

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNAN-MANAGUA



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA
EN MEDICINA INTERNA**

**Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro
endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.**

Autor: Dra. Karelia Altamirano

Residente de Medicina Interna

Tutor: Dr. Javier Dinarte Jarquin

Especialista en Medicina Interna

Msc. Salud ocupacional- Infección por HIV

Endoscopista Gastrointestinal

Managua, Febrero 2022

**Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN
en el período Enero 2021- Diciembre 2021.**

Dedicatoria

A Dios, por el don de vida, para continuar el camino trazado, llenarme de fortaleza y fuerza para avanzar en conocimiento y logro de finalizar esta investigación.

A nuestra madre celestial, en su intercesión continua, bondad infinita y misericordia.

A mi hijo y mi familia por estar siempre a mi lado.

**Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN
en el período Enero 2021- Diciembre 2021.**

Agradecimientos

A ti, que has extendido tu mano, permitiendo que trabajemos de la mano, para alcanzar nuestros objetivos como mi tutor, mi estimado Dr. Javier Dinarte

A mi familia por estar siempre a mi lado.

A usuarios y usuarias, que aceptaron ser partícipes en el presente estudio, y concedieron parte de su tiempo para colaboración de este proceso investigativo.

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Managua 22 de Febrero 2021

OPINIÓN DE TUTOR

El presente trabajo investigativo cuyo titulo es; Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021, elaborado por Dra Karelia del Carmen Altamirano Orozco, médico residente del tercer año de Medicina Interna, esta trabajo es de vital importancia por los hallazgos de interés común de un procedimiento y patología muy común en nuestra unidad hospitalaria.

Considero de que el trabajo reúne y cumple los objetivos planteados, así como las conclusiones y recomendaciones son válidas que deben de tomarse en cuenta en nuestra unidad hospitalaria.

Sin más que añadir.

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Resumen.

Título: Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Objetivo: Describir la evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021-Diciembre 2021

Material y Método: Diseño descriptivo, observacional, retrospectivo. El presente estudio tendrá como población diana al total de pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Servicio de consulta externa medicina interna del hospital en el Hospital Alemán Nicaragüense en el período Enero 2021-Diciembre 2021 que han sido sometidos a ligadura de várices un total de 50.

Resultado: En cuanto a la edad hubo predominio de 50 a 65 años con 56%, seguido de 35 a 49 años con 22%, luego mayores de 65 años con 16% y finalmente de 20 a 34 años con 6%. En cuanto al sexo hubo un predominio de sexo masculino con 54% y el sexo femenino tuvo 46%. La escolaridad tuvo un predominio de aquellos con estudios de secundaria completa con 26%, luego primaria completa con 20%, tanto primaria incompleta como secundaria incompleta se encontró en 20%, estudios superiores 8% y aquellos iletrados con 4%.

Conclusión: En participantes hubo un predominio de sexo masculino, procedencia urbana y edades de 50 a 64 años. Predominaron los pacientes tenían várices de menos de 5 años de evolución, todas eran de gran tamaño y el 100% presentaban anemia al momento del procedimiento. La mayoría de los estudiados se les había realizado una única intervención de ligadura de várices mientras que un tercio se había intervenido en 2 o más ocasiones, más de la mitad no tenían manejo con betabloqueadores.

**Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN
en el período Enero 2021- Diciembre 2021.**

Índice

Introducción	7
Antecedentes	8
Justificación	10
Planteamiento del Problema	11
Objetivos	12
Marco Teórico	13
Diseño Metodológico	26
Resultados	31
Discusión de los resultados	33
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Referencias Bibliográficas	38
Anexos	45

Introducción

Las várices esofágicas están presentes en 5 al 33% de los pacientes con hipertensión portal y en pacientes con cirrosis, las várices esofágicas aparecen a una tasa anual de 5–8%, pero tienen un tamaño suficiente como para plantear riesgo de sangrado solo en 1–2% de los casos. En caso de sangrado, este cesa espontáneamente en hasta 40% de los pacientes, pero tiene una tasa de mortalidad por lo menos 20% a las 6 semanas. (Ramirez 2017)

El manejo de las varices esofágicas ha evolucionado en los últimos años, e incluye el uso de fármacos vasoconstrictores espláncnicos, venodilatadores, vasoconstrictores y vasodilatadores. Si bien son efectivas para detener el sangrado, ninguna de las medidas, excepto la terapia endoscópica, ha demostrado afectar la mortalidad. (Gonzalez 2015)

La escleroterapia endoscópica y la ligadura de las várices con bandas son medidas eficaces para detener el sangrado en hasta 90% de los pacientes. La ligadura endoscópica (LEV) es más efectiva que la escleroterapia varicosa endoscópica (EVS), ofreciendo un mayor control de la hemorragia, poca repetición del sangrado, y eventos adversos menores, pero sin diferencias en la mortalidad. (ASG 2014)

Este trabajo determinó la evolución clínica de los pacientes sometidos a várices esofágicas y no solo ver los resultados a corto plazo sino a largo plazo y evaluar la respuesta al manejo y con este método utilizar medidas adecuadas en el manejo posterior al evento quirúrgico, en donde encontramos que hay una alta proporción de pacientes que no se les prescribe manejo betabloqueador y que su evolución clínica es peor.

El manejo en nuestro medio tiene muchas limitantes y es de suma importancia establecer el comportamiento posterior para tener bases epidemiológicas del comportamiento clínico de pacientes posterior a la realización de ligaduras.

Antecedentes

A nivel internacional

En Malasia se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes sometidos a vigilancia endoscópica de varices en la unidad de endoscopia de Gastroenterología del Hospital Serdang desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de marzo de 2017. Se estudiaron a 105 pacientes fueron evaluados para las varices. Cincuenta y cinco de ellos se habían sometido a endoscopia más utilización de ligación con banda (EVL), y una cuarta parte de los pacientes requirieron ligadura repetida. Hubo una preponderancia masculina con 76.4%. El 56,4% de los pacientes tenían entre 40 y 59 años. La principal etiología de la cirrosis hepática en nuestros pacientes fue la hepatitis viral con Hepatitis C (31.0%) y Hepatitis B (20.0%). La mayoría de nuestros pacientes tenían un recuento de plaquetas > 50,000 e INR <1.5 antes de la EVL. No hubo ninguna complicación importante en todos nuestros sujetos. La EVL es un tratamiento relativamente seguro y viable para la prevención de las hemorragias de las várices esofágicas con un bajo índice de complicaciones.

En el 2012, en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, se realizó un estudio descriptivo y transversal para caracterizar a 48 pacientes con sangrado digestivo alto, confirmado mediante endoscopia de urgencia por vía oral. En la casuística predominaron el sexo masculino (66,7%), el grupo etario de 51 a 70 años (47,9%), así como el diagnóstico de enfermedad ulcerosa péptica (66,7%), seguida en menores porcentajes por las lesiones agudas de la mucosa gástrica y la rotura de várices esofágicas. Se aplicó tratamiento endoscópico en 27,1% de los integrantes de la serie, ninguno de los cuales presentó complicaciones atribuibles al procedimiento. La endoscopia de urgencia fue la técnica de elección para diagnosticar y tratar precozmente afecciones hemorrágicas del trato digestivo superior, lo cual influirá de manera determinante en la no recurrencia de la hemorragia y en la disminución de la mortalidad por esa causa.

Del 2008 al 2012, en Arequipa (Perú) Rojas realizó un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal; la población estuvo conformada por 6282 historias

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

clínicas de las cuales se obtuvo 52 casos que cumplieron los criterios preestablecidos. Encontró que la frecuencia de várices esofágicas por diagnóstico endoscópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa fue de 162 por 10,000 pacientes atendidos. La ligadura de várices fue el método más frecuentemente utilizado con el 76.92%. En el 82.69 % de los pacientes el tratamiento fue favorable.

A nivel nacional

En el 2017, González Pichardo realizó un estudio sobre complicaciones inmediatas de la ligadura con bandas en pacientes con varices esofágicas ingresados en el servicio de medicina interna, se estimó una incidencia de 12 % de complicaciones, muy baja, avalando una buena aplicación de medidas preventivas en cada una de las sesiones endoscópicas.

En el 2014, Roque determinó la prevalencia de resangrado temprano del tubo digestivo alto de origen no varicoso cuando han recibido tratamiento endoscópico en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo comprendido de enero 2011 a octubre 2013. Fue un estudio serie de casos. En 19 pacientes que cumplieron con los criterios de selección fueron incluidos en el estudio y 2 de ellos resangraron, tenían edades de 21 – 44 años y mayor de 70 años presentaron hematemesis, sin predilección de sexo y patologías asociadas como Leucemia y Cardiopatía y uso de warfarina y AINES del área urbana. Estos pacientes que re-sangraron se encontraron en FORREST Ia y el tratamiento endoscópico previo a su resangrado fue con epinefrina y electrocoagulación bipolar.

Justificación

La presencia de várices esofágicas es una complicación frecuente en el paciente con insuficiencia hepatocelular o cirrótico y se asocia a complicaciones de riesgo vital como la aparición de hemorragia digestiva alta e infecciones aumentando la mortalidad y el ingreso a sala de cuidados intensivos.

Actualmente para tratar la hemorragia varicosa el tratamiento de elección es el abordaje endoscópico, en especial la esclerosis y la ligadura con bandas elásticas. Aunque su uso en la hemorragia activa es importante, puede ser difícil debido a la disminución de la visibilidad que produce el dispositivo y por la tendencia de la sangre a acumularse, por lo que se requieren lavados repetidos.

Es de gran importancia dar seguimiento posterior al manejo endoscópico debido a que no se trata de una entidad que se resuelva en el momento sino que es a largo plazo.

Con este trabajo se ponen en consideración algunos elementos fundamentales del tratamiento endoscópico de las várices esofágicas, y cómo evolucionan, debido a que hay alta reincidencia y complicaciones futuras, las cuales dependen del manejo adecuado y de las medidas que toma en casa el paciente por lo cual es de especial importancia establecer protocolos de seguimiento y evaluación.

El conocimiento de esto permite tomar un punto de partida en el centro endoscópico para tomar medidas correctivas y preventivas, en la valoración a la adherencia al tratamiento beta bloqueante, y un seguimiento adecuado de especialistas del centro endoscópico.

Es de suma importancia que el seguimiento debe ser a largo plazo debido a que no se presentan complicaciones solo de manera inmediata.

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Planteamiento del Problema

La endoscopia es un tratamiento opcional y pertinente en los pacientes con varices esofágicas, este podría disminuir las complicaciones propias del sangrado digestivo alto, aunque en muchas ocasiones pueden presentar con el procedimiento y ser propias de la técnica, o características del paciente.

En Nicaragua, con la apertura del centro nacional de endoscopia se ha brindado más de 55 mil servicios y se han formado más de 20 especialistas. En un año se realizan más de siete mil procedimientos, dando una oportunidad a la población de tratarse gratuitamente. Aun no se cuenta con estudios para evaluar el comportamiento posterior a procedimientos intervencionistas como ligaduras endoscópicas, solo se cuenta con un estudio que abordo las complicaciones inmediatas en el 2017, pero faltan estudios que aborden complicaciones tardías, o que caracterice el manejo y los casos que se atienden.

Por tal razón, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021-Diciembre 2021?

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Objetivos

Objetivo General

Describir la evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021-Diciembre 2021

Objetivo Específicos

- 1.- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con varices esofágicas.
- 2.- Establecer condiciones clínicas de los pacientes encontradas durante el procedimiento endoscópico.
- 3.- Determinar número de sesiones requeridas en cada paciente y uso concomitante de profilaxis con tratamiento con betabloqueante en cada paciente estudiado.
- 4.- Caracterizar las complicaciones médicas posteriores al evento endoscópico

Marco Teórico

Hipertensión portal:

La hipertensión portal es un síndrome que aparece en diversas enfermedades hepáticas y extra hepáticas, caracterizado por el aumento patológico de la presión hidrostática en el territorio venoso portal por encima de su valor normal de 1-5 mmHg, lo que origina la formación de una extensa red de colaterales porto sistémicas que derivan parte del flujo sanguíneo portal hacia la circulación sistémica e impiden su paso a través del hígado. Las complicaciones que se desarrollan como consecuencia de este síndrome, como la hemorragia por várices esofágicas, ascitis e insuficiencia renal, encefalopatía porto sistémica, alteración del metabolismo de fármacos y sustancias endógenas, hiperesplenismo, síndrome hepatopulmonar e infecciones, constituyen el aspecto clínico dominante y más frecuente del proceso hepático subyacente. (Gonzales 2016)

La obstrucción al flujo venoso portal, independientemente de su etiología, resulta en un incremento en la presión de la vena porta. La presión portal está directamente relacionada al flujo venoso portal y al grado de resistencia al flujo. La respuesta a este incremento en la presión (>10 mm Hg) es el desarrollo de una circulación colateral que deriva el flujo a las venas sistémicas. Estas colaterales porto sistémicas se forman por la apertura y dilatación de canales vasculares preexistentes que conectan el sistema venoso portal y las venas cavas superior e inferior. (Gonzales 2016)

La alta presión portal es la causa principal del desarrollo de los colaterales porto sistémicos, sin embargo otros factores pueden estar comprometidos. Las anastomosis porto sistémicas más importantes son las colaterales gastroesofágica que drenan hacia la vena ácidos y ésta a la cava superior y que son responsables para la principal complicación de la hipertensión portal que es la hemorragia masiva del tracto gastrointestinal superior.

Várices gástricas y esofágicas:

Las várices son un conjunto de venas longitudinales y tortuosas situadas preferentemente en el tercio inferior del esófago, que cursan a través de varios niveles.

