Carrera: “Carrera de posgrado de especialización en Clínica Médica”

Institución educativa: Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario.

Título: “Hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos con hipertensión portal, características clínicas y desenlaces en un hospital de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Rosario del 2021 al 2025”.

Alumno: Tavella Delfina Sol.

Directores: María Variego y Diego Piombino.

Centro formador: Hospital de emergencias Clemente Álvarez (HECA).

Año: 2026.

Índice

Resumen 3

Introducción: 3

Material y Métodos: 3

Resultados: 3

Conclusiones: 3

Marco Teórico: 4

Objetivos: 6

General: 6

Específicos: 6

Material y Métodos: 7

Diseño del estudio: 7

Población: 7

Recolección de datos: 7

Métodos: 7

Variables y Definiciones 8

Definición de caso: 8

Variable y definiciones: 8

Análisis estadístico. 11

Consideraciones éticas: 11

Resultados. 12

Discusión 19

Conclusiones 22

Limitaciones. 23

Anexos 24

Bibliografía. Estilo Vancouver. 25

Resumen

Introducción:

La hemorragia digestiva alta (HDA) por hipertensión portal constituye una de las complicaciones más graves de la cirrosis hepática y se asocia a elevada morbimortalidad. Las principales etiologías incluyen las várices esofagogástricas y la gastropatía hipertensiva portal. La estratificación de la gravedad de la enfermedad hepática mediante scores pronósticos, como Child-Pugh y MELD-Na, resulta fundamental para estimar el riesgo de complicaciones, la evolución intrahospitalaria y la mortalidad. Sin embargo, la correlación entre estos scores y los desenlaces clínicos continúa siendo un área de interés en la práctica clínica.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico, que incluyó 71 pacientes cirróticos con un total de 85 episodios de HDA por hipertensión portal. Se analizaron variables demográficas, antecedentes clínicos, scores de gravedad hepática (Child-Pugh y MELD-Na), forma de presentación, etiología endoscópica y desenlaces intrahospitalarios. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas, y las cuantitativas según su distribución. La asociación entre variables se evaluó mediante pruebas estadísticas apropiadas, considerándose significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados:

La población estuvo constituida mayoritariamente por hombres, con una edad media de 54 años, predominando el etilismo como antecedente patológico. La mayoría de los pacientes presentó cirrosis Child-Pugh B y valores de MELD-Na intermedios. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre los scores Child-Pugh y MELD-Na. La hematemesis fue la forma de presentación más frecuente y las várices esofagogástricas la principal etiología endoscópica. La mortalidad intrahospitalaria alcanzó el 13%, con una asociación significativa entre valores elevados de MELD-Na y el óbito. Los episodios de re-sangrado representaron el 5% del total.

Conclusiones:

La HDA por hipertensión portal continúa siendo una complicación grave en pacientes cirróticos, asociada a una mortalidad relevante. Los scores Child-Pugh y MELD-Na demostraron una adecuada correlación entre sí y utilidad pronostica, utilizando el MELD-Na en la identificación de pacientes con mayor riesgo de muerte intrahospitalaria. La correcta estratificación de la gravedad hepática resulta clave para optimizar el manejo clínico y la toma de decisiones en este grupo de pacientes.

Marco Teórico:

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una emergencia médica frecuente y asociada a una elevada morbimortalidad (1;2). Además, representa un alto costo sanitario y económico no solo por su frecuencia sino por las complicaciones que muchas veces trae acarreada (1).

Su incidencia aproximada es de 50 a 150 cada 100.000 hab./año (3;4) presentando una mortalidad que oscila entre el 8 y 10 % en pacientes con recientes hospitalizaciones al 26 % en pacientes que se encuentran hospitalizados por otro motivo (4). Este número se ve en aumento si se tratan de hemorragias digestivas variceales llegando hasta un 15 a un 20% de mortalidad (5).

Resulta importante clasificar a las diferentes HDA según su etiología para decidir el manejo terapéutico. Focalizándonos en los cuadros producidos por hipertensión portal estas pueden producirse a partir de la rotura de varices esofagogastricas, por varices ectópicas y/o por gastropatía hipertensiva presentándose con una frecuencia entre el 6-39% pero con elevada morbimortalidad. (1;2;3). En pacientes cirróticos el gradiente de presión venosa hepática (HVPG) (presión portal) es mayor a 10mmHg (normal <5mmHg), originándose a partir de un aumento en la resistencia vascular intrahepática junto con un aumento del flujo sanguíneo portal (6). Esto origina un conjunto de complicaciones, entre las que nos compete están la formación de vasos venosos colaterales porto sistémicos "varices" que se complican con roturas y sangrados cuando el HVPG>12mmhg. A tener en cuenta, aproximadamente el 50% de los cirróticos ya presentan varices esofágicas a su diagnóstico siendo diferente según el child-pugh (ver anexo I) (7) que manejen (un 40% en los child A y un 85% en los child B y C) (5). Es decir, a mayor child-pugh mayor HVPG (8).

Por otro lado, los sangrados originados por gastropatía hipertensiva se producen a partir de la ruptura de vasos difusos dilatados en la mucosa gástrica y los sangrados por varices ectópicas son los que representan el menor número de sangrados de este tipo, alrededor de un 5% (9).

En cuanto a la presentación clínica el paciente puede referir y/o presentarse con hematemesis y/o melenas o heces alquitranadas. Junto con estos síntomas en menor medida también puede presentarse con signos de descompensación hemodinámica la cual aumenta en gran medida la tasa de mortalidad (2).

Ante un paciente con dicho cuadro se debe iniciar con la reanimación hemodinámica, la evaluación del requerimiento de transfusión sanguínea junto con el tratamiento médico endovenoso (con sustancias vasoconstrictoras como terlipresina, con mejores aprobaciones, u octreotide) y realizar una video endoscopia digestiva alta como método terapéutico-diagnóstico en lo posible dentro de las 12 horas siendo este un paso crucial, considerándolo como Gold estándar, clasificando la naturaleza del proceso de la enfermedad y proporcionado una intervención para detener el sangrado (2).

A tener en cuenta en los casos producidos por gastropatía hipertensiva el único tratamiento aprobado es el uso continuado de propranolol. El inicio de la profilaxis

antibiótica debe ser lo más pronto posible ya que estos pacientes presentan alteraciones en la defensa del huésped tanto humoral como celular lo que aumenta el riesgo de infecciones (5;9;10;11). Además, en estos pacientes la translocación bacteriana es común y está asociado a cambios hemodinámicos y con esto, a variaciones de la hipertensión portal. En general el uso de quinolonas, entre ellas norfloxacina/ ciprofloxacina, por vía oral ha demostrado ser eficaz pero en pacientes con estadios cirróticos más avanzados, es decir en Child-Pugh categoría C o Meld Na (Anexo II) (12) >25 puntos, con inestabilidad hemodinámica, con uso previo de esquemas profilácticos con quinolonas o centros con alta incidencia de infecciones por microorganismos resistentes se considera el uso de cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona 1 gramo/vía) endovenosa (9).

