

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDAD MÉDICA



INFORME FINAL DE TESIS DE GRADUACION

“Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial,
Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021”

PRESENTADO POR:

Dra. Roxana Estefani Hernández Orellana

Dr. Rafael Rodrigo Orellana Arriaga

PARA OPTAR AL TITULO DE

Especialista en Medicina Interna

ASESOR DE TESIS:

Dr. Carlos Grande

San Salvador, Diciembre 2021

INDICE DE CONTENIDO

I. RESUMEN.....	3
II. INTRODUCCIÓN	4
III. OBJETIVOS.....	6
IV. DISEÑO METODOLOGICO.....	7
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSION.....	27
VI. CONCLUSIONES.....	31
VII. RECOMENDACIONES.....	33
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	34
IX. ANEXOS.....	37

I. RESUMEN

La Hemorragia de tubo digestivo superior de origen varicial es una causa de hospitalización frecuente en los servicios de medicina interna del hospital general del ISSS, múltiples factores clínicos de los pacientes contribuye a su desarrollo y la frecuencia de los episodios. La presente investigación se enfocó en el objetivo de determinar el perfil clínico de los pacientes con cirrosis hepática con hemorragia de tubo digestivo superior varicial de Hospital General ISSS. Febrero-Mayo 2021, centrado en determinar características clínicas, comorbilidades, tratamiento, antecedentes, tiempo entre episodios de hemorragias, hallazgos de laboratorio, asimismo score no invasivos de fibrosis como el FIB-IV, APRI score y predictores de mortalidad como Child-Pugh, MELD en pacientes con cirrosis hepática.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal; obteniendo los datos de los expedientes de los pacientes ingresados en el servicio de medicina 4 del Hospital General, a través de un instrumento que se llenara con información de expediente, resultando una muestra de 34 pacientes de los cuales el sexo predominante masculino, con rango de edad mayores de 45 años, y con principal comorbilidad asociada Alcoholismo, seguido de Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, hígado graso, y muy baja relación con Hepatitis, con su evaluación inicial hemoglobina en el rango 8 a 10 gr/dL, plaquetas en el rango arriba de 100,000, albumina sérica debajo en el rango de 2.8 a 3.5 gr/dL, INR en el rango de 1.7 a 2.2, Bilirrubina total menor de 2.0 mg/dL, y los valores de AST y ALT se encontraban por encima del límite superior de la normalidad. El hallazgo endoscópico más frecuente encontrado fueron las varices esofágica y además había un alto porcentaje de antecedentes de Hemorragia previa (79.3%) de ellos, y a pesar de que la mayoría estaba con tratamiento beta bloqueador, ninguno alcanzo la dosis meta. El cálculo a través score de fibrosis avanzada no invasivo FIB-4 todos los pacientes, estaban por encima del valor de corte para la edad, y por APRI score el 76.5% están por encima del valor de corte, en score de mortalidad predominante Child-Pugh C y MELD score 10 a 19 puntos, mortalidad 6% a los 3 meses.

II. INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es considerada la enfermedad hepática de mayor prevalencia en el mundo, además ocupa el 13vo lugar de las causas de muerte; es una enfermedad crónica y como tal con morbilidad y complicaciones frecuentes, más en nuestro medio donde las principales causas; alcoholismo e infecciones virales hepáticas son frecuentes y muchas veces no tratada adecuadamente. Entre las complicaciones de la cirrosis hepática, la hemorragia de origen varicial ocupa un lugar relevante en cuanto a mortalidad y pronóstico.

En nuestro país es una causa frecuente de ingreso hospitalario; usualmente estos pacientes requieren una estancia hospitalaria larga de 3 a 5 días, pudiéndose extender a más tiempo, lo que a nivel institucional representa una menor disponibilidad de camas hospitalarias, una mayor carga laboral para el personal, asimismo estos pacientes requieren manejo con medicamentos, procedimientos diagnóstico y terapéutico de alto costo, así como la atención de un gastroenterólogo.

Realizamos esta investigación con el objetivo principal: Determinar el perfil clínico de los pacientes con cirrosis hepática con hemorragia de tubo digestivo superior varicial en el Hospital general ISSS. Para lo cual se realizó un estudio descriptivo, transversal tomando como universo el 100% de los pacientes que cumplían criterios de inclusión, en total 34 pacientes.

Resultando el rango de edad mayor de 45 años de edad, el predominio del sexo masculino, y los factores de riesgo asociados como el alcoholismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, hígado graso no alcohólico, enfermedad renal crónica están presentes en la población estudiada. A pesar que las hepatitis de origen viral están en las principales causas de cirrosis hepática y como consecuencia de sangrado de tubo digestivo, solo un paciente estaba consignado como factor de riesgo el antecedente de hepatitis de origen viral. El hallazgo endoscópico más frecuente encontrado fueron las varices esofágicas con un (67.7%), seguido por gastropatía portal con (23.5%) y por ultimo las varices

gástricas con un (11.7%). El 70% de los pacientes se encontraba con tratamiento beta bloqueador prevención secundaria pero a dosis variables, sin embargo se observó una alta incidencia de episodios de hemorragia previa, hasta el 79% de los mismos.

Además la población de estudio, todos estaban sobre el punto de corte en FIB-4 y la mayoría por encima de valor de corte para APRI score, a excepción de 3 pacientes que estaba por debajo de ese valor a los cuales se podrían realizar estudios para determinar la presencia de fibrosis, en cuanto a predictor de mortalidad la mayoría de pacientes en estadio Child-Pugh C.

Por lo que en base a resultados concluimos que tenemos una población con alta morbimortalidad y que es necesario promover estilos de vida saludables entre la población con factores de riesgo asociado a hepatopatías, asimismo como realizar estudios completos y optimizar la terapia médica para fortalecer la prevención secundaria. Además de a futuro realizar estudios sobre las implicaciones de los hallazgos de laboratorio en la terapia endoscópica y desenlace clínico, así como predictores radiológicos de fibrosis hepática

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil clínico de los pacientes con cirrosis hepática con hemorragia de tubo digestivo superior varicial en el Hospital general ISSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Establecer las características clínicas; morbilidades, tratamiento, hallazgos endoscópicos, antecedente y tiempo de último episodio de hemorragia de los pacientes con cirrosis hepática con sangrado de tubo digestivo superior varicial.

Identificar los hallazgos de laboratorio; hemoglobina, plaquetas, bilirrubinas, albumina, tiempo trombotoplastina parcial, índice normalizado internacional, transaminasas en los pacientes con sangrado de tubo digestivo superior varicial.