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Desde la lámina propia hasta la submucosa profunda, pueden progresar hacia la parte superior del esófago o hacia el estómago, estas se comunican por medio de venas perforantes con una circulación colateral paraesofágica extensa y se forman como consecuencia de hipertensión portal. (Siles 2010)

Clasificación de las várices:

La más utilizada es la clasificación de Paquet

Grado I: mínima protrusión en la pared esofágica, usualmente rectas, en un solo cuadrante o telangiectasias e hipervascularización capilar. (Siles 2010)

Grado II: presencia de nódulos o cordones moderadamente protruidos que ocupan dos cuadrantes, rectos o en rosario, calibre pequeño o mediano.

Grado III: várices ocupan tres cuadrantes, tortuosas, tamaño mediano o grande, protrusión compromete hasta la mitad de la luz esofágica, pueden tener signos rojos.

Grado IV: várices ocupan cuatro cuadrantes tortuosos, grandes, gruesos que ocupan más de la mitad de la luz esofágica y usualmente tienen signos de color rojo.

Clasificación várices gástricas, en dos grupos, según Sarín y recomendado según consenso de Baveno III

Tipo I: várices esofagogástricas (VEG) Tipo II: várices gástricas aisladas. (VGA)

Las várices gástricas son menos comunes que várices esofágicas.

Las várices esofagogástricas siempre están asociadas a várices esofágicas y se subdividen en:

Tipo VEG - 1: aparecen como una continuación de las várices esofágicas y que se extienden hasta 2 a 5 cm por debajo de la unión gastroesofágica solo en la curvatura menor del estómago.

Tipo VEG - 2: se extienden hacia el fondo del estómago.

Mientras tanto las várices gástricas aisladas o VGA se subdividen: Tipo VGA - 1: se localizan sólo en el fondo en ausencia de várices esofágicas Tipo VGA - 2: se localizan

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

en cualquier lugar del estómago.

Hemorragia por várices

La hemorragia por várices esofágicas es una complicación frecuente y grave que presentan los pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal. La prevalencia de várices esofágicas en la cirrosis es muy elevada; en el diagnóstico están presentes en el 30-40% de los pacientes compensados y en un 60% de los descompensados. Además, la rotura de várices esofágicas causa el 70% de todos los episodios de hemorragia gastrointestinal en pacientes con hipertensión portal. Por tanto, el sangrado por várices debe ser sospechado en cualquier cirrótico con sangrado agudo gastrointestinal.

Una vez desarrolladas, las várices incrementan su tamaño de pequeñas a grandes antes de romperse y sangrar. El factor que se ha relacionado de forma más consistente con la progresión de las várices es el estadio Child-Pugh. Existen otros factores que incluyen el consumo de alcohol, la presencia de signos rojos en las várices y los cambios del gradiente de presión venoso hepático. (Goodman 2017)

La hemorragia por várices es el último evento de una serie de acontecimientos que se inicia con el aumento de la presión portal. Este aumento conlleva una progresiva dilatación de las várices hasta que éstas finalmente se rompen y sangran. En las últimas décadas, el desarrollo en la evaluación y tratamiento de la hipertensión portal se ha traducido en una mejoría del pronóstico de la cirrosis hepática y de la mortalidad por sangrado. (Goodman 2017)

La incidencia del primer episodio de hemorragia por várices esofágicas está globalmente alrededor del 4% y ésta se incrementa hasta el 15% en los pacientes con várices medianas-grandes. Como se mencionó anteriormente los factores que se relacionan con el riesgo de sangrado son el tamaño, la gravedad de la disfunción hepática, medido por la escala de Child-Pugh y la presencia de signos rojos.

Patogénesis:

Se ha demostrado roles importantes de la endotelina 1 y el óxido nítrico en la patogénesis de la hipertensión portal y várices esofágicas.

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

La endotelina es un poderoso vasoconstrictor y el óxido nítrico es una sustancia vasodilatadora ambos son producidos por las células endoteliales de los sinusoides. En la cirrosis la endotelina está incrementada y el óxido nítrico está disminuido.

De esta manera, pequeños aumentos de su calibre (nótese que, en la ley de Poiseuille, el radio del vaso está elevado a la cuarta potencia) pueden ocasionar una reducción importante de las resistencias vasculares y del gradiente de presión, en especial si no se acompañan de un aumento simultáneo del flujo sanguíneo. De todo ello se desprende que los dos mecanismos básicos del aumento de la presión portal son el aumento del flujo sanguíneo y el aumento de las resistencias vasculares hepáticas.

En la mayoría de los casos el desarrollo y el mantenimiento de la hipertensión portal se debe a una combinación de ambos mecanismos. El aumento de la resistencia al flujo portal constituye el fenómeno fisiopatológico primario y necesario en la hipertensión portal, y puede ser pre hepático, pos hepático o intrahepático. En la cirrosis hepática el aumento de resistencia es intrahepático, parece estar localizado principalmente en los sinusoides. Ello se debe a la profunda distorsión de la arquitectura vascular hepática causada por la fibrosis, cicatrización y formación de nódulos el hígado normal los sinusoides hepáticos tienen capacidad contráctil, y que los cambios en la luz sinusoidal predominan en los lugares donde se localizan las células hepáticas estrelladas. Las cuales, situadas en el espacio, actúan normalmente como células de depósito de retinoides y regulan el recambio de matriz extracelular. Sus extensiones citoplásmicas perisinusoidales y sus propiedades contráctiles permiten que estas células se comporten además de manera análoga a los pericitos tisulares, regulando la microcirculación a través de la contracción de los capilares. La capacidad contráctil de las células estrelladas hepáticas, aunque parece estar presente en el hígado normal, es especialmente manifiesta en las situaciones de lesión hepática. Tras una agresión al tejido hepático, adquieren un fenotipo activado, consistente en una alta capacidad proliferativa, sintética y contráctil, y se comportan como miofibroblastos. Una vez activadas, estas células responden con contracción o relajación a diversas sustancias vasoactivas. (Goodman 2017)

En la cirrosis, las células hepáticas estrelladas se pueden encontrar también en los

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

septos fibrosos, por lo que su contracción, junto con la de miofibroblastos portales, podría generar fuerzas de tracción en el tejido cicatrizal y como consecuencia, una disminución del calibre de vénulas portales o corto circuitosportohepáticos presentes en estos septos, con marcados efectos sobre la resistencia intrahepática.

La contracción de las vénulas portales intrahepáticas puede participar también en el aumento de resistencia intrahepática en la cirrosis. En el hígado normal se ha demostrado que las vénulas portales se contraen en respuesta a la endotelina. Lo que parece indiscutible es que en el hígado cirrótico hay un desequilibrio entre las fuerzas vasoconstrictoras y vasodilatadoras, con un exceso de sustancias vasoconstrictoras y un déficit de producción de sustancias vasodilatadoras.

El hígado cirrótico existe una disfunción del endotelio vascular caracterizada por una insuficiente producción de óxido nítrico, que contribuye a aumentar el tono vascular hepático y, por lo tanto, al desarrollo y la progresión de la hipertensión portal. Este déficit intrahepático de óxido nítrico es tanto sinusoidal como postsinusoidal y determina, además, que el hígado cirrótico sea incapaz de acomodar los aumentos de flujo esplácnico postprandiales, por lo que los pacientes con cirrosis experimentan aumentos bruscos de la presión portal tras las comidas. (Goodman 2017)

La aparición de colaterales portosistémicas es el hecho fisiopatológico crucial para la aparición de complicaciones de la hipertensión portal como la hemorragia por várices gastroesofágicas y la encefalopatía hepática. Estas colaterales se desarrollan como consecuencia del aumento de la presión del sistema portal.

En la hipertensión portal avanzada hasta un 90% del flujo sanguíneo portal puede circular a través de colaterales portosistémicas. Los vasos colaterales tienen una notable cantidad de tejido muscular liso, y por ello pueden experimentar cambios activos en su diámetro y, por lo tanto, en las resistencias que ejercen al flujo portal.

Síntomas:

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Los pacientes con várices esofágicas no presentan dolor ni molestias, excepto cuando sangran. El sangrado por várices es una complicación grave del daño hepático crónico y puede manifestarse de las siguientes maneras: Hematemesis, Melena, Lipotimia o desmayo, Anemia crónica, en casos de pequeños sangrados por gastropatía hipertensiva portal.

Diagnóstico:

En el caso de la hemorragia por várices el diagnóstico queda establecido en la endoscopia de urgencias y éste se basa en observar uno de los siguientes signos: sangrado activo de una variz, signo de hemostasia reciente sobre una variz o la objetivación de sangre en el estómago en presencia de várices sin otra posible causa de sangrado. Se recomienda que la endoscopia se lleve a cabo lo antes posible (dentro de las 12 primeras horas) una vez estabilizado al paciente, teniendo especial cuidado con la oxigenación del paciente y la protección de la vía aérea.

Por ser la endoscopia un procedimiento invasivo, múltiples trabajos hacen referencia a factores predictivos que puedan identificar a pacientes con várices antes de realizar la endoscopia, pero hasta el momento sigue catalogado como un tema controvertido. Se declaran entre estos factores pronósticos, la disminución del conteo de plaquetas, la esplenomegalia, la ascitis, el aumento del diámetro de la vena porta, la presencia de hipoalbuminemia, la prolongación del tiempo de protrombina y el estadio avanzado de insuficiencia hepática evaluado a través de la clasificación de Child-Pugh- Turcotte.

La endoscopía muestra claramente el tipo de várices. Estas son fácilmente compresibles y no ofrecen resistencia al paso del endoscopio. La presencia de una erosión en la superficie de la mucosa con un coágulo sanguíneo adherido significa la presencia de una hemorragia reciente (signo rojo). Es muy frecuente que los sujetos que presentan várices esofágicas también muestren várices gástricas, en particular en el fondo del estómago.

El diagnóstico diferencial incluye todas las etiologías de sangrado digestivo. Debe de hacerse notar que las úlceras pépticas también se presentan en cirróticos y por lo tanto el diagnóstico requiere del examen endoscópico.

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Tratamiento:

Los tratamientos disponibles en la actualidad han hecho que se logre un control inicial de la hemorragia en alrededor del 80% de los pacientes. La incidencia del re- sangrado varía entre el 30 y el 40% en las primeras 6 semanas siendo este riesgo máximo los primeros 5 días (40% de los episodios). Al llegar a las 6 semanas el riesgo se vuelve virtualmente igual al previo a la hemorragia. El sangrado precoz es un fuerte predictor de mortalidad. Los factores pronósticos de sangrado precoz y el riesgo de mortalidad a los 5 días se evalúan conjuntamente en la mayoría de estudios. Los factores predictivos de fracaso terapéutico al 5to día de tratamiento son: Infección bacteriana, sangrado activo en la endoscopia de urgencia, clasificación Child-Pugh, AST, trombosis portal y gradiente de presión venosa hepática.

El tratamiento de las várices debe considerar tres importantes aspectos: Tratamiento de la hemorragia activa, prevención de un primer sangrado por várices o profilaxis primaria, tratamiento profiláctico en prevención de re-sangrado o profilaxis secundaria. (10) El tratamiento de la hemorragia activa persigue tres objetivos: el control de la volemia, prevenir las complicaciones relacionadas con la hemorragia (infecciones bacterianas, descompensación hepática y fallo renal) y conseguir la hemostasia de la variz sangrante.

Las alternativas de tratamiento son: Terapia farmacológica, Sonda de Senkstaken para taponamiento de várices, escleroterapia endoscópica con esclerosantes y Cianoacrilato en várices gástricas, ligadura de várices con bandas elásticas, TIPS (transjugular intrahepatic portacaval shunt), Shunt quirúrgico portosistémico.

Si un paciente es tratado con ligadura de várices esofágicas, se debe repetir cada 1-2 semanas hasta lograr la obliteración y cada 1-3 meses y luego cada 6-12 meses para verificar la recurrencia.

Inicialmente, es esencial la estabilización hemodinámica del paciente siendo imprescindible el mantenimiento de la vía aérea. En el caso de que ésta se vea comprometida es obligatoria la intubación orotraqueal. Es especialmente importante el manejo del shock hipovolémico, para ello se requiere la colocación de una cánula

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

intravenosa de calibre grueso que permita la transfusión rápida si es necesaria. La transfusión sanguínea y administración de expansores plasmáticos perseguirán mantener una presión arterial sistólica alrededor de 100 mmHg. Evitar la hipotensión prolongada es el método más adecuado para prevenir complicaciones como infecciones, insuficiencia renal y deterioro de la función hepática, estrechamente asociadas con el riesgo de re- sangrado y de muerte. Aunque se ha demostrado que la administración de expansores plasmáticos puede producir un aumento de la presión portal y puede aumentar el riesgo de recidiva hemorrágica, se debe tener en cuenta que el uso de fármacos vasoactivos (análogos de la vasopresina o somatostatina) previene el incremento de la presión portal inducida por la expansión de volumen, lo que permite una política de reposición de la volemia menos conservadora. Adicionalmente, se debe transfundir concentrados de hematíes para mantener el nivel de hemoglobina en torno a 7-8 gr/dl 2, excepto en pacientes con sangrado activo importante o con enfermedad coronaria. Se desconoce el papel que tienen los trastornos de la hemostasia (coagulopatía y trombocitopenia) en la evolución de la hemorragia y el efecto de la terapia sustitutiva (plasma fresco, plaquetas, etc.).

La infección es un factor pronóstico muy importante en hemorragia digestiva aguda por várices. Aproximadamente un 20% de los pacientes con cirrosis y hemorragia digestiva está infectado en el momento del diagnóstico y un 50% desarrollará alguna infección durante el período de hospitalización. Las infecciones más frecuentes son la peritonitis bacteriana espontánea (50%), las infecciones del tracto urinario (25%) y la neumonía. El uso de antibióticos en la hemorragia aguda por várices ha mostrado que reduce tanto el riesgo de re-sangrado como la mortalidad. Por tanto, el tratamiento antibiótico debe instaurarse en todos los pacientes desde el momento de la admisión. Los fármacos más utilizados han sido las quinolonas dada su fácil administración y el bajo coste. (9) La hemorragia por várices puede desencadenar la encefalopatía hepática. Sin embargo, no hay datos que apoyen el tratamiento con lactulosa.

