

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO PARA EL RESANGRADO TEMPRANO EN
PACIENTES CON VARICES ESOFÁGICAS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL AÑO 2017**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ OSCAR ALBERTO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR

Dr. JOSEPH PINTO OBLITAS

AGRADECIMIENTO

Agradezco al doctor Joseph Pinto por las correcciones metodológicas, también al doctor Jorge Garavito por las referencias para mejorar la ficha de recolección y temas relacionados al marco teórico para realizar un gran trabajo.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis padres, maestros, que con cada enseñanza reforzaron la decisión de ser un médico que se esfuerza por servir a todos.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

Método: Un total de 46 pacientes fueron incluidos en el estudio de tipo transversal. Se analizaron las variables sexo, tipo de tratamiento, datos hematológicos, Score MELD, clasificación de Paquet, Escala de Child Pugh y variables clínicas. Se usaron las pruebas estadísticas de Fisher, y Mann Whitney y Odds ratio.

Resultados: Los resultados mostraron que el tratamiento con ligadura endoscópica ($p= 0,01$), los valores de plaqueta y hemoglobina ($p=0,01$ ambos), el Score MELD ($p=0,03$), la escala de Child Pugh ($p=0,01$), el sangrado activo ($p<0,0001$) y el shock hipovolémico ($p=0,01$) fueron factores estadísticamente significativos para el resangrado temprano de várices esofágicas.

Conclusión: Los factores de riesgo para el resangrado temprano de várices esofágicas son tratamiento con ligadura endoscópica, los valores de plaqueta y hemoglobina, el Score MELD, la escala de Child Pugh, el sangrado activo y el shock hipovolémico.

Palabras claves: Resangrado temprano, Score MELD, escala de Child Pugh, várices gástricas, shock hipovolémico.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors for early rebleeding in patients with esophageal varices treated at the National Hospital Arzobispo Loayza in the period 2017.

Method: A total of 46 patients were included in the cross-sectional study. The following variables were analyzed: sex, type of treatment, hematological data, MELD score, Paquet classification, Child Pugh scale and clinical variables. The Fisher statistical tests, and Mann Whitney and odds ratio were used.

Results: The results showed that treatment with endoscopic ligation ($p = 0.01$), platelet and hemoglobin values ($p = 0.01$ both), the MELD score ($p = 0.03$), the Child Pugh scale ($p = 0.02$), active bleeding ($p < 0.0001$) and hypovolemic shock ($p = 0.01$) were statistically significant factors for early rebleeding of esophageal varices.

Conclusion: The risk factors for early rebleeding of esophageal varices are treatment with endoscopic ligation, platelet and hemoglobin values, the MELD score, the Child Pugh scale, active bleeding and hypovolemic shock.

Key words: Early rebleeding, MELD score, Child Pugh scale, gastric varices, hypovolemic shock.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis tiene como finalidad dar a conocer los factores de riesgo para el resangrado temprano de varices esofágicas, definiéndola como el resangrado dentro de las 6 semanas posteriores al sangrado, evaluando los factores asociados como el tipo de tratamiento, los valores de plaquetas y hemoglobina, el score MELD, la escala de Child Pugh y variables de presentación clínica.

La realización de esta investigación se dio por el interés de la problemática de por qué hay una considerable presentación, además de su alta mortalidad, dada la mejora en los manejos y prevención de este tipo de patologías. Considerando profundizar y dar a conocer esos riesgos para mejores intervenciones en profilaxis secundaria.

La investigación se llevó a cabo con una metodología observacional porque no se manipularon las variables, analítica, retrospectiva porque se tomaron datos pasados y de tipo transversal porque solo se tomó una corte. Obteniendo la información a través de fichas de recolección llenadas por datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes.

Esta investigación quiere analizar los factores de riesgo de pacientes con sangrado variceal con el resangrado temprano, buscando asociación significativa, contrastándola con la literatura médica y llegar a una unificación de cuáles son los verdaderos factores de riesgo para el resangrado temprano de várices esofágicas.

En el capítulo 1 se realizó el enfoque del problema, para tener en claro qué es lo que se quiere saber y analizar acerca del resangrado temprano variceal. En el capítulo 2 se recolectó la información teórica acerca de la patología, además de realizar las hipótesis y definir la operacionalización de términos. En el capítulo 3 se redactó la metodología que siguió esta investigación. En el capítulo 4 se analizaron los resultados y en el capítulo 5 se concluyeron los resultados y se pautaron recomendaciones.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE ANEXOS	XI
CAPÍTULO I: 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. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6.1. GENERAL.....	4
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	4
1.7. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA	8
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.4. HIPÓTESIS.....	15
2.4.1. GENERAL.....	15
2.4.2. ESPECÍFICOS.....	15
2.5. VARIABLES.....	18
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	18

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	20
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	20
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	20
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	20
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	20
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	21
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	21
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	23
4.1. RESULTADOS	23
4.2. DISCUSIÓN.....	32
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
5.1. CONCLUSIONES	36
5.2. RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.....	42

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Características descriptivas de los pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.....	23
Tabla 2: Factor de riesgo sociodemográfico de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.....	25
Tabla 3: Factor de riesgo el tipo de tratamiento de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.....	26
Tabla 4: Factores de riesgo hematológicos de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.....	27
Tabla 5: Score MELD de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.....	28
Tabla 6: Clasificación de Paquet de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.....	29
Tabla 7: Análisis de la escala de Child Pugh de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.....	30
Tabla 8: Factores de riesgo clínicos de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.....	31

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de Variables.....	43
Anexo 2: Instrumento.....	46
Anexo 3: Validez de Instrumento – Consulta de expertos.....	48
Anexo 4: Matriz de Consistencia.....	51

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pese a los nuevos avances tecnológicos en diagnósticos y tratamientos en la medicina, la progresión al resangrado temprano aún tiene un alto impacto en la sociedad, teniendo una mortalidad de manera trágica que promedia el 20% de los casos. Todavía no se tiene consenso acerca de los factores de riesgo para determinar qué pacientes tienen una alta tasa de realizar resangrado temprano.^{1,2}

Esta investigación ayudará a reconocer con más claridad cuáles son esos factores de riesgo, favoreciendo a mejorar los manejos a través de protocolos, en las consultas externas, con una mejor visión y enfoque en la prevención del resangrado temprano, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Solo se han realizado estudios en Lima acerca de la frecuencia y la mortalidad del resangrado temprano. Es importante realizar más investigación para esclarecer los factores de riesgo para el resangrado temprano, eso lleva a querer realizar un trabajo que demuestre y unifique con la literatura médica cuáles son esos factores influyentes para el resangrado temprano.³

Esto nos lleva a querer investigar y analizar los factores de riesgo para el resangrado temprano y sirva de base para ampliar más la perspectiva que se tiene de esta patología, además será base para realizar estudios que se enfoquen en esta problemática en el Perú.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?

1.2.2. ESPECÍFICOS

¿El factor sociodemográfico sexo está asociado al resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?

¿El tipo de tratamiento está asociado al riesgo de resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?

¿Cuáles son los factores de riesgo hematológicos para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?

¿El score MELD es un factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?

¿La clasificación de Paquet está asociada al resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?

¿La escala de Child Pugh es un factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?

¿Las características clínicas del paciente están asociadas a un resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de este trabajo tiene la finalidad de conocer factores determinantes para presentar resangrado temprano por várices esofágicas. Este trabajo cuenta con un diseño robusto y de acorde a lo que se quiere para su aplicación, además que se trabajó con toda la muestra de un año calendario.

Este trabajo ayudará en las estrategias de reconocimientos y resolución de los factores para disminuir el resangrado temprano variceal. El presente trabajo ayudará en un mejor costo-beneficio anticipándose a los factores de riesgo, así mejorando la calidad de vida.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación del espacio: Se determina el área de estudio en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Delimitación temporal: El trabajo se realizará en todo el 2017.

Delimitación conceptual: El servicio de Gastroenterología es el lugar donde se encuentran los pacientes tratados con várices esofágicas.