Clasificar según scores de fibrosis con métodos no invasivos como FIB4 y APRI. Y scores de mortalidad y sobrevivencia como MELD Score y Child-Pugh score.

IV. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Descriptivo, transversal.

Datos recolectados de pacientes ingresados en el periodo Febrero – Mayo 2021

Universo y muestra.

Expedientes de Pacientes del Servicio de Medicina 4 del Hospital General del ISSS con Hemorragia de tubo digestivo superior de origen varicial en el periodo de febrero-mayo 2021. 53 expedientes de pacientes que ingresaron o fueron dados de alta con ese diagnóstico.

Muestra no probabilística tomando el 100% del universo, que cumplían con criterios de inclusión que en total fueron 34 expedientes.

Descripción técnica y procedimientos para la recolección de datos

Fuentes primaria: Expediente clínico de pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina 4 con el diagnóstico de Hemorragia de Tubo Digestivo Superior de origen Varicial que cumplan los criterios de inclusión. Búsqueda según CIE 10 K74 Fibrosis y cirrosis de hígado y K92.2 Hemorragia gastrointestinal, no especificada puesto que no hay codificación en el CIE 10 específica para Hemorragia de origen varicial.

Se recopiló la información a través de una hoja de registro de parámetros clínicos y bioquímicos además con la inclusión de score como FIB-IV, APRI, Child-Pugh y MELD que se aplicará en la revisión de expediente que cumplan los criterios de inclusión en el periodo descrito de la investigación.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión:

- Pacientes con Hemorragia de tubo digestivo superior de origen varicial.
- Paciente con Diagnostico de Cirrosis hepática.
- Paciente sometido a endoscopia de tubo digestivo superior.

Criterios de exclusión:

- Hemorragia de tubo digestivo inferior.
- Pacientes sin endoscopia de tubo digestivo superior
- Hemorragia de tubo digestivo no varicial.

Operacionalización de variables

Operacionalización De Variables						
Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valores	Técnica	Instrumento
Perfil clínico	Conjunto de procesos agrupados que son causales de una enfermedad.		-Sexo -Edad Comorbilidades	Masculino/ Femenino Edad en años. Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Cirrosis Hepática Infección crónica por Virus de Hepatitis C o B	Revisión de expediente. Encuesta	Hoja de registro de Información.

				Alcoholismo crónico		
				Esteatosis no alcohólica		
				Enfermedad renal crónica		
			Consumos de betabloqueadores	-Dosis -Frecuencia		
			Antecedente de hemorragia de tubo digestivo superior previo	Si/No		
			Ascitis	Si/No		

			Hallazgos de endoscópicos	Varices esofágicas Gastropatía portal Varices gástricas		
Pruebas de Laboratorio	Procedimiento médico para el que se analiza una muestra de sangre, orina u otra sustancia del cuerpo	Biométrica hemática, Química sanguínea, sangre oculta en heces	Hemoglobina. Conteo total de Plaquetas. Pruebas de función Hepática	Valor de hemoglobina. Valor de plaquetas. Valor de bilirrubina total, bilirrubina directa e indirecta, niveles séricos fosfata alcalina, niveles séricos de	Revisión de expediente.	Hoja de registro de información.

			<p>Tiempos de coagulación .</p> <p>Pruebas de Función renal</p>	<p>AST y ALT, Niveles de albumina.</p> <p>Tiempo de protombina, tiempo de tromboplastina, INR.</p> <p>Niveles séricos de Creatinina, nitrógeno ureico y urea sérica</p>		
Scores de fibrosis hepática por métodos no invasivos.	Métodos no invasivos de predicción de la fibrosis hepática.	Score de FIB-4 e índice plaquetas-transaminasas (APRI)	FIB-IV.	<p>Score:</p> <p>< 1.45 (Ishak score 0-1)</p> <p>1.45-3.25(Ishak score 2-3)</p> <p>> 3.25 (Ishak score 4-6)</p>	Fórmulas Matemáticas	Hoja de registro de información.

			APRI.	Score de 1: sensibilidad de 76% y especificidad de 72% para cirrosis hepática.		
Scores predictivos de mortalidad en cirrosis hepática	Indicadores pronósticos de supervivencia a corto y largo plazo.	Model for End Stage Liver Disease (MELD) y clasificación de Child-Pugh.	MELD.	Puntaje: < 9 (mortalidad 1.9%) 10-19(mortalidad 6%) 20-29(mortalidad 19.6%) 30-39 (mortalidad 52.6%) > 40 (mortalidad 71.3%)	Fórmula Matemática.	Hoja de registro de información.

			<p>Clasificación de Child-Pugh.</p>	<p>Estadio A: 5-6 puntos</p> <p>Supervivencia a un año 95%.</p> <p>Estadio B: 7-9 puntos</p> <p>supervivencia a un año 80%.</p> <p>Estudio C: 10-15 puntos</p> <p>Supervivencia a un año 44%.</p>	<p>Parámetro clínicos y del laboratorio.</p>	
--	--	--	-------------------------------------	---	--	--

ASPECTOS ETICOS

La presente investigación no contemplo la intervención directa con pacientes, se realizará una revisión de datos de expediente clínico, y todos los datos fueron manejados con confidencialidad de la información de los participantes al identificar solo con numero correlativo en la hoja de registro de información, y la información es como datos estadísticos sin identificar a pacientes.

Asimismo, dicho estudio se sometió a la aprobación del comité de Ética del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

PROCESAMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

La información se obtuvo a de fuente secundaria, previa autorización de jefatura del departamento de medicina se obtuvo el registro de expediente a través de la unidad de estadística del Hospital General, asimismo se realizó una revisión de libros de ingresos del servicio de medicina 4 Hospital General, posteriormente se solicitó por escrito a archivo los expedientes y a través del instrumento elaborado de nuestra autoría posteriormente este se vació en una matriz de resumen de datos a través del programa Microsoft Excel.

Dentro de las limitaciones encontrada durante el estudio se obtuvo la falta de claridad de los datos estadísticos con respecto a diagnósticos de ingreso o egreso, por lo cual se tuvo que realizar un cruzamiento con los libros de ingresos para obtener los expediente de manera más verídica, así mismo se dificulto que muchos expedientes clínicos no tenían todos los datos consignados, expedientes solicitados o enviados a otras áreas, letra ilegible y la pandemia COVID que obstaculizo los estudios endoscópicos en algunos paciente.