El tratamiento endoscópico se lleva a cabo mediante escleroterapia, inyección intra o perivaricosa de sustancias esclerosantes o ligadura de várices con bandas elásticas. Ambas técnicas tienen una eficacia similar en el control de la hemorragia aguda

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

varicosa que alcanza aproximadamente 80-90% de los pacientes.

La endoscopia es la base del tratamiento de la hemorragia digestiva y es una modalidad tanto diagnóstica como terapéutica. Una vez que se ha identificado que el origen del posible origen de la hemorragia son várices esofágicas, las opciones endoscópicas para el tratamiento son: La escleroterapia endoscópica lleva asociada una variedad de complicaciones menores, como dolor torácico, disfagia transitoria, fiebre y pequeños derrames pleurales. Secuelas de estrecheces esofágicas que llevan a la disfagia en alrededor del 15% de los casos.

La ligadura con bandas elásticas de las várices, estas bandas son colocadas alrededor de las várices usando un dispositivo colocado en la punta del endoscopio. También se produce necrosis isquémica, trombosis y fibrosis que erradica las várices.

La profilaxis antibiótico por corto tiempo ha mejorado la sobrevida en pacientes cirróticos que sufren hemorragia por várices. La terapia farmacológica puede ser usada como adyuvante a la terapia endoscópica.

La recomendación actual de tratamiento para la hemorragia aguda por várices es iniciarlo con un fármaco vasoactivo precozmente (idealmente durante el transporte al hospital, incluso cuando se tenga sólo la sospecha de sangrado activo) y asociar una terapia endoscópica, que preferiblemente será la ligadura con bandas de las várices.

El momento ideal para realizar la endoscopia terapéutica no está bien establecido. Es posible que los pacientes que no presentan hemorragia activa en el momento de la endoscopia diagnóstica, la ligadura o escleroterapia pueden diferirse algunas horas, especialmente en el caso de que no se realice la endoscopia diagnóstica por personal experimentado en estas técnicas

Pronóstico:

Várices están presentes en aproximadamente el 50% de los pacientes con cirrosis. Su presencia se correlaciona con la severidad de la enfermedad hepática ya que se presenta en el 40% de los casos con Child A y en el 85% pacientes en estadio de Child C. Los pacientes con cirrosis biliar primaria pueden desarrollar várices y hemorragia aun en los primeros cursos de la enfermedad, incluso en ausencia de la cirrosis

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

establecida.

Los pacientes pueden desarrollar várices esofágicas a un ritmo del 8% por año. Y el predictor más fuerte para el desarrollo de las várices en los pacientes con cirrosis que no tienen várices en el momento del examen endoscópico inicial es un gradiente de presión venosa hepática de 10 mmHg. Cirrosis descompensada o Child B, C, la cirrosis alcohólica, y la presencia de lesiones rojas alineadas en el momento de inicio de endoscopia son los principales factores asociados con la progresión desde pequeñas a grandes várices.

Hemorragia por várices se produce a una tasa anual de 5%-15%, y el predictor más importante de hemorragia es el tamaño de las várices ya que es mayor el riesgo en pacientes con grandes várices, 15% por año. Otros indicadores de riesgo para hemorragia son cirrosis descompensada y la presencia endoscópica de manchas rojas brillantes. Aunque el 40% de las hemorragias por várices esofágicas cesa espontáneamente. A pesar del tratamiento, la hemorragia se asocia a una mortalidad de al menos 20% a las 6 semanas del evento. Los pacientes con un gradiente de presión venosa hepática de 20 mmHg han sido identificados como un mayor riesgo de re-sangrado precoz (recidiva de la hemorragia en la primera semana de ingreso) o la falta de control de hemorragias (29- 83%) y una mayor mortalidad a 1 año (20%-64%) en comparación con aquellos con menor presión.

Resangrado tardío ocurre en aproximadamente en el 60% de los pacientes no tratados, sobre todo dentro de 1-2 años después del primer sangrado. Várices tensión de la pared es probablemente el principal factor que determina la ruptura de várices. También se ha demostrado que el riesgo de re-sangrado disminuye significativamente con una reducción del gradiente hepatoporto venoso disminuye 12 mmHg o menos el 20% de los niveles de referencia no sólo tienen una menor probabilidad de desarrollar hemorragia recurrente por várices, y un menor riesgo de ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, y muerte.

La trombosis portal y cirrosis biliar secundaria son comunes en niños; en adultos la cirrosis es la causa más frecuente. Presente en ambos sexos. Se presenta con síntomas de astenia, malestar general, hiporexia, hemorragia repentina y masiva con

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

shock, náusea y vómito, baja de peso, dolor abdominal generalmente en hipocondrio derecho y epigastrio, ictericia y coluria, edema y distensión abdominal, prurito, sangrado espontáneo en las encías o epistaxis, síntomas de encefalopatía, impotencia y disfunción sexual, calambres musculares. Aproximadamente 30% de los pacientes con várices esofágicas presentarán sangrado dentro del primer año siguiente al diagnóstico. La mortalidad derivada de los episodios de sangrado depende de la severidad de la hepatopatía subyacente.

La mortalidad resultante de cualquier episodio de sangrado puede variar entre < 10% en pacientes cirróticos bien compensados con un grado A de Child–Pugh hasta > 70% en los que tienen un estadio de cirrosis avanzada Child–Pugh C. El riesgo de repetición del sangrado es elevado, alcanzando 80% en el primer año. Al comparar los pacientes que presentan un gradiente de presión venosa hepática > 20 mmHg dentro de las 24 horas de hemorragia varicosa, con los que tienen presión inferior, se ve que los primeros están en mayor riesgo de sangrado recurrente dentro de la primera semana de admisión, o de fracaso en el control de sangrado (83% contra 29%) y tienen una mayor tasa de mortalidad al año (64% contra 20%). Aproximadamente el 60% de los pacientes no tratados presentan “repetición tardía del sangrado” dentro del primer y segundo año de la hemorragia índice.

Clasificación Child- Pugh de la severidad de la Cirrosis

PUNTOS	1	2	3
Encefalopatía	No	Grado 1-2	Inicio rápido Grado 3-4
Crónico			
Ascitis	No	Leve-moderado	Grave
(responde a diuréticos)			(refractaria a diuréticos)
Bilirrubinas mg/dl)	<2	2-3	>3

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Albumina (g/dl) >3.5 2.3-3.5 <2.8

PT (prolongado)

O INR <4

<1.7 4-6

1.7-2.3 >6

>2.3

5-6 puntos: Child A 7-9 puntos: Child B 10-15 puntos: Child C

La mortalidad de la hemorragia por várices esofágicas ha descendido considerablemente en las últimas 2 décadas. Esto se debe probablemente a la implementación de tratamientos más efectivos ya sea endoscópicos, terapias farmacológicas o el TIPS y también por una mejoría en el tratamiento médico.

Es difícil aclarar la verdadera causa de muerte durante un episodio (sangrado, fallo hepático u otros efectos adversos), por lo que el consenso es que cualquier muerte que ocurra en las primeras 6 semanas se considera como relacionada con la hemorragia. La mortalidad inmediata de un episodio de hemorragia está en el rango del 4-8%. Actualmente sólo el 40% de las muertes están directamente relacionadas con hemorragia incontrolada, mientras que la mayoría están causadas por fallo hepático, infecciones y síndrome hepatorenal.

Los factores de riesgo más importantes asociados a mortalidad son: la clasificación Child-Pugh o sus componentes, el BUN, la creatinina, el sangrado activo en el momento de la endoscopia, el shock hipovolémico y el carcinoma hepatocelular. Los factores de mal pronóstico recogidos durante el seguimiento son el re-sangrado precoz, la infección bacteriana y el desarrollo de insuficiencia renal. Por tanto, dentro del manejo de la hemorragia se debe contemplar no sólo el tratamiento hemostático sino también la prevención de estas complicaciones. La mortalidad en el primer episodio de sangrado en la mayoría de estudios es del 50% y se discute si esta es relacionada estrechamente con la severidad del daño hepático. Tras el seguimiento de un año la subsecuente hemorragia por várices es de 5% en Child A, 25% en Child B y 50% en Child C. Por lo

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

cual la clasificación Child sigue siendo el mayor factor predictor de mortalidad en 6 semanas o 30 días de la hemorragia inicial.

Aunque la mayoría de estudios no demuestran diferencia significativa entre la escleroterapia y la ligadura de várices, se ha demostrado que la efectividad de la ligadura de várices para controlar el sangrado es 86% en comparación con el 77% cuando se realiza escleroterapia. (17)Y son estos últimos los que tienen mayor riesgo de re- sangrado y pero sin diferencia en el riesgo de mortalidad. Por lo cual se recomienda que en pacientes cirróticos con hemorragia por várices se utilice ligadura por el menor índice de complicaciones comparado a la escleroterapia.

A pesar del importante rol de la ligadura endoscópica de várices, si esta no se complementa con una restauración adecuada del volumen para mantener hemodinámica y si no se asegura hemostasis con agentes farmacológicas, la mortalidad global no se reduce. Deben utilizarse medidas para control del sangrado pero también para prevención de nuevos episodios, porque existe un alto índice de recurrencia del sangrado y son estos inclusive más mortales.

La sobrevida a largo plazo de los pacientes después de ser ligados está pobremente definida, estudios de seguimiento a este grupo de pacientes durante 2 años post procedimiento han demostrado una mortalidad del 4% en pacientes a quienes se realizaron sesiones programadas para ligar las várices hasta obtener la obliteración cada 14 semanas promedio; con recurrencia de la varice en un 20% de los pacientes, la cual se presentó en un promedio de 22 meses; estos con una probabilidad de sangrado del 30%. Por lo cual se considera esta técnica como efectiva para evitar la obliteración de várices y mejorar el pronóstico de vida en los pacientes cirróticos.

Los factores de riesgo para mortalidad y re-sangrado después de una hemorragia por várices aguda no son completamente comprendidos. La clasificación MELD es una de las pocas que se puede asociar al riesgo de mortalidad tras 6 semanas y también se puede considerar un rango de MELD > 18 como fuerte predictor de re-sangrado a los 5 días.

Diseño Metodológico

a. TIPO DE ESTUDIO.

Diseño descriptivo, observacional, retrospectivo.

b. AREA DE ESTUDIO

Consulta externa de pacientes atendidos en el centro nacional de endoscopia, Hospital Alemán Nicaragüense.

c. UNIVERSO

El presente estudio tendrá como población diana al total de pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Servicio de consulta externa medicina interna del hospital en el Hospital Alemán Nicaragüense en el período Enero 2021-Diciembre 2021 que han sido sometidos a ligadura de várices un total de 50.

d. MUESTRA

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha pe qe}{E^2}$$

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la siguiente formula

Dónde: n0: Tamaño inicial de muestra.

Z α : Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

Pe: Incidencia estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (varices esofágicas): 0.04 qe = 1-pe pe qe: Variabilidad estimada.

E: Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

$$\frac{(pe) (qe)(0.05)^2}{}$$

$$n = 50$$

e. UNIDAD DE ANALISIS

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Fue cada uno de los pacientes con cirrosis hepática y várices esofágicas que han sido sometidos a ligadura endoscópica atendidos en el Servicio de consulta externa de medicina interna del hospital en el Hospital Alemán Nicaragüense, en el período establecido que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión respectivos.

Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia

f. Variables del estudio

Para el Objetivo 1.

Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Estado Civil
5. Escolaridad

Para el Objetivo 2. Establecer condiciones clínicas de los pacientes encontradas durante el procedimiento endoscópico

1. Tiempo de evolución de la enfermedad
2. Tamaño de ligadura
3. Clasificación de várices
4. Datos clínicos de Anemia

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Para el Objetivo 3. Determinar número de sesiones requeridas en cada paciente y uso concomitante de profilaxis con tratamiento con betabloqueante en cada paciente estudiado

1. Número de sesiones realizadas
2. Asociación de procedimiento con tratamiento con betabloqueante-
3. Enfermedades concomitantes

Para el Objetivo 4. Caracterizar las complicaciones médicas posteriores al evento endoscópico

1. Presenta Hematemesis
2. Presencia Melena
3. Datos clínicos y de laboratorio de anemia

g. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática (El diagnóstico se basó en parámetros clínicos)
- Pacientes atendidos en el hospital Alemán nicaragüense.(Hospitalizados y atendidos en consulta externa)
- Pacientes en quienes se haya realizado endoscopia digestiva alta.
- Pacientes en quienes se haya realizado ultrasonografía abdominal.
- Pacientes en quienes se haya realizado ligadura endoscópica y que acuden a consulta de seguimiento.
- Pacientes mayores de 18 años de edad.

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes menores de 18 años de edad.
- ✓ Pacientes con alteración del estado de alerta
- ✓ Pacientes que rechacen el procedimiento subsecuente.
- ✓ Pacientes procedentes de los Departamentos.

1- Fuente de información:

Fue secundaria obtenida de expedientes clínicos

2- Técnica de Recolección de Información.

realizó la captación de información de aquellos pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Servicio de medicina interna y a consulta externa del Alemán Nicaragüense que cumplirán los criterios de inclusión y exclusión hasta completar el tamaño muestral requerido. Se solicitó la autorización correspondiente y se identificaron las historias clínicas de los pacientes. Se realizó la distribución de las historias clínicas por medio de muestreo aleatorio simple, según su pertenencia al grupo de estudio.

Se recogieron los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporarán en la hoja de recolección de datos. Se continuará con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio. Se recogerá la información de todas las hojas de recolección de datos, se elaborará la base de datos que contendrá todas las variables del estudio para su análisis estadístico.

