



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

INFORME DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA TITULACIÓN DE GRADO

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO**

**COMPLICACIONES DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA EN PACIENTES CIRRÓTICOS**

AUTORES

ROSADO MERA BRITNEY SCARLET


SUMBA TUMBACO PAOLA AZUCENA

TUTOR

DRA. RUTH YDALINDA MOREIRA VINCES

MANTA - MANABI - ECUADOR

2024

 Uleam UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **ROSADO MERA BRITNEY SCARLET** legalmente matriculado/a en la carrera de Medicina, período académico 2024-2025 (2), cumpliendo el total de 405 horas, cuyo tema del proyecto es "**COMPLICACIONES DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CIRRÓTICOS**".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.


Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 16 de diciembre de 2024.

Lo certifico,



Dra. Ruth Ydalinda Moreira Vincés
Docente Tutor(a)

 Uleam UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

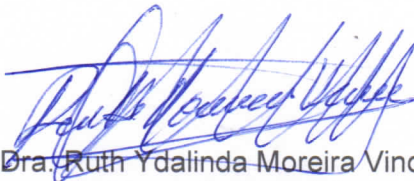
Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **SUMBA TUMBACO PAOLA AZUCENA** legalmente matriculado/a en la carrera de Medicina, período académico 2024-2025 (2), cumpliendo el total de 405 horas, cuyo tema del proyecto es "**COMPLICACIONES DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CIRRÓTICOS**".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 16 de diciembre de 2024.

Lo certifico,



Dra. Ruth Ydalinda Moreira Vincés
Docente Tutor(a)

TESIS SUMBA Y ROSADO BORRADOR

0%
Textos sospechosos

5% Similitudes (ignorado)
0% similitudes entre comillas
2% entre las fuentes mencionadas
0% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: TESIS SUMBA Y ROSADO BORRADOR.docx
ID del documento: 2ebd803ddf838a56077a6322fab076fc9031a671
Tamaño del documento original: 662,71 kB
Autores: []

Depositante: RUTH MOREIRA VINCES
Fecha de depósito: 17/12/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 17/12/2024

Número de palabras: 8195
Número de caracteres: 56.478

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.revista-portalesmedicos.com Manejo inicial de la hemorragia digestiva alta ... 2 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (73 palabras)
2	tesla.puertomaderoeditorial.com.ar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (55 palabras)
3	Documento de otro usuario #3c7eee El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
4	scielo.sld.cu Factores asociados a la mortalidad por sangrado digestivo alto variceal 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (36 palabras)
5	scielo.sld.cu	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (35 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	doi.org	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
2	Documento de otro usuario #a6f222 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
3	www.doi.org	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
4	FACTORES RELACIONADOS CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO Y CONSUM... #1ecbf5 El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (25 palabras)
5	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Evaluation and management of emergencies in the pati... https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35570104/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.


1	https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-patients-with-variceal-bleeding/print
2	https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-variceal-bleeding-in-patients-with-cirrhosis
3	http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292007000300003&script=sci_arttext&lng=en
4	https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356
5	https://www.paho.org/es/relacsis-0/foro-dr-roberto-becker/hemorragia-digestiva-alta

Declaración de Autoría

Nosotras, **ROSADO MERA BRITNEY SCARLET** y **SUMBA TUMBACO PAOLA AZUCENA** declaramos que este proyecto de investigación titulado **“COMPLICACIONES DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CIRRÓTICO”** es de nuestra exclusiva autoría, dando certeza que todas las ideas y contenidos son originales, salvo aquellas fuentes debidamente citadas, y se garantiza que no se ha cometido plagio ni se han utilizado recursos no autorizados.

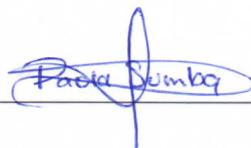
Manta, 16 de diciembre del 2024

AUTORES:



Rosado Mera Britney Scarlet

C.I. 1350677892



Sumba Tumbaco Paola Azucena

C.I. 1311840316



DEDICATORIA

A mi papá, quien fue capaz de recorrer muchos kilómetros cada inicio de semana para llevarme a la universidad y recorrer unos cuantos más al terminar la semana, para llevarme segura a casa, y aunque la vida nos separó físicamente, su amor y sus enseñanzas han sido mi fuerza en los momentos más difíciles. Cada logro en mi vida, incluyendo este, lleva su nombre y está impregnado de la motivación y amor que siempre me dio. Lo extraño profundamente, pero encuentro consuelo al saber que está conmigo en cada paso, cuidándome desde lo alto. Te amo por siempre papá.

A mi mamá, la mujer más fuerte que conozco, quien ha sido mi refugio en los días difíciles y mi alegría en los momentos de triunfo, por su amor incondicional, por siempre darme de lo que tiene y un poquito más para que yo sea feliz, por sus sacrificios silenciosos y sus palabras de aliento, incluso cuando yo dudaba de mí misma. Gracias por enseñarme a no rendirme cuando tuve la idea de retirarme de la carrera, gracias por ser mi fortaleza en esta travesía.

A mi hermano, quien ha sido mi amigo y apoyo incondicional, por siempre estar a mi lado, su presencia ha sido un pilar fundamental en mi vida y este logro no sería posible sin él.

A Antoni, por su paciencia y amor, por creer en mí en los días en los que la universidad se tornaba más difícil, sin su fe incondicional, este camino habría sido mucho más difícil.

A Brit, Adri e Isaac, cada uno ha dejado una huella en este logro, ya sea con una palabra de aliento o un gesto de amistad.

A todas las personas que, con su tiempo, esfuerzo y cariño, han contribuido a este logro. Cada uno de ustedes tiene una parte de esta tesis y, sobre todo, de mi corazón.

Con todo mi cariño y gratitud,

Paola Azucena Sumba Tumbaco



DEDICATORIA

A mi madre, que ha sido el principal motor de mi vida y quien ha incentivado diariamente todos mis procesos. Su amor y apoyo incondicional ha sido tan importante en esta etapa, por mantenerme siempre presente en sus oraciones y no dejarme caer nunca. Todo lo que soy es gracias a ella y a sus enseñanzas, y por estar presente celebrando todos mis triunfos.

A mi papá, el otro motor de mi vida. Gracias por enseñarme a no rendirme a la primera, por su esfuerzo y estar pendiente de cada proceso a pesar de su trabajo a distancia. Por enseñarme que no debo esperar nada de nadie y cumplir cada uno de mis caprichos.

A mis hermanas, Aury y Ginita, mis compañeras de vida y aventuras. Gracias por su amor, por no dejarme sola y por acompañarme en esta etapa con sus palabras de motivación para cumplir con este logro.

A mis amigos de siempre, les agradezco tanto por motivarme en toda mi carrera, pero en especial a Keyli y Yahí, mis hermanas de vida con quienes he compartido cada logro, sin su apoyo esto no sería posible.

A Pao, la amiga que me regaló la universidad y mi compañera de tesis, gracias por acompañarme, apoyarme y hacer más llevadera la carrera. A Adri, Isaac y Antoni, todos fueron parte fundamental de esta linda etapa y logro.

A cada una de las personas que han contribuido en mi vida, gracias por brindarme su apoyo con su compañía y sus palabras de aliento para no rendirme. Este proyecto también es para mis ángeles en el cielo, que aunque físicamente no están apoyándome, me han guiado en este camino, los llevo siempre en mi corazón y los recuerdo eternamente.

Con gratitud y cariño,

Britney Scarlet Rosado Mera.

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta (HDA) en pacientes con cirrosis hepática es una complicación severa que aumenta significativamente la morbilidad y mortalidad, al agravar las complicaciones de la cirrosis y alterar la homeostasis del organismo. Las principales causas incluyen la ruptura de várices esofágicas y úlceras pépticas, aunque existen otras etiologías menos frecuentes que dificultan su manejo clínico. A pesar de los avances en el tratamiento farmacológico, endoscópico y de radiología intervencionista, persisten desafíos debido a la variabilidad en la respuesta de los pacientes. La disfunción hepática subyacente en la cirrosis compromete la eficacia de las terapias y eleva el riesgo de complicaciones graves, como insuficiencia hepática aguda. Identificar los factores que predicen un mal pronóstico es esencial para mejorar el manejo clínico. Un enfoque integral en el tratamiento y prevención de la HDA es crucial. Las medidas preventivas, como el control de factores de riesgo (alcoholismo, uso de AINES) y el monitoreo regular, pueden reducir la incidencia y gravedad de estas hemorragias. Asimismo, el seguimiento a largo plazo tras un episodio agudo es fundamental para prevenir recurrencias y mejorar los resultados clínicos. Una revisión sistemática de literatura basada en artículos publicados desde 2018 destaca la necesidad de protocolos más efectivos y personalizados en el manejo de la HDA en pacientes cirróticos. La investigación futura debe centrarse en estrategias que disminuyan la mortalidad y mejoren la calidad de vida de esta población, optimizando la atención médica y los tratamientos disponibles.

