



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “DR. ALEJO LASCANO
BAHAMONDE”**

ESCUELA DE MEDICINA

**“COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN PACIENTES DEL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO”
PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2016**

AUTOR:

URSULA GEORGINA TALLEDO DIOSES

TUTOR:

DR WASHINGTON LADINES

GUAYAQUIL, MAYO 2018



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “DR. ALEJO LASCANO
BAHAMONDE”**

ESCUELA DE MEDICINA

**“COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN PACIENTES DEL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO”
PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2016**

TESIS DE GRADO

**PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
MÉDICO**

URSULA GEORGINA TALLEDO DIOSES

**TUTOR:
DR WASHINGTON LADINES JAIME**

GUAYAQUIL, MAYO 2018

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO” PERIODO ENERO 2016 – DICIEMBRE 2016		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	URSULA GEORGINA TALLEDO DIOSES		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR. WASHINGTON LADINES JAIME		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS		
MAESTRÍA/ ESPECIALIDAD:	ESCUELA DE MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	MAYO 2018	No. DE PÁGINAS:	60

ÁREAS TEMÁTICAS:	MEDICINA INTERNA - GASTROENTEROLOGÍA	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	CIRROSIS HEPÁTICA, HIPERTENSIÓN PORTAL, HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, ASCITIS.	
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Introducción: La cirrosis presenta manifestaciones clínicas variadas y comprende dos fases bien diferenciadas en su historia natural; la cirrosis compensada y la descompensada. El pronóstico es muy variable puesto que está influenciado por una serie de factores incluida la etiología, gravedad, la presencia de complicaciones y enfermedades comórbidas. Metodología: El objetivo de este proyecto de investigación es Determinar las complicaciones de la cirrosis hepática del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Se estableció un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo durante enero a diciembre del año 2016, el universo escogido fueron pacientes atendidos en el área de Gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, la muestra fueron 218 pacientes que presentaron cirrosis descompensada con la diversidad de sus complicaciones por hipertensión portal e insuficiencia hepática. Resultados: De las complicaciones la más incidente fue la Hemorragia digestiva alta. Los pacientes masculinos fueron la población con más incidencia de cirrosis. Mediante la clasificación CHILD PUGH podemos establecer la mortalidad de los pacientes, en este estudio 92 pacientes presentaron una cirrosis descompensada con una sobrevida menor al 35% en 2 años. Dentro de la clasificación MELD 74 pacientes presentaron mortalidad a los 3 meses mayor del 71%, del total de 218 pacientes fallecieron 61 por complicaciones.		
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0984405633	E-mail: ursutalledo@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil – Facultad de Ciencias Médicas - Escuela de Medicina	
	Teléfono: 042288126	
	E-mail: www.ug.com.ec	



Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

ANEXO 11

Guayaquil, 8 Mayo del 2018.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

YO, DR. WALTER EGAS ROMERO, TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN **“COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO” PERIODO 2016 - 2017**” CERTIFICO QUE EL PRESENTE TRABAJO DE TITULACIÓN, ELABORADO POR URSULA GEORGINA TALLEDO DIOSES, CON C.I. NO. 0918745746, CON MI RESPECTIVA SUPERVISIÓN COMO REQUERIMIENTO PARCIAL PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO, EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, HA SIDO **REVISADO Y APROBADO** EN TODAS SUS PARTES, ENCONTRÁNDOSE APTO PARA SU SUSTENTACIÓN.

DR. WALTER EGAS ROMERO

C.I. No.0902186519



Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

ANEXO 12

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA
PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO
ACADÉMICOS**

Yo, URSULA GEORGINA TALLEDO DIOSES con C.I. No **0918745746** Certifico que los contenidos desarrollados en este Trabajo de Titulación, cuyo tema es **“COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO” PERIODO 2016 - 2017** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

URSULA GEORGINA TALLEDO DIOSES
C.I. No. **0918745746**

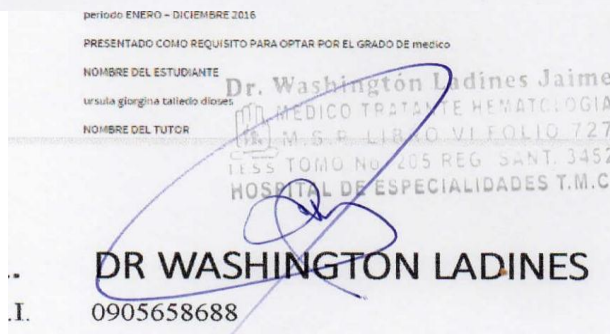
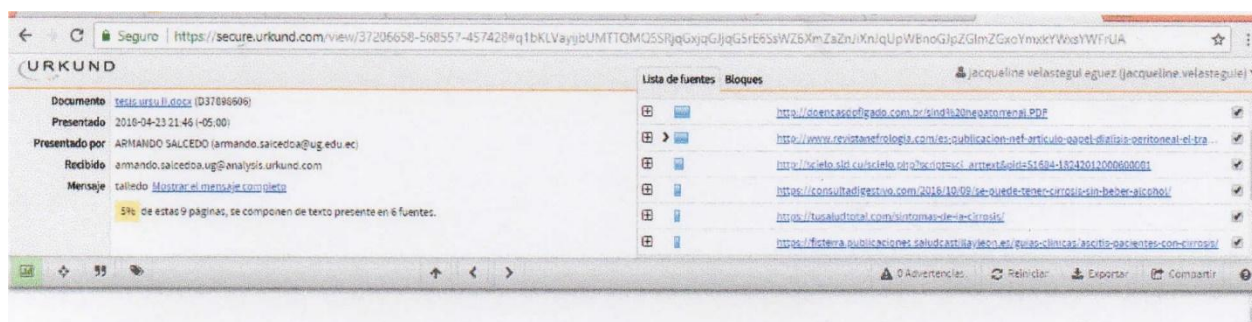
*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (REGISTRO OFICIAL N. 899 - DIC./2016) ARTÍCULO 114.- DE LOS TITULARES DE DERECHOS DE OBRAS CREADAS EN LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y CENTROS EDUCATIVOS.- EN EL CASO DE LAS OBRAS CREADAS EN CENTROS EDUCATIVOS, UNIVERSIDADES, ESCUELAS POLITÉCNICAS, INSTITUTOS SUPERIORES TÉCNICOS, TECNOLÓGICOS, PEDAGÓGICOS, DE ARTES Y LOS CONSERVATORIOS SUPERIORES, E INSTITUTOS PÚBLICOS DE INVESTIGACIÓN COMO RESULTADO DE SU ACTIVIDAD ACADÉMICA O DE INVESTIGACIÓN TALES COMO TRABAJOS DE TITULACIÓN, PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN O INNOVACIÓN, ARTÍCULOS ACADÉMICOS, U OTROS ANÁLOGOS, SIN PERJUICIO DE QUE PUEDA EXISTIR RELACIÓN DE DEPENDENCIA, LA TITULARIDAD DE LOS DERECHOS PATRIMONIALES CORRESPONDERÁ A LOS AUTORES. SIN EMBARGO, EL ESTABLECIMIENTO TENDRÁ UNA LICENCIA GRATUITA, INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES ACADÉMICOS.

UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado WASHINGTON BELISARIO LADINES JAIME, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por la estudiante: TALLEDO DIOSES URSULA GEORGINA con CI: 0918745746 con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para obtención del título de MÉDICO.

Se informa que el trabajo de titulación: "COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2016", ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (indicar el nombre del programa antiplagio empleado) quedando el 5 % de coincidencia.



UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, 25 de abril del 2018

Sr. Dr. Cecil Flores

DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad. -

De mis consideraciones:

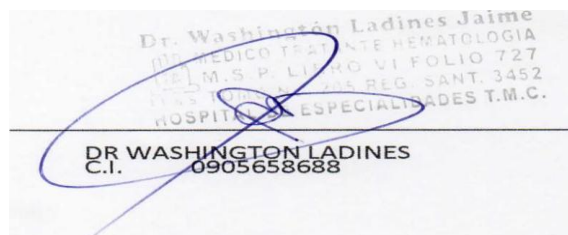
Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **"COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO. PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2016"** del estudiante **TALLEDO DIOSES URSULA GEORGINA**, indicando ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes, que el estudiante está apto para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,



Dr. Washington Ladines Jaime
M.D. MEDICO TRATANTE HEMATOLOGIA
C.E.M.S.P. LIT. NO VI FOLIO 727
HAB. T.M.C. REG. SANT. 3452
HOSPITAL ESPECIALIDADES T.M.C.
DR WASHINGTON LADINES
C.I. 0905658688

AGRADECIMIENTO

A la histórica y gloriosa Alma Máter porteña, la Universidad de Guayaquil por acogerme en sus aulas y permitirme ser parte del selecto gremio de Médicos formados en esta prestigiosa Institución.

Al Hospital Teodoro Maldonado Carbo por abrirme sus puertas durante mi Internado Rotativo y así culminar mi formación de pregrado en una de las casas de salud más grandes del país.

A mis familiares y amigos; pero de manera muy especial a mi Madre Mila y mis hermanas quienes no desaprovecharon un encuentro para preguntarme sobre mis estudios, sepan que aquello sirvió de incentivo para continuar en este sueño.

A mi Padre, gracias por enseñarme a persistir, a resistir y a nunca desistir. Siempre estaré agradecida contigo por ser un apoyo importante durante mi formación universitaria.

Al Dr. Washington Ladines quien me supo guiar y educar para que este Trabajo de Titulación se realice con éxito.

Gracias a todos aquellos maestros que contribuyeron a mi formación académica desde mi infancia. De todos ustedes guardo hermosos recuerdos, pero sobretodo una inmensa gratitud.

