



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Prevalencia de la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en  
pacientes con cirrosis hepática tratados en el Hospital Teodoro  
Maldonado Carbo entre mayo del 2020 a mayo 2021.**

**AUTORES:**

**Arce Chávez Carlos Alberto  
Loor Ordoñez Grace Gabriela**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
MÉDICO/A**

**TUTOR:**

**Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo, PhD.**

**Guayaquil, Ecuador**

**1 de mayo del 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Arce Chávez Carlos Alberto**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis**

**Guayaquil, a uno del mes de mayo del año 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Loor Ordoñez Grace Gabriela**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

### **TUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo**

### **DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis**

**Guayaquil, a uno del mes de mayo del año 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **ARCE CHAVEZ CARLOS ALBERTO**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática tratados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2020 a mayo 2021**, previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a uno del mes de mayo del año 2022**

**EL AUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Arce Chávez Carlos Alberto**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **LOOR ORDOÑEZ GRACE GABRIELA**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática tratados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2020 a mayo 2021** previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a uno del mes de mayo del año 2022**

**EL AUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Loo Ordoñez Grace Gabriela**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Arce Chávez Carlos Alberto**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática tratados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2020 a mayo 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a uno del mes de mayo del año 2022**

**EL AUTOR:**

f. \_\_\_\_\_  
**Arce Chávez Carlos Alberto**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Loor Ordoñez Grace Gabriela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática tratados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2020 a mayo 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a uno del mes de mayo del año 2022**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Loor Ordoñez Grace Gabriela**

# RESULTADO DE SIMILITUD



## Document Information

---

Analyzed document	TESIS P68 ARCE CHAVEZ CARLOS ALBERTO Y LOOR ORDOÑEZ GRACE GABRIELA.doc (D134143024)
Submitted	2022-04-21T06:30:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	arcecarios29@gmail.com
Similarity	0%
Analysis address	robertobriones.ucsg@analysis.arkund.com

## Sources included in the report

---

<b>SA</b>	<b>informefinal_amorosodomenica_calderonrommel.docx..docx</b> Document informefinal_amorosodomenica_calderonrommel.docx.docx (D110485822)	 1
-----------	--	---

---

TUTOR

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios.

A mis padres, Gerardo Arce e Ivanova Chávez por la vida.

A mi madre, Ivanova Chávez y mi abuela Alba Salazar quien también lleva el título de madre por apoyarme en cada decisión que he tomado en transcurso de estos años, por no permitirme rendir a pesar de las adversidades a lo largo de los últimos seis años llenos de crecimiento a nivel académico y personal.

A mis tíos y padrinos Enith e Iver Chávez, los cuales siempre he podido contar con ellos, sin importar la circunstancia desde mi nacimiento. Aunque, en este momento quiero darle un protagonismo a mi tía por todos sus detalles y actividades realizadas durante estos años de carrera de universitaria.

A mis hermanos, Nicole, Gabriel y Alba; mis confidentes y mejores amigos por siempre haber estado conmigo celebrando mis éxitos y, sobre todo, levantándose de mis derrotas.

A mis amigos y próximamente colegas, los cuales han desarrollado un papel importante en el transcurso de estos.

A mi tutor de trabajo de titulación Dr. Roberto Briones Jiménez, gracias por aceptarme cuando le propuse ser mi tutor porque sabía que con su experiencia a nivel investigativo podría desarrollar un buen trabajo. Por siempre mostrarse paciente ante mis dudas y crisis, por sus consejos y por ser uno de los pocos docentes que nunca dudo de mi capacidad.

A todas las personas que de una u otra forma aportaron en mí en este proceso.

A mi perseverancia de no abandonar y anhelo de ser médico. Gracias.

***Carlos Alberto Arce Chávez***

Primeramente, doy gracias a Dios, mis padres, hermanos, amigos y compañero de tesis por la confianza y apoyo puestos en mí.

Gracias a mi Alma Mater, Universidad Católica Santiago de Guayaquil por permitirme desarrollar profesionalmente en lo que tanto me apasiona.

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes; he logrado concluir con éxito un proyecto que en principio parecía interminable, pero gracias a cada uno pude disfrutar de su proceso.

***Grace Gabriela Loor Ordoñez***

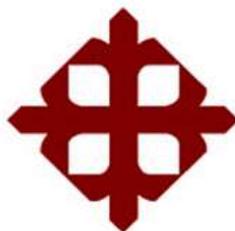
## DEDICATORIA

A mi madre, Ivanova Chavez y abuela, Alba Salazar quien con su amor se ha ganado el ser considerada como mi madre. Gracias por su apoyo, paciencia y amor incondicional durante estos años los cuales no han sido fáciles, sin ellas no hubiese sido llevadero el proceso; por ser las únicas personas que confiaron en mi al momento de comenzar mi etapa universitaria, motivándome día a día y nunca dejándome conformar con menos. Ellas con el paso del tiempo me han inculcado que la profesión médica se trata de resistencia, mas no de tiempo, son mi ejemplo a seguir. Por ustedes continuo y continuaré esforzándome y luchando por mis objetivos, este logro no es mío, es vuestro.

***Carlos Alberto Arce Chavez***

Llena de regocijo dedico este proyecto en primer lugar a Dios por su infinita bondad, darme salud y haber guiado cada uno de mis pasos durante toda la carrera; en segundo lugar, a mis padres Daniel y Grace pilar fundamental en mi vida quienes con todo su amor y apoyo me acompañaron en mis momentos difíciles a levantarme de cada tropiezo, por ayudarme con los recursos necesarios para avanzar con mis estudios. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, principios y a forjar el carácter. A mi abuelita Amada, que en paz descansa, por haberme enseñado desde pequeña la perseverancia y empeño guiándome por el camino de la superación. A mi hermana Verónica quien en vida fue un ejemplo para mí de lucha y bondad, que a pesar de las adversidades que se lleguen a presentar siempre hay que ser fuertes y poner nuestra confianza en Dios. Por último, a mis maestros por brindarme sus enseñanzas y conocimiento durante todos estos años que duró el proceso integral de formación contribuyendo así a la consecución de este logro.

***Grace Gabriela Loor Ordoñez***



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Ayón GenKoung Andrés Mauricio**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
OPONENTE

# ÍNDICE

RESUMEN.....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1 .....	4
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	4
1.1    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2    OBJETIVOS .....	4
1.2.1    OBJETIVO GENERAL.....	4
1.2.2    OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.3    HIPÓTESIS.....	5
1.4    JUSTIFICACIÓN .....	5
CAPÍTULO 2:.....	6
MARCO TEÓRICO .....	6
2.1.    FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
2.1.1.    GENERALIDADES.....	6
2.1.2.    EPIDEMIOLOGÍA .....	7
2.1.3.    FISIOPATOLOGÍA .....	8
2.1.4.    FACTORES DE RIESGO .....	9
2.1.5.    DIAGNÓSTICO .....	10
2.1.6.    HEMORRAGIA POR VÁRICES ESOFÁGICAS.....	10
2.1.7.    CIRROSIS HEPÁTICA.....	12
2.1.8.    ETIOLOGÍA DE CIRROSIS HEPÁTICA.....	12
2.1.9.    FISIOPATOLOGÍA DE CIRROSIS HEPÁTICA.....	13

2.1.10. CIRROSIS HEPATICA: CUADRO CLINICO.....	14
2.1.11. COMPLICACIONES DE CIRROSIS HEPATICA .....	15
<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..</b>	<b>16</b>
3.1. MÉTODOS .....	16
3.2. TIPO DEL ESTUDIO.....	16
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN .....	16
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA: .....	17
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	17
3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	17
3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: .....	18
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	18
3.7. REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS.....	19
3.8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	29
<b>CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>31</b>
4.1. CONCLUSIONES.....	31
4.2. RECOMENDACIONES.....	32
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>33</b>

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1. PREVALENCIA DE CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y CIRROSIS HEPÁTICA DE ACUERDO CON EL SEXO DEL PACIENTE.	19
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ACUERDO CON EDAD DEL PACIENTE .....	21
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ACUERDO CON SEVERIDAD DE ENFERMEDAD HEPÁTICA SEGÚN ESCALA DE CHILD PUGH .....	22
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ACUERDO CON CLASIFICACIÓN DE BAVENO.....	23
TABLA 5. COMORBILIDADES EN EL GRUPO DE ESTUDIO .....	24
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CIRROSIS HEPÁTICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ACUERDO CON RECURRENCIA DEL CUADRO.....	25
TABLA 7. MORTALIDAD EN CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS .....	26
TABLA 8. ASOCIACIÓN ENTRE SEVERIDAD DE ENFERMEDAD HEPÁTICA CON DESARROLLO DE RECURRENCIAS.....	27
TABLA 9. ASOCIACIÓN ENTRE SEVERIDAD DE CUADRO HEPÁTICO Y MORTALIDAD POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA .....	28

## INDICE DE GRÁFICOS

FIGURA 1.- PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON EL SEXO DEL PACIENTE .....	20
FIGURA 2.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL GRUPO ETARIO .....	21
FIGURA 3.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN ESCALA DE CHILD PUGH .....	22
FIGURA 4.- DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE BAVENO .....	23
FIGURA 5.- COMORBILIDADES EN PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO	24
FIGURA 6.- RECURRENCIA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA .....	25
FIGURA 7.- MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA .....	26

## RESUMEN

**Introducción:** Uno de cada tres pacientes con cuadros de cirrosis hepática, incluso en etapas asintomáticas, poseen várices esofágicas en desarrollo o completamente instauradas, las cuales son muy susceptibles a sangrado, especialmente cuando la presión en su interior es superior a los 12mmHg, y este sangrado, en caso de no aplicarse el tratamiento de forma oportuna, alcanza una probabilidad de recidivas de hasta un 60% y una mortalidad de hasta el 15%. En aquellos pacientes que no la tienen, la posibilidad de aparición es del 5% al año y 12% a los 3 años.