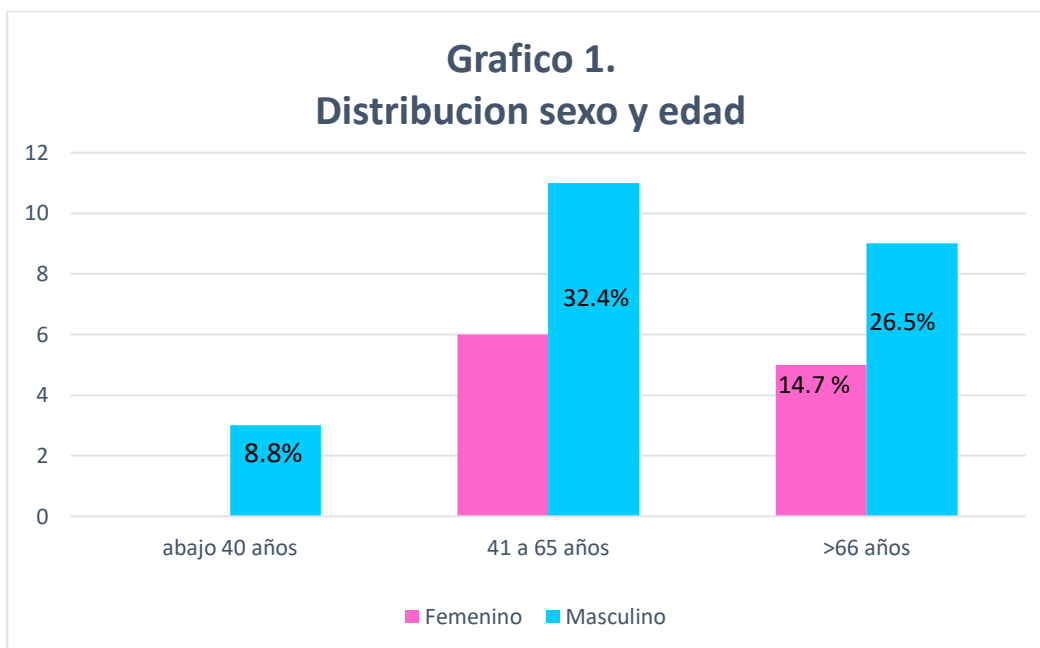
Plan de análisis de los datos

Se realizó el análisis de los datos de la hoja de recolección de información a través del programa Microsoft Excel, mediante el cual se realizó la presentación y análisis de la información a través de tablas de frecuencia y graficas de diseño para su interpretación.

IV. RESULTADOS

Objetivo 1.

Establecer las características clínicas; morbilidades, tratamiento, antecedente y tiempo de último episodio de hemorragia de los pacientes con cirrosis hepática con hemorragia de tubo digestivo superior varicial.



Fuente: Hoja de recolección de datos. Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021(n=34).

De 34 pacientes, el sexo predominante es masculino con un porcentaje de 67.7%(23), distribuidos por edad en menores de 40 años en el 8.8%(3), entre 41 a 65 años 32.4%(11) y mayores de 66 26.5%(9) en cuanto al sexo femenino 20.6%(6) entre 41 a 65 años y el 14.7%(5) mayores de >66 años.

Tabla 1. Comorbilidades en pacientes con hemorragia digestiva varicial

Comorbilidad	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
<i>Alcoholismo</i>	18	30%
<i>Diabetes mellitis</i>	15	25%
<i>Hipertensión arterial</i>	14	23.3%
<i>Enfermedad renal crónica</i>	7	11.7%
<i>Hígado graso</i>	5	8.3%
<i>Hepatitis Viral</i>	1	1.7%
<i>Total</i>	60	100%
Numero de comorbilidades		
<i>Sin comorbilidades</i>	4	11.8%
<i>1 a 2</i>	21	61.7%
<i>>3</i>	9	26.5%

Fuente: Hoja de recolección de datos. Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021 (n=34).

De los 34 pacientes, 61.7%(21) de los pacientes tenían 1 o 2 comorbilidades diferentes Cirrosis hepática, el 26.5% más de 3 comorbilidades y solo el 11.8%(4) no tenían ninguna comorbilidad diferente a Cirrosis hepática diagnosticada, Dentro de las comorbilidades el alcoholismo 30%(18), seguido de Diabetes mellitus 25%(15), Hipertensión arterial 23.3%(14), ERC 11.7%(7), Hígado graso 8.3%(5) y Hepatitis 1.7%(1).

Tabla 2. Diagnóstico de Cirrosis hepática, tratamiento y antecedente de Hemorragia en pacientes con hemorragia digestiva varicial.

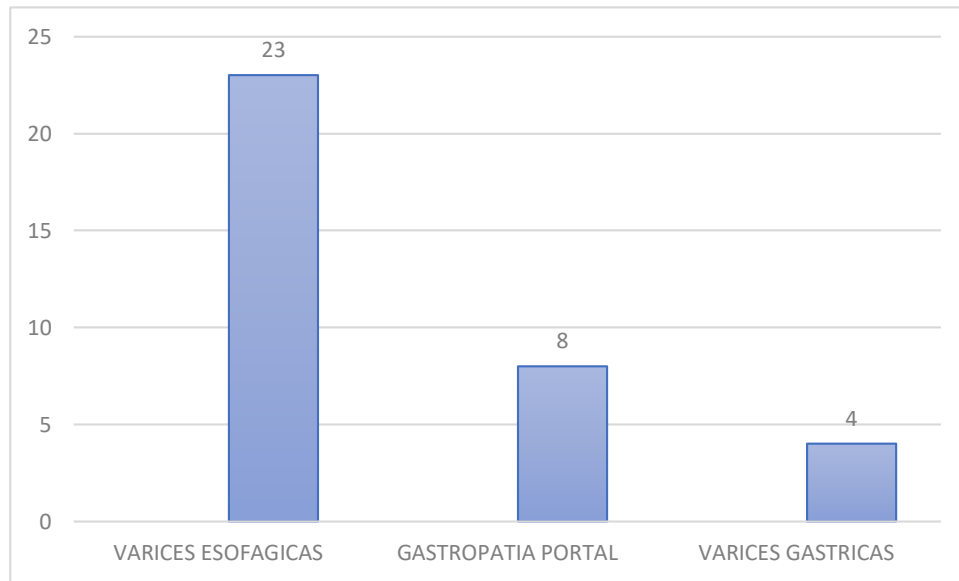
Cirrosis hepática conocida y tratamiento		
	Absoluta	Relativa
Sin antecedente cirrosis	7	20.60%
Cirrosis hepática conocida	27	79.40%
TRATAMIENTO		
Propanol 20 mg/12 h	12	63.10%
Propanol 20 mg/día	3	15.80%
Nevibolol 2.5 mg/día	2	10.50%
Carvedilol 6.25 mg día	1	5.30%
No datos	1	5.30%
	19	100.00%
Antecedentes de cirrosis hepática		
No sangrado previo	6	20.7%
Sangrado <3 meses	12	41.4%
Sangrado > 3 meses	11	37.9%
	29	100%
Ascitis		
Si	18	52.9%
No	16	47.1%

Fuente: Hoja de recolección de datos. Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021 (n=34)..