3- Instrumentos de recolección de Información

Se realizó mediante el formato de seguimiento de asociación española de gastroenterología estandarizado en Europa en 2015 a través de la sociedad española de medicina digestiva realizando una prueba piloto previa con el 20% de la muestra

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

4- Procesamiento de la Información

El procesamiento de la información será automático y se utilizará el Paquete estadístico SPSS-21.0 El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS-21.0 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva

Distribución de los datos en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Estadística analítica:

Se aplicará el test de chi cuadrado para establecer la relación entre la presencia de várices esofágicas y el índice en estudio, ambas tomando en cuenta el mejor valor calculado para el mismo como factor predictor de la complicación en estudio. Se aplicó la prueba T Student, para verificar si existe diferencia significativa entre los promedios de los valores del índice obtenidos entre el grupo que tiene várices esofágicas y de los que no tienen. Si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$) se asumirá resultados significativos. Se realizó la verificación del mejor punto de corte y determinación de la exactitud diagnóstica del índice en estudio a través del cálculo del área bajo la curva del referid o índice.

Consideraciones éticas

El estudio contará con la autorización de las autoridades del hospital Alemán Nicaragüense. Por ser un estudio descriptivo en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomarán en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y23).

Resultados

Se realizó el estudio de la evolución de 50 pacientes sometidos a ligadura de várices esofágicas obteniendo los siguientes resultados:

En cuanto a la edad hubo predominio de 50 a 65 años con 56%, seguido de 35 a 49 años con 22%, luego mayores de 65 años con 16% y finalmente de 20 a 34 años con 6%. (Tabla 1)

En cuanto al sexo hubo un predominio de sexo masculino con 54% y el sexo femenino tuvo 46%. (Tabla 2)

La escolaridad tuvo un predominio de aquellos con estudios de secundaria completa con 26%, luego primaria completa con 20%, tanto primaria incompleta como secundaria incompleta se encontró en 20%, estudios superiores 8% y aquellos iletrados con 4%. (Tabla 3)

El 100% de los estudiados eran procedente de áreas urbanas. (Tabla 4) El estado civil se encontró un predominio de casados con 56%, luego solteros con 18%, divorciados se encontró en un 14% y unión estable en 12%. (Tabla 5)

El tiempo de evolución de las várices esofágicas se definió desde el momento del diagnóstico encontrando que el 98% era menor a 5 años. (Tabla 6)

EL tamaño de las várices fue 100% de gran tamaño. (Tabla 7). El 72% de los estudiados se les había realizado una única intervención de ligadura de várices mientras que el 28% se había intervenido en 2 o más ocasiones. (Tabla 8). Según el área anatómica encontramos que el 56% de las várices eran tipo 1 y 44% tipo 2. (Tabla 10)

El estadio de Child Pugh de los pacientes en estudio fue 48% tanto para el estadio B y C, mientras que solo 4% estaban en estadio A. (tabla 11). Posterior al manejo con ligaduras esofágicas se encontró que el 32% se le prescribió el uso de betabloqueadores mientras que al 68% no. (Tabla 12)

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Se encontró un 68% con antecedente de alcoholismo. (Tabla 13). En cuanto a las comorbilidades encontradas un 4% tenía Diabetes Mellitus tipo 2, al igual que hipertensión arterial, 6% ya tenía datos de hipertensión portal y 32% ya tenían múltiples. (Tabla 14).

Posterior a la ligadura de las várices esofágicas se encontró que un 26% tuvo que ser hospitalizado por complicaciones posteriores al procedimiento endoscópico. (Tabla 15) y de estos el 30 % ameritaron hospitalización durante la ligadura. (Tabla 16)

Posterior a su procedimiento quirúrgico encontramos reincidencia de hematemesis en el 28% de los casos (Tabla 17) melena en el 30% (Tabla 18) inestabilidad hemodinámica en el 26% y anemia en el 80% ((Tabla 21)

De estos el 12 % fallecieron en su evolución posterior a la ligadura de várices. (Tabla 22) y de estos el predominio de mortalidad con 50% fue de 50 a 65 años, 33% mayores de 65 y 17% de 35 a 49 años. (Tabla 23)

En cuanto a la mortalidad según sexo se encontró un 67% masculino y 33% femenino. (Tabla 24) El uso de betabloqueadores se encontró en 33% de los fallecidos mientras que el 67% no usaba. (Tabla 25)

En cuanto a reingreso se encontró que el 54% de estos no usaban betabloqueador y el 46% sí. (tabla 26)

Discusión de los resultados

El presente estudio se realizó en pacientes sometidos a ligaduras por várices esofágicas a través de la vía endoscópica, evaluando su evolución clínica posterior a su manejo, encontrando un franco predominio de masculinos de 50 a 65 años siguiendo lo establecido por Baveno VII y Richmond et al donde se habla un claro predominio del sexo masculino en hepatopatías crónicas y en edades avanzadas donde se ha dado mayor exposición al factor etiológico, sin embargo el porcentaje de femeninos no es despreciable lo cual habla de que en nuestro medio las cirrosis biliares, esteatosis no alcohólica y secundaria a ingesta de fármacos se está haciendo cada vez más común e incluso detectándose más temprano.

Fue de especial importancia que un alto porcentaje de los pacientes no fueron manejados con beta bloqueadores posterior a su intervención lo cual representa un alto riesgo de hospitalizaciones y mortalidad, debido a que no se cumple ni se monitoriza la terapia preventiva, Roman y cols en 2016 en España observaron que la prescripción de beta bloqueadores se realizó en 70% de los pacientes y la mortalidad fue hasta 10 veces mayor en aquellos sin manejo profiláctico, y en el presente estudio la tendencia fue similar las hospitalizaciones posteriores, los síntomas por déficit de volumen y la mortalidad fue significativamente mayor en el grupo de pacientes sin uso de betabloqueadores.

El manejo de los pacientes con cirrosis hepática ha mejorado en las últimas décadas, lo que ha traído igualmente una mejoría en la expectativa de vida de estos pacientes. Sin embargo, la hemorragia secundaria a la ruptura de várices esofágicas continúa siendo una importante causa de muerte en pacientes con cirrosis. BAVENO VII. Las guías de la Asociación Americana de Gastroenterología indican que la mortalidad secundaria al sangrado de várices esofágicas es de 20%, constituyendo la principal urgencia gastroenterológica. El estudio de evaluación de sobrevida después de sangrado por várices tras 11 años de observación, realizado en el Departamento de Veteranos de Guerra en EEUU, también encontró que la mortalidad era 20% en el primer mes tras la ligadura, sin que esto variara significativamente tras 11 años de seguimiento. Específicamente en países de Latinoamérica la mortalidad se mantiene entre el 18 y el 30 % y se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, la

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

magnitud de la hemorragia, el re-sangrado durante la hospitalización y las enfermedades asociadas. Nuestro estudio analiza la población de pacientes con hemorragia digestiva por várices diagnosticada y tratada endoscópicamente. La mortalidad encontrada durante el año siguiente a la ligadura de varices esofágicas fue de 12%, lo cual se encuentra en el límite alto de lo conocido para Latinoamérica.

El estudio “Mejora de la supervivencia después de la hemorragia por várices, durante dos décadas” realizado en el hospital de Saint-Antoine en París, Francia encontró que la mortalidad intrahospitalaria disminuyó 3 veces, gracias a la actual combinación de tratamiento farmacológico, terapia endoscópica y profilaxis antibiótica. La mortalidad descendió desde 42% en 1980 a 14% en el año 2000, por lo que deberán evaluarse estas variables en nuestra población, para determinar si están influyendo en la relativa alta mortalidad encontrada.

De acuerdo con los resultados se encontró una posible asociación entre la muerte y la edad, hipertensión arterial y el uso de betabloqueadores al momento de la ligadura. Algunos estudios señalan que una edad mayor de 60 años es un buen parámetro comparativo para determinar la mortalidad. Juan Ramón Cruz Alonso y colaboradores describen que una edad mayor a 55 años está relacionada con mayor mortalidad, estos datos coinciden con lo encontrado en nuestro estudio, en el cual observamos que el grupo de pacientes que sobrevivió tenía en promedio 51 años en contraposición con el grupo que falleció que presentaba mayor edad (58 años).

Es ampliamente conocido que la presencia de comorbilidades aumenta el riesgo de muerte en pacientes con hemorragia por várices. Nosotros encontramos que la principalmente asociada a la mortalidad tras un año de observación es la hipertensión arterial y diabetes.

El estudio “Las diferencias en el comportamiento de sangrado después de la ligadura endoscópica con banda: análisis retrospectivo” indica que el re-sangrado se presenta en 70% de los casos al año, si no se realiza ninguna terapia adicional. El re-sangrado ocurre principalmente en las primeras semanas, la mortalidad asociada directamente a esto es 30 a 50% y aumenta con cada nuevo episodio. Nuestro estudio encontró que la incidencia de re-sangrado es 70% y todos los pacientes que fallecieron presentaron re-

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

sangrado. En uno de cada 10 pacientes fallecidos no se logró controlar el sangrado con el procedimiento endoscópico, lo cual podría relacionarse directamente con la mortalidad de este grupo. El control de la hemorragia con tratamiento endoscópico está descrito en otros estudios entre 80-90%

La mortalidad derivada de los episodios de sangrado depende de la severidad de la hepatopatía subyacente, la cual puede medirse objetivamente a través de la clasificación Child Pugh. En el grupo de hepatopatía compensada Child Pugh C fallecieron el 50%, aunque el porcentaje es mayor en relación con los grupos de hepatopatía más avanzada, este valor aún se considera alto en relación a lo esperado.

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Conclusiones

1. En participantes hubo un predominio de sexo masculino, procedencia urbana y edades de 50 a 64 años.
2. Predominaron los pacientes tenían várices de menos de 5 años de evolución, todas eran de gran tamaño y el 100% presentaban anemia al momento del procedimiento.
3. Las comorbilidades más comúnmente encontradas fueron Diabetes Mellitus y HTA.
4. La mayoría de los estudiados se les había realizado una única intervención de ligadura de várices mientras que un tercio se había intervenido en 2 o más ocasiones, más de la mitad no tenían manejo con betabloqueadores
5. Se encontró alta tasa con reingreso a hospitalización y alta mortalidad.

Recomendaciones

A las Autoridades de Salud

- Continuar con el trabajo efectivo que se ha realizado en los pacientes, pero detallando mejor los datos en la ficha del reporte de endoscopia ya que en una gran parte no se muestran datos de várices como la clasificación, ni el tratamiento abordado entre otros.
- Promover campañas de concientización sobre factores causales de las hepatopatías que evitaría el desarrollo de las varices esofágicas en los pacientes con edades entre 46 y 60 años en el sexo masculino principalmente.
- Gestionar un centro endoscópico con las mismas características en otras zonas del país para descentralizar la atención de los pacientes.
- Construir una base de datos en un programa estadístico que facilite los datos clínicos de los pacientes para futuras investigaciones.

Al Hospital Alemán Nicaragüense

- Promover una normativa propia de la unidad donde se estipule de manera segura el manejo betabloqueador y vigilar adecuada adherencia al tratamiento.
- Realizar monitoreo del manejo médico de manera continua.
- Seguimiento endoscópico a pacientes posterior a su intervención.

Referencias Bibliográficas

1. Groszmann RJ, Garcia-Tsao G, Bosch J, Grace ND, Burroughs AK, Planas R, et al. Beta-blockers to prevent gastroesophageal varices in patients with cirrhosis. *N Engl J Med* [Internet]. 2005 Nov 24;353(21):2254–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16306522>
2. Fernández J, Ruiz del Arbol L, Gómez C, Durandez R, Serradilla R, Guarner C, et al. Norfloxacin vs ceftriaxone in the prophylaxis of infections in patients with advanced cirrhosis and hemorrhage. *Gastroenterology* [Internet]. 2006 Oct [cited 2014 Aug 7];131(4):1049–56; quiz 1285. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17030175>
3. Abrales JG, García-pagán JC, Bosch J. Componente funcional de la hipertensión portal. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2004;27(31679jgi@comb.es):377–87. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13062895&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=14&ty=34&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=14v27n06a13062895pdf001.pdf
4. Biecker E. Portal hypertension and gastrointestinal bleeding: diagnosis, prevention and management. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2013;19(31):5035–50. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3746375&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. De Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

hipertension. J Hepatol [Internet]. 2005 Jul [cited 2014 Aug 7];43(1):167–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15925423>

6. Solís-Herruzo JA. Progresión de la esteatohepatitis a cirrosis. Papel del estrés oxidativo y la muerte celular. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2006;29(0210-5705):101–

Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13084386&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=14&ty=150&accion=L&origen=zona delectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=14v29nSupl.1a13084386pdf001.pdf

7. Dite P, Labrecque D, Fried Mi, Gangl A, Khan A, Bjorkman D, et al. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología: Várices esofágicas [Internet]. WGO practice Guidelines. 2008. p. 1–19. Available from: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/18_treatment_e_varices_es.pdf

8. Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. N Engl J Med [Internet]. 2010 Mar 4;362(9):823–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20200386>

9. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. Hepatology [Internet]. 2007 Sep [cited 2014 Jul 11];46(3):922–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17879356>

10. Allan R, Bazzoli F, Bornman P, Cohen H, Chen D-S. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Tratamiento de las várices esofágicas [Internet].