**Materiales y Métodos:** Consiste en una investigación de tipo retrospectiva con corte transversal, con análisis descriptivo y correlacional de la información, donde la muestra estuvo conformada por 154 casos de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta y Cirrosis Hepática atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

**Resultados:** El 61,7% de los casos fueron de sexo masculino y el grupo etario de 51 a 60 años resultó el de mayor reporte con el 45,5%. La Escala B Child Pugh se reportó en el 58,4% de casos y las várices de pequeño tamaño según Escala de Baveno ocuparon el 53,9%. La mortalidad fue del 44,4% de casos. La severidad de la enfermedad hepática según Escala de Child Pugh demostró una correlación con la mortalidad y desarrollo de recurrencias en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La edad del paciente entre 51 a 60 años, el sexo masculino y comorbilidades como Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus constituyen los principales factores asociados al desarrollo de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Cirrosis. La enfermedad Hepática Grado B según Escala de Child Pugh y el tamaño pequeño de las várices según Escala de Baveno corresponden a los factores clínicos de mayor prevalencia. La mortalidad en estos pacientes es elevada, afectando 2 de cada 5 casos.

**Palabras Clave:** *Hemorragia Digestiva Alta, Cirrosis Hepática, Prevalencia, Mortalidad.*

## INTRODUCCIÓN

Se ha definido a la Hemorragia Digestiva Alta como el proceso de pérdida de volumen sanguíneo abrupto, donde su origen radica en la porción superior del tracto gastrointestinal, tomando como línea divisoria el ángulo de Treitz. Esta patología se desarrolla en cualquier grupo poblacional, sin distinciones o diferencias en la incidencia de acuerdo con las características demográficas o comorbilidades y condiciones de los mismos, sin embargo, existe un mayor reporte en casos de sexo masculino cuya edad sea superior a los 60 años. <sup>(1)</sup>

Entre las principales manifestaciones clínicas asociadas a esta patología, su presentación clásica es a través de la hematemesis, además de la presencia de melena. Estados manifestaciones se presentan en casi todos los casos de esta patología, debido a que su incidencia no varía en relación con el punto inicial de la lesión. Actualmente, esta enfermedad corresponde a una de las de mayor prevalencia a nivel hospitalario de forma global, siendo incluso uno de los principales motivos de consulta a nivel de la atención por emergencia. De la misma forma, la mortalidad asociada a esta entidad patológica se encuentra altamente relacionada con la cantidad de sangre que se perdió durante el proceso activo, además de estar estrechamente relacionada con el sitio de la lesión donde se desarrolló la pérdida de sangre, las características epidemiológicas del paciente y sus antecedentes. <sup>(2)</sup>

Desde su descripción inicial, se ha determinado a la cirrosis hepática como una de las causas más frecuentes e importantes asociadas a hemorragia digestiva alta y a su vez, posee una mortalidad y morbilidad considerables. A nivel de la región de Latinoamérica, representa la quinta causa de muerte entre los países que forman parte del continente, y así mismo, se la ha descrito como la segunda causa de muerte en pacientes cuya edad se encuentre dentro del rango etario comprendido entre los 30 y 65 años de edad. <sup>(3)</sup>

Generalmente, uno de cada tres pacientes con cuadros de cirrosis hepática, incluso en etapas asintomáticas, poseen várices esofágicas en desarrollo o completamente instauradas, las cuales son muy susceptibles a sangrado, especialmente cuando la presión en su interior es superior a los 12mmHg, y este sangrado, en caso de no aplicarse el tratamiento de forma oportuna, alcanza una probabilidad de recidivas de hasta un 60% y una mortalidad de hasta el 15%. En aquellos pacientes que no la tienen, la posibilidad de aparición es del 5% al año y 12% a los 3 años. <sup>(3)</sup>

Por este motivo, se procederá a realizar el presente trabajo de investigación enfocado en la determinación de la prevalencia y los factores asociados de los cuadros de hemorragia digestiva alta por várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática, a nivel del hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, el cual representa una institución sanitaria de alto nivel de complejidad y que es centro de referencia a nivel regional y nacional.

# **CAPÍTULO 1**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Planteamiento del Problema**

La hemorragia digestiva alta aguda representa una carga sanitaria considerable con tasas de mortalidad que oscilan entre el 15 y el 30% y en el paciente con cirrosis es una complicación frecuente y dramática. El desarrollo de várices esofágicas se ha informado previamente en hasta el 80% de los pacientes con cirrosis hepática. El riesgo de hemorragia aumenta con la gravedad de las várices esofágicas siendo mayor con las várices grandes. Además, la mortalidad asociada con las várices hemorrágicas es extremadamente alta entre el 20 y el 35%, incluso con la mejor atención hospitalaria. También hay una alta tasa de recurrencia de hemorragias en hasta el 60% de los supervivientes.

Además, el sangrado digestivo de origen variceal es la segunda causa de descompensación en pacientes cirróticos luego de la ascitis y depende del nivel de hipertensión portal del paciente. Dada la alta tasa de mortalidad con cada aparición de hemorragia por varices, es imperativo identificar a los pacientes que están en riesgo de hemorragia y se espera que se beneficien del tratamiento profiláctico primario.

### **1.2 Objetivos**

#### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática tratados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo 2020 a mayo 2021.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar las características demográficas de los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta diagnosticada con cirrosis hepáticas.
2. Establecer la tasa de mortalidad por hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática.
3. Identificar las comorbilidades más frecuentes presentados en los pacientes.
4. Analizar las diferentes etiologías de las hemorragias digestivas presentadas en los pacientes.

### **1.3 Hipótesis**

El desarrollo de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con cirrosis hepática es elevado y su desarrollo es mayor en pacientes de sexo masculino, mayores a 45 años de edad y con comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial.

### **1.4 Justificación**

La capacidad de predecir los resultados clínicos sigue siendo un tema de considerable interés, ya que el pronóstico temprano puede ayudar a estratificar y tratar a los pacientes de mayor riesgo de manera más eficaz. Además, los pacientes cirróticos ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por cualquier causa son una población de riesgo particularmente alto con una mortalidad intrahospitalaria que oscila entre el 20 y el 100%. <sup>(10)</sup> La detección temprana de várices esofágicas y el inicio oportuno del tratamiento profiláctico minimizarán potencialmente el riesgo de hemorragia por várices y la mortalidad asociada. Sin embargo, los servicios endoscópicos todavía son limitados en la mayoría de los países con recursos limitados, como Ecuador, donde todavía es relativamente costoso para la detección de rutina de las varices esofágicas y no está fácilmente disponible. Además, la prevalencia de várices esofágicas entre los pacientes con cirrosis hepática es variable y algunos pacientes que se someten a exámenes endoscópicos pueden no tener várices en absoluto.

## **CAPÍTULO 2:**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

##### **2.1.1. GENERALIDADES**

Se define a la Hemorragia digestiva alta como el proceso patológico de pérdida de sangre constante en el tracto gastrointestinal, específicamente a nivel de la región anatómica encontrada entre el esfínter esofágico distal y el punto de referencia marcado por el ángulo de Treitz, el cual se ubica anatómicamente a nivel del segundo espacio lumbar. Este cuadro puede desarrollarse de forma específica a nivel de este sector mencionado o por la presencia de lesiones en otras zonas anatómicas que, al momento de desarrollarse la pérdida de sangre, ocupa el sector delimitado correspondiente al tracto digestivo alto, como es el caso de las fístulas a nivel de vasos arteriosos, como es el caso de la aorta en su porción digestiva, de acuerdo a sus relaciones anatómicas. <sup>(1,3)</sup>

Los episodios de hemorragia digestiva alta sintomática comprenden, en la actualidad, a un 15% de los episodios de urgencias médicas atendidas en el marco de salud pública y, de igual manera, comprende un proceso patológico de alta severidad y pronóstico reservado que tiene una frecuencia importante en la práctica médica. Por este motivo es parte de múltiples lineamientos y protocolos de manejo que, en el caso de pacientes con este diagnóstico definido o con cuadro sintomático, el manejo debe darse en el área de urgencias o incluso en cuidados intermedios, de acuerdo con el volumen de sangre perdido durante el cuadro, donde además debe realizarse un abordaje multidisciplinario a causa de las posibles complicaciones que puedan desarrollarse. <sup>(4)</sup>

