

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DEL SANGRADO POR
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN PACIENTES
CIRRÓTICOS QUE SE ATIENDEN EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE DURANTE EL AÑO 2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

CHUNGA CABEZAS YANINA RAQUEL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA-PERÚ

2019

ASESOR

Dr. Williams Víctor Fajardo Alfaro

AGRADECIMIENTO

Agradezco a dios y a mi familia por darme la fuerza y la valentía de luchar día a día por todos mis objetivos trazados, que aunque no han sido fáciles ellos con su ayuda me han encaminado por la senda correcta.

Gracias a mi asesor del Hospital Nacional Hipólito Unanue del servicio de gastroenterología el Doctor Víctor Parra Pérez y a la jefa del servicio de gastroenterología que me brindo el apoyo solicitado la Doctora María Esther Alba Rodríguez.

Gracias al asesor de la universidad privada san juan bautista al Doctor Williams Víctor Fajardo Alfaro. Finalmente agradecer a mis hermanos que ellos en algún momento de esta carrera supieron ayudar y comprender de alguna otra manera todo este proceso de

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a dios y a mi madre que me guía y protege desde el cielo y sé que está contenta desde donde este que a lo largo de este tiempo siempre me ayudo a pelear por mis objetivos.

A mis padre que siempre me brindo bienestar y todo a su alcance para poder triunfar en la vida. Me brindo educación, me apoyo en cada una de mis decisiones que tomaba para así poder cumplir todos mis objetivos propuestos. Capítulo aparte se lo dedico para mis hermanos que formaron en mí una gran persona, me ayudaron a salir adelante, me guiaron, me alentaron a ser una mejor persona y que hasta el día de hoy.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características Endoscópicas al sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal en pacientes cirróticos, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Lima Perú, Año 2016. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectiva y enfoque cuantitativo.

La muestra estuvo conformada por 122 pacientes de los cuales el 65.6% son mayor de 50 años y el 34.4% menores de 50 años. El 63.1% pertenece al sexo femenino y el 36.9% al sexo masculino, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino, año 2016. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento denominado "Ficha de recolección de datos", el cual consta de dos dimensiones para evaluar las características Endoscópicas y Sociodemográficas de los pacientes. El instrumento fue sometido a la prueba de validez y confiabilidad, resultando significativos con un P- Value = 0, 05. Se recopiló indicadores endoscópicos de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, Tamaño Variceal, Presencia de Signos Rojos, Estadio CHILD PUGH, Tipo de Varices haciendo uso de los informes endoscópicos del Centro Endoscópico del servicio de Gastroenterología; para las características socio demográficas se utilizó la Historia clínica de los pacientes.

El análisis estadístico se realizó haciendo uso del programa estadístico SPSS VS.24, 0 realizándose un análisis descriptivo mediante tablas de frecuencias de una entrada y doble entrada respecto de las características de los pacientes, para demostrar los objetivos trazados.

Resultados: La población en estudio fue de 500 pacientes Cirróticos con características endoscópicas de Sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, provincia y Departamento de Lima, Año 2016; se trabajó con

una muestra representativa de n= 122, de los cuales el 63.1% (77) pertenecen al sexo femenino y el 36.9% al sexo masculino (45); y 65.6% son mayor de 50 años.

El 38.5% de los pacientes presentan un tamaño Variceal grado II. El 37.1% del total de casos con várices esofágicas, presentan un tamaño Variceal grado II; y de los casos con várices Gástricas, el 42.4% presentan un tamaño Variceal grado II. El 79.2% de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve, presentan un tamaño Variceal grado I, aquellos con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada, el 100% presenta un grado del nivel II; y de aquellos con Hemorragia digestiva alta severa, el 90.9% llegaron a desarrollar un tamaño Variceal Grado III.

El 56.6% de los pacientes presentan signos rojos. El 75.8% de los casos con HDA variceal severa presentan signos rojos; el 53.7% de los casos con HDA variceal moderada presentaron signos rojos y en menor proporción de 45.8% en aquellos con HDA variceal Leve.

El 38.5% de los pacientes desarrollaron el estadio CHILD PUGH "B". En las endoscopias, se registró que de los pacientes con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada el 95.1% presentan un estadio CHILD PUGH "B".

Las varices Esofágicas son las mas frecuentes en los pacientes con Hemorragia digestiva alta Variceal en un 73%.

Conclusión: El tamaño Variceal más frecuente fue el grado II, hubo presencia de Signos Rojos en las endoscopias, el estadio Child Pugh más frecuente fue el "B" y el tipo de varices más frecuente fue la Varices Esofágicas.

Palabras Claves: Características endoscópicas, Hemorragia digestiva alta Variceal, Signos Rojos, Estadio Child Pugh, Tipo de Varices.

ABSTRACT

Objective: To identify the endoscopic characteristics of bleeding due to high-grade variceal bleeding in cirrhotic patients, treated at the Gastroenterology service of the Hipolito Unanue National Hospital, El Agustino District, Lima Peru, 2016. **Materials and methods:** Descriptive, observational, cross-sectional study and retrospective and quantitative approach.

The sample consisted of 122 patients of which 65.6% are over 50 years old and 34.4% are under 50 years old. 63.1% belong to the female sex and 36.9% to the male sex, attended in the Gastroenterology service of the Hipólito Unanue National Hospital of the El Agustino District, 2016. For the data collection, an instrument called "Data collection card" was used. data ", which consists of two dimensions to evaluate the Endoscopic and Sociodemographic characteristics of the patients. The instrument was subjected to the validity and reliability test, being significant with a P-Value = 0.05. Endoscopic indicators of High Variceal Digestive Hemorrhage, Variceal Size, Presence of Red Signs, CHILD PUGH Stage, Varicose Vein Type were compiled use of endoscopic reports of the Endoscopic Center of the Gastroenterology service; For the socio-demographic characteristics, the clinical history of the patients was used.

The statistical analysis was carried out using the statistical program SPSS VS.24.0, performing a descriptive analysis using tables of frequencies of an entry and double entry with respect to the characteristics of the patients, to demonstrate the objectives set.

Results: The study population was 500 cirrhotic patients with endoscopic characteristics of bleeding due to high variceal digestive hemorrhage treated at the Gastroenterology service of the Hipólito Unanue National Hospital, province and department of Lima, 2016; We worked with a representative

sample of n = 122, of which 63.1% (77) belong to the female sex and 36.9% to the male sex (45); and 65.6% are over 50 years old.

38.5% of patients have a Variceal grade II size. 37.1% of the total cases with esophageal varices have a Variceal grade II size; and of the cases with gastric varices, 42.4% present a Variceal grade II size. The 79.2% of the patients with Digestive Hemorrhage High Variceal Mild, have a Variceal grade I size, those with Moderate High Variceal Digestive Hemorrhage, 100% present a grade of level II; and of those with severe upper gastrointestinal bleeding, 90.9% developed a Variceal Grade III size.

56.6% of the patients present red signs. 75.8% of cases with severe variceal HDA present red signs; 53.7% of the cases with moderate variceal HDA presented red signs and in a smaller proportion of 45.8% in those with mild variceal HDA.

38.5% of the patients developed the CHILD PUGH "B" stage. In the endoscopies, it was recorded that 95.1% of patients with Moderate High Variceal Digestive Haemorrhage presented a CHILD PUGH "B" stage.

The esophageal varices are the most frequent in patients with high digestive bleeding Variceal in 73%.

Conclusion: Variceal size was the most frequent grade II, there was presence of red signs in the endoscopies, the most frequent Child Pugh stage was "B" and the most frequent type of varicose veins was esophageal varices.

KEYWORDS: Endoscopic characteristics, Variceal upper gastrointestinal bleeding, Red signs, Child Pugh stage, Varices type.

INTRODUCCIÓN

“La hemorragia digestiva alta (HDA), en especial, la causada por ruptura de las varices esofágicas (VE), forma parte de una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la historia natural del paciente que posee cirrosis hepática (CH). Al diagnóstico de la CH, aproximadamente, las varices esofágicas suelen estar presentes en el 60% de las CH descompensadas y en el 30% de las CH compensadas, presentando una incidencia de sangrado del 4,4% anualmente y una mortalidad en el primer episodio de hemorragia entre el 20 y 50%”.

“La hemorragia por ruptura de varices esofágicas es una de las complicaciones más importantes de los pacientes cirróticos con hipertensión portal. La hemorragia variceal presenta con una alta mortalidad (30% por episodios) y que progresa proporcionalmente al grado del Child en el paciente (Child A 10%; Child C 50-70%). Una de las características de estas hemorragias es su tendencia al resangrado temprano, el cual, ocurre entre 30-50% durante la primera semana y obliga a realizar un tratamiento no solo dirigido a su detención sino también a prevenir el resangrado precoz”.

El riesgo de HVE viene determinado primordialmente por tres factores: el tamaño de las varices, la presencia de puntos rojos en su superficie y el grado de insuficiencia hepática (Child-Pugh).

En tal sentido revisaremos lo siguiente:

En el capítulo I: Nos planteamos el problema de investigación, los objetivos a determinar.

En el capítulo II: Revisamos la bibliografía sobre el tema, y objetivizamos las variables.

En el capítulo III: Establecemos la metodología de nuestra investigación.

En el capítulo IV: Analizamos los resultados.

En el capítulo V: Analizamos las conclusiones y desglosamos algunas recomendaciones de solución.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
ÍNDICE	x
LISTA DE TABLAS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiv
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento Del Problema	1
1.2. Formulación Del Problema	2
1.2.1. General	2
1.2.2. Específicos	2
1.3. Justificación	3
1.4. Delimitacion Del Area De Estudio	4
1.5. Limitaciones De La Investigacion	5
1.6. Objetivos	5
1.6.1. General	5
1.6.2. Específicos	5
1.7. Propósito	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes bibliográficos	7
2.2. Base Teórica	166
2.3. Marco Conceptual	27

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	28
3.1. Diseño metodológico	28
3.1.1. Tipo de investigación	28
3.1.2. Nivel de investigación	28
3.2. Población y muestra	28
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.4. Diseño de recolección de datos	32
3.5. Procesamiento y análisis de datos	33
3.6. Aspectos éticos	33
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	34
4.1. Resultados	34
4.2. Discusión	43
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1. Conclusiones	46
5.2. Recomendaciones	48
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	53

LISTA DE TABLAS

	PÁG.
TABLA N° 1: EDAD Y SEXO DE PACIENTES CIRRÓTICOS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE SANGRADO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL POR EDAD SEGÚN SEXO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, DISTRITO EL AGUSTINO LIMA PERÚ, AÑO 2016	34
TABLA N° 2: CARACTERISTIAS SOCIODEMOGRAFICAS DE PACIENTES CIRRÓTICOS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE SANGRADO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, DISTRITO EL AGUSTINO LIMA-PERU AÑO 2016	36
TABLA N° 3: PROCEDENCIA SEGÚN SEXO DE PACIENTES CIRRÓTICOS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE SANGRADO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, DISTRITO EL AGUSTINO LIMA- PERU AÑO 2016	37
TABLA N° 4: TAMAÑO VARICEAL MAS FRECUENTE Y SEGÚN TIPO DE VARICES EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON SANGRADO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DISTRITO EL AGUSTINO LIMA-PERU AÑO 2016	38
TABLA N°5: TAMAÑO VARICEAL EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE SANGRADO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DISTRITO EL AGUSTINO LIMA-PERU AÑO 2016	39
TABLA N°6: PRESENCIA DE SIGNOS ROJOS EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE SANGRADO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DISTRITO EL AGUSTINO LIMA-PERU AÑO 2016	40

TABLA N°7:	ESTADIO CHILD PUGH EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE SANGRADO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DISTRITO EL AGUSTINO LIMA-PERU AÑO 2016	41
TABLA N° 8:	TIPO DE VARICES EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE SANGRADO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DISTRITO EL AGUSTINO LIMA-PERU AÑO 2016	42

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
ANEXO N° 2: INSTRUMENTO	55
ANEXO N° 3: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTOS	57
ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	60

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta se asocia entre 40-50% a la lesión por ulcera péptica gastroduodenal, seguido por un 15-25% asociado a varices esofágicas y el resto está asociado a otros factores; pero cuando estos se asocian a varices es porque esta última patología es secundaria en su mayoría a una patología como lo es la cirrosis hepática. Este produce la aparición de varices en algún nivel a lo largo del tubo digestivo, lo más frecuente es que aparezcan en los últimos centímetros distales del esófago. En todo el mundo la Hemorragia digestiva alta es una urgencia recurrente, con incidencia anual de 50-150 casos por 100 000 pobladores. De igual modo, la mortalidad de esta enfermedad se asocia a personas de edad avanzada y anomalías patológicas asociadas; no obstante, Esta mortalidad se mantuvo permanente en los últimos años anteriores, con unos valores generalmente inferiores al 5% ^(1,2).