Delimitación social: La población de estudio son los pacientes con hemorragia variceal y resangrado variceal temprano.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El tamaño de muestra pequeño podría no ayudarnos a esclarecer y detectar cuáles son los factores de riesgo para el resangrado temprano.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. GENERAL

Determinar los factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

1.6.2. ESPECÍFICOS

Determinar si el factor sociodemográfico sexo está asociado al resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

Comparar los tipos de tratamiento como asociación de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

Establecer los factores de riesgo hematológicos para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

Determinar el score MELD como factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.

Demostrar si la clasificación de Paquet está asociada al resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

Determinar la escala de Child Pugh como factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.

Determinar la presentación clínica del resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

1.7. PROPÓSITO

El propósito de este trabajo de investigación tiene como finalidad dar a conocer los factores de riesgo, que se encuentran en los pacientes con sangrado variceal, para el resangrado temprano en la ciudad de Lima.

Además, se quiere contribuir con nuevas medidas de control, realizar protocolos de atención, específicamente para esos factores y así evitar el problema del resangrado temprano.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

En el estudio de Chen y et al, hecho en Taiwan y publicado en el 2012 quisieron determinar los indicadores de resangrado dentro de las 6 semanas siguientes del sangrado variceal en pacientes cirróticos, como resultado obtuvieron que el tiempo de espera prolongado para la endoscopia (más de 12 horas), la trombosis de la vena porta y el puntaje MELD (OR 1,098, IC:95%; 1,037 – 1,164; P=0,001) fueron indicadores de resangrado a las 6 semanas.⁴

Mostafa y et al, nos muestra en su estudio publicado en el 2014, en Egipto, nos habla acerca de predictores de resangrado temprano al realizar una ligadura con bandas a las várices esofágicas, encontraron que los predictores independientes fueron la peritonitis bacteriana espontánea y un nivel bajo de hemoglobina (OR 17,3491; 95% CI: 4,00 – 75,34, p = 0,005).⁵

Bambha y et al, publicó un artículo en el 2008, en EE. UU tratando de determinar los factores de riesgo para el resangrado variceal en los 5 días después del sangrado variceal, concluyendo que un score MELD de 18 o más tiene una asociación como factor de riesgo para resangrado en los cinco días después del sangrado.⁶

Hunter y et al, en el 2013 en El Cairo, publicaron un estudio buscando predictores para el resangrado temprano de várices esofágicas encontrando una escala de MELD mayor a 18 (p = 0,001), presencia de sangrado activo (p = 0,003) y el signo del pezón a la endoscopia son predictores para un resangrado temprano.⁷

Zhoun y et al, publicaron en el 2016 en China un estudio acerca de los factores de riesgo para el resangrado temprano luego de usar ligadura de varices,

encontrando que una escala de Child-Pugh mayor a 7 ($P = 0$), ser del sexo masculino ($P = 0,014$), son factores de riesgo independiente.⁸

Mohamed y et al publicaron en el 2015, en Egipto, un artículo acerca de los factores que contribuyen al resangrado temprano, encontrando que el score MELD ($p < 0,01$), la escala de Child Pugh clase C ($p < 0,05$), un alto grado de várices esofágicas (grado IV) ($p < 0,01$) y las várices gástricas ($p < 0,05$) fueron factores de riesgo estadísticamente significativos.⁹

Ben-Ari y et al nos muestran en su estudio de 1999 acerca del modelo predictivo de falla del control de sangrado y el resangrado temprano, encontrando que el sangrado variceal activo a la endoscopia del diagnóstico ($p < 0,0001$), los niveles de plaquetas ($p = 0,002$), son factores predictivos para el resangrado temprano de várices esofágicas.¹⁰

Wang y et al, publicaron en el 2011 en China, un artículo para conocer los factores pronósticos para el resangrado, encontrando que una mayor transfusión sanguínea, un score de Child-Pugh grado B (OR = 2,664; 95%CI 1,680 – 4,223), bilirrubina total y creatinina elevada.¹¹

Gin-Ho Lo y et al publicaron en el 2000 un estudio acerca de la comparación de la terapia combinada y la endoligadura de várices sola encontrando una asociación estadística ($P = 0,001$) en un mayor resangrado en los pacientes que recibieron solo la endoligadura de várices.¹²

Agustín Albillos y et al realizaron un estudio en España, en el 2017 para comparar la EVL con la terapia combinada encontrando una asociación significativa de menor riesgo de resangrado en el grupo de pacientes con Child Pugh A (IRR, 0,20; 95% CI, 0,04-0,97; $P=0,045$) y en el grupo de pacientes con Child B/C (IRR, 0,41; 95%CI 0,24 – 0,70, $P=0,001$).¹³

Fong y et al, publicaron en el 2008 en Taiwan un artículo para conocer el modelo MELD como predictor en el resangrado variceal, encontrando que es un buen predictor.¹⁴

ARTÍCULOS REGIONALES

Altamirano y et al, publicaron en el 2010 en México un artículo sobre el resangrado temprano y poder conocer nuevos modelos de riesgo, encontrando que la albumina, la creatinina y el uso de dos o más paquetes globulares están vinculadas al resangrado, también que la escala CART es mejor a la escala MELD y CP para predecir el resangrado temprano.¹⁵

Romero y et al, publicaron en el 2006 en Venezuela un artículo para conocer la frecuencia y factores de riesgo para el resangrado variceal, encontrando que un CP B y C, consumo excesivo de alcohol, el sangrado activo a la hora de realizar la endoscopia y el tamaño de las várices son factores de riesgo para el resangrado.¹⁶

ARTÍCULOS NACIONALES

Parra y et al, publicaron un artículo en el 2013 realizado en el Hospital Hipólito Unanue con el propósito de conocer cuáles son los factores de resangrado en los primeros cinco días después del sangrado por várices esofágicas encontrando que el sangrado activo durante la endoscopia y la creatinina guardan relación como factores de riesgo para el resangrado variceal dentro de los 5 días después del sangrado.¹⁷

2.2. BASE TEÓRICA

La circulación portal va a tener características anatómicas como fisiológicas diferentes en comparación a otros órganos. Esto se debe a los dos lechos capilares que lo van a rodear, esto va a darle características de importancia

como la presión venosa del sistema porta es mayor al venoso central, entre la cava y el sistema portal existe una red de venas colaterales que van a ayudar al paso de la sangre a la circulación general, pero que en ciertas condiciones patológicas van a ser una de las mayores complicaciones. Otra característica es que este sistema no cuenta con válvulas.¹⁸

La vena porta es formada por la confluencia de tres grandes vasos, la esplénica, la mesentérica superior y mesentérica inferior, esta puede terminar en la esplénica, mesentérica superior o directamente en la vena porta. En todo el recorrido de la porta, recibe venas esofágicas, rectales y peritoneales. El hígado recibe sangre de la vena porta, en un 75 % y de la arteria hepática en un 25 %. Al ingresar la vena porta y la arteria hepática van a ramificarse y terminarán en lo profundo del lobulillo hepático. Se menciona también de comunicaciones veno-venosas que se observa en el hígado cirrótico, dadas por la rama venosa perilobulillar y la vena sublobulillar, sin los capilares intermedios.¹⁸

El sistema porta va a contar con una diversidad de colaterales que van a desembocar en la circulación sistémica. Una presión portal normal va de 1 – 5 mmHg, cuando llega o supera los 10 mmHg tiene un riesgo potencial de desarrollar estas colaterales, dentro de este proceso de formación de colaterales va a presentar los pasos de apertura del vaso, dilatación y la hipertrofia del canal vascular. Las zonas más importantes para desarrollar colateralidad portosistémica son: las venas esofágicas submucosas, paraumbilicales, rectales submucosas.¹⁹

La hipertensión portal proviene, en la mayoría de los pacientes cirróticos, por la resistencia intrahepática elevada dada por la fibrosis del hígado y un flujo esplácnico alto. Repasando la ley de Ohm establecida en $P=Q \cdot R$, donde P representa el gradiente de la presión portal, Q simboliza el flujo sanguíneo y