Según la Sociedad Argentina de Gastroenterología la incidencia anual de sangrados variceales es de un 5 a un 15% en los últimos años (5).

Como ya se mencionó en los párrafos anteriores la HDA por hipertensión portal es una urgencia médica que requiere un alto gasto en salud pública. En todos los casos se requiere de la internación del paciente, su estabilización hemodinámica y clínica, la búsqueda de la etiología de la misma y de realizar una terapéutica tanto médica como endoscópica. Así es que esta es una patología a tratar únicamente en los Hospitales de mayor complejidad siendo el Hospital de emergencias Clemente Álvarez de la Ciudad de Rosario centro de derivación Municipal de las mismas.

Hoy día existe una falta de estudios actuales locales sobre la incidencia de los casos, qué población es la más afectada, en qué rango etario y cuál es el motivo principal de su hepatopatía crónica, no permitiendo un conocimiento completo a la hora de actuar sobre ellas en medidas no solamente terapéuticas sino también preventivas, teniendo en cuenta que el hábito etílico cumple un rol fundamental tanto para la aparición de la hepatopatía crónica (cirrosis) como la perpetuación del sangrado digestivo.

Es importante por tal motivo conocer el número de pacientes que en los últimos años se presentaron en lo que es la Red de Salud Pública Municipal de la Ciudad de Rosario con eventos de sangrados digestivos por hipertensión portal por cirrosis hepática relacionando las mismas con el grado de hepatopatía crónica que presentan, qué características demográficas tienen esta población de pacientes, como se presentaron los mismos, la relación con los antecedentes que portan incluido los eventos previos y el tiempo que requirieron de internación en relación a la gravedad del evento.

Por tal motivo se lleva a cabo el presente estudio.

Objetivos:

General:

Describir las características demográficas, clínicas, endoscópicas y los desenlaces intrahospitalarios de los episodios de hemorragia digestiva alta por hipertensión portal en pacientes cirróticos internados en el HECA entre enero 2021 y enero 2025.

Específicos:

- Describir la edad y el sexo de los pacientes incluidos.
- Identificar los antecedentes de relevancia y comorbilidades registradas.
- Describir la distribución de los scores Child-Pugh y MELD-Na y explorar la asociación bivariada entre ambos.
- Caracterizar la forma de presentación clínica de los episodios de HDA.
- Describir la etiología endoscópica de los episodios según VEDA (sangrado variceal, gastropatía por hipertensión portal versus varices ectopicas).
- Describir indicadores de gravedad intrahospitalaria de los episodios (días de internación, requerimiento de unidad de terapia intensiva (UTI), requerimiento transfusional y frecuencia de re sangrado).
- Cuantificar la proporción de episodios que recibieron profilaxis antibiótica con ceftriaxona o ciprofloxacina.
- Caracterizar la condición al egreso de los episodios de HDA (alta hospitalaria, derivación a efectores de menor complejidad u óbito).
- Describir el desenlace intrahospitalario (óbito) según el MELD-NA.

Material y Métodos:

Diseño del estudio:

Estudio descriptivo y analítico retrospectivo de corte transversal.

Población:

Criterios de inclusión: Episodios de hemorragia digestiva alta por hipertensión portal en pacientes con cirrosis hepática de ambos sexos, mayores de 18 años, que hayan ingresado al servicio de clínica médica, requiriendo hospitalización tanto en sala general como en cuidados críticos del hospital de Emergencias Clemente Álvarez, en Rosario, Santa Fe, Argentina; entre los meses de enero del 2021 a enero del 2025.
En caso de que un paciente haya presentado varios episodios de hemorragia digestiva alta por hipertensión portal a lo largo del periodo antedicho se incluyen como episodios independientes.

Criterios de exclusión: Pacientes con historias clínicas extraviadas o datos clínicos insuficientes.

Recolección de datos:

Los pacientes fueron incorporados consecutivamente según la información obtenida de las historias clínicas del servicio de clínica médica, de los informes endoscópicos del servicio de gastroenterología y de la base de datos del servicio de hemoterapia del Hospital Clemente Álvarez. Una vez que se obtuvieron los datos se volcaron en una planilla de cálculo de Microsoft Excel anonimizada.

Métodos:

Las variables basales se analizaron por paciente y los desenlaces clínicos por evento. Dado que algunos pacientes presentaron más de un episodio, los análisis inferenciales se interpretaron como exploratorios.

Variables y Definiciones

Definición de caso:

Hemorragia digestiva alta por hipertensión portal en pacientes cirróticos: sangrado del tracto digestivo superior secundario al aumento de la presión portal, habitualmente causado por la rotura de várices esofagogástricas, gastropatía hipertensiva portal u otras colaterales portosistémicas, confirmado por videoendoscopia digestiva alta (VEDA).

Variable y definiciones:

Características demográficas: Conjunto de variables que describen a la población en estudio. Dentro de estas se incluyó a la **edad expresada en años (variable cuantitativa continua)** mayores de 18 años y el **sexo, femenino o masculino (variable cualitativa nominal)** según lo registrado en las historias clínicas del equipo médico tratante.

Características clínicas: Conjunto de variables que describen el estado de salud del paciente, incluyendo síntomas, antecedentes relevantes, comorbilidades y hallazgos clínicos, utilizadas para caracterizar la presentación de la enfermedad en una población en estudio.

Se tuvo en cuenta dentro de estas (información obtenida de lo registrado en las historias clínicas del equipo médico tratante):

-Los **antecedentes de relevancia** de la población en estudio: Aquellos antecedentes que tienen un impacto directo en el motivo de consulta, la enfermedad en estudio o el pronóstico. Entre ellas se tuvo en cuenta: **habito etílico (etilismo), portación de hepatitis C y antecedente de hemorragia digestiva alta previa**. (**Variable cualitativa nominal).**

-**Comorbilidades** de la población en estudio: Condiciones coexistentes con la patología principal. Entre ellas se tuvo en cuenta a la presencia de: **Hipertensión Arterial, diabetes mellitus y tabaquismo**. (**Variables cualitativas nominales)**.

-Gravedad de la enfermedad hepática según los **scores**:

Child-Pugh: Herramienta clínica pronostica utilizada en la enfermedad hepática crónica, que clasifica la gravedad de la disfunción hepática en **clases A, B o C** a partir de parámetros clínicos y bioquímicos, y permite estimar pronóstico, riesgo de complicaciones y mortalidad. (**Variable cualitativa ordinal).**

MELD-Na: Score pronóstico utilizado en la enfermedad hepática avanzada, que estima la gravedad de la disfunción hepática y el riesgo de mortalidad a corto plazo a partir de parámetros bioquímicos objetivos, incluyendo sodio sérico, y se emplea para la priorización en lista de trasplante hepático. Rangos ad hoc: **<9 puntos, 10-19 puntos, 20-29 puntos, 30-39 puntos o >=40 puntos.** (**Variable cuantitativa discreta)**.