Y finalmente pero no menos importante, a todos los pacientes que estuvieron prestos durante mi formación médica y de manera muy especial a quienes ya no se encuentran con nosotros.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	3
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	4
1.4 DETERMINACION DEL PROBLEMA	5
1.5 OBJETIVOS	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 CONCEPTO	6
2.2 ETIOLOGIA	6
2.3 PATOGENIA	7
2.4 MANIFESTACIONES CLINICAS	8
2.5 COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS	10
2.5.1 HEMORRAGIA VARICEAL	10
2.5.2 GASTROPATÍA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL	10
2.5.3 ASCITIS.....	11
2.5.4 PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA	11
2.5.5 SINDROME HEPATORRENAL.....	12
2.5.6 ENCEFALOPATIA HEPATICA.....	14
2.5.7 SINDROME HEPATOPULMONAR.....	14
2.6 CLASIFICACION DE CHILD-PUGH	15
3. MATERIALES Y MÉTODOS	17
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	17
3.2 TIPO DE LA INVESTIGACION.....	17
3.3 MÉTODOS DE LA INVESTIGACION	17
3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	17
3.5 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	17

3.6	UNIVERSO Y MUESTRA.....	18
3.7	VIABILIDAD	18
3.8	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	18
3.8.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18
3.8.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	18
3.9	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	18
3.10	RECURSOS HUMANOS	20
3.11	RECURSOS MATERIALES.....	20
3.12	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA.....	20
4.	RESULTADOS.....	22
4.1	FRECUENCIA DE EDAD DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS ATENDIDOS EN EL HTMC DURANTE EL PERIODO 2016 – 2017.....	23
4.2	FRECUENCIA DEL GENERO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA AÑO 2016 – 2017 HTMC.....	24
4.3	ESTADIFICACION DE PACIENTES CON CIRROSIS MEDIANTE LA ESCALA CHILD PUGH AÑO 2016 -2017 HTMC.....	25
4.4	FRECUENCIA DE ASCITIS REFRACTARIA EN PACIENTES CON CIRROSIS EN EL HTMC AÑO 2016 – 2017	26
4.5	FRECUENCIA DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA EN PACIENTES CON CIRROSIS EN EL HTMC AÑO 2016 – 2017.....	27
4.6	FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS EN EL HTMC AÑO 2016 – 2017.....	28
4.7	FRECUENCIA DE SÍNDROME HEPÁTORRENAL EN PACIENTES CON CIRROSIS EN EL HTMC AÑO 2016 – 2017	29
4.8	FRECUENCIA DE PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA EN PACIENTES CON CIRROSIS EN EL HTMC AÑO 2016 – 2017	30
4.9	ESTADIFICACION DE LA CIRROSIS MEDIANTE LA ESCALA MELD PARA CIRROSIS AÑO 2016 -2017 HTMC	31
4.10	CORRELACION ENTRE GRUPOS DE EDAD Y ESCALA CHILD PUGH HTMC PERIODO 2016 – 2017.....	33

5.	DISCUSION.....	35
6.	CONCLUSIONES.....	37
7.	RECOMENDACIONES	38
8.	ANEXOS	39
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	40

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÍODO 2016 - 2017	23
TABLA 2 GÉNERO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÍODO 2016 - 2017	24
TABLA 3 ESTATIFICACIÓN CHILD PUGH CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÍODO 2016 - 2017	25
TABLA 4 ASCITIS REFRACTARIA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÍODO 2016 - 2017	26
TABLA 5 ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÍODO 2016 - 2017	27
TABLA 6 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÍODO 2016 - 2017	28
TABLA 7 SÍNDROME HEPATORRENAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÍODO 2016 - 2017	29
TABLA 8 PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÍODO 2016 - 2017	30
TABLA 9 CLASIFICACIÓN POR LA ESCALA DE MELD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÍODO 2016 - 2017 ...	31
TABLA 10 PACIENTES FALLECIDOS POR COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PERÍODO 2016 - 2017	32
TABLA 11 TABLA CRUZADA ENTRE GRUPOS ETARIOS Y CHILD PUGH, CIRROSIS EN EL PERÍODO 2016 - 2017	33
TABLA 12 ESCALA CHILD PUGH, FUENTE ELSEVIER, AÑO 2014	39

INDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1 DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HTMC, 2016 - 2017.....	23
ILUSTRACIÓN 2 DISTRIBUCIÓN DEL GÉNERO DE PACIENTES CON EN EL 2016 - 2017 HTMC	24
ILUSTRACIÓN 3 ESTATIFICACIÓN CHILD PUGH EN EL 2016 - 2017 HTMC	25
ILUSTRACIÓN 4 DISTRIBUCIÓN DE ASCITIS REFRACTARIA DE PACIENTES CON EN EL 2016 - 2017 HTMC.....	26
ILUSTRACIÓN 5 DISTRIBUCIÓN DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN EL 2016 - 2017 HTMC.....	27
ILUSTRACIÓN 6 DISTRIBUCIÓN DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN EL 2016 - 2017 HTMC	28
ILUSTRACIÓN 7 DISTRIBUCIÓN DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN EL 2016 - 2017 HTMC	29
ILUSTRACIÓN 8 DISTRIBUCIÓN DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN EL 2016 - 2017 HTMC	30
ILUSTRACIÓN 9 ESCALA DE MELD, CIRROSIS HEPÁTICA HTMC, PERIODO 2016 – 2017	31
ILUSTRACIÓN 10 CORRELACIÓN EDAD – CHILD PUGH, CIRROSIS HEPÁTICA HTMC, PERIODO 2016 – 2017	33
ILUSTRACIÓN 11 ESCALA MELD, NEJM 2015	39

COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL AÑO 2016

AUTOR: Talledo Dioses Ursula Georgina

TUTOR: Dr. Washington Ladines Jaime

RESUMEN

Introducción: La cirrosis es un síndrome que corresponde a la etapa tardía de toda enfermedad hepática de etiología diversa. Presenta manifestaciones clínicas variadas y comprende dos fases bien diferenciadas en su historia natural; la cirrosis compensada y la descompensada. El pronóstico de la cirrosis es muy variable puesto que está influenciado por una serie de factores incluidos la etiología, gravedad, la presencia de complicaciones y enfermedades comórbidas. **Metodología:** El objetivo de este proyecto de investigación es Determinar las complicaciones de las cirrosis hepática del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Se estableció un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo durante enero a diciembre del año 2016, el universo escogido fueron pacientes atendidos en el área de Gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, la muestra fueron 218 pacientes que presentaron cirrosis descompensada con la diversidad de sus complicaciones por hipertensión portal e insuficiencia hepática. **Resultados:** De las complicaciones la más incidente fue la Hemorragia digestiva alta. Los pacientes masculinos fueron la población con más incidencia de cirrosis Mediante la clasificación child pugh podemos establecer la mortalidad de los pacientes, en este estudio 92 pacientes presentaron una cirrosis descompensada con una sobrevida menor al 35% en 2 años. Dentro de la clasificación MELD 74 pacientes presentaron mortalidad a los 3 meses mayor del 71%, del total de 218 pacientes fallecieron 61 por complicaciones.

Palabras clave: Cirrosis Hepática, Hipertensión Portal, Insuficiencia Hepática, Hemorragia Digestiva alta, Ascitis, Peritonitis bacteriana espontanea, Síndrome hepatorenal, hepatocarcinoma.

COMPLICATIONS OF CIRRHOSIS IN PATIENTS OF THE TEODORO MALDONADO CARBO HOSPITAL DURING THE YEAR 2016

AUTHOR: Talledo Dioses Ursula Georgina

ADVISOR: Dr. Washington Ladines Jaime

ABSTRACT

Introduction: Cirrhosis is a syndrome that corresponds to the late stage of all liver disease of diverse etiology. Cirrhosis presents varied clinical manifestations and includes two well differentiated phases in its natural history; compensated and decompensated cirrhosis. The prognosis of cirrhosis is very variable since it is influenced by a series of factors including the etiology, severity, the presence of complications and comorbid diseases. **Methodology:** The objective of this research project is to determine the complications of liver cirrhosis of Teodoro Maldonado Carbo Hospital. A retrospective, observational and descriptive study was established during January to December 2016, the universe chosen were patients treated in the area of Gastroenterology Hospital Teodoro Maldonado Carbo, the sample was 218 patients who presented decompensated cirrhosis with the diversity of its complications due to portal hypertension and liver failure. **Results:** Of the complications, the most incident was high digestive hemorrhage. Male patients were the population with the highest incidence of cirrhosis. Through the child pugh classification we can establish the mortality of patients. In this study, 92 patients presented decompensated cirrhosis with a survival rate of less than 35% in 2 years. Within the MELD classification, 74 patients presented 3-month mortality greater than 71%, of the total of 218 patients, 61 died due to complications.

Key words: Liver Cirrhosis, Portal Hypertension, Hepatic Insufficiency, High Digestive Hemorrhage, Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis, Hepatorenal Syndrome, Hepatocarcinoma.

INTRODUCCION

La cirrosis es un síndrome que corresponde a la etapa tardía de toda enfermedad hepática de etiología diversa, representa el resultado de la fibrosis hepática progresiva caracterizada por la distorsión de la arquitectura hepática y la formación de nódulos regenerativos con compromiso del patrón vascular que se expresa clínicamente con una variada sintomatología, que generalmente es el resultado de complicaciones como la hipertensión portal. Aproximadamente, el 40 – 60% de los casos en Europa y Norteamérica son debidos al abuso de alcohol y al hígado no alcohólico, mientras que el 30% es el resultado de hepatitis crónica vírica sea por virus de hepatitis B y C. (1)

Según los indicadores de mortalidad en el Ecuador datos tomados del INEC, la cirrosis hepática ocupa el 9no lugar como causa de muerte en la población adulta, con una tasa de mortalidad del 13,3% por cada cien mil habitantes.

La cirrosis presenta manifestaciones clínicas variadas y comprende dos fases bien diferenciadas en su historia natural; la cirrosis compensada y la descompensada. La primera puede incluir síntomas inespecíficos como anorexia, pérdida de peso, debilidad o fatiga a diferencia de la sintomatología en la fase descompensada, que se deben casi exclusivamente a hipertensión portal y a insuficiencia hepática. Manifestaciones tales como ictericia, ascitis o edema, signos de hemorragia digestiva alta y baja confusión debida a encefalopatía hepática (2).

El pronóstico de la cirrosis es muy variable puesto que está influenciado por una serie de factores incluidos la etiología, gravedad, la presencia de complicaciones y enfermedades comórbidas. La mediana de supervivencia de los pacientes con cirrosis compensada es de 12 años o más. Se considera de los pacientes que han desarrollado complicaciones de cirrosis como hemorragia variceal, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, carcinoma hepatocelular, síndrome hepatorrenal o síndrome hepatopulmonar tienen un peor pronóstico y una supervivencia menor a 2 años (2).

Por tal motivo, se plantea el presente estudio con el propósito de identificar la frecuencia de las complicaciones de la cirrosis hepática, su clasificación, determinar los factores demográficos y mortalidad de los pacientes que fueron ingresados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia del desarrollo de complicaciones en los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática, en la historia natural de la misma, está determinada por su alta mortalidad. (1) Los pacientes con cirrosis son susceptibles a una variedad de complicaciones y su esperanza de vida puede reducirse marcadamente, la supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática compensada es de aproximadamente 12 años. Una vez que se desarrollan estas complicaciones, se considera que los pacientes tienen cirrosis descompensada. Múltiples factores pueden predisponer a la descompensación en un paciente con cirrosis. Los factores de riesgo para la descompensación incluyen hemorragia, infección, ingesta de alcohol, medicamentos, deshidratación y estreñimiento (1).

En el área de emergencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del IESS, acuden pacientes de sexo masculino y femenino con cirrosis hepática descompensada que requieren ingreso hospitalario para el manejo y tratamiento de sus complicaciones. A través de este trabajo de titulación y aplicando análisis retrospectivo y descriptivo, se busca identificar y demostrar la incidencia y evolución de las complicaciones de la cirrosis hepática, obtener resultados y datos estadísticos que aporten para plantear conclusiones y recomendaciones.