De igual manera, se recomienda un análisis completo del paciente con la finalidad de poder determinar la existencia de antecedentes, ya sea asociado al consumo de medicamentos, de hábitos alimenticios o incluso de cuadros de antecedentes familiares, que puedan intervenir en el desarrollo de esta patología, propiciando la lesión de la mucosa gástrica o duodenal. <sup>(5)</sup>

### **2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA**

Los episodios de hemorragia digestiva alta, de acuerdo a estudios desarrollados en los últimos años, posee una prevalencia mucho más elevada en contraste con el desarrollo de hemorragia digestiva baja, manteniendo una proporción de 5 casos por cada episodio de hemorragia digestiva baja. En la práctica médica actual, la incidencia de este cuadro patológico alcanza hasta un 2% de los casos, es decir, se desarrolla en 2 de cada 100 pacientes, y varía de acuerdo con el grupo poblacional, siendo mayor en casos de pacientes con una edad mayor a los 60 años y quienes se encuentran con comorbilidades que requieran un tratamiento continuo, por motivo de ingesta permanente de medicamentos. <sup>(6)</sup>

Por lo menos en un 20% de casos de hemorragia digestiva alta hay lesiones a nivel de la capa mucosa del estómago, siendo la causa de mayor frecuencia en el desarrollo de estos cuadros, seguido de las enfermedades variceales a nivel del esófago, la cual tiene un 15%, con las demás etiologías con prevalencias inferiores al 10% de los casos. Se ha determinado un número de hospitalizaciones de aproximadamente 60 mil casos en el Ecuador debido a cuadros compatibles con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, de los cuales un porcentaje que va desde un 5 hasta un 12% fallecen. <sup>(7)</sup>

De esto, se ha determinado que aproximadamente un 50% de estos pacientes son de tercera edad, y en ellos el riesgo de mortalidad incrementa hasta en un 300%. Así mismo existen factores asociados al buen pronóstico en esta patología como lo son la edad menor a 60 años, el control hemodinámico normal, no presentar cuadros de pérdida de sangre activos al momento del ingreso hospitalario, así como ausencia de comorbilidades que

tengan un compromiso hemodinámico y el mantenimiento de los indicadores de coagulación, así como el INR, normales. Múltiples estudios corroboran esta información e indican que existe una reducción tanto en la incidencia como en la mortalidad de esta patología, e incluso reducirse en un 40% en casos donde se realiza un abordaje diagnóstico y terapéutico temprano. <sup>(8)</sup>

### **2.1.3. FISIOPATOLOGÍA**

La aparición de várices esofágicas se fundamenta en un incremento en la presión, la cual favorece el origen de vías circulatorias colaterales para reducir la misma y originar una descompresión del lecho vascular, sin embargo, esto no llega a regularizar la presión a nivel portal. Esta circulación colateral proviene generalmente de vasos sanguíneos ya existentes, los cuales se ramifican y expanden para poder abarcar un mayor volumen y flujo sanguíneo, a través de la formación y consecuente redistribución a nivel de vasos sanguíneos nuevos. <sup>(9)</sup>

Hasta el momento, se ha logrado describir cuatro zonas donde se realiza el drenaje sanguíneo y corresponde a la circulación venosa con la formación de várices esofágicas, las cuales se describen a continuación: <sup>(10,11)</sup>

1. Zona gástrica. Corresponde las venas de menor tamaño, siendo las que con normalidad se encuentran por debajo de la zona de unión gastroesofágica, a partir de donde se realiza el drenaje hacia las venas gástricas cortas y a la vena gástrica izquierda, para finalmente drenar dos venas de mayor calibre, las cuales son la esplénica y la vena porta.
2. Zona de empalizada. Esta zona corresponde principalmente a la porción superior en relación con la localización de la zona gástrica. Usualmente las venas que forman parte de esta zona se anastomosan con las venas que se localizan en la periferia de la porción distal del esófago.
3. Zona perforante. Se encuentra proximal, hacia el esófago inferior, con respecto a la zona de empalizada. Un grupo de venas en la submucosa esofágica, llamadas perforantes, se conectan con las

venas de la periferia esofágica y drenan en conjunto en el sistema ácidos y circulación venosa general.

4. Zona truncal. Es la más larga de todas, aproximadamente 11cm de longitud y se encuentra cerca de la zona perforante. Contiene cuatro venas longitudinales a nivel de la lámina propia del esófago.

Entre estas regiones, la zona empalizada es la que con mayor frecuencia presenta sangrados, porque no hay venas que las conecten con las periesofágicas, por lo que no hay vías de descompresión. A diferencia de las venas encontradas en la región truncal, las cuales tienen como vía de escape de flujo sanguíneo a las venas perforantes. <sup>(11)</sup>

#### **2.1.4. FACTORES DE RIESGO**

Se ha reportado que, en casos donde exista un diámetro superior al punto de corte de 13 milímetros a nivel de la vena porta, además de un INR por encima de 1.5 y acompañado por niveles de plaquetas por debajo de los 150.000, representan los principales factores de riesgo para desencadenar un cuadro de varices esofágicas en los pacientes que tienen el antecedente patológico de cirrosis. El nivel del riesgo de desarrollar estos episodios es directamente dependiente de la presencia de estos factores, considerándose que, en caso de no estar ninguna de estas condiciones presente, el riesgo de desarrollar un cuadro de varices esofágicas es inferior al 10%, así como en los casos donde están los tres factores de forma concomitante, el riesgo de desarrollo y aparición de varices esofágicas llega a elevarse hasta aproximadamente un 90%. <sup>(12)</sup>

Por estos motivos, es altamente recomendado realizar de forma periódica estudios complementarios en modo de screening, para detectar con antelación malformaciones sugestivas de varices esofágicas, con especial énfasis en llevar a cabo una endoscopia de tipo diagnóstica y con profilaxis primaria hacia el sangrado en casos donde se haya determinado al menos una o más de las condiciones previamente descritas en pacientes ya diagnosticados de cirrosis. <sup>(12, 13)</sup>

## **2.1.5. DIAGNÓSTICO**

### Endoscopia

Hasta el momento, es una indicación básica el llevar a cabo una endoscopia en todos aquellos casos donde exista la certeza o sospecha diagnóstica de hipertensión a nivel portal, para así poder determinar de forma temprana y oportuna las varices esofágicas y valorar las zonas de mayor compromiso de sangrado, que se destacan por ser los puntos donde exista un mayor nivel de adelgazamiento de la pared. Se ha descrito con mucha frecuencia la relación entre los episodios de varices esofágicas y la consecuente aparición de varices a nivel de la región gástrica, también ocasionadas por la enfermedad de base que es la hipertensión portal, lo cual aumenta la utilidad de la endoscopia en la determinación de ambas. <sup>(14)</sup>

### Ecografía Endoscópica

También conocida como endosonografía, se encuentra indicada para la evaluación de casos en los cuales la endoscopia convencional no permita diferenciar la presencia de varices esofágicas y gástricas en las zonas de los pliegues, por lo cual se recomienda utilizarse en sospecha de gastropatía asociada a hipertensión portal. <sup>(15)</sup>

## **2.1.6. HEMORRAGIA POR VÁRICES ESOFÁGICAS**

Este evento se desarrolla principalmente por el aumento paulatino e intenso de la presión a nivel de las várices, la cual viene como consecuencia del incremento a nivel de la presión portal. Se ha determinado que, para que exista el cuadro de hemorragia, el gradiente de presión a nivel de la vena porta debe encontrarse por encima de los 12mmHg. Es importante tener en cuenta, puesto que, al disminuir terapéuticamente la presión de la vena porta a niveles menores de 12 mmHg, se reduce considerablemente el riesgo de que las várices originen hemorragia. <sup>(16)</sup>

La principal condición causante de la rotura y posterior sangrado de las várices es la tensión que ejerza su pared, dándose la ruptura cuando la tensión sobrepasa cierto punto, conocido como punto de rotura. Esta tensión, acorde a ley de Laplace, se determina por el gradiente de presión a través de la pared por el radio y el grosor de la misma. Con esto se determina que a medida que aumenta el tamaño de las várices y existe un mayor adelgazamiento a nivel de la pared, el incremento de presión a nivel de la várice tendrá un mayor efecto negativo y con mayor probabilidad ocasionará una ruptura. Es por esta razón que se observa mayor sangrado en las várices de mayor tamaño y que las zonas de mayor adelgazamiento de la pared, conocida como los signos rojos, presentan un mayor riesgo de hemorragia. <sup>(17)</sup>

Al menos la cuarta parte de los pacientes que hayan desarrollado varices esofágicas se estima que tendrán un episodio de sangrado en los próximos 18 a 24 meses, proporción que puede alcanzar hasta el 40% en casos de pacientes con varices de gran tamaño y con una pared mucho más delgada, mientras que en los casos de cuadros de varices de pequeño tamaño y sin indicios de posible sangrado, este porcentaje se reduce a un 12 a 15% de los casos. <sup>(17, 18)</sup>