-Sintomatología clínica al ingreso: Conjunto de signos y síntomas referidos o constatados en el momento de la admisión hospitalaria, que motivan la consulta y describen la presentación clínica inicial del paciente. Entre estos: hematemesis, melena, ambos y hematoquecia. (**Variable cualitativa nominal).**

Características endoscópicas. Conjunto de hallazgos observados durante la VEDA que describen las lesiones, su localización y severidad, y permiten identificar la etiología y el origen del sangrado en una población en estudio. Datos recolectados a partir de los informes endoscópicos correspondientes. Entre estos se encontraron los originados por rotura de **varices esofagogastricas** (dilataciones venosas patológicas del esófago y/o estómago, secundarias a hipertensión portal, que actúan como colaterales portosistémicas y presentan alto riesgo de sangrado), **varices ectópicas** (dilataciones venosas porto sistémicas anómalas localizadas fuera del esófago y estómago, secundarias a hipertensión portal) y las producidas **por gastropatía hipertensiva** (alteración de la mucosa gástrica secundaria a hipertensión portal, caracterizada por congestión vascular difusa, que puede producir sangrado digestivo agudo o crónico).
(Variables cualitativas nominales).

Desenlaces intrahospitalarios: Conjunto de eventos clínicos y resultados ocurridos durante la internación, que reflejan la evolución, las complicaciones y el pronóstico del paciente hasta el alta, traslado o fallecimiento. Se tuvo en cuenta, según lo registrado en las historias clínicas, los informes endoscópicos y del servicio de hemoterapia:
-**Requerimiento transfusional**: necesidad de administración de hemoderivados durante la internación, indicada para corregir anemia o inestabilidad hemodinámica, y utilizada como indicador de gravedad clínica y del sangrado. Cuantificación numérica de 0 (ninguna transfusión) a máximo 9 unidades requeridas de glóbulos rojos. (**Variable cuantitativa discreta).**
-Requerimiento de **ingreso a unidad de terapia intensiva (UTI):** Necesidad de internación en un área de cuidados críticos para monitoreo continuo y soporte avanzado, debido a inestabilidad hemodinámica, compromiso de órganos o riesgo vital durante la evolución hospitalaria. Si o No lo requirió la población. (**Variable cualitativa nominal).**
-**Re sangrado**: reaparición de sangrado digestivo luego del control inicial del episodio hemorrágico, manifestado por signos clínicos, descenso de hemoglobina o nuevos hallazgos endoscópicos. Si o No lo presento la población. (**Variable cualitativa nominal).**
-Días de requerimiento de internación: Número total de días de hospitalización necesarios desde el ingreso hasta el egreso, utilizados como indicador de la evolución clínica, la complejidad del manejo y el consumo de recursos sanitarios. Cantidad de días con un mínimo de 1 día y un máximo de 41 días. (**Variable cuantitativa discreta)**.
-Proporción de episodios que recibieron **profilaxis antibiótica**: administración preventiva de antibióticos con el objetivo de reducir infecciones bacterianas, re-

sangrado y mortalidad durante la internación. Sea ceftriaxona y/o Ciprofloxacina. (**Variable cualitativa nominal).**

-Condición al **egreso**: Estado clínico del paciente al momento de finalizar la internación, categorizado según el resultado de la evolución hospitalaria (alta médica, traslado a efector de menor complejidad u óbito). (**Variable cualitativa nominal).**

Análisis estadístico.

Las variables **cualitativas** se describieron mediante **frecuencias absolutas y relativas,** expresadas en **porcentajes**.

Las variables **cuantitativas** fueron evaluadas para determinar su distribución mediante la **prueba de Kolmogorov-Smirnov** con corrección de **Lilliefors.** Aquellas variables que presentaron **distribución normal se expresaron como media ± desvío estándar**, mientras que las variables con **distribución no normal se describieron mediante mediana y rango intercuartílico.**

La asociación entre los **puntajes Child-Pugh y MELD-Na** fue evaluada mediante el **coeficiente de correlación de Spearman**, considerando el carácter ordinal de Child-Pugh y la distribución no normal de las variables.

Asimismo, la asociación entre el **puntaje MELD-Na** categorizado (<20 y ≥20 puntos) y el **desenlace intrahospitalario (óbito)** fue analizada mediante la **prueba exacta de Fisher**.

En todos los análisis se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Consideraciones éticas:

La confidencialidad de los datos de los pacientes será salvaguardada en todo momento. En ningún caso tendrán acceso a los datos personales no autorizado para tal fin, y no serán reveladas ninguna información que sea susceptible de permitir la identificación de los pacientes.

Trabajo aprobado según Comité de Docencia del Hospital de emergencias Dr. Clemente Álvarez. **ADJUNTO Aprobación.**

Resultados.

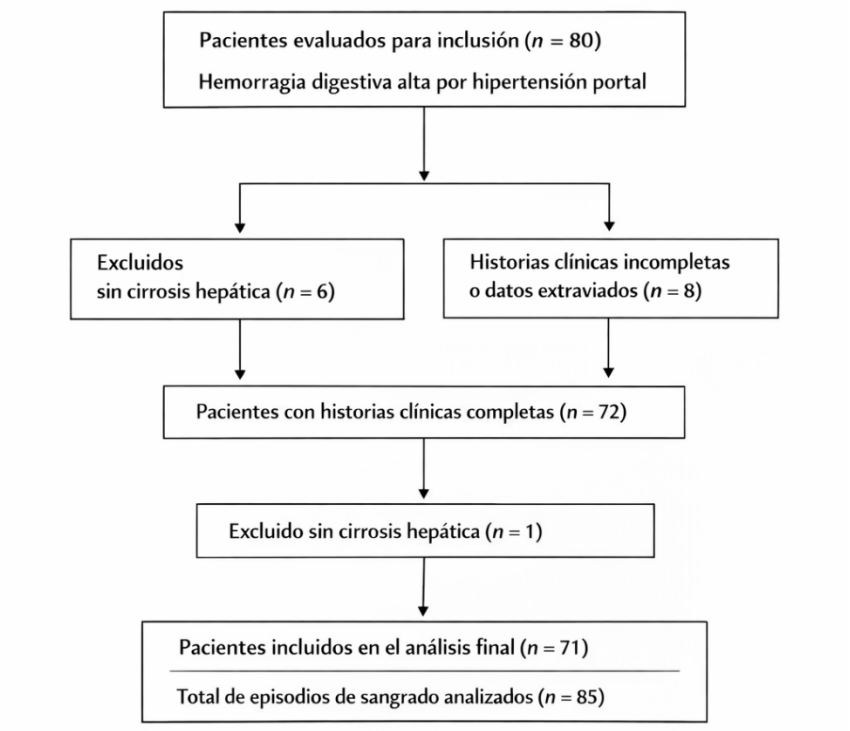
Se identificaron inicialmente 80 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta secundaria a hipertensión portal. De este total, 74 presentaban cirrosis hepática, mientras que 6 no cumplían dicho criterio.

