



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática
atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS Ceibos
en el periodo de 2020 – 2022.**

AUTOR (ES):

**Garcés Valdivieso Pamela Alexandra;
Moreira Chávez Erika Beatriz**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico.

TUTOR:

Dr. Altamirano Barcia, Iván Elías

Guayaquil, Ecuador

2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Beatriz Erika**, como requerimiento para la obtención del título de **Medico**.

TUTOR (A)

Dr. Iván Altamirano

f.- _____
Dr. Altamirano Barcia, Iván Elías

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 18 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Garcés Valdivieso Pamela Alexandra**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS Ceibos en el periodo de 2020 – 2022**, 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 los 18 días del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

f.



firmado electrónicamente por:
**PAMELA ALEXANDRA
GARCÉS
VALDIVIESO**

Garcés Valdivieso Pamela Alexandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Moreira Chávez Beatriz Erika**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS Ceibos en el periodo de 2020 – 2022**, 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 los 18 días del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

f.



Firmado electrónicamente por:
**ERIKA BEATRIZ
MOREIRA CHAVEZ**

Moreira Chávez Beatriz Erika



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Garcés Valdivieso Pamela Alexandra

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS Ceibos en el periodo de 2020 – 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 18 días del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

f.  Firmado electrónicamente por:
**PAMELA ALEXANDRA
GARCÉS
VALDIVIESO**

Garcés Valdivieso Pamela Alexandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Moreira Chávez Beatriz Erika

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS Ceibos en el periodo de 2020 – 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 18 días del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

f.



Firmado electrónicamente por:
**ERIKA BEATRIZ
MOREIRA CHAVEZ**

Moreira Chávez Beatriz Erika

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

PREVALENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL IESS CEIBOS EN EL PERIODO DE 2020 – 2022

2%
Similitudes



0% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
2% Idioma no reconocido

Nombre del documento: TESIS P71 - GARCES Y MOREIRA.docx
ID del documento: dcc58e7df59cabac06f0ce7b5927f80a6aa4f41
Tamaño del documento original: 884,25 kB
Autor: []

Depositante: undefined undefined
Fecha de depósito: 17/9/2023
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 17/9/2023

Número de palabras: 11.992
Número de caracteres: 79.208

Ubicación de las similitudes en el documento:



Dr. Juan Altamirano

AGRADECIMIENTO

No me alcanzarán jamás las palabras para expresar el profundo agradecimiento hacia Dios por permitirme culminar esta etapa. A mis padres, Patricia y Manuel, por ser mis pilares y mi motor todos los días de mi vida, más durante estos 6 años de carrera.

A mis hermanos: Carlos y Natalie, por ser mi mayor ejemplo por seguir, son el significado de perseverancia, que con trabajo y esfuerzo todo se alcanza, gracias por siempre estar en cada paso que he dado junto a mí. A Gina, mi hermana la más chiquita, quien muchas veces me acompañaba mientras estudiaba. Y a Roberto, quien de manera desinteresada ha estado incondicionalmente para mi familia y para mí. Gracias infinitas.

A Erika, mi compañera de tesis y mejor amiga, a las amigas que la universidad me regaló: Nohely, Cindy y Anita; gracias por su amistad, por su apoyo emocional incondicional, tengo en mi corazón grabado cada uno de los recuerdos que hemos vivido juntas estos últimos años; la etapa de la universidad fue la mejor gracias a ustedes. Y aunque la vida nos depare cosas diferentes, las tendré siempre presente.

Por último, agradezco al hospital, a los Doctores por cada una de sus enseñanzas, a los amigos que hice ahí: Daniel, mis amigos de rotación, mi compañero y amigo de guardia: José; gracias, sin ustedes, mi año de internado no hubiera sido el mismo.

Pamela Garcés Valdivieso.

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación se lo dedico a mis padres, Manuel Garcés Oñate y Patricia Valdivieso Andrade, por apoyarme de manera incondicional desde el inicio de mi carrera, porque nunca les importó manejar más de 60 km para irme a dejar o recoger después de su día de trabajo para que no me regrese sola en la noche, por todas las veces que mi mamá madrugaba conmigo para que no salga de mi casa sin desayunar o todas las comidas que me preparaba para que no coma la comida del hospital en el internado, por su apoyo económico y por cuidarme a chicha mientras no estaba en casa. Espero que la vida me alcance para devolverles todo lo que ustedes han hecho por mis hermanos y por mí. Los amo.

Pamela Garcés Valdivieso.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por darme fortaleza, motivación, disciplina y resiliencia en todo este camino lleno de aprendizaje intelectual y emocional en mi vida.

Agradezco a mis padres, Eliecer Iván Moreira Rosero y Erica Paola Chávez Vera, que me han apoyado en esta etapa de mi vida de manera incondicional, por proporcionarme todas las herramientas que necesité para lograr esta meta, por su amor, cariño, constancia y esfuerzo que hoy se ve reflejado.

Agradezco a mis abuelos paternos Iván Moreira, Rosa Rosero a mi abuela materna Perla Rosado, por ser esa base sólida y fundamental en mi vida, ese amor y apoyo genuino que me han proporcionado toda mi vida, sin ese gran ejemplo de personas disciplinadas y constantes, la culminación de este proceso no sería el mismo.

Agradezco a mi compañera de tesis Pamela Garces por ser una excelente amiga, por la lealtad que ambas hemos compartido a lo largo de la carrera y la hermosa amistad que hemos forjado en estos años que hoy nos lleva a compartir este logro juntas, su constancia y su esfuerzo han sido fundamentales en este proceso.

Agradezco al personal docente y grupo de médicos que pusieron su esfuerzo y granito de arena en todo este proceso.

Erika Moreira Chávez.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre Eliecer Iván Moreira rosero, mi madre Erica Paola Chávez Vera, mi hermano Ian Darnell Moreira Chávez y mi persona Erika Beatriz Moreira Chávez, no soy más que el resultado de todos los cimientos que han impartido en mí.

Erika Moreira Chávez.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. Iván Altamirano

f.

Dr. Altamirano Barcia, Iván Elías

TUTOR

f. _____

Dr. José Luis Jouvin
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XVIII
ABSTRACT.....	XIX
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
HIPOTESIS.....	5
CAPITULO 2	6
MARCO TEORICO	6
CIRROSIS HEPATICA.....	6
EPIDEMIOLOGIA DE LA CIRROSIS HEPATICA.....	6
ETIOLOGIA DE LA CIRROSIS HEPATICA.....	7
ALCOHOLISMO.....	8
CONTAGIO POR VIRUS DE LAS HEPATITIS.....	8
INFECCION POR VIRUS DE LA HEPATITIS B Y C.....	8
HEPATITIS GRASA NO ALCOHOLICA	9
COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS HEPATICA	11
DEFINICIÓN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN VARICOSA.....	11
FISIOPATOLOGIA DE LA CIRROSIS HEPATICA Y SANGRANDO DIGESTIVO	12
CLINICA.....	12
ENDOSCOPIA	13
MANEJO TERAPEUTICO DE VARICES ESOFAGICAS	15
CAPITULO 3	17

MARCO METODOLÓGICO Y ANALISIS DE RESULTADOS	17
3.1 METODOLOGÍA	17
3.1.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....	17
3.1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	17
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	17
CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	18
METODO DE MUESTREO	18
3.2 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS	18
3.3.1 ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE DATOS.	19
3.4 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	20
3.5 RESULTADOS	20
DISCUSION	38
CAPITULO 4	39
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA	41

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 PREVALENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA	20
TABLA 2 PRESENTACION SEGUN EL GÉNERO EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.....	21
Tabla 3. PROMEDIO DE RANGO EDAD DE PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.....	22
Tabla 4. ORIGEN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.	23
Tabla 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIETNES CIRRÓTICOS QUE HICIERON HDA Y CONSUMIAN ALCOHOL.....	24
Tabla 6. RELACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE CONSUMIAN ALCOHOL.....	24
Tabla 7. PRUEBA DE CHI-CUADRADO DE LA RELCION DE HDA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE CONSUMIAN ALCOHOL.....	24
Tabla 8. ESTIMACION DE RIESGO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE CONSUMEN ALCOHOL Y PUEDAN HACER HDA.	25
Tabla 9. REPRESENTACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HABIAN HECHO HDA.....	26
Tabla 10. DISTRIBUCIÓN DE PACIETNES CIRRÓTICOS QUE HICIERON HDA Y TENIAN EL HABITO DEL TABACO.....	26
Tabla 11. RELACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE TENIAN EL HABITO DEL TABACO.....	27
Tabla 12. PRUEBA DE CHI-CUADRADO DE LA RELCION DE HDA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE TENIAN EL HABITO DEL TABACO.....	27

Tabla 13. ESTIMACION DE RIESGO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE TENIAN EL HABITO DEL TABACO Y QUE PUEDAN HACER HDA.	28
Tabla 14. DISTRIBUCIÓN DE PACIETNES CIRRÓTICOS QUE HICIERON HDA Y TOMABAN AINES.....	29
Tabla 15. RELACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE TOMABAN AINES	29
Tabla 16. PRUEBA DE CHI-CUADRADO DE LA RELACION DE HDA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE TOMABAN AINES	29
Tabla 17. ESTIMACION DE RIESGO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE TOMABAN AINES Y PUEDAN HACER HDA.....	30
Tabla 18. FRECUENCIA DE HTA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGETSIVA ALTA.....	31
Tabla 19. TABLA CRUZADA DE HDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON CIRREOSIS HEPATICA	32
Tabla 20. PRUEBA DE CHI CUADRADO DE HDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON CIRREOSIS HEPATICA.....	32
Tabla 21. RIESGO ENTRE HTA Y PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HDA.	33
Tabla 22. FRECUENCIA DE DM EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGETSIVA ALTA.....	34
Tabla 23. TABLA CRUZADA DE HDA Y DM EN PACIENTES CON CIRREOSIS HEPATICA.	34
Tabla 24. PRUEBA DE CHI CUADRADO DE HDA Y DM EN PACIENTES CON CIRREOSIS HEPATICA.....	34
Tabla 25. RIESGO ENTRE DM Y PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HDA... ..	35

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. CUESTIONARIO CAGE PARA ALCOHOLISMO.....	8
Ilustración 2. PROGRESIÓN DE LA HGNA	10
Ilustración 3. INDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA	14
Ilustración 4. INDICACIONES TERAPEUTICAS DE LA ENDOSCOPIA.....	15
Ilustración 5. REPRESENTACION DE PREVALENCIA DE PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGETSIVA ALTA.	20
ILUSTRACIÓN 6 PRESENTACION SEGUN EL GÉNERO EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.	21
Ilustración 7. HISTOGRAMA DEL PROMEDIO DE RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.	22
Ilustración 8. ORIGEN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.....	23
Ilustración 9, REPRESENTACIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HABIAN HECHO HDA.....	28
Ilustración 10. REPRESENTACIÓN DEL CONSUMO DE AINES EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HABIAN HECHO HDA.....	31
Ilustración 11. REPRESENTACION GRAFICA DE HTA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGETSIVA ALTA.	33
Ilustración 12. REPRESENTACION GRAFICA DE DM EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGETSIVA ALTA.	36

RESUMEN

Resumen: La hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos es una complicación potencialmente grave que puede ocurrir debido a varias razones relacionadas con la cirrosis hepática. La cirrosis hepática es una enfermedad crónica del hígado en la que el tejido hepático normal se reemplaza gradualmente por tejido cicatricial (fibrosis), lo que reduce la capacidad del hígado para funcionar correctamente. Una de las causas comunes de hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos son las varices esofágicas en estas se observa como la cirrosis puede aumentar la presión en las venas que transportan la sangre desde el intestino hacia el hígado. Esta presión adicional puede hacer que se desarrollen varices esofágicas, que son venas dilatadas en el esófago. Estas varices pueden romperse y causar una hemorragia grave.

Objetivo: Determinar la prevalencia de Hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática de 18 a 80 años atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS CEIBOS en el periodo de enero a diciembre 2020 - 2022. **Metodología:** El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se utilizó para la selección de estos pacientes un muestreo aleatorio sistemático. **Resultados:** En un estudio de 267 pacientes con cirrosis hepática, nos quedó una muestra de 169 pacientes que hicieron hemorragia digestiva alta. De acuerdo con el sexo pudimos ver una mayor prevalencia en el sexo masculino con un porcentaje de 51,5%. El grupo etario con mayor frecuencia fueron los pacientes de 50-59 años. En cuanto a los factores de riesgo el consumo de alcohol fue el que tuvo mayor porcentaje con un 74,6%. De las comorbilidades la HTA fue la que tuvo un mayor porcentaje en pacientes con HDA con el 43,1%. En cuanto a la mortalidad fue baja con un porcentaje de 18,9%. **Conclusión:** La prevalencia de las variables es alta por esto es fundamental que los pacientes cirróticos reciban atención médica inmediata si experimentan hemorragia digestiva alta, ya que puede ser potencialmente mortal. Además, el manejo de la cirrosis hepática subyacente es esencial para prevenir futuras hemorragias.