Son varios los factores que influyen de forma directa en la presión a nivel de la vena porta y consecuentemente a nivel de la presión dentro de la varice, como son el tamaño y grosor de la pared de las mismas. En ese sentido, se ha reportado que en casos donde exista una presión portal superior a los 20 mmHg, el pronóstico de supervivencia de los pacientes en caso de haber un episodio de hemorragia es sumamente bajo. El grado de severidad de enfermedad hepática, medido a través de la clasificación de Child Pugh, es directamente proporcional al riesgo de hemorragia. <sup>(18)</sup>

La mortalidad promedio que tienen estos eventos de hemorragia digestiva alta alcanza un 20%, donde puede haber ciertas elevaciones en caso de tratarse de pacientes con un antecedente de enfermedad hepática de elevada severidad, lo cual se establece por medio de la clasificación de Child

Pugh. Tomando como referencia esta escala, se ha demostrado que los pacientes que encajan en el grupo de clasificación A tienen un mayor índice de supervivencia y generalmente son de muy buen pronóstico, a diferencia de los pacientes que se encuentran encasillados en grado C, los cuales su mortalidad puede ir desde un 25 a 35%. <sup>(19)</sup>

### **2.1.7. CIRROSIS HEPÁTICA**

La cirrosis hepática comprende el punto final de una serie de sucesos patológicos crónicos que tienen un impacto directo a nivel del hígado, donde se caracteriza principalmente por la formación de tejido fibrótico que afecta de forma importante el patrón y distribución del parénquima y genera un daño grave al tejido hepático. A pesar que por mucho tiempo se lo consideraba como una enfermedad irreversible e incurable, se ha demostrado que el uso de ciertos abordajes que supriman el agente agresor del tejido puede enlentecer e incluso detener el proceso fibrótico y por ende el curso natural de la patología. <sup>(20)</sup>

### **2.1.8. ETIOLOGÍA DE CIRROSIS HEPÁTICA**

Son varias las patologías o hábitos que pueden afectar de forma directa el tejido hepático y desenlazar en un cuadro de cirrosis, sin embargo, se realizara el abordaje de las condiciones que con mayor frecuencia finalizan en esta patología: <sup>(21)</sup>

- Cirrosis Alcohólica. Desde hace mucho tiempo, se ha catalogado al alcoholismo como la principal causa de esta patología a nivel global, donde se estima que al menos el 60% de todos los casos de esta patología son atribuibles a la ingesta excesiva de alcohol. Se desarrolla con mayor frecuencia en pacientes masculinos, a una proporción de 3 a 1. La ingesta crónica de alcohol tiene a producir fibrosis del tejido hepático, con una consecuente destrucción de las células y un proceso de regeneración con la formación de nódulos de pequeño y gran tamaño, que son usualmente característicos en la histopatología de estos pacientes.

- Cirrosis Viral. El virus de Hepatitis C y Hepatitis B han demostrado que tienen la capacidad de originar un cuadro de cirrosis, especialmente el de tipo C, donde se ha demostrado que al menos el 75% de los pacientes con esta infección tienen a la cronicidad, de los cuales la quinta parte tendrá un cuadro de cirrosis entre los siguientes 15 a 25 años. En contraste a esto se encuentra la infección por virus de Hepatitis B, en la cual se ha reportado que solamente el 5% de los casos pasan a la cronicidad y de ellos la quinta parte desarrollaran esta patología. Al realizar la evaluación por medio de un examen histopatológico se caracteriza por la presencia de zonas de fibrosis cuya base se encuentra en la zona portal, con puentes de fibrosis y formación de micro y macronodulos de regeneración, similar a los de la cirrosis alcohólica.
- Otras causas. Tanto el consumo de alcohol como las infecciones virales comprenden al menos el 90% de todos los casos de cirrosis hepática, sin embargo, existen otras etiologías de mucha menor frecuencia como las enfermedades congénitas.

### **2.1.9. FISIOPATOLOGÍA DE CIRROSIS HEPÁTICA**

A pesar que el mecanismo bajo el cual se origine y desarrolle el cuadro de cirrosis hepático sea dependiente del agente causal, existen muchas similitudes y procesos compartidos entre los mismos, donde todo el proceso fisiopatológico se traduce en un proceso inflamatorio a nivel de las capas endoteliales con una reducción del flujo circulatorio de sangre a nivel de las venas centrales y los sinusoides hepáticos, lo cual de forma paulatina alcanza las vénulas a nivel de la región portal y ocasiona una isquemia en los acinos hepáticos, finalizando en una apoptosis de los hepatocitos y la hiperplasia nodular regenerativa que finalmente culminara en fibrosis. <sup>(22)</sup>

### **2.1.10. CIRROSIS HEPATICA: CUADRO CLINICO**

Para poder definir de forma exacta el cuadro clínico de los pacientes con cirrosis hepática, es sumamente importante clasificarlo en dos distintas etapas evolutivas, con la finalidad de esclarecer las características patognomónicas de cada una. Estas etapas son las siguientes: <sup>(23, 24)</sup>

- Cirrosis en etapa compensada. Consiste en un periodo generalmente de curso asintomático y crónico, que puede tener incluso varios años de evolución, en el cual el paciente no presenta ningún tipo de manifestaciones clínicas que llame la atención y que originen un motivo de consulta. En un menor número de casos, mucho menos frecuente, el paciente presenta manifestaciones clínicas inespecíficas y de muy leve intensidad, como es el caso de la dispepsia, astenia y dolor a nivel abdominal bajo, lo cual suele confundirse frecuentemente con enfermedades del tracto gastrointestinal bajo. Es de curso subclínico y solamente es diagnosticado de forma accidental cuando hay exámenes o evaluaciones rutinarias.
- Cirrosis descompensada. En este periodo predomina la muerte celular de los hepatocitos, lo que se evidencia como la aparición de varias manifestaciones clínicas y complicaciones de la enfermedad de forma paralela, como son la ascitis y la hipertensión portal. De igual manera aparecen otros síntomas como:
  - Diarrea intermitente
  - Anemia normocítica y normocrómica
  - Alteraciones en la coagulación
  - Hipogonadismo
  - Alteraciones en parámetros renales

## **2.1.11. COMPLICACIONES DE CIRROSIS HEPATICA**

### Hipertensión Portal

Como ya fue descrito previamente, se denomina así al incremento del gradiente de presión a nivel de las venas hepáticas por encima de los 5 mmHg, que se origina a causa del incremento importante de la resistencia vascular a nivel intrahepático, como consecuencia a la fibrosis del parénquima y la aparición de los nódulos regenerativos clásicos de esta enfermedad. Una vez instaurada esta hipertensión a nivel del sistema portal, se dará paso a la aparición de numerosas y variadas complicaciones secundarias de gran importancia clínica, entre ellas la más frecuente es la aparición de varices esofágicas. Se estima que para la presencia de ellas es necesario que el gradiente de presión venosa este por encima de 10mmhg.

(25)

### Sangrado por varices esofágicas

El aumento de la hipertensión portal ocasionara la neoformación de vasos y de la apertura de colaterales para contrarrestar dicho aumento de presión, lo que a su vez darán paso a la formación de varices esofágicas, que hasta cierto punto dará resultado si la presión se mantiene, pero si esta supera los 12mmhg o el umbral de las varices, ocasionara la ruptura y sangrado de las mismas. Se estima que el porcentaje de mortalidad en pacientes con hemorragia variceal oscila en 20% aunque dicha cifra aumenta en pacientes con cirrosis avanzada o Child Pugh C.

## **CAPÍTULO 3:**

### **METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

#### **3.1. MÉTODOS**

Se realizó una investigación de corte transversal, con enfoque retrospectivo y análisis descriptivo y correlacional de los datos obtenidos en el cual se evaluó y determinó la prevalencia de la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática tratados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, tomando como fuente de información todos aquellos pacientes que recibieron el diagnóstico final de Cirrosis Hepática y Hemorragia Digestiva Alta por Várices Esofágicas en el período comprendido entre Mayo 2020 a Mayo 2021, a partir de lo cual se realizó el análisis de las historias clínicas que contiene los registros de los pacientes que cumplen con las características necesarias de inclusión para llevar a cabo la investigación.

#### **3.2. TIPO DEL ESTUDIO**

Consiste en un estudio llevado a cabo de forma retrospectiva, con un análisis cuantitativo, descriptivo y correlacional de los datos.

#### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

La obtención y recopilación de la información se llevó a cabo por medio de la revisión de las evoluciones clínicas realizadas en pacientes atendidos bajo el diagnóstico CIE-10: K92, el cual corresponde al diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Cirrosis Hepática, casos que fueron ingresados en el sistema informático AS-400, sistema que se emplea a nivel del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil. Una vez revisada la información se confeccionó y elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel con los datos recolectados para posteriormente calcular los datos estadísticos.