Asimismo, 8 historias clínicas fueron excluidas por presentar información incompleta y/o datos extraviados. Luego de esta exclusión, quedaron 72 pacientes con registros clínicos completos. Sin embargo, uno de estos pacientes no presentaba cirrosis hepática, por lo que tampoco fue incluido en el análisis final.

En consecuencia, la población definitiva del estudio quedó conformada por 71 pacientes cirróticos con datos clínicos completos.

Durante el período evaluado, algunos pacientes presentaron más de un episodio de sangrado, por lo que el análisis incluyó un total de 85 eventos hemorrágicos.

Diagrama de flujo de inclusión de pacientes.



En primer lugar, se presentan los resultados descriptivos correspondientes a las características de la población en estudio, considerando como unidad de análisis a los pacientes (n = 71).

Del total de pacientes incluidos, el 87% correspondió al sexo masculino (n = 62) y el 13% al sexo femenino (n = 9) **(Gráfico 1).** La edad mínima registrada fue de 29 años y la máxima de 70 años, con una media de 54 años y un desvío estándar de 8 años **(Gráficos 2).**

Gráfico 1. Porcentaje de pacientes por sexo.

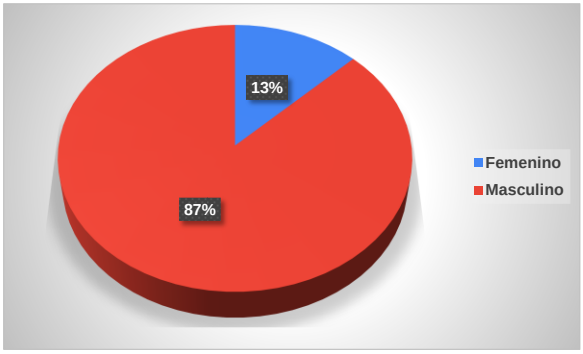
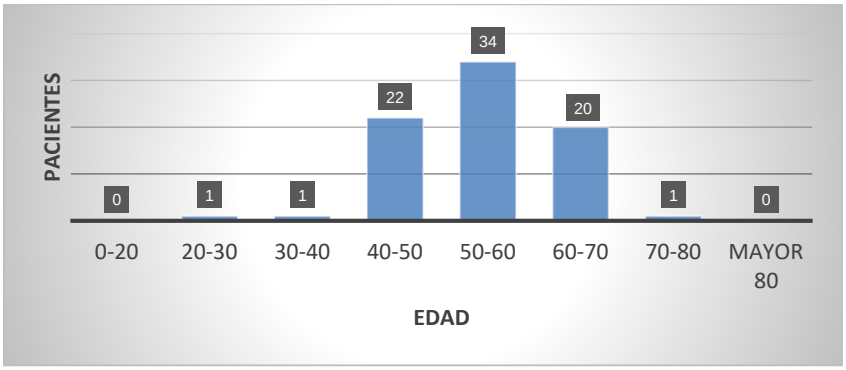


Gráfico 2. Diagrama de barras. Eje abscisas (edad) y eje ordenadas (pacientes).



En relación con los antecedentes patológicos y comorbilidades relevadas —entre ellos etilismo, tabaquismo, diabetes mellitus e hipertensión arterial— el etilismo se registró en el 89% de los pacientes (n = 63). El tabaquismo estuvo presente en el 34% de los casos (n = 24), la diabetes mellitus en el 18% (n = 13) y la hipertensión arterial en el 20% (n = 14) **(Gráfico 3)**. El antecedente de infección por virus de la hepatitis C se registró en el 11% de los pacientes (n = 8) **(Gráfico 4)**, y el antecedente de hemorragia digestiva alta previa en el 24% (n = 17) **(Gráfico 5)**.

Gráfico 3. Pacientes según antecedentes previos.

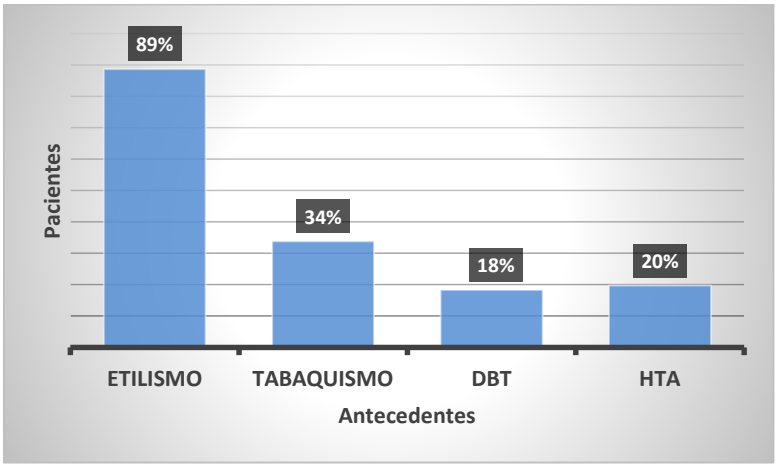


Gráfico 4. Pacientes según serología para Virus Hepatitis C.

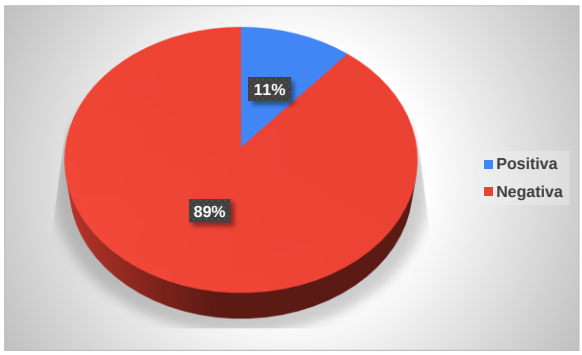
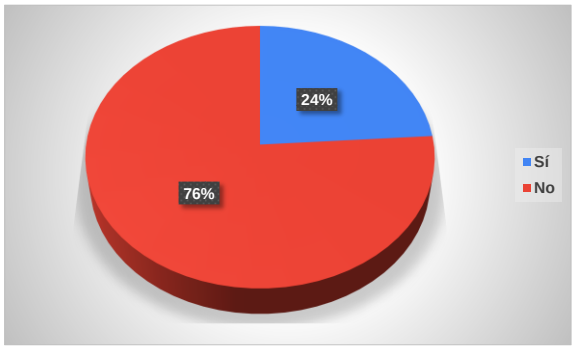


Gráfico 5. Pacientes según HDA previa.



Al evaluar la gravedad de la enfermedad hepática mediante el puntaje CHILD-PUGH, el 59% de los pacientes correspondió a la categoría Child-Pugh B (n = 42), el 30% a Child-Pugh C (n = 21) y el 11% a Child-Pugh A (n = 8) **(Tabla 1).**

Tabla 1. Pacientes según su CHILD – PUGH.