De los 34 pacientes, 27 de ellos ya tenían diagnóstico de Cirrosis hepática 79.4%(27), y 20.6%(7) sin diagnóstico conocido de Cirrosis hepática; de estos 41.4% (12) tuvieron episodios de Hemorragia menor de 3 meses, el 37.9%(11) Hemorragia mayor de 3 meses y solo el 20.7%(6) no tenían antecedentes de hemorragia previo. El cuanto a tratamiento el 63%(12) de los pacientes son tratados Propanol 20 mg cada 12 horas, y el 15.8%(3) Propanol 20 mg cada día, 1 paciente 10.5%(2) Nevibolol 2.5 cd día, y 5.3% (1) paciente con Carvedilol 6.25 cada día, y 5.3%(1) pacientes que no se encontró dato consignado en el expediente. Y solo en

el 52.9%(18) se tenía consignado el dato de presencia de ascitis y en el 47.1%(16) no ascitis documentada.

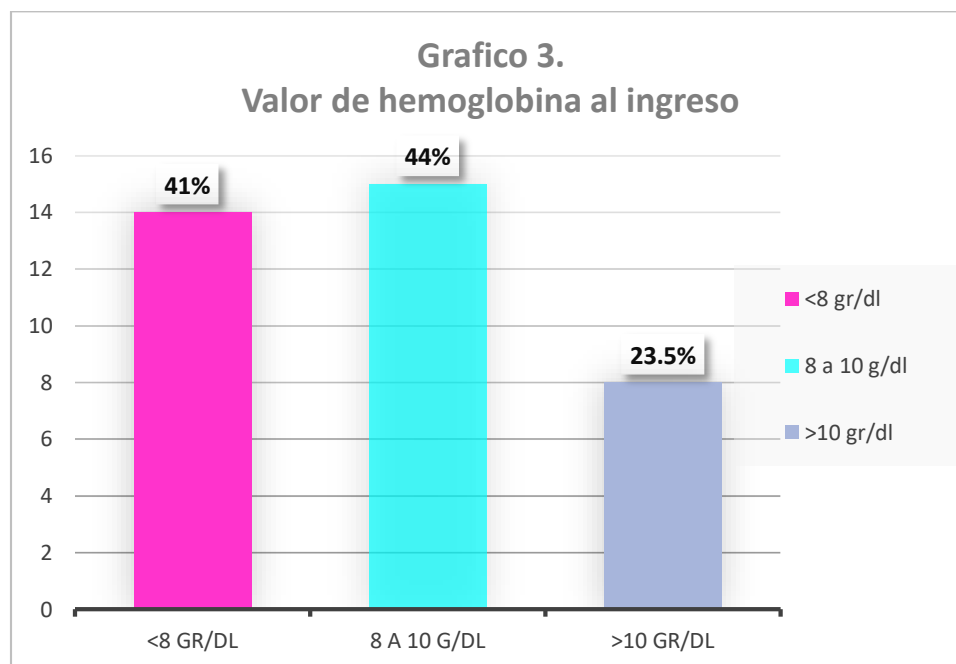
Gráfico 2. Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia digestiva varicial,



Fuente: Hoja de recolección de datos. Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021 (n=34).

El hallazgo endoscópico más frecuente encontrado fueron las varices esofágicas con un total de 23 pacientes (67.7%), seguido por gastropatía portal con 8 pacientes (23.5%) y por ultimo las varices gástricas con 4 pacientes (11.7%).

Objetivo 2. Identificar los hallazgos de laboratorio; hemoglobina, plaquetas, bilirrubinas, albumina, tiempo trombotoplastina parcial, índice normalizado internacional, transaminasas en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo superior varicial.



Fuente: Hoja de recolección de datos, Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021 (n=34).

De los 34 pacientes, el 40% (15) tenían un valor de hemoglobina < 8 gr/dl, el 38% (14) con valor de 8 a 10 gr/dl y el 22% (8) >10 gr/dl.

Tabla 3. Valores de laboratorio, bilirrubina y albumina: plaquetas al ingreso hospitalario.

Variable	Absoluto	Relativo
Plaquetas		
<50,000	9	26.5%
50,000 a 100,000	10	29.4%
>100,000	15	44.1%
Bilirrubina total		
<2 mg/dl	23	67.7%
2 a 3 mg/dl	8	23.6%
>3 mg/dl	2	5.8%
No consignado	1	2.90%
Albumina		
<2.8 g/dl	14	41.2%
2.8 a 3.5 g/dl	15	44.1%
>3.5 gr/dl	3	8.80%
No consignado	2	5.90%

Fuente: Hoja de recolección de datos, Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021(n=34).

De los resultados de laboratorio de los 34 pacientes, en cuanto a valores de plaquetas el 26.5% (9) con valores <50,000 uL, 29.4% (10) pacientes con valores 50,000 a 100,000 uL y el 44.1% (15) con valores >100,000 uL. En tanto a los valores de bilirrubina 67.7%(23) tenían <2 mg/dl, el 23.6%(8) con valor 2 a 3 mg/dl, 5.8%(2) con valores >2 mg/dl y el 2.9%(1) no dato de bilirrubina consignado. Los valores de albumina el 41.2%(14) con < 2.8 gr/dl, el mayor porcentaje de pacientes 44.1%(15) se ubican en el rango de 2.8 a 3.5 gr/dl , 8.8%(3) con Albumina dentro normalidad >3.5 gr/dl y el 5.9% (2) sin dato consignado en expediente clínico.

Tabla 4. Valores de laboratorio: INR, AST y ALT al ingreso hospitalario.

INR*	Absoluto	Relativo
<1.7	12	35%
1.7 a 2.2	16	47%
>2.2	6	17.60%
AST**		
>38 u/l	23	67.60%
< 38 u/l	6	17.70%
ND	5	14.70%
ALT***		
>41	16	47%
<41	13	38.30%
ND	5	14.70%

*Índice internacional normalizado.