Para el análisis estadístico de los datos consolidados, se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22, a través del cual se realizaron análisis de tendencia central y dispersión para las variables de tipo cuantitativas como la edad, así como un análisis de frecuencias para las variables categóricas. Así mismo, se emplearon pruebas de correlación estadística de Chi Cuadrado y Tau B de Kendall con el objetivo de determinar la asociación entre variables como los factores epidemiológicos como edad del paciente, sexo, escala de Child Pugh, Clasificación de Baveno, recurrencia del cuadro y mortalidad de los pacientes.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

#### **Población**

La población inicial se encontró conformada por los pacientes con Cirrosis Hepática atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el período de estudio.

#### **Muestra**

Obtenida de forma no probabilística, estuvo conformada por todos los pacientes que formaron parte de la población inicial posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión. Se definió la muestra para el análisis estadístico en 154 casos.

### **3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.5.1. Criterios de Inclusión:**

- Se incluyeron todos los pacientes con Diagnóstico de Cirrosis Hepática que fueron atendidos a nivel del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil durante el periodo del estudio.
- Pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo del estudio.

### 3.5.2. Criterios de Exclusión:

- Todos aquellos pacientes con Cirrosis Hepática y Hemorragia Digestiva Alta cuyas historias clínicas, al momento de revisión, se encuentren incompletas.
- Pacientes que tengan otra causa de Hemorragia Digestiva Alta diferente a Várices Esofágicas ya que pueden alterar la valoración de la recurrencia y la mortalidad en los pacientes del estudio

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	RESULTADO
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació	Numérica Discreta	18-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años 71-80 años >80 años
Sexo	Categoría para clasificar a las personas según sus características sexuales	Categórica Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Comorbilidades asociadas	Enfermedades diagnosticadas antes o durante el sangrado variceal esofágico	Categórica Nominal Politómica	Hipertensión arterial Enfermedad Renal Enfermedad cardíaca Diabetes Mellitus Otras
Clasificación de Baveno	Clasificación de várices esofágicas acordada en el consenso de Baveno V	Categórica Nominal Dicotómica	Pequeñas (< de 5 mm) Grandes (> 5 mm)

Tipo de tratamiento	de Tratamiento empleado para controlar la HDA	Nominal Politómica	Fármacos vasoactivos Sonda de Sangstaken Blackmore Ligadura transendoscópica Otro
Clasificación Child -Pugh	El grado de insuficiencia hepatocelular, valorado por la clasificación de Child-Pugh, se correlaciona con el riesgo y severidad de la hemorragia	Categoría Nominal Politómica	Clase A Clase B Clase C

### 3.7. REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS

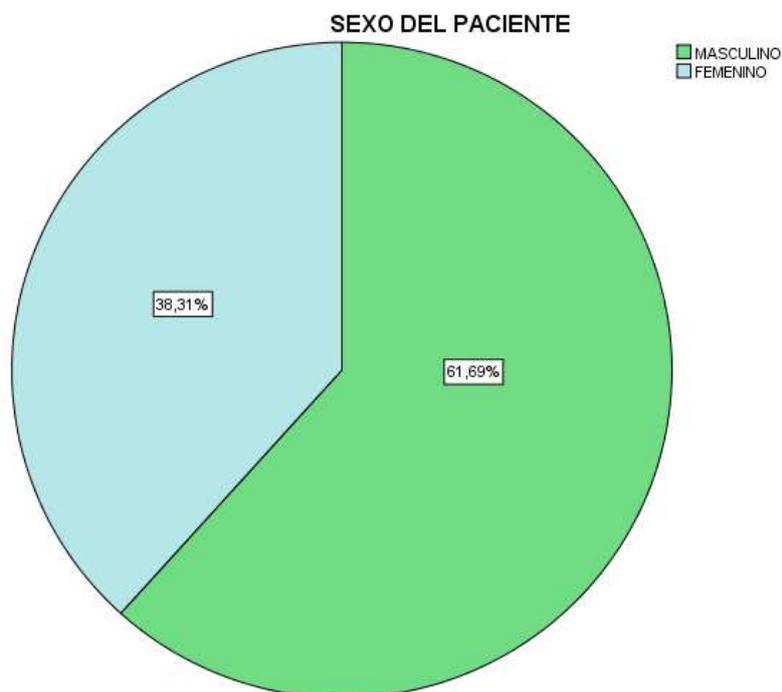
Se evaluaron en primer lugar las características demográficas de los pacientes que formaron parte del estudio. De la muestra compuesta por 154 casos, la mayor distribución de casos correspondió a pacientes de sexo masculino con un 61,7% (n=95), dejando al 38,3% restante correspondiente a pacientes de sexo femenino (n=59), determinándose una mayor prevalencia en pacientes masculinos con una proporción favorable de 2 a 1. (Ver Tabla 1)

**TABLA 1. PREVALENCIA DE CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y CIRROSIS HEPÁTICA DE ACUERDO CON EL SEXO DEL PACIENTE.**

		SEXO DEL PACIENTE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	95	61,7	61,7	61,7
	FEMENINO	59	38,3	38,3	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

**FIGURA 1.- PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON EL SEXO DEL PACIENTE**



Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

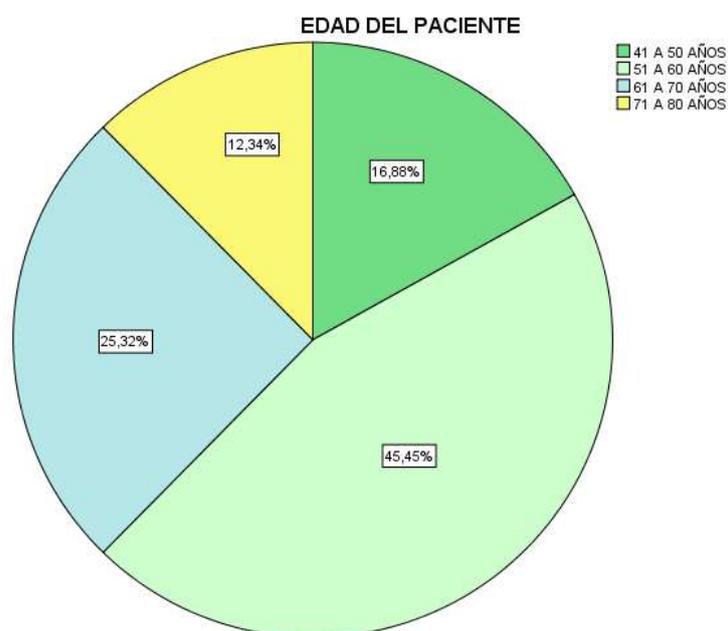
De la misma forma se realiza el análisis de casos de acuerdo con la distribución según la edad del paciente al momento del ingreso hospitalario, para lo cual se determinaron 7 grupos etarios: De 18 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años, de 51 a 60 años, de 61 a 70 años, de 71 a 80 años y pacientes mayores a 80 años. Del total de pacientes que formaron parte de la muestra, la mayor distribución de casos correspondió al grupo etario comprendido entre 51 a 60 años, con un 45,5% de los casos (n=70), seguido de los pacientes cuya edad se encontraba entre los 61 a 70 años de edad con un 25,3% de los casos (n=39). Se determina, por ende, que la mayor parte de los casos de Cirrosis Hepática que desarrollan Hemorragia Digestiva Alta comprenden la edad entre 51 a 70 años. (Ver Tabla 2)

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ACUERDO CON EDAD DEL PACIENTE**

		EDAD DEL PACIENTE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	41 A 50 AÑOS	26	16,9	16,9	16,9
	51 A 60 AÑOS	70	45,5	45,5	62,3
	61 A 70 AÑOS	39	25,3	25,3	87,7
	71 A 80 AÑOS	19	12,3	12,3	100,0
Total		154	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

**FIGURA 2.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL GRUPO ETARIO**



Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

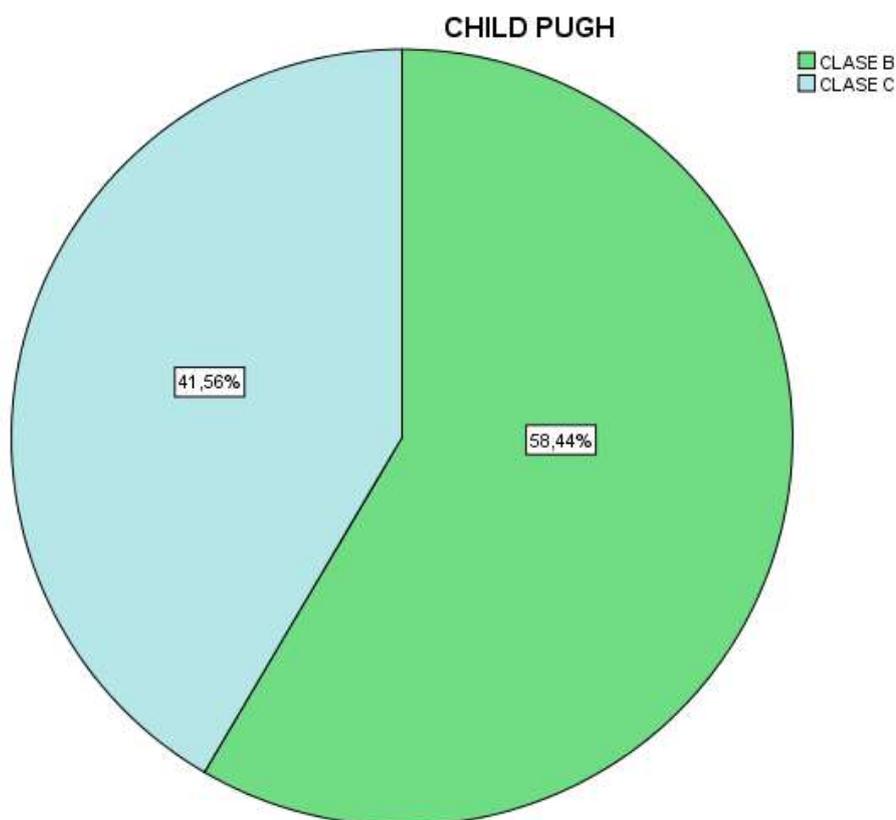
Como siguiente punto de evaluación, se analiza la distribución de casos de acuerdo con la clasificación de la severidad del cuadro de Cirrosis Hepática según la Escala de Child Pugh, a partir de lo cual se evidencia que el 58,4% de los casos correspondieron a una enfermedad de moderada severidad o Clase B (n=90), mientras que el 41,6% restante correspondieron a cuadros de mayor severidad. No hubo reporte de casos de enfermedad clase A de acuerdo con esta escala. (Ver Tabla 3)