R la resistencia vascular portal. Teniendo en cuenta esta fórmula, cualquier alteración en Q o R también tendrá repercusión en la presión portal.¹⁹

El fenómeno fisiopatológico de la hipertensión portal aparece por la alteración de las 3 zonas circulatorias, la circulación intrahepática, la circulación sistémica y la circulación colateral. Como mencionamos sobre la ley de Ohm se menciona dos teorías para el desarrollo de la hipertensión portal. La primera la teoría del flujo retrógrado por incremento de la resistencia y la circulación intrahepática. Al inicio de este proceso hay un desbalance entre vasoconstrictores, como la endotelina 1 y los vasodilatadores con el NO, predominando el primero. Además, habrá remodelación de los sinusoides y angiogénesis, llegando a la fibrosis y pérdida de la arquitectura sinusoidal.²⁰

La segunda teoría es la del flujo anterógrado, dada por la abundancia en aminas vasoactivas, VEGF y NO, glucagón, péptido intestinal vasoactivo, factor de necrosis tumoral α , leucotrienos y tromboxanos, dando un estado hiperdinámico con vasodilatación, del flujo esplenomesoportal incrementando el flujo portal y generando espacio, esto reduce el volumen circulatorio, retiene sodio, y por tanto estimula a la angiotensina II a la ADH, llevando al paciente a la presentación de ascitis. La vena gástrica izquierda, de donde desemboca la vena distal del esófago; al haber hipertensión portal hay dilatación de la vena gástrica izquierda, alrededor de 7 mm además que da un flujo retrógrado hacia la vena distal esofágica formando las várices esofágicas, de la submucosa y paraesofágicas de las periadventicial.²⁰

En la hipertensión portal de causa desconocida se ha asociado a patologías autoinmunes, caracterizándose por esplenomegalia y anemia secundaria a este, refiriendo como probable origen al depósito de colágeno en el espacio de Disse aumentando la presión intraportal.²⁰

Epidemiología

Las várices pueden aparecer en cualquier parte del tubo digestivo, pero su localización más frecuente son los últimos centímetros distales del esófago. 50 % de pacientes diagnosticados con cirrosis presentan varices gastroesofágicas. Las gástricas tienen un porcentaje de aparición del 5-33 %. Al momento del diagnóstico de la cirrosis el 30 % aproximadamente presenta varices esofágicas, llegando hasta el 90 % alrededor de los 10 años. Del 4 – 30 % de pacientes que desarrollan varices pequeñas pasarán a tener várices grandes cada año juntamente con un riesgo mayor de sangrado varicoso. El 40% de pacientes con sangrado cesa espontáneamente, pero a tener en cuenta que hay un 20 % de mortalidad a las 6 semanas.²¹

Clasificación

Dentro de la clasificación se usan varios modelos, desde la medición de la gradiente de la presión venosa hepática hasta la clasificación clínica y según el lugar que lo provoque, pero todas ellas nos llevan a 3 puntos importantes: La hipertensión portal de tipo presinusoidal, sinusoidal y postsinusoidal.²²

Con la medición de la GPVH tenemos a la de tipo sinusoidal, su gradiente será mayor de 5 mmHg, en caso sea de tipo presinusoidal tendrá valores normales, al igual que la post sinusoidal, sin embargo, puede haber una gradiente alterada entre la presión suprahepática libre y la vena cava inferior.²²

La otra manera de clasificación es según las patologías que presente el paciente o nos dé la sospecha clínica se menciona de esta manera:

Cuadro N° 1: Clasificación de las causas de HP por Sheila y modificada por Groszman

<p>Hepática o intrahepática (de mayor prevalencia en adultos)</p> <p>Sarcoidosis, tuberculosis, cirrosis biliar primaria, enfermedad de Wilson, fibrosis hepática idiopática, esquistosomiasis.</p> <p>Cirrosis alcohólica y no alcohólica, por infección, cirrosis hepática infantil, hepatitis aguda viral y medicamentosa.</p> <p>Enfermedad hepática venoclusiva por LES, irradiación, quimioterapia, trasplante de médula ósea.</p> <p>Prehepática</p> <p>Trombosis del eje espleno-portal, de la vena esplénica, idiopática, postrauma, estados de hipercoagulabilidad.</p> <p>Posthepática</p> <p>Trombosis de la vena suprahepática, cava inferior. Síndrome de Budd-Chiari, ICC, pericarditis constrictiva, miocardiopatías.</p>

Fuente: Hipertensión Portal. Acta Médica Grupo Ángeles. 2011

Según la patología avanza, los mecanismos compensatorios se verán insuficientes generando así un círculo de mecanismos, estimulando baroreceptores, estos a su vez activan al sistema nervioso simpático, al eje renina-angiotensina y la ADH, incrementa la presión, retiene sodio y agua y por extravasación presenta la ascitis.²³

En el caso de que esta ascitis no puede ser evacuada o aumente su recurrencia, que no puede prevenirse por restricción de sodio o con uso de diuréticos se le cataloga de ascitis refractaria, dada por el Club Internacional de Ascitis. La translocación bacteriana también está relacionado al incremento sérico de NO y la persistencia de la circulación hiperdinámica. La circulación

en cabeza de medusa también nos habla de otras vías vasculares importantes de escape. Hay que resaltar que no solo el factor mecánico influye en la aparición de la circulación colateral, sino que los factores hormonales cumplen un rol importante en la fisiopatología.²³

La aparición de várices esofágicas o HDA nos traduce que tanto las circulaciones colaterales han colapsado en su capacidad de respuesta y que no es suficiente para el flujo del sistema portal. En caso de ruptura de las várices, los más afectados son las esófago-gástricas, a causa de la excesiva dilatación y adelgazamiento de las paredes de los vasos, llegando a la isquemia y posteriormente ruptura.²³

El Score MELD fue creado para predecir la supervivencia después de realizarse un shunt portosistémico transyugular intrahepático, con las variables de INR, bilirrubina en sangre y creatinina en sangre. También es usado para pacientes que necesitan trasplante, siendo pobre su utilización en los posts trasplantados.²⁴

Para el diagnóstico muchas veces la clínica es silente y cuando aparece es muy notorio. La ayuda imagenológica tanto del eco Doppler como de la TAC nos dejan observar la circulación colateral, el flujo patológico en la vena porta, la esplenomegalia y ascitis encontrada al examen físico. Para poder medir directamente la presión venosa portal es necesario procedimientos invasivos.²⁵

Esta técnica se realiza introduciendo un catéter vía la vena femoral o yugular hasta llegar a la vena hepática. Se mide la gradiente de presión de la vena hepática a través de la resta de la presión en cuña de la VH y la presión libre de la VH. La PHT es definida con un GPVH mayor a cinco mmHg. Y es clínicamente significativa cuando la GPVH es mayor a diez mmHg. Una GPVH mayor a doce mmHg tiene una asociación alta de sangrado variceal y cuando

llega a 20 mmHg con sangrado incrementa el riesgo de muerte hasta 5 veces.²⁵

El 7 % de los pacientes con varices pequeñas menores a 5 mm tienen un riesgo de sangrado en los dos años siguientes comparando con las varices largas, que es el 30 %. El manejo de la hemorragia variceal aguda requiere la corrección mediante plasma fresco congelado y uso de protrombina para las alteraciones de la coagulación, En cuanto a la farmacoterapia se recomienda profilaxis antibiótica ya que disminuye la mortalidad y el riesgo de resangrado, además de la PBE.²⁵

El uso de terlipresina reduce la presión de la vena y disminuye la mortalidad. En la terapia endoscópica es mejor el beneficio, pero una falla en el tratamiento, mayor a 15 horas aumenta la mortalidad. Se ha demostrado que la endoligadura es superior a la escleroterapia, en caso falle estos dos procedimientos se puede usar la sonda S-B. Una GPVH mayor a 20 mmHg es predictor para resangrado temprano.²⁵