Palabras claves: hemorragia digestiva alta, cirrosis hepática, complicaciones, clínica, prevención.

INDICE DEL CONTENIDO

Título del Proyecto	11
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	11
1.1 Planteamiento del Problema.....	11
1.2 Justificación	12
1.3 Objetivos de la investigación	13
1.3.1 Objetivo General.....	13
1.3.2 Objetivos Específicos.....	13
CAPITULO 2: FUNDAMENTACION TEORICA.....	14
2.1 Antecedentes de la Investigación	14
2.2 Hemorragia digestiva alta (HDA).....	15
Epidemiología	16
Fisiopatología.....	16
Clínica	17
Etiología	17
2.3 Cirrosis hepática	19
Etiología	19
Fisiopatología.....	20
Clínica	21
Complicaciones	21
Prevención.....	23
Tratamiento sangrado variceal en pacientes cirróticos	24
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	27
3.1 TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO.....	27
3.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	27
Criterios de inclusión:.....	27
Criterios de Exclusión:	27
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN	28
3.4 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE LA LITERATURA	28
3.5 PROCESO DE SELECCIÓN Y RECUPERACION DE LOS ESTUDIOS QUE CUMPLEN LOS CRITERIOS	28
3.6 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA CALIDAD CIENTÍFICA	29
Proceso de Selección	29

Selección de Estudios	29
Registro y Reporte	29
3.7 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	30
CAPÍTULO 4 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	30
4.1. REPORTAR SEGOS.....	30
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS	30
4.2.1 Resultados del Objetivo Específico 1: Analizar las características clínicas/etiológicas de los pacientes con cirrosis hepática.	30
4.2.2 Resultados del Objetivo Específico 2: Identificar el índice de mortalidad de los pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta.	33
4.2.3 Resultados del Objetivo Específico 3: Divulgar medidas preventivas para mejorar la calidad de vida y disminuir las complicaciones en los pacientes cirróticos.....	34
4.2.4 Resultado Global del proyecto según el Objetivo General	36
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	36
CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
6.1. Conclusiones.....	38
6.2. Recomendaciones.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	44
ANEXO 1 Etiología de la hemorragia digestiva alta	44
ANEXO 2 Escala de Child-Pugh.....	44
ANEXO 3 Folleto sobre Medidas Preventivas	45
Anexo 4 Charla Preventiva sobre la Cirrosis Hepática	46

Título del Proyecto

Complicaciones de la Hemorragia Digestiva Alta en pacientes Cirróticos

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

La hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis es una complicación grave que incrementa, la morbilidad como la mortalidad, al desencadenar y empeorar las principales complicaciones de la cirrosis hepática, además de alterar la homeostasis del organismo. No obstante, es crucial examinar los factores que influyen en la prevalencia y el curso de la enfermedad en estos pacientes.

La hemorragia digestiva alta es un problema clínico importante en los pacientes con cirrosis hepática, caracterizada por una alta tasa de morbimortalidad. La cirrosis, una enfermedad hepática crónica que implica la formación de cicatrices en el hígado, produce diversas complicaciones, siendo la hemorragia digestiva alta una de las más complejas.

A pesar de los avances en el tratamiento médico y endoscópico de esta complicación, persisten interrogantes sobre la magnitud exacta del riesgo y los factores que predicen un mal pronóstico en pacientes cirróticos. Aunque la ruptura de várices esofágicas y las úlceras pépticas son las causas más comunes de hemorragia digestiva alta en este grupo, existen otras etiologías menos frecuentes que pueden dificultar el manejo clínico.

La eficacia de los tratamientos disponibles, como la terapia farmacológica, la endoscopia y los procedimientos de radiología intervencionista, varía según el paciente, y es necesario continuar investigando para identificar la estrategia terapéutica más efectiva. La disfunción hepática subyacente en la cirrosis puede comprometer la respuesta del paciente al tratamiento y aumentar el riesgo de complicaciones, como la insuficiencia hepática aguda.



Tras un episodio de hemorragia digestiva alta, es esencial un seguimiento cuidadoso y un manejo a largo plazo para prevenir la recurrencia del sangrado y otras complicaciones relacionadas con la cirrosis. En general, la hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos presenta desafíos clínicos y terapéuticos significativos, lo que subraya la necesidad de una mejor comprensión de su fisiopatología, factores de riesgo y opciones terapéuticas más adecuadas, con el fin de mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de estos pacientes vulnerables.

1.2 Justificación

Debido a la incidencia de la hemorragia digestiva alta (HDA) en pacientes con cirrosis hepática y su impacto en la mortalidad, este estudio busca identificar las complicaciones relacionadas con esta patología, así como los factores de riesgo, causas, pronóstico y mortalidad. Esto permitirá mejorar las estrategias de manejo y detectar de manera oportuna los determinantes de hemorragias graves en pacientes con cirrosis.

La reducción de la morbimortalidad se ha logrado principalmente a un mejor manejo de las complicaciones y factores pronósticos de la cirrosis, el desarrollo de técnicas de tratamiento endoscópico, y el uso sistemático de inhibidores de la bomba de protones para controlar el pH gástrico en pacientes de alto riesgo. Conocer estos factores permite tomar decisiones precisas.

Es crucial identificar las complicaciones que pueden predecir la progresión y mortalidad en la enfermedad hepática crónica. Diversos parámetros se han considerado como factores pronósticos de descompensación y mortalidad, y este estudio evaluará la utilidad de las puntuaciones pronósticas en la cirrosis hepática descompensada.

Es imprescindible ofrecer un tratamiento clínico y quirúrgico adecuado a estos pacientes para mejorar su calidad de vida, reducir la morbimortalidad y prevenir la recurrencia de hemorragias digestivas. Este estudio será relevante al proporcionar información actualizada sobre el comportamiento demográfico, las



complicaciones y los factores de riesgo, así como la necesidad de evaluar los tratamientos y pronósticos de la enfermedad. Con esto, se espera optimizar el manejo clínico y tomar decisiones para reducir las complicaciones.

Mediante una revisión bibliográfica, se identificarán las complicaciones de la HDA en pacientes cirróticos y su relación con los factores de riesgo. Además, se evaluarán los resultados del tratamiento y se aplicarán sistemas de puntuación pronóstica de fácil uso. Esto facilitará la implementación de medidas para mejorar el manejo terapéutico y establecer protocolos de seguridad que promuevan una mejor condición para los pacientes con cirrosis hepática descompensada.

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar las complicaciones de la hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Analizar las características clínicas/etiológicas de los pacientes con cirrosis hepática.
2. Identificar el índice de mortalidad de los pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta.
3. Divulgar medidas preventivas, para mejorar la calidad de vida y disminuir las complicaciones en los pacientes cirróticos.

CAPITULO 2: FUNDAMENTACION TEORICA

2.1 Antecedentes de la Investigación

Actualmente, la hemorragia gastrointestinal sigue siendo una de las principales causas de emergencias médicas en todo el mundo, y puede asociarse con una considerable morbilidad, especialmente en pacientes mayores de 65 años. A nivel global, la incidencia bruta de HDA varía entre 37 y 172 casos por cada 100.000 habitantes al año. Aproximadamente entre el 60% y 70% de los casos nuevos de cada año están asociados a la infección por *Helicobacter pylori*. (Martínez Guillermo et al., 2021)

La cirrosis se ha considerado históricamente como una de las principales causas de hemorragia gastrointestinal variceal (VGIB) y una condición asociada con una morbilidad y mortalidad significativas. La progresión clínica de esta enfermedad está asociada con el incremento gradual de la hipertensión portal (HTP) y la insuficiencia hepatocelular. Suele manifestarse con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta décadas de vida, siendo los varones los más afectados. (Martínez et al., 2021)

En Europa y Norteamérica, entre el 40 % y el 60 % de los casos se atribuyen al consumo de alcohol y al hígado graso no alcohólico, mientras que entre el 25 % y el 30 % son provocados por infecciones virales crónicas, específicamente por los virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC). En contraste, en Latinoamérica, el abuso de alcohol es responsable del 16,7 % de los casos de cirrosis hepática. (Martínez et al., 2021)

Es importante destacar que tanto la hemorragia digestiva alta como la baja tienen diferentes factores etiológicos, aunque comparten características clínicas y tratamientos similares. Este proyecto se enfocará exclusivamente en la HDA y su relación con la cirrosis.