De acuerdo con la OMS, establece que anualmente fallecen precisamente 200 mil personas por la cirrosis hepática en países desarrollados. “Precisamente un 40-50% de los pacientes con cirrosis muestran varices esofágicas en el instante del diagnóstico de su patología y entre los que no las muestran se cree una incidencia anual de avance de varices esofágicas de un 5%, de igual modo las várices gástricas están presentes en 5–33% de los pacientes con hipertensión portal. Además, en pacientes con varices las características endoscópicas son variadas, razón de todas por la cual decido describir todas ellas para el conocimiento y prevención a tener en cuenta por nuestros médicos”^(2,3).

Además, alrededor 4–30% de los pacientes con várices de menor tamaño pasarán a tener várices de mayor tamaño cada año, por lo que están en peligro de sangrado. En México, de la misma forma que en el Perú ocupa

el séptimo lugar como consecuencia de fallecimiento en la población general. Asimismo, presenta la décima consecuencia de fallecimiento en el país, con una de mortalidad de 9.4 por cada 100 mil habitantes⁽²⁾.

A pesar de los grandes avances en el tratamiento de esta patología las tasas de letalidad por una primera hemorragia variceal siguen siendo significativamente altas (20-35%).

Por ello, es necesario describir todas las características endoscópicas que abarca la hemorragia digestiva alta variceal para el reconocimiento temprano.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

1.- ¿Cuáles son las características Endoscópicas al sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal en pacientes cirróticos, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Lima Perú, Año 2016?

1.2.2. ESPECÍFICO

1.- ¿Cuáles son las características sociodemográficos de los pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016?.

2.- ¿Cuál es el tamaño Variceal más frecuente en pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en

el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016?.

3.- ¿Hay presencia de Signos Rojos en pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016?.

4.- ¿Cuál es el estadio Child Pugh más frecuente en los pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016?.

5.- ¿Cuál es el tipo de Varices más frecuente en pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016?.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Justificación Teórica

La hemorragia digestiva alta es una de las urgencias más usuales que se presentan en nuestro medio, es importante reconocer su etiología dentro de las cuales la principal es la ulcera, seguido por las varices gastroesofágicas; y en este contexto a nivel mundial sigue siendo una patología que aún sigue teniendo una elevada mortalidad, además es de mucha importancia la asociación a hallazgos endoscópicos de signos rojos, estadio Child-Pugh en pacientes cirróticos; para su pronóstico. Asimismo, estos datos en todo el mundo se utilizan como métodos pronósticos y de prevención de que este tipo de eventos.

Justificación Práctica

La hemorragia variceal es una de los motivos usuales de fallecimiento en pacientes que tienen cirrosis. Asimismo, asociado a la cirrosis esta es desarrollo de hipertensión portal aumentando así su letalidad; además es necesario el tamaño de las varices y la presencia de signos rojos también son signos que nos muestran la gravedad de las varices y su predisposición al sangrado de estas varices⁽⁴⁾.

Justificación Social

Es importante reconocer en nuestra labor como médicos, el reducir la mortalidad por hemorragias digestivas altas, y eso se logra llevándose a cabo medidas preventivas y de control como lo son las endoscopias de manera continua, ya que, mediante este método se evalúan los signos rojos y el tamaño variceal; además es necesario tener en cuenta el estadio Child Pugh en pacientes con cirrosis, ya que esto nos determina el riesgo que puede tener el paciente para el sangrado.

En el Perú, la incidencia por HDA se encuentra entre 40 a 150 casos por 100 000 personas/año y en el seguro social Es Salud, todos los años se ve obligado a invertir ingentes cantidades de dinero en el manejo de sus pacientes cirróticos, destinando gran parte de estos recursos al manejo exclusivo de las varices hemorrágicas como la complicación más frecuente de los mismos. La prevención de cada hemorragia variceal, no solo contribuye a disminuir la letalidad y la morbilidad de los pacientes cirróticos⁽²⁾.

1.4. DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO

Delimitación espacial: El presente trabajo será desarrollado en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el Agustino 15007 distrito de Lima.

Delimitación temporal: Durante el periodo 2016.

Delimitación social: Con la participación de todos los pacientes que hayan tenido un diagnóstico de hemorragia digestiva variceal que acuden a este servicio y que se hayan tratado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Este trabajo tuvo como limitación:

A nivel económica por lo que el investigador correrá con los gastos.

A nivel administrativa: Negativa por parte del encargado de las historias clínicas del Hospital.

A nivel social: Mal informe de las HC de los pacientes, Mal llenado de la ficha endoscópica de los pacientes.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

1.- Identificar las características Endoscópicas al sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal en pacientes cirróticos, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Lima Perú, Año 2016.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016.

2.- Precisar el tamaño Variceal más frecuente en pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016.

3.- Determinar la presencia de Signos Rojos en pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016.

4.- Determinar el estadio Child Pugh más frecuente en los pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016.

5.- Conocer el tipo de Varices más frecuente en pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016.

1.7. PROPÓSITO

El estudio permitirá que los pacientes tengan un buen asesoramiento mediante la implementación de programas educativos sobre medidas preventivas y tener un seguimiento controlado en pacientes con diagnóstico de Cirrosis Hepática, evitando complicaciones en grados y estadios. Implementar la aplicación de protocolos o guías de salud para prevención de hábitos nocivos de influencia en la cirrosis. Realizar endoscopias de control según caso particular de paciente y realizar charlas de prevención en la Cirrosis Hepática.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Antecedentes internacionales

- Mendilahaxón E, *et al.* “**Relación clínico, endoscópica y sonográfica en pacientes con cirrosis hepática**” (2018), **Objetivo:** Describir la relación clínico, endoscópica y sonográfica en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática atendidos en la Consulta Provincial de Hepatología del Hospital “Arnaldo Milián Castro”. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo, transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática atendidos en los años 2015 y 2016. Se realizó un muestreo no probabilístico, se seleccionaron 77 pacientes. **Resultados:** 53 pacientes pertenecen al grupo de edad entre los 40-59 años, predominaron los masculinos, 39 (50,65%) tuvieron un ultrasonido abdominal patológico, de las 77 endoscopias se encontraron hallazgos patológicos compatibles con hipertensión portal en 31 (40,26%) y los hallazgos sonográficos se relacionaron al mayor tiempo de diagnóstico de la enfermedad, con independencia de la etiología. **Conclusiones:** los pacientes con cirrosis hepática se encontraban en la edad media de la vida y fueron más los masculinos, aproximadamente la mitad presentaron alteraciones en el Doppler del eje esplenoportal y signos endoscópicos de hipertensión portal, los hallazgos sonográficos se relacionaron al mayor tiempo de diagnóstico de la enfermedad, con independencia de la etiología y las complicaciones relacionadas con la hipertensión portal se asociaron significativamente con los hallazgos patológicos ultrasonográficos y endoscópicos⁽⁵⁾.
- Cevallos A, “**Características Epidemiológicas, Clínicas, Endoscópicas En Pacientes Con Hemorragia Digestiva Alta**” (2018), **Objetivo:** “Determinar las características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta del área clínica

del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2016. **Metodología:** Estudio descriptivo-cuantitativo, la población de 272 pacientes con HDA, la recolección se realizó mediante formulario. Para el análisis se utilizó SPSS versión V.23, las variables cualitativas se presentaron con frecuencias y porcentajes; las variables cuantitativas con media y desviación estándar. **Resultados:** Se revisaron 272 fichas clínicas que cumplieron los criterios de inclusión. En HDA no variceal el sexo masculino fue predominante 59%, la edad de presentación fue 64 años en el 58%, el 17% recidivó y la mortalidad del 7%. La cardiopatía fue la comorbilidad más frecuente 36%, la úlcera péptica fue el principal hallazgo endoscópico 66%. El score Rockall de 0 a 2 en el 50% y Glasgow Blatchford ≥ 12 55%. En HDA variceal se presentó el 64% en el sexo masculino, la edad fue de 44 a 64 años el 49%, el 38% recidivó y la mortalidad del 16%. La hepatopatía fue la comorbilidad más frecuente 72%, el principal hallazgo endoscópico las varices esofágicas 66%; el score Rockall de 2 a 4 en el 50% y Glasgow Blatchford ≥ 12 55%. **Conclusiones:** La frecuencia Anual de HDA fue del 6%, de la cual el 4% y 2% correspondió a HDA no variceal y variceal respectivamente⁽⁶⁾.

- Méndez, A. “**Relación Clínica Con Hallazgos Endoscópicos De La Hemorragia De Tubo Digestivo Alto En El Servicio De Urgencias Del Hospital General Xoco**” (2011), “**Objetivo:** valorar la relación clínica de la hemorragia de tubo digestivo alto con los hallazgos endoscópicos en los pacientes de la sala de urgencias. **Metodología:** Se trabajó con pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que se presentaron en el servicio de urgencias con sospecha clínica de sangrado de tubo digestivo alto (melena, melanemesis, hematemesis o hematoquezia). **Resultados:** El hallazgo con mayor presencia en el estudio fueron úlceras con grado Forrest IIa (20.3% y Várices esofágicas (20.3%). Las de grado Forrest III (12.2% y la Laceración Mallory Weiss (12.2%), ya sea sola o en combinación con otro tipo. Las várices esofágicas G II de Degradi, tuvieron un porcentaje en la muestra de 10.8%. La gastritis

erosiva se identificó en 9.5% de los casos, al igual que las úlceras Forrest de grado IIb (9.5%). Las várices esofágicas de grado III/IV de Degradi se presentaron en el 2.7% de los pacientes. En tanto, las lesiones de Forrest grado IIc y la Lesión de Dieulafoy se identificaron en el 1.4% de los pacientes respectivamente. **Conclusiones:** se muestra cierta correlación entre variables de estudio: vómito, melena, melanemesis y hematemesis. Aunque puede sugerirse un valor de correlación bajo, los resultados estadísticos sugieren que se requiere un número más amplio de pacientes para poder otorgar significancia estadística a estos resultados”(7).

- Peñas B, *et al.* **“Tratamiento de la hemorragia por varices esofágicas”** (2011), “Se realizó un congreso anual en la asociación española para el estudio del hígado, dentro del reporta que La hemorragia por varices esofágicas es aun la complicación mortal de la hipertensión de la vena porta y en el 70% de los casos presentaron episodios de sangrado en aquellos con cirrosis; además, en los últimos 20 años la implementación de un tratamiento estandarizado, dentro de los cuales se incluyen a los fármacos vaso activos, terapia endoscópica, y la antibioticoterapia profiláctica, nos permite una mejoría en el manejo del estadio crítico del paciente. En la actualidad, la mortalidad por hemorragia variceal alcanza el 20% en las 6 semanas que siguen al episodio de sangrado. La recidiva hemorrágica es uno de los hechos más característicos del curso de esta entidad, alcanzando una tasa del 30-40% en las primeras 6 semanas. El mayor riesgo de resangrado se observa en los 5 primeros días, en los que acontece el 40% de los episodios”(8).
- Bernal V, *et al.* **“Cirrosis Hepática”** (2010), realizo una revisión sobre la cirrosis hepática, el cual representa una de las causas primeras de la morbimortalidad en América, además de estar asociado al consumo indiscriminado de alcohol y a la infección por Hepatitis C, siendo las principales causas. Dentro de las manifestaciones clínicas están el

deterioro progresivo en términos de función hepática y las posteriores consecuencias del shunt portosistemico que se asocia a la hipertensión portal. Su diagnóstico es dado por la presencia de hallazgos característicos que se encuentran en el examen físico, además de datos alterados en la analítica o quizás la presencia de signos que se presentan por descompensación. A pesar de que el manejo de la cirrosis y las complicaciones que presentan se deben de realizar en un centro especializado, en el centro primerio es necesario reconocer los principios básicos que permitan la prevención de las complicaciones⁽⁹⁾.