ABSTRACT

Introduction: Upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients is a potentially serious complication that can occur due to various reasons related to liver cirrhosis. Liver cirrhosis is a chronic liver disease in which normal liver tissue is gradually replaced by scar tissue (fibrosis), reducing the liver's ability to function properly. One common cause of upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients is esophageal varices, which demonstrate how cirrhosis can increase pressure in the veins that carry blood from the intestines to the liver. This additional pressure can lead to the development of esophageal varices, which are dilated veins in the esophagus. These varices can rupture and cause severe bleeding. **Objective:** To determine the prevalence of upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients aged 18 to 80 years treated by the Gastroenterology service at IESS CEIBOS Hospital from January to December 2020 - 2022. **Methodology:** This study is observational, retrospective, cross-sectional, and descriptive in nature. Systematic random sampling was used to select these patients. **Results:** In a study of 267 cirrhotic patients, we obtained a sample of 169 patients who experienced upper gastrointestinal bleeding. According to gender, a higher prevalence was observed in males, with a percentage of 51.5%. The age group with the highest frequency was patients aged 50-59 years. Regarding risk factors, alcohol consumption had the highest percentage at 74.6%. Among comorbidities, hypertension (HTA) had the highest percentage in patients with upper gastrointestinal bleeding, at 43.1%. Mortality was low, with a percentage of 18.9%. **Conclusion:** The prevalence of these variables is high, emphasizing the importance of immediate medical attention for cirrhotic patients experiencing upper gastrointestinal bleeding, as it can be potentially life-threatening. Additionally, managing the underlying liver cirrhosis is essential to prevent future bleeding episodes.

INTRODUCCION

Nuestro tema a investigar es la cirrosis hepática con la complicación de HDA en un hospital de segundo nivel de atención perteneciente al instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS) de la ciudad de guayaquil ubicada en la en la región costa del Ecuador, en este estudio se busca evaluar diferentes tipos de variables como el sexo, edad, factores de riesgo y determinar comorbilidades para así poder calcular su mayor prevalencia y también la tasa de mortalidad de pacientes que padecieron hemorragia digestiva alta.

La hemorragia digestiva alta es una complicación grave a nivel mundial que puede afectar a pacientes con cirrosis hepática, y puede dividirse en dos categorías principales: hemorragia digestiva alta variceal y hemorragia digestiva alta no variceal entre otras. La hemorragia digestiva alta variceal es una complicación temida y potencialmente mortal, causa un aumento de la presión en las venas del sistema porta. Esta presión adicional puede llevar al desarrollo de varices, que son venas dilatadas y frágiles, en el esófago y el estómago. Cuando estas varices se rompen, se produce una hemorragia significativa. Por otro lado, la hemorragia no variceal en pacientes cirróticos se refiere a la pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal superior que no está relacionada con varices esofágicas o gástricas. Esta forma de hemorragia puede ser causada por otras condiciones.(1)

Para finalizar, tanto la hemorragia digestiva alta variceal como la no variceal son complicaciones críticas en pacientes cirróticos y requieren una evaluación y manejo médico urgente. La identificación temprana de la fuente de sangrado y el tratamiento de la cirrosis hepática subyacente son esenciales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.(2)

CAPITULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cirrosis se conoce como el estadio final de las enfermedades hepáticas crónicas, se estima que causa más de 800.000 muertes anuales a nivel mundial; con una incidencia anual de 40 a 150 casos por cada 100.000 habitantes y una prevalencia de 250 casos anuales por cada 100.000 habitantes. (3)

La hemorragia digestiva alta se define como la salida de sangre hacia la luz del tubo digestivo de estructuras que se encuentran por arriba del ángulo de Treitz, con la consecuencia de producir hematemesis y melena; es una complicación frecuente de la hipertensión portal y en pacientes cirróticos es ocasionada principalmente por sangrado de varices esofágicas; seguidas de otras causas como ulcera gástrica, esofagitis por reflujo, gastritis erosiva, síndrome de Mallorys-Weiss, etc. De los episodios hemorrágicos en pacientes cirróticos, el sangrado por varices representa entre 60 y 50% y su presentación esta proporcionalmente relacionada a la gravedad de la enfermedad. (4)

La hemorragia digestiva alta a causa de la rotura de varices esofágicas representa la complicación más grave de la cirrosis hepática, con una tasa de mortalidad de 37% y con un riesgo de resangrado de 70%. En la mayoría de los casos la hemorragia digestiva alta (HDA) predomina en personas de sexo masculino y con una media de edad entre 60 y 65 años, siendo el principal motivo de hospitalización en este grupo etario y además se valora que cerca de 13,9% presentan resangrando en los siete primeros días.(5)

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál fue la prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS CEIBOS en el periodo de 2020 a 2022?

JUSTIFICACIÓN

La cirrosis en Ecuador es considerada como una de las principales causas de muerte, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en el año 2019-2020. Datos del hospital Carlos Andrade Marín un hospital de Tercer nivel de la ciudad

de Quito revela que la mortalidad estimada por HDA en pacientes cirróticos oscila entre el 31%, esto es dependiente del grado de comorbilidad, edad y sexo, siendo esta la causa más frecuente la ruptura de varices esofágicas.

En la presente investigación se busca establecer el número de pacientes cirróticos que presentaron hemorragia digestiva alta en un hospital de segundo nivel perteneciente al Instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS) de la ciudad de Guayaquil, además de reconocer factores de riesgo potencialmente modificables, días de hospitalización, comorbilidades y tasa de mortalidad. De esta manera el estudio pretende brindar información oportuna y verídica del manejo y seguimiento de los pacientes con HDA, con el fin de establecer medidas de manejo para mejorar el pronóstico, reducir la mortalidad, morbilidad y reducir la estancia hospitalaria.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar la prevalencia de Hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática de 18 a 80 años atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS CEIBOS en el periodo de enero a diciembre 2020 - 2022.

Objetivos específicos

1. Identificar qué género y grupo etario presentaron mayor frecuencia hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática.
2. Reconocer el origen del sangrado más frecuente en pacientes con hemorragia digestiva alta.
3. Establecer los factores de riesgo que presentaron los pacientes cirróticos que hicieron hemorragia digestiva alta.
4. Determinar las comorbilidades que presentaron los pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta.
5. Calcular la tasa de mortalidad de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática.

HIPOTESIS

Existe una alta prevalencia en hemorragia digestiva alta asociada a pacientes con cirrosis hepática, principalmente de origen variceal y representa una alta tasa de mortalidad.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

CIRROSIS HEPATICA.

Se denomina cirrosis hepática al estadio final de la fibrosis del hígado momento en el cual la regeneración del hepatocito es irreversible es una de las principales causas de muerte del mundo occidental de origen multifactorial en 2019 represento el 2.4% de todas las muertes a nivel mundial (6) , aunque se ha demostrado que la obesidad y el consumo crónico de alcohol han aumentado los casos actualmente existe una disminución en los casos por contagio de hepatitis C y B por las diferentes mejoras que existen en los tratamientos, aumento en la cobertura de vacunas para hepatitis C y B lo que ha cambiado la epidemiología de la enfermedad .

Existe una asociación importante entre cirrosis hepática y el desarrollo de carcinoma hepatocelular (6) la cual también se ha visto en pacientes contagiados con ciertos virus hepatotropos, la cirrosis hepática conlleva a la muerte debido a las descompensaciones que produce las cuales son dificultad respiratoria por edemas en espacios pulmonares, hemorragia digestiva alta por aumento de presión portal y prolongación de los tiempos de coagulación por disminución de los factores de la misma y empeoramiento de la función plaquetario por el secuestro esplénico (7) y encefalopatía hepática producida por la acumulación de tóxicos en el cerebro como bilirrubinas y amonio.

EPIDEMIOLOGIA DE LA CIRROSIS HEPATICA

La cirrosis hepática es un problema de salud con alto impacto en los sistemas de salud, su prevalencia depende mucho de los factores medio ambientales y culturales de la población , aunque el consumo crónico de alcohol es el principal agente etiológico para el desarrollo de CH.(8) Existe una distribución de acuerdo a factores sociodemográficos en la enfermedad es así que se demostró la mayor frecuencia del origen infectocontagioso de la enfermedad en países de tercer mundo con menores tasas de vacunación para VHB y VHC y en los países de mayor desarrollo causas metabólicas. Según el Estudio de Global Burden of Diseases (GBD) en el año 2017 se estimó que alrededor de 112 millones de personas padecían de cirrosis en un estado de compensación, con una prevalencia de 1.395 casos por cada 100.000 habitantes todo esto ajustado a la edad y al tipo de población que se estudia (6).

Para Europa la etiología sigue siendo la misma pero el consumo de alcohol ha disminuido en la última década sobre todo en países como Alemania en el cual el 52 % de los casos son atribuidos al consumo crónico de alcohol todo esto por nuevas estrategias de salud que han fomentado estos gobiernos pero a su vez la presentación de CH de origen graso ha venido al aumento, la prevalencia de hepatitis B y C están tendiendo a disminuir en todo el continente Europeo lo cual es totalmente opuesto para África donde estos casos se han desbordado siendo después del alcoholismo la principales causas de CH incluso en unos países han superado a este último(6).

Un estudio realizado en México sobre factores socioeconómicos y culturales de la cirrosis determino que el diagnostico de cirrosis hepática por lo general se establecía entre los 50 y 70 años, la principal etiología era atribuida al consumo de alcohol además detallaba que era 170 veces más probables que una persona desarrolle CH y por último el sexo masculino y la población soltera fue la más propensa a padecer alcoholismo y contagio por virus hepatotropos (8).

Según datos del INEC afirma que en el Ecuador los casos de CH representan la séptima causa de mortalidad general atribuible a todas las causas, solo siendo superada por las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y degenerativas. En el año 2014 se reportaron 2005 personas fallecidas (9), los datos disponibles sobre número de casos de cirrosis hepática en el Ecuador son muy inexactos y escasos. En nuestro país existen alrededor de 12 centros médicos con la capacidad de realizar trasplante de riñón corazón e hígado, para el año 2022 el DOIT coordino 192 trasplantes de los cuales 28 fueron de hígado(9), alrededor de 300 pacientes se encuentran en lista de espera para la recepción de un órgano.

ETIOLOGIA DE LA CIRROSIS HEPATICA

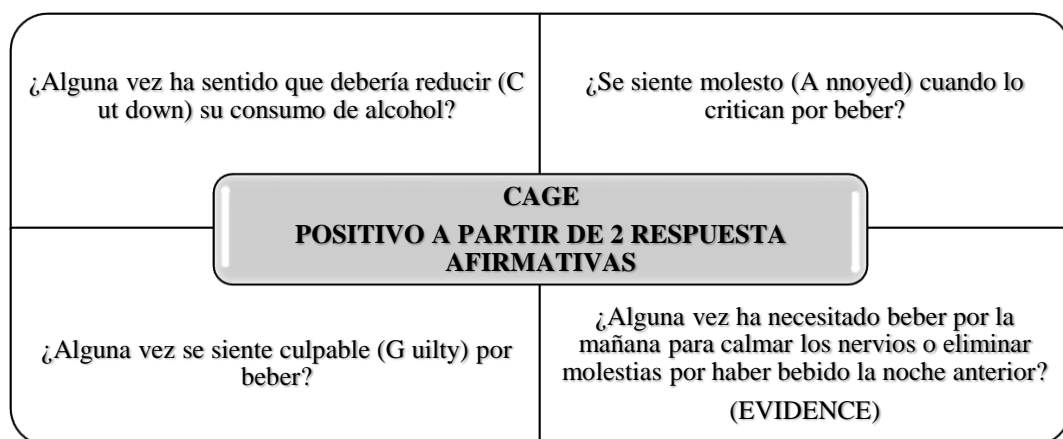
El origen de la cirrosis hepática es multifactorial, produce en la mayoría de las veces por el alcoholismo siendo la principal causa de aparición en los países del mundo, otras etiologías frecuentes son las infecciosas como el contagio por virus hepatotropos como los virus de la hepatitis b y c. Actualmente la esteatohepatitis no alcohólica ha tenido un repunte en su presentación por número de casos posicionando como segunda causa de cirrosis en los países occidentales.