1.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La cirrosis hepática constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad. En Estados Unidos la cirrosis represento la 12^a causa de muerte en el 2010, fue responsable de 31.802 decesos, con una tasa de mortalidad 10.3% cada 100000 personas (3). En Corea fue la octava causa más frecuente de muerte, ocasionando 27,257 muertes en el 2007, la complicación más común fue la ascitis, y la más letal es el sangrado de várices. La supervivencia luego de desarrollar ascitis, hemorragia

digestiva por várices, encefalopatía hepática, y peritonitis bacteriana espontánea fue de 32%, 40%, 21%, 30%, respectivamente, a los 5 años (3)

La cirrosis hepática es una enfermedad frecuente a nivel mundial y su prevalencia es variable de un país a otro dependiendo de los factores etiológicos. Suele afectar a las personas que cursan la cuarta o quinta década de la vida, hay casos que se presentan en pacientes juveniles o incluso infantiles a estas se otorgan causas de tipo autoinmunes o congénitas sea por malformaciones arteriovenosas o déficit de proteínas.

En el Ecuador, la cirrosis hepática ocupa el noveno lugar dentro de las principales causas de mortalidad general ocasionando 1997 defunciones, con una tasa de mortalidad de 13.08 por cada 100000 habitantes en el año 2010 (1).

A pesar de ser considerada un problema de salud pública con un elevado índice de consultas, hospitalizaciones, gastos en la salud y mortalidad, que requiere acciones claras para prevenirla y evitar su rápida evolución.

Se trata de un estudio retrospectivo, analítico y observacional puesto que el tema escogido para investigar tiene gran relevancia estadística e importancia dentro del ámbito de salud debido a que representa un gran problema público. La identificación de factores de riesgo, el conocimiento de la fisiopatología y sus métodos de diagnóstico y tratamiento contribuyen a la disminución de complicaciones y su diseminación. Se plantea determinar el perfil epidemiológico de pacientes atendidos y estudiar todos los aspectos necesarios para poder establecer información actualizada para la institución.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál de las complicaciones de la cirrosis hepática es la más frecuente en los pacientes hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016?

1.4 DETERMINACION DEL PROBLEMA

Problema: Cirrosis Hepática y sus Complicaciones, Área 16 de Investigación

Campo: Salud Pública

Área: Gastrointestinales – Cirrosis – Perfil Epidemiológico

Aspecto: Enfermedades del tubo digestivo

Tema De Investigación: complicaciones de la cirrosis en pacientes del hospital

TEODORO MALDONADO CARBO, periodo ENERO – DICIEMBRE 2016

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones y el uso de las diferentes escalas para mortalidad y morbilidad de la cirrosis hepática en los pacientes hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la incidencia de las complicaciones de la cirrosis en pacientes atendidos del HTMC.
- Correlacionar grupos de edad y género de los pacientes con cirrosis hepática.
- Determinar el uso de las escalas child pugh y MELD para el pronóstico y morbilidad de los pacientes.
- Establecer las variables biogeográficas de interés en el estudio.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO

La cirrosis representa una etapa tardía de la fibrosis hepática progresiva caracterizada por la distorsión de la arquitectura hepática y la formación de nódulos regenerativos. Generalmente se considera irreversible en sus etapas avanzadas, en cuyo punto la única opción puede ser el trasplante de hígado (1).

Los pacientes con cirrosis son susceptibles a una variedad de complicaciones y su esperanza de vida puede reducirse marcadamente. La cirrosis representó aproximadamente 49.500 muertes y fue la octava causa de muerte en los Estados Unidos en 2010. Además, hubo un estimado de 19,500 muertes debido al cáncer de hígado, que a menudo ocurre en el contexto de la cirrosis. De manera similar, un estudio que utilizó datos del Índice Nacional de Muerte de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y el Proyecto de Epidemiología de Rochester estimó que la enfermedad hepática fue responsable de 66,007 muertes en 2008, de las cuales 18,175 fueron por cáncer hepatobiliar (1).

En el pasado se consideraba que la cirrosis nunca era reversible, sin embargo, desde hace una década el concepto de cirrosis ha pasado de ser un estadio estático a un proceso dinámico. (2) Hoy día se conoce que, cuando se elimina la agresión fundamental que ha producido la cirrosis, se puede resolver la fibrosis. Esto es más evidente con el tratamiento satisfactorio de la hepatitis C crónica; sin embargo, la resolución de la fibrosis también se observa en pacientes con hemocromatosis que se han tratado satisfactoriamente y enfermos con hepatopatía alcohólica que han suspendido el consumo de alcohol (4).

2.2 ETIOLOGIA

Existen numerosas causas de enfermedad hepática que pueden provocar cirrosis, ya sea causando inflamación hepática crónica o colestásis. Las causas más comunes de cirrosis en los Estados Unidos son hepatitis C, hepatopatía

alcohólica y enfermedad hepática no alcohólica, que en conjunto representaron aproximadamente el 80 por ciento de los pacientes en la lista de espera de trasplante hepático entre 2004 y 2013 (4).

En los países desarrollados, las causas comunes de cirrosis incluyen la hepatitis viral crónica (virus B, C); la hepatopatía alcohólica, la hemocromatosis, la hepatopatía grasa no alcohólica siendo las menos comunes la hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y secundaria, colangitis esclerosante primaria, enfermedad de Wilson, déficit de alfa 1 anti tripsina, tóxica (medicamentos como metrotexato o isoniazida), fibrosis portal idiopática o teleangiectasia hemorrágica hereditaria (5).

Aproximadamente el 90% de las causas de cirrosis hepática en países occidentales son el abuso de alcohol, la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHNA) y la hepatitis crónica vírica. A escala mundial, la hepatitis crónica por el virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) con más de 400 millones de enfermos infectados representa la etiología más importante (6).

La cirrosis históricamente se clasificó morfológicamente como micronodular, macronodular o mixto. Se cree que la cirrosis micronodular, caracterizada por nódulos de menos de 3 mm de diámetro, es causada por el alcohol, la hemocromatosis, las causas colestásicas de cirrosis y la obstrucción del flujo venoso hepático. Se creía que la cirrosis macronodular, caracterizada por nódulos de varios tamaños de más de 3 mm, era secundaria a la hepatitis viral crónica.

2.3 PATOGENIA

Indistintamente de la causa de cirrosis, las características patológicas consisten en la aparición de fibrosis de un grado tal, que se produce una distorsión estructural y se forman nódulos de regeneración. Esto da como resultado disminución del parénquima y masa hepatocelular y por tanto disminuye su función con alteración del flujo sanguíneo (6).

Se han establecido tres mecanismos fisiopatológicos que son importantes en el desarrollo de la cirrosis de cualquier etiología la primera es la necrosis o lisis de hepatocitos con pérdida de parénquima e inflamación, la segunda que

es la fibrogénesis en donde se produce un depósito de matriz extracelular y finalmente cambios en el crecimiento celular con hiperplasia celular, regeneración acompañado de alteraciones vasculares (neo formación) y circulatorias. (7)

La necrosis e inflamación crónica continua es el principal estimulador y factor perpetuador en la proliferación y crecimiento de hepatocitos y del proceso de fibrogénesis. Durante este proceso se liberan citocinas como el factor transformante del crecimiento B1 que inicia la activación de células estrelladas hepáticas transformadas en el fenotipo de miofibroblastos; estos proliferan y producen colágeno en la matriz extracelular (7).

El depósito de matriz extracelular y colágeno en el espacio de Disse conlleva la formación de pseudomembranas localizadas en el endotelio sinusoidal, lo que se conoce como “capilarización de los sinusoides”, que impide el intercambio de sustancias entre la sangre sinusoidal y las células parenquimatosas, siendo los hepatocitos más vulnerables al daño isquémico y nutritivo. (6)

Junto al proceso de fibrosis se acompaña la angiogénesis produciendo en el hígado neovasos que pueden desempeñar un papel en la patogénesis de la hipertensión portal. La destrucción del parénquima combinada con la regeneración e hiperplasia de células parenquimatosas, la estrangulación fibrótica del tejido hepático y las alteraciones vasculares contribuyen a la transformación nodular del hígado (8).

2.4 MANIFESTACIONES CLINICAS

La cirrosis es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas, se caracteriza por dos etapas bien diferenciadas una fase asintomática denominada cirrosis compensada de duración variable. En esta etapa los pacientes pueden llegar tener hipertensión portal, a medida que la enfermedad progresa y aumenta el deterioro de la función hepática aparecen las complicaciones de la denominada cirrosis descompensada (8).

La progresión de la enfermedad acelera el riesgo de muerte con el desarrollo de complicaciones tales como sangrado (hemorragia digestiva por ruptura de várices esofágicas), falla renal aguda (síndrome hepatorenal, ascitis

refractaria), encefalopatía y trastornos de coagulación (insuficiencia hepática) y sepsis (peritonitis bacteriana espontánea), el desarrollo de hepatocarcinoma puede acelerar el curso de la enfermedad tanto en fase compensada como descompensada (9).

Recientemente, D'Amico y Cols han propuesto una nueva categorización de los pacientes cirróticos que permitiría pronosticar la supervivencia:

- **Estadio 1:** Ausencia de varices esofágicas y ausencia de ascitis: 1% de mortalidad al año.
- **Estadio 2:** várices esofágicas sin antecedente de hemorragia y sin ascitis: 3,4% de mortalidad al año.
- **Estadio 3:** presencia de ascitis con o sin várices esofágicas: 20% de mortalidad al año.
- **Estadio 4:** presencia de hemorragia gastrointestinal por hipertensión portal, con o sin ascitis: 57% de mortalidad al año (10).

La probabilidad anual de progresar de un estadio a otro es de aproximadamente 7% y de desarrollar ascitis y de un episodio de hemorragia por várices es aproximadamente 4% al año respectivamente (11).

Los pacientes con cirrosis compensada pueden ser asintomáticos o pueden informar síntomas inespecíficos, como anorexia, pérdida de peso, debilidad y fatiga. Los pacientes con cirrosis descompensada pueden presentar ictericia, prurito, signos de hemorragia gastrointestinal alta (hematemesis, melena, hematoquecia), distensión abdominal por ascitis o confusión debido a encefalopatía hepática. Los pacientes con cirrosis pueden experimentar calambres musculares, que pueden ser graves (11).

Se debe preguntar a los pacientes acerca de la fatiga, edema de las extremidades inferiores, fiebre, pérdida de peso, diarrea, prurito, aumento de la circunferencia abdominal, confusión o alteraciones del sueño (lo que posiblemente indique encefalopatía) (12).

Los hombres con cirrosis pueden desarrollar hipogonadismo. Se manifiesta por impotencia, infertilidad, pérdida de impulso sexual y atrofia testicular. Es una característica que se observa predominantemente en pacientes con cirrosis

alcohólica y hemocromatosis. Parece que hay más de un mecanismo involucrado.