- Ramos I, *et al.* **“Experiencia del programa de aplicación de cianoacrilato en pacientes con varices gástricas del Hospital General de México” (2015), Objetivo:** “Se analizó el trabajo retrospectivo de los expedientes de los pacientes con varices gástricas en programa de aplicación de cianoacrilato de enero del 2005 a mayo de 2013, en la Unidad de Endoscopia del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México; **Metodología:** investigó prospectivamente la sobrevida de los pacientes del programa. Se incluyeron 333 pacientes, 185 (55.6%) fueron hombres. **Resultados:** El promedio de edad fue 53.44 ± 14.9 años. La etiología de la cirrosis hepática fue etílica en 155 pacientes (46.5%), hepatitis viral en 82 (24.6%) y no determinada en 96 (28.8%). El grado de Child-Pugh fue A en 66 (19.81%) pacientes, B en 126 (37.83%) y C en 141 (42.34%). El promedio de aplicaciones de cianoacrilato fue de 1.83 ± 0.574 con un promedio de la cantidad de ampolletas de 2.07 ± 0.703 . Las complicaciones observadas incluyeron un caso de trombosis de la vena esplénica (0.3%) y un caso de pleuritis (0.3%) ambas remitieron con tratamiento médico. Se logró erradicación variceal en 309 casos (92.8%). La supervivencia de los pacientes fue alta, encontrando 281 pacientes vivos (84.4%). Veintiocho pacientes fallecieron (8.4%) Las causas de defunción documentada en 21 (6.3%) casos fue por insuficiencia hepática y otras causas infecciosas (peritonitis bacteriana, neumonía) en 7 casos (2.1%). No se registró

ningún caso de hemorragia digestiva como causa de muerte. No se encontró mortalidad asociada a la aplicación del cianoacrilato. **Conclusiones:** La aplicación de cianoacrilato en varices gástricas es un procedimiento seguro y efectivo con alta tasa de erradicación variceal. La tasa de complicaciones y mortalidad asociadas baja”⁽¹⁰⁾.

- Infante M, *et al.* **“Ligadura endoscópica de várices esofágicas más propanolol para profilaxis secundaria del sangrado digestivo en pacientes cirróticos”** (2013) **Objetivo:** “identificar la ligadura endoscópica de varices esofágicas más propanolol para profilaxis secundaria del sangrado digestivo en pacientes cirróticos. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal y la construcción de las curvas de supervivencia tomando como evento el resangrado. Se realizó la comparación con la causa y el estado de la enfermedad según estadio de Child-Pugh. **Resultados:** fueron incluidos 23 pacientes: 56,5 % masculinos y 43,5 % femeninos. La principal causa de la cirrosis fue la infección por el virus de la hepatitis C (52,2 %). Hubo 7 pacientes (30,4 %) en estadio A de Child; 10 (43,5 %) en B, y 6 (26,1 %) en C. Se realizaron 3,47 sesiones promedio de ligadura y la dosis media de propanolol administrada fue de 97,39 mg. Todos los pacientes erradicaron las várices. La tasa global de resangrado fue de 13,04 %. Existió empeoramiento o aparición de gastropatía hipertensiva en el 34,8 % de los casos. La probabilidad acumulada de supervivencia fue de 95,2 % a los tres meses; del 87,9 % a los 11 meses y del 79,1 % a los 14 meses. Lo cual No se encontraron diferencias en la supervivencia y en relación con la causa ($p = 0,749$), pero sí se encontró relación con el estadio según Child ($p = 0,002$). **Conclusiones:** El estudio concluyo la combinación terapéutica evaluada es útil para erradicar las várices y prevenir la recidiva del re sangrado”⁽¹¹⁾.
- García J, *et al.* **“Hemorragia digestiva por hipertensión portal”** plantearon como objetivo el conocer la frecuencia de varices esofagogástricas, su clasificación, así como los factores de riesgo para

el desarrollo de un episodio de hemorragia digestiva. Se realizó un estudio descriptivo, transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva por hipertensión portal, 2010-2011. Dentro de los resultados un 40-50% de los pacientes con cirrosis presentan varices esofágicas en el momento del diagnóstico de su enfermedad y entre los que no las presentan se estima una incidencia anual de desarrollo de varices esofágicas de un 5%. En pacientes con varices los factores que se han asociado con un mayor riesgo de presentar un episodio de hemorragia por varices son: el tamaño de las mismas (cuanto más grandes, mayor es el riesgo), la presencia de puntos rojos en su superficie y el deterioro de la función hepática (evaluado por la clasificación de Child-Pugh⁽¹²⁾).

Antecedentes nacionales

- Bazán P. **“Incidencia De Hemorragia Digestiva Alta Y Factores De Riesgo Más Frecuentes Asociados A Este, En El Servicio De Medicina Interna Del Hospital Nacional Hipólito Unanue Durante Los Meses De Enero A Setiembre-2018”** (2019), **Objetivo:** Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta y los factores de riesgo asociado a este en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los meses de enero a setiembre durante el año 2018. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo Transversal, descriptivo, observacional, en donde se tuvo una muestra de 74 pacientes con el diagnóstico de HDA encontrando una incidencia de 2,7%. De los cuales 75,7% era tipo no variceal y 24,3% del variceal. Según su grupo etareo la mayor incidencia se da en pacientes entre de 60-79 años. **Resultados:** Determinó una mayor incidencia en el sexo masculino (68.9%), que acudieron con mayor frecuencia procedentes de lima este (70%). Según la clasificación de hemorragia digestiva alta se

encontró que con un 45% la enfermedad ulcero péptica era más frecuente en esta muestra; con un 18% las varices gastroesofágicas; un 8% en el caso de gastropatía erosiva; 2% para angiodisplasias o malformaciones vasculares y un 1% en el caso de Sd. De Malorrry Weiss.

Conclusiones: que se presenta con más frecuencia en el sexo masculino, de 60 a 79 años y procedentes de Lima este. No encontrándose una frecuencia importante en aquellos que consumían aines y presentaban HDA; de igual manera la presencia de Cirrosis en pacientes con HDA⁽¹³⁾.

- Parra V, *et al.* “**Factores relacionados a resangrado y mortalidad en pacientes cirróticos con hemorragia variceal aguda en el Hospital Hipólito Unanue, Lima, Perú**” (2013), “**Objetivo:** Determinar los factores relacionados con resangrado dentro de los 5 días y mortalidad dentro de las 6 semanas de un episodio de hemorragia variceal en los pacientes cirróticos. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional, retrospectivo, en el que se incluyeron a todos los pacientes con cirrosis que tenían sospecha de hemorragia variceal. **Resultados:** se incluyeron a 63 pacientes, de los cuales 35 (55,6%) eran varones. La mediana de edad fue de 64 años. 26 de ellos (41,3%) eran Child Pugh C, en tanto que la mediana del puntaje MELD fue 9. El análisis multivariado encontró que el puntaje Child Pugh se relacionó con mortalidad dentro de las 6 semanas ($p=0,003$), mientras que la presencia de sangrado activo durante la endoscopia ($p=0,012$) y el valor de creatinina ($p=0,012$) se relacionaron con resangrado dentro de los 5 días. **Conclusiones:** Que el puntaje Child Pugh se relacionó con el riesgo de mortalidad dentro de las 6 semanas en pacientes cirróticos con hemorragia variceal. El sangrado activo durante la endoscopia y el valor de creatinina se relacionaron con el riesgo de resangrado dentro de los 5 días”⁽¹⁴⁾.
- Pichilingue C, *et al.* “**Frecuencia y mortalidad de resangrado en pacientes cirróticos tratados por hemorragia de várices**

esofágicas en dos hospitales de Lima-Perú durante los años 2009-2011” (2013), **Objetivo:** “Describir la frecuencia de resangrado y mortalidad por resangrado en pacientes cirróticos tratados por hemorragia variceal en los Centros Endoscópicos del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), ambos en Lima, Perú, durante los años 2009-2011. **Materiales y Métodos:** El estudio es transversal de periodo y retrospectivo donde participaron en total 176 pacientes cirróticos mayores de 14 años de edad que hayan sangrado por varices esofágicas y que hayan recibido tratamiento endoscópico por hemorragia variceal. Los instrumentos fueron la ficha de datos donde se consignó la información obtenida de las historias clínicas de cada paciente, la escala de CHILD para medir la severidad de la enfermedad hepática, informes endoscópicos y llamadas telefónicas. **Resultados:** En total se halló una tasa de frecuencia de 32,20% (56 pacientes) con resangrado temprano menor de 6 semanas. Asimismo, se obtuvo un 22,56% (37 pacientes) con resangrado tardío en los controles posteriores. Se halló una mortalidad de 5,70% (10 pacientes) en el total de los pacientes. Y una tasa de mortalidad por resangrado de 13,33% (6 pacientes). **Conclusión:** La hemorragia variceal es una causa importante de morbimortalidad en la población peruana, la frecuencia y mortalidad por resangrado resultaron ligeramente menores a la reportada en la bibliografía mundial”⁽¹⁵⁾.

- Carpio A, et al. **“Manejo del sangrado por varices esofágicas en pacientes con cirrosis”** (2016), Se evaluó y se reporta el manejo sobre el sangrado de las varices esofágicas que se asocian a hipertensión portal y más se presenta cuando supera la presión superior a los 10 mmHg, asociado a ascitis, encefalopatía hepática y aparición de várices gastroesofágicas. Asimismo, se relaciona de manera habitual con la cirrosis, aunque puede presentarse aun sin no tenerla. El sangrado por las varices esofágicas como consecuencia

temida por la presión portal elevada, presentando una mortalidad a 6 semanas posterior al episodio agudo en un 20%; y para lograr un resultado óptimo es necesario una combinación entre n tratamiento endoscópico y médico, ya sea en el episodio agudo como en la prevención y su recurrencia⁽¹⁶⁾.

- Milla M, “**Índice aspartato aminotransferasa/recuento plaquetario como predictor de formación de varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática**” (2016), “**Objetivo:** determinar si el Índice aspartato aminotransferasa/recuento plaquetario como predictor de formación de varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática del Hospital Belén de Trujillo. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. **Resultados:** La frecuencia de Índice aspartato aminotransferasa recuento plaquetario elevado en pacientes con cirrosis hepática y varices esofágicas fue de 53%. La frecuencia de Índice aspartato aminotransferasa/ recuento plaquetario elevado en pacientes con cirrosis hepática sin varices esofágicas fue 24%. El Índice aspartato aminotransferasa recuento plaquetario elevado es predictor de varices esofágicas en pacientes cirróticos con un odds radio de 3.53, el cual fue significativo. El promedio de índice aspartato aminotransferasa recuento plaquetario fue significativamente superior en los pacientes con varices esofágicas ($p < 0.01$). **Conclusiones:** que el Índice aspartato aminotransferasa/recuento plaquetario es predictor de formación de varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática”⁽¹⁷⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS

HEMORRAGIA DIGESTIVA

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una de consultas de urgencia más frecuentes y normalmente es secundario a la rotura de varices gastroesofágicas que a su vez constituye las complicaciones más graves, creando así una alta tasa de mortalidad que bordea el 37%. También la presencia del sangrado es una indicación para la realización de un estudio endoscópico^(18,19).

Estas varices se desarrollan cuando la presión portal aumenta y sobrepasa los 10 mmHg, y a su vez desarrollan vasos colaterales porto-sistémicos, como es la vena coronario estomática que drena en las venas áxicas llegando a producir varices gastroesofágicas, que tienen riesgo a producir sangrado debido a la presión que supera los 12 mmHg^(18,19).