ALCOHOLISMO

El alcoholismo es una conducta adictiva donde se pierde el control para dejar de consumir alcohol(10), su consumo desmedido es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades metabólicas como miocardiopatías, cirrosis hepática, deterioro neurológico, además aumenta la probabilidad de aparición de ciertos tipos de cánceres y promueve inmunosupresión con lo que se facilita la infección de microorganismo tales como tuberculosis. En el año 2016 fue el séptimo factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades y pérdida de años de vida(11), además contribuyó a la aparición de discapacidad, cabe recalcar los efectos a nivel neuropsiquiátrico como la depresión y ansiedad lo que genera aumento en la tasa de suicidios.

El trastorno más frecuente producido por el alcohol es la afectación gastrointestinal la cual se manifiesta de las siguientes formas: esofagitis por reflujo, esófago de Barrett, síndrome de Mallory Weiss, constipación, diarrea, síndrome de mala absorción, aparición de varices esofágicas e hipertensión portal además aumenta el riesgo de padecer pancreatitis agudas y crónicas, así como cirrosis hepática. (10)

Ilustración 1. CUESTIONARIO CAGE PARA ALCOHOLISMO



Fuente: adaptado de Marín Mayor, et al(10)

CONTAGIO POR VIRUS DE LAS HEPATITIS

INFECCION POR VIRUS DE LA HEPATITIS B Y C

El virus de la hepatitis produce un proceso de inflamación en el hígado que puede terminar con falla hepática fulminante, cirrosis hepática y desarrollo de carcinomas de origen hepático, su

forma de transmisión es de forma vertical a través del canal del parto y horizontal ya por contacto sexual o transmisión por inoculación accidental, la OMS estima que alrededor de 240 millones de personas padecen una infección crónica de esta enfermedad y 130 a 150 millones por virus de la hepatitis C.(12) Según proyecciones de OMS las estrategias no han mejorado por lo que se prevé que existan entre 20 a 40 millones de muertes entre 2015 y 2030 debidas al contagio de este virus(12).

En el desarrollo natural del contagio por hepatitis B debe transcurrir entre 1 mes a 3 meses hasta que empiecen a manifestarse los síntomas los cuales son: fiebre, malestar general, ictericia náuseas y vómitos que duran entre dos semanas hasta los 3 meses después de esto transcurre un periodo de ventana donde se aplican las pruebas serológicas para identificar los portadores crónicos de la enfermedad y los que se recuperaron lo cual puede durar muchos años, se dice que una persona es portadora crónica de la enfermedad cuando expresa el antígeno E en la serología. (13)

El diagnóstico de la hepatitis C es un poco diferente en cuanto a la serología ya que solo se necesita buscar anticuerpos anti-VHC y el ARN del virus en suero o plasma sin importar el nivel de enzimas hepáticas las cuales pueden estar normales o altas(14) , ahora bien la hepatitis C tiene mayor tasas de cronicidad de la enfermedad, riesgo de desarrollo de CH y mayor probabilidad de aparición de CHC. (14)

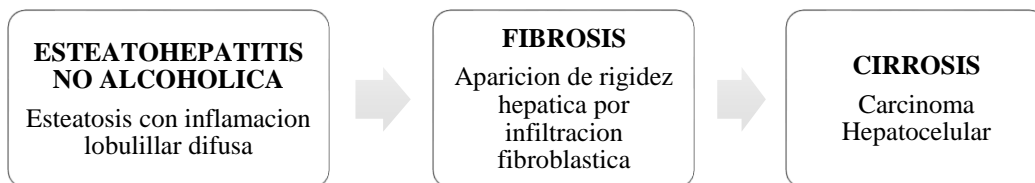
HEPATITIS GRASA NO ALCOHOLICA

Se habla de HGNA cuando el hígado está compuesto por vacuolas de grasa en al menos 5 % de su parénquima (15)(16), siempre que el consumo de alcohol sea menor de 20 gramos en mujeres y 30 gramos en hombres al día.(17) Esta condición engloba dos entidades: la esteatosis hepática simple sin fibrosis ni cambios inflamatorios y la esteatohepatitis no alcohólica que es una de las hepatopatías crónicas más frecuentes que esta correlacionada con trastornos como la obesidad y trastornos de la insulina por lo que su tratamiento no es de tipo médico, radica más en el cambio del estilo de vida y la pérdida de peso(16), esta enfermedad guarda estrecha relación para el desarrollo de CH y carcinoma hepatocelular por lo que es importante el pronto cribado.

Para el diagnóstico de esta enfermedad se necesita de analítica hepática alterada e imágenes, sino se observa lesiones grasas en las imágenes no se puede decir que el paciente tiene

alteraciones de origen metabólico en el hígado. El paciente con esteatohepatitis presenta ciertos grados de inflamación hepática lo que con lleva a la mayor probabilidad de tumores sobre todo el desarrollo de CHC, luego de la esteatosis viene la fibrosis hepática el estadio previo para el desarrollo de cirrosis hepática.

Ilustración 2. PROGRESIÓN DE LA HGNA



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Actualmente la EHGNA afecta alrededor de $\frac{1}{4}$ de la población de Estados Unidos y Europa a causa de las trasgresiones dietéticas y sedentarismo(16). La hepatitis grasa no alcohólica es la segunda causa para la aparición de Carcinoma Hepatocelular(CHC), se ha visto que las poblaciones con estados de riesgo como obesidad grado III la prevalencia de EHGNA puede superar hasta el 70% de los pacientes (16). Los factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad es el síndrome metabólico sumado a otras características no modificables como edad avanzada, sexo masculino y cierto polimorfismos genéticos como el PNPLA3 (15), el mecanismo principal involucrado en el desarrollo de esta enfermedad es la resistencia a la insulina acompañados de otras vías endocrinológicas como hormonas sexuales , inmunológicas, polimorfismos genéticos y endotoxemia por microbiota.(15)(16)

Se ha visto asociación entre EHGNA y el desarrollo de otras enfermedades tales como enfermedad renal crónica, cardiopatías y desarrollo de neoplasias , es por eso que se recomienda a pacientes diagnosticados con esta enfermedad en fase de fibrosis o cirrosis ultrasonografías cada 6 meses y analíticas de laboratorio con el fin de detectar de manera oportuna CHC para el control periódico en fases iniciales de la enfermedad se recomienda utilizar la elastografía y serología con el fin de evitar la biopsia hepática. (16)(15)

COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS HEPATICA

Las principales complicaciones de la cirrosis hepática incluyen encefalopatía hepática, hemorragia digestiva alta por la ruptura de varices esofágicas, ascitis, síndrome hepatorenal, hepato-pulmonar y cardiopatía por hepatopatía, anemias por secuestro esplénico, peritonitis bacteriana espontánea, derrame pleural y carcinoma hepatocelular.

Como ya se conoce por fisiopatología los pacientes cirróticos tienen trastornos en la coagulación por disminución de los factores de coagulación dependientes de la formación en el hígado lo que se suma a una empobrecida actividad plaquetaria(18)(19) ya sea por la disminución en el volumen plaquetario por secuestro esplénico o déficit de producción de trombopoyetina , por lo que vamos a encontrar en las analíticas tiempo prolongados lo que empeora el pronóstico en el paciente con sangrado activo .

La acumulación de líquidos en terceros espacios por disminución en la presión oncótica sobre todo en la cavidad peritoneal y derrames pleurales empeoran la sintomatología por su repercusión la función respiratoria siendo importante mantener un control sobre los niveles de albumina sérica(20) y realizar su reposición en los casos que amerite, así como el drenaje de líquidos con uso de diuréticos de asa o punción para drenaje directo

DEFINICIÓN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN VARICOSA

El sangrado digestivo alto es una emergencia médica muy frecuente definido como la salida de sangre a través de las barreras mucosas provenientes del esófago, estómago o duodeno siempre y cuando el origen sea por encima del ángulo de Treitz (21), el cual es una curvatura de origen musculo-ligamentoso que hace el duodeno al momento de unirse con el yeyuno, el origen varicoso de un sangrado digestivo es determinado por la presión portal que maneje el paciente por lo general es causado por una enfermedad hepática y la fisiopatología se desarrollara a medida que la enfermedad progrese , esto hará que la presión de los plexos venosos peri-esofágicos y gástricos aumenten su presión y aumenta la fragilidad de la pared del vaso ocasionando ruptura y sangrado del mismo(20).

FISIOPATOLOGIA DE LA CIRROSIS HEPATICA Y SANGRANDO DIGESTIVO

Los pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) por lo general cursan con sintomatología donde se puede evidenciar de manera visual el sangrado ya sea hematemesis o melena, esta última es la presencia de sangre en las heces por contacto con los ácidos gástricos y otros compuestos de degradación de alimentos que le dan este color característico, antes de la realización de cualquier procedimiento invasivo es importante la estabilización del paciente con el fin de disminuir la mortalidad(22), también se ha demostrado que las transfusiones deben realizarse con el fin de mantener niveles de hemoglobina entre 7 a 9 mg/dl ya que los estados de hipervolemia se asocian al aumento de presiones portales y riesgo de resangrado. (7)

El aumento de la resistencia vascular intrahepática debida a fibrosis o lesiones diseminadas del hígado conllevara a que se creen nuevas derivaciones venosas para de esta forma descongestionar la circulación venosa portal, lo que hará que la circulación esplénica aumente su flujo y lleve a la aparición de esplenomegalia. Además del aumento de la presión en los plexos esofágicos que crearán las varices esofágicas y sangrado puede generar shunts-portosistémicos hacia la vena cava ocasionando una congestión cardiaca derecha.

CLINICA

El paciente cirrótico en su estadio de descompensación se caracteriza por poseer una semiología y clínica muy exuberante , pudiendo apreciar múltiples signos evidentes y patognomónicos de las hepatopatías tales como la disminución del vello en su disposición , piel fina e icterica , además del abdomen globuloso propio del paciente ascítico con sus hiperdinamismo de los vasos periumbilicales lo que se denomina signo de la cabeza de medusa, además es un paciente con hepato y esplenomegalia lo cual sale a relucir en el examen físico mediante la palpación .

Las manifestaciones clínicas de la cirrosis hepáticas va a depender del estado compensatorio del paciente llegando a ser incluso asintomático en pacientes con estadios precoces de la enfermedad(23), dentro de la primeras manifestaciones clínicas en aparecer tenemos el cansancio generalizado y una leve sensación de discomfort en el hipocondrio derecho y pérdida inexplicable de peso, en fases de descompensación puede aparecer la ascitis siendo dos entidades clínicas de importancia la ascitis a tensión donde el distress respiratorio obliga a la realización de paracentesis y la sobre infección de la cavidad peritoneal en el caso de la

peritonitis bacteriana espontanea. Las presentaciones clínicas más temibles en el paciente cirrótico es el sangrado de origen variceal al cual le dedicaremos algunos párrafos y la encefalopatía hepática las cuales están interrelacionados esta última influida por la presencia de la primera. (24)

Dado que el organismo humano no puede mantener una correcta homeostasis sino existe el trabajo conjunto entre órganos y sistemas, la degeneración de un órgano u aparato puede contribuir a la disfunción de otros por eso que los cambios en las presiones portosistémicas pueden dar paso a la aparición de patologías mixtas como el síndrome hepatorenal, hepato-pulmonar y la cardiopatía de origen hepático en un principio el objetivo de estos mecanismos es compensar la deficiencia del órgano lesionado pero este se termina convirtiendo en un círculo vicioso descontrolado lo que también ocasiona el daño de un segundo órgano , es por eso que se puede apreciar enfermedad renal crónica en pacientes con cirrosis hepática sin antecedentes de HTA y Diabetes mellitus. (24)

ENDOSCOPIA

La endoscopia digestiva es un técnica diagnóstica y terapéutica se utiliza de la primera forma ante la sospecha clínica de patología digestiva formando parte de los diagnostico por imágenes, dentro de su marco terapéutico de acuerdo al tiempo en el que se la aplique se la puede subclasificar en urgente y electiva en relación al tiempo de su aplicación siendo el corte mayor o menor de 24 horas, dentro de las necesidades urgentes de endoscopia tenemos a la HDA , retiro de cuerpos extraños y la impactación esofágica .