** Aspartato aminotransferasa

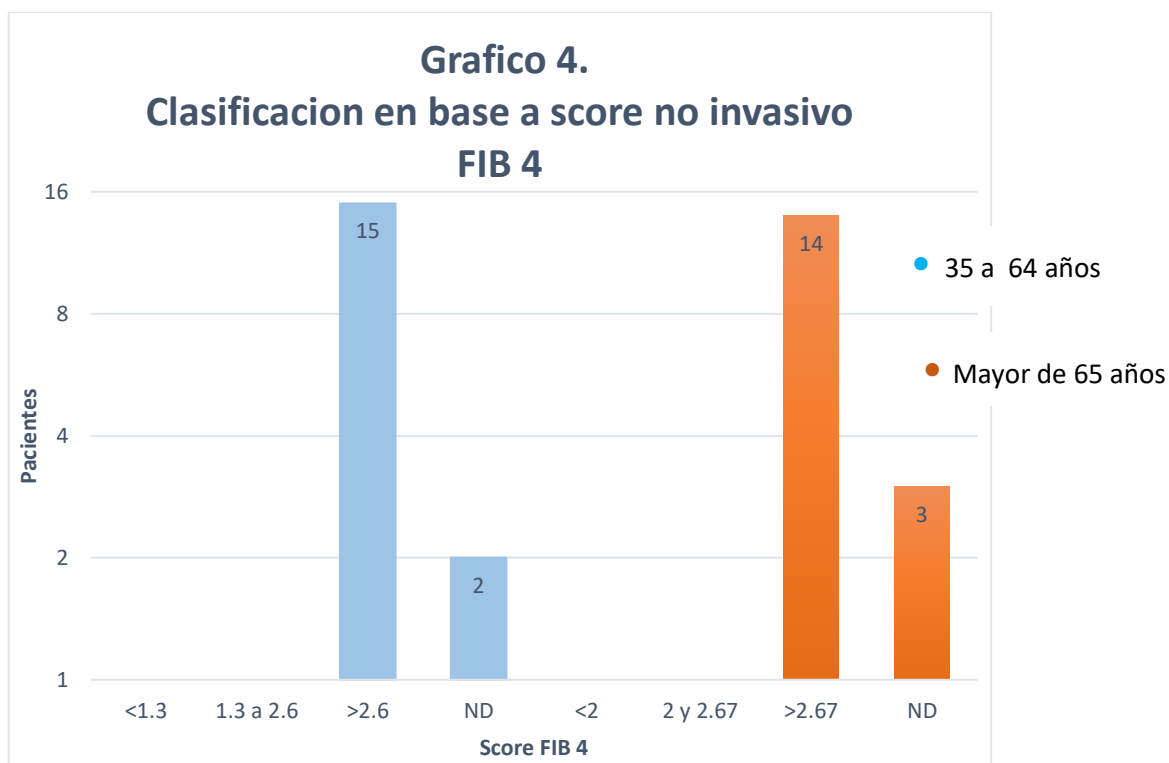
*** Alanino aminostransferas

Fuente: Hoja de recolección de datos, Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021(n=34).

De los 34 pacientes que se estudiaron, El valor de Índice Internacional Normalizado (INR) el 35%(12) del total estaban debajo de punto de corte según Score Child Pugh <1.7. Y entre 1.7 a 2.2 un total de 47%(16) y un valor de >2.2 con total de 17.6% (6). En cuanto a Aspartato Aminotransferasa (AST) y Alanino aminotransferasa según valor de corte de laboratorio local, para AST >38 un total de 67.6%(23) y <38 un 17.7%(6) y en el 14.7%(5) no se consignaron dichos datos y en cuanto a valores de ALT >41 un total 47%(16) y <41 un valor de 38.3%(13) y no datos en el 14.7%(5).

Objetivo 3.

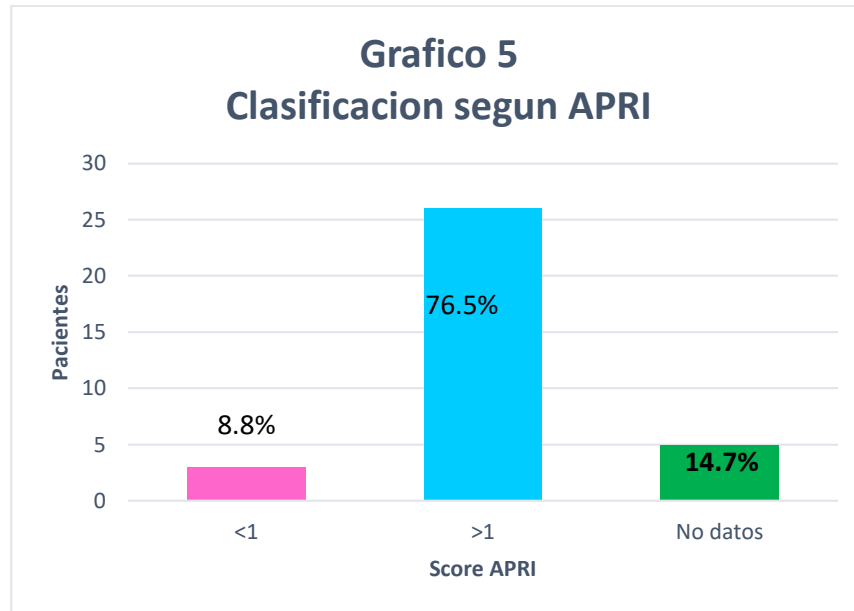
Clasificar según scores de fibrosis con métodos no invasivos como FIB4 y APRI. Y scores de mortalidad como Child-Pugh score y MELD score.



*ND: No datos

Fuente: Hoja de recolección de datos, Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021(n=34).

De los 34 pacientes con score FIB 4 que se encuentran en el rango de edad 35 a 64 años y de igual manera los pacientes mayores de 65 años, todos se encuentran por encima del valor de corte 2.6 para fibrosis avanzada, aunque 5 pacientes no se obtuvieron el puntaje debido a falta de datos en el expediente.

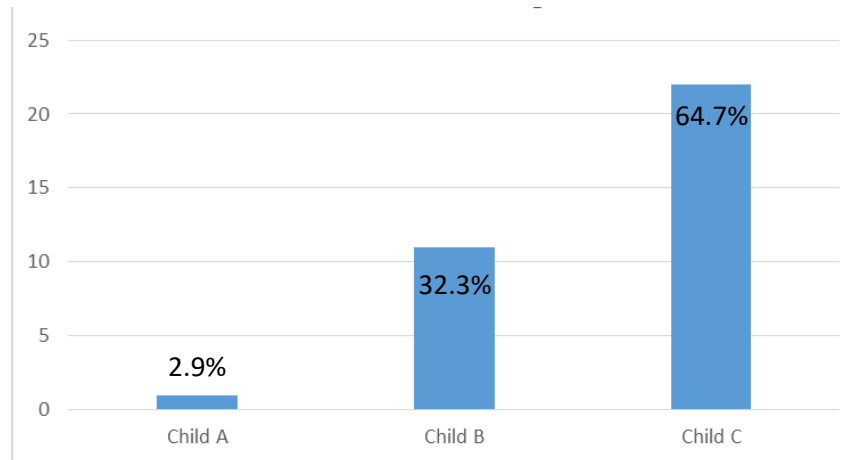


Fuente: Hoja de recolección de datos, Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021(**n=34**).

