



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Prevalencia de ascitis por hipertensión portal y otras etiologías en
pacientes adultos del Hospital General del Norte IESS Los Ceibos
durante el periodo 2022-2023**

AUTORES:

Burgos Cobeña Ariana Carolina

Moscoso Muñoz Nicole Maite

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
MÉDICO**

TUTORA:

Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel

Guayaquil, Ecuador

20 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 **MOSCOZO MUÑOZ NICOLE MAITE Y BURGOS COBEÑA ARIANA CAROLINA**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR

F.  _____

DRA. CARIDAD ISABEL MAYO GARBÁN

DIRECTOR DE LA CARRERA

F. _____

AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS

Guayaquil, a los 20 días del mes de mayo del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Nicole Maite Moscoso Muñoz**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE ASCITIS POR HIPERTENSIÓN PORTAL Y OTRAS ETIOLOGÍAS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DEL NORTE IESS LOS CEIBOS DURANTE EL PERIODO 2022-2023** 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 mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 20 días del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR (A)

F. _____

MOSCO SO MUÑOZ NICOLE MAITE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Burgos Cobeña Ariana Carolina**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE ASCITIS POR HIPERTENSIÓN PORTAL Y OTRAS ETIOLOGÍAS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DEL NORTE IESS LOS CEIBOS DURANTE EL PERIODO 2022-2023** 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 mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 20 días del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR (A)



Firmado digitalmente por:
**ARIANA CAROLINA
BURGOS COBENA**

F. _____

BURGOS COBEÑA ARIANA CAROLINA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Burgos Cobeña Ariana Carolina** y **Moscoso Muñoz Nicole Maite**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de titulación, **“Prevalencia de ascitis por hipertensión portal y otras etiologías en pacientes adultos del Hospital General del Norte IESS Los Ceibos DURANTE EL PERIODO 2022-2023”** cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de mayo del año 2024

LOS AUTORES



ARIANA CAROLINA
BURGOS COBENA

F. _____

BURGOS COBEÑA ARIANA CAROLINA

f. _____

MOSCOSO MUÑOZ NICOLE MAITE

REPORTE DE COMPILATIO



INFORME DE ANÁLISIS
magister

PROMOCIÓN 72. BURGOS-MOSCOSO. PREVALENCIA DE ASCITIS POR HIPERTENSIÓN PORTAL Y OTRAS ETIOLOGÍAS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DEL NORTE IESS LOS CEIBOS. 2022-2023



Nombre del documento: PROMOCIÓN 72. BURGOS-MOSCOSO.
PREVALENCIA DE ASCITIS POR HIPERTENSIÓN PORTAL Y OTRAS
ETIOLOGÍAS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DEL
NORTE IESS LOS CEIBOS. 2022-2023.docx
ID del documento: 1c0157a9f0d13a9e036abac00aa49fbb9c0cc851
Tamaño del documento original: 434.38 kB

Depositante: Caridad Isabel Mayo Galban
Fecha de depósito: 4/5/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 4/5/2024

Número de palabras: 7491
Número de caracteres: 49.384

TUTORA

DRA. CARIDAD ISABEL MAYO GALBÁN

AGRADECIMIENTO

En primer lugar nuestra gratitud se extiende a Dios, por ser fuente de inspiración y fortaleza durante estos largos años de carrera y poder realizar el presente trabajo investigativo para obtener uno de nuestros anhelos más deseados.

Tenemos el honor de pertenecer a familias llenas de valores que nos hacen sentir infinitamente agradecidas por este logro. A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio durante toda nuestra carrera. Por apoyarnos y darnos aliento ante alguna dificultad, especialmente por enseñarnos la importancia de la dedicación y perseverancia para conseguir todo aquello que nos propusieramos.

Finalmente, nos resulta importante agradecer a todos nuestros docentes de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, por ser pilares fundamentales de nuestra formación académica y profesional. A nuestra tutora, la Dra Caridad Mayo Galbán, por guiarnos y compartir sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestro trabajo investigativo. Y por último, a nuestro coordinador, el Dr Diego Vásquez, por su dedicación, paciencia y por asesorarnos para realizar nuestro trabajo de titulación final.

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo de titulación principalmente a Dios, por ser mi motor de fuerza para perseverar en cada paso académico y profesional para lograr uno de mis anhelos más importantes.

A mis amados padres, Carolina y Jaime, los constructores de este sueño. Les dedico este logro, que es el reflejo y testimonio de su inmenso amor y esfuerzo constante que han invertido para brindarme educación y concederme esta linda carrera para mi futuro, es un regalo de vida que valoro con todo mi corazón.

A mis hermanos, Geanella y Jaimito, por su apoyo incondicional durante toda mi carrera, por nunca dudar en estar para mí y darme aliento en situaciones difíciles, por incentivar-me a ser mejor cada día como persona y profesionalmente.

A mi fuente inagotable de inspiración y fortaleza desde el cielo, mi abuelita Crucita, quien partió hace 5 años apenas inicié mi carrera y desde entonces te dedico todo mi esfuerzo y dedicación en cada uno de mis logros, por guiarme con tanto amor desde tan lejos. Mi gratitud hacia ti es infinita y mi corazón te lleva siempre conmigo.

Y por último, a mis amistades que afortunadamente conocí a lo largo de mi carrera universitaria y en mi año de internado. Por los días de estudio interminables, aprendizajes compartidos, y apoyo absoluto.

Ariana Burgos C

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este logro a mi mamá Amanda, gracias a su apoyo incondicional he podido llegar a ser médico, gracias por enseñarme tus valores, me siento muy orgullosa de ti mamá y se que estás muy contenta de saber que he llegado hasta aquí, este sueño también es tuyo.

A mi esposo Jose Luis, mi compañero de vida, quiero darle las gracias por estar junto a mi durante el año más difícil de la carrera, el internado. Un año lleno de obstáculos, sacrificio, deseos, alegría, los cuales tu me ayudaste a superar con tu paciencia y amor, todos mis sueños quiero compartirlos junto a ti.

Mi formación profesional durante toda la carrera de medicina es gracias a mi esfuerzo, dedicación y amor que le tengo a esta carrera tan linda y noble me siento muy orgullosa de mí, esto es el inicio de muchas cosas grandes que se vienen.

Por último, gracias a los docentes y amigos que se cruzaron en mi camino que sin ser familia me apoyaron y creyeron en mí.

Nicole Moscoso



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

INDICE

RESUMEN	XIII
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. OBJETIVOS	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
CAPITULO II.....	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	6
2.2. BASES TEÓRICAS	6
La ascitis.....	6
Etiología	8
Fisiopatología	11
Manifestaciones Clínicas	12
Diagnóstico	13
Exámenes complementarios.....	14
TRATAMIENTO	17
CAPITULO III.....	18
MARCO METODOLÓGICO	18
Materiales y métodos.....	18
3.2. ENFOQUE	18
3.3 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	19

3.3.1 Tipos de Diseño	19
3.4. NIVELES DE INVESTIGACIÓN.....	19
3.4.1. Nivel Descriptivo.....	19
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	20
3.5.1 Población.....	20
3.5.2 Muestra.....	20
3.5.2.1 Muestreo.....	20
3.5.2.2 Criterios de inclusión	20
3.5.2.3 Criterios de exclusión.....	20
3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	20
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA	21
INFORMACIÓN	21
3.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	21
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	22
<i>CAPITULO IV</i>	<i>23</i>
<i>RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</i>	<i>23</i>
4.1 RESULTADOS.....	23
4.2 DISCUSIÓN	32
<i>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i>	<i>36</i>
5.1 CONCLUSIONES	36
5.2 RECOMENDACIONES.....	37
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>39</i>

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Tabla cruzada de sexo, edad, nivel socioeconómico	23
Tabla 2	Factores de riesgo en relación con las diversas causas de ascitis ..	25
Tabla 3	Causas que ocasionan ascitis	27
Tabla 4	Manifestaciones clínicas	28
Tabla 5	Valores del SAAG	29
Tabla 6	Mortalidad de los pacientes con ascitis	31

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Relación, sexo, edad y nivel socioeconómico.....	24
Gráfico 2 Factores de riesgo.....	25
Gráfico 3 Etiología	27
Gráfico 4 Manifestaciones clínicas.....	28
Gráfico 5 Valores del SAAG	30
Gráfico 6 Defunciones	31

RESUMEN

Introducción: La ascitis se define como una acumulación de líquido en la cavidad peritoneal, en Ecuador es la 10^o causa de muerte en el país según datos del INEC, lo que representa un total de 2.314 defunciones en el año 2020. Y a menudo ocurre como resultado de otras etiologías. **Objetivo:** Este estudio busca determinar la prevalencia de las diversas etiologías que ocasionan ascitis en pacientes adultos. Identificar el sexo, grupo etario, nivel socioeconómico, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y mortalidad. **Metodología:** El presente estudio es descriptivo, transversal y retrospectivo. De 438 pacientes, 120 cumplían con los criterios para la investigación. Los datos fueron recogidos en Microsoft Excel y tabulados para su análisis final. **Resultados:** El grupo más prominente resultó ser pacientes de sexo masculino de 51-61 años representando el 20,8%, con nivel socioeconómico bajo del 27,5%. Para la hipertensión portal, el alcoholismo emerge como el factor de riesgo más prominente con 52.63%. La condición más prevalente es la cirrosis hepática con niveles SAAG mayor a 1,1 g/dl afectando al 80%. Y la causa de mortalidad más frecuente es la cirrosis hepática equivalente a 17%. **Conclusiones:** Se observó un aumento de pacientes en relación al año 2022 y 2023. El grupo predominante fueron de sexo masculino de 51-61 años con 20,8% y nivel socioeconómico bajo del 27,5%. Finalmente, la hipertensión portal se destaca como la principal causa de ascitis, siendo el alcoholismo el factor de riesgo más común y la cirrosis la condición más prevalente con niveles SAAG mayor a 1,1 g/dl.

Palabras claves: Ascitis, Hipertensión Portal, Albúmina, Líquido Peritoneal.