En los procedimientos electivos podemos realizar colocaciones de stent metálicos expandibles en pacientes con patología estenótica digestiva debidas a neoplasias y fibrosis del tracto digestivo, el advenimiento del stent de vacío en defectos transmurales del tubo digestivo en patologías como fracaso de anastomosis, síndrome de Voheharve(25) (26) ha traído ventajas a esta nueva técnica sumado a beneficios previos que ya ofrecía como realizar tomas de biopsias las cuales con ayuda de patología nos llevan a diagnósticos confirmados.

La endoscopia en HDA se utiliza con el fin de obtener una mejor hemostasia disminuyendo el riesgo de sangrado por lo general se aplica la ligaduras con bandas o se utiliza sustancias esclerosantes(27) ,Las contraindicaciones para la realización de una endoscopia son muy pocas entre las cuales tenemos las perforaciones de vísceras huecas, pacientes con hemodinámicamente inestables y la mala adaptación de la anestesia o no colaboración del

paciente (15). Dentro de las indicaciones nos es útil para el estudio de múltiples enfermedades por lo que las vamos a resumir en el grafico 4.

Ilustración 3. INDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA

INDICACIONES DIAGNOSTICAS DE LA ENDOSCOPIA	
<p>ELECTIVA</p> <p>(persistencia de síntomas) Disfagia u Odinofagia</p> <p>Dolor retroesternal digestivo Dolor epigástrico</p> <p>Dispepsia</p> <p>Pirosis o reflujo Halitosis Vómitos</p> <p>Anemia ferropénica</p> <p>Anemia perniciosa</p> <p>Síndrome constitucional</p>	<p>URGENTE</p> <p>Hemorragia digestiva alta Impactación esofágica</p>

Fuente: adaptado de Sandalinas, et al (25)

El desarrollo del brazo terapéutico de la endoscopia a desplazado a múltiples técnicas quirúrgicas disminuyen el costos de hospitalización y tiempos de estadía hospitalaria, además de mortalidad siendo Gold estándar para el diagnóstico de HDA llevándonos a la necesidad del desarrollo de artefactos que ayuden a mejorar la calidad de imágenes obtenidas y abarcar mayores territorios del tracto digestivo como le uso de CPRE y cápsula endoscópica además se ha fusionado con otros métodos de imágenes para ampliar los órganos explorados ahora se cuenta con eco-endoscopia para llegar a territorios inhóspitos permitiendo explorar estructuras complicadas como el páncreas y sus anexos, en cardiología se puede realizar ecocardiografía transesofágica en el grafico 5 resumimos la indicaciones terapéuticas de la endoscopia. (28)

Ilustración 4. INDICACIONES TERAPEUTICAS DE LA ENDOSCOPIA

INDICACIONES TERAPEUTICAS DE LA ENDOSCOPIA	
URGENTE Hemorragia digestiva alta Impactación esofágica	ELECTIVA Ligadura de varices esofágicas Resección de pólipos Dilatación de lesiones estenóticas Colocación de prótesis sobre estenosis Ablación de tumores Tratamiento del esófago de Barret Tratamiento del divertículo de Zenker Tratamiento de la acalasia Realización de gastrostomías o yeyunostomías Colocación de sondas para nutrición o drenaje Tratamiento de la obesidad Tratamiento de dehiscencias o fístulas posquirúrgicas

Fuente: tomado y adaptado de Sandalinas, et al (25)

MANEJO TERAPEUTICO DE VARICES ESOFAGICAS

Se denomina varice esofágica a la dilatación excesiva y anormal de las venas que componen el plexo esofágico esto se debe a una excesiva presión portal (por encima de 10 mmHg)(19) se presentan con alta frecuencia en los pacientes cirróticos con valores de prevalencia que oscilan entre 40 a 95% y se ha visto que alrededor de 2 de cada 10 pacientes sangran en periodos de al menos 3 años después de dado el diagnostico (19)

Existen 4 formas de detener un sangrado variceal mediante el uso de la endoscopia y técnicas de derivación portosistémica en su rama terapéutica, la ligadura con bandas, escleroterapia, hemostasia con balón y la creación de TIPS que son shunt portosistémico, intrahepático, transyugulares(19), también se puede combinar estas técnicas con terapia farmacológica para la obtención de mayores resultados. Según estudios comparativos de mediana confiabilidad la escleroterapia endoscópica es superior al uso de análogos de la somatostatina y vasopresina administrados de manera individual.

Un shunt es una comunicación que se realiza entre el circuito portal y la circulación sistémica con el fin de derivar el flujo excesivo de sangre hacia este último sistema de circulación con lo que se va a reducir la presión portal , el riesgo de sangrado , con esto se creara un estado hiperdinámico en la circulación general , la aplicación de estos dispositivos de manera precoz para la realización de TIPS ha demostrado reducir la mortalidad si se compara vs ligadura con bandas para pacientes en estadios CHILD –PUGH de tipo B y C. (19)

CAPITULO 3

MARCO METODOLÓGICO Y ANALISIS DE RESULTADOS

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1 DISEÑO DE ESTUDIO

De acuerdo a la participación del investigador el cual no interfiere con el desarrollo del fenómeno podemos decir que nuestra investigación es de tipo observacional, según las mediciones de los datos obtenidos es retrospectiva ya que evalúa el fenómeno una vez ocurrido, además es transversal de acuerdo al número de mediciones de variables en análisis con un componente descriptivo según el número de variables.

3.1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

Población: pacientes cirróticos en un hospital de segundo nivel IESS CEIBOS NORTE durante el periodo 2020 -2022 Muestra: pacientes cirróticos que desarrollaron hemorragia digestiva alta debida a todas las causas posibles en un hospital de segundo nivel IESS CEIBOS NORTE durante el periodo 2020 -2022.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con cirrosis hepática.
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes que hayan realizado hemorragia digestiva alta.
- Pacientes con reporte endoscópico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

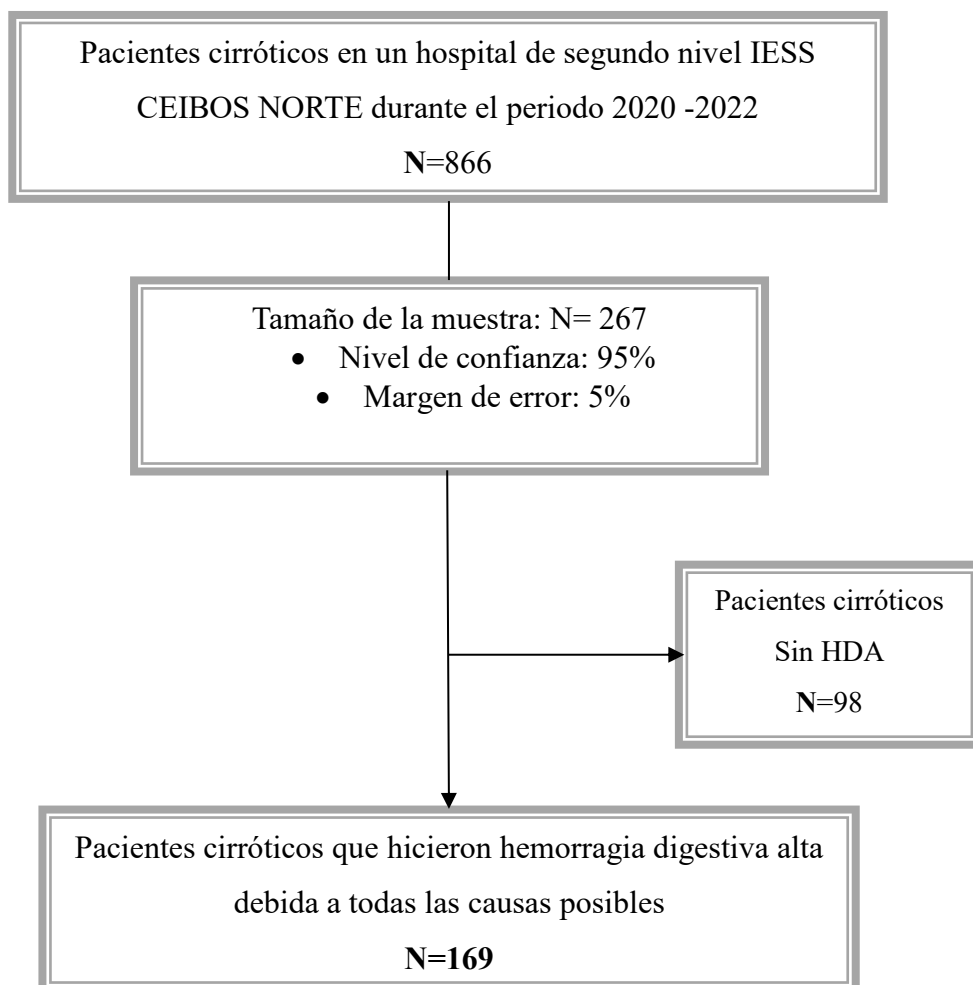
- Pacientes con hemorragia digestiva baja.
- Pacientes con trasplante hepático.
- Pacientes sin reporte endoscópico.

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con una población de 866 pacientes, se determinó aplicando el nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% de la cual se obtuvo una muestra de 267 pacientes. Se descartaron de la muestra a los pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión (98) y nos quedó una muestra final para el estudio de 169 pacientes.

METODO DE MUESTREO

Se utilizó para la selección de estos pacientes un muestreo aleatorio sistemático.



3.2 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Se realizó mediante revisión de historias clínicas recopiladas en el sistema de AS400 del hospital IESS CEIBOS NORTE.

3.3 PROCESAMIENTO DE DATOS

3.3.1 ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE DATOS.

Se nos facilitó un libro de Excel previa solicitud por escrito al departamento de estadística del hospital IESS CEIBOS este documento estaba debidamente filtrada y tabulada.

3.3.2 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADISTICO

Para el desarrollo del análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS versión 26, donde se procedió a realizar un estudio descriptivo de las variables cualitativas realizando el cálculo de frecuencias obteniendo porcentajes.

3.3.2 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADISTICO

Para el desarrollo del análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS versión 26, donde se procedió a realizar un estudio descriptivo de las variables cualitativas realizando el cálculo de frecuencias obteniendo porcentajes.

Nombres de la variable	Definición de la variable	Tipo	Valor final
Sexo	Expresión fenotípica dada por los cromosomas sexuales	Categórica Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Factores de riesgo para sangrado	Condiciones ambientales, biológicas, temporales y genéticas que empeoran una enfermedad	Categórica Nominal Politómica	Consumo de aines Alcoholismo crónico Tabaquismo
Rango de edad	Valores comprendidos entre un número de años que son obtenidos a partir de la edad que pueden ser ordenados.	Ordinal	30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80-89
Origen del sangrado digestivo alto	Razón por la que ocurre la salida de sangre hacia la luz gastrointestinal, por lo general debida a un defecto en las mucosas o paredes de los vasos.	Categórica Nominal Politómica	Variceal No Variceal
Comorbilidad	Es la asociación entre dos o más enfermedades en una misma persona	Categórica Nominal Politómica	Diabetes mellitus Hipertensión esencial
Mortalidad	Cantidad de personas que fallecen en un lugar y tiempo determinado.	Categórica Nominal Politómica	Leve: Menos del 15% Moderada: Entre el 15 al 30% Alta: Más del 30%

3.4 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

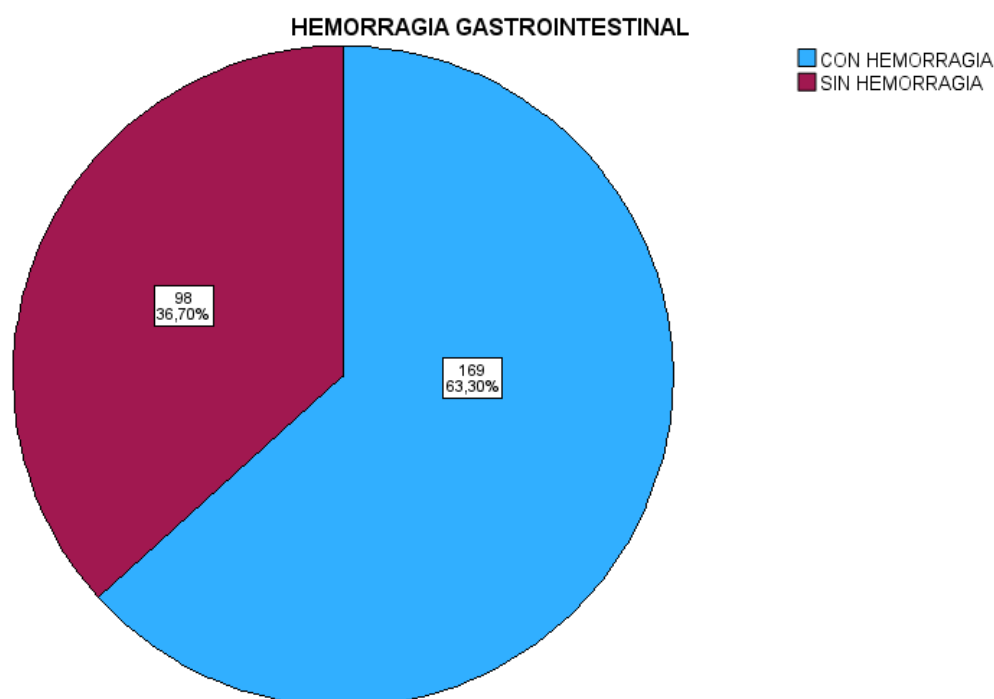
3.5 RESULTADOS

TABLA 1 PREVALENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HEMORRAGIA	169	63,3	63,3	63,3
	NO HEMORRAGIA	98	36,7	36,7	36,7
	Total	267	100,0	100,0	100,00

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Ilustración 5. REPRESENTACION DE PREVALENCIA DE PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGETSIVA ALTA.