De acuerdo a una investigación realizada por Guarnizo (2021), en Ecuador los estudios que manifiestan la prevalencia de enfermedad como consecuencia de una hipertensión portal son escasos, además demuestra que la prevalencia de

HDA como consecuencia de la hipertensión portal es de un 33%, con una predominancia significativa en las mujeres con el 52% a diferencia de los hombres con 48% y con respecto a la edad, la prevalencia fue mínima en 35 años y la edad máxima fue 89 años. Las causas de la hipertensión portal demostradas en el estudio fueron cirrosis alcohólica y tumoral.

Por otro lado, según datos publicados por la OMS en el 2018, Ecuador tuvo 301 muertes por úlceras pépticas, representando un 0.41% de las muertes producidas en nuestro país y en los últimos datos actualizados según la OMS (2020), Ecuador tuvo 417 muertes representando un 0.58%. Las úlceras gastroduodenales y las lesiones de la mucosa gastroduodenal se producen principalmente por dos causas que son: 1) infección por H pylori 2) Ingesta de AINES. Otras causas menos comunes incluyen los trastornos de la secreción ácida, como el síndrome de Zollinger-Ellison, el uso de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes, el consumo excesivo de sustancias tóxicas como el alcohol y las drogas, así como las úlceras por estrés en pacientes gravemente enfermos que se encuentran en unidades de cuidados intensivos. (Crespo et al., 2021)

En otra investigación realizada por Guarnizo (2021) se determinó una mayor prevalencia del 65% en pacientes masculinos, frente a los pacientes femeninos, con un 35% de los casos. En este estudio, la edad media de presentación en las mujeres fue de 33 años y una media de 40 años en hombres.

2.2 Hemorragia digestiva alta (HDA)

La hemorragia digestiva alta es un término médico que describe el sangrado que ocurre en la parte superior del tracto gastrointestinal, que incluye el esófago, el estómago y el duodeno (la primera parte del intestino delgado). En correspondencia a su tiempo evolutivo, se puede clasificar en: HDA agudas, caracterizadas por un sangrado de poco tiempo y volumen abundante, por otro lado, las HDA crónicas se caracterizan por manifestarse durante un largo tiempo y sangrados de volumen escaso. Otra clasificación utilizada con mayor

frecuencia en la actualidad, es aquella que toma como base su etiología: HDA de origen varicoso y HDA de origen no varicoso, que como su nombre lo indican dependen de la presencia o no de varices esofágicas que producen el sangrado. (Cuartas & Martínez, 2020)

Epidemiología

La HDA se manifiesta como una de las condiciones clínicas con mayor prevalencia en los servicios de urgencia en los hospitales. La tasa de mortalidad general por hemorragia digestiva alta (HDA) se sitúa en aproximadamente un 15%, llegando al 20% en los casos de origen variceal; no obstante, la mortalidad en HDA no variceal oscila entre un 2% y un 10%, duplicándose en pacientes hospitalizados por otras razones. En el caso de la HDA variceal, la mortalidad se encuentra entre el 15% y el 20%, cifra que se ha mantenido estable durante. Estas cifras aumentan o disminuyen conforme a la presencia o ausencia de los factores de riesgo presentes, tales como la magnitud del sangrado, número de sangrados recidivantes, origen venoso o arterial, edad y otras comorbilidades. (Chuecas et al., 2019)

Fisiopatología

La mucosa del sistema digestivo está irrigada por vasos de tamaño reducido y presión baja, por lo que es habitual que, debido a su cercanía con la superficie, se erosionen y sangren con facilidad, aunque en tan escasa cantidad que no son notables clínicamente. Es imprescindible que se impacten vasos de mayor tamaño y presión, que normalmente se ubican en la submucosa, los cuales pueden provocar un sangrado significativo a través de dos mecanismos: (Moreira et al., 2018)

- a. Un incremento en la presión intraluminal (usualmente Portal) causará la expansión de estos vasos, llegando a la superficie y provocando la hemorragia con cualquier tipo de agresión física.
- b. Los vasos mencionados anteriormente pueden sangrar sin el agente físico a través de la teoría de explosión, que se basa en incrementar la

presión intraluminal (usualmente superior a 12mmhg) por encima del límite del vaso que provoca el destello y la hemorragia.

Además, los sangrados de origen péptico son muy comunes, causados por la erosión de la mucosa, usualmente por hipersecreción ácida o agentes corrosivos. Estos eventos exponen a la capa submucosa y hacen vulnerables sus vasos internos. (Duarte et al., 2019)

Clínica

La existencia de hematemesis, melenas o hematoquecia, son los signos y síntomas más destacados de la HDA, no obstante, no son señales o confirmatorias de esta enfermedad. Para la aparición de melenas, se requiere un flujo sanguíneo de alrededor de 60 a 100 ml en la parte superior del tubo digestivo. Sin embargo, este puede ocurrir en la zona distal del intestino delgado o colon y presentarse como melena en caso de un tránsito intestinal lento. (Duarte et al., 2019)

Hay ciertos signos y síntomas que están vinculados directamente con la intensidad del sangrado, como la taquicardia, palidez, señales de reducción del gasto cardíaco e incluso un shock hipovolémico en situaciones extremas. Que a su vez señalan la severidad de la hemorragia. Asimismo, podemos detectar signos o síntomas que nos guían hacia la causa del sangrado, como la pirosis, regurgitación o epigastralgia en sangrados pépticos o ictericia, dolor en el hipocondrio derecho, ascitis y otros estigmas de hepatopatía crónica de origen varicoso. (Duarte et al., 2019)

Etiología

Las úlceras pépticas y la presencia de varices esofágicas continúan siendo las principales causas de hemorragia digestiva alta. La úlcera péptica constituye entre el 37% y el 50% de los casos, siendo la úlcera duodenal dos veces más común que la gástrica. Este tipo de úlcera se asocia con hemorragia de origen no variceal, la cual no será abordada en el presente manuscrito. La hemorragia variceal es la segunda causa más común de sangrado en el tracto digestivo

superior, después de la hemorragia digestiva alta de origen péptico, y puede ocurrir en hasta un 15% de los casos. En segundo lugar, hay otros tipos de enfermedades que también pueden causar este sangrado, aunque con menor frecuencia, como el Síndrome de Mallory-Weiss, el Carcinoma Gástrico, la esofagitis crónica, entre otros. (Anexo 1) Sin embargo, alrededor del 20% de todos los casos no se consigue determinar una causa concreta de la hemorragia. (Chuecas et al., 2019)

Diagnóstico

- Anamnesis: una anamnesis adecuada es esencial y, en algunos casos, puede ser el único medio necesario para determinar la causa de la hemorragia. Es crucial obtener información sobre antecedentes personales y familiares de enfermedades hepáticas crónicas y neoplasias, consumo de alcohol, así como signos, síntomas y estigmas de hepatopatía y dolor en el epigastrio, lo que podría indicar una hemorragia de tipo variceal. Por otro lado, síntomas como acidez, náuseas, vómitos, malos hábitos alimenticios, dolor epigástrico y antecedentes de gastritis podrían sugerir un sangrado de origen péptico. (Sánchez, 2022)
- Exploración física: los pacientes con hipertensión portal suelen presentar signos y síntomas característicos de las enfermedades hepáticas crónicas. En casos de hipovolemia leve a moderada (menos del 15% del volumen sanguíneo perdido), se observa taquicardia en reposo. Si la pérdida de sangre supera el 15%, puede manifestarse hipotensión ortostática, caracterizada por una caída de la presión arterial sistólica superior a 20 mmHg y/o un aumento de la frecuencia cardíaca de más de 20 latidos por minuto al cambiar de posición de decúbito a bipedestación. Si la pérdida sanguínea llega al 40%, se presenta hipotensión supina. Otros hallazgos comunes incluyen hepatomegalia, esplenomegalia, circulación colateral (como el signo de la cabeza de medusa), melenas (pérdida de sangre de 50 a 100 ml por día),

hematoquecia (pérdida sanguínea cercana a los 1000 ml), hematemesis y ascitis. (Saltzman, 2024)

- Exámenes complementarios:

Biometría Hemática: a la biometría es probable encontrar una anemia normocítica normocrómica

Cociente Urea/Creatinina: Un valor elevado (>100:1) será indicativo de HDA

Enzimas hepáticas: Elevadas en hepatopatía crónica

H. pylori: La detección de dicha bacteria será indicativa de HDA de origen péptico.

VEDA: Útil para la identificación del sitio de sangrado y como medida terapéutica.