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

WGO Practice Guidelines Tratamiento de las várices esofágicas 1. 2007. p. 1–12. Available from: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/tratamiento_de_las_varices_esofagicas.pdf

11. Ginès P, Cárdenas A, Arroyo V, Rodés J. Management of cirrhosis and ascites. N Engl J Med [Internet]. 2004 Apr 15;350(16):1646–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15084697>

12. Ala I. Sharara, M.D., and Don C. Rockey MD. GASTROESOPHAGEAL VARICEAL HEMORRHAGE. N Engl J Med [Internet]. 2001;345(9):669–81. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra003007>

13. Lahbabi M, Mellouki I, Aqodad N, Elabkari M, Elyousfi M, Adil Ibrahim S, et al. Esophageal variceal ligation in the secondary prevention of variceal bleeding: Result of long term follow-up. Pan Afr Med J [Internet]. 2013;15:1–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708329/>

14. Laine L, Cook D. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding. A meta-analysis. Ann Intern Med [Internet]. 1995;123(4):280–7. Available from: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/pdf/v21/i8/2534.pdf>

15. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, Concepción M, Hernandez-Gea V, Aracil C, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med [Internet]. 2013 Jan 3 [cited 2014 Jul 9];368(1):11–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23281973>

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

16. Hunter SS, Hamdy S. Predictors of early re-bleeding and mortality after acute variceal haemorrhage. Arab J Gastroenterol [Internet]. 2008;57:814–20. Available from: <http://gut.bmj.com/cgi/content/full/57/6/814#BIBL>

17. Torrazza-Perez E. Bleeding Esophageal Varices. N Engl J Med [Internet]. 2010;362(5):13. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm0807812>

18. Zhao H, Cheng J, Xu Y, Lu C, Huang S, Fan Z, et al. Case Report Emergency treatment of esophageal varix incarceration in the endoscope and ligation device during endoscopic variceal rubber band ligation. Int J Clin Exp Med [Internet]. 2014;7(11):4534–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276241/pdf/ijcem0007-4534.pdf>

19. Morales Uribe CH, Sierra SS, Hernandez Hernandez AM, Arango Durango AF, Lopez GA. Upper gastrointestinal bleeding: risk factors for mortality in two urban centres in Latin America. RevEspEnfermDig [Internet]. 2011;103(1130-0108 (Print)):20–4. Available from: <http://www.grupoaran.com/mrmUpdate/lecturaPDFfromXML.asp?IdArt=4619314&TO=RVN&Eng=1>

20. Perisic VN. Large paraesophageal varices on endosonography predict recurrence of esophageal varices and rebleeding. Gastrointest Endosc [Internet]. 1999 Jun;49(6):812. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10419347>

21. Petrasch F, Grothaus J, Mössner J, Schiefke I, Hoffmeister A. Differences in bleeding behavior after endoscopic band ligation: a retrospective analysis. BMC

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

Gastroenterol [Internet]. 2010;10:5. Available from: www.biomedcentral.com/1471-230X/10/5

22. Tran H a, Kang E, Becker D. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. N Engl J Med [Internet]. 2007 Jul 19;357(3):303–4; author reply 304. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17644833>

23. Carbonell N, Pauwels A, Serfaty L, Fourdan O, Lévy VG, Poupon R. Improved survival after variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades. Hepatology [Internet]. 2004;40(3):652–9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.20339/epdf>

24. Jalan R, Hayes PC. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. British Society of Gastroenterology. Gut [Internet]. 2000;46 Suppl 3(Suppl III):III1–15. Available from: http://gut.bmj.com/content/46/suppl_3/iii1

25. Villena EZ. Várices esofagogástricas [Internet]. Acta méd. peruana (online). 2007. p. 47–52. Available from: http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap31_Varices_esofago-gastricas.pdf

26. Ramón J, Alonso C, Luís IJ, González A, Enrique IIL, Camejo P, et al. Mortality from upper digestive bleeding in « Enrique Cabrera » Hospital. Cuba Cir [Internet]. 2007; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000400006&lng=es.

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021- Diciembre 2021.

27. Mostafa EF, Mohammad AN. Incidence and predictors of rebleeding after band ligation of oesophageal varices. Arab J Gastroenterol [Internet]. 2014;15(December):135–41. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1687197914000744>

28. Rodríguez Hernández L. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. Rev Gastroenterol del Perú [Internet]. 2011;10(22). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292005000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1022-5129.

29. Castañeda B, Morales J, Lionetti R, Moitinho E, Andreu V, Pérez-del-Pulgar S, et al. Effects of blood volume restitution following a portal hypertensive-related bleeding in anesthetized cirrhotic rats. Hepatology. 2001;33(4):821–5.

30. Abraldes JG, Dell’Era A, Bosch J. Medical management of variceal bleeding in patients with cirrhosis. Can J Gastroenterol. 2004;18(2):109–13.

31. Hwang JH, Shergill AK, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi K V., Decker GA, et al. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. Gastrointest Endosc [Internet]. 2014;80(2):221–7. Available from: [http://www.asge.org/uploadedFiles/Publications_\(public\)/Practice_guidelines/2014_ The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage.pdf](http://www.asge.org/uploadedFiles/Publications_(public)/Practice_guidelines/2014_ The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage.pdf)

32. Hung T, Tsai C, Hsieh Y, Tsai C, Tseng C, Tsai J. Effect of Renal Impairment on Mortality of Patients With Cirrhosis and Spontaneous Bacterial Peritonitis. Clin

**Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN
en el período Enero 2021- Diciembre 2021.**

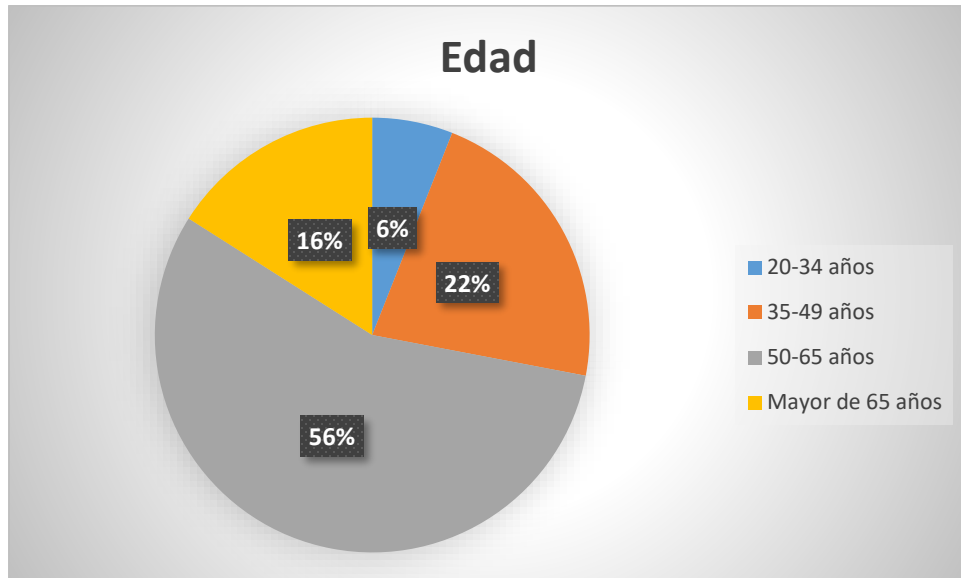
Gastroenterol Hepatol [Internet]. Elsevier Inc.; 2012;10(6):677–81. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.026>

**Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN
en el período Enero 2021- Diciembre 2021.**

Anexos

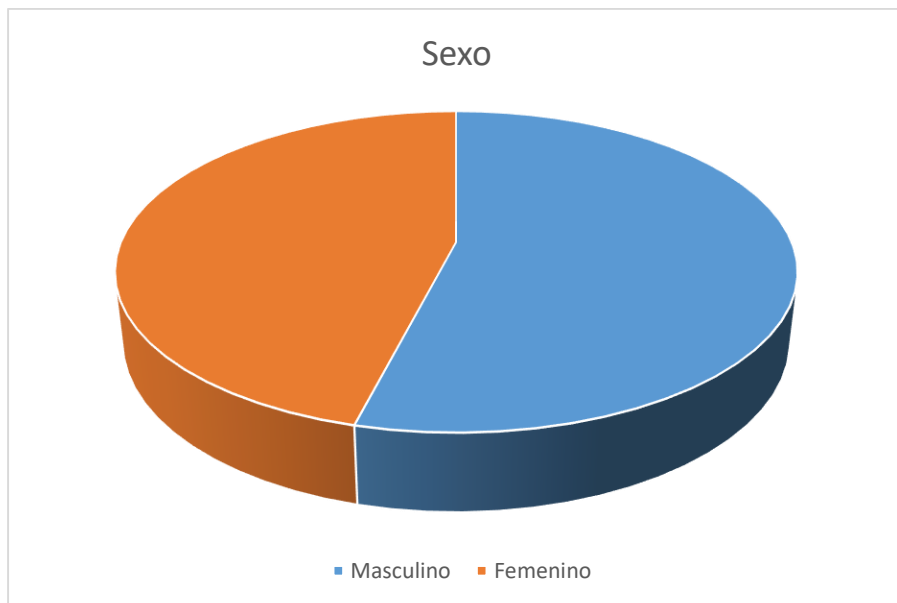
Gráficos

Gráfico 1 Edad de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



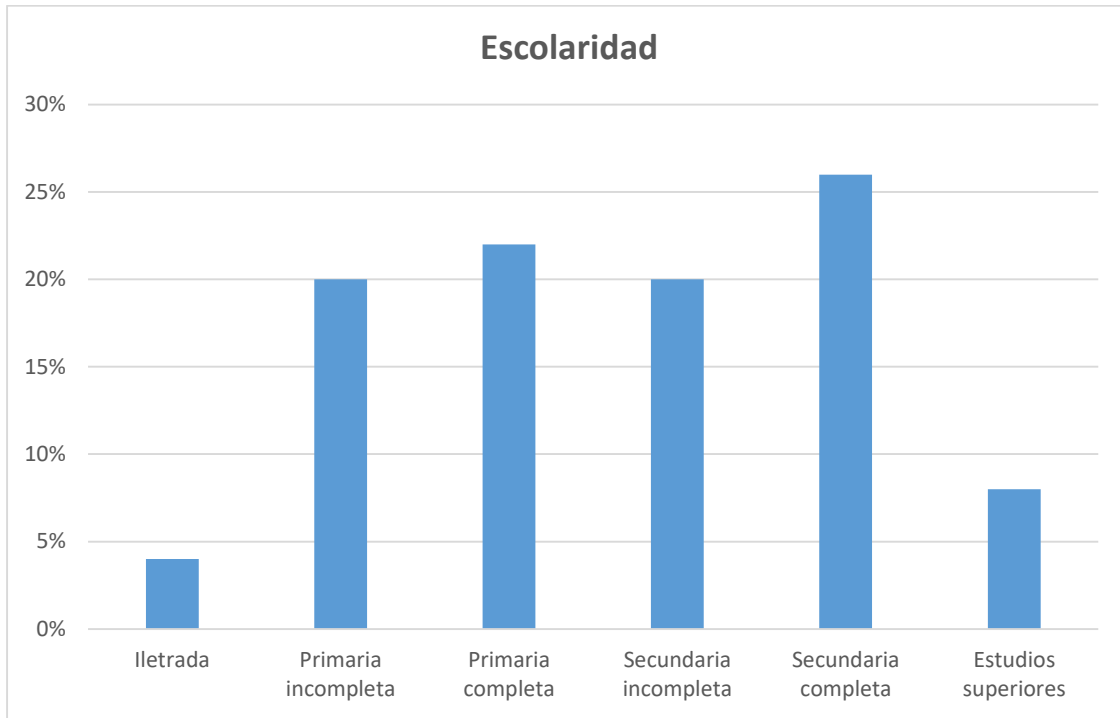
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2: Sexo de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



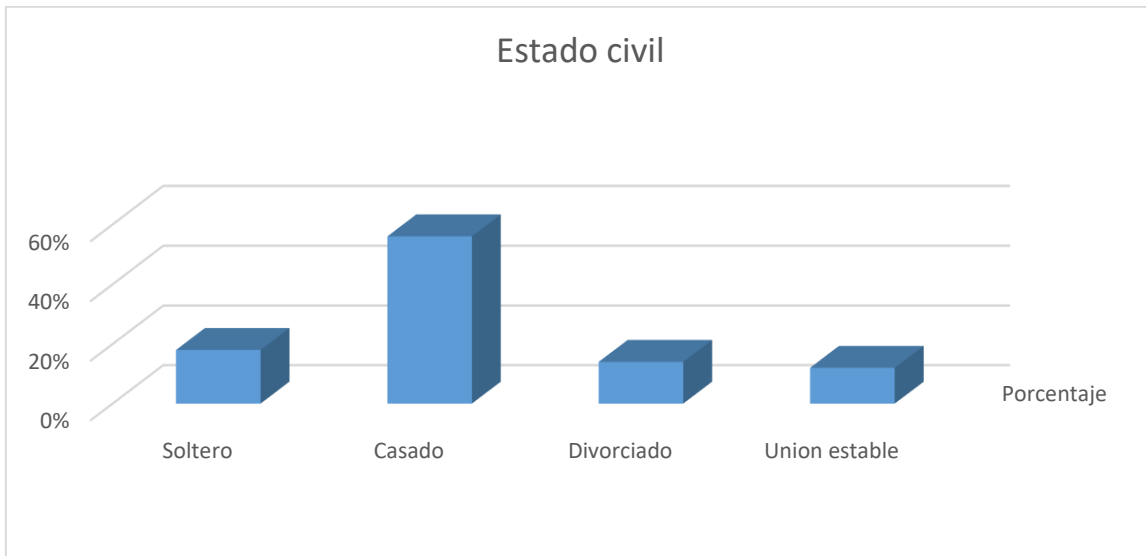
Fuente: Tabla 2

Gráfico 3: Escolaridad de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



Fuente: Tabla 3

Gráfico 4: Estado civil de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



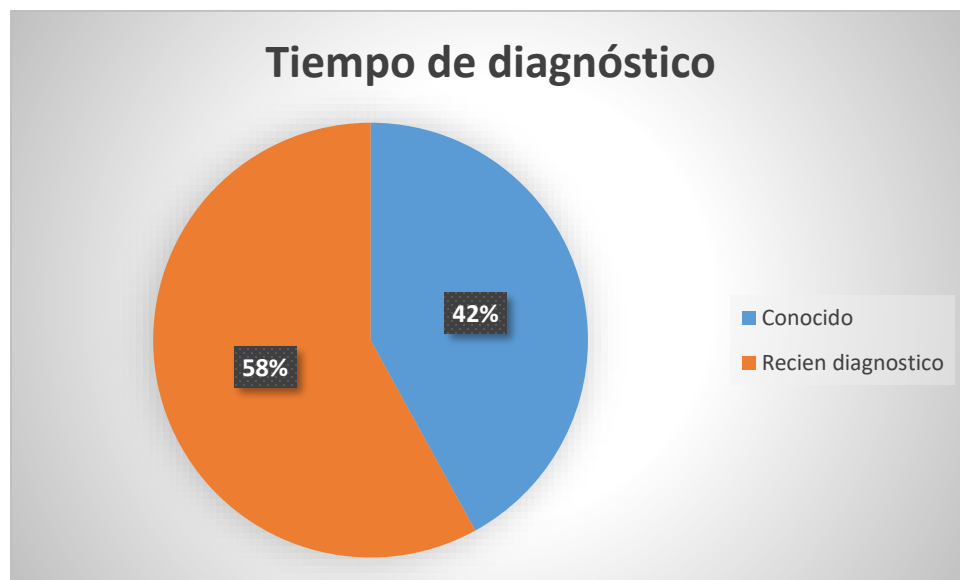
Fuente: Tabla 5

Gráfico 5: Tiempo de evolución de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



