingresos hospitalarios y una tasa de mortalidad que oscila entre el 3.5% y el 7%. Los estudios también han demostrado que el sexo masculino se ve más afectado y que la incidencia aumenta considerablemente con la edad.²

El empleo de la endoscopia ha sido fundamental para el tratamiento de la hemorragia digestiva alta, contribuyendo significativamente a la reducción de la estancia hospitalaria y, por ende, al costo asociado al uso de camas hospitalarias.^{2,3}

Alrededor del 80% de los casos de hemorragia digestiva alta no varicosa se resuelven por sí solos, sin necesidad de intervención médica, y solo requieren medidas de apoyo. No obstante, el resto de los pacientes corren el riesgo de que la enfermedad recrudezca o persista, lo que se asocia con un pronóstico menos favorable.³

CAPITULO I.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Planteamiento del problema

La cirrosis hepática es la principal enfermedad hepática con un alto porcentaje de mortalidad a nivel mundial, y este porcentaje aumenta significativamente una vez que se produce la descompensación. En las etapas avanzadas de esta enfermedad, se observa un incremento en la frecuencia de las descompensaciones, las cuales resultan de complicaciones como ascitis, várices esofágicas, encefalopatía hepática, entre otras.³

La cirrosis hepática ocupa el quinto lugar entre las causas más importantes de muerte a nivel global, con una tasa de mortalidad del 45,6% desde los años 90 hasta el 2014. Se estima que a nivel mundial hay cerca de 800.000 muertes anuales debido a la cirrosis.³

La incidencia anual de cirrosis hepática es de aproximadamente 250 casos por cada 100,000 personas en Europa y Norteamérica. El alcoholismo y la esteatosis hepática no alcohólica representan entre el 40% y el 60% de estos casos, mientras que otras causas como las hepatitis virales crónicas B y C abarcan del 25% al 30%.³

En países latinoamericanos como Chile y México, la cirrosis hepática ocupa el quinto y sexto lugar, respectivamente, entre las principales causas de mortalidad. En Ecuador, la cirrosis hepática se sitúa en el séptimo puesto como causa de muerte, con un total de 2,323 pacientes fallecidos debido a esta enfermedad, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) del año 2016. Del total de fallecidos, el 3.79% corresponde a hombres y el 3.03% a mujeres.⁴

En los últimos años, se ha observado un aumento significativo en la prevalencia de la hemorragia digestiva alta, lo que ha llevado consigo un incremento en las complicaciones asociadas a esta enfermedad. Este aumento se debe en parte al desconocimiento generalizado sobre la cirrosis hepática, lo que conlleva a un mayor número de pacientes cirróticos con un alto riesgo de desarrollar complicaciones graves. Como resultado, se ha registrado un incremento en el número de hospitalizaciones y en la tasa de

morbimortalidad en esta población.⁴

Es crucial recopilar información tanto cualitativa como cuantitativa sobre las características y la mortalidad de reingreso de hemorragia digestiva alta en la población con cirrosis hepática avanzada objetivo de este proyecto. Actualmente, existe una escasez de investigaciones sobre este tema, lo que resalta la importancia de abordar esta cuestión de manera exhaustiva. Obtener datos detallados sobre la prevalencia y las características de la cirrosis descompensada ayudará a comprender mejor la carga de esta enfermedad y permitirá desarrollar estrategias de prevención y manejo más efectivas. Nuestra pregunta de investigación es ¿Cuál es la prevalencia de mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina interna del Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero 2019- diciembre 2023?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

- Determinar la mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina interna del hospital Abel Gilbert pontón desde enero del 2019 a diciembre del 2023

1.2.2. Objetivos específicos

- Enunciar sexo y grupo etarios en pacientes con reingreso de hemorragia digestiva alta y antecedente de cirrosis hepática.
- Mencionar la etiología de sangrado en pacientes con reingreso de hemorragia digestiva alta y antecedente de cirrosis hepática.
- Relacionar la severidad de cirrosis hepática con mortalidad en pacientes con reingreso de hemorragia digestiva alta.
- Asociar la gravedad de cirrosis hepática y la edad de los pacientes reingresados con hemorragia digestiva alta.
- Mostrar la estancia hospitalaria en pacientes con reingreso de hemorragia digestiva alta y antecedente de cirrosis hepática.

1.3. JUSTIFICACIÓN

En los servicios de emergencia hospitalaria, los reingresos relacionados con hemorragias digestivas altas presentan un riesgo de mortalidad que oscila entre el 6% y el 10%. La hemorragia gastrointestinal alta causada por la ruptura de varices esofagogástricas es la complicación primordial de la hipertensión portal y constituye una causa común de fallecimiento en individuos con cirrosis. En nuestro entorno, la morbilidad de estas emergencias se sitúa entre el 2% y el 4% de los ingresos totales en los centros hospitalarios.⁵ Estos datos subrayan la importancia de realizar estudios estadísticos e investigaciones detalladas para comprender mejor los costos asociados y su impacto en los sistemas de salud nacionales.^{5,6}

Por lo tanto, esta investigación está dirigida a todos los profesionales de la salud, especialmente a aquellos responsables de la medicina preventiva y las consultas externas. Se espera que los resultados obtenidos sirvan como base para el desarrollo de programas de prevención y educación dirigidos a la población en general.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Hemorragia Digestiva Alta

La hemorragia digestiva alta (HDA) se refiere a cualquier sangrado que ocurre debido a una lesión en el tracto digestivo que se encuentra por encima del ángulo duodeno-yeyunal o Treitz. Esta condición, en su mayoría, se presenta de manera aguda en aproximadamente un 30% de los casos con hematemesis y en un 20% con melenas, mientras que la enterorragia es muy poco frecuente. Es importante destacar que la HDA es una de las condiciones más comunes que se atienden en los servicios de urgencias, y su incidencia tiende a aumentar con la edad.⁵

La Hemorragia Digestiva Alta de etiología variceal corresponde al sangrado de las várices gastroesofágicas, producto de un aumento de la presión en el sistema vascular portal, permitiendo el reflujo del contenido sanguíneo hacia sistemas venosos de menor capacitancia, produciendo su dilatación y tortuosidad. Mientras que la Hemorragia Digestiva de etiología no variceal se produce por múltiples causas, siendo las más frecuentes la úlcera péptica gastroduodenal y la gastritis erosiva por AINES.⁵

2.1.1. Etiología

Las hemorragias digestivas del tracto superior se clasifican en dos categorías principales: aquellas de origen variceal y aquellas de origen no variceal. A continuación, se detallan las de origen no variceal en orden de frecuencia.