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Várices esofágicas: Son canales vasculares de tipo colaterales que van a unir la zona de la circulación venosa portal con la circulación sistémica.²¹

Resangrado esofágico variceal temprana: Resangrado en el esófago dentro de las 6 semanas postsangrado.²⁶

Clasificación de Paquet: Clasificación endoscópica de las várices esofágicas.²⁷

Score MELD: Es una escala de puntuación para predecir la gravedad de la enfermedad hepática basada en parámetros de creatinina sérica, bilirrubina

total sérica y el INR, además de su utilidad para predecir la mortalidad en los pacientes con cirrosis compensada y descompensada.²⁸

Child-Pugh: Uno de los métodos más usado para medir el pronóstico de vida de los pacientes cirrótico, además de ser un buen índice pronóstico para la supervivencia, tomando los valores de albúmina sérica, bilirrubina sérica, tiempo de protrombina, ascitis y encefalopatía.²⁹

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

H1: Existen factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

H0: No existen factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

2.4.2. ESPECÍFICOS

Hipótesis específica 1

H1

- Existe el factor sociodemográfico sexo como asociación con el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

H0

- No existe el factor sociodemográfico sexo como asociación con el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

Hipótesis específica 2

H1

- Los tipos de tratamientos están asociados como factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

H0

- Los tipos de tratamientos no están asociados como factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

Hipótesis específica 3

H1

- Existen factores de riesgo hematológicos para el resangrado temprano en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

H0

- No existen factores de riesgo hematológicos para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

Hipótesis específica 4

H1

- El score MELD es un factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.

H0

- El score MELD no es un factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.

Hipótesis específica 5

H1

- La clasificación de Paquet está asociado al resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

H0

- La clasificación de Paquet no está asociado al resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

Hipótesis específica 6

H1

- La escala de Child Pugh es un factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.

H0

- La escala de Child Pugh no es un factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.

Hipótesis específica 7

H1

- Las características clínicas están asociadas al resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

H0

- Las características clínicas no están asociadas al resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.

2.5. VARIABLES

Dependiente:

Resangrado variceal esofágico temprano.

Independiente:

Sociodemográfica: Sexo.

Tratamiento: Ligadura endoscópica, Ligadura endoscópica combinado con terlipresina

Hematológicos: plaquetas, hemoglobina

Score MELD.

Clasificación de Paquet.

Escala de Child Pugh.

Clínica: várices sangrantes, shock hipovolémico, presencia de várices gástricas.

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Várices esofágicas: Presencia patológica de venas en el esófago diagnosticadas por endoscopía.

Resangrado esofágico variceal temprana: Resangrado de várices esofágicas dentro de las 6 semanas del sangrado.

Child-Pugh: Mide la severidad de la enfermedad hepática y está conformada por los valores de bilirrubina, tiempo de protrombina, albúmina, ascitis y encefalopatía hepática.

Score MELD: Score pronóstico para resangrado temprano de várices esofágicas, usando la fórmula original MELD Score = $(0.957 * \ln(\text{Serum Cr}) + 0.378 * \ln(\text{Serum Bilirubin}) + 1.120 * \ln(\text{INR}) + 0.643) * 10$ (si hay hemodiálisis, el valor de la creatinina es automáticamente 4.0) para determinar el valor.

Ligadura endoscópica: Tratamiento con ligas para las várices esofágicas.

Terlipresina: Análogo de la vasopresina que disminuye el sangrado variceal y es usado para disminuir la presión portal e inducir la vasoconstricción del territorio esplénico.

Plaquetas: Componente sanguíneo medido por análisis de laboratorio.

Várices gástricas: Presencia de várices en el estómago demostradas por endoscopia.

Sangrado activo en la endoscopia: Demostración de sangrado variceal al momento de realizar la endoscopia.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño metodológico es no experimental porque no se manipularon las variables ni a los pacientes.

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Retrospectivo porque los datos son tomados de fechas anteriores al estudio.

Analítico porque se confronta dos variables.

Transversal porque todas las variables son medidas en un solo tiempo.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la investigación es de tipo correlacional porque se determinó el grado de relación que tienen las variables independientes con la dependiente.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población consta de 46 pacientes con várices esofágicas que fueron atendidos en el servicio de gastroenterología, centro de referencia nacional, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo del 2017. No se cuenta con muestra por la cantidad de pacientes que se tienen para el estudio.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la técnica se realizó una solicitud al departamento de estadística, con firma y sello del servicio de gastroenterología para poder obtener los números de historias clínica.

Una vez obtenido el permiso se procedió a la entrega en archivo para obtener las historias clínicas.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de fichas de recolección, la cual se completaron por medio de las historias clínicas.

El trabajo es ético porque mantiene en secreto los datos como nombre y procedencia, solo se usan datos de problemas específicos en la ficha de recolección de datos. Ante cualquier robo se hará la denuncia correspondiente para respetar el derecho al secreto de las historias clínicas.

Este trabajo pasó por el comité de ética de la universidad para demostrar que cumple con todos los requisitos éticos para llevarlo a cabo.

Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes que presentaron sangrado variceal en el año 2017, además de contar con exámenes de laboratorio que completen la ficha técnica de recolección de datos y los de exclusión aquellos pacientes que presentaron resangrado variceal pasada las 6 semanas del primer evento.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El diseño se realizó con la identificación del paciente asignando su historia clínica y el número de orden. Se definieron 10 factores de riesgo contemplados en la ficha de recolección de datos.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La técnica del procesamiento y el análisis de los datos obtenidos en la ficha será primero en Excel y luego se trabajó con el programa R x64 3.5.1 y RStudio para realizar las pruebas estadísticas correspondientes a cada variable.

El análisis estadístico para las variables cualitativas nominales: Presencia de várices esofágicas, Shock hipovolémico, sangrado a la endoscopia, Sexo, Tipo de tratamiento, son con la prueba estadística de Fisher. Se realizó el análisis estadístico con esta prueba porque se usa en estudios de variables cualitativas nominales, además de contar con una población pequeña es ideal su utilización.

El análisis estadístico de Mann-Whitney para la variable cualitativa ordinal: Escala de Child Pugh, Clasificación de Paquet y para las variables cuantitativas continuas: Score MELD, Valores de hemoglobina, Valores de plaqueta, se utilizará la prueba de Mann-Whitney. Se trabajó con un intervalo de confianza del 95%.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA 1: Características descriptivas de los pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017

VARIABLE	n	%
Edad		
Promedio (\pm DE)	57(\pm 15)	
Sexo		
Femenino	26	56,5%
Masculino	20	43,5%
Tratamiento del sangrado		
Terlipresina con ligadura endoscópica	37	80,4%
Ligadura endoscópica	9	19,6%
Valores de Plaqueta		
Promedio (\pm DE)	122 043,48(\pm 52 870)	
Valores de Hemoglobina		
Promedio (\pm DE)	8,02(\pm 2,23)	
Score MELD		
Promedio (\pm DE)	12,96(\pm 3,77)	
Clasificación de Paquet		
Grado 1	4	8,7%
Grado 2	14	30,4%
Grado 3	25	54,4%
Grado 4	3	6,5%
Escala Child Pugh		
A	17	36,9%
B	21	45,7%
C	8	17,4%
Sangrado Activo		
No	27	58,7%
Sí	19	41,3%

Shock hipovolémico		
No	39	84,8%
Sí	7	15,2%
Várices gástricas		
No	29	63%
Sí	17	37%
Resangrado temprano		
No	24	52,2%
Sí	22	47,8%

Fuente: Elaborada por el autor

Interpretación: En la tabla 1 se observan las características de los pacientes, evidenciando que el promedio de edad de los pacientes fue de 57 años (± 15). En relación con el sexo, el 56,5% fueron pacientes femeninas comparado con el 43,5% de los varones.

En el tipo de tratamiento, la terapia combinada (terlipresina y ligadura endoscópica) tuvo el 80,4% de los pacientes mientras que la ligadura endoscópica en 19,6%.