CHILD – PUGH	Nº pacientes	% pacientes
A	8	11
B	42	59
C	21	30
Total pacientes	71	100

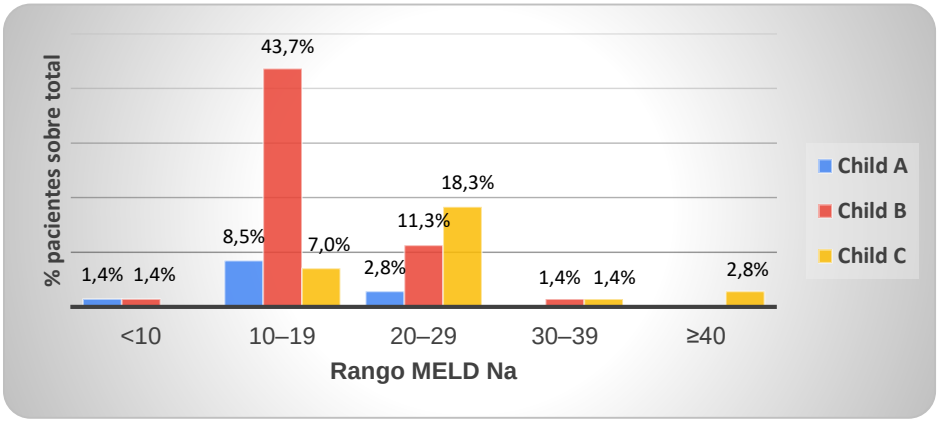
En relación con el índice MELD-Na, el 59% de los pacientes (n = 42) se ubicó en el rango de 10–19 puntos, el 32% (n = 23) en el rango de 20–29 puntos, y los rangos <9, 30–39 y >40 puntos estuvieron representados por 2 pacientes cada uno (3% en cada categoría) **(Tabla 2)**.

Tabla 2. Pacientes por Índice Pronóstico MELD-Na.

MELD-Na	Nº pacientes	% pacientes
>40	2	3
30 – 39	2	3
20 – 29	23	32
10 – 19	42	59
< 9	2	3
Total pacientes	71	100

Se analizó la correlación entre los puntajes CHILD-PUGH y MELD-Na mediante el coeficiente de Spearman. **(Grafico 6)**.

Gráfico 6. Pacientes según Índice Pronóstico MELD-Na y Child Pugh.



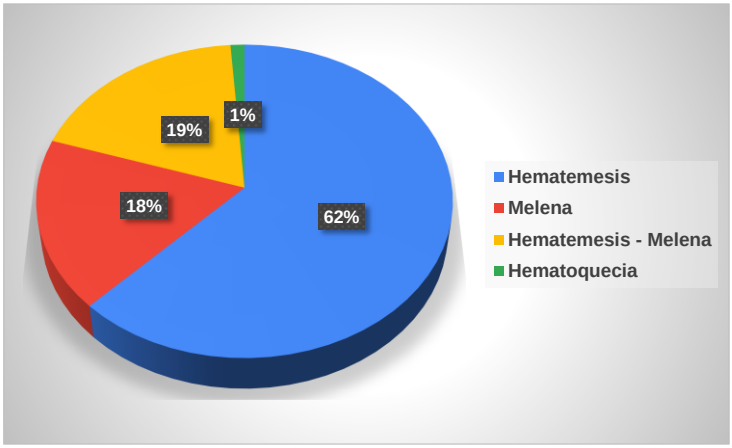
En segundo lugar, se presentan los resultados correspondientes a los eventos de hemorragia digestiva alta (n = 85).

Respecto de la forma de presentación clínica al ingreso, la hematemesis se registró en el 62% de los casos (n = 53), la combinación de hematemesis y melena en el 19% (n = 16), la melena aislada en el 18% (n = 15) y la hematoquecia en el 1% (n = 1) **(Tabla 3 y Gráfico 7)**.

Tabla 3. Síntomas al ingreso de la internación.

Síntoma	Nº eventos	% eventos
Hematemesis	53	62,4
Melena	15	17,6
Hematemesis – Melena	16	18,8
Hematoquecia	1	1,2
Total eventos	85	100

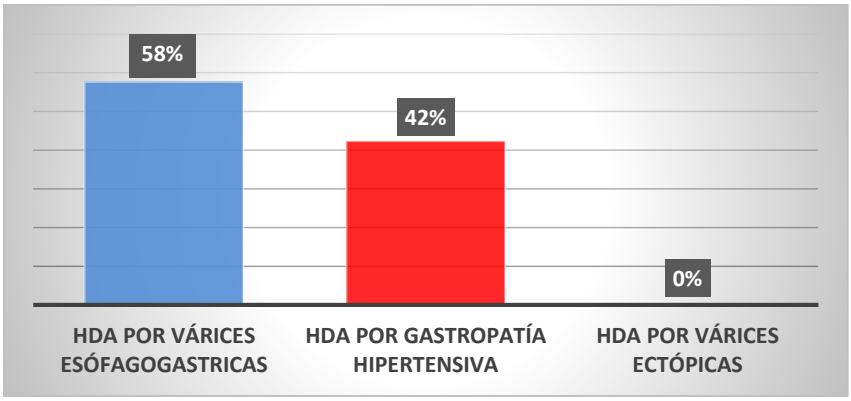
Gráfico 7. Síntomas al ingreso de la internación.



En cuanto a la etiología, determinada mediante videoendoscopia digestiva alta (VEDA), las várices esofagogástricas representaron el 58% de los casos (n = 49), mientras que la

gastropatía hipertensiva portal correspondió al 42% (n = 36). No se registraron várices ectópicas **(Gráfico 8)**.

Gráfico 8. Etiología de HDA.



El 1% (n = 1) requirió 9 unidades **(Tabla 4)**. El 86% de los eventos no requirió ingreso a unidad de terapia intensiva (n = 73), mientras que el 14% sí lo requirió (n = 12) **(Grafico 9)**. El re sangrado intrahospitalario se registró en el 5% de los eventos (n = 4) **(Grafico 10)**.

Tabla 4. Requerimiento transfusional (en UGR) durante la internación.

Requerimiento transfusional (en UGR)	Nº eventos	Eventos (%)
0	41	48,2
1	18	21,2
2	16	18,8
3	6	7,0
4	2	2,4
5	1	1,2
9	1	1,2
Total eventos	85	100

Gráfico 9. Requerimiento de UTI de los pacientes en la internación.