- Úlcera péptica (31%-67%)
- Gastritis o duodenitis (7%-31%)
- Esofagitis erosiva (3%-12%)
- Síndrome de Mallory-Weiss (4% -8%)
- Neoplasias (2% -8%)
- Lesión de Dieulafoy (2%-8%)⁷

2.1.2. Factores de riesgo

La mayoría de las hemorragias digestivas del tracto superior son de origen no varicosa, siendo la úlcera péptica la patología más común. En nuestro entorno, *Helicobacter pylori* y los AINEs (incluyendo la aspirina) son las principales causas de úlcera péptica. En la década de los 90, *H. pylori* era responsable de más del 90% de las úlceras duodenales y aproximadamente del 70% de las gástricas. Sin embargo, la epidemiología de la úlcera péptica ha cambiado significativamente, con una disminución gradual de la incidencia de úlceras secundarias a *H. pylori*, probablemente debido a la terapia de erradicación para este microorganismo. En contraste, estamos observando un aumento de úlceras secundarias al consumo de AINEs debido a su uso cada vez más extendido en la población general, siendo probablemente los AINEs la causa más común de úlcera péptica en la actualidad.^{8,9}

Los perfiles de pacientes con úlceras asociadas a *H. pylori* y a AINEs/aspirina son diferentes. Las úlceras asociadas a *H. pylori* ocurren con mayor frecuencia en hombres, son más comunes a nivel duodenal y tienen una baja tasa de mortalidad. Por otro lado, las úlceras relacionadas con AINEs/aspirina se asocian con una menor tasa de mortalidad y ocurren con mayor frecuencia en mujeres y a nivel gástrico.^{10,11}

Otros factores de riesgo para úlcera péptica incluyen el consumo de alcohol o tabaco, antecedentes de úlcera péptica y el uso de otros fármacos como antiagregantes, anticoagulantes, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y bifosfonatos.⁹

En un porcentaje variable de pacientes (entre el 2% y el 35%), el origen de la úlcera es desconocido o "idiopático", lo que depende de las diferencias entre los estudios en cuanto a la época en que se realizaron, el método utilizado para la identificación de *H. pylori* y el país, ya que la prevalencia difiere en las diferentes regiones.⁹

2.1.3. Cuadro clínico

Los síntomas de una hemorragia digestiva alta (HDA) se pueden dividir en dos tipos: aquellos derivados de la pérdida de sangre y los que resultan de la exteriorización de la sangre desde el sistema digestivo.¹⁰

Los síntomas derivados de la exteriorización de la sangre desde el sistema digestivo pueden manifestarse a través del vómito o la defecación. En el caso del vómito de sangre, conocido como hematemesis, esta puede ser de color rojo brillante o con coágulos, pero si ha estado en contacto con el ácido gástrico durante un tiempo, suele adquirir un aspecto similar a los "posos del café". Cuando la sangre se expulsa en las heces, después de pasar por todo el tracto digestivo y someterse a los procesos de digestión, las heces suelen ser blandas, pegajosas y de aspecto similar al alquitrán, lo que se conoce como melena. En casos menos comunes, una hemorragia digestiva alta no varicosa puede manifestarse como la emisión de sangre fresca por el recto, denominada rectorragia, lo que a menudo indica una hemorragia más severa.¹¹

Los síntomas característicos son: taquicardia, hipotensión, mareo, síncope y diaforesis.¹¹

2.1.4. Fisiopatología de las etiologías más frecuentes de HDA variceal y no variceal

- ✓ **Úlcera péptica:** Se define como aquella solución de continuidad de la mucosa de más de 3-5 mm de diámetro mayor, que está constantemente expuesta a pepsina y ácido clorhídrico, con infiltración inflamatoria y necrosis, que alcanza en profundidad la capa muscular, pudiendo extenderse a todo el espesor del órgano, inclusive produciendo su perforación. Por lo tanto, la úlcera péptica siempre deja una cicatriz cuando desaparece, al contrario de las erosiones, que son lesiones que llegan hasta la submucosa y siempre cicatrizan "ad integrum" sin dejar cicatriz. Anatómicamente, se producen con mayor frecuencia en el estómago y en la primera porción del duodeno.¹²

- ✓ **Desgarro de Mallory Weiss:** Esta lesión se caracteriza por la presencia de laceraciones longitudinales superficiales de la mucosa en la parte superior del estómago (cardias). Este síndrome es el resultado de muchos factores, donde se incluye el rápido aumento de la presión en los cardias, como lo que ocurre cuando hay múltiples episodios de vómitos posterior al consumo de alcohol. Producto del aumento brusco de presión, se produce una hiperextensión del estómago que limita la movilidad entre la mucosa y la submucosa, resultando en un cierre insuficiente de los cardias. Sumado a lo anterior, las contracciones musculares desincronizadas de las diferentes capas de la parte inferior del esófago y los cardias, junto con la disposición longitudinal de los pliegues de la mucosa en la unión gastroesofágica, provocan laceraciones lineales profundas de la mucosa. Esto genera la exposición de los vasos submucosos al ácido, provocando que se dañen y se produzca la hemorragia. Este desgarro usualmente suele ser longitudinal y única, y la lesión tiene una alta probabilidad de cesar espontáneamente el sangrado.¹³
- ✓ **Malformaciones vasculares:** Dentro de esta patología se encuentra el síndrome de Dieulafoy y las ectasias vasculares. Normalmente, una arteria en el tracto gastrointestinal se va estrechando a medida que llega a su destino final. En el síndrome de Dieulafoy se produce un sangrado producto de una arteria histológicamente normal, pero anormalmente grande (1-3 mm) que tiende a penetrar en la submucosa. Además, presenta un recorrido tortuoso con protrusión hacia la mucosa producto de un defecto pequeño de la mucosa (2-5 mm) asociado a una base fibrinonecrótica. Típicamente esta lesión se ubica en el tercio superior del estómago ya sea en la curvatura menor o más frecuente en la mayor, lugar donde hay mayor cantidad de defectos en la mucosa para la protrusión del vaso. Las ectasias vasculares tienen una patogenia similar a la lesión de Dieulafoy. Estas son vénulas dilatadas que forman estrías lineales de color rojo que convergen longitudinalmente en el antro.¹⁴
- ✓ **Varices gastroesofágicas:** La formación de las colaterales portosistémicas se debe a la aparición de hipertensión portal, las que se producen por un factor hemodinámico que consta de un aumento de la resistencia (intrahepática, portal o colateral) y aumento del flujo sanguíneo (vasodilatación esplácnica y sistémico asociado a hipervolemia). Las varices esofágicas son el resultado del aumento de la presión portal desde los 10 mmHg, con un riesgo aumentado de sangrado con

un gradiente de 12 mmHg.¹⁵

2.1.5. Diagnóstico

El diagnóstico de la hemorragia digestiva alta (HDA) suele basarse principalmente en la evaluación clínica, especialmente cuando los síntomas sugieren esta afección. En la práctica clínica, el diagnóstico y el manejo se entrelazan estrechamente. Además de la evaluación clínica, existen varios exámenes de laboratorio, estudios de imágenes y procedimientos diagnósticos que permiten investigar tanto el síndrome como su causa subyacente.¹⁶

La evaluación inicial de un paciente con sospecha de hemorragia digestiva alta (HDA) implica revisar su historial médico, verificar las constantes vitales y realizar un examen físico completo, que incluye el tacto rectal. Se debe interrogar al paciente para obtener información relevante que ayude a determinar el origen de la hemorragia. Por ejemplo, se debe considerar la posibilidad de úlcera péptica en pacientes que informan sobre el uso regular de ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). En individuos con antecedentes conocidos o sospecha de enfermedad hepática, las hemorragias de origen varicoso o relacionadas con hipertensión portal son opciones para considerar. La presencia de ingesta abundante de alcohol o vómitos recurrentes sugiere un desgarro de Mallory-Weiss. Además, la presencia de una sonda de alimentación o nasogástrica permanente, así como los antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico, aumentan la sospecha de esofagitis erosiva.¹⁶