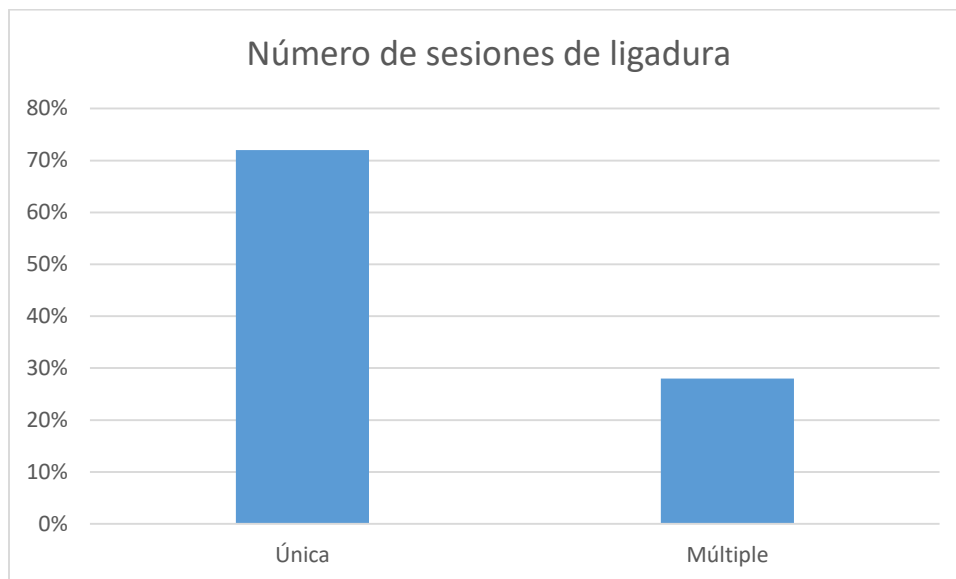
Fuente: Tabla 6

Gráfico 6: Tiempo de Diagnóstico de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



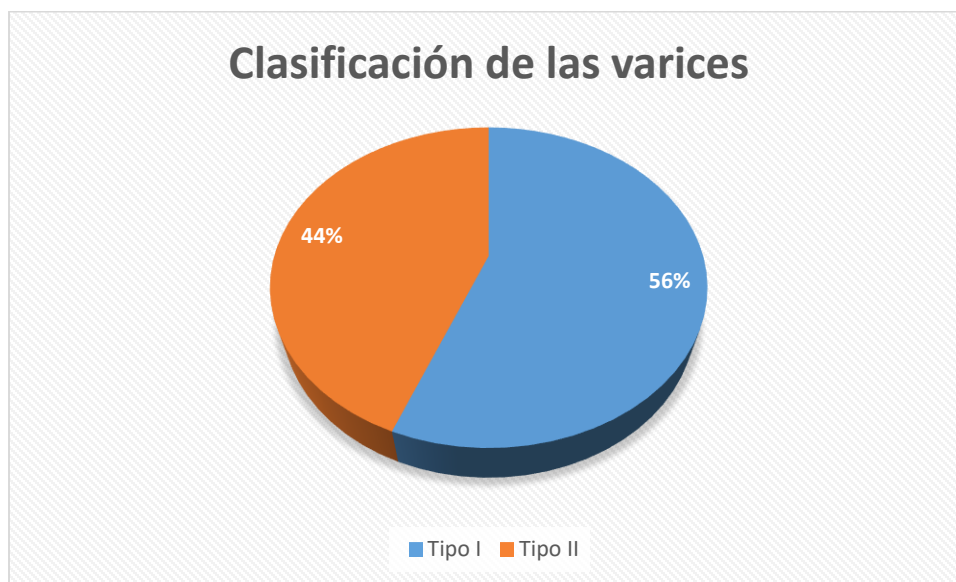
Fuente: Tabla 7

Gráfico 7: Número de sesiones de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



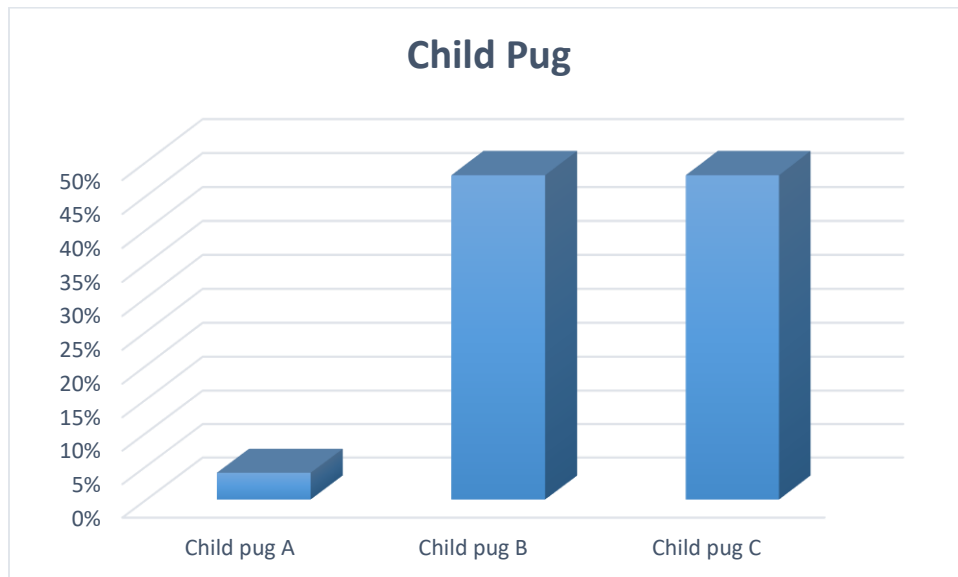
Fuente: Tabla 9

Gráfico 8: Clasificación de las varices de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



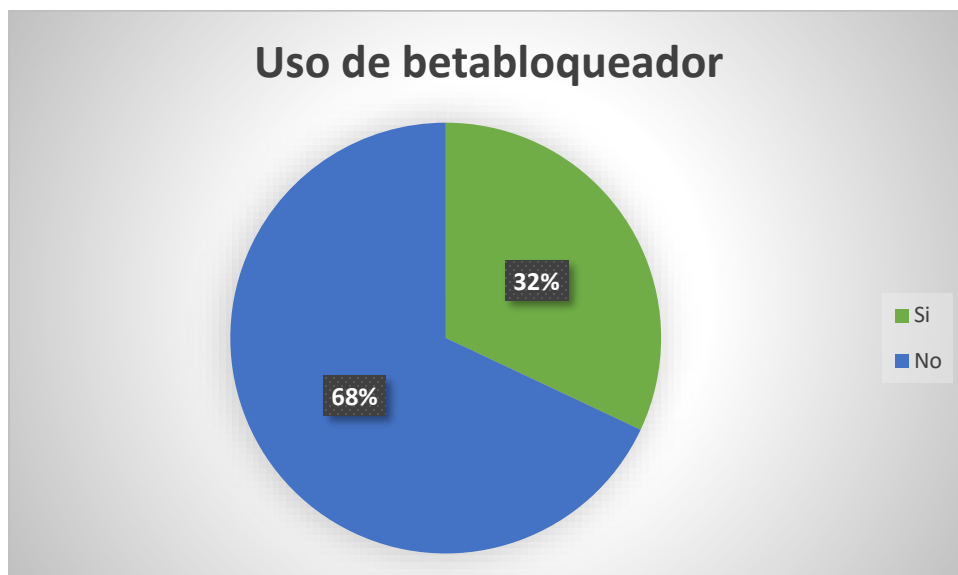
Fuente: Tabla 10

Gráfico 9: Clasificación Child pug de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



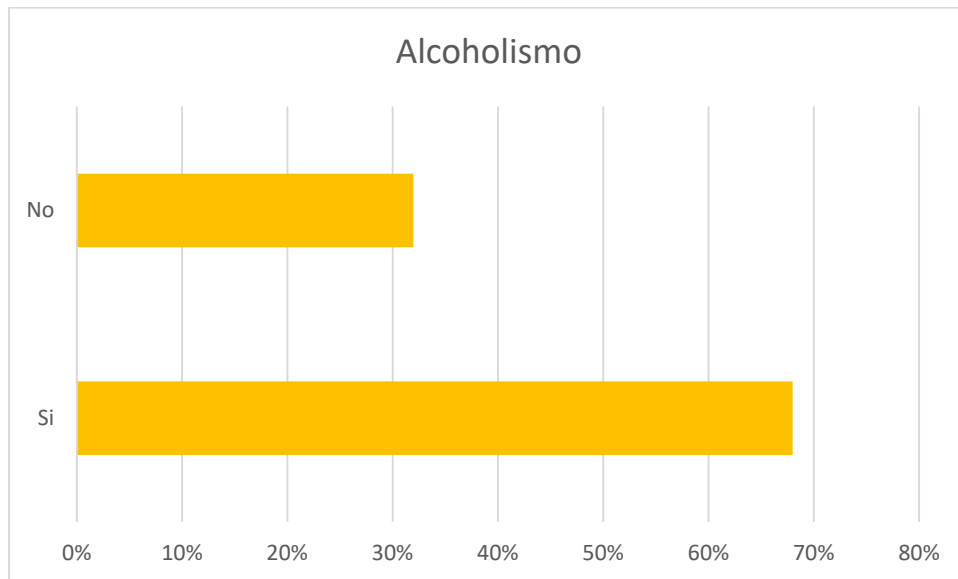
Fuente: Tabla 11

Gráfico 10: Uso de betabloqueador en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



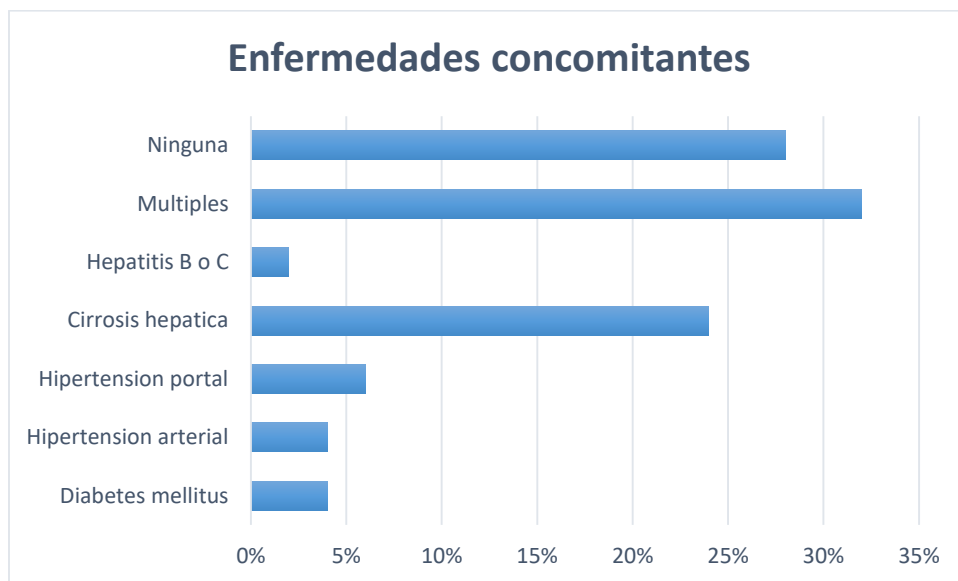
Fuente: Tabla 12

Gráfico 11: Alcoholismo en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



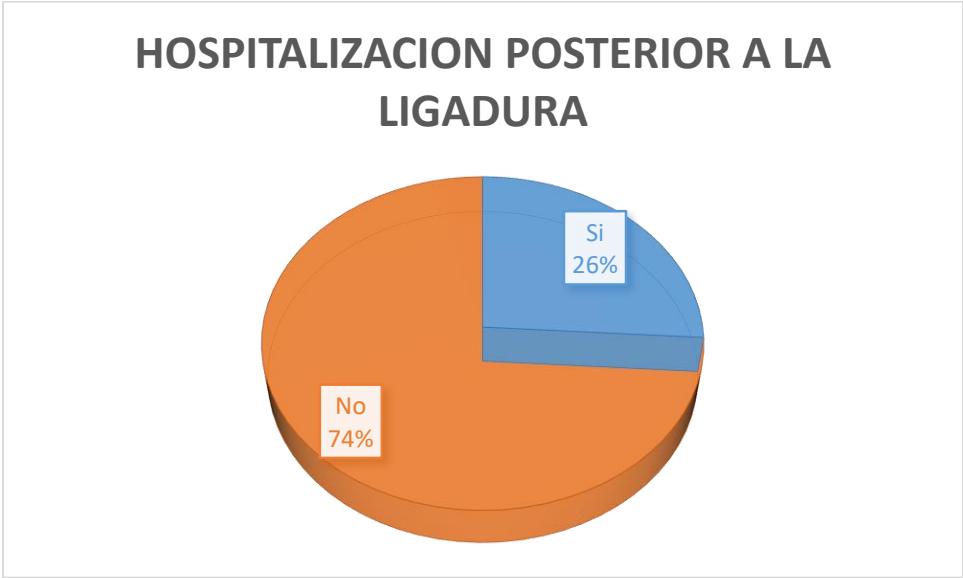
Fuente: Tabla 13

Gráfico 12: Enfermedades concomitantes en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