2.3 Cirrosis hepática

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por alteraciones en la morfología normal hígado y el deterioro brusco de la función hepática, en donde se presenta fibrosis por formación de nódulos, dando lugar a una alteración en el sistema y funcionalidad vascular hepática con innumerables desencadenantes, entre ellos, consumo de alcohol, hepatitis viral, esteato-hepatitis no alcohólica del metabolismo hepático, y otras menos frecuentes. (Miño et al., 2022)

Etiología

Varias afecciones o hábitos personales pueden provocar cirrosis hepática, se examinarán de manera individual las condiciones que con más frecuencia llevan a su aparición.

Cirrosis Alcohólica: a nivel global, el alcoholismo es la causa principal de cirrosis hepática. Se calcula que el 60% de las cirrosis hepáticas se atribuyen al consumo excesivo de alcohol, que se calcula debe superar los 40g diarios para causar dicho trastorno. Afecta más a hombres que a mujeres (2,5/1), aunque actualmente esta proporción suele equilibrarse. (Marín et al., 2019)

El consumo excesivo y persistente de alcohol provoca fibrosis hepática, que cuando llega a un cierto grado, los hepatocitos se destruyen. Esto provoca la creación de nódulos regenerativos, inicialmente de naturaleza micronodular, pero cuando el paciente deja de consumir alcohol, se produce una regeneración con nódulos de mayor tamaño. (Marín et al, 2019)

Cirrosis Viral: el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la hepatitis B (VHB) tienen la capacidad de provocar una cirrosis hepática. Alrededor del 80% de los pacientes con VHC llegan a desarrollar su enfermedad de manera crónica, de los cuales el 20% desarrollará cirrosis en un periodo de 20 a 30 años. En contraste, los individuos infectados con VHC llegan a desarrollar su enfermedad solo en el 5% de los casos y solo en el 20% se desarrollará cirrosis. Estos números son diferentes a los contagiados por vía perinatal, que llegan a desarrollar su enfermedad en el 98%. (Roesch et al., 2021)

Otras causas de Cirrosis: las dos causas previamente citadas son las causantes de cerca del 90% de las cirrosis del hígado. El porcentaje restante se refiere a enfermedades menos comunes como el Síndrome de Mallory-Weiss, Carcinoma gástrico, Esofagitis, tumores benignos de estómago y esófago, hemobilia, síndrome de Ehler-Danlos, malformaciones de Dielylafory, hemorragias aortoentéricas, enfermedad de Von Willebrand, fibrinólisis, vasculitis y amiloidosis. (Roesch et al., 2021)

Fisiopatología

A pesar de que el mecanismo fisiopatológico de la cirrosis hepática varía dependiendo del agente causante, estos tienen numerosas características en común. En esencia, el proceso se convierte en una inflamación de las capas endoteliales con la eventual estasis sanguínea en las venas centrales y los sinusoides, que si persiste, se propagará a las vénulas portales provocando una isquemia acinar. Estas modificaciones provocarán una apoptosis. (Ruiz Velasco et al., 2022)

Clínica

Es crucial diferenciar dos fases progresivas de la enfermedad para caracterizar el cuadro clínico del paciente con cirrosis:

a) Cirrosis compensada: se refiere a una etapa, frecuentemente asintomática, de varios años de progreso, donde el paciente no muestra ningún signo o síntoma que capte la atención a simple vista. En otras situaciones, el paciente puede manifestarse oligosintomático con dispepsia, astenia o dolor en el hipocondrio derecho, lo que puede ser confundido con cualquier enfermedad gastrointestinal. En esta etapa, la cirrosis a menudo se identifica accidentalmente durante un control regular, donde se nota un hígado pequeño con bordes duros y cortantes. (Smith et al., 2019)

b) Cirrosis descompensada: es aquella cirrosis que se manifiesta a través de una o más complicaciones de la enfermedad que se detallarán más adelante y la combinación de síntomas como parotidomegalia, diarrea frecuente, sangrados por la nariz o hematomas desproporcionados al golpe recibido, edema en miembros inferiores, trastornos de la coagulación, anemia, náuseas, hiperaldosteronismo a nivel renal, hipogonadismo, atrofia testicular, hipermenorrea, telangiectasia, pérdida de la cola de las cejas, inversión del cabello pubiano, ginecomastia, entre otras. (Smith et al., 2019)

Complicaciones

- Hipertensión Portal: la hipertensión portal se caracteriza por un incremento en el gradiente de presión venosa hepática superior a 5mmhg, provocado por el incremento de la resistencia vascular intrahepática a causa de la formación de fibrosis y nódulos regenerativos en el parénquima, así como por la vasodilación del sistema arterial esplácnico, que incrementa la circulación en este área.

El incremento de la presión portal debido a la cirrosis provocará otras complicaciones secundarias de gran relevancia clínica, entre las que la más común es la presencia de varices esofágicas. Se calcula que para

que existan, el gradiente de presión en las venas debe superar los 10mmhg. (Armijos et al., 2020)

- Ascitis: se refiere a la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal provocada por la hipertensión portal, que, debido a la resistencia vascular generada, provocará la vasodilatación del sistema arterial esplacnico. Esto provocará un incremento en la circulación venosa y un aumento en la producción de linfa. Estos cambios provocan el funcionamiento de sistemas como la renina-angiotensina-aldosterona, el hiperaldosteronismo y otros que causarán la retención de sodio y este la acumulación de agua, lo cual llevará a la formación de edemas y ascitis. Aunque es verdad que la ascitis señala el comienzo de una fase cirrótica descompensada, se calcula que cerca del 50% de los pacientes en esta fase, tras 10 años de seguimiento, desarrollarán ascitis. Una vez establecida, la mortalidad varía entre 50% y 2 años. (Armijos et al., 2020)

- Encefalopatía hepática: el síndrome neuropsiquiátrico de encefalopatía hepática impacta entre el 30 y el 45% de los pacientes cirróticos. Desde el punto de vista clínico, muestra una variedad de síntomas que oscilan entre trastornos de la personalidad, reducción de la habilidad cognitiva, incapacidad para construir procesos mentales sencillos, trastornos del habla, confusión, letargia, entre otros.

La encefalopatía hepática se presenta a causa de la acumulación de sustancias tóxicas y dañinas en el torrente sanguíneo, a causa de la insuficiencia hepática provocada por la cirrosis, o debido a la existencia de SHUNTS o colaterales portosistémicos que causan la acumulación de sustancias neurotóxicas en la sangre. (Armijos et al., 2020)

- Sangrado por várices esofágicas: el incremento de la hipertensión portal provocará la neofornación de los vasos y la apertura de colaterales para contrarrestar dicha presión. Hasta cierto punto, dará lugar a la aparición de varices esofágicas. Sin embargo, si la presión excede los 12 mmhg o el límite de las varices, provocará su ruptura y hemorragia.