Según datos epidemiológicos, el sangrado se detiene naturalmente en un 40%; sin embargo, la tasa de mortalidad de este sangrado de las vrices esofágicas es de 20% a las 6 semanas y la hemorragia varicosa es la complicación fatal más común en pacientes con cirrosis. En cuanto a la clasificación por Child Pugh en pacientes con cirrosis hepática, se sabe que aquellos con una clasificación de Child A solo presentan el 40% de probabilidad de tener varices y aquellos que se clasifican en Child C presentan hasta un 85% de presentarlas⁽²⁾.

La HDA tiene una incidencia de 40-150 casos por 100 000 personas al año. Además, estos eventos aumentan con la edad del paciente siendo más susceptibles en varones mayores de 60 años⁽²⁰⁾.

La mortalidad se asocia tanto con la edad avanzada como con la presencia de otras enfermedades como la cirrosis, neoplasias, enfermedades

obstrucivas, entre otras que en pacientes con HDA pueden llegar a producir muchas complicaciones entre ellas la hemorragia que es la más común⁽²⁰⁾.

Por lo tanto, aquellos pacientes que tienen una comorbilidad asociada como lo es la cirrosis y su estadio Child están más predispuesto al desarrollo de hemorragia digestivas variceales, sin embargo, es necesario determinar la relación existente con la presencia del sangrado conocida como puntos rojos y el tamaño de las varices de los pacientes que se atienden en el servicio de gastroenterología⁽²⁰⁾.

Es muy importante tener en cuenta los signos predictivos de alarma en la producción del sangrado de las varices esofágicas o varices gástricas, que son⁽²⁰⁾:

- Aumenta de la presión portal.
- Tamaño de las varices.
- Presencia de los signos rojos sobre las varices.
- Grado de insuficiencia hepática.

Asimismo todo paciente con presencia de hemorragia digestiva es necesario valorarlo hemodinámica mente, lo que se clasificará a los pacientes según gravedad como se muestra en la siguiente tabla⁽²⁰⁾:

GRAVEDAD	CLÍNICA	PÉRDIDAS DE VOLEMIA
Leve	Asintomático	Hasta 750cc=15%.
Moderada	TAS>95, FC >100 o <100 Frialdad ligera de piel, presión del pulso disminuida Test. de ortostatismo (-) o (+)	Entre 750cc-1.500cc=15-30%
Grave	TAS<95, FC>120 Pulso débil, sudor, palidez Test de ortostatismo(+)	Entre 1.500-2000cc=30-40%
Masiva	TAS<80, FC>140. Shock Confuso, letárgico	>2000cc=>40%

Fuente: ingreso de pacientes con hemorragia digestiva alta (hda) en la uce gravedad de la HDA según criterios clínicos

1.- Aumento de la presión portal

Es considerada cuando se da la elevación de la presión portal por más de 10 mmHg ya que esta presión portal está establecida entre dos parámetros⁽²⁰⁾:

- Incremento en el flujo vol/min.- Esta determinado y regulado por sangre que proviene de área esplénica.
- Resistencia al flujo en el interior del hígado.

El 75% de la sangre llega al hígado a la vena porta y el 25% a la arteria hepática, y el volumen minuto de 1200-1500 ml (flujo arterial + portal)⁽²⁰⁾.

“Cualquier incremento de la presión por encima de 5 cm de H₂O del standard normal, O el crecimiento de la gradiente de presión del árbol portal y la circulación sistémica mayor a 5 mmHg (1 mmHg = 1,3 cm de H₂O). Se considera hipertensión grave si la presión es mayor de 40-50 cm de H₂O. Este incremento de la presión en el árbol portal se asocian a dos patologías frecuentes”⁽²⁰⁾:

- Cirrosis hepática
- Fistula arteriovenosa en bazo u otro sector esplénico.

2.- Tamaño de las varices

Las várices son un conjunto de venas tortuosas y longitudinales que están en el tercio inferior de esófago, están en capas, la primera cubierta a la submucosa, y es posible que se dirijan hacia la parte superior del esófago o hacia el estómago, estas están en contacto a través de venas perforantes y tienen circulación colateral para esofágica amplia y dan como resultado a la hipertensión portal. La hemorragia digestivas asociadas a varices están representadas por un 10-30% ⁽²¹⁾.

Clasificación de varices esofágicas

Hay diversas clasificaciones para estas varices, y la más utilizada es la clasificación de Paquet, como se muestra en las siguientes tablas⁽²²⁾:

Clasificación de las várices esofágicas según Paquet	
Grado I	Protrusión escasamente perceptible
Grado II	Protrusión hasta 1/4 de la luz
Grado III	Protrusión hasta 1/2 de la luz
Grado IV	Protrusión mayor que 1/2 de la luz

Clasificación de las várices esofágicas según Soehendra	
Grado I	Replecion leve con diámetro inferior a 2 mm, apenas se elevan en esófago relajado
Grado II	Replecion moderada, curso serpenteante, diámetro de 3 a 4 mm, limitado a la mitad inferior del esófago
Grado III	Replecion completa tensa, diámetro superior a 4 mm, paredes finas. Pasan al fondo gástrico
Grado IV	Replecion completa tensa, ocupan todo el esófago, a menudo combinadas con várices gástricas y duodenales

Clasificación de las várices esofágicas según Dagradi	
Grado I	Trayectos rectos, rosados, visibles a través de la mucosa o poco ingurgitados
Grado II	Trayectos sinuosos, rosados, pocos ingurgitados
Grado III	Trayectos violáceos, rectos, ingurgitados
Grado IV	Trayectos violáceos tortuosos, ingurgitados en racimos
Grado V	Presencia de manchas hematoquisticas, "varice sobre varice"

Fuente: manual de endoscopia digestiva superior-guía de organización gastroenterología 2015

Clasificación de las varices gástricas

Estas varices se clasifican en dos grupos:

- **Tipo I:** várices esófago-gástricas (VEG)
- **Tipo II:** várices gástricas aisladas. (VGA)

Las várices gástricas no son frecuentes como las várices esofágicas en 20% de todos los pacientes con hipertensión portal^(1,20).

Las várices esófago-gástricas se relacionan a várices esofágicas y se subdividen en^(1,20):

- **VEG - 1:** nacen como una continuación de las várices esofágicas y que se van hasta 2 a 5 cm por debajo de un nexo gastroesofágica en la curvatura menor del estómago.
- **VEG - 2:** se extienden hacia el fondo del estómago.

Mientras tanto las várices gástricas aisladas o VGA se subdividen:

- **VGA - 1:** se localizan sólo en el fondo en ausencia de várices esofágicas
- **VGA - 2:** se localizan en cualquier lugar del estómago.

3.- Signos rojos en las varices

La presencia de signos rojos son un indicativos que existe predisposición a un sangrado y está asociado como un factor de riesgo al sangrado de las varices gastroesofágicas^(1,20).

4.- Grado de insuficiencia hepática

La insuficiencia hepática es causada por un trastorno o una sustancia que daña el hígado, en este caso esta normalmente asociado a cirrosis hepática^(1,20).

Esta enfermedad es diagnosticada histopatológicamente como una variación difusa del parénquima hepático caracterizada por una fibrosis hepática intensa adjuntado con superficies nodulares de hepatocitos, de tamaño variable, denominadas nódulos de regeneración; siendo esta enfermedad una patología irreversible, que tiene en su causa más habitual a la infección crónica por virus de la hepatitis C^(1,20).

Esta fibrosis hepática avanzada altera la microcirculación hepática y crea superficies isquémicas y el avance posterior de nódulos de regeneración. El acumulo paulatino de colágeno proporciona un crecimiento de la resistencia intrahepática al flujo portal, con el desarrollo de hipertensión portal y posterior anomalía circulatoria sistémica que identifica a la cirrosis^(1,20).

Sin embargo, es necesario las clasificaciones pronosticas de la cirrosis, en el desarrollo de las varices esofágicas y además de la supervivencia de estos pacientes. La clasificación más utilizada es la de Child-Pugh, que se especifica en la siguiente tabla^(1,20):

Clasificación de Child-Pugh ^a			
	1 punto	2 puntos	3 puntos
Bilirrubina (mg/dL)	<2	2-3	>3
Albúmina (g/L)	>32	28-32	<28
Tasa de protrombina (%)	>50	30-50	<30
Ascitis	Ausente	Moderada	Abundante
Encefalopatía	Ausente	Grado I-II	Grado III-IV

A: 5-6 puntos; B: 7-9 puntos; C: 10-15 puntos.
MELD (*Model for End Stage Liver Disease*)^b
 $9,57 \text{ Ln(creatinina)} + 3,78 \text{ Ln(bilirrubina)} + 11,2 \text{ Ln(INR)} + 6,43$
Consideraciones:
– Los valores van de 6 a 40
– El valor mínimo es 1 para cada una de las variables
– Se usa para pacientes mayores de 12 años
– Si el paciente ha sido sometido a diálisis durante la semana anterior, el valor de creatinina a considerar es 4 mg/dL
Puede calcularse en www.aeeh.org o www.mayo.clinic.org/meld

^aLa clasificación original de *Child* incluía la valoración del estado nutricional, como excelente, bueno o malo, en vez de la tasa de protrombina.
^bCorrección de la bilirrubina en pacientes con cirrosis biliar primaria: 4 mg/dL (1 punto); 4-10 mg/dL (2 puntos); 10 mg/dL (3 puntos).
Tomado de R. N. H. Pugh et al., 1973.

Fuente: clasificación Child Pugh. Revista endoscópica digestiva de buenos aires 2014

TERAPIA ENDOSCÓPICA

Uno de los métodos para poder identificar la presencia de las varices es la endoscopia, es un método diagnostico en pacientes con cirrosis, nos sirve también de distinguir una de las particulares amenazas asociado a un incremento de sangrado, este método es usado en casos de urgencia para poder identificar la causa de sangrado y así poder intervenirlo terapéuticamente⁽¹⁸⁾.

“La severidad de la enfermedad hepática lo determina el riesgo de sangrado, lo cual lo determinamos mediante los criterios de Child, el tamaño de las varices y la presencia de los signos rojos. Algunos sistemas de puntuación han sido establecidos para su clasificación”⁽¹⁸⁾.

Una de las clasificaciones abarca del Grado I al IV, dependiendo de su oclusión del lumen esofágico o pequeño, mediano y grande⁽¹⁸⁾.

La endoscopia nos ayuda a clasificar el tipo de varices. Este método nos ayuda a observar muy bien el grado de varices mediante el paso de endoscopio a través del esófago.

Hemorragia digestiva por rotura de varices esofágicas

La Hemorragia por aparición de varices esofágicas, es la continuación más grave de la hipertensión portal y una de las causas esenciales de muerte en los enfermos cirróticos. El 30% de los pacientes cirróticos compensados y el 60% de los descompensados tienen varices cuando son diagnosticados y la incidencia incrementa hasta el 90% si el rastreo es a la larga, con una incidencia anual del 6%. Precisamente el 30-40% de los cirróticos sufren hemorragia digestiva severa, siendo la mortalidad el primer episodio de hemorragia por varices del 20-35%.⁽²³⁾.

“Las diferencias básicas entre las varices esofágicas y las gástricas son las capas en las que se desarrollan las venas varicosas: la lámina propia de la mucosa y la submucosa en las varices esofágicas y la submucosa en las gástricas. En tanto que las venas y las varices del cardias se continúan con las varices esofágicas, las varices fundidas se desarrollan independientemente como parte de un shunt esplenogastrorenal que discurre a través de la pared gástrica, siendo muy raro que comunique con otras venas”⁽²³⁾.

En esta situación se produce el aumento progresivo de la hipertensión portal y por tanto de la presión intravariceal, su ruptura puede ser inminente.

La mayoría de los casos solo sangran las varices próximas a la unión gastroesofágica. La hemorragia por ruptura de las varices clásicamente se ha atribuido a dos hipótesis. Según la hipótesis erosiva las varices sangraban por el efecto lesivo del reflujo del ácido gástrico sobre la pared variceal⁽²³⁾.

Un método fiable para valorar el grado de hipertensión portal es la medida del gradiente de presiones supra hepáticas. Que se considera si este gradiente supera los 10mm de Hg se pueden desarrollar varices y si se sitúa por encima de los 12mmHg estas pueden sangrar⁽²³⁾.