Del total de pacientes, 76.5%(26) están por encima del valor de corte de APRI score >1, y solo el 8.8%(3) estaban por debajo y en el 14.7%(5) no se pudo obtener el resultado debido a falta de datos en el expediente.

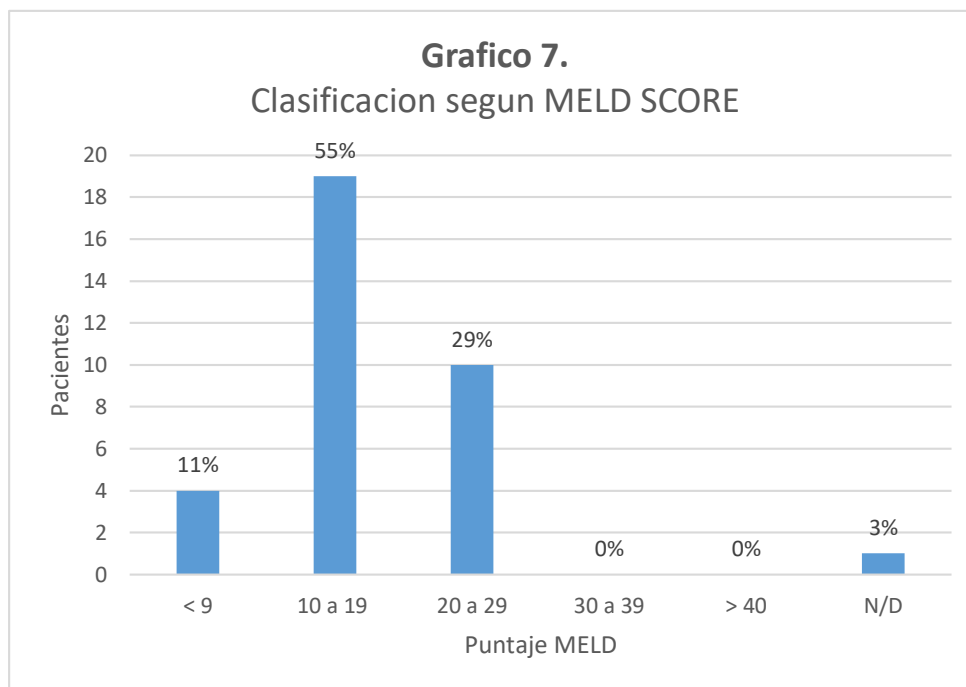
Grafico 6.

Clasificación según Child-Pugh



Fuente: Hoja de recolección de datos, Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021.

El total de población estudiada se clasifican por Child-Pugh, en estadio A el 2.9%(1) de la población, el 32.3%(11) en Child Pugh B y la mayoría de pacientes en estadio Child Pugh C 64.7%(22).



Fuente: Hoja de recolección de datos, Perfil clínico de pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva varicial, Hospital General-Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Febrero-Mayo 2021(**n=34**).

El 55%(19) de población obtuvo un puntaje entre 10 a 19 de acuerdo al MELD score, seguido por un 29%(10) con un puntaje entre el 20 a 29, y un 11%(4) con un puntaje menor de 9 puntos y solo un paciente no se pudo obtener el puntaje debido a falta de datos en el expediente.

V. DISCUSION

La cirrosis hepática y sus complicaciones son una causa frecuente de ingreso hospitalario, según datos epidemiológicos de la OMS esta es 2 veces más frecuente en el sexo masculino que femenino, y según datos de nuestro estudio el predominio fue en sexo masculino con un 67.7%(23) con respecto al 32.3%(17) de mujeres, además se tiene un rango de edad entre los 41 a 65 años que representa el 91.1%(31) que coincide con los datos epidemiológicos globales.

Según Organización Mundial de la Salud, el uso excesivo de alcohol y la infección crónica por virus de hepatitis (tales como la hepatitis B y la hepatitis C) son las causas más comunes pero puede estar causada por muchos trastornos, lo que incluye la enfermedad por hígado graso, trastornos hereditarios, lesión inducida por drogas, trastornos del conducto biliar y enfermedades autoinmunes. En los resultados de nuestra investigación el 88.2%(30) de los pacientes tenían comorbilidades y de esta el 30%(18) la más frecuente es alcoholismo, seguido por la Diabetes mellitus con el 25%(15) y la Hipertensión arterial 23.3%(14) un dato relevante que diverge con los demás estudios como el del Hospital Provincia de España del 2006 a 2009 es la baja frecuencia de los antecedente de Hepatitis con un 1.7%(1) cuando esta ha sido la 2da causa en los demás estudios y en toda bibliografía, y como hallazgo relevante en el nuestro no se tenía documentado el antecedente el 98.3% de los casos e incluso de los pacientes que no tenían el diagnostico de Cirrosis hepática al ingreso 20.6%(7) y que debutaron como hemorragia de Origen variceal no se investigó dicha etiología, otro hallazgo importante es la presencia o antecedente de Hígado graso que solo se consignó en el 8.3% (5) expediente.

De acuerdo al consenso de Baveno IV que clasifica a la Cirrosis hepática en 4 estadios, todos los pacientes del estudio estaban etapa 3 a 4 que corresponde a cirrosis descompensada por la presencia de hemorragia gastrointestinal con o sin la presencia de ascitis, y con una mortalidad que va desde el 20% al 57% anual, en nuestro estudio todos los pacientes entran en la definición de cirrosis

descompensada por lo que el tratamiento optimo es el pilar fundamental para la prevención de un nuevo evento un tratamiento temprano más agresivo en pacientes de alto riesgo; como la terapia medica óptima para prevenir la recurrencia; del total de pacientes estudiado el 79.4%(27) ya eran conocidos con el diagnostico de Cirrosis hepática y solo el 20.6%(7) debutaron con esta complicación, de los pacientes conocidos solo el 70.4%(19) tenían tratamiento con beta bloqueador. En un estudio de 5.775 pacientes, las dosis alta de b bloqueadores >60 mg se asociaban con menor riesgo; demostrando de importancia de un tratamiento óptimo para prevenir la Hemorragia inicial o el re sangrado, situación que no se cumplía en el 100% de los pacientes estudiados, el tratamiento predominante fue Propanolol 20 mg cada 12 horas esto en el 63.1%(12) de los pacientes, en el 15.8%(3) recibían solo 20 mg al día propanolol y el resto nevigolol 10.5% o carvedilol 5.3%.