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

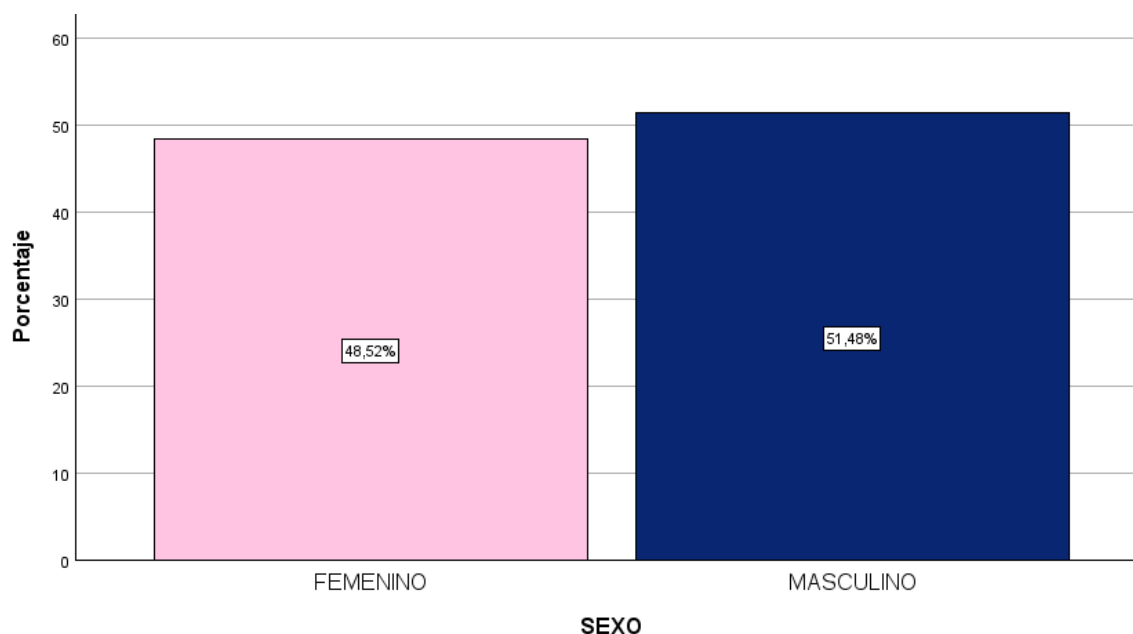
Análisis: El número total de pacientes cirróticos en la muestra utilizada es de n=267, de los cuales se determinó una prevalencia de 63,3% que representa a 169 pacientes con cirrosis hepática que hicieron hemorragia digestiva alta. Mientras que el 36.7% no presentaron hemorragia, este número es de aproximadamente 98 pacientes, mismos que descartaremos en el estudio.

TABLA 2 PRESENTACION SEGUN EL GÉNERO EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	82	48,5	48,5	48,5
	MASCULINO	87	51,5	51,5	100,00
Total		169	100,0	100,0	

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

ILUSTRACIÓN 6 PRESENTACION SEGUN EL GÉNERO EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

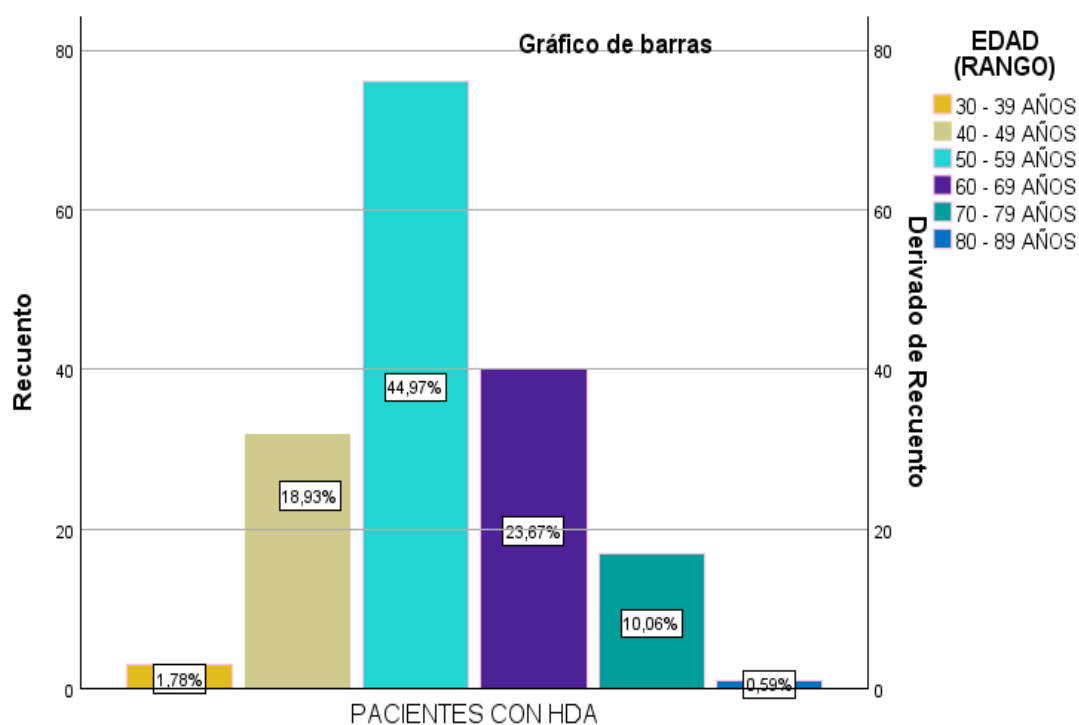
Análisis: En la tabla 2, al clasificar la población estudiada de pacientes cirróticos con hemorragia digestiva de acuerdo al sexo pudimos ver que existe una mayor prevalencia en el sexo masculino con 87 casos lo que representa 51.5% a diferencia del sexo femenino con una presentación de 82 casos de 169 lo que representa un 48.5% de la población estudiada. En el gráfico de barras podemos ver una superioridad de alrededor de 2.96%.

Tabla 3. PROMEDIO DE RANGO EDAD DE PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	30-39	3	1,8	1,8	1,8
	40-49	32	18,9	18,9	20,7
	50-59	76	45,0	45,0	65,7
	60-69	40	23,7	23,7	89,3
	70-79	17	10,1	10,1	99,4
	80-89	1	,6	,6	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Ilustración 7. HISTOGRAMA DEL PROMEDIO DE RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

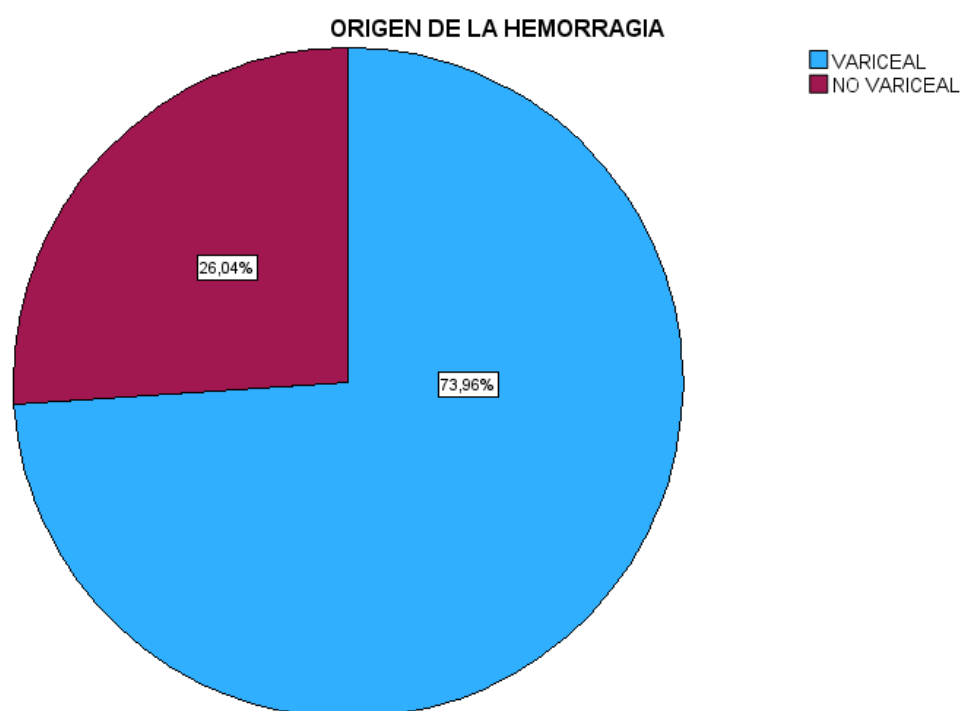
Análisis: Al evaluar la relación del rango de edad y hemorragia digestiva alta en una tabla de doble entrada, podemos ver que el grupo etario más frecuente de presentación de sangrado y cirrosis es el de la edad comprendida entre 50 y 59 años que representa el 45% de la población y el porcentaje menos frecuente para la presentación de hemorragia digestiva alta es el de 80 89 que representó el 0,59%.

Tabla 4. ORIGEN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	VARICEAL	125	74,0	74,0	74,0
	NO VARICEAL	44	26,0	26,0	100,0
Total		169	100,0	100,0	

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Ilustración 8. ORIGEN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: En la tabla 4, se puede observar que de los 169 pacientes cirróticos que hicieron hemorragia digestiva alta, 125 pacientes tuvieron un origen de sangrado variceal que representa el 74% mientras que los 44 restantes fueron de origen no variceal representando un 26% del total de la población.

Tabla 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CIRRÓTICOS QUE HICIERON HDA Y CONSUMIAN ALCOHOL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	126	74,6	74,6	74,6
	NO	43	25,4	25,4	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: El consumo de alcohol es una de las principales causas de cirrosis hepática, en este cuadro tratamos de evaluar si además de eso el alcoholismo contribuye a la aparición de sangrado digestivo, del total de pacientes evaluados n=169 el 74,6% tuvieron el hábito del alcohol.

Tabla 6. RELACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CIRRÓTICOS QUE CONSUMIAN ALCOHOL

		CONSUMO DE ALCOHOL		Total	
		SI	NO		
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	CON HEMORRAGIA	Recuento	126	43	169
		% del total	47,2%	16,1%	63,3%
	SIN HEMORRAGIA	Recuento	38	60	98
		% del total	14,2%	22,5%	36,7%
Total	Recuento	164	103	267	
	% del total	61,4%	38,6%	100,0%	

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Tabla 7. PRUEBA DE CHI-CUADRADO DE LA RELACION DE HDA EN PACIENTES CIRRÓTICOS QUE CONSUMIAN ALCOHOL

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,515 ^a	1	<.001		
Corrección de continuidad ^b	32,022	1	<.001		
Razón de verosimilitud	33,505	1	<.001		
Prueba exacta de Fisher				<.001	<.001
Asociación lineal por lineal	33,390	1	<.001		
N de casos válidos	267				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 37.81.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: En esta tabla cruzada donde analizamos la relación de las variables hemorragia gastrointestinal y consumo de alcohol tuvimos alrededor de 126 pacientes que desarrollaron hemorragia y si consumieron alcohol lo que representa alrededor del 47,2%, en cambio los pacientes que no consumieron alcohol y sí desarrollaron hemorragia son 43 con un porcentaje del 16,1%. El porcentaje de pacientes que sí consumieron alcohol y no desarrollaron hemorragias fue bastante bajo con un porcentaje de 14.2% y los pacientes que no consumieron alcohol y no desarrollaron hemorragias es alrededor del 22.5%.