ABSTRACT

Introduction: Ascites is defined as an accumulation of fluid in the peritoneal cavity, in Ecuador it is the 10th cause of death in the country according to INEC data, which represents a total of 2,314 deaths in 2020. And it often occurs as result of other etiologies. **Objective:** This study seeks to determine the prevalence of the various etiologies that cause ascites in adult patients. Identify sex, age group, socioeconomic level, risk factors, clinical manifestations and mortality. **Methodology:** The present study is descriptive, cross-sectional and retrospective. Of 438 patients, 120 met the criteria for the investigation. The data were collected in Microsoft Excel and tabulated for final analysis. **Results:** The most notable group turned out to be male patients aged 51-61 years, representing 20.8%, with a low socioeconomic level of 27.5%. For the hypertension portal, alcoholism emerges as the most prominent risk factor with 52.63%. The most prevalent condition is liver cirrhosis with SAAG levels greater than 1.1 g/dl affecting 80%. And the most frequent cause of mortality is liver cirrhosis, equivalent to 17%. **Conclusions:** An increase in patients was observed in relation to the year 2022 and 2023. The predominant group was males aged 51-61 years with 20.8% and low socioeconomic level of 27.5%. Finally, portal hypertension stands out as the main cause of ascites, with alcoholism being the most common risk factor and cirrhosis the most prevalent condition with SAAG levels greater than 1.1 g/dl.

Keywords: Ascites, Portal Hypertension, Albumin, Peritoneal Fluid.

INTRODUCCIÓN

La ascitis se define como una acumulación de líquido en la cavidad peritoneal, dado por un desbalance entre la absorción y secreción de líquido peritoneal (1) Por lo general, se divide en ascitis hipertensiva portal, ascitis hipertensiva no portal y ascitis mixta. La fisiopatología de la ascitis varía en función de la causa.(2)

La hipertensión portal es un trastorno complejo que resulta de la elevación de la presión en el sistema venoso portal debido a la obstrucción del flujo sanguíneo portal. Este aumento de la presión portal puede tener múltiples consecuencias fisiopatológicas, que incluyen la retención renal de sodio, la vasodilatación esplácnica, el infradesnivel arterial y la activación de sistemas hormonales como la renina-angiotensina y la arginina vasopresina. (3)

Diagnosticar la causa es primordial para el tratamiento de los pacientes que hacen ascitis por primera vez. La paracentesis abdominal con un análisis adecuado del líquido ascítico es posiblemente el método más rápido para definir la etiología de la ascitis. (4)

En el mundo aproximadamente el 15% de la población general sufre ascitis relacionada a cirrosis hepática, siendo más prevalente en hombres que en mujeres, con una tasa de mortalidad de 21.9%. (5) En Ecuador, la prevalencia de ascitis está relacionada a causa cirrótica hepática y es la 10^o causa de muerte en el país según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo del Ecuador (INEC) en el 2020, lo que representa un total de 2.314 defunciones con una prevalencia en hombre de 1.451 casos.

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ascitis comprende la acumulación anormal de líquido en la cavidad abdominal, generalmente asociada con enfermedades hepáticas, cardíacas o renales. (6) Sus causas principales incluyen la cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad renal crónica. Los factores de riesgo incluyen el consumo excesivo de alcohol, la hepatitis viral y la obesidad. (7) Las consecuencias de la ascitis pueden ser graves, como la distensión abdominal, dificultad para respirar, infecciones recurrentes y, en casos extremos, fallo orgánico. El tratamiento se centra en abordar la causa subyacente y puede incluir medicamentos, cambios en la dieta y procedimientos médicos. (8)

Después de la revisión de variadas investigaciones realizadas con anterioridad en pacientes con ascitis, se puede apreciar no hemos encontrado datos exactos sobre la prevalencia de dicho fenómeno en nuestro medio. Por lo cual, es de gran interés realizar un estudio que nos permita conocer datos fiables acerca de la prevalencia de ascitis por hipertensión portal y otras etiologías en pacientes adultos del Hospital General Del Norte IESS Los Ceibos. 2022-2023.

1.2. JUSTIFICACIÓN

En un estudio publicado por la OMS, sobre el consumo de alcohol, nos revela que, a nivel de Latinoamérica, Ecuador se encuentra en la segunda posición con mayor ingesta de alcohol, siendo así que por habitante se consume alrededor de 9,4 litros. Es importante recalcar que el abuso de alcohol conlleva al desarrollo de diversas patologías entre estas la cirrosis, la misma que es considerada como el principal factor de riesgo para el desarrollo de ascitis.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo del Ecuador (INEC), el 89,7% de bebidas alcohólicas y por otro lado, el sexo femenino corresponde al 10,3 %. Aunque el consumo de alcohol es más común en hombres, se observa un aumento en el consumo entre las mujeres a lo largo

de los últimos 15 años. Este cambio de tendencia contribuye al aumento en el desarrollo de ascitis en mujeres.

Se justifica la presente investigación, debido a que contribuye significativamente al conocimiento médico al proporcionar datos actualizados y específicos sobre las causas subyacentes de la ascitis en una población particular. Esto puede ayudar a mejorar la comprensión de la fisiopatología de la enfermedad y guiar el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento más efectivas. En cuanto a la salud, el estudio permite una mejor identificación y manejo de las condiciones subyacentes que causan ascitis, lo que puede resultar en diagnósticos más precisos, intervenciones terapéuticas más apropiadas y, en última instancia, una mejora en los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

Además, al proporcionar información relevante y localizada, el estudio beneficia directamente a la comunidad al ayudar a los profesionales de la salud y a las autoridades sanitarias a diseñar políticas y programas de salud pública más efectivos y adaptados a las necesidades específicas de la población atendida en el Hospital General Del Norte IESS Los Ceibos y, potencialmente, en otras instituciones similares. En resumen, este estudio no solo avanza en el conocimiento médico, sino que también tiene el potencial de mejorar la atención de la salud y el bienestar de la comunidad local.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de las diversas etiologías que ocasionan ascitis en pacientes adultos del Hospital General Del Norte IESS Los Ceibos durante el periodo 2022-2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- Distribuir a los pacientes con ascitis teniendo en cuenta el sexo, edad, nivel socioeconómico.
- Asociar los factores de riesgo con las diversas causas de ascitis.
- Identificar las causas que ocasionan ascitis.
- Describir las manifestaciones clínicas de los pacientes con ascitis.
- Comparar los valores del gradiente- albúmina-suero ascitis como indicador de la causa subyacente.
- Estimar la mortalidad de los pacientes con ascitis.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En Europa, se estima que la tasa de mortalidad debido a la ascitis oscila entre el 30% y el 60%. Por lo tanto, Campos y sus colegas examinaron en 2017 el caso de un individuo de 76 años con una larga historia de hepatopatía crónica. Descubrieron que las complicaciones más destacadas incluyeron ascitis, síndrome hepatorenal, hemorragia digestiva alta y hepatocarcinoma, lo que resultó en frecuentes reingresos hospitalarios. (9)

En Latinoamérica, Matos investigó las características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Central de Perú en 2017, donde el 59.72% de los casos mostraron cirrosis hepática, con la ingesta de alcohol como factor predominante. (10)

En Ecuador, Tulcanazo realizó un estudio en el Hospital Provincial Docente Ambato en 2016, donde la ascitis fue la principal complicación, afectando al 69.6% de los pacientes. En la capital, Sánchez y su equipo analizaron las causas de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cirrosis hepática en 2017, encontrando que el 33% tenía cirrosis alcohólica y el 56% presentaba ascitis. (11)

2.2. BASES TEÓRICAS

La ascitis

La palabra "ascitis" tiene su origen en el griego "askos", que significa bolsa o saco. Se refiere a la acumulación anormal de líquido en la cavidad abdominal, que supera los 25 ml considerados normales. Las causas principales de la ascitis se dividen en dos grupos: aquellas asociadas con la hipertensión portal y aquellas no relacionadas con ella, siendo más comunes las enfermedades que implican hipertensión portal, siendo la hepatopatía crónica en estadio cirrótico la más predominante entre ellas. (11)

Según la clasificación del Club Internacional de la Ascitis, esta se divide de la siguiente manera:

➤ **Ascitis no complicada:**

Grado I: Se caracteriza por una cantidad mínima de líquido que solo es detectable mediante métodos de imagen como la ecografía.

Grado II: Se presenta una cantidad moderada de líquido, lo que resulta en una distensión abdominal simétrica. Este grado puede ser diagnosticado mediante la observación clínica de los síntomas del paciente.

Grado III: Se observa una distensión abdominal severa con dificultad respiratoria debido a la acumulación excesiva de líquido en la cavidad abdominal.

➤ **Ascitis refractaria**

Cuando la ascitis es resistente a diuréticos, se manifiesta con episodios recurrentes a pesar del uso de dosis máximas de estos medicamentos y medidas dietéticas. Por otro lado, la ascitis intratable con diuréticos conlleva al desarrollo de efectos secundarios debido al uso continuo de estos fármacos, lo que provoca la reaparición persistente del cuadro clínico. (12)

Epidemiología

La ascitis se erige como la complicación más común de la hepatopatía crónica, sirviendo como un marcador pronóstico crucial. En el momento del diagnóstico de hepatopatía crónica, aproximadamente el 25% de los pacientes desarrollan ascitis. Aquellos con cirrosis compensada pueden experimentar ascitis en un rango del 30 al 50% dentro de 5 a 10 años de seguimiento, y entre el 5 y el 10% de estos pueden desarrollar ascitis refractaria. Según la OMS, la prevalencia es más alta en hombres debido al mayor consumo de alcohol, un factor importante en la génesis de la cirrosis, que puede conducir eventualmente a la ascitis. (13)

Más del 40% de los pacientes con ascitis son inicialmente asintomáticos y se les conoce como cirróticos compensados. Sin embargo, al cabo de diez años desde su diagnóstico, muchos de ellos desarrollan ascitis. Además, el 80% de los casos de ascitis se originan como una descompensación de la hepatopatía

crónica, mientras que el 10% resulta de carcinomatosis peritoneal. En otras circunstancias, como la insuficiencia cardíaca, la ascitis se presenta elaproximadamente el 3% de los casos, mientras que la tuberculosis y la hemodiálisis representan el 2% y el 1%, respectivamente. (14)

Etiología

La ascitis es un hallazgo clínico frecuente con una variedad de causas, siendo más comúnmente una manifestación de descompensación en enfermedades hepáticas crónicas, especialmente en etapas de cirrosis avanzada. Podemos dividir la etiología de la ascitis en dos categorías principales:

- Enfermedades con hipertensión portal

Dentro de este grupo, podemos mencionar las causas intrahepáticas y extrahepáticas, que incluyen:

Intrahepáticas: cirrosis hepática, hepatitis alcohólica, insuficiencia hepática aguda, infiltración hepática (tumor primario, metástasis), enfermedad veno-oclusiva hepática e hígado graso del embarazo.