El hallazgo endoscópico más frecuente encontrado fueron las varices esofágicas con un (67.7%), seguido por gastropatía portal con (23.5%) y por ultimo las varices gástricas con un (11.7%), que concuerda con la literatura revisada, otro factor importante es la recurrencia que esta se asocia con mayor mortalidad, según un estudio de consulta la presencia de un sangrado gastrointestinal previo aumenta el riesgo de un nuevo evento (IC 95%) en nuestro estudio el 79.3%(23) de los casos tenían un episodio previo de sangrado y de esos el 41.3%(12) en los 3 meses previos. Incluso uno de los pacientes sin diagnóstico de Cirrosis Hepática había tenido un episodio previo que no se le había realizado procedimiento endoscópico.

Múltiples hallazgos de laboratorio son factores de riesgo de presentar hemorragia de origen varicoso que han sido ampliamente estudiados entre los cuales están: el nivel de hematocrito, niveles de bilirrubina y albúmina, plaquetas, niveles más bajos de hemoglobina pero la evidencia no ha sido bien establecida, como hallazgo de nuestro estudio resaltamos los valores de hemoglobina al ingreso que en la mayoría de pacientes eran bajos; el 40%(15) tenían un valor de hemoglobina < 8 gr/dl, el 38% (14) con valor de 8 a 10 gr/dl y el 22% (8) >10 gr/dl, sin embargo se necesitarían más estudios para evaluar como esto influye en tiempos hasta ETDS, tratamiento transfusional y desenlace clínico. Un recuento bajo de plaquetas es el signo de

laboratorio más común de hipertensión portal. Para la presencia de varices, un recuento de plaquetas de $90 \times 10^3 / \mu\text{L}$ o menos (odds ratio [OR], 2.4; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1.4-4.0) y clase avanzada de Child-Pugh fueron factores de riesgo independientes. Sin embargo tomado como dato aislado por sí solo, no es lo suficientemente preciso para diagnosticar o excluir hipertensión porta, según nuestros datos el 60.7% de los pacientes tenían un valor debajo de 100,000 y como se puede correlacionar el valor aislado no es un predictor por si solo, puesto que muchos pacientes tenían plaquetas por encima de este nivel. Otros estudios asocian un nivel severamente bajo de albumina sérica menor de 2.9 gr/dl con un peor control de sangrado, en nuestra muestra 41.2% de los pacientes tenían un valor debajo de 2.8 gr/dl. Los valores del índice normalizado internacional (INR) alto es otro factor de riesgo bien establecido y entre los hallazgos de laboratorio más relevantes estaban solo 35%(12) tenían un INR <1.7 . Entre los resultados 52.9%(18) se consignó en expediente clínico ya sea por examen físico o estudio Ultrasonográfico la presencia de ascitis, situación que se dificulto puesto que en la mayoría de historia de ingreso este hallazgo no era descrito, ni negado.

En cuanto a score pronóstico de fibrosis score como el FIB -4 con un valor predictivo negativo de fibrosis del 90% y un valor predictivo positivo de 65% en los puntos de corte establecidos según edad 35 a 65 años 2.6 y >65 años 2.67 todos los pacientes estaban por encima de este nivel, aunque en 14.7%(5) no se pudo obtener por falta de datos en el expediente y este tiene una buena correlación, aunque por tratarse de paciente con cirrosis descompensada era de esperarse este resultado. No así con el score APRI puesto que el 76.5%(26) están por encima del valor de corte de APRI score >1 ; y solo el 8.8%(3) estaban por debajo y en el 14.7%(5) no se pudo obtener el resultado debido a falta de datos en el expediente, pero no en todos los pacientes se correlaciono adecuadamente.

El 64.7% de los paciente en estadio Child-Pugh C que eso se correlaciona con una mortalidad del y el 2.9% de estaban en estadio Child-Pugh A y Child-Pugh B 32.3%. Y en cuanto a MELD score la mayor proporción de pacientes estaban entre el puntaje 10 a 19 con una mortalidad 6% a 3 meses, lo que se correlaciona con paciente en etapa avanzada y con alta morbimortalidad.

VI. CONCLUSIONES.

- El rango de edad mayor de 45 años de edad, el predominio del sexo masculino, y los factores de riesgo asociados como el alcoholismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, hígado graso no alcohólico, enfermedad renal crónica están presentes en la población estudiada.
- A pesar que las hepatitis de origen viral están en las principales causas de cirrosis hepática y como consecuencia de una hemorragia de tubo digestivo, solo un paciente estaba consignado como factor de riesgo el antecedente de hepatitis de origen viral.
- El hallazgo endoscópico principal fueron las varices esofágicas, seguido por la gastropatía portal.
- Dos tercios de los pacientes tenía un episodio previo de Hemorragia gastrointestinal, y de esos cerca de la mitad en los 3 meses previos.
- De los pacientes con antecedentes de cirrosis hepática Y que tenían tratamiento con beta bloqueador para prevención secundaria de hemorragia varicial, ninguno de los ellos alcanzaba la dosis meta al día de beta bloqueador.
- Los hallazgos de laboratorio encontrados en los pacientes estudiados durante su evaluación inicial son hemoglobina en el rango 8 a 10 gr/dL, plaquetas en el rango arriba de 100,000, albumina sérica debajo en el rango de 2.8 a 3.5 gr/dL, INR en el rango de 1.7 a 2.2, Bilirrubina total menor de 2.0 mg/dL, y los valores de AST y ALT se encontraban por encima del límite superior de la normalidad.

- El cálculo a través score de fibrosis avanzada no invasivo FIB-4 todos los pacientes, estaban por encima del valor de corte para la edad, y por APRI score, 3 pacientes estaban por debajo de valor de corte, a los cuales se podrían realizar estudios para excluir fibrosis hepática, excluyendo 5 expediente clínicos para el cálculo por ausencia de datos.
- Child-Pugh C fue el estadiaje predominante y así como MELD score obtuvieron la mayoría un puntaje de 10 a 19 puntos con mortalidad 6% a los 3 meses.