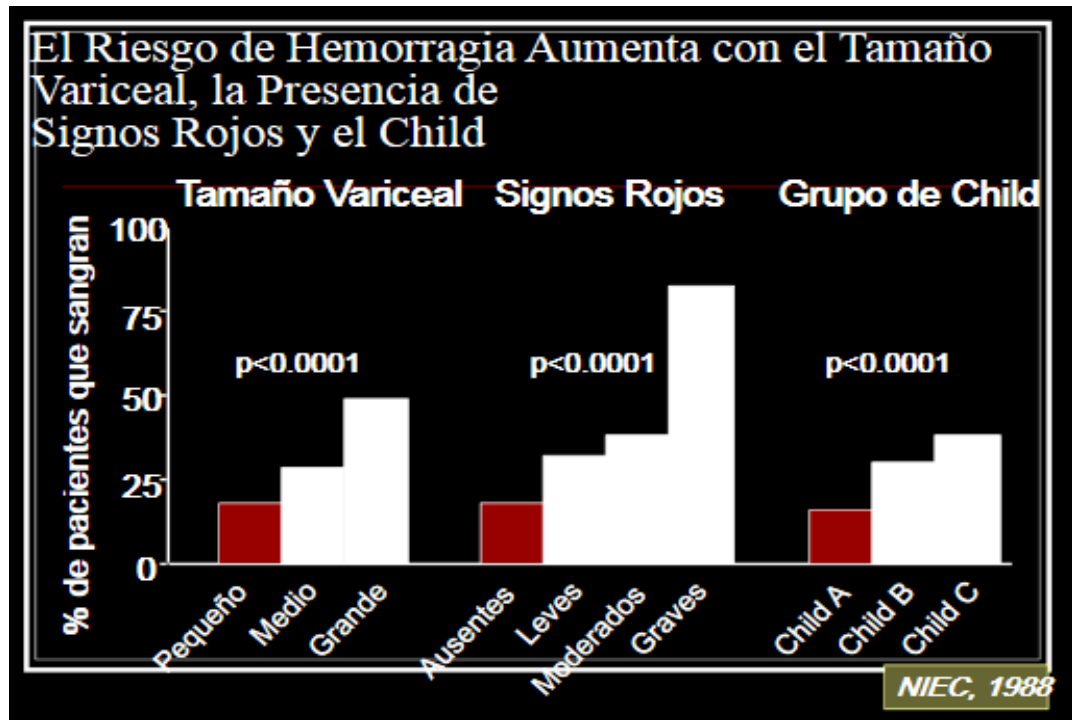
Una vez que las varices se han formado tienden a crecer con el tiempo y, eventualmente a sangrar. Parece que el único predictor significativo de aumento de tamaño de las varices es el deterioro del índice de Child-Pugh. Se aconseja la realización de endoscopias periódicas cada dos- tres años en pacientes compensados sin varices y a intervalos de uno-dos años en pacientes compensados con varices pequeñas. Una vez que se han desarrollado varices grandes los pacientes deben ser tratados para prevenir la hemorragia⁽²³⁾.

Ya que el riesgo de la primera hemorragia es variable sería de gran utilidad identificar a los pacientes de alto riesgo en los cuales estaría indicado un tratamiento profiláctico. Con este fin se han elaborado diversos índices que se basan en combinaciones de hallazgos endoscópicos, otros combinan parámetros bioquímicos y datos ecográficos. De todos ellos el más utilizado es el propuesto por el North Italian Endoscopic Club (NIEC), en el que se incluyen dos de los tres factores que modulan el riesgo de rotura de las varices esofágicas según la Ley de Laplace, esto es el tamaño de la variz(R) y la presencia de manchas rojas, que representaría el grosor de la pared variceal, pero no contemplaba la presión intravariceal o presión transmural (T). Por tanto, la fisiopatología de la hemorragia por rotura de varices esofágicas es multifactorial, el factor esencial es la propia hipertensión portal y los factores facilitadores son el tipo de derivación porto sistémica que se establezca en

cada paciente y la presencia de puntos de menor resistencia en la pared de las varices identificados como las manchas o estigmas rojos que se observan en la endoscopia. Se tratarían de dilataciones aneurismáticas de la propia pared varicosa o bien de acúmulos de sangre, desprovistos de revestimiento epitelial, en la pared de la variz. Entre los factores precipitantes se incluirían distintas situaciones que comportan una variación episódica de la hipertensión portal y de la resistencia de la pared, como son la dieta, la actividad física y el aumento de presión intraabdominal⁽²³⁾.

El cese espontáneo de la hemorragia se produce en un 52% de los pacientes, pero la recidiva precoz ocurre entre el 30-40% durante los primeras seis semanas y el riesgo es mayor en los primeros cinco días. Son indicadores pronóstico de una recidiva precoz de la hemorragia las concentraciones bajas de albumina, la presencia de varices gástricas, los niveles sanguíneos elevados de urea, un gradiente de presiones en las venas supra hepáticas mayor de 16 mmHg y la infección. La muerte causada por una hemorragia incontrolada ocurre en un 8% de los pacientes durante los tres primeros días del ingreso y la mortalidad precoz, considerando seis semanas, es del 24%. Los pacientes que sobreviven a un episodio de hemorragia por rotura de varices tienen un riesgo extremadamente alto de recidiva (59%) y muerte (46%). Por este motivo deben recibir tratamiento para prevenir la repetición de hemorragias. El riesgo de recidiva hemorrágica y de mortalidad se relaciona con un estadio B o C de Child-Pugh, con el tamaño de las varices, el abuso continuado de alcohol, el carcinoma hepatocelular y en particular con los cambios en el gradiente de las venas supra hepáticas, o lo que es igual, con la presión portal⁽²³⁾.

RIESGO DE HEMORRAGIA SEGÚN TAMAÑO



Fuente: El Riesgo de Hemorragia Aumenta con el Tamaño Variceal, la Presencia de Signos Rojos y el Child Tamaño Variceal.

“El riesgo de presentar hemorragia debido a las varices, están causadas por los principales factores uno de ellos es el tamaño de las varices, el otro es la presencia de signos rojos en la superficie y el grado de insuficiencia hepática según la clasificación de Child-Pugh”⁽²⁴⁾.

El índice de North Italian Endoscopic club muestra los indicadores de compromiso, los cuales nos aceptan clasificar a los pacientes en los distintos grupos en relación del compromiso de hemorragia. Pero este índice no es netamente satisfactorio y entonces se cree que el más destacable predictor para el compromiso de presentar hemorragia es dependiente del tamaño de las varices, por lo cual el menor porcentaje lo consigue las varices de reducido tamaño y el más grande porcentaje son las considerables⁽²⁴⁾.

Clasificación de las varices esofágico

El tamaño de las varices, la presencia de marcas rojas y la gravedad de la enfermedad hepática evaluado con la clasificación Child-Pugh son las variables que componen el índice NIEC (endoscópica del club del norte de Italia para el Estudio y Tratamiento de las varices del esófago). El índice NIEC permite estratificar a los pacientes en las clases de riesgo el aumento de primera vrices esofágicas sangrantes, y sé que fue validado en series independientes paciente⁽²⁵⁾.

Sin embargo, sólo alrededor del 40% de los pacientes que sangran es uno de los identificados como de alto riesgo por el índice, mientras que alrededor del 20% de los pacientes de sangrado pertenecen las clases definidas de "bajo riesgo". Por otra parte, NIEC el índice fue creado como un índice de pronóstico para pacientes que no reciben la terapia con bloqueadores beta cardiosselectivos y no se ha validado en los pacientes⁽²⁵⁾.

Tiene el mérito de haber reconocido que el pronóstico de sangrado se relaciona con la gravedad hepatopatía de base. En conclusión, aunque el tamaño las vrices son el factor pronóstico más significativo el riesgo de hemorragia, la presencia de signos Rojo y la gravedad de la enfermedad hepática son factores de riesgo adicional a tener en cuenta en la estimación la primera riesgo de hemorragia. Por esta razón, se recomienda que los pacientes en clase C de Child Pugh con vrices pequeñas con señales roja deban recibir profilaxis de sangrado⁽²⁵⁾.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Hemorragia digestiva alta variceal.- Se considera a toda pérdida sanguínea que se da en la vía digestiva por encima del Angulo de Treitz, siendo su causa la rotura de una varice. Es una complicación frecuente y grave de los pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal. Aproximadamente un 40-50% de los pacientes con cirrosis presentan varices esofágicas (VE) en el momento del diagnóstico y entre quienes no las presentan se estima una incidencia anual de un 5% para su desarrollo.

El riesgo de HVE viene determinado primordialmente por tres factores: el tamaño de las varices, la presencia de puntos rojos en su superficie y el grado de insuficiencia hepática (Child-Pugh).

Cirrosis.- Patología que se caracteriza por la fibrosis del Tejido Hepático, generando su disfunción.

Tratamiento endoscópico. - Varía en función de la localización de la variz fuente del sangrado. De este modo podemos distinguir entre varices esofágicas y varices gástricas, que a la vez podemos clasificar en varices esofagogástricas (tipo 1, cuando se extienden por la curvatura menor del estómago, o tipo 2 cuando se extienden por la curvatura mayor) o varices gástricas aisladas en el fórnix (varices gástricas fúndicas).

Características endoscópicas.- es uno de los métodos diagnósticos para poder identificar la presencia de varices en los pacientes cirróticos y poder distinguir el alto riesgo dependiendo del riesgo de sangrado.

La endoscopia diagnóstica debe realizarse dentro de las primeras 12 horas. Aunque en pacientes con hemorragia activa e inestabilidad hemodinámica es más prudente realizarla preferentemente en las primeras 6 horas.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un tipo de investigación Observacional, Transversal y Retrospectiva y de enfoque Cuantitativo.

El presente estudio:

- **Según la participación del investigador.-** Es una investigación observacional, debido a que el investigador no intervendrá en la modificación o manipulación de las variables a estudiar.
- **Según la dimensión temporal.-** Es una investigación de tipo transversal, ya que, solo se hará un corte en el tiempo para la recolección de datos.
- **Según Cronología de los datos.-** Es una investigación de tipo retrospectiva, ya que, los datos se obtendrán del pasado.
- **Según el carácter de la medida.-** Es una investigación con enfoque cuantitativa, ya que, se cuantificara cada uno de los resultados obtenidos.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación de tipo Descriptivo

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población a tomar en cuenta serán todos aquellos pacientes que han tenido hemorragia digestiva variceal que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue que cumplan con los siguientes criterios de elegibilidad.

3.2.1. Diseño Muestral

Se aplicó el Muestreo probabilístico del tipo: Muestreo Aleatorio Simple (m.a.s.), para conocer el tamaño de muestra, de la población objetivo.

Población Objetivo: Pacientes Cirróticos con características endoscópicas de sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Año 2016.

3.2.2. Población:

El universo a estudiar es de 500 pacientes Cirróticos con características endoscópicas de Sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, provincia y Departamento de Lima, Año 2016.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con endoscopia confirmatoria de varices esofágica.
- Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática y con HDA Variceal confirmado por endoscopia, varices esofágicas.
- Pacientes que se les haya realizado EDA (endoscopia digestiva alta).

Criterios de exclusión:

- Informes Endoscópicos incompletas
- Pacientes con hemorragia digestiva no Variceal
- Pacientes que tengan informes endoscópicos ilegibles
- Pacientes que no se les haya realizado EDA (video endoscopia digestiva alta).

3.2.3. Muestra

Cálculo: Para hallar el tamaño de muestra representativa se utilizó el Muestreo probabilístico del tipo Muestreo Probabilístico Aleatorio Simple (m.a.s.) por proporciones, con una confiabilidad de 95% y con un error muestro de 5%, quedando conformado por 122 pacientes Cirróticos con características endoscópicas de sangrado por hemorragia digestiva alta Variceal atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, año 2016.

$$n = \frac{N(Z)^2 p \cdot q}{(d)^2 (N - 1) + (Z)^2 p \cdot q}$$

$$n = \frac{500 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (500-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 122$$

Dónde:

n : es el tamaño de la muestra

Z: es el nivel de confianza: 1.96

p: Es la variabilidad positiva: 50%

q: Es la variabilidad negativa: 50%

N: Es el tamaño de la población

d: Es la precisión o error: 5%

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Técnica de recolección de datos:

Se realizó la Recopilación de datos mediante una ficha técnica titulada: **“Características Endoscópicas de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, en pacientes Cirróticos que se atienden en el Servicio de Gastroenterología”**. Tomando como fuente los informes endoscópicos, de los pacientes según objetivos de la investigación, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino, Lima – Perú, Año 2016.