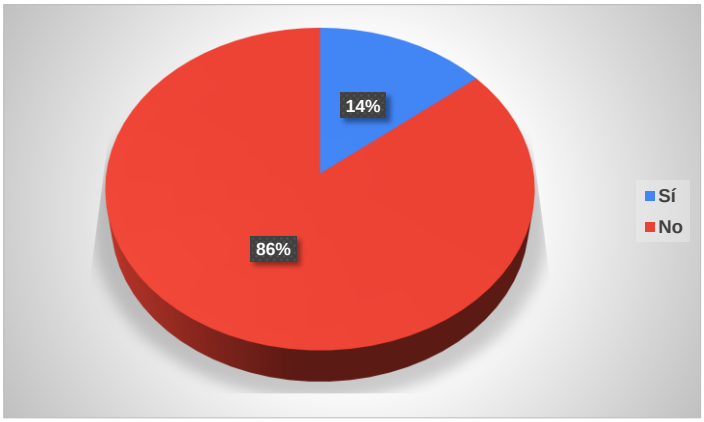
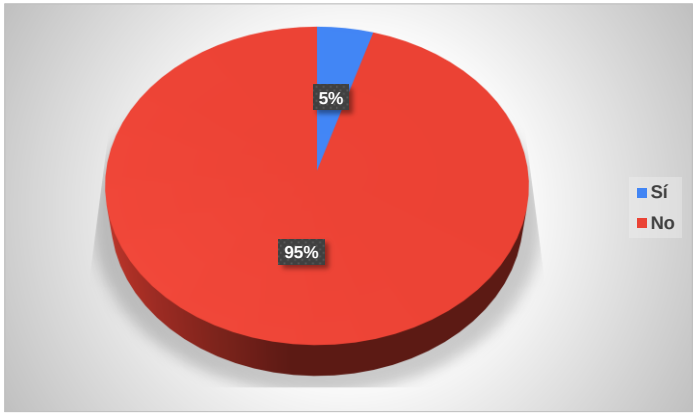
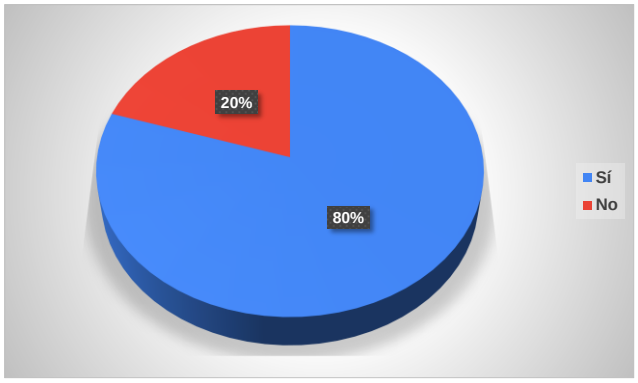


Gráfico 10. Eventos de re-sangrado durante la internación.



La duración de la internación presentó un mínimo de 1 día y un máximo de 41 días. Dado el comportamiento asimétrico de la variable, además de la media de 6,7 días y el desvío estándar de 5,46 días, se calcularon la mediana (5 días) y el rango intercuartílico (4 días; Q1 = 4 y Q3 = 8). La profilaxis antibiótica fue indicada en el 80% de los eventos (n = 68) **(Gráfico 11)**.

Gráfico 11. Profilaxis antibiótica con ceftriaxona o ciprofloxacina.

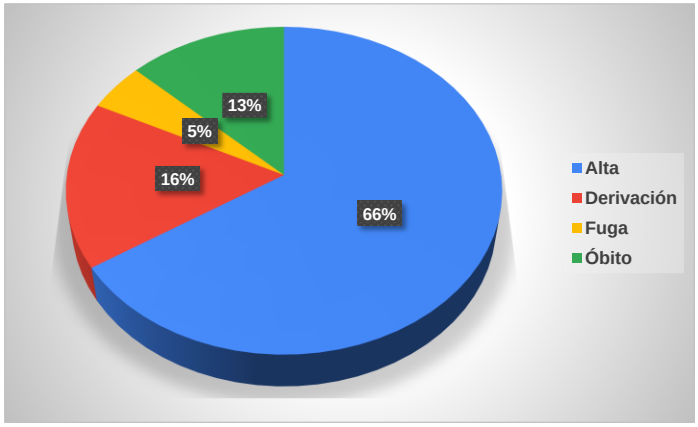


Al momento de la externación, el 66% de los eventos correspondió a altas hospitalarias (n = 56), el 16% a derivaciones (n = 14), el 5% a fugas (n = 4) y el 13% a óbito (n = 11) **(Tabla 5 y Gráfico 12)**.

Tabla 5. Condición a la externacion.

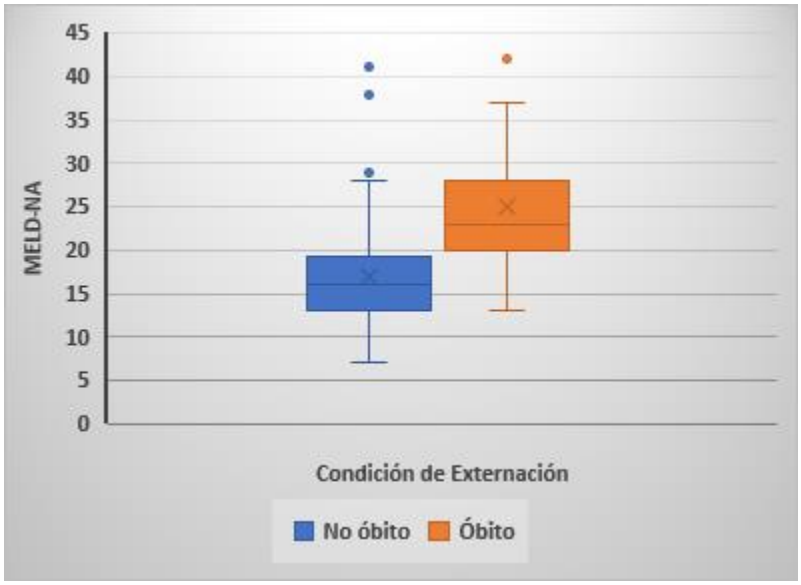
Tipo de egreso	Nº eventos	% eventos
Alta	56	65,9
Derivación	14	16,5
Fuga	4	4,7
Óbito	11	12,9
Total eventos	85	100

Gráfico 12. Condición a la externacion.



Finalmente, se evaluó la asociación entre óbito intrahospitalario y el índice MELD-Na categorizado (<20 vs ≥20) mediante prueba exacta de Fisher, observándose un valor de $p < 0,05$. **(Gráfico 13)**.

Grafico 13. Diagrama de caja. Condición a la externacion-obito y MELD-Na.



Discusión

La hemorragia digestiva alta (HDA) por hipertensión portal constituye una de las principales causas de internación en pacientes con cirrosis hepática y representa un evento de descompensación mayor, asociado a elevada morbimortalidad. A pesar de los avances en el manejo endoscópico y farmacológico, continúa siendo una entidad asociada a elevada complejidad clínica. En este contexto, el presente estudio permitió caracterizar una cohorte local de pacientes cirróticos con HDA, integrando variables demográficas, clínicas, endoscópicas y evolutivas, y compararlas con la evidencia disponible.

En relación con las características demográficas, los hallazgos de este estudio coinciden con la literatura, donde se describe un predominio del sexo masculino y una edad media en la sexta década de la vida (8,13,14). En nuestro estudio, el predominio masculino fue más marcado (87%), lo que podría vincularse con la elevada prevalencia de factores etiológicos como el consumo crónico de alcohol en esta población. La edad media de 54 años, levemente inferior a lo reportado en otros estudios, podría reflejar un inicio más precoz de la enfermedad hepática, posiblemente asociado a patrones de consumo y a limitaciones en el acceso a controles médicos en etapas iniciales. Estos hallazgos sugieren particularidades epidemiológicas locales que condicionan la presentación clínica de la enfermedad.