**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ACUERDO CON SEVERIDAD DE ENFERMEDAD HEPÁTICA SEGÚN ESCALA DE CHILD PUGH**

		CHILD PUGH			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CLASE B	90	58,4	58,4	58,4
	CLASE C	64	41,6	41,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

**FIGURA 3.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN ESCALA DE CHILD PUGH**



Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

Así mismo, se realiza el análisis de la distribución de casos de acuerdo con la clasificación de Baveno para várices esofágicas, la cual establece dos grandes grupos, várices pequeñas o menores a 5mm de diámetro y grandes o mayores a 5mm de diámetro. La distribución de casos fue similar, puesto que se observó una ligera mayoría en los casos correspondientes a várices

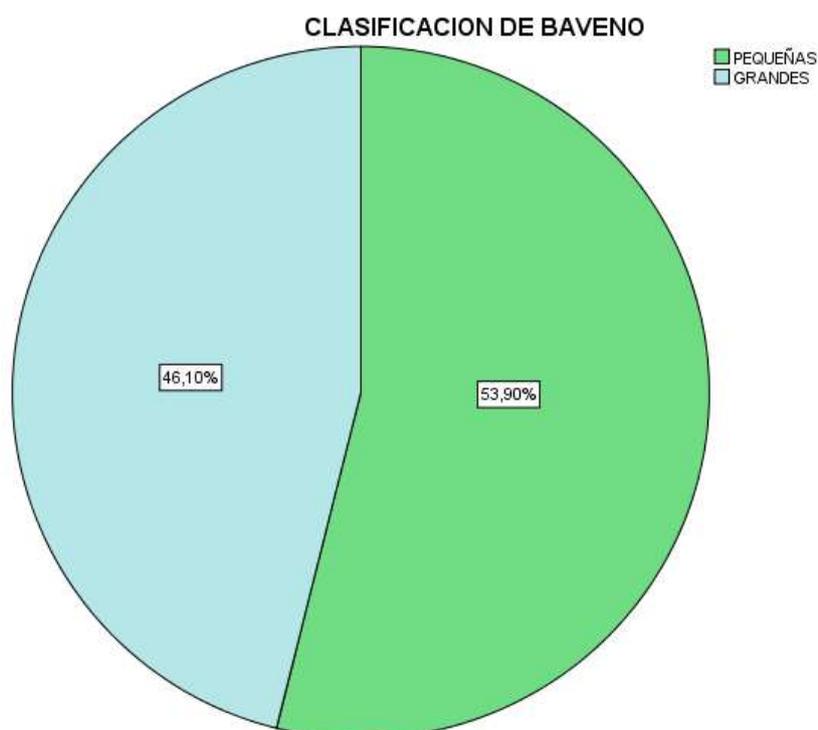
pequeñas con un 53,9% de los casos (n=83), mientras que el 46,4% restante correspondió a várices de gran tamaño (n=71). (Ver Tabla 4)

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ACUERDO CON CLASIFICACIÓN DE BAVENO**

CLASIFICACION DE BAVENO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PEQUEÑAS	83	53,9	53,9	53,9
	GRANDES	71	46,1	46,1	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

**FIGURA 4.- DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE BAVENO**



Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

En cuanto a las comorbilidades presentes en los pacientes al momento del diagnóstico, se destacaron tres condiciones principales que fueron reportadas como diagnósticos secundarios en el grupo de estudio. Se destaca la Diabetes Mellitus como la de mayor prevalencia con un 48,7% de la muestra (n=75), seguido de la Hipertensión Arterial con un 39,6% de los

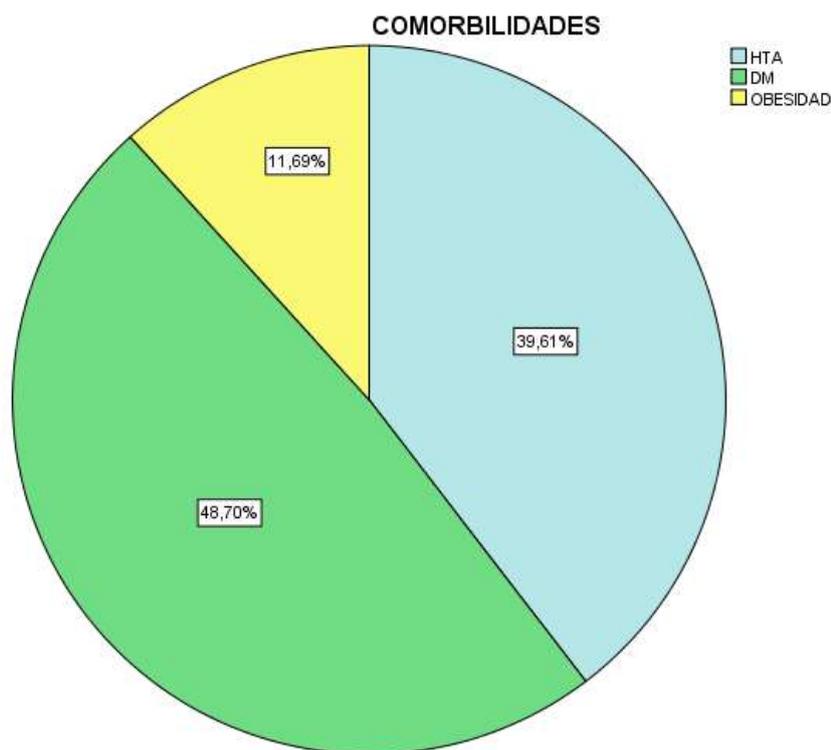
casos (n=61). Por medio de estos resultados, se determina a estas dos como las comorbilidades más frecuentes en casos de cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta por várices esofágicas. (Ver Tabla 5)

**TABLA 5. COMORBILIDADES EN EL GRUPO DE ESTUDIO**

		COMORBILIDADES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HTA	61	39,6	39,6	39,6
	DM	75	48,7	48,7	88,3
	OBESIDAD	18	11,7	11,7	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

**FIGURA 5.- COMORBILIDADES EN PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO**



Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

Se lleva a cabo la evaluación de la recurrencia del cuadro de hemorragia digestiva alta por várices esofágicas en los pacientes que formaron parte de la muestra en estudio, donde se puede determinar que la mayoría de los casos, exactamente el 64,9% de la muestra, no desarrollaron recurrencias

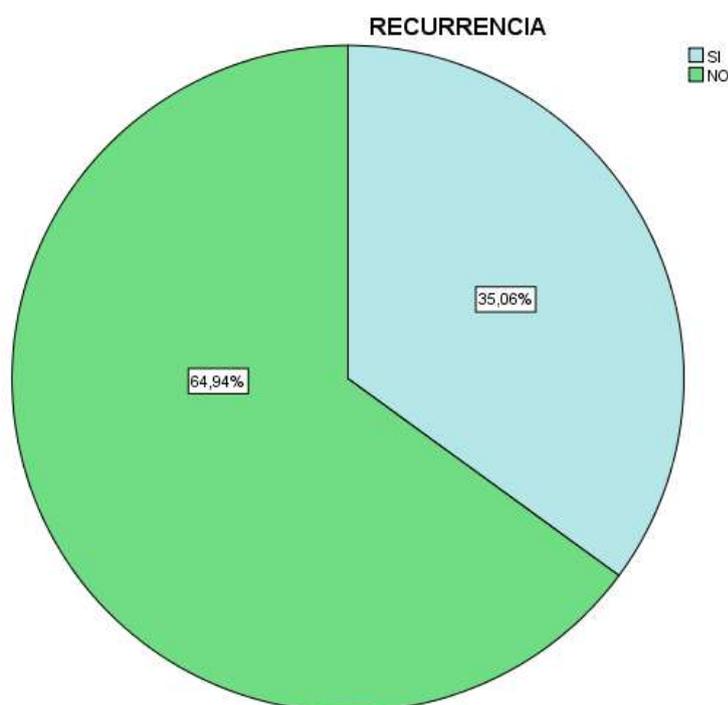
(n=100), mientras que el 35,1% restante sí presentaron estos episodios (n=54). (Ver Tabla 6)

**TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CIRROSIS HEPÁTICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ACUERDO CON RECURRENCIA DEL CUADRO**

		RECURRENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	54	35,1	35,1	35,1
	NO	100	64,9	64,9	100,0
Total		154	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

**FIGURA 6.- RECURRENCIA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**



Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

Finalmente, se lleva a cabo el análisis de la mortalidad de los pacientes que formaron parte del grupo de estudio, donde se puede determinar que, de los 154 pacientes que formaron parte de la muestra, la mortalidad correspondió al 44,2% de los casos (n=68), siendo un valor de elevada consideración,

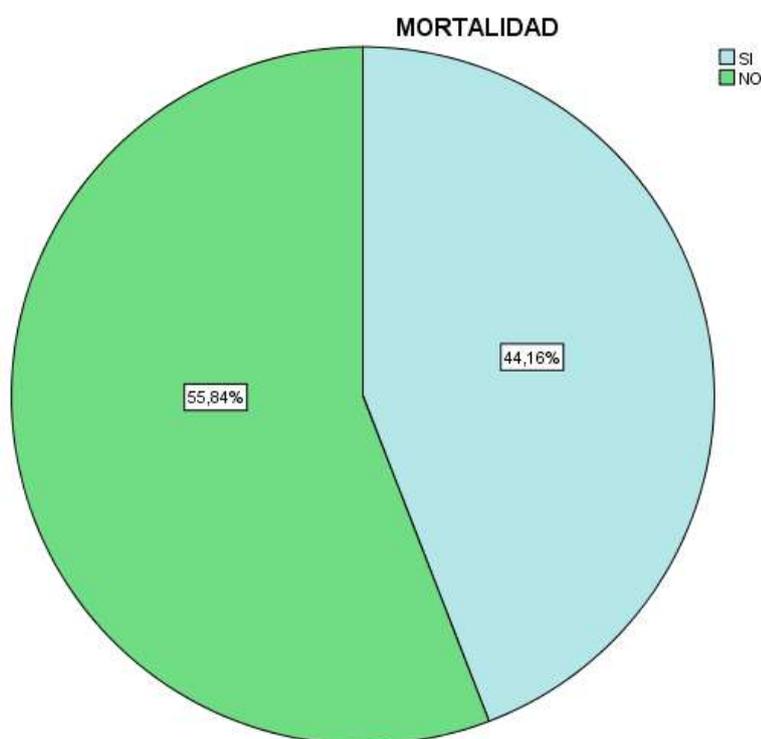
destacando que solo el 55,8% de los casos que formaron parte del estudio no fallecieron (n=86). (Ver Tabla 7)

**TABLA 7. MORTALIDAD EN CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS**

MORTALIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	68	44,2	44,2	44,2
	NO	86	55,8	55,8	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

**FIGURA 7.- MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**



Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Arce-Loor 2022

Para finalizar el análisis de la información recopilada, se lleva a cabo el análisis de la posible asociación entre el grado de severidad de la enfermedad hepática por medio de escala de Child-Pugh con la recurrencia de episodios de Hemorragia Digestiva Alta por várices esofágicas. Se

observa que, del total de casos con una enfermedad severa o Clase C, el 45,3% desarrollaron recurrencias, mientras que, en los pacientes con severidad moderada o clase B, el 27,8% padecieron de recurrencias. Se realiza el análisis de chi Cuadrado y se obtiene un valor de  $p < 0,05$ , por lo cual se establece la asociación de la severidad del cuadro con el incremento en el desarrollo de recurrencias de hemorragia digestiva alta. (Ver Tabla 8)

**TABLA 8. ASOCIACIÓN ENTRE SEVERIDAD DE ENFERMEDAD HEPÁTICA CON DESARROLLO DE RECURRENCIAS**

**CHILD PUGH\*RECURRENCIA tabulación cruzada**

			RECURRENCIA		Total
			SI	NO	
CHILD PUGH	CLASE B	Recuento	25	65	90
		% dentro de CHILD PUGH	27,8%	72,2%	100,0%
	CLASE C	Recuento	29	35	64
		% dentro de CHILD PUGH	45,3%	54,7%	100,0%
Total		Recuento	54	100	154
		% dentro de CHILD PUGH	35,1%	64,9%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5,051 <sup>a</sup>	1	,025	,027	,019
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,310	1	,038		
Razón de verosimilitud	5,026	1	,025		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	5,018	1	,025		
N de casos válidos	154				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,44.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Dentro de las pruebas de asociación, se realiza el análisis de la posible asociación entre la severidad del cuadro hepático de acuerdo con escala de Child Pugh con la mortalidad de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta por várices esofágicas, donde se observa que, del total de casos con enfermedad hepática severa o clase C, el 67,2% de estos pacientes fallecieron (n=43), mientras que, en el grupo de casos de enfermedad

hepática de moderada severidad, la mortalidad fue solamente del 27,8%. Se lleva a cabo la prueba de Chi Cuadrado y se obtiene un valor de  $p < 0,005$ , por lo cual se establece la fuerte asociación significativa entre la severidad de la enfermedad hepática y el aumento de mortalidad en casos de Hemorragia Digestiva Alta por Várices ESOFÁGICAS. (Ver Tabla 9)

**TABLA 9. ASOCIACIÓN ENTRE SEVERIDAD DE CUADRO HEPÁTICO Y MORTALIDAD POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

			MORTALIDAD		Total
			SI	NO	
CHILD PUGH	CLASE B	Recuento	25	65	90
		% dentro de CHILD PUGH	27,8%	72,2%	100,0%
	CLASE C	Recuento	43	21	64
		% dentro de CHILD PUGH	67,2%	32,8%	100,0%
Total		Recuento	68	86	154
		% dentro de CHILD PUGH	44,2%	55,8%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	23,558 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	21,987	1	,000		
Razón de verosimilitud	24,025	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	23,405	1	,000		
N de casos válidos	154				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 28,26.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

### 3.8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo del presente trabajo de investigación fue de determinar la prevalencia de casos de hemorragia digestiva alta por várices esofágicas en pacientes con Cirrosis Hepática, además de sus factores relacionados, para lo cual se contrastaron los resultados obtenidos con los reportes de estudios de características similares emitidos recientemente. En cuanto a las características demográficas se determinó al sexo masculino y al grupo etario entre 51 a 60 años como los de mayor frecuencia, con un 61,7% y 45,5% de los casos, respectivamente. Martínez et al (2020), reporta resultados similares, donde destaca de igual forma al sexo masculino como el de mayor prevalencia en casos de hemorragia digestiva alta por várices esofágicas, específicamente un 72%, y a la edad entre los 50 a 65 años, que fue el grupo etario evaluado por el autor. <sup>(1)</sup>

En las características asociadas al desarrollo de cuadros de hemorragia digestiva alta por várices esofágicas en pacientes con Cirrosis Hepática, se determinó al cuadro de severidad de enfermedad hepática clase B según escala de Child Pugh como el más frecuente, con un 58,4%. Maldonado et al (2019), evalúa en su estudio los factores clínicos de la enfermedad hepática asociados al desarrollo de Hemorragia Digestiva Alta por várices esofágicas, destacando a la severidad clase B en Escala de Child Pugh como la más frecuente, con un 63% de los casos. De igual forma, en el presente estudio se reportó una prevalencia del 53,9% correspondiente a várices de pequeño tamaño según escala de Baveno, sin embargo, no se encontraron estudios recientes que analicen esta clasificación. <sup>(15)</sup>

Se debe destacar como principal ventaja del presente trabajo de investigación, que se evalúan factores clínicos importantes como la severidad de la enfermedad hepática y la clasificación de las várices esofágicas utilizando escalas de uso frecuente en la práctica médica, como son la Escala de Child Pugh y de Baveno, lo que permite obtener información de elevada utilidad para el desarrollo de esquemas de abordaje terapéutico.

En cuanto a las comorbilidades, se destacó en el presente estudio a la diabetes mellitus y la hipertensión arterial como las más prevalentes, con un 48,7% y 39,6% de los casos respectivamente, lo cual indica una afectación de al menos 1 de cada 3 casos por parte de estas comorbilidades. Ayón et al (2018), en su estudio realizado en el Ecuador acerca de la prevalencia de los factores asociados a los cuadros de hemorragia digestiva alta por várices esofágicas, destaca a la hipertensión arterial como la comorbilidad más frecuente, reportando una prevalencia del 48,6% de los casos. <sup>(11)</sup>

Finalmente, en cuanto a la mortalidad de los pacientes con esta patología, se reportó que el 44,2% de los pacientes fallecían. Estos resultados son alarmantes, debido a que, en estudios llevados a cabo de forma local, como el realizado por Vera et al (2017), se determina una tasa de mortalidad mucho más baja, la cual ocupaba solo el 19,4% de los pacientes evaluados. Se recomienda, por ende, evaluar este punto a mayor profundidad en futuros estudios en diferentes unidades hospitalarias del país.