3.3.2 Instrumento de recolección de datos:

La Ficha de Recolección de datos está compuesto de 10 ítems distribuidos en 2 dimensiones: Socio Demográficas y Endoscópicas.

Los Ítems Socio Demográficos son: Estado civil, Grado de instrucción, Ocupación, Procedencia.

Los Ítems Endoscópicas: Grado de hemorragia, Tipo de varices, Tamaño de Varices, Presencia y ubicación de signos rojos, Estadío Child.

El instrumento fue sometido a la prueba de Validez mediante el juicio de expertos.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de recolección de los datos empezó con la solicitud de permiso del proyecto de investigación al jefe del Centro Endoscópico de servicio de Gastroenterología.

Aprobado el proyecto por el Servicio, se presentó la solicitud de permiso a la Oficina de Docencia e investigación, adjuntando carta de compromiso del asesor de tesis, carta de aprobación del Servicio de Gastroenterología, carta de compromiso de la investigadora, para su evaluación y aceptación para llevar a cabo el estudio de investigación.

La recolección de los datos se llevará a cabo en el instrumento de Ficha de recolección de datos, elaborado por la investigadora de la presente tesis.

Terminado el proceso se procederán a la elaboración de base de datos para finalmente proceder al análisis estadístico de los datos, utilizando el software SPSS Vs. 24.0

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información contenida en la ficha de Procesamiento de datos se registró en la hoja de Excel, posteriormente el documento Excel se exportó al paquete estadístico SPSS versión 24, donde se analizó posteriormente.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de investigación se rige a las normas establecidas en el código de ética de investigación internacional y nacional, también se rige a los códigos de ética de la universidad privada san juan bautista y a los códigos de ética del hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

El análisis descriptivo de los datos de la presente tesis se realizó haciendo uso del software estadístico SPSS Vs 24,0, a través del cual se obtuvo resultados estadísticos asociados a las dimensiones y/o variables respecto a las características Sociodemográficos, tamaño y tipo Variceal, presencia de Signos Rojos, Estadio Child Pugh, género y edad en pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva alta Variceal atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Distrito El Agustino, Lima Perú, 2016. El estudio se ejecuta con una muestra de n =122 pacientes.

Objetivo N°1

Conocer las características sociodemográficos de los pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016.

Tabla N°1

Edad y sexo de pacientes cirróticos con Diagnóstico confirmado de sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal, por Edad según sexo, atendidos en el servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Distrito El Agustino, Lima Perú, Año 2016.					
Total		Hemorragia Digestiva Alta Variceal			Total
		Leve	Moderado	Severo	
		48	41	33	
Edad	<i>< De 50 años Casos</i>	20	14	8	42
	% Col.	41.7	34.1	24.2	34.4
	<i>> = De 50 año: Casos</i>	28	27	25	80
	% Col.	58.3	65.9	75.8	65.6
Sexo	<i>Masculino Casos</i>	17	14	14	45
	% Col.	35.4	34.1	42.4	36.9
	<i>Femenino Casos</i>	31	27	19	77
	% Col.	64.6	65.9	57.6	63.1

Fuente: Ficha técnica de recolección de datos en pacientes Cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal / Servicio de Gastroenterología/ Hospital Hipólito Unanue.

En la Tabla N°1 se puede observar que del 100% de la muestra (n=122) en estudio, el 65.6% de los pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, tienen una edad superior a los 50 años y el 34.4% inferior a los 50 años de edad.

El 75.8% de los de los pacientes cirróticos que presentan sangrado severo por hemorragia Digestiva Alta Variceal, seguida del 65.9% con sangrado moderado y el 58.3% con sangrado leve, son mayores de 50 años.

El 63.1% pertenecen al sexo femenino y el 36.9% al sexo masculino.

El mayor porcentaje de casos de sangrado por hemorragia Digestiva Alta Variceal leve y moderado lo registran los pacientes del sexo femenino con porcentajes de 64.6% y 65.9% respectivamente, y en menor proporción con hemorragia Digestiva Alta Variceal Severo de 42.4% y 57.6% en los hombres y mujeres.

Tabla N°2

Características Sociodemográficas de pacientes cirróticos con Diagnóstico confirmado de sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Distrito El Agustino, Lima Perú, Año 2016.

Características Sociodemográficas	Grupo de Edad		Total	%
	< DE 50 años	> = DE 50 años		
TOTAL GENERAL	42	80	122	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
Secundaria completa	17	33	50	41.0
Primaria incompleta	7	25	32	26.2
Superior	8	15	23	18.9
Primaria completa	8	6	14	11.5
Analfabeto	2	1	3	2.5
OCUPACION				
Trabajador/a Independiente	11	38	49	40.2
Obrero/a	19	12	31	25.4
Ama de casa	2	17	19	15.6
Empleado/a	8	10	18	14.8
Trabajador/a del hogar	2	3	5	4.1
ESTADO CIVIL				
Conviviente	20	20	40	32.8
Casado/a	6	28	34	27.9
Separado/a /Divorciado/a	7	16	23	18.9
Viudo/a	2	12	14	11.5
Soltero/a	7	4	11	9.0

Fuente: Historia Clínica de pacientes Cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal/ Hospital Hipólito Unanue.

Interpretación

En la Tabla N°2 se puede observar que el 41% de los pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, tienen un grado de instrucción de nivel Secundaria completa, el 40.2% son trabajadores independientes y el 32.8% son convivientes.

Tabla N°3

Procedencia según sexo, de pacientes cirróticos con Diagnóstico confirmado de sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Distrito El Agustino, Lima Perú, Año 2016.

Procedencia	Sexo		Total	%
	Masculino	Femenino		
Total	45	77	122	100.0
El Agustino	21	32	53	43.4
San Juan de Lurigancho	10	18	28	23.0
ATE	4	11	15	12.3
Santa Anita	3	9	12	9.8
Lurigancho	0	3	3	2.5
La Molina	2	1	3	2.5
Lima	1	1	2	1.6
Cieneguilla	1	1	2	1.6
Rimac	1	0	1	0.8
La Victoria	2	1	3	2.5

Fuente: Historia Clínica de pacientes Cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal/ Hospital Hipólito Unanue.

Interpretación

En la Tabla N°3, se puede observar que el 43.4% de los pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, proceden del Distrito el Agustino, el 23% de San Juan de Lurigancho, el 12.3% de ATE, el 9.8% de Santa Anita, entre otros. Mayor referencia ver tabla adjunta.

Objetivo N° 2

Precisar el tamaño Variceal más frecuente en pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016.

Tabla N°4

Tamaño Variceal más frecuente y según Tipo de Várices, en pacientes cirróticos con sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología Hospital Nacional Hipólito Unanue, Distrito El Agustino, Lima Perú, 2015 – 2016.

Tamaño Variceal		f	% Col.	Varices Esofágicas		Varices Gástricas	
				f	% Col.	f	% Col.
Total General	Grado	122	100.0%	89	100.0%	33	100.0%
	Grado II	47	38.5%	33	37.1%	14	42.4%
	Grado I	38	31.1%	27	30.3%	11	33.3%
	Grado III	34	27.9%	26	29.2%	8	24.2%
	Grado IV	3	2.5%	3	3.4%	0	0.0%

Fuente: Ficha técnica: "Recolección de datos en pacientes Cirróticos del Servicio de Gastroenterología"

Tabla N°5

Tamaño Variceal en pacientes Cirróticos con diagnóstico confirmado de Sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue Distrito el Agustino Lima-Perú Año 2016

		Hemorragia Digestiva Alta Variceal				
			Leve	Moderado	Severa	Total
Tamaño Variceal	Grado I	Casos	38	0	0	38
		% Columna	79.2	0.0	0.0	31.1
	Grado II	Casos	6	41	0	47
		% Columna	12.5	100.0	0.0	38.5
	Grado III	Casos	4	0	30	34
		% Columna	8.3	0.0	90.9	27.9
	Grado IV	Casos	0	0	3	3
	% Columna	0.0	0.0	9.1	2.5	
Total		Casos	48	41	33	122
		% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ficha técnica: Recolección de Datos en pacientes Cirróticos del Servicio de Gastroenterología.

Interpretación:

En la Tabla N°4 y Tabla N°5 se observa que la mayoría de los pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, en un 38.5% presentan un tamaño Variceal Grado II, seguido del 31.1% con Grado I, 27.9% Grado III, y un mínimo de 2.5% Grado IV.

Del total de pacientes con varices esofágicas (89/122) el 37.1% desarrollaron un tamaño Variceal grado II y del total de pacientes con varices gástricas (33/122) el 42.4% desarrollaron un tamaño Variceal grado II.

De los pacientes Cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve, el 79.2% desarrollaron un tamaño Variceal grado I, a diferencia de aquellos con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada, en el que el 100% presentaron un grado del nivel II, y de aquellos con Hemorragia digestiva alta severa, el 90.9% desarrollaron un tamaño Variceal Grado III.

Objetivo N° 3

Determinar la presencia de Signos Rojos más frecuentes en pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016.

Tabla N°6

Presencia de Signos Rojos en pacientes Cirróticos con diagnóstico confirmado de Sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue Distrito el Agustino Lima-Perú Año 2016

		Hemorragia Digestiva Alta Variceal				
			Leve	Moderado	Severa	Total
Signos Rojos	Ausencia	Casos	26	19	8	53
		% Columna	54.2	46.3	24.2	43.4
	Presencia	Casos	22	22	25	69
		% Columna	45.8	53.7	75.8	56.6
Total		Casos	48	41	33	122
		% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ficha técnica: Recolección de Datos en pacientes Cirróticos del Servicio de Gastroenterología.

Interpretación:

En la Tabla N°6, se observa que el 56.6% de los pacientes con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, presentan signos rojos y el 43.4% no presentan esta característica en las endoscopias. Así mismo de aquellos pacientes Cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve, el 54.2% no presentan signos rojos, a diferencia de aquellos con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada, que presentan signos rojos en un 53.7%, y de aquellos con Hemorragia digestiva alta severa, el 75.8% presentan signos rojos, en las endoscopias.

Objetivo N° 4

Determinar el estadio Child Pugh más frecuente en los pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016.

Tabla N°7

Estadio CHILD PUGH en pacientes Cirróticos con diagnóstico confirmado de Sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue Distrito el Agustino Lima-Perú, Año 2016

			Hemorragia Digestiva Alta Variceal			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Estadio CHILD PUGH	CHILD PUGH "A"	Casos	4	0	29	33
		% Col.	8.3	0.0	87.9	27.0
	CHILD PUGH "B"	Casos	8	39	0	47
		% Col.	16.7	95.1	0.0	38.5
	CHILD PUGH "C"	Casos	36	2	4	42
		% Col.	75.0	4.9	12.1	34.4
Total		Casos	48	41	33	122
		% Col.	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ficha técnica: Recolección de Datos en pacientes Cirróticos del Servicio de Gastroenterología.

Interpretación:

En la Tabla N°7, se observa que de los estadios CHILD PUGH, la gran mayoría desarrollaron el estadio CHILD PUGH "B" con un 38.5%, seguido estadio CHILD PUGH "C" con 34.4% y del estadio CHILD PUGH "A" con 27% según el informe endoscópico. Así mismo de aquellos pacientes Cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve, el 75.0% presentan CHILD PUGH "C", a diferencia de aquellos con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada, que presentan el estadio CHILD PUGH "B" en un 95.1%, y de aquellos con Hemorragia digestiva alta severa, el 87.9% presentan el estadio CHILD PUGH "A".

Objetivo N°5

Determinar el tipo de Varices más frecuente en pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Año 2016.