En las variables hematológicas, los valores de plaqueta de los pacientes tuvieron un promedio de 122 043,48 ($\pm 52 870$). Los valores de hemoglobina tuvieron un promedio de 8,02 ($\pm 2,23$).

El score MELD tuvo un promedio de 12,96 ($\pm 3,77$). La clasificación de Paquet tuvo una mayor presentación en el grado 3 con un 54,4% seguido del grado 2 con 30,4%, seguido del grado 1 y 4 con 8,7% y 6,5% respectivamente.

En la variable de la escala de Child Pugh, el grado B estuvo presente en el 45,7% de los pacientes, seguido del grado A con 36,9% y finalmente el grado C con 17,4%.

En las variables clínicas, la presencia del sangrado activo a la endoscopia estuvo presente en el 41,3% de los pacientes, y los que no mostraron sangrado activo a la endoscopia fue de 58,7%. La presencia del shock hipovolémico estuvo en el 15,2% de los pacientes en comparación al 84,8% de pacientes que no lo tuvieron. Las várices gástricas se presentaron en un 37% de los pacientes, mientras que en un 63% no se presentaron.

El resangrado temprano mostró un 47,8% con relación al 52,2% de pacientes que no lo presentaron.

TABLA 2: Factor de riesgo sociodemográfico de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017

VARIABLE	Sin resangrado temprano		Con resangrado temprano		P-valor
	n	%	n	%	
Sexo					1*
Femenino	14	53,8%	12	46,2%	
Masculino	10	50%	10	50%	

Fuente: Elaborada por el autor. *Prueba estadística de Fisher

Interpretación: En la tabla 2 se observa que el 50% de pacientes del sexo masculino tienen resangrado temprano, en comparación al 50% de pacientes femeninos que no lo tienen, no encontrando asociación estadísticamente significativa por el valor $p=1$.

TABLA 3: Factor de riesgo el tipo de tratamiento de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017

VARIABLE	Sin		Con		P-valor	OR	IC95%
	resangrado temprano		Resangrado temprano				
	n	%	n	%			
Tratamiento del sangrado					0,01*		
Terlipresina con ligadura endoscópica	22	62,9%	13	37,1%		7,6	(1,42-40,8)
Ligadura endoscópica	2	18,2%	9	81,8%			

Fuente: Elaborada por el autor. *Prueba estadística de Fisher

Interpretación: En la tabla 3 se observa que el 62,9% (22) de pacientes que se trataron con la terapia combinada (Terlipresina con ligadura endoscópica) no presentaron resangrado temprano en comparación al 37,1% (13) que sí presentaron resangrado temprano.

El 18,2% (2) de pacientes que se trataron con ligadura endoscópica tuvieron resangrado temprano, mientras que el 81,8% (9) de pacientes que solo recibieron ligadura endoscópica resangraron tempranamente. Siendo estadísticamente significativo con un P-valor de 0,01. El tratamiento con ligadura endoscópica aumenta el riesgo de resangrado temprano en 7,62 veces en comparación a la terapia combinada (Terlipresina con ligadura endoscópica).

TABLA 4: Factores de riesgo hematológicos de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017

VARIABLE	Sin resangrado temprano		Con resangrado temprano		P-valor	OR	IC95%
	n	%	n	%			
	Valores de Plaqueta						
≥ 125000	22	73,3%	8	26,7%		4,76 (1,3-17,2)	
< 125000	2	12,5%	14	87,5%			
Valores de Hemoglobina					0,01*		
≥ 10	9	90%	1	10%		12,6 (1,44-110)	
< 10	15	41,7%	21	58,3%			

Fuente: Elaborada por el autor. * Prueba estadística de Fisher

Interpretación: En la tabla 4 el 73,3% (22) con valores de plaqueta mayor o igual a 125 000 no presentaron resangrado temprano comparado al 26,7% (8) que sí presentaron. El 12,5% (2) de los pacientes con un valor de plaquetas menor de 125 000 no tuvieron resangrado, en comparación al 87,5% (14) de pacientes con valores de plaquetas menores a 125 000/mm³ que sí lo tuvo. Hay asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (p=0,01).

El 90% (9) de pacientes con hemoglobina mayor o igual a 10 no presentaron resangrado temprano comparado al 10% (1) que sí presentaron. El 41,7% (15) de los pacientes con un valor de hemoglobina menor a 10 no tuvo resangrado, en comparación al 58,3% (21) de los pacientes con un valor de hemoglobina menor a 10gr/dl que sí tuvieron resangrado temprano, encontrando asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (p=0,01).

El riesgo de resangrado temprano en pacientes con valores de plaquetas menor a 125 000/mm³ es de 4,76 veces es comparación a los que tienen mayor o igual a 125 000/mm³. Un valor de hemoglobina menor a 10mg/dl tiene un riesgo de 12,6 veces de resangrar tempranamente en relación con los que tienen mayor o igual hemoglobina a 10.

TABLA 5: Score MELD de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017

VARIABLE	Sin resangrado temprano	Con resangrado temprano	P-valor
Score MELD Promedio	11,75	14,27	0,03**

Fuente: Elaborada por el autor. **Prueba estadística de Mann Whitney

Interpretación: En la tabla 5 el promedio del score MELD de los pacientes con resangrado temprano fue de 14,27 puntos, comparado con el 11,75 de los pacientes que no resangraron tempranamente, encontrando riesgo de resangrado temprano en pacientes que presentaron un puntaje de 14 a más, evidenciando además un riesgo estadísticamente significativo ($P=0,03$).

TABLA 6: Clasificación de Paquet de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017

VARIABLE	Sin resangrado		Con resangrado		P-valor
	temprano		temprano		
	n	%	n	%	
Clasificación de Paquet					0,1*
Grado 1	3	75%	1	25%	
Grado 2	9	64,3%	5	35,7%	
Grado 3	11	44%	14	56%	
Grado 4	1	33,3%	2	66,7%	

Fuente: Elaborada por el autor. *Prueba estadística de Mann Whitney

Interpretación: En la tabla 6 se observa que el grado 3 y 4 de la clasificación de Paquet, de los que no resangraron tempranamente, fueron representando por el 44% (11) y 33,3% (1) de pacientes respectivamente, en comparación a los que resangraron tempranamente con un porcentaje de 56% (14) y 66,7% (2) respectivamente, resultando en un valor no significativo (P= 0,1).

TABLA 7: Análisis de la escala de Child Pugh de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017

VARIABLE	Sin resangrado temprano		Con resangrado temprano		P-valor	OR	IC95%
	n	%	n	%			
Escala de Child Pugh					0,01*		
A	12	70,6%	5	29,4%		3,4	(0-95-12,21)
B	11	52,4%	10	47,6%			
C	1	12,5%	7	87,5%			

Fuente: Elaborada por el autor. *Prueba estadística de Mann Whitney

Interpretación: En la tabla 7 el grado B y C de la escala Child Pugh representa el 52,4% (11) y 12,5% (1), respectivamente, de los pacientes sin resangrado temprano, en comparación al 47,6% (10) y 87,5% (7) de los pacientes con grado B y C, respectivamente, que sí resangraron tempranamente, encontrando riesgo de resangrado temprano estadísticamente significativo ($p=0,01$).

El riesgo de resangrado temprano en pacientes con escala de Child Pugh B y C es de 3,4 veces en comparación a pacientes que presentan una escala de Child Pugh A.

TABLA 8: Factores de riesgo clínicos de los pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017

VARIABLE	Sin resangrado		Con resangrado		P-valor	OR	IC
	temprano		temprano				
	n	%	n	%			
Sangrado Activo					<0,0001*		
No	21	77,8%	6	22,2%		18,67	(4,04-86,29)
Sí	3	15,8%	16	84,2%			
Shock Hipovolémico					0,01*		
No	23	60,5%	15	39,5%		10,73	(1,2-96,28)
Sí	1	12,5%	7	87,5%			
Várices Gástricas					0,1*		
No	18	62,1%	11	37,9%			
Sí	6	35,3%	11	64,7%			

Fuente: Elaborado por el autor. *Prueba estadística de Fisher

Interpretación: En la tabla 8 se observa que el 15,8% (3) de pacientes que tuvieron sangrado activo no resangraron, comparado con el 84,2% (16) de pacientes con sangrado activo que sí resangraron. Resultando en una asociación estadísticamente significativa ($P < 0,0001$).