Extrahepáticas: hígado de estasis, ascitis mixta, trombosis portal y síndrome de Budd-Chiari. (15)

- Dentro de las enfermedades sin hipertensión portal, se incluyen la carcinomatosis peritoneal, los tumores ginecológicos, la ascitis pancreática, la ascitis biliar, la hipoalbuminemia y las enfermedades del tejido conectivo, entre otras. (16)

Por otro lado, las patologías relacionadas con la hipertensión portal abarcan la cirrosis hepática, la falla hepática aguda, el síndrome de obstrucción sinusoidal hepática, el síndrome de Budd-Chiari, la ascitis cardiaca y la oclusión de la vena porta. Según nuestra investigación, el 63% de los pacientes presentaban cirrosis hepática como causa de ascitis.

La cirrosis hepática emerge como una condición ocasionada por el daño crónico del hígado, usualmente derivado del consumo excesivo de alcohol, enfermedad del hígado graso no alcohólico o hepatitis C. Otras causas abarcan enfermedades inflamatorias o metabólicas, como la cirrosis

biliar primaria y la hemocromatosis. Este proceso se caracteriza por la necrosis del tejido hepático y una respuesta inflamatoria a la causa subyacente, que lleva a la fibrosis y una estructura tisular anormal, afectando la función hepática.

Los pacientes pueden manifestar una variedad de síntomas, como ascitis, hepatoesplenomegalia y signos cutáneos de cirrosis, incluyendo ictericia, angioma en araña y eritema palmar. En los hombres, pueden presentarse ginecomastia e hipogonadismo. En casos graves, las complicaciones como la encefalopatía hepática y el síndrome hepatorenal pueden surgir debido a la acumulación de metabolitos tóxicos o la afectación de otros órganos. (16)

La ascitis asociada a enfermedades malignas constituye alrededor del 10% de los casos. En el contexto de tumores sólidos extrahepáticos primarios, puede ocurrir por siembra peritoneal, debido a metástasis hepáticas masivas, obstrucción linfática, complicaciones del tratamiento o infiltración de sinusoides hepáticos con células malignas.

La carcinomatosis peritoneal puede generar ascitis al liberar líquido proteico desde las células tumorales en el peritoneo, representando aproximadamente el 53% de los casos de ascitis maligna. La neoplasia maligna extrahepática con metástasis hepáticas puede causar ascitis debido a la hipertensión portal, a menudo acompañada de oclusión de las venas hepáticas y porta debido al efecto de masa tumoral o trombosis.(17)

La ascitis quilosa en pacientes con linfoma y otras neoplasias malignas puede ser el resultado de la obstrucción de los ganglios linfáticos por el tumor y la ruptura de los vasos linfáticos que contienen quilo. Es posible que un mismo paciente presente múltiples causas de ascitis, como carcinomatosis peritoneal, metástasis hepáticas y cirrosis con carcinoma hepatocelular.

El síndrome de Budd-Chiari, causado por una neoplasia maligna subyacente, representa una etiología rara que constituye aproximadamente el 1% de las ascitis relacionadas con neoplasias malignas. Varios agentes quimioterapéuticos pueden desencadenar el desarrollo de hipertensión portal como un efecto idiosincrásico, que incluye la hiperplasia regenerativa nodular o el síndrome de obstrucción sinusoidal. (18)

La tuberculosis peritoneal presenta uno de los desafíos más complejos en la evaluación del paciente, siendo una forma de tuberculosis extrapulmonar difícil de diagnosticar. Los pacientes a menudo exhiben síntomas inespecíficos y pueden carecer de factores de riesgo epidemiológicos claros para *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). Además, las pruebas de diagnóstico microbiológico para la tuberculosis peritoneal tienen una sensibilidad limitada, y en muchos casos se requiere un muestreo invasivo. (19)

Los pacientes con cirrosis parecen tener un riesgo elevado de tuberculosis, especialmente aquellos con enfermedad hepática relacionada con el alcohol, aunque la razón de esta asociación aún no está clara. La actividad de la enzima adenosina deaminasa (ADA) en el líquido ascítico, con un valor ≥ 30 U/L, ha demostrado tener una buena sensibilidad para el diagnóstico de tuberculosis, incluso en pacientes con cirrosis hepática.

La sarcoidosis, una enfermedad granulomatosa crónica de causa desconocida, es más común en adultos jóvenes. Aunque la etiología de la enfermedad aún no está completamente entendida, los pulmones y el sistema linfático son los sitios más comúnmente afectados. La afectación extrapulmonar de la sarcoidosis se observa en el 30% de los pacientes, siendo el abdomen el sitio más frecuente. (20)

La sarcoidosis peritoneal puede presentarse como ascitis de nueva aparición, con granulomas dispersos en las superficies serosas o alrededor de cicatrices quirúrgicas. La combinación de ascitis rica en proteínas y nódulos peritoneales puede confundirse con causas fúngicas, tuberculosas o malignas.

La ascitis pancreática es la acumulación de líquido intraperitoneal rico en amilasa y proteínas, que ocurre durante el curso de la pancreatitis o como resultado de la rotura de un pseudoquiste o conducto pancreático. Los niveles elevados de amilasa ascítica, generalmente superiores a 1.000 U/l o seis veces los niveles séricos de amilasa, son comunes en la ascitis pancreática. (21)

Sin embargo, también se puede observar un aumento de la amilasa en la ascitis en pacientes con diversas condiciones, incluyendo cáncer, úlcera gástrica, perforación gastrointestinal, cirugía abdominal superior, obstrucción

intestinal, enfermedad vascular mesentérica, obstrucción biliar y colecistitis aguda. Las mediciones de las isoenzimas de amilasa pueden ayudar a diferenciar entre enfermedades pancreáticas y no pancreáticas.

El uroperitoneo, o ascitis urinaria, es una entidad rara definida como la presencia de orina en la cavidad peritoneal, que puede ocurrir debido a trauma, ruptura espontánea de la vejiga o perforación, o como resultado de procedimientos quirúrgicos gastrointestinales, urológicos, ginecológicos y obstétricos. (22)

Los principales factores de riesgo para la lesión iatrogénica de la vejiga incluyen edad avanzada, quimioterapia o radioterapia reciente y tabaquismo. Se ha asociado con condiciones neurológicas como tabes dorsal y esclerosis múltiple. Existiendo diferentes tipos de ruptura vesical, siendo la extraperitoneal la más frecuente, seguida de la intraperitoneal y la combinada.

El uroperitoneo se caracteriza por un aumento en la creatinina sérica debido a la reabsorción de la creatinina urinaria a través de la membrana peritoneal, y la fuga crónica de orina en la cavidad abdominal puede aumentar la reabsorción anormal de metabolitos tóxicos, lo que puede resultar en lesión renal aguda junto con ascitis o peritonitis y alteraciones electrolíticas como hiponatremia, hiperpotasemia y acidosis metabólica.(23)

Fisiopatología

Dentro de la génesis de la ascitis, es importante destacar la alteración renal que resulta en la incapacidad de eliminar sodio en la orina. El aumento de la presión portal es el principal factor que conduce al desarrollo de ascitis, provocando una alteración en el flujo venoso portal y generando vasodilatación a nivel esplácnico, impulsada también por el aumento del óxido nítrico y varios factores hemodinámico

Como respuesta compensatoria, se activan sistemas como el renina-angiotensina-aldosterona y el sistema nervioso simpático, que estimulan la retención de sodio y agua por parte del riñón, aumentando así el volumen plasmático. La retención de sodio resulta en un aumento del volumen extracelular, junto con una disminución de la presión oncótica plasmática, lo

que provoca la salida de agua del espacio vascular y la formación de ascitis y edemas. (24)

A medida que progresa la enfermedad, se produce una mayor vasodilatación, lo que incrementa la hormona antidiurética y puede causar hiponatremia dilucional debido al agua retenida en los túbulos colectores. La vasodilatación arterial también aumenta la corriente de la microcirculación esplénica, elevando la presión y permeabilidad capilar y aumentando la producción de linfa. En esta etapa, la perfusión renal y el filtrado glomerular pueden permanecer normales o ligeramente disminuidos, ya que la acción vasoconstrictora endógena es contrarrestada por la elevación de vasoconstrictores intrarrenales, principalmente las prostaglandinas.

A medida que avanza la enfermedad, se observa una vasoconstricción renal más pronunciada y una disminución del filtrado glomerular, lo que conduce a una mayor acumulación de agua y sodio, contribuyendo al desarrollo de ascitis.(24)

Manifestaciones Clínicas

La sintomatología de la ascitis varía según la cantidad de líquido acumulado, siendo común que cantidades pequeñas no generen síntomas. La distensión abdominal es un hallazgo frecuente que puede ser asintomática, dependiendo de la causa subyacente.

En el cuadro clínico, los pacientes suelen reportar aumento de peso, dificultad para respirar, sensación de saciedad temprana y aumento de la presión abdominal. Otros signos y síntomas que pueden estar presentes incluyen:

- Náuseas
- Anorexia
- Astenia
- Reflujo gastroesofágico
- Dolor abdominal
- Limitación a la movilidad
- Anasarca.