Respecto a los antecedentes y comorbilidades, los resultados también muestran concordancia parcial con estudios previos. El alto porcentaje de etilismo (89%) en nuestro estudio supera lo reportado en otras cohortes (8,14,15), lo que sugiere un perfil etiológico fuertemente dominado por la hepatopatía alcohólica en nuestra población. Esta diferencia podría vincularse a factores socioculturales y epidemiológicos locales. En contraste, la proporción de pacientes con antecedente de HDA previa (24%) fue considerablemente menor a la reportada en el estudio de Buenos Aires (75,5%) (15), lo que podría indicar una menor recurrencia documentada o, alternativamente, sub registro de episodios previos o menor seguimiento longitudinal en nuestro hospital, ya que actualmente el Hospital Clemente Álvarez no presenta consultorios ambulatorios para el seguimiento de los pacientes una vez que se les otorga el alta hospitalaria realizándose dicho seguimiento en efectores de menor complejidad como en efectores de primer nivel de atención por lo que no se puede garantizar la continuidad por parte del mismo equipo de atención del hospital. Estas diferencias reflejan la heterogeneidad entre poblaciones y sistemas de atención, incluso dentro de un mismo país, y sugieren que los factores organizacionales y de seguimiento pueden influir en la caracterización clínica de los pacientes.

En cuanto a la gravedad de la enfermedad hepática, la distribución de los scores Child-Pugh y MELD-Na en nuestra cohorte es consistente con la literatura, donde predominan los estadios intermedios y avanzados (8,14,16). El predominio de pacientes clasificados

como Child-Pugh B (59%) indica que la mayor parte de la población se encontraba en un estadio de compromiso hepático moderado al momento del evento hemorrágico. Este hallazgo resulta consistente con la historia natural de la cirrosis, en la cual las complicaciones de la hipertensión portal, como la hemorragia digestiva alta, suelen manifestarse con mayor frecuencia en estadios intermedios o avanzados de la enfermedad. En este sentido, los pacientes en categoría B representan un grupo clínicamente inestable, con deterioro funcional significativo, pero aún con mayor reserva hepática en comparación con el estadio más avanzado. Asimismo, en el contexto local, este predominio podría estar vinculado como ya se mencionó anteriormente a patrones de consulta tardía y diagnóstico en etapas ya evolucionadas de la enfermedad, particularmente en pacientes con antecedentes de etilismo, lo que condiciona que una proporción importante de los casos se identifique en fases de descompensación clínica. La correlación significativa entre Child-Pugh y MELD-Na observada en este estudio refuerza la coherencia interna entre ambos sistemas de evaluación. Sin embargo, la concentración de pacientes en rangos intermedios de MELD-Na (10–29) podría indicar que el sangrado digestivo alto no ocurre exclusivamente en estadios terminales, sino también en fases evolutivas previas, lo cual coincide con el carácter descompensante de este evento. En conjunto, estos resultados refuerzan que la hemorragia digestiva alta por hipertensión portal no es un evento exclusivo de estadios terminales, sino que puede presentarse en fases intermedias de la enfermedad, lo que resalta la importancia de una adecuada estratificación del riesgo incluso en pacientes no clasificados como de máxima gravedad.

En relación con la forma de presentación clínica, nuestros resultados coinciden con los estudios comparativos, donde la hematemesis, aislada o combinada con melena, constituye la forma predominante de presentación (8,14). Esta consistencia refuerza que el patrón clínico de la HDA por hipertensión portal es relativamente homogéneo entre distintas poblaciones probablemente debido a mecanismos fisiopatológicos comunes.

Desde el punto de vista etiológico, la distribución observada en nuestro estudio muestra algunas diferencias relevantes. Si bien el sangrado por várices gastroesofágicas fue la causa más frecuente, la proporción de gastropatía hipertensiva portal (42%) fue mayor a la reportada en otras series (8,14,15), donde esta entidad suele tener menor peso relativo. Esta diferencia podría estar relacionada con características propias de la población, como el grado de hipertensión portal o el uso previo de terapias profilácticas para várices.

En cuanto a los indicadores de gravedad intrahospitalaria, los resultados de nuestro estudio muestran una menor severidad relativa en comparación con algunas series internacionales. El requerimiento transfusional (52%), la necesidad de ingreso a terapia intensiva (14%) y la tasa de resangrado (5%) fueron inferiores a las reportadas en

estudios de Colombia y Perú (8,14). Estas diferencias podrían explicarse por múltiples factores, incluyendo un diagnóstico más precoz, un manejo terapéutico oportuno, o diferencias en los criterios de internación y transfusión. Estas diferencias también podrían estar influenciadas por características organizacionales del Hospital, incluyendo la disponibilidad de unidades de cuidados intensivos, lo que puede condicionar los criterios de internación y el manejo de los pacientes. Asimismo, la menor tasa de re-sangrado podría estar vinculada a la efectividad del tratamiento endoscópico y farmacológico instaurado durante la internación. En relación con la duración de la internación, algunos estudios latinoamericanos han reportado estancias hospitalarias variables en pacientes con hemorragia variceal. En particular, Parra Pérez et al. (14) describen internaciones prolongadas en asociación con mayor gravedad clínica y re-sangrado, lo que resulta consistente con la variabilidad observada en nuestro estudio, donde si bien la media fue de 6,7 días, se evidenció una distribución asimétrica con valores extremos.

En relación con la profilaxis antibiótica, sea con ceftriaxona y/o ciprofloxacina, el porcentaje de indicación (80%) fue similar al reportado en otras series (8,14), lo que sugiere una adecuada adherencia a las recomendaciones actuales. No obstante, la ausencia de cobertura en el 20% de los eventos podría representar una oportunidad de mejora en la práctica clínica, en línea con las recomendaciones internacionales vigentes, considerando el impacto de esta intervención en la reducción de infecciones y mortalidad posterior a un evento de hemorragia digestiva alta.

Respecto a los desenlaces intrahospitalarios, la mortalidad observada (13%) se encuentra dentro del rango reportado en la literatura (8,14,15), lo que indica que, a pesar de las diferencias en otras variables, la evolución final de los pacientes es comparable a la de otras cohortes. La asociación entre mayor gravedad de la enfermedad hepática y mortalidad ha sido consistentemente descripta (16,17), y en nuestro estudio se evidenció una asociación significativa entre MELD-Na ≥20 y óbito intrahospitalario. Este hallazgo es coherente con el rol de este score como marcador de severidad y refuerza su utilidad en la estratificación de riesgo en este contexto clínico.

Finalmente cabe destacar que, si bien la mayoría de los objetivos planteados encontraron estudios comparativos en la literatura, existe escasa evidencia local que describa de manera conjunta todos estos aspectos en pacientes con HDA por hipertensión portal.
En este sentido, el presente estudio contribuye a ampliar el conocimiento disponible y constituye un aporte original en el contexto regional.