2.5 COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS

Las principales complicaciones incluyen la hemorragia variceal, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía hepática, síndrome hepato renal, síndrome hepatopulmonar, coagulopatía, Carcinoma hepatocelular (12).

Una vez que se desarrollan estas complicaciones, se considera que los pacientes tienen cirrosis descompensada. Múltiples factores pueden predisponer a la descompensación en un paciente con cirrosis. Los factores de riesgo para la descompensación incluyen hemorragia, infección, ingesta de alcohol, medicamentos, deshidratación y estreñimiento.

2.5.1 HEMORRAGIA VARICEAL

El incremento de la presión portal conduce al desarrollo de colaterales portosistémicas, siendo las várices gastroesofágicas las de mayor relevancia clínica dada su tendencia a la rotura y hemorragia, lo que constituye la complicación más grave de la hipertensión portal. La prevalencia de várices esofágicas es proporcional a la gravedad de la enfermedad hepática y es aproximadamente del 40% en pacientes con cirrosis compensada y del 60% en pacientes con cirrosis descompensada (13).

Los pacientes con hemorragia variceal generalmente se presentan con hematemesis y / o melena. Por lo general, se trata con ligadura de várices endoscópicas. Otros tratamientos incluyen la escleroterapia endoscópica y la colocación de un shunt portosistémico intrahepático transyugular (TIPS) (14).

La hemorragia variceal se asocia con altas tasas de mortalidad. En el pasado, la tasa de mortalidad de una sola hemorragia variceal era del 30 por ciento, y solo un tercio de los pacientes sobrevivía durante un año.

2.5.2 GASTROPATÍA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL

Es una causa infrecuente de hemorragia significativa en estos pacientes. Cuando la gastropatía hipertensiva portal es la única causa de

hemorragia, hay supuración difusa de la mucosa sin otras lesiones, como várices, que explican la hemorragia gastrointestinal y la anemia. La mucosa es friable, y el sangrado probablemente ocurre cuando los vasos ectásicos se rompen. La gravedad de la gastropatía se relaciona con el nivel de presión portal, el nivel de resistencia vascular hepática y el grado de reducción del flujo sanguíneo hepático (15).

2.5.3 ASCITIS

Es la acumulación de líquido dentro de la cavidad peritoneal, En la cirrosis, la ascitis es secundaria a la hipertensión sinusoidal y retención de sodio. Es la complicación más común de la cirrosis. El primer paso que conduce a la retención de líquidos y en última instancia la ascitis en pacientes con cirrosis es el desarrollo de hipertensión portal. Los pacientes sin hipertensión portal no desarrollan ascitis o edema. Aquellos con ascitis tienen varias anomalías circulatorias, vasculares, funcionales y bioquímicas que contribuyen a la patogenia de la retención de líquidos. (15)

Es la complicación de aparición más temprana. Aproximadamente el 20% de los pacientes con cirrosis compensada desarrollarán ascitis durante los 10 años siguientes a su diagnóstico. Su existencia está asociada con un empeoramiento de la calidad de vida de los enfermos y con la presencia de otras complicaciones como las infecciones bacterianas, la hiponatremia y la insuficiencia renal. La supervivencia aproximada de un paciente que desarrolla ascitis es del 85% al año, y del 50% a los 5 años del diagnóstico.

2.5.4 PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA

Es una infección del líquido ascítico preexistente sin evidencia de una fuente secundaria intra-abdominal, tal como una víscera perforada. SBP casi siempre se ve en el contexto de la enfermedad hepática en etapa terminal. Las manifestaciones clínicas de PBE incluyen fiebre, dolor abdominal, sensibilidad abdominal y alteración del estado mental. Algunos pacientes son asintomáticos y presentan solo anomalías leves de laboratorio (14).

Tiene una gran relevancia en la práctica clínica hospitalaria por su elevada prevalencia (con el 10-30% de los pacientes cirróticos con ascitis hospitalizados), alta tasa de recurrencia (hasta el 70% de los pacientes sufren una recidiva en el primer año) y su mal pronóstico a largo plazo (mortalidad al primer año del 50-70%). Todo paciente que se recupera de un episodio de PBE debe ser considerado como potencial candidato a trasplante hepático. El índice de sospecha de PBE debe ser alto con un umbral bajo para la paracentesis diagnóstica. El diagnóstico se establece mediante un cultivo bacteriano de líquido ascítico positivo y / o un recuento elevado de leucocitos polimorfonucleares en líquido ascítico (≥ 250 células / mm³) (14).

2.5.5 SÍNDROME HEPATORRENAL

Se refiere al desarrollo de insuficiencia renal en un paciente que tiene enfermedad hepática avanzada debido a cirrosis, hepatitis alcohólica grave, insuficiencia hepática aguda o, con menos frecuencia, un tumor metastásico. En lugar de ser una enfermedad nueva, el síndrome hepatorrenal generalmente representa la etapa final de una secuencia de reducciones en la perfusión renal inducida por una lesión hepática cada vez más grave. La vasodilatación arterial en la circulación esplácnica, desencadenada por la hipertensión portal, parece desempeñar un papel central en los cambios hemodinámicos y la disminución de la función renal en el síndrome hepatorrenal (16).

En el SHR pueden diferenciarse dos tipos, en función de sus características clínicas y su pronóstico.

- SHR tipo I se define como un fracaso renal rápidamente progresivo de la función renal, que habitualmente ocurre tras un factor predisponente en pacientes con una cirrosis avanzada. Se diagnostica cuando los valores de creatinina plasmática aumentan al doble de su valor basal hasta un valor superior a 2,5 mg/dl o por un descenso del 50% del aclaramiento de creatinina hasta un valor inferior a 20 ml/min, en un período de dos semanas. La supervivencia de los pacientes que lo padecen es inferior a un mes (16).

SHR tipo II presenta una progresión más lenta, clínicamente se manifiesta como ascitis refractaria. Los pacientes con SHR tipo II pueden desarrollar un

SHR tipo I tras un evento desencadenante como una infección o de manera espontánea.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME HEPATORRENAL	
Criterios mayores	1. Cirrosis con ascitis 2. Creatinina > 1,5 mg/dl 3. Ausencia de hipovolemia definida como la falta de mejoría de la función renal (disminución a Cr < 1,5 mg/dl) tras la retirada de los diuréticos y la expansión de volumen con albúmina en dosis de 1 g/kg de peso/día (máximo 100 g) a las 48 horas 4. Ausencia de shock 5. Ausencia de tratamiento nefrotóxico 6. Ausencia de nefropatía orgánica definida como una proteinuria < 500 mg/día, una microhematuria < 50 hematíes/campo y una ecografía renal normal
Criterios diagnósticos adicionales	1. Diuresis diaria de menos de 500 ml. 2. Sodio en orina menos de 10 mmol/l. 3. Osmolalidad urinaria mayor que la osmolalidad plasmática. 4. Sedimento de orina: menos de 50 hematíes por campo. 5. Concentración plasmática de sodio < 130 mmol/l.
*Todos los criterios mayores deberán estar presentes para el diagnóstico de síndrome hepatorrenal. Los criterios adicionales no son necesarios para el diagnóstico, pero suelen estar presentes en la mayoría de los casos.	

2.5.6 ENCEFALOPATIA HEPATICA

Describe el espectro de anomalías neuropsiquiátricas potencialmente reversibles observados en los pacientes con disfunción hepática. La alteración en el patrón de sueño diurno (insomnio e hipersomnia) es una característica temprana común que típicamente precede a los signos neurológicos. Las características neurológicas más avanzadas incluyen la presencia de asterixis, reflejos tendinosos profundos hiperactivos y, con menos frecuencia, posturas transitorias de descerebración (6).

El desarrollo de encefalopatía, se explica, por un déficit de la capacidad de depuración por parte del hígado y shunts portosistémicos. Las neurotoxinas derivadas del intestino que no son eliminadas por el hígado debido a los cortocircuitos vasculares y la disminución en la masa hepática llegan al cerebro y ocasionan los síntomas que conocemos como encefalopatía hepática (10).

El amoníaco desempeña un papel clave en la patogenia de la encefalopatía. En la cirrosis, el amoníaco se acumula en la circulación sistémica por la derivación de sangre a través de las colaterales portosistémicas y por la disminución del metabolismo hepático. (15)

El amoníaco induce una regulación al alza de los receptores benzodiazepínicos de tipo periférico de los astrocitos, los estimuladores más potentes de la producción de neuroesteroides. Estos son, por su parte, los principales moduladores del ácido gamma aminobutírico (GABA), que induce depresión cortical y encefalopatía hepática. Por lo tanto es típico encontrar elevadas las concentraciones de amoníaco en pacientes con encefalopatía hepática, pero la correlación entre la gravedad de la hepatopatía y la magnitud de elevación de las concentraciones de amoníaco a menudo no es satisfactoria y la mayoría de los hepatólogos no se basan en las concentraciones de amoníaco para establecer un diagnóstico (15).

2.5.7 SINDROME HEPATOPULMONAR

Se define por presentar enfermedad hepática crónica, mayor gradiente alveolo arterial al respirar al aire ambiente y evidencia de anormalidades vasculares intra pulmonares denominadas dilataciones vasculares intra pulmonares.

Los criterios para el establecimiento de un diagnóstico de SHP son la presencia de hipoxemia arterial, con una PaO₂ inferior a 80mmHg o un AaO₂ mayor o igual a 15 mm Hg, la demostración de las DVP en la ecocardiografía con burbujas, o en la gammagrafía de perfusión pulmonar con macroagregados de albúmina.

Las estimaciones de la prevalencia de SPH entre los pacientes con enfermedad hepática crónica varían del 4 al 47 por ciento, dependiendo de los criterios de diagnóstico y los métodos utilizados. Incluso en aquellos sin HPS, la hipoxemia leve es común y es presumiblemente causada por ascitis, con elevación diafragmática resultante y desajuste de ventilación / perfusión (15).

2.6 CLASIFICACION DE CHILD-PUGH

Diseñada en 1964 por Child y Turcotte y posteriormente modificada por Pugh en 1973. Este sistema de puntuación inicialmente se diseñó para estratificar a los pacientes en grupos de riesgo antes de someterlos a cirugía de derivación portocava.

Clasifica a los pacientes en 3 categorías en función de la existencia o no de ascitis o encefalopatía, y de los valores de albúmina, bilirrubina y tiempo de protrombina o INR. La primera de las categorías corresponde básicamente a pacientes con cirrosis compensada, la segunda a pacientes con enfermedad moderadamente descompensada y la tercera a pacientes con descompensación grave. Por lo tanto, no diferencia en distintos estratos a los pacientes compensados, y no se puede utilizar en ningún caso como predictivo de descompensación (que es el objetivo en estos pacientes). Estudios epidemiológicos demuestran que la puntuación de Child- Pugh es el modelo pronóstico estudiado con más frecuencia y asociado al riesgo de mortalidad en pacientes con cirrosis descompensada (15).