En el caso del shock hipovolémico los pacientes sin resangrado temprano fueron el 12,5% (1) en comparación al 87,5% (7) que sí resangraron, resultando en una asociación estadísticamente significativa ($P = 0,01$).

En las várices gástricas, los pacientes sin resangrado temprano fueron del 35,3% (6) en comparación al 64,7% (11) de los que sí resangraron, sin llegar a una asociación estadísticamente significativa ($P = 0,1$).

El riesgo de resangrado temprano en pacientes con sangrado activo es de 18,67 veces en comparación a los que no presentaron sangrado activo. Así también el shock hipovolémico aumentó el riesgo de resangrado en 10.73 veces en comparación a los que no presentaron shock hipovolémico.

4.2. DISCUSIÓN

El resangrado temprano es una patología que trae consecuencias, no solo en su morbilidad sino también en la mortalidad. No tener claro cuáles son esos factores de riesgo lleva a la desventaja de no saber cómo prevenirla. Con la intención de conocerlas en los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se realizó un estudio transversal que incluyó a 46 pacientes.

A pesar de que el estudio cuenta con una muestra pequeña, representa la casuística de un año. El estudio transversal es el diseño ideal para esta publicación.

Cuando se evaluaron las características sociodemográficas se observó que la edad fue similar a lo reportado en la literatura. También observaron que la distribución por sexo fue diferente a la literatura, debido a que el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza es centro de referencia nacional, teniendo una distribución poblacional más heterogénea.⁷

Al analizar el tipo de tratamiento, la terapia combinada tuvo una mayor distribución comparada al tratamiento solo con endoligadura de várices, observada en la literatura.^{12,13}

En la evaluación de las características hematológicas se observó que los niveles bajos de plaquetas y niveles bajos de hemoglobinas coinciden con los reportes de la literatura.^{5,10}

El factor de riesgo Score MELD presentó un promedio de 12,96, bajo en comparación a lo contrastado con lo reportado por otros autores, donde las frecuencias de promedio van desde los 18 a 22 puntos.^{4,6,7,9,14}

El factor de riesgo clasificación de Paquet tuvo el promedio reportado por la literatura, donde predominó la frecuencia del grado 3.^{9,16}

En la evaluación del factor de riesgo score Child Pugh la distribución de los valores del estudio son similares a lo reportado por otros autores, encontrando al grado B con mayor frecuencia.^{8,9,11,16}

Cuando se evaluaron los factores clínicos, el sangrado activo tuvo una mayor frecuencia que lo reportado por la literatura. Hay una mayor frecuencia de várices gástricas que también se reporta en la literatura.^{7, 8, 10,16,17}

El sexo no se encontró como factor de riesgo para el resangrado temprano en comparación a otros estudios, debido a la distribución equitativa en el sexo que se presentó en el estudio.⁸

El tipo de tratamiento que incrementó el riesgo de resangrado temprano fue la ligadura de várices sola en un 7,62 veces (IC95%:1,42 - 40,80, P=0,01) con relación a los pacientes tratados con la terapia combinada. El tipo de tratamiento está ligado a los protocolos de cada hospital, diversos estudios han demostrado que la terapia combinada es un factor de protección contra el resangrado temprano (IRR, 0,41; 95%CI, 0,24 – 0,70, P=0,001).^{12,13}

Estos resultados nos indican realizar más investigación en este campo, comparando el tratamiento solo de ligadura endoscópica con diversos tratamientos combinados.

Las características hematológicas asociadas al resangrado temprano de várices esofágicas fueron los valores de plaquetas y los valores de hemoglobina. Los valores de plaquetas incrementaron el riesgo de resangrado temprano en 4,76 veces (IC95%:1,32 -17, 22, P=0,01). Diversos estudios encontraron asociación significativa, pero sin estratificar el riesgo.¹⁰

Los niveles de hemoglobina incrementaron el riesgo de resangrado temprano en un 12,6 veces (IC95%:1,44 -110,31, P=0,01). Estudios similares sugieren incrementar el riesgo entre 3,55 – 68,30 veces.⁵

El score MELD incrementó el riesgo de resangrado temprano con un promedio de valor de 14,27 (P=0,03), por debajo del nivel promedio de otros estudios ≥ 18 . Es uno de los factores de riesgos más conocidos, diversos estudios muestran que incrementa el riesgo entre 1,037 – 1,164 veces. Estos resultados nos llevan a conocer y analizar el score MELD para una mejor comprensión.^{4,6,7,9,14}

La clasificación de Paquet no resultó ser un factor de riesgo para el resangrado temprano de várices esofágicas comparada con otros estudios, por la similitud en la distribución de los grados de várices de los pacientes sin resangrado temprano y con resangrado temprano.^{9,17}

La escala de Child Pugh incrementó el riesgo de resangrado temprano en 3,4 veces (IC95%:0,95 -12,21, P=0,01) en los grupos clasificados en grado B y C. Esta escala es uno de los factores de riesgo también conocidos por diversos estudios, que sugieren que incremente el riesgo entre 1,680 – 4,223 veces.^{8,9,11,16}

En el análisis de las variables clínicas que resultaron en asociación significativa fueron el sangrado activo y el shock hipovolémico.

El sangrado activo incrementó el riesgo de resangrado temprano en 18,67 veces (IC95%:4,04 – 86,29, P<0,0001). En otros estudios el riesgo incrementó de 2,07 – 3,41 veces el riesgo.^{7,10,16,17}

El shock hipovolémico se encontró como factor de riesgo incrementando el riesgo en 10,73 veces (IC95%:1,20 – 96,28, P=0,01), no logrando comparar el resultado con otros estudios por no encontrar investigaciones similares. Los

resultados nos indican investigar más acerca de esta variable para tener un concepto claro de si es un factor de riesgo.

Las várices gástricas no resultaron ser factor de riesgo para el resangrado temprano en comparación a otros estudios a pesar de encontrar una mayor presentación en los pacientes con resangrado temprano, esto debido quizá a la muestra que presenta el estudio.⁹

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017 son: el tratamiento con ligadura endoscópica, los niveles de plaquetas y niveles de hemoglobina, el Score MELD, la clasificación de Child Pugh, el sangrado activo y el shock hipovolémico.
- No existen factores de riesgos sociodemográficos para el resangrado temprano en pacientes con sangrado variceal.
- El factor de riesgo del tratamiento es la endoligadura de várices sola con un incremento de riesgo de 7,62 veces comparado con la terapia combinada (endoligadura de várices con terlipresina).
- Los factores de riesgo hematológicos asociados al resangrado temprano son un conteo de plaquetas menores a $125\ 000/\text{mm}^3$ con un incremento de riesgo de 4,76 veces de resangrar comparado con los que tienen $\geq 125\ 000/\text{mm}^3$ y un nivel de hemoglobina debajo de 10 gr/dl con un riesgo aumentado de 12,6 veces comparado con los que tienen ≥ 10 gr/dl.
- El score MELD está asociado al resangrado temprano con un promedio de 14,27 puntos ($P=0,03$).
- La clasificación de Paquet no es un factor de riesgo para el resangrado temprano de várices esofágicas.
- La escala de Child Pugh grado B/C es un factor de riesgo incrementando en 3,4 veces el riesgo de resangrar tempranamente.
- Los factores clínicos asociados al resangrado son el sangrado activo a la endoscopia aumentando 18,67 veces y el shock hipovolémico aumentando el riesgo de resangrado en 10,73 veces.