En cuanto a las constantes vitales, se debe prestar atención especial a los signos de hipovolemia, como la hipotensión y la taquicardia. La hipotensión o la taquicardia postural pueden indicar una grave pérdida de volumen que no se manifiesta en posición supina. También es importante examinar la piel en busca de signos como petequias, púrpura, angiomas arciformes y eritema palmar, así como el abdomen para detectar la presencia de ascitis, hepatomegalia o esplenomegalia, que podrían indicar hipertensión portal. La sensibilidad dolorosa o la presencia de una masa abdominal palpable pueden sugerir la presencia de un tumor intraabdominal.¹⁷

La inserción de una sonda nasogástrica u orogástrica es útil para ubicar el sitio de la hemorragia en el tracto gastrointestinal superior. También ayuda a determinar si hay presencia de sangre roja o de material con apariencia de posos de café, lo que puede ser indicativo de la duración y el tipo de hemorragia. Además, permite evaluar la persistencia, la velocidad y la recurrencia del sangrado, lo que proporciona información valiosa para el diagnóstico y el tratamiento adecuados.¹⁶

A. Tacto rectal

El examen de tacto rectal es necesario en todos los pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta (HDA) para evaluar las características de las heces. En casi la mitad de los casos de HDA, este examen permite confirmar el diagnóstico. Sin embargo, la falta de heces sanguinolentas o de color negro no descarta el diagnóstico de HDA, especialmente si el sangrado ha comenzado recientemente (menos de 8 horas).¹⁵

El diagnóstico de una HDA aguda se complementa con una endoscopia digestiva alta (EDA), cuya sensibilidad y especificidad son superiores al 95%. Se recomienda realizarla tan pronto como sea posible en los casos graves, una vez que se haya logrado la estabilidad hemodinámica, y dentro de las 12 a 24 horas en los casos menos críticos (idealmente antes de 6 horas). En situaciones donde la estabilidad hemodinámica no se puede alcanzar, se debe considerar la cirugía de urgencia con posible realización de endoscopia intraoperatoria.¹⁵

2.1.6. Tratamiento

2.1.6.1. Manejo médico específico por cada etiología de la HDA.

Úlcera péptica

1. Administración de IBP: Bolo de 80 mg IV asociado a infusión continua de 8 mg/h IV.¹⁹
2. Erradicación de HP: La erradicación de la bacteria disminuye la probabilidad de resangrado. Tratamiento recomendado:
 - a. Claritromicina: 500 mg cada 12 h por 14 días.
 - b. Amoxicilina: 1 g cada 12 h por 14 días.

c. Omeprazol: 20 mg cada 12 h por 14 días.

En caso de alergia a la penicilina:

a. Metronidazol: 500 mg cada 12 h por 14 días.

b. Claritromicina: 500 mg cada 12 h por 14 días.¹⁹

c. Omeprazol: 20 mg al día por 14 días.

3. Suspender AINES, ISRS y AAS.¹⁹

Desgarro de Mallory-Weiss

1. Administración de IBP: bolo de 80 mg IV asociado a infusión continua de 8 mg/h IV.

2. Antieméticos: Ondansetrón 4-8 mg IV cada 8 h.¹⁹

Várices gastroesofágicas

1. Administrar vasoconstrictores espláncnicos:

a. Octreotide (análogo de somatostatina) en Bolo de 50 mcg IV asociado a infusión continua de 50 mcg/h o,

b. terlipresina (análogo de vasopresina):

i. Previo a control de sangrado: 2 mg IV cada 4-6 h

ii. Posterior a control de sangrado: 1 mg IV cada 4-6 h

2. Antibióticos de amplio espectro:

a. Ceftriaxona 2 gramos IV cada 24 h por al menos 7 días

3. Betabloqueadores no selectivos

a. Propranolol 20 mg/12 h.¹⁹

Gastritis y Esofagitis erosiva

1. Administración de IBP: Bolo de 80 mg IV asociado a infusión continua de 8 mg/h IV. en el momento de la presentación aguda.

2. Se debe indicar uso de IBP oral por 8 a 12 semanas con control endoscópico una vez finalizado el tratamiento médico.²⁰

Gastritis por estrés

1. Administración de IBP: Bolo de 80 mg IV asociado a infusión continua de 8 mg/h IV.

2. En caso de que lo anterior no de resultado, se puede considerar la posibilidad de administrar vasoconstrictores espláncnicos (octreotide o vasopresina).²⁰

2.1.6.2. Tratamiento endoscópico:

El manejo endoscópico en la patología péptica no variceal se basa en el tipo de lesión diagnosticada, utilizando la clasificación de Forrest para las úlceras pépticas.²¹

Tabla 1. Escala de Forrest

Grado Forrest	Definición	Porcentaje de Recidivas
Ia	Sangrado arterial activo en jet o a chorro	90%
Ib	Sangrado en napa o rezumante	60-80%
IIa	Vaso visible no sangrante en el techo de la lesión	50%
IIb	Coágulo adherido	25-30%
IIc	Manchas de hematina	7-10%
III	Lesión con base limpia, cubierta con fibrina	3-5%

Fuente: Sánchez CV, Pagán JCG, Molina AJH. Hemorragia gastrointestinal. Asociación Española de Gastroenterología

La terapia endoscópica está indicada en casos de hemorragia activa o presencia de vaso visible no sangrante (clasificados como Forrest Ia, Ib y IIa), ya que su eficacia en estos casos está bien establecida. Esta intervención terapéutica reduce significativamente el riesgo de resangrado, la necesidad de cirugía y la mortalidad.²¹

2.1.6.3. Tratamiento de la HDA variceal

La mortalidad asociada a la hemorragia variceal es del 20%, lo que subraya la necesidad de tratar a estos pacientes en unidades especializadas y por personal entrenado. El tratamiento inicial incluye la reposición de la volemia, la prevención de complicaciones secundarias y la hemostasia de la lesión sangrante.²²

Es crucial mantener una administración restrictiva de líquidos y hemoderivados para

evitar aumentar el gradiente de presión portal y la presión en las várices. Se recomienda la colocación de un catéter central para la medición de la presión venosa y una vía periférica de grueso calibre.²²

2.1.6.4. Tratamiento angiográfico

La embolización mesentérica super selectiva se considera como una opción de tratamiento cuando los procedimientos endoscópicos no logran llegar al diagnóstico o no consiguen la hemostasia deseada. Es útil realizar una angiotomografía previa para facilitar el estudio y dejar la angiografía intervencionista exclusivamente como un procedimiento terapéutico. Los avances en micro catéteres y materiales de embolización han mejorado la eficacia y seguridad de esta técnica.²²

Es importante destacar que la disponibilidad de esta técnica puede ser limitada y no está disponible en todos los centros hospitalarios.²²

2.1.7. Pronóstico

El pronóstico de un paciente con hemorragia digestiva alta (HDA) puede variar según varios factores, entre los que se incluyen:

- Edad: Se ha observado que los pacientes menores de 60 años tienen una probabilidad mínima de recurrencia y mortalidad en comparación con los mayores.
- Comorbilidades: La presencia de enfermedades asociadas puede aumentar significativamente la mortalidad en los casos de HDA, ya que puede llevar a la descompensación de otras condiciones médicas.
- Gravedad de la hemorragia: La presencia de un shock hipovolémico o niveles bajos de hemoglobina (<10 mg/dl) se asocia con un pronóstico desfavorable.²³

2.1.7.1 Riesgo de resangrado

Los factores de riesgo para un resangrado o mortalidad incluyen una edad mayor de 65 años, mal estado general, presencia de comorbilidades, niveles bajos de hemoglobina, necesidad de transfusión sanguínea, presencia de sangre fresca en los vómitos y al tacto

rectal, alteración en el perfil renal como elevación de la urea y creatinina, así como el aumento de las aminotransferasas séricas.²³

2.1.7.2. Índice de Rockall

Utilizado para el predecir el riesgo de resangrado de la HDA, basado en parámetros clínicos y endoscópicos.