Se calcula que el porcentaje de mortalidad en pacientes con hemorragia variceal varía entre un 20%, aunque este porcentaje se eleva en casos de cirrosis avanzada o Child Pugh C. (Anexo 1) (Armijos et al., 2020)

Prevención

Toledo (2020) establece que la cirrosis es una enfermedad crónica donde el hígado experimenta un deterioro gradual y se genera tejido cicatricial, lo que repercute en su habilidad para desempeñarse correctamente. Es fundamental evitar la cirrosis, dado que una vez que se produce, el perjuicio al hígado es irreversible. Entre las medidas para reducir el riesgo de padecer Cirrosis Hepática están las siguientes:

- a. Limitar el consumo de alcohol: El alcohol es una de las principales causas de cirrosis. Reducir o evitar su consumo es fundamental para proteger el hígado.
- b. Vacunación contra hepatitis: Las hepatitis virales (como la hepatitis B y C) son causas comunes de cirrosis. Vacunarse contra la hepatitis B y practicar medidas para prevenir la hepatitis C (uso de agujas seguras, evitar compartir artículos de higiene personal, etc.) puede reducir significativamente el riesgo.
- c. Mantener un peso saludable: La obesidad y el síndrome metabólico pueden llevar a hígado graso no alcohólico, lo que puede evolucionar a cirrosis. Llevar una dieta equilibrada con base en alimentos ricos en antioxidantes y evitar alimentos procesados y grasos puede reducir la carga de trabajo del hígado.
- d. Realizar ejercicio regularmente
- e. Controlar el consumo de medicamentos y sustancias tóxicas: Evitar el uso excesivo de medicamentos sin receta, especialmente aquellos que afectan el hígado, como el paracetamol. También es importante evitar la exposición a toxinas ambientales o productos químicos nocivos.
- f. Evitar comportamientos de riesgo: Las prácticas que aumentan el riesgo de infecciones, como compartir agujas o tener relaciones sexuales sin

protección, incrementan la posibilidad de contraer hepatitis y, por ende, el riesgo de cirrosis.

- g. Evitar el tabaco: Fumar puede aumentar el riesgo de enfermedad hepática, y dejarlo puede contribuir a la prevención de cirrosis.

Tratamiento sangrado variceal en pacientes cirróticos

Estudios remotos proponen que la hemorragia por varices llega a detenerse de manera espontánea aproximadamente la mitad de los pacientes, pese a que es frecuente que se produzca una nueva hemorragia.

Sin embargo, Arun & Jasmohan (2024), mencionan que, según el nivel de afectación, es menos previsible que el sangrado se detenga de manera espontánea en aquellos pacientes con cirrosis de grado C de Child-Pugh, sangrado variceal activo al momento de la endoscopia o si es evidente un gradiente de presión venosa hepática mayor a 20mmHg. De esta manera, el tratamiento con ligadura o escleroterapia endoscópica está asociado a la reducción del resangrado y tasas de mortalidad.

Medidas iniciales:

Arun & García (2024) indica que las medidas iniciales tienen como objetivo restaurar y mantener a estabilidad hemodinámica, así como una correcta oxigenación, además de un adecuado control de y sangrado para así prevenir complicaciones. Así pues, estas engloban una sucesión de pasos a realizar de manera pertinente.

Se debe posicionar al paciente en decúbito lateral izquierdo si está vomitando para evitar la broncoaspiración o en decúbito supino si se encuentra en shock. En su continuación, se deben establecer dos vías periféricas con catéter 14 o 16, reponer de inmediato la volemia con Solución Salina o Lactato de Ringer hasta conseguir la estabilización hemodinámica y monitorización constante de la presión arterial.

De esta manera, Arun & García (2024) establece que la principal acción ante una hemorragia digestiva alta es reposición de la volemia y profilaxis de complicaciones.

- Reposición de la volemia: la reanimación y estabilización hemodinámica resultan imprescindibles antes de realizar la endoscopia, para disminuir las posibles complicaciones relacionadas al tratamiento. Además, la reposición de volemia, debe ser cautelosa debido a que un aumento de la misma podría generar aumento de la presión venosa y una recidiva del sangrado. Aquellos que presenten sangrado activo, deberán recibir líquidos vía intravenosa en tanto que tipifican las muestras sanguíneas para transfusión de sangre.
- Profilaxis de complicaciones: es recomendable el uso de antibióticos de amplio espectro, como la Ceftriaxona 1g I.V al día durante siete días, por otro lado, a los pacientes con alta antes de los siete días de manejo terapéutico con antibióticos intravenosos, se recomienda Ciprofloxacina 500mg V.O cada 12 horas hasta completar siete días de antibioticoterapia.
- Asegurar la vía aérea, uso de mascarilla de Venturi en caso de mala mecánica respiratoria.

Medidas hemostáticas farmacológicas:

Se recomienda usar como primera medicamentos vasoactivos de manera inmediata, bien sea al ingreso o durante al traslado del paciente. La primera opción terapéutica es la terlipresina en dosis de bolo IV cada 4 horas 1,5 mg/kg en pacientes con un peso <70kg y 2mg/kg en pacientes con >70kg hasta conseguir 48 horas sin sangrado y luego 1mg/kg cada 4 horas hasta completar 5 días, y como segunda opción la somatostatina 250ug en bolo seguido de perfusión continua de 250ug/h durante 5 días. (Vásquez et al., 2018)

Medidas hemostáticas no farmacológicas:

- Ligadura endoscópica variceal: es recomendada como primera opción en pacientes con HDA por várices esofágicas
- Escleroterapia endoscópica: se utiliza cuando la ligadura con bandas resulte difícil o no se encuentre disponible
- Taponamiento con sonda de Sengstaken-Blakemore: se usa en pacientes en los que no se ha podido controlar el sangrado durante el tratamiento endoscópico, y deberá ser retirada antes de las 24 horas.

Tratamiento de rescate:

En numerosos casos, la hemorragia puede no responder a las técnicas mencionadas previamente o el paciente podría experimentar recurrencias. Si la segunda hemorragia no es grave y no afecta la estabilidad hemodinámica, se puede optar por un segundo procedimiento endoscópico. Sin embargo, si la situación es más severa, será necesario realizar una derivación portosistémica. (Vásquez et al., 2018)

Derivación portosistémica percutánea intrahepática (DPPI):

Técnica también conocida como TIPS (shunt portosistémico intrahepático transyugular) consiste en establecer una conexión entre la vena porta y la vena cava, utilizando un diámetro predeterminado mediante radiología intervencionista. Este procedimiento atraviesa el parénquima hepático a través del cateterismo de las venas suprahepáticas. Al finalizar la intervención y crear la comunicación, se logra una notable reducción de la presión venosa intrahepática. Sin embargo, la mortalidad asociada al procedimiento es elevada, alcanzando hasta un 50%. Esto se debe a que los pacientes que requieren esta técnica suelen haber fracasado en tratamientos endoscópicos previos y presentan un mayor riesgo de desarrollar complicaciones sépticas, empeoramiento de la función hepática o fallo multiorgánico. (Vásquez et al., 2018)

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizará una revisión sistemática de literatura, con artículos publicados desde el 2018 encontrados en bases de datos como PubMed, Scielo, Dialnet y buscadores como Google Scholar.

Posterior a la obtención de los artículos, se filtraron los de alta relevancia científica. Se revisaron resúmenes, resultados, estudios de casos, tesis relacionadas al tema de estudio; seleccionando solo los documentos con la información necesaria y específica de acuerdo a los objetivos y variables de la revisión bibliográfica.

3.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Se realizó la búsqueda de artículos relacionados al tema de estudio, de los cuales hasta el momento se han escogido 21 artículos con alta referencia científica para la revisión sistemática de literatura.

Criterios de inclusión:

- Estudios que aborden las complicaciones de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática.
- Publicaciones en inglés y español.
- Estudios publicados en los últimos 6 años.
- Artículos revisados por pares.
- Estudios con diseño experimental y observacional (ensayos clínicos, estudios de cohorte, estudios de casos y controles).
- Edad de incidencia mayor a 30 años.

Criterios de Exclusión:

- Estudios en animales o estudios in vitro.
- Publicaciones que no sean artículos originales (por ejemplo, editoriales, cartas al editor, resúmenes de conferencias).

- Estudios con datos incompletos o falta de información sobre los resultados clave.

3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

- **Bases de datos:** PubMed, Scielo, Dialnet y Scopus.
- **Otros recursos:** Google Scholar.

3.4 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE LA LITERATURA

Dentro de las estrategias de búsqueda de los artículos para la revisión de literatura, se utilizaron las bases de datos como PubMed, Scielo, Dialnet, Scopus y buscadores como Google Scholar. Además se implementaron términos de búsqueda como “hemorragia digestiva alta”, “cirrosis” combinado con “complicaciones”, “incidencia y prevalencia”, “diagnóstico”.

Posterior a la obtención de los artículos, se filtraron los de alta referencia científica. Se revisaron resúmenes, resultados, estudios de casos, tesis relacionadas al tema de estudio; seleccionando solo los documentos con la información necesaria y específica de acuerdo a los objetivos y variables de la revisión bibliográfica.