VII. RECOMENDACIONES

- Promover estilos de vida saludables entre la población con factores de riesgo asociado a hepatopatías.
- Realizar tamizaje de hepatitis de origen viral a los pacientes con cirrosis hepática.
- Optimizar la terapia médica para prevención secundaria de hemorragia varicial con beta bloqueador de acuerdo a guías internacionales actualizadas.
- Realizar estudios sobre las implicaciones de los hallazgos de laboratorio en la terapia endoscópica y desenlace clínico.
- Implementar la realización de estudios ultrasonográfico predictores de hipertensión portal y fibrosis hepática.
- Estandarizar la utilización de scores no invasivos predictores de fibrosis hepática para su detección, en pacientes que debutan con hemorragia varicial.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Bledar Kraja, Mone Iris, Akshija Ilir. Predictors of esophageal varices and first variceal bleeding in liver cirrhosis patients. World Journal of Gastroenterology. 2017 July; 23(26) 4806-4814. DOI:10.3748/wjg.v23.i26.4806 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28765702>

Bustíos, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. Rev. Gastroenteróloga. Perú [Internet]. 2007 Jul. [Citado 2021 Feb. 01]; 27(3): 238-245. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10225129200700030003

Cálamo-Guzmán Bernardo, Vinatea-Serrano Luis De, Piscoya Alejandro, Segura Eddy R. Desempeño del índice FIB-4 en el despistaje de várices esofágicas en pacientes con el diagnóstico de cirrosis hepática. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2020 Ene [citado 2020 Oct 29] ; 40(1): 29-35. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102251292020000100029&lng=es

Cálamo-Guzmán Bernardo, Vinatea-Serrano Luis De, Piscoya Alejandro, Segura Eddy R. Desempeño del índice FIB-4 en el despistaje de várices esofágicas en pacientes con el diagnóstico de cirrosis hepática. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2020 Ene [citado 2021 Feb 02] ; 40(1): 29-35. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102251292020000100029&lng=es.

D'Amico, Gennaro et al. "Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies." Journal of hepatology vol. 44,1 (2006): 217-31. doi:10.1016/j.jhep.2005.10.013 Disponible en: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(05\)00684-7/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(05)00684-7/fulltext)

Facultad de Medicina. Universidad Francisco Marroquín. Escala de Child Pugh(actualizado 2008) Disponible en: <https://medicina.ufm.edu/eponimo/escala-de-child-pugh/>

Fleming KM, Aithal GP, Card TR, West J. The rate of decompensation and clinical progression of disease in people with cirrhosis: a cohort study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010; 32(11-12):1343-50. Citado en PubMed; PMID: 21050236 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2010.04473.x>

Garcia-Tsao, G., Abraldes, J.G., Berzigotti, A. and Bosch, J. (2017), Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology*, 65: 310-335. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27786365/>

Groza I, Acalovschi M, Pasca S, Andreica V, Tantau M, Matei D. Factors predictive of relapse in variceal upper gastrointestinal bleeding. A prospective study in patients with liver cirrhosis. *HVM Bioflux* 2017;9(4):116-123. Disponible en: <http://www.hvm.bioflux.com.ro/docs/2017.116-123.pdf>

Hong Zhao, Ruihong Zhao, Jianhua Hu, Xuan Zhang, Jianke Ma, Yemin Shi, Weihang Ma, Jifang Sheng & Lanjuan Li: Upper gastrointestinal hemorrhage in acute-on-chronic liver failure: prevalence, characteristics, and impact on prognosis. *Expert review of gastroenterology & hepatology* 2019, vol. 13, no. 3, 263–269 <https://doi.org/10.1080/17474124.2019.1567329>

Lebroc PD, Reina ABE, Camacho AJA, et al. Caracterización clínica de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. *Mediciego.* 2011;17(2):. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32663>

QuirozM, Flores Y, Belkis A, et al. Estimación de costos de la atención de pacientes con cirrosis hepática en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud publica mex.* 2010; 52(6):493-501. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26999>

Sanchez W, MD y Jayant A. Talwalkar, MD. Cirrhosis hepatica. Mayo College of Medicine, American College of Gastroenterology [Internet] 2012 diciembre. Disponible en: <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/cirrosis-hepatica/>

Shukla, R., Kramer, J., Cao, Y., Ying, J., Tansel, A., Walder, A., ... Kanwal, F. . Risk and Predictors of Variceal Bleeding in Cirrhosis Patients Receiving Primary Prophylaxis With Non-Selective Beta-Blockers. The American Journal of Gastroenterology (2016) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27670600/>

World Health Organization. The Global Health Observatory [Internet] Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/countries>

Zaman Atif, Becker Thomas, Lapidus Jodi. Risk Factors for the presence of varices in cirrhotic patients without a history of variceal hemorrhage. Archives of internal medicine 161(21) 2564-2570, 2001. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/649564>

Zhao MY, Wu XR, Li HX, et al. Study on correlation between serum 25-hydroxyvitamin D3 level and esophageal variceal bleeding in cirrhotic patients. Zhonghua gan Zang Bing za zhi = Zhonghua Ganzangbing Zazhi = Chinese Journal of Hepatology. 2019 May;27(5):358-362. Disponible en :https://www.researchgate.net/publication/333701700_Study_on_correlation_between_serum_25-hydroxyvitamin_D3_level_and_esophageal_variceal_bleeding_in_cirrhotic_patients

Zhao, H., Zhao, R., Hu, J., Zhang, X., Ma, J., Shi, Y., Ma, W., Sheng, J., & Li, L. (2019). Upper gastrointestinal hemorrhage in acute-on-chronic liver failure: prevalence, characteristics, and impact on prognosis. Expert review of gastroenterology & hepatology, 13(3), 263–269. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30791764/>

IX. ANEXOS

Hoja de recolección de datos

Sexo	Femenino	Masculino
Edad		

Paciente n° _____

Comorbilidades

Hipertensión arterial		Hepatitis B	
Diabetes mellitus		Hepatitis C	
Cirrosis hepática		Esteatosis hepática	
Enfermedad renal crónica			

Tratamiento

Uso de b-bloqueadores Si _____ No _____

Dosis _____

Antecedentes de STDS: Si _____ No _____

Tiempo de último STDS: <3 meses _____ >3 meses _____

Ascitis Si _____ No _____

Hallazgo endoscópico _____

LABORATORIO

Hemoglobina	<8	8 a 10	>10
Plaquetas	<50,000	50,000 a 100,000	>100,000
Bilirrubina total	<2	2 a 3	>3
Albumina	<2.8	2.8 a 3.5	>3.5

TTP	<4	4 a 6	>6
Creatinina	<1	1 a 3	>3
AST			
ALT			
INR	<1	1 a 2	>2

Score

FIB4	<1.45	1.45 a 2.67	>2.67
APRI	<1	>1	
MELD	<9	10 a 19	20 a 29
	30 a 39	>40	
CHILD	A	B	C

Fuente: Elaborada por los autores.