Figura 1. índice de Rockall



Parámetro	Puntuación
Edad	
< 60 años	0
60 -79 años	1
≥ 80 años	2
Hemodinámico	
Sin shock (*PAS >100, FC < 100)	0
Taquicardia (*PAS > 100, FC >100)	1
Hipotensión (*PAS <100)	2
Comorbilidades	
Sin enfermedades asociadas	0
Enfermedades asociadas	2
Insuficiencia renal, cirrosis, neoplasias	3
Endoscopia	
Sin lesiones ni signos de hemorragia reciente o Mallory Weiss	0
Resto de lesiones	1
Neoplasias	2
Sin signos de hemorragia (Forrest IIc o III)	0
Sangre fresca (Forrest Ia, Ib, IIa, IIb)	2

*PAS: Presión arterial sistólica

Riesgo según puntuación	
Riesgo bajo	≤ 2 puntos
Riesgo intermedio	3 – 4 puntos
Riesgo alto	≥ 5 puntos

Fuente: Sánchez CV, Pagán JCG, Molina AJH. Hemorragia gastrointestinal. Asociación Española de Gastroenterología

2.2. Cirrosis Hepática

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica e irreversible del hígado que se caracteriza por la sustitución de la arquitectura normal del hígado por bandas de tejido fibroso. Como consecuencia de ello, hay menos células hepáticas y, por tanto, el hígado deja de hacer sus funciones habituales, entre las que destacan, la síntesis de proteínas (especialmente las que actúan en la coagulación de la sangre), la producción de bilis, la neutralización y eliminación de sustancias ajenas al organismo, y la producción de defensas contra la infección. También se impide la normal circulación de la sangre por el hígado, produciéndose lo que se denomina hipertensión portal.²³

2.2.1. Etiología

En nuestra área, las causas más comunes de cirrosis hepática son la hepatitis crónica C y el abuso de alcohol, con frecuencia presentándose en combinación. Además, otras causas relativamente comunes incluyen la hepatitis crónica por el virus B, especialmente prevalente en ciertos grupos de inmigrantes, así como enfermedades autoinmunes como la colangitis biliar primaria y la hepatitis autoinmune. La enfermedad hepática grasa no alcohólica también es una causa significativa, particularmente en pacientes con diabetes y obesidad. Se mencionan además otras causas menos comunes como enfermedades congénitas como la hemocromatosis o la enfermedad de Wilson, trastornos biliares, afecciones cardíacas y ciertos medicamentos, como la ingesta excesiva y prolongada de vitamina A.²⁴

2.2.2. Cuadro Clínico

Cuando la función hepática comienza a deteriorarse, pueden surgir los primeros signos y síntomas, como fatiga, debilidad, pérdida de apetito y peso, sangrado nasal excesivo o moretones desproporcionados por golpes leves. Además, pueden experimentarse problemas sexuales, como impotencia en hombres y ausencia de menstruación en mujeres en edad fértil. A menudo, se observan en la piel del pecho manchas conocidas como arañas vasculares, caracterizadas por venas finas que se ramifican desde un punto central, y enrojecimiento en las palmas de las manos, venas visibles en el abdomen y pérdida de cabello en el cuerpo. Los análisis de sangre revelan anemia, reducción de plaquetas, aumento de bilirrubina, disminución de albúmina y prolongación del tiempo de protrombina.²²

Posteriormente, pueden aparecer complicaciones graves que indican una cirrosis descompensada. Estas incluyen ascitis (acumulación de líquido en la cavidad abdominal), encefalopatía hepática (deterioro de la función cerebral debido a la acumulación de toxinas), hemorragia por varices esofágicas, infecciones y desarrollo de hepatocarcinoma (un tumor maligno de células hepáticas). La ascitis se manifiesta como hinchazón abdominal que puede dificultar la respiración, acompañada a veces de edemas en las piernas y hernias umbilicales. La encefalopatía hepática causa cambios en el ritmo del sueño, desorientación, lentitud en el pensamiento, temblores y eventualmente coma. La hemorragia por varices esofágicas se presenta con vómito de sangre, heces negras,

sudoración y malestar general. Las infecciones bacterianas pueden provocar fiebre, escalofríos y dolor abdominal o torácico.²¹

El hepatocarcinoma generalmente no produce síntomas hasta etapas avanzadas, lo que empeora el pronóstico; sin embargo, si se detecta temprano, puede tratarse con mayor eficacia. Cuando no se presentan complicaciones, se considera que la cirrosis está compensada y el pronóstico es relativamente bueno (más del 80% de los pacientes sobreviven después de 5 años). Por el contrario, si aparecen complicaciones, se considera que la cirrosis está descompensada y el pronóstico es menos favorable.²⁵

2.2.3. Diagnóstico

Historial clínico: Incluye antecedentes de consumo de alcohol, factores de riesgo para hepatitis crónica B y C (como uso de drogas intravenosas, actividad sexual de riesgo o contacto con portadores de Hepatitis B o C), uso de fármacos, tratamientos alternativos como hierbas y homeopatía, y consumo de drogas. También se investiga la presencia de prurito, antecedentes de enfermedades pulmonares o familiares con enfermedades hepáticas.²³

Examen físico: Se observa hepatomegalia, esplenomegalia y lesiones cutáneas como arañas vasculares, telangiectasias faciales o palmas enrojecidas.

Análisis de laboratorio: Se realizan pruebas de sangre para detectar alteraciones en células sanguíneas, marcadores de función hepática e infección por virus de hepatitis B o C, además de estudios de coagulación.²³

Ecografía abdominal: Sirve para un diagnóstico indirecto en muchos casos. La elastografía hepática y la biopsia hepática se utilizan para confirmar el diagnóstico de manera directa y definitiva.²³

2.2.4. Tratamiento

La cirrosis en sí misma no tiene un tratamiento médico específico debido a su naturaleza irreversible. Sin embargo, es posible tratar algunas de las enfermedades que la causan y evitar o retrasar su progresión de etapas tempranas a avanzadas.²⁵

En términos de cambios dietéticos, se recomienda la reducción de la ingesta de sal para prevenir la retención de líquidos, así como la restricción de proteínas, especialmente carnes y pescados, para controlar la encefalopatía hepática.²⁵

En cuanto a los medicamentos, los diuréticos son ampliamente utilizados para tratar la retención de líquidos, mientras que los beta-bloqueantes se prescriben para prevenir hemorragias digestivas.²³

El tratamiento definitivo para la cirrosis es el trasplante hepático. Este procedimiento se reserva para pacientes con una esperanza de vida estimada de menos de dos años debido a la cirrosis, y que no tienen contraindicaciones para la cirugía por otras razones.²⁵

2.2.5. Puntuación de child-pugh

Figura 2. Puntuación Child-Pugh

	1 punto	2 puntos	3 puntos
Bilirrubina (mg/dl)	< 2	2-3	> 3
Albúmina (g/dl)	> 3,5	2,8-3,5	< 2,8
Tiempo de protrombina (s)	< 4	4-6	> 6
%	> 60	40-60	< 40
INR	1,7	1,7-2,3	> 2,3
Ascitis	Ausente	Moderada	Tensa
Encefalopatía	Ausente	Moderada (I-II)	Grave (III-IV)
En caso de cirrosis biliar primaria Bilirrubina (mg/dl)	< 4	4-10	>10

Clase A: 5-6 puntos; clase B: 7-9 puntos; clase C: 10-15 puntos.
INR: cociente internacional normalizado.