## **CAPÍTULO 4:**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1. CONCLUSIONES**

- El sexo masculino y una edad del paciente dentro del rango entre 51 a 60 años, así como comorbilidades como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus comprenden los principales factores de riesgos asociados al desarrollo de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Cirrosis Hepática.
- Un cuadro de enfermedad hepática grado B según Escala de Child Pugh y un tamaño de várices pequeño de acuerdo con escala de Baveno, son los factores clínicos de mayor prevalencia en el desarrollo de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Cirrosis Hepática.
- La mortalidad en los casos de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Cirrosis Hepática es elevada, afectando al menos a 2 de cada 5 casos.

## **4.2. RECOMENDACIONES**

- Desarrollar investigaciones prospectivas que evalúen la progresión de los cuadros durante la estadía hospitalaria tomando en cuenta los factores descritos en esta investigación.
- Replicar este estudio evaluando la terapia farmacológica y no farmacológica implementada en los pacientes, con la finalidad de conocer la incidencia de la misma en el pronóstico y egreso de los casos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez G, Csendes A, Carreño B. Hemorragia Digestiva Alta. Cirugía en medicina general. 2020 Apr:98.
2. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, Muñoz P. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). Revista médica de Chile. 2020 Mar;148(3):288-94.
3. Moreira Barinaga OM, Rodríguez Fernández Z, Manzano Horta E, Rodríguez Hung S, Nazario Dols AM, Martínez Pinillo IM. Conocimientos vigentes en torno a la hemorragia digestiva alta varicosa. Revista Cubana de Medicina Militar. 2018 Sep;47(3):1-4.
4. Patiño Valderrama LA, Tello Velásquez AC. Mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: Estudio de cohorte retrospectivo en una unidad especializada de un hospital de la seguridad social en Lima, Perú, 2012-2014. 2016 May
5. Castillo Rojas GL, Monroy Paula CL. *Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal en Hospital Abel Gilbert Pontón período 2014-2017* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
6. Lorenzo FY, Ávila MH, González JA, Sarmiento AM, Montalvo DS, Rodríguez DJ. Relación clínico-evolutiva de pacientes con cirrosis hepática y várices esofágicas tratados con propranolol para la prevención de la hemorragia digestiva. MediCiego. 2017 Mar 13;22(S1):1-2.
7. Costa Sarmiento DM, Moyón Gusñay MF. *Factores predictivos de mortalidad en hemorragia digestiva variceal en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2015-2017* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
8. Borda Soto YD. Perfil clínico de las várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta. Hospital III EsSalud Juliaca 2018-2019.
9. Moreira Barinaga OM, Rodríguez Fernández Z, Manzano Horta E, Rodríguez Hung S, Romero García LI, Martínez Pinillo IM. Factores

- asociados a la mortalidad por sangrado digestivo alto variceal. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2018 Dec;17(6):917-30.
10. González Sosa G, Piñol Jiménez F. Etiopatogenia de la hemorragia digestiva alta variceal. Revista Médica Electrónica. 2018 Feb;40(1):159-71.
  11. Ayón Ronquillo YM, Zambrano Ronquillo MJ. Factores de riesgo asociados a hemorragia digestiva alta por varices esofágica en pacientes menores de 50 años. Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Enero del 2015 a diciembre del 2016. 2018 May 20;31
  12. Carpio A, Cardenas A. Manejo del sangrado por varices esofágicas en pacientes con cirrosis. Experiencia Médica. 2019 Jul 1;34(2):54-9.
  13. Vera Gómez RG. *Hemorragia digestiva alta por varices esofágicas: sangrado posterior a profilaxis primaria. Estudio a realizar en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el período 2013-2015* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina). 2017 Nov 12; 21
  14. Pino Pin MJ. *Factores predictivos de varices esofágicas y/o gástricas en pacientes con cirrosis hepática en el HTMC periodo enero a diciembre 2014* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina). 2018 Mar 16; 31
  15. Maldonado Marmol AP, Vizueta Nieto CE. *Frecuencia de ruptura de varices esofágicas en pacientes diagnosticados con cirrosis hepática* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina). 2019 Jun 21
  16. García DR, Cañizares RB. Cirrosis hepática. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2016;12(11):597-605.
  17. Fortea JI, Carrera IG, Puente A, Crespo J. Cirrosis hepática. Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2020 Apr 1;13(6):297-307.
  18. Goldberg D, Ditah IC, Saeian K, Lalehzari M, Aronsohn A, Gorospe EC, Charlton M. Changes in the prevalence of hepatitis C virus infection, nonalcoholic steatohepatitis, and alcoholic liver disease among patients

- with cirrhosis or liver failure on the waitlist for liver transplantation. *Gastroenterology*. 2017 Apr 1;152(5):1090-9.
19. Escorcia Charris EJ, Marrugo Balceiro WR. Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017.
  20. Prieto JE, Sánchez S, Prieto RG, Rojas EL, González L, Mendivelso F. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá DC, 2010-2014. *Revista colombiana de Gastroenterología*. 2016 Jan;31(1):1-8.
  21. Santos SC, Blanco MV, Nicó AC. Caracterización de pacientes con cirrosis hepática por alcoholismo. 16 de Abril. 2020 Jun 10;59(277):867.
  22. Valenzuela Granados V, Salazar-Quiñones M, Cheng-Zárate L, Malpica-Castillo A, Huerta Mercado J, Ticse R. Comparación del valor pronóstico de mortalidad del Score Child Pugh y los modelos de pronóstico de enfermedad hepática crónica en pacientes con cirrosis hepática descompensada del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2015 Oct;35(4):307-12.
  23. Llerena S, Cuadrado A, de Lope CR, Crespo J. Complicaciones de la cirrosis hepática. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2020 Apr 1;13(6):316-26.
  24. Duarte Candelario KY. *Várices esofágicas por hepatopatía crónica en Hospital Guayaquil entre el 2014-2015* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Arce Chávez Carlos Alberto**, con C.C: # **0924619430** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática tratados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2020 a mayo 2021**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **1 de mayo del 2022**

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: **Arce Chávez Carlos Alberto**  
C.C: **0924619430**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Loor Ordoñez Grace Gabriela**, con C.C: # **0930494547** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática tratados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2020 a mayo 2021**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **1 de mayo del 2022**

*Grace Loor O.*

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: **Loor Ordoñez Grace Gabriela**  
C.C: **0930494547**

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática tratados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2020 a mayo 2021.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Carlos Alberto Arce Chávez, Grace Gabriela Loor Ordoñez		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Roberto Leonardo Briones Jiménez		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico/a		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	Guayaquil, 1 de mayo del 2022	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	34
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Gastroenterología, Hepatología, Medicina Interna.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Hemorragia Digestiva Alta, Cirrosis Hepática, Prevalencia, Mortalidad.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p><b>Introducción:</b> Uno de cada tres pacientes con cuadros de cirrosis hepática, incluso en etapas asintomáticas, poseen várices esofágicas en desarrollo o completamente instauradas, las cuales son muy susceptibles a sangrado, especialmente cuando la presión en su interior es superior a los 12mmHg, y este sangrado, en caso de no aplicarse el tratamiento de forma oportuna, alcanza una probabilidad de recidivas de hasta un 60% y una mortalidad de hasta el 15%. En aquellos pacientes que no la tienen, la posibilidad de aparición es del 5% al año y 12% a los 3 años.</p> <p><b>Materiales y Métodos:</b> Consiste en una investigación de tipo retrospectiva con corte transversal, con análisis descriptivo y correlacional de la información, donde la muestra estuvo conformada por 154 casos de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta y Cirrosis Hepática atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.</p> <p><b>Resultados:</b> El 61,7% de los casos fueron de sexo masculino y el grupo etario de 51 a 60 años resultó el de mayor reporte con el 45,5%. La Escala B Child Pugh se reportó en el 58,4% de casos y las várices de pequeño tamaño según Escala de Baveno ocuparon el 53,9%. La mortalidad fue del 44,4% de casos. La severidad de la enfermedad hepática según Escala de Child Pugh demostró una correlación con la mortalidad y desarrollo de recurrencias en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta (<math>p &lt; 0,05</math>)</p> <p><b>Conclusiones:</b> La edad del paciente entre 51 a 60 años, el sexo masculino y comorbilidades como Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus constituyen los principales factores asociados al desarrollo de Hemorragia Digestiva Alta en pacientes con Cirrosis. La enfermedad Hepática Grado B según Escala de Child Pugh y el tamaño pequeño de las várices según Escala de Baveno corresponden a los factores clínicos de mayor prevalencia. La mortalidad en estos pacientes es elevada, afectando 2 de cada 5 casos.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593 967936465 +593 990589758	E-mail: arcecarlos29@gmail.com graceloor-96@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre:</b> Ayón Genkuong Andrés Mauricio		
	<b>Teléfono:</b> +593 997572784		
	<b>E-mail:</b> andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			