CLASIFICACIÓN DE CHILD-PUGH			
Puntuación	1	2	3
Ascitis	Ausente	Controlada con diuréticos	No controlada con diuréticos
Encefalopatía	Ausente	Grado 1 o 2/4	Grado 3 o 4/4
Bilirrubina	< 2	2-3	> 3
Albúmina	> 3,5	2,8 - 3,5	< 2,8
INR	< 1,7	1,8-2,3	> 2,3
PUNTUACIÓN TOTAL: SUMA DE LOS 5 ÍTEMS. ▪ Grado A (cirrosis compensada): 5 o 6 puntos; mortalidad 0% a 1 año y 15% a los 2 años ▪ Grado B (cirrosis moderadamente descompensada): 7 a 9 puntos; mortalidad 20% a 1 año y 40% a los 2 años ▪ Grado C (cirrosis gravemente descompensada): 10 a 15 puntos; mortalidad 55% a 1 año y 65% a los 2 años.			

Barrezueta, Prevalencia de la Cirrosis, 2014

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto es una investigación de observacional de tipo no experimental porque no existe la intervención del autor, son datos ajenos a la voluntad del investigador.

3.2 TIPO DE LA INVESTIGACION

Es transversal porque las variables son medidas en una sola ocasión como los datos del hospital de estudio y con las historias clínicas.

Es descriptivo porque se estiman las complicaciones más frecuentes que se presentan en los pacientes con Cirrosis Hepática del Hospital Teodoro Maldonado Carbo comprendido entre enero del 2016 a diciembre del 2016

3.3 MÉTODOS DE LA INVESTIGACION

Este proyecto tiene un enfoque cuantitativo, se caracteriza por ser un estudio retrospectivo porque son datos de complicaciones asociados a pacientes con Cirrosis Hepática del hospital Teodoro Maldonado Carbo comprendido en el año 2016, que se recolectaron mediante historias clínicas.

3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos se realizará por medio del SISTEMA AS400, en el cual se presentan cada una de las historias clínicas con datos e información de los pacientes a analizar.

3.5 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil

3.6 UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo está conformada por todos los pacientes que ingresaron al Hospital Teodoro Maldonado Carbo con diagnóstico de cirrosis hepática durante el periodo de estudio, que comprende desde el 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2016. La muestra estará conformada por los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Se utilizó la fórmula para establecer el tamaño de la muestra la cual fue de 218 pacientes con un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5.

3.7 VIABILIDAD

Este trabajo de titulación es un estudio viable de ser realizado, porque en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo del IESS, la autora labora como interna de medicina de la Universidad de Guayaquil y se cuenta con la aprobación del departamento de Docencia e Investigación del Hospital que aprobó el estudio y permitió el acceso a las historias clínicas.

3.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Diagnóstico de cirrosis hepática confirmado por exámenes de laboratorio, ecografía, y endoscopia hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre el 01 de enero del 2016 y el 31 de diciembre del 2016

3.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

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

3.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable Independiente: Cirrosis hepática

Variable Dependiente: Complicaciones de la Cirrosis Hepática

Variables Intervinientes: Se describen en el cuadro de operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN			
VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	TIPO
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación del estudio	18- 25	Cuantitativo Intervalo
		26-45	
		46-64	
		>65	
GÉNERO	Categoría para clasificar a las personas según sus características sexuales.	Masculino	Cualitativo Nominal
		Femenino	
COMPLICACIONES	Agravamiento de una patología, consecuencia del mal manejo terapéutico, de la evolución natural y de las lesiones provocadas por la misma.	Hipertensión Portal	Cualitativo Nominal
		HDA por varices	
		Ascitis	
		Peritonitis Bacteriana Espontanea	
		Síndrome Hepatorrenal	
		Encefalopatía Hepática	
		Síndrome Hepatopulmonar	
		Hipertensión Portopulmonar	
		Carcinoma Hepatocelular	
		Ecografía Doppler	
		Endoscopia	
ENDOSCOPIA	Prueba médica que sirve para diagnosticar y tratar enfermedades del tubo digestivo superior.	Varices esofágicas	Cualitativo Nominal
		Gastropatía portal	
		Otra	
		Velocidad media de flujo portal <11 cm/seg	

		Flujo Hepatofugo	
		Diámetro portal >12mm	
		Esplenomegalia	
ESTANCIA HOSPITALARIA	Periodo de tiempo en que el paciente permanece ingresado en el hospital	Días	Cuantitativo Continuo
ESTADO	Condición específica del paciente durante el período	Vivo	Cualitativo
		Muerto	
CHILD-PUGH	Sistema de estatificación que evalúa el pronóstico de la hepatopatía crónica.	A	Cualitativo Ordinal
		B	
		C	
		oct-19	
		20-29	
		30-39	
		> 40	

3.10 RECURSOS HUMANOS

Se cuenta con el Dr. Washington Ladines, profesional del HTMC y tutor designado en el área de docencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo; con la secretaria de estadística y un interno de medicina quien presenta este proyecto de titulación.

3.11 RECURSOS MATERIALES

Computadora con sistema informático conectado a la base de datos del hospital, historias clínicas, hoja de recolección de datos.

3.12 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

La identificación de pacientes con Cirrosis Hepática ingresados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el periodo de estudio, comprendido en el año 2016, se realizará a partir de las historias clínicas registradas en el sistema AS 400 proporcionadas por el departamento de estadística, la información requerida se obtuvo de la revisión de las historias

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

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

Las historias clínicas fueron proporcionadas por el departamento de estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, servicio de Gastroenterología, y esta incluyó datos de filiación de los pacientes como número de historia clínica, género, nombre, edad, diagnóstico de Cirrosis, clasificación y estadificación por los sistemas Child Pugh y MELD, datos sobre las complicaciones y estado actual del paciente.

Luego se hizo la revisión de cada historia clínica, analizando si los pacientes atendidos cumplían los criterios de inclusión, se obtuvo más datos utilizados como variables intervinientes de tipo cualitativas y ordinales; datos como diagnóstico definitivo, variables de tipo cualitativas como la edad y el valor en MELD, complicaciones como Ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva alta, diagnóstico por escala CIE 10 K-74, días de hospitalización en el servicio de Gastroenterología.

Se estableció un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo durante enero a diciembre del año entre el año 2016 - 2017, el universo escogido fueron pacientes atendidos en el área de Gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, el tamaño de la muestra fueron 218 pacientes que presentaron complicaciones en su evolución de enfermedad. Se estableció un Nivel de Confianza del 95% con un margen de error de 5%.

Se determinó la incidencia de las complicaciones de la cirrosis y su estadificación en sistemas universales, se realizaron tablas de frecuencia, cuadros y diagramas cruzados para establecer correlaciones importantes con significancia estadística descriptiva que se mostrarán a continuación.

4.1 FRECUENCIA DE EDAD DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS ATENDIDOS EN EL HTMC DURANTE EL PERIODO 2016 – 2017

EDAD (agrupado)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 30	2	,9	,9	,9
	31 - 51	12	5,5	5,5	6,4
	52 - 71	143	65,6	65,6	72,0
	72+	61	28,0	28,0	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Tabla 1 Pacientes con Cirrosis Hepática en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

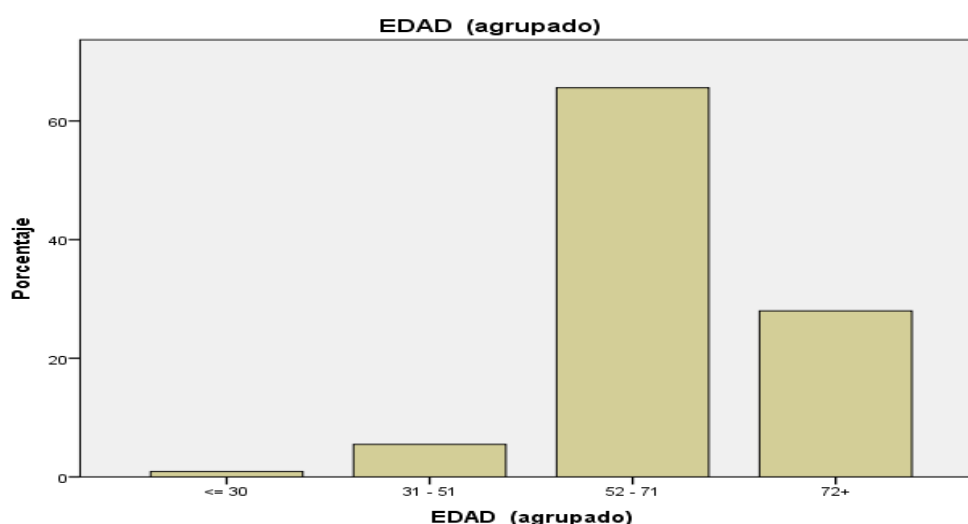


Ilustración 1 Distribución de los grupos de edad en pacientes con Cirrosis HTMC, 2016 - 2017

Análisis e Interpretación: En esta tabla de frecuencia se establece los grupos etarios de los pacientes con Diagnóstico de Cirrosis Hepática durante el periodo 2016 – 2017, podemos observar que los pacientes entre edades de 52 a 71 años (total 143) fueron los que presentaron mayor incidencia de casos, son representados con el 65,6% del total de la muestra. Seguidos por el grupo de adultos mayores a 72 años (total 61 casos) con el 28,0% del total. Los pacientes adultos jóvenes reúnen a 14 pacientes que representan el 6,4% del total de casos. Lo que se concluye que la cirrosis es la etapa final de cualquier enfermedad hepática de larga evolución, los pacientes adultos jóvenes que

presentaron cirrosis a temprana edad se estima que las causan fueron de tipo autoinmune, infecciosa, tóxica o hereditaria.

4.2 FRECUENCIA DEL GENERO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA AÑO 2016 – 2017 HTMC

SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	97	44,5	44,5	44,5
	MASCULINO	121	55,5	55,5	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Tabla 2 Género de pacientes con Cirrosis Hepática en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

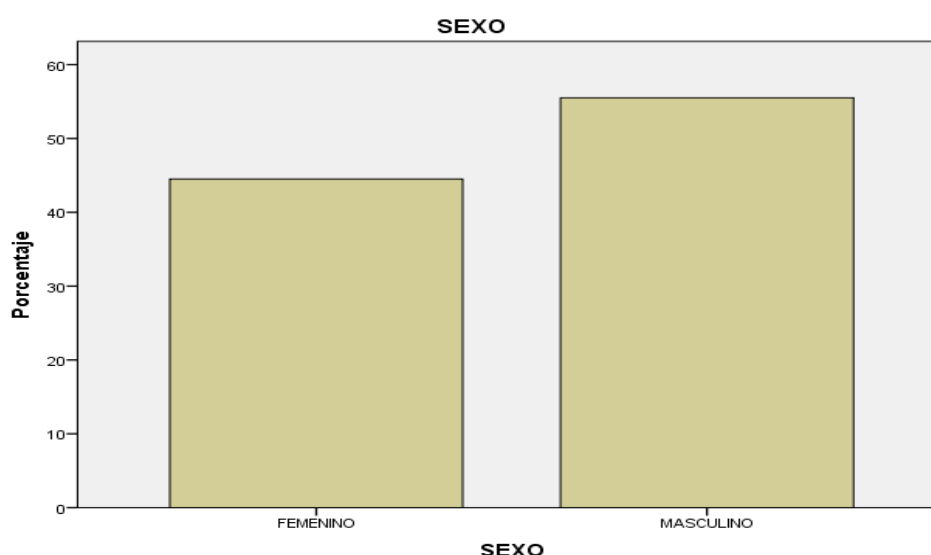


Ilustración 2 Distribución del género de pacientes con en el 2016 - 2017 HTMC

Análisis e Interpretación: En este periodo de estudio se incluyeron 218 pacientes de muestra. En este gráfico podemos interpretar que como se narra en estudios previos la enfermedad hepática crónica tiene mayor prevalencia en pacientes masculinos, en nuestro año de estudio fueron 121 pacientes varones que representa el 55,5% del total. El grupo restante las 97 pacientes representaron el 44,5% comprendidas en el género femenino.