Diagnóstico

La afirmación "todo paciente con ascitis tiene cirrosis hasta que se demuestre lo contrario" resalta la importancia de investigar factores asociados con la hepatopatía crónica, como el consumo crónico de alcohol o antecedentes de hepatitis, especialmente del tipo B o C. Este enfoque subraya la necesidad de un diagnóstico preciso, que implica una historia clínica exhaustiva, examen físico y pruebas de imagen abdominal, como ecografías o ultrasonidos abdominales, seguido de una paracentesis para analizar el líquido ascítico.(24)

Durante la exploración física, la percusión abdominal puede revelar matidez, cuya extensión varía según la cantidad de líquido peritoneal presente, generalmente más de 1500 ml. Es importante tener en cuenta que esta matidez puede cambiar con los movimientos del paciente. Además, hay signos clínicos relevantes que incluyen:

- Signo de la oleada ascítica o de Morgagni: Se produce al golpear suavemente la mano en uno de los flancos del abdomen, generando una onda líquida que se transmite al lado opuesto, perceptible por la otra mano del explorador. Para que sea positivo, la cantidad de líquido debe ser superior a 1500 ml.
- Técnica de Pitfiel: El paciente se sienta, lo que hace que el líquido se deposite en la parte inferior del vientre. Se coloca una mano en el hipogastrio del paciente y con la otra mano se golpea la región lumbar, transmitiendo la sensación de contenido líquido en la cavidad peritoneal.
- Doble ruido ascítico de Lian y Odinet: Se solicita al paciente que se ponga de pie. Se golpea un punto declive del vientre mientras se ausculta con un estetoscopio. Normalmente se escucha un solo ruido debido a la vibración parietal, pero en el caso de ascitis, se escuchan dos ruidos debido al movimiento del líquido peritoneal.
- Signo del charco: Esta maniobra implica percusión y auscultación. Se pide al paciente que se coloque en posición genupectoral durante unos 5 minutos, mientras se ausculta el abdomen con un estetoscopio y se

- percute el lado opuesto. El signo es positivo si hay un aumento en la intensidad y claridad del sonido en la auscultación. (25)

Exámenes complementarios

Dentro de las determinaciones analíticas esenciales para el paciente con ascitis se encuentra el perfil hepático, que incluye bilirrubina, albumina y actividad de protrombina (medida como el porcentaje de actividad de la protrombina en 24 horas). También se solicitarán pruebas de función renal, como creatinina sérica, urea o BUN, sodio sérico y urinario, ya que estos parámetros están relacionados con la causa subyacente de la ascitis.

Por ejemplo, en pacientes con hepatopatía crónica, se pueden observar niveles bajos de albúmina (hipoalbuminemia), trombocitopenia, anemia y leucopenia, además de signos de insuficiencia renal. La ecografía es una herramienta importante para el diagnóstico, ya que puede detectar cantidades tan pequeñas como 100 ml de líquido con una sensibilidad superior al 92%. Los hallazgos ecográficos pueden incluir dilatación de la vena porta ≥ 13 mm, dilatación de la vena esplácnica y mesentérica superior ≥ 11 mm, así como reducción de la velocidad del flujo sanguíneo y esplenomegalia.

La paracentesis abdominal es crucial para obtener el líquido ascítico, que luego se estudiará para determinar su etiología. Se recomienda realizarla en todos los adultos con el primer episodio de ascitis de causa desconocida, para evaluar si se debe a hipertensión portal u otro proceso, así como en pacientes con ascitis preexistente. (26)

Los marcadores tumorales, como CEA, CA15-3, CA19-9, AFP y CA125, son relevantes en el diagnóstico de ascitis maligna, especialmente cuando se combinan con la citología, lo que aumenta la precisión diagnóstica. Estos marcadores tienen un papel importante en la detección, diagnóstico y tratamiento de diversos cánceres.

Pruebas diagnósticas del líquido ascítico

Recuento celular: es una prueba crucial que nos permite detectar rápidamente la presencia de infección en el líquido ascítico, especialmente cuando el recuento de células polimorfonucleares es igual o superior a 250

células por milímetro cúbico. Esto es especialmente relevante en el contexto de la Peritonitis Bacteriana Espontánea, donde se observa un predominio de polimorfonucleares.

El gradiente de ascitis de albúmina sérica (SAAG): es otro parámetro importante a considerar. Los niveles de albúmina en el líquido peritoneal están inversamente relacionados con la presión portal. Por lo tanto, al usar la fórmula SAAG que es igual a albúmina en suero menos albúmina en líquido ascítico, podemos calcular el gradiente de albúmina sérica/líquido peritoneal. Este gradiente divide la ascitis en dos categorías:

- Si es mayor o igual a 1,1 g/dl, significa que la etiología de la ascitis es debida a hipertensión portal en el 97% de los casos.
- Si es menor a 1,1 g/dl, la etiología de la ascitis es por otra diferente al aumento de la presión portal

Un GASA elevado suele estar asociado con una hepatopatía crónica grave en muchos pacientes. Se ha demostrado que los niveles de proteínas en el líquido ascítico son indicativos del pronóstico de un paciente, ya que un valor por debajo de 25 g/dl aumenta el riesgo de desarrollar peritonitis bacteriana espontánea. Estos niveles bajos de proteínas pueden indicar una disminución en la capacidad del cuerpo para combatir infecciones bacterianas en la cavidad peritoneal, destacando así la importancia de vigilar estos marcadores en pacientes con ascitis.(27)

Hipertensión portal

La hipertensión portal se define por un aumento anormal en la presión de las venas del sistema portal, debido a obstrucciones en el flujo sanguíneo portal, que pueden ocurrir antes del hígado (como la trombosis de la vena porta), dentro del hígado (como en la cirrosis hepática) o después del hígado (por ejemplo, en casos de insuficiencia cardíaca derecha). Esta presión elevada puede provocar la formación de conexiones anormales entre las venas portal y sistémica, el agrandamiento del bazo y/o la acumulación de líquido en la cavidad abdominal, lo que resulta en ascitis. (28)

Hipoalbuminemia

El estado caracterizado por niveles reducidos de albúmina sérica, donde disminuye la presión osmótica coloidal intravascular, lo que resulta en la transudación de líquido desde el espacio intravascular hacia la cavidad peritoneal, se conoce como ascitis. (29)

Malignidad

La carcinomatosis peritoneal se caracteriza por la obstrucción de los conductos linfáticos y el aumento de la permeabilidad vascular, lo que conduce a la acumulación de líquido peritoneal que es rico en proteínas. En este estado, las células cancerosas se diseminan en la cavidad peritoneal y afectan la función normal de los tejidos linfáticos y vasculares, lo que resulta en la filtración de líquido y proteínas hacia el espacio peritoneal.

Este líquido peritoneal rico en proteínas es una manifestación común de la carcinomatosis peritoneal y contribuye a la distensión abdominal y otros síntomas asociados con esta condición.(29)

Tuberculosis

Tuberculos situados en el peritoneo provocando un aumento de líquido rico en proteínas en la cavidad peritoneal. (30)

Pancreatitis

La pancreatitis es una condición caracterizada por la fuga de líquido pancreático rico en enzimas hacia la cavidad peritoneal, lo que provoca inflamación y aumento de la permeabilidad vascular. Como resultado de este proceso, se produce la acumulación de líquido peritoneal que es rico en proteínas. Esta acumulación de líquido peritoneal, junto con la inflamación y la permeabilidad vascular alterada, contribuye a los síntomas y complicaciones asociados con la pancreatitis, como el dolor abdominal, la distensión abdominal y, en casos graves, la formación de abscesos pancreáticos o peripancreáticos.(30)

TRATAMIENTO

El tratamiento de la ascitis requiere abordar tanto la causa subyacente como las posibles complicaciones asociadas. Una de las medidas principales es la restricción de sal en la dieta, que puede ayudar a reducir la acumulación de líquido. Sin embargo, es crucial equilibrar esto para evitar la malnutrición. En pacientes con ascitis relacionada con el alcohol, la restricción del consumo de alcohol es fundamental.

En casos moderados (grado II), se puede recurrir a diuréticos como la espironolactona, junto con una dieta baja en sodio, para promover la excreción de líquidos a través de la orina. En casos más graves (grado III), puede ser necesaria una paracentesis evacuadora para eliminar grandes volúmenes de líquido ascítico y aliviar los síntomas. Sin embargo, se debe tener cuidado para evitar complicaciones como el síndrome de disfunción circulatoria posparacentesis, que puede prevenirse con el uso de expansores plasmáticos como la albumina.

En casos de ascitis refractaria, donde las medidas convencionales ya no son efectivas, se puede considerar el trasplante hepático como opción de tratamiento. Además, la infusión de albumina intravenosa puede ser beneficiosa en ciertos casos, especialmente cuando hay deterioro de la función renal u otros marcadores de gravedad.

El tratamiento debe ser individualizado según la causa subyacente, la gravedad de la ascitis y la respuesta del paciente a las intervenciones terapéuticas. Es fundamental el seguimiento cercano y la monitorización de la respuesta al tratamiento para ajustar las estrategias según sea necesario. (30)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Materiales y métodos

3.1. ENFOQUE

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo debido a que se obtendrá datos numéricos de los pacientes adultos comprendidos en la edad de 18 y 61 años que presentaron ascitis en el Hospital General Del Norte IESS Los Ceibos durante el periodo 2022-2023.

3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación siguió un diseño descriptivo, observacional, de corte transversal y retrospectivo.

3.2.1 Tipos de Diseño

Diseño descriptivo: El enfoque descriptivo permite observar, recopilar y describir información detallada sobre cómo se manifiesta en la ascitis en un entorno clínico específico. Este diseño es ideal para describir características, síntomas, diagnósticos y posibles tratamientos utilizados durante un periodo determinado.