3.5 PROCESO DE SELECCIÓN Y RECUPERACION DE LOS ESTUDIOS QUE CUMPLEN LOS CRITERIOS

Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos electrónicas como PubMed, Scielo, Scopus, Dialnet y buscadores como Google Scholar. Se utilizaron palabras clave y términos MeSH relacionados con "hemorragia digestiva alta", "cirrosis hepática", y "complicaciones".

Para el proceso de selección, durante la primera etapa, se realizó el Cribado de Títulos y Resúmenes, en donde los estudios que claramente no cumplían con los criterios de inclusión fueron excluidos. Así también, durante la segunda etapa, se realizó una Evaluación de Artículos Completos en donde los artículos que pasaron la primera etapa fueron evaluados en texto completo, filtrando los de alta referencia científica.

3.6 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA CALIDAD CIENTÍFICA

Proceso de Selección

Para la búsqueda de Literatura se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos electrónicas como PubMed, Scielo, Scopus, Dialnet y buscadores como Google Scholar. Se utilizaron palabras clave y términos MeSH relacionados con "hemorragia digestiva alta", "cirrosis hepática", y "complicaciones".

Selección de Estudios

- **Número de Revisores:** Dos revisores independientes.
- **Proceso de Selección:**

Etapas 1: Cribado de Títulos y Resúmenes: Los dos revisores examinaron de manera independiente los títulos y resúmenes de todos los registros recuperados. De esta manera, los estudios que claramente no cumplían con los criterios de inclusión fueron excluidos. En caso de desacuerdo, se discutía entre los revisores hasta llegar a un consenso.

Etapas 2: Evaluación de Artículos Completos: Los artículos que pasaron la primera etapa fueron evaluados en texto completo por los dos revisores de manera independiente. Se registraron los motivos de exclusión de cada artículo en esta etapa. Nuevamente, cualquier desacuerdo se resolvió mediante discusión o la intervención de un tercer revisor.

Registro y Reporte

Se siguieron las directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para asegurar una documentación y reporte transparente y detallado del proceso de revisión.

Este enfoque meticuloso asegura que la revisión bibliográfica sea exhaustiva, imparcial y de alta calidad, proporcionando una base sólida para el análisis y las conclusiones sobre las complicaciones de hemorragia digestiva alta en cirrosis hepática.

3.7 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para la medición de efecto, se tomó en consideración el Riesgo Relativo y Odds Ratio, los cuales nos permitieron el análisis de resultados dicotómicos, tales como mortalidad, rehemorragia y necesidad de cirugía.

Por otro lado, la utilización del Hazard Ratio, utilizado en análisis de tiempo hasta el evento en casos de rehemorragia, Además, la Diferencia de Media nos ayudó a determinar la duración de hospitalización y calidad de vida de los pacientes con cirrosis Hepática que presentaba complicaciones por Hemorragia Digestiva Alta.

CAPÍTULO 4 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

4.1. REPORTAR SEGOS

La hemorragia digestiva alta (HDA) en pacientes cirróticos es una complicación crítica, con alta mortalidad y complejidades en su manejo. Existen sesgos que afectan la investigación y el tratamiento. Muchos estudios excluyen pacientes con cirrosis avanzada o múltiples comorbilidades, limitando la aplicabilidad de sus hallazgos en estos casos graves. Las diferencias en los resultados por género y edad suelen ser ignoradas, ocultando riesgos específicos. En cuanto a la disponibilidad de recursos y especialistas varía según la ubicación, este sesgo también puede influir en los datos recolectados, generando tasas de éxito y mortalidad, variables entre estudios y dificultando la comparación de resultados. Generalmente, los estudios que muestran resultados positivos suelen publicarse más, dando una impresión sesgada de la efectividad de ciertos tratamientos.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS

4.2.1 Resultados del Objetivo Específico 1: Analizar las características clínicas/etiológicas de los pacientes con cirrosis hepática.

En este objetivo se agrupan varios estudios que evalúan tanto las características clínicas como las etiológicas que muestran información importante que permite anticipar la progresión de la enfermedad, personalizar tratamientos y optimizar el manejo de complicaciones, mejorando la calidad de vida y los resultados de

salud en estos pacientes. Identificar la edad, género, gravedad de la cirrosis y presencia de complicaciones permite una comprensión del perfil clínico, mientras que las causas subyacentes (como hepatitis, consumo de alcohol o enfermedad hepática grasa no alcohólica) ayudan a orientar las estrategias preventivas.

Tabla 1

Aspectos clínicos y etiológicos de los pacientes cirróticos

Autor(es)	Año	Título del estudio	Nombre de la revista	Resultados principales
Arun & García	2024	Overview of the management of patients with variceal bleeding	Revista Médica	La reposición de la volemia como medida inicial ante la hemorragia digestiva alta.
Chuecas et al	2019	Hemorragia digestiva alta	<i>ARS MEDICA</i>	Las características clínicas y etiológicas orientan a elegir el tratamiento adecuado y reducción de las complicaciones.
Duarte et al.	2019	Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta no	Sociedad de Gastroenterología del Perú	

variceal, con alto y bajo riesgo de complicaciones atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomas.

Martínez et al.	2021	Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática.	Revista cubana de medicina militar	La prevalencia de la cirrosis en edad, sexo y etiología.
Miño et al.	2022	Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación	Repertorio de Medicina y Cirugía	La diferenciación de conceptos y la clasificación permiten un mejor diagnóstico y elección de tratamiento.
Ruiz et al.	2022	Evaluation and management of emergencies in the patient with cirrhosis	Revista de Gastroenterología de México	Un análisis tanto de las características y fisiopatología de los pacientes cirróticos críticos contribuye a un abordaje urgente y un manejo individualizado.

Nota: Base de datos de diferentes investigaciones relacionadas con el objetivo específico 1 de la revisión sistemática de literatura.

4.2.2 Resultados del Objetivo Específico 2: Identificar el índice de mortalidad de los pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta.

En este objetivo se abarca el índice de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta. Algunos de los estudios revisados, revelan el riesgo de mortalidad, el cual suele ser elevado debido a factores como la insuficiencia hepática, la coagulopatía y el riesgo de resangrado. Además, al examinar los factores asociados a la mortalidad, como la severidad de la cirrosis, la presencia de infecciones o fallos multiorgánicos, es posible identificar subgrupos de alto riesgo.

Tabla 2

Índice de mortalidad

Autor(es)	Año	Título del estudio	Nombre de la revista	Resultados principales
Armijos et al.	2020	Application of the MELD scale in patients of the Liver Transplant.	<i>Revista Médica Científica CAMbios</i>	Reconocimiento del estadio de la enfermedad hepática para la asignación de órganos en los pacientes candidatos a trasplante.
Arun & Jasmohan	2024	Pathogenesis of variceal bleeding in patients with cirrhosis	Revista Médica	El tratamiento elegido se basa en el nivel de afección para la reducir el resangrado y las tasas de mortalidad.
Crespo et al.	2021	Hemorragia Digestiva	Tesla Revista Científica	Datos actuales de incidencia y etiología de la mortalidad de

				pacientes cirróticos en Ecuador
Moreira et al.	2018	Factores asociados a la mortalidad por sangrado digestivo alto variceal	Revista Habanera de Ciencias Médicas	La falta de tratamiento endoscópico contribuye a la prevalencia de la hemorragia digestiva alta aumentando la tasa de mortalidad.
Martínez Guillermo et al.	2021	Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento	Revista de cirugía	La incidencia global de casos y etiología de cirrosis hepática y hemorragia digestiva contribuyen a la determinación de mortalidad en estos pacientes.

Nota: Base de datos de diferentes investigaciones relacionadas con el objetivo específico 2 de la revisión sistemática de literatura.

4.2.3 Resultados del Objetivo Específico 3: Divulgar medidas preventivas para mejorar la calidad de vida y disminuir las complicaciones en los pacientes cirróticos.