Campos-Varela I, Castells L. Puntuaciones de pronóstico de la cirrosis. *Gastroenterol Hepatol [Internet]*. 2008;31(7):439–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13125591>

El método más comúnmente utilizado para evaluar el pronóstico vital en pacientes con cirrosis hepática se basa en un sistema inicialmente desarrollado de manera empírica. Este sistema incorpora varios parámetros, incluyendo albúmina sérica, bilirrubina sérica, estado nutricional, presencia de ascitis y encefalopatía.²⁶

Cada uno de estos parámetros se evalúa en una escala de 1 a 3 puntos dependiendo de la gravedad de la alteración. Estos puntos se suman para obtener una puntuación total, que luego se clasifica en uno de tres estadios: Estadio A si la puntuación es de 5-6 puntos, Estadio B si es de 7-9 puntos, y Estadio C si es de 10-15 puntos.²⁶

CAPITULO III. MATERIALES Y METODOS

3.1. METODOLOGIA

3.1.1. Métodos

Nuestro diseño investigativo está basado en ser no experimental de tipo transversal que permitió recolectar las historias clínicas durante el tiempo determinado, posterior a ello se los analizó e interpretó.

3.1.2. Diseño de investigación

Se aplicó un estudio de tipo retrospectivo y analítico por lo que sustenta la investigación que se realizó por recolección de revisiones sistemáticas con la finalidad de comparar y analizar con los datos encontrados en nuestro estudio. El enfoque fue cuantitativo de tipo analítico debido a que se valoró la mortalidad de pacientes reingresados por hemorragia digestiva alta y la severidad de cirrosis hepática

3.1.3. Población

El universo de nuestro estudio fue de 180 pacientes, pero de acuerdo con que se realizó una revisión exhaustiva de las historias clínicas, y se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, nuestra población terminó siendo de 105 pacientes que fueron atendidos en el área de Medicina Interna del Hospital Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2019 a diciembre 2023.

3.1.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Abel Gilbert Pontón período enero 2019 diciembre 2023

- Pacientes con antecedentes de cirrosis hepática
- Pacientes que fueron ingresados en hospitalización en el servicio de Gastroenterología del hospital.

3.1.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con antecedentes de otros tipos de hepatopatías
- Pacientes con historias clínicas incompletas
- Pacientes con antecedente de hemorragia digestiva alta de causa no cirrótica

3.1.4. Recolección de datos

En el siguiente trabajo se utilizó un muestreo no probabilístico debido a que se tomó base de datos de acuerdo con los cie10 establecidos de las dos enfermedades de estudio. Por lo que se halló 180 historias clínicas, pero al aplicar criterios del estudio resultó siendo un total de 105 pacientes que se ajustaron a nuestra selección aleatoria.

3.2. CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 2. Categorización de variables del estudio

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO	RESULTADO
Sexo	Características que identifican a los individuos	Nominal	Femenino Masculino
Edad	Número en años transcurridos de los pacientes	Cuantitativa discreta	15-30 años 31 – 50 años 51-70 años Mayores de 70 años
Etiología del sangrado	Causas subyacentes de sangrado	Cualitativa Nominal	Esofagitis erosiva Neoplasia

			Síndrome de Mallory Weiss Úlcera péptica Variceal
Criterios clínicos y laboratorio para severidad cirrosis hepática	CHILD PUGH	Cualitativa Ordinal	CLASE A CLASE B CLASE C
Estancia hospitalaria	Cantidad de días que estuvo ingresado el paciente	Cuantitativa Nominal	1-5 días 6-14 días 15-25 días Mas de 25 días
Pacientes vivos/muertos	Historias clínicas	Categórica nominal	Vivo Muerto

3.2.1. Técnicas e instrumentos para entrada y gestión de datos

Mediante el método de documentación, se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes seleccionados del Hospital Abel Gilbert Pontón a través del sistema informático del área de talento humano. La recolección, tabulación y análisis de los datos obtenidos se realizarán mediante los programas IBM SPSS Statistics, Microsoft Word y Microsoft Excel. Para medir las variables se utilizaron medidas de dispersión y tendencia central para relacionar las variables de interés se utilizó la fórmula chi cuadrado de Pearson con una significancia de 0.05.

CAPITULO IV

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. RESULTADOS

Tabla 3. Porcentaje de Mortalidad en la población de estudio

	RECuento	PORCENTAJE
MUERTO	30	28.6%
VIVO	75	71.4%

Interpretación: En la siguiente tabla se evidenció que, dentro de las 105 historias clínicas, el 28.6% falleció y el 71.4% vivió.

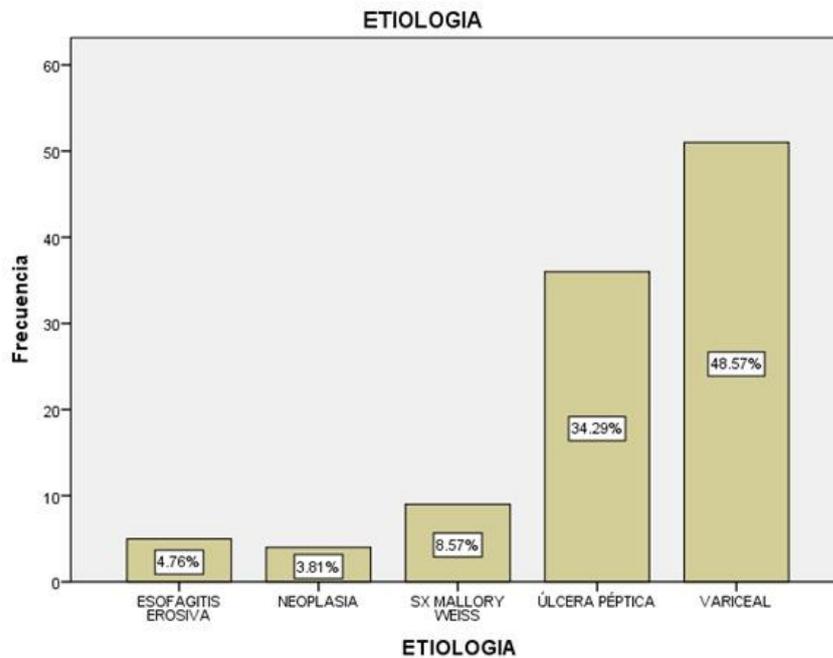
Tabla 4. Frecuencia de edad y sexo en nuestra población de estudio

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	42	40%
MASCULINO	63	60%
TOTAL	105	100%

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-30 AÑOS	9	8.6%
31 – 50 AÑOS	34	32.4%
51-70 AÑOS	58	55.2%
MAYORES 70 AÑOS	4	3.8%

Interpretación: en nuestro estudio de 105 pacientes, los cuales 40% fueron de sexo femenino y 60% sexo masculino; posterior a ello se clasificó en edades, de las cuales de 15 a 30 años fue de 8.6%; 31 a 50 años con 32.4%; de 51 a 70 años con 55.2% y mayores de 70 años con un 3.8%.