Diseño observacional: Al ser un estudio observacional, no se lleva a cabo ninguna intervención o manipulación de variables. Simplemente se observan y registran los eventos y situaciones tal como se presentan en la realidad, lo que es esencial cuando se estudian enfermedades y su manejo clínico en pacientes.

De corte transversal: Nos permitió recolectar datos de un grupo de pacientes en un momento específico para examinar la relación entre variables de interés en ese punto en el tiempo.

Diseño retrospectivo: El periodo elegido (2022-2023) permite recopilar datos previamente registrados en historias clínicas, expedientes médicos u otros registros hospitalarios. Esto brinda la oportunidad de analizar información

pasada y evaluar patrones de diagnóstico, tratamientos y evolución de los pacientes con ascitis.

3.3. NIVELES DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. Nivel Descriptivo

Este enfoque se considera descriptivo debido a que no se manipularon los factores ni las variables del estudio, sino que se limitó a observar el fenómeno tal y como se presenta en su entorno natural, reflejando así la realidad sin alteraciones.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población

El presente trabajo de investigación contó con una población de 438 pacientes, de los cuales solo 120 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, quedando como muestra.

3.4.2 Muestra

La elección del tamaño de la muestra en el presente estudio se basó en varios factores, incluyendo consideraciones estadísticas, recursos disponibles y limitaciones inherentes a la disponibilidad de pacientes, indicados en los criterios de inclusión y exclusión. Para este caso particular, se utiliza un muestreo no probabilístico el cual fue obtenido selectivamente por las características de la población que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, dejando una muestra de 120 pacientes.

3.4.2.1 Muestreo

3.4.2.2 Criterios de inclusión

- Pacientes adultos de 18 a 61 años atendidos en el Hospital IESS los ceibos 2022-2023
- Pacientes con ascitis
- Pacientes con dos tomas de albumina en suero y en liquido ascitico (prueba SAAG)
- Historia completa y detallada

- Pacientes que tuvieron factores de riesgo

3.4.2.3 Criterios de exclusión

- Pacientes sin factores de riesgo o comorbilidades.
- Historias clínicas incompletas

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	Resultados
Sexo	Registro del sexo en la historia clínica	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino
Edad	Años cumplidos de los pacientes	Cuantitativa Numérica razón discreta	18-28 años 29-39 años 40-50 años 51-61 años
Nivel socio-económico	Condición social que distingue el estrato social	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo
Factores de riesgo	Característica, condición o comportamiento asociado con un incremento de la probabilidad de desarrollar una enfermedad	Categoría Nominal Politómica	Alcoholismo Tabaquismo obesidad
Etiología	Causas que lleven a la ascitis	Cualitativa Nominal Politómica	Cirrosis hepática Hepatitis Alcohólica

			Insuficiencia cardíaca derecha Hipoalbuminemia Infección Pancreatitis Neoplasia
Manifestaciones clínicas	Cuadro clínico que acompañan el curso de la enfermedad	Cualitativa Nominal politómica	Distensión Matidez Signo de la ola Dolor Abdominal
SAAG	Niveles de albúmina en suero Niveles de albumina en líquido ascítico	Cuantitativa Continua	g/dL >1.1 <1.1
Mortalidad	Reporte de personas fallecidas	Dicotómica	Defunciones

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Observación: se refiere a la observación directa del estudio.

Historia clínica: documento médico legal que contiene toda la información del paciente requerido para el desarrollo del estudio.

3.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La obtención de datos de acuerdo con las variables se obtuvo de las historias clínicas del sistema AS400 brindadas por el departamento de estadística del Hospital General del Norte IESS Los Ceibos, posteriormente fueron transferidos a Microsoft Excel 2016 para procesar la base de datos y obtener las tablas y gráficos con la finalidad de revelar los datos estadísticos. El análisis descriptivo se efectuó en relación a los porcentajes de prevalencia adquiridos de los datos y tablas combinadas o cruzadas, además se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para recalcar los resultados que determinaron que el conjunto de frecuencias observadas no se ajusta a un conjunto de frecuencias esperadas.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Toda la información obtenida en esta investigación ejecutó con absoluta discreción y confidencialidad (a través del número de registros médicos), y no se divulgarán datos personales durante o después de este período. El personal correspondiente tendrá derecho a verificar la investigación.

Se trabajó con historias clínicas tomando en consideración los datos para el cumplimiento de los objetivos, la confidencialidad de la información basado en los principios éticos de la Declaración de Helsinki: respeto, justicia, no maleficencia y beneficencia.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

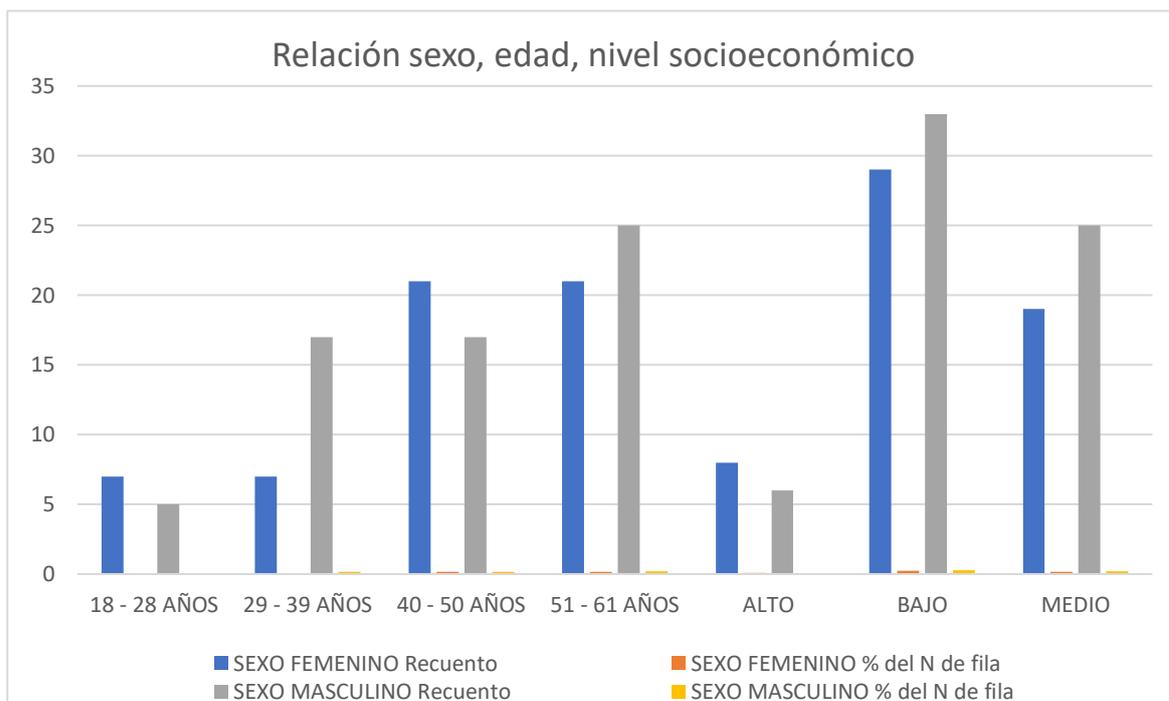
El presente estudio se enfoca únicamente en los pacientes de Guayaquil atendidos en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos durante el periodo 2022 y 2023. Los objetivos se enfocan en determinar la prevalencia de ascitis por hipertensión portal y otras etiologías en pacientes adultos.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con ascitis teniendo en cuenta el sexo, edad, nivel socioeconómico.

		Sexo			
		Femenino		Masculino	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Grupo etario	18 - 28 AÑOS	7	5,8%	5	4,2%
	29 - 39 AÑOS	7	5,8%	17	14,2%
	40 - 50 AÑOS	21	17,5%	17	14,2%
	51 - 61 AÑOS	21	17,5%	25	20,8%
Nivel socioeconomico	ALTO	8	6,7%	6	5,0%
	BAJO	29	24,2%	33	27,5%
	MEDIO	19	15,8%	25	20,8%

Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Gráfico 1. Relación sexo, edad, nivel socioeconómico



Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Análisis de los resultados

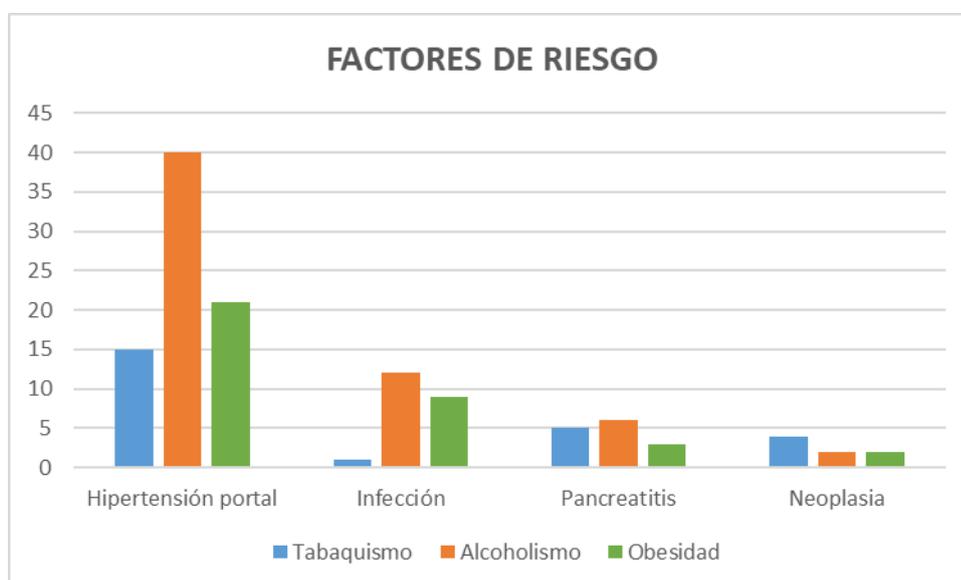
En relación con los datos observados revela patrones entre el sexo, grupo etario y nivel socioeconómico. Donde los pacientes de sexo masculino de 51-61 años representan el 20,8% con un nivel socioeconómico bajo del 27,5%, resultando ser el grupo más prominente, seguido por los pacientes masculinos de nivel socioeconómico medio de grupo etario 51-61 años con un 20,8%, por otro lado el sexo femenino de 40 – 61 años con nivel socioeconómico alto con un 6,7% resultó ser el grupo menos significativo.