5.2. RECOMENDACIONES

- Mejorar el manejo del sangrado variceal con las terapias combinadas, reportando a la institución correspondiente la necesidad de lograrlo en todos los establecimientos que se brinden este servicio.
- Realizar controles periódicos para los niveles de plaquetas y hemoglobina, evitando llegar a los valores de riesgo para el resangrado y si se detectan con estos riesgos sin resangrar, hospitalizar a los pacientes para la monitorización y mejora de estos perfiles hematológicos para reducir el riesgo.
- Mejorar el perfil de los valores del Score MELD para la reducción del riesgo de resangrado.
- Monitorizar los grados de la escala de Child Pugh, teniendo control de la clínica como de los exámenes de laboratorio.
- Realizar la monitorización y un manejo precoz del sangrado visible y del shock hipovolémico, realizando protocolos para estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W; Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology*. 2007;46(3):922-38.
2. Krige JE, Shaw JM, Bornman PC, Kotze UK. Early rebleeding and death at 6 weeks in alcoholic cirrhotic patients with acute variceal bleeding treated with emergency endoscopic injection sclerotherapy. *S Afr J Surg* 2009;47(3):72-4, 76-9.
3. Pichilingue Reto C, Queirolo Rodriguez FS, Ruiz Llenque JJ, Valdivia Roldán M, Bravo 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 2009-2011. *Rev Gastroenterol Peru*. 2013;33(3):231-5.
4. Chen PH, Chen WC, Hou MC, Liu TT, Chang CJ, Liao WC et al. Delayed endoscopy increases re-bleeding and mortality in patients with hematemesis and active esophageal variceal bleeding: a cohort study. *J Hepatol*. 2012;57(6):1207-13.
5. Mostafa EF, Mohammad AN. Incidence and predictors of rebleeding after band ligation of oesophageal varices. *Arab J Gastroenterol*. 2014;15(3-4):135-41
6. Bambha K, Kim WR, Pedersen R, Bida JP, Kremers WK, Kamath PS. Predictors of early re-bleeding and mortality after acute variceal haemorrhage in patients with cirrhosis. *Gut*. 2008;57(6):814-20.
7. Hunter SS, Hamdy S. Predictors of early re-bleeding and mortality after acute variceal haemorrhage. *Arab J Gastroenterol*. 2013;14(2):63-7.

8. Zhou JN, Wei Z, Sun ZQ. Risk factors for early rebleeding after esophageal variceal ligation in patients with liver cirrosis *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi*. 2016;20;24(7):486-492.
9. Shendy Mohamed Shendy, Mohamed Khairy Elnaggar, Hossam Eldin Mohamed Salem, Mohamed Darwish El-Talkawy, Abdel Aziz Ali Saleem, Hoda Abu Taleb. Incidence and risk factors contributing for early variceal rebleeding after esophageal variceal ligation (EVL). *Sch. J. App. Med. Sci.*, 2015; 3(3G):1553-1559.
10. Ben-Ari, Z., Cardin, F., McCormick, A. P., Wannamethee, G., & Burroughs, A. K. A predictive model for failure to control bleeding during acute variceal haemorrhage. *Journal of Hepatology*.1999 31(3), 443–450.
11. Wang MT, Liu T, Ma XQ, He J. Prognostic factors associated with rebleeding in cirrhotic inpatients complicated with esophageal variceal bleeding. *Chin Med J (Engl)*. 2011;124(10):1493-7.
12. Lo GH, Lai KH, Cheng JS, Chen MH, Huang HC, Hsu PI et al. Endoscopic variceal ligation plus nadolol and sucralfate compared with ligation alone for the prevention of variceal rebleeding: a prospective, randomized trial. *Hepatology*. 2000;32(3):461-5.
13. Agustin Albillos, Javier Zamora, Javier Martinez, David Arroyo, Irfan Ahmad, Joaquin De la Peña et al. Stratifying Risk in the Prevention of Recurrent Variceal Hemorrhage: Results of an Individual Patient Meta-Analysis. *Hepatology* 2017; 66:1219-1231.
14. Fong TV, Hung FC, Chiu KW, Chiu YC, Wu KL, Kuo CH, et al. Model for end-stage liver disease (MELD) score for predicting late esophageal varices rebleeding in cirrhotic patients. *Hepatogastroenterology*. 2008;55(84):1055-8.
15. Altamirano J, Augustin S, Muntaner L, Zapata L, González-Angulo A, Martínez B, et al. Predicción de resangrado precoz en cirróticos con hemorragia varicosa aguda. Función del análisis con árboles de clasificación y regresión (CART). *Rev Gastroenterol Mex*. 2010;75(1):12-21.

16. Gisela Romero S, Serrano A, Marianela Añez, Maribel Lizarzabal. Resangrado y mortalidad posterior al primer sangrado por varices esofagogástricas. Hospital Universitario de Maracaibo. GEN. 2006;60(2). 113-120.
17. 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.
18. Vinicius Gomes da Silveira Joaquim Ribeiro Filho, ANATOMIA Y FISILOGIA HEPATICA, Cirugía SanChinarro 2005;2:13-36.
19. Cortez-Hernández CA, Maldonado-Garza HJ, Bosques-Padilla FJ, Garza-Lara CI, Gutiérrez-Sánchez JB. Importancia del gradiente de presión venosa hepática en pacientes con cirrosis hepática. ELSEVIER 2009;11(45):260-266.
20. Pillai AK, et al., Portal hypertension: a review of portosystemic collateral pathways and endovascular interventions, Clin Radiol. 2015;70(10):1047-59.
21. D. LaBrecque Prof. A.G. Khan, S.K. Sarin, A.W. Le Mair. Várices esofágicas. Milwaukee, WGO 2015. P. 2-5.
22. J.C. García Pagán. Diagnóstico actual de la hipertensión portal. Gastroenterol Hepatol. 2007;30(Supl 1):1-6.
23. Ibarrola-Calleja JL, Núñez B, Rodríguez G, Ordóñez-Céspedes J. Hipertensión portal. Acta Médica Grupo Ángeles. 2011Vol 9,2:83-91.
24. Francois Durand, Dominique Valla. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child–Pugh versus MELD. Journal of Hepatology 42.2005. 100–107.
25. Bloom S, Kemp W, Lubel J. Portal hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. Intern Med J. 2015 Jan;45(1):16-26.
26. Anastasios A. Mihas, Arun J. Sanyal. Recurrent Variceal Bleeding Despite Endoscopic and Medical Therapy. GASTROENTEROLOGY. 2004; 127:621–629.
27. Eduardo Zumaeta Villena. Várices esofagogástricas. ActaMedPer .2007;24(1).47-52.

28. Wiesner R, Edwards E, Freeman R, Harper A, Kim R, Kamath P., et al. Model for end-stage liver disease (MELD) and allocation of donor livers. *Gastroenterology*. 2003;124(1):91-6.
29. Isabel Campos-Varela, Lluís Castells. Puntuaciones de pronóstico de la cirrosis. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31(7):439-46.

ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de Variables

ALUMNO: Rodríguez Fernández Oscar Alberó

ASESOR: Pinto Oblitas Joseph

LOCAL: San Borja

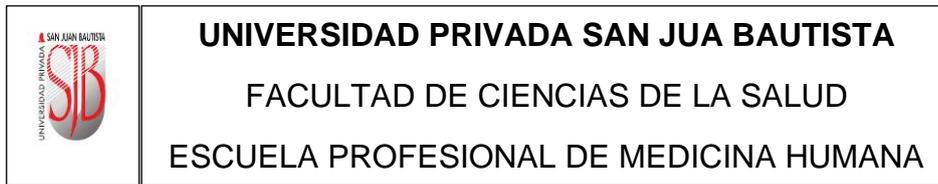
TEMA: FACTORES DE RIESGO PARA EL RESANGRADO TEMPRANO EN PACIENTES CON VARICES ESOFÁGICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL AÑO 2017

Variable Independiente: FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO			
INDICADOR	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Sexo	Masculino/femenino	Cualitativo Nominal	Historia clínica
Variable Independiente: FACTORES DE TRATAMIENTO			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Ligadura endoscópica	Sí/no	Cualitativo Nominal	Historia clínica
Terlipresina con ligadura Endoscópica	Sí/no	Cualitativo Nominal	Historia clínica