Figura 3. Etiología de sangrado digestivo alto



Interpretación: Los hallazgos etiológicos encontrados fue de 4.76% esofagitis erosiva, 3.81% neoplasia, 8.57% síndrome de Mallory Weiss, 34.29% de úlcera péptica y el 48.57% variceal.

Tabla 5. Relación entre la escala de severidad de Child Pugh y Mortalidad

		CLASE A	CLASE B	CLASE C	TOTAL	
MORTALIDAD	Muerto	Recuento	0	25	5	30
		% dentro	0%	83.3%	16.7%	100%
		Mortalidad				
	Vivo	Recuento	18	43	14	75
		% dentro	24%	57.3%	18.7%	100%
		Mortalidad				
	Total	Recuento	18	68	19	105
		% dentro de mortalidad	17.1%	64.8%	18.1%	100%

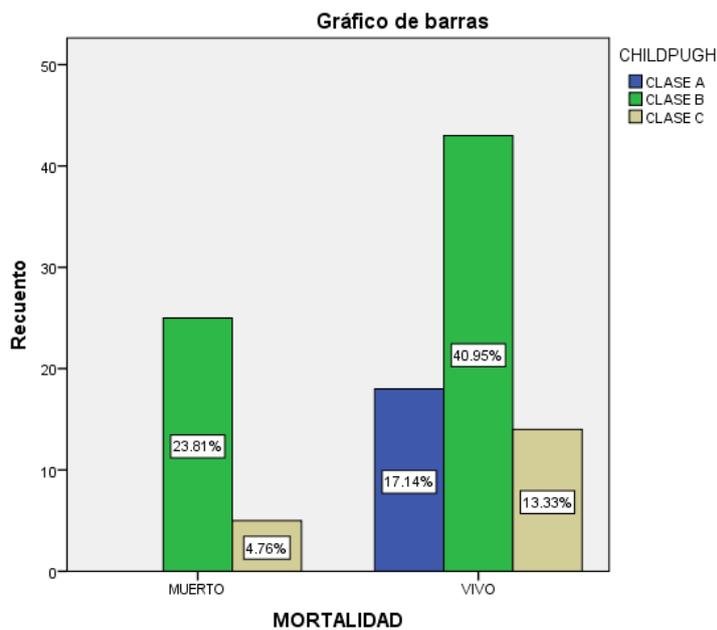
Tabla 6. Prueba Chi Cuadrado entre la escala de severidad Child Pugh y Mortalidad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.484 ^a	2	.009
Razón de verosimilitud	14.290	2	.001
N de casos válidos	105		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 5.14.

Figura 4. Relación entre escala severidad Childpugh y mortalidad.



Interpretación: Dentro de nuestra base de datos se hallaron 105 pacientes de los cuales se buscó la relación entre la escala de severidad Child Pugh y mortalidad de los pacientes en nuestro estudio. Se halló que para la Clase A no se encontró ningún caso de muerte, pero en cambio se halló que el 24% estaban vivos; de la clase B se halló que el 83.3% fallecieron y 57.3% permanecieron vivos con esta escala de severidad y por último en la clase C, se encontró que el 16.7% fallecieron y el 18.7% se mantuvieron con vida. Posterior a ello se realizó Chi Cuadrado Pearson y se verifica que se encontró asociación estadística entre la escala de severidad de Child Pugh y mortalidad.

Tabla 7. Relación entre la edad y gravedad de cirrosis hepática de los pacientes.

			15-30	31-50	51- 70	MAYORE	TOTA
			AÑO	AÑO	AÑO	S DE 70	L
			S	S	S	AÑOS	
CHILDPUG	Clas e A	Recuento	1	10	7	0	18
		% dentro edad	11.1%	29.4%	12.1%	0%	17.1%
	Clas e B	Recuento	4	19	41	4	68
		% dentro edad	44.4%	55.9%	70.7%	100%	64.8%
	Clas e C	Recuento	4	5	10	0	19
		% dentro edad	44.4%	14.7%	17.2%	0%	18.1%
TOTAL	Recuento	9	34	58	4	105	
	% dentro de edad	100%	100%	100%	100%	100%	

Tabla 8. Chi Cuadrado entre edad y gravedad de cirrosis hepática en esta población

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.219 ^a	6	.082
Razón de verosimilitud	11.205	6	.082
N de casos válidos	105		

Interpretación: De acuerdo con la siguiente tabla, tiene como finalidad identificar la edad de los pacientes de nuestra población y la gravedad de la cirrosis hepática presentada. En la Clase A se encontró que el 11.1% entre 15 a 30 años, 29.4% para 31 a 50 años, 12.1% para 51 a 70 años no se encontraron pacientes. Para la clase B se halló

que el 44.4% entre el 15 a 30 años, 55.9% de los pacientes con 31 a 50 años, 70.7% pacientes entre 51 a 70 años y el 100% de pacientes estaban entre mayores de 70 años. Por último, en la clase C se encontró que el 44.4% eran entre 15 a 30 años, seguida de 14.7% en pacientes entre 31 a 50 años; 17.2% entre 51 a 70 años. Se realizó una relación mediante estadística de Chi cuadrado de Pearson en donde se encontró que no hubo asociación entre la edad y gravedad de cirrosis hepática en la población.

Tabla 9. Días de hospitalización debido a hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-5 DÍAS	41	39%
6-14 DÍA	43	41%
15-25 DÍAS	15	14.3%
MAS DE 25 DÍAS	6	5.7%
TOTAL	105	100%

Interpretación: En esta tabla se analizó el porcentaje de días de hospitalización por hemorragia digestiva alta en esta población, se halló que el 41% fueron de 6-14 días, seguido de 1 a 5 días con el 39%, 14.3% de 15 a 25 días y el 5.7% en más de 25 días de estancia.

4.2. DISCUSIÓN

Como se conoce la Cirrosis hepática es una enfermedad crónica irreversible del hígado, en nuestro estudio se investigó la mortalidad de reingreso de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática, en otro estudio realizado en el 2021, por Muñoz Cedeño et al, tuvieron una población de 185 pacientes, los cuales el 56.2% fue de sexo femenino con una edad entre 60 y 79 años, con edad media 65 años y dentro de la escala de Child Pugh se halló que el 49.2% fueron de la Clase B.²⁷ En comparación a nuestro estudio se halló que el sexo predominante fue sexo masculino con el 60%, seguido de una edad media de 49 años. Además, la edad predominante fue de 51 a 70 años con el 55.2% de toda la población y dentro de la clasificación de Child Pugh el mayor prevalente también fue la clase B con un 64.8%.

Dentro de un estudio de Waldroph, 2022 et al evaluaron a 251 pacientes con reingreso de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática, en donde se halló una mortalidad del 8.4% y de acuerdo con los días de hospitalización fue de 30 días con 41.3% y 90 días para 32.7%.²⁸ En relación con nuestro estudio se encontró una mortalidad de 28.6% y vivos fueron 71.4% y en relación con la estancia hospitalaria los días más prevalentes fueron entre 6 a 14 días con el 41% de la población.