Tabla 2 Factores de riesgo en relación con las diversas causas de ascitis.

	Hipertensión portal	Infección	Pancreatitis	Neoplasia	Total	%
Tabaquismo	15	1	5	4	25	4.55%
Alcoholismo	40	12	6	2	60	52.63%
Obesidad	21	9	3	2	35	27.63%
Total	76	22	14	8	120	

Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS
Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Gráfico 2. Factores de riesgo en relación con las diversas causas de ascitis



Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS
Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

El análisis de los datos revela patrones significativos en los factores de riesgo asociados con distintas enfermedades. Para la hipertensión portal, el alcoholismo emerge como el factor de riesgo más prominente, representando el 52.63% de los casos, seguido por la obesidad con el 27.63%. En cuanto a las infecciones, el tabaquismo lidera con el 4.55% de los casos, lo cual es notable dado su menor prevalencia en comparación con otras enfermedades.

La pancreatitis muestra asociaciones menores con el tabaquismo y el alcoholismo. La neoplasia, por otro lado, tiene una asociación significativa con el tabaquismo, siendo el factor de riesgo más común con el 62.5% de los casos. Según la prueba de chi-cuadrado de Pearson, no existe relación entre estas variables con un valor de significancia mayor a 0,05.

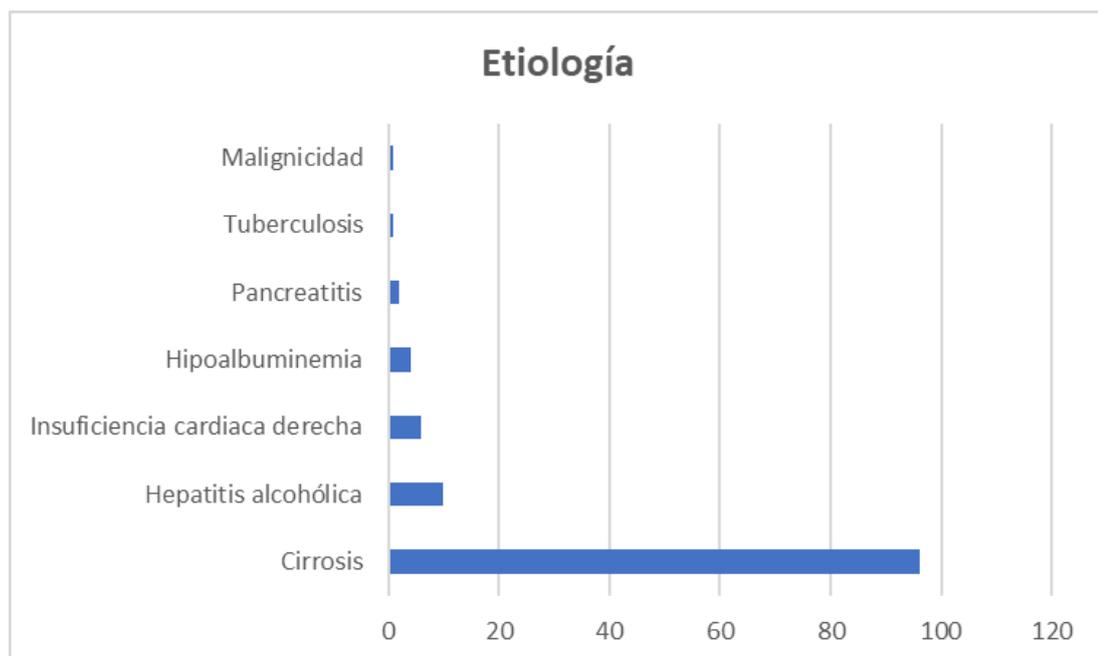
Pruebas de chi- cuadrado de Pearson			
		Etiologia	
Factores de riesgo	Chi cuadrado	10.3756469	
	gl	6	
	Sig.	0,10969823	No significativo

Tabla 3. Causas que ocasionan ascitis

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Cirrosis	96	80%
Hepatitis alcohólica	10	8%
Insuficiencia cardíaca derecha	6	5%
Hipoalbuminemia	4	3%
Pancreatitis	2	2%
Tuberculosis	1	1%
Malignicidad	1	1%
Total	120	100%

Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS
Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Gráfico 3. Etiología



Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS
Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Análisis de los resultados

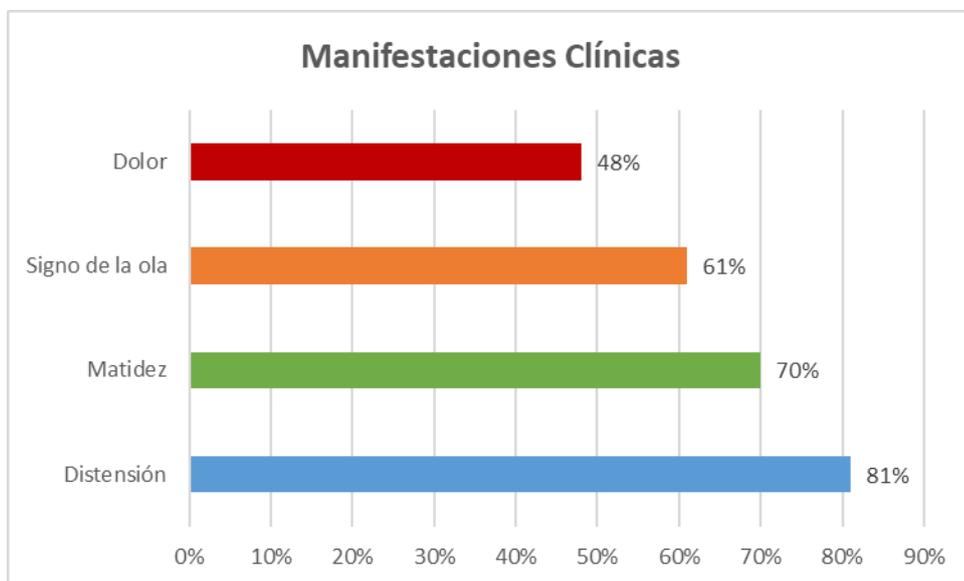
La condición más prevalente es la cirrosis, que afecta al 80% de los pacientes, seguida de la hepatitis alcohólica con un 8%. La insuficiencia cardiaca derecha representa el 5% de los casos, mientras que la hipoalbuminemia, la pancreatitis y la tuberculosis tienen frecuencias del 3%, 2% y 1% respectivamente. La malignidad también tiene una frecuencia del 1%.

Tabla 4. Manifestaciones clínicas de los pacientes con ascitis.

Descripción	Frecuencia		Porcentaje del SI
	SI	NO	
Distensión	97	23	81%
Matidez	84	36	70%
Signo de la ola	73	47	61%
Dolor abdominal	58	62	48%

Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS
Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Gráfico 4 Manifestaciones Clínicas



Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS
Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Análisis de los resultados

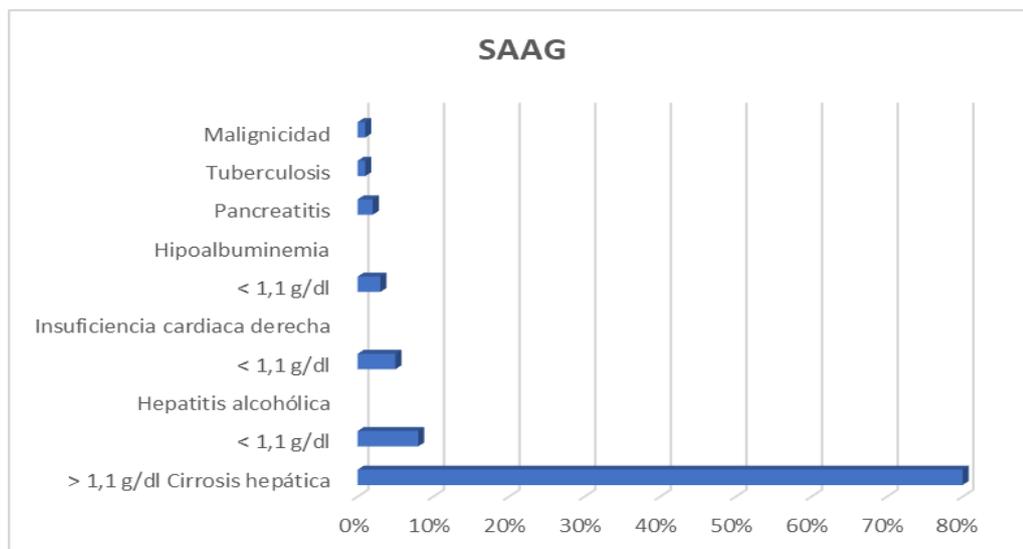
El análisis de los datos revela la prevalencia de síntomas específicos en la muestra de pacientes. La distensión abdominal es el síntoma más frecuente, presente en el 81% de los casos, seguido de cerca por la matidez con el 70% y el signo de la ola con el 61%. Por otro lado, el dolor abdominal tiene una menor frecuencia en comparación, con un 48% de los pacientes experimentando este síntoma.

Tabla 5. Valores del gradiente- albúmina-suero ascitis como indicador de la causa subyacente.