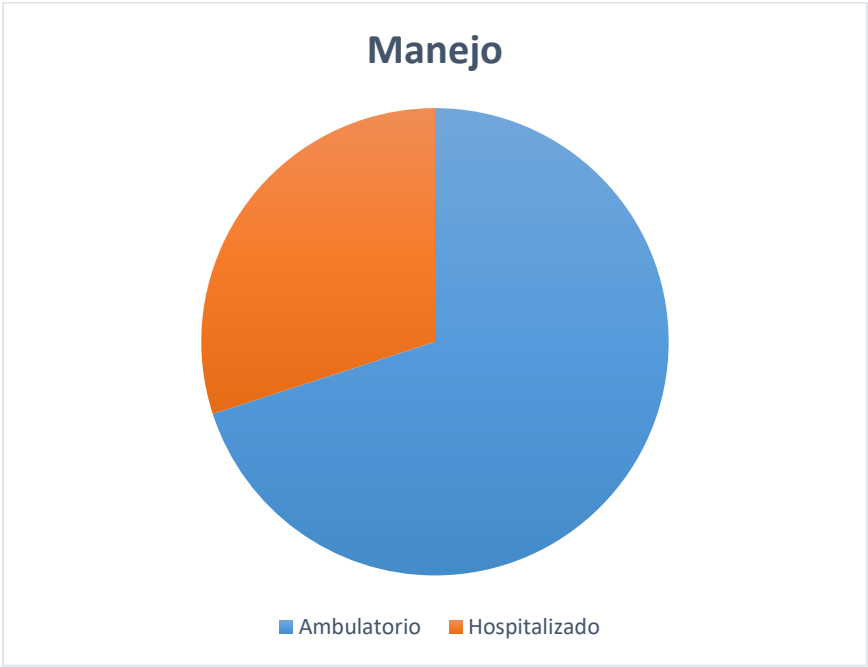
Fuente: Tabla 14

Gráfico 13: Hospitalización posterior en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



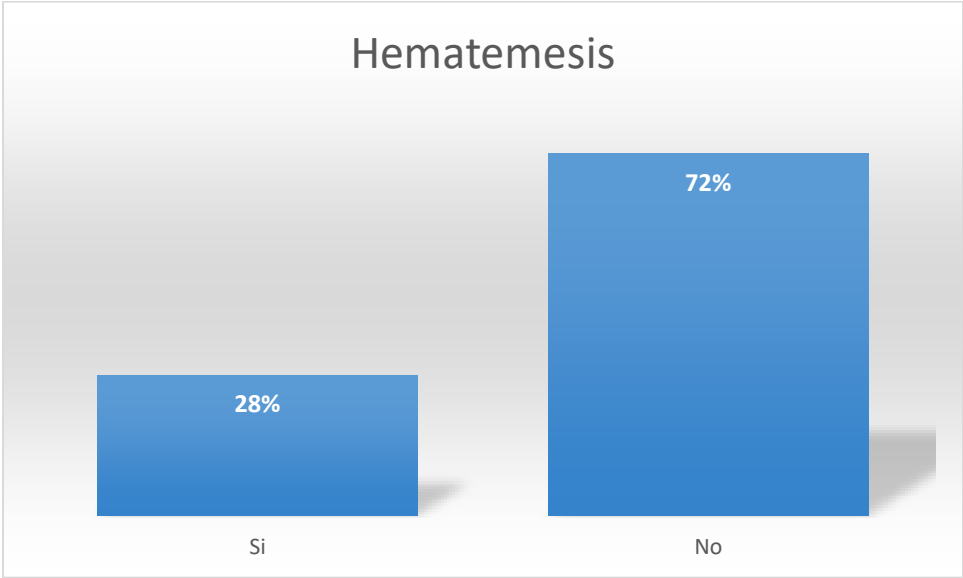
Fuente: Tabla 15

Gráfico 14: Manejo de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



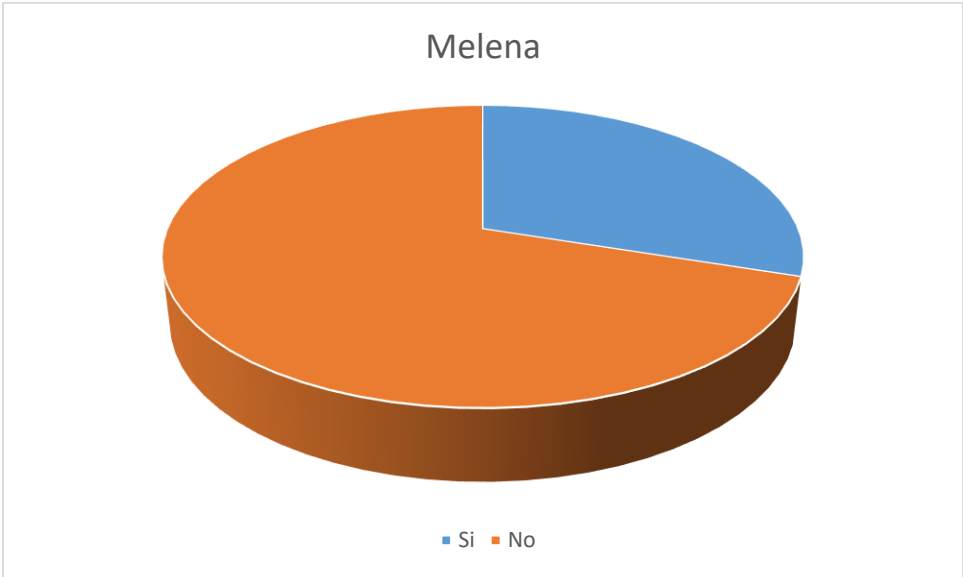
Fuente: Tabla 16

Gráfico 15: Hematemesis en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



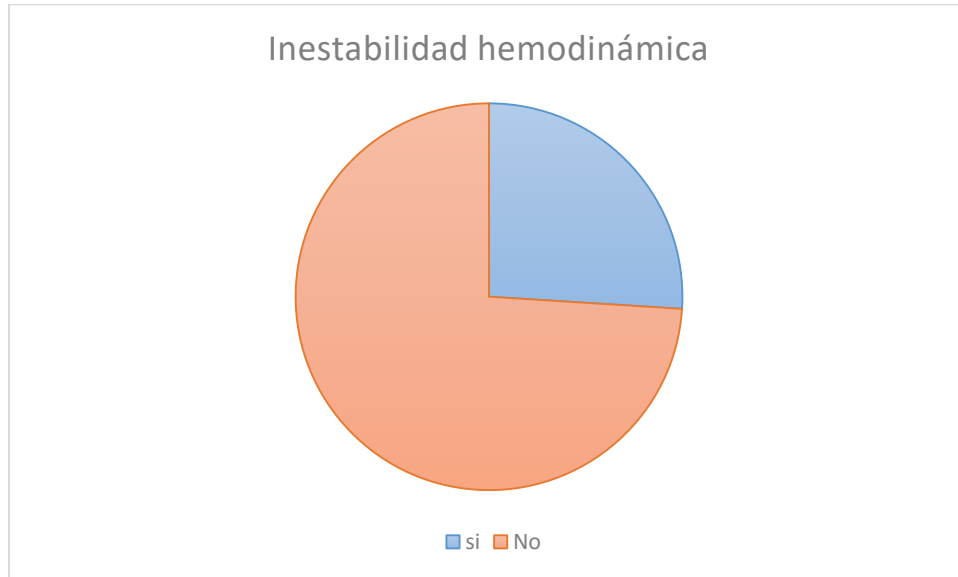
Fuente: Tabla 17

Gráfico 16: Melena en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



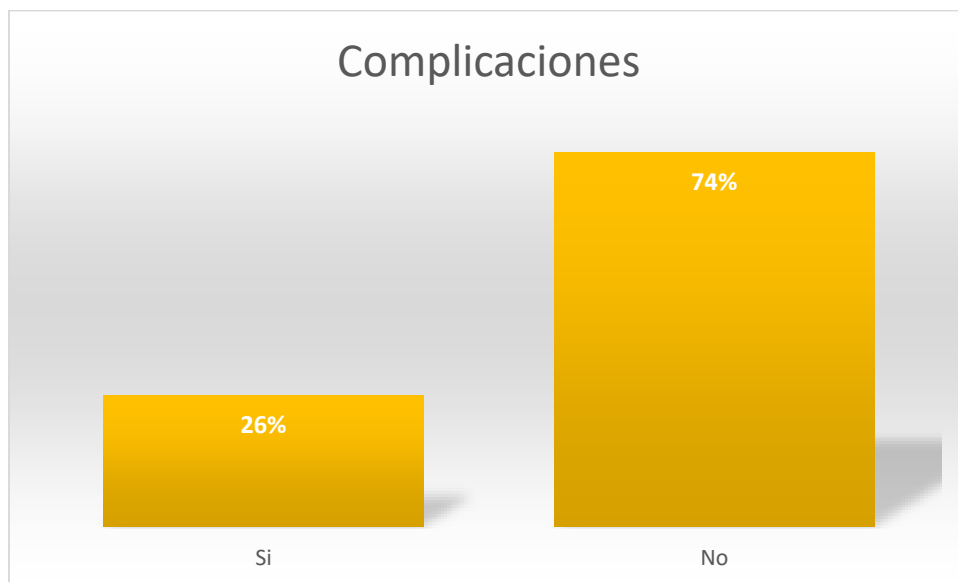
Fuente: Tabla 18

Gráfico 17: Inestabilidad hemodinámica en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



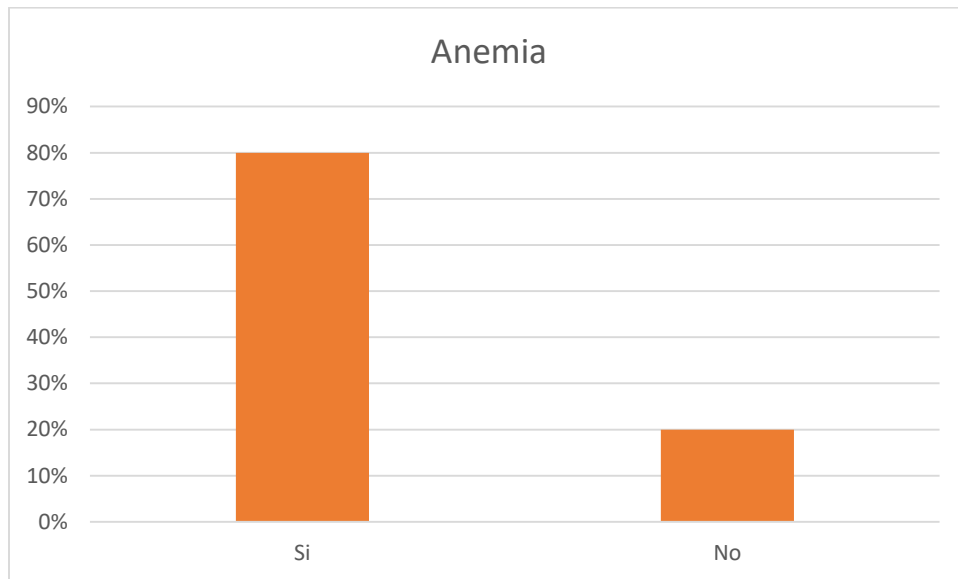
Fuente: Tabla 19

Gráfico 18: Complicaciones en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