Sánchez Villegas, 2021, se realizó un estudio en donde valoraron el factor asociado a supervivencia de cirrosis hepática y se halló una significancia de $p=0.685$, lo que significa que no se encontró asociación entre las variables de edad y escala de Child- Pugh²⁹, al igual que en nuestro estudio en donde tampoco hubo asociación estadística.

Medina Méndez, 2021 realizó un estudio en donde se evaluó la etiología de sangrado encontrándose el 74.1% de los pacientes presentaron úlcera péptica como origen del sangrado, el 18.5% de los pacientes presentaron esofagitis y solo el 7.4% presentó varices esofágicas.³⁰ En comparación con nuestro estudio se halló que el 34.3% fue de úlcera péptica, 4.8% esofagitis.

Tejada et al, 2020 realizó un estudio en el cual determinó las causas de hemorragia digestiva superior no variceal, encontraron que la principal causa de hemorragia digestiva superior fue la gastropatía portal en un 70,9% (61 pacientes), seguida de

ulceras gástricas Forrest III 23,3% (20 pacientes), tumores 2,3% (2 pacientes) y ulceras gástricas Forrest IIA, esofagitis y Mallory Weiss un 1,2% (1 paciente respectivamente).³¹ En comparación con nuestro estudio se halló que el 8.6% fue por síndrome de Mallory Weiss, y el 48.6% con variceal siendo este el más alto en nuestro estudio.

4.3. CONCLUSIONES

- Dentro del estudio, se encontraron que de los 105 pacientes el 28.6% fallecieron durante su estancia por reingreso de hemorragia digestiva alta y el 71.4% vivió.
- En las 105 historias clínicas se halló que el 60% fue para el sexo masculino y el 40% para sexo femenino y además la edad media de estos pacientes fue de 49 años.
- De acuerdo con la etiología presentada en los pacientes con reingreso hospitalario se encontró que el 4.8% presentó esofagitis erosiva, 3.8% neoplasia, 8.6% síndrome de Mallory Weiss, 34,3% úlcera péptica y el 48.6% variceal.
- Al asociar la severidad de cirrosis hepática con la mortalidad de los pacientes, se halló que el 83.3% de mortalidad fue para la clase B de acuerdo con la escala CHILD-PUGH; y no se halló ningún paciente para la Clase A. Se encontró asociación estadísticamente significativa.
- La relación de la escala de clasificación de la severidad de la cirrosis y la edad, se encontró la frecuencia mayor en la clase B en pacientes de 51 a 70 años, y al usar métodos estadísticos no hubo asociación estadística.
- La mayoría de los pacientes con antecedentes de hemorragia digestiva alta y cirrosis hepática que tuvieron un reingreso tuvieron una estancia hospitalaria de entre 6 a 14 días.

RECOMENDACIONES

- Base de datos más numerosas para evitar sesgos y adquirir cifras actualizadas que permitan la creación de guías de manejo clínico y prevención.
- Clasificar los datos de pacientes donde haya información de la severidad de la cirrosis hepática de acuerdo con la necesidad de trasplante hepático.

REFERENCIAS

1. Vinueza G. Caracterización de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el Hospital Eugenio Espejo en el periodo 2008 al 2011 [Internet]. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013 [citado 3 de abril de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7298/11.27.001080.pdf?sequence=4>
2. Mellinger JL, Shedden K, Winder GS, Tapper E, Adams M, Fontana RJ, et al. The High Burden of Alcoholic Cirrhosis in Privately Insured Persons in the United States. *Hepatology* [Internet]. [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hep.29887>
3. Jiménez Rosales RA. Mortalidad intrahospitalaria y diferida en hemorragia digestiva alta. Análisis de factores pronósticos en una serie prospectiva [tesis]. España: Universidad de Granada; 2018 [citado 15 feb. 2019]. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/54979/29157900.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
4. Moreira Barinaga OM, Rodríguez Fernández Z, Manzano Horta E, Rodríguez Hung S, Romero García LI, Martínez Pinillo IM. Factores asociados a la mortalidad por sangrado digestivo alto variceal. *Rev Haban Cienc Méd* [internet]. nov.-dic. 2018 [citado 2 abril 2024];17(6):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/download/2354/2160>
5. Patiño Valderrama LA, Tello Velásquez AC. Mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: Estudio de cohorte retrospectivo en una unidad especializada de un hospital de la seguridad social en Lima, Perú, 2012-2013 [internet]. Lima, Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2018 [citado 3 Abril 2024]. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/622885/Pati%C3%B1o_VL.pdf?sequence=5

6. Astocóndor Villar RE. Características clínicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2017 [tesis]. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018 [citado 3 Abril 2024]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_32bf8dbfebf33d5ae26b215643ff8b6d/Details
7. Contreras-Omaña R, Alfaro-Reynoso JA, Cruz-Chávez CE, Velarde-Ruiz V, Flores-Ramírez DI, Romero-Hernández I, et al. Sistema Progetto Nazionale Emorragia Digestiva (PNED) vs. escala de Rockall como predictores de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto no variceal: un estudio multicéntrico prospectivo. Rev Gastroenterol Méx [internet]. abr.-jun. 2017 [citado 5 Abril. 2024];82(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-sistema-progetto-nazionale-emorragiadigestiva-articulo-S037509061630091X>
8. Espinoza Ríos J, Huerta Mercado Tenorio J, Lindo Ricce M, García Encinas C, Ríos Matteucci S, Vila Gutiérrez S, et al. Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima-Perú. Rev Gastroenterol Perú [internet]. 2009 [citado 2 feb 2024];29(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v29n2/a02v29n2.pdf>
9. Guevara Peralta KG. Comparación del Score Rockall y Aims65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, períodos enero–diciembre 2016 [tesis]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017 [citado 2 feb. 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1167/katia%20gesel.pdf?sequence=1>
10. Sucasaire Cjuiro JC. Factores asociados a mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018 [tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019 [citado 23 abril 2024]. Disponible en:

http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2911/UNFV_SUCAS_AIRE_CJUIRO_JEAN_CARLOS_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9.

11. Peñaloza Buele JA. Hemorragia digestiva alta en hospitalización del Hospital Nicolás Coto Infante [tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018 [citado 23 Abril. 2024]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31467/1/PE%C3%91ALOZA%20BUELE%20JHON%20ALEJANDRO.pdf>
12. Goldberg E, Chopra S. Cirrhosis in adults: Overview of complications, general management, and prognosis [Internet]. UpToDate. 2017 [citado 6 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
13. Samuel R, Bilal M, Tayyem O, Guturu P. Evaluation and management of gastrointestinal bleeding. Disease-a-Month [Internet]. 7 de marzo de 2018 [citado 31 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011502918300245>
14. Tayyem O, Bilal M, Samuel R, Merwat SK. Evaluation and management of variceal bleeding. Disease-a-Month [Internet]. 7 de marzo de 2018 [citado 21 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011502918300221>
15. Nusrat S, Khan MS, Fazili J, Madhoun MF. Cirrhosis and its complications: Evidence based treatment. World J Gastroenterol. 2014;20(18):5442-60. 17. Haq I, Tripathi D. Recent advances in the management of variceal bleeding. Gastroenterol Rep (Oxf). 2017;5(2):113-26.
16. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases: Garcia-Tsao et al. Hepatology. 2017;65(1):310-35.