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
> 1,1 g/dl Cirrosis hepática	96	80%
< 1,1 g/dl Hepatitis alcohólica	10	8%
< 1,1 g/dl Insuficiencia cardiaca derecha	6	5%
< 1,1 g/dl Hipoalbuminemia	4	3%
Pancreatitis	2	2%
Tuberculosis	1	1%
Malignidad	1	1%
Total	120	100%

Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS
Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Gráfico 5 SAAG



Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS
Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Análisis de los resultados

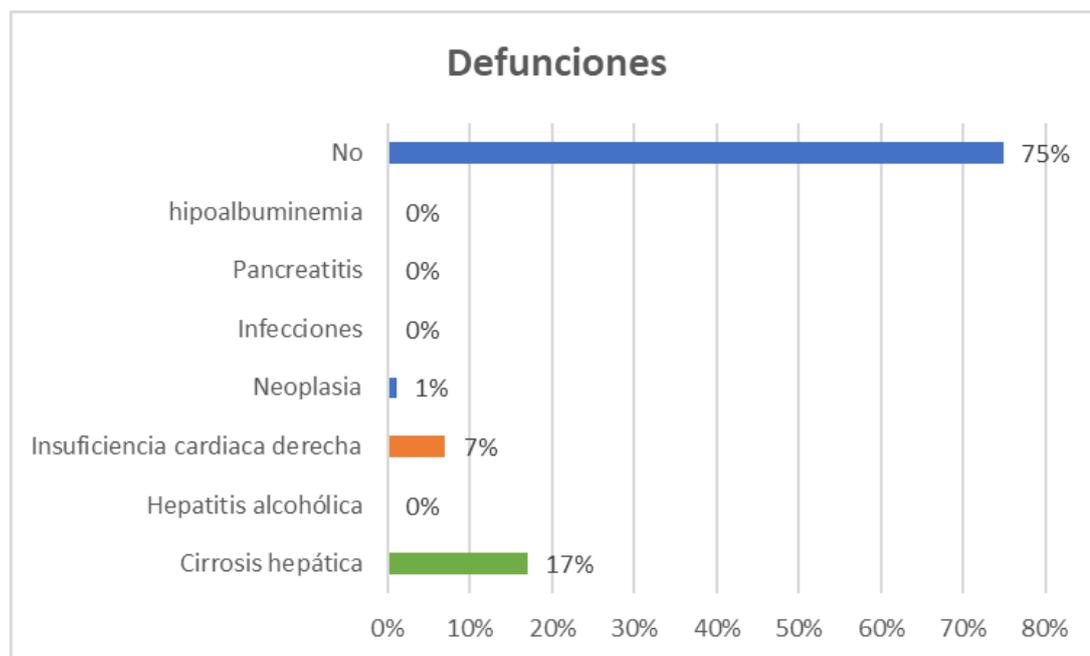
La condición más común es la cirrosis hepática con niveles de albúmina superiores a 1,1 g/dl, afectando al 80% de los pacientes. La hepatitis alcohólica, la insuficiencia cardíaca derecha y la hipoalbuminemia con niveles de albúmina inferiores a 1,1 g/dl representan el 8%, 5% y 3% de los casos respectivamente. Además, la pancreatitis, la tuberculosis y la malignidad tienen frecuencias del 2%, 1% y 1% respectivamente.

Tabla 6. Estimar la mortalidad de los pacientes con ascitis

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Cirrosis hepática	20	17%
Hepatitis alcohólica	0	0%
Insuficiencia cardíaca derecha	9	7%
Neoplasia	1	1%
Infecciones	0	0%
Pancreatitis	0	0%
hipoalbuminemia	0	0%
No	90	75%
Total	120	100%

Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Gráfico 6 Defunciones



Fuente: Base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. Burgos, Moscoso 2024.

Análisis de los resultados

La tabla proporciona datos sobre la causa de muerte, mostrando que la variable "No" tiene la mayor frecuencia con un total de 90 casos, representando el 75% del total de casos analizados. En segundo lugar, la cirrosis hepática tiene una frecuencia de 20 casos, lo que equivale al 17% del total. La insuficiencia cardiaca derecha sigue en importancia con 9 casos, representando el 7% de las muertes registradas. Las demás variables, como neoplasia, infecciones, pancreatitis y hipoalbuminemia, no presentaron casos registrados.

4.2 DISCUSIÓN

Se revela la prevalencia en los datos observados entre el sexo, grupo etario y nivel socioeconómico. Predominan los pacientes de sexo masculino de 51-61 años representando el 20,8% con un nivel socioeconómico bajo del 27,5%

Estos resultados guardan relación con el trabajo publicado el 2017 por Espinoza que contó con una muestra de 505 pacientes en donde el sexo masculino fue el más frecuente con un 54%. Además, otra muestra de 105 pacientes, donde se observa que el grupo etario más frecuente fue el de 50-60 años de edad. (1) (2)

Los hallazgos en relación al nivel socioeconómico, se contrastan con el estudio publicado por Delgado en el año 2016 que contó con una muestra de 275 en donde aproximadamente un 64% corresponde a pacientes con bajo nivel socioeconómico. (3)

En cuanto a la asociación de los factores de riesgo con las diversas causas de ascitis, el análisis de datos revela que para la hipertensión portal, el alcoholismo emerge como el factor de riesgo más prominente, representando el 52.63% de los casos, seguido por la obesidad con el 27.63%. Estos hallazgos se relacionan con el estudio publicado por Delgado en el año 2016 que contó con una muestra de 275 en donde el alcoholismo fue el factor de riesgo más frecuente con un 60%. (3)

Además, la condición más prevalente es la cirrosis, que afecta al 80% de los pacientes, seguida de la hepatitis alcohólica con un 8%. La insuficiencia cardíaca derecha representa el 5% de los casos, mientras que la hipoalbuminemia, la pancreatitis y la tuberculosis tienen frecuencias del 3%, 2% y 1% respectivamente. Y por último, la malignidad también tiene una frecuencia del 1%.

El SAAG (gradiente-albumina- suero-ascitis) es esencial para determinar la causa de la ascitis, cuando se encuentra elevado indica que la ascitis es

secundaria a hipertensión portal; un valor menor indicaría otra causa. En nuestro estudio, la condición más común es la cirrosis hepática con niveles de albúmina superiores a 1,1 g/dl, afectando al 80% de los pacientes. La hepatitis alcohólica, la insuficiencia cardíaca derecha y la hipoalbuminemia con niveles de albúmina inferiores a 1,1 g/dl representan el 8%, 5% y 3% de los casos respectivamente. Además, la pancreatitis, la tuberculosis y la malignidad tienen frecuencias del 2%, 1% y 1% respectivamente. Estos hallazgos se relacionan con el estudio publicado en 2014 en Perú por Rodríguez et al. que contó con una muestra 116 pacientes en donde el 52% mantuvieron un SAAG > 1,1 g/dl. (4)

Finalmente, la causa más frecuente de mortalidad es la cirrosis hepática, con una frecuencia de 20 casos, lo que equivale al 17% del total. La insuficiencia cardíaca derecha sigue en importancia con 9 casos, representando el 7% de las muertes registradas.

3.9 FORTALEZAS

- Nuestro presente trabajo investigativo contiene análisis estadístico con tablas combinadas que permiten establecer relaciones entre distintas variables.
- Teniendo en cuenta que hay un aumento de la prevalencia de ascitis en el año 2023 en comparación con el año 2022, se considera de importancia esta investigación para estudios futuros.

4.0 FALENCIAS

El Hospital General del Norte de Guayaquil IESS los Ceibos pertenece a una unidad médica de segundo nivel de atención el cuál se consideró una limitación en nuestro trabajo investigativo considerando que dentro de las diversas causas de ascitis los diferentes tipos de cáncer como hepatocelular y cáncer de ovario que son menos frecuentes pero importantes no se pudieron estudiar por casos insuficientes.

- Por lo general la primera toma de líquido ascítico suele estar contaminada por esta razón optamos por elegir pacientes con dos tomas, esto redujo la cantidad de nuestra muestra total.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- El sexo masculino fue el más frecuente, junto al grupo etario de 51-61 años de edad representando el 20,8% con un nivel socioeconómico bajo del 27,5%.
- La mayor prevalencia de ascitis en pacientes con niveles socioeconómicos bajos del 27,5% sugiere la necesidad de mejorar el acceso a la atención médica preventiva y el tratamiento para esta población.
- La cirrosis hepática emerge como la condición más prevalente de ascitis, afectando al 80%.
- Para la hipertensión portal, el alcoholismo se presentó como el principal factor de riesgo para desarrollar ascitis con un 52.63%.
- En relación con el gradiente de albúmina sangre-ascitis, la condición más común es la cirrosis hepática con niveles de SAAG superiores a 1,1 g/dl afectando al 80%.
- Los resultados evidenciaron que, con respecto a la mortalidad se muestra que la causa más prominente es la cirrosis hepática, con una frecuencia de 20 casos, lo que equivale al 17% del total.

5.2 RECOMENDACIONES

- Es crucial implementar programas de detección temprana y estrategias de intervención para abordar el aumento de la prevalencia de la ascitis, como campañas de concientización sobre los factores de riesgo y la importancia del seguimiento médico regular para los pacientes de alto riesgo.
- Es fundamental realizar investigaciones más específicas para comprender las causas subyacentes de la disparidad de sexos y desarrollar intervenciones específicas dirigidas a la prevención y el tratamiento de la ascitis en hombres, como programas de educación
- sobre estilos de vida saludables y detección precoz de enfermedades hepáticas.
- Se deben implementar medidas preventivas y programas de detección dirigidos a la población mayor de edad, como exámenes médicos regulares y educación sobre hábitos de vida saludables para prevenir enfermedades hepáticas y complicaciones asociadas.
- Se deben desarrollar políticas de salud pública que aborden las disparidades socioeconómicas en el acceso a la atención médica, como programas de seguro de salud universal y clínicas comunitarias accesibles.
- Se deben implementar estrategias de prevención y tratamiento específicas, como programas de reducción de daños para el alcoholismo y el acceso a servicios de atención médica especializada para pacientes con enfermedades hepáticas.
- Se deben realizar evaluaciones periódicas de los niveles de albúmina y desarrollar estrategias de manejo para mejorar la función hepática y prevenir complicaciones relacionadas con la ascitis, como la desnutrición y la insuficiencia renal.
- Se recomienda implementar protocolos de manejo de casos que incluyan un seguimiento regular, manejo del dolor, tratamiento de complicaciones y apoyo psicosocial para mejorar los resultados y la

calidad de vida de los pacientes con ascitis, así como identificar y tratar factores de riesgo modificables para reducir la mortalidad asociada a esta condición.