Variable Independiente: FACTORES HEMATOLÓGICOS			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Valores de plaquetas	Valor numérico	Cuantitativo Continua	Historia clínica
Valores de hemoglobina	Valor numérico	Cuantitativo Continua	Historia clínica
Variable Independiente: SCORE MELD			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Score MELD	Valor numérico	Cuantitativa discreta	Historia clínica
Variable Independiente: CLASIFICACIÓN DE PAQUET			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Grado de Paquet	Grado 1/grado 2/ grado 3/ grado 4	Cualitativa Ordinal	Historia clínica

Variable Independiente: ESCALA DE CHILD PUGH			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Escala de Child Pugh	A/B/C	Cualitativa ordinal	Historia clínica
Variable Independiente: FACTORES CLÍNICOS			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Sangrado activo a la endoscopia de emergencia	Sí/no	Cualitativo Nominal	Historia clínica
Shock hipovolémico al ingreso	Sí/no	Cualitativo Nominal	Historia clínica
Várices gástricas	Sí/no	Cualitativo Nominal	Historia clínica
Variable dependiente: RESANGRADO TEMPRANO			
Indicadores	N° de ítems	Nivel de medición	Instrumento
Resangrado temprano	Sí/no	Cualitativo nominal	Historia clínica

ANEXO 2: Instrumento



FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: FACTORES DE RIESGO PARA EL RESANGRADO TEMPRANO EN PACIENTES CON VARICES ESOFÁGICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL AÑO 2017

Autor: Rodríguez Fernández Oscar Alberto

Fecha: 15 de setiembre del 2018

Nº de historia clínica:

Paciente Nº:

Factores de riesgo:

1. Factores sociodemográficos

a. Edad: ____

b. Sexo: Masculino Femenino

2. Tipo de tratamiento

c. Ligadura endoscópica

d. Terlipresina con ligadura endoscópica

3. Factores bioquímicos

e. Valores de plaquetas:

f. Valores de hemoglobina:

4. Score MELD

g. Puntaje MELD:

Diálisis:
INR:
Bilirrubina:
Creatinina:

5. Clasificación de Paquet

h. Grado 1

i. Grado 2

j. Grado 3

k. Grado 4

6. Escala de Child Pugh

l. Ascitis: ausente	Leve	Moderada	
m. Encefalopatía hepática:	Ausente		Grado 1
	Grado 2	Grado 3	Grado 4
n. Tiempo de protrombina:			
o. Bilirrubina:			
p. Albúmina:			

7. Factores clínicos

q. Sagrado activo en la endoscopia de emergencia

Sí

No

r. Shock hipovolémico al ingreso

Sí

No

s. Várices gástricas

Presentes

Ausentes

ANEXO 3: 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: Pinto Oblitas Joseph
 1.2 Cargo e institución donde labora: UPSJB
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: Rodríguez Fernández Oscar Alberto

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.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre los actores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo analítico transversal.					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

... APLICABLE (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lima, 27 setiembre del 2018


 Firma del Experto
 D.N.I.: 40055054
 Teléfono: 984322395

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Garavito Renteria Jorge Luis*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Jefe Unidad Higado Loayza*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: Rodríguez Fernández Oscar Alberto

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.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					P
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre los actores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017					P
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					P
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				P	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo analítico transversal.					P

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

18

Lima, 27 setiembre del 2018
 HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Dr. Jorge Luis Garavito Renteria
 MEDICO GASTROENTEROLOGO

Firma del Experto
 D.N.I.: 06430621
 Teléfono: 998069147

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Aquino Dolores Saco*
 1.2 Cargo e institución donde labora: UPSJB *Docente*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: Rodríguez Fernández Oscar Alberto

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.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017					95%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre los actores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo analítico transversal.					95%

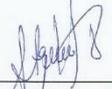
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Es: APLICABLE* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lima, 27 setiembre del 2018


 Firma del Experto
 D.N.I.: 07498001
 Teléfono: 993083992

ANEXO 4: Matriz de Consistencia

ALUMNO: Oscar Alberto Rodríguez Fernández

ASESOR: Joseph Pinto Oblitas

LOCAL: San Borja

TEMA: FACTORES DE RIESGO PARA EL RESANGRADO TEMPRANO EN PACIENTES CON VARICES ESOFÁGICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL AÑO 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
General: ¿Cuáles son los factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?	General: Determinar los factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017. Específicos:	General: H1: Existen factores de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.	Variables Independientes:

<p>Específicos:</p> <p>1: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos para el resangrado temprano de en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?</p> <p>2: ¿Los tipos de tratamiento está asociado al riesgo de resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?</p>	<p>1: Determinar los factores sociodemográficos para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.</p> <p>2: Comparar los tipos de tratamiento como asociación de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.</p> <p>3: Establecer los factores de riesgo hematológicos para el</p>	<p>Específica 1</p> <p>H1: Existen factores sociodemográficos para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.</p> <p>Específica 2</p> <p>H1: Existe diferencia entre el tipo de tratamiento como factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.</p> <p>Específica 3</p>	<p>Factor sociodemográfico</p> <p>Indicador: Sexo.</p> <p>Factor tipo de tratamiento</p> <p>Indicador: Ligadura endoscópica, Terlipresina con Ligadura Endoscópica.</p>
---	---	--	---

<p>3: ¿Cuáles son los factores de riesgo hematólogicos para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?</p>	<p>resangrado temprano en pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.</p>	<p>H1: Existen factores de riesgo hematólogicos para el resangrado temprano en pacientes con várices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.</p>	<p>Factor hematólogico Indicador: Valores de plaquetas, Valores de hemoglobina.</p>
<p>4: ¿El score MELD es un factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?</p>	<p>4: Determinar el score MELD como factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.</p>	<p>Específica 4 H1: Existe el score MELD como factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.</p>	<p>Factor Score MELD: Indicador: Score MELD</p>
	<p>5: Demostrar si la clasificación de Paquet está asociada al resangrado temprano en</p>		

<p>5: ¿La clasificación de Paquet está asociada al resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?</p>	<p>pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.</p>	<p>Específica 5 H1: Existe asociación entre la clasificación de Paquet y el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.</p>	<p>Factor Clasificación de Paquet Indicador: Grado en la clasificación de Paquet</p>
<p>6: ¿La escala de Child Pugh es un factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?</p>	<p>6: Determinar si la escala de Child Pugh es un factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?</p>	<p>Específica 6 H1: Existe la escala de Child Pugh como factor de riesgo para el resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017</p>	<p>Factores Escala de Child Pugh Indicador: Escala de Child Pugh</p>
	<p>7: Determinar la presentación clínica del paciente para un resangrado temprano en</p>		

<p>7: ¿Las características clínicas del paciente están asociadas a un resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017?</p>	<p>pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.</p>	<p>Específica 7 H1: Existe presentación clínica del paciente para un resangrado temprano en pacientes con varices esofágicas atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2017.</p>	<p>Factor clínico Indicador: Sangrado activo en la endoscopia de emergencia, Shock hipovolémico al ingreso, Várices gástricas</p> <p>Variable Dependiente: Resangrado temprano de várices esofágicas</p> <p>Indicadores: Tiene resangrado temprano/ No tiene resangrado temprano</p>
--	--	--	---

Diseño Metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Correlacional</p> <p>- Tipo de Investigación: Cuantitativa, observacional, retrospectivo, analítico de tipo transversal.</p>	<p>Población: N =: 46</p> <p>Criterios de Inclusión: Pacientes con resangrado temprano evidenciado por endoscopía.</p> <p>Criterios de exclusión: Pacientes que resangraron después de las 6 semanas del primer sangrado.</p> <p>N=: 46 (Población Objetiva)</p> <p>Tamaño de muestra: Este tipo de trabajo no cuenta con muestra.</p>	<p>Técnica: Recolección de datos secundarios.</p> <p>Instrumentos: Historia clínica</p>