4.3 ESTADIFICACION DE PACIENTES CON CIRROSIS MEDIANTE LA ESCALA CHILD PUGH AÑO 2016 -2017 HTMC

CHILD PUGH					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A	79	36,2	36,2	36,2
	B	47	21,6	21,6	57,8
	C	92	42,2	42,2	100,0
	T				
	total	218	100,0	100,0	

Tabla 3 Estatificación CHILD PUGH Cirrosis Hepática en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

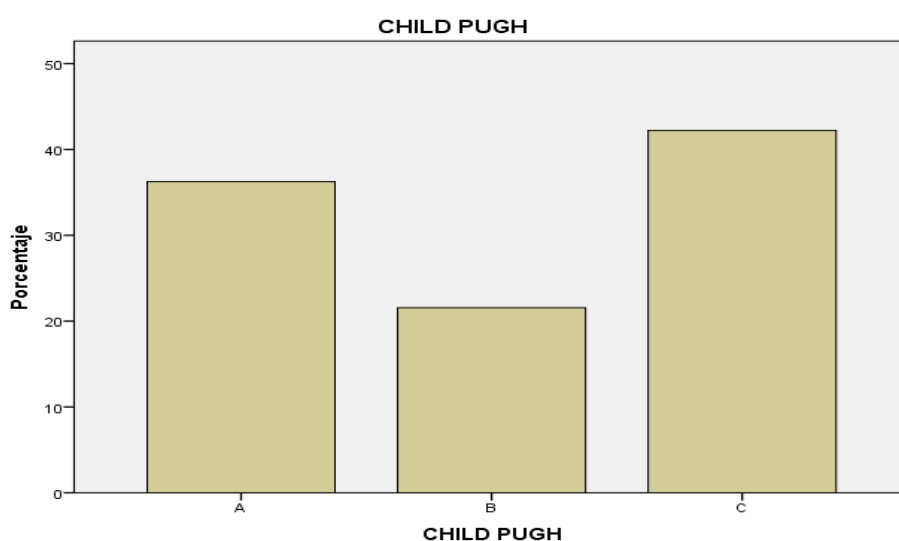


Ilustración 3 Estatificación CHILD PUGH en el 2016 - 2017 HTMC

Análisis e Interpretación: La escala de CHILD PUGH permite clasificar la severidad de la enfermedad hepática, esta me permite firmar características como el grado de ascitis, la concentración plasmática de albúmina y bilirrubinas; el tiempo de protrombina o INR y el grado de encefalopatía hepática. Se sub divide en estadio A, B y C, en nuestro estudio observacional distinguimos pacientes 79 pacientes (36,2%) en el grupo A, 47 pacientes (21,6%) en el grupo B y 92 pacientes en el grupo C (42,2%). Teniendo en cuenta estos resultados aquellos pacientes con Child Pugh C representa enfermedad hepática descompensada y con una sobrevida a 2 años menor al 35%, la mayor parte de los pacientes en este estudio presentaron una enfermedad descompensada y propensa a la mortalidad. Seguido por pacientes con Child Pugh A, aquellos

pacientes sin complicaciones, enfermedad compensada y con sobrevida a los 2 años mayor o igual que el 85%, y finalmente los pacientes con Child Pugh B con compromiso funcional significativo y con sobrevida a los 2 años mayor o igual del 60%.

4.4 FRECUENCIA DE ASCITIS REFRACTARIA EN PACIENTES CON CIRROSIS EN EL HTMC AÑO 2016 – 2017

ASCITIS REFRACTARIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	152	69,7	69,7	69,7
	si	66	30,3	30,3	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Tabla 4 Ascitis Refractaria en pacientes con Cirrosis Hepática en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

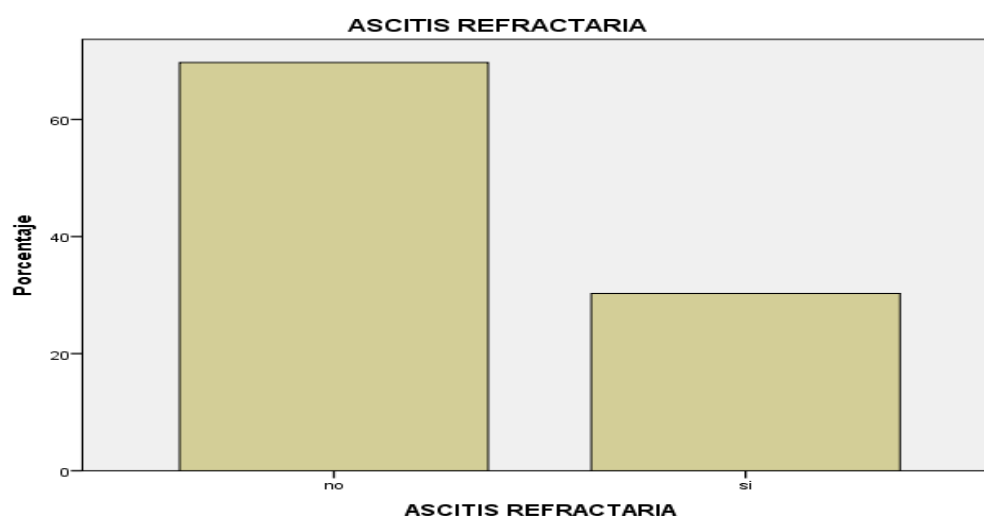


Ilustración 4 Distribución de Ascitis Refractaria de pacientes con en el 2016 - 2017 HTMC

Análisis: Se definen 2 formas de ascitis refractaria, aquella que es resistente al tratamiento diurético, que no responde a terapia de dosis máxima de espironolactona (400 mg/día) con furosemida (160mg/día) y aquella que es intratable ya que se desarrollan complicaciones inducidas por los medicamentos usados, mayoritariamente insuficiencia renal aguda, hiponatremia de tipo dilucional hasta llegar a la encefalopatía hepática. En nuestro estudio no se

realizó este tipo de clasificación para la ascitis refractaria, se estableció la comparación de pacientes que presentaron o no este tipo de cuadro. Se puede demostrar que 152 pacientes NO presentaron ascitis refractaria, que representan el 69,7%. Los otros 66 pacientes SI presentaron en el curso de la evolución de la enfermedad Ascitis Refractaria al tratamiento, representado con el 30,3%.

4.5 FRECUENCIA DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA EN PACIENTES CON CIRROSIS EN EL HTMC AÑO 2016 – 2017

ENCEFALOPATIA HEPATICA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no	134	61,5	61,5	61,5
si	84	38,5	38,5	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabla 5 Encefalopatía Hepática en pacientes con Cirrosis Hepática en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

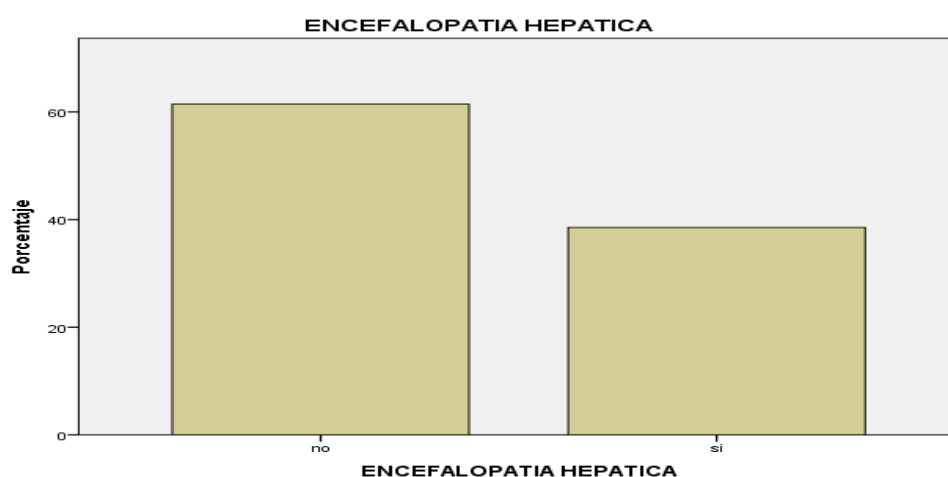


Ilustración 5 Distribución de Encefalopatía Hepática en el 2016 - 2017 HTMC

Análisis: La encefalopatía hepática es un síndrome que suele afectar a pacientes con hepatopatía crónica, las manifestaciones clínicas son oscilantes de carácter neuropsiquiátrico, una de sus principales características es que es potencialmente reversible. La principal causa es la presencia de colaterales o shunts porto sistémicos significativos. Se utilizan los criterios de West – haven para establecer los grados de encefalopatía siendo estos desde el grado I hasta

el grado IV. En nuestro estudio 84 pacientes presentaron encefalopatía hepática siendo el 38,5% del total mientras que los restantes 134 no presentaron este tipo de complicación, 61,5%.