BIBLIOGRAFIA

1. Chaverra EC, Pereira CC. Ascitis pancreática. *Revista Cubana de Medicina* [Internet]. el 29 de septiembre de 2022 [citado el 21 de abril de 2024];61(3supl). Disponible en: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2922>
2. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C, Baveno VII Faculty. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol*. abril de 2022;76(4):959–74.
3. Gioia S, Nardelli S, Ridola L, Riggio O. Causes and Management of Non-cirrhotic Portal Hypertension. *Curr Gastroenterol Rep*. el 17 de septiembre de 2020;22(12):56.
4. Gunarathne LS, Rajapaksha H, Shackel N, Angus PW, Herath CB. Cirrhotic portal hypertension: From pathophysiology to novel therapeutics. *World J Gastroenterol*. el 28 de octubre de 2020;26(40):6111–40.
5. Tonon M, Piano S. Cirrhosis and Portal Hypertension: How Do We Deal with Ascites and Its Consequences. *Med Clin North Am*. mayo de 2023;107(3):505–16.
6. Alshuwaykh O, Cheung A, Goel A, Kwong A, Dhanasekaran R, Ghaziani TT, et al. Clinical characteristics and outcomes in those with primary extrahepatic malignancy and malignant ascites. *BMC Gastroenterol*. el 5 de septiembre de 2022;22(1):410.
7. Du L, Wei N, Maiwall R, Song Y. Differential diagnosis of ascites: etiologies, ascitic fluid analysis, diagnostic algorithm. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)* [Internet]. el 20 de diciembre de 2023 [citado el 21 de abril de 2024]; Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/cclm-2023-1112/html>
8. Felli E, Nulan Y, Selicean S, Wang C, Gracia-Sancho J, Bosch J. Emerging Therapeutic Targets for Portal Hypertension. *Curr Hepatol Rep*. 2023;22(1):51–66.
9. Isidro RA, Zhao L. Evolving Understanding of Noncirrhotic Portal Hypertension. *Surg Pathol Clin*. septiembre de 2023;16(3):549–63.

10. Fiel MI, Schiano TD. Idiopathic noncirrhotic portal hypertension. *Semin Diagn Pathol.* noviembre de 2019;36(6):395–403.
11. Ginès P, Krag A, Abraldes JG, Solà E, Fabrellas N, Kamath PS. Liver cirrhosis. *Lancet.* el 9 de octubre de 2021;398(10308):1359–76.
12. Jothimani D, Rela M, Kamath PS. Liver Cirrhosis and Portal Hypertension: How to Deal with Esophageal Varices? *Med Clin North Am.* mayo de 2023;107(3):491–504.
13. Kulkarni AV, Rabiee A, Mohanty A. Management of Portal Hypertension. *J Clin Exp Hepatol.* 2022;12(4):1184–99.
14. Yoshida H, Shimizu T, Yoshioka M, Taniai N. Management of portal hypertension based on portal hemodynamics. *Hepatol Res.* marzo de 2021;51(3):251–62.
15. Wong F. Management of Portal Hypertension in Patients with Acute-on-Chronic Liver Disease. *Clin Liver Dis.* agosto de 2023;27(3):717–33.
16. Zanetto A, Barbiero G, Battistel M, Sciarrone SS, Shalaby S, Pellone M, et al. Management of portal hypertension severe complications. *Minerva Gastroenterol (Torino).* marzo de 2021;67(1):26–37.
17. Allaire M, Rudler M, Thabut D. Portal hypertension and hepatocellular carcinoma: Des liaisons dangereuses.... *Liver Int.* agosto de 2021;41(8):1734–43.
18. McConnell MJ, Iwakiri Y. Portal Hypertension in Alcohol-Associated Hepatitis. *Curr Hepatol Rep.* 2023;22(2):67–73.
19. Iwakiri Y, Trebicka J. Portal hypertension in cirrhosis: Pathophysiological mechanisms and therapy. *JHEP Rep.* agosto de 2021;3(4):100316.

20. Mitten EK, Portincasa P, Baffy G. Portal Hypertension in Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Challenges and Paradigms. *J Clin Transl Hepatol.* el 28 de octubre de 2023;11(5):1201–11.
21. Nababan SHH, Lesmana CRA. Portal Hypertension in Nonalcoholic Fatty Liver Disease: From Pathogenesis to Clinical Practice. *J Clin Transl Hepatol.* el 28 de octubre de 2022;10(5):979–85.
22. Turco L, Garcia-Tsao G. Portal Hypertension: Pathogenesis and Diagnosis. *Clin Liver Dis.* noviembre de 2019;23(4):573–87.
23. Yoshida H, Shimizu T, Yoshioka M, Matsushita A, Kawano Y, Ueda J, et al. The Role of the Spleen in Portal Hypertension. *J Nippon Med Sch.* 2023;90(1):20–5.
24. Reiberger T. The Value of Liver and Spleen Stiffness for Evaluation of Portal Hypertension in Compensated Cirrhosis. *Hepatol Commun.* mayo de 2022;6(5):950–64.
25. Thabut D, Kudo M. Treatment of portal hypertension in patients with HCC in the era of Baveno VII. *J Hepatol.* marzo de 2023;78(3):658–62.
26. Roa Colomo A, Caballero Mateos AM, Vidal-Vilchez B, Cervilla Sáez de Tejada ME. Varón de 60 años que debuta con ascitis quilosa. *Revista andaluza de patología digestiva.* 2021;44(2):69–71.
27. Mauro E, Gadano A. What's new in portal hypertension? *Liver Int.* febrero de 2020;40 Suppl 1:122–7.
28. Sharpton SR, Loomba R. Emerging role of statin therapy in the prevention and management of cirrhosis, portal hypertension, and HCC. *Hepatology.* el 1 de diciembre de 2023;78(6):1896–906.
29. Du L, Wei N, Maiwall R, Song Y. Differential diagnosis of ascites: etiologies, ascitic fluid analysis, diagnostic algorithm. *Clin Chem Lab Med.* el 20 de diciembre de 2023;
30. Wang C, Huang Y, Liu C, Liu F, Hu X, Kuang X, et al. Diagnosis of Clinically Significant Portal Hypertension Using CT- and MRI-based Vascular Model. *Radiology.* abril de 2023;307(2):e221648.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



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



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **MOSCOSO MUÑOZ NICOLE MAITE** con C.C: # **0930475108** autor/a del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE ASCITIS POR HIPERTENSIÓN PORTAL Y OTRAS ETIOLOGÍAS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DEL NORTE IESS LOS CEIBOS DURANTE EL PERIODO 2022-2023** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **20 de mayo de 2024**

F. _____

MOSCOSO MUÑOZ NICOLE MAITE

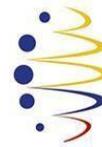
C.C: 0930475108



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



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



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **BURGOS COBEÑA ARIANA CAROLINA**, con C.C: # **0955486196** autor/a del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE ASCITIS POR HIPERTENSIÓN PORTAL Y OTRAS ETIOLOGÍAS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DEL NORTE IESS LOS CEIBOS DURANTE EL PERIODO 2022-2023** previo a la obtención del título de **MEDICO** 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, **20 de mayo de 2024**

F.  **ARIANA CAROLINA
BURGOS COBENA**

BURGOS COBEÑA ARIANA CAROLINA

C.C: 0955486196

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de ascitis por hipertensión portal y otras etiologías en pacientes adultos del Hospital General del Norte IESS Los Ceibos durante el periodo 2022-2023.		
AUTOR(ES)	Burgos Cobeña Ariana Carolina Moscoso Muñoz Nicole Maite		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de mayo del 2024	No. PÁGINAS:	DE 40
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Ascitis, Hipertensión Portal, Cirrosis, Albúmina, Líquido Peritoneal, SAAG.		
<p>Introducción: La ascitis se define como una acumulación de líquido en la cavidad peritoneal, en Ecuador es la 10ª causa de muerte en el país según datos del INEC, lo que representa un total de 2.314 defunciones en el año 2020. Y a menudo ocurre como resultado de otras etiologías. Objetivo: Este estudio busca determinar la prevalencia de las diversas etiologías que ocasionan ascitis en pacientes adultos. Identificar el sexo, grupo etario, nivel socioeconómico, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y mortalidad. Metodología: El presente estudio es descriptivo, transversal y retrospectivo. De 438 pacientes, 120 cumplían con los criterios para la investigación. Los datos fueron recogidos en Microsoft Excel y tabulados para su análisis final. Resultados: El grupo más prominente resultó ser pacientes de sexo masculino de 51-61 años representando el 20,8%, con nivel socioeconómico bajo del 27,5%. Para la hipertensión portal, el alcoholismo emerge como el factor de riesgo más prominente con 52.63%. La condición más prevalente es la cirrosis hepática con niveles SAAG mayor a 1,1 g/dl afectando al 80%. Y la causa de mortalidad más frecuente es la cirrosis hepática equivalente a 17%. Conclusiones: Se observó un aumento de pacientes en relación al año 2022 y 2023. El grupo predominante fueron de sexo masculino de 51-61 años con 20,8% y nivel socioeconómico bajo del 27,5%. Finalmente, la hipertensión portal se destaca como la principal causa de ascitis, siendo el alcoholismo el factor de riesgo más común y la cirrosis la condición más prevalente con niveles SAAG mayor a 1,1 g/dl.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO AUTOR/ES:	CON	Teléfono: +593 0989870387 +593 0962901981	E-mail: arianaburgosc23@gmail.com nicolemoscoso7@gmail.com
CONTACTO INSTITUCIÓN (COORDINADOR PROCESO UTE):	CON LA DEL	Vásquez Cedeño, Diego Antonio Teléfono: +593-982742221 E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			