Este objetivo se enfoca en la promoción de medidas preventivas, educando a la población con charlas y la creación de un folleto con información necesaria para mejorar la calidad de vida en este tipo de pacientes. Algunos estudios revelan la importancia de la prevención, donde resaltan que una adecuada dieta, realizar ejercicios, evitar hábitos como el alcohol y tabaco, y reducir el consumo de automedicación disminuyen las complicaciones de la enfermedad. (Anexo 3 y 4)

Tabla 3

Medidas preventivas y educación a la población

Autor(es)	Año	Título del estudio	Nombre de la revista	Resultados principales
Marín et al.	2019	Trastornos por consumo de alcohol	Medicine	Los factores asociados al consumo de alcohol y sus principales complicaciones.
Toledo, C	2020	Cirrosis hepática: Medidas preventivas de algunas de sus complicaciones	Revista Médica Clínica las Condes	Las principales medidas de prevención para la disminución de la progresión de la enfermedad.
Roesch et al.	2021	Influence of socioeconomic and cultural factors in the in the etiology of cirrhosis of the liver	Revista de Gastroenterología de México	El estudio de factores socioeconómicos y culturales de la población orienta al diseño de mejores medidas preventivas y estrategias de tratamiento.
Saltzman, J	2024	Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults	Revista Médica Electronica	Un enfoque del manejo inicial del paciente más la indicación de medidas de autocuidado mejora la calidad

de vida de los
pacientes
cirróticos.

Nota: Base de datos de diferentes investigaciones relacionadas con el objetivo específico 3 de la revisión sistemática de literatura.

4.2.4 Resultado Global del proyecto según el Objetivo General

El objetivo general de esta investigación fue determinar las complicaciones de la hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos. Los estudios seleccionados permiten evaluar el impacto de esta condición en una población ya de por sí vulnerable. La HDA en estos pacientes puede llevar a complicaciones graves como el fallo hepático agudo, encefalopatía hepática, síndrome hepatorenal y choque hipovolémico. Estas complicaciones suelen ser más severas y frecuentes en pacientes con cirrosis debido a la coagulopatía, la hipertensión portal y la disminución de la capacidad de reserva hepática. El estudio de estas complicaciones es crucial, ya que permite identificar los factores predisponentes y los perfiles clínicos de riesgo que aumentan la probabilidad de eventos adversos.

Además, conocer las complicaciones específicas y su frecuencia en pacientes cirróticos con HDA es fundamental para optimizar el manejo clínico. La identificación temprana de complicaciones permite intervenir de manera preventiva o más efectiva en etapas tempranas, reduciendo la morbilidad y la mortalidad asociadas. También ayuda a personalizar los protocolos de tratamiento, incluyendo la estabilización hemodinámica, el control del sangrado y el manejo de la función hepática. Esta información contribuye a mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes, al mismo tiempo que permite un uso más eficiente de los recursos médicos y hospitalarios.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La hemorragia gastrointestinal sigue siendo una preocupación significativa a nivel mundial, según Martínez Guillermo et al, (2021) la incidencia global varía

entre 37 y 172 casos por cada 100.000 habitantes al año. De esos, del 60% al 70% de los casos por año corresponden a infección por *Helicobacter pylori*.

Este tipo de hemorragia afecta en gran medida a pacientes con cirrosis, quienes presentan varices esofágicas en un 40% de los casos al momento del diagnóstico, con un riesgo de mortalidad del 50% si no se trata adecuadamente. Por ejemplo, Guarnizo (2021) señala que en países latinoamericanos como Ecuador, la prevalencia de HDA debido a hipertensión portal es notable, aunque existen pocas investigaciones sobre esta condición en el país.

Para Cuartas-Agudelo & Martínez-Sánchez. (2020), las úlceras pépticas y las várices esofágicas son causas importantes de HDA. Las úlceras pépticas, relacionadas principalmente con infección por *H. pylori* y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), constituyen entre el 37% y el 50% de los casos de HDA. Según estudios actuales de la OMS en el 2020, el Ecuador registra 417 muertes por úlceras pépticas que representan 0.58% de los casos. La hemorragia de origen varicoso, aunque menos frecuente, tiene una mayor mortalidad, en especial en pacientes con cirrosis avanzada.

Además, los estudios en Ecuador según Guarnizo (2021) reflejan que existe una mayor incidencia de HDA en hombres, con una media de edad de presentación de 40 años. Sin embargo, Martínez et al. (2021) destaca que la enfermedad suele manifestarse con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta décadas de vida, siendo los varones los más afectados.

En cuanto al manejo de la HDA, el tratamiento varía según la severidad y la etiología. Las medidas iniciales incluyen la reposición de volemia y la profilaxis antibiótica para prevenir infecciones, como la peritonitis bacteriana espontánea. En cuanto a la hemostasia farmacológica, se recomienda el uso de vasoconstrictores como terlipresina y somatostatina, que han demostrado ser eficaces para controlar el sangrado. En casos graves, se emplean técnicas endoscópicas como la ligadura de varices, y, en situaciones en las que los tratamientos no controlan la hemorragia, se recurre a la derivación

portosistémica percutánea intrahepática (TIPS), aunque esta última tiene una mortalidad considerable.

Los resultados de diversos estudios subrayan la importancia de una atención médica integral y específica para cada tipo de HDA, especialmente en pacientes con cirrosis, dada la alta incidencia de hemorragias variceales y la mortalidad asociada. Las medidas preventivas, como el control de factores de riesgo (alcoholismo, uso de AINES) y el monitoreo regular de pacientes con cirrosis, son fundamentales para reducir la incidencia y las complicaciones asociadas con la HDA. Asimismo, la mejora en los protocolos de tratamiento en emergencias podría contribuir a disminuir la mortalidad y a mejorar los resultados clínicos en esta población vulnerable.

CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- ❖ La evaluación conjunta de las características clínicas y etiológicas en pacientes con cirrosis hepática es fundamental para anticipar la progresión de la enfermedad, personalizar tratamientos y optimizar el manejo de complicaciones, lo que mejora significativamente la calidad de vida y los resultados de salud. Desde un enfoque clínico, factores como la edad, el género, la gravedad de la cirrosis y la presencia de complicaciones permiten construir un perfil detallado del paciente. Por otro lado, la identificación de la causa subyacente es esencial para orientar las estrategias preventivas y terapéuticas. Las etiologías más comunes, como la hepatitis viral (B o C), el consumo excesivo de alcohol y la esteatosis hepática no alcohólica, requieren enfoques específicos: desde antivirales para la hepatitis, hasta la promoción de la abstinencia en el alcoholismo o el manejo del síndrome metabólico en la esteatosis hepática no alcohólica. Esta integración de factores clínicos y etiológicos no solo permite personalizar el tratamiento, ajustando las terapias según la función hepática y el perfil individual del paciente, sino también prevenir

y manejar eficazmente las complicaciones, reduciendo hospitalizaciones y mejorando el pronóstico a largo plazo.

- ❖ Los artículos revisados destacan que la mortalidad en pacientes con cirrosis es considerablemente elevada debido a factores críticos como la insuficiencia hepática, la coagulopatía y el riesgo de resangrado, condiciones que complican el manejo clínico y agravan el pronóstico. Estos factores no solo representan las principales causas directas de muerte, sino que también reflejan la progresión avanzada de la enfermedad y la fragilidad del sistema hepático. Además, el análisis detallado de los factores asociados a la mortalidad, como la severidad de la cirrosis evaluada mediante escalas como Child-Pugh o MELD, permite estratificar a los pacientes según su riesgo. La presencia de infecciones, ya sea espontánea o secundaria a procedimientos médicos, incrementa aún más el riesgo debido a la respuesta inflamatoria exacerbada y la inmunosupresión subyacente. Identificar estos subgrupos de alto riesgo no solo facilita la priorización de recursos médicos, como la atención intensiva o la indicación temprana de trasplante hepático, sino que también permite diseñar intervenciones preventivas dirigidas para reducir las complicaciones, mejorar el pronóstico y, en última instancia, disminuir la mortalidad en pacientes con cirrosis.
- ❖ La promoción de medidas preventivas mediante la educación a la población es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades hepáticas, especialmente aquellos con cirrosis. Diversos estudios señalan la importancia de la prevención, destacando que hábitos saludables como mantener una dieta equilibrada, realizar ejercicio regular, evitar el consumo de alcohol y tabaco, y reducir la automedicación contribuyen significativamente a disminuir las complicaciones y retrasar la progresión de la enfermedad. Estas iniciativas educativas no solo aumentan la conciencia sobre los riesgos asociados, sino que también empoderan a los pacientes y sus familias para adoptar cambios positivos en su estilo de vida, lo que repercute en una mejor adherencia al tratamiento y una reducción en la carga sanitaria.