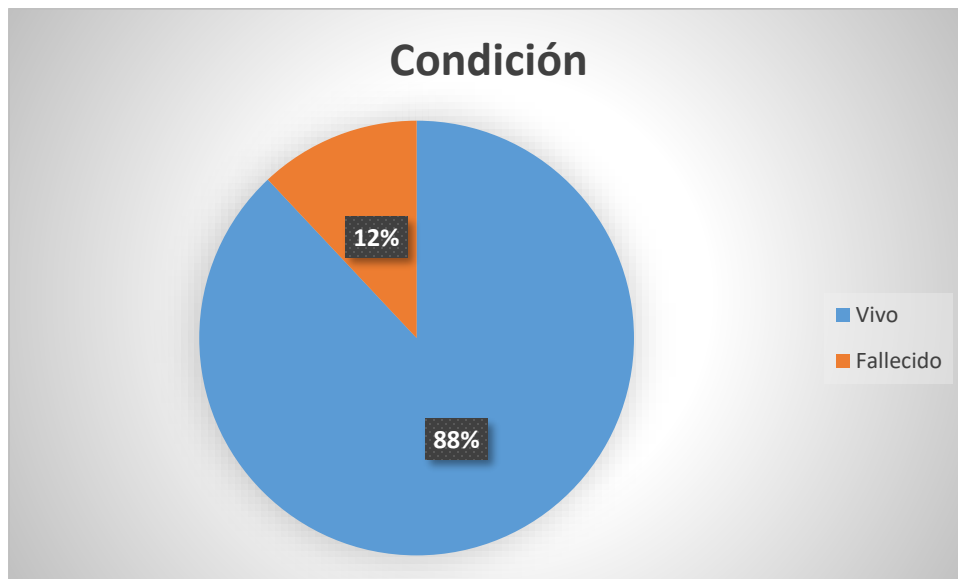
Fuente: Tabla 20

Gráfico 19: Anemia en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



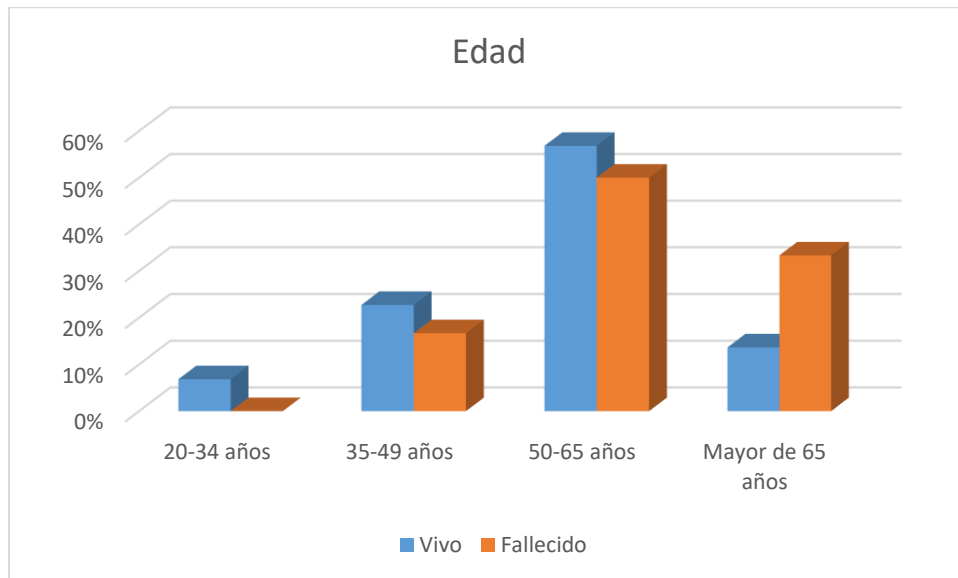
Fuente: Tabla 21

Gráfico 20: Condición de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



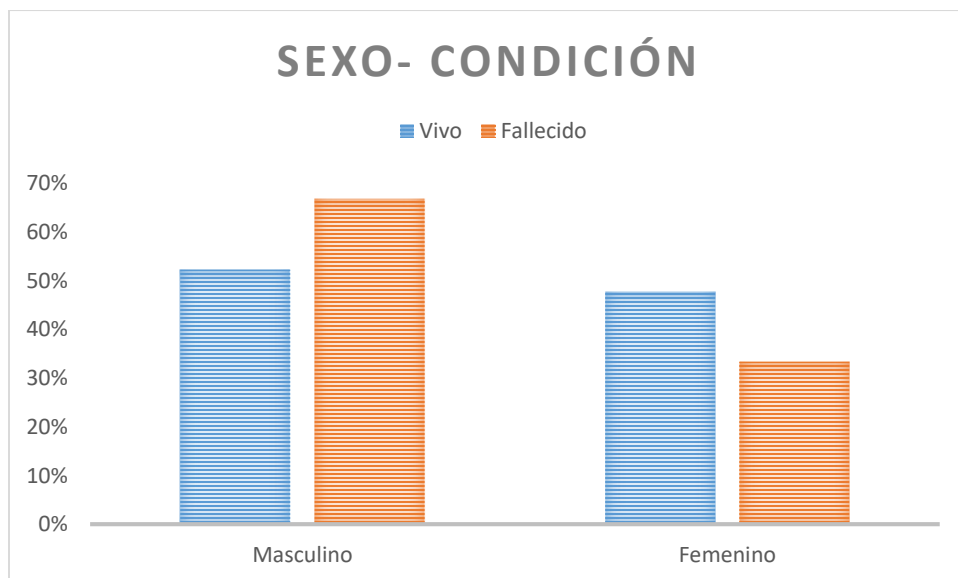
Fuente: Tabla 22

Gráfico 21: Edad según condición de egreso de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



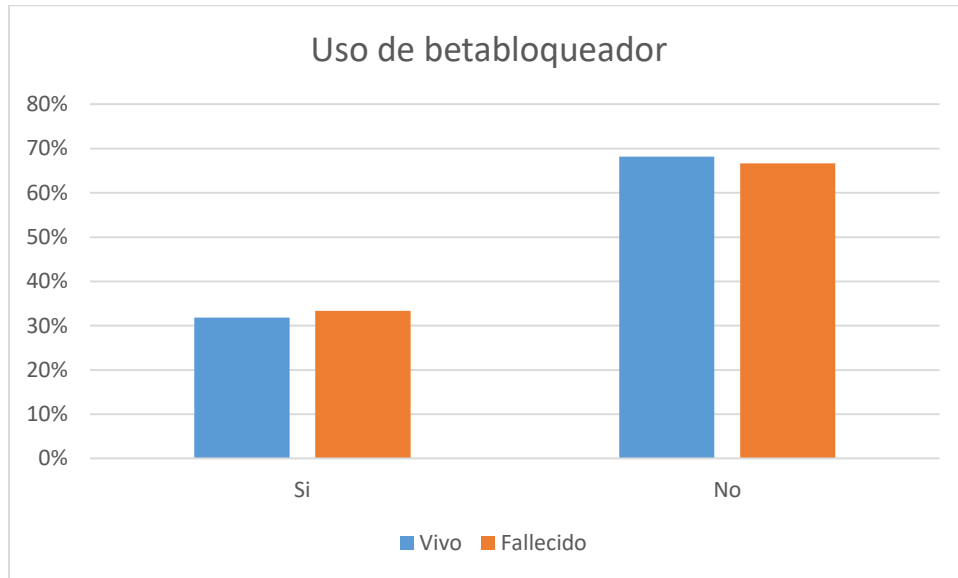
Fuente: Tabla 23

Gráfico 22: Sexo según condición de egreso de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



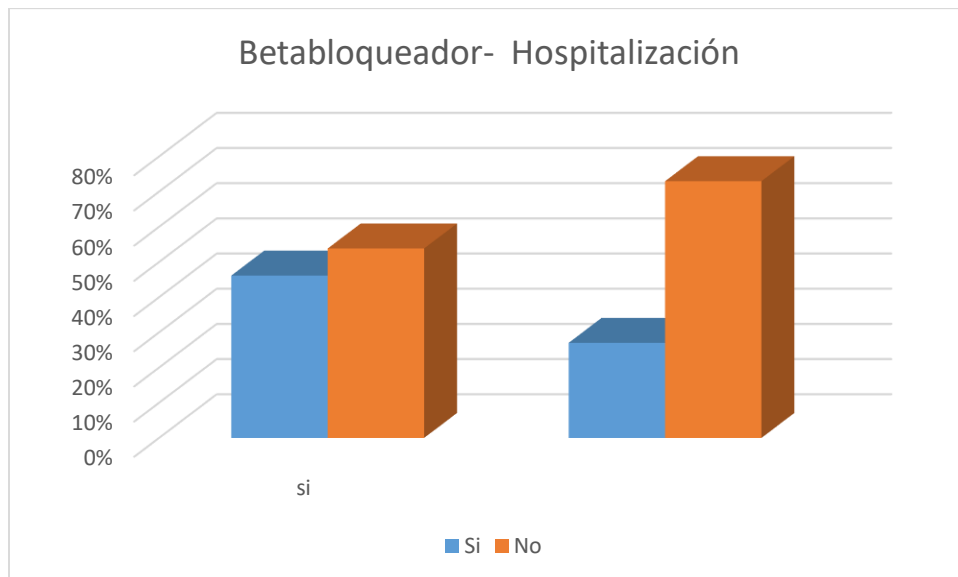
Fuente: Tabla 26

Gráfico 23: Uso de Betabloqueador en relación condición de egreso de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



Fuente: Tabla 25

Gráfico 24: Uso de Betabloqueador en relación a hospitalización posterior en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021



Fuente: Tabla 26

Tablas

Tabla 1: Edad de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-34 años	3	6%
35-49 años	11	22%
50-65 años	28	56%
Mayor de 65 años	8	16%
Total	50	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 2: Sexo de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	27	54%
Femenino	23	46%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 3: Escolaridad de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ilustrada	2	4%
Primaria incompleta	10	20%
Primaria completa	11	22%
Secundaria incompleta	10	20%
Secundaria completa	13	26%
Estudios superiores	4	8%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 4: Procedencia de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	50	100%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 5: Estado civil de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	18%
Casado	28	56%
Divorciado	7	14%
Unión estable	6	12%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 6: Tiempo de evolución de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Tiempo de evolución	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 5 años	49	98%
5-10 años	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 7: Tiempo de Diagnóstico de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Conocido	21	42%
Recién diagnostico	29	58%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 8: Tamaño de las varices de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Tamaño de las varices	Frecuencia	Porcentaje
Gran tamaño	50	100%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 9: Número de sesiones de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Número de sesiones de ligadura	Frecuencia	Porcentaje
Única	36	72%
Múltiple	14	28%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 10: Clasificación de las varices de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Clasificación de las varices	Frecuencia	Porcentaje
Tipo I	28	56%
Tipo II	22	44%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 11: Clasificación Child pug de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Child pug	Frecuencia	Porcentaje
Child pug A	2	4%
Child pug B	24	48%
Child pug C	24	48%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 12: Uso de betabloqueador en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Betabloqueador	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	32%
No	34	68%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 13: Alcoholismo en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Alcoholismo	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	68%
No	16	32%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 14: Enfermedades concomitantes en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Enfermedades concomitantes	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	2	4%
Hipertensión arterial	2	4%
Hipertensión portal	3	6%
Hepatitis B o C	1	2%
Múltiples	16	32%
Ninguna	14	28%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 15: Hospitalización posterior en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Hospitalización posterior a la ligadura	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	26%
No	37	74%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 16: Manejo de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Manejo	Frecuencia	Porcentaje
Ambulatorio	35	70%
Hospitalizado	15	30%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 17: Hematemesis en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Hematemesis	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	28%
No	36	72%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 18: Melena en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Melena	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	30%
No	35	70%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 19: Inestabilidad hemodinámica en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Inestabilidad hemodinámica	Frecuencia	Porcentaje
si	13	26%
No	37	74%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 20: Complicaciones en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	26%
No	37	74%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 21: Anemia en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Anemia	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	80%
No	10	20%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 22: Condición de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Vivo	44	88%
Fallecido	6	12%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 23: Edad según condición de egreso de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Edad	Condición					
	Vivo		Fallecido		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
20-34 años	3	7%	0	0%	3	6%
35-49 años	10	23%	1	17%	11	22%
50-65 años	25	57%	3	50%	28	56%
Mayor de 65 años	6	14%	2	33%	8	16%
Total	44	100%	6	100%	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 24: Sexo según condición de egreso de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Sexo	Condición					
	Vivo		Fallecido		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	23	52%	4	67%	27	54%
Femenino	21	48%	2	33%	23	46%
Total	44	100%	6	100%	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 25: Uso de Betabloqueador en relación condición de egreso de pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Betabloqueador	Condición					
	Vivo		Fallecido		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	32%	2	33%	16	32%
No	30	68%	4	67%	34	68%
Total	44	100%	6	100%	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla 26: Uso de Betabloqueador en relación a hospitalización posterior en pacientes sometidos a ligadura de varices en el centro endoscópico del HAN en el periodo Enero 2021-Diciembre 2021

Betabloqueador	Hospitalización posterior a la ligadura					
	SI		NO		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	46%	10	27%	16	32%
No	7	54%	27	73%	34	68%
Total	13	100%	37	100%	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Instrumento de recolección de la información

Evolución Clínica de los pacientes sometidos a ligadura de várices en el centro endoscópico del HAN en el período Enero 2021-Diciembre 2021

Dra. Karelia Altamirano

fecha: _____

Nombre:			
Edad	F	M	Escolaridad:
Teléfonos	Teléfono de familiar cercano:		
Dirección			
Procedencia: Rural Urbana			
Estado civil: Soltero Casado Divorciado Unión Estable			
Tiempo de evolución de la Enfermedad:			
Diagnóstico Conocido		Recién Diagnóstico	
Fecha de la ligadura			
Tamaño de las várices:			
Pequeño Tamaño Gran Tamaño			
Número de sesiones de várices			
Clasificación de las várices SI NO			
Tipo I		Tipo II	
Control del sangrado si no			
Tratamiento endoscópico previo si no			
Clasificación	Child	Child A (5-7pts)____Child B(7-11pts)____Child C(>11pts)____	
modificada			

Tratamiento Profiláctico Con Betabloqueante	Previo: Si No Posterior a Procedimiento: Si No	
Alcoholismo.	Sí No	
Enfermedades concomitantes SI NO	Diabetes Mellitus Cardiopatía isquémica Hipertensión arterial Hipertensión portal	Enfermedad péptica Cirrosis hepática Hepatitis B o C

Fecha de Procedimiento: ___ tiempo transcurrido desde la ligadura _____

Hospitalización posterior a la ligadura si no		
¿Por qué?		
Manejo: Ambulatorio Hospitalizado		
Refiere Hematemesis si no		Refiere Melena si no
P/A	FC	FR
Complicaciones con el tratamiento si no		
¿Cuáles?		
Datos clínicos de anemia si no		Hb Ht

3ra parte

Vía telefónica

Tras del procedimiento		
Fecha:		
Condición	Vivo	Fallecido
¿Ha presentado melena?	Si	No
¿Ha presentado hematemesis?	Si	No
¿Ha consultado a la emergencia?	Si	No
¿Por qué?		
Número total de re intervenciones		

Fallecido Si _____

No _____