Al llevar estos valores a la prueba de Chi cuadrado pudimos ver que nuestra p es inferior a 0,05 por lo que concluimos que, si existe una relación entre hemorragia gastrointestinal y el consumo de alcohol, congruente con la prueba exacta de Fisher siendo nuestra hipótesis aceptada.

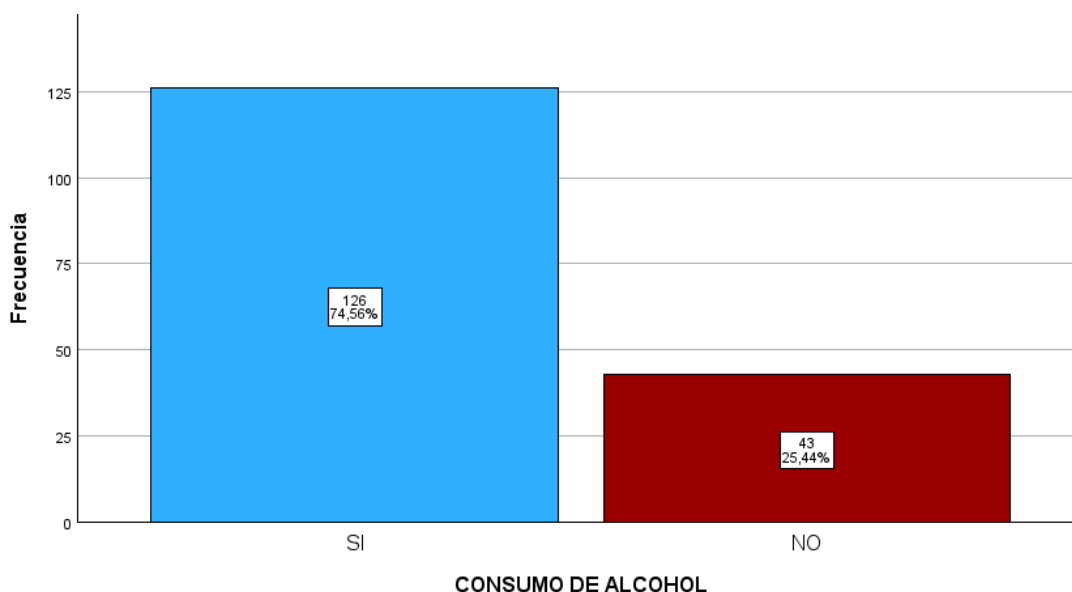
Tabla 8. ESTIMACION DE RIESGO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE CONSUMEN ALCOHOL Y PUEDAN HACER HDA.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL (1 / 2)	4,627	2,713	7,890
Para cohorte CONSUMO DE ALCOHOL = 1	1,923	1,477	2,503
Para cohorte CONSUMO DE ALCOHOL = 2	,416	,307	,562
N de casos válidos	267		

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: Para la estimación de riesgo, realizar HDA en pacientes con cirrosis hepática relacionada al alcoholismo se obtuvo un odds ratio de 4,627 lo que nos quiere decir que si existe un riesgo mayor de hacer hemorragia digestiva alta los pacientes con cirrosis hepática que consumen alcohol.

Tabla 9. REPRESENTACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HABIAN HECHO HDA.



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: En este gráfico de barras se compara el total de pacientes cirróticos que habían realizado HDA, sin discriminación de edad ni sexo, donde el alcoholismo representa un total de 74,6% del total de nuestra población estudiada (N=169).

Tabla 10. DISTRIBUCIÓN DE PACIETNES CIRROTICOS QUE HICIERON HDA Y TENIAN EL HABITO DEL TABACO.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	40	23,7	23,7	23,7
	NO	129	76,3	76,3	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: Al analizar la variable tabaquismo con respecto a los pacientes con cirrosis hepática que habían hecho hemorragia digestiva alta(n=169) se pudo evidenciar que el 23.7% tenían el habito del tabaco, y el 76,3% restante no tenían el mismo habito.

Tabla 11. RELACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE TENIAN EL HABITO DEL TABACO.

		TABAQUISMO		Total	
		SI	NO		
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	CON HEMORRAGIA	Recuento	40	129	169
		% del total	15,0%	48,3%	63,3%
	SIN HEMORRAGIA	Recuento	24	74	98
		% del total	9,0%	27,7%	36,7%
Total		Recuento	64	203	267
		% del total	24,0%	76,0%	100,0%

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Tabla 12. PRUEBA DE CHI-CUADRADO DE LA RELACION DE HDA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE TENIAN EL HABITO DEL TABACO.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,023 ^a	1	,880		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	,998		
Razón de verosimilitud	,023	1	,880		
Prueba exacta de Fisher				,883	,496
Asociación lineal por lineal	,023	1	,880		
N de casos válidos	267				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 23.49.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: En esta tabla de doble entrada donde comparamos las variables hemorragia gastrointestinal y la relación con el tabaquismo tuvimos 40 pacientes los cuales presentaron hemorragia y fumaban cigarrillos lo que representa alrededor del 15% y 129 pacientes que no consumían tabaco y desarrollaron hemorragia con una representación del 48.3%, del grupo de pacientes sin hemorragia y consumidores de tabaco fueron alrededor de 24 pacientes con un porcentaje de 9% y de los que desarrollaron hemorragia y no consumían tabaco fueron de 74 pacientes con un porcentaje del 27.7%.

Al llevar estos valores a la prueba de Chi cuadrado, se buscó encontrar relación entre tabaquismo y hemorragia gastrointestinal donde tuvimos un valor de P superior a 0.05 y con una prueba exacta de Fisher de 0.88 por lo que podemos decir que no existe asociación entre consumo de tabaco y presencia de hemorragia gastrointestinal por lo que no podemos rechazar nuestra hipótesis nula.

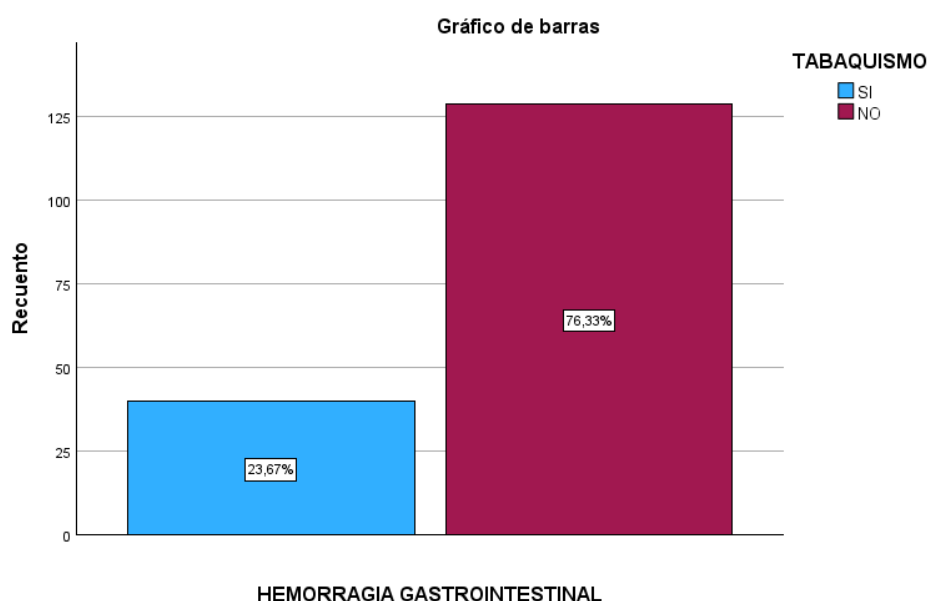
Tabla 13. ESTIMACION DE RIESGO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE TENIAN EL HABITO DEL TABACO Y QUE PUEDAN HACER HDA.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL (1 / 2)	,956	,535	1,710
Para cohorte TABAQUISMO = 1	,966	,622	1,502
Para cohorte TABAQUISMO = 2	1,011	,878	1,163
N de casos válidos	267		

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: En el cuadro de estimación de riesgo no existe mayor riesgo de hemorragia digestiva si se mantiene un hábito tabáquico, el valor del odds ratio para esta asociación en nuestro estudio fue de 0.956.

Ilustración 9, REPRESENTACIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HABIAN HECHO HDA.



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: El gráfico de barras demuestra la diferencia de presentación del hábito tabáquico en la población cirrótica que presentó HDA, esta incidencia es mucho menor en comparación con el consumo de alcohol con una frecuencia de 23.67% para una N=169.

Tabla 14. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CIRRÓTICOS QUE HICIERON HDA Y TOMABAN AINES.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	16	9,5	9,5	9,5
	NO	153	90,5	90,5	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: El consumo de aines si bien es un factor de riesgo para el sangrado de origen ulceroso decidimos someterlo a estudio de los pacientes cirróticos que presentaron hemorragia donde obtuvimos que alrededor de 16 pacientes (9.5%) tomaban AINES.

Tabla 15. RELACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE TOMABAN AINES

		CONSUMO DE AINES		Total	
		SI	NO		
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	CON HEMORRAGIA	Recuento	16	153	169
		% del total	6,0%	57,3%	63,3%
	SIN HEMORRAGIA	Recuento	10	88	98
		% del total	3,7%	33,0%	36,7%
Total		Recuento	26	241	267
		% del total	9,7%	90,3%	100,0%

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Tabla 16. PRUEBA DE CHI-CUADRADO DE LA RELACION DE HDA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE TOMABAN AINES

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,038 ^a	1	,845		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,038	1	,845		
Prueba exacta de Fisher				,834	,501
Asociación lineal por lineal	,038	1	,845		
N de casos válidos	267				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9.54.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: En esta tabla de doble entrada donde se analiza el total de pacientes cirróticos y la presencia o no de hemorragia buscando la asociación de HDA y consumo de aines podemos ver

que 153(57,3%) pacientes no consumieron aines y presentaron hemorragia y de los pacientes que si consumieron aines y presentaron hemorragia representan el 6,0%. Por otro lado, los pacientes que no hicieron hemorragia y tomaban aines representaron el 3% y los que no tomaban aines representaron un 33%.

Al llevar estos valores a la prueba de Chi cuadrado, se buscó encontrar relación entre el consumo de aines y hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos, donde tuvimos que el valor de P superior a 0.05 y con una prueba exacta de Fisher de 0.83 por lo que podemos decir que no existe asociación entre el consumo de AINES y realizar hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos, por lo cual podemos rechazar nuestra hipótesis nula.

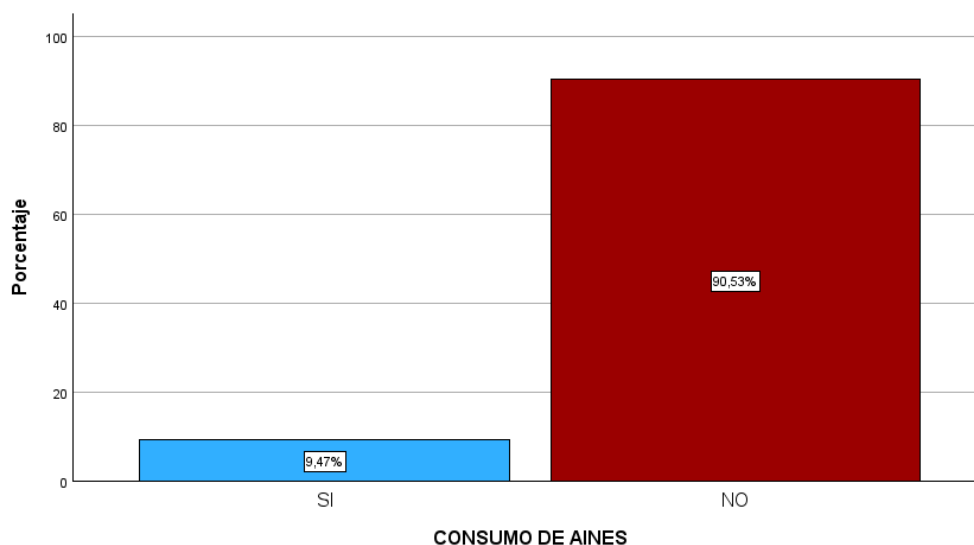
Tabla 17. ESTIMACION DE RIESGO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE TOMABAN AINES Y PUEBAN HACER HDA.

	Estimación de riesgo		
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL (1 / 2)	,920	,400	2,116
Para cohorte CONSUMO DE AINES = 1	,928	,438	1,964
Para cohorte CONSUMO DE AINES = 2	1,008	,928	1,095
N de casos válidos	267		

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: En este cuadro pudimos llegar a la conclusión que no existe mayor riesgo de hemorragia digestiva alta si consumían aines, el valor del odds ratio para esta asociación en nuestro estudio fue de 0.920.