17. Kim DH, Park JY. Prevention and Management of Variceal Hemorrhage. *Int J Hepatol* [Internet]. 2013 [citado 6 de abril de 2024];2013. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626177/>
18. Seo YS, Park SY, Kim MY, Kim JH, Park JY, Yim HJ, et al. Lack of difference among terlipressin, somatostatin, and octreotide in the control of acute gastroesophageal variceal hemorrhage. *Hepatology*. 2014;60(3):954-63
19. Lee YY, Tee H-P, Mahadeva S. Role of prophylactic antibiotics in cirrhotic patients with variceal bleeding. *World J Gastroenterol*. 2014;20(7):1790-6.
20. Dai C, Liu W-X, Jiang M, Sun M-J. Endoscopic variceal ligation compared with endoscopic injection sclerotherapy for treatment of esophageal variceal hemorrhage: A meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2015;21(8):2534-41.
21. Shao X-D, Qi X-S, Guo X-Z. Esophageal Stent for Refractory Variceal Bleeding: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int* [Internet]. 2016 [citado 9 de abril de 2024];2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4969514/>
22. Sánchez Gómez PG, Sigüencia Sigüenza EG. Análisis de las etiologías, complicaciones, mortalidad intrahospitalaria y sobrevida en pacientes con cirrosis hepática ingresados en los servicios de gastroenterología de dos hospitales de tercer nivel de la ciudad de Quito desde 2012 a 2017. [En línea].; 2018 [citado 9 abril 2024]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15396>.
23. Fernández-Aguilar ME, Bozada GT, López BMP, Ponce HMM, Bravo AA. Causas frecuentes de cirrosis hepáticas en el Hospital ambulatorio, Seguro Social, Jipijapa, Manabí, Ecuador. *Ciencias: Revista Científica Multidisciplinaria*. 2018 Agosto; 2(2): p. 61 - 71.
24. European Association for the Study of the Liver. *EASL Clinical Practice*

Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2018 Aug;69(2):406-460. DOI: 10.1016/j.jhep.2018.03.024. Epub 2018 Apr 22

25. Muñoz Cedeño RG, Martínez Ballesteros PE, Santillán López WF, Paullan Sani V, Rodríguez Chica G, Muñoz Cedeño PK. Complicaciones de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. *RevMICG [Internet]*. 17 de mayo de 2023 [citado 8 de mayo de 2024];2(3):22-9. Disponible en: <https://revistaclinicaguayaquil.org/index.php/revclinicaguaya/article/view/72>
26. TorrijosYMS. Predictores de reingreso precoz en población con cirrosis hepática [Internet]. *Unirioja.es*. 2021 [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=317825>
27. Valenzuela Granados Vanessa, Salazar-Quiñones Maria, Cheng-Zárate Lester, Malpica-Castillo Alexander, Huerta Mercado Jorge, Ticse Ray. Comparación del valor pronóstico de mortalidad del Score Child Pugh y los modelos de pronóstico de enfermedad hepática crónica en pacientes con cirrosis hepática descompensada del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú. *Rev. gastroenterol. Perú [Internet]*. 2015 Oct [citado 2024 Mayo 07] ; 35(4): 307-312. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000400003&lng=es.
28. Waldroph Rivero WA. Análisis de las complicaciones que motivan el ingreso, reingreso y la mortalidad en pacientes cirróticos descompensados hospitalizados en el servicio de gastroenterología, del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, durante el periodo de enero 2020 a diciembre 2021 [Internet]. *Edu.ec*. 2021 [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/items/69d77fed-e7c6-4468-8b33-6d481a3b94c3>
29. Sánchez VillegasMT. Factores asociados a la supervivencia en pacientes con

cirrosis hepática del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017 -2018. Universidad Privada San Juan Bautista; 2023.

30. Méndez GVM. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER, MAYO-DICIEMBRE, 2021 [Internet]. Edu.do. 2023 [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/5191/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20a%20sangrado%20digestivo%20alto%20en%20pacientes%20que%20asistieron%20al%20departamento%20de%20gastroenterolog%c3%ada%20del%20hospital%20doctor%20salvador%20bienvenido%20gautier%2c%20mayo-diciembre%2c%202021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Richards Tejada E, Andrade Gómez M, Saccá Sellone F. Hemorragia digestiva superior no variceal en pacientes con cirrosis hepática. GEN; 2020;74(4):141-145.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Díaz Rugel, Albania Yanira** con C.C.: **0954621967** y **Salvador Silva, Daniela Noemi** con C.C: **0926607532**, autores del trabajo de titulación: **Mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática en el área de medicina interna del Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2019 a diciembre del 2023**, previo a la obtención del título de médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1. Declaramos 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 sus derechos de autor.

2. Autorizamos 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, a los 16 del mes de mayo del año 2024

LOS AUTORES



Firmado electrónicamente por:
ALBANIA YANIRA
DIAZ RUGEL

f. _____
Díaz Rugel, Albania Yanira
C.C.: **0954621967**



Firmado electrónicamente por:
DANIELA NOEMI
SALVADOR SILVA

f. _____
Salvador Silva, Daniela Noemi
C.C: **0926607532**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en pacientes con Cirrosis Hepática en el área de medicina interna del Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2019 a diciembre del 2023.		
AUTOR(ES)	Díaz Rugel, Albania Yanira Salvador Silva, Daniela Noemi		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Valdiviezo Guerrero, Jaime Alberto		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médicos		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	16 de mayo del 2024	No. DE PÁGINAS:	36
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina interna, gastroenterología, Hemorragia Gastrointestinal		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cirrosis hepáticas, Hemorragia digestiva alta, Child-Pugh, Reingreso hospitalario		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La cirrosis hepática es uno de los principales desafíos de salud a nivel mundial, y en Ecuador se sitúa en el séptimo puesto en términos de causas de fallecimiento, según estadísticas del INEC. Las complicaciones derivadas de esta enfermedad son la principal razón de reingreso en los diferentes servicios hospitalarios, con índices significativos de enfermedad y muerte. El objetivo principal de nuestro estudio es determinar la mortalidad tras reingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina interna del hospital Abel Gilbert Pontón desde enero 2019 a diciembre 2023.</p> <p>Materiales y métodos: el diseño investigativo es analítico, transversal, no experimental y retrospectivo, con un enfoque cuantitativo. Su población fue de 105 pacientes que fueron atendidos en el área de medicina interna y posteriormente ingresados en el área de gastroenterología</p> <p>Resultados: De los 105 pacientes estudiados se encontró que el 60% fue para el sexo masculino y el 40% al sexo femenino, el mayor porcentaje de rango de edad fue entre 51 a 70 años con el 55.2%. Entre las etiologías frecuentes de reingreso hospitalario fue con el 48.57% variceal.</p> <p>Conclusiones: los resultados de nuestro estudio sirven para futuras investigaciones en donde se pueda crear guías actualizadas de un correcto manejo clínico y prevención de los pacientes.</p>		
ADJUNTO PDF:	SI	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593985471254 +593985621480	E-mail: albania.diaz@cu.ucsg.edu.ec daniela.salvador@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
N°. DE REGISTRO (en base a datos):			
N°. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			