Conclusiones

El estudio caracterizó a pacientes con hemorragia digestiva alta por hipertensión portal en un hospital de alta complejidad, con predominio de enfermedad hepática avanzada y concordancia entre los scores Child-Pugh y MELD-Na.

Los episodios se asociaron a internación de duración moderada, frecuente requerimiento transfusional, baja necesidad de UTI y una tasa de re-sangrado del 5%.

Se observó una asociación entre MELD-Na elevado y óbito intrahospitalario en el análisis bivariado exploratorio, lo que sugiere su posible utilidad en la estratificación de riesgo y requiere confirmación en estudios futuros.

Limitaciones.

El presente estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, su diseño retrospectivo y observacional impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. En segundo lugar, al tratarse de un estudio unicéntrico, los resultados pueden no ser generalizables a otros contextos asistenciales.

Asimismo, algunos pacientes presentaron más de un episodio de hemorragia digestiva alta durante el período evaluado, por lo que parte de los análisis se realizaron por evento y no por paciente, lo cual debe ser tenido en cuenta al momento de interpretar los resultados.

Por otra parte, la información analizada dependió de la calidad de los registros en las historias clínicas, lo que implica la posibilidad de sesgo de información y pérdida de datos.

Finalmente, las asociaciones estadísticas observadas corresponden a análisis bivariados de carácter exploratorio, sin ajuste por potenciales variables de confusión.

Anexos

ANEXO I (15)

Parámetros	Puntos asignados		
	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada
Bilirrubina (mg/dl)	<=2	2-3	>3
Albumina (g/dl)	>3.5	2.8-3.5	<2.8
Tiempo de protrombina (TP) RIN	<1.7	1.7-2.2	>2.2
Encefalopatía	No	Grado 1-2	Grado 3-4

Child-Pugh A: 5 a 6 puntos. Tasa de mortalidad 10%.
Child-Pugh B: 7 a 9 puntos. Tasa de mortalidad 30%.
Child-Pugh C: 10 a 15 puntos. Tasa de mortalidad 70-80%.

ANEXO II (16)

índice pronóstico utilizado para valorar la gravedad de la cirrosis hepática que se correlaciona muy bien con la mortalidad a tres meses.

-Puntuación de creatinina (mg/dl)
-Puntuación de bilirrubina (mg/dl)
-Puntuación del RIN
-Puntuación del Sodio sérico (Meq/l)

Según puntuación:

Puntuación Meld-Na	Mortalidad (%)
>40	71.3
30-39	52.6
20-29	19.6
10-19	6
<9	1.9

Bibliografía. Estilo Vancouver.

1. Martínez Salinas GA, Figueroa Navarro PP, Toro Pérez JI, García Carrasco C, Csendes Juhasz A. Conducta actual frente a la hemorragia digestiva alta: desde el diagnóstico al tratamiento. Rev Cir. 2021;73(6):728-743.
2. Proaño-Bautista C, López-Maldonado M, Rivera-Chilliquinga J, López-Mier R. Hemorragia digestiva alta: etiología, diagnóstico y tratamiento. Pol Con. 2024;9(1):1128-1139.
3. Ferrer E. Manejo de la hemorragia digestiva alta [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.colmed9.com.ar/index.php/trabajos-y-monografias
4. Velastegui Armas C, Kroll Chica C, Armijos Oviedo D, Urbina Padilla E, Suarez Velastegui S, Moreno Pineda G. Sangrado digestivo alto y bajo: agentes etiológicos y tratamiento. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2024;8(3). Disponible en: https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/11793/17181
5. Sociedad Argentina de Gastroenterología. Hemorragia digestiva alta por hipertensión portal [Internet]. Arch Endosc. 2020. Disponible en: https://sage.org.ar/wp-content/uploads/2020/12/E-FILES-HEMORRAGIA-DIGESTIVA-ALTA-POR-HIPERTENSION-PORTAL.pdf
6. Tayyem O, Bilal M, Samuel R, Merwat SK. Evaluation and management of variceal bleeding. Dis Mon. 2018;64(7):312-320. doi:10.1016/j.disamonth.2018.02.001
7. Tsoris A, Marlar C. Use of the Child-Pugh score in liver disease. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2013. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542308/
8. Martínez JD, Garzón MA, Rey MH, Hernández G, Beltrán O, Ceballos J, Ponce de León E, Varón A. Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes cirróticos con sangrado varicoso. Rev Colomb Gastroenterol. 2016;31(1):14-21.
9. Villanueva C, García-Pagán JC, Hervás Molina A. Hemorragia digestiva alta por hipertensión portal. En: Manual de práctica clínica en gastroenterología y hepatología. Asociación Española de Gastroenterología. Disponible en: https://www.aegastro.es/documents/pdf/Manual-de-pr%C3%A1ctica-Cl%C3%ADnica-en-Gastroenterolog%C3%ADa-y-Hepatolog%C3%ADa-Ejemplo-de-cap%C3%ADtulo.pdf
10. Chavez-Tapia NC, Barrientos-Gutierrez T, Tellez-Avila FI, Soares-Weiser K, Mendez-Sanchez N, Gluud C, Uribe M. Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with upper gastrointestinal bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(9):CD002907. doi:10.1002/14651858.CD002907.pub2
11. Cremers I, Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. Ther Adv Gastroenterol. 2014;7(5):206-216. doi:10.1177/1756283X14538688
12. Perdomo Puentes JC, Rocha H, Nicolau S. Effectiveness of the MELD/Na score and the Child-Pugh score for identifying palliative care needs in patients with

liver cirrhosis. Indian J Palliat Care. 2018;24(3):317-322. doi:10.4103/IJPC.IJPC_97_18
13. Wichelmann TA, et al. Acute variceal hemorrhage in Germany: a nationwide study of 65,357 hospitalized cases. Gastroenterol Res Pract. 2024;2024:5453294. doi:10.1155/2024/5453294
14. Parra Pérez VF, Raymundo RM, Gutiérrez de Aranguren CF. Factores relacionados a resangrado y mortalidad en pacientes cirróticos con hemorragia variceal aguda. Rev Gastroenterol Peru. 2013;33(2):131-138.
15. Berreta J, Kociak D, Corti R, Morales G, Ortiz M, Laplacette M, Bellido F, Romero G, Salgado P, Tumilasci O. Predictores de mortalidad hospitalaria en la hemorragia digestiva alta variceal. Acta Gastroenterol Latinoam. 2008;38(1):28-34.
16. Tantai X, Liu N, Yang L, Wei Z, Xiao C, Song Y, Wang J. Prognostic value of risk scoring systems for cirrhotic patients with variceal bleeding. World J Gastroenterol. 2019;25(45):6668-6680. doi:10.3748/wjg.v25.i45.6668
17. Altamirano J, Zapata L, Augustin S, Muntaner L, González-Angulo A, Ortiz AL, Degiau L, Garibay J, Camargo L, Genescà J. Predicting 6-week mortality after acute variceal bleeding. Ann Hepatol. 2009;8(3):251-258. doi:10.1016/S1665-2681(19)31743-0