Ilustración 10. REPRESENTACIÓN DEL CONSUMO DE AINES EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HABIAN HECHO HDA.



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: Este grafico de barras expresa la cantidad de pacientes que consumieron Aines durante la presentación de sangrado digestivo lo cual representa menos del 10% de los casos (n=169).

Tabla 18. FRECUENCIA DE HTA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGETSIVA ALTA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	115	68,0	68,0	68,0
	NO	54	32,0	32,0	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: El número de pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta que padecen hipertensión arterial son alrededor de 115 pacientes con un porcentaje del 68% de la población estudiada siendo esta la comorbilidad más frecuente de nuestro estudio.

Tabla 19. TABLA CRUZADA DE HDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON CIRREOSIS HEPATICA

		HIPERTENSIÓN ARTERIAL		Total	
		SI	NO		
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	CON HEMORRAGIA	Recuento	115	54	169
		% del total	43,1%	20,2%	63,3%
	SIN HEMORRAGIA	Recuento	67	31	98
		% del total	25,1%	11,6%	36,7%
Total		Recuento	182	85	267
		% del total	68,2%	31,8%	100,0%

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Tabla 20. PRUEBA DE CHI CUADRADO DE HDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON CIRREOSIS HEPATICA

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,003 ^a	1	,957		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,003	1	,957		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,534
Asociación lineal por lineal	,003	1	,957		
N de casos válidos	267				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 31.20.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: En esta tabla cruzada de dos variables las cuales son la HDA e hipertensión arterial se busca demostrar la asociación de estas. Por un lado, tenemos que el 43.1% de los pacientes que presentaron hemorragia eran portadores de hipertensión arterial y el 20,2% que hizo sangrado digestivo alto no eran hipertensos. De los 98 pacientes restantes los que no presentaron hemorragia y si padecían HTA representan el 25,1% y los que no padecían de HTA y no hicieron HDA representaron un 11,6%.

Aplicando el chi cuadrado para buscar la asociación entre estas 2 variables obtuvimos un valor de p mayor a 0.05 siendo este valor superior a nuestro alfa por lo que podemos decir que no existe relación entre HTA y hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos.

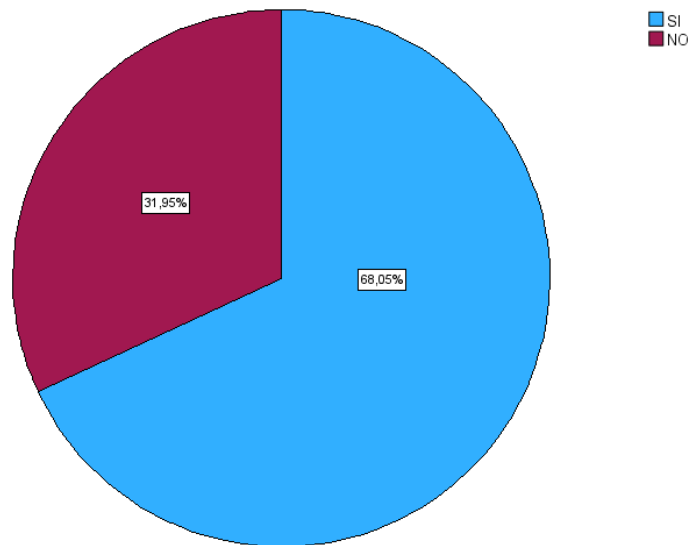
Tabla 21. RIESGO ENTRE HTA Y PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HDA.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL (1 / 2)	,985	,577	1,682
Para cohorte HIPERTENSIÓN ARTERIAL = 1	,995	,840	1,179
Para cohorte HIPERTENSIÓN ARTERIAL = 2	1,010	,701	1,455
N de casos válidos	267		

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: En este cuadro podemos evidenciar que no existe riesgo de desarrollar cirrosis hepática si se padece HTA ya que obtuvimos un valor de odds ratio de 0.985.

Ilustración 11. REPRESENTACION GRAFICA DE HTA EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: La HTA es una de las principales comorbilidades en la población general, en el marco de pacientes cirróticos la bibliografía es congruente con los datos estadísticos de nuestro estudio, el 68.05 % de nuestros pacientes padecen de esta patología siendo la principal comorbilidad encontrada en grado de frecuencia.

Tabla 22. FRECUENCIA DE DM EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	98	58,0	58,0	58,0
	NO	71	42,0	42,0	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: La diabetes mellitus es la segunda comorbilidad en frecuencia dentro de la población general. En esta tabla de frecuencia podemos observar que de los 169 pacientes cirróticos estudiados con hemorragia digestiva alta 98 pacientes presentaron diabetes con un porcentaje del 58% y el 42% restante no padecía DM.

Tabla 23. TABLA CRUZADA DE HDA Y DM EN PACIENTES CON CIRREOSIS HEPATICA.

			DIABETES		Total
			SI	NO	
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	CON HEMORRAGIA	Recuento	98	71	169
		% del total	36,7%	26,6%	63,3%
	SIN HEMORRAGIA	Recuento	51	47	98
		% del total	19,1%	17,6%	36,7%
Total		Recuento	149	118	267
		% del total	55,8%	44,2%	100,0%

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Tabla 24. PRUEBA DE CHI CUADRADO DE HDA Y DM EN PACIENTES CON CIRREOSIS HEPATICA

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,890 ^a	1	,346		
Corrección de continuidad ^b	,665	1	,415		
Razón de verosimilitud	,888	1	,346		
Prueba exacta de Fisher				,372	,207
Asociación lineal por lineal	,886	1	,346		
N de casos válidos	267				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 43.31.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: en esta tabla de doble entrada se ingresaron datos de dos variables HDA y diabetes mellitus con el fin de buscar relación entre las mismas, de las personas que padecieron HDA y

DM fueron 98 pacientes (36.7%) frente a un 26.6% que no padecía DM, de los pacientes cirróticos que no hicieron HDA y eran diabéticos representaron un 19,1% mientras los que no padecían DM representaron el 17,6%.

El procesamiento de estos datos con la herramienta Chi cuadrado nos indica que no existe asociación para desarrollar sangrado digestivo si se padece de diabetes mellitus ya que el valor de p es superior al alfa ($p > 0.05$) por lo que no existe asociación entre las variables.

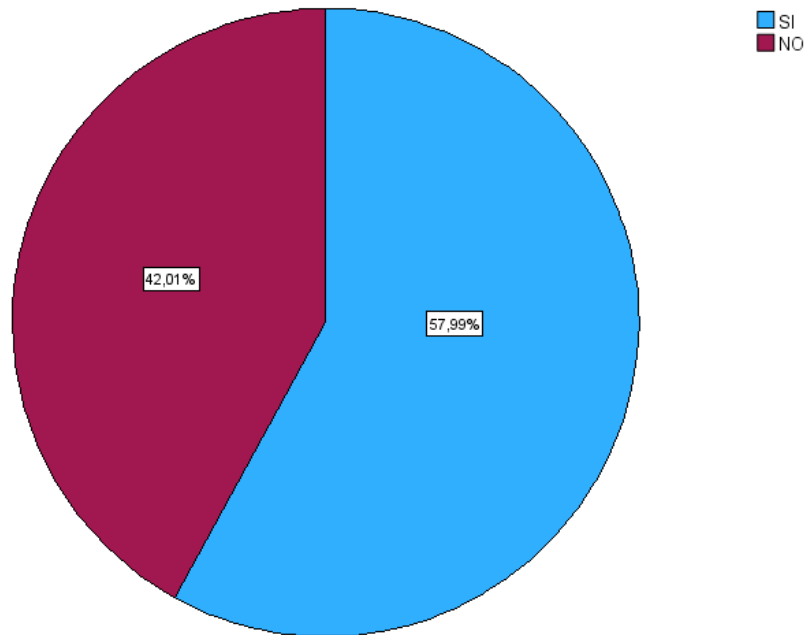
Tabla 25. RIESGO ENTRE DM Y PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HDA.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL (1 / 2)	1,272	,771	2,098
Para cohorte DIABETES = 1	1,114	,886	1,401
Para cohorte DIABETES = 2	,876	,667	1,150
N de casos válidos	267		

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: para la estimación de riesgo de hacer HDA en pacientes con cirrosis hepática y padecer DM obtuvimos un odds ratio de 1.27, lo que nos indica que si existe una mayor posibilidad de hacer HDA si padecen DM, este dato se extrajo con un intervalo de confianza de 95%.

Ilustración 12. REPRESENTACION GRAFICA DE DM EN PACIENTES CIRROTICOS QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

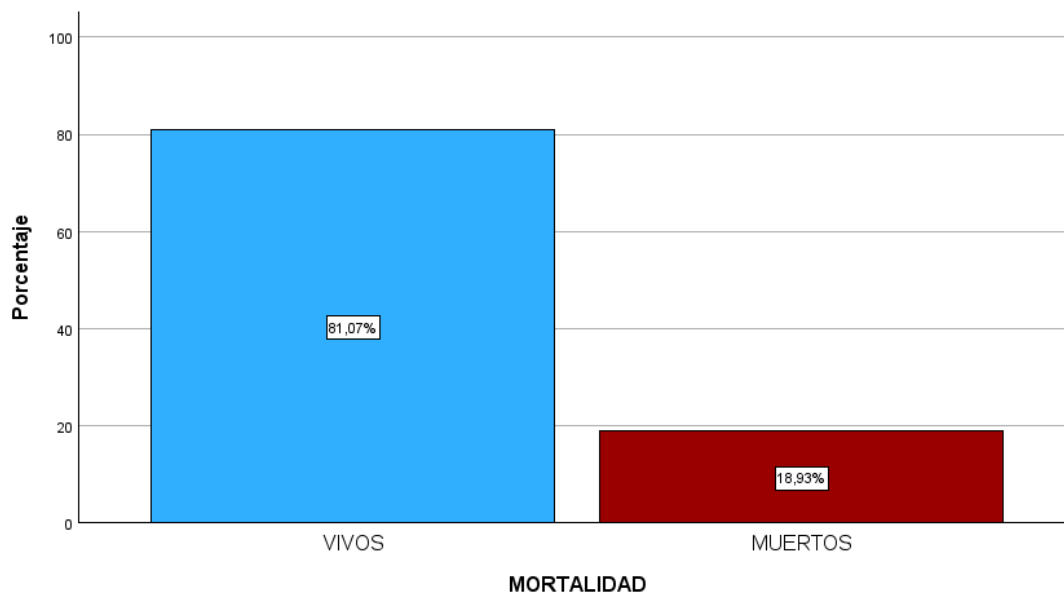
Análisis: En el siguiente gráfico se evidencia la cantidad de pacientes cirróticos que hicieron HDA y padecieron diabetes mellitus en nuestro estudio, presentándose en un 57.99%.

TASA DE MORTALIDAD DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	VIVOS	137	81,1	81,1	81,1
	MUERTOS	32	18,9	18,9	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LA TASA DE MORTALIDAD DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA QUE HICIERON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.



Fuente: Garcés Valdivieso Pamela Alexandra y Moreira Chávez Erika Beatriz

Análisis: En la tabla se puede observar que de los 169 pacientes con cirrosis hepática que habían realizado hemorragia digestiva alta, 32 murieron obteniendo una tasa de mortalidad del 18,9%, mientras que los que siguen con vida son 137 representando el 81,1%.

DISCUSION

La hemorragia digestiva alta es considerada una de las principales complicaciones que afectan a los pacientes con cirrosis hepática. Compartiendo ambas enfermedades una gran prevalencia y altas tasas de mortalidad entre sí. Según el instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), la HDA es la principal causa de morbimortalidad en pacientes cirróticos.

En un estudio realizado por Mosquera, F. F. en el 2019 en el Hospital Guasmo Sur, se encontró que la prevalencia de pacientes cirróticos que realizaron HDA fue del 25,5% donde la media de edad en sus pacientes fue de 62 años, el 55,6% de pacientes fueron de sexo masculino, la comorbilidad con mayor incidencia fue la Diabetes Mellitus con el 58%, el 33,8% de pacientes tuvieron como principal factor de riesgo el consumo excesivo de alcohol, el 58,3% de los pacientes hicieron hemorragia variceal y el índice de mortalidad fue del 15%.(2)

En comparación con nuestro estudio los resultados reflejan similitud, la prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital IESS CEIBOS en el periodo del 2020 al 2022, nos dio un resultado de 63,3%. Además, se pudo analizar el rango de edad, siendo el grupo etario de 50 – 59 años más frecuente, el 51,5% fueron pacientes del sexo masculino, el 74,6% consumía alcohol y el tipo más frecuente de HDA fue de origen variceal por rotura varices esofágicas.