Tabla N°8

Tipo de Várices en pacientes Cirróticos con diagnostico confirmado de Sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue Distrito el Agustino Lima-Perú Año 2016

		Hemorragia Digestiva Alta Variceal			
		Leve	Moderado	Severa	Total
Tipo de Várices	Várices Gastricas Casos	15	12	6	33
	% Col.	31.3	29.3	18.2	27.0
	Várices Esofágicas Casos	33	29	27	89
	% Col.	68.8	70.7	81.8	73.0
Total	Casos	48	41	33	122
Total	% Col.	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ficha técnica: "Recolección de datos en pacientes Cirróticos servicio del Servicio de Gastroenterología"

Interpretación:

En la Tabla N°8, el 73% de las varices son del tipo Esofágicas y el 27% Gástricas. Así mismo de aquellos pacientes Cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve, el 68.8% presentan Varices Esofágicas, de manera análoga aquellos con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada, el 70.7% presentan Varices Esofágicas y de aquellos con Hemorragia digestiva alta severa, el 81.8% presentan Varices Esofágicas".

4.2. DISCUSIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA), en especial, la causada por ruptura de las varices esofágicas (VE), forma parte de una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la historia natural del paciente que posee cirrosis hepática (CH).

La hemorragia por ruptura de varices esofágicas es una de las complicaciones más importantes de los pacientes cirróticos con hipertensión portal. La hemorragia variceal presenta con una alta mortalidad y que progresa proporcionalmente en sus grados del estadio Child Pugh.

De la muestra (n=122) en estudio, se describe las características endoscópicas del sangrado por Hemorragia Digestiva alta Variceal en pacientes cirróticos atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue Año 2016, del distrito El Agustino del Departamento de Lima; registrándose características sociodemográficas en que la mayoría de los pacientes tienen una edad superior a los 50 años en un 65.6%, el 63.1% pertenecen al sexo femenino y el 43.4%, proceden del Distrito el Agustino, el 23% de San Juan de Lurigancho, el 12.3% de ATE, el 9.8% de Santa Anita; cifra similar a lo registrado en estudios realizados por Bazán Ruiz, P(2019) quien describe que el 58.1% de los pacientes tienen una edad superior a los 50 años ;con respecto al género el 68.9% (51) corresponden al género masculino y el 31.1% (23) al género femenino. Encontrando una mayor incidencia en el género masculino. Así mismo respecto a la procedencia el 70% provenía de lima este; el 12% de lima centro; el 11% de otras provincias; 4% venían desde lima sur y el restante 3% acudieron desde lima norte.

En la presente investigación se observó que la mayoría de los pacientes cirróticos el 38.5% presentan un tamaño Variceal Grado II, seguido del 31.1% con Grado I, 27.9% Grado III, y un mínimo de 2.5% Grado IV. De los pacientes con varices esofágicas el 37.1% desarrollaron un tamaño Variceal grado II y

de los pacientes con varices gástricas el 42.4% desarrollaron un tamaño Variceal grado II.

De los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve, el 79.2% desarrollaron un tamaño Variceal grado I, a diferencia de aquellos con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada, en el que el 100% presentaron un grado del nivel II, y de aquellos con Hemorragia digestiva alta severa, el 90.9% desarrollaron un tamaño Variceal Grado III; concordando con el estudio realizado por Catherina Pichilingue (2012) quien manifiesta de una muestra de 45 pacientes cirróticos con resangrado , que el 4.44% presenta grado I, 22,2% grado II, 57.7% grado III, 15.6% grado IV. Por otro lado el investigador Juan Carlos García Pagán y colaborador (2012), manifiesta que un mayor tamaño variceal, y una mayor tensión de la pared Variceal, y la presencia de signos rojos tienen mayor riesgo de hemorragia.

El 56.6% de los pacientes con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, presentan signos rojos y el 43.4% no presentan esta característica en las endoscopias. Así mismo de aquellos pacientes Cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve, el 54.2% no presentan signos rojos, a diferencia de aquellos con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada, que presentan signos rojos en un 53.7%, y de aquellos con Hemorragia digestiva alta severa, el 75.8% presentan signos rojos, en las endoscopias; cifras similar a lo registrado en el estudio presentado por Catherina Pichilingue R (2012), en que de una muestra de 45 pacientes cirróticos con resangrado encontró que el 4.4% presentaron signos rojos.

El 38.5% de los pacientes bajo estudio desarrollaron el estadio CHILD PUGH "B", seguido estadio CHILD PUGH "C" con 34.4% y del estadio CHILD PUGH "A" con 27% según el informe endoscópico. Así mismo de aquellos pacientes Cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve, el 75.0% presentan CHILD PUGH "C", a diferencia de aquellos con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada, que presentan el estadio CHILD PUGH "B"

en un 95.1%, y de aquellos con Hemorragia digestiva alta severa, el 87.9% presentan el estadio CHILD PUGH "A"; datos que concuerdan con el estudio realizado por Ramos I, et al (2015), que encontraron en los pacientes evaluados un grado de Child-Pugh "A" de 19.81%, grado Child-Pugh "B" de 37.83% y grado Child-Pugh "C" de 42.34%.

EL 73% de los pacientes evaluados en la presente investigación presentan varices del tipo Esofágicas y el 27% Gástricas. Así mismo de aquellos pacientes Cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve, el 68.8% presentan Varices Esofágicas, de manera análoga aquellos con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada, el 70.7% presentan Varices Esofágicas y de aquellos con Hemorragia digestiva alta severa, el 81.8% presentan Varices Esofágicas"; cifra similar al estudio de investigación de Pichilingue Reto C (2012), en el que registra que el 50% de los pacientes cirróticos presentan Las várices gastroesofágicas (VGE).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. El 65.6% de los pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, presentan una edad superior a los 50 años y el 34.4% inferior a los 50 años de edad. El 63.1% pertenecen al sexo femenino y el 36.9% al sexo masculino.

Los pacientes mayores de 50 años desarrollaron un sangrado severo, en un 75.8%, seguida del 65.9% con sangrado moderado y el 58.3% con sangrado leve.

El 41% de los pacientes tienen un grado de instrucción de nivel Secundaria completa, el 40.2% son trabajadores independientes y el 32.8% son de estado civil convivientes. Así mismo el 43.4% proceden del distrito El Agustino, el 23% de San Juan de Lurigancho, el 12.3% de ATE, el 9.8% de Santa Anita.

2. El 38.5% de los pacientes, presentan un tamaño Variceal Grado II, seguido del 31.1% con Grado I, 27.9% Grado III, y en menor proporción de 2.5% Grado IV.

Del 100% de casos con várices esofágicas, el 37.1% desarrollaron un tamaño Variceal grado II. Así mismo de los casos con várices Gástricas, el 42.4% desarrollaron un tamaño Variceal grado II.

El 100% de los de pacientes con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada presentaron un tamaño Variceal grado II. El 90.9%, desarrollaron un tamaño Variceal Grado III. El 79.2% un tamaño Variceal grado I.

3. El 56.6% de los pacientes con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, presentan signos rojos y el 43.4% no presentan esta característica en las endoscopias.

El 75.8% de los casos con Hemorragia digestiva alta severa presentaron signos rojos. El 53.7% de los casos con Hemorragia digestiva alta moderada presentaron signos rojos y en menor proporción de 45.8% en aquellos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve.

4. El 38.5% de los pacientes desarrollaron el estadio CHILD PUGH "B" seguido estadio del CHILD PUGH "C" con 34.4% y del estadio CHILD PUGH "A" con 27% según el informe endoscópico.

En las endoscopias, se registró que de los pacientes con Hemorragia digestiva alta Variceal moderada el 95.1% presentan un estadio CHILD PUGH "B". Así mismo de los pacientes con Hemorragia digestiva alta severa, el 87.9% presentaron un estadio CHILD PUGH "A" y el 75.0% presentaron un estadio CHILD PUGH "C" en aquellos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve.

5. El tipo de varices Esofágicas es el más frecuente en los pacientes con Hemorragia digestiva alta Variceal con el 73%, seguida de las varices Gástricas en un 27%.

En las endoscopias, se registró que de los pacientes con Hemorragia digestiva alta Variceal severa el 81.8% presentan Varices Esofágicas. Así mismo de los pacientes con Hemorragia digestiva alta moderada, el 70.7% presentan Varices Esofágicas y el 68.8% presentaron Varices Esofágicas en aquellos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal Leve.

5.2. RECOMENDACIONES

- 1- Estar preparados y realizar una correcta evaluación clínica hepática a los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática para su manejo, teniendo en cuenta que la HDA Variceal es más frecuente en pacientes mayores de 50 años y que esta es una patología que se ve en las emergencias y que podría prevenirse con información, educación y cultura preventiva de hábitos nocivos a aquellos estratos de menor nivel socioeconómicos.
- 2- Los pacientes con cirrosis hepática se deben realizar endoscopias digestivas altas periódicas para determinar la presencia de varices esofágicas o gástricas y obtener las características de las varices (tamaño,) determinando las posibles complicaciones.
- 3- Se debe realizar una correcta evaluación endoscópica digestiva alta periódica, para determinar la presencia de signos rojos, previniendo una posible hemorragia digestiva alta o un resangrado.
- 4- Se debe realizar una correcta evaluación del estado de reserva hepática (Child Pugh) periódica. Los pacientes que nunca sangraron que presentan varices pequeñas y buen estado funcional hepático (Child Pugh A) se puede dar un tratamiento y control para evitar un posible sangrado.
- 5- realizar a los pacientes con cirrosis hepática una endoscopia alta más aún a los pacientes que presentan varices esofágicas ya que tienen una alta tasa de mortalidad. Así mismo llevar un tratamiento adecuado para la prevención y posibles complicaciones en hemorragia digestiva alta variceal moderada, leve o severa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rozman C, Cardellach F. Medicina Interna. 18va ed. Vol. 1. España: Elsevier;
2. LaBrecque D, Khan A, Sarin S, Le Mair A. Varices Esofágicas [Internet]. Suiza: World Gastroenterology Organization; 2015 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/esophageal-varices-spanish-2014.pdf>
3. Montoro H, García Pagán J. Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología [Internet]. Segunda. España: Jarpyo; 2010 [citado 11 de marzo de 2019]. 402 p. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:29ku-KXkMOsJ:https://www.aegastro.es/sites/default/files/docentia/documentos/manual_emergencias_cap10_hemorragia_hipertension_portal.pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe
4. Barranco Ruíz F, Blasco Morilla J, Mérida Morales A, Muñoz Sanchez A, Jareño Chaumel A, Cózar Carrasco J, et al. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos [Internet]. Primera. España: Alhulia; 1999 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/Principios-de-urgencias-medicas-y-cuidados-criticos.pdf>
5. Mendilahaxón Pina E, Medina Garrido Y, Suárez Herrera JA, López Mejía VM, Moré Pérez A, Álvarez Cáceres L. Relación clínico, endoscópica y sonográfica en pacientes con cirrosis hepática. Acta Médica del Centro. 2018;12(3):321-31.
6. Cevallos Guamancela AJ. Características Epidemiológicas, Clínicas, Endoscópicas En Pacientes Con Hemorragia Digestiva Alta [Tesis de Grado]. [Cuenca - Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2018.

7. Mendez Rojas A. Relación Clínica Con Hallazgos Endoscópicos De La Hemorragia De Tubo Digestivo Alto En El Servicio De Urgencias Del Hospital General Xoco [Tesis de Especialidad]. [Mexico D.F.]: Instituto Politecnico Nacional; 2011.
8. Peñas B, Albillos A. Tratamiento de la hemorragia por varices esofágicas. Gastroenterol Hepatol. 2011;34(Espec Congr 1):22-7.
9. Bernal V, Bosch J. Cirrosis hepatica. J Hepatol. 2010;867-92.
10. Ramos I, García Guerrero V, Zárate-Guzmán ÁM, Bernal Sahagún F, Corral Medina A, Valdés Lías R. Experiencia del programa de aplicación de cianoacrilato en pacientes con varices gástricas del Hospital General de México. Endoscopia. julio de 2015;27(3):104-8.
11. Infante Velázquez M, Fuentes Ramos M, Pérez Lorenzo M, Ramos Contreras Y, Winograd Lay R, Angulo Pérez O. Ligadura endoscópica de várices esofágicas más propranolol para profilaxis secundaria del sangrado digestivo en pacientes cirróticos. Revista Cubana de Medicina Militar. marzo de 2013;42(1):39-48.
12. Garcia Pagán JC, Bosch J, editores. Hemorragia digestiva por hipertensión portal. 2007;893-901.
13. Bazan Ruiz PR. Incidencia De Hemorragia Digestiva Alta Y Factores De Riesgo Más Frecuentes Asociados A Este, En El Servicio De Medicina Interna Del Hospital Nacional Hipólito Unanue Durante Los Meses De Enero A Setiembre-2018 [Tesis de Grado]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.
14. Parra Pérez VF, Raymundo Cajo RM, Gutiérrez de Aranguren CF. Factores relacionados a resangrado y mortalidad en pacientes cirróticos con hemorragia variceal aguda en el Hospital Hipólito Unanue, Lima, Perú. Rev Gastroenterol Peru. 2013;33(4):314-20.