4.6 FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS EN EL HTMC AÑO 2016 – 2017

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	89	40,8	40,8
	si	129	59,2	100,0
	Total	218	100,0	100,0

Tabla 6 Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Cirrosis Hepática en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

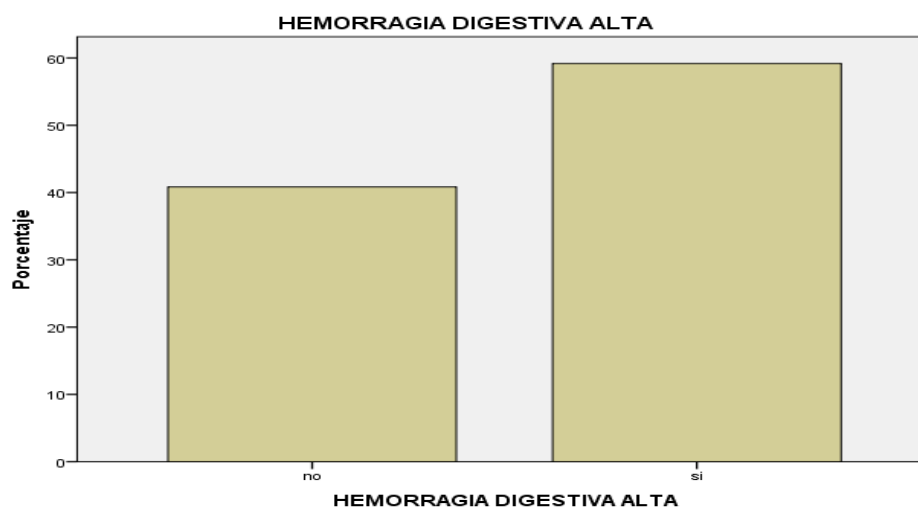


Ilustración 6 Distribución de Encefalopatía Hepática en el 2016 - 2017 HTMC

Análisis e Interpretación: La hemorragia digestiva alta de origen variceal es la complicación más común en pacientes cirróticos y se da por la aparición de hipertensión portal, tanto en estadio B como C. Las várices esofágicas en la hipertensión portal se originan por bloqueo o disminución de flujo en la circulación esplenoportal sea esta intra o extra hepática. Estas se rompen

cuando aumenta la tensión ejercida sobre su pared, a causa de aumento de la presión intravascular. En nuestro estudio 129 pacientes presentaron HDA de origen variceal (59,2% del total) siendo la complicación más común en nuestro periodo de estudio; 89 pacientes (40,8%) no tienen registro de sangrados por varices esofágicas, esto no indica que no las hayan tenido al momento de la endoscopia digestiva alta de diagnóstico.

4.7 FRECUENCIA DE SÍNDROME HEPÁTORRENAL EN PACIENTES CON CIRROSIS EN EL HTMC AÑO 2016 – 2017

SHR				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no	169	77,5	77,5	77,5
Válido si	49	22,5	22,5	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabla 7 Síndrome Hepatorrenal en pacientes con Cirrosis Hepática en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

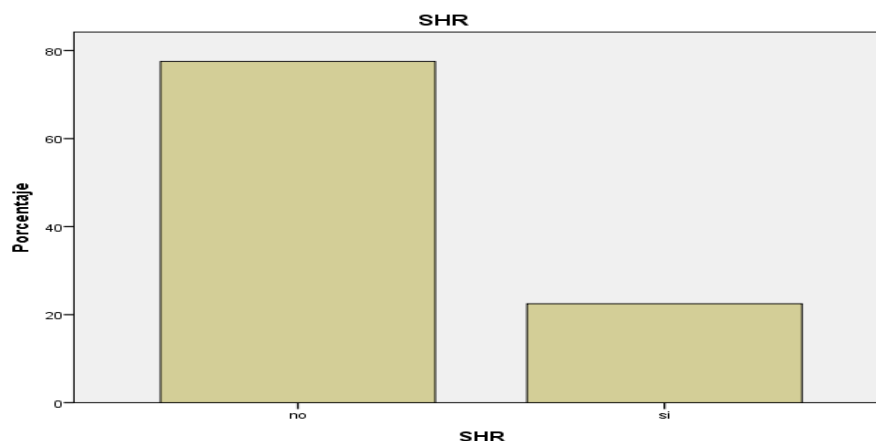


Ilustración 7 Distribución de Encefalopatía Hepática en el 2016 - 2017 HTMC

Análisis e Interpretación: El síndrome hepatorrenal es la aparición de insuficiencia renal en pacientes con cirrosis hepática sin otra causa aparente de fracaso renal. Generalmente el diagnóstico se confirma descartando otras causas de falla renal. Es una complicación con alta mortalidad, se ha clasificado

en la actualidad como Síndrome hepatorenal tipo 1 y 2. Entre los factores de riesgo el más importante para desarrollar un SHR son las infecciones, como ocurre en pacientes con ascitis y Peritonitis bacteriana espontánea, los factores de mal pronóstico en este tipo de pacientes son el grado de insuficiencia hepática estadificados por la escala MELD y CHILD PUGH y el aumento de azoados como creatinina y BUN.

En nuestro grupo de pacientes con cirrosis 169 casos (77,5%) no presentaron este tipo de complicación, el 22,5% del total ósea 49 pacientes presentaron SHR, pertenecían al grupo de pacientes que reportaban CHILD PUGH C.

4.8 FRECUENCIA DE PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA EN PACIENTES CON CIRROSIS EN EL HTMC AÑO 2016 – 2017

PBE				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	189	86,7	86,7
	si	29	13,3	100,0
	Total	218	100,0	100,0

Tabla 8 Peritonitis Bacteriana Espontánea en pacientes con Cirrosis Hepática en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

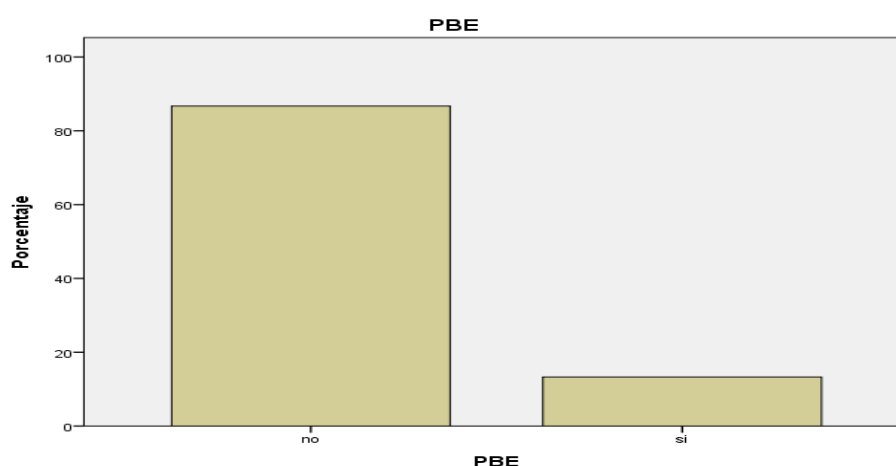


Ilustración 8 Distribución de Encefalopatía Hepática en el 2016 - 2017 HTMC

Análisis e Interpretación: La peritonitis bacteriana espontánea es la infección del líquido ascítico de origen transudativo. Esta infección suele ser monomicrobiana y en casi el 100% de los casos por gérmenes de tipo gram negativos. El diagnóstico de esta entidad se basa en el estudio de líquido ascítico con el recuento de polimorfonucleares superiores a 250/mm³. En este gráfico podemos observar que el 13,3% de pacientes registraron citología de líquido ascítico positivo para polimorfonucleares, con un total de 29 pacientes, los otros 189 pacientes ósea el 86,7% no presentaron este tipo de característica.

4.9 ESTADIFICACION DE LA CIRROSIS MEDIANTE LA ESCALA MELD PARA CIRROSIS AÑO 2016 -2017 HTMC

MELD SCALE (agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 26	96	44,0	44,0
	27 - 43	48	22,0	66,1
	44 - 61	61	28,0	94,0
	62+	13	6,0	100,0
	Total	218	100,0	

Tabla 9 Clasificación por la escala de MELD en pacientes con Cirrosis Hepática en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

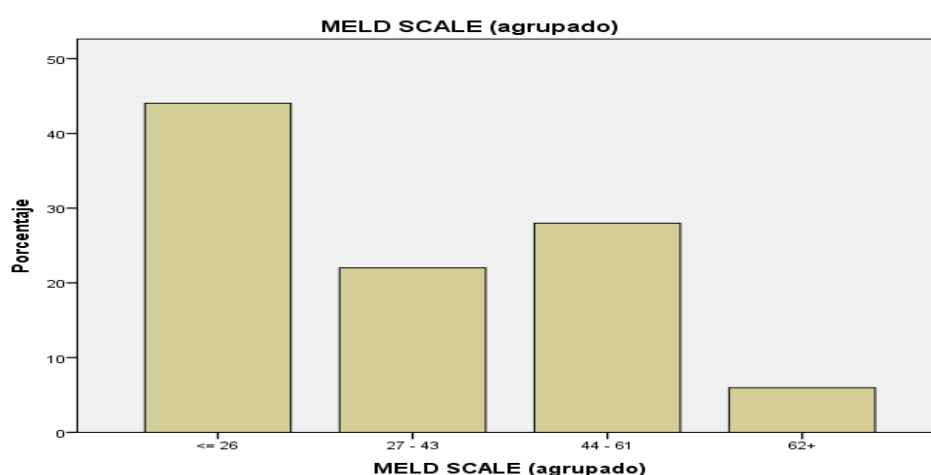


Ilustración 9 Escala de MELD, Cirrosis hepática HTMC, periodo 2016 – 2017

Análisis e Interpretación: El MELD es una escala, índice pronóstico utilizado para valorar la gravedad de pacientes con cirrosis hepática. Este me permite correlacionar con la mortalidad a tres meses; es usada desde la década del 00'. Esta forma de estatificación, conocimiento de la historia natural de la enfermedad y su pronóstico sirven como herramientas para aplicar un tratamiento adecuado. El único tratamiento curativo para la mayoría de las enfermedades hepáticas crónicas es el trasplante hepático.

De los 218 pacientes 74 de ellos presentaron un valor en la escala MELD mayor o igual de 40, esto indica que el 34% de los pacientes en nuestro estudio presentó una mortalidad a los 3 meses del 71.3%. De este gráfico podemos interpretar que de los 74 pacientes con MELD mayor de 40, 61 de ellos fallecieron durante el periodo de un año de tratamiento en el HTMC, que equivale al 28,0% de pacientes que fueron incluidos en el estudio.

ESTADO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FALLECIDO	61	28,0	28,0	28,0
Válido VIVO	157	72,0	72,0	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabla 10 Pacientes fallecidos por complicaciones de la Cirrosis Hepática en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

4.10 CORRELACION ENTRE GRUPOS DE EDAD Y ESCALA CHILD PUGH HTMC PERIODO 2016 – 2017

Tabla cruzada EDAD (agrupado)*CHILD PUGH

			CHILD PUGH			Total
			A	B	C	
EDAD (agrupado)	<= 30	Recuento	1	0	1	2
		% del total	0,5%	0,0%	0,5%	0,9%
	31 - 51	Recuento	6	3	3	12
		% del total	2,8%	1,4%	1,4%	5,5%
	52 - 71	Recuento	48	36	59	143
		% del total	22,0 %	16,5 %	27,1 %	65,6 %
	72+	Recuento	24	8	29	61
		% del total	11,0 %	3,7%	13,3 %	28,0 %
Total	Recuento	79	47	92	218	
	% del total	36,2 %	21,6 %	42,2 %	100,0 %	

Tabla 11 Tabla cruzada entre grupos etarios y Child Pugh, Cirrosis en el período 2016 - 2017

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC.