En nuestro estudio se identificaron 32 pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta que fallecieron a causa del padecimiento de esta condición, representando una tasa de mortalidad del 18,9%. El resultado de este estudio presentó similitudes con el trabajo investigativo por Moreira y Rodríguez en el año 2018 en la ciudad de la Habana, Cuba, quienes obtuvieron una tasa de mortalidad del 24% en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta.(1)

CAPITULO 4

CONCLUSIONES

En el presente estudio obtuvimos una población de 866 pacientes, en los cuales se aplicó el intervalo del 95% de confianza obteniendo una muestra de 267 pacientes cirróticos, de ellos 169 hicieron hemorragia digestiva alta.

- La prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital IESS CEIBOS durante el periodo del 2020 al 2022 represento el 63.3% en los dos años de estudio.
- En cuanto al género, podemos darnos cuenta de que existe una mayor prevalencia en el sexo masculino con 87 casos lo que representa un 51.5%.
- El grupo etario con mayor frecuencia fueron pacientes con la edad entre 50 y 59 años representando a un 45% de la población.
- El consumo de alcohol del total de pacientes cirróticos (169) fueron el 74,6%, siendo un porcentaje muy elevado, analizando la relación entre la hemorragia digestiva alta y pacientes con cirrosis hepática que consumían alcohol nos dio como resultado que, si existe una relación entre ellas, dándonos a conocer que si los pacientes con cirrosis hepática consumen alcohol tienen el riesgo de hacer hemorragia digestiva alta. En cuanto al tabaquismo no se pudo evidenciar alguna relación con la cirrosis y el porcentaje que desarrollaron hemorragia digestiva alta y fumaban tabaco fue el del 23.7%.
- En cuanto a las comorbilidades nuestro estudio nos indicó que padecer DM es un riesgo para desarrollar hemorragia digestiva alta en los pacientes con cirrosis hepática.
- La tasa de mortalidad en nuestro estudio de los pacientes con cirrosis hepática que hicieron HDA (169) fue baja, siendo que 32 murieron representando un 18,9%, mientras que los que siguen con vida son 137 representando el 81,1%.

RECOMENDACIONES

- Realizar seguimiento. Esto puede incluir medicamentos para tratar la causa subyacente de la hemorragia y de esta forma se evitaría futuros resangrados.
- Es importante la abstención de alcohol, ya que se pudo observar que es considerado el principal factor de riesgo para desencadenar hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática.
- Es importante el Control de la presión arterial en caso de que sea diagnosticado hipertensión portal o varices esofágicas, tome los medicamentos recetados para controlar la presión arterial según las indicaciones de su médico.
- Puede ser útil mantener una dieta equilibrada y baja en sodio para reducir la retención de líquidos y la presión en el sistema circulatorio.
- Para finalizar, es conveniente también educarse acerca de su enfermedad y sus síntomas para estar alerta a cualquier signo de complicaciones y actuar rápidamente ya que la prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática es elevada.

BIBLIOGRAFIA

1. Moreira Barinaga OM, Rodríguez Fernández Z, Horta EM, Rodríguez Hung S, María A, Dols N. Conocimientos vigentes en torno a la hemorragia digestiva alta varicosa Current knowledge of variceal upper digestive bleeding [Internet]. Vol. 47, Revista Cubana de Medicina Militar. 2018. Available from: <http://scielo.sld.cu><http://www.revmedmilitar.sld.cu>
2. Mosquera Moncayo Freddy Fernando. Prevalencia de Hemorragia Digestiva alta en Pacientes con Cirrosis Hepática, en el Hospital General Guasmo Sur, de enero a junio del 2018. 2019.
3. Moon AM, Singal AG, Tapper EB. Contemporary Epidemiology of Chronic Liver Disease and Cirrhosis. Vol. 18, Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2020.
4. Cremers I, Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. Vol. 7, Therapeutic Advances in Gastroenterology. 2014.
5. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. Vol. 94, Mayo Clinic Proceedings. 2019.
6. Huang DQ, Terrault NA, Tacke F, Gluud LL, Arrese M, Bugianesi E, et al. Global epidemiology of cirrhosis — aetiology, trends and predictions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2023;20(6):388–98.
7. Velarde-Ruiz Velasco JA, García-Jiménez ES, Aldana-Ledesma JM, Tapia-Calderón DK, Tornel-Avelar AI, Lazcano-Becerra M, et al. Evaluation and management of emergencies in the patient with cirrhosis. *Rev Gastroenterol Mex*. 2022;87(2):198–215.
8. Roesch-Dietlen F, González-Santes M, Sánchez-Maza YJ, Díaz-Roesch F, Cano-Contreras AD, Amieva-Balmori M, et al. Influence of socioeconomic and cultural factors in the etiology of cirrhosis of the liver. *Rev Gastroenterol Mex*. 2021;86(1):28–35.
9. La donación de órganos y tejidos en Ecuador Organ and tissue donation in Ecuador. 2023;32(1):10–1.
10. Marín Mayor M, Arias Horcajadas F, López Trabada JR, Rubio Valladolid G. Trastornos por consumo de alcohol. *Medicine (Spain)*. 2019;12(85):4993–5003.
11. Córdoba García R, Camarells Guillem F. Screening and brief intervention on alcohol consumption. *Aten Primaria*. 2022;54(7):102349.
12. OMS. Estrategia Mundial del Sector Salud contra las Hepatitis Víricas 2016–2020. Hacia el fin de las Hepatitis Víricas. Organización Mundial de la Salud. 2016;1–55.
13. Sánchez Frenes Pedro, San José Fina Arelys, Simó Agüero Yoandra, Castillo Monzón Enrique, Sánchez M de J, Nieves Armas Rodney Kidman. Marcadores serológicos de infección y exposición a la hepatitis B en donantes voluntarios de sangre. *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*. 2020;67(2):76–80.
14. García Deltoro M, Ricart Olmos C. Infección por el virus de la hepatitis C y nuevas estrategias de tratamiento. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37(Supl 1):15–9.
15. Bernal-Reyes R, Castro-Narro G, Malé-Velázquez R, Carmona-Sánchez R, González-Huezo MS, García-Juárez I, et al. The Mexican consensus on nonalcoholic fatty liver disease. *Rev Gastroenterol Mex*. 2019;84(1):69–99.
16. Burgos-Santamaría D, Sánchez-Aldehuelo R, Figueroa-Tubío A, Mateos Muñoz B. Non-alcoholic fatty liver disease. *Medicine (Spain)*. 2020;13(4):173–81.

17. Tafur Sánchez CN, Durá Gil M, Alemán Domínguez del Río A, Hernández Pérez CM, Mora Cuadrado N, Gómez de la Cuesta S, et al. Utilidad práctica de los índices no invasivos en la esteatosis hepática metabólica. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2022;69(6):418–25.
18. Armijos Salinas X, Abad González J, Rivera Armijos N, Viteri Ávila S, Reinoso F, M., & Piedra Andrade J. Application of the MELD scale in patients of the Liver Transplant Program. *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM,*. 2020;19(2):61–7.
19. Lmj B, Sc F, Aj S, Nj C, El T, Csenar M, et al. Decompensated liver cirrhosis : a network meta-analysis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;
20. Yoshida H, Shimizu T, Yoshioka M, Matsushita A, Kawano Y, Ueda J, et al. The Role of the Spleen in Portal Hypertension. *Journal of Nippon Medical School.* 2023;90(1):20–5.
21. Perez J, Moreira M. Tratamiento del sangrado digestivo alto Upper digestive tract bleeding treatment. *Revista Médica Cambios.* 2018;17(2):95–104.
22. John R Saltzman, MD, FACP, FACG, FASGE A. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults - UpToDate. *UpToDate.* 2019;30(table 1):1–43.
23. Smith A, Baumgartner K, Bositis C. Cirrhosis: Diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2019;100(12):759–70.
24. Smith A, Baumgartner K, Bositis C. Cirrhosis: Diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2019;100(12):759–70.
25. Sandalinas RV, Bello MN, Marco MAS. Indications and contraindications for upper endoscopy. *Medicine (Spain).* 2020;13(3):167–70.
26. Pattynama LMD, Eshuis WJ, van Berge Henegouwen MI, Bergman JJGHM, Pouw RE. Vacuum-stent: A combination of endoscopic vacuum therapy and an intraluminal stent for treatment of esophageal transmural defects. *Front Surg.* 2023;10(February):1–7.
27. Bocos JM, Rayado GG, Mallada GH. Diagnostic and therapeutic protocol of upper digestive tract hemorrhage in emergency unit. *Medicine (Spain).* 2020;13(3):158–62.
28. Kılıç M, Ak R, Dalkılıç Hökenek U, Alışkan H. Use of the AIMS65 and pre-endoscopy Rockall scores in the prediction of mortality in patients with the upper gastrointestinal bleeding. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi.* 2023;29(1):100–4.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Garcés Valdivieso, Pamela Alexandra** con C.C: #0923607410 autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS Ceibos en el periodo de 2020 – 2022**, 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, 18 de septiembre del 2023

f.  Firmado electrónicamente por:
**PAMELA ALEXANDRA
GARCES
VALDIVIESO**

Nombre: **Garcés Valdivieso, Pamela Alexandra**

C.C: **0923607410**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moreira Chávez Erika Beatriz** con C.C: #1350645949 autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS Ceibos en el periodo de 2020 – 2022**, 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, 18 de septiembre del 2023

f.-



Firmado electrónicamente por:
**ERIKA BEATRIZ
MOREIRA CHAVEZ**

Nombre: **Moreira Chávez Erika Beatriz**
C.C: 1350645949

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS Ceibos en el periodo de 2020 – 2022.	
AUTOR(ES)	Pamela Alexandra Garcés Valdivieso; Erika Beatriz Moreira Chávez	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ivan Elias, Altamirano Barcia	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Ciencias Médicas	
CARRERA:	Medicina	
TITULO OBTENIDO:	Médico	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	18 de septiembre de 2023	No. DE PÁGINAS: 42
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Medicina Interna, Epidemiología	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hemorragia digestiva alta, cirrosis hepática, varices esofágicas.	
<p>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Resumen: La hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos es una complicación potencialmente grave que puede ocurrir debido a varias razones relacionadas con la cirrosis hepática. La cirrosis hepática es una enfermedad crónica del hígado en la que el tejido hepático normal se reemplaza gradualmente por tejido cicatricial (fibrosis), lo que reduce la capacidad del hígado para funcionar correctamente. Una de las causas comunes de hemorragia digestiva alta en pacientes cirróticos son las varices esofágicas en estas se observa como la cirrosis puede aumentar la presión en las venas que transportan la sangre desde el intestino hacia el hígado. Esta presión adicional puede hacer que se desarrollen varices esofágicas, que son venas dilatadas en el esófago. Estas varices pueden romperse y causar una hemorragia grave. Objetivo: Determinar la prevalencia de Hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática de 18 a 80 años atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS CEIBOS en el periodo de enero a diciembre 2020 - 2022. Metodología: El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se utilizó para la selección de estos pacientes un muestreo aleatorio sistemático. Resultados: En un estudio de 267 pacientes con cirrosis hepática, nos quedó una muestra de 169 pacientes que hicieron hemorragia digestiva alta. De acuerdo con el sexo pudimos ver una mayor prevalencia en el sexo masculino con un porcentaje de 51,5%. El grupo etario con mayor frecuencia fueron los pacientes de 50-59 años. En cuanto a los factores de riesgo el consumo de alcohol fue el que tuvo mayor porcentaje con un 74,6%. De las comorbilidades la HTA fue la que tuvo un mayor porcentaje en pacientes con HDA con el 43,1%. En cuanto a la mortalidad fue baja con un porcentaje de 18,9%. Conclusión: La prevalencia de las variables es alta por esto es fundamental que los pacientes cirróticos reciban atención médica inmediata si experimentan hemorragia digestiva alta, ya que puede ser potencialmente mortal. Además, el manejo de la cirrosis hepática subyacente es esencial para prevenir futuras hemorragias</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593985824052- +59398024441	E-mail: pamela.garces01@cu.ucsg.edu.ec – erika.moreira01@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio	
	Teléfono: +593982742221	
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	



SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
---------------------------------------	--

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
---	--

Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
------------------------------	--

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	
---	--