Por tanto, implementar programas de prevención enfocados en la educación comunitaria es una estrategia efectiva para mitigar el impacto de la enfermedad hepática y fomentar una cultura de cuidado y prevención en la población.

6.2. Recomendaciones

- La abstención del alcohol es fundamental, ya que se ha demostrado que constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de hemorragia digestiva alta (HDA) en pacientes con cirrosis hepática, de manera que agrava el daño hepático y favorece la aparición de complicaciones, como las várices esofágicas, que pueden desembocar en episodios hemorrágicos graves.
- Para reducir el impacto de las complicaciones, es necesario el fortalecimiento de la prevención primaria a través de la promoción del uso de beta-bloqueadores no selectivos y la ligadura endoscópica en pacientes cirróticos con várices esofágicas detectadas.
- Es importante la optimización del diagnóstico y manejo temprano, a través del desarrollo y estandarización de protocolos hospitalarios que incluyan el uso inmediato de fármacos vasoactivos y la realización oportuna de endoscopías.
- Resulta imprescindible el enfoque comunitario a través de campañas de sensibilización sobre las causas prevenibles de cirrosis hepática, como el consumo excesivo de alcohol y la hepatitis viral, para reducir la incidencia de complicaciones como la HDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armijos Salina, Abád González, & Riveras Armijos. (2020). Application of the MELD scale in patients of the Liver Transplant. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*, 61-67.

Arun, S., & García, J. (2024). Overview of the management of patients with variceal. *Rev.Med.* : <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-patients-with-variceal-bleeding/print>

Arun, S., & Jasmohan, B. (2024). Pathogenesis of variceal bleeding in patients with cirrhosis. <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-variceal-bleeding-in-patients-with-cirrhosis>

Bustíos C, Dávalos, M., Román, R., & Zumaeta, E. (2018). Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Scielo*.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292007000300003&script=sci_arttext&tlng=en.

Chuecas, J., Torres, T., Cabezas, G., & Lara, B. (2019). Hemorragia digestiva alta. *ARS MEDICA*, 24-34.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356>

Colmenarez, O. (2019). Hemorragia digestiva alta. *OPS/OMS*.

<https://www.paho.org/es/relacsis-0/foro-dr-roberto-becker/hemorragia-digestiva-alta>

Crespo, E., Reyes, C., & Cordero, G. (2021). HEMORRAGIA DIGESTIVA. *Tesla Revista Científica*, 415-439.

<https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/download/59/55/100>

Cuartas, Y. S., & Martínez, L. M. (2020). Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Médicas UIS*, 9-20.

Duarte, C., Beitia, S., & Adame, E. (2019). Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, con alto y bajo riesgo de complicaciones atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomas. *Sociedad de Gastroenterología del Perú*, 105-110. <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/954/918>

Guarnizo, J. (2021). Manejo de la hemorragia digestiva alta en pacientes. *UNL*, 16-18. https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24347/1/JacksonEduardo_Guarnizo%20Garrido.pdf.pdf

Marín Mayor, M., Arias Horcajadas, F., López Trabada, J. R., & Rubio Valladolid, G. (2019). Trastornos por consumo de alcohol. *Medicine*, 12(85), 4993–5003. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.004>

Miño, J., Morales, E., Jazmín, N., & Molano, D. (2022). Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 31(2), 112-122. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1052>

Martínez Guillermo, S., Figueroa, P., Toro, J., García, C., & Csendes, A. (2021). Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. *Revista de cirugía*, 76(6), 728-743. <https://doi.org/10.35687/s2452-454920210061132>

Martínez Leyva, L., Palomino Besada, AB, Quesada Meneses, E., Oliva Rey, JC, Yanes Cicard, A., & Descalzo García, Y. (2021). Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática. *Revista cubana de medicina militar*, 50 (4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000400006

Moreira, O., Rodríguez, Z., & Manzano, E. (2018). Factores asociados a la mortalidad por sangrado digestivo alto variceal. *Revista Habanera de*

Ciencias Médicas, 917-930.

<https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2354>

Roesch, D., González, S., Sánchez, M., & Díaz, R. (2021). Influence of socioeconomic and cultural factors in the in the etiology of cirrhosis of the liver . *Rev Gastroenterol Mex*, 28-35.

Ruiz Velasco, V., García, E., & Ledesma, A. (2022). Evaluation and management of emergencies in the patient with cirrhosis. *Revista de Gastroenterología de México*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255534X22000299?via%3Dihub>

Saltzman, J. (2024). Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. *Rev Med Electrónica*. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults>

Sánchez, C. (2022). HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA. *Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición*.

Smith, A., Baumgartner, K., & Bositis, C. (2019). Cirrhosis: Diagnosis and management. *American Family Physician* , 100(12), 759-770.

Toledo, C. (2020). CIRROSIS HEPÁTICA: MEDIDAS PREVENTIVAS DE ALGUNAS DE SUS COMPLICACIONES. *Rev.Med.Clin.Condes*, 757-763.

ANEXOS

ANEXO 1 Etiología de la hemorragia digestiva alta

Síndrome de Mallory-Weiss
 Carcinoma gástrico
 Esofagitis
 Tumores benignos de estómago y esófago
 Hemobilia
 Síndrome de Rendu-Osler-Weber
 Síndrome de Ehler-Danlos
 Malformaciones de Dielylafoy
 Hemorragias aortoentéricas
 Enfermedad de Von Willebrand
 Fibrinólisis
 Vasculitis y amiloidosis

ANEXO 2 Escala de Child-Pugh

	Puntos		
	1	2	3
Encefalopatía, grados de Trey	No	1-2	3-4
Ascitis	No	Ligera	Moderada
Bilirubina (mg/100 ml)	< 2	2-3	> 3
Albúmina (g/100 ml)	> 3,5	2,8-3,5	< 2,8
Tiempo de protrombina (s)	< 4	4-6	> 6
Tasa de protrombina (%)	> 60	40-60	< 40
INR	< 1,7	1,7-2,3	> 2,3
Cirrosis biliar primaria: Bilirrubina (mg/100 ml)	1-4	4-10	> 10
Puntuación total	Grado		
5-6	A		
7-9	B		
10-15	C		



ANEXO 3 Folleto sobre Medidas Preventivas

MEDIDAS PREVENTIVAS

Reducir o evitar el consumo de alcohol es fundamental para proteger el hígado.

Vacunarse contra la hepatitis B y practicar medidas para prevenir la hepatitis C (uso de agujas seguras, evitar compartir artículos de higiene personal)

Realizar ejercicio regularmente

Llevar una dieta equilibrada con base en alimentos ricos en antioxidantes y evitar alimentos procesados y grasos puede reducir la carga de trabajo del hígado.

Evitar el uso excesivo de medicamentos sin receta, especialmente aquellos que afectan el hígado, como el paracetamol.

CUIDA TU HÍGADO EVITA EL ALCOHOL EXCESIVO Y MANTÉN UNA VIDA SALUDABLE.

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

PREVENCIÓN DE LA CIRROSIS HÉPÁTICA

BRITNEY ROSADO
PAOLA SUMBA

¿QUÉ ES?

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por alteraciones en la morfología normal del hígado y el deterioro brusco de la función hepática, en donde se presenta fibrosis por formación de nódulos.

SÍNTOMAS

- ERITROPIA
- HAZUDA
- EMPEQUECIMIENTO DEL HÍGADO
- HAZUDA
- HAZUDA
- HAZUDA
- HAZUDA
- HAZUDA
- HAZUDA
- HAZUDA

ETIOLOGÍA

CIRROSIS ALCOHÓLICA
El alcoholismo es la causa principal de cirrosis hepática. El consumo excesivo y persistente de alcohol provoca fibrosis hepática, que cuando llega a un cierto grado, los hepatocitos se destruyen.

CIRROSIS VIRAL
El virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la hepatitis B (VHB) tienen la capacidad de provocar una cirrosis hepática. Alrededor del 50% de los pacientes con VHC llegan a desarrollar su enfermedad de manera crónica.

OTRAS CAUSAS
Resto a enfermedades raras comunes como el síndrome de Miller-Fisher, carcinoma gástrico, esofagitis, tumores benignos de estómago y esofago, vasculitis.

COMPLICACIONES

ASCITIS

HIPERTENSIÓN PORTAL

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

SANGRADO POR VARICES ESOFÁGICAS

Anexo 4 Charla Preventiva sobre la Cirrosis Hepática