Autor: Ursula Talledo Dioses

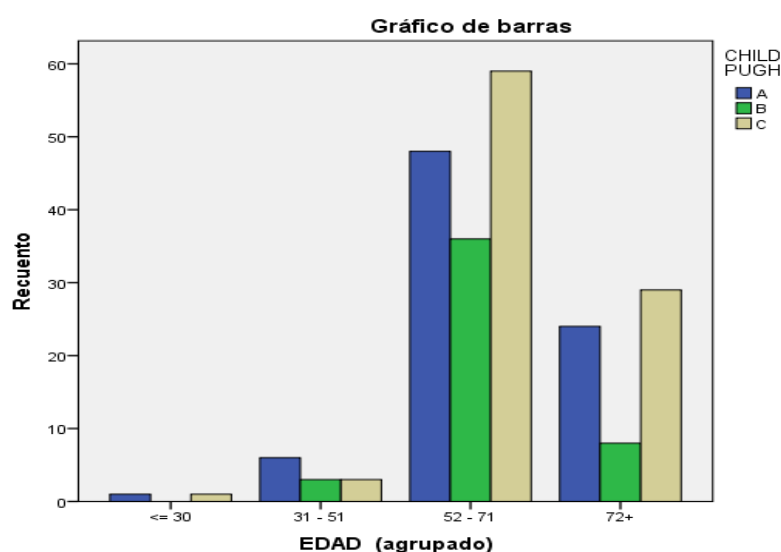


Ilustración 10 Correlación Edad – CHILD PUGH, Cirrosis hepática HTMC, periodo 2016 – 2017

Análisis e Interpretación: en estos gráficos podemos observar la frecuencia de cirrosis hepática en pacientes de 52 a 70 años representaron el 65,6% (143 casos) del total de pacientes dentro este grupo de pacientes 59 de ellos (27,1%) fueron estadificados en el tipo C en la escala de Child pugh, 48

pacientes (22,0%) fueron Child Pugh A y 36 pacientes (16,5%) pertenecieron al grupo B. El segundo grupo de edad más frecuente fueron los pacientes con más de 72 años con 61 pacientes registrados (28,0% del total del 100%), de este subgrupo 29 casos se estadificaron C, 8 pacientes en estadio B y 24 pacientes en estadio A.

CAPITULO V

5. DISCUSION

En el Hospital Teodoro Maldonado Carbo los resultados que demostró el estudio fueron relevantes, demostrando mayor incidencia de Cirrosis Hepática en pacientes entre edades de 52 a 71 años (total 143) fueron los que presentaron mayor incidencia de casos, son representados con el 65,6% del total de la muestra. Teniendo en cuenta que la cirrosis puede afectar a cualquier persona con enfermedad Hepática de larga evolución, posterior A los 50 años de edad. Con respecto al género la enfermedad hepática crónica tiene mayor prevalencia en pacientes masculinos, en nuestro año de estudio fueron 121 pacientes varones que representa el 55,5% del total lo cual se correlaciona y compara con estudios realizados en años previos.

Se utilizaron escalas universales para estadificar severidad y pronóstico de pacientes con cirrosis como lo son la escala Child Pugh y MELD. En nuestro estudio observacional distinguimos 79 pacientes (36,2%) en el grupo A, 47 pacientes (21,6%) en el grupo B y 92 pacientes en el grupo C (42,2%). Se observó que es más frecuente el ingreso hospitalario de pacientes descompensados por complicaciones, los pacientes en Child Pugh C representa enfermedad hepática descompensada y con una sobrevida a 2 años menor al 35%.

Dentro de las complicaciones analizadas en este estudio observacional se determinaron que las complicaciones más comunes en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología fueron la Hemorragia digestiva alta por ruptura de várices esofágicas, encefalopatía hepática y la Ascitis refractaria al tratamiento diurético. Se encontraron que el 30,3% de los pacientes desarrollaron Ascitis refractaria, 84 pacientes presentaron encefalopatía hepática siendo el 38,5% del total mientras que los restantes 134 no presentaron este tipo de complicación, 61,5% y 129 pacientes presentaron HDA de origen variceal (59,2% del total) siendo la complicación más común en nuestro periodo de estudio.

En la escala de MELD índice pronóstico utilizado para valorar la gravedad de pacientes con cirrosis hepática, De los 218 pacientes 74 de ellos presentaron

un valor en la escala MELD mayor o igual de 40, esto indica que el 34% de los pacientes en nuestro estudio presentó una mortalidad a los 3 meses del 71.3%.

6. CONCLUSIONES

- Las edades de los pacientes fueron entre 19 y 81 años, se observó mayor incidencia en los adultos entre 50 y 70 años.
- Los pacientes masculinos fueron la población con más incidencia de cirrosis.
- La hemorragia digestiva alta de origen variceal y por gastropatía portal es la complicación con mayor frecuencia en el periodo 2016 – 2017. El 59% del total presentaron alguna vez en el curso de su enfermedad.
- Se demuestra que los pacientes que presentaron ascitis refractaria fueron el 30% de la muestra de pacientes estudiados.
- El síndrome hepatorenal como complicación en pacientes con ascitis fue estimado en el 13,3% del total de la muestra.
- Mediante la clasificación child pugh podemos establecer la mortalidad de los pacientes, en este estudio 92 pacientes presentaron una cirrosis descompensada con una sobrevida menor al 35% en 2 años.
- Dentro de la clasificación MELD 74 pacientes presentaron mortalidad a los 3 meses mayor del 71%, del total de 218 pacientes fallecieron 61 por complicaciones.

7. RECOMENDACIONES

- Los estudios retrospectivos institucionales brindan información acerca de la mortalidad de la cirrosis descompensada, se recomienda en los siguientes años realizar un metaanálisis acerca de lo escrito en años anteriores.
- En casos de pacientes con Cirrosis y ascitis, la punción de líquido ascítico y su estudio completo debe ser obligatorio.
- Para los pacientes el control nutricional debe ser obligatorio puesto que, el soporte calórico y proteico brindará mejor calidad de vida.
- Todo paciente con Cirrosis Hepática debe realizarse una Endoscopia digestiva alta para correlacionar y hallar datos de hipertensión portal.
- El manejo clínico de la hipertensión portal debe ser a diario con diuréticos y betabloqueantes no selectivos.
- Todo paciente con Cirrosis Hepática, debe someterse cada año a Tomografía Computarizada de abdomen para screening de Hepatocarcinoma.

8. ANEXOS

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

Tabla 12 Escala CHILD PUGH, fuente Elsevier, año 2014

Model for End Stage Liver Disease (MELD) Score
$\text{MELD} = 3.78 \times \log_e \text{ serum bilirubin (mg/dL)} +$ $11.20 \times \log_e \text{ INR} +$ $9.57 \times \log_e \text{ serum creatinine (mg/dL)} +$ $6.43 \text{ (constant for liver disease etiology)}$
<u>NOTES:</u> • If the patient has been dialyzed twice within the last 7 days, then the value for serum creatinine used should be 4.0 • Any value less than one is given a value of 1 (i.e. if bilirubin is 0.8, a value of 1.0 is used) to prevent the occurrence of scores below 0 (the natural logarithm of 1 is 0, and any value below 1 would yield a negative result)

Ilustración 11 Escala MELD, NEJM 2015

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Barrezueta M. Prevalencia de las complicaciones de la Cirrosis. Guayaquil Ecuador: Universidad de Guayaquil, Ciencias Medicas; 2013.
2. Bravo T. Avances en el Tratamiento de la cirrosis hepatica. Medicine. 2012.
3. Friedman S. Manifestaciones clinicas y diagnostico de la enfermedad del higado graso alcoholico y la cirrosis alcoholica. 2016 diciembre 15.
4. Bernal V. Cirrosis Hepatica. Clin Med, Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital de San Jorge Huesca. 2013; Seccion 6.
5. Gonzalez G. Terapeutica de las Complicaciones de la Cirrosis Hepatica: Hemorragia Por varices, ascitis y Encefalopatia Hepatica. Medicine. 2014.
6. Aguilar R. Encefalopatia hepatica. Medicine. 2013.
7. Aceves M. Cuidado nutricional de pacientes con cirrosis hepática. Scielo. 2014 febrero; 29(2).
8. Garcia B. Cirrosis Hepatica. Medicine. 2013.
9. Gómez A. Cirrosis Hepática Actualizacion. Farmacia Abierta. 2012 julio - agosto; 26(4).

10. Torre A. Complicaciones de la cirrosis hepática: Ascitis, encefalopatía y estado nutricional. Revista de Gastroenterología. 2016; 81(109-109).
11. Prieto J. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. Rev Col Gastroenterol. 2016; 31(1).
12. Golberg E. Cirrosis en adultos: descripción general de las complicaciones, el tratamiento general y pronóstico. 2017 marzo 7.
13. Such J. Ascitis en adultos con cirrosis: terapia inicial. 2017 Junio 28.
14. Such A. Infección bacteriana en la cirrosis hepática. Medicine. 2013.
15. Rodríguez C. Hipertensión Portal. Medicine. 2014.
16. Tsao G. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. J Hepatol. 2015; 44.
17. MACLINTOCK AKR. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA. 2009.

18. Tsao G. Now there are many (Stages) Where before there was one: In search of pathophysiological classification of cirrosis. *Journal of Hepatology*. 1445 - 1449.
19. Toledo A. Cirrosis hepática: medidas preventiva de algunas de sus complicaciones. *Revista médicas clínicas Las Condes*. 2014;; p. 757-763.
20. Ruiz A. Etiología, complicaciones y mortalidad en cirrosis hepática, hospital "Carlos Andrade Marín" evaluación retrospectiva de 15 años. *Rev. Medicina Vol. 11*. 2015;; p. 294 - 298.
21. Magallán R. Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital Juárez de México. *Revista Hospital Juarez*. 2014;; p. 257 - 263.
22. Barreales M. Profilaxis y tratamiento de la peritonitis bacteriana espontanea en el paciente cirrótico. *Medicine*. 2015;; p. 78 - 89.
23. Ausiello G. Cirrhosis in adults. *Cecil Medicine*. 2015;; p. 567 - 580.
24. Goldberg. Cirrhosis in adults Overview of complications general management and prognosis. *Uptodate*. 2014;; p. 341 - 350.

25. Levesque. Prospective evaluation of the prognostic scores for cirrhotic patients admitted to an Intensive Care Unit. *Journal of Hepatology*. 2015;; p. 95 - 102.
26. Fleming W. Prognostic indicators of survival in patients with compensated and descompensated cirrhosis. *Liver International Journal*. 2014;; p. 1407 - 1414.
27. Jang W. Current status of liver diseases in Korea: Liver cirrhosis. *Korean J Hepato*. 2015;; p. 201 - 222.
28. Tucker E. Global Burden of Liver Disease Substantial. *Medscape*. 2014;; p. 234 - 244.
29. Senousy I. Management of Liver Cirrhosis in Patients with Hepatocellular Carcinoma. *Chinise Clinical Oncology*. 2014;; p. 234 - 245.