15. Pichilingue Reto C, Queirolo Rodriguez FS, Ruiz Llenque JJ, Valdivia Roldán M, Paredes E, Guzmán Rojas P, et al. Frecuencia y mortalidad de resangrado en pacientes cirróticos tratados por hemorragia de várices esofágicas en dos hospitales de Lima-Perú durante los años 2009-201. Rev Gastroenterol Peru. 2013;33(3):231-5.
16. Carpio A, Cardenas A. Manejo del sangrado por varices esofágicas en pacientes con cirrosis. Experiencia Médica. 2016;34(2):54-9.
17. Milla Apaza MA. Índice aspartatoaminotransferasa/recuento plaquetario como predictor de formación de varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática. [Tesis de Grado]. [Trujillo - Peru]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
18. Velásquez Chamocho H. Hemorragia digestiva por várices esófago - gástricas. Acta Med Per. 2006;23(3):156-61.
19. García Cortés M, Alcántara Benítez R. Complicaciones agudas de la Cirrosis Hepática. :53.
20. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica [Internet]. Madrid-España; 2010 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/Protocolos%20SEGHNP.pdf>
21. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cirugía General [Internet]. Primera. Vol. 1. Lima - Perú; 1999 [citado 11 de marzo de 2019]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_19-2_h%C3%ADgado.htm

22. Zumaeta Villena E. Várices esofagogástricas. Acta Med Per. 2007;24(1):47-52.
23. Casajús OM. Hipertensión portal idopática en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. :115.
24. Bosch J, Abrales JG, Albillos A, Aracil C, Bañares R, Berzigotti A, et al. Hipertensión portal: recomendaciones para su evaluación y tratamiento. Gastroenterología y Hepatología. junio de 2012;35(6):421-50.
25. Pallotta S, Dell'Era A, Iannuzzi F, de Franchis R. Classificazioni endoscopiche e impatto clinico. [citado 11 de marzo de 2019]; Disponible en: http://www.sied.it/files/06IF_EPDeFranchisGIED1_14.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 01
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ALUMNO: Yanina Raquel Chunga Cabezas

ASESOR: Dr. Williams Fajardo

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Características Endoscópicas Del Sangrado Por Hemorragia Digestiva Alta Variceal En Pacientes Cirróticos Que Se Atienden En El Servicio De Gastroenterología Del Hospital Nacional Hipólito Unanue Durante El Periodo 2016

VARIABLES INTERVINIENTES:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Presencia de Signos Rojos	Si/No	Nominal	Ficha de recolección datos
Estadio Child-Pugh	Child A/Child B/Child C	Ordinal	Ficha de recolección datos
Factores Sociodemográficos			
Edad	<50 años/≥50 años	Nominal	Ficha de recolección datos
Género	Masculino/Femenino	Nominal	Ficha de recolección datos
Grado de Instrucción	Secundaria completa/primaria incompleta/primaria completa/superior/analfabeto	Nominal	Historia Clínica
Ocupación	Trabajador independiente/obrero/ ama de casa/empleado/trabajador del hogar	nominal	Historia Clínica
VARIABLES: Características endoscópicas del sangrado por hemorragia digestiva alta variceal			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Tamaño variceal	Grado I/Grado II/Grado III/GradoIV	Ordinal	Ficha de recolección datos

ANEXO N° 02

INSTRUMENTO

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DEL SANGRADO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN PACIENTES CIRROTICOS QUE SE ATIENDEN EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO 2016

1. N° HC: _____ 2. EDAD: _____

3. GENERO: () MASCULINO () FEMENINO

I.- Características Socio Demográficas:

4.- Grado de Instrucción:

Analbeto		Secundaria Incompleta	
Primaria Incompleta		Secundaria Completa	
Primaria Completa		Superior	

5.- Ocupación:

Trabajador Independiente	
Obrero	
Ama de casa	
Empleado	
Trabajador del Hogar	

6.- Estado Civil

Soltero	
Casado	
Separado	
Conviviente	
Viudo	

II.- Características Endoscópicas:

7.-HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICEAL:

7.1.- GRADO DE HEMORRAGIA: LEVE () MODERDA () SEVERA ()

7.2

TIPO { VVEE ()
VGGG ()

8.- PRESENCIA DE SIGNOS ROJOS. () PRESENCIA () AUSENCIA

8.1 UBICACIÓN:

VV.EE ()

VV.GG ()

AMBOS ()

9.-TAMAÑO VARICEAL POR ENDOSCOPIA (Paquet):

Clasificación de las várices esofágicas según Paquet

Grado I Protrusión escasamente perceptible ()
 Grado II Protrusión hasta ¼ de la luz ()
 Grado III Protrusión hasta ½ de la luz ()
 Grado IV Protrusión mayor que ½ de la luz ()

10. - ESTADIO CHILD-PUGH: () CHILD A () CHILD B () CHILD C

Parámetros	Puntos asignados		
	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada
Bilirrubina, mg/dL	</= 2	2-3	>3
Albumina, g/dL	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Tiempo de protrombina * Segundos sobre el control * INR	1-3 <1,8	4-6 1,8-2,3	>6 >2,3
Encefalopatía	No	Grado 1-2	Grado 3-4

- Una puntuación total de 5-6 es considerada grado A (enfermedad bien compensada); 7-9 es grado B (compromiso funcional significativo); y 10-15 es grado C (enfermedad descompensada). Estos grados se correlacionan con una sobrevida del paciente al año y a los 2 años.

Grado	Puntos	Sobrevida al año (%)	Sobrevida a 2 años (%)
A: enfermedad bien compensada	5-6	100	85
B: compromiso funcional significativo	7-9	80	60
C: enfermedad descompensada	10-15	45	35

ANEXO N° 03

VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Alba Rodríguez Norcia Esther*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Soporte Servicios Gastroenterología HNHU*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: *Alta Recolección de Datos*
 1.5 Autor del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características endoscópicas del sangrado por hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos que se atienden en el servicio de gastroenterología del hospital nacional hipólito unanue durante el periodo 2016					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características endoscópicas del sangrado por hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos que se atienden en el servicio de gastroenterología del hospital nacional hipólito unanue durante el periodo 2016					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación, es observacional, descriptivo					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplica*

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, __ Abril de 2019


 Firma del Experto
 D. N. I. N. S.
 DRA. Alba Rodríguez Norcia Esther

ANEXO N° 03

VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Fazanda Alfonso Williams*
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: *Pista Revisión de auto*
 1.5 Autor del instrumento:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Esta de acuerdo a los avances la teoría sobre características endoscópicas del sangrado por hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos que se atienden en el servicio de gastroenterología del hospital nacional hipólito unzué durante el periodo 2016					85%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado establecer las características endoscópicas del sangrado por hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos que se atienden en el servicio de gastroenterología del hospital nacional hipólito unzué durante el periodo 2016					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación, es observacional, descriptivo					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, Abril de 2015

DNI N° _____


 Firmante: *Fazanda Alfonso Williams*
 Especialista en Metodología de la Investigación
 I.O.E. N° 1934

ANEXO N° 03

VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: BARAN RODRIGUEZ ELY
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente UPSEJ
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del Instrumento: Lista Rodríguez de datos
 1.5 Autor del Instrumento:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					82%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					82%
ACTUALIDAD	Esta de acuerdo a los avances la teoría sobre características endoscópicas del sangrado por hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos que se atienden en el servicio de gastroenterología del hospital nacional hipólito unzué durante el periodo 2016					82%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					82%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					82%
INTENCIONALIDAD	Adecuado identificar características endoscópicas del sangrado por hemorragia digestiva alta variceal en pacientes cirróticos que se atienden en el servicio de gastroenterología del hospital nacional hipólito unzué durante el periodo 2016					82%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos técnicos y científicos.					82%
COHERENCIA	Entre los ítems e indicadores.					82%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación, es observacional, descriptivo					82%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicar

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

82%

Lugar y Fecha: Lima, 24 de abril de 2019

Ely Baran Rodríguez
COESP N° 444
Firma del Experto

DNI N° 72295173

**ANEXO N°4
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

ALUMNO: Yanina Raquel Chunga Cabezas

ASESOR: Dr. Williams Fajardo

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Características Endoscópicas Del Sangrado Por Hemorragia Digestiva Alta Variceal En Pacientes Cirróticos Que Se Atienden En El Servicio De Gastroenterología Del Hospital Nacional Hipólito Unanue Durante El Periodo 2016

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuáles son las características Endoscópicas al sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal en pacientes cirróticos, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, del Distrito El Agustino, Lima Perú, Año 2016?</p>	<p>General: OG: Identificar las características Endoscópicas al sangrado por Hemorragia Digestiva Alta Variceal en pacientes cirróticos atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino Año 2016</p>	<p>General: HG: No lleva hipótesis por ser un trabajo de investigación de estudio descriptivo</p>	<p>Variable: Características endoscópicas del sangrado por hemorragia digestiva alta variceal Variable intervinientes: Presencia de signos Rojos Estadio Child-Pugh Factores Socio-demográficos: Edad Género Estado civil Nivel de educación</p>

<p>Específicos: PE1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino año 2016?</p> <p>PE2: ¿Cuál es el tamaño variceal más frecuente en pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino año 2016?</p> <p>PE3: ¿Hay presencia de Signos Rojos en pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia</p>	<p>Específicos: OE1: Conocer las características sociodemográficas de los pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino año 2016.</p> <p>OE2: Precisar el tamaño variceal más frecuente en pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino año 2016.</p> <p>OE3: Determinar la presencia de signos rojos en pacientes cirróticos con diagnóstico confirmado de Hemorragia</p>	<p>Específicas: HE1: No lleva hipótesis por ser un trabajo de investigación de estudio descriptivo</p> <p>HE2: No lleva hipótesis por ser un trabajo de investigación de estudio descriptivo</p> <p>HE3: No lleva hipótesis por ser un trabajo de investigación de estudio descriptivo</p>	
--	--	---	--

<p>Digestiva Alta variceal atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino año 2016?</p> <p>PE4: ¿Cuál es el estadio Child Pugh más frecuente en los pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino año 2016?</p> <p>PE5: ¿Cuál es tipo de varices más frecuentes en pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta variceal atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino año 2016?</p>	<p>Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino año 2016.</p> <p>OE4: Determinar el estadio Child Pugh más frecuente en los pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino año 2016.</p> <p>OE5: Conocer el tipo de varices más frecuentes en pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Distrito El Agustino año 2016.</p>	<p>HE4: No lleva hipótesis por ser un trabajo de investigación de estudio descriptivo</p> <p>HE5: No lleva hipótesis por ser un trabajo de investigación de estudio descriptivo</p>	
--	--	---	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Tipo de Investigación: Esta investigación cuenta con un tipo de estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observacional - Transversal - Retrospectivo - Enfoque Cuantitativo 	<p>Población: La población a tomar en cuenta serán todos aquellos pacientes que han tenido hemorragia digestiva variceal que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue que cumplan con los siguientes criterios de elegibilidad.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con endoscopia confirmatoria de varices esofágica. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informes Endoscópicos incompletas - Pacientes con hemorragia digestiva no variceal <p>Muestreo: probabilístico aleatorio simple</p>	<p>Técnica: análisis documental</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ficha de recolección de datos • Historia Clínica